

R2R : Routine to Research

สยบงานจำเจด้วยการวิจัย สู่โลกใหม่ของงานประจำ

R2R : Routine to Research

สยบงานจำเจด้วยการวิจัย สู่โลกใหม่ของงานประจำ

ISBN

พิมพ์ครั้งที่ 1

กรกฎาคม 2551

ที่ปรึกษา

ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช
นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์
นพ.พงษ์พิสุทธ์ จงอุดมสุข

บรรณาธิการ

ผศ.ดร.จรรยาพร ศรีศัลลักษณ์
อภิญญา ดันทวิวงศ์

กองบรรณาธิการ

วราภรณ์ พันธุ์พงศ์
กิตติภรณ์ จิตราทร
ธนาทิพ ฉัตรภูติ
ณปภัช สกฤตต์เดชา
สุธิดา วงษ์อนันต์
รัตนา พงษ์วานิชอนันต์
วิภาวี พงษ์ปิ่น
กุสุมา โพธิ์ศรี

ประสานงาน

วรรณพร บุญเรือง

ศิลปกรรม

อาภาพรพรณ สายยศ

จัดพิมพ์โดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
อาคาร 3 ชั้น 5 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 0-2951-1286-95
Website [http:// www.hsri.or.th](http://www.hsri.or.th)

ราคา

250 บาท

ภาคีเครือข่าย R2R

กระทรวงสาธารณสุข

สถาบันพระบรมราชชนก (สบช.)

คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (กสพท.)

มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.)

สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม (สคส.)

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.)

สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.)

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.)

ชมรมโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

ชมรมโรงพยาบาลชุมชน

ชมรมแพทย์ชนบท

ชมรมนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

ชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย

ชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย

สมาคมหมออนามัย

คำนำ

ผมเคยทำงานอยู่โรงพยาบาลชุมชนเมื่อสิบกว่าปีที่ผ่านมา ช่วงนั้นมีพี่บางคนบอกว่า ผมนั่งทับทรัพย์สมบัติที่มีค่ามหาศาล หากรู้จักใช้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้คนอย่างมาก ด้วยความที่ไม่มีทั้งความฉลาดและความเฉลียวมากพอ ผมจึงต้องถามกลับไปด้วยคำถาม (โง่ๆ) ว่า “พี่หมายความว่าอะไรครับ”

ผมเชื่อมั่นเสมอว่า “ความโง่” ย่อมมาก่อน “ความฉลาด” และคำถามโง่ๆ ของผมทำให้ผมได้เรียนรู้ว่า ทรัพย์สมบัติที่มีค่าที่แพทย์รุ่นพี่เอ่ยถึงนั่นก็คือ ข้อมูลต่างๆ ที่มีอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นข้อมูลที่ผมจะหยิบใช้เมื่อไรก็ได้ แต่ที่ผ่านมาก็ได้แต่ทำรายงานส่งให้คนอื่น ซึ่งไม่รู้ว่าเขาจะใช้หรือไม่และประชาชนในอำเภอผมจะได้ประโยชน์อะไร

ความสนใจที่จะหาความหมายจากข้อมูลที่มีอยู่ ทำให้เกิดการเรียนรู้ในประเด็นอื่นๆ ตามมาอีกมากมาย

หนึ่ง คือ ข้อมูลนั้นมืออยู่ทุกแห่งหนทั้งที่ตัวคนไข้ ญาติคนไข้ เจ้าหน้าที่ทุกๆ ระดับ ไล่เรียงมาตั้งแต่ยามเฝ้าโรงพยาบาล จนกระทั่งถึงคุณหมอตลอดจนบันทึกต่างๆ ที่มี ฯลฯ

สอง ข้อมูลช่วยสะท้อนว่าสิ่งต่างๆ ดำเนินไปอย่างไร ดังนั้น ข้อมูลจึงช่วยสะท้อนปัญหาของระบบ และเป็นพื้นฐานสำคัญในการนำไปสู่วิธีการแก้ไขปัญหานั้นด้วย

สาม การจัดการข้อมูลเป็นพื้นฐานสำหรับการสร้างและจัดการความรู้ และนำไปสู่การแก้ไขปัญหาอย่างชาญฉลาดในที่สุด

หนังสือเล่มนี้เป็นข้อมูลอีกชุดหนึ่งที่น่าสนใจ โดยเป็นข้อมูลที่นำเสนอผ่านการเล่าเรื่องที่ให้เห็นชีวิตของผู้คนในวงการสุขภาพที่สถานพยาบาลในระดับที่แตกต่างกัน ตั้งแต่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ลงไป

จนถึงศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นเรื่องราวที่นอกจากต้องการนำเสนอข้อมูลแล้ว ยังต้องการสร้างแรงบันดาลใจให้ผู้คนเห็นความสำคัญของการจัดการข้อมูล อย่างเป็นระบบ ผ่านกระบวนการที่เรียกกันว่า “งานวิจัย” ในลักษณะที่ทำให้เกิดความรู้ใหม่ ๆ โดยมีเป้าหมายที่สำคัญที่สุดคือ การแก้ไขปัญหา ต่าง ๆ และนำไปสู่คุณภาพงานที่ดีขึ้น ซึ่งหมายถึงการที่ประชาชนได้รับ บริการและมีสุขภาพที่ดีขึ้นนั่นเอง งานวิจัยที่ยกระดับคุณภาพงานประจำให้ ดีขึ้นนี้คนยุคปัจจุบันเรียกว่า R2R

การได้ทำงานโดยมีโอกาเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เป็นความสุขอย่าง หนึ่งของผู้คน ช่วยหล่อเลี้ยงชีวิตของผู้คนเหล่านั้นให้มีกำลังใจและกำลังใจ ในการทำงานอย่างไม่เหน็ดเหนื่อย จนนำไปสู่ความสำเร็จของงานอย่าง ต่อเนื่อง ทำให้องค์กรมีชีวิตและสามารถปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไป ชีวิตของผู้คนและองค์กรเหล่านี้ ทุกท่านสามารถหาอ่านได้จากหนังสือ เล่มนี้

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ดีใจที่มีโอกาสได้สนับสนุน การเผยแพร่สิ่งดี ๆ ที่เป็นมากกว่า “ความรู้” เหล่านี้ เพราะมีทุกท่านที่เป็น ตัวละครที่เดินเรื่องราวดี ๆ ในแต่ละกรณีศึกษา เราจึงมีสิ่งดี ๆ ที่สามารถ เผยแพร่ให้ทุกคนได้มีโอกาสชื่นชมในความสำเร็จ และอยากเป็นส่วนหนึ่ง ของความสำเร็จนี้ในอนาคต

ขอชื่นชม แสดงความยินดี และให้กำลังใจกับทุก ๆ ความสำเร็จครับ

นายแพทย์พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข
ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สารบัญ

คำนำ		4
ภาค 1	ตั้งหลักที่ความคิด	9
	R2R...อย่าสำคัญ (ผิด) ว่าเป็นเป้าหมาย	11
	ศาสตราจารย์นายแพทย์วิจารณ์ พานิช	
	ถึงเวลาตื่นอำนาจการร่วมสร้างความรู้ให้ผู้ปฏิบัติด้วย R2R	27
	นายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์	
	R2R : ความสุขจากการเรียนรู้ที่ไม่หยุดนิ่ง	27
	นายแพทย์อัครินทร์ นิยมานนิตย์	
ภาค 2	ตั้งต้นลงมือปฏิบัติ	39
กรณีที่ 1	โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม	49
	สิ่งตกค้างที่ออกเงยจากกองทุกข์เรื้อรัง	
กรณีที่ 2	โรงพยาบาลยโสธร จังหวัดยโสธร	79
	ที่นี่...เราวิจัยแบบไม่มีใบสั่ง!	
กรณีที่ 3	โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพมหานคร	101
	ยิ้มออกถ้วนหน้าเพราะ R2R หนุนนำ	
กรณีที่ 4	สถานีอนามัยบ้านเม็ง จังหวัดขอนแก่น	123
	พลิกปัญหาสร้างอนาคต “ชุมชนคนเย็บผ้า”	
กรณีที่ 5	โรงพยาบาลแก่งหางแมว จังหวัดจันทบุรี	143
	“มีอะไร ในมะเร็ง?”	
กรณีที่ 6	ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองกุ้งศรี จังหวัดกาฬสินธุ์	163
	“พลังเสี้ยว” ไร่เทียมทานเมืองนาวิชัยเต็มเต็ม	
ปิดท้าย	ตั้งวงสนทนา	189
	อนาคต R2R ในองค์การแบบไทยๆ จะไปทางไหน	

ภาค 1

ตั้งหลักที่ความผิด

มาตรฐานไม่ได้มีไว้ให้ยึดถือ แต่มีไว้ให้ทำลายเพื่อไปสู่มาตรฐาน
ที่ดีกว่า ฉะนั้น SOP จึงไม่ได้มีอยู่ตัวเดียว แต่มี SOP 1, 2, 3, 4
เรื่อยไป

“R2R”

...อย่าสำคัญ (ผิด) ว่าเป็นเป้าหมาย

ศาสตราจารย์นายแพทย์วิจารณ์ พานิช

คนส่วนใหญ่มักเข้าใจว่า งานประจำคืองานที่มีคนกำหนดว่าให้ทำ
อย่างนี้ อย่างนั้น นั่นคือ มีสิ่งที่เรียกว่า “มาตรฐานการทำงาน”

การทำงานแบบนี้เปรียบเสมือนการทำงานแบบเครื่องจักร แวดวง
การทำงานด้านสุขภาพหรือสาธารณสุขไม่อาจทำงานด้วยวิธีนี้ได้ เพราะ
สภาพแวดล้อม เจือจาง เทคโนโลยี ความรู้ ฯลฯ เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา
งานประจำจึงต้องได้รับการพัฒนาขึ้นไปเรื่อยๆ ไม่อาจทำแบบงานซ้ำซาก

วิธีคิดในโลกสมัยใหม่นั้นเขาบอกว่า “มาตรฐาน” ซึ่งในภาษาอังกฤษ
ใช้คำว่า SOP (Standard Operating Procedure) ไม่มีตายตัว ใน
มุมมองของผมเองนั้น มาตรฐานไม่ได้มีไว้ให้ยึดถือ แต่มีไว้ให้ทำลายเพื่อไป
สู่มาตรฐานที่ดีกว่า ฉะนั้น SOP จึงไม่ได้มีอยู่ตัวเดียว แต่มี SOP 1,2,3,4
เรื่อยๆ ไป และสิ่งที่จะทำลาย SOP นั้นก็คือ R2R หรือการวิจัยโดยใช้งาน
ประจำนั่นเอง

เราต้องการกลับสภาพของการทำงานประจำที่ทำให้ชีวิตอับเฉา
มาเป็นการทำงานประจำแล้วชีวิตรุ่งเรือง สดใสซาบซ่าน สนุก มีความสุข
ด้วยเหตุนี้ R2R จึงมีความหมายต่อการพัฒนาคน เพราะคนที่ทำงาน
ประจำเป็นผู้ที่ลงมือทำ เป็นผู้เรียนรู้ เป็นผู้สร้างความรู้ คนเหล่านี้จึงฉลาด
และเก่งขึ้นเรื่อยๆ

R2R จะเป็นตัวสร้างการเปลี่ยนแปลงขึ้นในบ้านเมืองของเราและในวงการสาธารณสุข เพราะสามารถเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงานและพัฒนาคนทำงาน แทนที่จะทำงานแบบซึ่งกะตาย กลายเป็นทำงานแล้วมีความสุข เกิดความภูมิใจ และสร้างความรู้ในเรื่องที่ตัวเองทำงานขึ้นมา โดยตลอดเวลาที่ทำงานก็จะมี การสร้างความรู้ ซึ่งทำให้งานนั้นได้รับการพัฒนาตลอดเวลาเหมือนกัน

R2R ย่อมาจาก Routine to Research แปลว่าพัฒนา งานประจำสู่งานวิจัย

หลักคิดเกี่ยวกับ R2R นั้นเชื่อว่ามียุ่หลากหลาย แต่สำหรับตัวผมเอง วัตถุประสงค์ของ R2R ก็คือ การใช้ข้อมูลและประสบการณ์จากงานการทำงานประจำธรรมดาๆ ทั่วๆ ไป ในการสร้างความรู้

อย่างไรก็ตาม นั่นเป็นความหมายในเชิงตัวหนังสือเท่านั้น ความจริงแล้ว R2R ยังมีความหมายที่ลึกซึ้งกว่านั้นมาก

คนที่ทำงานประจำนั้น เมื่อทำงานไปนานๆ จะเบื่อหน่าย และกลายเป็นเครื่องจักร ชีวิตไม่มีคุณค่า ที่ว่า “ทำงานเป็นเครื่องจักร” แปลว่าไม่ต้องคิด ทำงานไปวันๆ หนึ่ง ฉะนั้น ยิ่งนานก็ยิ่งเบื่อ คนที่ตกอยู่สภาพอย่างนั้น ถ้าพูดกันแรงๆ ก็ต้องบอกว่าเหมือนคนที่ตกนรกทั้งเป็น ทั้งที่มนุษย์ทุกชีวิตล้วนมีคุณค่า

R2R เป็นการทำให้งานประจำกลายเป็นงานสร้างความรู้หรือเป็นงานวิจัย ซึ่งจะทำให้การทำงานประจำกลายเป็นงานที่มีคุณค่า ยิ่งทำงานนานก็ยิ่งมีปัญหา ยิ่งเกิดความรู้ และยิ่งมีประเด็นที่จะทำให้เกิดความภาคภูมิใจได้มากขึ้นเรื่อย ๆ จึงยิ่งทำให้ได้รับความนับถือจากคนอื่นมากขึ้นเป็นลำดับ

ประโยชน์จากการทำ R2R นั้น ครั้งหนึ่งเกิดกับการพัฒนางานส่วนอีกครั้งหนึ่งเกิดกับคนทำงานนั่นเอง เพราะคนๆ นั้นจะเข้าใจสิ่งต่างๆ

มากขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งจากความรู้ที่มาจากการทดลองปฏิบัติของตัวเอง และจากความรู้ในเชิงทฤษฎี ที่มีการแลกเปลี่ยนกับคนโน้นคนนี้ หรือไปอ่าน ไปค้นคว้ามา

เมื่อเกือบ 10 ปีมาแล้ว อาจารย์มหาวิทยาลัยคนหนึ่งไปทำวิจัยกับคนงานในโรงงานทอผ้า พบว่า คนงานหญิงคนหนึ่งเริ่มทำงานในโรงงานทอผ้าเมื่ออายุ 18 ปี เย็บจักรจนอายุ 45 ปี รวมแล้วเกือบ 30 ปี ต่อมาถูกให้ออกจากงานเพราะตาไม่ค่อยดีแล้ว มือไม้ก็ไม่วៃเหมือนสมัยสาว ๆ เวลาหลายสิบปีที่ผ่านมาได้ทำงานได้อย่างเดียวคือเย็บจักร นี่เป็นสภาพที่เราลดคุณค่าของมนุษย์ไปเป็นเพียงผู้เดินเครื่องจักร หรือผู้ถือจักรเย็บผ้าเท่านั้นเอง ทั้งที่เวลาเท่า ๆ กันนี้ มนุษย์ควรเรียนรู้อะไรอีกมาก

แม้สมมุติว่าคนงานคนนั้นเป็นคนที่หัวทื่อสักหน่อย แต่ถ้ามีการพัฒนาจากงานประจำที่ทำอยู่ แก่ก็ย่อมสามารถเรียนรู้อะไรได้มากมาย เช่น อาจรู้วิธีเย็บจักรที่ดีขึ้น หรืออาจเปลี่ยนจากการเย็บจักรไปทำงานอย่างอื่น ทำให้ชีวิตดีขึ้นกว่านั้นได้อีกมาก ถ้าเจ้าของโรงงานใจกว้าง นำเด็กรุ่นใหม่เข้ามาทำแทน แล้วให้แกเรียนรู้ต่อไปทำงานที่ยากขึ้น นั่นคือการออกแบบงานให้เกิดมูลค่าเพิ่ม (value added) มากยิ่งขึ้น ซึ่งจะทำให้บริษัทหรือโรงงานของเขาได้กำไรมากขึ้นด้วย แต่ทั้งหมดนี้จะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อมีบรรยากาศของการเปลี่ยนแปลง ถ้าเกือบ 30 ปี ยังขายแต่กางเกงยีนส์ โรงงานนี้ก็ไม่เจริญ

นี่คือตัวอย่างที่สะท้อนให้เห็นว่า เราต้องเปลี่ยนวิธีคิดใหม่กับการทำงานประจำเพื่อให้สอดคล้องกับศักยภาพของความเป็นมนุษย์ ต้องเห็นคุณค่าของมนุษย์มากขึ้น ต้องเห็นว่างานทั้งหลายนั้นไม่มีอะไรคงที่ ต้องคิดใหม่และปรับเปลี่ยนอยู่ตลอดเวลา แนวคิดเช่นนี้นำไปใช้ได้กับทุกเรื่อง

“
ประโยชน์จากการทำ R2R นั้น ครึ่งหนึ่งเกิดกับการพัฒนางาน ส่วนอีกครึ่งหนึ่งเกิดกับคนทำงานนั่นเอง

”

“

R2R อาจเป็นชื่อที่ทำให้
คนเข้าใจผิดได้ง่าย เพราะ
คิดว่าหัวใจของเรื่องนี้คือ
การท้าวิจัย ซึ่งเป็นคำที่
ทำให้คนบางกลุ่มเดินหนี

”

อย่าไปจำกัดตัวเองเหมือนเช่นโรงงาน
เย็บผ้าแห่งนี้ ที่เขาจำกัดตัวเองว่าทำธุรกิจ
เย็บผ้า แล้วใส่คนลงไปกับการเย็บผ้าหลาย
สิบปี ทำอยู่อย่างนั้น ซึ่งมันทำให้มนุษย์เรา
หมดคุณค่าความเป็นมนุษย์ลงไปอย่าง
น่าเสียดาย

ชื่อ R2R นั้น เป็นคำที่คิดกันขึ้นมาเองในประเทศไทย เพื่อที่จะไป
หนุนให้เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการ ในระดับที่ทำงานแบบ routine ได้เกิด
ความกล้า ได้มีโอกาส หรือได้รับการชื่นชม จากการที่สร้างความรู้ขึ้นมา
พัฒนางานของตัวเอง

เพราะฉะนั้น คำถามที่ว่า R2R ใช้ได้กับงานด้านสาธารณสุขเท่านั้น
หรือใช้ได้ทุกเรื่อง คำตอบก็คือใช้ได้ทุกเรื่อง

อย่างไรก็ตาม แม้ผมเป็นคนตั้งชื่อนี้ขึ้นมาเอง แต่มาถึงตอนนี้คิดว่า
R2R อาจเป็นชื่อที่ทำให้คนเข้าใจผิดได้ง่าย เพราะคิดว่าหัวใจของเรื่องนี้คือ
การท้าวิจัย ซึ่งเป็นคำที่ทำให้คนบางกลุ่มเดินหนี เพราะกลัวเรื่องการวิจัย
เนื่องจากคิดว่าเป็นเรื่องยาก

คำว่า การวิจัย หรือ research นั้นเป็นคำที่ฟังดูโก้ ถ้ามีผลงานวิจัย
คนก็มักเอาไปเป็นผลงานวิชาการเพื่อใช้เลื่อนตำแหน่ง เลื่อนขั้นได้ แต่การ
วิจัยแบบ R2R นั้นเป็นงานวิจัยแบบง่าย ๆ เพราะหัวใจจริง ๆ ไม่ได้อยู่ที่การ
วิจัย แต่อยู่ที่การพัฒนางาน โดยจัดกระบวนการให้เกิดการเรียนรู้อีกเพียง
เล็กน้อยก็สามารถทำให้กระบวนการพัฒนางานเกิดงานวิจัยที่สร้างความรู้
ออกมาอย่างชัดเจนได้ คนทำก็มีความภูมิใจ ไปเล่าให้คนอื่นฟังได้อย่าง
เป็นระบบ เขียนออกมาได้ และได้รับผลประโยชน์ทุกฝ่าย เพราะคนทำงาน
ในหลายหน่วยงานเองต่างก็ต้องการตัวผลงานหรือการวิจัยอย่างเป็นทางการ
รูปธรรมสำหรับที่จะไปเลื่อนระดับ ชี หรือเลื่อนตำแหน่ง แต่ที่สำคัญกว่านั้น

คือคนที่ทำ R2R จะคิดเก่งขึ้น และสื่อสารให้คนอื่นฟังได้ดีขึ้น เพราะฉะนั้น กระบวนการนี้จึงทำให้คนเก่งขึ้นโดยตัวของเขาเอง

ดังนั้น ชื่อ R2R จึงมีข้อดีอยู่ แต่ถ้าไม่ระวังก็อาจเข้าใจผิด แล้วก็ไปหลงติดอยู่กับคำว่า “วิจัย” ทั้งๆ ที่หัวใจของ R2R คือ การพัฒนางานไปพร้อมกับการพัฒนาคน อย่างที่ได้กล่าวไปแล้ว

ที่ผ่านมามักมีคำถามว่างานวิจัยแบบไหนที่ถือว่าเป็น R2R ผม คิดว่าคำตอบนั้นไม่ตายตัว แต่ละหน่วยงานต้องนิยามเอาเองให้เหมาะสม ต่อสถานการณ์ และความต้องการของตน

อย่างไรก็ตาม ผมจะลองให้คำตอบของผม ซึ่งไม่รับรองว่า ถูกต้อง...แต่รับรองได้ว่าไม่ครบถ้วน

หลักในการพิจารณาว่างานศึกษาเรื่องใดเรื่องหนึ่งเป็น R2R หรือไม่ ให้ดูจาก 4 ส่วน ได้แก่

- **โจทย์วิจัย** คำถามวิจัยของงาน R2R ต้องมาจากงานประจำ เป็นการแก้ปัญหาหรือพัฒนางานประจำ

- **ผู้ทำวิจัย** ต้องเป็นผู้ทำงานประจำนั่นเองและเป็นผู้แสดงบทบาทหลักของการวิจัย

- **ผลลัพธ์ของการวิจัย** ต้องวัดที่ผลที่เกิดต่อตัวผู้ป่วยหรือบริการที่มี ผลต่อผู้ป่วยโดยตรง ไม่ใช่วัดที่ตัวชี้วัดทฤษฎีภูมิต้านนั้น เช่น ระดับสารต่างๆ ในร่างกายหรือผลการตรวจพิเศษต่างๆ

- **การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์** ผลการวิจัยต้องวนกลับไปก่อ ผลเปลี่ยนแปลงต่อการให้บริการผู้ป่วยโดยตรง หรือต่อการจัดบริการผู้ป่วย

ตัวอย่างการเริ่มต้นงานวิจัยง่าย ๆ ในแบบฉบับ R2R

ผลของการลดขั้นตอนการทำแผลต่อการบรรเทาความเจ็บปวด ระหว่างการทำแผลในผู้ป่วยแผลไหม้ ที่โรงพยาบาลราชบุรี

ขั้นเริ่มต้นการวิจัย

1. สังเกตจากปัญหาการปฏิบัติงานว่าช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยแผลไหม้ (burns) มีระดับความเจ็บปวดมากที่สุด คือ ช่วงการทำแผล
2. เพื่อยืนยันว่าสิ่งที่สังเกตเป็นความจริง พยาบาลเริ่มสังเกต และบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบด้วย VAS บันทึกระดับความเจ็บปวดในระยะพัก ระยะก่อนทำแผล ระหว่างการทำแผล หลังทำแผลเสร็จทันที และหลังทำแผลเสร็จประมาณ 30 นาที เป็นเวลา 3 วัน (practice trigger หรือ problem focused) โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยจำนวน 10 คน
3. ผลลัพธ์จากขั้นตอนที่ 2 ทำให้ได้งานวิจัยแบบสำรวจ 1 เรื่อง ที่บอกถึงรูปแบบและระดับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยแผลไหม้ ช่วงทำแผลของขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อยืนยันสิ่งที่ค้นพบ และใช้อภิปรายผลการศึกษา เรียกว่าเป็น knowledge triggers

ขั้นกลางของการวิจัย

ระบุความจำเป็นของการหาวิธีการปฏิบัติเพื่อช่วยลดความเจ็บปวดระหว่างการทำแผลด้วยวิธีการลดขั้นตอนการทำแผลจาก 7 ขั้นตอน เป็น 6 ขั้นตอน เพื่อลดระยะเวลาของการทำแผล ใช้กลุ่มตัวอย่าง 10 คน ได้รับการทดลองทั้ง 2 อย่าง สลับกันไปเป็นเวลา 2 วัน โดยบันทึกผลได้ดังนี้

ผู้ป่วย	วันที่	เวลา	วิธีทำแผล
1	1	เช้า	7 ชั้นตอน
		บ่าย	6 ชั้นตอน
	2	เช้า	6 ชั้นตอน
		บ่าย	7 ชั้นตอน
2	1	เช้า	6 ชั้นตอน
		บ่าย	7 ชั้นตอน
	2	เช้า	7 ชั้นตอน
		บ่าย	6 ชั้นตอน

นอกจากนี้ ได้เก็บข้อมูลระดับความเจ็บปวดก่อน ระหว่าง และหลัง การทำแผล แล้วเปรียบเทียบระดับของความเจ็บปวดแต่ละระยะระหว่าง การทำแผลด้วยวิธีการ 2 อย่าง คือ แบบ 6 ชั้นตอน และ 7 ชั้นตอน

ผลลัพธ์ของขั้นตอนนี้

ได้งานวิจัยเชิงการทดลอง 1 เรื่อง ที่ทำแล้วแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยได้ โดยตรง และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติได้ทันที เหมือนงานพัฒนา คุณภาพการพยาบาล

การทำ R2R ให้ได้ผลดีต้องการแรงเสริม 2 ส่วน

ส่วนที่หนึ่ง คือ บรรยากาศในที่ทำงาน ถ้าที่ทำงานบอกว่า SOP กำหนดให้ทำอะไรแล้วต้องทำให้เหมือนทุกอย่าง ห้ามเปลี่ยนแปลง นี่คือบรรยากาศแบบควบคุมสั่งการใช้อำนาจ และกำหนดให้ SOP ตายตัวอย่างนี้ R2R ทำได้ยาก ไม่มีประโยชน์ เพราะ R2R จะเป็นตัวเปลี่ยนแปลงทุกอย่างไปเรื่อย ๆ ฉะนั้น บรรยากาศของการเปิดกว้างให้มีการริเริ่มสร้างสรรค์จะเป็นเงื่อนไขที่สำคัญ หากขาดสิ่งนี้ R2R ก็ทำได้ยาก หรือทำไม่ได้เลย

ส่วนที่สอง คือ แรงหนุนจากผู้บริหาร ผู้บริหารที่รู้จักชม ทำท่ายหรือตั้งคำถามว่าเราทำงานดีได้ยิ่งกว่าที่ทำอยู่นี้หรือเปล่า จะช่วยกระตุ้นให้เกิด R2R เช่น ระยะเวลาที่คนไขรอจ่ายยาเฉลี่ยอยู่ที่ 15 นาที แต่ในความเป็นจริง คนไข้ที่รอยามีตั้งแต่รอ 5 นาที ไปจนถึง 1 ชั่วโมง ถ้าผู้บริหารตั้งคำถามว่า อย่าให้ถึงชั่วโมงได้ไหม เอาสูงสุดให้เหลือแค่ 30 นาที จะทำได้หรือไม่ ลองค้นหาดูว่าพวกที่ต้องรอ 30 - 60 นาที เป็นพวกไหนบ้าง ทำไมถึงต้องรอนานขนาดนั้น แล้วไปหาวิธีปรับตรงนั้น เพื่อให้คนไข้ได้ประโยชน์เมื่อทำสำเร็จผู้บริหารก็แสดงความชื่นชม จัดเลี้ยงฉลอง หรือ ถ้าผู้บริหารขยันเล่าถึงความเคลื่อนไหวในที่ทำงานให้ที่โน่นที่นี้ฟังอยู่เรื่อยๆ ก็จะทำให้ทีมงานที่ทำ R2R มีกำลังใจและเห็นคุณค่าของตัวเอง รวมทั้งเห็นคุณค่าของการริเริ่มสร้างสรรค์

นอกจากนี้ ในบทความวิชาการเกี่ยวกับเรื่องของ **การจัดองค์กรเรียนรู้** (learning organization) ที่ตีพิมพ์ในวารสาร Harvard Business Review ยังเชื่อมโยงมาใช้กับเรื่องของ R2R ได้

ในบทความนี้ระบุว่า ตัวชี้วัดว่าองค์กรใดเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้หรือไม่ ให้ดูที่ 3 ปัจจัย ได้แก่

หนึ่ง สภาพแวดล้อม (environment) คือ มีบรรยากาศขององค์กรที่เปิดช่องให้คนใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ไม่บังคับว่าสิ่งต่างๆ จะต้องคงที่ตายตัว

สอง กิจกรรม (activity) มีการจัดกิจกรรมในลักษณะเป็นกระบวนการช่วยจับประเด็นมาสร้างความรู้ให้ยกระดับขึ้นไป

สาม ภาวะผู้นำ (leadership) มีผู้นำที่เข้าไปสนับสนุน ทำท่าย หรือชักชวนอย่างมีศิลปะ เพื่อไม่ให้คนในที่ทำงานตกใจ ไม่กลัว เกิดความรู้สึกว่าเป็นเรื่องที่ยากเกินไป

ที่จริงทั้ง 3 ข้อที่ว่าเป็นเรื่องสำคัญนี้ สามารถคิดได้เองโดยใช้สามัญสำนึก ถือได้ว่าเป็นหลักการทั่วไป ไม่ได้เป็นของแปลกประหลาดอะไร และ 3 ปัจจัยนี้ถือว่ามีสถานะเป็นปัจจัยเอื้อ แต่ไม่ใช่ปัจจัยหลักที่ทำให้เกิด R2R ขึ้นมาได้เองโดยตรง

R2R นั้น หัวใจอยู่ที่คนที่ทำงานประจำที่ต้องการพัฒนางานของตัวเองให้ดีขึ้น แล้วก็ใช้กระบวนการเพื่อคิดหาวิธี โดยมุ่งตอบคำถามว่า **อย่างไร** (how) เพื่อให้งานในจุดนั้นทำได้ดีขึ้น

เริ่มต้นคิดหัวข้อวิจัย ทำได้อย่างไร ?

1. ความไม่พอใจในสิ่งที่ปฏิบัติอยู่ในปัจจุบัน

ให้อาภิเษของต่นเป็นที่ต้งใจทย ออย่าทำตัวเป็นพวก “ทองไม่รู้ร้อน”

- ส้ารวจว่างานที่ท้ออยู่ในปัจจุบันมีอะไรที่เป็นปัญหา
- ถ้าไม่มีปัญหาแล้ว การปฏิบัติแบบเดิมๆ ที่ทำ สามารถปรับให้ดีขึ้นได้หรือไม่
- ถ้ารู้สีกว่าดีแล้ว ทำให้ดีกว่านี้ได้หรือไม่

2. ความพอใจหรือเป้าหมายขององค์กร ซึ่งรวมถึงผู้ป่วยและครอบครัว

ให้อาภิเษของค่นอ่นมาเป็นที่ต้งใจทย

- วิจัยที่ดี ต้องมีคนต้องการ
- วิจัยที่ดี ต้องแก้ปัญหาคให้ค่นที่เกี่ยวข้องได้
- การวิเคราะห์ความต้องการของค่นที่เกี่ยวข้องจะทำให้ได้รับการสนับสนุนที่ดี เช่น เงิน เวลา นโยบายในการเปลี่ยนแปลง เป็นต้น

3. การอ่านวารสารและงานวิจัยที่ตีพิมพ์แล้ว

ปัจจุบันเราไม่ได้เริ่มต้นจากศูนย์แล้ว การค้คงานของค่นอ่นๆ บ้างจึงเป็นเร่องสำคัญ โดยค้คว่า

- ใครทำอะไร?
- ทำไปถึงไหน?
- ช่องว่างอยู่ตรงไหน?

สำหรับหลักในการทบทวนวรรณกรรมเพื่อหาหัวข้อวิจัยนั้น ได้แก่ ใครทำ? ทำอะไร? ได้อะไร? ควรทำอะไรต่อ?

4. การพบปะพูดคุยหรือการสื่อสารกับบุคคลอื่น ๆ ทั้งเป็นการส่วนตัว หรือในการประชุมวิชาการต่างๆ

5. การทำวิจัยซ้ำ (Replication of studies) เช่น ทำซ้ำใน settings อื่นๆ

6. ต้งใจทยจากทฤษฎี เพื่อเป็นการพิสูจน์ทฤษฎีต่างๆ

ก่อนจะเริ่มต้นทำ R2R ลองมาวิเคราะห์ตนเองกันดูสักหน่อยไหม ว่าท่านอยู่ในกลุ่มใดในคน 5 กลุ่มนี้

กลุ่ม 1 เก็บข้อมูลเอาไว้บ้างแล้ว แต่ยังไม่รู้ว่าจะทำอะไรต่อไป

กลุ่ม 2 มีโครงการวิจัยหรือมีหัวข้ออยู่แล้ว แต่ยังไม่ได้เริ่มทำ

กลุ่ม 3 สนใจที่จะทำงานวิจัยมาก แต่ยังไม่มีความมั่นใจ

กลุ่ม 4 สนใจที่จะทำวิจัยพอควร แต่ไม่ค่อยแน่ใจว่าจะทำได้หรือไม่

กลุ่ม 5 ไม่ต้องการทำวิจัยเลย คิดว่ายุ่งยากและไม่สนใจ

ไม่ว่าอยู่ในกลุ่มใด ท่านก็สามารถทำงานวิจัยได้สำเร็จทั้งสิ้น เพียงแต่อาศัยวิธีการเริ่มต้นที่ไม่เหมือนกัน และอาจใช้เวลาต่างกัน

กลุ่ม 1 เก็บข้อมูลมาบ้างแล้ว เริ่มต้นโดยลองเอาข้อมูลเดิมมาพิจารณา แล้วดูว่าเราจะใช้ประโยชน์อะไรได้บ้าง การวิจัยอาจเป็นแบบการทำสำรวจ (survey) เพื่อดูพฤติกรรมของปัญหาบางอย่าง

กลุ่ม 2 มีโครงการวิจัยหรือมีหัวข้ออยู่แล้ว แต่ยังไม่ได้เริ่มทำ เริ่มต้นโดยการปรับโครงการเดิม ด้วยการเขียนให้ชัดเจนขึ้น มีการทบทวนเอกสารมากขึ้น และส่งขออนุมัติวิจัย

กลุ่ม 3 สนใจมาก แต่ไม่รู้ว่าจะเริ่มต้นอย่างไร เริ่มต้นจากการมองดูปัญหาใกล้ตัว วิเคราะห์ปัญหาให้ชัด แล้วพัฒนาโครงการตามขั้นตอน

กลุ่ม 4 สนใจพอควร แต่ยังไม่ค่อยแน่ใจว่าจะทำได้หรือไม่ เริ่มต้นที่การอ่านเอกสารที่เกี่ยวข้องมากๆ เพื่อกระตุ้นให้คิดได้ ศึกษาบทเรียนของผู้อื่นทั้งทางตรงและทางอ้อม เพื่อให้เกิดการต่อยอดความคิดของตนเอง

กลุ่ม 5 ไม่ต้องการทำวิจัยเลย คิดว่ายุ่งยากและไม่สนใจ เริ่มต้นจากการลองคิดใหม่อีกครั้ง และลองหาทางทำงานวิชาการประเภทอื่นๆ ที่เทียบเคียงกัน เช่น งานทบทวนงานวิจัย หรือโครงการใช้ผลการวิจัย (research utilization)

งานวิจัยนั้นเป็น “กระบวนการ” การดำเนินการทุกอย่างเป็นไปตามขั้นตอน และแต่ละขั้นตอนมีกิจกรรมที่แตกต่างกัน ดังนี้

กิจกรรม	ขั้นตอน
1. ระบุหัวข้อหรือปัญหาการวิจัย และทบทวนวรรณกรรม	การคิดและเขียนโครงร่าง
2. กำหนดตัวแปรของการวิจัยและ วิธีวัดตัวแปร	
3. กำหนดระเบียบวิธีวิจัย	
4. กำหนดประชากรและกลุ่ม ตัวอย่างในการวิจัย และ เขียนโครงร่าง	
5. ดำเนินการเก็บข้อมูล	ลงมือทำ
6. วิเคราะห์ข้อมูล	
7. เขียนรายงานการวิจัย	คิด วิเคราะห์ผล
8. เผยแพร่งานวิจัย	เขียนรายงาน

เมื่อตัดสินใจเริ่มต้น ก้าวแรกมักเป็นก้าวที่ต้องการผู้ช่วยเหลือ ส่วน
ก้าวต่อๆ ไปเป็นก้าวที่ต้องการ “เพื่อนคู่หู” ซึ่งการทำวิจัยเป็นอีกกลวิธีหนึ่ง
ที่จะทำให้ประสบความสำเร็จ

เคล็ดลับลดอุปสรรคสำหรับ R2R (1)

คำนวณขนาดตัวอย่างมาได้อย่างไร ???

Intervention เชื่อถือได้แค่ไหน ???

ฯลฯ

คำถามจากนักวิชาการเช่นที่ยกตัวอย่างข้างต้นนี้อาจบั่นทอนกำลังใจของนักปฏิบัติที่กำลังริเริ่มทำวิจัยใหม่ๆ ทำให้เบื่อหน่าย และไม่อยากทำวิจัย

แนวทางต่อไปนี้อาจเป็นทางออกที่ดี

- พบกันคนละครึ่งทาง
- พยายามผลักดันให้นักปฏิบัติมองงานที่ทำอยู่ประจำวันเป็นงานวิจัย
- งานพัฒนาคุณภาพที่ทำอยู่ ถ้าหากเก็บข้อมูลดีๆ รายงานผลให้เป็น และใช้สถิติเปรียบเทียบให้ถูกต้องก็สามารถรายงานในลักษณะของงานวิจัยได้

สิ่งที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) มุ่งสนับสนุนให้เกิดขึ้นในวงการสาธารณสุขของประเทศไทย ก็คือ การทำ R2R ด้วยความเข้าใจที่ถูกต้อง เพราะไม่ว่าเรื่องอะไรก็ตาม ต่างมีทั้งด้านบวกและลบ ให้ได้ทั้งคุณและโทษ ซึ่งโทษส่วนใหญ่มักเกิดจากความเข้าใจผิดหรือหลงผิด จนนำไปใช้ผิด เหมือนไฟหรือไฟฟ้า ถ้าเราใช้ถูกก็มีประโยชน์มหาศาล แต่เมื่อใช้ผิดก็ช็อตไหม้บ้าน กลายเป็นด้านลบ

R2R นั้นก็เช่นเดียวกัน ถ้าหากคนเข้าใจผิดและนำไปใช้ในทางที่ผิด จะยิ่งทำให้คนกลัวหรือปฏิเสธ ไม่ได้ประโยชน์ จึงต้องให้ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งว่า จุดสำคัญของ R2R นั้นไม่ใช่เป้าหมาย แต่ R2R เป็นเครื่องมือเพื่อพัฒนางานประจำ และพัฒนาคนที่ทำงานประจำให้เติบโต เก่งขึ้น

เคล็ดลับลดอุปสรรคสำหรับ R2R (2)

หาก **ผู้บริหารด้านการวิจัยขององค์กร** ให้การสนับสนุนในสิ่งต่อไปนี้ จะช่วยให้อุปสรรคลดน้อยถอยลง

1. เข้าใจธรรมชาติงานวิจัยทางคลินิกของนักปฏิบัติ
2. นักปฏิบัติอยู่กับการปฏิบัติ ต้องเอื้อให้สามารถใช้การปฏิบัติ และการแก้ปัญหามาจากการปฏิบัติประจำวันพัฒนาไปเป็นการวิจัย
3. ต้องเข้าใจว่านักปฏิบัติที่ยังไม่เคยทำวิจัยเองอาจไม่คล่องตัวเรื่องการใช้สถิติในกระบวนการวิจัย ดังนั้น ต้องช่วยหาที่ปรึกษาทางด้านนี้
4. ต้องเปิดไฟเขียวให้ทุก ๆ เรื่อง ไม่จู้จี้เกินไป และต้องยอมรับความไม่สมบูรณ์แบบอย่างได้
5. ตระหนักเสมอว่าถ้าไม่มีการเริ่มต้นงานที่ 1 ก็จะไม่มีการที่ 2,3,4.....ตามมา

ฉลาดขึ้น มีความกล้าทดลองสิ่งใหม่ๆ มากขึ้น เกิดความมั่นใจตัวเอง แล้วพอทำไปด้วยกันก็รู้ว่าเพื่อนคนนี้เขาก็เก่ง นำมาซึ่งความเคารพต่อกัน และกัน คนในที่ทำงานจึงเกิดทั้งความมั่นใจในตัวเองและรู้จักเคารพคนอื่นไปพร้อมกัน ถ้าทุกคนเป็นอย่างนั้น ที่ทำงานก็จะมีความสุข แทนที่ทุกคนทำงานประจำไปเรื่อย ๆ โดยไม่คิดทำ R2R ผ่านไป 5 ปี 7 ปี ก็กลายเป็นเครื่องจักร จิตใจแห้งแล้ง มองเพื่อนร่วมงานก็คิดว่าไม่มีใครเก่ง ชีวิตตัวเองก็ไม่มีอะไรเปลี่ยนแปลง ไม่มีอะไรที่สนุกสนานท้าทาย สุดท้ายชีวิตจึงลงเอยด้วยความอับเฉา

ความเข้าใจผิดต่อ R2R ที่ผมกังวลมากที่สุดคือจะมีคนเอา R2R ไปเป็นตัวเป้าหมาย เรียกว่า **“คุณต้องทำ R2R นะ”** แล้วก็นำ R2R ไปเป็นตัวชี้วัดว่าคุณทำ R2R หรือเปล่า ถ้าเป็นไปแบบนี้ ผมกลัวที่สุดเพราะมันเป็นสิ่งที่ผิด

ถ้าเมื่อไรคนบอกว่าต้องทำ R2R หรือวัดกันว่าที่องค์กรของคุณมีการทำ R2R หรือเปล่า เมื่อนั้นก็จะมี R2R หลอกๆ หรือ R2R เกๆ เต็มบ้านเต็มเมือง ในบ้านเมืองเรามีเรื่องเก้เต๋มไปหมด เนื่องจากความเข้าใจผิดจนมีการกำหนดกฎเกณฑ์ผิดๆ ขึ้นมา คนก็ต้องเอาใจนายจึงทำให้มีขึ้น แต่ที่มีนั้นไม่ใช่ของจริงจึงไม่ได้ประโยชน์

ฉะนั้น ต้องทำความเข้าใจให้ถูกต้องก่อนเป็นอันดับแรกว่า **R2R เป็นเครื่องมือไม่ใช่เป้าหมาย** คำว่า “เครื่องมือ” แปลว่าเราไม่ต้องสนใจมัน เช่น เราจะสร้างบ้าน แน่นอนว่าเราต้องใช้ค้อน ลือ ตะปู เป็นเครื่องมือ แต่จุดสนใจของเราอยู่ที่เป้าหมายคือการเกิดตัวบ้านที่ดีน่าภาคภูมิใจอยู่แล้วมีความสุข

เมื่อนำ R2R ไปใช้ การชี้วัดผลให้ดูตรงที่ว่า งานประจำพัฒนาขึ้นเรื่อยๆ หรือไม่ ตัวคนที่ทำงานในองค์กรนี้เขามีความสุข มีความภูมิใจ เขากล้าที่จะลองสิ่งใหม่ๆ ปรับปรุงตัวเอง และเรียนรู้ไปเรื่อยๆ หรือไม่

ตรงนั้นต่างหากคือหัวใจ 🍀

“
ถ้าเมื่อไรคนบอกว่าต้องทำ R2R หรือวัดกันว่าที่องค์กรของคุณมีการทำ R2R หรือเปล่า เมื่อนั้นก็จะมี R2R หลอกๆ หรือ R2R เกๆ เต็มบ้านเต็มเมือง

”

ถึงเวลาคืนอำนาจ การร่วมสร้างความรู้ ให้กับผู้ปฏิบัติ ด้วย R2R

นายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์

เรื่องของการวิจัยนั้น แท้ที่จริงก็เป็นกิจกรรมทางวิชาการอย่างหนึ่ง แต่ถูกทำให้กลายเป็นเรื่องของผู้เชี่ยวชาญและผูกขาดโดยผู้เชี่ยวชาญ เพราะเป็นส่วนหนึ่งของระบบอุตสาหกรรมความรู้ที่ผู้เชี่ยวชาญทำหน้าที่ผลิตความรู้ มหาชนทำหน้าที่บริโภคความรู้ โดยไม่มีบทบาทในการผลิตและการสร้างความรู้สักเท่าไร

เวลาที่เราทำวิจัย วัตถุประสงค์มีอยู่ด้วยกัน 3 ด้าน

วัตถุประสงค์ที่หนึ่ง คือ เพื่อสร้างความรู้ใหม่ เรียกว่า ใช้งานวิจัยเป็นเครื่องมือในการติดความรู้ (knowledge generating tools)

วัตถุประสงค์ที่สอง คือ เพื่อสอนให้รู้จักการคิดเป็นระบบ ตอบโจทย์ที่ตนเองตั้งขึ้น ด้วยวิธีการที่ตนเองตอบได้ (educational tools)

วัตถุประสงค์ที่สาม คือ เป็นเครื่องมือเสริมพลังอำนาจให้กับคน (empowering tools) หมายถึงว่า ครั้งหนึ่งคุณยืนอยู่ต่อหน้าปรากฏการณ์แล้วไม่เคยรู้จัก มองหน้ามันแล้วก็ยังไม่เข้าใจ นี่เป็นสภาวะของผู้ไร้อำนาจ แต่สมมุติว่าคุณเห็นปรากฏการณ์นั้นด้วยสายตาที่ทะลุเหนือผ่านปรากฏการณ์ที่อยู่ผิวหน้า ลงไปหามูลเหตุความเชื่อมโยงกันได้ของสิ่งนั้นๆ และเห็นว่า อ้อ สิ่งนั้นเป็นอย่างนั้นเพราะมันมีบริบทปัจจัยรายล้อมอยู่ คุณก็จะเป็นคนที่มีพลังขึ้น

แนวคิดหลักของ R2R นั้น มีเป้าหมายเพื่อที่จะปฏิวัติกระบวนการการเรียนรู้และการสร้างความรู้ โดยมุ่งไปที่การทำลายมายาคติสำคัญ 3 เรื่อง คือ

หนึ่ง งานวิจัยเป็นเรื่องยาก ซึ่งในความเป็นจริง มันอาจมีทั้งที่ยากและง่าย แต่ที่ผ่านมามีได้ถูกทำให้ยากเกินไป

สอง งานวิจัยเป็นเรื่องใหญ่ ต้องมีโครงการ และมีการเขียนขอทุน ซึ่งมักผ่านขั้นตอนยุ่งยาก

สาม งานวิจัยเป็นเรื่องของคนอื่น เจ้าหน้าที่ที่ทำงานอยู่ในระบบสาธารณสุขนั้นไม่มีตำแหน่งเจ้าหน้าที่ทำวิจัยโดยตรง ถึงแม้ว่าโดยทั่วไปจะต้องเขียนงานวิชาการกันอยู่บ้าง แต่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมักมีฐานะเป็นเพียงแค่ผู้ช่วยนักวิจัย โดยเป็นพนักงานเก็บข้อมูลให้กับนักวิจัยตามมหาวิทยาลัย ความจริงบทบาทของผู้ช่วยนักวิจัยนั้นต้องช่วยเขาออกแบบและพัฒนาเครื่องมือที่จะใช้ในการวิจัย เก็บข้อมูล เสร็จแล้วก็ส่งให้เขาเขียนวิเคราะห์

R2R เข้ามาริ่ความคิด 3 เรื่องนี้ ที่ทำให้เห็นว่าวิจัยเป็นเรื่องใหญ่ เรื่องยาก จนกลายเป็นว่าความรู้ต้องมาจากที่อื่น หรือไม่เช่นนั้น ความรู้ก็ต้องอาศัยคนอื่นมาสร้างให้

R2R จะทำให้การสร้างหรือการผลิตความรู้เกิดขึ้นได้ทุกหนทุกแห่ง ทำให้ทุกที่เป็นองค์กรที่เรียนรู้ได้ด้วยตนเอง โดยใช้การวิจัยเป็นเครื่องมือการเรียนรู้

เจ้าหน้าที่ที่ไปทำงานในชนบทนั้น ถ้าไปด้วยอุดมการณ์อย่างเดียว ผมเชื่อว่าอยู่ได้ไม่เกิน 3 ปีก็ท้อแล้ว เพราะงานที่นั่นเป็นเรื่องยาก และมีอุปสรรคมาก ถึงที่สุดมันก็หมดความท้าทายไปโดยปริยาย แต่ถ้าพวกเขาสามารถผลิตความรู้ได้ มีสถานะเป็นผู้สร้างความรู้ เขาจะสามารถทำงานต่อไปอย่างไม่จบไม่สิ้น เพราะว่าการทำงานได้นำพาเขาไปค้นหาคำถามใหม่ๆ กระตุ้นความอยากรู้อยากเห็น และนำไปสู่การเรียนรู้เรื่องใหม่ๆ อยู่ตลอดเวลา

โจทยในเรื่องนี้อยู่ตรงที่ว่า ทำอย่างไร เราถึงจะสร้างกระบวนการที่ทำให้เจ้าหน้าที่ตัวเล็กตัวน้อยทุกคนที่อยู่ในระบบสาธารณสุขกลายเป็นคนที่สามารถสร้างความรู้ และมีความภูมิใจที่จะทำงานด้วยความรู้ที่ตนสร้างขึ้น ไม่ได้ทำหน้าที่เป็นแค่ผู้เสพความรู้สำเร็จรูปจากที่อื่น แต่ทำหน้าที่สร้างความรู้ จนสามารถอุ้มชู

งานของตนเองได้ด้วยความรู้ที่ตนเองมี คิด และวิจัย สามารถใช้ความสามารถในการสร้างความรู้ความเข้าใจใหม่ที่จะทำให้การทำงานสนุกขึ้น

ปรัชญาของ R2R ก็คือ การคืนอำนาจให้กับคนในท้องถิ่น สถานะของการเป็นผู้สร้างความรู้ จากเดิมที่เคยเป็นผู้เสพความรู้ และคืนศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ให้เขา

การสนับสนุนให้คนในระบบสาธารณสุขหันมาให้ความสนใจในเรื่องของ R2R นั้น ผมมองว่ามีเหตุปัจจัยอย่างน้อยที่สุดใน 3 ระดับ

หนึ่ง คือ สภาพของสังคมทั่วไปในปัจจุบันนั้นเป็นสังคมความรู้สำเร็จรูป เราถูกปลูกฝังและเลี่ยมสอนมาให้มีบทบาทเป็น “ผู้บริโภคความรู้สำเร็จรูป” ด้วยเหตุนี้ หนังสือประเภท how to ถึงขายดี มันกลายเป็นว่าคนอื่นเขาคิดมาแล้ว ความรู้นั้นสำเร็จรูปแล้ว ขนาดเรื่องการเลี้ยงลูก คุณยังไม่ต้องไปคุยกับลูกเลย แค่คุณไปอ่านหนังสือแทนเท่านั้น คุณเลี้ยงลูกให้เป็นอัจฉริยะได้ แต่คุณต้องไปซื้อหนังสืออัจฉริยะสร้างได้ คุณไม่ต้องรู้จักลูกหรอก ไปรู้จัก “หนูดี” แทนก็พอ

สอง สถาบันหรือระบบงานของเราเป็นระบบที่ปฏิบัติต่อผู้คนที่เป็

“
เจ้าหน้าที่ก็ไปทำงานในชนบทนั้น
ถ้าไปด้วยอุดมการณ์อย่างเดียว
ผมเชื่อว่าอยู่ได้ไม่เกิน 3 ปี ก็ก่อ
แล้ว เพราะงานที่กำนันเป็นเรื่อง
ยาก มีอุปสรรคเยอะ ถึงที่สุดมัน
ก็หมดความท้าทายไปโดยปริยาย

“

สภาพของสังคมทั่วไปในปัจจุบันนั้นเป็นสังคมความรู้สำเร็จรูป เราถูกปลูกฝัง ถูกเลี่ยมสอนมาให้เป็น “ผู้มีรึกคความรู้สำเร็จรูป” ด้วยเหตุนี้ หนังสือประเภท how to ถึงขายดี

”

ให้เขาหมด ไล่แต่ “ตัวชีวิต” กันอย่างเดียว จนคนเหล่านี้เรียนรู้ว่าชาตินี้ขอสู้ตายถวายชีวิตให้กับตัวชีวิต

สาม ชีวิตการทำงานทุกเมื่อเชิอวันของคนที่อยู่ในระบบนั้นขาดสิ่งแวดล้อมที่ช่วยกระตุ้นการเรียนรู้หรือแรงผลักดันให้ไปค้นคว้าศึกษาวิจัย ข้อมูลที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

เก็บ เขาไม่ได้เป็นคนไข้ เพราะทำเพื่อส่งเข้ากระทรวง ถ้ามีภาระงานมาก การคิดงานวิจัยขึ้นมาก็แปลว่าเพิ่มงานให้กับตนเอง เหล่านี้ทำให้การสร้างงานวิจัยในงานประจำกลายเป็นเรื่องยาก

สิ่งที่ทำให้เรื่องนี้มีความเป็นไปได้ อยู่ที่การทำแนวคิดให้ชัดเจนว่า

...R2R คืออะไร

...การสร้างและนำเสนอตัวอย่างที่มีความเป็นไปได้

...และสุดท้ายคือ การมีนโยบายสนับสนุน โดยเปิดพื้นที่ให้เรื่องเหล่านี้สามารถทำได้ในระบบงานประจำ

ที่ สำนักงานวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.) เราทำงานวิจัยในเรื่องของกระบวนการฝึกนักวิจัยในพื้นที่ ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ในระดับปลายแถว หรือเจ้าหน้าที่ตัวเล็กตัวน้อยที่อยู่ตามสถานีอนามัย

เมื่อเปรียบเทียบกับคนกลุ่มอื่นๆ ในระบบ ถือว่าคนเหล่านี้มีโอกาสน้อยสำหรับการได้ฝึกฝนด้านการทำงานวิจัย ภาระงานประจำก็ล้นมือ ทำงานอยู่ในชนบท ต้องเดินทางไปเยี่ยมบ้าน ต้องทำงานควบคุมโรค

เดี๋ยวก็นึกใช้หัวคนมา ใช้เลือดออก
นี่หนู ฯลฯ ชีวิตเรามีเรื่องเหล่านี้
เน้นเต็มไปหมด จึงเป็นความท้าทาย
ว่าจะทำอย่างไรให้คนเหล่านี้สามารถ
เรียนรู้และพัฒนากระบวนการทำงาน
ขึ้นในลักษณะที่เรียกว่า on the job
training ขึ้นมา เพื่อให้ “งานวิจัย” กับ
“งานประจำ” เดินเคียงกันไปข้างหน้า
เหมือนกับขา 2 ข้าง

“
ทำอย่างไรให้คนเหล่านี้สามารถ
เรียนรู้และพัฒนากระบวนการ
ทำงานขึ้นในลักษณะที่เรียกว่า
on the job training ขึ้นมา
เพื่อให้ “งานวิจัย” กับ “งาน
ประจำ” เดินเคียงกันไปข้างหน้า
เหมือนกับขา 2 ข้าง
”

รายละเอียดคร่าวๆ ในกระบวนการฝึกนักวิจัยที่เราทำอยู่ ก็คือ ให้
เขาส่งโครงการมา และเราจะคัดเลือกเอาประเด็นที่น่าสนใจเท่านั้นมา
พัฒนาเป็นโครงการวิจัยที่จะลงมือฝึกทำจริง จากนั้น เราจะเริ่มทำ
กระบวนการฝึกอบรมให้ โดยฝึกให้หัดคิดกระบวนการวิจัยอย่างง่าย ๆ และ
เป็นขั้นเป็นตอน จนได้ตัวโครงร่างวิจัย ซึ่งไม่ได้หวังว่ามันจะเป็นโครงร่าง
สมบูรณ์ เมื่อใครก็ตามเขียนโครงร่างวิจัยขึ้นมา ถ้านั้นเป็นงานวิจัยขึ้น
แรกๆ หากจะรอจนสมบูรณ์ก็สายเกินไปแล้ว และเอาเข้าจริงก็ไม่ว่า
“ความสมบูรณ์” ที่ว่านั่นคืออะไรด้วย ต้องให้เขาไปลองทำวิจัย พอผ่าน
กระบวนการทำวิจัยครบวงจรแล้ว ย้อนกลับมาดูว่าทำไมเราจึงเคยเห็นให้
ทำโครงร่างวิจัย เขาจะเข้าใจว่า อ้อ...ก็เพราะว่าถ้าไม่ทำแบบนี้ เวลาลงไป
เก็บข้อมูลและวิเคราะห์มันจะเจอปัญหา นี่คือการเรียนรู้จากภาคปฏิบัติ

อย่างที่เล่าไว้ตอนต้นว่าคนที่มารับการอบรมกับเรานั้นต่างก็มีงาน
ประจำมากมาย ผมได้คิดวิธีการว่า เราให้เขามาฝึกงานที่สำนักงานของเรา
2 ครั้งในรอบปี โดยมาอยู่ที่นี้ 2 อาทิตย์ คล้ายๆ กับการอินเทิร์น (intern)
โดยเป็นระบบอินเทิร์นวิจัย เราเอาเขามาซัง เข้าแคมป์กินนอนกับเรา
ที่ตึกสวนสุขภาพ ข้างสนามกีฬาในกระทรวงสาธารณสุข ออกไปไหนไม่ได้

“

ปัญหาของงานวิจัยเชิงคุณภาพที่พบโดยทั่วไปคือ ตอนเก็บข้อมูลมันสนุก อ๋อ...ได้ไปคุยแบบนั้น เล่ากันเป็นตลกเป็นตะ แต่มักจะมาตายตอนเขียนกับตอนวิเคราะห์ไม่ออก

”

ร้านรวงหรือทีวีก็ไม่มี ได้แต่ทำงานกัน คอยกัน เขียน คิด กลับไปเก็บข้อมูลในพื้นที่ แล้วเอาขึ้นมาถกกัน

ปัญหาของงานวิจัยเชิงคุณภาพที่พบโดยทั่วไป คือ ตอนเก็บข้อมูลมันสนุก อ๋อ...ได้ไปคุยแบบนั้นแบบนี้ เล่ากันเป็นตลกเป็นตะ แต่มักจะมาตายตอนเขียนกับตอนวิเคราะห์ไม่ออกว่าข้อมูลที่เก็บมาเยอะแยะนั้นแปล

ความหมายได้อย่างไร จึงไม่สามารถยกระดับข้อมูลขึ้นมาเป็นความรู้ได้ นี่เป็นโจทย์ใหญ่ของงานวิจัยเชิงคุณภาพ

แต่สำหรับการทำงานวิจัยเชิงปริมาณนั้นแตกต่างกัน ในทัศนะของผม การวิจัยเชิงปริมาณง่ายกว่า คือ คิดโจทย์ขึ้นมา มีกรอบทฤษฎีชัดเจน มีตัวแปร จากนั้น เจ้าหน้าที่ที่ช่วยวิจัยก็ไปช่วยกันเก็บข้อมูลขึ้นมา เสร็จแล้วก็เอาข้อมูลใส่เข้าไปในโปรแกรมสำเร็จรูป ป๊อป...ออกมาให้อ่านได้ว่า เปอร์เซนต์เท่านั้นเท่านั้น แต่การวิจัยเชิงคุณภาพไม่ได้ง่ายขนาดนั้น เพราะมันเป็นการตีความ และทำความเข้าใจปรากฏการณ์ หนักไปที่การเอาข้อมูลไปถก

วิธีการวิเคราะห์เชิงคุณภาพที่เราใช้ที่นี่ เราจะให้วิเคราะห์ในลักษณะ 3 ขา คือ ประเด็นคำถามวิจัย ข้อมูลที่ได้มา และแนวคิดทฤษฎี ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ที่มาอบรมขาดองค์ประกอบส่วนสุดท้ายนี้ เราก็ให้การบ้านคือให้ไปอ่าน แล้วกลับมาถกกัน พอถกจนได้ประเด็นแล้วจึงนำข้อมูลมาลองเขียน

เมื่อได้ประเด็นแล้ว ก็ไม่ใช่ว่าจะง่ายไปเสียทีเดียว เพราะตอนเขียนก็มักเขียนไม่ค่อยออก เราต้องมาฝึกการเขียน ถ้าใครได้อ่านรายงานวิจัยของสำนักเราจะเห็นว่าเน้นเรื่องลีลาการเขียน ซึ่งเหมือนกับออกไปในเชิง

มนุษยศาสตร์ คืออ่านแล้วไม่ได้แค่ความรู้ แต่ต้องได้ความรู้สึกด้วย เช่น การทำงานเป็นอย่างไร สิ่งที่เขาไปพบเห็นเป็นอย่างไร ฯลฯ

การที่เราเน้นทั้งความรู้และความรู้สึกเป็นเพราะเวลาเราทำงานกับ ชุมชน เราต้องฝึกให้เขามีความรู้สึกกับความทุกข์และความเป็นมนุษย์ รู้สึก ถึงความบีบคั้นที่คนเจ็บป่วยเขาต้องเผชิญ เราผสมผสานศาสตร์การวิจัยกับ ศิลปะการเขียนค่อนข้างมาก

หลาย กรณีที่นำมาเล่าสู่กันฟังในหนังสือเล่มนี้ เป็นสิ่งที่ งอกงามขึ้นมาจากการบวนการฝึกอบรมที่เล่าข้างต้น ซึ่งผมคิดว่าไม่น่าจะ เรียกว่าความสำเร็จ แต่น่าจะเรียกว่าทำให้เรามองเห็น “ความเป็นไปได้” ในเรื่องของการทำ R2R มากกว่า

อย่างกรณีของ **ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองกุงศรี จ.กาฬสินธุ์ ศิริมา โคตตาแสง** คนที่ทำเรื่อง “เลี้ยว help group” เป็นเจ้าหน้าที่ อนามัยอยู่ที่นั่น เขาไม่เคยเรียนวิจัย แต่มาอบรมด้วยความอยากรู้อยากเห็น และมีจิตใจทุ่มเทให้กับงาน

เขาเองงานที่ทำอยู่แล้วมาเป็นประเด็นวิจัย คือเขามีผู้ป่วย เบาหวานในหมู่บ้านจำนวนมาก และยังดูแลได้ไม่ดี ในต่างประเทศนั้นได้มี การสร้างสิ่งที่เรียกว่าเป็น “self help group” ศิริมา ก็เลยคิดทำเรื่อง “เลี้ยว help group” ขึ้นมา

ที่จริงแล้วคนอีสานเขาไม่มีแนวคิดเรื่องตัวเอง (self) แนวคิด self help group นั้น มุ่งเน้นที่เรื่องตัวตนของตนเองเกินไป ขณะที่คนอีสานเขา อยู่กันด้วยเลี้ยว ผูกพันกับเพื่อน ศิริมาเลยไปทำโครงการที่ประยุกต์ขึ้นมา ใหม่ในชื่อ “เลี้ยว help group” ด้วยความปรารถนาดี แต่พอเขาเอา โครงการนี้เข้ามาเสนอเราเพื่อที่จะทำวิจัย เราก็ตีตั้งคำถามเขามากมาย ทำให้เขาต้องไปค้นคว้าเพิ่มเติม จนพบว่าสิ่งที่เขาทำไปนั้นว่าไร้เดียงสา มาก เมื่อพิจารณาจากวัฒนธรรมท้องถิ่น เพราะคิดเอาเองว่า “เลี้ยว” เป็น

“

เขาต้องไปค้นคว้าเพิ่มเติมจนพบว่าสิ่งที่เขากำปอนับว่าไร้เดียงสาอย่างมากเมื่อพิจารณาจากวัฒนธรรมท้องถิ่น เพราะคิดเอาเองว่า “เสีย” เป็นแบบนี้แบบนี้ก็ได้

”

ว่าแนวคิดที่เขาออกแบบไปแล้ว กับสิ่งที่เขาไปค้นคว้าและวิจัยพบภายหลังจะเอามาบูรณาการกันได้หรือไม่ อย่างไร ทำให้เกิดเป็นโครงการใหม่ขึ้นในพื้นที่

ตอนที่คิดโครงการ เสีย help group ขึ้นมาครั้งแรก ศิริมา เล่าว่า หนึ่ง รถอยู่ ก็นึกขึ้นมาได้ และคิดว่าต้องทำเลย เพราะนึกว่าจะทำง่ายและได้ผลตามเป้าหมาย ปรากฏว่า เปล่าเลย และความจริงนั้นอาจจับคู่เสียระหว่างคนเป็นเบาหวานกับคนไม่เป็นเบาหวานก็ได้ เพราะถ้าเขาถูกจริตกัน คนไม่เป็นเบาหวานเขาก็จะดูแลคนเป็นเบาหวานเอง เวลามาโรงพยาบาลบางทีก็ชวนกันมา หรือถ้าเป็นเสียเบาหวานทั้งคู่ก็ยิ่งดี นอกจากนี้ เวลามาโรงพยาบาล คนไข้เขาไม่ได้มาหาหมออย่างเดียว แต่ยังได้เจอเพื่อนเสียด้วย ซึ่งจะทำให้ชีวิตของการดูแลรักษาตนเองนั้นไม่โดดเดี่ยวเปลี่ยวเหงาเกินไป เพราะเป็นคนที่คุณแลดูใจกัน คุยภาษาเดียวกันได้

ในงานวิจัยของต่างประเทศมีมากมายที่พบว่า ผู้ป่วยเรื้อรังที่เคยป่วยด้วยโรคเดียวกันหรือป่วยด้วยโรคคล้ายกัน และได้มาคุยกันจะช่วยผู้ป่วยได้มากกว่าเจ้าหน้าที่แนะนำเสียอีก เพราะว่าเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ไม่รู้จริง แต่ความรู้ที่อยู่ในตัวผู้ป่วย เช่น พ่อแม่ของเด็กที่ป็นโรคออทิสซึมพาลูก

ไปหาหมอ สิ่งที่หมอแนะนำอาจไม่เข้ากับปัญหาของพ่อแม่ เพราะมันไม่ใช่ปัญหาของเขา หมอเขาเปิดตำรา แม้แต่ลูกตัวเองเคยเลี้ยงหรือเปล่านั้นก็ไม่รู้แล้วจะมาแนะนำการเลี้ยงเด็กพิเศษได้จริงหรือ ต่อเมื่อให้พ่อแม่ไปนั่งคุยกับคนที่มีลูกเป็นเด็กพิเศษที่โตแล้วจึงได้แนวทางที่ช่วยเขาได้จริง

อีกกรณีหนึ่ง เป็นงานวิจัยของ

คุณสุวิทย์ อินนามมา นักวิชาการ สถาบันอนามัยบ้านเม็ง อำเภอนองเรือ จังหวัดขอนแก่น ซึ่งพื้นที่นี้มีแรงงานนอกระบบจำนวนมาก และที่ผ่านมาก็มีคนมาทำวิจัยมากพอสมควรแล้วในประเด็นต่างๆ รวมทั้งเรื่องสุขภาพ เพราะอาชีพเย็บผ้าเป็นอาชีพที่ทำให้มีโอกาสดังโรครวมโรคมากกว่าคนทั่วไป เช่น โรคกระเพาะปัสสาวะอักเสบ เพราะว่าเวลาเย็บผ้าเขามีรายได้แบบคิดต่อชิ้น จึงค่อยไม่ยอมลุก พอปวดปัสสาวะก็คิดว่าเสียเวลา ทนอั้นปัสสาวะไปเรื่อยๆ เป็นต้น

ตอนแรก สุวิทย์ คิดจะนำโครงการที่ตัวเองทำอยู่มาทำวิจัยในแนวประเมินผล โดยจะทำเป็นวิจัยเชิงปริมาณ เราได้บอกว่าที่นี่ไม่ฝึกเรื่องเชิงปริมาณ เลยต้องให้รื้อโครงการใหม่ เขาก็โกรธเหมือนกันนะ แต่ความที่สมัครมาแล้วหรืออะไรสักอย่าง เขาก็อยู่ในสภาพที่เรียกว่า “กลืนเลือด” ทำนองว่า “เอ้า...กูจะลองกับมึงดูสักตั้ง”

จากนั้น เราก็ให้อ่านหนังสือ ตั้งคำถาม ลงเก็บข้อมูล ถ้าเป็นงานวิจัยเชิงปริมาณก็จะมีกรวางกรอบไว้เบ็ดเสร็จก่อน และผู้วิจัยก็จะสนใจเฉพาะขอบเขตที่วางกรอบไว้ แต่งานวิจัยเชิงคุณภาพนั้นไม่ใช่ ถ้าจะทำความเข้าใจกับปรากฏการณ์เรื่องนี้ สุวิทย์ ก็ต้องลงไปคลุกคลี ขยายวงการเรียนรู้ออกไป ในที่สุด จากเดิมที่เขาเคยเห็นเพียงแค่ว่าการเย็บผ้า

“
ต้องให้รื้อโครงการใหม่ เขาก็โกรธเหมือนกันนะ แต่ความที่สมัครมาแล้วหรืออะไรสักอย่าง เขาก็อยู่ในสภาพที่เรียกว่า “กลืนเลือด” ทำนองว่า “เอ้า...กูจะลองกับมึงดูสักตั้ง”
”

ของชาวบ้านนั้นเป็นเหตุผลทางเศรษฐกิจ ทำไปเพื่อความอยู่รอดอย่างเดียว เขาก็สืบสาวจนไปเจอว่ามันมีความเป็นมาทางเชิงประวัติศาสตร์ และมีความภาคภูมิใจของคนในท้องถิ่นที่ได้มีอาชีพนี้ ฉะนั้น จึงมีกระบวนการทำให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บที่ไม่ถูกพูดถึง เพราะว่าส่วนหนึ่งมันเป็นความสัมพันธ์ในลักษณะของครอบครัวและเครือญาติที่ทำให้ชาวบ้านไม่อยากจะพูดถึงเรื่องบางเรื่อง เช่น ความเจ็บป่วยที่เกิดจากการเย็บผ้าเหมือนเกรงใจกัน เรียกว่ามีเงื่อนไขความสัมพันธ์ทางสังคมเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย พอลงไปค้นคว้า สุวิทย์ได้เรียนรู้อย่างลึกซึ้งกับกรณีเหล่านั้น ทำให้เขาเติบโตขึ้น และมาช่วยเป็นพี่เลี้ยงนักวิจัยรุ่นที่ 2 ให้เรา

เวลาเราฝึกการวิจัยเชิงคุณภาพ ตอนที่สอนเรื่องหลักการ ขั้นตอนแนวคิด จะให้แค่พอรู้เพื่อให้ไปลงมือทำได้ พอทำแล้ว ย้อนกลับมาดูขั้นตอนใหม่ ที่นี้ก็จะทะลุপুর่อง เหมือนกับเราเรียนศิลปะแขนงต่างๆ เช่น เรียนแกะสลักไม้ ขั้นแรก คือ ไปเลือกไม้ให้มีขนาดและลวดลายที่เหมาะสม จากนั้นก็นำหลักการแกะสลักไม้ไปลองทำจริง พอสลักเสร็จหนึ่งชิ้น กลับมาอ่านหลักการจะพบว่าเริ่มเข้าใจ การวิจัยเชิงคุณภาพก็ทำนองเดียวกัน คือ ไม่ใช่การเรียนรู้จากหลักการเพื่อไปประยุกต์ใช้กับเหตุการณ์ แต่มันเรียนจากเหตุการณ์แล้วค่อยสะท้อนหลักการขึ้นมาจากวิธีการที่ไปลองทำดู

กรณีของ **คุณพรหมมาศ ปฏิสังข์** ที่ **สถานีอนามัยแก่งหางแมว จ.จันทบุรี** ยิ่งน่าสนใจ เพราะเป็นผู้ชายแต่ไปทำวิจัยเรื่องผู้หญิงที่เป็นมะเร็งปากมดลูก เดิมทีเดียว พรหมมาศ มีประสบการณ์เล็กๆ น้อยๆ กับผู้คนที่ เป็นมะเร็ง แต่เขาไม่ได้สนใจอะไรลึกซึ้ง ต่อมา เมื่อมาเข้าหลักสูตรวิจัยเชิงคุณภาพ ตอนแรกเขาตั้งใจว่าจะทำวิจัยเรื่องมะเร็งกล่องเสียงจากกรณีผู้ป่วยที่เขารู้จักดี แต่สายเกินไป เพราะผู้ป่วยเสียชีวิตไปก่อน เขาเลยคิดว่า ถ้าอย่างนั้นก็ไปศึกษามะเร็งชนิดที่พบมากในพื้นที่ก็แล้วกัน พอสืบค้นดูปรากฏว่ามีกรณีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกหลายราย เขาจึงเลือกขึ้นมาจำนวนหนึ่ง จากนั้นก็ลงไปศึกษาอย่างลึก

กรณีนี้ผู้วิจัยได้เรียนรู้มากมาย เพราะทำให้เขาารู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งมีแง่มุมมากกว่าที่เขาเคยรู้ เช่น สามีกลับมาอยากหลับนอนด้วยแต่ไม่สามารถทำได้เพราะภรรยาเป็นมะเร็งปากมดลูก จนลงเอยด้วยการซื้อภรรยา เป็นต้น เรื่องราวชีวิตในมุ้งของผู้หญิงนั้น เขาไม่บอกเล่ากับใครหรอก อย่างไรก็ตามบอกผู้ชายเลยกับเพื่อนผู้หญิงก็ยังไม่บอก พรหมมาจึงต้องเที่ยวเข้าเที่ยวออกชุมชน ใช้ทั้งการสังเกตลักษณะการนอน ที่นอน ที่อยู่ สังเกตแม้กระทั่งเรื่องของกลิ่นว่ามะเร็งมันมีกลิ่นไหม เวลาที่ป่วยมีอะไรเลอะออกมาหรือเปล่า ต้องหาทางซักถามพูดคุย จนถึงช่วงที่เขามาฝึกงานที่นี่ บ่นคำเดียวเลยว่าเจาะข้อมูลไม่ได้ แต่เขาก็คุ้ยไปเรื่อย เข้าไปชุมชนบ่อย ๆ จนตอนหลังได้เรื่องราวมาทั้งหมด

กรณีของพรหมมาศนี้ เห็นได้ชัดว่า การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง และการทำความเข้าใจกับคำว่า “ความทุกข์” หรือ human suffering นั้น สามารถเปลี่ยนแปลงชีวิตของคนทำงานสุขภาพได้ จากมองในมุมของการดูแลให้เขาได้คีโมหรือให้เขาได้ผ่าตัด มาเป็นว่าคุณกำลังดูความทุกข์ของมนุษย์คนหนึ่งทีทุกข์สุด ๆ จะว่าเป็นแบบเจ็บปวดก็ยังไม่ใช่ มันเป็นความทุกข์ที่คุณแบ่งปันกับคนอื่นไม่ได้ และพรหมมาศก็เขียนรายงานออกมาได้ดีทีเดียว

จะเห็นว่ากรณีเหล่านี้เป็นกระบวนการทำวิจัยที่ไม่ได้มีที่มาแบบคิดไว้ชัดเจนว่า โห...เรื่องนี้ต้องไปทำ หรือต้องมีหลักการ เหตุผลมากมาย แต่บางทีมันก็เริ่มต้นจากแค่ว่า เออ...ดูน่าสนใจดี ก็เลยลองทำดู อาจไม่ได้คิดอะไรมากหรือคิดอะไรไม่ค่อยชัด ซ้ำสุดท้ายก็อาจยังงง ๆ อยู่ด้วยซ้ำไป

กรณีเหล่านี้จึงไม่ใช้การนำเสนอเรื่องราวเพื่อสวดตีความสำเร็จ แต่สิ่งที่สะท้อนอยู่ในเรื่องราวเหล่านี้คือ ถ้ามีวิธีการที่ดี ได้เรียนรู้ได้จากงานที่ทำอยู่ และได้เติบโตจากกระบวนการที่ทำโดยใช้งานวิจัย มันอาจจะพบได้ทั้งความสำเร็จ ความล้มเหลว และอาจยังมีโจทย์ที่ยังตอบไม่ได้

แต่กระบวนการแบบนี้จะทำให้เขาเติบโตไปได้ทุกวัน

คุณค่า ที่แท้จริงของ R2R นั้น ไม่ได้อยู่ที่การทำให้งานลดลง แต่มันช่วยให้ความเป็นมนุษย์เกิดสมบูรณ์เต็มเปี่ยม ในฐานะของคนที่ดีได้ ทำเป็น เรื่องที่แต่เดิมไม่เข้าใจ ปัจจุบันเกิดความเข้าใจ จากเดิมที่เคยทำไป “แบบโง่ๆ” ว่ากันอย่างนั้น แต่เมื่อทำ R2R จึงได้มาเห็นในวันหนึ่งว่า โอ้โฮ ที่มันเป็นแบบนี้ เพราะความซับซ้อนต่างๆ มันปรากฏให้เห็นอยู่ตรงหน้า

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการทำ R2R นำไปสู่ความสุข แต่อย่าเข้าใจว่าทำแล้วจะสบายขึ้น งานมันจะไม่เบาลงหรอก กลับยิ่งหนัก แต่ R2R จะช่วยให้แข็งแรงเพื่อทำงานหนักต่อไปได้ เพราะเกิดกำลังใจที่จะทำ

อย่าลืมว่าเราเป็นคน ไม่ใช่ควายที่ใครสั่งให้ทำงานหนักแล้วต้องไปทำ การที่คนมีความรู้ยอมทุ่มเททำงานหนัก เป็นเพราะเขารู้ว่าเรื่องที่ทำนั้นสำคัญอย่างไร

สิ่งนี้เองที่จะนำไปสู่ความสุข ซึ่งไม่ใช่สุขในแบบของความสบาย แต่เป็นการเข้าถึงความสุขแบบที่เกิดเป็นความพอดี

และจากจุดนี้ เมื่อจะทำงานอะไรต่อไปก็ย่อมมีพลัง...๗

“ จากเดิมที่เคยทำไป “แบบโง่ ๆ” ว่ากันอย่างนั้น แต่เมื่อทำ R2R จึงได้มาเห็นในวันหนึ่งว่า โอ้โฮ ที่มันเป็นแบบนี้ เพราะความซับซ้อนต่างๆ มันปรากฏให้เห็นอยู่ตรงหน้า

”

R2R : ความสุขจากการเรียนรู้ที่ไม่หยุดนิ่ง

นายแพทย์อัครินทร์ นิมมานนิตย์

ในการบริการใด ๆ ก็ตาม หากผู้รับบริการสามารถเลือกได้ สิ่งที่ได้รับบริการคำนึงถึงเป็นอันดับต้นๆ ก็คือ **“คุณภาพ”** โดยเฉพาะการบริการด้านสุขภาพ ซึ่งเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและชีวิต คงไม่มีใครปฏิเสธได้ว่าต้องการให้ตนเองหรือบุคคลอันเป็นที่รักได้รับการบริการที่ดี ทันสมัย และเหมาะสมกับความเจ็บป่วยที่สุด ดังนั้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพต้องคำนึงถึงคุณภาพของงานที่ให้บริการซึ่งมีอยู่หลายมิติ เช่น การบริการและสถานบริการนั้นเป็นที่ยอมรับ ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการบริการได้สะดวก มีบริการให้ในเวลาและสถานที่ที่เหมาะสม ถูกต้องตามหลักวิชาการ มีหลักฐานว่าได้ผลลัพธ์ที่ดี และใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่า ปลอดภัย และมีการเคารพในสิทธิผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งเมื่อพิจารณาแล้วจะเห็นว่าการที่จะเรียกการบริการใดๆ ว่ามีคุณภาพ การบริการนั้นควรมีการปรับปรุงพัฒนาในมิติต่างๆ เพื่อให้ทันสมัยอยู่ตลอดเวลา

จากแผนการพัฒนางานวิจัยของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ซึ่งเริ่มต้นขึ้นเมื่อประมาณ 4 ปีก่อน (ปี พ.ศ.2546) โดยมุ่งเป้าให้เกิดประสิทธิภาพและความเชื่อมโยงของการวิจัยทั้ง 3 ด้านของคณะฯ อันได้แก่ Biomedical Research การวิจัยทางคลินิกรวมทั้งทางด้าน Clinical Trials และการบริการสุขภาพ ปัญหาสำคัญที่ผู้บริหารคณะฯ ในขณะนั้น

เห็นตรงกันในการขับเคลื่อนไปสู่ความสำเร็จของการพัฒนางานวิจัย คือ การบริหารจัดการวิจัย (research management) จึงเกิดการดำเนินการเพื่อพัฒนาบุคลากรที่มีความสามารถบริหารจัดการวิจัย และสร้างหน่วยบริหารจัดการวิจัยที่มีประสิทธิภาพขึ้น ผู้บริหารคณะฯ ในขณะนั้นจึงได้เชิญผู้เชี่ยวชาญด้านบริหารจัดการวิจัย จากมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) มาเป็นที่ปรึกษา และร่วมกันวางแผนเพื่อดำเนินการสู่เป้าหมายที่ต้องการ และร่วมกันจัดตั้ง **โครงการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (Routine to Research Project : R2R)** ขึ้น เพื่อพัฒนาการวิจัยบริการสุขภาพ โดยมีแนวคิดว่าการทำงานหรือการบริการจำเป็นต้องมีการพัฒนาและการพัฒนาที่ตื้นนั้นควรมีรากฐานมาจากหลักฐานทางกาวิจัย กล่าวคือมีเหตุผลรองรับในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงต่างๆ การบริการต้องมีการพัฒนาตลอดเวลา ทั้งนี้ เพราะความรู้เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา อีกทั้งวิธีการรักษาผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยมิได้เป็นความจริงที่มีข้อสรุปแน่นอน ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการสังเกตและนำข้อสรุปจากการวิจัยมาปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา เช่นกัน หรืออาจมองได้ว่าเป็นโชคที่ผู้ปฏิบัติงานประจำจะสามารถสร้างงานวิจัยประเภทนี้ได้อย่างต่อเนื่องเพราะ **“R2R ก็คือรูปแบบหนึ่งของ การผสมผสานระหว่างการพัฒนาคุณภาพและการวิจัย”**

ในระยะเริ่มแรกของโครงการ R2R ที่ศิริราช มุ่งเน้นที่การพัฒนาฐานเดิมที่สำคัญในการพัฒนาปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วย คือ การรวมกลุ่มสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ ฯลฯ หรือที่เรียกว่า care team เพื่อทำงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลตามมาตรฐานจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พ.ร.พ.) ซึ่งโรงพยาบาลศิริราชได้รับการรับรองตั้งแต่ปี พ.ศ.2545 เหตุที่เห็นว่ากลุ่ม care team นี้เป็นฐานเดิมหรือต้นทุนที่สำคัญสำหรับการทำงาน R2R ก็เพราะว่าการทำงานของ Care Team นั้นส่วนใหญ่ใช้รูปแบบของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

(Continuous Quality Improvement ; CQI) หากพิจารณาอย่างถี่ถ้วนก็จะพบว่าการทำงาน CQI นั้นเริ่มจากการทบทวนหาหลักฐานอ้างอิงหรือตัวอย่างที่ดีเยี่ยมมาวางแผนการพัฒนาเพื่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ จากนั้นก็ลองนำวิธีพัฒนานั้นมาใช้จริง และที่สำคัญต้องมีการตรวจสอบผลลัพธ์ว่า

เป็นจริงตามที่คาดไว้หรือไม่ เมื่อได้ผลดีก็นำมาใช้ในหน่วยงานนั้นๆ และยังสามารถขยายผลไปใช้ข้ามหน่วยงานได้อีกด้วย ซึ่งกระบวนการนี้คล้ายกับการทำงานวิจัยอย่างมาก หากมีการสนับสนุนที่เหมาะสม บุคลากรที่มีประสบการณ์ในการทำงาน CQI ก็จะสามารถพัฒนาการเป็นกรวิจัยได้อย่างรวดเร็ว ทั้งยังสร้างโอกาสให้บุคลากรที่ทำงานพัฒนาคุณภาพสามารถสร้างผลงานให้กับตนเองและหน่วยงานอีกด้วย

“หากมีการสนับสนุนที่เหมาะสม บุคลากรที่มีประสบการณ์ในการทำงาน CQI ก็จะสามารถพัฒนาการเป็นกรวิจัยได้อย่างรวดเร็ว

โครงสร้างของโครงการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยที่คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ประกอบด้วย

1. สำนักงานโครงการฯ

2. คณะทำงาน 2 ชุด ได้แก่

2.1 ทีมบริหารงานกลาง (core team) ซึ่งเป็นกลุ่มอาจารย์แพทย์ที่ให้เวลาทำงานกับโครงการอย่างมาก รองคณบดีฝ่ายวิจัย รองคณบดีฝ่ายพัฒนาคุณภาพ และที่ปรึกษาจากมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

2.2 คณะทำงานที่เรียกว่า cluster facilitators หรือกลุ่มอาจารย์แพทย์และพยาบาลที่มีความรู้ด้านการวิจัย ซึ่งทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการให้กับทีมผู้เริ่มคิดทำวิจัย

3. คณะกรรมการ 2 ชุด ได้แก่

3.1 คณะกรรมการดำเนินการ ประกอบด้วย หัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือ งานจัดการความรู้ งานบริหารทรัพยากรสุขภาพ งานพัฒนาคุณภาพ และ งานวิจัยและวิชาการฝ่ายการพยาบาล เพื่อสื่อสารร่วมกันทำงานขับเคลื่อนงานทั่วทั้งองค์กร

3.2 คณะกรรมการนโยบาย ประกอบด้วย ผู้บริหารระดับสูงของคณะแพทยศาสตร์ เพื่อช่วยให้แนวทางในการดำเนินการชัดเจน และเป็นผู้สื่อสารถึงทิศทางการพัฒนาองค์กรที่คณะฯ ต้องการ

การทำงานที่ผ่านมาของโครงการ **R2R ได้ดำเนินการเชิงรุกโดยใช้แนวทางการจัดการความรู้มาประยุกต์ออกแบบเป็นกิจกรรมหลากหลาย** มุ่งเป้าให้เกิดความตื่นตัว ความสนใจ และการเห็นคุณค่าของการทำงานวิจัยจากงานประจำในหน่วยงานต่างๆ และมีกิจกรรมที่ส่งเสริมการเรียนรู้เพื่อพัฒนาโครงร่างการวิจัยที่ได้คุณภาพดี และส่งเสริมการทำงานวิจัยได้สำเร็จจริงตามเป้าหมาย

จากการทำงาน 4 ปีที่ผ่านมาทำให้ทราบว่า การนำการจัดการความรู้มาใช้นั้นสามารถปฏิบัติได้ผลดีจริง ๆ กิจกรรมที่จัดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ คือ การจัดให้มีการเล่าเรื่องแห่งความสำเร็จ (success story telling) ซึ่งสามารถเร้าอารมณ์ให้ผู้ฟังได้ซาบซึ้ง เกิดความฮึกเหิมที่จะเริ่มทำงานวิจัยจากงานประจำ นอกจากนี้ success story telling ยังเป็นเครื่องมือที่สามารถสื่อสารเรื่องที่ซับซ้อนได้ดีมาก เช่น เรื่องระเบียบวิธีวิจัยต่าง ๆ นั้น เมื่อเชิญทีมวิจัยที่สามารถทำงานวิจัยได้เป็นอย่างดีมาเล่าให้กับกลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อพัฒนาโครงร่างการวิจัย พบว่าสามารถสื่อสารได้ดีมาก เนื่องจากเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ตรง เคยผ่านปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ มาก่อน ทั้งยังทำให้ผู้เล่าและผู้ฟังได้รู้จักกัน เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ อีกด้วย ช่วยขจัด **“ความกลัวการวิจัย”** ซึ่งพบในบุคลากรที่ปฏิบัติ

งานประจำส่วนใหญ่ แม้แต่ในคณะแพทยศาสตร์ก็ตามให้กล้าตั้งคำถาม แสวงหาคำตอบ กล้าสร้างความเปลี่ยนแปลงอันเอื้อประโยชน์ต่อ**“การพัฒนา”** ไม่รู้จักจบ

นอกจากนี้ โครงการ R2R ที่ศิริราชยังอำนวยความสะดวกในการประสานผู้ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนางานวิจัยจากงานประจำทั้งภายในและภายนอกคณะด้วย อาทิ สถานส่งเสริมการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ และคณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นต้น เพื่อร่วมพัฒนางานวิจัยที่มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพงานประจำและสร้างผลงานวิจัยอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังดูแลการให้ทุนสนับสนุนโครงการวิจัยประเภทนี้อีกด้วย

มีคำถามที่พบบ่อยๆว่า **“ทำ R2R แล้วได้อะไรบ้าง”** จากประสบการณ์การทำงานที่ศิริราชสามารถตอบอย่างมีหลักฐานตัวอย่างจริงได้ว่า **“ได้”** หลายอย่าง

“ได้” แรกคือผู้ป่วยหรือผู้รับบริการได้รับบริการที่ดีขึ้น มีมาตรฐานและมีการพัฒนาต่อเนื่องตลอดเวลา **“ได้” ที่สองคือหน่วยงาน**ที่มีการทำการวิจัยก็ได้รับผลดีด้วย เช่น ภาระงานเบาลง ผู้ปฏิบัติงานทำงานได้สะดวกสบายขึ้น ลดค่าใช้จ่ายของหน่วยงาน เป็นต้น และ **“ได้” ที่สำคัญที่สุดคือ ผู้ที่ร่วมในกระบวนการทั้งหมด** ทั้งผู้สร้างงานวิจัยและผู้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้แบ่งปันประสบการณ์ในกิจกรรมต่างๆ เนื่องจากเป็นผู้ที่ได้รับการฝึกฝนพัฒนาตนเอง ฝึกฝนการคิดวิเคราะห์แสวงหาคำตอบอย่างเป็นระบบ หรือได้ **“เรียนรู้ผ่านกระบวนการทำงานวิจัย”**

“กิจกรรมที่จัดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ คือ การจัดให้มีการเล่าเรื่องแห่งความสำเร็จ (success story telling) ซึ่งสามารถเล่าอารมณ์ให้ฟังได้ ชาบซึ้ง เกิดความอีกเก็บที่จะเริ่มทำงานวิจัยจากงานประจำ”

“

การเขียนรายงานเป็นสิ่ง
จำเป็นอย่างยิ่งที่จะสื่อสาร
ความรู้ที่ได้ไปยังที่ต่างๆ

”

จาก “ได้” ที่สำคัญที่สุดอย่างหลังนี้
เองทำให้โครงพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลได้รับ
รางวัลชนะเลิศในการประกวดโครงการ
ระดับนานาชาติ Asian Hospital

Management ในสาขาการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ปี ค.ศ.2007 และเป็น
โรงพยาบาลภาครัฐแห่งแรกและแห่งเดียวในประเทศไทยที่ได้รับรางวัลนี้ใน
ปัจจุบัน ซึ่งเป็นสิ่งยืนยันว่า **“แนวคิดการเรียนรู้ผ่านกระบวนการทำงาน
วิจัย”** เป็นที่ยอมรับในระดับสากล กล่าวโดยสรุปคือ **“R2R เป็น
กระบวนการพัฒนาคน และพัฒนางานนั่นเอง”**

ในเวลานี้มีผู้พยายามให้นิยามของการทำงานแบบ R2R หลายนิยาม
ซึ่งโดยส่วนตัวผมยังไม่เห็นนิยามใดดีเท่ากับนิยามของ **ศ.นพ.วิจารณ์
พานิช** อย่างไรก็ดีมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคใน
การส่งเสริมการทำ **R2R** ที่ผมต้องขอกล่าวในที่นี้

อันดับแรกคือ **R2R เป็นรูปแบบระเบียบวิธีวิจัยวิธีหนึ่ง** ซึ่งแท้จริงแล้ว
“R2R ไม่ใช่ระเบียบวิธีวิจัย” การทำ R2R นั้นไม่ยี่ดว่าต้องใช้ระเบียบวิธี
วิจัยแบบหนึ่งแบบใดเท่านั้น และจะใช้การวิจัยเชิงปริมาณหรือคุณภาพก็ได้
แต่ต้องให้เหมาะสมกับคำถามที่ต้องการคำตอบ

อันดับที่สองคืองาน **R2R ไม่ใช่การวิจัยที่แท้จริงและไม่ต้องเขียน
รายงานก็ได้** ซึ่งไม่ถูกต้องเพราะ **“R2R เป็นการวิจัยที่แท้จริงและรายงาน
ผลการวิจัยเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง”** งาน R2R นั้นเป็นการวิจัยที่มีคำถาม
มาจากการทำงานประจำ มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาให้งานประจำนั้นดีขึ้นและ
ต้องมีการวางแผนและการดำเนินการวิจัยที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ เพื่อ
ให้ได้คำตอบที่เชื่อถือได้มากที่สุด เพื่อนำมาใช้พัฒนางาน พัฒนาการดูแล
ผู้ป่วยของเราเอง และการเขียนรายงานเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะสื่อสาร
ความรู้ที่ได้นี้ไปยังที่ต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงหรือการพัฒนานั้นจะได้

ผลดีหรือไม่ ถ้าได้ผลดีก็ทำให้ที่อื่นๆ ได้เรียนรู้และประยุกต์ใช้ได้ หากไม่ได้ผลที่อื่นๆ ก็จะได้ไม่ต้องสิ้นเปลืองเวลา และทรัพยากรในการทำวิจัยซ้ำอีก

หากงาน R2R ขาดการเขียนรายงานผลการวิจัยถึงไม่แตกต่างจากการทำงานแบบ CQI มากนัก และการเขียนยังเป็นการสร้างผลงานสร้างคุณค่าให้กับทีมวิจัยอีกด้วย ทั้งนี้ มีตัวอย่างจริงที่เกิดขึ้นแล้วของการรายงานผลการวิจัย R2R ที่ศิริราช ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารทั้งภายในประเทศและในระดับสากล ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผลงานวิจัยแบบ R2R นั้นเป็นที่น่าสนใจและเป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติเช่นเดียวกันกับแนวคิดกระบวนการเรียนรู้ผ่านกระบวนการทำวิจัย

4 ปีของโครงการ R2R ที่ศิริราช **ได้รับการตอบรับเป็นอย่างดีจากบุคลากรเกือบทุกระดับ** มีกลุ่มผู้วิจัยและหัวหน้าโครงการวิจัยที่เป็นอาจารย์แพทย์ แพทย์ประจำบ้าน พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และล่าสุดเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยที่สนใจทำ R2R ทั้งนี้ มีโครงการวิจัยที่ได้รับการอนุมัติทุนสนับสนุนแล้วมากกว่า 70 โครงการ ซึ่งโครงการเหล่านี้ได้ผ่านการประเมินอย่างเข้มข้นตามระเบียบวิธีวิจัยที่ดีและต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคนอีกด้วย และมีผู้สนใจรวมกลุ่มเป็นทีมงานพัฒนาโครงการวิจัย R2R รวมเกือบ 150 โครงการ

งานวิจัยที่สำเร็จแล้วเกือบทั้งหมดไม่เพียงสามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้จริง เกิดการพัฒนางานประจำ รวมทั้งได้รับการเผยแพร่หลายผลงานได้รับรางวัลสร้างชื่อเสียงให้กับทีมวิจัย หน่วยงานและคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลอย่างต่อเนื่อง แต่เหนือสิ่งอื่นใดคือ R2R สร้างความสุขให้กับผู้ปฏิบัติงาน เกิดการรวมกลุ่ม สร้างความสามัคคีเสริมพลัง สร้างสรรค์และพัฒนา

นั่นคือความสุขจากการเรียนรู้ที่ไม่หยุดนิ่งอย่างแท้จริง 🙌



ภาค 2

ตั้งต้นลงมือปฏิบัติ

โรงพยาบาลปลาปาก
จังหวัดนครพนม
สิ่งงดงามที่ออกเงย
จากกองทัพเรือวัง



ผ่านมาเกือบ 6 ปีกับการป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ร่างกายผ่ายผอมอ่อนแรงทั้งที่ก่อนหน้านี้ **ดำรงชัย หนูปัทยา** เคยเป็น ชายหนุ่มฉกรรจ์มีน้ำหนักตัวถึง 65 กิโลกรัม แต่ตอนนี้เหลือเพียง 54 กิโลกรัม เคราะห์ซ้ำกรรมซัดให้ต้องอาศัยอยู่กับแม่เพียงลำพัง ทั้งฐานะก็ไม่สู้จะดีนัก แล้วยังต้องมาทุกข์ทรมานกับโรคร้าย

หลังทอดทิ้งจนเคยคิดฆ่าตัวตาย แต่วันนี้ดำรงชัยกลับมามีกำลังใจที่เข้มแข็ง ใช้ชีวิตให้มีความสุขอยู่กับโรคร้ายได้ด้วยความรัก

ดำรงชัย อดีตทหารเกณฑ์ที่ค่ายพระยอดเมืองขวาง จังหวัดนครพนม เข้ามารับบริการฟอกเลือดที่ **โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม** เมื่อปลายปี 2545 หลังจากที่รู้ตัวว่าป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และผ่านมือหมอมาหลายโรงพยาบาล ทั้งโรงพยาบาลทหารและโรงพยาบาลจังหวัด จนสุดท้ายมาหยุดอยู่ที่โรงพยาบาลอำเภอปลาปาก

เขาเล่าถึงอาการเริ่มต้นของการป่วยเป็นโรคว่า

“มีอาการเหนื่อยง่าย น้ำหนักลด ร่างกายผิดปกติคือเวลานอนตอนกลางคืนจะเป็นตะคริว ต้องเสียน้ำแรง ก็พยายามตรวจเช็คร่างกายตัวเอง ไปหาหมอที่โรงพยาบาลทหารเขาก็บอกว่าพักผ่อนไม่เพียงพอ เพราะช่วงนั้นผมทำงานหนัก เข้าไปตรวจที่โรงพยาบาลจังหวัด เขาก็ไม่ได้บอกว่าเป็นโรคไต

แต่สภาพร่างกายของผมนั้นทรุดโทรมลงมาก อาการก็หนักขึ้นเรื่อย ๆ ผิวดำซีด ตัวก็บวม จนสุดท้ายแล้วโรงพยาบาลนครพนมจึงบอกว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้าย คือรักษาไม่หายแล้ว”

นอนอยู่โรงพยาบาลนครพนม 1 สัปดาห์ หมอก็ให้กลับบ้าน จากนั้นแม่ก็พาไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลค่ายพระยอดเมืองขวาง ก่อนที่จะถูกส่งตัวไปยังโรงพยาบาลค่ายกฤษสีวะรา จ.สกลนคร หมอต้องเจาะคอเพื่อดูเอาของเสี้ออก เพราะน้ำท่วมปอด ร่างกายอ่อนแรงมากจนชีพจรหยุดเต้น หลังจากให้นอนสลบไสลไม่รู้สีกตัวอยู่ 3 วัน แต่สุดท้ายเขาก็รอดมาได้

“หมอเก่งมากที่เอาชีวิตผมนั้นมาได้ ผมไม่คิดว่าตัวเองจะรอด รู้สึกทรมานตายอย่างเดียว อยู่ที่โรงพยาบาลค่ายกฤษสีวะรา ประมาณ 1 สัปดาห์ เขาก็ส่งตัวมาที่โรงพยาบาลปลาปาก เพราะค่าใช้จ่ายถูกกว่า ที่ค่ายกฤษสีวะรา ฟอกเลือดครั้งละ 3,000 บาท ผมเบิกไม่ได้ ต้องจ่ายทุกบาททุกสตางค์ พอมาที่นี่จ่ายแค่ครั้งละ 1,000 บาท”

นั่นคืออัตราค่าบริการเมื่อ 5 ปีที่แล้ว แต่สำหรับปัจจุบันนี้ทางโรงพยาบาลปลาปากคิดค่าบริการแค่ครั้งละ 500 บาทเท่านั้น ถ้าวันไหนมีการเปลี่ยนอุปกรณ์ตัวใหม่ก็ขอเก็บค่าอุปกรณ์ด้วย รวมเป็น 1,500 บาทเดือนหนึ่ง ๆ ผู้ป่วยแต่ละรายต้องมาฟอกเลือด 8 ครั้ง รวมแล้วก็ประมาณ 4,000 บาทต่อเดือน ซึ่งก็ถือว่ามากพอสมควรสำหรับผู้ป่วยชาวบ้านธรรมดาที่เขาต้องแบกรับรายจ่ายนี้ไปตลอดชีวิต ยกเว้นผู้ป่วยกลุ่มที่เข้าข่ายเปลี่ยนถ่ายไตได้ เพราะโรคนี้เป็นโรคที่ไตเสื่อมหรือสูญเสียหน้าที่อย่างถาวร

ข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขเมื่อปี 2540 พบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจำนวน 331.6 คนต่อประชากรหนึ่งล้านคน ผู้ป่วยเหล่านี้จะต้องเผชิญกับความทุกข์กับการที่ไตไม่สามารถขับถ่ายของเสียออกจากร่างกายได้ ถ้าไตเสื่อมอย่างถาวรก็จะเกิดอาการอย่างรวดเร็วและรุนแรง จนเมื่อไตเสื่อมถึงระยะสุดท้ายคือ ‘ไตวาย’ ของเสียก็จะคั่งภายในเวลาสั้น ๆ เพราะไตจะทำงานน้อยกว่า 5 เปอร์เซ็นต์ของที่ต้องทำ

“

ท่ามกลางรายละเอียดซับซ้อนใน ชีวิตมากมายที่ผู้ป่วยไตวายจะต้อง ฝ่าฟันไปให้ได้ เพื่อรักษาสมดุลของ ร่างกายและจิตใจ ใหัตัวเองมีพลัง ที่จะสามารถดำรงชีวิตอยู่ต่อไปให้ ยืนยาวที่สุด ปัญหาหลักๆ ที่ต้อง เผชิญก็คือการค่าใช้จ่ายที่ต้อง แบกรับ และบางกรณีก็เลือกเอา ความตายแทนการจ่ายค่ารักษา พยาบาลอย่างไม่รู้จบสิ้น

”



■ สุพัฒน สมจิตรสกุล หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลปลาปาก ผู้รับบทบาท เป็นหัวหน้าทีมวิจัย

การเฝ้าระวังรักษาโรคไตวายต้องใช้วิธีบำบัดทดแทนไตด้วยเทคโนโลยี ต่างๆ ซึ่งมีอยู่ 3 วิธีคือ การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาชนิดถาวร (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis : CAPD) การปลูกถ่ายไต (Kidney transplantation) และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) แม้ทั้ง 3 วิธีนี้จะสามารถทดแทนกันได้แต่ก็ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง

ท่ามกลางรายละเอียดซับซ้อนในชีวิตมากมายที่ผู้ป่วยไตวายจะต้อง ฝ่าฟันไปให้ได้ เพื่อรักษาสมดุลของร่างกายและจิตใจให้ตัวเองมีพลังที่จะ สามารถดำรงชีวิตอยู่ต่อไปให้ยืนยาวที่สุด ปัญหาหลักๆ ที่ต้องเผชิญก็คือ ภาระค่าใช้จ่ายที่ต้องแบกรับ และบางกรณีก็เลือกเอาความตายแทนการ จ่ายค่ารักษาพยาบาลอย่างไม่รู้จบสิ้น

ดังที่ **สุพัฒน สมจิตรสกุล** หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลปลาปาก เล่าว่า

“

ชาวบ้านมีความคิดว่าหน่วยฟอกไตก็เหมือนร้านสระผม คือปกติ
ผู้ป่วยโรคไตจะมีของเสียคั่งเยอะ เขาก็มาฟอกไตเอาของเสียออก
เหมือนไปร้านสระผมให้มันสะอาด ที่นี้จึงทำเหมือนระบบโรงงาน
เหมือนการทำงานของเครื่องจักร จนในที่สุด เราก็เกิดการตั้งคำถาม
ว่า เราไม่แน่ใจอะไรเลยว่าคุณติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวาย
เรื้อรังระยะสุดท้ายที่มาฟอกไตเป็นอย่างไร

”

“มีผู้ป่วยรายหนึ่งที่มาฟอกไตกับเรา แก่เป็นชานา วันหนึ่งผมเห็น
ลูกหลานยืนล้อมหน้าล้อมหลัง และได้ยินเสียงแกบอกว่าไม่ฟอกแล้ว พอแล้ว
ผมก็เข้าไปหา แกก็หันมาถามผมว่าฟอกไตแล้วมันหายไหม ผมก็บอกว่า
ไม่หาย ต้องฟอกอยู่อย่างนี้ แกก็บอกว่าถ้าอย่างนั้นก็หยุดฟอก ผมก็เลยลอง
สืบเรื่องดูว่าเป็นเพราะอะไร ก็ได้รู้ว่าแกขายวัวหมดไปหลายตัวแล้วเพื่อเอาเงิน
มาฟอกไต แล้ววันนั้นที่เห็นลูกหลานมารุมห้อมล้อมก็เพราะจะให้แกเซ็นใบ
ที่นาให้ จะขายที่นามารักษา แต่แกไม่ยอมให้ขาย แล้วสุดท้ายแกก็ตายจริง ๆ”

โรงพยาบาลปลาปาก อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม เป็น
โรงพยาบาลขนาด 30 เตียง เปิดทำการมาตั้งแต่ปี 2527 มีหน่วยไตเทียม
เพื่อให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเมื่อปี 2545 จากเดิมที่มีเครื่อง
บริการ 2 เครื่อง ต่อมาเพิ่มจำนวนเป็น 8 เครื่อง

แม้สามารถให้บริการผู้ป่วยได้ตามแผนการรักษาของแพทย์ที่ผู้ป่วย
ต้องได้รับการฟอกเลือดสัปดาห์ละ 2 ครั้ง โดยเปิดบริการทุกวัน (ยกเว้นวัน
อาทิตย์) วันละ 3 รอบ ตั้งแต่เวลา 06.00–20.00 น. แต่ผู้ป่วยบางรายก็ยัง
มีภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับการฟอกเลือด เช่น ความดันโลหิตต่ำ ความดัน



■ ผู้ป่วยโรคไตวายที่เข้ามารับการฟอกเลือด

โลหิตสูง ปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน เป็นตะคริว และอื่นๆ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนระยะที่เป็นอันตรายถึงชีวิตได้ และการบริการก็มุ่งเน้นไปที่การฟอกเลือดและต้องใช้เวลาให้ทันกับช่วงเวลาของแต่ละรอบ การให้ข้อมูลหรือคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องการดูแลผู้ป่วยจึงยังจำกัได้อยู่เพียงแค่เรื่องที่เกี่ยวข้องกับอาการที่ตรวจพบในขณะนั้นหรือตามที่คุณป่วยบอก ทำให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีผลการควบคุมโรคที่ไม่เหมาะสม

จากปัญหาที่พบภายใต้เงื่อนไขการให้บริการในลักษณะดังกล่าว ได้มีผู้ป่วยบางรายหายหน้าไปบ้าง เสียชีวิตที่บ้านบ้าง จึงนำมาสู่คำถามที่ว่า “พฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มาฟอกไตเป็นอย่างไร” และกลายมาเป็นเป็นโจทย์ของการวิจัยเรื่อง **‘การพัฒนาแนวทางการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่มารับบริการในหน่วยไตเทียม**

โรงพยาบาลปลาปาก ที่สุพัฒนัรับบทบาทเป็นหัวหน้าทีมวิจัย ด้วยความตั้งใจจะนำความรู้ที่อยู่ไปช่วยชะลอโรคให้กับผู้ป่วย

“ชาวบ้านมีความคิดว่าหน่วยฟอกไตก็เหมือนร้านสระผม คือปกติผู้ป่วยโรคไตจะมีของเสียคั่งเยอะ เขาก็มาฟอกไตเอาของเสียออก เหมือนไปร้านสระผมให้มันสะอาด ที่นี้จึงทำเหมือนระบบโรงงาน เหมือนการทำงานของเครื่องจักร จนในที่สุด เราก็คงเกิดการตั้งคำถามว่า เราไม่เห็นอะไรเลยว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มาฟอกไตเป็นอย่างไร” สุพัฒนัเล่าถึงความคิดเบื้องหลัง

แรงบันดาลใจที่ทำให้สุพัฒนัอยากจะทวียจัยก็คือปัญหาจากการทำงานที่ได้เห็นปรากฏการณ์ผู้ป่วยโรคไตเสียชีวิต ทำให้อยากรู้ว่าตัวผู้ป่วยเองนั้นคิดอย่างไร

แต่เมื่อได้ลงไปศึกษาอย่างจริงจังแล้วก็พบว่า ไข้ว่าจะสามารถล่วงรู้ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยได้โดยง่าย

ในตอนแรกทีมงานวิจัยใช้วิธีทำกระบวนการกลุ่ม คือนัดผู้ป่วยมานั่งคุยกันเป็นกลุ่มโดยไม่ได้จำกัดขอบเขตให้เขาพูด อาจพูดคุยถึงปัญหาของผู้ป่วย อาหารการกิน ชีวิตความเป็นอยู่ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ได้รับฟังปัญหาและรับรู้ถึงวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วย แต่พบว่าวิธีดังกล่าวไม่ช่วยให้บรรลุตามวัตถุประสงค์

กรณีการ รัชินทร์ พยาบาลไตเทียม หนึ่งในทีมวิจัยที่มีส่วนร่วมในการทำกระบวนการ กลุ่มกล่าวถึงสาเหตุว่า



■ ดำรงชัย หนูปัทยา

“

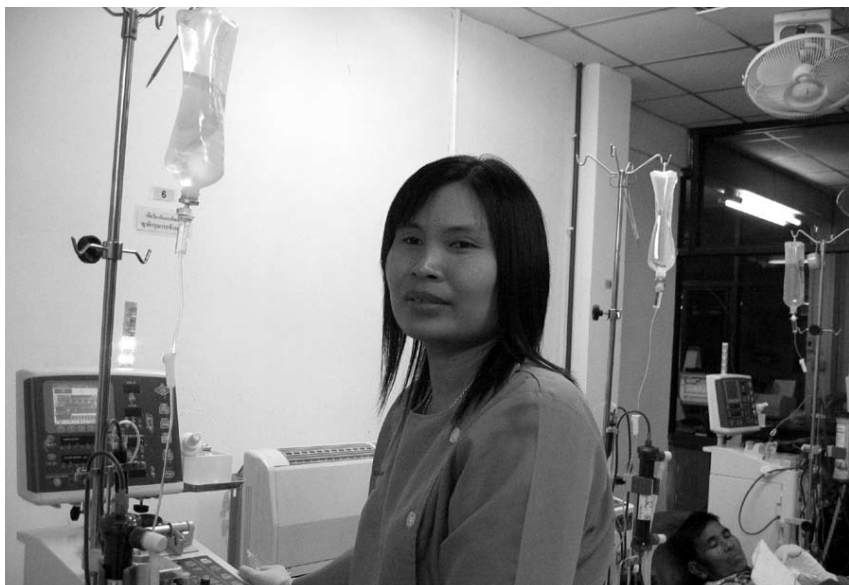
การที่เราเดินเข้าไปหาไปพูดคุยกับชาวบ้านมันแตกต่างจากการที่ชาวบ้านเดินเข้ามาหาเราที่โรงพยาบาล ถ้าเขามาที่โรงพยาบาลเขาจะไม่ค่อยบอกเราตรงๆ ขนาดเราลงไปนั่งคุยกับเขายังต้องคุ้ยหลายครั้งกว่าที่เขาจะเล่าเรื่องราวชีวิตออกมา หรือว่าเขาจะไว้อใจเรา แรกๆ พอเรากลาม เขาก็จะตอบสั้นๆ แค่ว่าถามหรือบางทีก็บ่ายเบี่ยง ตอบไม่ตรงบ้าง พอเรายุ่งไปนานๆ ก็ได้รู้ว่าบางอย่างเขาไม่บอกเรา

”

“วิธีที่ว่านั้น เรื่องราวของผู้ป่วยออกมาไม่มาก บางครั้งเรายุติการคุยลงไม่ได้ ผู้ป่วยเขาจะคุยไปเรื่อย เรื่องราวมันเยอะ และคงเพราะมันเป็นโรคระยะสุดท้ายของเขาด้วย ความคิดของผู้ป่วยนั้นไม่เหมือนกัน ผู้ป่วยที่หมดหวังเขาก็จะบอกว่ากินไปเลย อยากกินอะไรก็กิน เช่น เราแนะนำว่าไม่ให้สูบบุหรี่ เพราะมันจะทำให้หลอดเลือดแข็ง กล้ามเนื้อหัวใจก็จะแข็งด้วย แต่เขาก็บอกว่ามันเป็นความสุขของเขา ตอนนี้ก็ยังสูบบุหรี่ไม่เห็นเป็นอะไรเลย ถ้าเราให้กลุ่มผู้ป่วยที่เขาปฏิบัติตัวดีแล้วมานั่งคุยด้วยก็อาจจะมีความทำตาม”

ด้านสุพัฒน์เองนั้น บอกว่า

“ผู้ป่วยไตวายเขาจะเป็นคนที่มีเรื่องราวเยอะ ทำกระบวนการกลุ่มไม่ได้ เพราะทุกคนจะแย่งกันคุยเรื่องราวของตัวเองที่เต็มไปด้วยความทุกข์และความยากลำบากในการจัดการชีวิต ปกติการคุย 1 ชั่วโมง นี่ก็เต็มที่แล้ว แต่นี่คุยกัน 2-3 ชั่วโมง เพราะว่าทุกคนมีเรื่องอยากเล่า”



■ กรณีการ รัชอินทร์ พยาบาลโตเทียม หนึ่งในทีมวิจัยที่มีส่วนร่วมในการทำกระบวนการกลุ่มและการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเชิงลึก

เมื่อกระบวนการกลุ่มไม่ได้ผลก็เลยปรับวิธีการเก็บข้อมูลใหม่ โดยใช้วิธีสัมภาษณ์เชิงลึก ทีมงานจะเข้าไปศึกษาชีวิตผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งก็จะมีเรื่องราวแตกต่างกัน

“คนที่ใช้ชีวิตที่ตึ่มก็มี คนที่ชีวิตสิ้นหวังก็มี การสัมภาษณ์เชิงลึกมีข้อดี คือ ตัวเจ้าหน้าที่จะได้เข้าถึงผู้ป่วยอย่างลึก รู้รายละเอียดหมดทุกอย่าง เห็นเรื่องราวชีวิตว่าผู้ป่วยคนนี้เป็นอย่างไร มีลูกกี่คน ใครเป็นคนดูแล ซึ่งแต่เดิมเจ้าหน้าที่อาจไม่เคยใส่ใจ การเก็บข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพมันทำให้รู้สึกในชีวิตว่าชีวิตเขาเป็นอย่างไร มีความยุ่งยากอะไร ผู้ป่วยรายหนึ่งโทรศัพท์มาขอลาตายกับผม เพราะชีวิตเขายุ่งยาก ต้องอาศัยรถคนอื่นมาโรงพยาบาล ภรรยาและลูก ๆ ก็ไม่ได้ดูแล ต้องมาเองลำพัง อีกรายหนึ่งมีลูกเป็นข้าราชการหมดทุกคน มีสิทธิ์เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ เงินค่าใช้จ่ายก็มี แต่ขาดการดูแลด้านจิตใจ ซึ่งทั้ง 2 รายนี้ก็เสียชีวิตไปในที่สุด” คุณสุพัฒน์กล่าว

กรณีการเล่าเพิ่มเติมถึงเทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึกว่า

“วิธีการถอดเรื่องราวชีวิตของผู้ป่วยที่ละราย ก็มีการไปเยี่ยมถึงบ้านบ้าง ต้องใช้การฟังให้มาก ตอนแรกเราก็ถามคำถามปลายเปิดก่อน ให้เขาพูดให้เราฟัง เราก็นั่งฟัง พักหน้าตาม ไม่พูดเสริม ถ้ามีคำถามก็เก็บไว้ในใจก่อน แล้ววันหลังค่อยกลับไปคุยใหม่ เพราะว่าจะต้องค่อยๆ พูดค่อยๆ คุย ไปวันแรกอาจจะไม่ได้อะไรมาก ต้องไปหลายๆ ครั้ง คุยสัก 3-4 ครั้งก็ได้ข้อมูลพอสมควร การที่เราเดินเข้าไปหาไปพูดคุยกับชาวบ้านมันแตกต่างจากการที่ชาวบ้านเดินเข้ามาหาเราที่โรงพยาบาล ถ้าเขามาที่โรงพยาบาลเขาจะไม่ค่อยบอกเราตรงๆ ขนาดเราลงไปในนั่งคุยกับเขายังต้องคุยหลายครั้งกว่าที่เขาจะเล่าเรื่องราวชีวิตออกมา หรือกว่าเขาจะไวใจเรา แรกๆ พอเราถาม เขาก็จะตอบสั้นๆ แค่ว่าเราถาม หรือบางทีก็บ้ายเบี่ยง ตอบไม่ตรงบ้าง พอเราคุยไปนานๆ ก็ได้รู้ว่าบางอย่างเขาไม่บอกเรา อย่างเช่น เรื่องอาหารการกิน บางคนที่ความดันสูงมากๆ กินยาที่คุณหมอให้ก็ไม่ลด พอเราถามว่ากินเค็มไหม เขาก็บอกว่าไม่ได้กินเค็ม แต่ว่าชอบกินแกงหน่อไม้ แล้วถามว่าแกงหน่อไม้ใส่อะไร ก็ใส่ปลาร้า ต้องพูดคุยกันหลายๆ ครั้ง เขาถึงจะให้ข้อมูลในส่วนนี้”

ส่วน **พรรณทิwa สมจิตรสกุล** หนึ่งในทีมวิจัยที่มีส่วนร่วมในการสัมภาษณ์ผู้ป่วย เล่าว่า

“ผู้ป่วยไตวายที่เขามีความทุกข์ เขาก็เกิดความเห็นใจซึ่งกันและกัน และจะมีปัญหาเรื่องเศรษฐกิจมากกว่า เวลาคุยแทนที่จะได้ประเด็นเรื่องการปฏิบัติตัว การดูแลตัวเอง กลับไม่ได้ ไปได้เรื่องทางเศรษฐกิจ ไม่มีรถ ไม่มีเงินมาหาหมอ เราก็จัดกลุ่มผู้ป่วยที่เขาอยู่



■ พรรณทิwa สมจิตรสกุล พยาบาลไตเทียม หนึ่งในทีมวิจัยอีกคนหนึ่งที่มีส่วนร่วมในการทำกระบวนการกลุ่มและการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเชิงลึก

เส้นทางเดียวกันให้เขาดทลงกันว่ามารถคันเดียวกันได้หรือเปล่า แล้วเขาก็มา
กันเป็นกลุ่ม ได้พูดคุยกันด้วย เวลาที่ผู้ป่วยเขาคุยกัน เขาจะได้กำลังใจกลับ
มา”

จากเรื่องราวที่ทีมงานช่วยกันเล่านี้จะเห็นว่าการวิจัยทำให้ทีม
เจ้าหน้าที่ได้เรียนรู้ว่าระบบการให้คำแนะนำแบบเดิมเป็นปัญหาต่อการ
เรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย และการเก็บ
ข้อมูลเพื่อแก้ไขปัญหาโดยใช้กระบวนการกลุ่มก็ไม่เป็นผล จึงได้ปรับเปลี่ยน
มาเป็นการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยทีละราย จำนวน 12 คน ญาติผู้ป่วย 12
คน และพยาบาลที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย 2 คน ในระหว่างการ
สัมภาษณ์ก็ได้มีการตรวจสอบข้อมูลโดยการประชุมกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ให้
บริการเป็นระยะๆ ทำให้มีการเรียนรู้ระหว่างผู้ให้บริการ คือ แพทย์
พยาบาล พนักงาน และผู้ที่เกี่ยวข้อง และได้ร่วมกันปรับเปลี่ยนและ
ประเมินผลตลอดการวิจัย เกิดกระบวนการเรียนรู้ซึ่งกันและกันระหว่าง
ผู้วิจัย เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ผู้ป่วยและญาติ มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน
ร่วมกันพัฒนาระบบบริการที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยและ
ศักยภาพของหน่วยบริการ อย่างเช่นการปรับรอบการให้บริการ ปรับเปลี่ยน
วิธีการให้ความรู้ ให้ข้อมูลเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยในลักษณะที่มีความ
เท่าเทียมกันระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ

หัวหน้าทีมวิจัย คือ สุปัทพ์ณ์ ได้กล่าวถึงความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
จากการทำวิจัยครั้งนี้ว่า

“ตั้งแต่เริ่มทำมาก็ทำๆ หยุดๆ รายงานเขียนไม่ออก แต่การทำงานมัน
ก็หมุนไปเรื่อย ๆ เพราะผลที่ออกมาแต่ละครั้งเราจะเอามาปรับ อย่างเช่น ผลที่
พบว่าผู้ป่วยไม่มีเงิน เราก็นำผลนี้ไปนำเสนอต่อผู้บริหาร เราสามารถปรับให้
บริการของเราสอดคล้องกับชีวิตและวิถีชาวบ้านได้”

เรื่องการปรับรอบให้บริการนี้ผมว่าดี เห็นโรงพยาบาลข้างเคียงเขายัง
ทำงานกันแปดโมงเช้าอยู่เลย ขณะที่เราแต่เดิมก็ทำตั้งแต่หกโมงเช้า แล้วปรับ

“

ตั้งแต่เริ่มทำมาก็ทำๆ ทยอยๆ รายงานเขียนไม่ออก แต่การทำงาน
มันก็หมุนไปเรื่อยๆ เพราะผลที่ออกมาแต่ละครั้งเราเอาไปปรับ
อย่างเช่น ผลที่พบว่าผู้ป่วยไม่มีเงิน เราก็นำผลนี้ไปนำเสนอต่อ
ผู้บริหาร เราสามารถปรับให้บริการของเราสอดคล้องกับชีวิตและ
วิถีชาวบ้านได้

”

มาเป็นทีสอง ทุกวันนี้ปรับมาเป็นทีสี่ ตอนนี้มี 3 รอบ ก่อนที่จะปรับเราจะมี
การคุยกับผู้ป่วยตลอด และต้องคุยกับคนทั้งหมด รวมทั้งผู้อำนวยการด้วย”

การปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริการส่วนหนึ่งมาจากข้อมูลที่ได้จาก
ผู้ป่วย ในเรื่องการเดินทางของผู้ป่วยแต่เดิมบางคนใช้เส้นทางเดียวกันแต่มา
รถคนละคัน อยู่หมู่บ้านเดียวกันแต่ได้รับการให้บริการคนละรอบ ก็มีการ
ปรับเปลี่ยนมาให้บริการรอบเดียวกัน คือจัดให้เขาเป็นคิวเดียวกัน ซึ่งก็
สามารถช่วยผู้ป่วยให้ประหยัดค่ารถได้ ถือเป็นการลดภาระให้เขาอีกทาง
หนึ่ง

“ถ้าเขามารอบแรกก็จะเสร็จประมาณ 7-8 โมง เขาก็กลับไปทำงานได้
ผู้ป่วยก็บอกว่าถ้าได้มารอบนี้เขาจะมีความสุขเพราะสามารถกลับไปทำงานหา
เลี้ยงครอบครัวได้ หรือเขาไม่ต้องลางานเพื่อมารักษากับเรา การบริการใน
ห้องนี้ก็เป็นที่พอใจของเขา บางรายเขาก็เห็นใจเรา เพราะเราก็อ่านตึก เวลา
อยู่กับครอบครัวก็มีน้อยอยู่แล้วยังต้องตื่นแต่เช้าเพื่อมาลงเข็มให้ผู้ป่วย”
กรณีการกล่าว

นอกจากนั้นแล้วการวิจัยยังทำให้มีการจัดกลุ่มผู้ป่วยโรคไตวาย เพื่อ
จัดระบบการให้ความรู้และการดูแลที่เหมาะสม ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละ

“

การวิจัยยังทำให้มีการจัดกลุ่มผู้ป่วยโรคไตวาย เพื่อจัดระบบการ
ให้ความรู้และการดูแลที่เหมาะสม ซึ่งแตกต่างกับไปในแต่ละกลุ่ม
โดยแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มมีความหวัง กลุ่มเข้าใจ และกลุ่ม
สิ้นหวัง

”

กลุ่ม โดยแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ **กลุ่มมีความหวัง** **กลุ่มเข้าใจ** และ**กลุ่ม
สิ้นหวัง**

“กลุ่มที่เข้าใจดีตรงที่เวลาเขาคุยกับผู้ป่วยด้วยกัน เขาจะถ่ายทอด
ประสบการณ์ที่ทำให้มีกำลังใจขึ้น เพราะกลุ่มนี้เขาเปลี่ยนถ่ายไตไม่ได้ ต้องอยู่
ไปวันๆ แต่มีความน่าสนใจตรงที่ว่าเขาสามารถอยู่กับมันได้ ตอนแรกเราแบ่ง
แค่กลุ่มเข้าใจกับกลุ่มสิ้นหวัง แต่พอจริงๆ แล้วพบว่ามันจะมีความต่างกันอยู่
เพราะกลุ่มที่เขามีหวังเขาสามารถเปลี่ยนถ่ายไตได้ เขาจะปรับตัว มีความหวัง
ว่าตัวเองจะหาย มันต่างกับกลุ่มที่เข้าใจและกลุ่มสิ้นหวัง การแบ่งกลุ่มผู้ป่วย
ลักษณะนี้เป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนมาก เราต้องค่อยๆ ให้เขาพูดคุย ถ้าเราเปิด
เขาก็จะเปิดกับเรา” สุพรรณ เล่า

ในระหว่างที่ทำการวิจัยผู้ป่วยบางรายอาจอยู่ในกลุ่มสิ้นหวัง แต่ก็
ไม่แน่ว่าเมื่อเวลาผ่านไปเขาอาจปรับตัวปรับใจขึ้นมาอยู่ในกลุ่มที่เข้าใจก็ได้
หากอยู่ในปัจจัยแวดล้อมที่ดี หรือสามารถปลูกพลังชีวิตของตัวเองขึ้นมาได้
ดังเช่นกรณีของดำรงชัย

“ครอบครัวผมมีฐานะยากจน ตอนแรกญาติๆ ก็ช่วยเหลือ แต่พอรู้ว่า
โรคนี้มันเรื้อรังรักษาไม่หาย เขาก็หายไปหมด ผมต้องต่อสู้อยู่กับแม่ตามลำพัง
ผมเคยคิดว่าตัวตายหนีปัญหา กำลังจะใช้เชือกผูกคอตัวเอง แต่แม่มาเห็นก่อน
แม่ก็บอกว่ามันจะเป็นบาป กว่าจะเกิดเป็นคนมาได้ ให้มันตายของมันไปเอง
พอเห็นหน้าตาของแม่ผมก็เลยหยุด ผมบอกว่าผมจะสู้”

หลังจากนั้นดำรงชัยก็หอบสังขารตัวเองไปหาหน่วยงานต่าง ๆ ที่คิดว่าจะให้ความช่วยเหลือแก่เขาได้ นับตั้งแต่ผู้ใหญ่บ้าน อบต. ที่ว่าการอำเภอ สำนักงาน สส. นายกเหล่ากาชาด

“ผมไม่ใช่คนเก่งแต่ผมเป็นคนที่ใช้ความคิดไม่หยุดนิ่ง ก็คิดหาสูตรเอง พอเขาบอกว่าต้องประชุมก่อน หรือต้องรอโน่นรอนี้ ผมก็ไม่หยุดอยู่แค่นั้น แล้วเขาก็ช่วยแบบฉุกเฉิน เอาของไปให้ที่บ้าน ให้เงินฉุกเฉินมา 5,000 บาท เข้าไปหาปราชญ์สงเคราะห์จังหวัด เขาก็ช่วยเป็นเงินฉุกเฉินมาอีก 2,000 บาท แต่เงินค่าฟอกไตมันต้องจ่ายตลอด เดือนหนึ่งก็ 8,000 บาท เพราะตอนนั้นมันครั้งละ 1,000 แม้ผมก็หาเงินคนเดียว เป็นหนี้ทางโรงพยาบาลหมื่นกว่าบาท จนเขาบอกว่าไม่มีค่ารักษาที่จะจ่ายสำรองให้แล้ว ผมก็ปล่อยตัวเองไปอีกพักหนึ่ง นาน ๆ จะมาฟอกที”

ดำรงชัยเคยแม้กระทั่งขออาศัยรถลิบล้อเข้ากรุงเทพฯ เพื่อขอรับความช่วยเหลือจากศิริราชมูลนิธิ โรงพยาบาลสงฆ์ และสำนักพระราชวัง แต่เขาก็ได้รับแค่การถกกลับบ้าน จนในที่สุดก็ไปขอออกข่าวกับหนังสือพิมพ์ไทยรัฐ และเมื่อจนตรอกจริง ๆ ก็ชวนแม่ไปออกรายการข่าวช่อง 5 หลังจากสู้มาเกือบปี ในที่สุดประชาสัมพันธ์จังหวัดจึงได้ติดต่อไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แล้วมีคำสั่งมาให้เขาไปฟอกไตได้ฟรีตลอด

แม่ของดำรงชัยเสียชีวิตไปเมื่อปี 2548 ทุกวันนี้ดำรงชัยดูแลตัวเองด้วยการถือศีลห้า สวดมนต์ภาวนา นั่งสมาธิ พยายามใช้บั้นปลายชีวิตให้มีความสุขที่สุด ไม่ได้คิดว่าตัวเองจะอยู่ต่อไปได้อีกกี่ปี แต่จะอยู่กับปัจจุบันนี้ให้ได้ เอาความโกล้งจะตายมาเป็นครูสอนตัวเอง ไม่ท้อกับชีวิตและกล้าเผชิญกับมัน

“กายผมป่วยแต่ผมไม่อยากให้ใจป่วย ผมต้องรักษาใจตัวเอง เพราะตอนนี้ผมไม่มีใครแล้ว” เขากล่าว

ณ ปัจจุบันนี้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้ให้การคุ้มครองผู้ป่วยโรคไตเฉพาะการฟอกเลือดทางหน้าท้องแล้ว และกำลังกระจายไปยัง

โรงพยาบาลจังหวัด เพื่อให้อย่างน้อยมี 1 โรงพยาบาลในจังหวัดที่ให้บริการ
พอกเลือดทางหน้าท้อง เพื่อให้ผู้ป่วยจะได้ใช้บริการฟรี

“ตอนนี้โรงพยาบาลนครพนมก็รับเข้าโครงการแล้ว ศูนย์ใหญ่ที่สุด
ที่อยู่ใกล้เราตอนนี้คือโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น ซึ่งใครที่เข้า
ข่ายต้องพอกเลือดเราก็จะแนะนำให้ไปพอกเลือดทางหน้าท้องก่อน เพื่อจะได้
ใช้สิทธิ 30 บาท แต่ผู้ป่วยเขาบอกว่าเขาชอบแบบพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
มากกว่า เพราะว่าพอกเลือดทางหน้าท้องเขาต้องดูแลตัวเองทุกอย่าง แต่
แบบนี้เราดูแลให้ทุกอย่าง ผู้ป่วยแถมนอนเฉยๆ” กรรมการ กล่าว

ผู้ป่วยบางคนก็ยังคงได้แต่รอคอยความหวังและตั้งคำถามว่าทำไม
รัฐบาลไม่ให้ความคุ้มครองผู้ป่วยโรคไต เพราะเขาก็ไม่ได้นำรังเกียจอะไร
ยังเดินเหินได้ ยังมีคุณค่าในสังคม พวกเขายังรอและยังหวังว่าบัตร 30 บาท
จะสามารถคุ้มครองพวกเขาได้ เพราะมันไม่ไหวจริงๆ เหมือนที่ดำรงชัยว่า

“ต้องขายหมดทุกสิ่งทุกอย่าง ชาวนามีว่ามีควายก็ต้องขาย พอเงินหมด
เขาก็ตาย”

ในส่วนของการให้บริการของหน่วยไตเทียมในโรงพยาบาลปลาปาก
ดำรงชัยบอกว่าเจ้าหน้าที่มีความเป็นกันเองมาก เหมือนพี่เหมือนน้อง
เข้าใจว่าผู้ป่วยเป็นอย่างไร และจะไม่เอาสิ่งที่เขาเจ็บปวดนั้นมาพูดตอกย้ำ

“ผมได้กำลังใจจากที่พยาบาลที่นี่ละ ตอนนั้นผมแทบจะไม่กล้ามอง
หน้าใคร แต่ที่เขาบอกว่าให้อดทนสู้ ให้เข้มแข็ง ผมก็เลยสู้ เจ้าหน้าที่ที่นี่มีส่วน
มาก ๆ ทั้งคุณหมอและพยาบาล ผมได้รับการช่วยเหลือตลอด”

การทำวิจัยของทีมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลปลาปากนับว่ามีส่วนเป็น
อย่างมากในการเอื้อให้เกิดการพัฒนางานประจำให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ได้เข้าใจวิถีของผู้ป่วยมากขึ้น เข้าใจรากฐานของปัญหาว่าเขาเจ็บป่วยด้วย
โรคนี้เพราะอะไร สิ่งที่เขาต้องเผชิญอยู่คืออะไรบ้าง แล้วนำมาพิจารณาว่า
เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบนั้นจะต้องเข้าไปให้ความช่วยเหลือตรงจุดไหน
รวมถึงเรื่องการปรับปรุงระบบการให้บริการด้วย ซึ่งสุพัฒน์ได้กล่าวถึง
เรื่องนี้ไว้ว่า

“

ข้อดีของการวิจัยนี้คือเราเอาข้อมูลมาพูดคุยกัน ไม่ใช่คุยจากความรู้สึก เราใช้ข้อมูลที่เรากลับมาอย่างเป็นระบบ จากการประชุมกลุ่ม จากการสัมภาษณ์ เวลาเราไปคุยกับทีมอื่นๆ ในโรงพยาบาลเราไม่ได้เอาคำบ่นไปพูด สมัยแรกๆ ที่ทำเรื่องเบาหวานก็จะมีแต่คำบ่นว่าเจ้าหน้าที่พูดไม่เพราะ มันก็ทำอะไรไม่ได้ แต่พอเราเอาข้อมูลจากกระบวนการนี้ไปคุย ซึ่งเราใช้คำว่าวิจัย ข้อมูลจากการวิจัยบอกว่า... “ก็จะทำให้เขาหยุดฟัง”

”

“ข้อดีของการวิจัยนี้คือเราเอาข้อมูลมาพูดคุยกัน ไม่ใช่คุยจากความรู้สึก เราใช้ข้อมูลที่เรากลับมาอย่างเป็นระบบ จากการประชุมกลุ่ม จากการสัมภาษณ์ เวลาเราไปคุยกับทีมอื่นๆ ในโรงพยาบาลเราไม่ได้เอาคำบ่นไปพูด สมัยแรกๆ ที่ทำเรื่องเบาหวานก็จะมีแต่คำบ่นว่าเจ้าหน้าที่พูดไม่เพราะ มันก็ทำอะไรไม่ได้ แต่พอเราเอาข้อมูลจากกระบวนการนี้ไปคุย ซึ่งเราใช้คำว่าวิจัย ข้อมูลจากการวิจัยบอกว่า... ก็จะทำให้เขาหยุดฟัง แล้วผู้บริหารเขาก็เห็นประโยชน์จากการใช้ข้อมูล ซึ่งมันเป็นข้อเท็จจริงที่ถูกเก็บมาอย่างเป็นระบบ การใช้คำว่าวิจัยมันทำให้มีความน่าเชื่อถือในตัวของมันอยู่แล้ว เราก็ใช้ข้อมูลนี้นำไปสู่การปรับเปลี่ยนการทำงานให้มันดีขึ้น ถ้าเป็นวิธีการอื่นผมคิดว่ามันจะมีข้อด้อยในเรื่องความน่าเชื่อถือของข้อมูล”

งานวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาแนวทางการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายขึ้นนี้ตีพิมพ์ออกมาเมื่อปี 2549 แต่จริงๆ แล้วคุณสุพรรณและทีมงานเคยทำวิจัยเรื่อง **‘การพัฒนาระบบการให้บริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม’** ซึ่งเริ่มมาตั้งแต่ปี 2539 โดยคุณสุพรรณได้รับแรงบันดาลใจเกี่ยวกับการทำวิจัยเชิงคุณภาพ

“

ลองคุยกับญาติว่า ลองให้เขาทำอะไรบ้างจะดีไหม ตอนแรกญาติก็ไม่ยอม แต่สุดท้ายก็ยอมปลดโซ่แล้วให้แกออกมาลองกวาดบ้าน จากที่เคยกวาดบนยุงข้าวที่ตัวเองอยู่ก็มากวาดบนบ้าน ต่อมาก็กวาดลานบ้าน ตอนเช้าๆ คนในบ้านก็ให้จูงควายไปเลี้ยงที่นา ตอนเย็นๆ ก็จูงกลับมาบ้าน ตอนที่ผมไปเยี่ยมบ้านแกอายุประมาณ 50 ปี ตอนนั้นเสียชีวิตแล้ว ผมนำเรื่องนี้ไปเล่าให้อาจารย์นิศย์ฟัง อาจารย์บอกว่านี่แหละคือพลังอำนาจที่มีอยู่ในตัวคนทุกคน ทุกคนมีพลังมีศักยภาพที่จะดูแลตัวเองได้ ไม่ใช่ว่าผู้ป่วยจะต้องขึ้นอยู่กับเรา

”

มาจาก **อาจารย์นิศย์ ทศนิยม** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในช่วงที่ไปเรียนต่อปริญญาโทตั้งแต่ปี 2535 ซึ่งก่อนหน้านี้ฉันรู้สึพัฒนาแล้วว่าเคยทำงานในลักษณะที่ทำตามนโยบาย ให้รณรงค์อะไรก็ทำโดยไม่ได้มองจากฐานคิดของชาวบ้าน แต่การได้ไปเรียนต่อด้านการพยาบาลชุมชน ที่ขอนแก่นได้เรียนรู้จากทั้งอาจารย์นิศย์ และ **หม่อมราชวงศ์คึกฤทธิ์ พัฒน์** ซึ่งท่านสอนให้คิดเป็น คิดให้เท่ากัน นับเป็นจุดเปลี่ยนทางความคิด ดังที่เขายกตัวอย่างว่า

“ครั้งหนึ่งผมเคยไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานซึ่งเป็นผลที่เท่า ผมก็ไปถามเขาว่าทำไมไม่ดูแลตัวเอง ชาวบ้านก็บอกว่าแกไม่ดูแลตัวเองหรอก แกอยู่คนเดียว เป็นผู้หญิงและชอบเล่นไพ่ ผมโมโหมาก เราไปเยี่ยมเขาอย่างดี สอนทุกอย่างดีหมด ผมก็ไปบอกอาจารย์ อาจารย์บอกว่าคุณกลับไปคุยกับเขาดีๆ ไปคุยเรื่องราวชีวิตของเขา เมื่อผมกลับไปคุย ก็รู้ว่าแกมีลูกชายคนหนึ่งแต่ลูกชายไม่ได้อยู่ด้วย แคล่งเงินมาให้ ชีวิตแกต้องพึ่งคนข้างบ้าน การจะมีเพื่อนก็ต้องไปเล่นไพ่ ชีวิตก็อยู่กับวงไพ่ ทำให้ได้พักผ่อนน้อย บางวันก็นอนบ้าง

ไม่นานบ้าง พอได้คุยกับผู้ป่วยมากๆ ความที่เคยยึดตัวเองเป็นหลักมันก็ค่อยๆ ลดลงๆ และเริ่มเข้าใจ”

หลังจากนั้นมาคุณสุพัฒน์ก็หันไปศึกษาแนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วม และได้นำมาใช้ในการทำวิจัยที่โรงพยาบาลปลาปาก สุพัฒน์เล่าว่าพอกลับมาทำงานก็อยากทำงานในเชิงคุณภาพ จึงมีแนวคิดเรื่องการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยเบาหวาน ทำโครงการเป็นเชิงการวิจัยเล็กๆ เชิงปริมาณคล้ายกับการทดสอบ แบ่งสายกันเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อทดลองแนวคิดเรื่องนี้ แล้วเขาก็ได้เห็นพลังแห่งชีวิตของผู้ป่วยรายหนึ่งที่ทำให้ประทับใจมาจนถึงทุกวันนี้

“แกเป็นผู้ป่วยจิตเวช ต้องอยู่บนเตียงข้าว เพราะญาติๆ คิดว่าแกเป็นบ้า คือทั้งเป็นเบาหวานและมีปัญหาทางจิตด้วย ไม่ค่อยกินยา อาการก็กำเริบทั้งสองอย่าง บางครั้งก็จะถูกล่ามโซ่ พอเราเข้าไปคุยกับญาติแกก็จะไว้วางใจ แขนขาikipกติ เดินไปเดินมาได้ จึงลองคุยกับญาติว่า ลองให้เขาทำอะไรบ้างจะดีไหม ตอนแรกญาติก็ไม่ยอม แต่สุดท้ายก็ยอมปลดโซ่แล้วให้แกออกมาลองกวาดบ้าน จากที่เคยกวาดบนเตียงข้าวที่ตัวเองอยู่ก็มากวาดบนบ้าน ต่อมาก็กวาดลานบ้าน ตอนเช้าๆ คนในบ้านก็ให้ถุงควายไปเลี้ยงที่นา ตอนเย็นๆ ก็วิ่งกลับมาบ้าน ตอนที่ผมไปเยี่ยมนั้นแกอายุประมาณ 50 ปี ตอนนั้นเสียชีวิตแล้ว ผมนำเรื่องนี้ไปเล่าให้อาจารย์นิตยภัต อาจารย์บอกว่านี่แหละคือพลังอำนาจที่มีอยู่ในตัวคนทุกคน ทุกคนมีพลังมีศักยภาพที่จะดูแลตัวเองได้ ไม่ใช่ผู้ป่วยจะต้องขึ้นอยู่กับเรา”

และในที่สุดก็เกิดกระบวนการทำงาน จากเดิมที่เคยมองตัวเองเป็นหลักก็เปลี่ยนมาเป็นมองผู้ป่วยเป็นหลัก เกิดการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการให้บริการในคลินิกเบาหวาน จากการมองเห็นปัญหาว่าผู้ป่วยดูแลตัวเองไม่ได้ ควบคุมอาหารและระดับน้ำตาลไม่ได้ จึงใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อนำคุยกับผู้ป่วย โดยใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที และข้อจำกัดของกลุ่มไม่เกิน 15 คน

“ผู้ป่วยเขาอาจจะบอกว่ากินมะพร้าวอ่อนเพื่อรักษาเบาหวานเราก็ฟังได้ เขาเอาสมุนไพรมารักษาเราก็ฟังได้ เขากินเหล้าก่อนมาตรวจเราก็ฟังได้ นี่คือการว่ารับฟัง แล้วมันทำให้เกิดความเท่าเทียมกัน เขาก็อยากจะเล่าให้เราฟัง แต่เราจะมีวิธีการเข้าหาเขา ว่าสิ่งไหนถูกสิ่งไหนผิด โดยในกระบวนการกลุ่มมันจะจัดการเองอยู่แล้ว เช่น บางคนในกลุ่มมีความเชื่อว่าใช้สับปะรดคว้านใส่ดอกเอาเบียร์ใส่ลงไปแล้วดื่มทำให้ลดน้ำตาลได้ ซึ่งเขารู้ด้วยตัวเอง เขาก็เล่าให้เพื่อนฟัง เพื่อนในกลุ่มก็บอกว่าตัวเองเคยทำแต่มันไม่ดีขึ้นภายในกลุ่มสอนกันเองมันดีกว่าเราไปสอนเขา ถ้าเราไปบอกว่าไม่ดีนะ จำกัดความคิดเขา ถามว่าเขาฟังไหม เขาก็ฟัง แต่เขาก็จะกลับไปทำเหมือนเดิมเพราะเขายังค้างคาใจ เราต้องเปิดโอกาสให้กลุ่มที่เขาไม่ประสบความสำเร็จเป็นคนพูดขึ้นมา”

สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการทำงานคลุกคลีกับผู้ป่วยทำให้ผู้พัฒนามีความเชื่อว่าการแสวงหาคำตอบเพื่อนำไปสู่บริการที่ดีและแก้ปัญหาความทุกข์ให้แก่ผู้ป่วยได้จริงนั้น ไม่ได้อยู่ไกลตัว

“ผู้ป่วยทุกคนมีความรู้มากกว่าเรา เขามีประสบการณ์ในการเป็นโรคมา 20-30 ปี แต่เราเรียนเบาหวานมาอย่างเก่งก็ไม่ถึงเดือน ความรู้ที่ได้มาเขียนตำราเป็นความรู้ที่ได้มาจากผู้ป่วย ไม่ใช่ความรู้จากเรา อาการต่างๆ ที่สรุปมานั้นก็มาจากความรู้ของผู้ป่วย ไม่ใช่หมอเป็นเอง กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ป่วยยังได้ช่วยพัฒนาคนทำงานด้วย อย่างเช่น น้องในที่ทีมงานบางคนตอนแรกๆ เขาก็จะเกร็ง และรู้สึกว่าการที่เราไม่สอนผู้ป่วยไปเลยว่าอันนี้มันผิด แต่หลังๆ มาเขาก็เริ่มเข้าใจ”

นอกจากนั้น เขายังเพิ่มเติมด้วยว่า มีผู้ป่วยบางรายขอเข้ามาร่วมคุยด้วย บางคนก็ติดการพูดคุย บางคนมาโรงพยาบาลแค่ครั้งเดียวแล้วพลัดเข้ามาในกลุ่มคุยเขาก็ขอรักษาที่นี้ ไม่อยากไปรักษาที่อื่น เพราะอยากเข้ากลุ่มคุย ตอนแรกจะคุยเฉพาะปัญหาของผู้ป่วย แต่พอคุยไปสักระยะหนึ่งความเท่าเทียมกันก็จะเกิดขึ้น เพราะเริ่มมีเสียงสะท้อนจากผู้ป่วยในกลุ่มเรื่องการ

“

ผู้ป่วยทุกคนมีความรู้มากกว่าเรา เรามีประสบการณ์ในการเป็นโรคมา 20-30 ปี แต่เราเรียนเบากว่าคนอื่นอย่างเก่งก็ไม่ถึงเดือน ความรู้ที่ได้มา เขียนตำราเป็นความรู้ที่ได้มาจากผู้ป่วย ไม่ใช่ความรู้จากเรา อาการต่างๆ ที่สรุปมานั้นก็มาจากความรู้ของผู้ป่วย ไม่ใช่หมอเป็นเอง กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ป่วยยังได้ช่วยพัฒนาค้นงานด้วย อย่างเช่น บ่อยในทีมงานบางคนตอนแรกๆ เขาก็จะเกร็ง และรู้สึกว่าการที่เราไม่สอนผู้ป่วยไปเลยว่ามันมันผิด แต่ทีหลังๆ มาเขาก็เริ่มเข้าใจ

”

ทำงานของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลว่า ทำไมคุณหมอห้องบัตรพูดไม่เพราะ ทำไมคุณหมอที่มาตรวจมาสาย ซึ่งตอนนั้นทีมทำงานก็เริ่มเรียนรู้ที่จะรับฟังเสียงผู้ป่วยแล้ว

ในฐานะคนรับรู้ข้อมูล ทางทีมวิจัยนำเรื่องนี้ไปคุยกับห้องบัตร ห้องเจาะเลือด ห้องยาว่าจะปรับปรุงบริการอย่างไรให้ดีขึ้นกว่าเดิม จนในที่สุดก็มีการปรับเวลาการให้บริการ และแยกคลินิกเบาหวานออกจากกลุ่มผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งก็เป็นผลดีกับทั้งผู้ป่วยและผู้ให้บริการ แผนกผู้ป่วยทั่วไปจะว่างมากขึ้น และกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานก็มีกิจกรรมให้ทำร่วมกันซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการพูดคุยกัน

นับว่ากระบวนการกลุ่มเป็นวิธีที่เหมาะสมสำหรับใช้ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันทั้งระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเองและระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ จนชาวบ้านถามว่า ทำไมไม่ไปทำกระบวนการกลุ่มแบบนี้กับคนอื่นๆ ในหมู่บ้านของเขาบ้าง นอกเหนือจากกลุ่มคนที่เบาหวาน

นั่นเป็นที่มาให้เกิดการทำ **โครงการเกี่ยวกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ที่ตำบลหนองฮี** ขึ้นมาอีกหนึ่งโครงการ ในปี 2545 โดยให้ชาวบ้านคิดกันเองว่ากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของเขาคืออะไร และกิจกรรมที่ชาวบ้านคิดออกมาได้ก็คือ การรวมกลุ่มสานตะกร้า เพราะกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในความหมายของชาวบ้านคือการรวมกลุ่ม ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนเห็นทุกข์สุขกันและกัน ซึ่งนอกจากจะได้ทั้งในเรื่องของจิตใจ และสังคมแล้วยังมีรายได้เสริมอีกด้วย จนถึงทุกวันนี้ชาวตำบลหนองฮีก็ยังมี การรวมกลุ่มกันอย่างเหนียวแน่น

“กิจกรรมนี้มันเกิดขึ้นโดยธรรมชาติ เราเพียงแค่นี้ไปให้แนวคิดว่าเขา มีพลัง เขาสามารถรวมกลุ่มกันได้” สุพัฒน์ กล่าว

ประมาณปี 2548 แพทย์หญิงวรัทยา ราชบัญญัติฐ์ ซึ่งปัจจุบันนี้ดำรงตำแหน่งรักษาการผู้อำนวยการโรงพยาบาลปลาปาก เข้ามาเชื่อมต่อการ ทำงานด้วยการทำเรื่องการพัฒนาระบบ พัฒนาคนทำงาน โดยทำโครงการเรื่องการพัฒนา ระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในระดับสถานีอนามัย ซึ่งก็กลายเป็นการทำวิจัยอีกชิ้นหนึ่ง จากการเป็นแพทย์ประจำที่ดูแลคลินิกเบาหวาน และได้เห็นปัญหาว่าผู้ป่วยคลินิกเบาหวานมีจำนวนมาก ทำให้เจ้าหน้าที่บริการผู้ป่วยด้วยเวลาจำกัด นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังมีความยากลำบากในการเดินทางมาโรงพยาบาลตั้งแต่เช้าและเสียเวลาทั้งวัน จึงมีการพูดคุยกันกับทีมผู้ปฏิบัติและผู้บริหารเพื่อคิดหาระบบที่จะมารองรับ การแก้ปัญหา

แพทย์หญิงวรัทยา อธิบายถึงที่มาของโครงการนี้ว่า

“คิดว่าน่าจะมีสถานบริการที่ดูแลเบาหวานต่อเนื่องได้ใกล้บ้าน ก็เลย คิดถึงสถานีอนามัย จึงเริ่มต้นทำตอนนั้น มีการเตรียมทีมที่จะดูแลผู้ป่วยต่อ เตรียมระบบการส่งต่อและระบบการดูแลผู้ป่วยให้ต่อเนื่อง รวมทั้งข้อมูลต่างๆ และระบบสนับสนุนของโรงพยาบาลต่อสถานีอนามัย เริ่มตั้งแต่เตรียมความ



■ แพทย์หญิงวริยา ราชบัญญัติฐ รักษาการผู้อำนวยการโรงพยาบาลปลาปาก
ผู้รับผิดชอบโครงการเรื่องการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในระดับสถานีอนามัย

พร้อมเรื่องการยอมรับของเจ้าหน้าที่ก่อน เพราะมันเป็นการเพิ่มภาระงานให้กับเจ้าหน้าที่อนามัย ก็ต้องให้เขายอมรับก่อนว่าเราทำเพื่อผู้ป่วย พอเขายอมรับแล้วก็เป็นเรื่องของนโยบาย แล้วก็เอาเจ้าหน้าที่เข้ามาอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วย ทั้งความรู้ ทฤษฎี และข้อปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย ใช้เวลาอบรมอยู่ประมาณ 3 เดือนก่อนที่จะประเมินว่าเขาพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วย แล้วค่อยส่งผู้ป่วยออกไปที่อนามัย ก็ประมาณต้นปี 49”

ในการส่งผู้ป่วยออกไปนั้นมีเกณฑ์ในการคัดเลือก คนไหนที่มีภาวะน่าเป็นห่วงจะไม่ส่งไป และผู้ป่วยต้องสมัครใจเอง เน้นกลุ่มผู้ป่วยที่เดินทางมาไม่สะดวก เมื่อส่งไปแล้วยังมีระบบติดตาม โดยช่วงแรกๆ ทีมของโรงพยาบาล ทั้งหมอและพยาบาลที่ดูแลคลินิกเบาหวานจะออกไปเป็นพี่เลี้ยง หลังจากนั้นก็มีระบบนิเทศติดตาม และมีการประชุมทีมที่ดูแลเบาหวาน เพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์และปัญหาในการทำงาน

“

มีความภูมิใจที่ได้ร่วมทำ ได้รู้ว่าการทำวิจัยนั้นมันไม่จำเป็นต้องมี
รายงานเป็นเอกสารออกมา แล้วมาเขียนอ้างอิงอย่างนั้นอย่างนี้ แต่
การวิจัยมันอยู่ในการทำงานของเรามากกว่า ถ้าให้นั่งเขียนอาจจะทำ
ไม่เป็น แต่ผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยได้จากการพยายามปรับการทำงานของเร
านั้นมันดีกว่ามาก ประสิทธิภาพที่มันออกมาคือความรู้สึกที่ผู้ป่วย
มีต่อเราหรือเรามีต่อผู้ป่วยมันได้มากกว่า และมันส่งผลไปถึง
โรงพยาบาลด้วย

”

การพัฒนาระบบในลักษณะนี้มีข้อดีคือ สะดวกต่อผู้ป่วยในเรื่องการ
เดินทาง สามารถเดินทางมาเจาะเลือดที่สถานีอนามัยแล้วเดินกลับไปกินข้าวที่
บ้านได้ ทำให้กลมกลืนเป็นธรรมชาติไปกับวิถีชีวิต ถ้าหากต้องมาที่
โรงพยาบาลผู้ป่วยอาจต้องตื่นตั้งแต่ตีสี่ และเมื่อมาถึงแล้วก็ต้องรอ กว่าจะ
เสร็จก็ประมาณเที่ยงวัน นอกจากนี้ยังลดปัญหาเรื่องการขาดนัด ขาดยา
โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เดินทางมาลำบาก ซึ่งบางคนเลือกขาดยาไปเลย แต่
พอมีบริการใกล้บ้านได้ช่วยลดปัญหาเหล่านี้ให้แก่ผู้ป่วย ขณะเดียวกัน ทาง
โรงพยาบาลเองก็ลดความหนาแน่นของผู้ป่วยที่มารักษาในแต่ละวัน ทำให้
เจ้าหน้าที่มีเวลาคูแลผู้ป่วยมากขึ้น

จากที่ตอนแรกมีการนำร่องที่ตำบลโคกสูงก่อน ตอนนีที่อำเภอ
ปลาปากมีคลินิกเบาหวานระดับสถานีอนามัยถึง 8 จากทั้งหมด 9 แห่งแล้ว

“จากผลการวิจัยที่ผ่านมา ทำให้เราสามารถนำข้อมูลจากการวิจัยมา
พัฒนาระบบ โดยเฉพาะส่วนใหญ่งานวิจัยที่將會เป็นลักษณะของการทำวิจัย
เชิงปฏิบัติการ (action research) คือ เป็นการพัฒนาระบบไปพร้อมกับ
การวิจัย เห็นผลเป็นรูปธรรมว่าหลังจากเราทำเรื่องนี้แล้วเราวางระบบงาน
ได้ดีขึ้น” แพทย์หญิงวรทัยกล่าว

กว่า 20 ปี ตั้งแต่ที่โรงพยาบาลปลาปากเปิดให้บริการ กว่าที่จะพัฒนาระบบงานบริการให้มีคุณภาพ สอดรับกับความต้องการของผู้ป่วย สอดคล้องและเข้าใจในวิถีชีวิตของชาวชนบทซึ่งเป็นประชาชนผู้มารับบริการ เจ้าหน้าที่ของที่นี่ได้ผ่านการเรียนรู้จากปัญหาในหน้าที่การงานที่ทำอยู่เป็นประจำทุกเมื่อเช้าวาน

เรื่องราวทุกอย่างที่ทางทีมงานร่วมกันทำวิจัยมีความต่อเนื่องและเชื่อมโยงกัน ไม่ได้เกิดจากความอยากรจะเอาเรื่องใดเรื่องหนึ่งมาทำ แต่พวกเขาทำเพราะเห็นปัญหาของงาน เอาสิ่งนี้เป็นแกนกลางในการเรียนรู้ ทุกเรื่องที่ทำ ทั้งเรื่องเบาหวาน เรื่องพัฒนาระบบบริการไปสู่สถานีนอนมัย เรื่องกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการทำเรื่องไต เริ่มต้นจากปัญหาทั้งหมด

พรรณทิวา เล่าถึงความรู้สึกในการทำงานจากวันแรกที่เข้ามาจนถึงวันนี้ว่า

“มีความภูมิใจที่ได้ร่วมทำ ได้รู้ว่าการทำวิจัยนั้นมันไม่จำเป็นต้องมีรายงานเป็นเอกสารออกมา แล้วมาเขียนอ้างอิงอย่างนั้นอย่างนี้ แต่การวิจัยมันอยู่ในการทำงานของเรามากกว่า ถ้าให้มันนั่งเขียนอาจจะทำไม่เป็น แต่ผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยได้จากการพยายามปรับการทำงานของเราอันนั้นมันดีอย่างมาก ประสิทธิภาพที่มันออกมาคือความรู้สึกที่ผู้ป่วยมีต่อเราหรือเรามีต่อผู้ป่วยมันได้มากกว่า และมันส่งผลไปถึงโรงพยาบาลด้วย น้องที่เข้ามาใหม่ได้สัมผัสกับเราสัมผัสกับผู้ป่วยเขาก็จะได้ความรู้สึกนี้ด้วย เขารู้สึกเห็นใจผู้ป่วยโดยที่เราที่ไม่ได้สอน แต่เขาดูการปฏิบัติงานของเรา และผู้ป่วยก็สามารถบอกเราได้ว่าวันนี้เขาไปทำอะไรผิดมา ต่างคนต่างคุยกันได้”

สำหรับตัวของสุพัตน์ เขาเล่าถึงหลักในการทำวิจัยของตัวเองว่า

“ผมใช้หลักการของ *Rapid Assessment and Respond* คือ ทำแล้วคืน ซึ่งมันพัฒนามาจาก *RAP : Rapid Assessment Process* คือ กระบวนการประเมินพิจารณาแบบรวดเร็ว จากเดิมการวิจัยเชิงคุณภาพจะเป็นการวิจัยที่ยาก ต้องใช้นักวิจัยเป็นเครื่องมือ นักวิจัยต้องพัฒนาทักษะใน

การเข้าถึงข้อมูลที่ตรงพอสมควร มีคติน้อยที่สุด แต่กระบวนการ RAP มันดีตรงที่ใช้กระบวนการทำงานเป็นทีม เวลาเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเมื่อเราได้ข้อมูลมาแล้ว ทุกคนจะมีข้อสงสัยหรือคติในการเก็บข้อมูลแต่ข้อมูลจะถูกตรวจสอบเมื่อเรานำข้อมูลของแต่ละคนมาต่อกันในแต่ละครั้ง ซึ่งจากเดิมการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจะลงไปเก็บคนเดียวเป็นส่วนใหญ่ ถ้าเราทำเป็นทีมจะเกิดการตรวจสอบข้อมูล มีการยืนยันข้อมูลกัน ทำให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ และเก็บข้อมูลได้เร็วขึ้น เพราะการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพต้องใช้เวลานาน และการทำวิจัยต้องมีการค้นข้อมูล ไม่เช่นนั้นสิ่งที่ทำออกมามันก็เป็นแค่หนังสือเล่มหนึ่งแต่ไม่ได้ทำให้คนอื่นรับรู้”

ส่วนปัญหาหรือสิ่งท้าทายในการทำวิจัย สุปัทพ์ได้สรุปไว้ 5 เรื่อง

สิ่งแรก คือ การเข้าถึงปัญหา ตัวคนวิจัยที่กระโจนเข้าสู่การวิจัยโดยไม่เห็นปัญหา มีแต่ความอยากรจะเข้าไปไม่ถึงปัญหา ทำให้ทีมที่เขามาร่วมนั้นไม่เต็มทีด้วย และการที่จะทำให้ทีมเข้าถึงปัญหาร่วมกันก็เป็นเรื่องยากที่ต้องใช้เวลา

สิ่งที่สอง คือ ทักษะ ทุกคนมักจะคิดว่าตัวเองทำเป็น เรียนจบปริญญาโทมาแล้วคิดว่าทำวิจัยได้ ทั้งที่จริงแล้วอาจไม่ใช่เช่นนั้น นอกจากนี้การทำวิจัยเหมือนกับการปฏิบัติธรรม กล่าวคือ เวลานั่งสมาธิต้องมีคนที่รู้จริงคอยนำทาง เพราะเขารู้ว่าจะต้องอยู่กับมันอย่างไร ควบคุมอย่างไร ตัวนักวิจัยถ้ามีอาจารย์ที่ไม่เหมาะก็ทำให้หลงทางได้

สิ่งที่สาม คือ การนำผลการวิจัยไปใช้ ผลการวิจัยเป็นการสรุปจากความคิดของตัวเอง เมื่อทำวิจัยเสร็จแล้วยังต้องนำข้อมูลไปตรวจสอบผู้ที่เกี่ยวข้องก่อนว่าสิ่งที่ตนเองคิดนั้นถูกต้องหรือไม่ เป็นการส่งคืนข้อมูลเพื่อเกิดการหมุน นำไปสู่การปรับปรุงไปเรื่อย ๆ

สิ่งที่สี่ คือ การนำเสนอต่อที่สาธารณะ ผู้วิจัยไม่จำเป็นต้องนำเสนองานวิจัยทั้งหมด ควรวิเคราะห์ก่อนว่าตนต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเรื่องใด แล้วจึงคัดเลือกข้อมูลส่วนที่เกี่ยวข้องไปนำเสนอ ดังนั้น ผู้บริหารจะ

“

ผมรู้สึกดีกับทุกเรื่องที่ผมทำวิจัย รู้สึกว่าทุกคนมีพระคุณต่อผม ผมยกมือไหว้ผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างสนิทใจ เพราะเขาคือผู้ให้ความรู้ ทุกวันนี้ก็นับถือกันเสมือนผมเป็นลูกเป็นหลาน ตายจากกันไปก็หลายคน สิ่งที่เป็นพลังใจให้ทำงานก็คือเราเห็นความงอกงามของผู้ป่วย ถึงแม้บางคนจะตายไปแล้วแต่ก่อนตายเขาก็ได้ก้าวผ่านความยุ่งยากในชีวิตมาได้

”

ไม่ได้รับรู้ข้อมูลการวิจัยทั้งหมด แต่ตัวนักวิจัยต้องรู้ทั้งหมด

สิ่งสุดท้าย คือ การเขียนรายงานการวิจัย แต่ละคนต้องค้นหาสไตล์การเขียนของตัวเองให้ได้ว่าจะมีขั้นตอนการเรียบเรียงความคิดอย่างไรเพื่อให้นำเสนอข้อมูลและความคิดได้สมบูรณ์ที่สุด

“ผมรู้สึกดีกับทุกเรื่องที่ผมทำวิจัย รู้สึกว่าทุกคนมีพระคุณต่อผม ผมยกมือไหว้ผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างสนิทใจ เพราะเขาคือผู้ให้ความรู้ ทุกวันนี้ก็นับถือกันเสมือนผมเป็นลูกเป็นหลาน ตายจากกันไปก็หลายคน สิ่งที่เป็นพลังใจให้ทำงานก็คือเราเห็นความงอกงามของผู้ป่วย ถึงแม้บางคนจะตายไปแล้วแต่ก่อนตายเขาก็ได้ก้าวผ่านความยุ่งยากในชีวิตมาได้”

และประเด็นที่เขาคงพลัดจากการทำวิจัยในงานประจำอย่างต่อเนื่องในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ก็คือมุมมองที่เห็นว่า การวิจัยนั้นคือวิถีสู่การดับทุกข์

ทั้งนี้ สุวัฒน์ เคยบวชเรียนกับ หลวงปู่คำพันธ์ โสภปัญโญ วัดพระธาตุมหาชัย จังหวัดนครพนม มาก่อน อาจเป็นเพราะพื้นฐานความรู้ความเข้าใจในหลักธรรมที่เคยศึกษาและปฏิบัติมาทำให้เขาเชื่อมโยงปรากฏการณ์

“

การวิจัยเป็นเรื่องของอริยสัจสี่ เพราะจริงๆ แล้วมันคือรากเดียวกัน คือไปหาทุกข์ก่อน แต่ส่วนใหญ่คนที่ทำวิจัยจะไปหา มรรคเลย มองผลไว้ล่วงหน้า มันทำให้เข้าไม่ถึงทุกข์ เข้าไม่ถึง ปัญหา แล้วมองว่าการวิจัยเป็นเรื่องยาก...

”

ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตซึ่งรวมถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในการทำงานไปสู่เหตุปัจจัยที่ทำให้มันเป็นเช่นที่เห็น แล้วค้นหาวิธีการอันเหมาะสมที่จะดับปัญหาในระดับรากฐาน ทำให้เรามองเรื่องของการวิจัยในงานประจำในแง่มุมนี้

“การวิจัยเป็นเรื่องของอริยสัจสี่ เพราะจริงๆ แล้วมันคือรากเดียวกัน คือไปหาทุกข์ก่อน แต่ส่วนใหญ่คนที่ทำวิจัยจะไปหา มรรคเลย มองผลไว้ล่วงหน้า มันทำให้เข้าไม่ถึงทุกข์ เข้าไม่ถึงปัญหา แล้วมองว่าการวิจัยเป็นเรื่องยาก ถ้าทำวิจัยแบบนี้ก็เหมือนกับคุณไปซื้อเสื้อผ้าว ถ้าคุณเห็นว่ากางเกงตัวนี้สวย เสื้อตัวนี้สวย แล้วคุณก็ซื้อมาสวมโดยลืมไปว่าคุณไม่ได้วัดองค์ทรงเฮอร์ของตัวคุณ มันก็ทำให้ได้สิ่งที่ไม่พอดีกับตัวคุณ มันไม่เข้ากับตัวคุณ แล้วคุณก็มองว่างานวิจัยมีปัญหา ที่จริงแล้วกระบวนการคิดของคุณนั้นแหละมีปัญหา เพราะคุณเข้าไม่ถึงราก ถ้าเข้าถึงรากของปัญหา วิธีการมันจะออกมาเองตามธรรมชาติของมัน เมื่อคนมองเห็นทุกข์ แล้วก็จะนำไปสู่สมุทัย นิโรธ มรรค คือมองเห็นทางที่จะนำไปสู่การแก้ปัญหาหรือการดับทุกข์”

ปิดท้ายด้วยแง่คิดสะกิดใจ แม้จะผ่านประสบการณ์การทำงานประจำให้เป็นงานวิจัยมาหลายปี แต่สัพพัตถ์ยอมรับว่าเพิ่งได้ยินชื่อ R2R เมื่อเร็ว ๆ นี้เอง

“เพิ่งมาได้ยินเรื่อง R2R ปีนี้เอง อยากให้ระวังไว้ว่า ถ้ามันกลายเป็นกระแส ก็จะถูกสั่งให้ทำ พอทำงานวิจัยโดยที่ไม่ได้เข้าถึงปัญหาที่แท้จริงมันก็

กลายเป็นว่าเอาอะไรมาแปะๆ แล้วกลายเป็นเล่มออกมาเล่มหนึ่ง และจะทำให้เกิดเป็นความทุกข์แก่คนทำงาน

“ที่จริงการวิจัยมันเป็นแค่เครื่องมือหนึ่งที่จะนำไปใช้ในการทำงานให้ดีขึ้น เป็นเครื่องมือหนึ่งที่ทำให้เข้าถึงทุกข์เข้าถึงปัญหา ถ้ายังไม่เห็นรากของปัญหาที่แท้จริง เห็นแค่ปรากฏการณ์ที่มันเกิดขึ้น..

“ด้วยเหตุนี้จึงต้องระวัง ไม่เช่นนั้นแล้ว R2R ที่บอกว่าเป็น ‘Routine to Research’ มันจะกลายเป็น ‘Research to Routine’ คือทำงานวิจัยให้เป็นงานประจำ” ๕

โรงพยาบาลโสธร ที่นี่ เราวิจัยแบบ “ไม่มีใบสั่ง”!



ภาพ ผู้ป่วยชายหญิงสามสี่รายที่นอนอยู่บนเตียงภายใน ไอ ซี ยู ศัลย์ฯ หรือ หอผู้ป่วยหนักตึกศัลยกรรม โรงพยาบาลโสธร บ่ายวันนั้น ดูเผินๆ อาจไม่ต่างไปจากบรรยากาศในหอผู้ป่วยหนักของโรงพยาบาลทั่วไป

ว่า หากสังเกตให้ดีถ้วน จะเห็นว่าในห้องนั้นมีป้ายแผ่นหนึ่งติดไว้เหนือเตียงผู้ป่วยทุกเตียง

ป้ายนั้นทำด้วยกระดาษโปสเตอร์พื้นสีฟ้าสด ภายในเป็นรูปวงกลมมีเส้นรัศมีตัดกันโดยรอบ แบ่งพื้นที่ในวงกลมนั้นเป็น 12 ช่อง ตามเวลาบนหน้าปัดนาฬิกา โดยใช้สีขาวสลับกับสีชมพูและสีม่วง พร้อมกับมีข้อความระบุในแต่ละช่องสลับกันไปเช่นเดียวกัน

“24 น. นอนหงาย 2 น.ตะแคงซ้าย 4 น. นอนหงาย 6 น.ตะแคงขวา...”

และทุกสองชั่วโมงตามเวลาที่ระบุ พยาบาลเวรก็จะเข้าไปพลิกตัวผู้ป่วยที่ยังนอนอย่างไม่รู้สีกตัวเพื่อเปลี่ยนท่าให้ตามข้อความในป้ายเหล่านั้น ซึ่งพวกเขาเรียกมันว่า นาฬิกาพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย

“เอาเรื่องนี้มาทำเพราะช่วยแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ง่ายและเกิดเยาะกับคนไข้ไอซียู ที่สำคัญคือเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นเพราะคุณภาพการพยาบาล ซึ่งเป็นเรื่องที่ป้องกันได้ถึง 95 เปอร์เซ็นต์”

ธิดิมา โคตรพันธ์ พยาบาลแผนกไอซียู ศัลยกรรม ของโรงพยาบาล โสธร เล่าให้ฟังถึงวิธีแก้ปัญหาการดูแลผู้ป่วยในป่วยวันหนึ่ง ท่ามกลางเพื่อนร่วมงานของเธอที่นั่งล้อมเป็นวง ทุกคนอยู่ในเครื่องแบบสีชมพู ซ่อนผมไว้ในผ้าคลุมทั้งชายและหญิง

เธออธิบายว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในแผนกนี้ ส่วนใหญ่เป็นคนที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน และมีอัตราการเสียชีวิตสูง ดังนั้น การดูแลเพื่อไม่ให้เกิดแผลกดทับซึ่งมักจะเกิดกับผู้ป่วยที่ต้องนอนนานๆ จึงเป็นเรื่องที่สำคัญและถือเป็นงานท้าทายด้วย เพราะนั่นคือสิ่งที่สะท้อนถึงคุณภาพการบริการ ซึ่งเธอและเพื่อน ๆ ต่างก็เข้าสู่กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง อันเป็นนโยบายของโรงพยาบาลตั้งแต่เมื่อ 3 ปีที่ผ่านมา

หลังจากพบปัจจัยเสี่ยง ไม่ว่าจะเป็นสภาพผู้ป่วย ผิวหนัง การขาดสารอาหาร การช่วยเหลือตนเองไม่ได้ แร้งกดและแรงเสียดทาน เธอและเพื่อน ๆ จึงช่วยกันคิดรูปแบบการดูแลขึ้นมา

“เริ่มทำแผนภูมิกำกับลาดูว่าสาเหตุมันเกิดจากอะไร จากอุปกรณ์หรือจากสภาพแวดล้อม ก็พบว่ามันไม่ชัดเจนในการดูแลคนไข้ แม้แต่คำว่า “การดูแล” ก็ไม่ได้มีการระบุเฉพาะเจาะจง เช่น ดูแลผิวหนัง ก็ไม่รู้จะดูอย่างไร จากนั้น เราก็คิดออกมาเป็นข้อๆ”

ในที่สุดก็ได้ข้อสรุปว่าในเรื่องของการดูแลผิวหนังเพื่อป้องกันแผลกดทับให้คนไข้ ให้ทำด้วยการทาโลชั่น น้ำมัน หรือวาสลีน นอกจากนี้ยังช่วยกันออกแบบระบบดูแลท่านอนของผู้ป่วยที่ยังไม่รู้สีกตัว ซึ่งเป็นอีกเรื่องหนึ่งที่สำคัญยิ่งยวด



“ที่ผ่านมา เราเช็คไม่ได้ว่าแต่ละวันผู้ป่วยถูกพลิกตัวไปกี่ครั้ง ทุก 2 ชั่วโมงหรือเปล่า ก็เลยคิดนวัตกรรม คือ นาฬิกาพลิกตะแคงตัว ติดไว้ที่หัวเตียง เพื่อช่วยบอกให้ชัดเจนว่า เวลาเท่านี้ต้องพลิกซ้ายหรือพลิกขวา ทำให้เราดูได้ง่ายขึ้นว่าคนไข้แต่ละคนได้รับการพลิกตะแคงอย่างถูกต้องหรือยัง”

เพื่อให้เกิดการป้องกันแผลกดทับอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น พวกเธอยังได้หาอุปกรณ์เสริมเพื่อลดแรงเสียดทาน แรงเสียดทาน โดยการออกแบบ **ผ้ารองยกตัวผู้ป่วย** แทนวิธีดึงหรือลากเมื่อต้องเปลี่ยนท่าให้

“การยกผู้ป่วยโดยใช้พยาบาลสี่คนเป็นไปได้อย่างที่จะไม่ให้เกิดการดึงหรือลาก เราจึงป้องกันด้วยการทำผ้ารองยกตัว เพราะไม่นั้นเวลาดึงผู้ป่วยบางที่ตัวจะครูดกับเตียง ลากเท้าลากอะไรไปสัมผัส คนไข้จะเป็นแผลง่าย เราก็ขอความร่วมมือกับแผนกซักฟอก บอกขนาดให้เขาตัดเย็บให้ คลุมตั้งแต่ศีรษะมาถึงปลายเท้า เพราะว่าจะกันได้ทั้งตัว พลิกตัวก็ง่าย ใช้ผ้าแทนการยก ไม่ต้องจับตัวผู้ป่วย”

นอกจากนี้ ยังมีวิธี
ดูแลผ้าปูเตียงให้เรียบตึง
ชนิดที่หลายคนอาจจะนึก
ไม่ถึง

**“ผิวนั่งคนไข้ไอซียู
ส่วนมากขาดสารอาหาร
จึงมักบวม และเป็นรอย
ตามผ้าปูที่ยับๆ ช่วงแรก
ทำได้ยาก เพราะบางที**

**เป็นเตียงไม้ พอเราใช้มือสอดเก็บผ้าปู บางคนก็เล็บฉีกบ้าง เสี้ยนตำบ้าง
จึงไม่ค่อยมีใครอยากทำ ก็เลยเอาไม้พายมาช่วยในการสอดเก็บผ้า”**

หลังการค้นพบที่น่ายินดี ไม้พายสำหรับทำอาหารที่จับได้เหมาะสม
อันละลือห่าบาท จึงถูกนำมาใช้งานที่หอผู้ป่วยหนักแห่งนี้ในเวลาต่อมา

ยังมีเรื่องเล่าที่น่าสนใจจากธิดิมาอีกหลายเรื่อง รวมทั้ง เรื่องที่เธอ
ทดลองเอาหินก้อนกลมเกลี้ยงสีเหลืองอำพันไปแช่เย็นแล้วก็ทดลองประคบ
บนรอยแผลผู้ป่วยรายหนึ่ง ก่อนที่จะพบว่ามันจางหายไปในวันรุ่งขึ้น ซึ่ง
พิสูจน์ให้เห็นว่า การประคบเย็นช่วยลดความรุนแรงของแผลกดทับได้ระดับ
หนึ่ง

ไม่ใช่ธิดิมาคนเดียวที่ต้องคอยสังเกตปัญหา และคิดค้นวิธีแก้ไขอย่าง
เป็นเหตุเป็นผลและเป็นขั้นตอน เพราะความยุ่งยากของผู้ป่วยที่ต้องนอนนิ่ง
อยู่บนเตียงไม่ใช่มีแค่แผลกดทับเท่านั้น โดยเฉพาะคนที่หายใจเองไม่ได้และ
ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ

ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจไว้นานกว่า 48 ชั่วโมง คนไข้จะเพิ่มโอกาส
การเกิดปอดอักเสบ ซึ่งนั่นหมายถึงยิ่งเพิ่มอัตราการเสียชีวิต เพิ่มวันนอนใน
โรงพยาบาล และเพิ่มค่าใช้จ่ายอย่างเลี่ยงไม่ได้เลย



■ ‘ไม้พาย’ อุปกรณ์ช่วยปูเตียง

เมื่อเป็นเช่นนี้ พยาบาลในแผนก นำโดย **จิรพร อัสวสุต** จึงได้ร่วมมือกันหาวิธีการต่าง ๆ ที่จะช่วยชีวิตผู้ป่วยหนักให้ได้ผลดีที่สุด ทั้งการประยุกต์อุปกรณ์วัดความดันภายใน cuff ของท่อหลอดลมคอให้สะดวกต่อการพกพาและใช้งาน โดยที่ให้การวัดค่าความดันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งยังประหยัดค่าใช้จ่าย รวมทั้งหาแนวทางปฏิบัติทางคลินิกเพื่อจะหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยให้เร็วที่สุด ด้วยการประชุมทบทวนองค์ความรู้และความเข้าใจต่อการใช้แนวปฏิบัติ ซึ่งได้ทำให้เกิดความชัดเจนมากขึ้น และเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

ขณะที่ **นิรมล จันทรศิริ** ผู้มีหน้าที่สรุปตัวเลขจำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อจากการใช้อุปกรณ์ตัวนี้ด้วยความวิตกกังวล ก็พยายามค้นหาแนวทางปฏิบัติเพื่อลดโอกาสที่ผู้ป่วยจะเกิดภาวะปอดอักเสบ ซึ่งปรากฏว่าวิธีที่เธอทดลองใช้แล้วได้ผลมีดังนี้

การใช้สำลีหกก้อนร่วมกับการใช้เครื่องมือดูดเสมหะหรือน้ำลาย (suction) จากเดิมที่ใช้ซ้ำกันเพียงสองก้อน, การใช้เครื่องดูดเสมหะ และให้อาหารทางสายยางอย่างถูกต้องทุกขั้นตอน, การใส่ท่อช่วยหายใจ และล้างมือตามหลักสุขอนามัยอย่างเคร่งครัด, การจัดทำนอนโดยให้นอนราบน้อยที่สุด และจัดท่อ circuit ให้ต่ำกว่าระดับท่อช่วยหายใจ รวมถึงการดูแลความสะอาดในช่องปากด้วย แปรงสีฟัน วาสลินทาปาก และหลอดฉีดยา

“ตอนคิดไม่เหนื่อย แต่เวลาทำเหนื่อยนะคะ แล้วเวลาส่งยอดผู้ป่วยที่ติดเชื้อที่ไร...ใจแป้ว เรารู้สึกที่เราทำเต็มที่ แต่ยอดก็ยังคงสูง” เธอเล่า

นอกจากนี้ เพื่อน ๆ ที่เห็นปัญหาร่วมกันก็ยังช่วยคิดหาวิธีเก็บปลายสายเครื่องดูดเสมหะด้วยการทำปลอกสวมอย่างง่ายจากสายเครื่องดูดเสมหะที่หมดสภาพแล้วและนำมาแยกสีตามการใช้งาน หรือการหาอุปกรณ์ปิดข้อต่อ ventilator ขณะทำการดูดเสมหะ

และแม้แต่ถุงน้ำเกลือที่ใช้แล้วก็ยังถูกดัดแปลงเป็นถุงมือยักซ์ที่เย็บหุ้มด้วยผ้า เพื่อสวมเก็บนิ้วมือให้ผู้ป่วยรายที่ขบดิ่งสายอุปกรณ์ต่าง ๆ ออก

จากร่างกายขณะที่อยู่ระหว่างการรักษา มีการคิดค้นสายยืดท่อเจาะคอชนิดปรับความยาวได้ซึ่งทำจากวัสดุเหลือใช้ รวมทั้งผ้ารัดหน้าท้องบรรเทาอาการปวดแผลหลังผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งทำจากผ้าด้ายดิบและแถบติดตีนตุ๊กแกที่ออกแบบโดย **ลัดดา คำแดง**

สิ่งประดิษฐ์ทำมือหลายชิ้นอาศัยกำลังหลักคือ **เปี่ยมจิตต์ สัพโส** พยาบาลที่ใช้ความสามารถในการตัดเย็บและจักรเย็บผ้าที่บ้านให้เป็นประโยชน์ โดยที่มีเพื่อน ๆ คอยให้คำแนะนำเพื่อให้ได้อุปกรณ์เสริมที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด

ทั้งหมดนี้เกิดขึ้นภายใต้การสนับสนุนของหัวหน้าแผนก คือ จิรพร ผู้ซึ่งกล่าวสรุปในตอนท้ายด้วยน้ำเสียงเรียบ ๆ ทว่าแฝงด้วยความภาคภูมิใจ

“น้อง ๆ พยายามชวนขวายที่จะรู้ ที่มีชิ้นงานออกมาเพราะส่วนหนึ่งคือตัวเขาเอง สองโดยทีม สามคือบรรยากาศในการทำงาน เป็นทีมที่



■ เนตรชนก ฤทธิ์ทรงเมือง น้องใหม่ไอซียู คลย์ แสดงอุปกรณ์วัดความดันภายใน cuff ของท่อหลอดลมคอที่ปรับปรุงให้สะดวกต่อการพกพาและใช้งาน ราคาถูก

สนับสนุนกันเอง และยังได้รับคำแนะนำจากการนิเทศงานด้วย โดยส่วนตัว เรื่องของการประสบผลสำเร็จในการทำงาน เฉพาะต่อหน้าเราคือ คนไข้ปลอดภัย ที่สำคัญเราสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนให้เขาได้

ผลที่เราไม่คาดหวังคือ การที่นำผลงานของเราเผยแพร่ไปให้คนอื่นรู้ว่าเรากำลังทำอะไรกันอยู่ ซึ่งอาจจะดีหรือไม่ดีเท่ากับที่อื่น แต่เป็นความภาคภูมิใจว่าเราพยายามที่จะทำ ไม่ได้หยุดนิ่ง”

“

เรื่องของการประสบความสำเร็จในการทำงาน เฉพาะต่อหน้าเราคือ
คนไข้ปลอดภัย ที่สำคัญเราสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้เขาได้
ผลที่เราไม่คาดหวังคือ การที่นำผลงานของเราเผยแพร่ไปให้
คนอื่นรู้ว่าเรากำลังทำอะไรกันอยู่ ซึ่งอาจจะดีหรือไม่ดีเท่ากับที่อื่น
แต่เป็นความภาคภูมิใจว่าเราพยายามที่จะทำ ไม่ได้หยุดนิ่ง

”

“เราเห็นว่าใครสนใจ แต่ไม่เห็นว่าจะใครต้องทำ”

นั่นเป็นคำกล่าวของ **ดร.นิภาพร ลกรวงศ์** พยาบาลแผนกจิตเวช
โรงพยาบาลโสธร เจ้าของรอยยิ้มและแววตาที่เปี่ยมด้วยมิตรภาพ

ในวันนี้ กับวัยเพียง 30 ปีเศษ เธอเป็นทั้งผู้สนับสนุนและ
ผู้ประสานงานในการกระตุ้นให้พี่น้องพยาบาล แพทย์ และเพื่อนร่วม
วิชาชีพในโรงพยาบาลโสธร ใช้ความรู้ผ่านกระบวนการวิจัยเพื่อแก้ไข
ปัญหา โดยเฉพาะประเด็นที่พบบ่อยในงานประจำ

กลุ่มการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม คือทีมงานหนึ่งที่เธอ
และหลายคนภาคภูมิใจ

เธอเล่าว่า จากบทเรียนครั้งที่จบการศึกษาปริญญาโทด้านจิตวิทยา
การให้คำปรึกษาจากมหาวิทยาลัยขอนแก่น ประมาณปี 2541-2542 เคย
มีเพื่อนร่วมงานที่นี้ขอร้องให้ช่วยทำวิจัยด้วยความรู้ลึกเป็นทุกข์ ทั้งที่
เวลานั้นองค์กรก็ให้การสนับสนุนอย่างเป็นระบบ แต่งานวิจัยกลับถูกมอง
ว่าเป็นเรื่องที่ยากและเครียด

ดังนั้นในปี 2549 อันเป็นจังหวะเวลาที่ผู้บริหารหลายคนมีมุมมอง
ตรงกันว่า งานวิจัยมีความจำเป็น ต่อการพัฒนางานในองค์กร และเป็น
เครื่องมือหนึ่งที่สนับสนุนให้เกิดมาตรฐานบริการที่ดีซึ่งเป็นวิสัยทัศน์ของ

“

เราเน้นการทำให้คนทำรู้สึกว่าคุณบังคับ เพราะเราอยากให้เกิดความยั่งยืน ดังนั้นสิ่งที่สำคัญในตอนนี้น่าจะเป็นเรื่องทัศนคติ คือ มีใจอยากทำก่อน

”

โรงพยาบาลอยู่แล้ว ในฐานะที่มีความเข้าใจธรรมชาติของงานวิจัย และเป็นบุคคลหนึ่งที่มีทัศนคติสร้างความสุขในการทำงาน เธอจึงได้เข้ามามีส่วนร่วมส่งเสริมและเป็นผู้ประสานงานอย่างเป็นทางการเป็นธรรมชาติ

“ตัวเองติดทุนที่นี้อยู่แล้วดังนั้น คิดว่าถ้าพอช่วยอะไรได้ก็ทำค่ะ”

เธอเปิดใจว่า ไม่อยากให้แนวคิดการทำงานวิจัยเกิดขึ้นมาบนฐานอำนาจ ผ่านการสั่งการ เพราะจะไม่ยั่งยืนเช่นเดียวกันกับนโยบายรัฐหลายเรื่องที่เคยล้มเหลวมาแล้ว

“มองว่าเป็นการทำงานอย่างมีความหมาย ไม่ใช่ว่าตื่นมาแล้วก็ทำงานไป มันน่าจะเป็นเรื่องของการพัฒนาตัวคนทำงานนั้น เรามีปัญหาจากงานประจำของเราแล้วเราก็แก้ปัญหาของเราโดยใช้กระบวนการวิจัยเข้ามา งานวิจัยมันทำให้คนคิดเป็นระบบมากขึ้น เป็นเหตุและเป็นผลมากขึ้น กระบวนการทำงานช่วยขัดเกลาจิตใจของคน”

อย่างไรก็ตาม การสร้างทัศนคติเรื่องนี้กับกลุ่มพยาบาลซึ่งคุ้นเคยกับการรับคำสั่งแพทย์เพื่อให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยเทคนิคต่างๆ ในขณะที่มีการะงานประจำมากอยู่แล้ว ก็มีความจำเป็นต้องใช้เวลาไม่น้อย

“ก่อนที่จะเข้าไปทำงานกับใคร เราต้องทำให้เขามีความสุขเสียก่อน แต่ไม่ใช่หมายถึงการที่เราต้องไปบอกว่า ต้องอย่างนั้นอย่างนี้ เราค่อยๆ พาเขาไป ใครพร้อมก็ทำก่อน อย่างไอซียูศัลย์ฯ นี่เขาลุยเลย แล้วกั้ด

ไม่ปล่อย เราก็จัดคอร์สสอน หรือบางทีก็แอบเอากระบวนการจัดการความรู้เข้ามาใช้โดยไม่บอกให้เขารู้

“ที่นี่มีคนเก่งเยอะนะคะ พยาบาลจบปริญญาโทมาตั้ง 20 คน แล้วรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลก็สนใจงานวิชาการด้วย ท่านชอบทำวิจัย และมุ่งพัฒนานาวิชาชีพอโดยใช้วิชาการ ส่วนตัวเองก็มองว่า การวิจัยไม่ยาก ถ้าเราข้ามผ่านความกลัวของตัวเองได้”

ในมุมมองของพยาบาลจิตเวชเช่น ดร.นิภาพร เธอยังคงมีความหวังและให้กำลังใจคนทำงานเสมอ

“ที่โรงพยาบาลยโสธร ยังไม่ใช่แบบสำเร็จรูป อยู่ระหว่างการทำเรียนรู้ไปด้วย แก้ปัญหาไปด้วย เราจะเน้นการทำโดยไม่ให้คนทำรู้สึกถูกบังคับ เพราะเราอยากให้เกิดความยั่งยืน ดังนั้นสิ่งที่สำคัญในตอนนี้น่าจะเป็นเรื่องทัศนคติ คือ มีใจอยากทำก่อน”



■ กীরติ ทองคำ หัวหน้าตึกศัลยกรรมชาย เจ้าของปณิธานที่มีข้อความ “ทุกปัญหาย่อมมีทางออก”

กীরติ ทองคำ หัวหน้า

พยาบาลตึกศัลยกรรมชายของโรงพยาบาลยโสธร นับเป็นตัวอย่างของคนทำงานอีกคนหนึ่งที่มี “ใจอยากทำ” และกำลังจะทำ เธอคิดถึงงานวิจัยที่จะช่วยขยายผลการดูแลผู้ป่วยติดสุราที่เข้ามารับการรักษาที่แผนกของเธอ หลังจากที่ก่อนหน้านี้เคยทำงานวิจัยเล็กๆ เรื่องหนึ่งร่วมกับแผนกจิตเวชมาแล้วและได้ผลค่อนข้างดี บวกกับเพิ่งผ่านเหตุการณ์ผู้ป่วยบนตึกรายหนึ่งได้กระโดดลงมาจากชั้นห้า

ด้วยอาการคลุ้มคลั่งอันเกี่ยวเนื่องกับฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ เมื่อเทศกาลสงกรานต์ปี 2551 และโชคดีที่เขารอดชีวิต

“เรามาคูยกันในศึกศัลยฯ ว่าจะทำยังอย่างไรจึงจะเกิดการขยายผล เพราะคนไข้ของเราไม่เคยได้รับการบำบัดจิตเวชมาก่อน ที่นี้พอเราได้แบบแผน เราจะลองลุยทั้งโรงพยาบาลเลย ตอนนั้น อยู่ในช่วงกำลังตั้งทีม คิดกันว่าทำอย่างไรถึงจะทำให้คนงดเหล้า แล้วไปตามผลในชุมชน มันก็เหมาะเจาะทุกอย่าง ผู้ว่าให้ความร่วมมือ เพราะเป็นบริบทของจังหวัดที่เป็นประเพณีว่าต้องกินเหล้ากัน แล้วแอลกอฮอล์ลีสซิมกับอุบัติเหตุมันก็เชื่อมโยงกัน”

เพื่อเปลี่ยนวิกฤตมาเป็นโอกาส หลังจากหารือกับแผนกจิตเวช เธอจึงปรับวิธีคัดกรองผู้ป่วยใหม่ โดยให้ความสนใจกับประวัติการดื่มสุรานั้นจะประสานงานมาที่แผนกจิตเวชเพื่อขอความร่วมมือในการเข้าไปประเมินสภาพจิตผู้ป่วย รวมถึงให้แพทย์เข้ามาช่วยตรวจรักษาและนัดหมายครั้งต่อไป ซึ่งเท่ากับเป็นการทำงานโดยยึดเอาผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางนั่นเอง

“ถ้าทำแบบนี้ก็จะช่วยลดกลุ่มคนไข้ที่อาเจียนเป็นเลือดซึ่งมักจะกลับมาอีก ที่ผ่านมา แม้ว่าคนไข้จะบำบัดที่จิตเวชแล้ว แต่พอกลับบ้านไป เจอสังคมเดิมๆ เขาก็จะกลับมาเข้ารับการรักษาใหม่อีก นี่คือปัญหาที่เราพบ และเป็นจุดเริ่มต้นที่เราทำวิจัยกันในตอนแรก”

สุปราณี พลไชย พยาบาลจากแผนกจิตเวช ซึ่งนั่งอยู่ด้วยกันช่วยอธิบายเพิ่มเติม การทำงานร่วมกันแบบสหสาขายังจะทำให้ผู้ป่วยยินยอมให้ความร่วมมือกับโรงพยาบาลมากขึ้น ทั้งการนัดหมายโดยแพทย์ที่มีน้ำหนักมากกว่าที่แผนกจิตเวชนั่นเอง และการตรวจรักษาบางอย่างที่มีผลยั่งยืน เช่น ผลเลือด ก็ทำให้ผู้ป่วยมีความตระหนักในสุขภาพของตนเองมากยิ่งขึ้นด้วย

“

จะทำอย่างไรจึงจะเกิดการขยายผล เพราะคนไข้ของเราไม่เคยได้รับการบำบัดจิตเวชมาก่อน ก็นี่พอเราได้แบบแผน เราจะลองคุยกับโรงพยาบาลเลย ตอนนั้น อยู่ในช่วงกำลังตั้งทีม คิดกันว่าทำอย่างไรถึงจะทำได้จนจบเกล้า แล้วไปตามผลในชุมชน มันก็เกาะเกาะทุกอย่าง ผู้ว่าฯ ให้ความร่วมมือ เพราะเป็นบริบทของจังหวัดที่เป็นประเด็นว่าต้องกินเกล้ากัน แล้วแอลกอฮอล์สืบลับกับอุบัติเหตุ มันก็เชื่อมโยงกัน

”

ประเด็นที่น่าขบคิดก็คือ เมื่อเป็นความต้องการขยายผลให้ครอบคลุมถึงผู้ป่วยในแผนกอื่น โอกาสที่จะได้รับความร่วมมือจากแผนกต่างๆ จะมีมากน้อยเพียงใด เรื่องนี้ ก็รื้อฟื้นมองว่าอยู่ที่ผู้นำ

“ห้องจะเข้าใจว่าเป็นงานประจำหรือเป็นงานเพิ่ม มันอยู่ที่หัวหน้าจะหัวหน้าต้องบอกว่าจุดมุ่งหมายของเราคืออะไร ถ้าบอกว่า เอ้า ส่งไปให้จิตเวช นี่เป็นของเขาแล้ว แต่ถ้าหัวหน้าบอกว่า คนไข้เราคนนี้ยังไม่ได้รับการบำบัด นี่คือของเราแล้วเด๊ะ” เธอลงท้ายด้วยทางเสียงภาษาถิ่น ก่อนที่จะสรุปว่า

“หลังจากที่เราได้แบบแผน เราจะมาดูว่าตึกอื่นเขามีปัญหาที่จะร่วมโครงการ มากน้อยแค่ไหน เราต้องวิเคราะห์ว่าเป็นไปได้ขนาดไหน คงต้องทำตงนี่เป็นข้อที่สองนะ” ตอนท้ายสุดนี้ เธอหันไปพูดเชิงหารือกับสุปราณี

เช่นเดียวกับงานห้องผ่าตัด **จันทรา พระสว่าง** กับน้องๆ พยาบาลที่ใส่ใจทั้งในคุณภาพชีวิตของคณะทำงานผู้ให้บริการและผู้ป่วยที่มาใช้บริการ กำลังจะสำรวจความสุขของคนทำงานในมิติที่ลงลึกมากขึ้น

“งานที่โออาร์ (ห้องผ่าตัด) เป็นงานที่เร่งรีบไม่ค่อยมีเวลามาคุยกัน คนไม่ค่อยมีความสุข เราจึงอยากจะดูว่าตัวเองพร้อมไหมที่จะให้บริการคนอื่น ชีวิตประจำวันภาระงานหนักมาก เราทำงาน 8 ชั่วโมง แต่คนอยู่เวร ต้องอยู่ถึง 24 ชั่วโมง เขายังมาทำงานอีก ความผิดพลาดที่เกิดจากคน (human error) จึงเกิดเยอะ เช่น อาจจะไม่ล็อก หลงลืมในการนับเครื่องมือ” เกษราภรณ์ กริษา พยาบาลรุ่นน้องชี้แจง

เธอเล่าด้วยว่าทีมงานบางคนมีวิธีการทำงานที่ทำให้เพื่อนเกิดความรำคาญ “เครียด” และเคยมีพยาบาลคนหนึ่งขณะปฏิบัติหน้าที่อยู่ จู่ ๆ ก็มีอาการหอบขึ้นมาเฉย ๆ ดังนั้น เธอจึงตั้งใจว่าจะออกแบบคำถามในแบบสำรวจที่จะทำให้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับคน ๆ นั้นให้มากที่สุด เป็นต้นว่า เรื่องของลักษณะงานที่ทำ การใช้ชีวิตประจำวัน รวมถึงสถานภาพครอบครัว เพื่อนำไปสู่การสร้างความสุขในที่ทำงานนั่นเอง

ในส่วนของผู้ป่วยรอผ่าตัดที่ถูกเข็นใส่รถนั่งมาบ้าง นอนมาบ้างนั้น จันทราอธิบายว่า ในช่วงที่ต้องมารอที่ห้องพักรออย่างน้อยครึ่งชั่วโมงนั้น เธอจะลองศึกษาดูว่าการใช้สื่อประเภทต่าง ๆ เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลของพวกเขาจะได้ผลเพียงใด

“บางทีหมอมาชักว่านั่นอีก คนไข้ต้องรอเป็นชั่วโมง ชั่วโมงกว่าก็มีช่วงที่รอคอยคนไข้ก็จะวิตกกังวล ทีมงานก็เครียดเหมือนกันว่าเมื่อไรหมอจะมา”

เธอเล่าว่าได้จัดสรรสื่อประเภทต่าง ๆ ให้ เช่น หนังสือธรรมะ การ์ตูนตลก เกร็ดความรู้สุขภาพ สมุนไพร ฯลฯ แล้วแต่คนไข้จะเลือก

“เคยสำรวจ อันดับแรกบอกอยากดูซีดีธรรมะ อันดับสอง อยากให้ญาติเข้ามาเยี่ยมหรืออยู่เป็นเพื่อนหนึ่งคน อันดับสาม คือ ได้รับการทักทายและต้อนรับให้อบอุ่น อันดับสี่ ดูซีดีตลก เราก็เลยเอาอันดับหนึ่งบวกสี่ หาชีดีปนตลกของพระมหาสมปองให้คนไข้ฟัง เด็ก ๆ ก็ให้ดูการ์ตูนใช้ MP4 ที่มีหูฟัง ไม่ต้องรบกวนคนอื่น”



■ ภาพดี ชูรัตน์ และสุณิสา ชื่นตา

พวกเขาวางแผนไว้ว่าจะสำรวจในกลุ่มผู้ป่วยอายุ 15-60 ปี เวลาที่ซื้ออุปกรณ์ดังกล่าวมาแล้ว 2 เครื่อง และกำลังเริ่มใช้งาน “*เครื่องละประมาณ 1,500-1,600 บาท ถ้าโครงการไม่สนับสนุนก็คงต้องบริจาคไม่เป็นไร*” ท้ายประโยคเธอพูดแบบกลัวหัวเราะ

อย่างไรก็ดี ปัญหาของเธอคือ ผู้เชี่ยวชาญติงว่า แบบประเมินความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่รอผ่าตัดนั้นยังมีรายละเอียดน้อยเกินไป ขณะที่เธอคิดว่าเพียงพอเพราะไม่ยากเพิ่มความเครียดให้ผู้ป่วยมากกว่านั้น

ขณะที่ **การดี ชูรัตน์** วิทยาลัยพยาบาลที่เข้ามาเรียนรัฐงานวิจัยในรุ่นแรก ๆ ชี้แจงว่า เวลานี้คณะทำงานในทีมได้จัดทำแบบบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดให้เบ็ดเสร็จอยู่ในกระดาษแผ่นเดียวกัน เพื่อให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องจะได้ใช้ร่วมกันเวลาเข้าไปพบผู้ป่วย ผลดีก็คือผู้ป่วยจะได้ไม่ต้องตอบคำถามหลายครั้ง ทว่า ในทางปฏิบัติยังเป็นไปได้ไม่ทั้งหมด

“เดิมเรตกลงกันว่า จะมีคนหนึ่งที่ยើมคนใช้คนเดียวแทนทั้งหมด แต่ผลสรุปออกมาคือตอนนี้เรายังแยกกันเย້มอยู่ เพราะบางทีทีมก็พร้อม บางทีก็ไม่พร้อม ภาระงานเรา เวลาไม่ตรงกัน แต่เราก็ภูมิใจที่ได้แบบฟอร์มตัวนี้ออกมา” เธอหยิบเอกสารส่งให้ดู

ในกระดาษแผ่นนั้น ด้านหน้ามีเนื้อหา 3 ส่วน สำหรับทีมดีกรักษาการพยาบาล ทีมห้องผ่าตัด และทีมวิสัญญี ส่วนด้านหลังมี 2 ส่วน คือ การพยาบาลระยะผ่าตัด กับการเย້มผู้ป่วยหลังผ่าตัด

“บางทีคนที่ทำงานด้วยกันเขาไม่เข้าใจ ว่าจะทำไปทำไม เพราะทำปุ๊บ เราก็ต้องขึ้นมาประชุม ทางโน้นก็...(หัวเราะ) มีวันหนึ่งก็รวมกันไปชี้แจงกันว่าเราจะทำอะไรกันบ้าง คนบางส่วนก็เข้าใจ ส่วนที่ไม่เข้าใจก็ไม่เป็นไร” เธอเล่ายิ้ม ๆ

สำหรับงานที่ต้องสัมผัสกับความทุกข์ทรมานของผู้คนเช่นกลุ่มพยาบาลเหล่านี้ ยังมีประเด็นที่น่าสนใจและอยู่ระหว่างการลงมือปฏิบัติอีกหลายเรื่อง ไม่ว่าจะเป็น การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่เหมาะสม การพัฒนารูปแบบการสอนสุขศึกษาหญิงตั้งครรภ์ถึงหลังคลอด การจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัดภายในห้องพักรักษา การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของข้าราชการตำรวจ เป็นต้น

ในวันที่หลายคนมีโอกาสมานั่งถ่ายทอดความรู้สึก แลกเปลี่ยนเรื่องราวสู่กันฟัง พบว่า ท่าทีต่อปัญหาของทุกคนคล้ายกัน พวกเขามุ่งมั่น มีแรงบันดาลใจพร้อมขับเคลื่อน และยังมีพลังในการคิดค้นวิธีแก้ปัญหา รวมถึงมีเหตุผลในการแก้ปัญหาด้วย

“อยากให้คนอื่นๆ ร่วมแชร์ และอยากให้ทุกคนทำงานอย่างมีความสุข คนใช้ที่มารับบริการก็รับรู้ได้ว่าเรามีความสุข เขาก็สบายใจ ไม่เห็นคนหน้าหงิกงอไปให้บริการ อีกอย่างมีน้องที่จบมาใหม่ เขาจะมีความรู้ใหม่ๆ บางทีงานที่เราทำอยู่ ภาวะสิ่งแวดล้อมมันอาจจะล้าหลังที่จบมาใหม่

“ไม่อยากให้เป็นอย่างนั้น” เป็นความหวังดีของ ภารดี พยาบาลประจำห้องผ่าตัด

พงษ์พันธ์ โคตรพันธ์ พยาบาลชายคนเดียวในหอผู้ป่วยหนัก ตึกศัลยกรรม พุดถึงนวัตกรรมทำมือของแผนกตนเองว่า “มีความสุขที่ได้ทดลองใช้ พี่เสนอแล้วมาแชร์ไอเดียร่วมกัน และมาปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ ประยุกต์ไปเรื่อย ๆ ทำงานมา 8 ปี แล้วก็ยังไม่เบื่อ มีอะไรทำทลายอยู่เสมอ”

คล้าย ๆ กับ ลัดดา เพื่อนรุ่นพี่ของเขาที่บอกว่า “ได้มาทำงานที่เป็นคุณภาพ เป็นขั้นเป็นอันก็อยู่ที่นี้ เริ่มทำและเริ่มเรียนรู้กระบวนการต่างๆ ที่ทำให้มีความสุขก็คือ ได้ทีมงานที่ดี เพราะมันไม่ใช่งานที่สามารถทำคนเดียวได้”

อย่างไรก็ดี สิ่งที่เป็นปัญหาร่วมกันจนทุกคนพูดเป็นเสียงเดียวกันมีอยู่สองข้อ



■ พงษ์พันธ์ เปี่ยมจิตต์ และนิภาพร กับผลงานนวัตกรรมทำมือของแผนก

ข้อแรก คือ อุปสรรคในการค้นคว้าและเขียนตัวรายงานการวิจัย เริ่มตั้งแต่ ยังไม่ทราบวิธีเข้าถึงแหล่งข้อมูล ระบบอินเทอร์เน็ตภายในองค์กรไม่พร้อม ขณะที่ห้องสมุดในโรงพยาบาลก็ช่วยไม่ได้ ที่ผ่านมา ดร.นิภาพร ได้จัดรถตู้พาทีมเดินทางไปใช้บริการที่หอสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่อยู่ไกลออกไปหนึ่งร้อยกว่ากิโลเมตร นอกจากนี้บางคนคิดโครงเรื่องและแผนงานได้แล้ว แต่ก็ยังมีข้อจำกัดด้านสถิติ ซึ่งพบว่าแพทย์บางคนก็ประสบปัญหานี้เช่นกัน

“วิตกกังวลเรื่องการเขียนวิจัย สมัยเรียนปีหนึ่งถึงปีสี่ ไม่ได้เรียนปริญาโท เรียนคร่าวๆ ไม่ได้ลงลึก หนูยังคิดเลยว่าถ้ามีคนมาเขียนให้เรานี่คงจะดี คือข้อมูลอะไรเรามีหมด ทำยังไงให้มันถูกตามระเบียบเขาโดยใช้ข้อมูลของเรา” นรมล ทีมไอซียูคัลลัฯ เปิดใจ

“สนใจที่จะทำวิจัยนะ แต่จุดอ่อนคือเรื่องเอกสาร มีปัญหามาก ว่าจะไปหาข้อมูลเพื่อทบทวนวรรณกรรม (review literature) ที่ไหน เรารู้ว่าเราจะทำอะไร เป้าหมายคืออะไร จะใช้อะไรในกระบวนการ แต่ให้เขียนนะ-ทำไม่ได้ หัวหน้าตึกหลายคนก็อยากทำแบบนี้ แต่ไม่รู้จะทำอย่างไร วิจัยเป็นเรื่องยุ่งยาก มันเป็นขั้นเป็นตอน แต่มันดี ถ้ามีใครมาช่วยตรงนั้นให้” หัวหน้าตึกคัลยกรรมชายยอมรับ

มาถึงอุปสรรค**ข้อที่สอง** คือ แต่ละคนมีภาระงานประจำมาก ทำให้การแบ่งเวลามาเพื่อคิด ค้น เขียน รวมทั้งพูดคุยกันยังเป็นไปได้ยาก การเป็นโรงพยาบาลระดับจังหวัดขนาด 370 เตียง ต่อกำลังพยาบาล 300 คน ขณะที่ มีแพทย์ 30 คน พังดูไม่น่ามีปัญหา ทว่า ในทางปฏิบัติ โดยเฉพาะวิชาชีพพยาบาลที่ต้องลงมือปฏิบัติต่อผู้ป่วยรวมทั้งญาติ เวลาเพียงเจ็ดหรือแปดชั่วโมงในหนึ่งวันนั้นถือว่าน้อยมาก

“งานในแผนกวันนี้ แปรโม่งถึงเที่ยงคืน ต้องทำงานประจำ พรุ่งนี้ต้องมาขึ้นอีก เป็นอยู่อย่างนี้ ส่วนมากคนที่ได้รับผิดชอบหัวหน้าก็ไม่ให้คนที่รับผิดชอบก็เลยได้งานเยอะ แม้แต่งานประจำที่รับผิดชอบ nursing round เขาไม่รับผิดชอบ ก็ไม่รู้จะไปทำอะไรกับเขา ถูกปรับครั้งละ 5 บาท

เขาก็ไม่ให้ แจกยาพิศพลาดปรับครึ่งละ 50 บาท ยาอันตรายก็เบิ้ล คนจึง
เครียด ทำงานเหนื่อยแล้วมาเสียเงินอีก ประชุมในแผนกก็บอย แรก
ฉุกเฉิน มาเข้าปรับนาที่ละ 10 บาท... ”

แม้ตัวอย่างของความทุกข์จากคนทำงานในแผนกหนึ่งที่ยังไม่ได้รับ
การแก้ไข แต่เจ้าตัว ซึ่งยังยิ้มได้มีความพยายามนำงานวิจัยเข้าไปพัฒนา
งานประจำ เพียงแต่

“ตอนนี้ออกพักไว้สักยกคะ แล้วจะลุยต่อ”

ท่ามกลางอุปสรรคเหล่านี้ สิ่งที่ต้องการอย่างยิ่งสำหรับงานวิจัยที่
ไม่ใช่ใบสั่งน้ำจะเป็นตัวช่วยสำคัญที่เรียกว่า **“พี่เลี้ยงมืออาชีพ”**

**“การทำงานถ้าเราทำแต่งงานประจำไปเรื่อย ๆ มันไม่มีความก้าวหน้า
ทำให้เรามองเห็น มันจะเห็นแต่สิ่งเดิม ๆ ไม่รู้จักคิด ไม่สร้างสรรค์ และจะ
มีแต่ปัญหามากกว่า”**

อุไร ขำณุก้า รองผู้อำนวยการ ฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าฝ่าย
พยาบาล กับประสบการณ์วิชาชีพพยาบาลในโรงพยาบาลยโสธรเกือบ
สี่สิบปีของเธอ ให้ความเห็นว่าทำไมจึงสนับสนุนการใช้งานวิจัยเข้ามาแก้
ปัญหางานประจำ เช่นเดียวกับ **เพ็ญประกาย สร้อยคำ** รองหัวหน้าฝ่ายฯ
ที่เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของทีมวิจัยเรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วย และ
ล่าสุดได้มีโอกาสเข้าไปนำเสนอในระดับกระทรวงสาธารณสุข

**“เราอยากให้โรงพยาบาลเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ซึ่งใช้งาน
ประจำเป็นงานวิจัย เราก็น่าหวังว่าสำหรับคนที่สนใจกับหลาย ๆ เรื่อง
เราอยากดันให้เขาสำเร็จ มีเวทีให้เขาเล่น เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจใน
ตัวเอง”**

นาถฤดี สุธีสถิร หัวหน้างานผู้ป่วยนอกผู้คล่องตัวที่อยู่เบื้องหลัง
รางวัลอันน่าปลื้มใจที่กล่าวแล้ว เธอเป็นเสมือน “ผู้จัดการ” ของพี่น้อง
นักวิจัยหน้าใหม่อันเท่ากับเป็นพื้นที่องสนับสนุนอีกแรงหนึ่ง



■ อุไร ชำนาญคำ หน.ฝ่ายการพยาบาล (ขวาสุด) กับทีมวิจัย

“หลังจากไปเรียนเฉพาะทางด้านบริหาร มีความรู้สึกว่ามันจะสมารถต้องทำวิจัย ในส่วนของพยาบาล อาจารย์ก็สอนเรื่องอาร์ยู (research utilization) เราก็เข้าใจว่ามีกระบวนการยังไง ตอนแรกว่าจะทำในโอพีดีที่เดียว นั่งคิดไป ก็เห็นดอกเตอร์กะป๋ม (ดร.นิภาพร) เรามีทรัพยากรระดับประเทศ ทำไมเราไม่ชวนน้องๆ จากตึกอื่นมาทำด้วย”

เธอยอมรับว่าเริ่มต้นจากคิดใหญ่ทำใหญ่ เพราะอยากได้ผลลัพธ์มาก เมื่อลงมือทำจึงเห็นว่ามีความเป็นไปได้ แต่ยังไม่เกิดผลทุกกระบวนการตามความคาดหวัง โดยเฉพาะขั้นตอนการเขียนรายงานวิจัย ดังนั้นยังต้องให้กำลังใจทุกคนต่อไป

“คิดใหญ่ทำใหญ่ หลายทีม ดูได้ไม่ทั่ว นี่คือปัญหาของการที่เราดูให้ห้องไม่ไหว ปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้สำเร็จ คงเป็นกำลังใจในทีมด้วยกัน แต่อย่างไรก็จะต้องทำต่อ เพราะว่ามุ่งมั่นและตั้งเป้าอยากพาห้องๆ ไปนำเสนอผลงานระดับชาติให้ได้ ไม่เกินห้าปีนะ” เธอพูดพร้อมกับยิ้มให้ทีมงานทุกคน

สถานภาพแบบ
“ฐานะยากยังไม่แข็ง แต่
ยังมีใจ” ของนักวิจัยใน
โรงพยาบาลโสธร ตาม
คำขอร้องผู้อำนวยการ
ฝ่ายการพยาบาล ในวันนี้
จะต้องเปลี่ยนแปลงไปอีก
อย่างแน่นอน ตลอด 3 ปี
แห่งการเรียนรู้ซึ่งเพิ่ม



■ บรรยากาศด้านหน้าห้องสุขาในโรงพยาบาลที่ได้รับ
รางวัลสุดยอดสาม

จำนวนนักวิจัยหน้าใหม่มากขึ้นเรื่อย ๆ พร้อมกับหัวข้อวิจัยที่หลากหลาย
ถือว่าทำให้ทุกฝ่ายพึงพอใจและรวมพลังกันผลักดันให้เกิดผลสำเร็จต่อไป

ล่าสุด ทีมสนับสนุนเริ่มจัดระบบแผนงานอาร์ทิวอาร์โดยกำหนดกรอบ
เวลา เตรียมการแต่งตั้งคณะกรรมการและพี่เลี้ยง โดยมีเป้าหมายเปิดเวที
ประกวดผลงานวิจัยประจำปีในปีหน้า ขณะที่ประสานงานกับสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดโสธรจัดอบรมให้ความรู้แก่นักวิจัย และเตรียมจัดตั้ง
สำนักงานเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้วิจัยขึ้นมาภายในโรงพยาบาล

“ถ้ามีระบบพี่เลี้ยงเขาจะอยู่ได้” ดร.นิภาพรพูดพร้อมรอยยิ้ม “อยากให้
เขาไปกันเองโดยไม่ต้องมีเรา” ด้วยความเชื่อในสัจธรรมข้อที่ว่า การ
ลงมือทำสิ่งใดด้วยสัมมาทิฐิควบคู่กับความเพียร เธอย้ำว่า สิ่งนั้นจะ
ยั่งยืน

และผู้ที่จะต้องช่วยกันค้นหาความจริงที่ตั้งอยู่บนความดีงามข้อนี้
ก็คือ พี่น้องมองเพื่อนของเธอ เจ้าของรางวัลสุดยอดสามและคำขวัญ
“โรงพยาบาลโสธร เอื้ออาทรทุกชีวิต” นั่นเอง 🙏

เชื่อหรือไม่ “สุขา” บอกไขอะไรมากมาย

เรื่องต่อไปนี้อาจจะเกี่ยวโยงกันกับเรื่อง R2R ของโรงพยาบาลหรือไม่เกี่ยวก็ได้ แต่ไม่น่าจะมองข้าม

วันแรกที่ได้ไปถึงโรงพยาบาลและถือโอกาสใช้บริการ ผู้เขียนชอบใจห้องสุขาที่ชั้นล่างของอาคารใหญ่ ไม่ใช่เพียงดอกกลิ่นหอมในอ่างน้อยที่ช่วยสร้างบรรยากาศ หรือป้ายแนะนำการล้างมือกับรองเท้าสำหรับเปลี่ยนด้านหน้าทางเข้าเท่านั้น แต่ยังมีเรื่องของความสะดวกที่จับต้องได้ทุกมิติ

ต่อมาได้ทราบโดยบังเอิญว่าโรงพยาบาลยโสธรเป็นเจ้าของรางวัลสุดยอดส้วมระดับประเทศ ปี 2551 ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จากข้อความประชาสัมพันธ์บนผนังลิฟต์ นอกจากนี้ ที่นี้ยังเป็นหนึ่งใน 18 องค์กรจากทั่วโลกที่ได้รับรางวัลด้านการปรับปรุงคุณภาพการบริการแก่สาธารณะ (ระบบบริการผู้ป่วยนอก) จากองค์การสหประชาชาติในปี 2551 นี้ด้วย

บนความมุ่งมั่นสู่มาตรฐานการให้บริการ ซึ่งเป็นหัวใจของโรงพยาบาลรัฐยุคปัจจุบันท่ามกลางการแข่งขันที่มากขึ้นเรื่อยๆ นอกเหนือจากด้านบริหารและการจัดการอันนำมาสู่ภาพลักษณ์และชื่อเสียงทางด้านบวก ผู้เขียนมั่นใจว่าอย่างน้อยในหน่วยงานที่ใส่ใจในสุขอนามัยอย่างไม่ยอมให้จุดใดขาดตกบกพร่องเช่นโรงพยาบาลแห่งนี้ต้องมีผู้บริหารสักคนหนึ่งที่ไม่มองข้ามงานวิชาการ

โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพฯ
ยิ้มออกถ้วนหน้าเพราะ “R2R”

เราจะทำให้องค์กรของเรามีชีวิต

คนศิริราชหันหน้าเข้าหากัน สร้างสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกันฉันท์

เราต้องการชีวิตมีความหมาย ปราศจากสร้างคุณภาพการให้คนร

ด้วยเต็มใจแบ่งปันสิ่งที่ตัวเองได้เรียนรู้ รับฟังซึ่งกันและกัน

ฝึกฝนในเชิงบวก ก่อพลังการเรียนรู้ทั่วทั้งศิริราช

โรงพยาบาล!!!

เพียงได้ยินคำๆ นี้ หลายคนก็เตรียมเศร้า เตรียมทุกข์ไว้ล่วงหน้า เพราะผู้คนมักมองความหมายของโรงพยาบาลไปในทางที่เป็นสัญลักษณ์ทางลบ เกี่ยวกับความเจ็บป่วย อ่อนแอ น้ำตา และความทรมาน

แต่เรื่องราวเกี่ยวกับโรงพยาบาลในคราวนี้ เป็นเรื่องของ “รอยยิ้ม” ที่เกิดขึ้นทั้งกับ คนไข้ ญาติคนไข้ แพทย์ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ทุกคน ไม่เว้นแม้แต่ ปรปักษ์ของโรงพยาบาล!!!

“ดีขึ้นมากค่ะ ลูกดูตนมได้ดีขึ้นมาก และดูจากอาการแล้วรู้สึกว่าเขาไม่เจ็บ เราก็สบายใจ”

นี่คือความรู้สึกของคุณแม่คนหนึ่ง เกี่ยวกับลูกน้อยวัยแรกคลอดของเธอ ที่เข้ารับการผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้นด้วยการใช้ยาชาเฉพาะที่กับคุณหมอที่ศิริราช ทั้งน้ำเสียง แววตา และรอยยิ้มของเธอสื่อถึงความรู้สึกเป็นสุขได้อย่างเด่นชัด

นี่คือความภาคภูมิใจอย่างยิ่งของคณะทำงาน **โครงการสนับสนุน และส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยการผ่าตัดพังพืดใต้ลิ้นของทารกแรกเกิดที่มีปัญหาลิ้นติด** ดังที่ **ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์มงคล เลหาเพ็ญแสง** หัวหน้าภาควิชากุมารศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราช ในฐานะหัวหน้าโครงการฯ กล่าวไว้

“ความรู้สึกผมอยากจะบรรยาย จากเด็กคนหนึ่งที่คุณดนมแม่ไม่ได้เลย ร้องไห้ตลอดเวลา หรือเวลาที่แม่ให้เต๋กดูดนมเมื่อไหร่ก็เจ็บจนร้องไห้ พอหลังผ่าตัดอาการก็ดีขึ้นทันที ก็รู้สึกว่าการรักษาอย่างนี้ช่วยเขาได้ เป็นความสุขอย่างมากของคณะทำงานทุกคน”

รอยยิ้มและน้ำเสียงที่เปี่ยมสุขไม่แพ้กันใช่ ... อาจทำให้หลายๆ คน เริ่มมอง “โรงพยาบาล” ในแง่มุมใหม่ที่ต่างไปจากเดิม

ทั้งหมดนี้นอกเหนือไปจากการมีจิตวิญญาณทางการแพทย์แล้ว ยังเป็นผลมาจาก โครงการ “R2R” ของโรงพยาบาลศิริราช ที่ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ทุกคน ได้เปิดมุมมองใหม่ให้กับงานประจำที่คุ้นเคย เปลี่ยนงานประจำที่ทำจนเคยชิน จนบางคนอาจเผลอรู้สึกเบื่อหรือซังกะตายไปบ้าง ให้เป็นเวลาแห่งการเรียนรู้ที่สามารถค้นพบสิ่งใหม่ๆ ความร่วมมือร่วมใจ และความสุขได้ไม่รู้จบสิ้น

R2R หรือ Routine to Research

ด้วยชื่อนี้อาจทำให้หลายคนคิดและเข้าใจไปว่า R2R เป็นรูปแบบหนึ่งของการวิจัย คงเป็นเรื่องยาก และเป็นเรื่องของนักวิชาการเท่านั้น แต่แท้จริงแล้ว หากจะอธิบายให้ชัดเจน R2R น่าจะเป็นเรื่องของการเปลี่ยนปัญหาให้เป็นปัญญา หรือการพัฒนาขึ้นไปอีกระดับหนึ่งมากกว่า

นายแพทย์อัครินทร์ นิมมานนิตย์ ผู้จัดการโครงการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R2R) คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล อธิบายถึง R2R ในแบบศิริราชไว้ว่า



■ นายแพทย์อัศรินทร์ นิมมานนิตย์ ผู้จัดการโครงการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R2R)
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

“คือกระบวนการในการพัฒนาคน ไม่ใช่แค่เรื่องการคิดอย่างเป็นระบบ แต่ยังรวมถึง การแสวงหาและให้คำตอบอย่างเป็นระบบ เอามาใช้ประโยชน์ได้จริง และยังเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างคนทำงาน สร้างความเป็นกลุ่มก้อน แม้นิยามอาจต่างกันไปสำหรับแต่ละที่ แต่สำหรับศิริราช R2R คือการพัฒนาคนและพัฒนางาน”

หนึ่งในกรณีศึกษาของ R2R ที่ประสบความสำเร็จของศิริราชก็คือ การดูแลทารกแรกเกิดที่มีปัญหาเรื่องการดูดนมมารดาอันเนื่องมาจากพังผืดใต้ลิ้น ซึ่งกล่าวถึงข้างต้นนั่นเอง

งานวิจัยชิ้นนี้ พัฒนาขึ้นมาจากงานประจำของบุคลากรทางการแพทย์หลายแผนก อาทิ กุมารศัลยกรรม แพทย์ คลินิกนมแม่ พยาบาลสูติรีเวช ฯลฯ จนเกิดเป็นทีมงานสหสาขาวิชาชีพ มาร่วมกันทำงานเป็นกลุ่ม และทำวิจัยเพื่อพิสูจน์ว่า การผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้นให้กับเด็กทารกโดยใช้ยาชาเฉพาะ

ที่แทนการดมยาสลบอย่างที่เคยใช้มาแต่เดิมนั้น ก่อให้เกิดประโยชน์กับเด็ก และแม่ในแง่ของการส่งเสริมให้เด็กดูนมแม่ได้ดีขึ้นจริงหรือไม่ ขณะเดียวกันโครงการนี้ก็ยังสามารถผลิตเครื่องมือเพื่อใช้ตรวจคัดกรองผู้ป่วยเด็กที่คิดว่าน่าจะมีปัญหาคลื่นตีดและปัญหาการดูดนมมารดา ด้วยระบบการให้คะแนนขึ้นมาด้วย

จากกระบวนการดังกล่าว อาจมองได้ว่า งานของโครงการดูแลทารกแรกเกิดฯ มิได้เป็นเพียงแค่โครงการ R2R เท่านั้น แต่ยังเป็น “R2R2R” ดังที่นายแพทย์อัศรินทร์ บอกว่า

“เป็นงานวิจัยที่เกิดขึ้นจากงานประจำ จากนั้นก็นำผลที่ได้จากการวิจัยย้อนกลับมาใช้กับงานประจำอีกที เป็นการพัฒนาคุณภาพที่ส่วนใหญ่หลาย ๆ แผนกก็ทำอยู่แล้ว เพียงแต่ที่ผ่านมาเราไม่ค่อยได้นำมาเขียนเป็นหลักฐานเป็นลายลักษณ์อักษร ดังนั้นถ้าเราส่งเสริมให้เกิดการเก็บข้อมูลให้เป็นระบบ มันก็เป็น R2R ได้ เพราะมันก็คืองานประจำที่ทุกคนต้องทำนั่นเอง”



ในขั้นของการเริ่มต้นนั้น แม้ว่า R2R มาจากงานประจำที่ทุกคนต้องทำอยู่แล้ว แต่ก็เชื่อว่าทุกคนจะเริ่มต้นทำ R2R กันได้ง่ายๆ โดยเฉพาะกับคนที่ยังหวาดกลัวความซ้ำซากของคำว่า “งานวิจัย”

“ถ้าให้ผมแนะนำว่าจะเริ่มต้นทำ R2R อย่างไร ก็จะต้องบอกว่า อย่าไปคิดว่าทำงานวิจัย ให้คิดถึงงานประจำที่ตัวเองทำอยู่

ก่อน มองและหยุดดูสักนิด ถอยออกมามองเหมือนตัวเองเป็นคนนอก มองเข้าไปเพื่อให้รู้วาระบบหรืองานที่เราทำอยู่ มันมีปัญหาหรือจุดบกพร่องอย่างไร เราควรปรับหรือไม่อย่างไร หรือถ้าดีอยู่แล้วจะทำให้ดีขึ้นอีกได้ไหม ที่สำคัญเวลาคิดอย่าคิดคนเดียว ลองคิดดั่งๆ ไม่ต้องกลัวว่าไอเดียตัวเองจะไม่ได้เรื่อง พูดให้คนอื่นฟังด้วย จะได้มีคนมาช่วยกันคิด ผมเชื่อว่า R2R ทำได้หมด ที่ไหนแผนกไหนก็ทำได้” ผู้จัดการโครงการ R2R ของ ศิริราช กล่าว

ด้วยการหยุดสักนิด และถอยหลังมามองดูจุดบกพร่องหรือช่องทางที่จะพัฒนางานของตนให้ดีขึ้น นั้นเป็นวิธีการที่โครงการตัวอย่าง อย่าง โครงการดูแลทารกแรกเกิดที่มีปัญหาเรื่องการดูนมมารดาอันเนื่องมาจากพังผืดใต้ลิ้น ได้นำมาใช้ด้วยเช่นกัน

ในช่วงเริ่มโครงการ กุมารศัลยแพทย์ยังไม่มีวิธีอื่นในการรักษา นอกจากการผ่าตัดแบบที่กับเด็กโต ซึ่งต้องให้เด็กดมยาสลบก่อนการผ่าตัดและเย็บแผล โครงการฯ จึงนำวิธีนี้มาใช้กับเด็กทารก ซึ่งก็ได้ผลเช่นกัน แต่มีปัญหาอยู่ที่พ่อแม่ไม่รู้สึกกังวลเมื่อรู้ว่าลูกตัวน้อยจะต้องดมยาสลบ อีกทั้งเด็กยังต้องอดนม 4 ชั่วโมงขึ้นไปก่อนผ่าตัด ทางด้านของหมอเองก็รู้สึกว่าเป็นเรื่องที่มากเกินไปสำหรับทารก ทั้งมีค่าใช้จ่ายสูงและต้องใช้เวลานานด้วย

“พ่อแม่กังวลว่าจะเกิดผลกระทบกับลูก แม้ว่าจริง ๆ แล้วไม่มีผลอะไรก็ตาม ดังนั้น ถึงแม้การวางยาสลบแล้วผ่าตัดช่วยให้เด็กดูนมแม่ได้ดี แม่ไม่เจ็บหัวนม แต่พ่อแม่หลายรายก็ไม่ยินดีให้ทำ เราเลยคิดหาวิธีที่ง่ายกว่านั้น เพราะพังผืดของเด็กทารกยังบาง น่าจะตัดออกได้ง่ายกว่าเด็กโต เลยศึกษาว่าจะใช้ยาชาเฉพาะที่แทนยาสลบได้หรือเปล่า เมื่อสำรวจดูปรากฏว่าไม่มีข้อมูลเลย ทีมงานจึงทำงานวิจัยชิ้นแรกขึ้น โดยใช้ยาชาเฉพาะที่ทาบริเวณพังผืด แล้วตัดโดยไม่ต้องเย็บ แต่ใช้การกดห้ามเลือดประมาณ 10 นาทีแทน ผลวิจัยออกมาพบว่าได้ผลดีเท่ากัน เด็กดูนมได้ดี

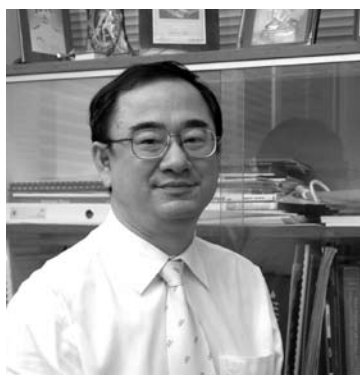
“

หากภยานมิตร หากเรือพาย ถ้าเราไม่มั่นใจเรื่องนี้ก็ติดต่อหาผู้รู้
จากประสบการณ์ที่ผ่านมา คนที่ทำเรื่องดีๆ จะมีคนเต็มใจช่วย ถ้า
เราขอความช่วยเหลือจากเขา ขอให้เป็นเรื่องดีมีประโยชน์ คิดถึง
ประโยชน์ของคนไข้ที่เราดูแลรักษา คนอื่นเห็นว่าเราไม่ได้ทำเพื่อ
ตัวเอง เป็นการทำเพื่อผู้ป่วย เขาก็จะเข้ามาช่วยเราเอง

”

พอๆ กับการผ่าตัดโดยใช้ยาสลบ แต่ประโยชน์คือง่ายกว่า เด็กไม่ต้อง
อดนมก่อนผ่าตัด ใช้เวลาน้อยกว่า ประมาณ 5-10 นาทีเมื่อเลือดหยุดไหล
ก็สามารถส่งเด็กคืนให้แม่ได้ และสามารถดูดนมต่อได้ทันที ทำให้พ่อแม่ไม่
เป็นกังวล” นายแพทย์มงคล กล่าว

งานวิจัยที่เกิดขึ้นจากความต้องการแก้ปัญหาความกังวลใจของ
ผู้ปกครองขึ้นนี้ ส่งผลให้เกิดวิธีการรักษาแบบใหม่ที่ประสบความสำเร็จเป็น
อย่างดี จนทำให้มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากการบอกต่อปาก



■ นายแพทย์มงคล เล้าหทัยแสง
หัวหน้าโครงการสนับสนุนและ
ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
โดยการผ่าตัดพังผืดได้ล้นของทารก

ต่อปาก จากเดิมที่มีคนไข้เดือนละ 2
ราย ก็กลายเป็นวันละ 10 กว่าราย
รวมแล้วตกเดือนละหลายร้อยราย

ในเรื่องของค่าใช้จ่ายนั้น เมื่อ
เปรียบเทียบกันแล้ว พบว่า การดม
ยาสลบมีค่าใช้จ่ายอยู่ที่ 2,000 บาท
ขึ้นไป ขณะที่การให้ยาชาเฉพาะที่มี
ค่าใช้จ่ายประมาณ 300 กว่าบาท
เท่านั้น

นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่มาจากต่างจังหวัดก็ไม่ต้องเสียเวลามาหลายรอบ เพราะโครงการฯ สามารถทำให้เสร็จภายในวันเดียว สามารถไป-กลับแบบ “One Day Surgery” ได้

จากการเริ่มมองที่ปัญหาของงานประจำจนเกิดเป็นงานวิจัยชิ้นแรก ของโครงการฯ สร้างผลสำเร็จอย่างงดงามทั้งในรูปของผลที่เกิดขึ้นต่อแม่ และเด็ก เวลา ค่าใช้จ่าย และที่สำคัญคือความสุขความสบายใจ

เมื่อດีอย่างนี้ แล้วจะไม่บอกต่อให้ช่วยกันทำ R2R ได้อย่างไร?

ทีมงาน คือ อีกหนึ่งปัจจัยที่จะช่วยให้การทำ R2R เริ่มต้นขึ้นได้

“หากัลยาณมิตร หากเครือข่าย ถ้าเราไม่มั่นใจเรื่องนี้ก็ติดต่อหาผู้รู้ จากประสบการณ์ที่ผ่านมา คนที่ทำเรื่องดีๆ จะมีคนเต็มใจช่วย ถ้าเราขอความช่วยเหลือจากเขา ขอให้เป็นเรื่องดีมีประโยชน์ คิดถึงประโยชน์ของ คนไข้ที่เราดูแลรักษา คนอื่นเห็นว่าเราไม่ได้ทำเพื่อตัวเอง เป็นการทำให้ผู้ป่วย เขาก็จะเข้ามาช่วยเราเอง”

คำกล่าวของ นายแพทย์อัครินทร์ ข้างต้น ได้รับการพิสูจน์ว่าเป็น ความจริงจากโครงการดูแลเด็กทารกแรกเกิดฯ

การตั้งทีมในระยะแรก นายแพทย์มงคลใช้การชักชวนผู้คนจากแผนก ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องให้เข้ามาร่วมทำงาน โดยนำประเด็นเรื่องผลดีที่จะเกิดขึ้น กับคนไข้มาเป็นแรงจูงใจ

“จุดดีหนึ่งของคนศิริราชคือ ทำงานเพื่อผู้ป่วยเป็นหลัก เมื่อเราชี้ให้เห็นประเด็นนี้ได้ ก็เท่ากับได้ใจเขามาส่วนหนึ่งแล้ว ผมคิดว่าส่วนนี้เป็น จุดสำคัญ

“หลังๆ เราชักชวนด้วยการให้ดูรูปเด็กและแม่ที่ดีขึ้น แต่แรกๆ ยัง ไม่มีภาพถ่าย เขาก็จะได้เห็นจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจริงกับคนไข้ เพราะแรกๆ เขาได้พบว่าเด็กกินนมไม่ได้ ร้องไห้ แม่ก็ร้องเพราะเจ็บและ สงสารลูก แต่พอส่งเด็กให้เรา เอาไปทำอะไรก็รู้ๆ แบบเดี๋ยวกลับมาได้

กัลยาณมิตรยังช่วยทำให้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นมาภายหลังการทำวิจัย ได้รับการคลี่คลายไปในทางที่ดี ทั้งยังช่วยนำมาซึ่งการวิจัยใหม่ๆ ที่มีประโยชน์อีกด้วย

[illegible]

“

ทีมที่มาร่วมกันทำงาน ต้องเป็นทีมแห่งการเรียนรู้ ไม่ใช่ทีมที่เกิดขึ้นจากการออกคำสั่งหรือโดนบังคับ ทุกคนสมัครใจมาเรียนรู้ด้วยกัน มีสิทธิในการแสดงความคิดเห็นเท่าเทียมกัน ทำให้เกิดเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ และต้องทำให้เป็นองค์กรที่มีชีวิตด้วย ไม่ใช่แค่มีความทุกข

”

คุณหมอกล่าวถึงข้อสรุปในเรื่องของทีมงานด้วยว่า เคล็ดลับของการสร้างทีมก็อยู่ที่ **“ความเท่าเทียม” “การเรียนรู้ร่วมกัน”** และ **“ความสนใจ”**

ทีมที่มาร่วมกันทำงาน ต้องเป็นทีมแห่งการเรียนรู้ ไม่ใช่ทีมที่เกิดขึ้นจากการออกคำสั่งหรือโดนบังคับ ทุกคนสมัครใจมาเรียนรู้ด้วยกัน มีสิทธิในการแสดงความคิดเห็นเท่าเทียมกัน ทำให้เกิดเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ และต้องทำให้เป็นองค์กรที่มีชีวิตด้วย ไม่ใช่ทำแล้วมีความทุกข

“ความเท่าเทียม” จะทำให้ทีมได้เห็นความคิดที่หลากหลาย มีสัมพันธภาพภายในทีมที่ดี

“การเรียนรู้ร่วมกัน” จะทำให้งานมีประสิทธิภาพ และความสำเร็จซึ่งกลายมาเป็นความสุขร่วมกัน

“ความสนใจ” จะทำให้ความสำเร็จดำรงอยู่ได้อย่างยาวนาน

นอกเหนือไปจาก การเรียนรู้ร่วมกัน และ ความสนใจ ซึ่งถือเป็นปัจจัยภายในของแต่ละทีมแล้ว

โครงการ R2R ของแต่ละทีมยังได้รับแรงสนับสนุนจาก **โครงการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R2R)** ซึ่งอาจมองได้ว่าเป็นการสนับสนุนจากภายนอก ที่มีให้กับทีม R2R ในแต่ละแผนก หรือแต่ละทีมนั่นเอง

“ตลอด 4 ปี ที่เราเริ่มดำเนินงานมา R2R จะเข้าไปช่วยตั้งแต่การจัดทีม ระเบียบวิธีวิจัย การให้ทุนสนับสนุนการทดลองต่างๆ วิธีการของ R2R คือ ไม่เริ่มจากศูนย์ แต่ดูว่าตรงไหนมีการทำงานได้ดีและน่าจะเป็นตัวอย่างความสำเร็จได้ เราก็จะเชิญทีมเหล่านั้นมา ใช้เทคนิคที่เรียกว่า การบอกเล่าความสำเร็จ ให้เขามาบอกเล่าความสำเร็จ บอกเล่าวิธีทำ เพื่อขยายงานไปที่อื่นๆ ให้ที่อื่นๆ ได้เห็นความสำเร็จตรงนี้ เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ทุกหน่วยงานสนใจ R2R” ผู้จัดการโครงการ R2R ของ ศิริราช กล่าว

แม้ว่าตอนเริ่มต้น จะเน้นส่งเสริมในหน่วยงานที่เป็นคลินิก คือหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรงมากกว่า แต่การทำงานในระยะต่อมา ได้มีการขยายออกไปยังทุกหน่วยงานที่มามีการทำงานเป็นทีมด้วย ซึ่งบางส่วนก็เกิดขึ้นจากการที่ทีมหรือหน่วยงานนั้นๆ เป็นฝ่ายร้องขอเข้ามา ทุกวันนี้ R2R จึงได้รับการตอบรับอย่างดีจากทุกหน่วยงานของศิริราช แม้แต่หน่วยงานรักษาความปลอดภัย

ดังที่ผู้จัดการโครงการ R2R เล่าให้ฟังว่า

“เขาบอกว่า อยากทำงานวิจัยเพื่อพัฒนางานของตัวเอง เพื่อประโยชน์ต่องานของเขาและคณะด้วย”

นอกจากนี้ ยังมีการสนับสนุนอีกรูปแบบหนึ่งที่มีผลต่อความสำเร็จของการทำ R2R เช่นกัน นั่นคือ **“ระบบพี่เลี้ยง”** โดยเฉพาะในระยะเริ่มต้น การมีพี่เลี้ยงเป็นเรื่องดีที่จะช่วยผลักดันได้ทุกส่วน หากหน่วยงานใดต้องการทำ R2R แต่พบว่าไม่มีคนหรือทีมที่จะสามารถเป็นพี่เลี้ยงให้ได้ อยู่ในหน่วยงานนั้นๆ ก็สามารถมองหาได้จากหน่วยงาน/แผนกอื่น หรือ ทีมที่ทำสำเร็จแล้ว ก็ควรเข้ามาช่วยขยายความสำเร็จให้กับทีมอื่นๆ ต่อไป ด้วยการเข้ามาเป็นพี่เลี้ยงให้กับทีมอื่นด้วย ซึ่งจะช่วยให้ R2R แรกตัวไปเรื่อยๆ และยังเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างคนทำงาน

อย่างไรก็ตาม นอกเหนือไปจากการสนับสนุนของส่วนกลาง และแรงเสริมจากผู้ที่ประสบความสำเร็จจาก R2R มาแล้ว อีกสิ่งหนึ่งที่ทำให้คน

สนใจเข้ามาสู่วงจรของ R2R ก็คือ “ผลสำเร็จที่จับต้องได้” นั่นเอง

R2R ของหลายๆ ทีม ได้พิสูจน์ให้เห็นแล้วว่า การทำวิจัยที่เกิดขึ้นสามารถย้อนกลับมาช่วยให้งานประจำดีขึ้นได้จริง หลายๆ งานทำให้คนทำงานรู้สึกว่าการของเขาสบายขึ้น เร็วขึ้น ทำให้เขาได้พัฒนาตนเอง พัฒนาระบบคิด และการแสวงหาคำตอบอย่างเป็นระบบ ขณะเดียวกันก็ได้ผลงานวิจัยมาเป็น “รางวัลชีวิต” ด้วย



อีก ด้านสำคัญที่ต้องก้าวข้าม ถึงจะมีทีมงานที่ดี ได้รับการสนับสนุนทั้งจากภายในและภายนอก ก็คือ “ความกลัว” ที่อยู่ในใจ อันเป็นปราการด่านสำคัญของการเริ่มต้นและทำให้ R2R ประสบความสำเร็จ

“อุปสรรคที่สำคัญคือ “ความกลัว” เป็นปัจจัยที่สกัดกั้นไม่ให้ไปถึงความสำเร็จ เริ่มตั้งแต่กลัวที่จะคิด กลัวการทำงานวิจัย กลัวที่จะบอกให้คนอื่นรู้ว่าตัวเองจะทำงานวิจัย กลัวว่าจะไม่มีคนมาช่วย กลัวว่าผลวิจัยที่ออกมาจะเป็นแค่เรื่องเล็กน้อยไม่มีใครสนใจ ฯลฯ

ผมว่าถ้าเรากล้าที่จะลองเริ่มอะไรสักอย่าง ก็จะได้รู้กันว่าเราสามารถที่จะขับเคลื่อนมันไปได้ แต่เหนือสิ่งอื่นใด คือการคิดว่าการทำ R2R ไม่ใช่เพื่อต้องการผลงานวิจัยของตัวเองเท่านั้น แต่เราต้องการให้การทำงานของเราดีขึ้น ทำให้การบริการคนไข้ดี คนไข้ได้ประโยชน์”

นายแพทย์อัศรินทร์ เล่าให้ฟังถึง อุปสรรคเกี่ยวกับความกลัวที่เคยพบมาในทีม R2R ของศิริราช

“

คนที่จะทำงานวิจัย แม้จะเป็นงานวิจัยที่พัฒนามาจากงานประจำของตัว ก็ตาม ต้องยอมรับความจริงว่า ไม่มีใครเก่งไปทุกอย่าง การทำงานร่วมกันเป็นกลุ่มจึงเป็นสิ่งจำเป็น บางคนอาจเก่งเรื่องระเบียบวิธีวิจัย บางคนจะเก่งเรื่องการเข้าไปติดต่อสนทนากลุ่มสัมภาษณ์กับผู้ป่วย บางคนเขียนเก่ง บางคนวิเคราะห์เก่ง เมื่อหลายๆ คนเก่งได้มาทำงานร่วมกัน จะทำให้เกิดพลังบทาผลและความสำเร็จ

”

ย้อนไปเมื่อครั้งที่ศิริราชเพิ่งเริ่มส่งเสริม R2R ซึ่งส่วนใหญ่จะเน้นไปทางเรื่องวิชาการก็พบว่า คนในศิริราชมีอาการ “กลัวงานวิจัย” กันแทบทุกคน และเป็นสภาพการณ์ที่เหมือนกันทุกแผนกทุกหน่วยงาน คนส่วนใหญ่คิดเอาเองว่าคนที่ทำงานวิจัยได้ต้องจบระดับปริญญาโทขึ้นไปเท่านั้น ขณะที่บางคนก็คิดว่าคงไม่มีเวลาพอที่จะทำงานวิจัยได้

แต่ 4 ปีที่ผ่านมา ได้พิสูจน์ให้ทุกคนเห็นแล้วว่า แท้จริงแล้วคนทุกระดับสามารถทำวิจัยได้ และไม่ว่าจะมีงานยุ่งเพียงใด หากมีความตั้งใจแสวงหา ความสำเร็จย่อมเกิดขึ้นได้เสมอ ท้ายที่สุด R2R ก็ได้้นำการเปลี่ยนแปลงมาสู่คนทุกระดับ ทุกแผนกในศิริราช ทั้งยังก่อให้เกิดการทำงานและการทำวิจัยที่ต่อเนื่องและแตกแขนงออกไปอย่างกว้างขวาง

ยกตัวอย่างเช่น การทำวิจัยต่อเนื่องของโครงการนี้ ซึ่งโครงการ R2R ศิริราชได้มีส่วนช่วยกระตุ้นให้ทีมดูแลทารกแรกคลอดฯ ทำวิจัยต่อเนื่องเพื่อทำความจริงให้ปรากฏว่า การผ่าตัดพังผืดได้ลิ้นในทารกแรกคลอดโดยใช้ยาชาเฉพาะที่นั้นก่อให้เกิดผลดีกับคนไข้อย่างไร

ในการทำวิจัยต่อเนื่องครั้งนี้ ทีมงานต้องการพิสูจน์ว่า จำเป็นต้องผ่าตัดพังผืดโดยใช้ยาชาเฉพาะที่ให้กับทารกหรือไม่ โดยแบ่งเด็กที่มีปัญหาออกเป็น 2 กลุ่ม มาเปรียบเทียบกับ ระหว่างกลุ่มผ่าตัดด้วยยาชา กับกลุ่ม

รักษาแบบประคับประคอง ซึ่งงานวิจัยนี้ได้นำเสนอผลออกมา 2 ประเด็นใหญ่ นั่นคือ

หนึ่ง ถ้าผ่าตัดจะได้ผลสำเร็จทันที ถ้าใช้วิธีประคับประคอง โดยส่งต่อไปให้คลินิกนมแม่ฝึกจัดทำอุ้มลูกเพื่อให้ห้วนมเข้าไปอยู่ในปากเด็กให้มากที่สุด ก็จะประสบความสำเร็จได้ประมาณครึ่งหนึ่ง แต่ต้องใช้เวลานาน อาจจะ 3-7 วัน คุณแม่ต้องอดทน บางคนทนไม่ได้ตัดสินใจให้ลูกมาผ่าตัดในเวลาต่อมา อันนี้จะได้ผลประมาณ ร้อยละ 30-40 เพราะห้วนมคุณแม่อีกเสบไปแล้ว

สอง ต้องทำตัวชี้วัด เพราะถ้าปล่อยให้เด็กมีปัญหาคุณนมไปเรื่อยๆ จะทำให้แม่ห้วนมแตกเป็นแผลและมีโอกาสติดเชื้อ เต้านมอักเสบได้ ขณะที่ลูกถ้าได้น้ำนมไม่พอจะตัวเหลือง น้ำหนักลดมากกว่าปกติ สุขภาพไม่ดี ทีมงานจึงพยายามพัฒนาเครื่องมือชี้วัด จนในที่สุดก็ออกมาเป็นการสร้างแบบประเมินขึ้นมาสชุดหนึ่ง เรียกว่า **Siriraj Tongue Tie Score** เพื่อจะตรวจดูว่าเด็กแบบใดมีปัญหาและจำเป็นต้องผ่าตัด

หากข้ามพ้นอุปสรรคแห่งความกลัวมาได้แล้ว อีกหนึ่งด่านที่จะต้องฝ่าให้ได้เพื่อนำ R2R ไปสู่ความสำเร็จคือ **“การยอมรับความสามารถของผู้อื่น”**

คนที่ทำงานวิจัย แม้จะเป็นงานวิจัยที่พัฒนามาจากงานประจำของตัวก็ตาม ต้องยอมรับความจริงว่า ไม่มีใครเก่งไปทุกอย่าง การทำงานร่วมกันเป็นกลุ่มจึงเป็นสิ่งจำเป็น บางคนอาจเก่งเรื่องระเบียบวิธีวิจัย บางคนจะเก่งเรื่องการเข้าไปติดต่อนสหพันธสัมพันธ์กับผู้ป่วย บางคนเขียนเก่ง บางคนวิเคราะห์เก่ง เมื่อหลายๆ คนเก่งได้มาทำงานร่วมกัน จะทำให้เกิดพลังมหาศาลและความสำเร็จ

ดูเหมือนว่าทุกวันนี้ หน่วยงานและแผนกต่างๆ ในศิริราชจะสามารถข้ามพ้นอุปสรรคต่างๆ มาได้แล้ว จึงทำให้ผู้จัดการโครงการ R2R ของศิริราช บอกเล่าด้วยน้ำเสียงเปี่ยมสุขว่า

“เดี๋ยวนี้จะเห็นว่าคนศิริราชไม่ได้กังวลงานวิจัยอีกต่อไปแล้ว ทุกคนกล้าที่จะตั้งคำถาม กล้าเสนอวิธีการ กล้าที่จะแสวงหาคำตอบ และมีคนเก่ง ๆ หลายคนที่จะพร้อมจะทำงานร่วมกัน เพื่อพัฒนาทั้งงานที่ทำอยู่และพัฒนาตัวเองด้วย”

ยังมีรายละเอียดบางอย่างของโครงการฯ นี้ ที่น่าสนใจและควรนำมากล่าวถึงในที่นี้ เพื่อร่วมเรียนรู้จากความสำเร็จในกรณีนี้ให้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น

โครงการนี้เริ่มต้นขึ้นเมื่อ 5 ปีที่แล้ว ก่อนจะมาเป็นรูปเป็นร่างในนามของทีมนักวิจัยเมื่อราว 4 ปีที่ผ่านมา จุดเริ่มต้นมาจากการที่คลินิกนมของแม่ของศิริราชสังเกตเห็นว่า แม่ส่วนหนึ่งเวลาให้นมลูกจะเจ็บหัวนมมาก บางครั้งถึงขั้นหัวนมแตก เต้านมอักเสบ ขณะที่ลูกเองก็ดูดนมไม่ได้ ปัญหาที่พบนำมาสู่การตั้งสมมติฐานว่า อาการดังกล่าวเกิดขึ้นจากการที่เด็กเคลื่อนไหวปลายลิ้นได้ไม่ค่อยดีเพราะมีพังผืดอยู่ใต้ลิ้น จากนั้นเจ้าหน้าที่คลินิกนมแม่จึงนำเรื่องมาปรึกษากับหมอศัลยกรรมเด็กได้แก่ นายแพทย์มงคล ซึ่งต่อมาคือหัวหน้าโครงการฯ นั่นเอง

แม้ว่าในขณะนั้น ยังไม่แน่ใจว่าสมมติฐานดังกล่าวเป็นความจริง จึงต้องใช้การสังเกตและศึกษาเพิ่มเติมจากงานวิชาการต่าง ๆ ที่ค้นหามาได้

“ด้วยความรู้ของเราในตอนนั้นก็ไม่เคยรักษาพังผืดใต้ลิ้นในทารกแรกเกิด ทำแต่ในเด็กโตที่มีปัญหาการพูด เราก็ต้องเริ่มศึกษาว่าปัญหาเรื่องการดูดนมมันมีที่มาจากเรื่องพังผืดจริงหรือไม่ ตอนนั้นหมอก็คิดเทียบกับตัวเองว่า เวลาเราดูดกาแฟไม่เห็นต้องใช้ลิ้นก็ดูดขึ้น แต่คลินิกนมแม่บอกว่าการดูดนมของทารกต่างออกไป เพราะทารกต้องยื่นลิ้นไปเพื่อรีดน้ำนมจากลานหัวนมของแม่เข้ามาในปาก เราจึงตั้งทีมขึ้นมาเพื่อเฝ้าศึกษาอยู่พักใหญ่จนพบว่า...ท่าจะจริง จากนั้นจึงเริ่มลองรักษาพังผืดโดยใช้การดมยาสลบแล้วผ่าตัด พบว่าเด็กดูดนมได้ดีขึ้น และช่วยบรรเทาความเจ็บปวดของแม่ลงได้”

ประเมินการให้นมมารดา

ชื่อ ศร./คน..... อายุ..... วันเกิด..... เวลา.....

ID#.....

SIRIRAJ TONGUE-TIE SCORE (STT SCORE)

Tongue	Frenulum	Mild  ③	Moderate  ②	Severe  ①	
Nipple	Function	Protraction  ③	Retraction  ②	Inversion  ①	
	Sensation	Tongue at Areola ④	Tongue at Nipple ③	No Latch on ②	

GRADE 1



☐ รัดสั้น ☐ รัดยาว

วันที่.....

สถานที่ตรวจพบ.....

รอยโรคที่เห็น

GRADE 2



☐ รัดสั้น ☐ รัดยาว

วันที่.....

สถานที่ตรวจพบ.....

GRADE 3



☐ รัดสั้น ☐ รัดยาว

วันที่.....

สถานที่ตรวจพบ.....

ชื่อผู้ประเมิน.....

■ **แบบประเมิน Siriraj Tongue Tie Score**

ถึง จะแก้ไขปัญหานี้ได้แล้ว แต่การพัฒนางานประจำไปสู่การวิจัยยังไม่หยุดยั้ง เพราะทีมมองเห็นถึงความยุ่งยาก การเสียเวลา และสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายของคนไข้ จึงเกิดการวิจัยต่อเนื่องจนเป็นผลงานวิจัยที่ครบวงจร

สิ่งที่เกิดขึ้นจากการวิจัยในระยะต่อมาคือการค้นพบวิธีผ่าตัดโดยใช้ยาชาเฉพาะที่แทนการดมยาสลบ ซึ่งทำให้คนไข้ได้ประโยชน์ทั้งในด้านของระยะเวลาผ่าตัดที่น้อยลง ความสบายใจที่เพิ่มมากขึ้นของพ่อแม่ และค่าใช้จ่ายที่ถูกลงกว่ากันมาก ดังรายละเอียดที่กล่าวถึงไปแล้วในช่วงแรก

และอีกสิ่งหนึ่งที่กลายเป็นเครื่องมือยอดนิยมซึ่งนำมาใช้กับเด็กที่คลอดในโรงพยาบาลศิริราชทุกคนในทุกวันนี้คือ เครื่องชี้วัดที่เรียกว่า **Siriraj Tongue Tie Score** ซึ่งเป็นเครื่องมือคัดกรองคนไข้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทำให้การคัดกรองคนไข้เป็นเรื่องง่ายที่บุคลากรทางการแพทย์คนใดก็สามารถทำได้ โดยไม่ต้องอาศัยเครื่องมือแพงๆ

“

งานของเราเป็นงานพัฒนาคน พัฒนาแนวคิดของคนให้
พร้อมเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทุกอย่าง พร้อมจะฝึกฝน
ตัวเอง พัฒนาตัวเองไปเรื่อยๆ เป็น Life Long
Learning จนทำให้โครงการ R2R ของเรา ได้รับรางวัล
ระดับนานาชาติ

”

เครื่องชีวิตนี้จะศึกษา 4 ประเด็นหลักคือ ลักษณะลิ้นของเด็ก
ลักษณะพึงผืดใต้ลิ้นเด็ก ลักษณะห้วนนมของแม่ และความรู้สึกของแม่
ขณะที่ลูกดูดนม แล้วคิดออกมาเป็นคะแนน ถ้าได้ 8-10 แสดงว่าไม่มี
ปัญหา ต่ำกว่า 7 จะต้องส่งให้คลินิกนมแม่ช่วยดู เพราะอาจเกิดจากคุณแม่
มือใหม่อุ้มลูกไม่ถูกท่าทำให้เด็กดูดนมไม่ถนัด คลินิกนมแม่จะมีเจ้าหน้าที่
ที่มีความชำนาญพิเศษคอยตัดสินว่ารายใดไม่ไหวแล้วจริงๆ ถ้าดูแลต่อเนื่องเป็น
ปัญหาแน่ จากนั้นจะส่งเด็กกลุ่มนี้ต่อไปกับกุมารศัลยแพทย์ ซึ่งจะต้องใช้
ดุลยพินิจต่อไปว่าเด็กรายใดสมควรต้องได้รับการผ่าตัด

การที่ทารกมีพึงผืดใต้ลิ้น ทำให้ทารกไม่สามารถขยับลิ้นได้โดย
สะดวก การดูดนมแม่จึงทำได้ยากและส่งผลกระทบทำให้แม่เจ็บห้วนนม
ห้วนนมแตกเป็นแผล หรือเต้านมอักเสบได้ ซึ่งแม่ที่มีอาการเหล่านี้ก็อาจจะ
ตัดสินใจเลิกให้นมลูกหันไปใช้นมผงแทน ซึ่งจะทำให้เด็กทารกสูญเสีย
โอกาสที่จะได้รับประโยชน์จากนมแม่ ไป การผ่าตัดพึงผืดใต้ลิ้นของทารกจึง
เป็นการแก้ปัญหาที่ต้นเหตุ แต่ก็ไม่ได้หมายความว่า การผ่าตัดจะทำให้การ
ดูดนมแม่ของทารกทุกรายได้ผลเสมอไป

ดังที่นายแพทย์มิ่งคล อธิบายให้ฟังว่า

“การผ่าตัดไม่ได้หมายถึงความสำเร็จ (ในการส่งเสริมให้ทารกดูดนมแม่) ของทุกราย เพราะบางรายปัญหาอาจจะอยู่ที่ลักษณะหัวนมของแม่ร่วมกันด้วย แต่เราจะมีคำพูดที่บอกถึงเปอร์เซ็นต์ความสำเร็จให้เขาได้ เพื่อให้เขาตัดสินใจง่ายขึ้น ต้องย้ำว่าการผ่าตัดพังผืดได้เส้นเดียวแรกเกิดเป็นแค่ “ตัวเสริม” เท่านั้น ไม่ใช่สิ่งที่ “ต้องทำ” ไม่เหมือนการผ่าตัดไส้ติ่งที่เมื่ออีกเสบต้องผ่าออก การผ่าพังผืดได้เส้นจะทำหรือไม่ทำก็ได้ แต่ถ้าทำแล้วจะได้อะไร นั่นคือสิ่งที่ทีมจะต้องบอกกับคนไข้ให้ชัดเจน”

ทั้งนี้ต้องทำความเข้าใจกับจุดเริ่มของงานวิจัยนี้ให้ชัดเจนก่อนว่า เริ่มมาจากความต้องการส่งเสริมให้ทารกแรกเกิดได้ตมนมแม่อย่างต่อเนื่องเพื่อประโยชน์ด้านสุขภาพ ตามที่องค์การอนามัยโลก หรือ WHO ประกาศไว้ว่า นมแม่มีประโยชน์และจะส่งเสริมให้ขยายเวลาให้ทารกตมนมแม่อย่างเดียวจาก 3 เดือน เป็น 6 เดือน งานวิจัยของโครงการฯ จึงเป็นไปเพื่อจุดหมายนี้ แต่บ่อยครั้งพ่อแม่กลับคาดหวังให้ลูกได้รับการผ่าตัดพังผืดเพื่อประโยชน์ด้านอื่น

“ตอนนี้ก็เริ่มมีคนกังวลว่า อ้าว ลูกหนูมีพังผืด แต่คุณหมอบอกว่าดูดนมได้ไม่ต้องผ่า แล้วอีกหน่อยจะมีปัญหาเรื่องการพูดหรือเปล่า ต้องเรียนว่าเรายังไม่มีข้อมูลเป็นหลักฐานว่าพังผืดขนาดไหนจะส่งผลให้เด็กพูดไม่ชัด และนี่ก็ไม่ใช่ประเด็นหลักในการผ่าตัดของเรา ดังนั้นจึงไม่ผ่าให้ เพราะไม่มีความรู้ตรงจุดนี้จริง ๆ แต่อาจพัฒนาเป็นงานวิจัยขึ้นต่อไปได้ เมื่องานปัจจุบันนี้สำเร็จสมบูรณ์แล้ว ซึ่งตอนนี้งานวิจัยยังเหลือในส่วนของการสรุปและตีพิมพ์เพื่อให้เป็นประโยชน์ต่อคนไข้ในวงกว้าง”

ความภาคภูมิใจของโครงการ R2R ที่ศิริราชนั้นมีอยู่หลายเรื่อง ซึ่งคงไม่ได้เกิดจากการคิดไปเอง หากแต่เป็นความภาคภูมิใจจากการที่ได้รับการยอมรับจากภายนอก

“ภูมิใจที่เราเป็นหน่วยงานเล็กๆ แต่มี impact ค่อนข้างใหญ่ งานของเราเป็นงานพัฒนาดคน พัฒนาแนวคิดของคนให้พร้อมเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทุกอย่าง พร้อมจะฝึกฝนตัวเอง พัฒนาตัวเองไปเรื่อยๆ เป็น Life Long Learning จนทำให้โครงการ R2R ของเรา ได้รับรางวัลระดับนานาชาติ The Asian Hospital Management Awards เมื่อปี 2007 เป็นรางวัลในสาขา Human Resource Development และในศิริราชเองก็มีการ



แจกรางวัล The Best Ideal of the Year และ Popular Award ซึ่งเราก็เอารางวัลที่ได้มา copy แจกให้กับทุกคนในทีม เพราะมันเป็นความสำเร็จของทุกคนในทีมร่วมกัน เนื่องจากงานของเราเป็นงานวิจัยจากคนที่ปฏิบัติงานจริง เมื่องานได้รางวัลขึ้นมา ต้องเป็นทั้งทีมที่ดีใจ ไม่ใช่แค่คนๆ เดียว เราจะต้องขยายความสำเร็จนี้ต่อไป” นายแพทย์อัศรินทร์ ผู้จัดการโครงการกล่าว

ความภาคภูมิใจอีกอย่างหนึ่ง อยู่กับการสนับสนุนให้ทีมวิจัยต่างๆ ในโรงพยาบาลทำงานวิจัยต่อเนื่องและเผยแพร่งานวิจัยที่ทำออกมาในรูปของงานเขียน

“คงเหมือนกับการทำงานวิจัยทั่วไปที่ว่า ถ้าทำงานวิจัยออกมาแล้วงานนั้นไม่ได้รับการเขียน ไม่ได้รับการเผยแพร่ให้คนอื่นรู้ ก็ยังไม่ใช่งานวิจัยที่ดี ไม่ว่าผลลัพธ์จะออกมาเป็นอย่างไรก็ตาม ต้องมีการขยายผลด้วยอย่างน้อยก็ให้ทุกคนได้รับรู้ว่าวิธีการที่เราคิด ไม่ว่ามันจะได้ผลหรือไม่ ก็ได้ผ่านการพิสูจน์มาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง”

ประสบการณ์จากการลงมือเดินหน้า R2R ในช่วงที่ผ่านมา เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้จัดการโครงการ R2R เชื่อว่า R2R จะเติบโตและขยายตัวต่อไปทั้งในศิริราช และองค์กรอื่นๆ

“R2R จะเป็นคำตอบสำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่มีงานเยอะ ไม่เหมาะกับการทำวิจัยที่ต้องเข้าห้องแล็บซึ่งใช้เวลานาน แต่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์มีข้อได้เปรียบอยู่ที่การมีคนไข้อยู่เป็นจำนวนมาก ซึ่งถ้าเพิ่มบางอย่างเข้าไป เช่น การเก็บข้อมูล innovation ฯลฯ ก็จะได้ผลตอบแทนเป็นข้อมูลกลับมาจำนวนมาก โดยไม่ต้องอ้างว่าไม่มีเวลาเพราะมันอยู่ในเวลางานประจำของเขาอยู่แล้ว ดังนั้นอนาคตของ R2R นั้น จะพบว่า ทุกคนสามารถทำวิจัยแบบนี้ได้หมดเพื่อพัฒนาตัวเอง โดยจะมีการนำการจัดการความรู้มาใช้เพื่อให้ R2R แพร่ขยายไปในทุกองค์กรได้มากขึ้น โดยไม่จำกัดว่าจะต้องเป็นหน่วยงานด้านสาธารณสุขเท่านั้น”

ท้ายที่สุดของความภาคภูมิใจคือการที่ R2R สามารถเปลี่ยนความคิดของคนหลายๆ คนได้

“แต่เดิมเวลาคนเราทำงานแล้วมีปัญหา หลายคนมักใช้วิธีเปลี่ยนเรื่องไปเลย แต่ R2R จะช่วยกระตุ้นให้หยุดคิดก่อนว่า ก่อนเปลี่ยนเรื่องเราลองค้นหาข้อมูลดูก่อนไหม ปัญหานี้เคยมีใครเคยศึกษาไว้บ้างหรือยัง ถ้ายังก็ถือเป็นโอกาสที่จะทำให้เราได้ ทำ-เก็บ-รายงาน เพื่อเป็นประโยชน์ต่อคนไข้ ถึงแม้ว่าอาจจะไม่ใช่คนไข้ในความดูแลของเราก็ตาม”

นั่นก็หมายความว่า ทีมงานทุกคนพร้อมจะทำ **R2R** ให้เป็น **R2R2R** (Routine to Research to Routine) เพื่อความสุขที่ได้สร้างประโยชน์ให้กับคนไข้ นั่นเอง 🙌

สถานีอนามัยบ้านเม็ง
อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น
พลิกปัญหาสร้างอนาคต
“ชุมชนคนเย็บผ้า”



ผู้เฒ่าผู้แก่เล่าว่า ในอดีต เสียงจักรเย็บผ้าเป็นดังเพลงกล่อม
นอนของผู้คนใน **ชุมชนบ้านเม็ง** อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น รวมทั้ง
ในละแวกใกล้เคียง

แม้วันนี้ เสียงเพลงกล่อมแผ่วจางไปกว่าที่เคยเพราะภาวะเศรษฐกิจ
แต่อาชีพการตัดเย็บเสื้อผ้าที่ถือได้ว่าเป็นรากฐานอาชีพของคนส่วนใหญ่ใน
ชุมชนแห่งนี้ ได้ฝากผลพวงไว้ในเรือนกายของชาวบ้านส่วนใหญ่

อัตราการเกิดโรคอันเกิดจากการประกอบอาชีพในชุมชนบ้านเม็งเพิ่ม
สูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้หญิงนั้นเกือบ ร้อยละ 70-80
มีอาการของโรคกระดูกสันหลังอักเสบชั้นรุนแรง ขณะที่ผู้คนอีกจำนวน
มากทุกข์ทรมานด้วยโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง
ตลอดไป เช่น โรคปวดหลัง ปวดเอว ปัญหาเกี่ยวกับสายตา และโรคภูมิแพ้
อันเนื่องมาจากการไหม้ทำงานหนักอย่างต่อเนื่องไม่ต่ำกว่า 8 ชั่วโมง ใน
บางรายที่ฝืนทำงานนาน ๆ ก็เป็นโรคเรื้อรังในเรื่องของข้อกระดูก ทำให้ต้อง
สูญเสียงบประมาณและค่าใช้จ่ายมากขึ้น หากไม่สามารถหาวิธีการทุเลา
การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากการทำงาน

สุวิทย์ อินนามมา นักวิชาการสาธารณสุข สถานีอนามัยบ้านเม็ง อำเภอนองเรือ จังหวัดขอนแก่น เป็นคนในพื้นที่นี้ แม้ว่าในอดีตเคยทำงานในต่างอำเภอ แต่เพิ่งย้ายกลับเข้ามาทำงานในพื้นที่เมื่อ 4-5 ปีที่ผ่านมา

ภาระงานในปัจจุบันทำหน้าที่เป็นนักวิชาการสาธารณสุข แต่ก็ต้องให้บริการในเรื่องอื่นๆ ด้วย เพราะที่นี่ไม่มีหมอ มีเพียงพยาบาลวิชาชีพ และเจ้าพนักงานอีก 2 คน จึงต้องดูแลเรื่องความเจ็บป่วยของคนในชุมชนทุกเรื่อง แต่หากในบางรายที่มีอาการหนัก และอันตรายก็จะส่งตัวไปรักษายังโรงพยาบาลที่อยู่ห่างจากพื้นที่ประมาณ 5 กิโลเมตร

สุวิทย์ เล่าว่า บ้านเม็งเป็นจุดแวะพักการเดินทางของผู้คนจากพื้นที่ต่างๆ ก่อนเข้าสู่อำเภอเมืองขอนแก่น ชุมชนนี้จึงกลายเป็นชุมชนที่มีความเจริญทั้งด้านการค้าขายและการแลกเปลี่ยนวัฒนธรรมของชุมชนต่างๆ ในพื้นที่ใกล้เคียงมาอย่างยาวนาน และในปัจจุบันยังมีเส้นทางการคมนาคมโดยรถทัวร์หรือการขนส่งจากจังหวัดต่างๆ สู่กรุงเทพฯ ได้ เช่น นองบัวลำภู นองคาย อุดรธานี เป็นต้น ได้อย่างสะดวกสบาย

แม้จะเป็นเส้นทางสัญจรของการเดินทางไปยังที่ต่างๆ แต่โดยลักษณะพื้นที่ยังคงความเป็นชนบทอยู่มาก

ในอดีตชุมชนบ้านเม็งถือเป็นชุมชนเกษตรกรรม ที่มีการปลูกข้าวและพืชต่างๆ ที่ใช้เพื่อการบริโภคในครัวเรือน ข้าว นับเป็นพืชที่สำคัญที่สุดของชุมชน ทุกครัวเรือนจะมีที่นาเพื่อทำการเพาะปลูกข้าวเป็นของตนเอง มีการเลี้ยงไหมเป็นอาชีพเสริม ทุกบ้านจะมีที่ดินสำหรับปลูกหม่อนเลี้ยงไหมทั้งหน้าฝน หน้าแล้ง ไหมที่ได้จากการเลี้ยงถูกนำมาใช้เป็นวัตถุดิบในการทอผ้า ซึ่งเป็นอุตสาหกรรมหลักของทุกครัวเรือนในอดีต โดยมีผู้หญิงเป็นแรงงานหลัก ผ้าที่ทอขึ้นนี้กลายเป็นสินค้าในการซื้อขายแลกเปลี่ยนและเป็นสัญลักษณ์บ่งบอกถึงฐานะของแต่ละครัวเรือน

“

จากวิถีการผลิตที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพต่อคนทั้งชุมชน บ้านเบ็ง อันเป็นปรากฏการณ์ที่เกี่ยวข้องกับงานที่รับผิดชอบโดยตรง ทำให้สุวิทย์เกิดความสนใจที่จะศึกษาเรื่องนี้ให้ชัดเจน

”



■ สุวิทย์ อินนามมา นักวิชาการ สถานีอนามัยบ้านเบ็ง อำเภอนางรอง จังหวัดขอนแก่น

เมื่อประเทศไทยปฏิวัติอุตสาหกรรม คนในชุมชนอพยพออกไปประกอบอาชีพภายนอกชุมชน ระบบการจ้างงานแบบเอื้ออาทรในอดีตค่อยๆ หายไป จนกระทั่งมาถึงภาวะเศรษฐกิจฟองสบู่ในปี พ.ศ.2540 ผู้ประกอบการไม่สามารถหาตลาดจำหน่ายสินค้าได้ ภาวะเศรษฐกิจของชุมชนได้รับผลกระทบจากภายนอกเป็นอย่างมาก

ผู้ประกอบการหลายคนได้เลิกกิจการไป ส่วนที่เหลือก็มีการผลิตน้อยลงจนไม่สามารถกระจายงานให้กับแรงงานในชุมชนได้ทั่วถึง การจ้างงานรูปแบบใหม่จึงเกิดขึ้นในหมู่บ้าน คือ “การรับงานมาทำที่บ้าน” โดยแรงงานเย็บผ้าหลายคนสามารถติดต่อโรงงานหรือร้านค้าตัดเย็บเสื้อผ้าที่ “จ้างงานนอก” นำผ้าพร้อมวัสดุต่างๆ ที่ออกแบบและตัดเรียบร้อยแล้วมาทำที่บ้านของตนเอง นอกจากนั้นยังมีผู้ประกอบการตัดเย็บเสื้อผ้าจากภายนอกชุมชน ได้นำผ้าและวัสดุตัดเย็บมาส่งให้แรงงานทำการเย็บถึงบ้านเรือน โดยมีข้อตกลงและการจัดการในรูปแบบต่าง ๆ กับแรงงานแต่ละคน

“

การจ้างงานรูปแบบใหม่จึงเกิดขึ้นในหมู่บ้าน คือ “การรับงานมาทำที่บ้าน” โดยแรงงานเย็บผ้าหลายคนสามารถติดต่อโรงงานหรือร้านตัดเย็บเสื้อผ้าที่ “จ้างงานนอก” นำพาพร้อมวัสดุต่างๆ ที่ออกแบบและตัดเรียบร้อยแล้วมาทำที่บ้านของตนเอง

”

“ในช่วงตี 3 ถึงตี 4 ของทุกคืน เป็นช่วงเวลาที่ชาวบ้านรู้ว่าผ้าและวัสดุตัดเย็บที่ใช้ในการประกอบอาชีพของชาวบ้านจำนวนหนึ่งได้ถูกส่งมาจากกรุงเทพฯ แล้ว โดยหลังจากที่รถทัวร์วิ่งออกไปจากหมู่บ้านไม่นาน ก็จะมีรถกระบะหรือสามล้อรับจ้างในหมู่บ้านวิ่งมารับของที่ถูกส่งมาจากคนหรือแหล่งที่เขาได้ติดต่อหรือพูดคุยกันทางโทรศัพท์ในช่วงวันที่ผ่านมา กิจกรรมข้างต้นนี้เป็นทั้งงานและความรับผิดชอบที่จะต้องรับผิดชอบการให้เป็นไปตามข้อตกลงกันแบบที่ไม่เป็นทางการ เป็นอาชีพและรายได้ที่จะทำให้พวกเขาดำเนินชีวิตของตนเองและครอบครัวในชุมชนอย่างมีความสุข รวมทั้งเป็นสื่อความสัมพันธ์ระหว่างชุมชนกับระบบเศรษฐกิจสังคม และการเมืองภายนอกชุมชนด้วย”

จากวิธีการผลิตที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพต่อคนทั้งชุมชนบ้านเม็งอันเป็นปรากฏการณ์ที่เกี่ยวข้องกับงานที่รับผิดชอบโดยตรง ทำให้สิทธิเกิดความสนใจที่จะศึกษาเรื่องนี้ให้ชัดเจน

เขาเล่าถึงประเด็นน่าสนใจในเรื่องกลุ่มแรงงานที่รับงานมาทำที่บ้านว่า แม้จะเป็นรูปแบบที่มีความยืดหยุ่น เพราะแรงงานสามารถดำเนินวิถีชีวิตประจำวันและทำงานตามความต้องการของตัวเองได้มากที่สุด การบริหารจัดการต่างๆ อยู่บนความพึงพอใจของตนเองเป็นสำคัญ การรับ

งานขึ้นกับความถนัดและความสามารถของแรงงานแต่ละคน นอกจากนี้ หากงานที่รับจากนายจ้างลดลงหรือหมดไป แรงงานก็จะสามารถรับงานจากนายจ้างคนอื่น ๆ ได้อีก แต่ระบบการรับงานมาทำที่บ้าน การจัดสถานที่ สภาพสิ่งแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวกในการทำงาน และสภาพทางกายภาพของสถานที่ทำงานของคนในชุมชนยังไม่ถูกต้องนัก

เริ่มต้นจากเรื่องพื้นฐาน อย่างเช่น แสงสว่าง, ระยะเวลาในการทำงาน ซึ่งมักเริ่มตั้งแต่เช้าหลังจากการปฏิบัติภารกิจประจำวัน และหากในบางวันที่มีงานเร่งด่วนมาก ๆ ก็จะทำงานตั้งแต่เช้ามืดก่อนทำภารกิจประจำวันด้วยซ้ำไป ทั้งนี้ ระยะเวลาในการทำงานในแต่ละวันของแรงงานจะขึ้นอยู่กับปริมาณงานที่รับและกำหนดการส่งมอบงานในแต่ละงวด ซึ่งการทำงานในลักษณะนี้ จะส่งผลโดยตรงต่อเรื่องสุขภาพ

แรงงานในอุตสาหกรรมเย็บผ้า 6 หมู่บ้านในกลุ่มที่สุวิทย์ศึกษาในช่วงปลายปี พ.ศ.2550 นั้น มีมากกว่า 300 ครอบครัว แต่ระยะหลังลดลง เพราะการค้าการขายไม่ค่อยดี พ่อค้าที่จ้างทำก็ส่งขายไม่ได้ งานก็ลดลงมาเรื่อย ๆ มีการลดค่าแรงชาวบ้าน ใครที่ทำไม่ไหวก็เลิกกลับไปทำไร่ทำนาแทน

ในการประกอบอาชีพเย็บผ้า ผู้รับจ้างต้องเย็บให้ได้อย่างน้อยวันละ 150 บาท จึงพออยู่รอดได้ แต่ทุกวันนี้ได้ 100 บาท ก็ยังลำบาก เพราะพ่อค้าได้ผลักภาระต้นทุนมาให้กับแรงงาน เช่น ให้ซื้อด้ายเอง รวมทั้งกดค่าแรง จากเมื่อก่อนค่าเย็บโหลละ 30 กว่าบาท วันนี้เหลือ 20 กว่าบาท

ระบบจ่ายราคาค่าแรงตามผลงานเช่นนี้ หมายความว่า ถ้าลดอัตราค่าแรงลง คนที่รับงานมาทำก็ต้องทำงานหนักขึ้น ถ้าอัตราจ่ายค่าแรงอยู่ที่โหลละ 30 บาท ก็ต้องทำงานวันละ 7-8 ชั่วโมง จึงพออยู่ได้ แต่เมื่อกดราคาค่าแรงต่ำลงเหลือ 20 กว่าบาท ชั่วโมงการทำงานในแต่ละวันก็ต้องขยายออกไปมากขึ้นโดยอัตโนมัติ

“ทุกวันนี้มีงานเป็นช่วงๆ ได้เป็นบางครั้งบางคราว รายได้ก็ลดลง สวนกระแสในเรื่องของการครองชีพ การดำเนินวิถีชีวิตต่างๆ ไปของชาวบ้าน ในเมื่อเราดูเราเห็น ก็ลำบากใจในการทำงานสร้างสุขภาพให้เขาเหมือนกัน เพราะเงื่อนไขตรงนี้มีมันบีบคั้นเขา มีอย่างเดียวที่ทำได้ คือ เข้าไปช่วยค้ำจุน เรื่องการทำงานของเขา ให้เขามีความเข้าใจ ดูแลเรื่องสวัสดิการ เรื่องอาชีพของเขา และให้กำลังใจ ที่คิดศึกษาเรื่องนี้เพราะเมื่อเขามีปัญหาสุขภาพมา เราจะได้รู้ว่าทำไมเขาถึงมีปัญหา ได้เรียนรู้กันจริงๆ ว่ามันเป็นรากเหง้าของอาชีพ รุ่นก่อนฝากไว้ให้”

นี่คือแรงบันดาลใจอันสำคัญให้ สุวิทย์ คิดค้นแนวทางในการหาแนวทางในการจัดการให้คนในชุมชนปลอดภัยจากอาการเจ็บป่วย มีสุขภาพะที่ดี มีสวัสดิการค้ำจุนในการทำงาน และสวัสดิการคุ้มครองในการประกอบอาชีพ โดยตั้งต้นจาก **“การวิจัย”**

สุวิทย์ เล่าว่า ตอนเริ่มต้นแก้ปัญหาความเจ็บป่วยของคนในชุมชน ในช่วงแรกเขามองแต่เรื่องของหลักการ กฎระเบียบ ซึ่งเป็นเรื่องที่ล้มเหลวได้



“

มีอย่างเดียวที่ทำได้ คือ เข้าไปช่วย紓ทุกข์เรื่องการทำงานของ เขา ให้ความเข้าใจ ดูแลเรื่องสวัสดิการ เรื่อง อาชีพของเขา และให้กำลังใจ ที่คิดศึกษาเรื่องนี้เพราะเมื่อ เขามีปัญหาสุขภาพมา เราจะได้รู้ว่าทำไมเขาถึงมีปัญหา ได้ เรียนรู้กันจริงๆ ว่ามันเป็นรากเหง้าของอาชีพ รุ่นก่อน ผ่าไว้ให้

”

ในเชิงวิทยาศาสตร์ว่าถูกต้องหรือไม่ ดีหรือไม่ มากน้อยอย่างไร แต่ไม่ได้คิดว่าต้องอธิบายถึงสาเหตุที่มาว่าทำไมจึงเกิดการปฏิบัติที่นำมาสู่ปัญหาอย่าง ที่ปรากฏให้เห็น

ต่อมาภายหลังเมื่อได้มีโอกาสเข้าอบรมเรื่องของ “วิถีชุมชน” การทำงาน และหลักของการบริการด้วยใจ กับนายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ จึงได้เรียนรู้เรื่องการทำงานในการส่งเสริมเรื่องวิถีชุมชน ความสำเร็จเรื่องของการบริการ และนำสิ่งที่ได้เรียนรู้มาประยุกต์ใช้กับการ ทำงาน

หลังจากนั้น เมื่อมีโอกาสเข้าร่วมการอบรมหลักของการวิจัยเชิง คุณภาพอีกครั้ง และได้ส่งโครงการวิจัยเพื่อเข้าร่วมกับทางโครงการฯ จึงถือ เป็นการเริ่มต้นแนวทางใหม่ในการทำงานอย่างค่อยเป็นค่อยไป

ครั้งแรกที่เสนอโครงการวิจัย เขามุ่งไปที่การวิจัยเชิงปริมาณทั้งหมด โดยเป็นเรื่องของการประเมินผลการทำงานที่ผ่านมา อย่างไรก็ตาม เมื่อ โครงการดังกล่าวได้รับคำแนะนำให้ปรับเปลี่ยนแนวทางและประเด็น การศึกษาไปสู่เรื่องของต้นตอของปัญหาที่มาด้วย ท้ายสุด เขาจึงเปลี่ยน แนวทางการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งในการเขียนต้องใช้การ

“

การได้สังเกตพฤติกรรมทางสังคม การดำเนินชีวิตต่างๆ อันเป็นพื้นฐานสำคัญของคนแต่ละคน ไม่ใช่การดูเพียงความถูกผิดของพฤติกรรมสุขภาพ จึงเกิดการเรียนรู้ว่า พฤติกรรมหรือการกระทำบางอย่างของคนในชุมชนก็อาจมีคุณค่าและมีความหมายในตัวของมันเอง

”

ตีความข้อมูลที่รวบรวมได้ร่วมกับทฤษฎี ทำให้ต้องทำความเข้าใจกับคนใช้กับประชาชนที่ต้องดูแลมากกว่าเรื่องของพฤติกรรมสุขภาพเพียงอย่างเดียว

การได้สังเกตพฤติกรรมทางสังคม การดำเนินชีวิตต่างๆ อันเป็นพื้นฐานสำคัญของคนแต่ละคน ไม่ใช่การดูเพียงความถูกผิดของพฤติกรรมสุขภาพ จึงเกิดการเรียนรู้ว่า พฤติกรรมหรือการกระทำบางอย่างของคนในชุมชนก็อาจมีคุณค่าและมีความหมายในตัวของมันเอง

ในกระบวนการวิจัยเริ่มจากการลงไปพูดคุยกับกลุ่มเป้าหมาย เก็บประเด็นที่ไม่เข้าใจ หรือสงสัยเพิ่มเติม คำตอบที่ได้จึงแตกแขนงออกไปเรื่อยๆ จากนั้นจึงใช้วิธีการเรียบเรียงข้อคิดเห็นจากข้อมูลที่หลากหลายว่ามีความสอดคล้องกันหรือไม่ เราต้องเข้าไปเก็บข้อมูลในพื้นที่เป้าหมาย การศึกษาบ่อยครั้ง หากเป็นรายบุคคล ก็ตั้งเป้าไว้ว่าต้องได้ข้อมูลอะไรบ้าง ข้อมูลใดที่ขาดอยู่ก็ต้องเข้าไปเก็บเพิ่มเติม หลังจากสัมภาษณ์แล้ว จึงนำข้อมูลมาแบ่งรูปแบบของการจัดการ เช่น เรื่องของระบบการจ้าง วิธีการจ้าง รายได้ การบริหารรายได้ การจัดการที่นอกเหนือไปจากเรื่องของความเป็นอยู่ในครอบครัว ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น ทั้งรายกลุ่ม รายบุคคล จนนำไปสู่กระบวนการดูแลสุขภาพในรูปแบบที่แตกต่างกัน และนำเสนอภาพปัญหาที่เกิดขึ้นพื้นที่ให้คนภายนอกรับรู้

จากกระบวนการศึกษาดังกล่าว ทำให้มุมมองการทำงานของเขายับ เพดานไปพอดู

“เมื่อลงสัมภาษณ์ในพื้นที่ จึง ทำให้รู้ว่าใครอยู่ตรงไหน ใครอยู่บ้าน ทำงานบ้าง จากเดิมที่ทำงานอยู่ที่สถานี อนามัยไม่เคยรู้ ข้อมูลของแต่ละคนที่เก็บ ได้จึงถูกนำมา “เย็บต่อกัน”

“แท้จริงคนที่ประกอบอาชีพนี้ใน ปัจจุบันเป็นคนรุ่นลูกรุ่นหลานต้นกำเนิด เสียชีวิตกันหมดแล้ว เหลืออยู่ไม่กี่คน เท่านั้นเอง แล้วส่วนใหญ่ก็เป็นเพื่อนผมเองที่อยู่ในหมู่บ้านที่เคยเรียนตั้งแต่ ประถมด้วยกัน ตอนนั้นก็เริ่มเจ็บป่วยแล้ว ผมจึงเข้าใจปัญหาของเพื่อนว่านอก จากปัญหาเรื่องสุขภาพแล้ว การประกอบอาชีพยังเป็นปัญหาในเรื่องปากท้อง เป็นเรื่องของการดิ้นรนทำมาหากินด้วย เพราะไม่ทำก็ไม่ได้ เพราะเป็นสิ่งที่ จำเป็น ฉะนั้นกิจกรรมที่เขาทำ หากเราจะไปห้ามไม่ให้เขาทำ เป็นไปไม่ได้ ดัง นั้นในส่วนที่เราจะทำได้คือ การทำความเข้าใจกับปัญหาของเขา บอกเขาให้ รู้จักดูแลตนเองด้วยไม่เช่นนั้นจะกลายเป็นปัญหาต่อเนื่อง หรือหากมีปัญหาใน ลักษณะนี้ต้องรู้จักพักผ่อน ต้องเข้าใจว่าต้องหยุด”

การศึกษาในเรื่องนี้กลายเป็นฐานข้อมูลการทำงานในการให้บริการ สุขภาพชุมชน ซึ่งเขาประเมินว่าควรทำมากกว่าการตรวจสุขภาพและการ ดูแลรักษาโรค เพราะ

“เรื่องของแรงงานเป็นปัญหาที่มีมาตั้งแต่รากเหง้า ตั้งแต่พ่อแม่เรายัง ไม่เกิด เพราะคนแรกๆ ที่เข้ามาทำงานรับจ้างเย็บผ้ารุ่นแรกของผมก็ยังเป็น เด็ก ยังไม่รู้เรื่อง และถ้าระบบของเราไม่รองรับไม่เข้าใจอะไรต่างๆ ไม่หาวิธีให้ ชุมชนละจากสิ่งที่คุกคามต่อสุขภาพ จนเกิดความเข้าใจภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้น





แน่นอนว่าต่อไปเราก็ต้องรับภาระที่เกิดขึ้นอีก อย่างเพื่อน ๆ ผมตอนนี้อีก 30-40 ปีกว่าเขาจะตายผมก็ต้องรับภาระดูแลเขาต่อถ้าผมยังอยู่ที่นี้”

เมื่อทำงานวิจัยไประยะหนึ่งสุวิทย์ ได้พบปัญหาในการทำวิจัยว่า กลุ่มแรงงานเย็บผ้า มีการเปลี่ยนอาชีพ เปลี่ยนที่อยู่ จำนวนคนจะโยกเข้า โยกออกตลอดเวลา มีการย้ายออกไปทำงานต่างถิ่น จึงทำให้ต้องมีการสำรวจและติดตามทุกปี ปัญหาสุขภาพก็จะเปลี่ยนแปลงไปเรื่อย ๆ การประสานหน่วยงานต่าง ๆ ในการดูแลจึงเป็นเรื่องยากขึ้นไปอีก เพราะไม่สามารถระบุจำนวนของผู้ที่ต้องการการดูแลได้ชัดเจน

“จะท้อเวลาที่เรามีปัญหาแล้วขอความต้องการ การสนับสนุนบางอย่างแล้วไม่ได้ ทำให้ต้องเหนื่อยเพิ่ม แต่ก็ไม่เป็นไร เราก็หาวิธีอื่น มีหลายทางที่จะเข้าไปดูแล ไม่ได้ส่วนนี้ก็ปรับใหม่ ยังไม่หมดแรง ถ้าเข้าไปคุยกับเขาววันนี้จะได้ประเด็นใหม่ที่เป็นปัญหาและความต้องการเข้ามา ถ้าแก้ได้สักอย่างหนึ่ง มันก็จะมีคามภูมิใจในงานที่เกิดขึ้น แม้จะไม่ใช่งานสาธารณสุขของเรา งานบริการของเรา หน้าที่ของเรา แต่ถ้าเราได้ศึกษาให้เขาและเขาได้รับ

“

จะก่อเวลาที่เรามีปัญหาแล้วขอความต้องการ การสนับสนุน บางอย่างแล้วไม่ได้ ทำให้ต้องเหนื่อยเพิ่ม แต่ก็ไม่เป็นไร เราศึกษาวิธีอื่น มีหลายทางที่จะเข้าไปดูแล ไม่ได้ส่วนนี้ก็ปรับใหม่ ยังไม่หมดแรง ถ้าเข้าไปคุยกับเขาวนนี้ จะได้ประเด็นใหม่ที่เป็นปัญหา และความต้องการเข้ามา ถ้าแก้ได้สักอย่างหนึ่งมันก็จะมีความภูมิใจในงานที่เกิดขึ้น

”

การตอบรับบ้างแค่นี้ก็เป็นความสุขอีกแบบหนึ่ง ที่ได้จากการเข้าใจวิถีชีวิตวิถีชุมชนของเขา”

สุวิทย์ ให้ข้อคิดสำคัญในการทำงานว่า การเข้าไปพูดคุยอย่ามองเฉพาะหน้าที่ บางคนมีปัญหาครบครันแล้วหาทางออกไม่ได้ ไม่รู้จะทำอย่างไร เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นก็กลับมารักษาตัวที่บ้าน ก็เป็นหน้าที่ของเราที่ต้องปรึกษากับท้องถิ่น

“ผมมองว่า ถ้าเราเข้าใจคนไข้ เหมือนเข้าใจเรา แล้วเราก็จะเข้าใจว่าเราต้องทำอะไรกับเขา ผมเข้าชุมชน จะอยู่กี่วันก็ได้ เพราะครอบครัวเข้าใจ และเคยทำงานด้วยกัน ผมไปอยู่ตรงไหน ผู้ป่วยที่มาอนามัย เมื่อเจอคำพูดดีๆ เจอคนดีๆ อาการก็หายไปแล้วครึ่งหนึ่ง วิธีการรักษาคนป่วยคือการที่เขาได้รักษาตัวเอง การได้พูดคุยปัญหา การแนะนำให้เข้าใจปัญหาของตนเอง สำหรับผมคิดว่าเป็นแนวทางในการรักษาที่ดีที่สุด”

นับว่า น่าสนใจไม่น้อยที่ สุวิทย์ คิดขยายเป้าหมายของการวิจัยไปสู่การสร้างกลุ่ม สร้างเครือข่ายของคนที่มีปัญหาค้นคว้า กัน ให้มาทำความเข้าใจร่วมกัน ร่วมเห็นอกเห็นใจ และนำไปสู่โจทย์ใหม่ที่ท้าทายการทำงาน

“

ผมต้องการสร้างสวัสดิการของกลุ่มแรงงานกลุ่มทำงานให้มากขึ้น เพราะตอนนี้ไม่มีหน่วยงานดูแล นอกจากเรื่องของสุขภาพที่เราเข้าไปดูแลเท่านั้นเอง ซึ่งตรงนี้เรื่องของ การดูแลสุขภาพชุมชน อาจจะมียุติแล้วแต่ไม่ถูกต้อง เราก็เข้าไปเสริม คือขาดส่วนไหน เราก็เข้าไปเสริม เชิญเขามารับบริการของเรา

”

มากกว่าเดิม ว่าทำอย่างไรที่จะให้ข้อมูลเหล่านี้กระตุ้นให้องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นมีแผนการโครงการในการรวมตัวกันของกลุ่มอาชีพ เพื่อต่อรองทำสิ่งที่เป็นประโยชน์ให้กับชาวบ้านที่เป็นแรงงาน และเป็นความคาดหวังในเรื่องของการพัฒนาสวัสดิการให้กับประชาชนในพื้นที่ เพราะอย่างน้อยเรื่องสุขภาพไม่ใช่เป็นปัญหาเฉพาะในเรื่องอาชีพ ไม่ใช่ปัญหาเฉพาะในเรื่องของรายได้ ไม่เฉพาะเรื่องของการช่วยเหลือเวลาไม่มีรายได้ แต่เรื่องสุขภาพหนึ่งในบริการที่คนจะเข้าถึงได้ก่อนกิจกรรมอื่น

“ผมต้องการสร้างสวัสดิการของกลุ่มแรงงานกลุ่มทำงานให้มากขึ้น เพราะตอนนี้ไม่มีหน่วยงานดูแล นอกจากเรื่องของสุขภาพที่เราเข้าไปดูแลเท่านั้นเอง ซึ่งตรงนี้เรื่องของ การดูแลสุขภาพชุมชนอาจจะมีอยู่แล้วแต่ไม่ถูกต้อง เราก็เข้าไปเสริม คือขาดส่วนไหนเราก็เข้าไปเสริม เชิญเขามารับบริการของเรา แต่ส่วนที่หน้าจะเพิ่มขึ้นคือ การจ้างงาน การดูแลเวลางานไม่มีว่าต้องทำอย่างไร เราน่าจะหาวิธีการ และการรวมกลุ่มกันเพื่อสร้างพลัง สร้างเครือข่ายการทำงานให้มันเข้มแข็ง ไม่ใช่พ่อค้ากลุ่มหนึ่งมาต่อรองจาก 30 บาทเหลือ 27 บาทก็ยอม ต่อไป นายจ้างก็ตกลงเรื่อยๆ ไม่มีใครเข้าไปจัดการ อย่างผู้บริหารท้องถิ่นก็ไม่อยากเข้าไปยุ่งเท่าไร เพราะเกี่ยวข้องกับกฎหมาย จึงต้องสร้างกลุ่ม สร้างเครือข่ายคนที่มีความคล้ายๆ กันมาทำ

ความเข้าใจร่วมกัน เห็นอกเห็นใจกัน
ช่วยกันคิดว่าเราจะสร้างกลไกในการ
ต่อรองได้อย่างไร”

จากจุดสนใจในเรื่องนี้นำมาสู่
การทำความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขและอาสาสมัครทุกคน ให้
มีมุมมองในการมองปัญหาสุขภาพที่
มากไปกว่าเชื้อโรคที่ต้องกำจัดการ
โดยขยายให้เกิดมุมมองในเรื่องของ
การทำงานที่มีมนุษยสัมพันธ์กับ
ชุมชนมากยิ่งขึ้น ดังที่เขาเล่าต่อว่า

“น้องๆ เขาสนใจว่าทำไมเราจึง



สามารถทำได้ถึงขนาดนี้การเก็บข้อมูลในลักษณะนี้ ได้ข้อมูลมาได้อย่างไร
ดังนั้นนอกจากเรื่องของข้อมูลที่เราจะให้และสอนน้องแล้ว เราก็คิดว่าต้องทำ
อย่างไร ให้น้องเข้าไปนั่งคุยกับชาวบ้านด้วย ให้น้องๆ เข้าใจถึงวิถีชีวิตของคน
ที่เรารับผิดชอบ ไม่ใช่ดูเฉพาะอาการเจ็บป่วยของเขา ต้องเข้าไปนั่งคุย และ
อย่าเข้าไปแบบเป็นทางการ ต้องเข้าไปเสาร์ อาทิตย์เวลาว่าง ไปนั่งเล่นนั่งคุย
ดูว่าเขาทำอะไรบ้างเวลาไม่ทำงาน คนที่เขาไม่เจ็บป่วยเขาทำอะไรอยู่บ้าง
แล้วจะรู้ เมื่อเขาเจ็บป่วยมาไม่ต้องอธิบายมาก เพราะจะเข้าใจได้เองจากบริบท
ของเขาที่เราเข้าไปหาเขาที่บ้าน น้องหลายคนก็สนใจ เราเองก็เหมือนเป็น
วิทยากรเป็นพี่เลี้ยงให้เขาได้ ในพื้นที่อื่นๆ บางแห่งเขาก็เอาไปทำในกลุ่ม
เล็กๆ 5-10 คน”

ในการทำงานที่ทำให้เจอผู้คนและเหตุการณ์ที่หลากหลาย เขาได้
สานทอสิ่งเหล่านี้สู่เครือข่ายจากการทำงานขึ้นที่ละกลุ่ม โดยเริ่มจาก
“เครือข่ายของคนทีปอดหลัง”

ด้วยข้อมูลการวิจัยที่ทำให้เข้าถึงบริบทเบื้องต้นของการเกิดปัญหา ทำให้การแนะนำผู้ป่วยกำหนดประเด็นและเนื้อหาได้ตรงจุด และส่งผลต่อเนื้อให้ต่อยอดความเคลื่อนไหวจากเรื่องมิติการทำงานไปสู่การส่งเสริมสุขภาพเรื่องอื่นๆ ได้ง่ายขึ้น และทำให้สถานอนามัยบ้านเม็งประสบความสำเร็จในการรณรงค์เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพอย่างมาก จนถูกถามจากใครต่อใครว่า ทำได้อย่างไร

“ผมมองว่าเครือข่ายของผมที่ทำงานอยู่ก็คือ กลุ่มอาชีพ กลุ่มแรงงาน ต่างๆ เขาทำเอง เราเข้าไปเสริมผ่านแกนนำ หรืออะไรต่างๆ งานก็เกิดขึ้นเอง การเข้าไปทำกิจกรรมทำให้รู้ถึงปัญหาและวิถีชีวิตของชุมชนมากกว่าเรื่องของสุขภาพ ดังนั้น การขอ การมีส่วนร่วม หรือความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ จึงง่ายขึ้น ไม่ว่าจะเป็นภาคของแรงงาน ภาคของชุมชนภาคขององค์กรอื่นๆ”

ข้อค้นพบจากการทำการวิจัย เรื่องแรงงานของกลุ่มเย็บผ้า ได้ทำให้ผู้วิจัยเกิดความเข้าใจถึงการจระบบสุขภาพที่หลากหลายว่ารูปแบบการดูแลสุขภาพของอนามัยโดยทั่วไป ไม่เหมาะสมกับกลุ่มผู้เย็บผ้าในพื้นที่ เนื่องจากคนกลุ่มนี้มีการทำงานที่ไม่คงที่ หมุนเวียนเปลี่ยนไปเรื่อยๆ ตามความพอใจ อยากทำเมื่อไร พอใจเมื่อไรก็จะทำ ถือเป็นกลุ่มเป้าหมายที่มีธรรมชาติของการกระจัดกระจายไม่อยู่นิ่ง

จากความรู้ที่ได้มา สุวิทย์ จึงนำมาออกแบบวิธีการจัดวางระบบการดูแลสุขภาพให้เหมาะสมกับสภาพความเป็นอยู่ของกลุ่มเป้าหมายในชุมชนบ้านเม็ง ซึ่งมีลักษณะเฉพาะตัวอันกำหนดจากวิถีเศรษฐกิจของชุมชนดังกล่าว ด้วยการใช้กลุ่มอาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้เย็บผ้า ดูแลภาพรวมการตรวจสุขภาพประจำปี มีแบบการตรวจสุขภาพ และการร่วมทดสอบสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง

ต่อมา แนวทางในการทำงานเช่นนี้กลายเป็นการปูพื้นฐานและเสริมการทำงานในเรื่องอื่นๆ เช่น การตั้งชมรมสุขภาพ การสร้างกิจกรรมสุขภาพ และขยายออกไปสู่การสร้างอาสาสมัครกลุ่มเกษตร เพื่อให้ความรู้และ



แนวทางในการดูแลและการป้องกันตนเองจากสารเคมี จนเกิดกลุ่มอาสาสมัครสุขภาพในพื้นที่ออกเฝ้าขึ้น โดยแยกประเภทตามกลุ่มอาชีพต่างๆ เช่น กลุ่มเกษตรกร กลุ่มรับจ้าง หรือในกลุ่มอาชีพอื่นๆ ที่มีความคล้ายคลึงกัน

ในปัจจุบัน บ้านเมืองมีกลุ่มแกนนำอาสาสมัคร เพื่อการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ จากกลุ่มต่างๆ กว่า 30 คน ด้วยจำนวนสมาชิกกว่า 50 คน ครอบคลุมพื้นที่ทั้ง 13 หมู่บ้าน กลุ่มแกนนำเริ่มเข้าสู่กระบวนการปฏิบัติ การพัฒนา การเรียนรู้วิธีการดูแลและการให้คำแนะนำเรื่องสุขภาพอย่างถูกวิธี และนำไปสู่การผลักดันนโยบายของสาธารณะท้องถิ่นในเรื่องข้อบัญญัติของสวัสดิการต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นภายในพื้นที่

กลุ่มอาสาสมัครสุขภาพมีการประชุมร่วมกัน 2-3 ครั้งต่อปี เพื่อรวบรวมปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น นำเสนอให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการหาข้อมูลปัญหาของแต่ละกลุ่ม เพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยน เป็นแนวทางอัน

สำคัญที่นำมาสู่การต่อรองกับหน่วยงานท้องถิ่นในเรื่องที่มีความเกี่ยวกับระบบสวัสดิการต่าง และเป็นการเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

เมื่อมองย้อนไปที่จุดเริ่มต้นของการนำการวิจัยมาใช้เป็นเครื่องมือเพื่อแสวงหาคำตอบให้แก่ปัญหาในงานประจำ สุวิทย์มองว่าความคิด ความรู้ และความเข้าใจของเขามีการปรับตัวอย่างขนานใหญ่ โดยสิ่งเกื้อหนุนที่สำคัญก็คือ การทดลองทำในสิ่งที่หลุดออกไปจากกรอบความคิดหรือทักษะที่มีมาแต่เดิม

สำหรับเขา ทำงานวิจัยเชิงคุณภาพเรื่องนี้นับเป็นเรื่องแรก จากที่เคยทำวิจัยเชิงปริมาณมาก่อนหน้า 4-5 เรื่อง เช่น เรื่องของพฤติกรรมกรรมาการเกิดโรค, กระบวนการการจัดที่ดินทำกิน เป็นต้น แม้ในช่วงเริ่มต้นของการเข้าไปเก็บข้อมูลจากชุมชนพบว่าไม่ได้รับการยอมรับสักเท่าไร เพราะคนในชุมชนกลัวว่าจะเขาจะนำข้อมูลไปใช้ในเรื่องของกฎหมาย แต่เมื่อค่อยๆ หาวิธีแก้ปัญหาและทำความเข้าใจไปเรื่อยๆ ก็ค่อยๆ คลี่คลายท่าทีที่ปิดกั้นลงได้ และสิ่งที่ตอบแทนกลับมาในระยะยาวก็คือความสนิทสนมกลมเกลียวระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับประชาชนในพื้นที่ ซึ่งเป็นกุญแจดอกสำคัญสำหรับการทำหน้าที่ผู้ดูแลสุขภาพให้แก่สมาชิกในชุมชนให้เกิดผลกระทบอย่างแท้จริง

เขายกอีกว่า ท่าทีในการเข้าไปสัมภาษณ์นับเป็นเรื่องที่สำคัญ สิ่งที่เขาทำคือ บอกกับชาวบ้านว่าเขาเป็นพวกเดียวกันกับคนในชุมชน และหลังจากเข้าไปเก็บข้อมูลสม่ำเสมอต่อเนื่อง การขอข้อมูล หรือการเข้าไปดูแลให้บริการต่างๆ ก็จะง่ายขึ้นมาก

ในปัจจุบัน นอกจากตำแหน่งเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยแล้ว ชุมชนบ้านเมืงยังรู้จักคุณสุวิทย์ ในนามของผู้นำวัฒนธรรม ที่ปรึกษากลุ่ม ผู้ให้ความรู้ ผู้ให้ข้อมูล ผู้ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ และอื่นๆ อีกมากมาย ที่คอยให้บริการชุมชนที่มีความเดือดร้อน

“การทำงานวิจัยเชิงคุณภาพนั้นผมคิดว่าจะเป็นสิ่งที่ติดตัวเราไปตลอด ทำให้เราได้รู้ได้เข้าใจจริงๆ ว่าทำไมมันต้องเป็นอย่างนั้น เมื่อเราเห็นก็จะอยากช่วยเหลือ อยากดูแลเขามากกว่าหน้าที่ของเรา พุดง่าย ๆ เวลาที่เขามาที่อนามัยอยากจะดูแลเขา นอกจากเรื่องของความผูกพันแล้วข้อมูลต่างๆ ก็จะสามารถได้ง่าย ไม่ต้องพุดนาน มองกันก็รู้เรื่อง เข้าใจทั้งสองฝ่ายไม่ต้องอธิบายอย่างต่อเนื่อง ไม่เหมือนคนที่รู้จักกันใหม่ๆ ที่ต้องอธิบายกันนานสองนานกว่าจะเข้าใจผมคิดว่า นี่คือสิ่งที่ตัวเองได้จากงานวิจัยคุณภาพจากวิถีชุมชน

“ตอนที่ผมเริ่มเกิดสนใจจนเข้ามาดูแลปัญหาตรงนี้ คนส่วนใหญ่ว่าผมบ้า เพราะไปสนใจเรื่องที่ไม่ใช่นโยบาย สนใจอะไรที่ไม่ได้นำมาใช้ประโยชน์ในการประเมินผลงานความดีความชอบ นั่นเป็นเพราะเขาไม่ได้มองว่าสิ่งที่เราทำไปจะได้คุณค่ากับตัวเราและชุมชนอย่างไร แต่หลังจากที่ทำไปแล้วหน่วยงานภายนอกเริ่มให้ความสนใจ เริ่มมีคนอยากเข้ามาดูงาน เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่ลดลง”

“การเข้าใจถึงวิถีชีวิตของผู้ป่วย ไม่ใช่เฉพาะอาการเจ็บป่วย และในยามเมื่อเขาเจ็บป่วยมา ไม่ต้องอธิบายมาก คุณจะเข้าใจเอง”

“สำหรับชาวบ้านที่มารับบริการ ผมไม่ได้หวังอะไรจากเขา นอกจากข้อมูลความรู้ เรื่องอื่นเราจะหาทางว่าทำอย่างไรที่จะหาให้เขาได้มากที่สุดเท่าที่เขาพึงได้รับจากบทบาทหน้าที่ของเรา ถือเป็นความภูมิใจอย่างหนึ่งที่เราได้ทำ”

นั่นคือบทสรุปจากสุวิทย์ในวันนี้ ๙

โรงพยาบาลแก่งหางแมว
จังหวัดจันทบุรี
บนเส้นทางการค้นหา
“มีอะไร...ในมะเร็ง?”



“พี่ ๆ โรงพยาบาลแก่งหางแมวไปทางไหน”

คำถามนี้คงเกิดขึ้นสำหรับผู้ที่ไม่คุ้นเคยเส้นทางส่วนใหญ่ เพราะจากแยกอำเภอนายายอาม เลี้ยวซ้ายไปประมาณ 33 กิโลเมตร เพื่อไปยังที่ตั้งของโรงพยาบาลอำเภอแก่งหางแมว ตลอดระยะทางก่อนถึง เป็นถนนคดโค้งลัดเลาะตามที่ราบแนวเขา ขนาบข้างด้วยสวนยางพารา บ้านแต่ละหลังห่างกันไม่น้อยกว่า 200 เมตร

ย้อนเวลาไปเมื่อหลายสิบปีก่อน อำเภอแก่งหางแมว เป็นเพียงหมู่บ้านและตำบลหนึ่งในอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี

จากคำบอกเล่าของคนเฒ่าคนแก่ดินแดนห่างไกลแห่งนี้มีคนยังคงเกือบทุกวัน เข้าเป็นแหล่งกบดานของกลุ่มมิจฉาชีพ ผู้ก่อการร้าย รวมถึงเป็นเขตพื้นที่ที่มีการระบาดของมาลาเรียอย่างรุนแรง ไม่ต่างไปจากอำเภอในพื้นที่อื่นๆ ที่อยู่ตามแนวชายแดน

ในอดีตเมื่อเกิดความเจ็บป่วย คนในชุมชนจะเยียวยารักษาตนเองภายในครอบครัว ไม่เช่นนั้นก็จะพึ่งพาหมอพื้นบ้านหรือหมอสมุนไพรในพื้นที่เป็นหลัก เพราะการเดินทางออกจากชุมชนเพื่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลท่าใหม่ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ใกล้ที่สุดนั้น ต้องพึ่งพา

รถซุงบรรทุกไม้ออกจากป่า โดยอิงกับช่วงเวลาของการตัดไม้ในแต่ละวันที่ไม่มีความแน่นอน ใช้เวลากว่าครึ่งค่อนวันในการเดินทาง และจากนั้นต้องต่อรถโดยสารอีกทอดหนึ่ง ผู้ป่วยที่ออกมารักษาก็มักเป็นผู้ป่วยที่มีอาการหนักมาแล้ว และมีบางคนเสียชีวิตระหว่างการเดินทาง

แต่หลังจากบ้านแก่งหางแมวได้รับการยกฐานะเป็นตำบลแก่งหางแมวเมื่อเกือบ 40 ปีก่อน ได้มีการตั้ง**สถานีอนามัยช่องกะพัด** ซึ่งถือว่าเป็นสถานีอนามัยแห่งแรกในเขตพื้นที่ ต่อมาในปี พ.ศ.2535-2536 เมื่อแก่งหางแมวได้รับการยกฐานะเป็นกิ่งอำเภอจึงมีการสร้าง **โรงพยาบาลแก่งหางแมว** ขึ้น เพื่อเป็นโรงพยาบาลหลักในการดูแลสุขภาพชุมชนร่วมกับ 11 สถานีอนามัย ครอบคลุมพื้นที่ในอำเภอแก่งหางแมว

ระบบบริการสาธารณสุขสมัยใหม่ เริ่มทำให้จำนวนผู้ป่วยและเสียชีวิตจากกลุ่มโรคติดต่อบางโรค เช่น ไข้มาลาเรีย ไข้เลือดออก อหิวาตกโรค ลดน้อยลง จนแปรสถานะสู่โรคประจำถิ่นที่พบได้ประปรายตามฤดูกาลหรือตามปัจจัยอื่น แต่กลุ่มโรคที่พบว่ามีจำนวนมากขึ้นในช่วงเวลาไม่ถึง 10 ปี กลับเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงโรคมะเร็ง ที่ใคร ๆ ต่างก็หวาดเกรง

แม่ ภาพความเป็นเขตของผู้มีอิทธิพลเริ่มจางหายไป แต่ภาพความลำบากจากการเดินทางยังคงปรากฏให้เห็น ในปัจจุบัน การเดินทางเข้าสู่ตัวอำเภอยังทำได้ไม่ถนัด เนื่องจากถนนสายหลักที่ติดต่อกับระหว่างอำเภอสู่จังหวัดมีเพียงเส้นทางเดียว

การสัญจรบนเส้นทางเข้าออกสู่ตัวอำเภอแก่งหางแมว รถเริ่มในช่วงเวลาเช้าตรู่และสร้างชาไปเมื่อเวลาเพียง 3-4 โมงเย็น การเดินทางจากหมู่บ้านเข้าสู่อำเภอต้องใช้รถยนต์หรือรถจักรยานยนต์ส่วนตัว และในบางเส้นทางไม่สามารถใช้รถยนต์ในการเดินทางได้หากมีฝนตกหนัก เนื่องจากสภาพพื้นที่ที่เป็นทางเท้า ไม่มีแท็กซี่ รถเมล์ หรือมอเตอร์ไซด์รับจ้าง



ด้วยสภาพอันทุรกันดารกว่าพื้นที่ส่วนใหญ่ของประเทศไทย พ.ศ.นี้ คุณป้าคนหนึ่งที่ได้เดินทางไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลแก่งหางแมวแล้วว่าต้องใช้ เวลาเกือบ 1 ชั่วโมงกว่าจะมาถึงโรงพยาบาล

อย่างไรก็ตาม ในแต่ละวัน จำนวนผู้ป่วยที่มารอรับการรักษาก็ยังมี จำนวนมาก สภาพภายในโรงพยาบาลจึงมีบรรยากาศของความเร่งรีบ ปรากฏให้เห็นไม่ต่างจากโรงพยาบาลของรัฐบาลทั่วไป และแน่นอนว่าภาระ งานที่อยู่เบื้องหลังจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนหนึ่งเป็นของ **กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน** ซึ่งมีหน้าที่ในการให้คำแนะนำ แนวทางในการดูแลตนเองเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลกลับไปสู่ชุมชน

พรหมมาศ ปฏิสังข์ หัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและ ชุมชนของโรงพยาบาลแก่งหางแมว สะท้อนถึงสภาพความเป็นอยู่ของ โรงพยาบาลในช่วงแรกเปิดให้บริการ ซึ่งเป็นช่วงที่ตัวเขาเองเริ่มต้นอาชีพ ผู้ดูแลสุขภาพให้แก่ประชาชนเช่นกันว่า ในช่วงที่ต้องเลือกโรงพยาบาลเพื่อ ฝึกงานก่อนที่จะจบการศึกษา ไม่รู้จะไปที่ไหน ในขณะที่นั้นโรงพยาบาลแก่ง หางแมวเพิ่งเปิดใหม่ ยังไม่เป็นที่รู้จัก จึงอยากลองเข้ามาทำงาน ทั้งที่ดิน



■ พรหมมาศ ปฏิสังข์ หัวหน้ากลุ่มงาน
เวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน

“
ชุมชนยังมีปัญหาอีกมากมาย
ที่ต้องช่วยเหลือ เช่น โรคบาง
โรคที่สามารถดูแลตนเองได้
ที่บ้าน แต่ชุมชนไม่มีความรู้
ต้องพาเป็นการเดินทางที่ยาก
ลำบากมากหากมอที่โรงพยาบาล
ใบที่สุดจึงตัดสินใจยื่นขยับ
อยู่ที่โรงพยาบาลนี้ตั้งแต่ปี
พ.ศ.2537 จนถึงปัจจุบัน

”

แดนแห่งนี้เปรียบเสมือนพื้นที่ปลายสายแม่น้ำ ที่ห่างไกลจากความอุดม
สมบูรณ์เมื่อเทียบกับทางด้านต้นน้ำ

ไม่กี่เดือน พรหมมาศ ก็ได้มาอยู่ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ และฝ่าย
สุขภาพิบาล เพราะขาดแคลนบุคลากร

“ที่นี้ 3-4 โมงก็หมดรถแล้ว ใครจะกลับบ้านก็ต้องรับมารวมตัวเพื่อเดิน
ทางกลับด้วยกัน หอพักพยาบาลที่นี้เพิ่งได้เตียงเพิ่มเมื่อ 2-3 ปีที่แล้ว
สวัสดิการอะไรต่างๆ ก็ยังไม่ดี น้ำตอนแรกๆ ก็ไม่ค่อยดี เสื้อผ้าสามเดือนต้อง
เปลี่ยนทีเพราะที่นี้ไม่มีน้ำประปาใช้ มีแต่น้ำฝนกับน้ำบาดาล เสื้อขาวจึงเหลือง
หมด จนต้องตัดใหม่ ช่วงแรกๆ ก็ลำบากพอสมควร ฉะนั้นเจ้าหน้าที่ชุดแรกๆ
จะฝ่าฟันกันมาเยอะ ตอนนั้นยังบางช่วงเหลือเจ้าหน้าที่แค่ 5 คน”

แม้ลำบาก แต่ด้วยด้วยความผูกพันกับโรงพยาบาล และในระหว่าง
การฝึกงานได้มองเห็นปัญหาด้านสาธารณสุขว่า ชุมชนยังมีปัญหาอีก
มากมายที่ต้องช่วยเหลือ เช่น โรคบางโรคที่สามารถดูแลตนเองได้ที่บ้าน

แต่ชุมชนไม่มีความรู้ ต้องฝ่าฟันการเดินทางที่ยากลำบากมาหาหมอที่โรงพยาบาล ในที่สุดจึงตัดสินใจยื่นหยัตอยู่ที่โรงพยาบาลนี้ตั้งแต่ปี พ.ศ.2537 จนถึงปัจจุบัน

ลักษณะของกลุ่มงานเวชปฏิบัติและครอบครัวนั้น พรหมมาศ เล่าว่า หากเปรียบเทียบกับก็คล้ายกับสถานเอนามัยขนาดย่อม โดยทำงานทุกอย่าง ยกเว้นด้านการรักษาที่เป็นหน้าที่ในส่วนของแพทย์ การทำงานจึงมุ่งเน้นใน 3 มิติ คือ ป้องกัน ส่งเสริม พัฒนา และด้วยเหตุนี้ภาระงานหลักจึงอยู่ภายในพื้นที่ชุมชนมากกว่าภายในโรงพยาบาล

ด้วยเป็นโรงพยาบาลเปิดใหม่ เจ้าหน้าที่มีน้อย มีการโยกย้ายสูง เจ้าหน้าที่ทุกคนจึงต้องช่วยเหลือกันทำทุกอย่าง ตั้งแต่เรียนจบและเข้ามาทำงานที่โรงพยาบาล รายงานตัววันแรก ก็ต้องไปขึ้นสูตรศพคนตายในโถไม้ กลับมาก็มาเขียนรายงาน พรหมมาศ เล่าว่า ผู้อำนวยการคนแรกของโรงพยาบาลอายุห่างกันไม่มาก เพิ่งจบใหม่ แต่ช่วยคิดและให้คำแนะนำปรึกษาอยู่ตลอด

“ตอนกลางคืนหลังผ่าตัดไส้ติ่งเสร็จประมาณตีสองตีสาม ก็ต้องทำการประชุมกันต่อว่าเป็นอย่างไร บุคลากรกลุ่มแรกที่อยู่ในโรงพยาบาลจะถูกฝึกแบบนี้ทุกคน ในกระบวนการทำงานต้องทำไปเรียนรู้ไปตลอดเวลา เพราะการทำงานในชุมชนไม่เหมือนกับสิ่งที่เรียนรู้ในโรงพยาบาล เรื่องบางเรื่องที่ไม่เคยทำก็ต้องทำ และทุกคนจะไม่มีทางรู้ว่า วันดีคืนดีจะเจอคนไข้ในลักษณะใด ปัญหาวันนี้ที่ทำได้ วันหน้าก็ต้องทำได้

ไปอยู่หมู่บ้านวันแรกก็ขี่มอเตอร์ไซด์ไปทั่วหมู่บ้าน ถ้าชาวบ้านบอกว่าบ้านอยู่ตรงนั้น ก็ต้องรู้ให้ได้ว่าถนนเส้นนี้จะไปเข้าได้ทางไหน เริ่มจากออกจากโรงพยาบาลก่อนแล้วก็ไปสุดทาง เพราะเกิดความรู้สึกว่าเราต้องเรียนรู้ ถ้าเราไม่รู้ในสิ่งที่เขาพูด เราก็คงแก้ปัญหาไม่ได้ และคนไข้มักจะเจอปัญหาความไม่รู้ของเจ้าหน้าที่ที่ลงไปทำงานในชุมชนเช่นนี้เสมอเช่น ทำไมป้ามารวันนี้ ทำไมไม่มาเมื่อพฤษหส์ที่แล้ว แต่คนที่ถามไม่เคยรู้ว่าป้าอยู่ไกลขนาดไหน มีรถออก

มาใหม่ ทั้งหมดนี้เป็นเรื่องที่จะเอี้ยดอ่อน แต่ระบบการเรียนไม่ได้ถูกสอนมาทั้งหมด ก็เลยเป็นสิ่งที่เราสนใจเองว่าต้องเรียนรู้เรื่องพวกนี้ ไม่เช่นนั้นเราก็จะคุยกับคนไข้ไม่รู้เรื่อง จำได้ว่าไปทำงานได้ประมาณ 1 เดือน ก็คิดว่าเพราะมีรุ่นพี่ดังตัดหน้า” เขาเล่าอย่างออกรส

ด้วยความที่เรียนมาทางสายพยาบาลไม่ได้เรียนมาทางด้านงานชุมชนโดยตรง แต่ในขณะนั้น โรงพยาบาลขาดคน จึงต้องย้ายไปทำงานในฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ กับฝ่ายสุขภาพ เริ่มทำงานชุมชน 2-3 ปี จึงทำให้พบประเด็นสำคัญว่า การทำงานในชุมชนนั้นสิ่งที่เรียนรู้จากโรงพยาบาลไม่พอ เพราะนอกจากรู้ว่าจะทำคลอดอย่างไร หรือรู้ว่าหมอใช้เครื่องมืออะไรในการดึงเด็กออกมาแล้ว ยังต้องมีความรู้พอที่จะตอบได้ว่า คนไข้มีความรู้สึกอย่างไร หรือคิดอย่างไรกับโรงพยาบาล ซึ่งข้อมูลแบบนี้แสวงหาได้มากจากการทำงานในชุมชน จนลึกลงไปเรามีคนของอนามัยเข้ามา ก็เลยได้กลับมาประจำที่โรงพยาบาล และได้มาเป็นหัวหน้าตลอดมานับตั้งแต่นั้น

อย่างไรก็ตาม ภายหลังจากทำงานผ่านไปประมาณ 10 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ.2537 เป็นต้นมา พรหมมาศเริ่มพบปัญหาใหญ่ในชีวิตการทำงาน

“รู้สึกที่เราทำต่อไปไม่ไหว อำนาจในตัวเองมันหมดลง เจ้าหน้าที่เปลี่ยนเยอะ ต้องพูดเรื่องเดิมๆ ต้องสอนคนเขียนรายงานทุกปี ต้องสอนคนฉีดยาทุกปี ต้องสอนคนตรวจมะเร็งปากมดลูกทุกปี ต้องพูดเรื่องเหล่านี้ทุกปี ทำให้เราไม่ได้พัฒนาระบบสักที”

แม้บางเรื่องแก้ไปได้มาก แต่ก็ยังมีโจทย์อีกมากมายที่แก้ไม่ได้ ดังนั้นในปี พ.ศ.2545 จึงลาไปศึกษาต่อในระดับปริญญาโท และกลับเข้ามาทำงานอีกครั้งในปี พ.ศ.2547

ตั้งแต่ปี พ.ศ.2537 จนถึงปีที่พรหมมาศขอลาไปเรียนคือปี พ.ศ.2545 โรงพยาบาลแห่งทางแมวอนุมัตินุเคราะห์เพียงคนเดียวให้ไปเรียนปริญญาโท เพราะที่นี้เป็นพื้นที่ห่างไกล ขาดแคลนบุคลากร



■ ลักษณะพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นสวนยางพารา

“โรงพยาบาลแก่งหางแมว เป็นเหมือนบ้านที่อยู่ท้ายหมู่บ้าน ซึ่งน้ำมักจะไปไม่ถึง... หลังจากจบการศึกษาผมต้องการผันน้ำให้ไปท้ายหมู่บ้าน แล้ววนกลับมาในเมืองด้วย” พรหมมาศเผยความมุ่งมั่นในใจที่เกิดขึ้นจากการไปเรียนต่อ และสิ่งนี้กลายเป็นแรงผลักดันให้อยากทำงานหลายๆ อย่าง เพื่อให้จังหวัดมองเห็นศักยภาพ จนในที่สุด ด้วยความช่วยเหลือจาก **รักใจ บุญระดม** เขาได้เริ่มต้นทำงานและเรียนรู้ร่วมกับ **นายแพทย์ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์** นักมานุษยวิทยาการแพทย์ แห่งสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ด้วยความที่พรหมมาศเป็นคนชอบเขียนบันทึก เมื่อเจออะไรปัญหา จึงเกิดกระบวนกรทำไป เรียนรู้ไป แต่การเขียนบันทึกในขณะนั้นยังไม่เป็นระบบบันทึกบางเรื่อง แต่เรื่องสำคัญบางเรื่องกลับไม่ได้เขียน เมื่อนำข้อมูลมาปรับใช้ในการทำงาน แม้ประเมินพบว่าได้ผลออกมาดีขึ้น แต่อาจไม่ได้แก้ปัญหาที่จุดใหญ่

“

การทำงานในชุมชนนั้นสิ่งที่เรียนรู้จากโรงพยาบาลไม่พอ เพราะนอกจากรู้อาจจะทำคลอดอย่างไร หรือรู้ว่าหมอใช้เครื่องมืออะไรในการดึงเด็กออกมาแล้ว ยังต้องมีความรู้พอที่จะตอบได้ว่า คนไข้มีความรู้สึกอย่างไร หรือคิดอย่างไรกับโรงพยาบาล ซึ่งข้อมูลแบบนี้แสวงหาได้มากจากการทำงานในชุมชน

”

การทำงานและเรียนรู้ในครั้งนี้ การจดบันทึกข้อมูลที่พบจากการทำงานถือเป็นเรื่องสำคัญ พรหมมาศ เล่าว่า จุดเริ่มต้นของกระบวนการเรียนรู้ ตอนแรกเริ่มจากเรื่องที่สนใจ โดยตั้งใจทำเรื่องมะเร็งกล่องเสียง เพราะตั้งใจจะเก็บข้อมูลจากสิ่งที่รู้ จากสิ่งที่ทำงานมากับครอบครัวนี้ จากการเข้าไปดูแลครอบครัวของผู้ป่วยจนเกิดความผูกพัน ได้ช่วยแก้ปัญหาให้คนไข้มาเรื่อยๆ โดยที่ไม่เคยเจอกัน จนเมื่อตั้งต้นทำงานวิจัย ต้องลงไปเก็บข้อมูล จึงทำให้ได้รู้จักมากขึ้นว่า ผู้ป่วยหน้าตาเป็นอย่างไร สภาพบ้านเป็นอย่างไร แต่สุดท้ายคุณพ่อของน้องที่เป็นกรณีศึกษาคนนี้เสียชีวิต จึงเปลี่ยนหัวข้อมาศึกษาเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก โรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง แต่มักไม่พบผู้ป่วยในทะเบียนของผู้รับการรักษา ปัญหาประการหนึ่ง คือ ผู้ป่วยมักไม่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล เนื่องจากไม่ยอมให้คนในพื้นที่รู้ว่าตัวเองป่วย ข้อมูลของผู้ป่วยในระบบงานเวชปฏิบัติจึงไม่ครบถ้วนและขาดความต่อเนื่อง การทำงานจึงต้องเริ่มจากการสำรวจจากทะเบียนและลงพื้นที่ว่ามีผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้นัก

พรหมมาศ มองว่า ความท้าทายของการเขียนเรื่องนี้ คือ เป็นเรื่องของผู้หญิงในมุมมองของผู้ชาย เท่าที่ศักยภาพในการทำวิจัยจะเอื้ออำนวย

ให้เป็นไปได้ หากผู้ชายทำวิจัยเรื่องนี้คิดว่าน่าจะได้มุมมองอีกแบบหนึ่งที่แตกต่างออกไป

“ตอนทำเค้าโครงเสนอ มีคนถามว่า จะทำได้หรือ เป็นผู้ชายจะไปทำเรื่องผู้หญิง เป็นไปไม่ได้หรอก ผมบอกว่า จะทำในศักยภาพเท่าที่ทำได้ ไม่ได้หมายความว่าผมต้องกลายเป็นผู้หญิงเลยเพื่อที่จะเรียนรู้ ถ้าอย่างนั้นคนที่ศึกษาเรื่องโสเภณีแสดงว่าเขาก็ต้องไปเป็นโสเภณีสี่ ผมทำงานในชุมชนนานพอสมควร และทำงานของ การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค จึงคิดว่าทำหายดี น่าจะทำได้”

มุมมองที่ต้องการนำเสนอ คือ คนเจ็บป่วยด้วยโรคนี้มีความทุกข์มาก บุคคล ครอบครัว ชุมชน ล้วนเป็นบริบทที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทั้งสิ้น ดังนั้นผู้หญิงที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกตั้งแต่อายุยังไม่มาก เขามีการบริหารจัดการในครอบครัวอย่างไร มุมมองของลูก สามี ชุมชน เป็นอย่างไร เพราะผู้หญิงที่เป็นโรคนี้มักถูกมองว่าสำส่อน เป็นอุมตมคติบางอย่างของสังคมไทยที่ยังคงฝังรากลึก

พรหมมาศเล่าว่า ตอนแรกที่ทำวิจัยก็เกิดความรู้สึกท้อ แต่เปลี่ยนความคิดเมื่อผู้ป่วยคนหนึ่ง ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีทั้งที่ไม่เคยพบกันมาก่อนและเป็นคนที่มีความจริงใจ เชื่อว่าการทำเรื่องนี้จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสังคม

“เล่ากันไปก็น่าจะร้องไห้ พอคนมาซื้อของเขาก็ไปขายของ ชายของเสร็จก็มาเล่าต่อ แล้วก็ร้องไห้กันต่อ”

ผู้ป่วยผู้นี้จึงเป็นแรงบันดาลใจที่สำคัญที่ทำให้เกิดพลังในการทำงานต่อไป



■ พรหมมาศ ขณะลงไปเก็บข้อมูล



ใน การเก็บข้อมูล พรหมมาศเล่าว่า สิ่งที่ยากที่สุดมี 2 เรื่อง
หนึ่ง คือ การทำความเข้าใจกับสามีผู้ป่วย เพราะเป็นผู้ชายและต้องใช้เวลาหลังจากเลิกงานเพื่อการไปพูดคุยบ่อยครั้ง ในบางครั้งใช้เวลาพูดคุยกับคนไข้จนดึก หรือบางครั้งต้องพูดคุยในเรื่องของความรุนแรงเพราะในกระบวนการรักษาผู้ป่วยจะไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์กับสามีได้ ผู้ชายบางคนเมื่อดื่มเหล้ากลับมามักต้องการหลับนอนกับภรรยา เมื่อถูกไล่ออกไปนอนข้างนอก บางรายตอนเช้าสามีก็นั่งประตู่เข้าไปใช้ความรุนแรงทำร้ายร่างกาย บางรายก็ถูกกล่าวหาว่ามีชู้ บางรายสามีก็นอนกับผู้หญิงอื่น ดังนั้นเมื่อมีเรื่องของความสัมพันธ์ทางเพศเข้ามาเกี่ยวข้อง ในการเก็บข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลบางเรื่องที่ต้องการ จึงต้องอาศัยสอบถามจากคนบ้านใกล้เคียงเพิ่มเติม เพื่อนำไปยืนยันกับข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วย

สอง คือ การสอบถามในเรื่องของอาการ เช่น เวลาเลือดออกเป็นอย่างไร อวัยวะเพศเป็นอย่างไร มีความรู้สึกทางเพศหรือไม่ ต้องสอบถามในทุกเรื่อง เพื่อที่จะรู้ว่าอาการเจ็บป่วยอย่างไรที่สร้างความทุกข์ให้กับ

“

การสร้างความเข้าใจให้กับผู้ป่วยในการดูแลตนเอง เทคนิคในการถามและการตั้งคำถามจึงเป็นเรื่องที่สำคัญมาก และหลังจากได้ข้อมูลแล้วก็ต้องกลับมาเขียนเก็บไว้อย่างสม่ำเสมอ เพื่อตรวจสอบว่า ยังขาดข้อมูลในส่วนใด เพราะเป็นส่วนสำคัญที่จะสะท้อนความรู้สึกของคนไข้กลุ่มหนึ่งเจ้าหน้าที่อีกกลุ่มหนึ่งกับส่วนของงานในการนำไปสู่การปรับแนวทางการทำงานในการดูแลคนไข้ตลอดกระบวนการรักษา

”

ผู้ป่วย ในการพูดคุยเรื่องเหล่านี้ต้องประเมินสถานการณ์ด้วยว่า ผู้ป่วยจะรับได้หรือไม่ เช่น เรื่องเส้นผมหลุดร่วงจากการรับคีโมแล้วได้ยินเสียงอยู่ตลอดเวลา หากถามว่าผมร่วงไหม เมื่อตอบว่า ร่วง ต้องถามต่อว่ารู้สึกอย่างไร หลังจากได้รับคีโม ตื่นขึ้นมารู้สึกอย่างไร เมื่อเห็นผมตัวเองร่วงตกใจไหม รู้สึกอย่างไร หรือเรื่องกลิ่น ในทางวิชาการจะเขียนว่า ผู้ป่วยจะมีกลิ่นเฉพาะ กลิ่นนี้เป็นอย่างไรก็ต้องให้เขาพยายามอธิบาย พร้อมๆ ไปกับการสร้างความเข้าใจให้กับผู้ป่วยในการดูแลตนเอง เทคนิคในการถามและการตั้งคำถามจึงเป็นเรื่องที่สำคัญมาก และหลังจากได้ข้อมูลแล้วก็ต้องกลับมาเขียนเก็บไว้อย่างสม่ำเสมอ เพื่อตรวจสอบว่า ยังขาดข้อมูลในส่วนใด เพราะเป็นส่วนสำคัญที่จะสะท้อนความรู้สึกของคนไข้กลุ่มหนึ่งเจ้าหน้าที่อีกกลุ่มหนึ่งกับส่วนของงานในการนำไปสู่การปรับแนวทางการทำงานในการดูแลคนไข้ตลอดกระบวนการรักษา

ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกนั้น แม้ได้ตัดมดลูกออกแล้ว ยังต้องมีกระบวนการตรวจเพื่อติดตามอาการต่อเนื่องจนครบ 10 ปี เพราะมีอัตราการกลับมาเป็นซ้ำในวัยระอื่นๆ ได้อีก โดยอาจเป็นผลจากการกระจายของโรคหรือเกิดจากการผ่าตัดแล้วทำให้โรคกระจาย แต่ไม่ได้หมายความว่า

“

ในการลงเก็บข้อมูล ทำให้รู้ถึงความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยได้รับ หลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูก เริ่มต้นตั้งแต่ความทุกข์ในกระบวนการวินิจฉัยโรค เมื่อหมอตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ...ภาวะจิตใจในช่วงนี้ของผู้ป่วยจึงมักเกิดความสับสนว่าตนเองจะป่วยเป็นโรคมะเร็งหรือไม่ หรือเป็นเพียงแค่ปากมดลูกเป็นแผล ความรู้สึกของผู้ป่วยที่กำกวมกันเรื่อย ๆ เช่นนี้ทำให้กระบวนการวินิจฉัยโรค

”

เป็นแล้วตาย เพราะมะเร็งมีหลายประเภทบางชนิดเท่านั้นที่จะตายในระยะเวลานานสั้น บางชนิดสามารถรักษาให้หายได้ เพียงแต่ผู้ป่วยต้องดูแลตัวเองมากกว่าคนอื่น แต่เมื่อผ่านกระบวนการรักษาแล้วก็สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ แต่นั่นก็หมายถึงค่าใช้จ่ายจำนวนมาก จากการเดินทางเพื่อไปรับการตรวจที่ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบ

พรหมมาศ เล่าว่า ในการลงเก็บข้อมูล ทำให้รู้ถึงความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยได้รับ หลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูก เริ่มต้นตั้งแต่ความทุกข์ในกระบวนการวินิจฉัยโรค เมื่อหมอตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ ผู้ป่วยต้องรออีกสองอาทิตย์ ในบางรายก็ต้องรอเป็นเดือน ภาวะจิตใจในช่วงนี้ของผู้ป่วยจึงมักเกิดความสับสนว่าตนเองจะป่วยเป็นโรคมะเร็งหรือไม่ หรือเป็นเพียงแค่ปากมดลูกเป็นแผล ความรู้สึกของผู้ป่วยที่กำกวมกันเรื่อย ๆ เช่นนี้ทำให้กระบวนการวินิจฉัยโรค นอกจากนั้น ยังพบว่าหลายกรณีที่ตรวจมะเร็งปากมดลูกไปแล้วได้รับการแจ้งผลการรักษาว่าเป็นในครั้งแรก แต่ครั้งต่อไปบอกว่าไม่เป็น ไปจนถึงการที่แพทย์บางคนไม่มีความเข้าใจถึงจิตใจของผู้ป่วย ให้คำตอบแบบตรง ๆ ว่า “คุณเป็นมะเร็งในระยะสาม”

ซึ่งทำให้ผู้ป่วยบางคนแทบหัวใจสลาย หลังจากนี้ยังมีเรื่องของการทำงาน เข้าใจในการดูแลตนเองเรื่องโรคมะเร็งภายหลังจากทราบผลการตรวจ การทำความเข้าใจกับครอบครัวและสภาพแวดล้อม

นอกจากนี้ยังมีความทุกข์ในกระบวนการของโรค ตั้งแต่ที่วันดีคืนดีนั่งทำงานอยู่ก็มีเลือดไหลออกมาทางช่องคลอด โดยไม่รู้สาเหตุ กว่าจะรู้ตัวจนกระทั่งมาพบแพทย์ เลือดอาจไหลออกมานั้น อาจไหลตลอดเวลาจนอาจต้องมีการให้เลือด

“ฉันได้ยินเสียงผมของตัวเองตลอดเวลา” นี่ก็เป็นหนึ่งในอาการที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้ารับการรักษา โดยผู้ป่วยเกือบทั้งหมดต้องโกนผมอันเป็นผลข้างเคียงจากการรับคีโม จากนั้นอาการป่วยจึงเริ่มส่งผลถึงความสัมพันธ์ในครอบครัว เนื่องจากในระหว่างขั้นตอนของการรักษา ผู้ป่วยจะไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์กับสามีได้ บางรายถูกสามีข่ม บางรายต้องแยกทางเนื่องจากความไม่เข้าใจ

ข้อมูลเหล่านี้จึงทำให้เกิดความตระหนักรู้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกนั้นคาบเกี่ยวอยู่กับความทุกข์ตลอดทุกวินาที และไม่รู้ว่าจะสิ้นสุดเมื่อไร

“สิ่งที่ได้เรียนรู้ครั้งนี้ทำให้เห็นว่า ในทางการแพทย์มองเรื่องทุกข์ก็คือทุกข์ แต่ไม่มีความถี่ในเชิงปริมาณ ไม่มีความเข้มข้น ไม่มีจังหวะเวลาว่าเป็นอย่างไร” นักวิจัยจากงานประจำอย่างพรหมมาศ ชี้ถึงช่องว่างของความรู้เกี่ยวกับความป่วยไข้ที่เขาค้นพบจากการทำวิจัยเชิงคุณภาพในครั้งนี้

กระบวนการดูแลตนเอง นับว่าเป็นปัญหาอันหนักหน่วงที่ผู้ป่วยต้องเผชิญด้วยตนเอง และที่นอกเหนือไปกว่านั้น คือ มิติของครอบครัว มุมมองของชุมชนที่มีต่อผู้ป่วย เมื่อมีวิธีการปฏิบัติกิจกรรมไม่เหมือนคนทั่วไปในเวลาที่อยู่ในชุมชน การสงวนท่าที กิจกรรมบางอย่างเพื่อไม่ให้เกิดการรับรู้ในชุมชน ความไม่เป็นธรรมชาติของตัวเอง ก็เป็นความทุกข์ที่บางเรื่องผู้ป่วยสามารถจัดการได้ด้วยตนเอง แต่บางเรื่องก็จัดการไม่ได้

มุมมองของชุมชนต่อโรคมะเร็ง ส่วนหนึ่งอันเป็นผลจากการรณรงค์ให้ความรู้กับชุมชนมาก จนความรู้นั้นไปทับถมผู้ป่วยในบางเรื่อง เช่น หนึ่งที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการถูกตีตราว่าเป็นแล้วต้องตาย บางชุมชนหยิบยกสาเหตุการเกิดโรคว่าเกิดจากการสำส่อน อันเป็นผลจากการให้ข้อมูลว่า มะเร็งปากมดลูกเกิดขึ้นจากการมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อยมีคู่มาก เป็นต้น ความรู้ของชุมชนจึงถูกขีดไว้เพียงเท่านั้นอย่างไม่มีความเข้าใจ

ชีวิตระหว่างการรักษายังสร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยเป็นอย่างมากอีกด้วย ทั้งเรื่องของความเจ็บปวด การเดินทางไปรักษาที่มีค่าใช้จ่ายค่อนข้างมาก แม้การรักษาพยาบาลจะใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ แต่การที่ต้องหยุดงานเพื่อไปตรวจ ก็ทำให้ต้องสูญเสียรายได้ของครอบครัวจำนวนหนึ่งไป

แม้บางครั้งความรู้จะช่วยเยียวยาให้ระดับความทุกข์ลดน้อยลง แต่ทัศนคติของความกลัวก็ยังคงอยู่ เพียงแต่ต้องใช้เวลาเพื่อให้เบาบางลง ผู้ป่วยบางรายยังมีความพึงใจว่าต้องเป็นอะไรสักอย่างหนึ่งเวลาเจ็บท้อ้น้อย อย่างไรก็ตามความกลัวนั้น พรหมมาศ ยังมองเห็นว่าพอจะมีคุณค่าต่อชีวิตผู้ป่วยและเพื่อนสตรีด้วยกันอยู่บ้าง

“ผมคิดว่าสามารถผันแปรความกลัวเพื่อไปบอกคนอื่น ๆ ได้ว่าทุกปีต้องมาตรวจมะเร็งปากมดลูก”

ความรู้ที่ได้จากการวิจัยได้ถูกเชื่อมโยงมาใช้ในการทำงานกับกลุ่มผู้ป่วย หรือเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก โดยคิดค้นกระบวนการทำงานของกลุ่มงานเวชปฏิบัติและครอบครัวให้ลักษณะเชิงรุกมากกว่าที่ผ่านมา นั่นคือ รอให้ผู้ป่วยรักษาหายกลับคืนสู่ชุมชน แล้วเจ้าหน้าที่จึงตามไปดูแล ซึ่งตอนนั้นก็อาจสายเกินไปแล้ว

“

มุมมองของชุมชนต่อโรคมะเร็ง ส่วนหนึ่งอันเป็นผลจากการ
รณรงค์ให้ความรู้กับชุมชนมาก จนความรู้นั้นไปกับคนผู้ป่วย
ในบางเรื่อง เช่น ขณะหนึ่งที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการถูกตีตรา
ว่าเป็นแล้วต้องตาย บางชุมชนหวั่นภัยจากการเกิดโรคว่าเกิด
จากการสำส่อน อันเป็นผลจากการให้ข้อมูลว่า มะเร็งปากมดลูก
เกิดขึ้นจากการมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อยมีคู่มาก

”

“การเรียนรู้ที่ได้ในครั้งนี้ ผมเชื่อว่าได้มากในแง่ของการทำงาน”

พรหมมาศ กล่าว

สิ่งที่ควรทำความเข้าใจตั้งแต่การเดินทางไปรักษาระหว่าง
ชุมชนกับโรงพยาบาลกับศูนย์มะเร็ง กระบวนการในการดูแลและประเมิน
เพราะมะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่ผู้หญิงเป็นมากเช่นเดียวกับมะเร็ง
เต้านม ซึ่งการแก้ปัญหาอาจไม่แตกต่างกันมากนัก

กล่าวได้ว่าการทำวิจัยในครั้งนี้เป็นการเชื่อมต่อข้อมูลจากผู้ป่วยที่เคย
ถูกให้ความสำคัญเป็นแค่เพียงส่วนเล็กๆ ให้ไหลย้อนกลับไประบบการดูแล
รักษา รวมทั้ง หมอและพยาบาล อันเป็นเรื่องที่จะทำให้งานเกิดการพัฒนา
ไปในทางที่ดีขึ้น

นอกจากนี้ ยังทำให้รู้ถึงแนวทางการจัดการเมื่อพบข้อมูล วิธีการที่จะ
จัดการกับปัญหาในระดับชุมชน แนวทางในการแก้ไขในแง่ของการทำงาน
โดยเฉพาะในกลุ่มของผู้เป็นมะเร็งปากมดลูก ที่ยังขาดความเชื่อมต่อของ
ระบบบริการระหว่างโรงพยาบาลแก่งหางแมวและโรงพยาบาลศูนย์มะเร็ง
ระบบการบริการที่ยังมองการรักษาในด้านพยาธิสภาพของโรคมกกว่าการ
มองโรคในมิติอื่น กระบวนการในการทำให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชน



และสังคมของตนเองได้อย่างปกติสุข การเพิ่มเติมการการดูแลตลอดกระบวนการรักษา ซึ่งล้วนเป็นข้อมูลสำคัญในการสะท้อนกลับไปสู่โรงพยาบาล ให้เจ้าหน้าที่ ให้หมอ เกิดความเข้าใจชุมชนและวางแผนในการดูแลผู้ป่วยตลอดกระบวนการ

พรหมมาศ สะท้อนว่า ในการเรียนรู้เพิ่มเติม ต้องปรับความคิดในหลายๆ อย่าง เพราะเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน เช่น “ทำไมบ้างไม่ตามนัด” แต่คนที่ถามไม่เคยรู้ว่าบ้านป่าอยู่ไกลขนาดไหน ต้องเดินทางอย่างไร บางครั้งเมื่อไม่รู้ภูมิหลังของผู้ป่วยก็จะไม่สามารถอธิบายได้ หรือไม่เข้าใจว่าทำไมผู้ป่วยที่หมอบอกว่ากำลังจะตายอยู่ได้ไม่เกิน 3 อาทิตย์ แต่สามารถอยู่มาได้อีกนานเป็นปี

เมื่อหมอและพยาบาลเจอเจอผู้ป่วย โดยทั่วไปมักมองที่ตัวผู้ป่วยว่าเป็นอย่างไร แต่ในความเป็นจริง ญาติ และบริบทรอบตัว เป็นเรื่องที่สำคัญที่สุด เพราะเป็นสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ในมิติความสัมพันธ์แบบนี้ จึงทำให้พบว่า คนที่เราควรจะดูแลแรกๆ เป็นใคร และหากบริบทเหล่านี้ดี ผู้ป่วยก็จะได้รับการดูแลที่ดีขึ้น

และสิ่งสำคัญอีกส่วนหนึ่งที่เขาบอกว่าเกิดการเรียนรู้ ก็คือ “การแพทย์เป็นวิทยาศาสตร์ แต่การทำงานในเชิงของมนุษยวิทยายังมีเรื่องอื่นอีกที่เราสามารถเข้าไประดับประคองจิตใจของคนไข้ ของญาติ ในการทำงานก็ปรับความคิดพอสมควรว่าอย่างนี้ไม่ได้ หนึ่งบวกหนึ่งจึงไม่เท่ากับสองเลยทีเดียว”

ท้ายที่สุดนี้ จากการเรียนรู้การทำงานเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นสิ่งใหม่ที่ได้ค้นพบจากการวิจัยในงานประจำ พรหมมาศ ได้นำมุมมองของนายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ที่ว่า “ชีวิตของคนไข้ไม่ได้สิ้นสุดแค่การจ่ายยา แล้วก็กินยาตามนัด” มาใช้ในการเฝ้ามองผู้ป่วยของเขาเรื่อยมาจนถึงวันนี้

และยังเชื่อมั่นว่าในการทำงานนั้น หากเปิดโอกาสให้ตนเองได้ทำไปเรียนรู้ไป จะมีเรื่องราวอันทรงคุณค่าและเป็นประโยชน์ต่อเพื่อนมนุษย์เกิดขึ้นบทวีเรื่อยไปไม่รู้จบสิ้น ๕

ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองกุงศรี
จังหวัดกาฬสินธุ์
“พลังสีขาว” ไร้เทียมทาน
เมืองงานวิจัยเต็มเต็ม



เสียง แคนและจังหวะดนตรี สอดประสานกับการแสดงหมอลำ ซึ่งเป็นศิลปะพื้นบ้านที่เคียงคู่กับชาวอีสานมาช้านาน สร้างความคึกคัก สนุกสนาน ถึงกับทำให้ผู้ที่มาร่วมงานอดใจลุกขึ้นมาขยับแข้งขยับขาและ ชักชวนกันออกมาฟ้อนรำกันอย่างครื้นเครงไม่ได้

ผู้คนที่มาร่วมกันที่นี่ต่างยิ้มแย้มแจ่มใส เสียงหัวเราะดังเป็นระยะๆ สลับกับเสียงปรบมือตามจังหวะดนตรี ปรบกายตาบ่งบอกถึงความสุข ความยินดีปรีดา เพราะอย่างน้อยการที่ได้มาร่วมกันในโอกาสพิเศษนี้ก็ช่วย บัดเป่าความทุกข์และกังวลใจต่อโรคภัยไข้เจ็บที่เรื้อรังมานานป้อนออกไปจาก หัวใจได้ส่วนหนึ่ง หลังจากผ่านพิธีการสำคัญ นั่นคือ **“พิธีผูกเสี่ยว เบาหวาน”**

ภาพแห่งความสุขที่เกิดขึ้นเมื่อปี 2550 ที่ผ่านมาดังกล่าวดูเหมือนจะเป็นช่วงเวลาแห่งการเฉลิมฉลองความสำเร็จของโครงการ “เสี่ยวอ่อนหวาน สานสุข” แต่แท้ที่จริงแล้ว นั่นเป็นเพียงบทโหมโรงก่อนถึงเวลาเริ่มต้นของการเรียนรู้ครั้งสำคัญของทีมงานที่อยู่เบื้องหลัง



ก่อนเกิดสิ่งที่เรียกว่า “เสี้ยว help group model” อย่างสมภาคภูมิในวันนี้

หลังจากคลุกคลีกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานมานานทำให้ **ศิริมา โศดตาแสง** พยาบาลวิชาชีพ 7 ในฐานะ **หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนหนองกุงศรี** ที่มีพื้นที่รับผิดชอบอยู่ 13 หมู่บ้าน ดูแลประชากรกว่า 8,000 คน คิดหาวิธีการใหม่ๆ ที่จะเป็นคำตอบสำหรับการดูแลสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างแท้จริง

จากการสำรวจและวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนหนองกุงศรี ซึ่งตั้งอยู่ภายในรั้วเดียวกับ **โรงพยาบาลหนองกุงศรี** อำเภอหนองกุงศรี ซึ่งอยู่ห่างจากตัวจังหวัดกาฬสินธุ์ 80 กิโลเมตร ในปี 2549 มีผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด 181 คน พบมีภาวะแทรกซ้อนจำนวน 21 คน คิดเป็น ร้อยละ 11.6 ของผู้ป่วยโรคนี้ทั้งหมด

นอกจากนี้ ข้อมูลจากการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนในหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยเบาหวานมากที่สุดแห่งหนึ่งในพื้นที่

รับผิดชอบของคุณีสุขภาพชุมชนแห่งนี้ พบว่า สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนใน 3 อันดับแรก คือ ความเครียดจากการที่ต้องอาศัยอยู่เพียงลำพังเพราะลูกไปทำงานต่างจังหวัด ตามด้วยการออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ และสุดท้าย คือ การรับประทานที่ไม่เหมาะสมกับโรค อาทิ ชอบกินอาหารรสจัด หรือกินข้าวกับผลไม้รสหวาน เช่น มะม่วง มะขามหวาน กล้วย ฯลฯ รวมทั้ง ยังพบสาเหตุอื่นๆ ร่วมด้วย อาทิ การลดยาเบาหวานด้วยตนเอง กินยาไม่ตรงเวลา หยิบยืมยาเบาหวานจากผู้ป่วยคนอื่น ไม่มีความรู้เรื่องการดูแลเท้า ซึ่งเป็นจุดเปราะบางต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนสำหรับผู้ป่วยโรคนี้ เป็นต้น

จากการประเมินตนเองในคลินิกเบาหวานของคุณีสุขภาพชุมชนหนองกุศรีในขณะนั้น ยังทำให้ได้ข้อมูลในเรื่องปัญหาจากระบบบริการสาธารณสุข โดยพบว่า การดูแลผู้ป่วยยังไม่เป็นระบบที่ชัดเจนและขาดความต่อเนื่อง โดยมีสาเหตุมาจากการขาดการทำงานเป็นทีม รวมถึงขาดการ

“
มาบิเทกที่สถานีอนามัยแห่ง
หนึ่งในอำเภอหนองกุศรี
ขณะที่ได้ฟังก็ได้เกิดแนวคิดว่า
ทำอะไรจะมีองค์ประกอบ
3C เกิดขึ้นที่ จบปิงไอเตย
เรียกว่า ปิงแฉับขึ้นมาเลย...
เสี้ยว... เสี้ยว “เสี้ยว help
group” คิดคำนี้อยู่ในใจทันที

”



■ ศิริมา โคตตาแสง



ศักยภาพของชุมชนหรือองค์กรท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมอย่างเต็มที่

ส่วนผลการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในปี 2549 พบว่าประชากรกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรอง ร้อยละ 88.12 และพบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ร้อยละ 5.3

จากข้อมูลที่พบประกอบกับนโยบายการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในปัจจุบัน ที่ยึดหลัก 3 C คือ Class, Club & Camp ผูกกับประสบการณ์ที่ผ่านมาในการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบการจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self help group) ทำให้เสริมเกิดความคิดในการที่จะนำประเพณีท้องถิ่นมาประยุกต์ใช้ในการทำงานดังได้กล่าวในตอนต้น

“ตอนแรกเลยคิดว่าปัญหาเบาหวานนี้เป็นปัญหาล้ายๆ กันกับทุกพื้นที่ ประกอบกับในช่วงที่ผ่านมา ทางกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายจัดกระบวนการสร้างเสริมการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยให้ยึดหลัก 3 C คือ class & club & camp โดยมีทีมนิเทศจาก สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขตสกลนคร มานิเทศที่สถานีอนามัยแห่งหนึ่งในอำเภอนองนงศรี

ขณะที่ได้ฟังก็ได้เกิดแนวคิดว่าจะมีองค์ประกอบ 3C เกิดขึ้นที่นี่ จน
ปึ้งโอเดีย เรียกว่า ปึ้งแวบขึ้นมาเลย... เสี้ยว... เสี้ยว “เสี้ยว help group” คิด
คำนี้อยู่ในใจทันที

“ที่นึกถึงประเพณีเสี้ยว เพราะเป็นวัฒนธรรมในภาคอีสาน ที่บอกว่าให้
คนเรามีการรักกัน ผูกสัมพันธ์กัน มีความเอื้ออารีต่อกัน หลังจากนั้น ทาง
สปสข. ก็มีหนังสือออกมาว่าถ้าใครสนใจอยากแก้ปัญหาในพื้นที่ให้
เสนอโครงการมาได้ ก็เลยนึกถึง “โครงการเสี้ยวอ่อนหวานसानสุข” เป็นชื่อ
โครงการได้ก่อน แต่กระบวนการ เนื้อใน มาได้ทีหลังจากการศึกษาเรียนรู้จาก
แหล่งอื่น โชคดีตรงที่ตัวเองเคยได้เรียนรู้ ได้ยิน ได้เห็นตัวอย่างดีๆ จาก
โรงพยาบาลหลายแห่ง ทั้งในและนอกจังหวัด รวมทั้ง ได้มีโอกาสการไป
ประเมินศูนย์สุขภาพชุมชนมาตรฐาน จึงได้เกิดแรงบันดาลใจและความ
พยายามคิดหานวัตกรรมหรือหารูปแบบที่จะมาช่วยงานของตนเอง ทำให้รู้สึก
มีคุณค่า มีความหมายมากขึ้น”

แนวคิด 3 C ถูกแปลงสู่
การปฏิบัติในแบบฉบับของศูนย์
สุขภาพชุมชนหนองกุ้งศรี ในชื่อ
โครงการเสี้ยวอ่อนหวานसानสุข
จึงเกิดขึ้น โดยมีการจัดตั้ง **ชมรม**
คนอ่อนหวาน ขึ้น โดยสมาชิกก็
คือผู้ป่วยที่มารับการบริการที่
คลินิกเบาหวาน จัดกิจกรรม **รวม**
โคตรเบาหวาน ขึ้นในชุมชน

ที่สำคัญคือเปิดโอกาสให้
ผู้ป่วยเบาหวานเลือก “คู่เสี้ยว”
กันเองก่อนเข้าร่วมพิธีผูกเสี้ยว
เบาหวาน นอกจากนี้ยังจัดอบรม



“

โครงการเสียว่อนหวานसानสุข มีวัตถุประสงค์หลักคือ ต้องการลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้สัมพันธภาพแบบเสียวเป็นแนวปฏิบัติในการดูแลและให้กำลังใจซึ่งกันและกันรวมถึงมีวัตถุประสงค์รอง คือ การใช้ประโยชน์จาก **ผังเครือญาติ (genogram)** ในการเฟ้าระวังและค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก

”

แก่ผู้ป่วยและญาติ โดยมีเนื้อหาหลักสูตร 2 วัน ยึดหลักแนวคิดหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ส่วนการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยในชุมชนจะเยี่ยมผู้ป่วยทุกรายในรายที่มีภาวะแทรกซ้อน มีทีมสหสาขาวิชาชีพลงเยี่ยมติดตามในชุมชน

โครงการนี้ดำเนินการในระหว่างตุลาคม 2549 ถึง มีนาคม 2550 โดยได้รับบสนับสนุนจำนวนหนึ่งจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (เขตพื้นที่) สาขาสกลนคร

โครงการเสียว่อนหวานसानสุข มีวัตถุประสงค์หลักคือต้องการลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้สัมพันธภาพแบบเสียวเป็นแนวปฏิบัติในการดูแลและให้กำลังใจซึ่งกันและกันรวมถึงมีวัตถุประสงค์รอง คือ การใช้ประโยชน์จาก **ผังเครือญาติ (genogram)** ในการเฟ้าระวังและค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก โดยเปิดพื้นที่นำร่องโครงการนี้ในหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยเบาหวานมากที่สุดหมู่บ้านหนึ่งในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

กิจกรรมที่ดำเนินการมีทั้งเชิงรุกและเชิงรับ โดย เน้นการจัดอบรมให้มี **“หมอหวานอาสา”** โดยชุมชนคัดเลือกมา 5 คน เข้ารับการอบรมหลักสูตร 2 วัน โดยมีบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพโรงพยาบาลเป็นผู้สอน

เนื้อหาเกี่ยวกับการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยโรคเบาหวาน การเจาะเลือดเบาหวาน การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโรคเบาหวานที่ประชาชนควรรู้ การเยี่ยมผู้ป่วยแบบบูรณาการ และการรายงานผลการปฏิบัติงาน

หลังจากทีมหมอหวานอาสาผ่านการอบรมแล้ว ได้มีการจัดกิจกรรมรณรงค์คัดกรองค้นหาผู้ป่วยในชุมชนตามมา พร้อมทั้งจัดประชุมทีมก่อนเริ่มดำเนินการ และประชาสัมพันธ์โครงการให้ชุมชนรับทราบซึ่งได้รับการตอบรับเป็นอย่างดี

6 โมงเช้าของทุกวันศุกร์เป็นเวลานัดหมายผู้ป่วยเบาหวานมาเข้าคิวรอเจาะเลือดและรับการตรวจรักษา ณ คลินิกเบาหวานของศูนย์สุขภาพชุมชนหนองกงศรี ซึ่งกลายเป็นพื้นที่จัดกิจกรรมส่วนหนึ่งของโครงการเลี้ยวอ่อนหวานสานสุข

ในวันนั้น บรรยากาศจะเต็มไปด้วยความคึกคักและคลาคล่ำไปด้วยบรรดาผู้สูงอายุและญาติที่มาส่ง รวมทั้งเจ้าหน้าที่และทีมหมอหวานอาสา 9 ชีวิต ซึ่งออกเดินทางมาเตรียมงานกันช้ากว่าทุกวัน



ศิริมา เล่าถึงงานประจำของเธอและทีมงานว่า มีการวางแผนนัดหมายให้ผู้ป่วยที่อยู่ละแวกบ้านเดียวกันมารับบริการพร้อมกัน วันนั้นผู้ป่วยที่นัดหมายได้งดน้ำตาลอาหารตั้งแต่หลังเที่ยงคืน เมื่อมาถึงคลินิกจึงให้เจาะเลือดก่อนเป็นอันดับแรก หลังจากเจาะเลือดเสร็จได้จัดผลไม้ให้กินรองท้อง ก่อนถึงมื้ออาหารเข้าที่จะกินร่วมกัน ระหว่างมื้ออาหารเข้า เจ้าหน้าที่จะเข้ามาพูดคุยแลกเปลี่ยนโดยใช้อาหารในวันนั้นเป็น “สื่อการสอน” ไปในตัว สำหรับเมนูอาหาร ได้เน้นอาหารพื้นบ้านที่มีในฤดูกาล ที่ขาดไม่ได้คือ ผักลวกและน้ำพริก ทั้งนี้ เจ้าหน้าที่พยายามสร้างความเข้าใจให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการเลือกกินอาหารอย่างเหมาะสมกับโรค โดยเน้นลดอาหารรสหวาน มัน เค็ม

หลังจากอาหารเข้าก็เป็นการเข้ากลุ่มทำกิจกรรม โดยแบ่งผู้รับบริการออกเป็น 3 กลุ่ม ตามระดับน้ำตาลในกระแสเลือดในวันนั้นๆ

กลุ่มแรก เป็นกลุ่มที่มีน้ำตาลในกระแสเลือดระหว่าง 70-140 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ กลุ่มนี้จะออกกำลังกายตามวิถีชุมชน เช่น การเหยียบกะลา ฤๅษีตัดตน ฟ้อนเซิ้งหมอลำ

กลุ่มที่สอง เป็นกลุ่มที่มีค่าน้ำตาลในกระแสเลือดระหว่าง 141-199 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

กลุ่มสุดท้าย เป็นกลุ่มที่มีน้ำตาลในกระแสเลือดอยู่ในเกณฑ์ น้อยกว่า 70 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ หรือ มากกว่า 200 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

กิจกรรมของสองกลุ่มหลังนี้ เน้นกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง โดยศิริมากล่าวว่า เธอพยายามเข้าร่วมในกลุ่มสุดท้ายมากที่สุด ยกเว้นเฉพาะเมื่อติดราชการหรือมีธุระ ซึ่งก็จะมีทีมงานปฏิบัติการแทน



“

ในทางสังคมอีสาน เสี่ยว คือ “คนเดียวกัน” เมื่อเป็น
เสี่ยวกันแล้วทั้งคู่จะบอกหัวใจเป็นหัวใจเดียวกัน ชนิดที่
กล่าวกันว่า “เสี่ยวกับเสี่ยวกันเสี่ยวกันได้” คือไม่รังเกียจ
ซึ่งกันและกัน เสี่ยวมีความหมายลึกซึ้งในความรู้สึกของ
ชาวอีสาน

”

จนถึงเวลาประมาณ 9 โมงเช้า นายแพทย์วรวิทย์ เจริญพร
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองสูงศรี จะทำการตรวจผู้ป่วยด้วยตนเอง
จากนั้นเป็นขั้นตอนของการจัดยาและนัดหมายครั้งต่อไป

สำหรับกิจกรรมที่เป็นหัวใจหลักของโครงการ คือเรื่องของการ
ผูกเสี่ยวเบาหวานนั้น ทางศูนย์สุขภาพชุมชนหนองสูงศรี ได้จัดพิธีผูกเสี่ยว
อย่างเต็มรูปแบบขึ้นในเดือนที่สาม หลังจากทีขอให้ผู้ป่วยเบาหวานเลือก
คู่เสี่ยวจากกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มารักษาตัวที่ศูนย์ฯ ด้วยกัน โดยพิธีจัดขึ้น
ณ บริเวณลานเอนกประสงค์ของโรงพยาบาล

เสิวนั้นจันท์ใด ข้อเขียนจากเอกสารชุด **อีสานปริทัศน์** โดย
อาจารย์บุญเรือง ถาวรสวัสดิ์ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านวัฒนธรรมอีสาน ได้
รวบรวมความหมายของคำว่า “เสี่ยว” ไว้ว่า ในทางสังคมอีสาน เสี่ยว คือ
“คนเดียวกัน” เมื่อเป็นเสี่ยวกันแล้วทั้งคู่จะบอกหัวใจเป็นหัวใจเดียวกัน
ชนิดที่กล่าวกันว่า “เสี่ยวกับเสี่ยวกันเสี่ยวกันได้” คือไม่รังเกียจซึ่งกันและ
กัน เสี่ยวมีความหมายลึกซึ้งในความรู้สึกของชาวอีสาน ในภาษาอีสาน
เสี่ยว หมายถึง คนสองคนที่เกิดมามีความคล้ายคลึงกันมากที่สุด ทั้งเพศ
รูปร่างหน้าตา อากัปกริยา คำพูดจา และบุคลิกภาพและที่สำคัญที่สุดคน
ทั้งสองจะต้องมีอายุเท่ากัน หรือใกล้เคียงกันที่สุด



พิธีผูกเสี่ยวเบาหวานในครั้งนั้นประกอบด้วยการทำบายศรีสู่ขวัญ โดยมี “ตาจ้ำ” อันเป็นคำเรียกขานบุคคลที่สามารถสื่อสารกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ชาวบ้านเคารพนับถือได้ มาเป็นประธาน ผู้ที่มาร่วมงาน ก็คือ คู่เสี่ยวผู้ป่วยเบาหวาน สมาชิกจากชมรมผู้สูงอายุ ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน สมาชิกเทศบาล ผู้อำนวยการโรงเรียน เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลใกล้เคียง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและทีมงาน พร้อมด้วยญาติผู้ป่วย รวมทั้งสิ้นราว 300 คน

ทุกคนที่เข้าร่วมในพิธีนั้นร่วมกันบนเสื่อและอยู่ในวงล้อมของสายสิญจน์ โดยมี **หมอสูต** ซึ่งหันหน้าไปทางทิศเหนือ นั่งอยู่ตรงกลาง พร้อมกับมีพานบายศรีฝีมือของชาวบ้านในชุมชนตั้งอยู่ตรงหน้า ส่วน **คู่เสี่ยว** นั่งอยู่วงในสุด ผู้สูงอายุหลายคนร่วมเปล่งเสียงประสานกันขณะทำพิธีว่า

“ให้ชักแพ่งกันเด้อ ให้เบ่งแก่งกันเด้อ” (ให้รักกันและดูแลกัน)

“ขวัญเอ้ย มาเด้อ ขวัญเอ้ย ”

หลังจากหมดสูตรทำพิธีเสร็จสิ้น ก็ทำการผูกคู่เสี้ยวด้วยด้ายสายสิญจน์ที่ปั่นจากฝ้ายสีขาวบริสุทธิ์ เพื่อเป็นสิริมงคล หลังจากนั้นจึงแยกย้ายช่วยกันผูกแขนผู้ที่มาร่วมงานพร้อมกับคำอวยพร

ศิริมาบันทึกไว้ในช่วงหนึ่งของ **รายงานการวิจัย เสี้ยวอ่อนหวาน สานสุข การประยุกต์ใช้ประเพณีผูกเสี้ยว: มุมมองใหม่ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน** ว่า

“เห็นผู้ป่วยบางคนมีน้ำตาลแดง ๆ และมีน้ำตาลคลอเบาทั้งสองข้าง ขณะมีคนผูกแขนให้ ส่วนตัวฉันมีความรู้สึกตื่นตื้นใจเหมือนมีอะไรบางอย่างเข้ามาในร่างกาย ทำให้ฉันมีแรงเพิ่มขึ้นและรู้สึกขอบคุณที่แขนทั้งสองข้าง”

พิธีผูกเสี้ยวเสร็จสิ้นหลังพระภิกษุ 9 รูป ฉันทตาทหารเพล และให้พร ประพรมน้ำพระพุทธมนต์แก่ผู้มาร่วมงาน จากนั้น ทุกคนก็ล้อมวงรับประทานอาหารกลางวันร่วมกัน

และที่ขาดไม่ได้ในงานบุญประเพณีของอีสานคือการแสดงศิลปะพื้นบ้านหมอลำซึ่งวันนั้นได้สอดแทรกเนื้อหาสาระเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานในกลอนหมอลำด้วย

ผู้สูงอายุหลายคนลุกขึ้นฟ้อนรำอย่างสนุกสนาน...งานวันนั้นจบลงด้วยความประทับใจ

โครงการ เสี้ยวอ่อนหวานสานสุขที่กำลังเดินหน้าไปอย่างสวยงามเริ่มสะดุดเข้ากับคำถามและความท้าทายในรูปแบบใหม่ ว่าสิ่งที่ศิริมา “ปังแสบ” ขึ้นมานี้จะก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงสมดังเป้าหมายได้จริงแค่ไหน เมื่อวันหนึ่งเครื่องมือชิ้นใหม่ที่เรียกว่า “การวิจัย” ได้ถูกเติมเข้าสู่กระบวนการทำงาน



“โชคดียตรงที่ศูนย์สุขภาพชุมชนอยู่ในโรงพยาบาล เพราะโรงพยาบาลของเราเข้ากระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล กระบวนการเหล่านั้นจึงเข้ามาปลูกฝังแนวคิดให้เราว่าการทำงานนั้นเราต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยจะต้องมีการตรวจสอบตัวเองอยู่ตลอด นอกจากนี้ ที่จังหวัดของเรายังสนับสนุนให้เกิดการสร้างนวัตกรรม และกรณีศึกษาที่ดี (best practice) โดยใช้หลักวิชาการและทำให้เป็นงานวิจัย จึงเห็นว่าน่าจะมาเรียนรู้ในตรงนี้และเอางานวิจัยชิ้นนี้เข้ามา”

เธอได้ก้าวสู่ โครงการอบรมหลักสูตรการวิจัยจากงานประจำ (On the Job Training) จัดโดย สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ ซึ่งจัดอบรมให้กับกลุ่มนักวิชาการสาธารณสุขและบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ครั้งนั้นเธอไปพร้อมกับประเด็นการวิจัยที่พัฒนาขึ้นมาจากงานที่กำลังอยู่ในระยะเข้าค่ายเข้าเข็ม นั่นคือ การประยุกต์ใช้ประเพณีผูกเสี่ยวอีสานในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

“ตอนเรียนปริญญาตรีตกวิทย์ แต่ผู้อำนวยการให้กำลังใจว่าเราน่าจะทำได้ จึงทำให้ได้เข้ามาเรียนรู้ จากในครั้งแรกไม่มั่นใจ แต่พอได้เข้ามารับทราบข้อมูล ได้มารับคำชี้แนะจากกัลยาณมิตร ทำให้มั่นใจว่าเราทำได้ โดยพยายามทำตามที่อาจารย์ชี้แนะคือ ทำไปเรียนรู้ไป

“อย่างตัวเองยกตัวอย่างได้ชัดเลยว่าใช้ใจนำความรู้ รู้แต่ว่าอาจารย์ให้ไปเก็บข้อมูล ก็ไปเก็บข้อมูลตามประสา ดีไม่ดีก็เก็บมา นำมาเสนอ อาจารย์ช่วยขัดเกลา เจียรไนเราอีกครั้งหนึ่ง” ศิริมาเล่า

การอบรมในครั้งนั้นมีเป้าหมายเพื่อพัฒนานักวิชาการสาธารณสุขมีทักษะในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ พัฒนาทักษะการทำวิจัยและวิเคราะห์สภาพปัญหาจากการทำงานประจำวัน สร้างเครือข่ายนักวิชาการสาธารณสุขที่สนใจการทำวิจัยเชิงคุณภาพตามพื้นที่ต่าง ๆ

ศิริมาได้เข้าอบรมหลักสูตรต่อเนื่อง 1 ปี โดยเป็นการอบรมควบคู่ไปกับการทำงานประจำ ประกอบด้วยการอบรม 4 ครั้ง และฝึกงานที่สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ 1 เดือน ซึ่งเธอถือว่าเป็นช่วงเวลาสำคัญในการ “ผ่าทางตัน” ในชีวิตการทำงานของเธอ เพราะการทำงานประจำในศูนย์สุขภาพชุมชนที่พบเจอผู้สูงอายุที่ป่วยเบาหวานเรื้อรัง ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ทำให้เกิดคำถามมากมายที่ต้องการคำตอบ หรือแม้กระทั่งสิ่งที่คิดเอาไว้ว่าเป็นทางออก เอาเข้าจริงก็ไม่วั้รู้ว่า เป็นทางออกจริงหรือไม่ จน

กระทั่งกระบวนการวิจัยได้นำพาเธอไปหาคำตอบและพิสูจน์ว่าอะไรคือทางออกของปัญหา

“โดยส่วนตัวเป็นคนขี้สงสัย แต่บนความสงสัยที่ผ่านมาไม่มีกระบวนการที่เป็นขั้นเป็นตอนพอมาได้เรียนรู้การวิจัย จาก “ต่อม เอ๊ะ” เช่น เอ๊ะ! ทำไมผู้ป่วย



“

เป็นเรื่องจำเป็นที่จะต้องมึงานวิจัยเข้าไปในงานประจำด้วย เพราะตั้งแต่การค้นคว้าปัญหา การจัดการ ถ้าหากว่าเราดำเนินการไปตามปกติ เราจะไม่ทราบเลยว่า ปัญหาตรงนี้นั้นตรงกับปัญหาที่เป็นจริงไหม การดำเนินการถูกต้องไหม แล้วผลของมันมีจริงไหม

”

เบาหวานที่รับผิดชอบที่มีภาวะแทรกซ้อน มันเกิดขึ้นจากอะไร? พบว่าปัญหาอันดับแรกเลย เป็นเพราะเขามีความเครียดจากการที่ลูกไปทำงานต่างจังหวัด หรือว่าอยู่กันสามภรรยา ไม่มีลูกหลานคุยด้วย ประเด็นที่สองการปฏิบัติตัว การมาตรวจตามนัดไม่ค่อยสม่ำเสมอ... เมื่อเราเห็นประเด็นแล้ว เราก็คิดถึงโครงการเสียที่จะมาช่วยได้ แต่จะช่วยให้จริงไหม นี่จึงเป็นคำถามในเชิงวิจัยว่าถ้าเรานำประเพณีมาผูกเสี่ยวมาประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยเบาหวานแล้ว มันจะทำให้ประสิทธิภาพการทำงานเบาหวาน เราดีขึ้นไหม”

นายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ผู้อำนวยการสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ “ครู” คนสำคัญของศิริมา สะท้อนมุมมองที่มีต่อนักวิจัยมือใหม่คนนี้ว่า

“พอเขาเอาโครงการนี้เข้ามาเพื่อที่จะทำวิจัย เราก็ตั้งคำถามเขาเยอะ เขาก็ต้องไปค้นเยอะ เขาก็พบว่า ไรท์ที่เขาทำไป มันรู้ได้เพียงสามกหลายในทางวัฒนธรรมท้องถิ่น เขาคิดเอาเองว่าเสี่ยวมันเป็นแบบนี้ๆ ก็ได้ มันก็เหมือนกับเสี่ยวของทางจังหวัดทุกวันนี้ ที่จับใครมาผูกกับใครก็ได้ แต่พอกระบวนการอบรมทำให้เขาต้องค้นคว้าสืบสาวเรื่องเสี่ยวของท้องถิ่น ลักษณะทางวัฒนธรรมของชาวบ้านให้ถ่องแท้ ถึงความผูกพันระหว่างเสี่ยวอย่างที่เขารียกว่าเสี่ยวต่อเสี่ยวตายแทนกันได้ เขาก็รู้สึกว่ ที่เขากำหนดมันขาดความรู้ชุดหนึ่ง

ก็ใช้กระบวนการวิจัยไปค้นคว้า และเปรียบเทียบขึ้นมาให้เห็นว่า แนวคิดที่เขา
ออกแบบไปแล้วกับสิ่งที่เขาไปค้นคว้าวิจัยจะเอามาบูรณาการกันได้อย่างไร
ใหม่ นั่นจึงเกิดเป็นโครงการใหม่ๆ ในพื้นที่”

นายแพทย์วรวิทย์ เจริญพร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองกุงศรี
หนึ่งในผู้จุดประกายให้พยาบาลวิชาชีพในสังกัด ได้เข้าสู่กระบวนการเรียนรู้
เรื่องวิจัยสะท้อนว่า

“ตอนนั้นผมมองว่าเป็นเรื่องจำเป็นที่จะต้องมียานวิจัยเข้าไปในงาน
ประจำด้วย เพราะตั้งแต่การค้นหาปัญหา การจัดการ ถ้าหากว่าเราดำเนินการ
ไปตามปกติ เราจะไม่ทราบเลยว่า ปัญหาตรงนั้นมันตรงกับปัญหาที่เป็นจริงไหม
การดำเนินการถูกต้องไหม แล้วผลของมันมีจริงไหม เพราะฉะนั้น จึงต้องมีสิ่ง
ยืนยัน ซึ่งผมคิดว่างานวิจัยช่วยเราได้มาก ในช่วงที่เราเริ่มต้นโครงการ เรายัง
ไม่มั่นใจว่าจะได้ผลหรือไม่ แต่พอเราทำมาช่วงหนึ่ง ก็เริ่มมองเห็นว่าได้ผลดี
แม้ว่าปริมาณงานของเจ้าหน้าที่อาจจะไม่ได้ลดลงมาก แต่ความพึงพอใจของ
ผู้รับบริการสูงขึ้น เขาอยากจะมาโรงพยาบาล เมื่อถึงวันนัด โอกาสขาดนัด
น้อยลง”



■ นายแพทย์วรวิทย์ เจริญพร

การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อค้นหา
คำตอบที่กำหนดไว้บนวิธีการทำงานแบบ
“ทำไปเรียนรู้ไป” ทำให้เธอและทีมงาน
ต้องเข้าไปสร้างความสัมพันธ์คลุกคลีกับ
ชุมชนและชาวบ้านมากขึ้น บางครั้งก็ไป
ร่วมกิจกรรมงานบุญของชุมชน กินข้าว
กลางนากับชาวบ้าน เพราะการเข้าถึง
ข้อมูลเชิงคุณภาพต้องอาศัยการสัมภาษณ์
และการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม ด้วยเหตุนี้
จึงต้องสัมภาษณ์แบบเจาะลึกกับกลุ่ม
คู่เลี้ยวเบาหวานถึง 3 คู่



ศูนย์สุขภาพชุมชนกับหมู่บ้านที่เป็นเป้าหมายการวิจัยอยู่ห่างกันประมาณ 1 กิโลเมตร พาหนะคู่ใจของเธอคือ รถจักรยาน ที่สามารถนำพาไปได้ทุกหนทุกแห่งเท่าที่มีแรง การเดินทางในครั้งนั้นไม่ได้หนักหนาหรือโดดเดี่ยวแต่อย่างใด เพราะนอกจากเพื่อนร่วมงานในศูนย์สุขภาพชุมชนหนองกุ้งศรีที่อยู่ในวัยไล่เลี่ยกัน และพร้อมสนับสนุนและแบ่งเบาการทำงานอย่างเข้าใจแล้ว เธอยังรู้สึกอุ่นใจที่มีเพื่อนร่วมทีมและเพื่อนร่วมทางที่รู้ใจอย่าง **สุพศิน สีสุมา** ประธาน อสม. อำเภอหนองกุ้งศรี และรองประธาน อสม. จังหวัดกาฬสินธุ์ เดินเคียงข้างเป็นคู่คิดเสมอยามต้องทำงานที่เกี่ยวข้องกับชุมชน

เพื่อนคู่คิดผู้ที่พร้อมสละเวลาเดินเคียงข้างศิริมาคณนี้ เป็นเจ้าของฉายา “**อสม.มือประสานสิบทิศแห่งชุมชนหนองกุ้งศรี**” สุพศิน ทำงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขตั้งแต่ปี 2535 มีส่วนช่วยให้การเก็บข้อมูลราบรื่น ด้วยความเป็นคนในชุมชน ประกอบกับบุคลิกที่เป็นคนกระฉับกระเฉง

มนุษย์สัมพันธ์ดี ทุ่มเตในการทำงานจน เป็นที่ยอมรับของเจ้าหน้าที่และชาวบ้านจึงมีบทบาทเป็นผู้เชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่กับชุมชน อย่างเป็นธรรมชาติ ช่วยประสานงานประสานคนเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลเชิงลึกที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย

ตลอดระยะเวลา 6 เดือนของการเก็บข้อมูลเชิงลึก ทำให้ศิริมาและทีมงานได้มีโอกาสเห็นพัฒนาการของเลี้ยวเบาหวานทั้ง 8 คู่ ที่มีความสัมพันธ์แนบแน่นขึ้น

“ที่ประทับใจคือคู่เลี้ยวของ ลุงนนท์ กับ ลุงพา ลุงพาเคยป่วยเป็นหัวใจในถุงน้ำดี ไปผ่าตัดที่โรงพยาบาลจังหวัดแล้วแผลไม่หาย หมอบอกว่าเป็นเบาหวาน ตอนนั้นชาวบ้านบอกว่าลุงพาป่วยปางตาย แต่ลุงพามีชีวิตอยู่จนถึงทุกวันนี้ เพราะปฏิบัติตามคำชี้แนะของแพทย์และทีมงาน โดยการกินยา การออกกำลังกาย และได้รับการดูแลอย่างดีจากครอบครัวและภรรยา

“ช่วงที่ลุงพามาผูกเสี่ยวกับลุงนนท์เป็นคู่เลี้ยวใหม่ ลุงนนท์ป่วยเบาหวานมา 5 ปีเหมือนกัน แต่ลุงนนท์เป็นคนเครียดมาก ถือว่าเป็นคู่เลี้ยวคู่หนึ่งที่ชาวบ้านเขาบอกว่าเป็นคู่ที่ดีแลกัน ถ้ามั่วกัน”



■ สุพดิน สีสุมมา ประธาน อสม.
อำเภอหนองสูงศรี

กรณีคู่เลี้ยวลุงนนท์กับลุงพาทำให้บุคลากรสาธารณสุขได้เรียนรู้การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จากที่เมื่อก่อนเคยมองเฉพาะด้านชีววิทยาทางการแพทย์ ละเลยมุมมองสหวิทยาการ เวลาผู้ป่วยมารับบริการจึงใช้ค่าน้ำตาลในกระแสเลือดเป็นเกณฑ์ตัดสินชะตาชีวิตของผู้ป่วย แต่โชคดีที่ลุงนนท์มีเลี้ยวที่มีประสบการณ์ชีวิตการเจ็บป่วยปางตายมาก่อนคอยให้กำลังใจ และเมื่อได้เป็นเลี้ยวกันแล้ว ก็เกิดความ “ฮักแพง” คอย

เป็นห่วงเป็นใย ร่วมป่วย ร่วมรักษา เวลามาตรวจก็ซื้อมือเตอรีโซ่มาด้วยกัน ทำให้ลุงนนท์มี “แสงใจ” หรือ คลายความเครียดลง และมีกำลังใจ เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง มีอารมณ์มั่นคงที่จะต่อสู้กับปัญหามีความพยายามที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พยายามออกกำลังกายสม่ำเสมอ และพยายามลดการรับประทานอาหารรสหวาน และอาหารมันลดลง ส่งผลให้มีสุขภาพที่ดีขึ้นทั้งกายและใจ



■ คู่เลี้ยวเบาหวานลุงนนท์ลุงพา

จากการเยี่ยมติดตามในชุมชน โดยมีเครื่องมือวิธีชุมชน 7 ชิ้น อันได้แก่ แผนที่เดินดิน ผังเครือญาติ ผังโครงสร้างองค์กร ระบบสุขภาพชุมชน ปฏิทินชุมชน ผังประวัติศาสตร์ชุมชน และผังประวัติชีวิต เป็นตัวนำทาง ศิริมา กล่าวว่า เธอมองเห็นแง่มุมของเลี้ยวเบาหวานแตกต่างจากที่เคยคาดหวัง เพราะคู่เลี้ยวที่มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันมักจะมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันมาก่อน หรือบางคู่เลี้ยวเคยเป็นเพื่อนกันมาตั้งแต่สมัยยังเด็ก ส่วนคู่ที่ไม่มาหาสู่ถามข่าวคราวกันบ้างมักเป็นคู่ที่ไม่ค่อยได้คบหากันมาก่อน

มองผลผ่านค่าน้ำตาลในกระแสเลือดหลังการผูกเลี้ยวเบาหวาน พบว่ามีแนวโน้มในทางที่ดีขึ้น โดยมี 3 คู่ ที่มีระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ปกติ และ 2 คู่ ที่คนใดคนหนึ่งมีภาวะแทรกซ้อน ที่เหลืออีก 3 คู่มีค่าน้ำตาลในกระแสเลือดเกินกว่าปกติ

“เมื่อก่อนเราชินกับคำว่า *self help group* หรือ กลุ่มช่วยเหลือตัวเอง ซึ่งเป็นแนวคิดจากต่างประเทศ และเคยมีประสบการณ์ในการทำกับผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลมาก่อน พอเราเอาเรื่องของเลี้ยวเข้ามา ได้ไปศึกษาจริง มานั่งดู เออ เลี้ยวก็เป็นขบวนการที่ส่งเสริมให้คนช่วยเหลือเกื้อกูลกัน

“

แง่มุมที่น่าสนใจก็คือ มันเป็นการใช้วัฒนธรรมท้องถิ่นในการที่จะมาดำเนินการกับโรคซึ่งเกิดขึ้นในท้องถิ่นของเรา จากตัวเลขที่เราดูคือค่าน้ำตาล ค่าภาวะแทรกซ้อนอาจจะไม่ลดลง แต่ความพึงพอใจ และความสุขของผู้ป่วยที่มารับบริการกับเรามีมากขึ้น เราเลยมองภาพรวมว่า สุขภาวะของผู้ป่วยดีขึ้นในมุมมองของผู้ป่วยเอง

”

เหมาะกับบริบทอีสาน วัฒนธรรมเลี้ยวสามารถไปขับเคลื่อนอยู่ในชุมชนได้
อย่างเป็นธรรมชาติ

เป็นสิ่งที่ภาคภูมิใจที่เกิดมาเป็นลูกอีสาน ได้มาศึกษาเรื่องเลี้ยวแล้วก็ได้นำมาใช้เห็นผลในเชิงประจักษ์ในระดับหนึ่งว่า เมื่อก่อนนี้ถ้าดูแลผู้ป่วยเบาหวานจะมองค่าน้ำตาลเป็นตัวตั้ง เวลานั้นถึงผู้ป่วยเบาหวานต้องบอกว่า ค่าน้ำตาลต้องไม่เกินเท่านั้นเท่านี้ มีภาวะแทรกซ้อน แต่คุณเลี้ยวเขาไม่ได้มองที่ค่าน้ำตาลอย่างเดียว เป็นอีกมุมมองใหม่ที่ว่า เขาสุขได้ในขณะที่ค่าน้ำตาลเขาสูง ทำให้เราเกิดความคิดว่า การทำงานกับผู้ป่วยเบาหวาน อย่ามองด้านเดียวเหมือนที่เราเรียนมา”

สำหรับผู้บริหารที่มีส่วนผลักดันให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร เพื่อประสิทธิภาพในการดูแลด้านสุขภาพให้กับชุมชน อย่างผู้อำนวยการโรงพยาบาลแห่งนี้ก็มองเห็นในแง่มุมใหม่นี้เช่นกัน

“แง่มุมที่น่าสนใจก็คือ มันเป็นการใช้วัฒนธรรมท้องถิ่นในการที่จะมาดำเนินการกับโรคซึ่งเกิดขึ้นในท้องถิ่นของเรา จากตัวเลขที่เราดูคือค่าน้ำตาล ค่าภาวะแทรกซ้อนอาจจะไม่ลดลง แต่ความพึงพอใจ และความสุขของผู้ป่วยที่มารับบริการกับเรามีมากขึ้น เราเลยมองภาพรวมว่า สุขภาวะของผู้ป่วยดีขึ้นในมุมมองของผู้ป่วยเอง”



สิ่งสำคัญที่ได้เรียนรู้จากการวิจัยในครั้งนี้ ก็คือ อย่าละเลยรากเหง้าวัฒนธรรมเดิมและประวัติศาสตร์ชุมชน เช่น กรณีของการที่จะเป็นคู่เสียวกกันได้จะมีองค์ประกอบคือ อายุต้องเท่ากัน เพศต้องเหมือนกัน หน้าตาและอุปนิสัยใจคอคล้ายคลึงกัน ไม่ใช่ว่าจะจับใครมาผูกเสียวกกับใครก็ได้เหมือนที่เธอคิดไว้ในตอนแรก

ศิริมา มองแนวทางในการพัฒนาเรื่องนี้ต่อไปว่า หากจะนำประเพณีผูกเสียวกไปประยุกต์ใช้ควรมีการเข้าไปเรียนรู้ชุมชนก่อน โดยการไปจัดกิจกรรมร่วมกันในกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อให้เห็นแง่มุมต่างๆ เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีและเกิดความไว้วางใจให้เกิดขึ้นก่อน จึงค่อยสอดแทรกวัฒนธรรมเสียวกเข้าไป โดยการให้ผู้ป่วยเลือกคู่เสียวกกันเองซึ่งอาจจะเป็นผู้ป่วยเบาหวานผูกเสียวกกับคนปกติ หรือผู้ป่วยเบาหวานผูกเสียวกกับผู้ป่วยเรื้อรังโรคอื่นๆ

การเปิดโอกาสให้ผู้เลือกคู่เสียวกตามความสมัครใจนั้น เป็นเงื่อนไขสำคัญอย่างหนึ่งที่จะทำให้ได้คู่เสียวกที่มีหัวใจดวงใจเดียวกัน และได้กลุ่มคน

ที่มีความศรัทธาในวัฒนธรรมท้องถิ่นซึ่งนอกจากจะเป็นการสร้างความรัก ความสามัคคีในหมู่คณะและสังคมแล้วนั้น ยังเป็นการคงไว้ซึ่งรากเหง้าของ วัฒนธรรมและเป็นการอนุรักษ์ไว้ถึงประเพณีอันดีงามให้สืบทอดสู่ลูกหลาน รุ่นต่อ ๆ ไป

นอกจากนี้ ผลวิจัยจากงานประจำครั้งนี้ได้ช่วยเปิดมุมมองและขยาย ความคิดเดิมในเรื่องการจัดคู่เลี้ยวเบาหวานให้เกิดผลต่อการพัฒนา คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้มากยิ่งขึ้น

“เราได้เปิดมุมมองขึ้นไปว่า ต่อไปเราจะไม่ทำในเฉพาะผู้ป่วยเบาหวาน ขอบแต่ให้คนมาร่วมกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพจะได้ไหม ปี 2551 นี่จึงพัฒนา โครงการเลี้ยวอ่อนหวานสาสนุข ไปในรูปแบบว่า อาจจะเป็นผู้ป่วยเบาหวาน ด้วยกัน ผู้ป่วยเบาหวานกับผู้สูงอายุหรือคนปกติก็ได้ แต่ก็มาผูกเสี่ยวกันเพื่อที่จะรักษาสุขภาพไม่让她ไปป่วย มีกำลังใจ มีเพื่อน”

หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนหนองกุ้งศรีเล้าถึงพัฒนาการขั้นตอนไปของการบุกเบิก “พลังเสี่ยว” มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ในฐานะที่ผ่านประสบการณ์เรียนรู้ทำงานวิจัยคู่กับงานประจำ และ นำความรู้จักกลับคืนสู่การทำงาน ศิริมา มีมุมมองว่า

“การวิจัยในงานประจำ ทุกคนทำได้ ขอบแต่เรามีใจ ดิฉันพบกับตัวเองว่า พลังที่ยิ่งใหญ่คือพลังภายในตัวเอง เมื่อเราได้พิจารณาแล้วว่า สิ่งที่เราคิดนั้น มันเป็นความคิดที่ดี ที่ถูก ที่งาม ขอบให้มันใจในตนเองว่า ท่านได้ คิดดีแล้ว ต่อไปขอให้ทำดี พูดดี ออกไป สิ่งดีๆ จะเกิดตามมา”



“การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ต้องเกิดจากการตรวจสอบ เรา ทำงานไป ถ้าเราไม่มีการมา

“

ท่ามกลาง ที่ทำงานเดิม การงานเดิม สิ่งแวดล้อมเดิม ผู้รับบริการหน้าเดิม วันนี้ได้บังเกิดสิ่งใหม่ทั้งดวงมากกว่าเดิม คือการสัมผัสได้ว่าผู้ปฏิบัติงาน รู้สึก ปิติ ภาคภูมิใจ กับผลงานเล็กๆ คือความรู้ความเข้าใจที่ได้สร้างขึ้นมาสามารถอุ้มชูงานของตนเองโดยไม่เป็นการบงการใคร ด้วยความรู้ที่ตนเองมี

”

ตรวจสอบข้อมูลย้อนหลัง มันก็จะไม่ได้เกิดการพัฒนา ถ้ามว่า วิจัยมาช่วยอย่างไร วิจัยเป็นกระบวนการมาช่วยตรวจสอบการทำงานอย่างเป็นขั้นเป็นตอน ดิฉันจึงมีความเข้าใจว่า R2R เป็นการที่พัฒนางานโดยใช้กระบวนการวิจัยที่น่าเชื่อถือ เมื่อข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้เผยแพร่ออกไป จึงน่าจะเป็นที่ยอมรับและสามารถพัฒนาได้ในวงกว้างต่อไป”

สำหรับบุคลากรในวงการสาธารณสุขที่รู้สึกไม่มั่นใจว่าจะเป็นการสร้างภาระให้กับตัวเองทั้งที่งานประจำก็ล้นมืออยู่แล้ว หรือแม้แต่ไม่กล้าคิดว่าเราจะสร้างความรู้ได้ด้วยตนเองได้อย่างไร ในฐานะผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ศิริมาสะท้อนว่า

“งานวิจัยไม่ใช่สิ่งที่ยากเกินไปที่คุณจะทำ เหมือนที่ดิฉันได้เปลี่ยนมุมมองมา เมื่อคุณมีใจแล้ว ขอแค่คุณเข้ามาเรียนรู้ แสวงหาที่เลี้ยงที่ปรึกษา คือถ้าใครไม่เป็นน้ำเต็มแก้วจะรับได้เร็ว แต่ถ้าเมื่อไหร่คุณไปยึดติดว่ากระบวนการของคุณที่ผ่านมามันดีแล้วคุณไม่มารับตรงนั้นคุณก็อาจจะไม่ได้เรียนรู้ แค่คิดว่า routine to research มันก็คืองานประจำเพียงแต่ว่าคุณเก็บข้อมูลเป็นขั้นเป็นตอน มีวิชาการ มีอะไรเข้ามาตรวจสอบอย่างเป็นระบบ มันก็สามารถเป็นงานชิ้นหนึ่งได้ ซึ่งมันอาจจะไม่ใช่งานที่ยิ่งใหญ่ เราไม่ต้องการเป็นคนดัง แต่เราต้องการพัฒนางานเราที่มีอยู่ ณ ขณะนั้น”

เธอฝากข้อคิดถึงมวลมิตรในแวดวงสาธารณสุขชุมชนว่า

“เราอาจเคยมองว่า เราเป็นแค่คนตัวเล็กตัวน้อยในชุมชน คงไม่มีบุญวาสนาที่จะมาทำงานพวกนี้ได้ แต่ดิฉันยังจำคำครุบาอาจารย์ที่สอนเสมอว่า คนเราเกิดมามีสี่อย่าง ถ้าคุณได้ทำถือว่าโชคดี ก็คือ หนึ่ง รู้ว่าตนเองชอบอะไร สอง มีโอกาสได้ทำ สาม ทำแล้วประสบผลสำเร็จ สี่ ทำแล้วมีเงินมีทอง หรือมีชื่อเสียง ซึ่งตรงนี้ อาจารย์ก็ฝากมาว่า คนส่วนมากมักจะ อยากจะเริ่มที่ข้อสี่ แต่ถ้าเราเริ่มจากข้อหนึ่งเรียงมามันอาจจะเห็นข้อสี่ต่อไปหรือไม่เห็นก็แล้วแต่ แต่อย่างน้อย เราก็ได้ทำ เกิดมาทั้งที่ได้สร้างชีวิตให้คนเห็นคือสิ่งที่ดิฉันมีในใจตลอด”

กระบวนการวิจัยที่เกิดขึ้นนี้แม้จะไม่ได้เป็นผลงานที่ยิ่งใหญ่ แต่ก็ได้สะท้อนให้เห็นถึงความกล้าคิดกล้าทำ กล้าที่จะเรียนรู้และพยายามแสวงหาคำตอบ อันเกิดจากคำถามที่ผุดขึ้นในใจของผู้ปฏิบัติงาน ที่พบเห็นทุกขภาวะของผู้ป่วยที่เปรียบเสมือนปูยาตายาย พ่อแม่พี่น้องลูกหลานในชุมชนอยู่ทุกวี่วัน ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนในชนบทห่างไกลแห่งนี้

ท่ามกลาง ที่ทำงานเดิม ภาระงานเดิม สิ่งแวดล้อมเดิม ผู้รับบริการหน้าเดิม วันนี้ได้บังเกิดสิ่งใหม่ที่ดีงามกว่าเดิม คือการสัมผัสได้ว่า ผู้ปฏิบัติงาน รู้สึก ปิติ ภาคภูมิใจ กับผลงานเล็กๆ คือความรู้ความเข้าใจที่ได้สร้างขึ้นมาสามารถอุ้มชูงานของตนเองโดยไม่เป็นภาระของใคร ด้วยความรู้ที่ตนเองมี

ทุกคนทำงานกันด้วยความสุข และสนุกกับงานที่ทำ เพราะตระหนักว่าตนเองมีส่วนสำคัญต่อการสร้างสรรค์ “งานประจำ” ให้รู้ดีหน้า ๗

ปิดท้าย ถึงวงสนทนา



๕ ตงวงสนทนา

อนาคต R2R ในองค์กรแบบไทย ๆ จะ何去何

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) มีแผนงานในการขยายพันธมิตรทางยุทธศาสตร์ในเรื่องการพัฒนาเครือข่ายนักวิจัย เพื่อเน้นการสร้างคามเข้มแข็งให้แก่ระบบสุขภาพ รวมถึงการสร้างกำลังคนเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ไปสู่การเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพ จึงได้ริเริ่ม **โครงการสนับสนุนการจัดการความรู้จากงานประจำสู่งานวิจัย (Routine to Research : R2R)** เพื่อให้เครื่องมือดังกล่าวเกิดการขยายตัวสู่ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานด้านสาธารณสุขอย่างกว้างขวาง เพราะเห็นว่า R2R น่าจะเป็นกลไกหนึ่งในการสร้างและขยายพันธมิตรในการพัฒนางานวิจัยระบบสุขภาพให้เข้มแข็งมากขึ้น รวมทั้งเป็นสิ่งหนึ่งที่จะช่วยสร้างนักวิจัยมืออาชีพให้เกิดขึ้นในอนาคต

หนึ่งในกิจกรรมที่ สวรส. ได้จัดขึ้นในช่วงที่ผ่านมาก็คือ การจัดเวทีระดมสมองผู้ที่มีประสบการณ์ตรงในการทำงานเกี่ยวข้องกับการพัฒนางานประจำสู่การวิจัยจากทั่วประเทศ เพื่อแลกเปลี่ยนมุมมองต่อประโยชน์ที่เกิดจากการทำ R2R และแนวทางในการส่งเสริมให้มีการทำอย่างกว้างขวางและมีประโยชน์ในฐานะหนึ่งในเครื่องมือที่ช่วยให้การทำงานประจำบรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ ขณะที่คนทำงานเองก็มีความสุขจากการได้ใช้ศักยภาพสมคุณค่าความเป็น “มนุษย์”

และจากนี้คือสาระสำคัญจากเวทีดังกล่าว ซึ่งอาจช่วยจุดประกายความคิดให้กับผู้ที่สนใจ เต็มพลังให้การทำงานประจำไม่จำเจและไม่จำใจซ้ำยังเดินไปสู่เป้าหมายได้อย่างมีชีวิตชีวา ด้วยเครื่องมือที่มีชื่อว่า R2R

นายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ผู้ดำเนินรายการ : ผมขอตั้งประเด็นในการคุยกันไว้สัก 2-3 ประเด็น

ประเด็นแรก อยากให้ผู้เข้าร่วมประชุมช่วยกันทำให้เกิดความชัดเจนว่า เครื่องมือที่ชื่อ R2R นั้นมีข้อดีและมีประโยชน์อย่างไร

ประเด็นที่สอง จากแนวคิดที่ว่า R2R คือเครื่องมือในการทำงาน ท่านมองว่าจุดเด่นของเครื่องมือนี้อยู่ตรงไหน

ประเด็นที่สาม การสร้างเครือข่ายสนับสนุนการทำ R2R ซึ่งกันและกันนั้นจะทำได้อย่างไร

ผมลองตั้งประเด็นง่าย ๆ อย่างนี้ ส่วนใครถนัดพูดประเด็นไหนก่อนก็ได้แล้วแต่ เชิญครับ

นายแพทย์วิศิษฎ์ สงวนวงศ์วาน : ผมมองว่า R2R เป็น “เหล้าเก่า” ไม่ใช่อะไรใหม่ เพราะเคยไปอบรมเรื่องระบาดวิทยา เขาก็บอกว่าเวลาจะหาหัวข้อวิจัยนั้นต้องดูจากงานใกล้ตัว ดังนั้นเรื่องของการวิจัยจากงานประจำจึงเป็นแนวคิดพื้นฐานอยู่แล้ว

ผมดูแลเรื่องงานวิจัยของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ที่นี้เราใช้เวลาประมาณ 10 ปี ที่ผ่านมาในการทำงานเรื่องนี้ โดยเน้นพัฒนาเจ้าหน้าที่ทั้งระบบ แต่อุปสรรคในการทำงานของโรงพยาบาลประการหนึ่งก็คือ งานวิจัยไม่ได้ถูกรวมอยู่ในงานประจำ อย่างไรก็ตาม เราพยายามเอาเรื่องนี้เข้าไป เพียงแต่ไม่ได้ทำอย่างกว้างขวาง พอโรงพยาบาลศิริราชทำแล้วดัง คนก็เริ่มรู้จัก R2R รวมทั้งทีมของผมเองด้วย ฉะนั้น ตอนนี้เราได้นำเรื่องนี้เสริมเข้าไปในระบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ของเรา

ผมทำงานที่นี้ตั้งแต่ปี 2518 เมื่อทำไปได้สัก 10 ปี ก็เริ่มพบปัญหาที่ว่า กรอบการทำงานซึ่งกำหนดบทบาทหน้าที่ว่าบุคลากรระดับไหนต้องทำอะไรบ้างนั้น เอาเข้าจริงก็ไม่เห็นมีใครปฏิบัติตาม มีแต่ส่งต่อที่อื่นหมด

“

ผมเริ่มมองเห็นประเด็นแล้วว่า ถ้าองค์กรของเราทำ 2 อย่างต่อไปนี้น่าจะแก้ปัญหาที่มีอยู่ได้ คือ **หนึ่ง** รู้จักบริหารข้อมูล และสามารถจัดการข้อมูลได้ **สอง** รู้จักวิเคราะห์ข้อมูล ถ้าทำได้แบบนี้เชื่อว่าเรามีโอกาสชนะ

”

เพราะสาเหตุจากการที่มีภาระงานมาก สภาพเช่นนี้ทำให้คนใช้ลำบากมาก เช่น เป็นไส้ติ่งอักเสบ ขนาดมาถึงโรงพยาบาลขนาด 90 เตียงแล้ว แต่หมอกลับไม่ยอมผ่าตัดให้ ทั้งที่รอบการทำงานก็มี กรรมการตรวจสอบของกระทรวงก็มี แต่ไม่ถูกนำมาใช้จริง

ตอนนั้นผมเป็นหมอผ่าตัด ก็คิดว่าจะทำอย่างไรดีเพื่อให้ปัญหานี้ขึ้นไปถึงระดับกระทรวงให้ได้ เพราะเคยนำไปเสนอในที่ประชุมของโรงพยาบาล ประชุมกี่ครั้งก็แก้ปัญหาไม่ได้ เผอิญทราบมาว่าจะมีการประชุมที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผมก็เข้าใจเอาเองว่าถ้าทำวิจัยเรื่องนี้แล้วไปนำเสนอที่นั่นน่าจะทำให้มีคนเอาเรื่องนี้ไปขับเคลื่อนต่อในระดับกระทรวง แต่พบว่า เป็นความเข้าใจผิดอย่างมาก เพราะพอประชุมไปแล้วก็จบ ในความคิดของผม ในแต่ละปีมีผลงานวิจัยดีๆ มีเป็นร้อยๆ เรื่อง แต่ไม่มีใครหยิบมาดูหรือนำมาใช้ประโยชน์เท่าไร

อย่างไรก็ตาม ผมเริ่มมองเห็นประเด็นแล้วว่า ถ้าองค์กรของเราทำ 2 อย่างต่อไปนี้น่าจะแก้ปัญหาที่มีอยู่ได้ คือ **หนึ่ง** รู้จักบริหารข้อมูล และสามารถจัดการข้อมูลได้ **สอง** รู้จักวิเคราะห์ข้อมูล ถ้าทำได้แบบนี้เชื่อว่าเรามีโอกาสชนะ จากจุดนี้ก็เลยคิดต่อ โดยประยุกต์จากหลัก “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” ว่า ถ้าเราคิดว่าจะช่วยพัฒนาองค์กร เราต้องสร้างความรู้ และสร้างกลุ่มคนที่จะเป็นตัวขับเคลื่อนงานขึ้นมา

“

จริง ๆ แล้วไม่ต้องรอคนมาสอน
นโยบายไหนที่ทางโรงพยาบาลอนุมัติมาแล้ว
ถ้าคุณไม่ค้นคว้าหาความรู้ หวังแต่ว่าจะเชิญอาจารย์มาพูด
ต่อให้ก็สืบอาจารย์ก็ไม่ได้ผล ตัวคุณเองต้องเริ่มก่อน

”

ในปี 2537-2538 ผมขอทุนจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ทำวิจัยเกี่ยวกับเรื่องการส่งต่อผู้ป่วย ทางนั้นตอบตกลง แต่ก่อนที่จะให้ทุน
มีเงื่อนไขว่าผมต้องไปอบรมเรื่องการวิจัยที่ จ.ขอนแก่น ก่อนเป็นเวลา 2
สัปดาห์ เพื่อให้มั่นใจได้ว่างานของผมจะมีคุณภาพใช้ได้ นั่นเป็นโอกาสที่
ทำให้ได้รู้จักกับอาจารย์และเพื่อนอีกประมาณ 10 คน ซึ่งได้เกาะกลุ่มกัน
เรื่อยมาหลังจากนั้น และช่วยกันพัฒนางานวิจัย

โชคดียีกครั้งที่ปีต่อมาคือในปี 2538-2539 นายแพทย์สมศักดิ์
ชุมพรศรี มีนโยบายให้สร้างเครือข่ายการวิจัยระหว่างโรงพยาบาลใหญ่ ๆ
ในแต่ละภูมิภาคกับมหาวิทยาลัย โดยเชิญโรงพยาบาลที่กำหนดเป็นกลุ่ม
เป้าหมาย 20 แห่ง ไปประชุมร่วมกับมหาวิทยาลัยต่าง ๆ จากนั้นก็แบ่งเขต
กันว่าใครจะดูแลที่ไหน แต่คุยกันไปคุยกันมาปรากฏว่าหนีไปหมด เหลืออยู่
แต่ที่ภาคอีสาน คือ ขอนแก่น โคราซ อุบลฯ ที่ยังทำงานร่วมกันได้และมีการ
ประชุมต่อเนื่อง จนในคราวที่ประชุมกันครั้งสุดท้าย ทั้ง 3 ศูนย์ ต่างมี
ข้อสรุปว่า ถ้าจะให้ทำวิจัยก็ต้องพัฒนาคนทำวิจัยก่อน

จากนั้นจึงมีการสร้างหลักสูตรใหม่ขึ้นมาโดยเฉพาะ ในลักษณะของ
หลักสูตรอินเตอร์ และเปิดรับชาวต่างประเทศด้วย ใช้เวลาฝึกอบรม 3
เดือนครึ่ง ตอนนั้นดำเนินการเป็นปีที่ 11 แล้ว จุดมุ่งหมายคือ เมื่อผู้เรียน
กลับไปโรงพยาบาลของตนเองจะต้องสร้าง critical mass เพื่อให้บุคลากร
ในองค์กรเห็นความสำคัญของการทำงานวิจัย

หลักสูตรนี้เราไม่ได้ให้ทำวิจัยแบบเดิม แต่ที่นี้อาจารย์เริ่มต้นโดยให้แต่ละคนนำประเด็นปัญหามานำเสนอ จากนั้นอาจารย์จะช่วยให้คำแนะนำให้ความรู้ และให้ไปทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม แล้วกลับมานำเสนอ ทำไปทีละขั้น ๆ จนในปีนั้นเกิดงานวิจัยที่ได้รับเลือกไปประกวดและได้รับรางวัลถึง 14 เรื่อง และเมื่อทำไปได้ 3 ปี ทางโรงพยาบาลก็ให้ทุนสนับสนุนต่อเนื่อง โดยมีการเลือกประเด็นและคนที่จะไปเข้าอบรม เพื่อให้ได้คนที่มีความรู้จริง โดยเน้นคนที่ชอบสอนคนอื่นและมีความเสียสละ หลังจากนั้นก็เริ่มก่อตั้งเป็นศูนย์วิจัยของทางโรงพยาบาลขึ้นมา โดยเน้นการพัฒนากระบวนการวิจัยในลักษณะที่ว่า ท้นทีที่เจอปัญหาต้องแสวงหาคำตอบด้วยการไปสำรวจข้อมูลก่อน

นอกจากการฝึกนักวิจัย เรายังหันมาเน้นเรื่องการเก็บข้อมูล ในระยะแรก ผมสอนแบบส่วนตัว ไม่ได้ทำเป็นระบบ แต่ 3-4 ปีหลังมานี้ เราเป็นศูนย์คอมพิวเตอร์ มีอุปกรณ์มากขึ้น ตั้งเป้าหมายว่าเจ้าหน้าที่ทุกคนต้องใช้คอมพิวเตอร์เป็น แต่ความจริงได้ประมาณ ร้อยละ 50-60 ช่วงแรกสอนพื้นฐาน ตอนหลังเจาะเข้ามาที่โปรแกรม access เพราะถ้าบุคลากรทำได้แต่ละหน่วยงานก็จะมีอิสระในการเก็บข้อมูลตามต้องการ จากเดิมที่ถูกบังคับโดยส่วนกลาง ขณะเดียวกัน ส่วนที่ทำวิจัยก็สามารถวิเคราะห์ข้อมูลได้จริง ๆ สิ่งเหล่านี้ก็เหมือนการทำ R2R ซึ่งเริ่มที่ฐานข้อมูล มีข้อมูลติดตามดูความเปลี่ยนแปลง สังเกตความผิดปกติ นำมาวิเคราะห์ เสร็จแล้วก็หาคำตอบ ทั้งนี้ ไม่ใช่ว่าปัญหาทุกอย่างเรื่องต้องทำหมด แต่ต้องผ่านกระบวนการนี้ก่อน โชคดีที่พอเสนอไปที่หน่วยงานก็มีการตอบรับทันทีว่าให้ทำได้ แต่ประเด็นปัญหาคือ คนไม่เข้าใจ เพราะไม่รู้ว่าการจัดการความรู้ หรือ R2R คืออะไร ทำให้การตอบรับยังมีขอบเขตจำกัด หน่วยงานในบ้านเรามีวัฒนธรรมอย่างหนึ่ง คือ รู้สึกว่า “งานฉันก็เยอะอยู่แล้วจะให้ทำอะไรอีกล่ะ” นี่ละคือปัญหาใหญ่

ผมเป็นหัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรมอยู่ 4 ปี ที่นี้จะมีการเลือกตั้งทุก 2 ปี เมื่อ 4 ปีที่แล้วผมเริ่มวางพื้นฐานข้อมูลตรงนี้ โดยเลือกวิจัยใน PCT (Patient Care Team) ศัลยกรรม เมื่อผมมีหน้าที่ดูแลตรงนี้ในระดับสูงสุด ก็สามารถนำนโยบายตรงนี้ลงไปสู่ระบบงานได้ แต่พบว่า QCC (Quality Control Center) ไม่ขยับเลย เขาบอกว่าไม่รู้เรื่อง จึงไปนั่งคุยกัน แต่พอคุยเสร็จก็จบ ไม่ทำอะไรต่อ ผมจึงบอกเขาว่า จริงๆ แล้วไม่ต้องรอคนมาสอน นโยบายไหนที่ทางโรงพยาบาลอนุมัติมาแล้ว ถ้าคุณไม่ค้นคว้าหาความรู้ หวังแต่ว่าจะเชิญอาจารย์มาพูด ต่อให้ก็สืบอาจารย์ก็ไม่ได้ผล ตัวคุณเองต้องเริ่มก่อน แต่เป็นที่น่าเสียใจว่า ลักษณะอย่างนี้ไม่มีอยู่ในวัฒนธรรมองค์กรของบ้านเรา ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนางานมาก

อย่างไรก็ตาม ใน PCT ศัลยกรรมที่ผมคุ้นเคยและคุยกันพอรู้เรื่อง ผมก็นำร่องตรงนี้ไปให้ก่อน แล้วดูว่าจะไปได้แค่ไหน หวังไว้ว่าถ้าเราทำตรงนี้แล้วคนอื่นเห็นอาจจะมาขอทำบ้าง ซึ่งเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่อาจใช้ได้ผลในบางครั้ง เพราะในวัฒนธรรมการทำงานที่บ้านเรานั้น อยู่ๆ เราจะไปเกลี้ยกล่อมหรือแม้แต่สั่งการเข้าไปก็ไม่ว่าจะทำงานสำเร็จ

ตอนนี้ยังบอกไม่ได้ว่าสิ่งที่ทำอยู่นี้ประสบความสำเร็จหรือไม่ เพียงแต่เอาแนวคิดและสิ่งที่ได้ทำมาแล้วสู้กันฟัง แต่ก่อนผมไม่รู้จักเรื่อง KM หรือ R2R จนเมื่อ 2-3 ปีก่อน ทางวิทยาลัยพยาบาลครบรอบ 50 ปี เขาจะจัดประชุมเรื่อง R2R จึงมาขอให้ศูนย์วิจัยฯ ไปช่วย และถามว่ามีตัวอย่างไปนำเสนอไหม ผมถามกลับว่า ไหนลองเล่าให้ฟังหน่อยว่า KM และ R2R ทำอย่างไร พอเขาเล่าเสร็จ ผมก็บอกว่า อ้าว...มันเหมือนที่ผมทำอยู่ทุกวันมาเป็น 10 ปีแล้ว อย่างนี้ก็ไปพูดได้สิ ไปพูดเสร็จ คนเขาก็เข้าใจ พบว่าไม่ใช่เรื่องยาก

โดยสรุป แนวคิดในการทำงานของเรา คือ **หนึ่ง** พยายามทำให้เกิดวัฒนธรรมในการจัดการข้อมูลแบบครบวงจร โดยการทำให้รู้จักและเกิดศักยภาพในการลงมือทำให้ได้ด้วยตัวเอง **สอง** นำข้อมูลนั้นมาวิเคราะห์ให้เห็นปัญหา เมื่อเกิดปัญหาแล้วหาทางแก้ไขโดยใช้กระบวนการวิจัย

นายแพทย์พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข : คุณหมอวิศิษฐ์เป็นหัวหน้าภาค รวมทั้งเป็นแพทย์ด้วย จึงมีแรงหนุนให้ผลักดันเรื่องนี้ได้ระดับหนึ่ง แต่สำหรับคนที่ไม่ได้เป็นแพทย์แล้วพยายามผลักดันอะไรขึ้นมา ลองนึกถึงความยากดูสิครับ หลายคนรู้ซึ่งถึงใจเลย นื่องๆ พยาบาลหลายคนมาบ่นว่า อยากทำหุ่นทำนี่ แต่ผู้อำนวยการไม่ยอมให้ทำ เพราะเขาบอกว่ามันต้องใช้เงินใช้เวลา

นายแพทย์วิศิษฐ์ สงวนวงศ์วาน : ตรงนี้ผมมองว่าเป็นเหมือนแนวคิด “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” นะ คือ **หนึ่ง** หาความรู้ใส่ตัวก่อน **สอง** หาแนวร่วม **สาม** เสนอผู้บริหารเพื่อให้มีผลงาน นี่คือ 3 ขั้นตอนที่ได้ผลแน่นอน พอหาความรู้ใส่ตัวเสร็จมีเพื่อนฝูงมาเกาะกลุ่ม เสร็จแล้วก็สร้างผลงาน

นายแพทย์อัครินทร์ นิมมานนิตย์ : ขออนุญาตนำบทเรียนที่ศิริราชมาแลกเปลี่ยน การทำ R2R ที่ศิริราชนั้นจริงๆ แล้วก็ เป็น “เหล้าเก่า” ที่ศิริราชมองว่า R2R นั้นไม่ใช่ระเบียบวิธีวิจัย แต่เป็นเครื่องมือในการพัฒนา และ เป็นเครื่องมือในการหาคำตอบ ในด้านรูปแบบวิธีวิจัยนั้นไม่แตกต่างจากที่มีอยู่เดิม แต่สิ่งที่ต่างคือเป้าหมาย เพราะเป้าหมายสำคัญของ R2R คือ ไปหาคำตอบเพื่อนำมาพัฒนางาน

ตอนที่ศิริราชส่งเสริมให้ทำเรื่องนี้ ผมรับเป็นผู้จัดการโครงการ ผ่านมาถึงตอนนี้ก็เป็นเวลาเกือบ 2 ปีครึ่ง โดยรับช่วงต่อจาก นายแพทย์ สมเกียรติ วสุวิญญกุล ซึ่งตอนนั้นท่านขึ้นไปเป็นรองคณบดีฝ่ายพัฒนาคุณภาพ ตรงนี้จะเห็นว่ามันมีจุดเชื่อมต่อกันอยู่ระหว่างงานวิจัยกับงานพัฒนาคุณภาพ ตอนเริ่มต้นนั้นเป็นการปลูกให้คนมองเห็นว่านี่เป็นงานที่ทุกคนต้องทำอยู่แล้ว เพราะตอนนั้นทุกคนจะมองงาน HA เป็นสิ่งที่แยกออกมาจากงานประจำ ต่างก็คิดว่าทำไมต้องมานั่งทำเอกสารเยะเยะไปหมด พอมี R2R เข้ามาเสริม ตอนแรกๆ คนไม่เข้าใจ บอกว่า จะเอางานใหม่อะไรมาให้อีก...ไม่ทำแล้ว แค่นี้ก็จะตายแล้ว เราก็บอกเจ้าหน้าที่ว่า

“

คุณบ้าพยาบาลซึ่งไม่รู้เรื่องงานวิจัยเลย แต่มีใจสู้
 อยากลองทำดู ขนาดที่ proposal
 ยังต้องให้ลูกพิมพ์ให้ สะกดคำว่า มหาวิทยาลัย
 ผิดเป็น มหา'ลัย พอทำไปสักพักหนึ่ง
 คุณบ้าคนนี้ก็กลายเป็นต้นแบบให้คนอื่น

”

จริง ๆ แล้วสิ่งที่เราทำเป็นแค่ CQI อย่างเดียว แต่ R2R ยังช่วยต่อยอดให้
 เราได้ด้วย พอคนมองเห็นจุดนี้ก็เริ่มเข้ามาร่วมมือกันเรื่อย ๆ

ช่วงแรกเรียกได้ว่าเป็นการปลุกกระตม โดยทำในหลาย setting ไป
 พร้อม ๆ กัน เพราะเครือข่ายถือว่ามีความสำคัญมาก ตอนแรก ๆ เราเชิญ
 คนที่รู้สึกว่าการงานแบบนี้แล้วช่วยให้งานเกิดผลสำเร็จมาแลกเปลี่ยนกัน
 เช่น คุณบ้าพยาบาลซึ่งไม่รู้เรื่องงานวิจัยเลย แต่มีใจสู้ อยากลองทำดู ขนาด
 ที่ proposal ยังต้องให้ลูกพิมพ์ให้ สะกดคำว่า มหาวิทยาลัย ผิดเป็น
 มหา'ลัย พอทำไปสักพักหนึ่ง คุณบ้าคนนี้ก็กลายเป็นต้นแบบให้คนอื่นเห็นว่า
 ขนาดคุณบ้ายังทำได้ นอกจากนี้ คุณบ้าเองก็มีบทเรียนมาแล้วว่าถึงขั้นจะล้ม
 จะลุกอยู่หลายที บ้าเขาดูแลเกี่ยวกับสุขภาพเท้าของคนไข้ จนตอนหลังมี
 คนไข้เบาหวานเขียนมาชื่นชม ให้กำลังใจให้เขาทำงานต่อไป ฉะนั้น การทำ
 แบบนี้จึงเป็นการเสริมพลัง (empower) ให้คนที่ทำไปด้วย

หลังจากทำให้คนตื่นตัวไปทุกหย่อมหญ้าจนกลุ่มคนเล็ก ๆ พร้อม
 แล้ว เราก็ไประดับที่ใหญ่ขึ้น เพราะการทำงานวิจัยให้ใหญ่ขึ้นจะต้องมา
 กำหนดทิศทางที่จะมุ่งไป (goal oriented) เพื่อสื่อสารให้ระดับองค์กรและ
 หน่วยงานให้การสนับสนุนการวิจัย อย่างไรก็ตาม เราไม่ทิ้งระดับย่อย
 เพราะนั่นคือพื้นฐาน แต่เราก็ต้องกำหนด goal oriented ควบคู่ด้วยว่าการ
 วิจัยในระดับใหญ่จะเป็นอย่างไร กระบวนการจะเป็นไปในรูปแบบไหน อาจเป็น
 ชุดงานวิจัยในแต่ละวิชา ในระดับภาควิชา หรือในระดับคณะกันเลย

นายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ : พังอาจารย์อัครินทร์แล้วผมมี 2 ประเด็นที่อยากเน้น **ประเด็นที่หนึ่ง** ดูคล้ายกับว่างาน R2R เป็นเครื่องมือที่มีส่วนในการไปทลายมายาคติเกี่ยวกับเรื่องงานวิจัย จากที่มองว่าเป็นเรื่องใหญ่ เรื่องยาก กลายเป็นงานที่คุณบ้าก็ทำได้ การผลิตความรู้กลายเป็นเรื่องที่ระดับท้องถิ่นหรือชุมชนทำได้ ความรู้ไม่ได้อยู่ที่อื่น แต่อยู่ที่ตัวเรา ซึ่งตรงนี้ช่วยเสริมสร้างพลังให้แก่คนทำงานในระดับปฏิบัติการ **ประเด็นที่สอง** คือเรื่องของกรณีที่ประสบความสำเร็จนั้นสามารถใช้เป็นเครื่องมือขับเคลื่อนงานได้ดี เชิญท่านอื่นๆ ต่อครับ

นายแพทย์ทวีศักดิ์ นพรเกษร : โครงการที่ผมทำอยู่เป็นงานวิจัยชุมชน เรื่องการพัฒนาเชิงคุณภาพ ทำมานาน 10 กว่าปีแล้ว แต่ไม่ได้ใช้แนวทาง R2R และไม่สนใจเรื่องของระเบียบวิธีการวิจัย แต่มุ่งที่การพัฒนาศักยภาพทีมงานโดยเริ่มต้นจากปัญหาในการทำงาน บางคนจบปริญญาตรีและไม่เคยเรียนต่อ เมื่อเข้ามาทำงานใหม่ๆ เขายังมองปัญหาแบบเบลอๆ

เวลาเขานำเสนอ เราจะพยายามดึงสิ่งที่อยู่ในใจของเขาออกมา คุยกันไปทีละเรื่องๆ โดยต้องสาวและดึงปัญหาออกมาให้ได้ เพราะเป็นปัญหาในงานประจำของเขาเองไม่ใช่งานของคนอื่น

คุณสมบัติของคนที่จะเข้าร่วมโครงการนั้น เราไม่ได้กำหนดคุณสมบัติเอาไว้ ขอให้ เป็นพยาบาลเท่านั้น เราพบว่าคนที่จบปริญญาโทมาจะมีอุปสรรคในการเรียนรู้มาก นี่ขอพูดตรงๆ เรามีปัญหาที่วิธีคิดมาก มีกรอบเต็มไปหมด เราพยายามเริ่มจากสิ่งที่ไม่มีการอบ ให้เขาเริ่มเรียนรู้กันเอง นี่คือหลักง่ายๆ สุดท้ายเขาอาจไปอ่านหนังสือเจอว่าสิ่งที่เขาทำมันตรงกับหลักการที่มีอยู่แล้ว

ผมคิดว่าเวลาทำวิจัยอย่าไปคิดว่าต้องเป็นความรู้ใหม่ ขอให้ได้สร้างความรู้ขึ้นมาก็พอ อาจเป็นสิ่งที่คนอื่นรู้มาก่อนแล้วก็ได้ ถ้าผู้วิจัยเขายาก แก่ปัญหาในงานของเขา รับรองได้ว่าสิ่งที่ได้มานั้นก็จะไม่เหมือนกับที่คนอื่นรู้หรอก เพราะมันเป็นประสบการณ์ตรง และเป็นปัญหาของเขาเอง

จากประสบการณ์ที่ทำมา ปีแรกมีคนมาร่วม 20 คน ไปๆ มาๆ เหลือรายงานวิจัย 15 ชิ้น เราทำหน้าที่เหมือน “ป่าดั้น” คือ สร้างตัวอย่างหรือต้นแบบ โดยสร้างเวทีระดับชาติให้เขาได้นำเสนองาน บางคนพูดไม่ค่อยเก่ง แต่นำเสนอแล้วรู้เรื่องว่าได้ทำอะไรไป ฉะนั้น เขาจึงเกิดความปิติในงาน และที่สำคัญคือ เขาค้นพบว่าสิ่งที่เขาทำใช้แก้ทุกข์และแก้ปัญหาได้ คนใช้ก็ชื่นชม จากความรู้สึกเดิมที่เห็นว่าการที่ตนทำแล้วไม่เห็นผลหรือคนอื่นมองไม่เห็นผลงานมันคลี่คลายไปหมด ฉะนั้น ไม่ว่าวิจัยที่ทำจะเป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) หรืออาจเป็นแค่การวิเคราะห์ปัญหาที่ทำได้

นายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ : อยากให้อาจารย์เล่าให้ฟังนิดหนึ่งว่าจากนักวิจัยรุ่นแรกแล้วขยายออกไปเป็นโหนด (node) ต่างๆ ได้อย่างไร

นายแพทย์ทวิศักดิ์ นพเกษร : คล้ายๆ กับที่เราเคยดูต่อไป คนที่เขามีศักยภาพมากพอ พอเขาเข้ามา เขาก็สนุกด้วย เมื่อเขาบอกว่าอยากจะทำอย่างนั้นอย่างนี้ ขอไปทำเองได้ไหม เราก็คอยให้การสนับสนุนในจุดที่สำคัญ เช่น เขาพาทีมที่เขาฝึกอบรมไปลงพื้นที่ เราก็ไปช่วยเรื่องการให้แนวคิด การทำโครงร่างวิจัย และการนำเสนอบนเวที มันก็เกิดการเรียนรู้ได้ ปีที่ผ่านมา ในงานประชุมประจำปีของโครงการฯ มีงานวิจัยระดับ routine to research ประมาณ 100 กว่าเรื่อง จากโหนดต่างๆ ซึ่งกระจายเกือบครบทุกภาค การรายงานผลวิจัย R2R ที่ว่านี้ในชั้นแรกเราเน้นการนำเสนอปากเปล่า แล้วค่อยมาเรียบเรียงเป็นรายงานที่หลัง

นายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ : ประเด็นหนึ่งจากที่พูดกันมากก็คือ การวิจัยแยกออกจากการค้นคว้าได้ เช่น เมื่อได้ประเด็นปัญหา บางทีไปค้นคว้าพบว่าได้คำตอบแล้วก็ไม่ต้องทำวิจัย เพียงแต่มันไม่มีผลงาน

“

เวลาทำวิจัยอย่าไปคิดว่าต้องเป็นความรู้ใหม่
 ขอให้ได้สร้างความรู้ขึ้นมา ก็พอ
 อาจเป็นสิ่งที่คนอื่นรู้มาก่อนแล้วก็ได้
 แต่ถ้าผู้วิจัยเขาอยากแก้ปัญหาในงานของเขา
 รับรองได้ว่าสิ่งที่ได้มา มันก็จะไม่เหมือนกับที่คนอื่นรู้หรอก

”

นายแพทย์วิศิษฐ์ สงวนวงษ์วาน : ผมว่าความสำเร็จหรือไม่สำเร็จไม่ได้
 อยู่ที่มีผลงานวิจัยที่ขึ้น หรือได้รับรางวัลดีเด่นกี่ชิ้น แต่อยู่ตรงที่ว่าเขาเอา
 กระบวนการวิจัยไปใช้ได้มากน้อยแค่ไหน และเป้าหมายน่าจะอยู่ตรงที่ว่า
 เราทำให้เรื่องนี้กลายเป็นวิธีหรือวัฒนธรรมขององค์กรได้ไหม เช่น พอมี
 ปัญหา ก็ไปค้นข้อมูลมาดูกัน

นายแพทย์อักรินทร์ นิมมานนิตย์ : มีประเด็นหนึ่งน่าสนใจ คือตรงที่ว่า
 ผลวิจัยนั้นต้องเป็นองค์ความรู้ใหม่หรือเปล่า ตอนแรกที่ศิริราชจัด R2R
 ใหม่ ๆ ได้มีการจัดเวิร์กช็อป เราระดมอาจารย์ที่มีความรู้เรื่องระเบียบวิธี
 วิจัยมาเป็นวิทยากร พอเข้ามาถึง ความเห็นแรกๆ และโดนอีกบ่อยๆ ก็คือ
 ประเด็นที่ทำวิจัยนี้มันไม่ใช่เรื่องใหม่ ซึ่งผมเห็นว่าทำลายกำลังใจคนทำงาน
 อย่างมาก จนคนถอยกรูดกันไปเยอะในตอนแรก เรียกได้ว่าเกือบครึ่งของ
 งาน R2R ที่โดนหักแบบนั้น

อาจารย์วิจารณ์ พานิช ย้ำอยู่เสมอว่า การทำ R2R ต้องมีความยืด
 หยุ่น และขึ้นอยู่กับโจทย์การทำงานของหน่วยงานแต่ละแห่ง ความรู้ที่ R2R
 สร้างขึ้นมา อาจกล่าวได้ว่าเป็นความรู้ใหม่ทั้งสิ้น เพียงแต่อาจต้องไป
 ค้นคว้าความรู้ที่มีอยู่แล้วนำมาประยุกต์ใหม่ เช่น แทนที่จะเป็นการวิจัยใน
 เชิงการประดิษฐ์คิดค้นสิ่งใหม่ ก็เป็นการวิจัยเชิงประยุกต์ (implementation
 research) ถึงเราเจอว่าเรื่องนี้ที่อื่นเขาทำมาแล้ว แต่ผมไม่เชื่อว่าเรา

“
ตอนที่ศิริราชจัด R2R ใหม่ ๆ ได้มีการจัดเวิร์กช็อป
เราะระดมอาจารย์ที่มีความรู้เรื่องระเบียบวิธีวิจัยมาเป็น
วิทยากร พอเข้ามาถึง ความเห็นแรก ๆ
และโดนอีกบ่อย ๆ ก็คือ ประเด็นที่ทำวิจัยนี้มันไม่ใช่เรื่องใหม่
ซึ่งผมเห็นว่าทำลายกำลังใจคนทำงานอย่างมาก
จนคนถอยกรูดกันไปเยอะในตอนแรก

”
สามารถดึงสิ่งที่เขาทำทั้งต้นมาใช้กับเราได้ แต่ถ้าดึงขึ้นมาแล้วปรับ ตรงนี้มี
โอกาสที่จะสร้างความรู้ของเราได้ สิ่งที่ R2R ที่ศิริราชเน้นมาก คือเรื่องของ
การถอดบทเรียน (lesson learn) เช่น มีการนำแนวปฏิบัติใหม่ๆ จากต่าง
ประเทศมาใช้ในองค์กรแบบไทย แม้จะมีการศึกษามาแล้วมากมาย แต่ขอ
ให้รู้ว่าเราเองใช้แล้วได้ผลดีหรือไม่ เพราะอะไร

นายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ : จากประสบการณ์ที่ผ่านมา ผมก็
พบแบบนั้นเหมือนกัน โดยครั้งหนึ่งเคยมีคนเชิญอาจารย์จากมหาวิทยาลัย
แห่งหนึ่งไปวิจารณ์งานของทีมนักวิจัยทีมหนึ่ง ก็แบบเดียวกัน คือ อันนี้มันคน
ทำแล้ว ไม่รู้จะทำอีกทำไม เขาพูดกันอยู่แค่นี้ พอจบการประชุมนักวิจัยทั้ง
ชุดมาหาผม หน้าเขียวกันมาเลย ปัญหาคืออาจารย์คนนั้นเขาไม่เข้าใจว่า
ความรู้นี้เป็นความรู้เฉพาะที่เกิดจากการทำงานจริง ถือเป็นความรู้ใหม่ที่
สร้างขึ้นมา แต่เขายังคิดว่า การวิจัยต้องสร้างความรู้พื้นฐาน (basic
knowledge) แต่ R2R ไม่ได้ทำเพื่อการนั้น

ฉะนั้น เวลาที่จะเลือกคนเป็นที่ปรึกษาในโครงการของเรา จึงต้องมีการเลือกเฟ้น ผมมีข้อระวาง คือ ถ้าเรามองว่าการวิจัยคือการสร้างความรู้อะไรก็ได้ วิธีคิดแบบนี้จะทำให้ผู้วิจัยลืมขั้นตอนการค้นคว้าไป ในขณะที่บางทีการค้นคว้าก็มีส่วนทำให้กระบวนการวิจัยเกิดความลึกซึ้งขึ้น

ความหมายของคำว่า “ความรู้ใหม่” นั้น มีข้อถกเถียงกันมาก ถ้าเรามองงานวิจัย โดยเฉพาะเรื่องของ R2R ว่าเป็นเครื่องมือในการสร้างความรู้ใหม่ และเป็นเครื่องมือในการเสริมสร้างพลังให้คนทำงาน แม้ว่าความรู้ที่ได้เป็นเรื่องเก่า แต่ถ้ากระบวนการวิจัยได้ทำให้ความรู้เหล่านั้นเกิดความแจ่มชัดขึ้นในตัวผู้ที่ปฏิบัติการ ไม่ว่าจะเป็นความรู้ที่ได้จะเป็นเรื่องเก่าหรือไม่ มันก็ได้รับใช้วัตถุประสงค์ที่ต้องการแล้ว นอกจากนั้น มันยังเป็นเรื่องของการพัฒนาคนให้คิดเป็นระบบ

อีกประการหนึ่ง ถ้าเราไปเน้นเรื่องการวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ (knowledge generating) มันจะเกิดการขัดกัน ตรงที่ R2R นั้น R ตัวแรกควรเป็นตัวใหญ่ ส่วน r ตัวที่ 2 ควรเป็นตัวเล็ก เพราะ R ตัวแรกมันใหญ่ มันหนักหนา ผมคิดว่า R2R นั้นเป็นเครื่องมือหนึ่งที่ช่วย “เจาะรูหายใจ” เพราะงานทุกวันมันเป็นเรื่องจำเจ พอเข้ามาสู่งานวิจัยในลักษณะที่ไม่ทำให้ยากเกินไป แต่มุ่งทำให้คนทำงานตระหนักถึงศักยภาพในการสร้างความรู้ด้วยตัวของเขาเอง สิ่งนี้จะหล่อเลี้ยงไฟในการทำงานให้เผชิญกับ R ตัวใหญ่หรือ Routine คือความจำเจได้ ผมเองยังรู้สึกว่ายพยายาลชุมชนเขาเหนื่อยล้ากับการทำงาน พอเข้ามาอบรมกับอาจารย์ทวีศักดิ์แล้วได้ไปทำงานวิจัยชิ้นเล็กๆ ที่ทำแล้วรู้สึกถึงคุณค่าของงานที่ทำอยู่ และรู้สึกถึงคุณค่าในตัวเองที่ได้ผลิตความรู้ใหม่ๆ ขึ้นมาได้ อย่างเช่น คิดทำทางแกงสามส่วนที่ใส่ถุงปัสสาวะไว้ข้างใน ทำให้ผู้ป่วยไม่รุกรัง ตรงนี้ผมว่าน่าภูมิใจ แม้งานอื่นๆ ที่เหลืออาจเป็นเรื่องน่าเบื่อ แต่ก็พอมีช่องเล็กๆ ให้ได้หายใจ แบบนี้ทำให้มีแรงทำงานต่อ R2R มีคุณสมบัติข้อนี้ ซึ่งประมาทไม่ได้ ฉะนั้น การวิจัยลักษณะนี้อาจจะไม่ต้องเป็นความรู้ใหม่ก็ได้ แต่เป็นความรู้ที่ย่อมใจให้คนมีแรงทำงานต่อ

นายแพทย์ทวิศักดิ์ นพเกษร : จากที่ 2 ท่านพูดมา ผมว่าเริ่มเข้าใจโจทย์สำคัญนั้นคือการทำให้การทำวิจัยแบบ R2R เกิดเป็นรูปธรรมชัดเจน โดยต้องให้ผู้วิจัยนิยามโจทย์วิจัยให้สั้น ซึ่งตรงนี้จะนำไปสู่การสืบค้น การทำรายงานวิจัยแบบเขียน 5 บทนั้นเลิกคิดไว้ก่อน และการเขียนรายงานบทที่สองก็ต้องไม่ใช้การไปทบทวนวรรณกรรมเอามาปะให้ดู แต่การวิจัยในที่นี้ต้องการการทบทวนวรรณกรรมเพื่ออธิบายตัวโจทย์วิจัยให้ชัดเท่านั้น

ศาสตราจารย์นายแพทย์สมบุรณ์ เทียนทอง : คิดว่าต้องมีความพยายามไปปลดล็อกอะไรสักอย่างเพื่อผลักดันให้คนในระบบสาธารณสุขหันมาทำวิจัยในงานประจำให้มากขึ้น เช่น ทำให้งานวิจัยที่หน่วยงานต่างๆ ทำออกมาสามารถเชื่อมโยงกันได้ทั่วประเทศโดยมีระบบกลางที่สืบค้นได้ง่าย หรือมีเวทีนำเสนอเฉพาะเรื่อง R2R เรื่องนี้เป็นหน้าที่ของ facilitator ที่จะเข้าไปถึงตรงจุดไหนได้ เพราะการสร้างคนมีหลากหลายวิธี ไม่จำกัดเฉพาะแค่ R2R อย่างเดียว

อีกประเด็นหนึ่ง ผมคิดว่า คำว่า R2R มันเหมือนกลายเป็นเรื่องของงานวิจัย ตรงนี้อาจทำให้เลี้ยววงกลับมาเป็นงานประจำ จึงต้องไปชี้แจงว่า R2R เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัย แต่คุณสามารถคิดงานวิจัยย้อนกลับมาได้โดยทำงานวิจัยให้กลับมาสู่การใช้จริง

ขอเล่าเรื่องของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เราก็มีกระบวนการผ่านทางคณะกรรมการบริหารที่นำทางคลินิก (Clinical Lead Team : CLT) ให้เขาไปช่วยกันคิด เพราะว่าในนั้นมีทั้งหมอและพยาบาล พอเขาได้ปัญหาของแต่ละ CLT มา ก็เสนอคณะกรรมการ ซึ่งมาดูว่าคนที่จะมาเป็นหัวเรียวหัวแรงในการทำเรื่องนี้มีความรู้ขนาดไหน แบบคุณป้าที่เล่ามาเมื่อสักครู่นี้ก็มี คือ พิมพ์ไม่เป็น เขียนด้วยลายมือเป็นอย่างเดียว ว่าแต่เอาแน่นะ ถ้าเอา เราก็จะหาคนมาเป็นผู้ช่วยคณะกรรมการจะหาผู้ช่วยมาเป็น facilitator ให้คุณป้า เพื่อช่วยในเรื่องของ

“

R ตัวแรกมันใหญ่ มันหนักหนา ผมคิดว่า R2R นั้น เป็นเครื่องมือหนึ่งที่ช่วย “เจาะรูหายใจ” เพราะงานทุกวันมันเป็นเรื่องจำเจ พอนำเข้ามาสู่งานวิจัยในลักษณะที่ไม่ทำให้ยากเกินไป สิ่งนี้จะหล่อเลี้ยงไฟในการทำงานให้เผชิญกับ R ตัวใหญ่หรือ Routine คือความจำเจได้

”

สืบค้นข้อมูล และก่อรูปกระบวนการจนกระทั่งจบออกมาเป็นงานวิจัย แต่ด้วยกระบวนการที่ค่อนข้างเป็นวิชาการมากเพราะเราเป็นมหาวิทยาลัย คนจึงค่อนข้างเกร็ง คิดว่าฉันคงทำไม่ได้หรอก ถึงเวลา 3 เดือน ต้องนำเสนองานแล้วก็ขาด เพราะไปคิดว่า ทำ powerpoint หรือใช้คอมพิวเตอร์ไม่เป็น จะเห็นว่า เทคโนโลยีพวกนี้ทำให้คนขาดได้

การแก้ปัญหาก็คือ มาดูกันว่าจะลดความเข้มข้นขั้นตอนตรงนี้ได้ อย่างไรบ้าง อย่างที่ภาควิชาวิสัญญีฯ ที่ผมประจำอยู่ มีงาน R2R ค่อนข้างมาก เพราะมีคนหลายระดับอยู่รวมกัน คือ มีหมอที่มีความรู้ ส่งเรียนหลักสูตร 3 เดือนครึ่งทุกปี จนเกือบหมดภาควิชาแล้ว ฉะนั้นเขาก็มีความรู้เรื่องการสืบค้นข้อมูลได้ทั่วโลก ตรงนี้สำคัญที่ต้องมีคนคอยช่วยแบบนี้ ขณะที่ทางด้านพยาบาล พอค้นคว้าข้อมูลมาแล้วเป็นภาษาอังกฤษ อาจแปลไม่ออก เพราะฐานข้อมูลไทยมีน้อยมากสำหรับการนำมาประยุกต์ใช้ จึงต้องมีคนช่วยแปล อ่าน และวิเคราะห์ให้ จากนั้น หมอก็จะมาช่วยปรับรูปแบบ จนได้ออกมาเป็นผลงาน

เพราะฉะนั้นในภาควิชานี้ บุคลากรจะได้ ซี ซี จำนวนการต่าง ๆ มากที่สุดในคณะแพทยศาสตร์ จากผลงานการทำงานวิจัย นอกจากนี้ เรายังมีเวทีให้เขาไปนำเสนอตามที่ประชุมต่าง ๆ ซึ่งคณะได้ให้การสนับสนุนให้เขา

ไปประชุม ผมเคยถามโรงพยาบาลแห่งหนึ่งว่า เมื่อคุณทำงานวิจัยเสร็จแล้ว ได้นำงานวิจัยไปทำอะไรบ้าง ได้คำตอบว่าลำบาก เพราะจะไปนำเสนอที่ไหนก็ไม่มีเงิน ไม่ได้รับการสนับสนุน ไม่มีเวที เพราะฉะนั้นจึงไม่ค่อยมีแรงส่งให้เขาเกิดความภูมิใจในการทำงานวิจัย นี่คือปัญหาของ R2R มหาวิทยาลัยบางแห่ง อย่างที่ ม.สงขลานครินทร์ เขาไปนำเสนอถึงต่างประเทศ ถ้าเราพยายามจัดสรรตรงนี้ บุคลากรก็จะมีผลงานนำเสนอ ทำให้เกิดการพัฒนา จากที่เคยทำไม่รู้เรื่อง พอมีเวทีมาต้องทำให้รู้เรื่อง

นายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ : ชัดเจนครับ อาจารย์พูดถึงประเด็นที่ว่า R2R เป็นส่วนหนึ่งของ KM โดยมี KM เป็นร่มใหญ่ และที่ KM มีปัญหาอยู่ในบ้านเราทุกวันนี้ เป็นเพราะไปไม่ถึงถึงการทำให้เป็น knowledge asset นั่นคือ เป็นความรู้หรือทรัพย์สินของความรู้ที่แชร์กันได้ ถ้าหากจะให้ได้ถึงขั้นของการเป็นสมบัติร่วมอย่างที่ว่าก็ต้องมีเวทีให้บ้าง สิ่งเหล่านี้ก็ตรงกับนโยบายของ สวรส. คือจัดเวทีให้มานำเสนอ ซึ่งอาจช่วยให้ลีลาของนักวิจัยเขาเกิดความแพรวพราวขึ้น

แพทย์หญิงลัดดา ดำริการเลิศ : พอได้ฟังอาจารย์สมบุรณ์ ทำให้นึกถึงประสบการณ์เล็กๆ ในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติฯ ซึ่งมีคนจำนวนหนึ่งเท่านั้นที่สนใจเรื่องแบบนี้ ต่อมาได้เกิดระบบที่เรียกว่า “คนที่ทำเป็นทำก่อนมาช่วย” ก็คือ พี่ช่วยน้อง น้องจะคิดโจทย์จากปัญหาที่เขาเห็น ตัวอย่างเช่น เขาคิดว่าเด็กเล็กๆ วัย 1-2 เดือน ที่อยู่ในห้องฉุกเฉินมักเกิดภาวะที่เรียกในภาษาทางการแพทย์ว่า endotracheal tube collapse เขาก็คิดว่า จะแก้ปัญหานี้อย่างไร โจทย์ของเขาเริ่มต้นด้วยความอยากที่จะพัฒนาคุณภาพงาน ก็ได้ทดลองอะไรหลายอย่าง แต่ไม่มีการนำมาเผยแพร่ พี่ที่ทำงานมาก่อนก็พยายามช่วยคิดและไปช่วยค้นข้อมูล ตรงนี้ก็จะได้คนที่มีความสามารถในการสืบค้นข้อมูลต่างๆ มาช่วยน้อง แต่ผลงานสุดท้ายเมื่อ

ออกมาถือว่าเป็นของเจ้าของความคิดตั้งต้น และเขาก็มีเวทีที่จะไปนำเสนอ อีกทั้งยังนำไปใช้งานได้ด้วย เขาก็ภูมิใจ จะเห็นว่าทางหน่วยงานหรือองค์กร ต้องสนับสนุนให้เขามีทีมจนช่วยให้ผลงานของเขาสำเร็จออกมาได้

ศาสตราจารย์นายแพทย์สมบุรณ์ เทียนทอง : ผมพยายามแลกเปลี่ยนกับหลายๆ คนว่า R2R นี่ต้องทำงานวิจัยแบบไหนบ้าง พบว่าในทางปฏิบัติแล้วเรานำการวิจัยมาใช้ได้หมดทุกรูปแบบ ไม่เกี่ยงว่าเป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการหรืออะไร แต่เท่าที่พบคิดว่าการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive) เป็นรูปแบบที่ง่ายที่สุดสำหรับเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการ ผมทำงานตรงนี้เพื่อพัฒนาในหน่วยของผมมาประมาณ 10 ปี ผมเริ่มต้นที่รูปแบบที่ว่าแล้วจบด้วยรูปแบบ before and after และทำหน้าที่ facilitate ให้เกิดงานวิจัยจากทุกหย่อมหญ้า

คุณอุบล จั๋งพานิช : ตอนที่ตัวเองเริ่มต้นงานวิจัย มีที่มาจากงานที่ตึกเคมีบำบัด ซึ่งมีผู้ป่วยมะเร็งมาจากทั่วทุกภาค ได้เห็นปรากฏการณ์ว่า คนไข้ที่มาหาเรามีความเครียด อารมณ์เสียตลอดเวลา เพราะเขาไม่รู้ว่าจะอะไรจะเกิดขึ้นกับเขา เช่น เขาจะได้ยารั้วไหน ได้ยาแล้วจะเป็นอย่างไร กลับบ้านได้เมื่อไหร่ สูตรยาต่างๆ คืออะไร ฯลฯ คำถามเหล่านี้เขาต้องการคำตอบ แต่เมื่อปี 2530 เราเพิ่งเปิดตึกใหม่ๆ ยังคิดอะไรไม่ค่อยออก เพราะทุกอย่างมันประดังประเด มีปัญหาเข้ามามาก และไม่มีคนช่วยดูแล จึงลองทำวิจัยดู เป็นวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโท ทำให้รู้ว่า อ้อ เป็นเพราะว่าคนไข้เขาไม่รู้ ตอนแรกเราก็ให้ทุกอย่าง คือ สอนเขาทุกอย่าง แต่คนไข้จำอะไรไม่ได้สักอย่าง เราก็มาได้แนวคิด คือ การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม แล้วลองเขียน pattern โดยใช้การสอนด้วยหลักทฤษฎีหนึ่งหลังจากนั้นก็เริ่มดีขึ้น คือคนไข้เข้าใจมากขึ้น ความเครียดลดลง

จากนั้นก็เขียนโครงร่างการวิจัย และขอทุนคณะแพทยศาสตร์ มข. ทั้งนี้ ขั้นตอนการขอทุนต้องผ่านกระบวนการที่มีอาจารย์อ่านหลายคน พอได้ทุนก็ต้องขอด้านจริยธรรมอีกจึงต้องมีอาจารย์อ่านงานอีก การที่ต้องผ่านกระบวนการเหล่านี้ทำให้เราเข้มแข็งขึ้นเรื่อย ๆ และพอดีว่าหัวหน้าพยาบาลเป็นนักวิจัยที่มีชื่อเสียง จึงได้ไปช่วยเป็นคณะกรรมการและคณะทำงานด้านการวิจัย ได้จัดอบรมและมีโอกาสเป็นพี่เลี้ยง จนบัดนี้รับผิดชอบเป็นประธานคณะกรรมการพัฒนางานวิจัย

เดิมที่เริ่มอบรมให้น้อง ๆ พยาบาล หลักสูตรของเราค่อนข้างเข้มข้นมาก ดังนั้น หลังจัดอบรมครบ 5 วัน เขาจึงเครียด เพราะทำไม่ได้ คนที่มาอบรมกับเราจบปริญญาตรีทั้งหมด ถ้าจบปริญญาโทมาแล้วเราถือว่าผ่านตรงนี้มาแล้วไม่ต้องอบรมกันอีก หลายคนเขียนโครงร่างการวิจัยเพื่อขอทุนได้ หลายคนทำไม่ได้ ฉะนั้น จึงเป็นหน้าที่ของคณะกรรมการวิจัยในการนำเขาให้ทำวิจัย เราทำ outcome research โดยให้น้อง ๆ แต่ละที่นำโครงการย่อย ๆ ของเขามาพัฒนากันโดยมีพี่เลี้ยงคอยดูแล ปีนี้เราคิดกันว่าจะออกแบบการจัดอบรมให้ง่ายขึ้นกว่าเดิม ค่อย ๆ พาเขาคิดหาประเด็นปัญหา แล้วไปเข้ากระบวนการขอทุน

ศาสตราจารย์นายแพทย์สมบูรณ์ เทียนทอง : แต่ทำ R2R ไม่ต้องใช้ทุนก็ได้ ทางภาควิชาเพิ่งพิจารณาโครงการเสร็จ พบว่า ครึ่งหนึ่งของโครงการวิจัยเท่านั้นที่ได้ทุน ที่เหลือทำได้ด้วยกระบวนการทำงานประจำอยู่แล้ว และทำให้ชีวิตเขาก้าวหน้าด้วย ที่คุณหมอวิเศษณ์พูดถึงเรื่องโปรแกรมคอมพิวเตอร์ง่าย ๆ พวกนี้นำมาใช้ประโยชน์ในการช่วยเก็บข้อมูลได้อย่างมาก

“

ทำ R2R ไม่ต้องใช้ทุนก็ได้ ทางภาควิชาเพิ่งพิจารณา
โครงการเสร็จ พบว่า ครึ่งหนึ่งของโครงการวิจัยเท่านั้นที่ได้ทุน
ที่เหลือทำได้ด้วยกระบวนการทำงานประจำอยู่แล้ว
และทำให้ชีวิตเขาก้าวหน้าด้วย

”

ประชาธิป กะทา : สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.) มีการจัด
หลักสูตรอบรมระยะสั้น ใช้ชื่อว่า On the Job Training คนที่เข้ารับการ
อบรมก็คือเจ้าหน้าที่อนามัย หรือพยาบาลชุมชน ที่ลงไปทำงานในพื้นที่
หลักเกณฑ์ในการรับสมัครก็คือ ให้แต่ละคนเขียนโครงร่างงานวิจัยคนละชิ้น
และมีการจัดเวิร์กช็อป 4-5 ครั้ง แล้วทำรายงานวิจัยมานำเสนอกัน ถ้าจะ
พูดถึง R2R จากประสบการณ์ที่ทำงานนี้ ผมคิดว่าปัญหาหลักก็คือ
การทำงานกับคนที่ถูกฝึกให้เห็นทุกเรื่องในชีวิตประจำวันเป็นสิ่งที่จำเจ
(routine) ไปหมด เช่น มองปัญหาคนไข้ลดขั้นตอนว่าคงเกิดจากไม่รู้
ระเบียบ เป็นต้น ดังนั้น การจะทำให้เขามองการพัฒนางานประจำไปสู่การ
วิจัยจึงทำได้ยากมาก เพราะแต่ละคนมีกำแพงที่ตนเองต้องก้าวข้าม
หลายชั้น

อีกประเด็นหนึ่งที่สำคัญ คือ เนื่องจากหลักสูตรของเราเป็นการอบรม
ระยะสั้นในเรื่องของการวิจัยเชิงคุณภาพ ขณะที่ผู้เข้าอบรมส่วนหนึ่งมี
ประสบการณ์ด้านการทำวิจัยเชิงปริมาณมาก่อน เรื่องนี้ก็เป็นอุปสรรค
เหมือนกัน เพราะว่าการฝึกฝนให้มองโลกแบบนักวิจัยเชิงปริมาณกับ
นักวิจัยเชิงคุณภาพนั้นต่างกันอย่างสิ้นเชิง ถ้าจะมาฝึกเป็นนักวิจัย
เชิงคุณภาพ ก็ต้องหาวิธีว่า จะทำอย่างไรจึงสามารถเล่าเรื่องตัวละคร หรือ
นำเสนอข้อมูลให้ออกมาในเชิงเรื่องเล่า ซึ่งมันเป็นคนละโลกกับการวิจัย
เชิงปริมาณ เราจึงมีช่วงของการมาฝึกงานที่สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ
ซึ่งเป็นออฟฟิศของเรา 1 เดือน เพื่อฝึกเรื่องการเขียนอย่างเดียว เพราะ

“

การที่จะทำ R2R โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การที่จะช่วยให้
เจ้าหน้าที่ที่ทำงานประจำสามารถยกข้อมูลระดับ
ปรากฏการณ์ให้เป็นงานวิจัยนั้น ต้องก้าวข้ามกำแพงหลายชั้น

”

ถ้าหากนักวิจัยเชิงคุณภาพไม่สามารถเล่าข้อมูลผ่านเรื่องราวได้ เขาก็
ไม่สามารถนำเสนอข้อมูล หรือถกเถียงในทางทฤษฎีได้

โดยสรุปคือ การที่จะทำ R2R โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การที่จะช่วยให้
เจ้าหน้าที่ที่ทำงานประจำสามารถยกข้อมูลระดับปรากฏการณ์ให้เป็น
งานวิจัยนั้นต้องก้าวข้ามกำแพงหลายชั้น ซึ่งผมมองว่าส่วนหนึ่ง ก็คือ การมี
หลักสูตรอบรมที่เข้มแข็ง และต้องมีพี่เลี้ยงช่วยเขา

ถ้ามอง R2R ในฐานะที่เป็นปฏิบัติการเพื่อช่วยให้นักวิจัย หรือ
เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการได้รับการเสริมพลัง การวิจัยนั้นอาจเป็นเรื่องที่
เขารู้ดีอยู่แล้ว แต่พอทำวิจัยไป ทำให้เขารู้ว่าเรื่องนั้นมันมีข้อมูลทาง
วิชาการหรือมีแนวคิดอะไรสนับสนุนอยู่บ้าง ซึ่งไม่จำเป็นว่าต้องนำไปสู่
ข้อค้นพบใหม่ เพียงแต่ช่วยให้ก้าวข้ามกรอบบางอย่างซึ่งเป็นมายาคติใน
การทำงานหรือในชีวิตประจำวันได้หลายๆ ประเด็น โดยเฉพาะแง่มุมทาง
สังคมและวัฒนธรรม ซึ่งประเด็นนี้ ผมคิดว่ามีความสำคัญ

นายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ : จากโครงการที่ สวสส. ทำอยู่ดังที่
ประชาธิปไตยได้เล่าไปนั้น เราพบว่า ในการทำวิจัยเชิงปริมาณนั้น ระบบการ
เรียนปัจจุบันเขาสอนทักษะในการจัดการตัวเลข อีกทั้งยังมีโปรแกรม
คอมพิวเตอร์ช่วย ถ้าเราผ่านความคิดเป็นระบบ รู้ว่าจะจัดการกับตัวเลข
อย่างไร เรื่องนี้ก็ง่าย

แต่สำหรับนักวิจัยในสาขาสุขภาพ มักไม่ค่อยรู้เรื่องการเขียน เช่น มักเขียนว่า “ผู้ป่วยชายไทย อายุ 40 ปี” แค่นี้ก็จบแล้ว แต่พอมาเขียนแบบวิจัยเชิงคุณภาพ จะเขียนอธิบายว่าทำไมคนไข้คนนี้ถึงคิดอย่างนี้ และวัฒนธรรมที่อยู่เบื้องหลังคืออะไร มันต้องบรรยายเป็นเรื่องเป็นราว ฉะนั้น บทเรียนของที่เราก็คือ การนำนักวิจัยมาฝึกให้เขียนนั้นยาก แต่ถ้าเอานักเขียนมาฝึกเป็นนักวิจัยจะมีโอกาสสำเร็จได้ง่ายกว่าไหม ฉะนั้นระยะหลังมานี้ เรามุ่งเป้าไปที่การหาคนที่มีความสามารถในการเป็นนักเขียน

ตรงนี้ย้อนไปที่เรื่อง R2R... ไม่ใช่สิ ต้องเรียกว่า R2S คือ จาก Routine to Story เรานำเจ้าหน้าที่จาก 8 จังหวัด มา 25 คน มาจัดกระบวนการให้เขาเล่าเรื่องในลักษณะ appreciate enquiry เพื่อดูว่าเรื่องราวของแต่ละคนอยู่ตรงไหน พอพบตรงนั้นก็มองหาต่อไปว่าจากประสบการณ์หรือเรื่องราวทั้งหมด มีส่วนไหนที่ทำให้เขารู้สึกว่าชีวิตที่ได้มาทำงานแบบนี้ สิ่งที่เราทำนี่ก็คือการตรวจสอบวิธีคิดในการบอกเล่าเรื่องของเข และฝึกทักษะในการเขียนเรื่องว่าจะต้องทำอะไร บรรยายฉากอย่างไร ลึกก็ฉาก เมื่อจะเปิดตัวละครและทำให้ตัวละครมีชีวิตในโลกของคนอ่านจะทำได้อย่างไร วิธีการผูกเรื่องจะผูกไปอย่างไร และธรรมชาติของเรื่องสั้นนั้นจะจบอย่างไรถึงทั้งประเด็นไว้กับคนอ่านได้ เราไปฝึกกระบวนการนี้อยู่เป็นปี เจ้าหน้าที่ที่เป็นทีมงานของเราก็จะไปเคี้ยวเชิญนักเขียนเหล่านี้ เพราะเขาเขียนเป็นแต่ “ผู้ป่วยชายไทย อายุ 40 ปี” จริงๆ พอเราบอกให้เขาเขียนเรื่องจากสภาพแวดล้อม เขาก็ไปบรรยายถึงการตรวจลำน้ำ คือ มันเป็นชุดสำเร็จรูปซึ่งต้องไปรื้อ เพอคอยปรับแก้เสร็จแล้ว มันก็ได้ออกมาเป็นเรื่องเล่า 80 เรื่อง ซึ่งปรากฏว่าขายดีกว่ารายงานวิจัย มีคนบริโภคจำนวนมากกว่า แต่ไม่ได้เป็นงานวิจัยในลักษณะเดิมตามแบบแผน (conventional) แต่เป็นลักษณะของการเล่าเรื่อง (story telling) มากกว่า

กลุ่มคนทำงานที่เขียนเรื่องพวกนี้ เมื่อมาต่อยอดเป็นนักวิจัยเขาจะมีทักษะในการเขียน ซึ่งเป็นทักษะที่คนทำงานด้านสุขภาพไม่มี ตอนมานั่งเล่า

เล่าได้ ถกได้ แต่ตอนเขียนกลับเขียนไม่ออก และบางทีแค่ลำดับเรื่องราวให้คนเข้าใจก็ยังลำดับไม่เป็นเลย ขณะที่ทุกคนคำนวณเปอร์เซ็นต์หรือคิดสัดส่วนเป็น นี่ก็เป็นกำแพง เราจึงแก้ปัญหาโดยการนำเขามาฝึกงาน แล้วทำเรื่องขออนุมัติให้กระทรวง ยอมให้เขามาได้ ให้เขามาอนที่ตึกสนามกีฬาในกระทรวงสาธารณสุข เพราะถ้าเขาจมอยู่ในงานประจำเขาเขียนไม่ออกหรอก ที่เขาเขียนได้ เพราะเขามาเข้าค่าย 1 เดือนกับเรา ฉะนั้นมาถึงวันแรก เราก็ถามเขาก่อนว่าคุณอยากเขียนอะไร แล้วก็จี้ให้เขาเขียน จากนั้นเอามาอ่าน อ่านแล้วก็ให้ความคิดเห็น พอกลับไปทำงานก็วนอยู่กับงานประจำอีก ถึงเวลาที่ใกล้จะต้องกลับมาเข้าค่ายอีกครั้ง เขาก็ไปเอาวัตถุดิบมา ตอนนี้มีรายงานวิจัยเป็นเอกสารออกมาเยอะ สามารถดาวน์โหลดได้จากเว็บไซต์ของเรา

ดร.นิภาพร ลกรวงศ์ : ถ้ามองจากประสบการณ์การทำวิจัยของหน่วยงานที่ทำงานอยู่ คือ โรงพยาบาลโสธร ที่เริ่มต้นเมื่อปี 2541-2542 จนพัฒนาเป็นงานวิจัยขึ้นมา มีการเชิญอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยมาสอน มีการให้ทุนจำนวนมาก มีการจัดทำเป็นวารสารวิชาการ (journal) ออกมา และมีการจดทะเบียนงานวิจัยแล้วจำนวนมาก

สถานการณ์ตอนนั้น ทุกคนรู้สึกตัวตัวเองเป็นนักวิจัย และรู้สึกเครียดมาก พอปีที่จะสิ้นสุดสัญญาการจดทะเบียนงานวิจัย นักวิจัยทำงานไม่ได้ รายงานไม่ค่อยออก จนเกิด “มือปิ่นรับจ้าง” ทำงานวิจัยขึ้นจากกลุ่มนักศึกษาปริญญาโทและผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข สถานการณ์นี้สะท้อนว่าตอนนั้นงานวิจัยเป็นอะไรที่น่ากลัวมาก เหมือนกับยุคมืด ในช่วงเวลานั้น สถานการณ์ด้านการผลิตงานวิจัยเป็นที่ฮือฮามาก แล้วก็ค่อยๆ ลาลงๆ จนปี 2549 ก็เริ่มย้อนกลับใหม่ คราวนี้ พอพูดถึงการวิจัย ทุกคนก็เอื้อมบอกไม่เอาแล้ว ก็เลยลองดูว่าจะตั้งต้นใหม่ได้ไหม

“

พอปีที่จะสิ้นสุดสัญญาการจดทะเบียนงานวิจัย
นักวิจัยทำงานไม่ได้ รายงานไม่ค่อยออก
จนเกิด “มือปิ่นรับจ้าง” ทำงานวิจัยขึ้น
สถานการณ์นี้สะท้อนว่า ตอนนั้นงานวิจัย
เป็นอะไรที่น่ากลัวมาก เหมือนกับยุคมืด...

”

ตอนแรกนั้นล้มเหลวเพราะเราเอาอาจารย์มาสอนวิจัย เวลาอาจารย์มาสอนก็สอนแบบนักวิจัย คนทำงานเขามองไม่ออก พอจัดคอร์สเรียนวิจัยจึงไม่มีใครมาสมัครเรียน จนต้องมีการบังคับและให้จดทะเบียนการทำงานวิจัย เหมือนเซ็นสัญญาว่าฉันจะทำวิจัยแล้ว แต่ก็ไม่มีใครมาจด จึงพับไปอีก พอตัวเองจบปริญญาโทมาเริ่มมองมุมใหม่ จากการที่ตัวเองศรัทธาในการทำวิจัยอยู่แล้ว เพราะเห็นว่างานวิจัยไม่น่าจะเป็นเรื่องยากเลยคิดว่าเอามาทำให้เป็นเรื่องง่ายดีกว่า จึงไปชวนอาจารย์อีกท่านหนึ่งว่าเรลองมาทำ R2R กันดูไหม ทำแบบง่ายๆ เอา KM เข้ามาใช้ โดยเริ่มต้นจากให้เขานำกรณีที่ประสบความสำเร็จมาแล้ว แล้วคุยต่อว่าเขาแก้ปัญหาจากงานที่ทำอย่างไร เกิดการฟอร์มทีมขึ้นเป็นเหมือนชุดทีมวิจัย อย่างแผนกผู้ป่วยนอก (OPD) เราเอาโรคเป็นตัวตั้ง ตามด้วยปัญหาในงานกับการประสานงาน

กระบวนการที่ทำนี้ ช่วงแรกคึกคัก แต่พอประมาณปลายปี 2549-2550 ก็เริ่มลา เพราะเข้าสู่ช่วงการเขียน ซึ่งนักวิจัยเขียนไม่ได้ แต่เล่าได้ว่าเขามีปัญหาอะไร ทำอย่างไร และผลการแก้ปัญหาเป็นอย่างไร ซึ่งกลายเป็นชุดที่ฮือฮามาก เพราะเราใช้คำว่า ชุดวิจัย รวมๆ กันหลาย ๆ คน มีทั้งหมด 4 ทีม ตอนนั้นเราก็มองกันว่าทำต่อไปไม่ไหวแล้ว

พอกกลางปี 2550 ก็เริ่มใหม่ ทีมที่ไปประเมิน HA บอกว่า คุณต้องทำ practice ต้องทำอย่างนั้นอย่างนี้ พยาบาลเริ่มต้นตัวขึ้นมาใหม่ ว่าให้เข้าไปสอนอะไรเขาก็ได้ เลยเข้าไปสอนว่าเขาจะแก้ปัญหาในงาน ประจำได้อย่างไร ตั้งต้นอย่างไร โดยให้เขาตอบคำถาม 3 ข้อว่า ปัญหาของเขาคืออะไร ควรจะแก้อย่างไร และคาดว่าเมื่อแก้แล้วจะเกิดประโยชน์กับ งานนั้นอย่างไร ทุกคนก็ตอบตรงนี้มา แล้วนำเข้าไปประชุม เขาก็แก้ ต่อเนื่องมาเรื่อย ๆ ต่อมาเริ่มนำนวัตกรรมเข้าไปใช้ เช่น นาฬิกาเตือนให้ พลิคตัวผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ แก่เสร็จก็แก้ปัญหาใหม่ต่อไป จนคิด เทคนิคการเอาผ้าผ่อนแรงมาช่วย เรามานั่งคุยกันในห้องประชุม เริ่มจาก สัปดาห์ละครั้ง คุยกันเรื่อยมาตั้งแต่ต้นปี 2551 ตอนนั้นครึ่งปีแล้ว บอกกับ เขาว่าสิ่งที่เราคุยกันมาทั้งหมดนี้คือการทำให้ R2R และแทรกแนวคิดเรื่องของ R2R เข้าไป เขาถามว่า เป็นเรื่องใหม่หรือ เราก็บอกไม่ใช่ นี่พูดเรื่องเก่ากันมา เกือบครึ่งปีแล้ว อันที่จริงพูดกันมาตั้งแต่ปี 2542 เราพยายามไม่ทำให้เขา รู้สึกว่าเขาเรื่องใหม่เข้าไป แต่เป็นการนำงานประจำของเขามาพูดเพื่อหา ทางแก้ปัญหา และพยายามสอนความรู้เรื่องการวิจัยทีละขั้นตอน แต่จะ ไม่ใส่เข้าไปว่าคุณต้องทำแบบนี้แบบนั้น

พอเราค่อย ๆ แทรกซึมวิชาการ คนทำก็รู้สึกดี ระยะหลัง ตัวเอง ทำงานในเรื่องของการออกแบบสิ่งแวดล้อมกับการเรียนรู้ ก็จะออกแบบ กระบวนการให้เขาเกิดการเรียนรู้กัน โดยมีทีมพี่เลี้ยงและจัดตั้งศูนย์เรียนรู้ ใช้คำว่า “ห้องเรียน (class) ช่วยเหลือ” และ “ห้องเรียนแลกเปลี่ยนเรียนรู้” ตอนนี้นำคนที่จบระดับปริญญาโทประมาณ 25 คน มาเป็นพี่เลี้ยง เพราะเมื่อก่อนเราเคยนำอาจารย์จากข้างนอกมาเป็นพี่เลี้ยง แต่ล้มเหลว เนื่องจากอาจารย์กับนักเรียนคุยกันไม่รู้เรื่อง ถ้าเอาคนใกล้กัน คุยภาษา เดียวกัน จะมองเห็นงานและไปได้ดีกว่า ตอนนีกระบวนการเริ่มเข้มข้นขึ้น หลังจากทำวิจัยแบบง่าย ๆ ก็เริ่มมีการวิพากษ์งานวิจัยกันแล้ว เดือนหนึ่ง เจอกัน 2 ครั้งในห้องเรียนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อคุยกันว่าทำอะไรไปถึง

ไหนดแล้ว ใครว่างก็เข้ามา และทีมปริญญาโทของเราก็จะมาวิพากษ์และช่วยเติม แนวทางการวิพากษ์ของเราไม่ได้เน้นเรื่องระเบียบวิธีวิจัย แต่เน้นการเอาประสบการณ์มาแก้ปัญหา เช่น การสอนเรื่องให้มนตร์ ก็จะเอาคนที่ม่ประสบการณ์เข้ามา ตอนนั้นเราก็เลยลองใช้ model ที่ประกอบด้วย การมีพี่เลี้ยง มีห้องเรียนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีฐานความช่วยเหลือ ซึ่งจะมีทั้งฐานข้อมูล ฐานผู้เชี่ยวชาญ ที่ไม่ใช่ระดับ expert แต่เป็นผู้ช่วยเหลือที่พูดกันรู้เรื่อง

แรกๆ กลุ่มพี่เลี้ยงเริ่มมีอาการ burn out เพราะไฟแรงมาก จนตัวเองซึ่งมีหน้าที่ดูแลทั้ง 2 กลุ่ม คือ ทั้งกลุ่มพี่เลี้ยงและนักวิจัย ต้องบอกกลุ่มพี่เลี้ยงว่า อย่าเอาอะไรกับนักเรียนมาก ขอแบบนุ่มนวล ค่อยๆ เป็นค่อยๆ ไป เมื่อสัปดาห์ก่อน เราเพิ่งถอดบทเรียนกันไปในเรื่องความสุขกับการทำวิจัย พบว่านักวิจัยหน้าใหม่เขามีความกลัว ซึ่งจะเกี่ยวโยงมาถึงกระบวนการ สร้างเครื่องมือและการวิเคราะห์ข้อมูล ก็มีข้อเสนอว่า ให้เอาง่ายๆ ที่เรทำได้ก่อน ยากๆ ยังไม่ต้องทำ ทำเท่าที่ทำได้ ค่อยๆ สอนเขา คล้ายๆ พาเด็กฝึกหัดเดิน

นายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ : ผมคิดว่ากุญแจสำคัญจากเรื่องนี้เล่ามานี้คือ การทำแบบต่อเนื่องและคิดที่จะทำไปตลอด เพราะถึงขบวนการล้มไปแต่ก็ไม่เลิก ตอนนั้ก็เหมือนกับว่างานวิจัยกลายเป็นงานประจำของคุณภาพเราไปแล้ว

แพทย์หญิงบุษกร อนุชาติวรกุล : คิดว่าเรื่อง R2R น่าสนใจ เพราะขณะนี้สภาวะรอบข้างรวมทั้งสังคมของเราสับสนวุ่นวาย งานมากมายทับซ้อนกัน เสียทรัพยากรของส่วนรวมไปมาก เมื่อได้อ่านเรื่องนี้แล้วก็คิดว่าควรสนับสนุน และลองพิจารณาว่าเป็นวิธีที่น่าจะถูกต้องหรือจะเป็นปัญหาหรือไม่ พิจารณาแล้วคิดว่าน่าจะดี เพราะเราลงทุนกับงานประจำมาก แต่

ไม่สามารถต่อยอดไปไหนได้ ทั้งกับตัวคนทำงาน คนรอบข้าง และกลุ่มเป้าหมาย

คำถามต่อไปก็คือ แล้วเราจะมาช่วยอะไรเขาได้ แม้ตัวเองมีความเชี่ยวชาญทางด้านงานประจำแต่ไม่รู้เรื่องงานวิจัย โดยส่วนตัวไม่เคยทำงานวิจัย แต่ฟังแล้วดูเหมือนคนจะกลัวการวิจัยกันมาก นั่นแสดงว่าวิธีคิดมีปัญหา ถ้าเช่นนั้นก็น่าคิดว่ามันมีทางเลือก หากเราจะหลบเลี่ยงไม่แตะต้องตัวนี้

สาเหตุที่ไม่รู้เรื่องการวิจัยเลยแต่ไม่เคยกลัว เพราะมองว่าการวิจัยนั้นเป็นเพียงเครื่องมือตัวหนึ่งที่อาจมาช่วยลดอัตรา ปกติเวลาคนทำอะไรก็มักเชื่อมั่นว่าสิ่งที่ตัวเองทำนั้นดี ถ้ามีปัญหาก็คเพราะสุดวิสัย ได้ทำเต็มที่แล้วก็ถือเป็นกลไกต่อสู้ (defensive mechanism) ของคนปกติ ถ้าคนไม่คิดอย่างนี้แสดงว่าผิดปกติหรือไม่ก็เป็นอัจฉริยะ ฉะนั้น จึงคิดว่าการวิจัยเป็นเครื่องมือช่วยลดอัตรา ทำให้เราเปิดใจในการมองสิ่งที่ทำได้ชัดเจนใกล้เคียงความจริง และเกิดปัญญามากขึ้น

ในการนำเสนอเครื่องมือตัวนี้กับคนทำงาน เนื่องจากคนกลุ่มนี้เขามีวิจรรณญาณในการพิจารณา จึงต้องระวังด้วยว่าอย่านำเสนอในลักษณะที่อาจเป็นเหมือนกับทำให้เขากลายเป็นคนโง่ การนิยามว่า R2R คืออะไรอาจเป็นเรื่องรอง สิ่งที่เราควรทำในช่วงเริ่มต้นคือต้องต่อสู้ทางความคิดในการสร้างกระแสซึ่งเป็นนิยามของคนทำงาน การคิดพิจารณานั้นเป็นธรรมชาติของวิวัฒนาการของมนุษย์ ถ้ามนุษย์มีอิสระภาพ เขาก็มีสิ่งนี้ นี่คือการเริ่มต้นของการคิดพิจารณาโดยไม่ต้องไปสนใจอะไร ไม่ว่าจะเป็นเรื่องความรู้ระเบียบวิธีวิจัย การจัดการข้อมูล ฯลฯ สิ่งเหล่านี้เก็บไว้ก่อน เมื่อไหร่ที่จำเป็นต้องใช้ เราก็มีความสามารถพอที่จะหาความรู้ได้

ที่ สวรส. เชิญมาในครั้งนี้ ดิฉันมาแบบถอดใจให้เป็นเหมือนคนที่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาล ดิฉันก็มาตรวจคนไข้ ที่เริ่มจากนิกภาพแบบนี้ เพราะเคยทำงานในโรงพยาบาลชุมชนมานานกว่า 10 ปี จากที่นิกภาพว่า

“

นักวิจัยหน้าใหม่เขามีความกลัว ซึ่งจะเกี่ยวโยงมาถึงกระบวนการสร้างเครื่องมือและการวิเคราะห์ข้อมูล มีข้อแนะนำว่า ให้เอาข้อง่าย ๆ ที่เราทำได้ก่อน ยาก ๆ ยังไม่ต้องทำ

”

ถ้าเป็นคนทำงานแล้วเขามาขายความคิดเรื่องการทำ R2R แบบนี้ จะเอาใหม่ ก็คิดว่า น่าจะเอา

จากการเข้าร่วมวงแลกเปลี่ยนครั้งนี้ ทำให้ได้แนวทางยุทธศาสตร์ที่อยากแลกเปลี่ยน 2 ยุทธศาสตร์

ยุทธศาสตร์ที่หนึ่ง จะต้องทำให้คนทำงานเกิดความรู้สึกว่าถ้าเขาเข้ามาเกี่ยวข้องกับ R2R แล้ว งานที่ทำจะมีประสิทธิภาพมากขึ้น ตัวเขามีคุณค่าและมีความสุขมากขึ้น เพราะนี่คือสิ่งที่คนทำงานต้องการและแสวงหา

ถ้าเราใช้ยุทธศาสตร์นี้ เราจะต้องเริ่มจากการทำ flow chart ของกระบวนการ ที่แสดงลักษณะเฉพาะของการทำ R2R โดยเรื่องของการค้นหาประเด็นปัญหาในการทำวิจัย ต้องขึ้นมาเป็นสิ่งแรก โดยให้คนทำงานเขาได้พิจารณาว่างานที่เขาทำนั้น เขาภูมิใจตรงไหน เพื่อนำสิ่งนี้ไปสู่การต่อยอดว่าอะไรที่เป็นปัญหาแล้วเขาอยากแก้ คู่ขนานไปกับขั้นตอนการวิจัย และทำให้เขารู้ว่า จริง ๆ แล้วเขามีศักยภาพ

แต่ถ้าปัญหาเรื่องการวิจัยอยู่แค่เรื่องการทำให้เป็นภาษาเชิงพรรณนา และขั้นตอนสุดท้ายคือการเขียน คิดว่า จะต้องเริ่มจากสิ่งที่เขาอยากเขียน โดยอย่าไปเริ่มตรงเรื่องการเขียนที่ดี ไม่ว่าสำหรับรายงานการวิจัยเชิงคุณภาพหรือเชิงปริมาณ อันนั้นเก็บไว้ก่อน ใครมีพื้นฐานอยากเขียน

“

ปกติเวลาคนทำอะไรก็มักเชื่อมั่นว่าสิ่งที่ตัวเองทำนั้นดี
ถ้ามีปัญหา ก็เพราะสุตวิสัย ได้ทำเต็มที่แล้ว
การวิจัยเป็นเครื่องมือช่วยลดอัตตา ทำให้เราเปิดใจ
ในการมองสิ่งที่ทำได้ชัดเจนใกล้เคียงความจริง
และเกิดปัญญามากขึ้น

”

อะไรก็ส่งเสริมให้เขาเขียน โดยไม่ต้องมีกรอบ แล้วต่อยอดจากตรงนั้นขึ้นมา
ส่วนที่อยู่ระหว่างการตั้งประเด็นปัญหาการวิจัยการเขียนนั้น จริง ๆ
แล้วกระบวนการหลักมีอยู่ 3 ตัว **หนึ่ง** การคิดพิจารณางานที่ทำหรือ
ข้อเสนองาน **สอง** เรื่องของการประเมิน คนที่ทำงานประเมินได้ อาจลอง
เริ่มจากตัวเขาว่าเขาประเมินอย่างไร อย่าเริ่มจากหลักวิชาการว่าการ
ประเมินมี 500 วิธี หรือ 1,800 วิธี แบบนั้นล้นเหลือในด้านยุทธศาสตร์
แน่นอน แต่ให้เริ่มจากสิ่งที่จะทำให้เขามีคุณค่า มีความสุข และรู้สึกว่าจะ
สามารถต่อยอดจากสิ่งที่ทำอยู่ได้ **สาม** เมื่อประเมินเสร็จแล้วต้องกล้าที่จะ
นำไปปรับปรุงเปลี่ยนแปลง ติดตาม และเรียนรู้วงจรนี้ต่อไป

ยุทธศาสตร์ที่สอง ไม่ควรสร้างให้เป็นการหลายชั้น เพราะถ้าทำ
อย่างนั้นแสดงว่าเราไม่ใช่คนที่เข้าใจเรื่อง R2R แต่ควรไปร่วมมือกับงานที่
เขามีอยู่แล้ว เช่น CQI ซึ่งลงทุนสร้างกระแสมาเป็นสิบปีจนตอนนี้ติดตลาด
แล้ว ลองวิเคราะห์สถานการณ์ดูว่าทำอะไรเราถึงจะร่วมมือกับเขาได้ ถ้า
วิเคราะห์อย่างหยาบ ๆ สมมติกลุ่มเป้าหมายหลักของเขา คือ โรงพยาบาล
ของรัฐ ถ้าเป็นเรื่อง HA ตอนนี้ประเมินหยาบ ๆ คือ มีอยู่สองวง วงแรกคือ
ผู้บริหารที่เห็นคุณค่าของการพัฒนาคุณภาพ และมีขบวนการนี้มานานกัน
แล้ว คนได้ถูกฝึก ถูกสร้าง ถูกให้คุณค่าและเรียนรู้ ตรงนี้เป็นนิวเคลียส
คิดว่ามีไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 10 ของทั้งหมด และจะเป็นยุทธศาสตร์การ

เคลื่อนไหวของ R2R ที่จะทำให้เกิดความสำเร็จเชิงประจักษ์เพื่อส่งผลกระทบต่อเราไม่ต้องไปทำมาก เพราะปัจจัยที่จะทำให้เกิดความสำเร็จคือการที่ผู้บริหารเอาด้วย เราปล่อยคนทำงานมาเล่นวงนี้ เมื่อเกิดผลเชิงประจักษ์มันจะส่งผลกระทบที่เหลือตามมาเอง ส่วนวงที่สอง คือ ในส่วน Health Promotion ถ้าจับกลุ่มนี้ เดี่ยวก็ไปกระทบกันเอง

นายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ : สรุปได้ว่ายุทธศาสตร์แรกเป็นยุทธศาสตร์ที่ทำให้ R2R เป็นเครื่องมือที่ทำให้ “งานก็ได้ผลคนก็เป็นสุข” ถ้าได้อย่างนั้นคนก็จะเข้าร่วม ยุทธศาสตร์ที่สอง เน้นไปที่นิวเคลียสของ HA และ CQI ซึ่งทำต่อเนื่องมาหลายปี ถ้าไปสร้างงานใหม่ก็เหมือนกับต้องตอบคำถามอีกมากมาย

นายแพทย์วิศิษฐ์ สงวนวงศวาน : ผมคิดว่า การนำ R2R เข้ามาใช้ก็เพื่อพัฒนาวิธีคิดของคนทำงานเป็นหลัก สมัยลูกผมเรียนหนังสือ ผมไม่รู้หรอกว่า เสิร์ช เอ็นจิน (search engine) คืออะไร เดี่ยวนี้ยุคสมัยเปลี่ยนไปมาก พอลูกผมอยากดูการ์ตูนเรื่องหนึ่ง มันเปิดอินเทอร์เน็ต แป๊บเดียวก็ดาวน์โหลดได้มาแล้ว จะเห็นว่าทุกวันนี้ชีวิตเราเปลี่ยนไป ประเด็นนี้คือสิ่งที่ผมอยากพูด สถาบันทั้งหลายที่ทำหน้าที่ให้การศึกษาต้องทำให้ผู้เรียนเกิดปัญญา รู้จักแก้ปัญหาโดยวิธีการสืบค้น ค้นคว้าข้อมูล และคิดอย่างเป็นระบบให้ได้

“

ไม่ควรสร้างให้เป็นงานหลายชิ้น
เพราะถ้าทำอย่างนั้นแสดงว่าเราไม่ใช่คนที่เข้าใจเรื่อง R2R
แต่ควรไปร่วมมือกับงานที่เขามีอยู่แล้ว

”

การแก้ปัญหาในปัจจุบัน ถ้าแก้ในระดับบุคคลก็แก้กันไปแบบไม่มีวันจบ ตรงนี้เราจึงต้องมองไกลไปอีกก้าวหนึ่ง ถึงระดับของการผลักดันเชิงนโยบาย เช่น มีนโยบายว่าคนเรียนจบปริญญาตรีต้องรู้กระบวนการคิดเรื่องการวิจัยจากงานประจำ ซึ่งจริง ๆ ก็เป็นเรื่องที่อยู่ในตัวเราอยู่แล้ว แต่ทำไมพอจบมาแล้วกลับเอาวิธีคิดตรงนี้มาใช้ไม่ได้

ตอนลูกผมย้ายโรงเรียนไปอยู่เสียไกล ตอนนั้นต้องคิดหาทางว่าจะพาลูกไปเส้นทางไหนที่รถไม่ติด สิ่งแรกที่ผมทำคือ ดูว่าข้างบ้านผมมีใคร นี่คือการเปรียบเทียบการเข้ากระบวนการทบทวนวรรณกรรม พอไปถามพบว่าไม่มีเลย ฉะนั้นก็ต้องไปส่งเอง จากนั้นจึงมาศึกษาว่าถนนเส้นไหนใกล้ที่สุด รถติดน้อยที่สุด เส้นไหนผ่านโรงเรียนหลายแห่งก็น่าจะรถติดมากกว่า เป็นต้น พอคิดเสร็จก็ลองใช้เส้นทางที่เลือก จบเวลาดูว่าไปเส้นนี้ใช้เวลาเท่าไร แล้วลองอีกเส้น จากนั้นก็สรุปออกมาว่าเส้นไหนง่ายกว่าก็ไปเส้นนั้น เห็นไหมว่าทางเลือกมีได้หลายทาง ระบบวิจัยก็ไม่ต่างไปจากนี้ แต่พอมาทำงานเรากลับไม่เห็นแก้ปัญหาด้วยกระบวนการง่าย ๆ แบบนี้เลย เป็นเพราะสาเหตุใด นี่คือการประเด็นที่ต้องมาพิจารณา ดูทำไม ทั้ง ๆ ที่มันอยู่ในหัว แต่เรากลับไม่เอามาใช้ หรือจะเป็นอย่างที่คุณคนพูดว่า พอบอกว่าเป็นเรื่องการวิจัยก็ไม่มีใครกล้าแตะ

ผมคิดว่าที่คิดกันไม่ออกว่าปัญหาคืออะไร สาเหตุเป็นเพราะไม่มีระบบข้อมูล ต้นเหตุอยู่ที่วิธีการใช้ข้อมูล ฉะนั้นเราต้องฝึกให้คนรู้จักวิธีใช้ข้อมูลมาตั้งแต่เด็ก เขาถึงจะรู้วิธี ตอนที่ผมเข้ามาดูเรื่องการจัดการความรู้พบว่า ความรู้มีอยู่สองแบบ คือ ความรู้ที่อยู่ภายนอก และความรู้ที่อยู่ในภายใน พอไปสืบค้นในอินเทอร์เน็ต พบว่ายังมีความรู้อีกแบบหนึ่งคือ potential knowledge นั่นคือ data คราวนี้ ผมถึงบางอ้อ เชื่อมโยง มาที่ R2R ได้เลย เพราะได้รู้ว่าความรู้ส่วนหนึ่งนั้นไม่ได้ใหม่หรอก เป็นสิ่งที่มีอยู่แล้ว อย่างผมทำงานอยู่ในโรงพยาบาล มีฐานข้อมูลคนไข้อยู่จำนวนมาก นี่ก็คือความรู้ที่มีอยู่แล้ว แต่จะเอาออกมาใช้ได้อย่างไรเท่านั้นเอง ผมจึงมา

“

ความรู้ส่วนหนึ่งนั้นไม่ได้ใหม่หรือ
เป็นสิ่งที่มียอยู่แล้ว อย่างผมทำงานอยู่ในโรงพยาบาล
มีฐานข้อมูลคนไข้อยู่จำนวนมาก นี่คือนวัตกรรมที่มียอยู่แล้ว
แต่จะเอาออกมาใช้ได้อย่างไรเท่านั้นเอง

”

จับประเด็นว่า จุดสำคัญที่เราจะพัฒนาองค์การอยู่ที่การทำให้คนรู้จักการนำ
เอาฐานข้อมูลมาใช้ ส่วนวิจัยเป็นเรื่องรองไม่ใช่เรื่องหลัก

อีกประเด็นหนึ่ง คือ บ้านเราไม่สอนให้คนคิด เพราะเรามีแต่ความ
เชื่อว่า อาจารย์ท่านนี้พูดอะไรมาก็ถูกหมด แต่มันจริงอย่างนั้นไหม เราถูก
ระบบผูกขาดครอบงำว่าต้องมีแต่สถาบันต่างๆ ไปตรวจเรา ผมเคยถาม
กลับว่าทำไมเราต้องคอยเดินตามสถาบันเหล่านี้ ทั้งที่มีหนังสือหนังหา
เยอะแยะ เราก้าวไปไกลกว่านั้นได้ไหม ปัญหาของระบบการพัฒนา
คุณภาพแบบนี้คือการไปครอบงำวิถีชีวิตของคนในองค์กร ทำให้คนทำงาน
ไม่สนใจอย่างอื่น พอเขาบอกว่าเครื่องมือตัวไหนดีก็รับนำมาทำทันที
เรียกว่า เป้าหมายผิดไปหมด เหมือนกับ R2R ที่ถ้าหากคิดว่าเป้าหมายคือ
จำนวนชิ้นงานวิจัย นั่นคือไปผิดทางแล้ว

นายแพทย์พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข : สิ่งที่เรา กำลังจะสร้างขึ้นใหม่ต้อง
ไม่ใช่กำแพงอันใหม่ที่จะไปล้อมกรอบความคิด แต่เวลาที่เรารู้ถึงเรื่องการ
สร้างกระแสมีสิ่งหนึ่งที่ต้องระวัง นั่นคือ การขาดศักยภาพทางความคิดที่
มากพอ จนไปจับเอาสิ่งที่เรากำลังนำเสนอให้กลายเป็นกรอบอันใหม่ แต่ก็
ถือเป็นเรื่องปกติที่องค์กรจะมีคนแบบนี้อยู่ ฉะนั้น ปัญหาของการสร้าง
คุณภาพที่แท้จริง ซึ่งเรารู้ถึงกันมาก นั่นคือ การสร้างคน จึงเป็นประเด็น
ปัญหาที่สำคัญมาก แม้ว่ามีปฏิกิริยาการศึกษาแล้วก็ตาม

ประชาธิปไตย : ผมขอเพิ่มเติมเรื่องเส้นหนึ่งของ R2R ลัก 2 ประเด็น
ข้อแรก คือ การที่จะเข้าใจสถานะหรือคุณค่าของ R2R นั้น ต้องเข้าใจก่อน
ว่าการวิจัยคืออะไร ผมมองว่า การวิจัยคือการอธิบายความจริงของ
เรื่องๆ หนึ่ง ดังนั้น มันจึงไปเกี่ยวพันกับตัวคนที่เป็นผู้อธิบายหรือว่ายึดกุม
คำอธิบายความจริงนั้น เพราะคนๆ นั้นจะมีอำนาจ ด้วยเหตุนี้ พอบ้าง
พยาบาล ได้มาทำวิจัย เขาก็สามารถเป็นผู้ที่อธิบายความจริงในเรื่องนั้นๆ
ชีวิตการทำงานจึงดูมีชีวิตชีวา เพราะคนทำงานไม่ใช่คนที่ต้องมาคอยรอ
แต่เขามีอำนาจ นี่คือเส้นที่ข้อแรกของ R2R

เส้นที่สองของ R2R นั้น ผมคิดว่า R2R เป็นเครื่องมือที่ช่วย
ให้เราก้าวพ้นกรอบหลายอย่าง เช่น ไปพ้นจากอำนาจหนึ่งเดียวที่ยึดกุม
คำอธิบายต่างๆ มันจึงสามารถเป็นเครื่องมือที่จะเปิดโอกาสให้กับศาสตร์
ความรู้ใหม่ๆ และกฎความเป็นไปได้ใหม่ๆ ผมนึกไปถึงงานของนักปรัชญา
วิทยาศาสตร์คนหนึ่ง ชื่อ Paul Feyerabend เขาเขียนหนังสือชื่อ Against
method หนังสือทั้งเล่มเป็นการวิพากษ์วิธีวิทยาการศึกษาแบบวิทยาศาสตร์
ว่า จริงๆ แล้วมันไม่ได้มีความเป็นวิทยาศาสตร์หรือเหตุผลใดๆ ข้อค้นพบ
ต่างๆ ของไอน์สไตน์นั้นก็ไม่ได้เป็นวิทยาศาสตร์ เพราะไม่ได้เริ่มต้นจาก
สมมติฐานแล้วเป็นไปตามหลักวิทยาศาสตร์ ที่จริงไอน์สไตน์อาจเริ่มต้น
จากการคาดเดา เพียงแต่เป็นการคาดเดาที่ถูกต้อง ในตอนท้ายผู้เขียนได้
เสนอแนวคิดว่า ทำอย่างไรที่จะไม่ให้มีระบบคุณค่าเดียวมายึดกุมอำนาจใน

“

เวลาที่เรารู้ถึงเรื่องการสร้างกระแสมีสิ่งหนึ่งที่ต้องระวัง
นั่นคือ การขาดศักยภาพทางความคิดที่มากพอ
จนไปจับเอาสิ่งที่เรากำลังนำเสนอให้กลายเป็นกรอบอันใหม่

”

“

ไม่มีหลักฐานพอที่จะสรุปได้ว่าวิทยาศาสตร์เท่านั้นที่เป็นประโยชน์ อย่างไรก็ตาม รัฐได้ลงทุนกับอุตสาหกรรมความรู้ด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์เท่านั้น ทำไมไม่ยอมให้นำเงินภาษีของประชาชนไปใช้ในจารีตความรู้แบบอื่นๆ บ้าง

”

การอธิบายความจริงทั้งหมดในสังคม และผมเองคิดว่าเสน่ห์ของ R2R ก็เหมือนกับที่ผู้เขียนหนังสือเล่มนี้ได้เสนอเอาไว้ นั่นคือ “Anything go” หรือ “อะไรก็ได้”

นายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ : หนังสือเล่มนี้ได้ถูกแปลแล้วโดย วีระ สมบูรณ์ สารสำคัญบอกว่าไม่มีหลักฐานพอที่จะสรุปได้ว่าวิทยาศาสตร์เท่านั้นที่เป็นประโยชน์ อย่างไรก็ตาม รัฐได้ลงทุนกับอุตสาหกรรมความรู้ด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์เท่านั้น ทำไมไม่ยอมให้นำเงินภาษีของประชาชนไปใช้ในจารีตความรู้แบบอื่นๆ บ้าง ถ้าสังคมเสรีจริงจะต้องมีความหลากหลายมากกว่าที่เป็นอยู่ ซึ่งผมคิดว่าเรื่องความหลากหลายก็มีแง่มุมทำนองนี้ ทำให้เราได้คิดว่าทำไมเราไม่ลองหันกรอบนี้ทั้งทำไมต้องยึดกรอบนี้กรอบเดียวตายตัว มีวิธีคิดอื่นด้วยได้ไหม

ถ้า R2R ขยายกว้างขวางออกไปได้ก็จะช่วยเปิดพื้นที่ของความเป็นไปได้ ที่จะทำให้ความรู้ใหม่ๆ ที่การวิจัยในระบบปกติหรือการวิจัยในระบบสถาบันไม่อนุญาตให้ทำได้ เกิดมีความเสรีทางวิชาการมากขึ้นอีกหน่อยหนึ่ง เพราะมันเป็นสิ่งที่ประยุกต์เข้ากับงานที่ทำแล้วได้ประโยชน์

ฉะนั้น เอาเลย...

“Anything go!” 🖊

รายนามผู้เข้าร่วมวงสนทนา

นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์	สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ
นพ.อัครินทร์ นิมมานนิตย์	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
ศ.นพ.สมบูรณ์ เทียนทอง	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
นพ.ทวีศักดิ์ นพเกษร	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
นพ.วิศิษฐ์ สงวนวงศ์วาน	โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
	จ.อุบลราชธานี
พญ.บุษกร อนุชาติวรกุล	โรงพยาบาลรามธิบดี
ดร.นิภาพร ลครวงศ์	โรงพยาบาลยโสธร จ.ยโสธร
คุณอุบล จ้างพานิช	โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จ.ขอนแก่น
คุณประชาธิป กะทา	สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ
ผศ.อำนาจ พิรุณसार	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ดร.สาธิตา เมธนาวัน	สถาบันพระบรมราชชนก
คุณอนุชา หนูหนู	สถาบันพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ภาคใต้
ผศ.ดร.จรรยาพร ศรีศัลลักษณ์	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
คุณวรรณพร บุญเรือง	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข