

รายงานการวิจัย

Research Report

เรื่อง

การใช้กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการพัฒนาบทบาท
ด้านการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล

Using Hospital Quality Development and Accreditation Process as a Tool in Developing
Health Promotion in Hospitals

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

Institute of Health System Research

1 มิถุนายน 2546 – 31 กรกฎาคม 2548

June 1, 2003 – July 31, 2005

รายชื่อผู้วิจัย

Research Team

อำนาจ ศรีรัตนบัลล์

Amnach Sriratanaban

สรสวรรค์ อัสวเรืองชัย

Santawat Asavaroengchai

กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์

Krit Pongpirul

จินดา ตั้งรวมทรัพย์

Jinda Tangraumsab

จารุวรรณ ชาติเดช

Charuwan Thadadej

(สรุปรายงาน วันที่ 25 กันยายน 2548)

สารบัญ

	หน้า
บทสรุปสำหรับฝ่ายบริหาร	3
1. ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย	7
2. วัตถุประสงค์	8
3. การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	8
แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ	8
การเพิ่มพลังอำนาจ	9
แนวคิดโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ	10
กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลและกระบวนการเรียนรู้	11
Soft Systems Methodology	14
4. ระเบียบวิธีการวิจัย และวิธีการวิจัย	17
5. การดำเนินการและผลการวิจัย	26
5.1 การวิจัยระยะที่หนึ่ง	26
5.2 การวิจัยระยะที่สอง	27
5.3 การวิจัยระยะที่สาม	40
แบบจำลองที่สาม	70
6. บทสรุป	74
7. แนวคิดต่อยอดจากผลการวิจัย	76
8. เอกสารอ้างอิง	76
ภาคผนวก	
ภาคผนวกที่ 1 รายชื่อโรงพยาบาลในเครือข่าย	80
ภาคผนวกที่ 2 กรณีศึกษา	82
ภาคผนวกที่ 3 รายงานการเยี่ยมโรงพยาบาล A	89
ภาคผนวกที่ 4 แบบจำลองที่หนึ่ง	94
ภาคผนวกที่ 5 แบบรวบรวมข้อมูลโครงการระยะที่สอง	101
ภาคผนวกที่ 6 ตารางที่ 1 กำหนดการเยี่ยมโรงพยาบาลกลุ่ม B	115
ภาคผนวกที่ 7 ข้อมูลโรงพยาบาลกลุ่ม B ตารางที่ 2-1 ถึง 2-9	116
ภาคผนวกที่ 8 แบบจำลองที่สอง	205
ภาคผนวกที่ 9 แบบประเมินการนำเสนอโปสเตอร์	218

บทสรุปสำหรับฝ่ายบริหาร

เป้าประสงค์ของโครงการวิจัยนี้ คือความพยายามที่จะใช้กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ซึ่งได้รับการตอบรับที่ดีจากโรงพยาบาลจำนวนมากในประเทศ มาช่วยพัฒนาการสร้างความเสริมสุขภาพ (HP) ในบริบทของโรงพยาบาลให้กว้างขวางยิ่งขึ้น วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยที่ตั้งไว้มีสองข้อ ข้อที่หนึ่งคือ “ศึกษาการสร้างความเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลที่ผ่านการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลแล้ว เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการพัฒนาคุณภาพกับการสร้างความเสริมสุขภาพและปัจจัยอื่นๆ ที่อาจเกี่ยวข้องรวมทั้งความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดของการสร้างความเสริมสุขภาพ” และข้อที่สองคือ “สร้างกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้เกิดความกระจ่างในความสัมพันธ์ที่กล่าวถึงข้างต้น เพื่อนำไปใช้ในการขับเคลื่อนกระบวนการสร้างความเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล”

ในที่นี้ได้เลือกระเบียบวิธีวิจัยแบบ Soft Systems Methodology ซึ่งเป็นระบบการเรียนรู้ที่อาศัยการสร้างแบบจำลองขึ้นมาเป็นเครื่องมือ แบบจำลองนี้ได้มาจากความรู้และข้อกำหนดที่มีอยู่ก่อนแล้วได้แก่ กระบวนการ HA มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข และเอกสารขององค์การอนามัยโลกภูมิภาคยุโรปเรื่อง Putting HPH policy into action แล้วจึงนำแบบจำลองนี้ไปศึกษาโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลแล้ว รวม 8 แห่ง

ผลการศึกษาพบว่า (1) โรงพยาบาลทุกแห่งให้บริการส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพแบบดั้งเดิม และมีการจัดกิจกรรมการสร้างความเสริมสุขภาพ (Program-based HP) โดยยังไม่มีการนำแนวคิดเรื่องการเพิ่มพลังอำนาจมาใช้ สำหรับกระบวนการ HA มีบางส่วนทับซ้อนกับ HP เช่น การดูแลสุขภาพของบุคลากร และเรื่องสิ่งแวดล้อม เป็นต้น โรงพยาบาลส่วนหนึ่งซึ่งตั้งใจจะได้รับการรับรองเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (HPH) ได้ใช้ความพยายามอย่างสูงในการจัดทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพต่างๆ (Program-based HP) น่าจะสรุปได้ว่า โรงพยาบาลยังไม่เข้าใจ หรือเข้าใจแต่มีได้ใช้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพตามกระบวนการทัศน์ใหม่ (2) ไม่มีโรงพยาบาลแห่งใดใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วย (Cared-based HP) เป็นการยืนยันว่ายังไม่มีการใช้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพตามกระบวนการทัศน์ใหม่ แต่เป็นที่น่าสนใจว่า โรงพยาบาลทุกแห่งมีการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ใช้สุขภาพหรือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นเป้าหมาย และกระบวนการที่ใช้ก็มีลักษณะของการเพิ่มพลังอำนาจ เช่น การดูแลตนเอง และการมีกลุ่มช่วยเหลือกันเอง การมีส่วนร่วมของครอบครัว หรือแม้แต่การมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งเห็นได้ชัดชัดเจนว่าเป็นการสร้างเสริมสุขภาพ แสดงว่ายอมรับในแนวคิดการเพิ่มพลังอำนาจในการดูแลรักษาผู้ป่วย แต่ยังมีได้นำมาใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ ประเด็นนี้เป็นเรื่องสำคัญ น่าจะนำมาใช้เป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างกระบวนการ HA กับการสร้างเสริมสุขภาพได้เป็นอย่างดี (3) โรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังสับสนว่า ควรจะมีบทบาทด้านการสร้างเสริม

สุขภาพอย่างไร ความเข้าใจประเด็นเรื่องรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าวข้างต้น น่าจะช่วยให้โรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรงพยาบาลที่ให้บริการการดูแลรักษาระดับตติยภูมิ เห็นบทบาทของตนในด้านการสร้างเสริมสุขภาพได้ชัดเจนขึ้น ยังมีประเด็นอื่นที่อาจแก้ไขได้ด้วยการทำความเข้าใจ เช่น นิยามคำว่าชุมชน หากเข้าใจว่าชุมชนมีความหมายรวมถึง “กลุ่มบุคคลที่รวมตัวกันเพราะมีลักษณะคล้ายกันหรือมีเป้าหมายร่วมกัน” เป็นที่ยอมรับกันแพร่หลาย โรงพยาบาลก็จะสามารถแสดงบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนได้มากมาย แม้แต่โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ก็ยินดีสร้างเสริมสุขภาพเมื่อทราบว่าการให้การฝึกอบรมความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคแก่บุคลากรทางการแพทย์จำนวนมาก ก็เป็นบริการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน แม้แต่การให้บริการแก่ชุมชนในความหมายทางภูมิศาสตร์ หากเข้าใจได้ว่าปัญหาสำคัญของสุขภาพเกิดจากปัจจัยด้านสังคมเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม การแก้ปัญหาต้องอาศัยการร่วมมือจากหลายภาคส่วน โรงพยาบาลน่าจะสนใจร่วมมือสนับสนุนการดำเนินงานของชุมชนหรือหน่วยงานอื่น อาจทำให้โรงพยาบาลทุกระดับแสดงบทบาทได้เพิ่มมากขึ้นสะดวกขึ้นและได้ผลดียิ่งขึ้น (4) กระบวนการ HA มีเครื่องมือเพื่อใช้ในการพัฒนาต่อเนื่อง ได้แก่ PDCA แต่มีการใช้จริงน้อย เห็นชัดเจนในกรณีที่มีการตั้งใจทำ CQI เป็นเรื่องๆ เท่านั้น หากมีความเข้าใจที่ดีขึ้น มอง PDCA เป็นเครื่องมือแห่งการเรียนรู้ เลือกรูปแบบให้เหมาะสม นำมาใช้มากขึ้น แม้ในงานประจำ น่าจะเป็นประโยชน์ทั้งต่อการเรียนรู้และการพัฒนา HA และ HP (5) กระบวนการ HA ได้ให้หลักการเรื่องการทำงานเป็นระบบ แต่การดำเนินการเรื่อง HP ยังอยู่ในรูปแบบกิจกรรมเป็นเรื่องๆ ที่ไม่เกี่ยวเนื่องกัน ยังไม่พบความพยายามที่จะทำให้เป็นระบบ

การเรียนรู้ข้างต้น ได้นำมาปรับแบบจำลอง และนำไปเผยแพร่ผ่านเครือข่ายการเรียนรู้ในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรอง HA ตั้งแต่ระดับบันไดขั้นที่หนึ่งขึ้นไป เป็นการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ข้อที่สองของโครงการที่ว่า “สร้างกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้เกิดความกระจ่างในความสัมพันธ์ที่กล่าวถึงข้างต้น เพื่อนำไปใช้ในการขับเคลื่อนกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล” มีโรงพยาบาลที่เป็นเป้าหมายหลัก 11 แห่งและที่เป็นเป้าหมายรองอีก 29 แห่ง นับเป็นการดำเนินงานเพื่อการเรียนรู้วงจรใหม่ตาม Soft Systems Methodology ด้วย

ได้ผลว่าโรงพยาบาลในเครือข่ายได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันได้เป็นอย่างดี มีการพัฒนาเพิ่มขึ้นชัดเจน มากบ้างน้อยบ้างตามศักยภาพของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง ส่วนใหญ่เห็นว่าโครงการนี้มีส่วนสำคัญที่ช่วยทำให้เข้าใจแนวคิดเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ และการเพิ่มพลังอำนาจดีขึ้น ถึงระดับนำไปใช้จริงได้ มีรูปธรรมนำมาแสดงเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในรูปแบบของนิทรรศการโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพที่มีการเพิ่มพลังอำนาจ และในการจัดนิทรรศการครั้งต่อมาก็มีการนำเสนอโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพที่มีทั้งการเพิ่มพลังอำนาจและการใช้ PDCA ซึ่งเป็นการย้ำให้เห็นความเชื่อมโยงระหว่างกระบวนการ HA กับ HP ซึ่งขอเสนอว่าควรเริ่มต้นด้วย Care-based HP ก่อนจะขยายเชื่อมโยงไปสู่ประเด็นอื่นๆ เพื่อความสะดวกและความสบายใจของผู้ปฏิบัติงาน

Executive summary

The aim of this research project is to look into the possibility of using the hospital quality improvement and accreditation process (HA process), which has been well accepted by a large number of hospitals in the country, to help develop health promotion (HP) in hospital setting. A study was conducted with two-fold objectives: (1) To study health promotion in HA accredited hospitals, looking for the relationship between HA process and HP and other factors including concept of HP, and (2) To form a learning network of hospitals to clarify the above relationship in order to utilize it in facilitating the HP movement in hospitals.

Soft Systems Methodology fits the purpose of this study. It is an action research methodology that involves developing “a learning system” (Model) to be used as a tool of inquiry, with declared world-views (the HA process, the Thai HPH standards, and the empowering core strategies from the WHO Working Group). The model was used to study 8 selected HA accredited hospitals.

The findings included: (1) Traditional health promotion services and activity-based HP were evident in all hospitals. None of the hospitals used the concept of empowerment in HP. However, they realized that some parts of HA overlap with HP such as the issues of “Health of personnel” and “Environment”. Those hospitals which determined to become HPH obviously put much greater effort into program-based HP activities. (2) None of the hospitals was aware of care-based HP. However, quality development of patient cares was evident in all hospitals. Health or quality of life of patients was used as target. The process used was empowering, including self-care and self-help groups; patients, family and even community participation. These were obviously health promotion but never referred to as such. This finding should be crucial for establishing a link between HA process and HP. (3) Hospitals were confused as to their roles in health promotion. Clarification regarding care-based HP could lessen some of the problems particularly among tertiary-care hospitals. Other issues, such as the definition of “community” that includes “group of people having same characteristics or same purposes” would help hospitals realize that they are already providing HP in many areas, and could see them as their meaningful and satisfying roles. (4) PDCA, a tool provided by HA was used only in isolated CQI projects. Promotion of its use for “learning by doing” could be expected to connect HA process to HP. (5) HP activities were carried out sporadically and unrelated to

one another. System thinking was another concept from HA that could be expected to help HP.

A learning network was formed during the last phase of the study to include a volunteered group of 11 hospitals (main target group) and 29 associate members which were willing to join the learning process. The majority of the hospitals appreciated learning by doing within the network. The most important lessons learned were the concept of health promotion and empowerment. They became comfortable with the use of care-based HP. This subjective assessment was confirmed objectively by a large number of presentation of programs that emphasized “empowerment”, and later “empowerment and PDCA” to epitomize the connectedness between HA process and HP. It is recommended that care-based HP should be the starting point to use HA as a tool to develop HP in hospitals.

1. ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย

การสร้างเสริมสุขภาพ หรือการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) เป็นแนวคิดที่ได้รับความสนใจ และมีความพยายามที่จะนำแนวคิดนี้มาใช้ในระบบสุขภาพทั้งในประเทศไทย และในต่างประเทศ⁽¹⁾ ด้วยความหวังว่าจะช่วยแก้ปัญหาสุขภาพได้ รูปแบบการนำการสร้างเสริมสุขภาพมาใช้มีหลากหลาย แนวทางหนึ่งที่มีมาแต่ดั้งเดิมได้แก่แนวคิดเรื่องชุมชนสุขภาพ (Healthy Community) ซึ่งก็มีหลากหลายขนาด ระดับ และประเภท เช่น เมืองสุขภาพ ที่ทำงานสุขภาพ โรงเรียนสุขภาพ และโรงพยาบาลสุขภาพ⁽²⁾

โรงพยาบาลเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของระบบสุขภาพ เป็นศูนย์รวมของผู้มีความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เป็นองค์กรที่ได้รับความเชื่อถือและศรัทธาจากชุมชน จึงเป็นที่ซึ่งน่าจะมีความพร้อมสูง และได้รับความคาดหวังสูงที่จะเป็นผู้นำด้านการสร้างเสริมสุขภาพ⁽³⁾ ความพยายามที่จะพัฒนาโรงพยาบาลให้เป็น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Hospital) เกิดขึ้นในหลายประเทศโดยเฉพาะอย่างยิ่งในยุโรป แคนาดา และออสเตรเลีย ประเทศไทยก็ได้รับการกล่าวถึง⁽⁴⁾ ซึ่งมีความก้าวหน้าถึงขั้นมีการจัดทำมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และมีกระบวนการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแล้วด้วย⁽⁵⁾ กระบวนการรับรองนับเป็นกลไกอย่างหนึ่งที่จะช่วยกระตุ้นให้เกิดความสนใจกับเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ แต่สิ่งที่จะต้องมียังอีกคือกลไกที่จะช่วยให้เกิดการพัฒนาดังกล่าวขึ้นจริงต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งควรเกิดขึ้นจากภายในโรงพยาบาลเอง

การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศไทยได้มีการพัฒนาอย่างเป็นระบบ และทำงานได้ผลเป็นที่ประจักษ์⁽⁶⁾ โดยมีจุดเด่นอยู่ที่การให้ความสำคัญกับการพัฒนามากกว่าการรับรอง มุ่งที่การกระตุ้นให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ ที่จะนำไปสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง หากในทางปฏิบัติแนวคิดนี้เกิดผลขึ้นได้จริงตามที่คาดหวังไว้ ก็น่าจะเป็นเครื่องมือที่จะนำไปสู่การพัฒนาในด้านอื่นๆในโรงพยาบาลได้ด้วย รวมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ นอกจากนี้หากศึกษาในด้านแนวคิด จะพบว่าแนวคิดของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศไทย มีความใกล้เคียงกับแนวคิดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในยุโรปมาก⁽⁴⁾

จากเหตุผลตามที่กล่าวมา จึงน่าสนใจอย่างยิ่งที่จะศึกษาประเด็นต่างๆเหล่านี้ให้ลึกซึ้งและชัดเจนยิ่งขึ้น เพื่อนำมาเป็นแนวทางที่จะพาไปสู่การพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลในประเทศไทย ให้เกิดประโยชน์ มีผลจริงต่อสุขภาพของประชาชน ตามที่ที่มีความปรารถนาร่วมกันต่อไป

2. วัตถุประสงค์

2.1 ศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลที่ผ่านการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลแล้ว เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการพัฒนาคุณภาพกับการสร้างเสริมสุขภาพ และปัจจัยอื่นๆ ที่อาจเกี่ยวข้องรวมทั้งความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดของการสร้างเสริมสุขภาพ

2.2 สร้างกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้เกิดความกระจ่างในความสัมพันธ์ที่กล่าวถึงข้างต้น เพื่อนำไปใช้ในการขับเคลื่อนกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาล

3. การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

จากที่มาของปัญหาการวิจัยดังที่กล่าวมาข้างต้น มีเรื่องเกี่ยวข้องและสมควรได้รับการทบทวน ได้แก่ แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนาคุณภาพ การเรียนรู้ และระเบียบวิธีการวิจัยที่เหมาะสมเพื่อการวิจัยนี้ อย่างไรก็ตาม การทบทวนจะเฉพาะส่วนที่เห็นว่าเกี่ยวข้องและต้องนำมาใช้เท่านั้น มิได้มีเจตนาจะทบทวนอย่างครอบคลุมในเรื่องนั้นๆ เนื่องจากจุดมุ่งหมายเป็นเรื่องของหาความรู้ด้านใช้งานมากกว่าการแสวงหาความรู้เชิงทฤษฎี

แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ

การสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion)

ปัจจุบันแนวคิดเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ อาจกล่าวได้ว่าแทบทุกแห่งใช้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพตามของกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) ⁽¹⁾ ซึ่งมีความจำเป็นที่จะต้องเริ่มต้นทำความเข้าใจตั้งแต่คำนิยามของการสร้างเสริมสุขภาพที่ว่า "การสร้างเสริมสุขภาพ คือ กระบวนการที่ช่วยให้ผู้คนสามารถควบคุม และเพิ่มพูนสุขภาพให้กับตนได้ (Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health)" เพื่อชี้ให้เห็นชัดเจนแต่เริ่มต้นว่าการสร้างเสริมสุขภาพในที่นี้ มีความแตกต่างที่ชัดเจนจากการส่งเสริมสุขภาพที่ "...ส่วนใหญ่จะหมายถึงงานบริการของบุคลากรสาธารณสุขเพื่อทำให้คนมีสุขภาพดี ได้แก่ การดูแลอนามัยแม่และเด็ก....แผนกของการที่ต้องมีบุคลากรสาธารณสุขที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะเป็นผู้จัดบริการให้กับประชาชนเป็นหลัก โดยฝ่ายประชาชนก็ต้องดูแลและปฏิบัติไปพร้อมกันด้วย" ⁽⁷⁾

แนวคิดตามกฎบัตรออตตาวา ชี้ให้เห็นว่า ผู้ที่ควบคุมสุขภาพคือ "ผู้คน" ดังนั้น ในการสร้างเสริมสุขภาพสิ่งที่ผู้ดำเนินการควรทำคือ การเพิ่มความสามารถให้ "ผู้คน" เพื่อให้ควบคุมสุขภาพได้ดีขึ้น กล่าวอีกนัยหนึ่งว่า ช่วยเหลือให้ผู้คนสามารถช่วยตัวเองได้มากขึ้น การเพิ่มความสามารถในการควบคุมนี้ นิยมเรียกกันว่า การเพิ่มพลังอำนาจ (Empowerment) ^(8, 9)

การเพิ่มพลังอำนาจทางด้านสุขภาพ (Empowerment for health)

การเพิ่มพลังอำนาจเป็นคำที่มีใช้อยู่ก่อนทางสังคมและการเมือง⁽⁹⁾ แต่ก็สามารถนำมาใช้ได้กับเรื่องสุขภาพเพราะเป็นกระบวนการเดียวกัน เมื่อกล่าวล่อตามนิยามของการการสร้างเสริมสุขภาพ การเพิ่มพลังอำนาจทางสุขภาพ จึงหมายถึง กระบวนการที่ทำให้ผู้คนสามารถควบคุมการตัดสินใจและการกระทำที่มีผลต่อสุขภาพของตนได้⁽⁸⁾ “การเพิ่มพลังอำนาจที่นำมาใช้ อาจเป็นกระบวนการทางสังคม วัฒนธรรม จิตวิทยา หรือการเมืองก็ได้ ที่บุคคลหรือกลุ่มทางสังคม สามารถแสดงออกซึ่งความต้องการ นำเสนอปัญหา หาวิธีที่จะเข้าไปมีส่วนในการตัดสินใจ ผ่านกิจกรรมทางการเมือง สังคม และวัฒนธรรม เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ กระบวนการดังกล่าวจะทำให้ผู้คนเห็นชัดขึ้นถึงความสัมพันธ์ระหว่างเป้าหมายของชีวิตและความรู้สึกถึงวิธีที่จะได้มา และความสัมพันธ์ระหว่างความพยายามและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นต่อชีวิตของตน การสร้างเสริมสุขภาพจึงมิได้มีแต่เพียงการเพิ่มทักษะชีวิตขั้นพื้นฐานและการเพิ่มความสามารถให้กับบุคคลเท่านั้น แต่ยังพยายามเข้าไปหาทางจัดการกับสภาพทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพด้วย...” การเพิ่มพลังอำนาจนั้นอาจทำได้ทั้งในระดับบุคคล และระดับชุมชน

สิ่งที่ต้องมีมาก่อนสุขภาพ (Prerequisites for Health)

กฎบัตรออตตาวายังกล่าวถึง สิ่งที่ต้องมีมาก่อนสุขภาพ ว่าได้แก่ สันติภาพ ที่อยู่อาศัย การศึกษา อาหาร รายได้ ระบบสิ่งแวดล้อมที่มั่นคง ทรัพยากร ความยุติธรรมทางสังคม และความเท่าเทียมกัน นั่นคือ สิ่งเหล่านี้คือพื้นฐานของสุขภาพ หากยังไม่มีสิ่งเหล่านี้ สุขภาพก็ไม่อาจเกิดได้ การเข้าใจประเด็นนี้มีความสำคัญ เพราะจะทำให้เข้าใจได้ว่า ทำไมบุคคลคนบางคนหรือบางกลุ่มจึงไม่สนใจเรื่องสุขภาพ เช่น เกษตรผู้มีหนี้สิน เป็นต้น หากเราไปชวนเขามาสร้างเสริมสุขภาพเขาคงไม่สนใจ เพราะไม่ใช่เรื่องน่าสนใจสำหรับเขา แต่ถ้าเราเสนอเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพควบคู่ไปกับการแก้ไขปัญหาหนี้สิน⁽⁹⁾ โอกาสที่เขาจะสนใจก็น่าจะเพิ่มขึ้น และโอกาสที่การสร้างเสริมสุขภาพจะเกิดผลสำเร็จก็เพิ่มขึ้น เพราะหากปัญหาหนี้สินไม่ได้รับการแก้ไข ปัญหาสุขภาพก็ยากจะแก้ไขได้ เมื่อสำรวจดูรายการสิ่งที่ต้องมีมาก่อนสุขภาพจะพบว่า สิ่งเหล่านี้คือ ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมและสิ่งแวดล้อม ที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพนั่นเอง ดังนั้นแนวคิดที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งของกฎบัตรออตตาวาจึงได้แก่ การชี้ให้เห็นความสำคัญของประเด็นเหล่านี้ที่จะต้องได้รับการแก้ไข แต่ประเด็นเหล่านี้ไม่อยู่ในความรู้ความสามารถที่บุคลากรของโรงพยาบาล หรือบุคลากรอื่นในภาคส่วนสุขภาพ จะแก้ได้ แต่ภาคส่วนอื่นๆก็เห็นว่าประเด็นเหล่านี้เป็นปัญหาสุขภาพ ดังนั้นเมื่อย้อนกลับมาอีกที่โรงพยาบาลเป็นผู้เห็นปัญหาและได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้รู้ปัญหาสุขภาพดี จึงน่าจะเป็นผู้มีบทบาทเป็นผู้ริเริ่ม เพื่อจัดการให้เกิดการแก้ไขปัญหาร่วมมือกันหลายภาคส่วน (Intersectoral collaboration)⁽⁸⁾ เรื่องนี้จึงเป็นหลักการที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง⁽¹⁰⁾ นอกเหนือไปจากเรื่อง การเพิ่มพลังอำนาจที่กล่าวถึงแล้ว

แนวคิดโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ

โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ (Health promoting hospitals – HPH)

ความคิดเรื่องโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ เป็นส่วนหนึ่งของยุทธศาสตร์การใช้พื้นที่ดำเนินการเป็นหลัก (Setting approach) ของการสร้างเสริมสุขภาพ⁽²⁾ เช่นเดียวกับ Health promoting school หรือ Health promoting workplace แต่ HPH⁽⁴⁾ มีความโดดเด่นกว่าพื้นที่ดำเนินการอื่นๆหลายประการ ดังนี้

1. โรงพยาบาล เป็นพื้นที่ดำเนินการที่มีโครงสร้างทางกายภาพและทางสังคมที่ใหญ่โตและเด่นชัดกว่าพื้นที่ดำเนินการอื่นๆ และผู้คนที่เกี่ยวข้องเป็นผู้เรื่องสุขภาพดี จึงถูกคาดหวังว่าจะเป็นแบบอย่างที่ดี สิ่งที่เห็นชัดเจนคือ โรงพยาบาลเป็นแหล่งผลิตของเสียรายใหญ่ และเป็นแหล่งใช้ทรัพยากรรายใหญ่ของชุมชนด้วย หากการบริหารจัดการทำได้ดีก็สามารถเป็นแบบอย่างที่ดีของสังคมได้ แม้แต่การออกแบบอาคารที่ดี ใช้งานได้ดี และสภาพแวดล้อมทั่วไปที่งดงาม ก็มีผลกระทบต่อผู้ที่ผ่านมาพบเห็นอย่างชัดเจน แม้เพียงการดำเนินงานในบางเรื่องก็เกิดประโยชน์ได้ชัดเจน เช่น โรงพยาบาลปลอดบุหรี่ (Smoke-free hospital) เป็นตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมอย่างหนึ่ง
 2. โรงพยาบาลเป็นผู้จ้างงานรายใหญ่ คนทำงานในโรงพยาบาลน่าจะเป็นผู้เรื่องสุขภาพดี จึงถูกคาดหวังว่าน่าจะเป็นที่สถานที่ทำงานที่คำนึงถึงสุขภาพ นำทำงานมากที่สุด และบุคลากรมีศักยภาพสูง จึงน่าจะนำหลักการเพิ่มพลังอำนาจมาใช้ได้เป็นอย่างดี
 3. โรงพยาบาลเป็นผู้ให้บริการสุขภาพกับบุคคลจำนวนมาก หากสามารถบูรณาการหลักการของการสร้างเสริมสุขภาพเข้าไปกับบริการปกติได้ก็จะเป็นสิ่งที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง เช่น แนวคิดการดูแลตนเอง และการมีส่วนร่วม เป็นต้น
 4. ด้านการศึกษา การฝึกอบรม และการวิจัย โรงพยาบาลระดับต่างๆกัน มีบทบาทด้านนี้มากบ้างน้อยบ้าง หากแทรกแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพเข้าไปได้ในทำนองเดียวกับที่กล่าวข้างต้น ในการให้การศึกษาอบรม แก่ผู้ป่วยและญาติ และบุคลากรในระดับปฏิบัติงาน ย่อมจะเกิดประโยชน์
- โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (Tertiary care) ย่อมมีบริบทที่ต่างออกไป จำเป็นต้องปรับให้เหมาะสมกับบริบท ให้การศึกษาและฝึกอบรมที่เหมาะสมกับ Specialization ที่มีอยู่ อาจไม่ใช้การให้การศึกษาแก่ผู้ป่วยโดยตรง แต่ให้กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในโรงพยาบาลระดับอื่น เพื่อนำความรู้ไปใช้ต่อ เป็นต้น
- โรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการวิจัย อาจขยายความสนใจการวิจัยไปสู่ประเด็นต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพในบริการระดับตติยภูมิ ซึ่งยังมีอีกมากที่ยังต้องการคำตอบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในแง่ของ หลักฐาน และการได้ผล (Evidence and effectiveness) เพราะหากดำเนินการไปเรื่อยๆโดยไม่ได้ผลก็เท่ากับเกิดความสูญเปล่า

5. เนื่องจากโรงพยาบาลเป็นแหล่งรวมผู้รู้เกี่ยวกับสุขภาพ จึงมีความคาดหวังว่าโรงพยาบาลจะเป็นผู้นำทางความคิดด้านสุขภาพ และเป็นผู้นำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เพื่อสุขภาพที่ดีขึ้น (Hospitals as advocate and change agent)

การดำเนินงานด้านโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ

หลังกำหนดกฎบัตรอตตาวาว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพในปี 1986 ก็มีการปรึกษารื้อเรื่องโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ ขึ้นในการประชุม WHO European workshop ที่ Copenhagen ในปี 1988 ตามด้วยโครงการทดลองรูปแบบแรกของโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ ที่โรงพยาบาล Rudolfstiftung (1989-1996) มีโครงการทดลอง European pilot hospital project of HPH (1993-1997) และมีข้อสรุปเป็น Vienna Recommendations on Health Promoting Hospitals ในปี 1997 ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก

โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย

ประเทศไทยเริ่มสนใจเรื่องโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพอย่างจริงจังภายหลัง Vienna recommendations ในปี 1997 กระทรวงสาธารณสุขเริ่มแผนปฏิบัติการ เพื่อทดลองในโรงพยาบาล 24 แห่ง⁽¹¹⁾ มีการออกมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในปี 2545 และเริ่มทำงานร่วมมือกับสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตั้งแต่ปี 2546 เป็นต้นมา จนถึงขณะนี้ (31 กรกฎาคม 2548) มีโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองตามมาตรฐานนี้ จำนวน 39 แห่ง⁽¹²⁾

กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และกระบวนการเรียนรู้

กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศไทย (HA) เริ่มต้นเมื่อปี พ.ศ. 2540⁽¹⁾ ปัจจุบันมีโรงพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศ เข้าสู่กระบวนการพัฒนาคุณภาพนี้จำนวนมาก ที่ผ่านการรับรองระดับต่างๆ นับถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2548 ได้จำนวน 797 แห่ง⁽¹²⁾ จากจำนวนโรงพยาบาล (สถานพยาบาลที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน) ทั่วประเทศ 1303 แห่ง⁽¹³⁾ อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล เขียนไว้ในคำนำของหนังสือ Roadmap to HA⁽¹⁴⁾ ของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลว่า “หัวใจสำคัญของกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ (Hospital accreditation) คือ การเรียนรู้ การเรียนรู้นี้จะเกิดขึ้นอย่างมากมาในระหว่างการประเมินและพัฒนาตนเองของโรงพยาบาลเพื่อเตรียมรับการเยี่ยมสำรวจจากภายนอก และจะเกิดขึ้นต่อเนื่องไปตลอด” ข้อความเดียวกันนี้ปรากฏในคำนำของหนังสือเรื่อง เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพ: คู่มือการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ⁽¹⁵⁾ หนังสืออีกเล่มหนึ่งของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ชื่อ Simplicity in a complex system⁽¹⁶⁾ ในคำนำก็กล่าวว่า “กระบวนการ HA ได้ก่อให้เกิดสังคมแห่งการเรียนรู้ ซึ่งมีการให้และการรับไปพร้อมกัน...” เป็นการยืนยันว่าการเรียนรู้เป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งของกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ จึงควรแก่ความสนใจ

การเรียนรู้อาจแยกได้เป็นสองส่วน ส่วนหนึ่งเป็นการเรียนรู้ด้านเนื้อหา อีกส่วนหนึ่งเป็นการเรียนรู้ด้านกระบวนการ เนื้อหาของ HA หมายถึงความรู้ทั้งหลายที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานบทต่างๆ และแนวทางที่จะบรรลุถึงมาตรฐานเหล่านั้น คนส่วนใหญ่เมื่อกล่าวถึง HA จะหมายถึงส่วนเนื้อหา การเรียนรู้จาก HA ส่วนที่เป็นกระบวนการ หมายถึงวิธีการทำงานเพื่อให้ไปถึงเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้ตามเนื้อหาเหล่านั้น ความน่าสนใจของการเรียนรู้ด้านกระบวนการนี้ คือการนำการเรียนรู้ไปใช้ประโยชน์กับงานอื่นโดยไม่ต้องเริ่มใหม่ตั้งแต่ต้น

กระบวนการ HA หรือวิธีการทำงานของ HA นั้น วางอยู่หลักการสำคัญหลายประการ แต่ที่กล่าวถึงบ่อยและเกี่ยวข้องโดยตรงกับการเรียนรู้ มีอยู่สามประการ ได้แก่ การใช้ผู้ช่วยเป็นศูนย์กลางการทำงานเป็นทีม และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

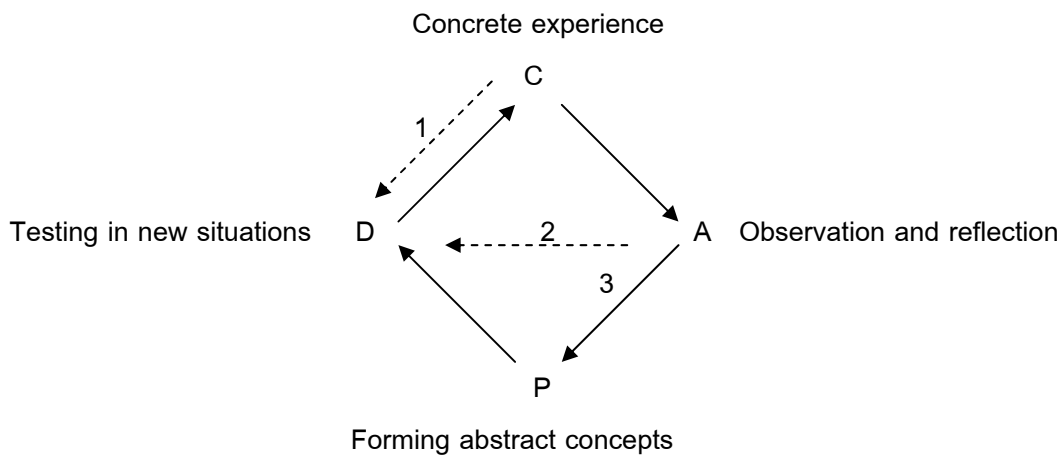
1. การใช้ผู้ช่วยเป็นศูนย์กลาง หรือขยายความให้ครอบคลุมขึ้นตามลำดับ จากผู้ช่วยเป็นผู้รับบริการ (เพราะบางคนไม่ป่วย) ผู้รับผลงาน (เพราะงานที่บางคนทำอาจไม่ใช่เพื่อผู้รับบริการโดยตรง แต่ผ่านทางผู้ร่วมงานก่อนถึงผู้รับบริการ) ความสำคัญจึงอยู่ที่หลักการว่า ในการทำงานจะคำนึงถึงผู้ที่รับผลจากการทำงานของเราเป็นหลัก เช่นเดียวกับที่ทางการศึกษากล่าวถึงการใช้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง และในการสร้างเสริมสุขภาพก็จะใช้หลักการเดียวกันนี้ว่า คือใช้สุขภาพของกลุ่มเป้าหมายเป็นหลัก

2. การทำงานเป็นทีม⁽¹⁵⁾ “การทำงานเป็นทีม ทำให้ผู้ปฏิบัติงานได้พัฒนาศักยภาพของตน ได้สื่อสารกับบุคคลอื่นๆ ทำให้เกิดความคิดใหม่ๆ และได้รับการยอมรับมากขึ้น ทำให้เกิดขวัญกำลังใจและความพึงพอใจในการทำงาน และทำให้สัมฤทธิ์ผลในการทำงานเพิ่มขึ้น” การทำงานเป็นทีมจะเกิดขึ้นได้ต้องใช้เวลาพอสมควร หากใช้กระบวนการกลุ่มหรือมีวิทยากรกระบวนการ (Facilitator) ช่วยก็จะทำให้เกิดการทำงานเป็นทีมเร็วขึ้น แต่ก็ต้องผ่านการทำงานร่วมกันจึงจะเป็นทีมอันแท้จริง เช่น การทำงานในองค์กรต้องใช้เวลาทำงานร่วมกันประมาณ 25-30 ชั่วโมงทำงาน จึงจะรู้สึกว่ามีทีมทำงานกันเป็นทีม นักเรียนที่ถูกจัดให้เรียนรู้ร่วมกันเป็นกลุ่มจะเริ่มเรียนแบบเป็นทีมได้ดี ก็ต่อเมื่อเวลาผ่านไป แล้วประมาณครึ่งเทอม เป็นต้น⁽¹⁷⁾ สิ่งที่ต้องรอคอยให้เกิดคือ ความไว้วางใจกัน ซึ่ง สังกัดได้จากการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันโดยไม่ต้องห่วงว่าคนในกลุ่มจะไม่พอใจ ทำให้สามารถนำศักยภาพจากทุกคนในกลุ่มมารวมกันได้ เกิดความรู้สึกที่ว่า เราทำได้ และมีความพอใจที่ได้ทำ ซึ่งก็คือเกิดการเพิ่มพลังอำนาจ หรือการเสริมพลัง (Empowerment) ที่เป็นวิธีการสำคัญที่นำมาใช้กับการสร้างเสริมสุขภาพ นี่เป็นอีกจุดหนึ่งที่เป็นความเชื่อมโยงโดยธรรมชาติระหว่าง HA กับ HPH

จากมุมมองของการเรียนรู้จากการทำงานอาจกล่าวได้ว่า การทำงานเป็นทีม เป็นผลที่เกิดจากการเรียนรู้จากการทำงานร่วมกัน ดังนั้น หากมีเป้าประสงค์ไว้ก่อน มีการเตรียมไว้ก่อน การเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้สะดวกและเสียเวลาน้อยกว่าการปล่อยให้การเรียนรู้เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติแบบไม่รู้ตัว⁽⁷⁾

3. การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ถ้ากล่าวให้เป็นรูปธรรมก็คือ การนำวงจร Plan-Do-Check-Act (PDCA) มาใช้ในการทำงาน เป็นการเรียนรู้ที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง นอกเหนือไปจากการเรียนรู้เรื่องการทำงานเป็นทีม แต่ในความเป็นจริง การใช้ PDCA อาจเกิดขึ้นน้อยกว่าที่ควร ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความรู้สึกว่า PDCA เป็นเรื่องยุ่งยาก เป็นภาระที่เพิ่มขึ้น ดังนั้น ถ้าเข้าใจเรื่องการเรียนรู้ชัดเจนขึ้น อาจจะมีการใช้ PDCA กันได้อย่างสะดวกใจยิ่งขึ้นก็ได้

โปรดสังเกตวงจร PDCA ในแผนภาพข้างล่าง ซึ่งแสดงเทียบกับวงจรแห่งการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Kolb's cycle of learning)⁽¹⁹⁾ จะเห็นได้ว่าวงจร PDCA อาจมีการหมุนเวียนที่เป็นไปได้มากกว่าหนึ่งวิธี ตามหมายเลขที่แสดงบนลูกศร ดังนี้



แบบหมายเลข 1 หรือ DC เป็นการเรียนรู้แบบง่ายสุด เรียกว่า Task conscious or acquisition learning⁽¹⁸⁾ ความสนใจอยู่ที่การทำงาน เมื่อทำงานไปก็เกิดการเรียนรู้ไปด้วยโดยธรรมชาติทำให้ทำงานได้ดีขึ้น แม้ไม่ได้มีเจตนาหรือตั้งใจการเรียนรู้ก็เกิด แต่การเรียนรู้แบบนี้ไม่ได้หลักการ นำไปใช้กับงานอื่นไม่ได้ สอนคนอื่นก็ไม่ได้เพราะตนเองก็ไม่เข้าใจ

ในทางการศึกษา เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ดียิ่งขึ้น เราจึงใช้การเรียนรู้แบบมีเจตนาหรือตั้งใจเพื่อการเรียนรู้ หรือการเรียนรู้แบบเป็นทางการ (Learning-conscious or formalized learning) ซึ่งต้องผ่านขั้นตอนของการตั้งข้อสังเกตและใช้ความคิด (Observation and reflection) ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น กล่าวคือ ความคิดทำให้เข้าใจหลักการ เป็นความรู้ที่อธิบายได้ อาจนำไปใช้งานอื่นได้ และใช้สอนคนอื่นได้ด้วย การเรียนรู้แบบนี้ในแผนภาพมีสองทางตามลูกศร 2 และ 3 ซึ่งอาจอธิบายได้ด้วย Single-loop and double-loop learning ที่ Chris Argyris⁽²⁰⁾ ใช้สำหรับอธิบายเรื่องการเรียนรู้ขององค์กร (Organizational learning)

แบบหมายเลข 2 คือ DCA เหมือน Single-loop learning เป็นวิธีการเรียนรู้ที่คนในองค์กรนิยมใช้ เมื่อทำงานไปแล้วก็คอยดูผลตอบกลับ หากมีปัญหา ก็คิดหาทางปรับวิธีทำงานให้ดีขึ้น แล้วคอยติดตามดูผลใหม่ ตรงกับที่เรียกว่าการติดตามผลหรือติดตามเฝ้าดูผล (Monitor) เป็นการแก้ปัญหาในการทำงานที่ไม่ยุ่งยากไม่เสียเวลามาก เพราะไม่ต้องย้อนกลับไปพิจารณาแผนหรือข้อกำหนดอื่นๆ

แบบหมายเลข 3 คือ PDCA เติมรูปแบบ เหมือน Double-loop learning เป็นวิธีการเรียนรู้ที่คนในองค์กรต้องกลับไปทบทวนแผน อาจต้องปรับเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ หรือแนวคิดใหม่ เป็นเรื่องยุ่งยากคนในองค์กรจึงมักจะเลี่ยง แต่อย่างไรก็ตาม Chris Argyris ชี้ให้เห็นว่า เป็นเรื่องจำเป็นสำหรับองค์กรที่ต้องการเรียนรู้ที่แท้จริง ต้องพยายามเรียนรู้แบบ Double-loop learning ให้มากๆ เพราะเป็นการเรียนรู้ที่ลึกซึ้งกว่า Single-loop learning นั่นคือ การทำ PDCA อย่างเต็มรูปแบบ

โดยสรุป การใช้ PDCA เพื่อการพัฒนาคุณภาพ จำเป็นต้องมีการออกแบบและกำหนดขั้นตอนให้มีการหมุนของวงจร PDCA ซึ่งต้องเลือกให้เหมาะสมกับความซับซ้อนของปัญหา⁽²¹⁾ แต่การใช้ PDCA เพื่อการเรียนรู้สามารถปรับใช้ได้ตามต้องการ แม้ทำแค่เพียง DCA ซึ่งทำได้ง่าย ไม่เสียเวลา ก็ทำให้เกิดการเรียนรู้ได้ดี จึงเหมาะสำหรับทำบ่อยๆ เข้ากับธรรมชาติของคนที่ไม่นิยมทำเรื่องที่ยุ่งยากเกินกว่าที่จำเป็น แต่ PDCA ที่ครบวงจรจะช่วยให้เกิดความรู้ที่ลึกซึ้งกว่าเมื่อเห็นประโยชน์ก็คงจะอยากทำ

ที่ทบทวนมานี้ เป็นกระบวนการ HA ในมุมมองที่จะทำให้การเรียนรู้ ที่อาจจะนำไปใช้ทำงานอื่นๆได้ด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง HP ซึ่งเป็นงานที่คล้ายกัน

ระเบียบวิธีวิจัยที่เหมาะสม

จากการทบทวนหารูปแบบการวิจัย^(22, 23) พบว่า Soft systems methodology⁽²⁴⁾ มีความเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของโครงการนี้มาก

Soft Systems Methodology (SSM)

การคิดแบบองค์รวม (Holistic thinking) มีมาแต่ดึกดำบรรพ์แล้ว ภายหลังเมื่อเกิด General Systems Theory ในปี 1954 จึงเกิดการคิดอย่างเป็นระบบ หรือการคิดเชิงระบบ (Systems thinking) เป็นการคิดแบบองค์รวมที่มีรูปแบบชัดเจนและใช้กันแพร่หลาย ต่อมาในการคิดเชิงระบบมีการใช้คำว่าระบบแบบ 'แข็ง (Hard)' กับระบบที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางเทคนิค ซึ่งมีลักษณะเป็นระบบชัดเจน และคำว่าระบบแบบ 'อ่อน (Soft)' กับระบบที่เป็นปัญหาเกี่ยวข้องกับมนุษย์และวัฒนธรรมซึ่งมีลักษณะเป็นระบบไม่ชัดเจน อย่างไรก็ตาม คำว่า 'Soft Systems' ที่ใช้ในระเบียบวิธีวิจัยปฏิบัติการ (Action research methodology) ที่เรียกว่า Soft Systems Methodology (SSM) นี้มีความหมายเฉพาะมิได้ใช้ในความหมายของ 'Soft systems' ที่กล่าวถึงข้างต้น จึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจในประเด็นนี้ด้วย⁽²⁴⁾

SSM มีกำเนิดมาจากประสบการณ์ที่มหาวิทยาลัยแลงแคสเตอร์ ประเทศอังกฤษ ภายหลังจากก่อตั้งแผนก Systems Engineering เมื่อกลางทศวรรษ 1960 จากความร่วมมือระหว่างมหาวิทยาลัยกับองค์กรภายนอกได้แก่บริษัท ICI โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะ “หาหนทางทำความเข้าใจและแก้ไขปัญหาที่ยากในการทำงาน ทั้งในระดับบุคคลและระดับกลุ่ม เพื่อ ‘ปรับปรุง’ สถานการณ์ที่เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาในชีวิตประจำวัน” Peter Checkland มีส่วนเกี่ยวข้องมาตั้งแต่ต้น จึงขอทบทวนโดยการอ้างอิงจากถ้อยคำโดยตรงเป็นส่วนมากดังต่อไปนี้

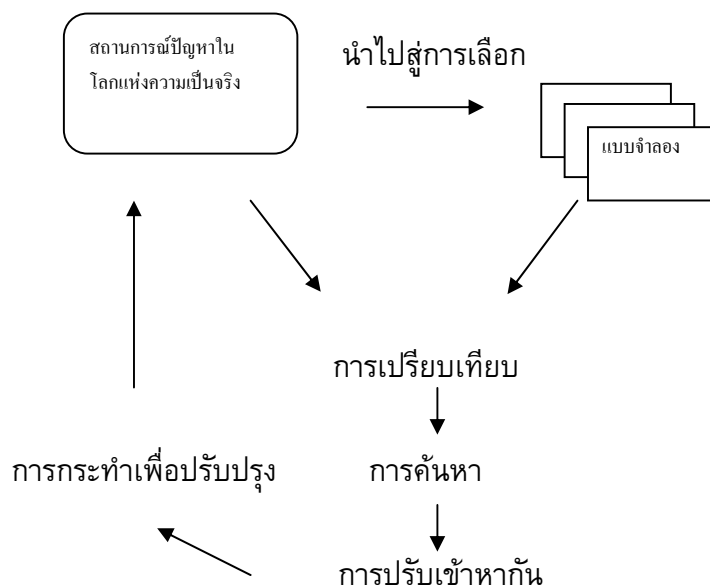
“ในวิศวกรรมเชิงระบบ (Systems engineering) คำว่า ‘ระบบ’ ใช้สำหรับระบบที่มีอยู่ในโลกนอกตัวเรา โดยมีข้อยึดถือว่าโลกประกอบด้วยระบบต่างๆที่มีความสัมพันธ์กัน หากระบบใดทำงานได้ไม่ดี เราก็อาจเข้าไปหาทางจัดการ (Engineer) ให้ดีขึ้นได้...” “องค์กรก็เป็นระบบที่ประกอบด้วยระบบย่อยต่างๆซึ่งเราสามารถเข้าไปศึกษาได้ จากความรู้ที่ได้ เราจะทำแบบจำลองแล้วนำไปใช้ เพื่อให้การทำงานในสถานการณ์จริงดีขึ้น อย่างไรก็ตาม เหตุการณ์ที่ตามมาไม่ได้ดำเนินไปอย่างที่เราคิดไว้”..... “เราพบว่า...สถานการณ์การบริหารจัดการที่เราเข้าไปทำงานด้วย มีความซับซ้อนเกินกว่าที่จะหาแนวทางวิศวกรรมเชิงระบบเข้าไปประยุกต์ได้ แม้แต่การตอบคำถามง่ายๆว่า: เรากำลังเกี่ยวข้องกับระบบอะไร? และวัตถุประสงค์คืออะไร? ก็เป็นปัญหาเสียแล้ว.....จากการได้คิดใหม่ ในที่สุดก็นำไปสู่ความแตกต่างระหว่างแนวคิดเชิงระบบแบบ ‘อ่อน’ และแบบ ‘แข็ง’...”

“เราได้เปลี่ยนจากการคิดเรื่อง ‘ปัญหาที่ชัดเจน’ (Obvious problem) ที่ต้องการการแก้ไข ไปเป็นการคิดเรื่องสถานการณ์ (Situation) ที่คนมองว่าเป็นปัญหาไม่ว่าด้วยเหตุผลใดก็ตาม เราได้พัฒนาแนวคิดเรื่องการสร้างแบบจำลองกิจกรรมที่มีเจตจำนง (Models of concepts of purposeful activity)...โดยรู้ตัวอยู่ว่ากิจกรรมที่มีเจตจำนงที่ว่าเป็นเพียงความคิด มิใช่สิ่งที่มีอยู่จริงในโลก.....แล้วนำมาใช้ตั้งคำถามต่อสถานการณ์จริง จึงเกิด SSM ขึ้นเป็น **ระบบการเรียนรู้**...นำไปสู่ความรู้และความคิดใหม่เกี่ยวกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหา ทั้งยังทำให้เกิดความคิดเพิ่มเติมสำหรับแบบจำลอง จึงเห็นได้ว่าโดยหลักการแล้ว กระบวนการเรียนรู้ดำเนินไปได้เรื่อยๆ การจะยุติหรือการจะนำไปใช้งานขึ้นอยู่กับ การปรับตัว (Accommodation) ของผู้ที่อยู่ในสถานการณ์ ที่จะเห็นร่วมกันว่าเรื่องบางอย่างวิเคราะห์ดูแล้วควรเป็น (Desirable) และพิจารณาจากแง่มุมด้านความเป็นมา ความสัมพันธ์ วัฒนธรรม และความใฝ่ฝันของคนในองค์กรแล้วน่าจะทำได้ (Feasible)” ก็นำมาใช้ประโยชน์ในการปรับสถานการณ์

“ดังนั้นคำว่า ‘ระบบ’ ในกรณีนี้ไม่ได้ใช้กับโลก แต่นำมาใช้กับกระบวนการที่เราจัดการกับโลก การเปลี่ยนความเป็นระบบ (Systemicity or ‘systemness’) จากของโลกมาเป็นของกระบวนการสืบค้นนี้แหละ คือความต่างเชิงความคิดที่สำคัญ ระหว่างรูปแบบการคิดเชิงระบบแบบ ‘แข็ง’ และแบบ ‘อ่อน’...” จึงต้องย้ำว่า Soft Systems ใน Soft Systems Methodology เป็นเรื่องของ**ระบบการเรียนรู้** ที่สร้างขึ้นในความคิด มิได้มองโลกที่มีอยู่จริงว่าเป็นระบบหรือไม่ จึงเป็นคำที่ใช้ในความหมายที่ต่างไปจากความหมายของ “ระบบอ่อน” ที่มีอยู่จริงในโลกคู่กับระบบแข็ง และระบบการเรียนรู้นี้มีได้เข้าไปยุ่ง

เกี่ยวโดยตรงกับระบบที่มีอยู่ในโลกไม่ว่าแข็งหรืออ่อน

สรุปกระบวนการของ SSM ได้ตามแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1

หลักการ

- โลกแห่งความเป็นจริง : มีความสัมพันธ์ที่ซับซ้อน
- ความสัมพันธ์: อาจเข้าไปสำรวจโดยอาศัยแบบจำลอง
- ใช้แบบจำลองเป็นแหล่งคำถามเพื่อการค้นหา
- ‘การกระทำเพื่อปรับปรุง’ อาศัย ‘การค้นหา’ สถานการณ์ที่อยู่ด้วยกันได้โดยไม่ขัดแย้งเพื่อ
นำไปสู่ ‘การปรับเข้าหากัน’
- การค้นหา โดยหลักการ ไม่มีวันสิ้นสุด

“การวิจัยที่ให้งำเนิด SSM เริ่มมาจากพื้นฐานทางวิศวกรรมเชิงระบบ แสดงให้เห็นว่าเป็นประเภทการวิจัยที่มุ่งไปที่สถานการณ์ที่คนพยายามจะปรับปรุงการทำงาน ตั้งแต่เริ่มต้นผู้วิจัยจึงมิได้ทำหน้าที่เพียงสังเกตการทำงานในฐานะบุคคลภายนอก แต่เข้าไป *มีส่วนร่วม* ในกระบวนการเปลี่ยนแปลงการทำงานด้วย การเปลี่ยนแปลงและวิธีนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง เป็นเรื่องที่อยู่ในเป้าหมายความสนใจของผู้วิจัย การวิจัยนี้จึงตรงกับ ‘การวิจัยปฏิบัติการ (Action research)’ ในความหมายตาม

แนวความคิดของ Kurt Lewin ที่ให้ไว้ตั้งแต่ยุค 1940 ว่าปรากฏการณ์ทางสังคมไม่อาจศึกษาได้ในห้องทดลอง”

แต่ “...ผลการค้นพบจะได้รับการยอมรับว่าเป็น ‘ความรู้ทางวิทยาศาสตร์’ ต้องเป็นผลที่ทำให้เกิดซ้ำได้ ซ้ำแล้วซ้ำอีกโดยผู้อื่นที่มีใช้ผู้คนพบคนแรก”

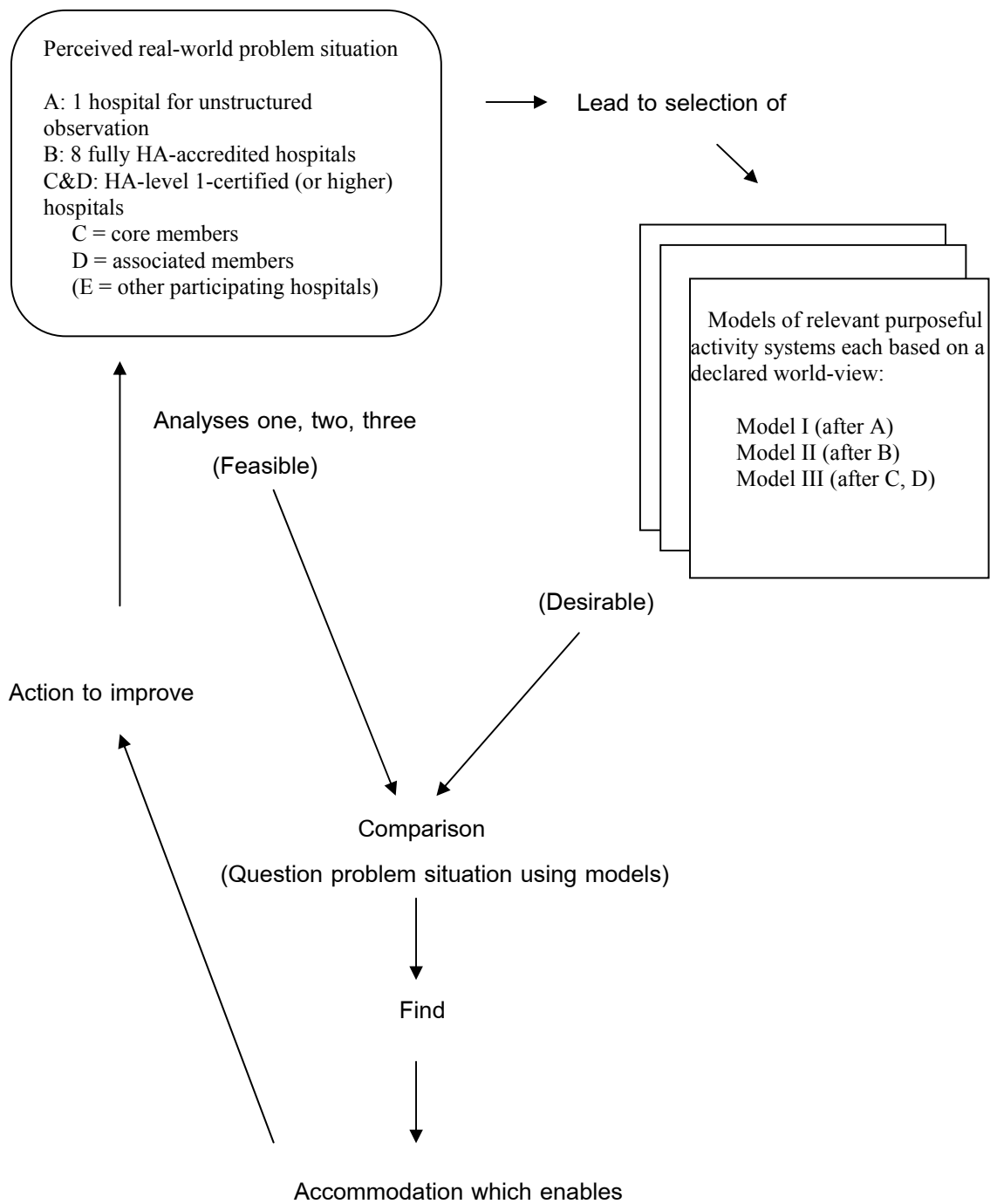
“อย่างไรก็ตาม การค้นพบที่เห็นได้ เกี่ยวกับสถานการณ์มนุษย์ เป็นเรื่องที่ไม่อยู่นิ่ง และสถานการณ์ที่เกี่ยวกับมนุษย์แม้จะเกิดซ้ำได้ก็ไม่เหมือนเดิมเสียทีเดียว จึงไม่อาจใช้เกณฑ์ที่เข้มข้นเช่นนี้ได้...เรื่องเกี่ยวกับมนุษย์ เป็นเรื่องทาง ‘สังคมศาสตร์’ การค้นพบมีลักษณะที่ต่างออกไป เกณฑ์ที่ใช้ในการพิจารณาจึงต้องต่างออกไปด้วย...”

“Emile Durkheim ผู้ให้กำเนิดคำว่า ‘sociology’ แนะนำไว้ว่า ‘วิทยาศาสตร์ทางสังคม’ แบบใหม่นี้ควรเป็นเรื่อง ‘ข้อเท็จจริงทางสังคม (Social fact)’... แต่การวิจัยปฏิบัติการในสถานการณ์เฉพาะที่ มิได้ดำเนินการเกี่ยวกับข้อเท็จจริงทางสังคม แต่เป็นการศึกษาเรื่องที่คนและกลุ่มคน มองโลก และเข้าใจโลกจากความเชื่อ (Myth) และการตีความตามความเข้าใจของแต่ละคนแต่ละกลุ่ม...ข้าพเจ้าเคยได้ยินนักสังคมศาสตร์กล่าวแย้งว่า เกณฑ์ที่ใช้ในการพิจารณาเรื่องทางสังคมนั้นควรดูเพียงว่ามีความเป็นไปได้: ดูว่าการค้นพบนั้นน่าเชื่อถือหรือเปล่า?”

“...ระหว่างสองมุมมองของเกณฑ์ที่เข้มข้นว่าต้องทำ (ให้เกิดเหตุการณ์) ซ้ำได้ และเกณฑ์เบาๆ แค่นี้ไปได้ เรา (Peter Checkland and Howell, 1998) เสนอว่าการวิจัยปฏิบัติการ ควรทำในลักษณะที่กระบวนการทั้งหมดสามารถ ฟื้นคืนได้ (Recoverable) ในภายหลัง ถ้ามีผู้สนใจจะตรวจสอบการวิจัยนั้นในเชิงวิจารณ์ (Critical) หมายความว่า ต้องแสดงกรอบความคิดและกระบวนการที่ใช้ให้ชัดเจน ตั้งแต่เริ่มต้นการวิจัย เพื่อที่จะทำให้สามารถนิยามความรู้ที่ได้จากการวิจัย การแสดงที่มาของความรู้ (Epistemology) ของการวิจัยเช่นนี้ จะช่วยให้บุคคลภายนอกสามารถติดตามการวิจัยแล้วบอกได้ว่า เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับสิ่งที่พบ ถ้าไม่เห็นด้วยก็จะสามารถนำไปสู่การอภิปรายหรือการโต้ตอบด้วยความเข้าใจซึ่งกันและกันได้ (Well-informed discussion and debate)...”

4. ระเบียบวิธีการวิจัย และวิธีการวิจัย

ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยของ Soft Systems Methodology ซึ่งเป็นการวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) แบบหนึ่งเป็นหลัก (ตามแผนภาพที่ 2) วิธีการวิจัยที่ใช้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้วิธีหาข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) การสังเกต (Observation) ด้วยประเด็นและคำถามปลายเปิดที่ออกแบบไว้ และการสำรวจความคิดเห็น ด้วยแบบสอบถามซึ่งจะมีทั้งรูปแบบปลายปิด และรูปแบบปลายเปิด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามประเด็นที่ค้นหา (Topic) และตรวจสอบข้อมูลโดยใช้ Data Triangulation



แผนภาพที่ 2

รายละเอียดของแต่ละขั้นตอนมีดังต่อไปนี้

สถานการณ์ในโลกแห่งความเป็นจริง (Perceived real world problem situation)

สถานการณ์ในโลกแห่งความเป็นจริงในที่นี้ได้แก่ สถานการณ์การสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสัมพันธ์กับกระบวนการ HA (รายชื่อโรงพยาบาลที่มีส่วนร่วมในโครงการ ภาคผนวกที่ 1) โดยในรายงานนี้จะใช้สัญลักษณ์แทนกลุ่มและชื่อโรงพยาบาล ดังต่อไปนี้

A เป็นโรงพยาบาลชุมชนหนึ่งแห่งในจังหวัดภาคกลาง ที่ผ่านการรับรองจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ในระดับบันไดขั้นที่หนึ่ง (ผ่าน HA ขั้นที่หนึ่ง) ซึ่งยินดีร่วมมือให้คณะวิจัยเข้าไปทดลองเยี่ยม เพื่อทดสอบวิธีการในการหารูปแบบที่เหมาะสม ในระหว่างการพัฒนาแบบจำลอง (Model I) เป็นการเลือกตามความสะดวก

B เป็นโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (ผ่าน HA) จำนวน 8 แห่ง ที่คณะวิจัยเข้าไปศึกษา โดยใช้แบบจำลอง (Model I) เป็นเครื่องมือ เพื่อนำผลการเรียนรู้มาปรับรูปแบบจำลอง (จาก Model I เป็น Model II) การเลือกตัวอย่างโรงพยาบาลในกลุ่มนี้ใช้หลักให้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างพอสมควรที่จะเห็นภาพรวม มีความหลากหลาย และมีแนวโน้มว่าโรงพยาบาลจะให้ความร่วมมือได้สูง เพื่อเพิ่มโอกาสที่จะได้ข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วนตามที่ต้องการ ประกอบ ด้วยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยสองแห่ง (อยู่ในกรุงเทพหนึ่งแห่ง ต่างจังหวัดหนึ่งแห่ง) โรงพยาบาลศูนย์สองแห่ง (อยู่ในกรุงเทพหนึ่งแห่ง ต่างจังหวัดหนึ่งแห่ง) โรงพยาบาลเอกชนสองแห่ง (อยู่ในกรุงเทพหนึ่งแห่ง ต่างจังหวัดหนึ่งแห่ง) และโรงพยาบาลชุมชนสองแห่ง โรงพยาบาลในกลุ่ม B นี้จะใช้สัญลักษณ์แทนชื่อโรงพยาบาลดังต่อไปนี้คือ B1, B2, B3p, B4p, B5p, B6, B7, B8p โดยอักษร p ที่อยู่ท้ายสัญลักษณ์โรงพยาบาล หมายถึงว่าเป็นโรงพยาบาลมีนโยบายชัดเจนที่จะเป็น HPH ตามมาตรฐานของกรมอนามัยต่อไปแต่ในขณะนั้นยังไม่ได้ขอรับการรับรอง

C เป็นโรงพยาบาลที่อย่างน้อยผ่าน HA ขั้นที่หนึ่ง แสดงความประสงค์ที่จะเข้าร่วมโครงการ และได้รับเลือกไว้ตามลำดับที่สมัคร เป็นจำนวนพอเหมาะที่คาดว่า ทีมวิจัยจะไปเยี่ยมได้แห่งละสองครั้ง ในช่วงเวลา 8 เดือนที่มีอยู่ และได้ข้อมูลมากพอ เรียกว่าโรงพยาบาลหลัก ถือเป็นเป้าหมายหลักที่โครงการจะติดตามผล

D เป็นโรงพยาบาลลักษณะเดียวกับ C ที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมด้วยเมื่อทีมวิจัยไปเยี่ยมโรงพยาบาลหลัก เรียกว่าโรงพยาบาลร่วม มีจำนวนตามสมัครใจ และความสะดวกของโรงพยาบาล C แต่ละแห่งจะรับได้

E เป็นโรงพยาบาลที่ยังไม่ผ่าน HA ขั้นที่หนึ่ง แต่ขอเข้ามาเรียนรู้เหมือนโรงพยาบาลร่วม เรียกว่าโรงพยาบาลสมทบ (ในระหว่างการทำงานโครงการ โรงพยาบาล E เกือบทั้งหมดได้ผ่าน HA ขั้นที่หนึ่ง จึงปรับเป็นโรงพยาบาล D)

A, B, C, D และ E ในระยะที่สามของการวิจัย มีการรวมกลุ่มโรงพยาบาลเหล่านี้ เป็นเครือข่าย เพื่อการเรียนรู้ จากผลของการเรียนรู้จะมีการปรับแบบจำลองจาก Model II เป็น Model III

การวิเคราะห์สถานการณ์ (Analysis one, two, three ตาม SSM ซึ่งจะบ่งบอกเงื่อนไขของ Feasibility)

การวิเคราะห์ที่หนึ่ง: เจ้าของเรื่อง (Analysis one: Problem owners)

1.1 Client: สสส. ผ่านทาง สวรส.

1.2 Client's aspiration: การสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (HP) ของโรงพยาบาล

2.1 Problem solver: คณะวิจัย และกลุ่มโรงพยาบาลที่เข้าร่วมในโครงการวิจัย (ต่อไปจะเรียกว่า โรงพยาบาลในเครือข่าย)

2.2 Resource available: ทุนสนับสนุนการวิจัย, เวลา 24 เดือน, โรงพยาบาลในเครือข่าย

2.3 Constraints: ความร่วมมือของโรงพยาบาลในเครือข่าย และองค์กรที่เกี่ยวข้องในข้อ 3.1

3.1 Problem owners: สสส, สวรส, พรพ, กรมอนามัย, โรงพยาบาลในเครือข่าย

3.2 Implication of problem owner chosen.

สสส และ สวรส ผู้ริเริ่มสนับสนุนให้เกิดโครงการนี้
พรพ เจ้าของเรื่อง HA ที่เกี่ยวข้องถึงเรื่องนี้
กรมอนามัย เจ้าของเรื่อง HPH ในประเทศไทย
โรงพยาบาลในเครือข่าย ส่วนใหญ่สนใจจะเป็น HPH

3.3 Reason for regarding the problem as a problem.

แม้ว่าโรงพยาบาลและบุคลากรของโรงพยาบาลส่วนใหญ่ จะยอมรับบทบาทด้าน HP แต่
โรงพยาบาลบางแห่งและบุคลากรบางส่วน อาจจะยังไม่แน่ใจในลักษณะและขอบเขตของ
บทบาทเหล่านั้น และบางส่วนอาจเห็นว่า HP เป็นภาระเพิ่มขึ้นที่ไม่เหมาะสม

3.4 Value to the problem owner.

สสส. และ สวรส. สามารถขยายบทบาทด้าน HP ของโรงพยาบาล
พรพ. สามารถขยาย บทบาท HA ไปสู่ HP
กรมอนามัย สามารถขยาย HPH
โรงพยาบาลในเครือข่ายสามารถเพิ่มบทบาทด้าน HP ด้วยวิธีที่ได้ผลดีโดยไม่เป็นภาระเกิน
กว่าควร

4. Problem content

- 4.1 HP ในความเข้าใจ และความคาดหวังของโรงพยาบาล
- 4.2 HP ในความเข้าใจ และคาดหวังของกรมอนามัย
- 4.3 HP ในความเป็นจริงของโรงพยาบาล
- 4.4 ความแตกต่างระหว่างความเป็นจริงกับความคาดหวัง (= ปัญหา)
- 4.5 ปัญหาและอุปสรรค (รวมทั้ง บรรยากาศทางด้านสังคมและการเมืองภายในโรงพยาบาล) และปัจจัยที่มีหรืออาจจะมีผลต่อความแตกต่างนั้นๆ (เพื่อจะทำให้มองเห็นช่องทางที่จะแก้ปัญหา)

การวิเคราะห์ที่สอง บทบาท การปฏิบัติที่ถือว่าถูกต้อง และค่านิยมที่ถือว่าดี (Analysis two - Roles, norms, and value)

Roles

โรงพยาบาลมีบทบาทในการให้บริการที่ครอบคลุมทั้งด้าน การดูแลรักษา ป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟู

โรงพยาบาลให้บริการอย่างมีคุณภาพ

การสร้างเสริมสุขภาพเป็นบทบาทหนึ่งของโรงพยาบาล

Norms:

ภารกิจหลักของโรงพยาบาลคือ บริการด้านการดูแลรักษา บริการด้านอื่นเป็นภารกิจรอง บุคลากร ยอมรับว่า HA และ HP เป็นเรื่องที่ดี แต่เห็นว่าเป็นภาระที่เพิ่มขึ้น

Values:

โรงพยาบาลควรให้บริการครบถ้วนทุกด้าน

โรงพยาบาลส่วนใหญ่คาดหวังจะเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ (ผ่าน HA)

โรงพยาบาลจำนวนหนึ่ง คาดหวังจะเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (ผ่าน HPH)

โรงพยาบาลอีกส่วนหนึ่ง คาดหวังจะทำ HP โดยไม่จำเป็นต้องเป็น HPH

มีนโยบายระดับชาติที่จะให้โรงพยาบาลมีบทบาทด้านสร้างเสริมสุขภาพ

มีนโยบายระดับชาติที่จะให้โรงพยาบาลมีคุณภาพ (ผ่าน HA)

การวิเคราะห์ที่สาม อำนาจในการจัดการ (Analysis three - Disposition of power)

(1) HA และ HPH เป็นนโยบายระดับชาติ ยากที่จะหลีกเลี่ยง

(2) การดำเนินงานจริงขึ้นอยู่กับโรงพยาบาลแต่ละแห่ง

(3) การทำ HP ให้ได้ผลขึ้นอยู่กับความเห็นด้วย และความร่วมมือของบุคลากร

Nature of power

โรงพยาบาล มีกฎ ระเบียบ และอาจจัดทำเพิ่มขึ้นหากจำเป็น
การยอมรับของบุคลากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านวิชาชีพ มีความสำคัญต่อความสำเร็จ

Process by which power is:

- | | | |
|-------|-----------|--|
| (i) | Obtained | - กฎ ระเบียบ
- การยอมรับ ด้วยการสื่อสารที่เหมาะสม |
| (ii) | Exercised | - กฎ ระเบียบ
- การยอมรับ ด้วยการสื่อสารที่เหมาะสม |
| (iii) | Preserved | - การบูรณาการเข้ากับงานประจำ |
| (iv) | passed on | - การบูรณาการเข้ากับงานประจำ |

แบบจำลองกิจกรรมที่มีเจตจำนงและมีโลกทัศน์ที่ชัดเจน (Models of purposeful activity with a declared world-view)

การพัฒนาแบบจำลอง (Models development)

การนิยามกิจกรรมที่จะใช้เป็นพื้นฐานของแบบจำลอง (Root definition ในรูปแบบ "To do P by Q to achieve R") จากวัตถุประสงค์ของโครงการนำมากำหนดนิยามได้ว่า "ให้บริการและ/หรือทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (HP) โดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพ (HA) เพื่อสุขภาพที่เพิ่มขึ้นของประชากรกลุ่มเป้าหมาย" โดยคำนึงถึงปัจจัยที่สำคัญให้ครบถ้วน (SSM เรียกว่า CATWOE) ดังต่อไปนี้

Customer – กลุ่มเป้าหมาย – ผู้ป่วยและญาติ บุคลากร ชุมชน

Actors – บุคลากร

Transformation – การให้บริการและ/หรือจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

World view – ใช้ HA เป็นแกนหลัก ใช้มาตรฐาน HPH กรมอนามัยเป็นกรอบ และใช้

Empowerment strategies ของ HPH ยุโรปเป็นวิธีการ

Owner – ผู้บริหารโรงพยาบาล

Environment – นโยบาย (ระดับชาติ หน่วยงาน โรงพยาบาล และผู้บริหาร) สถานการณ์ (ทางการเงิน ชุมชน ภายในโรงพยาบาล ทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม)

สำหรับรายละเอียดของโลกทัศน์ที่นำมาใช้ (Declared world views) มีสามประการหลักประกอบด้วย

1. กระบวนการ HA ในที่นี้หมายถึง กระบวนการพัฒนาคุณภาพที่สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ⁽⁶⁾ ใช้เป็นกระบวนการในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งมีการ

- ใช้กันแพร่หลายนานพอสมควรแล้ว มีโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองจนถึง 31 กรกฎาคม 2548⁽¹²⁾ ดังนี้ ผ่าน HA จำนวน 134 แห่ง ผ่าน HA ขั้นที่หนึ่ง จำนวน 615 แห่ง ผ่าน HA ขั้นที่สอง จำนวน 48 แห่ง ซึ่งสูงกว่าในระยะเริ่มโครงการนี้กว่าเท่าตัว จึงมีจำนวนโรงพยาบาลมากพอสมควรที่คุ้นเคยกับกระบวนการ HA ที่สำคัญกระบวนการนี้เป็นกระบวนการเรียนรู้จากการทำงาน โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาต่อเนื่อง จึงเป็นกระบวนการที่คาดว่าจะได้สร้างการเรียนรู้ และสร้างจิตสำนึกที่ดีในการทำงานให้กับบุคลากร ความเข้มแข็งเหล่านี้จะนำมาใช้ในการทำงานด้าน HP ได้ นอกจากนี้การพัฒนาคุณภาพเองส่วนหนึ่งก็เป็นการพัฒนาเนื้อหาทาง HP อยู่ด้วยแล้ว เช่น ด้านสิ่งแวดล้อม สุขภาพของบุคลากร และการดูแลรักษาผู้ป่วยที่คำนึงถึงองค์รวม และการดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น จึงมีความเหมาะสม ที่จะนำมาใช้เป็นหลักในการพัฒนา HP ของโรงพยาบาล ดังนั้นในการพัฒนาแบบจำลองจึงใช้กระบวนการ HA เป็นแกนหลัก
2. **มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของกรมอนามัย**⁽⁵⁾ มีโครงสร้างคล้ายโครงสร้างของ HA บางองค์ประกอบเหมือนกัน และเพิ่มองค์ประกอบที่ HA ไม่กล่าวถึงเพื่อบ่งบอกเป้าหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ บุคลากร ผู้ป่วยและญาติ ชุมชน และสิ่งแวดล้อม มีจุดเด่นที่มีการเน้นเรื่องชุมชนไว้ชัดเจน มีจุดอ่อนคือมิได้ระบุวิธีการ ต่อไปจะเรียกว่า HPH กรมอนามัย
 3. เอกสารเรื่อง **Putting HPH policy into action** ขององค์การอนามัยโลกภูมิภาคยุโรป⁽²⁵⁾ ซึ่งแสดงวิธีการนำหลักการจาก Empowering strategies มาใช้กับกลุ่มเป้าหมายของการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลได้อย่างเห็นเป็นรูปธรรม ต่อไปจะเรียกว่า HPH ยุโรป

ขั้นตอนการสร้างแบบจำลอง

1. การทบทวนวรรณกรรม ในเรื่องที่เกี่ยวข้อง ตามรายการที่ระบุไว้ข้างต้น
2. การประชุมคณะวิจัย เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เนื่องจากผู้วิจัยหลายคนมีประสบการณ์จากการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ให้คำปรึกษาการพัฒนาคุณภาพ และเยี่ยมชมสำรวจโรงพยาบาลมาก่อน
3. ทดลองสร้างแบบจำลองเบื้องต้น ทดสอบกับกรณีตัวอย่างจากเอกสาร
4. เยี่ยมโรงพยาบาล A โดยมีเป้าหมายการเยี่ยมชมเฉพาะเรื่อง HP ดูความเชื่อมโยงกับ HA
5. สร้างแบบจำลองตอบประเด็นการ "ให้บริการและ/หรือทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (HP) โดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพ (HA) เพื่อสุขภาพที่เพิ่มขึ้นของประชากรกลุ่มเป้าหมาย" ตามโลกทัศน์ที่แสดงไว้ข้างต้น

6. ปรับรูปแบบของแบบจำลองให้เหมาะสมขึ้น จากข้อมูลที่ได้รับเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ จนเป็นแบบจำลองที่หนึ่ง (Model I) เพื่อนำไปใช้เป็นหลักในการสร้างแบบเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลกลุ่ม B
7. นำข้อมูลโรงพยาบาลกลุ่ม B มาวิเคราะห์ สรุปการเรียนรู้ เพื่อปรับแบบจำลองที่หนึ่ง (Model I) ให้ดีขึ้นกล่าวคือ ปรับให้เข้ากับความเป็นจริง “เป็นไปได้” ในโลกแห่งความเป็นจริง เป็นแบบจำลองที่สอง (Model II) เพื่อนำไปใช้ในระยะต่อไป รวมทั้งส่งให้โรงพยาบาลในกลุ่ม A และ B
8. การเยี่ยมโรงพยาบาลกลุ่ม C (พร้อมกับโรงพยาบาลกลุ่ม D และ E จากบริเวณใกล้เคียง) ครั้งแรก ส่วนหนึ่งคือการเผยแพร่ผลการเรียนรู้ที่อยู่ในแบบจำลองที่สอง และฟังเสียงสะท้อนว่าการเรียนรู้เหล่านี้นำไปใช้ได้หรือไม่ในบริบทของโรงพยาบาลกลุ่ม C (และ D) หรือไม่ เพราะเหตุใด
9. ภายหลังการเยี่ยมโรงพยาบาลกลุ่ม C ครบแล้ว จะจัดการประชุมร่วมกันที่กรุงเทพฯ (โรงพยาบาลกลุ่ม A, B, C, D และ E รวมกันเป็นเครือข่าย) เพื่อหาบทเรียนเพิ่มเติมที่จะนำมาปรับแบบจำลองที่สองให้ดีขึ้น เพื่อใช้เผยแพร่ต่อไป
10. การเยี่ยมโรงพยาบาลกลุ่ม C (พร้อมกับโรงพยาบาล D จากบริเวณใกล้เคียง) ครั้งที่สอง จะเป็นการติดตามผลของการเยี่ยมครั้งก่อน และจะให้มีการจัดการประชุมเครือข่ายที่กรุงเทพฯ เป็นครั้งที่สอง เพื่อสรุปบทเรียนครั้งสุดท้ายก่อนสิ้นสุดโครงการ และปรับแบบจำลองเป็นแบบจำลองที่สาม (Model III) เพื่อเผยแพร่ต่อไป

การเปรียบเทียบแบบจำลองกับสถานการณ์จริง (Comparison)

การพัฒนาแบบจำลองที่หนึ่ง และการเรียนรู้จากการเยี่ยมโรงพยาบาล A และโรงพยาบาล B เป็นส่วนของการหาคำอธิบาย (Research) มิได้ตั้งใจว่าจะเกิดผลในทางนำไปสู่การปฏิบัติ เนื่องจากโรงพยาบาล A และ B เป็นผู้ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล มิได้มีเป้าหมายหรือความประสงค์ที่จะแก้ปัญหาหรือเปลี่ยนแปลง (Action)

โรงพยาบาลในกลุ่ม C และ D เป็นกลุ่มที่ต้องการการเปลี่ยนแปลง (Action) เพราะเข้าร่วมโดยการสมัคร จึงเป็นกลุ่มเป้าหมายที่จะนำมาใช้ในการประเมินผลโครงการนี้ การเยี่ยมโรงพยาบาลครั้งแรกเป็นการเริ่มกระบวนการเปรียบเทียบแบบจำลองกับสถานการณ์จริง ทั้งเพื่อหาคำอธิบาย (Research) และหาทางเปลี่ยนแปลง (Action) ตามด้วยการประชุมร่วมกันของเครือข่ายเสริมกิจกรรมด้วย Website จดหมายข่าว และการติดต่อทางโทรศัพท์ โทรสาร และอีเมลตามความสะดวก

การหาทางปรับให้เหมาะกับบริบทของโรงพยาบาล (Accommodation)

คาดว่าโรงพยาบาลจะสามารถเลือกส่วนที่เห็นสมควร เพื่อนำไปปรับใช้ได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล การเยี่ยมโรงพยาบาลกลุ่ม C ครั้งที่สองจะเน้นประเด็นนี้ เนื่องจากโรงพยาบาลมีเป็นจำนวนมาก และคณะวิจัยได้รับการเชื้อเชิญจากโรงพยาบาลแห่งใดให้เข้าไปช่วยแก้ปัญหาตามเจตนารมณ์ที่แท้จริงของ SSM จึงเป็นภารกิจของโรงพยาบาลแต่ละแห่งที่จะต้องวิเคราะห์ตนเอง ตามหัวข้อการวิเคราะห์สถานการณ์ (Analysis one, two, three) จึงจะทราบสถานการณ์ในบริบทของตนเอง และเมื่อเปรียบเทียบกับแบบจำลองก็ทราบว่าเรื่องใด “เป็นไปได้ (feasible)” หรือเป็นไม่ได้เพราะเหตุใด

การนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง (Action to improve)

นั่นคือ การตัดสินใจว่าจะ “ให้บริการและ/หรือทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (HP) โดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพ (HA) เพื่อสุขภาพที่เพิ่มขึ้นของประชากรกลุ่มเป้าหมาย” ในประเด็นใดหรือไม่ ทั้งนี้จะเป็นการตัดสินใจจากการเรียนรู้ ซึ่งเป็นวิธีการเรียนรู้จากการทำงานอย่างเป็นทีมซึ่งรู้จักดีอยู่แล้ว เมื่อจบประเด็นหนึ่งก็ผ่านไปประเด็นอื่นต่อไปได้ ตามหลักการวงจรหมุนย้อนกลับไปมาและหมุนซ้ำได้ตามต้องการ และจะหมุนต่อไปได้นานตราบเท่าที่ยังเห็นว่ามีประโยชน์อยู่ อย่างไรก็ตามเนื่องจากโครงการนี้เป็นการวิจัยจึงตั้งเป้าหมายสำหรับการวิจัยครั้งนี้ให้มีการหมุนที่เป็นระเบียบรวมสามารถรอบ จึงแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่หนึ่ง – การสร้างแบบจำลองที่หนึ่ง เป็นแบบจำลองของการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลที่ควรเป็น (Desirable HPH) วางอยู่บนพื้นฐานของความคิดที่ใช้โลกทัศน์ของกระบวนการ HA มาตรฐาน HPH กรมนามัย และการใช้ยุทธศาสตร์ของ HPH ยุโรป

ระยะที่สอง – การสร้างแบบจำลองที่สอง เป็นการนำแบบจำลองที่หนึ่ง เข้าไปศึกษาความเป็นไปได้ ถ้าจะนำไปใช้จริง โดยทดสอบกับสถานการณ์ที่เป็นจริงในโรงพยาบาล 8 แห่ง เพื่อนำไปสู่แบบจำลองโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพที่ควรเป็นและเป็นได้ (Desirable and feasible HPH) เพื่อนำไปทดลองใช้จริงในโรงพยาบาลจำนวนหนึ่งที่สมัครใจจะนำใช้

ระยะที่สาม – การสร้างแบบจำลองที่สาม รับสมัครโรงพยาบาลที่สนใจจะนำแบบจำลองที่สองไปใช้จริง โดยใช้หลักการเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อดูผลที่เกิดขึ้น รวมทั้งการยอมรับ เพื่อนำไปสู่การปรับรูปแบบจำลอง ให้เป็นรูปแบบจำลองของโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพที่ควรเป็น เป็นได้ และยอมรับได้ (Desirable, feasible and acceptable HPH) ซึ่งโรงพยาบาลอื่นๆอาจพิจารณานำไปใช้ต่อไป

ข้อจำกัดของการวิจัย

ขอสรุปถึงข้อจำกัดของการวิจัยนี้ จากที่ได้กล่าวถึงไว้ข้างต้นอีกครั้งว่า

1. การวิจัยแบบ SSM จะเป็นระบบการเรียนรู้ที่ให้ผล ทั้งเพื่อนำผลไปปฏิบัติ (Action) และเพื่อนำผลไปใช้อธิบายปรากฏการณ์ (Research) และการใช้ SSM ส่วนใหญ่มุ่งหวังประโยชน์ในด้านปฏิบัติ โครงการวิจัยนี้มุ่งหวังประโยชน์ด้านการอธิบายปรากฏการณ์เป็นหลัก ในประเด็นที่ว่า “กระบวนการ HA นำไปใช้ช่วยพัฒนาบทบาทด้านการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลได้อย่างไร” ส่วนการนำไปใช้ปฏิบัติเป็นภาระของโรงพยาบาลแต่ละแห่งที่สนใจจะต้องนำไปดำเนินการต่อ ในกรณีการวิจัยระยะที่สองมิได้หวังผล แต่กรณีการวิจัยระยะที่สามหวังผลต่อการนำไปใช้ด้วยแม้จะมีการติดตามเพียงระยะสั้น
2. จุดอ่อนของโครงการวิจัยนี้ คือไม่ได้ตั้งใจและไม่มีการโรงพยาบาลแห่งใด เชื่อเชิญให้เข้าไปช่วยแก้ปัญหาจริงของโรงพยาบาล กลุ่มวิจัยจึงมิได้มีโอกาสเข้าไปร่วมวิเคราะห์สถานการณ์ของแต่ละโรงพยาบาลได้อย่างลึกซึ้งและจริงจัง อาศัยเพียงข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกต เท่านั้น ไม่อาจหวังในความครอบคลุมลึกซึ้ง และถูกต้องได้เต็มที่นัก นอกจากนี้ผลที่ได้จากโรงพยาบาลแต่ละแห่งอาจเป็นบริบทเฉพาะสำหรับโรงพยาบาลแห่งนั้น การนำผลไปอธิบายนอกบริบทอาจไม่ใช่คำอธิบายที่ใช้ได้ในบริบทที่ต่างไป
3. ไม่มีโอกาสได้สร้างแบบจำลองหลายรูปแบบ เหตุผลสำคัญคือ แบบจำลองถูกกำหนดด้วยข้อจำกัดตาม SSM สองข้อ ข้อกำหนดข้อหนึ่งคือการใช้นิยาม “To do HP by HA to achieve health gain” ซึ่งตรงกับเป้าประสงค์ของโครงการพอดี ข้อกำหนดที่สองคือการใช้โลกทัศน์ที่ชัดเจน ซึ่งตรงกับเป้าประสงค์ของโครงการอีกเช่นกัน รวบรวมมาจากสามแหล่ง คือ กระบวนการ HA มาตรฐาน HPH กรมนานามัย และ Empowering strategies ของยุโรป ย่อมมีแบบจำลองที่มีความชัดเจนสูง จนเกิดข้อเสียคือ ไม่อาจขยับให้มีรูปแบบที่หลากหลายได้ นอกเหนือไปจากการปรับรายละเอียดภายในเมื่อจำเป็น

5. การดำเนินการและผลการวิจัย

5.1 การวิจัยระยะที่หนึ่ง (การสร้างแบบจำลองที่หนึ่ง)

สิงหาคม 2546 – มกราคม 2547

ขั้นตอนในการดำเนินการมีดังต่อไปนี้

- (1) ทบทวนทำความเข้าใจกับแนวคิด และประสานเข้ากับวัตถุประสงค์ของโครงการ มีการปรึกษาหารือในคณะวิจัยเป็นระยะๆ รวม 7 ครั้ง ตั้งแต่ 30 มิถุนายน 2546 ถึงธันวาคม 2547

(2) แสวงหาและเลือกโรงพยาบาล A และโรงพยาบาลกลุ่ม B และติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลดังกล่าว ปรับเปลี่ยนจนได้ครบตามจำนวนและประเภทที่กำหนดไว้

(3) สร้างแบบจำลองเบื้องต้นตามนิยาม "ให้บริการและ/หรือทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (HP) โดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพ (HA) เพื่อสุขภาพที่เพิ่มขึ้นของประชากรกลุ่มเป้าหมาย" โดยอาศัยโลกทัศน์สามประการจากเอกสารที่เตรียมไว้

(4) ทดสอบแบบจำลองเบื้องต้น ด้วยข้อมูลจาก "เอกสารรายงานการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลสงขลา" ⁽²⁶⁾ ทำเป็นกรณีศึกษาโรงพยาบาลสงขลา (ภาคผนวกที่ 2)

จากการศึกษา พบว่าข้อมูลจากเอกสารมีประโยชน์น้อย จำเป็นต้องหาข้อมูลด้วยวิธีอื่น จึงได้เลือกวิธีการสนทนากลุ่มกับกลุ่มตัวแทนโรงพยาบาล ที่ประกอบด้วย ทีมนำ ทีมคุณภาพ หรือผู้ที่รู้เรื่องดีในเรื่องการพัฒนาคุณภาพและ/หรือ การสร้างเสริมสุขภาพ และการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานต่างๆ ที่จากการสนทนากลุ่มแสดงว่ามีหรืออาจมีบริการหรือกิจกรรมเกี่ยวข้องหรืออาจจะเกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ คาดว่าจะมีโอกาสได้ข้อมูลที่ต้องการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสามารถซักถามเพื่อตรวจสอบความชัดเจนได้

(5) เยี่ยมโรงพยาบาล A เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ของขั้นตอนต่างๆในการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึกระหว่างการเยี่ยมหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตามแนวคิดในข้อ (4) ผลการศึกษาแสดงไว้ในภาคผนวกที่ 3 สรุปว่าไม่มีความจำเป็นต้องขอเอกสารของโรงพยาบาล

(6) ปรับรูปแบบจำลองเบื้องต้น เป็นแบบจำลองที่หนึ่ง (Model I) ดังที่ปรากฏในภาคผนวกที่ 4

(7) จากแบบจำลองที่หนึ่ง นำไปสร้างแบบเก็บข้อมูล (ภาคผนวกที่ 5) ซึ่งจะใช้เป็นเครื่องมือกำหนดหัวข้อการสนทนากลุ่มกับตัวแทนโรงพยาบาล และการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลกลุ่ม B ทำให้ได้ผลงานตามเป้าหมายที่กำหนดไว้เพื่อใช้ในการดำเนินงานระยะที่สอง

5.2 การวิจัยระยะที่สอง (การสร้างรูปแบบจำลองที่สอง)

กุมภาพันธ์ 2547 – กรกฎาคม 2547

5.2.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน

(1) ติดต่อกับผู้ประสานงานคุณภาพของโรงพยาบาลกลุ่ม B แต่ละแห่ง ทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขอความร่วมมือในการให้ข้อมูล โดยแจ้งว่ากลุ่มผู้ร่วมสนทนาควรเป็นทีมนำ ทีมคุณภาพ หรือผู้ที่รู้เรื่องดีในเรื่องการพัฒนาคุณภาพและ/หรือ การสร้างเสริมสุขภาพ และจะขอเยี่ยมหน่วยงานที่พบว่ามีมีความเกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพรวมทั้งสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่ปฏิบัติงานอยู่ในขณะนั้น

ผลการติดต่อ พบปัญหาติดขัดจากโรงพยาบาล 3 ใน 8 แห่ง สามารถแก้ไขปัญหาคือได้ 2 แห่ง อีก 1 แห่งจำเป็นต้องเปลี่ยนโรงพยาบาลใหม่ในประเภทเดียวกัน และมีการเยี่ยมตามที่แสดงไว้ในตารางที่ 1 ภาคผนวกที่ 6

(2) ใช้การสนทนากลุ่ม ในช่วงเช้า 2 ชั่วโมง ช่วงบ่ายอีก 1 ชั่วโมงเพื่อสอบถามเพิ่มเติมข้อมูลที่ยังไม่กระจ่าง โดยใช้แบบเก็บข้อมูลที่ทำได้ (ภาคผนวก 5) เป็นตัวนำในการสนทนา ใช้ระยะเวลา 2-5 คน เพื่อให้สามารถตรวจสอบความตรงกันของข้อมูล (Triangulation)

(3) ใช้การสังเกตและการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ปฏิบัติงาน ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อเพิ่มเติมและตรวจสอบข้อมูล ในช่วงสายและช่วงแรกของเวลาบ่าย

(4) จำนวนคณะวิจัย จำนวนผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม และจำนวนผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก ในการเยี่ยมโรงพยาบาลแต่ละแห่งแสดงไว้ในตารางที่ 1 ภาคผนวกที่ 6

(5) การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้หัวข้อในแบบการรวบรวมข้อมูล เพื่อสอบถาม (Inquiry) สถานการณ์ที่เป็นจริงของโรงพยาบาลกลุ่ม B ว่า กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ (HP) ของโรงพยาบาลในด้านใดบ้าง เพราะเหตุใด ในขณะเดียวกันก็จะถามหา HP อื่นๆ ที่โรงพยาบาลดำเนินการอยู่โดยไม่เกี่ยวข้องกับ HA พร้อมทั้งการถามถึงเหตุผล ที่มา ปัญหาอุปสรรค รวมทั้งแนวทางที่จะช่วยให้กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพดำเนินไปได้ดีขึ้น

(5) ข้อมูลที่ได้ทั้งหมด รวบรวมแสดงไว้ในภาคผนวกที่ 7 โดยตารางที่ 2-1 ถึงตารางที่ 2-8 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B1 ถึง B8 แล้วคัดเลือกเฉพาะส่วนข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เพื่อความสะดวกในการนำมาใช้งาน แสดงไว้ในตารางที่ 2-9

(6) เชิญตัวแทนจากโรงพยาบาลทั้ง 8 แห่ง เข้าร่วมประชุมที่กรุงเทพฯ เพื่อเติมข้อมูลส่วนที่ยังขาด และตรวจสอบข้อสงสัย ในการประชุมเมื่อวันที่ 16 กรกฎาคม 2547 มีตัวแทนเข้าร่วมจากโรงพยาบาล 7 ใน 8 แห่ง (ยกเว้น B6) นำไปปรับข้อมูลในข้อ (5) ให้ถูกต้อง

5.2.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยระยะนี้มุ่งที่การเรียนรู้เพื่อนำมาปรับปรุงแบบจำลองที่หนึ่ง (Model I) เป็นสำคัญ โดยใช้ข้อมูลจาก ตารางที่ 2-9 ภาคผนวกที่ 7 ซึ่งเป็นข้อมูลที่คัดเลือกไว้เพราะเห็นว่าเกี่ยวข้อง เพื่อความสะดวกในการนำมาใช้งาน ในการวิเคราะห์จึงจะอ้างถึงตารางที่ 2-9 นี้เป็นหลัก โดยระบุเป็นตัวเลขหลังสัญลักษณ์ชื่อโรงพยาบาล (เช่น B1-1) ในกรณีที่จำเป็นต้องอ้างถึงข้อมูลโดยละเอียดจะอ้างถึงตารางที่ 2-1 ถึง 2-8 โดยระบุเป็นตัวอักษรย่อประเภทข้อมูลหลังชื่อโรงพยาบาล (เช่น B5p-ACT.SB.IPD – 14a) ข้อมูลที่เลือกมาเสนอในที่นี้ ส่วนมากจะเป็นการเรียนรู้ที่สนับสนุนความควรเป็น (Desirable) หรือเป็นการเรียนรู้ที่จะช่วยปรับปรุงแบบจำลองที่หนึ่ง (Model I) ให้ดีขึ้น โดยขอเสนอเป็น 3 ด้านคือ ด้านโครงสร้างการดำเนินการ ด้านเนื้อหา และด้านกระบวนการ ดังนี้

1. ด้านโครงสร้างการดำเนินการ

โรงพยาบาลกลุ่ม B 8 แห่ง เป็นโรงพยาบาลที่มีนโยบายจะเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตามมาตรฐานกรมอนามัย (HPH กรมอนามัย) รวม 4 แห่งได้แก่โรงพยาบาล B3p, B4p, B5p และ B8p โรงพยาบาลกลุ่มนี้มีความแตกต่างจากโรงพยาบาลที่เหลืออีก 4 แห่ง คือ มีการตั้งกรรมการขึ้นมาอย่างน้อยหนึ่งคณะ เพื่อดำเนินการเกี่ยวกับ HP ของโรงพยาบาล (ข้อมูลส่วนนี้มีได้บันทึกไว้ แต่ตรวจสอบแล้วพบว่าถูกต้อง) แสดงให้เห็นว่า โรงพยาบาลเหล่านั้น เห็นว่า HA และ HPH เป็นคนละเรื่องกัน อย่างไรก็ตาม องค์ประกอบของคณะกรรมการเหล่านี้ มีลักษณะเหมือนที่มกราคมของ HA แต่วิธีการดำเนินงานมิได้เกี่ยวข้องกับ HA

ในการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก ไม่พบปัญหาเกี่ยวเนื่องกับเรื่องโครงสร้างการดำเนินการ แม้ในหัวข้อปัจจัยเอื้อและปัญหาอุปสรรคที่จะกล่าวถึงต่อไปก็ไม่ปรากฏประเด็นนี้เช่นกัน

2. ด้านเนื้อหา

2.1 บุคลากร โรงพยาบาลที่ผ่าน HA แล้วย่อมต้องมีการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับ HP ในประเด็นเหล่านี้ครบถ้วนตามมาตรฐาน HA ได้แก่

2.1.1 การตรวจสอบสุขภาพ

2.1.2 อาชีวอนามัย

โรงพยาบาลทุกแห่งได้หยิบยกเรื่องการตรวจสอบสุขภาพขึ้นมากล่าวเมื่อถามถึง HP ของบุคลากร (B1-1, B2-1, B3p-1, B4p-1, B5p-1, B6-1, B7-1, B8p-1) แต่ก็ยอมรับว่าทำภายใต้เงื่อนไขของ HA ในทำนองเดียวกับเรื่องอาชีวอนามัยในด้านการป้องกันความเสี่ยงในการทำงาน (B1-2, B2-2, B3p-2, B5p-2, B6-2, B7-2, B8p-2)

การเพิ่มพลังอำนาจให้บุคลากร พอมีให้เห็นได้จากกรณีที่มีการจัดตั้งชมรมเพื่อสุขภาพ (เชิงบวก) ซึ่งเกิดขึ้นทั้งในโรงพยาบาลที่มีนโยบายจะเป็น HPH และที่ยังไม่มีนโยบายดังกล่าว (B2-3, B4p-3, B6-3, B7-3, B8p-3) อย่างไรก็ตาม มีข้อสังเกตว่าโรงพยาบาลที่มีนโยบายจะเป็น HPH อาจมีบรรยากาศของการบังคับ เช่น “หนึ่งคนหนึ่งชมรม” (B4p-4) โครงการเลิกบุหรี่และออกกำลังกายก็มีลักษณะเช่นเดียวกัน (B3p-5, B4p-ACT.ST.5a, B8p-3) เป็นต้น ทุกโรงพยาบาลกล่าวว่าข้อมูลสุขภาพอยู่ แต่ที่นำข้อมูลมาใช้ยังเป็นระบบยังไม่ชัดเจน มีแต่การดำเนินการเป็นรายบุคคลตาม HA ยังไม่มีเป้าหมาย “เพื่อสุขภาพ” อย่างแท้จริง

ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพมีเฉพาะโรงพยาบาลที่มีนโยบายจะเป็น HPH ซึ่งนำไปสู่การเกิดโครงการเลิกบุหรี่ และโครงการออกกำลังกาย (B3p-5, B4p-ACT.ST.5a, B8p-3) เป็นต้น

มีสองโรงพยาบาลที่มีโครงการในลักษณะครอบคลุมเป็น Healthy workplace (B3p-6, B5p-ACT.ST.24a) อาจเป็นตัวอย่างรูปแบบที่ดีต่อไป

เมื่อใช้ PDCA เป็นเกณฑ์พิจารณา มีเพียงโครงการเลิกบุหรี่ที่มีการติดตามประเมินผลให้เห็นเป็นรูปธรรมว่า สัดส่วนผู้สูบบุหรี่ลดลงเป็นลำดับ

2.2 ผู้ป่วยใน

การดูแลผู้ป่วยตามกระบวนการ HA มีการเน้นเรื่องการดูแลแบบสหสาขา การดูแลแบบองค์รวม และการดูแลแบบต่อเนื่อง ทำให้มีประเด็นที่สามารถเชื่อมโยงกับ HP ตามแนวคิดของ HPH ยุโรป ดังนี้

(1) การดูแลตนเอง มีหลายโรงพยาบาลกล่าวถึง (B1-7, B2-7 B4p-7, B5p-7, B7-7) เช่น การให้ความสนใจเรื่องการนอนไม่หลับของผู้ป่วย จึงจัดให้มีการสวดมนต์ก่อนนอน (B4p-9) หรือมีการออกกำลังกายของผู้ป่วยบนเตียงเพื่อป้องกันเอ็นยึด และอาจได้ประโยชน์ด้านจิตใจด้วย (B3p-8) มีการสนใจด้านจิตใจแม้ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย End of life (B1-9) เป็นต้น

(2) การมีส่วนร่วม มีโรงพยาบาลที่กล่าวถึงการรับรู้ข้อมูล (B2-10, B4p-10) บางแห่งมีการให้ข้อมูลเป็นพิเศษ เช่น โครงการโรคหัวใจ (B1-11) และโครงการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า (B8p-11) บางแห่งเน้นเรื่อง การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ (B4p-10, B8p-10)

(3) โรคเรื้อรัง มีตัวอย่างของการเน้นเป็นพิเศษ เช่น โครงการคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (B1-12) DM support (B3p-12) และการให้สุขศึกษา (B4-12, B8p-ACT.SB.IPD.12a)

(4) สิ่งแวดล้อม มีการให้คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังทุกราย (B4p-9) ซึ่งเน้นประเด็นความปลอดภัย และมีกรณีที่ตั้งใจทำเพิ่มขึ้นบ้าง เช่น การจัดที่เล่นสำหรับผู้ป่วยเด็ก (B7-13)

(5) พฤติกรรมสุขภาพ มีตัวอย่างในเรื่องการให้สุขศึกษาผู้ป่วยเบาหวาน (B4p-12, B5p-12, B8p-ACT.SB.IPD.12a.)

(6) การเชื่อมโยงกับชุมชน มีการเตรียมจำหน่าย ซึ่งบางแห่งจะเน้นเรื่องการเชื่อมโยงกับชุมชน (B1-14, B5p-ACT.IPD.SB.14a, B8p-14) และอาจมีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ทุกราย (B6-14) หรือการแสดงความพร้อมที่จะให้ผู้ป่วยโทรศัพท์กลับมาถามกรณีมีปัญหา (B7-ACT.IPD.SB.14a, B8p-15) เป็นต้น

มีข้อสังเกตว่า กิจกรรมที่กล่าวถึงข้างต้น ดำเนินไปเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพตาม HA มิได้เป็นความริเริ่มเพื่อ HP โดยตรง

อนึ่ง ในตึกผู้ป่วยของโรงพยาบาลที่มีนโยบายเป็น HPH จะมีมุมที่จัดไว้ทำกิจกรรม HP สำหรับผู้ป่วยและญาติ มีลักษณะเป็นการให้สุขศึกษาแบบสอนกลุ่มย่อย หรือให้อ่านจากเอกสารที่เตรียมไว้ ในกรณีหลังโรงพยาบาลที่มีนโยบายเป็น HPH ก็มีในรูปแบบของการแจกแผ่นพับ (B6-15) อย่างไรก็ตามกิจกรรมเหล่านี้สอบถามดูแล้ว ไม่ปรากฏว่ามีการติดตามผลว่าได้ผลหรือไม่

2.3 ผู้ป่วยนอก

มีการติดตามสังเกต HP ใน 4 จุดด้วยกันได้แก่

(1) คลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่พบในทุกโรงพยาบาลคือ คลินิกโรคเบาหวาน ซึ่งหลายแห่งทำในลักษณะที่มีการเพิ่มพลังอำนาจ (B1-16, B2-16, B4p-16, B5p-16, B6-16) คือมีการดูแลตนเอง และการมีส่วนร่วมในรูปของกลุ่มหรือชมรม บางแห่งตั้งใจให้ผู้ป่วยดูแลตนเองมากขึ้นด้วยการยืดวันนัดให้มาพบแพทย์ให้ห่างกว่าเดิมแต่ก็ให้โทรศัพท์มาแทน (B1-7) รวมทั้งมีการจัดค่ายเบาหวาน (B1-16) โรค

เรื่องอื่นที่มีลักษณะเดียวกัน ได้แก่ โรคหอบหืด (B1-16) โรคไต (B1-16) คลินิกโรคมะเร็งมีการตั้งกลุ่มผู้ป่วยช่วยเหลือกันเอง (B7- มีได้บันทึกไว้แต่ตรวจสอบแล้วว่าถูกต้อง) เป็นต้น

(2) คลินิกที่ให้บริการกับผู้ที่มีได้เจ็บป่วย เช่น การตรวจสุขภาพ Check up หรือ Wellness clinic (B1-17, B2-17, B3p-17, B4p-17, B6-17, B7-17) มีการพัฒนาคุณภาพคลินิก ANC (B2-17, B3p-18, B4p-18, B6-18, B7-18, B8p-18) เช่น ให้สามีมีส่วนร่วม เป็นต้น มีการพัฒนาคุณภาพด้านการดูแลต่อเนื่องในคลินิกเด็กดีให้แพทย์คนเดิมติดตามเด็กคนเดิม (B1-19) หรือเน้นเด็กที่มีปัญหาด้านพัฒนาการ เป็นต้น (B1-20, B2-18) รวมทั้งมีการเชื่อมโยงไปถึงโรงเรียน (B2-18)

(3) คลินิกพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การควบคุมน้ำหนัก (B2-16,) การเลิกบุหรี่ (B8p-13) เป็นต้น

(4) กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่พบได้แก่ กิจกรรมออกกำลังกาย (B3p-19, B5p-19, B8p-3) การให้สุขศึกษาเป็นกลุ่ม (B4p-19) หรือการแจกเอกสาร (B4p-19, B6-16)

ทุกเรื่อง ยกเว้นในกรณีของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นการดำเนินการตาม HA ทั้งสิ้นไม่มีใครกล่าวว่าเกี่ยวข้องกับ HP เป้าหมายจึงเป็นเรื่องโรค และไม่ปรากฏว่ามีการติดตามผล (ทำให้เข้าใจว่าต้องทำเป็นโครงการ CQI จึงจะมี PDCA)

2.4 ชุมชน

เนื่องจาก HA เกี่ยวข้องกับเรื่องในโรงพยาบาลจึงมีได้กล่าวถึงชุมชนมากนัก จึงมองหา HP ในที่ 2 แห่ง ได้แก่

(1) กิจกรรมที่ PCU หรือบริเวณอื่นของโรงพยาบาล ที่ตั้งใจจัดให้มี HP สำหรับชุมชน พบว่าโรงเรียนแพทย์สองแห่งมีการทดลองหารูปแบบสำหรับ PCU (B1-21, B7-20) มีการจัดกิจกรรมเพื่อให้ความรู้ในรูปของการสัมมนาหรือเวทีสนทนา (B2-21, B6-19)

(2) กิจกรรมนอก PCU หรือนอกโรงพยาบาล เช่น

การเผยแพร่ความรู้ในรูปของสิ่งพิมพ์ เช่น คู่มือเบาหวาน (B1-22)

การบรรยายสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในต่างจังหวัด เรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไต (B1- มีได้บันทึกข้อมูลไว้แต่ตรวจสอบแล้ว)

โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กหอบหืด (B1-16)

โครงการเด็กมีปัญหาที่ทำร่วมกับโรงเรียนและสถาบันภายนอก (B2-18)

การคัดกรองโรคในชุมชน (B2-21)

โครงการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียน (B3p-23)

การร่วมมือกับหน่วยงานอื่น เช่น โรงงาน โรงแรม (B3p-22, B6-22) เทศบาล (B6-23) ในการตรวจสุขภาพ ร่วมกับตำรวจเรื่องเปิดไฟใส่หมวก (B5p-22) ร่วมกับโรงเรียน (B3p-24) หรือมหาวิทยาลัย (B7-23) ในเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือชมรมต่างๆในชุมชน (B4p-23, B8p-23)

ในเรื่องการออกกำลังกาย และอื่นๆ เช่น การกำจัดขยะ (B4p-26) การเชื่อมโยงที่เป็นนโยบายกับชุมชน คือ ประชาคม ไข้เลือดออก ยาเสพติด (B5p-23)

ในภาพรวมจึงเห็นชัดเจนว่า กิจกรรมที่ทำโดยหน่วยงาน “ส่งเสริมสุขภาพ” โดยตรงเท่านั้นจึงจะกล่าวถึงการสร้างเสริมสุขภาพ บริการหรือกิจกรรมอื่นๆ ล้วนทำให้นามของการพัฒนาคุณภาพ

2.5 สิ่งแวดล้อม

เรื่องสิ่งแวดล้อมเป็นประเด็นสำคัญของ HA โดยเฉพาะอย่างยิ่งสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เน้นเรื่องความเสี่ยง และการเน้นเรื่องพฤติกรรมบริการได้ทำให้สิ่งแวดล้อมทางสังคมในโรงพยาบาลดีขึ้นด้วย

เมื่อกล่าวถึงสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ มีการกล่าวถึง สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย (B1-2, B2-2, B3p-24, B4p-24, B6-24, B8p-24) และการกำจัดน้ำเสีย (B1-2) รวมทั้งความพยายามทำให้สิ่งแวดล้อมเป็นสีเขียว (B1-ACT.CO.24a) ดำเนินตามโครงการ “โรงงานสีขาว” (B6-26) มีการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการออกกำลังกายร่วมกันระหว่างบุคลากรและชุมชน (B7-ACT.ST.24a) การจัด Health club หรือ Fitness center เพื่อบุคลากรโดยไม่คิดเงิน (B1-ACT.CO.24a, B7-24) ที่น่าสนใจเป็นพิเศษคือการใช้แนวคิด Healthy workplace (B3p-6, B5p-ACT.ST.24a) ซึ่งครอบคลุมทั้งสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคม

ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการเรียนรู้ มีตัวอย่างการจัดทำที่พักญาติให้มีแผ่นพับแจกให้อ่านด้วย (B4p-25) เป็นต้น

2.6 พฤติกรรมสุขภาพ

เรื่องวิถีชีวิตหรือพฤติกรรมสุขภาพ เป็นประเด็นสำคัญทาง HP แต่ HA มิได้เกี่ยวข้องด้วยโดยตรง ในโรงพยาบาลกลุ่ม B มีเรื่องที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องการสูบบุหรี่ ทั้งที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรและผู้ป่วยดังกล่าวมาแล้ว และประเด็นพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน (B1-25, B2-16, B5p-25) หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเด็กและผู้ปกครอง Autistic (B1-26) สำหรับเด็กมีปัญหา (B2-25) เป็นต้น และมีการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพชุมชน (B3p-25)

3. ด้านกระบวนการ

3.1 ความเชื่อมโยงระหว่าง HA กับ HP

ประเด็นนี้เป็นพื้นฐานสำคัญของการวิจัย โรงพยาบาลส่วนใหญ่เห็นว่า

- HA มีส่วนช่วย HP ในด้านทำให้เกิดการทำงานอย่างเป็นระบบ (B1-26, B2-26, B3p-26, B8p-26)
- HA ทำให้เกิดการทำงานเป็นทีม (B2-27, B3p-27, B8p-27)
- HA, HP ต่างก็เป็นงานประจำ (B1-28, B2-28, B3p-28, B5p-28)

ที่น่าสนใจคือ มีผู้กล่าวว่า “CPG ทำให้มีความต่อเนื่องได้ และเพิ่มเรื่อง HP ได้เลย” (B3p-29)

อย่างไรก็ตาม มีตัวแทนโรงพยาบาล 2 แห่งที่กล่าวว่า HA กับ HP ไม่เกี่ยวกัน

โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง (B5p-29) กล่าวว่า “ไม่เห็นความเชื่อมโยง” แต่ยอมรับว่า “HA ช่วยให้ HP เป็นงานประจำ เช่น กินข้าวกล้อง ฯลฯ” (B5p-LINK.29a) และ HA ช่วยเสริม HP เช่น “ทำให้ทีมเวชปฏิบัติทั่วไปพัฒนาคุณภาพ” “ทำให้กระบวนการเยี่ยมบ้านพัฒนาขึ้น” “PT ER มารพ. มีการประสานงาน” และ “มีการพัฒนาคุณภาพ สอ. เพื่อการดูแลต่อเนื่อง” เป็นต้น (B5p-LINK.29b)

โรงพยาบาลอีกแห่งหนึ่ง (B7-29) กล่าวว่า “HP ไม่เกี่ยวกับ HA” และเสริมต่อไปว่า “โรงพยาบาลทำคุณภาพมาก่อน จนกระทั่ง HA มาประเมิน” “HA (และ) HP คือ การประเมิน” “กรอบ HA ช่วยให้เราประเมินตนเองได้อย่างเป็นระบบ” “HA เสริมงานเดิมให้ดีขึ้น” (B7-LINK.29b)

3.2 ปัญหาและอุปสรรค

จัดเป็นหมวดหมู่ได้ดังนี้

(1) ด้านการนำองค์กร

(1.1) นโยบาย

- นโยบาย เป้าหมาย ไม่ชัดเจน (B3p-30, B5p-30, B6-30, B8p-30)

(1.2) ผู้นำ

- ผู้นำไม่เห็นความสำคัญ (B5p-31, B8p-31)
- ขาดคนเชื่อมโยงนโยบายจากกระทรวงสู่งานประจำ (B3p-32)

(2) ด้านการบริหารจัดการ

- ขาดการสนับสนุนด้านทรัพยากร (B3p35, B4-35, B6-35, B8p-35)
- ขาดการบริหารแบบมีส่วนร่วม (B3p-30, B5p-33)
- หาดัวชีวิตยาก (B3p-33, B7-33)
- ขาดการประสานงาน (B7-32)
- งานไม่ต่อเนื่อง (B4p-34)
- Communication failure (B1-44)

(3) ด้านบุคลากร

- (3.1) แพทย์
 - ขาดความร่วมมือจากแพทย์ (B3p-13, B7-36)
 - แพทย์ไม่สนใจการออกกำลังกาย (B7-37)

- (3.2) ไม่ระบุ
 - ความตระหนัก ทักษะไม่ดี (B1-39, B4p-39, B5p-39, B8p-39)
 - ภาระงานประจำมาก (B3p-38, B6-38)
 - ยึดติดกับแบบเดิมๆ (B1-40)

- (4) ด้านแนวคิด
 - แพทย์มี leading role ด้านการรักษา (B1-58, B3p-41)
 - Role conflict (B8p-45)
 - ระบบบริการเป็นการรักษามากกว่าฟื้นฟู (B3p-41)
 - บทบาทต่อชุมชนไม่ชัดเจน (B1-42)
 - แพทย์ว่า HP ไม่ทำลาย (B1-43)

3.3 ปัจจัยเอื้อ

จัดหมวดหมู่ในทำนองเดียวกับปัญหาและอุปสรรค ดังนี้

- (1) ด้านการนำองค์กร
 - (1.1) นโยบาย - นโยบายที่ชัดเจน (B3p-46, B4p-46, B5p-46, B6-46, B8p-46)
 - (1.2) ผู้นำ - ผู้นำให้ความสำคัญ (B1-47, B4p-57, B5p-47, B6-47, B7-47, B8p-46)
- (2) ด้านการบริหารจัดการ
 - มีทรัพยากรสนับสนุน (B1-48, B6-48)
 - มีการติดตาม (B3p-46, B7-49)
 - มีการเชื่อมโยง ร่วมมือ (B1-50, B3p-50, B4p-50, B8p-50)
 - ทำงานเป็นทีม (B1-51, B4p-51)
 - พัฒนาต่อเนื่อง (B1-52, B6-51)
 - นำเข้าสู่งานประจำ (B1-53)
- (3) ด้านบุคลากร
 - บุคลากร มีความรู้ เข้าใจ ร่วมมือ ทักษะดี มีจิตสำนึก ทุ่เมเท (B3p-54, B4p-54, B6-54, B7-54, B8p-50)

3.4 ข้อเสนอแนะ

- (1) กำหนด HP ไว้ในพันธกิจ (B1-55)
- (2) เป็น Role model ให้กับผู้ป่วย ผู้รับบริการ หรือชุมชน (B3p-56, B4p-56, B5p-56 B8p-56)
- (3) บทบาทน่าจะแตกต่างกันระหว่างโรงพยาบาลชุมชน กับโรงเรียนแพทย์ (B1-57, B7-57) และกับโรงพยาบาลศูนย์ (B8p-57)

5.2.4 สรุปบทเรียนจากการวิจัยระยะที่สอง

จากการที่ได้ใช้แบบจำลองที่หนึ่ง หรือโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพที่ควรเป็น เป็นเครื่องมือเข้าไป “เปรียบเทียบ” กับสถานการณ์ที่เป็นจริงในโรงพยาบาลกลุ่ม B ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่อาจจะสรุปเป็นบทเรียนได้ดังต่อไปนี้

1. ด้านโครงสร้าง

ประการที่หนึ่ง มีข้อมูลที่บ่งบอกว่า โรงพยาบาลกลุ่ม B ที่มุ่งจะเป็น HPH ไม่เห็นความเชื่อมโยงระหว่าง HA กับ HPH ดังจะเห็นได้จากการตั้งคณะกรรมการขึ้นมาดูแล HPH เป็นการเฉพาะ แยกต่างหากจาก HA และจากกรณีศึกษาโรงพยาบาลสงขลา (ภาคผนวกที่ 2) ก็เห็นได้ว่าการตั้งคณะกรรมการถึงห้าชุดเพื่อดูแลเรื่อง HPH และน่าสังเกตว่ามีการจัดกิจกรรมขึ้นเป็นจำนวนมาก เห็นชัดเจนว่าเป็นภาระที่เพิ่มขึ้นจากงานประจำ จึงอาจเป็นปัญหาต่อความยั่งยืนของกิจกรรมเหล่านั้น

ประการที่สอง มีข้อมูลชัดเจนพอที่จะสรุปได้ว่า กระบวนการ HA ทำให้เกิด HP ขึ้นได้ในการพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ใช้แนวคิดการดูแลแบบองค์รวม และการดูแลอย่างต่อเนื่อง และจากการให้ความสนใจกับผู้ป่วยมากขึ้นไปกว่าการรักษาโรค เช่น สนใจด้านสุขภาพทางใจ และสนใจด้านคุณภาพชีวิต เป็นต้น และกระบวนการที่นำมาใช้มีลักษณะของการเพิ่มพลังอำนาจด้วย เช่น การดูแลตนเอง และการมีส่วนร่วม จึงเกิดเป็น HP โดยไม่เจตนา แต่ก็เกิดเป็น HP อย่างชัดเจน การค้นพบนี้ทำให้เห็นว่าเป็นโอกาสที่จะสร้างความเชื่อมโยงระหว่างกระบวนการ HA กับการพัฒนา HP ของโรงพยาบาลในรูปแบบที่เป็นธรรมชาติและเข้าใจได้ง่ายสำหรับโรงพยาบาลที่คุ้นเคยกับ HA อยู่แล้ว ทั้งยังเชื่อมโยงกับงานประจำด้วย จะทำให้ไม่เกิดความรู้สึกว่าเป็นงานใหม่ที่ไม่คุ้นเคย ทั้งยังมีโอกาสที่จะเชื่อมโยงผ่านการเตรียมเจ้าหน้าที่ผู้ป่วยที่มีอยู่แล้ว เพื่อพัฒนา HP เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ไปติดตามการดูแลรักษาที่ PCU และในชุมชน ทั้งนี้เพียงแต่ปรับเป้าหมายจากการดูแลรักษาโรค ให้เป็นการดูแลสุขภาพ และเพิ่มมิติเรื่องการเพิ่มพลังอำนาจเข้าไปในกระบวนการดูแลนั้นก็จะเป็น HP โดยสมบูรณ์ สิ่งที่ยังขาดอยู่คือการทำความเข้าใจให้ตรงกันเท่านั้นว่านี่คือ รูปแบบหนึ่งของการสร้างเสริมสุขภาพที่เรียกว่า Care-based HP ซึ่งเป็นรูปแบบที่มีคำแนะนำสำหรับเครือข่ายโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพในยุโรปว่าน่าจะทำการก่อนที่จะคิดทำรูปแบบที่ต้องจัดกิจกรรม (Program-based HP) ⁽²⁴⁾

2. ด้านเนื้อหา

สำหรับบุคลากร HA ช่วยให้โรงพยาบาลใส่ใจในสุขภาพของบุคลากร ซึ่งอาจเชื่อมโยงไปสู่ HP ของบุคลากรได้ เช่น นำข้อมูลมาใช้ประกอบการพิจารณาการจัดกิจกรรมเพื่อบุคลากร เป็นต้น และเมื่อทำได้เต็มรูปแบบก็จะเป็นที่ทำงานสุขภาพ (Healthy workplace) ดังที่มีโรงพยาบาลสองแห่งพยายามทำอยู่ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าบุคลากรจะมีศักยภาพสูงแต่ก็มิได้นำศักยภาพที่มีอยู่มาใช้ ดังจะเห็นได้ค่อนข้างจะชัดเจนว่า ยังมีได้นำแนวคิดเรื่องการเพิ่มพลังอำนาจมาใช้กับบุคลากร ดังจะสังเกตได้จากการภาวะจำยอม เช่น ต้องเลือกเข้าร่วมกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง ยังไม่สามารถตัดสินใจว่าจะไม่เลือกได้ เป็นต้น น่าจะมีความจำเป็นต้องปรับแนวคิดใหม่ ด้วยการเพิ่มพลังอำนาจให้บุคลากรอย่างเต็มที่ในเรื่อง HP สำหรับบุคลากร มิฉะนั้นก็ไม่อาจคาดหวังได้ว่า จะมีการใช้แนวคิดการเพิ่มพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย (และญาติ) และชุมชนอย่างจริงจังได้

สำหรับผู้ป่วย กระบวนการ HA เกี่ยวข้องกับคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยใน สามารถพัฒนาไปสู่ HP ได้เป็นอย่างดี ดังกล่าวถึงแล้วในหัวข้อด้านโครงสร้างแล้ว

สำหรับชุมชน HA มิได้มีประเด็นเกี่ยวข้องโดยตรง แต่อาจเชื่อมโยงไปถึงจากการเตรียมเจ้าหน้าที่ผู้ป่วยในดังที่กล่าวถึงข้างต้น และอาจเชื่อมโยงไปจากบริการของ PCU และบริการผู้ป่วยนอกด้วย สำหรับกิจกรรม HP ชุมชนที่พบ ปรากฏเป็นเรื่องราว ด้วยเหตุผลต่าง ๆ กัน ไม่มีความเชื่อมโยงกับเรื่องอื่น ไม่เชื่อมโยงกับข้อมูลสุขภาพของชุมชน บางกิจกรรมเกิดขึ้นจากนโยบายผู้ปฏิบัติทำไปโดยไม่ทราบวัตถุประสงค์ที่แน่ชัด ไม่ปรากฏการติดตามผล มีข้อสังเกตว่าโรงพยาบาลมีบทบาทช่วยเหลือกิจกรรมที่ชุมชนหรือภาคส่วนอื่นเป็นผู้ริเริ่มจำนวนพอสมควร แต่โรงพยาบาลให้ความสำคัญกับกิจกรรมเหล่านี้น้อยกว่ากิจกรรมที่โรงพยาบาลริเริ่มเอง หากสามารถสร้างความเข้าใจได้ว่า การร่วมมือระหว่างภาคส่วน (Intersectoral collaboration) เป็นหลักการสำคัญข้อหนึ่งของการสร้างเสริมสุขภาพ⁽¹⁰⁾ และมีความจำเป็นสำหรับการแก้ปัญหาทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญ หากไม่ได้รับการแก้ไขลำพังการแก้ปัญหาทางการแพทย์หรือทางพฤติกรรมสุขภาพไม่อาจประสบผลสำเร็จได้ หากโรงพยาบาลใช้กิจกรรมชุมชนในรูปแบบนี้มากขึ้น น่าจะเกิดประโยชน์ทั้งต่อชุมชนและต่อโรงพยาบาลเอง

อนึ่ง ยังมีปัญหาด้านการนิยามคำว่า “ชุมชน” โรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังแสดงให้เห็นว่านิยามชุมชนในความหมายของ “ชุมชนตามภูมิศาสตร์หรือการปกครอง” เท่านั้น มิได้หมายรวมถึง “ชุมชนที่เป็นกลุ่มบุคคลที่มีการรวมตัวกัน โดยมีลักษณะร่วมกัน หรือมีเป้าหมายร่วมกัน” เช่น ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มออมทรัพย์ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน โรงเรียน มหาวิทยาลัย สถานีตำรวจ เป็นต้น แม้จะมีการดำเนินกิจกรรม HP ให้กับกลุ่มเป้าหมายเหล่านี้ จะเรียกว่าเป็น “การสร้างเสริมสุขภาพชุมชน” ก็ต่อเมื่อมีการดำเนินกิจกรรมเหล่านี้ใน “ชุมชนตามภูมิศาสตร์หรือการปกครอง” เท่านั้น เป็นอีกปัญหาหนึ่งที่อาจแก้ไขได้ด้วยการทำความเข้าใจให้ตรงกัน

สำหรับสิ่งแวดล้อม กระบวนการ HA ได้ช่วยให้เกิดความตื่นตัวทั้งด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และสิ่งแวดล้อมทางสังคมในโรงพยาบาลที่ผ่าน HA แล้วทุกแห่ง และโรงพยาบาลทุกแห่งมองเห็นความเชื่อมโยงกับ HP เหลือเพียงการทำให้เชื่อมโยงอย่างเป็นระบบกับองค์ประกอบอื่นๆ ในด้าน HP

3. ด้านกระบวนการ

ในคิดของการวิจัย เห็นว่า HA มีการทำงานที่เป็นระบบ มีการรวมตัวเพื่อการร่วมกันทำงาน เป็นทีมหากประกอบกับภาวะผู้นำย่อมนำไปสู่การเพิ่มพลังอำนาจ (Participation, leadership, organization) ⁽⁹⁾ จะเกิดการเรียนรู้กระบวนการทำงานที่ควรจะนำไปใช้ทำงานอื่นที่คล้ายกันได้ด้วย เช่น HP จึงเกิดความคิดที่จะนำกระบวนการ HA ไปช่วยพัฒนา HP อย่างไรก็ดีตามจากผลการศึกษาข้างต้น พบว่า ความคาดหวังนี้ยังมีอุปสรรคที่ต้องแก้ไขในประเด็นต่อไปนี้

(1) แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับ HP

การวิจัยระยะที่สองนี้ ไม่พบข้อมูลที่แสดงถึงการใช้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพตามกระบวนการทัศน์ใหม่ ^(1, 7) บริการส่งเสริมสุขภาพยังเป็นแบบดั้งเดิม ไม่ปรากฏการใช้แนวคิดการเพิ่มพลังอำนาจ (Empowerment) ^(9, 24) แม้แต่ในการสร้างเสริมสุขภาพบุคลากรซึ่งน่าจะทำได้ง่ายที่สุด และไม่พบเจตนาการใช้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วย แม้จะมี HP (Care-based HP) เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาคุณภาพ ด้วยเหตุนี้จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ที่จะต้องทำความเข้าใจให้ตรงกันในแนวคิดต่างๆ เพื่อลดความสับสน ตั้งแต่นิยามของการสร้างเสริมสุขภาพ ⁽¹⁾ ว่า “เป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้คนสามารถควบคุม และเพิ่มพูนสุขภาพให้กับตนได้” ซึ่งแสดงถึงความหมายที่กว้างไปกว่า “การส่งเสริมสุขภาพ” อย่างน้อยสองประการ ⁽²⁷⁾ คือ ประการที่หนึ่ง แนวคิดการใช้สุขภาพของกลุ่มเป้าหมายเป็นศูนย์กลาง (ในทำนองเดียวกับ HA ใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง) และแนวคิดด้านการดำเนินงานแบบการเพิ่มพลังอำนาจให้แก่กลุ่มเป้าหมาย ⁽²⁵⁾ เช่น เน้นการดูแลตนเอง และการมีส่วนร่วม เป็นต้น เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเกิดความสามารถในการควบคุมได้จริง ประการที่สอง การสร้างเสริมสุขภาพเน้นปัจจัยด้านสังคมเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม ลำพังการดำเนินงานด้านการแพทย์ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่อาจแก้ปัญหาได้มากนัก โรงพยาบาลจึงมีความจำเป็นต้องดำเนินงานแบบร่วมมือกับภาคส่วนอื่นๆ เพื่อบรรลุเป้าหมายด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเป้าหมายดังกล่าวถึงไว้วางใจหนึ่งแล้วในด้านเนื้อหา โดยไม่ต้องห่วงว่าโรงพยาบาลจะมีบทบาทน้อยลง เพราะถึงอย่างไร โรงพยาบาลก็ยังได้รับการยอมรับว่ามีบทบาทนำ ⁽⁹⁾ แม้ในประเด็นเหล่านี้

(2) การสร้างเสริมสุขภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วย (Care-based HP)

การสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วย เครือข่ายโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพในยุโรป ใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพในการดูแลรักษา (Care-based HP) เป็นหลัก ⁽²⁵⁾ ทำให้เห็นความเชื่อมโยงที่ชัดเจนระหว่าง HP กับภารกิจหลักของโรงพยาบาล สำหรับประเทศไทยหากดำเนินการโดยใช้หลักการเดียวกันนี้ ก็จะเป็นการสร้างเชื่อมโยงระหว่างกระบวนการ HA กับ HP ได้อย่างชัดเจนที่สุด

ผลการวิจัยระยะที่สอง พบว่าไม่มีโรงพยาบาลแห่งใดตั้งใจดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพในรูปแบบนี้เลย ทั้งนี้เนื่องจากประเด็นนี้เกี่ยวเนื่องโดยตรงมาจากประเด็นแรก คือ ยังมีได้ใช้แนวคิดเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพตามกระบวนการทัศน์ใหม่ อย่างไรก็ดีตาม ในความเป็นจริง กระบวนการ HA ทำให้

เกิด Care-based HP ขึ้นมาบ้างแล้วแม้จะไม่มีเจตนา ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก เช่น การพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยในโดยใช้สุขภาพของผู้ป่วยเป็นเป้าหมาย เช่น คุณภาพชีวิต หรือแม้แต่กิจวัตรประจำวัน เช่น การนอนหลับ และมีการเน้นการดูแลตนเอง และการมีส่วนร่วม แม้ส่วนใหญ่ยังเป็นไปในด้านการรักษาโรคก็ตาม หากบูรณาการการดูแลรักษา ป้องกัน ส่งเสริม ฟันฟู เข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ โดยใช้สุขภาพผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และใช้หลักการดูแลตนเอง และการมีส่วนร่วมให้มากขึ้น ก็เกิดการเชื่อมโยง HA เข้ากับ HP ได้อย่างงดงาม เป็น Care-based HP (หรือ Service-based HP เมื่อรวมถึงบริการอื่นที่มีใช้การดูแลรักษา) อาจใช้เป็นแกนนำของการใช้กระบวนการ HA เป็นเครื่องมือในการพัฒนา HP ได้อย่างชัดเจน หากจะให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นก็ดำเนินการตาม HPH ยุโรปแนะนำ คือ เน้นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (กลุ่มผู้ป่วยที่จะได้ประโยชน์สูง) สร้างความเชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อม (นำเรื่องสิ่งแวดล้อมมาใช้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ) สร้างความเชื่อมโยงกับพฤติกรรมสุขภาพ (หากมีความเกี่ยวข้อง) และเชื่อมโยงกับกิจกรรมที่มีอยู่แล้วในชุมชน ซึ่งโรงพยาบาลก็มีการดำเนินงานอยู่บ้างแล้วในรูปของ HHC แม้จะยังเน้นเรื่องโรคอยู่ก็น่าปรับได้

บริการผู้ป่วยนอก ก็มี Care-based HP แบบไม่เจตนา ให้เห็นทั่วไปในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน แม้จะยังใช้โรคเป็นเป้าหมายอยู่ (ติดตามผลด้วยระดับกลูโคสในเลือด) และมีระดับของการเพิ่มพลังอำนาจมากน้อยต่างกันตามระดับความเชื่อมั่นของผู้ให้บริการที่มีต่อศักยภาพของผู้ป่วย Service-based HP เช่น การตรวจสุขภาพหรือการคัดกรองโรค เป็นต้น ยังคงอยู่ในรูปแบบการให้บริการแบบเดิม ที่อาจปรับให้มีการเพิ่มพลังอำนาจให้ผู้รับบริการได้เช่นกัน

(3) บริบทของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ หรือ HPH ของกรมอนามัย ให้ภาพ HPH ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน ที่มีภารกิจหลักในการให้บริการสุขภาพแบบครอบคลุม (Comprehensive) และคลุม (Cover) ชุมชนทางภูมิศาสตร์หรือเขตรับผิดชอบ ทำให้เกิดปัญหากับโรงพยาบาลประเภทอื่นที่ภารกิจหลักต่างไป โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งมีภารกิจหลักด้านการดูแลรักษาระดับตติยภูมิและการศึกษาวิจัย

อย่างไรก็ตาม หากมีการทำความเข้าใจให้ตรงกันในเรื่องนิยามของ “ชุมชน” ดังกล่าวถึงไว้ในหัวข้อด้านเนื้อหา ว่านอกจากจะหมายถึง “ชุมชนตามภูมิศาสตร์” แล้วยังหมายถึง “ชุมชนที่เป็นกลุ่มบุคคลที่มีการรวมตัวกัน โดยมีลักษณะร่วมกัน หรือมีเป้าหมายร่วมกัน” ด้วย ประกอบกับแนวคิดรูปแบบ Care-based HP ก็น่าจะทำให้โรงพยาบาลสามารถปรับ HP ให้เข้ากับบริบทของโรงพยาบาลได้ขึ้น เพราะมีข้อมูลชี้ให้เห็นว่าโรงพยาบาลทำสิ่งเหล่านี้อยู่บ้างแล้ว เช่น การดูแลรักษาผู้ป่วยเปลี่ยนข้อเข้า หรือการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มี Colostomy จากผลการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยในระดับตติยภูมิ ดังกล่าวมาบ้างแล้ว ภารกิจด้านการให้การศึกษาดูแลผู้ป่วยก็มีตัวอย่าง เช่น โรงเรียนพยาบาลโรงเรียนแพทย์แห่งหนึ่ง แพทย์ผู้ชำนาญโรคไตเดินสายสอนเรื่อง อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไต (ให้การศึกษาด้าน HP แม้จะมีได้มีเจตนาให้เป็น HP) ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ในต่างจังหวัด รวม

แล้วจำนวนหลายร้อยคน (“ชุมชนที่เป็นกลุ่มบุคคลที่มีการรวมตัวกัน โดยมีลักษณะร่วมกัน หรือมีเป้าหมายร่วมกัน”) จึงเป็น HP ที่เป็นธรรมชาติ ทำอยู่แล้วด้วยความสมัครใจและเต็มใจเพราะเข้ากับบริบทของโรงพยาบาล โรงพยาบาลเอกชนก็มีตัวอย่างการบูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพเข้ากับแผนการตลาด เช่น โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลทุกรายอย่างเป็นระบบ ผู้ป่วยที่จำหน่ายไปแล้วสามารถโทรศัพท์มาขอคำปรึกษาจากพยาบาลประจำตัวได้ทุกเวลา ผนวกกับการเสนอบริการเยี่ยมบ้านโดยไม่คิดค่าบริการในสองสัปดาห์แรก เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม การทำความเข้าใจประเด็นนี้ต้องผ่านการทำความเข้าใจกับสองประเด็นแรกมาก่อน
หนึ่ง โรงพยาบาลแต่ละแห่งจะต้องรู้บริบทของตน หากสนใจการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ อาจดูได้จากหัวข้อ สถานการณ์ในโลกแห่งความเป็นจริง (Perceived real world problem situation) ของรายงานนี้ ในบทที่ว่าด้วยระเบียบวิธีการวิจัยซึ่งแสดงการวิเคราะห์ไว้เพียงกรอบกว้าง ๆ
โรงพยาบาลแต่ละแห่งจำเป็นต้องวิเคราะห์ต่อในระดับเฉพาะของแต่ละโรงพยาบาล

(4) การเรียนรู้จาก PDCA

การวิจัยนี้เน้นเรื่องการเรียนรู้ไว้มาก ระเบียบวิธีการวิจัยก็ว่า เป็นระบบการเรียนรู้ การสร้างเครือข่ายก็เน้นเรื่องการเรียนรู้จากการทำงาน กระบวนการ HA ก็ว่าเป็นกระบวนการเรียนรู้ นับว่าฝากความหวังไว้กับการเรียนรู้มากทีเดียว เครื่องมือสำคัญและเป็นรูปธรรมที่ HA ให้ไว้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง คือ PDCA จึงมีความพยายามหาข้อมูลในด้านนี้ พบว่ามีการใช้ PDCA จริงน้อยมาก ปรากฏให้เห็นเฉพาะกรณีที่กำลังทำ CQI อยู่ ส่วนงานประจำ เช่น การดูแลรักษาผู้ป่วยหรือการดำเนินงานกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพต่าง ๆ ไม่ปรากฏชัดเจนว่ามีการใช้ PDCA จึงน่าจะหาแนวทางที่จะส่งเสริมให้มีการใช้ PDCA บ่อยขึ้น นอกจากเพื่อการพัฒนาคุณภาพแล้วยังอาจใช้เพื่อการเรียนรู้หรือใช้ร่วมกันได้ด้วย

ในทางทฤษฎีการเรียนรู้จากการทำงาน เกิดขึ้นได้แม้จะไม่ได้ตั้งใจหรือมีเจตนาจะเรียนรู้⁽¹⁸⁾ แต่ได้ผลด้านการเรียนรู้บ่อย ต่างจากการเรียนรู้แบบมีเจตนาหรืออย่างเป็นทางการ ที่ได้ผลด้านการเรียนรู้มากกว่า การมีเจตนาหรือตั้งใจจะเรียนจะทำให้ต้องถามว่าทำไปเพื่ออะไร การเรียนรู้แบบมีเจตนามีสองระดับ คือ ระดับวงจรเดี่ยว (Single loop learning)⁽²⁰⁾ และระดับวงจรคู่ (Double loop learning) ซึ่งตรงกับ DCA และ PDCA ตามลำดับ หากเน้นรูปแบบที่เรียบง่าย เช่น ทำแค่ DCA ซึ่งใช้ได้ดีในการติดตามผล (Monitor) ไม่เสียเวลา ทำได้บ่อยๆ เรียนรู้ไปพร้อมกับงานประจำได้ ส่วน PDCA แบบครบวงจรแม้จะเป็นการเรียนรู้ที่ลึกซึ้งกว่า แต่ก็ต้องใช้เวลามาก จึงเหมาะสำหรับการทบทวนเท่าที่ได้กำหนดไว้ หากทำความเข้าใจให้ตรงกันได้ ก็จะมีการนำ PDCA มาใช้บ่อยขึ้นและเกิดประโยชน์มากขึ้น ทั้งต่อ HA และ HP

(5) การวางแผนเพื่อให้งานเป็นระบบ

HP ที่ปรากฏให้เห็น มีเพียงการดำเนินงานเป็นเรื่องๆ ไม่เกี่ยวเนื่อง สัมพันธ์ เชื่อมโยงกัน หากมีการทำให้เห็นภาพเป็นระบบ น่าจะทำให้การดำเนินงานง่ายขึ้น การคิดเชิงระบบมีความสำคัญ⁽²⁸⁾

เพื่อให้เกิดการประสานเชื่อมโยงกันทั้ง HA, HP และงานประจำ ภายหลังการทำความเข้าใจในประเด็นที่ (1) ถึง (4) แล้ว ขั้นตอนต่อไปน่าจะได้แก่ การวางแผน เพื่อให้งานเป็นระบบ งานจะได้ดำเนินต่อไปได้ แม้จะเปลี่ยนแปลงคนบ้างก็ตาม

การทำความเข้าใจกับประเด็นทั้ง 5 ที่กล่าวมาข้างต้น คาดว่าน่าจะทำให้การ **"ให้บริการและ/หรือทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (HP) โดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพ (HA) เพื่อสุขภาพที่เพิ่มขึ้นของประชากรกลุ่มเป้าหมาย"** มีความเป็นไปได้ สะดวกสบายและเกิดผลง่ายขึ้น จึงอาจเรียกว่าเป็นปัจจัยสู่ความสำเร็จ (**Critical success factors**)

บทเรียนอีกส่วนหนึ่งของการวิจัยขั้นที่สอง ได้มาจากการคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลจากโรงพยาบาลกลุ่ม B ด้าน ปัจจัยเอื้อและปัญหาอุปสรรคของการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ ที่มีความสอดคล้องกันชัดเจนในสามประเด็น ซึ่งอาจจะเรียกประเด็นทั้งสามนี้ว่า เป็นปัจจัยที่ควรมีอยู่ก่อน (**Prerequisite**) เพื่อที่จะทำให้ HP ของโรงพยาบาลเกิดขึ้นได้สะดวก ได้แก่

1. การสนับสนุนของผู้นำ
2. นโยบายที่ชัดเจน
3. บุคลากรที่มีความเข้าใจและมีทัศนคติที่ดีต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

5.2.5 การดำเนินงานขั้นตอนต่อไป

นำผลการเรียนรู้ข้างต้นไปปรับแบบจำลองที่หนึ่ง ให้เป็นแบบจำลองที่สอง (ภาคผนวกที่ 7) เพื่อใช้ในการวิจัยระยะที่สามต่อไป

5.3 การวิจัยระยะที่สาม (การสร้างรูปแบบจำลองที่สาม)

สิงหาคม 2547 – กรกฎาคม 2548

การวิจัยระยะที่สาม มีเจตจำนงสองประการ ประการหนึ่งคือ การสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ข้อที่สองของโครงการ และประการที่สองคือ การนำแบบจำลองที่สอง เป็นเครื่องมือเข้า “เปรียบเทียบ” กับสถานการณ์ที่เป็นจริงในกลุ่มโรงพยาบาลเครือข่าย เพื่อทำให้เกิดการเรียนรู้ที่โรงพยาบาลอาจจะนำไปใช้แก้ปัญหของโรงพยาบาลเองได้ และเพื่อนำมาช่วยปรับแบบจำลองให้ดียิ่งขึ้น การดำเนินงานเพื่อเจตจำนงทั้งสองประการทำคู่ขนานกันไป

ขั้นตอนในการดำเนินการมีดังต่อไปนี้

(1) ประชุมปรึกษาหารือในกลุ่มวิจัย ตกลงนำแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยแห่งความสำเร็จ (**Critical success factors**) ที่เป็นข้อสรุปจากการเรียนรู้ในการวิจัยระยะที่สอง มาใช้เป็นแนวทางในการนำเสนอแบบจำลองที่สองต่อโรงพยาบาลในเครือข่าย โดยเน้นประเด็นการพัฒนาควบคู่ไประหว่าง HA, HP และงานประจำ โดยมีการปรึกษากันเป็นระยะๆ รวมทั้งสิ้น 13 ครั้ง

(2) รับสมัครและคัดเลือก โรงพยาบาลกลุ่ม C และกลุ่ม D โดยการส่งจดหมายโดยตรงถึง โรงพยาบาลที่ผ่านกระบวนการพัฒนา HA ตั้งแต่ระดับบันไดขั้นที่ 1 ขึ้นไป ตามรายชื่อโรงพยาบาลที่มี คุณสมบัติดังกล่าว ที่เข้าร่วมประชุม HA Forum เมื่อเดือนเมษายน 2547 รวมทั้งสิ้น 2000 ฉบับ มี ผู้ตอบแสดงความสนใจมาจากโรงพยาบาลทั่วประเทศรวม 257 แห่ง

(3) เลือกโรงพยาบาลกลุ่ม C ไว้ 11 แห่ง (จากที่วางแผนไว้เดิม 10 แห่ง) โดยมีหลักเกณฑ์ตาม การสมัครก่อนหลัง ไม่อยู่ในภูมิภาคที่มีเครือข่ายอื่นที่มีวัตถุประสงค์เดียวกันอยู่แล้ว และสามารถรับ โรงพยาบาลร่วม (D) ได้ประมาณ 2-3 โรงพยาบาลต่อแห่ง

(4) จัดตั้งเป็นเครือข่ายการเรียนรู้ เรียกชื่อว่า เครือข่ายการพัฒนา HA และ HP ควบคู่กับงาน ประจำ มีสมาชิกประกอบด้วย

โรงพยาบาล A และ B รวม 9 แห่ง เป็นสมาชิกกิตติมศักดิ์

โรงพยาบาล C รวม 11 แห่ง เป็นสมาชิกหลัก

โรงพยาบาล D ประมาณ 20-30 แห่ง เป็นสมาชิกร่วม

โรงพยาบาล E จำนวนไม่แน่นอน เป็นสมาชิกสมทบ

ก่อนโครงการระยะสามจะสิ้นสุดลง โรงพยาบาล E เกือบทุกแห่งเปลี่ยนสถานภาพเป็น D เนื่องจากผ่านบันไดขั้นที่หนึ่งของ HA จึงจะไม่กล่าวถึง E อีก รายชื่อโรงพยาบาลทั้งหมดแสดงไว้เรียง ตามลำดับอักษรในภาคผนวกที่ 1 แต่ในรายงานจะอ้างถึงโดยใช้สัญลักษณ์แทน

(5) กิจกรรมหลักของเครือข่ายมีดังต่อไปนี้

(5.1) การเยี่ยมให้คำปรึกษาโรงพยาบาล C แห่งละสองครั้ง ห่างกัน 3-4 เดือน แต่ละครั้งจะมี โรงพยาบาล D ไปร่วมด้วย โดยคณะวิจัยอย่างน้อย 2 คนเดินทางไปร่วมด้วยเพื่อการตรวจสอบข้อมูล ซึ่งกันและกัน (Triangulation)

- การเยี่ยมให้คำปรึกษาครั้งที่หนึ่ง เป็นการนำเสนอแบบจำลองที่สอง โดยใช้ Critical success factors เป็นตัวนำสำคัญ เพื่อปรับแนวคิดให้ตรงกัน

- การเยี่ยมครั้งที่สอง เป็นการติดตามผล และเติมเต็มส่วนที่ยังขาดตามความจำเป็นและความ ต้องการของผู้เข้าร่วมประชุม

(5.2) การประชุมเครือข่ายที่กรุงเทพสองครั้ง

- ประชุมเครือข่ายที่กรุงเทพครั้งที่หนึ่ง หลังการเยี่ยมครั้งที่หนึ่งครบถ้วนแล้วประมาณ 2 เดือน

- ประชุมเครือข่ายที่กรุงเทพครั้งที่สอง ตั้งใจให้เป็นช่วงหลังการเยี่ยมโรงพยาบาล C ครั้งที่สอง ก่อนปิดโครงการ

(5.3) การจัดทำจดหมายข่าวราย 2 – 3 เดือน เพื่อเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร

(5.4) การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารทาง Website: <http://hahp.amnach.org>

5.3.1 ผลการเยี่ยมให้คำปรึกษาครั้งที่หนึ่ง

วัตถุประสงค์ของการเยี่ยมให้คำปรึกษาครั้งที่หนึ่ง เพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม กับทีมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล โดยนำบทเรียนที่ได้จากการวิจัยระยะที่สองมาใช้ ร่วมวิเคราะห์และประเมินตนเอง โดยใช้ Critical success factors เป็นหลัก โดยเน้นในเรื่อง

- แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งรวมทั้งนิยาม กลุ่มเป้าหมาย และรูปแบบของการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล รวมทั้งทบทวนแนวคิด HA เพื่อเชื่อมโยงกับ HP โดยเฉพาะอย่างยิ่ง PDCA เพื่อนำไปสู่การเรียนรู้

- การวิเคราะห์บริบทของโรงพยาบาลด้วย SWOT Analysis
- การจัดทำแผนงานการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลที่สอดคล้องกับแนวคิดและบริบทของโรงพยาบาล

สรุปผลการดำเนินการเยี่ยมให้คำปรึกษาครั้งที่หนึ่งได้ดังนี้

1. การเข้าร่วมกระบวนการเรียนรู้ แบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลที่เป็นสมาชิกจากการเยี่ยมให้คำปรึกษาพบว่า โรงพยาบาลที่เข้าร่วมนอกจากที่เป็นสมาชิกหลัก และสมาชิกร่วมที่กำหนดไว้แล้ว ยังมีสมาชิกสมทบขอเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้เพิ่มขึ้นมากกว่าที่ตกลงกันไว้เดิมด้วย โดยให้เหตุผลว่าสนใจอยากได้รับโอกาสในการเรียนรู้
2. แนวคิด / ความหมาย / เป้าหมาย / กลุ่มเป้าหมาย ของโรงพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพ พบประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

2.1 โรงพยาบาลส่วนใหญ่ให้ความหมายเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Health focus) และการดูแลตนเอง (Self care) มีส่วนน้อยที่มองไปถึงการสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) เพื่อให้เกิดการดูแลตนเอง ดังนั้นกิจกรรมต่างๆ ที่โรงพยาบาลดำเนินการจึงเป็นกิจกรรมที่ทำได้ส่งเสริมให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเรื่องสุขภาพ ซึ่งยังไม่ถึงการสร้างเสริมพลังอำนาจเพื่อให้ทำได้

2.2 ในด้านเป้าหมายการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ พบว่าโรงพยาบาลมีการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ตามนโยบาย และตามปัญหาที่พบในพื้นที่และในโรงพยาบาล โดยทำตามเป้าหมาย (KPI) ของกระทรวงฯ จังหวัด และโรงพยาบาล และยังไม่ได้วัดผลลัพธ์ระหว่างทาง (Intermediate outcome) และผลลัพธ์สุดท้าย กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลมักเริ่มที่การทำกิจกรรม (Do) การทบทวน / ตรวจสอบผลงาน (Check) และยังไม่ไปถึงการปรับปรุงแก้ไข / พัฒนา (Act) หรือวางแผน / วางระบบ (Plan) ทำให้การสร้างเสริมสุขภาพทำเป็นกระแสและค่อยๆ จางหายไป ส่งผลให้ทีมงานโรงพยาบาลรู้สึกหนักใจ และมองภาพของกระบวนการมีส่วนร่วมที่น้อยลงเรื่อย ๆ ของกลุ่มเป้าหมายต่างๆ เป็นอุปสรรคอย่างหนึ่งในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ

3. บริบทของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลที่เป็นสมาชิกส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลชุมชน มีโรงพยาบาลทั่วไปที่เป็นสมาชิกหลักเพียง 1 แห่ง ในประเด็นบริบทของโรงพยาบาล จากการวิเคราะห์ในมุมมองของทีมงานโรงพยาบาลพบว่าบริบทที่เป็นจุดแข็งและจุดอ่อนของโรงพยาบาลมีแตกต่างกันดังแสดงไว้ในตารางที่ 3 ดังนี้

ตารางที่ 3 บริบทที่เป็นจุดแข็งและจุดอ่อนของโรงพยาบาล

บริบทที่เป็นจุดแข็งของโรงพยาบาล	บริบทที่เป็นจุดอ่อนและเป็นอุปสรรคของโรงพยาบาล
1. ทีมงานมุ่งมั่น รู้สึกเป็นเจ้าของอย่างต่อเนื่อง(ยึดมั่นในองค์กร) 2. ผู้นำมี Leadership ดี 3. โครงสร้างทางกายภาพดี 4. ทีมงานมีความสามัคคี และมีความร่วมมือ)มีการทำงานเป็นทีม (5. มีการสื่อสารที่ทั่วถึงทุกระดับ 6. ผู้นำมุ่งมั่นและมีแนวคิดที่ชัดเจนในเรื่อง HA และ HPH 7. ชุมชนสนับสนุนและมีส่วนร่วม 8. การส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรสามารถพัฒนาและแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง (Empowerment)	1. บุคลากรขาดความเข้าใจแก่การพัฒนา 2. มีความรู้แต่ขาดเทคนิคการทำงาน 3. การสื่อสารไม่ครบถ้วนลงถึงผู้ปฏิบัติ 4. ขาดการกระตุ้นอย่างต่อเนื่องของทีม 5. ทีมขาดการกำหนดทิศทางการพัฒนาที่ชัดเจน 6. ขาดการวิเคราะห์และนำข้อมูลมาใช้ ทักษะของทีมในการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติ 7. บุคลากรขาดความเข้าใจแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ 8. บุคลากรย้ายบ่อย/เปลี่ยนบ่อย

จากตารางข้างต้น เมื่อศึกษาจะพบว่าบริบทที่เป็นจุดสำคัญที่ทำให้การพัฒนาคุณภาพ HA-HP และงานประจำเป็นไปด้วยดีหรือเอื้อต่อการพัฒนา โดยเป็น Critical success factors ที่สำคัญในบริบทของโรงพยาบาลในมุมมองของทีมงานโรงพยาบาลคือ

1. ผู้นำที่เป็น Change agent มีแนวคิดที่ชัดเจนในเรื่อง HA และ HPH (Leadership)
2. การทำงานเป็นทีม (ทีมดี ทำให้การประสานงานง่าย) (Team)
3. การสร้าง / ส่งเสริม การมีส่วนร่วมในทุกระดับ ทำให้เกิดความร่วมมือ (Participation)

4. การสื่อสารที่ทั่วถึงทุกระดับ (Communication)
5. การเรียนรู้จากการปฏิบัติ (Action learning) ของโรงพยาบาล
6. การสร้างเสริมพลังอำนาจในกลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่ม (Empowerment)

4. แผนการพัฒนาดตนเองของโรงพยาบาล

พบว่าประเด็นที่เป็นอุปสรรคในการพัฒนา HA และ HP กับงานประจำของโรงพยาบาลนั้นก็คือ บริบทของโรงพยาบาลซึ่งเป็น critical success factors และเป็นจุดอ่อนของโรงพยาบาลดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น หากโรงพยาบาลใดมีมาก/ น้อยหรือขาดปัจจัยนั้นๆ ก็มักเป็นอุปสรรคในการพัฒนา ดังนั้นแผนของโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะมุ่งที่

1. การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) แก่บุคลากร / ทีมงานเพื่อให้เกิด
 - ความเข้าใจ และตระหนักแนวคิด / เป้าหมาย ที่ชัดเจน ของการสร้างเสริมสุขภาพ
 - การมีส่วนร่วม และการทำงานเป็นทีมในทุกระดับ
2. การสื่อสาร (Communication) ในทุกระดับ
3. การประเมินผลเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติ (Action learning) ในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI)
4. การสร้างเครือข่ายและขยายเครือข่ายในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน (Net Work)

จากเรื่องแผนพัฒนาดตนเองของโรงพยาบาลต่างๆ ที่พบว่า ประเด็นสำคัญการขับเคลื่อนเพื่อการพัฒนาคุณภาพขององค์กรระดับโรงพยาบาลคือ เรื่อง การสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ดังนั้น ทีมวิจัยจึงได้กำหนดประเด็นในการจัดประชุมร่วมเครือข่ายที่กรุงเทพครั้งที่หนึ่ง เป็นเรื่อง Empowerment

5.3.2 การประชุมเครือข่ายที่กรุงเทพครั้งที่หนึ่ง

การประชุมจัดขึ้นเมื่อวันที่ 13 มกราคม 2548 ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ มีโรงพยาบาลสมาชิกเครือข่าย ส่งผู้เข้าร่วมประชุมรวม 37 แห่ง จำนวนรวม 121 คน และมีผู้สังเกตการณ์จากหน่วยงานอื่นรวมเป็นผู้เข้าร่วมประชุมทั้งสิ้น 160 คน มีรูปแบบการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน และแผนการเรียนรู้ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การประชุมเครือข่ายที่กรุงเทพฯครั้งที่หนึ่ง

รูปแบบ	ผลการประชุม	ผลการเรียนรู้
1. การนำเสนอผลงานการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลที่ใช้ Empowerment ในรูปแบบโปสเตอร์ 2. เลือกเรื่องที่น่าสนใจ สมควรใช้เป็นตัวอย่างจำนวน 8 เรื่อง นำมาอภิปรายบนเวที 3. การทบทวนแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพและ Critical Success Factor อื่นที่สำคัญ รวมทั้งแนวคิดการสร้างพลังอำนาจ 4. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลงานการสร้างเสริมสุขภาพ	1. โรงพยาบาลเข้าร่วมเสนอผลงานด้วยโปสเตอร์ 34 เรื่อง ในจำนวนนี้ 21 เรื่องมีลักษณะเข้าได้กับการใช้หลักการ Empowerment * 2. โรงพยาบาลที่เข้าร่วมประชุมได้เรียนรู้ จากการศึกษาผลงานจากโปสเตอร์ และร่วมการประชุมวิเคราะห์จุดเด่นของโครงการที่สนใจนั้นๆ 3. ผู้ร่วมประชุมได้ทบทวนคิด-วิเคราะห์ ถกเถียง เกี่ยวกับประเด็นการสร้างพลังอำนาจในกลุ่มญาติ, กลุ่ม บุคลากรและชุมชน * ได้คะแนนเฉลี่ยมากกว่า 2 จาก 5 ของแบบประเมินโปสเตอร์ในภาคผนวกที่ 9	1. ผู้เข้าร่วมประชุมได้เรียนรู้แนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจที่เป็นรูปธรรมจากการเรียนรู้ผ่าน Poster 2. การเรียนรู้เพิ่มเติมจากการอภิปราย 3. บทเรียนที่ได้จากการประชุมได้แก่ 3.1 แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพที่มีเรื่อง Empowerment เป็นตัวขับเคลื่อน 3.2 รูปธรรมการทำงานสร้างเสริมสุขภาพที่มีการเสริมสร้างพลังอำนาจ 3.3 ได้ทบทวนงานที่ทำอยู่ว่า Empowerment แล้วหรือยัง 3.4 เกิดแรงกระตุ้นให้กลับไปทำงานสร้างเสริมสุขภาพ 3.5 เห็นแบบอย่างของการทำงานด้านสร้างเสริมสุขภาพที่จะนำไปทำต่อ 4. ข้อเสนอแนะต่อเครือข่าย 4.1 “น่าจะให้สมาชิกโรงพยาบาลเข้าร่วมมากกว่า 2 คน” 4.2 “ควรจัดกิจกรรมเช่นนี้ในจังหวัดต่างๆ” “อยากให้เครือข่ายเรียนรู้แบบนี้ต่อไป”

5.3.3 ผลการเยี่ยมให้คำปรึกษาครั้งที่สอง

วัตถุประสงค์หลัก เพื่อติดตามการเรียนรู้จากการปฏิบัติในการบูรณาการ HA - HP และงานประจำของโรงพยาบาล และประเมินผลการเรียนรู้ผ่านเครือข่ายโดยให้โรงพยาบาลนำเสนอความก้าวหน้า และผลงานที่ภาคภูมิใจที่เป็น PDCA ของ HA และ HP ที่เชื่อมโยงกัน หรือนำเสนอผลงานที่คิดว่าเป็นปัญหา / อุปสรรค เพื่อนำมาสู่การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

ผลการดำเนินการเยี่ยมให้คำปรึกษา มีดังนี้

1. การเข้าร่วมกระบวนการเรียนรู้ของโรงพยาบาลที่เป็นสมาชิก พบว่าการเยี่ยมโรงพยาบาลทั้ง 11 แห่ง มีโรงพยาบาลอื่นมาร่วมด้วยทั้งหมด 42 แห่ง การมีสมาชิกที่เข้าร่วมเรียนรู้มีเพิ่มขึ้น เนื่องจากการสื่อสารจากโรงพยาบาลที่เป็นสมาชิกหลัก และภาพรวมของการพัฒนาโรงพยาบาลในแต่ละจังหวัด มีโรงพยาบาลที่รู้ข่าวและสนใจ เข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้เพิ่มขึ้น

2. ความก้าวหน้าในการพัฒนา HA -HP ร่วมกับงานประจำของโรงพยาบาลจากการนำเสนอของโรงพยาบาลและการแลกเปลี่ยนในเครือข่าย พบประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

2.1. โรงพยาบาลส่วนใหญ่ตื่นตัว และให้ความสนใจกับเรื่อง Empowerment และนำเรื่อง Empowerment ไปพัฒนางาน HA -HP ควบคู่กับงานประจำ แทบทุกโรงพยาบาลจึงนำเสนอกิจกรรมสำหรับกลุ่มเป้าหมายที่มีลักษณะ Empowerment มากขึ้น

2.2. โรงพยาบาลมีการประเมินบริบทของตนเอง เช่น มีการประเมินความเข้าใจ และมีส่วนร่วมในการพัฒนา HA - HP ร่วมกับงานประจำของโรงพยาบาล และนำผลการวิเคราะห์มาจัดกลุ่มตามงาน และวางระบบงานตลอดจนเปิดประเด็นในการพูดคุยแลกเปลี่ยนกันทุกสัปดาห์เพื่อให้เกิดการพัฒนา และเรียนรู้ร่วมกัน

2.3. โรงพยาบาลมีการพัฒนาศักยภาพตนเองในการผสมผสาน HA-HP กับงานประจำ โดยเริ่มทำแบบครบวงจรที่เป็น PDCA และเห็นภาพเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชนมากขึ้น แต่ประเด็นสำคัญคือ บางโรงพยาบาลทำ PDCA ครบวงจร โดยไม่รู้ว่าตนเองทำอยู่ ซึ่งจากการติดตามความก้าวหน้าในโครงการนี้ ทำให้ทีมวิจัยได้เรียนรู้และพบประเด็นที่น่าสนใจในการพัฒนา HA-HP กับงานประจำ โดยการเรียนรู้ผ่านเครือข่ายดังนี้

(1) ในการพัฒนา HA -HP แบบครบวงจร อาจเริ่มจากการเลือกงานประจำมาทำกิจกรรม HA-HP กับงานประจำ โดยอาจเริ่มจากปัญหาและโอกาสพัฒนา

(2) การแลกเปลี่ยนการเรียนรู้ในโรงพยาบาลและในเครือข่ายควรมุ่งเน้น

- การสรุปบทเรียน จากความสำเร็จ / ล้มเหลว และนำบทเรียนจากการทำงานมาพัฒนาต่อ

- ประเด็นแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่น่าจะเกิดผล ควรเป็นการเรียนรู้ วิธีการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ ว่าทำอย่างไรจะได้ผลจริง

(3) ในการพัฒนา HA-HP แบบครบวงจร ต้องไม่ลืมแนวคิด HA, HP เช่น

- การยืดอกกลุ่มเป้าหมาย (ผู้ป่วย,ญาติ,อื่นๆ) เป็นศูนย์กลาง
- การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง ตั้งแต่ร่วมคิดร่วมตัดสินใจ ร่วมวางแผน ร่วมทำ ร่วมติดตามประเมินผล ร่วมรับผิดชอบ ฯ ล ฯ

-การทำงานเป็นทีม

(4) ในการทำงานตามนโยบายซึ่งมีมากมายหลากหลาย โรงพยาบาลควรทำอย่างไรโดยเริ่มตั้งคำถามว่า นโยบายนี้ ทำไปเพื่ออะไร และทำแบบ PDCA ตามสภาพปัญหาและความต้องการจริงของพื้นที่

ข้อสรุปเกี่ยวกับกระบวนการเยี่ยมให้คำปรึกษาจากแบบสอบถาม

โรงพยาบาลที่เข้าร่วมในกระบวนการเยี่ยมให้คำปรึกษา ได้ร่วมสรุปสิ่งที่ได้จากโครงการไว้หลายด้าน ดังคำพูดของสมาชิกเครือข่ายซึ่งแยกเป็นประเด็นสิ่งที่ได้เรียนรู้จากโครงการดังนี้

(1) ได้เปิดมุมมอง ของการคิดและทำอย่างเป็นระบบ และเชื่อมต่อระหว่างหน่วยบริการซึ่งโยงไปถึงชุมชน

(2) การประสานงานและกระตุ้นผู้ปฏิบัติงานประจำ

" โครงการนี้ทำให้สามารถเชื่อมโยงทีม 2 ทีม เข้าด้วยกันมากขึ้น จากการแยกกันทำ HA, HP ปัจจุบันทำHA, HP ร่วมทำงานประจำอย่างเข้าใจ"

" ได้แนวคิดในการผสมผสาน HA - HPH ให้ชัดเจน แต่ก่อนคิดว่าเป็นภาระเพิ่มขึ้น"

(3) การเชื่อมโยงระหว่างทีมชุมชนกับทีมโรงพยาบาล

" แต่ก่อนทำงานกับชุมชนก็สงสัยว่า ทำไมเขาไม่เปลี่ยนพฤติกรรม ขาดความเชื่อมโยงกับรพ. แต่พอทราบเรื่อง Empowerment จากอาจารย์ ทำให้เรามองทำอย่างไรจึงจะทำให้เขาดูแลตัวเองได้.....คิดเป็นแบบวิชาการน้อยลง คิดแบบชาวบ้านมากขึ้น"

(4) การเสริมสร้างพลังอำนาจ

" ประเด็นที่ได้ชัดๆ คือเรื่อง Empowerment"

" ก่อนหน้านี้เจ้าหน้าที่คิดแทนคนไข้หมด ซึ่งพบว่าบางทีก็ไม่ได้อะไรเลย โครงการนี้ทำให้เราคิดถึงผู้ป่วยมากขึ้น "

(5) การมีส่วนร่วม

" แต่ก่อนเน้นแต่คนไข้ ตอนนี้ดึงครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมมากขึ้น"

(6) ได้เรียนรู้จากสิ่งที่ทำอย่างเป็นระบบ

" โครงการนี้ทำให้ จนท. จัดหมวดหมู่งานสร้างเสริมสุขภาพได้ชัดเจนขึ้น จริงๆทำอยู่แล้ว อาจารย์มาชี้แนวทางการจัดทำให้ง่ายขึ้นและเห็นผลในเวลาทีวัดและประเมินได้ "

สรุปภาพรวมที่ได้จากโครงการนี้จากการติดตามเยี่ยมพบว่า

1. โรงพยาบาลสามารถบูรณาการ HA -HP งานประจำได้มากขึ้น

2. โรงพยาบาลได้เรียนรู้ แนวคิดของสร้างเสริมสุขภาพ และสามารถนำไปประยุกต์ในการทำงานได้ และประเด็นที่พบที่น่าสนใจคือหากทำสร้างเสริมสุขภาพอย่างเข้าใจ จะสามารถเชื่อมโยงการทำงานเป็นทีมและมีการมีส่วนร่วมได้ดีขึ้น ตลอดจนแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5.3.4 การประชุมที่กรุงเทพครั้งที่สอง

การประชุมจัดขึ้นเมื่อวันที่ 9 มิถุนายน 2548 ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ มีโรงพยาบาลสมาชิกเครือข่าย ส่งผู้เข้าร่วมประชุมรวม 33 แห่ง จำนวนรวม 94 คน และมีผู้สังเกตการณ์จากหน่วยงานอื่นรวมเป็นผู้เข้าร่วมประชุมด้วย มีรูปแบบการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน และแผนการเรียนรู้ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การประชุมเครือข่ายที่กรุงเทพครั้งที่สอง

รูปแบบ	ผลการประชุม	ผลการเรียนรู้ของเครือข่าย
1. การนำเสนอผลงานสร้างเสริมสุขภาพในรูปแบบของโปสเตอร์ ที่มีลักษณะเพิ่มพลังอำนาจ * และผ่านกระบวนการ PDCA แล้วอย่างน้อยหนึ่งวงจร	1. มีโรงพยาบาลส่งผลเข้าร่วมนำเสนอด้วยโปสเตอร์ 20 เรื่อง มีลักษณะครบถ้วนตามที่กำหนดไว้ 16 เรื่อง	1. การเรียนรู้จากโปสเตอร์
2. การประกวดผลงานโดยให้ผู้เข้าร่วมประชุม Vote ให้คะแนนผลงานดีเด่น 3 ลำดับ เพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วม	2. การ Vote พร้อมด้วยให้เหตุผล ทำให้มีการศึกษาผลงานที่ถ่วงขึ้น และด้วยความสนุกสนาน	2. การ Vote และให้คะแนน ผลงานดีเด่นพร้อมเหตุผลเป็น การเสริมการเรียนรู้จากโปสเตอร์
3. การศึกษารวบรวมตัวชี้วัดการ สร้างเสริมสุขภาพที่โรงพยาบาลใช้ รวบรวมนำเสนอในที่ประชุม	3. มีการนำเสนอและจำแนกประเภทตัวชี้วัดต่างๆ ที่โรงพยาบาลใช้อยู่ให้เห็นถึงความหลากหลายปัญหา	3. เรียนรู้ / เห็นรูปธรรมตัวชี้วัดมากขึ้น อาจนำไปสู่การใช้กับ PDCA บ่อยขึ้น
4 .การสรุปบทวนแบบจำลองที่สองที่ได้ปรับปรุงใหม่จากบทเรียนที่ผ่านมา ซึ่งจะนำไปสู่แบบจำลองที่สาม เพื่อความสะดวกต่อการนำไปใช้ต่อไป	4. แบบจำลองคือเครื่องมือแห่งการเรียนรู้ต่อไป	4. อาจนำแบบจำลองที่ปรับปรุงใหม่ไปใช้ประโยชน์ได้

* ใช้แบบประเมินตามภาคผนวกที่ 9

5.3.5 สรุปผลของการเข้าร่วมเครือข่าย

(1) ด้านการเรียนรู้

- ได้แลกเปลี่ยนแนวคิดและกิจกรรมกับโรงพยาบาลอื่นๆ และระหว่างเครือข่าย
- เกิดกระบวนการเรียนรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและเข้าใจเรื่องการเพิ่มพลังอำนาจมากขึ้น
- ได้เข้าใจแนวคิด/ความเชื่อมโยงของ HA-HP
- “เข้าใจเทคนิคการพัฒนา HA-HP กับงานประจำ และเรียนรู้ว่าจะดึงประเด็นใดมานำเสนอในการรับการประเมิน”

(2) ด้านการพัฒนา HA-HP-งานประจำ

- ได้นำแนวคิดการพัฒนา HA-HP และการ Empowerment มาปรับใช้กับงานประจำ
- มีกิจกรรมทบทวนที่เชื่อมโยงกับกิจกรรม PDCA
- ได้พัฒนา HA-HP โดยเริ่มจากปัญหาในการดำเนินงานและพัฒนาให้เกิดผลลัพธ์ที่เน้น

ตอบสนองปัญหาและยั่งยืน

- มีกิจกรรมการพัฒนาโดยเริ่มจากHA และผสมผสานเรื่อง HP เข้าไปอย่างเข้าใจแนวคิด และไม่เพิ่มภาระงาน
- มีการนำ HA เข้าไปเชื่อมโยงกับ HP และงานประจำโดยทำให้เป็นงานเดียวกันไม่แยกส่วน
- มีการปรับทีมจากทีม HA และทีม HPH รวมเป็นทีมเดียวกันปรับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และปรับบทบาทงานสุขศึกษาจากการสอนโดยเจ้าหน้าที่ พัฒนาสู่การให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วม
- ปรับปรุง/พัฒนางานกิจกรรมด้านบุคลากรให้เข้ากับงานประจำในหน่วยงานมากขึ้นเช่น ออกกำลังกายให้สอดคล้องกับลักษณะงาน
- ได้ทำงานร่วมกันเป็นทีมมากขึ้นในการดูแลสุขภาพ

(3) ด้านอื่นๆ

- การเข้าร่วมเครือข่ายทำให้โรงพยาบาลได้มีโอกาสสร้างและพัฒนาทีมงาน/ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม และเกิดการเรียนรู้ระหว่างเครือข่าย
- มีการปรับโครงสร้างสิ่งแวดล้อมให้เกิดความปลอดภัยและเอื้อต่อการสร้างสุขภาพ
- (4) การเข้าร่วมเครือข่ายทำให้โรงพยาบาลเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านการบริหารจัดการ ด้านบุคลากร ด้านระบบงาน และด้านอื่นๆ ดังนี้

(4.1) ด้านการบริหารจัดการ

- “มีการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ HA, HPH เป็นชุดเดียวกันมีแผนพัฒนาชุดเดียวกันและบูรณาการงานHA, HP งานประจำเข้าด้วยกันเพื่อการบริหาร ทรัพยากร คน เงิน วัสดุ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ”

-“ผู้บริหารเห็นความสำคัญในการทำกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตลอดจนการอำนวยความสะดวกให้กิจกรรมดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง โดยการส่งเสริมสนับสนุนช่วยเหลือหลายๆ ด้าน”

-“เกิดความชัดเจนในเรื่องนโยบายและการปฏิบัติงาน ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานเห็นความสำคัญของ HPH และ HA เท่าๆ กัน”

-“มีความเข้าใจและมั่นใจในการรับการประเมินและรับรองในการพัฒนาคุณภาพ HA, HP”

(4.2) ด้านบุคลากร

-“มีการเรียนรู้การทำงานเป็นทีมและบทบาทของงานส่งเสริมสุขภาพอย่างมีคุณภาพมากขึ้น”

-“ทีมงานมีการประสานงานกันมากขึ้น เกิดการเรียนรู้ในการทำงานร่วมกันและเชื่อมโยงกัน”

-“เกิดการวางแผนและการทำงานร่วมกันโดยมีทีมวิชาชีพในการจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยและชุมชน”

-“ทีมงานทำงานมีความสุขมากขึ้น ไม่ต้องทำงานเพิ่มแต่ยาเสนอตัวชีวิตด้านสร้างสุขภาพจากกิจกรรมเดิมที่เคยทำ”

-“เกิดการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย

(4.3) ด้านระบบงาน

-“มีการจัดระบบและปรับปรุงทีมงานให้เกิดความเหมาะสม โดยเริ่มจาก PCT ทีมที่เป็นจุดเริ่มต้นของการทำงานให้เกิดความเชื่อมโยงทั้งภายในและภายนอกหน่วยบริการ”

-“มีการพัฒนานวัตกรรมใหม่ๆ ในการดูแลผู้ป่วย

-“เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มรูปแบบทั้งเมื่ออยู่โรงพยาบาลจนถึงบ้านและชุมชน โดยการวางแผนร่วมมือกันของทุกฝ่าย”

-“การทำงานโดยมีส่วนร่วมให้ประชาชนหรือผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพมากขึ้น”

-“การปรับแนวคิดโดยการนำงานประจำมาประสาน HA-HPH แทนการคิดกิจกรรมใหม่ๆ (ซึ่งทำให้ทำงานมากขึ้น)”

(5) การพัฒนาเครือข่ายให้เกิดประสิทธิภาพและยั่งยืน

จากการสรุปบทเรียนหลังการดำเนินการ (After Action Review) สมาชิกส่วนใหญ่ให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับเครือข่ายว่า การที่จะทำงานให้เครือข่ายคงอยู่ได้นั้นสิ่งสำคัญคือ ต้องมีเจ้าภาพและมีเวทีในการเรียนรู้ มีประเด็นในการเรียนรู้ และแลกเปลี่ยนที่ชัดเจนและสิ่งสำคัญคือ ควรมีวิทยากร/อาจารย์หรือที่ปรึกษาที่รู้เรื่องนั้นดี มาร่วมกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และจำเป็นต้องมีการจัดกิจกรรมที่เป็นแบบ PL (Participatory Learning) การประชุมเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นต้น

5.3.6 สรุปบทเรียนจากการเรียนรู้จากแบบจำลองที่สอง

มีการนำเสนอแบบจำลองที่สองอย่างเป็นทางการต่อสมาชิกเครือข่ายในการเยี่ยมให้คำปรึกษาครั้งที่หนึ่ง และในการประชุมเครือข่ายครั้งที่หนึ่งก็มีการนำเสนอแนวคิดโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตามแบบจำลองที่สองอีกครั้งหนึ่ง คาดหวังว่าโรงพยาบาลที่เป็นสมาชิกเครือข่ายจะนำไปศึกษาเปรียบเทียบกับสถานการณ์จริงในแต่ละโรงพยาบาล (ตามบริบทของโรงพยาบาล) หลังจากนั้นจึงพยายามสรุปการเรียนรู้จากแบบจำลองที่สอง ในสามรูปแบบ กล่าวคือ รูปแบบที่หนึ่งจากข้อมูลการเยี่ยมให้คำปรึกษาครั้งที่สองที่รวบรวมไว้ รูปแบบที่สองจากการอภิปรายกลุ่มในการประชุมเครือข่ายครั้งที่สอง และรูปแบบที่สามจากการประเมินด้วยแบบสอบถามที่ส่งไปยังโรงพยาบาลที่เป็นเป้าหมายหลักของโครงการหลังภายหลังการประชุมเครือข่ายครั้งที่สอง ทั้งนี้เพื่อตรวจสอบความตรงกัน (Triangulation) และเติมส่วนที่ขาดหายไปจากความบกพร่องของระบบใดระบบหนึ่ง โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การเรียนรู้จากข้อมูลการเยี่ยมให้คำปรึกษาครั้งที่สอง

ได้นำข้อมูลที่รวบรวมจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้ง 11 ครั้ง เฉพาะที่กล่าวถึงเรื่องที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อต่างๆในแบบจำลองที่สอง มาแสดงไว้ในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับแบบจำลองที่สองสรุปจากการเยี่ยมให้คำปรึกษาครั้งที่สอง

เนื้อหาของแบบจำลองที่สอง

สรุปข้อมูลจากการเยี่ยมให้คำปรึกษาครั้งที่สอง ณ โรงพยาบาลกลุ่ม C รวม 11 ครั้ง

หัวข้อตามเนื้อหา	ข้อมูล
1 การสร้างเสริมสุขภาพบุคลากร	“เดิมเราตรวจสอบสุขภาพไปนั้นๆ ไม่ได้ดำเนินการต่อ โครงการทำให้เราได้โอกาสพัฒนา” (C11)
1.1 การตรวจร่างกาย	ระบุปัญหาด้านต่างๆ แก่รายบุคคล (C9)
1.2 การดำเนินงานด้านอาชีวอนามัย	
1.3 การเก็บรวบรวมข้อมูลสุขภาพ และข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ	
1.4 กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ตอบสนองต่อข้อมูลสุขภาพและข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ	ใส่หมวกกันน็อคขาออก (C8) คนอ้วนต้องลดน้ำหนักไม่ต่ำกว่าครึ่งกก. คนผอมต้องเพิ่มน้ำหนัก (C11) จัดออกกำลังกาย คนไม่มา ให้ประเมินตนเอง ยังไม่ได้ผล (C5)
1.5 กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเชิงบวก (เรื่องที่ไม่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย)	แข่งกีฬาภายในทุกวันศุกร์ (C1) ชมรมลูกจ้าง สุขภาพของคนทำงาน (C8) ครอบครัวแข็งแรง (C4)
1.6 การเน้น การดูแลตนเอง และบุคลากรมีส่วนร่วมสูง	สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวเกี่ยวกับการออกกำลังกาย (C8) มี 9 ชมรมแต่มีปัญหา (C1) จัดออกกำลังกายแต่คนไม่มา ยังไม่ร่วมมือ (C9) ตั้งชมรมโดย ผ.อ.ไม่สั่ง (C13) ปีนี้จะให้กลุ่มคิดกิจกรรมเอง (C6) 50% ไม่ออกกำลังกาย ให้ทางเลือกไม่ต้องทำพร้อมกัน (C8) ตั้งชมรมไม่ได้สั่ง มีสมุดบันทึก สมุดใจมากขึ้น (C13) เริ่มถามความต้องการ แต่ก่อนไม่เคยถาม (C6) คุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน (C11) บุคลากรมีส่วนร่วมเลือกเอง ทำเอง ตัดสินใจเอง เลิกก็ได้ (C4)
1.7 การพัฒนาต่อเนื่อง (ใช้PDCA)	
2. การสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยใน	เคยมีแต่ health ed ตอนนี้มี HP ใช้ Empowerment เช่น ให้แม่มีส่วนร่วม เช่น ให้แม่ช่วยฟังเสียงสัญญาณเครื่องมือ (C4)
2.1 กระบวนการดูแลผู้ป่วยใน เน้นเรื่อง การดูแลตนเอง การมีส่วนร่วม สิ่งแวดล้อม พฤติกรรมสุขภาพ และการเชื่อมโยงกับชุมชน	เจ้าหน้าที่คิดเรื่อง self care มากขึ้น สนใจพฤติกรรมสุขภาพ เช่น อ้วน สูบบุหรี่ (C13) ดึงครอบครัวให้มีส่วนร่วมมากขึ้น (C6)

2.2 การขยาย CPG โรคเรื้อรังและโรคอื่นที่พบบ่อย ให้เน้นการดูแลตนเอง การมีส่วนร่วม การเชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมสุขภาพ และชุมชน	CPG – CVA เชื่อมโยงกับ PCU (C5) CPG – COPD เชื่อมโยงกับ OPD เรื่องเลิกบุหรี่จนรับงานไม่ไหว แต่ภายหลังก็ปรับได้ (C13) CPG โรค Diarrhea ซึ่งพบบ่อย ทำให้เชื่อมโยงถึงการป้องกันในชุมชน (C13)
2.3 จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ที่มีลักษณะ (1) เชื่อมโยงกับข้อมูล (2) เน้นการดูแลตนเอง การมีส่วนร่วม การเชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมสุขภาพ และชุมชน (3) มีการติดตามประเมินผล (PDCA)	
2.4 การสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยนอก (1) เน้นบริการ ด้านคลินิกโรคเรื้อรัง พฤติกรรมสุขภาพ และคลินิกที่ไม่เกี่ยวกับการเป็นโรค เช่น ANC, well-baby, screening (2) เน้นการดูแลตนเอง และการมีส่วนร่วม (3) มีการติดตามประเมินผล (PDCA)	พยายามทำกลุ่ม DM ผู้ป่วยอยากตรวจเร็วกลับเร็ว (C5) โครงการรณรงค์เบาหวาน สอนสุขศึกษาตนเอง ชีวิตน่าจะมีสุขมากกว่าคุมน้ำตาล (C10) กลุ่มเบาหวานจับกลุ่มคุยกันเองมากขึ้น (C13) กินข้าวเหนียวอย่างฉลาด (C1) ลดการใช้ยาพ่นใน COPD ได้ผล (C5)
2.5 กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยนอกและญาติ ที่มีลักษณะ (1) เชื่อมโยงกับข้อมูล (2) เน้นการดูแลตนเอง การมีส่วนร่วม การเชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมสุขภาพ และชุมชน (3) มีการติดตามประเมินผล (PDCA)	นำกิจกรรมดอกไม้บานมาใช้แต่ไม่ได้ผล (C5) อบรมสายสัมพันธ์ครอบครัว พ่อแม่ลูก (C8) หนังสือเล่มแรกของหนู (C10) เดิมให้ HE ตามแผน ตอนนี้เก็บข้อมูลว่าต้องการอะไร (C4)
3.1 การสร้างเสริมสุขภาพชุมชนที่จัดในโรงพยาบาล มีลักษณะดังนี้ (1) เชื่อมโยงกับข้อมูล (2) เน้นการดูแลตนเอง การมีส่วนร่วม การเชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมสุขภาพ และชุมชน (3) มีการติดตามประเมินผล (PDCA)	

3.2 การสร้างเสริมสุขภาพชุมชนที่โรงพยาบาลเป็นผู้จัดในชุมชน มีลักษณะดังนี้ (1) เชื่อมโยงกับข้อมูล (2) เน้นการดูแลตนเอง การมีส่วนร่วม การเชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อม พฤติกรรม สุขภาพ และชุมชน (3) มีการติดตามประเมินผล (PDCA)	ป้องกันไข้เลือดออกในนักเรียนที่โรงเรียน (C5) ตรวจสอบเคมีกลุ่มเกษตรกร สุขาภิบาลอาหาร กิจกรรมดูแลผู้สูงอายุ ลดยาเสพติด อบรบอาสาสมัคร จัดกิจกรรม ประเมิน (C9) ลงชุมชน จำแนกผู้ป่วย ให้เจ้าหน้าที่เป็นตัวอย่าง (C10) รณรงค์ food-safety เอดส์ ครอบครัวสุขสรรค์ ผัวเดียวเมีย ทำประสังคม ฝึกเขียนโครงการ (C11) ดูแลชมรมสูงอายุ แก่ถึงตั้งเจ้าหน้าที่กลับเพื่อให้ทำเองได้ (C4)
3.3 การสร้างเสริมสุขภาพชุมชนที่ชุมชนเป็นผู้จัดโรงพยาบาลเป็นผู้สนับสนุน มีลักษณะดังนี้ (1) เชื่อมโยงกับข้อมูล (2) เน้นการดูแลตนเอง การมีส่วนร่วม การเชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อม พฤติกรรม สุขภาพ และชุมชน (3) มีการติดตามประเมินผล (PDCA)	ตลาดนัดสุขภาพ งานประเพณี (C5) ใจร้อยใจโรคเอดส์ ช่วยดูแลติดตามกันเอง (C5) กลุ่มแม่บ้านรวมตัวเป็นชมรมสร้างสุขภาพ ชมรมผู้สูงอายุ (C8) เปลี่ยนกลยุทธ์เพื่อให้ชุมชนจัดทำโครงการเอง (C11) เชิญเทศบาลมาดู เทศบาลอนุมัติโครงการ (C11) เราช่วยกันปัญหา แล้วให้ชุมชนคิดเองว่าจะทำอย่างไรกันดี (C4) ไข้เลือดออกมีเยอะ ผู้นำชุมชน อบต หอกระจายข่าว PCU ช่วยกัน ชมรม 23 แห่งรวม 384 คน ใช้พื้นที่รพ เพื่อพบปะกัน (C6)
3.4 การสร้างเสริมสุขภาพชุมชนที่หน่วยงานอื่นเป็นผู้จัดโรงพยาบาลเป็นผู้สนับสนุน มีลักษณะดังนี้ (1) เชื่อมโยงกับข้อมูล (2) เน้นการดูแลตนเอง การมีส่วนร่วม การเชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อม พฤติกรรม สุขภาพ และชุมชน (3) มีการติดตามประเมินผล (PDCA)	ร่วมกับเทศบาลจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ (C8) ร่วมมือ อบต เทศบาล โรงงาน เรืองน้ำดื่ม ขยะ ป้องกันอัคคีภัย ตลาดน้ำ (C5) เครือข่ายผู้สูงอายุของ อบต (C9) โอนงานเครือข่ายให้หมู่บ้าน อบต เทศบาล (C8)
4.1 การสร้างเสริมสุขภาพด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อสุขภาพ - ที่เชื่อมโยงกับบุคลากร - ที่เชื่อมโยงกับผู้ป่วยและญาติ - ที่เชื่อมโยงกับชุมชน	อนุมัติให้สร้าง Sport complex (C11) สร้างห้องน้ำให้ใกล้สนามกีฬา (C13)
4.2 การสร้างเสริมสุขภาพด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อการเรียนรู้ - ที่เชื่อมโยงกับบุคลากร - ที่เชื่อมโยงกับผู้ป่วยและญาติ - ที่เชื่อมโยงกับชุมชน	ปลูกผักปลอดสารพิษใน รพ (C9)

4.3 การสร้างเสริมสุขภาพด้าน สิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อสุขภาพ - ที่เชื่อมโยงกับบุคลากร - ที่เชื่อมโยงกับผู้ป่วยและญาติ - ที่เชื่อมโยงกับชุมชน	เล่นกีฬาในรพ ให้ชาวบ้านมาเล่นด้วย (C13)
4.4 การสร้างเสริมสุขภาพด้าน สิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการ เรียนรู้ - ที่เชื่อมโยงกับบุคลากร - ที่เชื่อมโยงกับผู้ป่วยและญาติ - ที่เชื่อมโยงกับชุมชน	

หมายเหตุ – หมายเลขในวงเล็บหลังข้อความในช่องข้อมูล เป็นสัญลักษณ์แทนโรงพยาบาลซึ่งเป็นสถานที่ประชุมในการเยี่ยมให้การปรึกษาแต่ละครั้ง

2. การเรียนรู้จากการอภิปรายในการประชุมเครือข่ายครั้งที่สอง

ในการประชุมเครือข่ายครั้งที่สอง เมื่อวันที่ 8 มิถุนายน 2548 ได้มีการอภิปรายปัญหาที่พบจากการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล โดยใช้หัวข้อของเนื้อหาในแบบจำลองที่สองเป็นแนวทางการอภิปราย เริ่มด้วยการอภิปรายในกลุ่มย่อยรวม 8 กลุ่ม แล้วรวบรวมปัญหา ส่งตัวแทนมาร่วมอภิปรายบนเวทีในที่ประชุมใหญ่ ผลการอภิปรายแสดงไว้ในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงผลการอภิปราย แบ่งตัวหัวข้อเนื้อหาในแบบจำลองที่สอง

การรวบรวมข้อมูลจากการอภิปราย

ข้อมูลจากการอภิปรายในวันที่ 8 มิถุนายน แยกกันรวบรวมโดยคณะวิจัยสามคน แล้วนำมาสรุปในการประชุมร่วมกันเมื่อวันที่ 21 มิถุนายน 2548

หมายเหตุ – ในช่องข้อมูล ตัวอักษรที่ใช้มีสามขนาดเพื่อแสดงถึงที่มาของข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลต่างคนกัน ตัวเลขในวงเล็บเป็นความเห็นในข้อนั้นๆ

หัวข้อตามเนื้อหา	วงรอบ 1 ส่วนมากเห็นด้วยและนำไปปฏิบัติได้แล้ว โปรดอธิบาย วงรอบ 2 ส่วนมากเห็นด้วย แต่ยังนำไปปฏิบัติไม่ได้ โปรดอธิบาย วงรอบ 3 ส่วนมากไม่เห็นด้วย โปรดอธิบาย
1 การสร้างเสริมสุขภาพบุคลากร	
1.1 การตรวจร่างกาย	1 ไม่ได้มีการอภิปรายถึง เพราะกำหนดให้เลือกแต่หัวข้อที่มีปัญหา (1) 2 (1) 3 (2)
1.2 การดำเนินงานด้านอาชีวอนามัย	1 ไม่ได้มีการอภิปรายถึง เพราะกำหนดให้เลือกแต่หัวข้อที่มีปัญหา (1) 2 (1) 3 (1)
1.3 การเก็บรวบรวมข้อมูลสุขภาพ และข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ	1 มีปัญหาว่าพฤติกรรมสุขภาพได้แก่อะไรบ้างครอบคลุมถึงอะไรบ้าง (1) 2 ปฏิบัติได้แต่อาจไม่ครอบคลุม เพราะเจ้าหน้าที่เข้าใจความหมายของข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพต่างกัน ทำให้ไม่รู้จะเก็บข้อมูลอะไรขอบเขตแค่ไหน (1) 3 มีการเก็บข้อมูลแต่ไม่แน่ชัดว่าเอาไปทำอะไร (2)
1.4 กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ตอบสนองต่อข้อมูลสุขภาพและข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ	1 ทำตามนโยบาย (1) 2 ขาดองค์ความรู้ด้าน HP และพฤติกรรมสุขภาพ มีกิจกรรมโดยไม่ตอบสนองข้อมูล (มีตามนโยบาย) (2) 3
1.5 กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเชิงบวก (เรื่องที่ไม่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย)	1 ทำตามนโยบาย (1) 2 องค์ความรู้ Lifestyle การพัฒนาให้เกิด Self care (2) 3
1.6 การเน้น การดูแลตนเอง และบุคลากรมีส่วนร่วมสูง	1 บุคลากรไม่ให้ความร่วมมือถ้าไม่มีคำสั่ง (2) 2 ยังปฏิบัติไม่ได้ ปัญหาการสร้าง Empowerment บุคลากรทำได้ยาก ขึ้นกับผู้นำ ระบบฯ ลักษณะส่วนบุคคล ขาดทักษะ องค์ความรู้ วิธีสร้างการมีส่วนร่วม/การวัด/การประเมิน (2) 3 บุคลากรขาดการมีส่วนร่วม เนื่องจากภาระงาน ซึ่งมักจะถูกนำมาเป็นข้ออ้าง รพบางแห่ง มีความพยายามที่จะปรับเทคนิค เพื่อให้มีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น (2)

1.7 การพัฒนาต่อเนื่อง (ใช้ PDCA)	1 2 3	
2. การสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยใน 2.1 กระบวนการดูแลผู้ป่วยใน เน้นเรื่อง การดูแลตนเอง การมีส่วนร่วม สิ่งแวดล้อม พฤติกรรมสุขภาพ และการ เชื่อมโยงกับชุมชน	1 2 3	
2.2 การขยาย CPG โรคเรื้อรังและโรค อื่นที่พบบ่อย ให้เน้นการดูแลตนเอง การ มีส่วนร่วม การเชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมสุขภาพ และชุมชน	1 2 3	DM เชื่อมถึงชุมชนได้ (2) ปัญหาที่มำทางคลินิก มักมองเฉพาะทางคลินิก ที่มำทาง ชุมชน มักมองเฉพาะทางชุมชน ขาดการนำสองจุดLink กัน มี CPG แต่ไม่เชื่อมโยง บางรพ เชื่อมไม่ได้ (2) (1)
2.3 จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ที่มี ลักษณะ (1) เชื่อมโยงกับข้อมูล (2) เน้นการดูแลตนเอง การมีส่วนร่วม การเชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อม พฤติกรรม สุขภาพ และชุมชน (3) มีการติดตามประเมินผล (PDCA)	1 2 3	
2.4 การสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยนอก (1) เน้นบริการ ด้านคลินิกโรคเรื้อรัง พฤติกรรมสุขภาพ และคลินิกที่ไม่ เกี่ยวกับการเป็นโรค เช่น ANC, well- baby, screening (2) เน้นการดูแลตนเอง และการมีส่วน ร่วม (3) มีการติดตามประเมินผล (PDCA)	1 2 3	มีปัญหาเรื่องการจัดกลุ่มที่ OPD ผู้ป่วยเป็นห่วงเรื่องตรวจกับแพทย์ ต้องคอยนาน จะแยกเวลาทำกลุ่มกำลังคนก็ไม่พอ (2) ทำได้ แต่ปัญหาคือ เวลาทำมักขาดการกำหนดเป้าหมายการ ทำงาน และไม่เห็นจุดเชื่อม HA-HP ที่ชัดเจน บางโรงพยาบาลมี การเชื่อมข้อมูลคลินิกและชุมชน และพัฒนางานคลินิกเข้าสู่ ชุมชนได้ เช่น DM (จัดกิจกรรมที่อาจไม่เกิดประโยชน์ชัดเจน Obj รพ ไม่ตรงกับ Obj ผู้ป่วย) (1) ยังไม่สามารถเชื่อมโยงได้ มีการจัดกิจกรรมที่ไม่เกิดประโยชน์ และค้ำ กับการทำงาน (1)
2.5 กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับ ผู้ป่วยนอกและญาติ ที่มีลักษณะ (1) เชื่อมโยงกับข้อมูล (2) เน้นการดูแลตนเอง การมีส่วนร่วม การเชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อม พฤติกรรม สุขภาพ และชุมชน (3) มีการติดตามประเมินผล (PDCA)	1 2 3	

3.1 การสร้างเสริมสุขภาพชุมชน ที่จัดในโรงพยาบาล มีลักษณะดังนี้ (1) เชื่อมโยงกับข้อมูล (2) เน้นการดูแลตนเอง การมีส่วนร่วม การเชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อม พฤติกรรม สุขภาพ และชุมชน (3) มีการติดตามประเมินผล (PDCA)	1 2 3	
3.2 การสร้างเสริมสุขภาพชุมชน ที่โรงพยาบาลเป็นผู้จัดในชุมชน มีลักษณะดังนี้ (1) เชื่อมโยงกับข้อมูล (2) เน้นการดูแลตนเอง การมีส่วนร่วม การเชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อม พฤติกรรม สุขภาพ และชุมชน (3) มีการติดตามประเมินผล (PDCA)	1 2 3	บางแห่งมีปัญหาบุคลากร บางแห่งแก้ได้ด้วยการระดมบุคลากรจาก ฝ่ายอื่นมาช่วยกัน (2) ปัญหาอัตรากำลังน้อย รับผิดชอบพื้นที่มาก แก้โดย Empower บุคลากร และชุมชนให้ร่วมทุกระดับ ปัญหาข้อสอง ไม่รู้ว่าจะเริ่มจากอะไรดี (หา need) รพบางแห่งไม่เข้าใจว่า จะเข้าไปจัดการสร้างสุขภาพในชุมชนได้ อย่างไรบ้าง บางแห่งประสบความสำเร็จ ทำให้เกิดปัญหาการ empower ชุมชน เพราะฟังฟัง รพ
3.3 การสร้างเสริมสุขภาพชุมชน ที่ชุมชนเป็นผู้จัดโรงพยาบาลเป็นผู้สนับสนุน มีลักษณะดังนี้ (1) เชื่อมโยงกับข้อมูล (2) เน้นการดูแลตนเอง การมีส่วนร่วม การเชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อม พฤติกรรม สุขภาพ และชุมชน (3) มีการติดตามประเมินผล (PDCA)	1 2 3	รพส่วนหนึ่ง ยังไม่แน่ใจในบทบาทของตนเอง ในการประสาน สนับสนุนกับชุมชน
3.4 การสร้างเสริมสุขภาพชุมชน ที่หน่วยงานอื่นเป็นผู้จัดโรงพยาบาลเป็นผู้สนับสนุน มีลักษณะดังนี้ (1) เชื่อมโยงกับข้อมูล (2) เน้นการดูแลตนเอง การมีส่วนร่วม การเชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อม พฤติกรรม สุขภาพ และชุมชน (3) มีการติดตามประเมินผล (PDCA)	1 2 3	บางแห่งสามารถใช้การติดต่อส่วนตัวให้องค์กรท้องถิ่นช่วยดำเนินการ ให้ (2) ตัวอย่าง เราช่วยแนะนำว่า มีเงินแล้วจะทำอะไรดี เวลา อปท ออกพื้นที่ เราขอออกด้วย หน่วยงานในวงการสาธารณสุข เช่น เมื่อ นศ ออกฝึกงานชุมชน สรุปปัญหาทางแก้แล้ว หน่วยงานรพไม่ดำเนินการต่อ ปัญหา การ Empower ให้หน่วยงานอื่นเข้าใจ มิได้ทำเพื่อผลงาน เท่านั้น (1) รพ บางแห่งอาศัยความสัมพันธ์ส่วนตัวในการประสานงานกับ หน่วยงานอื่น บางแห่งใช้เทคนิคคุยให้ รู้ว่ามีงบอยู่ที่ใด

4.1 การสร้างเสริมสุขภาพด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อสุขภาพ - ที่เชื่อมโยงกับบุคลากร - ที่เชื่อมโยงกับผู้ป่วยและญาติ - ที่เชื่อมโยงกับชุมชน	1 2 3	เห็นด้วย แต่ยังมีกิจกรรม/ มองไม่เห็นตัวอย่างชัดเจน แต่มีตัวอย่างบ้าง เช่น การจัด ENV สวยงาม วัตถุประสงค์ความเสี่ยง การล้างแอร์ ห้องน้ำคนพิการ แนะนำชุมชนแยกขยะ (1)
4.2 การสร้างเสริมสุขภาพด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อการเรียนรู้ - ที่เชื่อมโยงกับบุคลากร - ที่เชื่อมโยงกับผู้ป่วยและญาติ - ที่เชื่อมโยงกับชุมชน	1 2 3	ปัญหา ไม้รู้จะทำอะไรมากกว่าการจัดบอร์ด ติดป้าย สวมหมวก น้ำดื่ม ล้างมือ ร้านค้า (1)
4.3 การสร้างเสริมสุขภาพด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อสุขภาพ - ที่เชื่อมโยงกับบุคลากร - ที่เชื่อมโยงกับผู้ป่วยและญาติ - ที่เชื่อมโยงกับชุมชน	1 2 3	ไม้รู้จะทำอะไร นอกจากจัดบอร์ด (2) จากงานประจำ จัดสวน จัดสนาม ล้างแอร์ โบกพัด เห็นด้วย แต่ตัวอย่าง เช่นเรื่องส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมเชิงบวก ใน รพ เช่น ออกกำลังกาย พฤติกรรมการกิน การดื่ม (1) ยังไม่เข้าใจว่า การจัดสิ่งแวดล้อมทางสังคม กายภาพ มีอะไรบ้าง
4.4 การสร้างเสริมสุขภาพด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ - ที่เชื่อมโยงกับบุคลากร - ที่เชื่อมโยงกับผู้ป่วยและญาติ - ที่เชื่อมโยงกับชุมชน	1 2 3	ยังไม่มีตัวอย่างชัดเจน (2)

3. การเรียนรู้จากการประเมินด้วยแบบสอบถาม

เนื่องจากในการนำเสนอแบบจำลองมาตั้งแต่ต้น ยังไม่ปรากฏว่ามีผู้แสดงความไม่เห็นด้วยหรือคัดค้านแต่ประการใด ซึ่งคงมิได้หมายความว่าไม่มีผู้ไม่เห็นด้วย ดังนั้นในการประเมินด้วยแบบสอบถามนี้จึงรวมประเด็นความคิดเห็นไว้ควบคู่ไปกับการนำไปปฏิบัติ โดยมุ่งเป้าหมายไปที่สมาชิกกลุ่มโรงพยาบาล C ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายหลัก แต่ก็ได้ส่งแบบสอบถามไปยังกลุ่มโรงพยาบาล B ด้วย เนื่องจากมีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้นโครงการกัน และในการประชุมเครือข่ายครั้งที่สอง ก็มีบุคลากรจากโรงพยาบาลกลุ่มนี้มาร่วมด้วยครบทั้ง 8 แห่ง อย่างไรก็ตาม ได้รับแบบสอบถามตอบกลับมาจากโรงพยาบาลกลุ่ม C ครบทั้ง 11 แห่ง และจากกลุ่ม B 4 แห่ง ข้อมูลทั้งหมดซึ่งรวมทั้งคำถามเกี่ยวกับการนำไปปฏิบัติด้วย ได้นำมารวมแสดงไว้ในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 การประเมินแบบจำลองที่สองจากแบบสอบถาม

การประเมินแบบจำลองที่สอง

(คำแนะนำสำหรับผู้ตอบแบบสอบถาม - โปรดเปรียบเทียบ การสร้างเสริมสุขภาพของ
โรงพยาบาลของท่าน ตามที่เป็นอยู่ขณะนี้ กับหัวข้อต่างๆในแบบจำลองที่สอง ทั้งด้านความคิดเห็น
และด้านการปฏิบัติ โดยทำเครื่องหมาย X ในแต่ละช่อง)

หัวข้อ	ความคิดเห็น		การปฏิบัติ					
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่ได้ทำ	ทำอย่างเข้าใจ	ทำเข้ากับบริบท	ทำตามเป้าหมาย	ทำอย่างต่อเนื่อง	ทำเป็นระบบแล้ว
1 การสร้างเสริมสุขภาพบุคลากร					12	5	3 9 10 15	1 2 4 6 7 8 11
1.1 การตรวจร่างกาย								13 14
1.2 การดำเนินงานด้านอาชีวอนามัย					5 9 10	3 6	13 14 15	2 4 7 8 11 12
1.3 การเก็บรวบรวมข้อมูลสุขภาพ และข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ					5 8 12	4 9 14 15	1 2 3 10 11 13	6
1.4 การจัดให้มี กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ตอบสนองต่อข้อมูลสุขภาพและข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ			5	1 13	4 12	2 3 7 8 9 10 14 15	6 11	
1.5 การจัดให้มีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเชิงบวก (เรื่องที่ไม่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย)				8 13	4 9 10 11	2 3 5 14 15	6 7 12	
1.6 กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับบุคลากร มีลักษณะ			5	1 10 13 14	4 7 9 11	2 3 8 15	6 12	
1.6.1 เน้นด้านการดูแลตนเอง								
1.6.2 บุคลากรมีส่วนร่วมสูง				13 14	7 8 9 10 15	2 3 5 6 11	4 12	
1.6.3 มีการพัฒนาต่อเนื่อง (ใช้ PDCA)			5	11 13 14	1 7 10 15	2 3 8 9	12	4

	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่ได้ทำ	ทำอย่างเข้าใจ	ทำเข้ากับบริบท	ทำตามเป้าหมาย	ทำอย่างต่อเนื่อง	ทำเป็นระบบแล้ว
2. การสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยและญาติ 2.1 การดูแลผู้ป่วยใน เน้นการดูแลตนเอง การมีส่วนร่วม การเชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมสุขภาพ และชุมชน			15	11 13	1 5 6 7 8 9 12	2 3	10 14	4
2.2 CPG โรคเรื้อรัง และโรคอื่นที่พบบ่อย ขยายให้เน้นการดูแลตนเอง การมีส่วนร่วม การเชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมสุขภาพ และชุมชน			5 15	11 13	1 4 7 9 10 12	2 6 8 14		3
2.3 การจัดให้มีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยใน ที่มีลักษณะ (1) เชื่อมโยงกับข้อมูล			15	5 11 13	1 7 14	3 4 8 9	2 6	
(2) เน้นการดูแลตนเอง การมีส่วนร่วม การเชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมสุขภาพ และชุมชน			15	5 11 13	1 7 12	2 3 4 6 8 9 14	10	
(3) มีการติดตามประเมินผล (PDCA)			5 15	11	1 7 8 12 13	6 9 10 14	2	4
2.4 บริการผู้ป่วยนอกที่สร้างเสริมสุขภาพ ดำเนินการโดย (1) เน้นบริการ ด้านคลินิกโรคเรื้อรัง พฤติกรรมสุขภาพ และคลินิกที่ไม่เกี่ยวกับการเป็นโรค เช่น ANC, well-baby, screening			15	13	7 9 14	3 6	2 4 10	1 5 8 11 12
(2) เน้นให้เกิดการดูแลตนเอง และการมีส่วนร่วม			15	5 13	6 7 9 11 12	3 14	2 4 8 10	1
(3) มีการติดตามประเมินผล (PDCA)			14 15	5 13	1 6 9 10 12	3 11	2 4 7 8	

	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่ได้ทำ	ทำอย่างเข้าใจ	ทำเข้ากับบริบท	ทำตามเป้าหมาย	ทำอย่างต่อเนื่อง	ทำเป็นระบบแล้ว
2.5 มีการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยนอกและญาติ ที่มีลักษณะ (1) เชื่อมโยงกับข้อมูล			15	5	7 9 11 12 13 14	3 8	2 4 6 10	1
(2) เน้นการดูแลตนเอง การมีส่วนร่วม การเชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมสุขภาพ และชุมชน				5 9 15	6 7 8 11 12 13 14	2 3	4 10	
(3) มีการติดตามประเมินผล (PDCA)			15	5 10	6 9 12 13 14	2 3 7 11	4	1
การสร้างเสริมสุขภาพชุมชน 3.1 การจัดกิจกรรมหรือบริการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน ในโรงพยาบาล ที่มีลักษณะ (1) เชื่อมโยงกับข้อมูล		13	14	15	7 12 13	1 2 3 9 11	4 6 8 10	5
(2) เน้นการดูแลตนเอง การมีส่วนร่วม การเชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมสุขภาพ และชุมชน		13	14	15	6 7 8 9 12 13	1 2 3 10 11	4 8	5
(3) มีการติดตามประเมินผล (PDCA)		13	14	15	6 7 12 13	2 3 9 10	1 4	5 8
3.2 การจัดกิจกรรมหรือบริการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน โดยโรงพยาบาลเป็นผู้จัดในชุมชน ที่มีลักษณะ (1) เชื่อมโยงกับข้อมูล		13	14	15	7 9 11 12	3 5	1 2 4 6 8 10	
(2) เน้นการดูแลตนเอง การมีส่วนร่วม การเชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมสุขภาพ และชุมชน		13	14	15	1 6 7 9 11 12	2 3 5 8	4 10	
(3) มีการติดตามประเมินผล (PDCA)		13	14	15	6 7 9 10 12	2 3 5	1 4 8 11	

	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่ได้ทำ	ทำอย่างเข้าใจ	ทำเข้ากับบริบท	ทำตามเป้าหมาย	ทำอย่างต่อเนื่อง	ทำเป็นระบบแล้ว
3.3 การจัดกิจกรรมหรือบริการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน โดยชุมชนเป็นผู้จัดโรงพยาบาลเป็นผู้สนับสนุน ที่มีลักษณะ (1) เชื่อมโยงกับข้อมูล			5 9 11	15	6 7 8 12 13	2 3 4	10 14	
(2) เน้นการดูแลตนเอง การมีส่วนร่วม การเชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมสุขภาพ และชุมชน			5 9 11	15	6 7 8 10 12 13 14	2 3 4		
(3) มีการติดตามประเมินผล (PDCA)			5 7 9 11	15	6 10 12 13 14	2 3 8	4	
3.4 การจัดกิจกรรมหรือบริการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน โดยหน่วยงานอื่นเป็นผู้จัดโรงพยาบาลเป็นผู้สนับสนุน ที่มีลักษณะ (1) เชื่อมโยงกับข้อมูล		13	12 15	9	4 6 7 8 11	2 3 5	10 14	1
(2) เน้นการดูแลตนเอง การมีส่วนร่วม การเชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมสุขภาพ และชุมชน		13	12 15	9	4 6 7 10 11 14	2 3 5		1
(3) มีการติดตามประเมินผล (PDCA)		13	7 11 12 15	9	4 6 14	2 3 5 8 10		1

	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่ได้ทำ	ทำอย่างเข้าใจ	ทำเข้ากับบริบท	ทำตามเป้าหมาย	ทำอย่างต่อเนื่อง	ทำเป็นระบบแล้ว
4 การสร้างเสริมสุขภาพด้านสิ่งแวดล้อม				15	1 6 9	4 5 10	2 11 14	3 8 12
4.1 จัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อสุขภาพและเอื้อต่อการเรียนรู้								
- สำหรับบุคลากร								
- สำหรับผู้ป่วยและญาติ				15	1 9	3 5 6 14	2 4 10 11	8
- สำหรับชุมชน			14	15	6 9 11	2 3 5	4 8 10	
4.2 จัดสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อสุขภาพและเอื้อต่อการเรียนรู้				10 15	1	5 9 14	2 4 6 8 11	3 12
- สำหรับบุคลากร								
- สำหรับผู้ป่วยและญาติ				10 15	1 11	3 5 9	2 4 6 8 14	12
- สำหรับชุมชน			11 14	10 15		2 3 5 9	1 4 6 8	12

- หมายเหตุ – 1. ตัวเลขเรียงตามลำดับโรงพยาบาลที่ส่งแบบสอบถามกลับคืนมา ตัวเลขที่บ่งเป็นโรงพยาบาลกลุ่ม C ที่ผ่านการรับรอง HPH แล้ว (โปรดสังเกตการรวมกลุ่มกันของตัวทึบ) ตัวเลขขนาดใหญ่กว่าเป็นโรงพยาบาลกลุ่ม B ซึ่งทั้งสี่แห่งยังมิได้ผ่านการรับรอง HPH
2. ช่องความคิดเห็น มีโรงพยาบาลหมายเลข 13 เพียงแห่งเดียวที่ตอบไม่เห็นด้วยเฉพาะบางหัวข้อในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนตามที่ระบุไว้ ส่วนช่องเห็นด้วยมีการตอบเห็นด้วยทั้งหมดยกเว้นกรณีที่อยู่กับช่องไม่เห็นด้วยของหมายเลข 13 เท่านั้น จึงเว้นไว้ทั้งหมดโดยไม่ได้ใส่ตัวเลข
3. ในบางรายการมีการตอบไม่ครบจากทุกแห่ง ตัวเลขบางตัวจึงขาดหายไปบ้าง
4. มีอยู่สองกรณีที่ตอบการปฏิบัติตามมากกว่าหนึ่งช่อง ได้เลือกแสดงไว้เฉพาะช่องด้านขวาสุด

ผลการสรุปทเรียนตามแบบจำลองที่สอง

ข้อมูลที่แสดงไว้ในตารางทั้งสาม ขอนำมาวิเคราะห์ร่วมกันดังต่อไปนี้

(1) ขอใช้แบบสอบถามเป็นตัวนำ ซึ่งมีสองประเด็นคือ ประเด็นความคิดเห็นต่อแบบจำลอง และประเด็นการนำไปใช้ได้ แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบและแก้ไขจากกลุ่มวิจัยสามคนรวมสองรอบ เลือกผู้ตอบแบบสอบถามเฉพาะผู้ประสานงานเครือข่าย ซึ่งน่าจะเป็นผู้ที่สามารถตอบแทนโรงพยาบาลได้ดีที่สุด และน่าจะเป็นผู้ที่เข้าใจคำถามได้ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งคุ้นเคยกับประเด็นระดับขั้นของการปฏิบัติ จึงพบว่าการตอบมากกว่าหนึ่งคำตอบในข้อเดียวกันน้อยมาก และมีการเกาะกลุ่มของกลุ่มโรงพยาบาลที่ผ่าน HPH ในตำแหน่งที่คาดไว้

(2) ด้านความคิดเห็น ข้อมูลจากแบบสอบถาม มีโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียวแสดงความไม่เห็นด้วยกับการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนสามรูปแบบจากสี่รูปแบบ เห็นด้วยเฉพาะรูปแบบกิจกรรมที่ชุมชนเป็นผู้จัดและโรงพยาบาลเป็นผู้สนับสนุน ความไม่เห็นเพียงเล็กน้อยนี้ ไม่น่าจะมีผลต่อภาพรวม

(3) ด้านการปฏิบัติ มีข้อสังเกตจากตารางที่ 10 ว่า กลุ่มโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรอง HPH มีระดับปฏิบัติค่อนข้างดีทั้งด้านขาซึ่งเป็นระดับสูง และค่อนข้างจะเกาะกลุ่มกัน โรงพยาบาลเหล่านี้ทุกแห่งได้รับการเยี่ยมสำรวจเพื่อการรับรองและได้รับการรับรองภายหลังการเข้าเป็นสมาชิกเครือข่ายแล้วทุกแห่ง แต่ไม่มีข้อมูลที่บ่งว่าการเป็นสมาชิกเครือข่ายมีส่วนเกี่ยวข้องด้วยหรือไม่อย่างไร เนื่องจากเห็นปัญหานี้ตั้งแต่ก่อนเริ่มต้นโครงการ จึงมิได้เตรียมการประเมินประเด็นนี้ และไม่ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินผล

(4) ต่อไปนี้เป็นการพิจารณาตามลำดับหัวข้อในเนื้อหาของแบบจำลองที่สอง

1. การสร้างเสริมสุขภาพบุคลากร

1.1 การตรวจร่างกาย

หัวข้อนี้มีที่มาจากมาตรฐาน HA จึงไม่ปัญหา จากแบบสอบถามโรงพยาบาลส่วนใหญ่ปฏิบัติได้ในระดับสูงกว่าหัวข้ออื่นๆอย่างชัดเจน น่าจะเป็นเพราะเป็นเรื่องที่ปฏิบัติตามได้ง่าย ในการอภิปรายกลุ่มมิได้มีการหยิบยกมาเป็นปัญหา และในการเยี่ยมให้คำปรึกษาก็มิใช่ประเด็นที่หยิบยกมากล่าวถึงมากนัก อย่างไรก็ตาม การปฏิบัติตามมาตรฐาน HA เมื่อพบความผิดปกติจะมีการแก้ปัญหาเป็นรายบุคคล แต่เมื่อนำมาใช้กับ HP น่าจะมีการหยิบยกไปเชื่อมโยงกับข้อมูลและกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่จะกล่าวถึงในข้อ 1.3 และ 1.4

1.2 อาชีวอนามัย

หัวข้อนี้มาจากมาตรฐาน HA เช่นเดียวกับ 1.1 ข้อมูลที่ได้รับจึงมีลักษณะคล้ายกันมาก จึงน่าจะนำไปรวมเป็นหัวข้อเดียวกันได้ อย่างไรก็ตาม ในต่างประเทศประเด็นนี้ได้รับความสนใจสูงกว่าข้อ 1.1 เพราะถือว่าเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสถานที่ทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy workplace) มีผลกระทบต่อสุขภาพบุคลากรมากกว่าการตรวจสุขภาพ

1.3 การเก็บข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ

หัวข้อนี้เป็นไปตามข้อกำหนดของ HPH กรมอนามัย จากการตอบแบบสอบถามมีระดับการปฏิบัติในระดับที่ดี ในการอธิบายมีการหยิบยกปัญหาถามว่าพฤติกรรมสุขภาพหมายถึงอะไรบ้าง แต่ก็ทำความเข้าใจกันได้อย่างรวดเร็ว และในการเยี่ยมให้คำปรึกษาก็มีได้เป็นประเด็นสำคัญ

1.4 การจัดให้มี กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ตอบสนองต่อข้อมูลสุขภาพและข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ

หัวข้อนี้เป็นข้อกำหนดของ HPH กรมอนามัยเช่นกัน เริ่มมีปัญหา ในการตอบแบบสอบถามมีการกระจายมากขึ้นในระดับการปฏิบัติ ในการอธิบายได้หยิบยกมาเป็นปัญหา ซึ่งแสดงให้เห็นว่าขึ้นอยู่กับนโยบายของแต่ละโรงพยาบาล ประสพการณ์จากโรงพยาบาลต่างๆแสดงถึงความร่วมมือในระดับที่ต่างกันกิจกรรมแบบเดียวกัน บางแห่งเห็นได้ชัดว่ามีการบีบบังคับบุคลากรไม่ทางตรงก็ทางอ้อมเพื่อให้บังเกิดผลในเวลาอันสั้น จึงเป็นประเด็นปัญหาความขัดแย้งกับหลักการของการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องการเพิ่มพลังอำนาจที่จะกล่าวถึงในข้อ 1.6

1.5 การจัดให้มีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเชิงบวก (เรื่องที่ไม่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย)

มีลักษณะเช่นเดียวกับข้อ 1.4 จึงจะนำไปรวมกันได้

1.6 กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับบุคลากร มีลักษณะเน้นด้านการดูแลตนเอง และบุคลากรมีส่วนร่วมสูง

การตอบแบบสอบถาม การปฏิบัติกระจายมีทั้งระดับต่ำและสูง การอธิบายกลุ่ม ซึ่งโรงพยาบาลส่วนหนึ่งยังมีปัญหาเรื่องความร่วมมือของบุคลากร จึงใช้วิธีการออกเป็นคำสั่งหรืออยากให้มีการออกเป็นคำสั่ง เพื่อจะได้มีผู้ปฏิบัติตามมากขึ้น อีกรูปแบบหนึ่งคือการทำสมุดบันทึกเพื่อให้ตรวจสอบได้ บางแห่งได้ผลดี บางแห่งไม่ได้ผล จากการเยี่ยมให้คำปรึกษาส่วนหนึ่งยังพบเหมือนการอธิบาย อีกส่วนหนึ่งพบว่า เริ่มมีแนวความคิดการเพิ่มพลังอำนาจให้บุคลากรมากขึ้น เช่น ไม่บังคับ ให้คิดเอง ให้เลือกได้ มีอยู่อย่างน้อยหนึ่งแห่งที่ให้ร่วมคิดร่วมทำและไม่ร่วมก็ได้ และปรากฏว่าได้ผลดี

1.7 มีการพัฒนาต่อเนื่อง (ใช้ PDCA)

จากแบบสอบถามโรงพยาบาลในกลุ่มที่ผ่านการรับรอง HPH มีระดับการปฏิบัติสูงกว่ากลุ่มอื่น ในการอธิบายกลุ่มและในการเยี่ยมให้คำปรึกษามีได้มีการหยิบยกขึ้นมาเป็นปัญหา แสดงว่าถ้าโรงพยาบาลมุ่งจะเป็น HPH จึงจะมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

2 การสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยและญาติ

2.1 การดูแลผู้ป่วยใน เน้นการดูแลตนเอง การมีส่วนร่วม การเชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมสุขภาพ และชุมชน

จากแบบสอบถามมีการนำแนวคิดนี้มาใช้กันมาก เห็นชัดเจนในกลุ่มโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรอง HPH ในการอธิบายไม่เป็นปัญหาที่หยิบยกมากล่าวถึง และในการเยี่ยมให้คำปรึกษามีตัวอย่างกล่าวถึงการนำแนวคิดนี้ไปใช้ ประเด็นนี้มีความสำคัญเพราะเป็นจุดเชื่อมต่อระหว่าง

กระบวนการ HA กับ HP ที่เด่นชัดที่สุด แสดงว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่เข้าใจแนวคิดเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่แล้ว Care-based HP เกิดแล้ว

2.2 CPG โรคเรื้อรัง และโรคอื่นที่พบบ่อย ขยายให้เน้นการดูแลตนเอง การมีส่วนร่วม การเชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมสุขภาพ และชุมชน

เป็นประเด็นหนึ่งซึ่งจากแบบสอบถามพบว่าระดับปฏิบัติยังไม่ดีนัก แม้แต่กลุ่มโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรอง HPH เนื่องจากเป็นแนวคิดใหม่ ในการอภิปรายหมู่มีการหยิบยกขึ้นเป็นปัญหาเพื่อการอภิปรายเพื่อชี้ให้เห็นว่า มีปัญหาเรื่องการเชื่อมโยงระหว่างฝ่ายต่างๆ ในระหว่างการเยี่ยมให้คำปรึกษาก็เช่นเดียวกัน แต่มีความพยายามที่จะนำไปใช้ให้ได้ผล อนึ่ง ความคิดเรื่องการขยาย CPG ให้ครอบคลุมเรื่องนอกเหนือไปจากโรคเรื้อรังไปสู่โรคที่เป็นปัญหา ก็ได้จากการนำเสนอของโรงพยาบาลกลุ่ม D แห่งหนึ่งในระหว่างการเยี่ยมให้คำปรึกษาครั้งที่หนึ่ง

2.3 การจัดให้มีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยใน ที่มีลักษณะ เชื่อมโยงกับข้อมูล เน้นการดูแลตนเอง การมีส่วนร่วม การเชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมสุขภาพ และชุมชน และมีการติดตามประเมินผล (PDCA)

จากแบบสอบถามที่ปรากฏว่า โรงพยาบาลที่ผ่านการรับรอง HPH มีการปฏิบัติในหัวข้อเหล่านี้เป็นอย่างดีเมื่อเทียบกับกลุ่มอื่น ประเด็นนี้ไม่มีการหยิบยกขึ้นมาอภิปรายกลุ่มและไม่ปรากฏในข้อมูลการเยี่ยมให้คำปรึกษา อาจจะเนื่องจากการจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยในและญาติ ซึ่งเป็นข้อกำหนดหนึ่งของ HPH กรมอนามัยเป็นเรื่องที่เข้าใจง่ายและทำได้ง่าย อย่างไรก็ตาม ความสำคัญของข้อนี้อยู่ที่ การเชื่อมโยงกับข้อมูล การใช้หลักการเพิ่มพลังอำนาจ และการติดตามประเมินผล เพื่อให้เกิดเป็นการสร้างเสริมสุขภาพที่ครบวงจร

2.4 บริการผู้ป่วยนอกที่สร้างเสริมสุขภาพ ดำเนินการโดยเน้นบริการ ด้านคลินิกโรคเรื้อรัง พฤติกรรมสุขภาพ และคลินิกที่ไม่เกี่ยวกับการเป็นโรค เช่น ANC, well-baby, screening เน้นให้เกิดการดูแลตนเองและการมีส่วนร่วม และมีการติดตามประเมินผล (PDCA)

การประเมินจากแบบสอบถาม พบว่าโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรอง HPH ปฏิบัติได้ในระดับดีกว่าโรงพยาบาลกลุ่มอื่นอย่างชัดเจน สำหรับโรงพยาบาลอื่นคงยังมีปัญหาเพราะถูกหยิบยกขึ้นมาอภิปรายซึ่งตรงกับข้อมูลจากการเยี่ยมให้การปรึกษา โรงพยาบาลส่วนใหญ่ดำเนินการเกี่ยวกับโรคเบาหวานเป็นหลัก ปัญหาสำคัญน่าจะเป็นประเด็นศักยภาพของผู้ป่วย ทั้งในด้านการรับรู้ของผู้ป่วยและในด้านการรับรู้ของผู้ให้บริการ

อีกเรื่องหนึ่งที่ทำกันแพร่หลายได้แก่ การปรับบริการ ANC ที่นำสามีเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย บางแห่งทำได้ดีถึงระดับที่ใช้เป็นแบบอย่างได้

2.5 การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยนอกและญาติ ที่มีลักษณะเชื่อมโยงกับข้อมูล เน้นการดูแลตนเอง การมีส่วนร่วม การเชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมสุขภาพ และชุมชน และมีการติดตามประเมินผล (PDCA)

ไม่ต่างจากที่กล่าวถึงกิจกรรม สำหรับผู้ป่วยในและญาติในข้อ 2.3

3 การสร้างเสริมสุขภาพชุมชน

3.1 การจัดกิจกรรมหรือบริการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน ที่จัดขึ้นภายในโรงพยาบาล มีการเชื่อมโยงกับข้อมูล เน้นการดูแลตนเอง การมีส่วนร่วม การเชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมสุขภาพ และชุมชน รวมทั้งมีการติดตามประเมินผล (PDCA)

การประเมินจากแบบสอบถามเห็นกลุ่มโรงพยาบาลที่ผ่าน HPH มีระดับการปฏิบัติสูงกว่าชัดเจน ในการอภิปรายกลุ่มไม่มีการกล่าวถึงแสดงว่าไม่มีปัญหา ระหว่างการเยี่ยมปรึกษาก็เช่นกัน

3.2 การจัดกิจกรรมหรือบริการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน โดยโรงพยาบาลเป็นผู้จัดในชุมชน มีเชื่อมโยงกับข้อมูล เน้นการดูแลตนเอง การมีส่วนร่วม การเชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมสุขภาพ และชุมชน รวมทั้งมีการติดตามประเมินผล (PDCA)

ผลการประเมินจากแบบสอบถามคล้ายข้อ 3.1 แต่ข้อนี้การอภิปรายกลุ่มยกปัญหาขึ้นมาอภิปรายเพื่อแสดงข้อขัดข้อง แต่ฝ่ายที่แก้ปัญหาสำเร็จสามารถแก้ข้อขัดข้องเหล่านั้นได้ สำหรับข้อมูลจากการเยี่ยมให้คำปรึกษาแสดงให้เห็นความหลากหลายของวิธีการที่โรงพยาบาลสามารถนำมาใช้ได้ตามความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

3.3 การจัดกิจกรรมหรือบริการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน โดยชุมชนเป็นผู้จัด โรงพยาบาลเป็นผู้สนับสนุน มีการเชื่อมโยงกับข้อมูล เน้นการดูแลตนเอง การมีส่วนร่วม การเชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมสุขภาพ และชุมชน รวมทั้งมีการติดตามประเมินผล (PDCA)

การประเมินจากแบบสอบถามพบว่ากลุ่มโรงพยาบาลที่ผ่าน HPH มีระดับปฏิบัติสูงกว่ากลุ่มอื่น แต่โดยรวมอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าข้อ 3.1 และ 3.2 ซึ่งมีคำอธิบายบางส่วนจากการอภิปรายกลุ่มว่า รพ. ส่วนหนึ่ง ยังไม่แน่ใจในบทบาทของตนเอง ในการประสานหรือสนับสนุนชุมชน แต่ข้อมูลจากการเยี่ยมปรึกษาแสดงให้เห็นความหลากหลายของ วิธีการที่โรงพยาบาลสามารถจะนำมาใช้ได้เช่นเดียว กับข้อ 3.2 เพียงแต่ต้องเลือกให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

3.4 การจัดกิจกรรมหรือบริการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน โดยหน่วยงานอื่นเป็นผู้จัด โรงพยาบาลเป็นผู้สนับสนุน มีการเชื่อมโยงกับข้อมูล เน้นการดูแลตนเอง การมีส่วนร่วม การเชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมสุขภาพ และชุมชน รวมทั้งมีการติดตามประเมินผล (PDCA)

ข้อนี้คล้ายกับข้อ 3.3

4. การสร้างเสริมสุขภาพด้านสิ่งแวดล้อม

4.1 จัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อสุขภาพและเอื้อต่อการเรียนรู้ สำหรับบุคลากร สำหรับผู้ป่วยและญาติ และสำหรับชุมชน

การประเมินจากแบบสอบถาม ยังคงแสดงให้เห็นว่า กลุ่มโรงพยาบาลที่ผ่าน HPH มีการปฏิบัติอยู่ในระดับดีกว่ากลุ่มที่ยังไม่ผ่าน การอภิปรายกลุ่มแสดงให้เห็นถึงความไม่กระจ่างในเรื่องสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เอื้อต่อการเรียนรู้ การเยี่ยมให้คำปรึกษาไม่มีตัวอย่างให้เห็นมากไปกว่านี้ สมควรจะทำประเด็นนี้ให้กระจ่างขึ้น

4.2 จัดสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อสุขภาพและเอื้อต่อการเรียนรู้ สำหรับบุคลากร สำหรับผู้ป่วยและญาติ และสำหรับชุมชน

ข้อนี้เหมือนข้อ 4.2 ทุกประการ

5.3.7 การปรับเปลี่ยนจำลองที่สองให้เป็นแบบจำลองที่สาม

ผลจากการเรียนรู้ข้างต้น มิได้มีประเด็นสำคัญที่จะต้องนำปรับปรุงแบบจำลองที่สอง เพียงแต่มีความคิดเห็นสนับสนุนด้านการยอมรับเพิ่มเข้ามา และเนื้อหาบางประเด็นมีความคล้ายคลึงกัน น่าจะนำมารวมกันได้เพื่อให้เกิดความกะทัดรัด สะดวกต่อการนำไปใช้เป็นเครื่องมือของการเรียนรู้ในวงจรต่อไป ซึ่งจะสิ้นสุดลงก็ต่อเมื่อไม่เห็นประโยชน์ที่อีกต่อไปแล้ว (ดูแบบจำลองที่สาม)

5.3.8 การสรุปบทเรียนในการวิจัยระยะที่สาม

การวิจัยระยะสาม อาจสรุปบทเรียนในภาพรวมจากการประเมินต่าง ๆ ได้ดังนี้

1. โรงพยาบาลส่วนใหญ่ เข้าใจและยอมรับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพตามกระบวนการทัศน์ใหม่ การเพิ่มพลังอำนาจ และ Care-based HP หลายแห่งแสดงความยินดี และแสดงให้เห็นว่านำแนวคิดไปใช้ได้จริง ทั้งด้วยการนำเสนอในระหว่างการไปเยี่ยมโรงพยาบาลและในการแสดงนิทรรศการ
2. ปัญหาต่างๆที่โรงพยาบาลหยิบยกมานำเสนอ โดยใช้แบบจำลองที่สองเป็นเครื่องมือ ไม่พบว่ามีปัญหาที่พบร่วมกัน แต่เป็นปัญหาเฉพาะโรงพยาบาล ซึ่งตามหลักการ SSM โรงพยาบาลนั้นๆต้องวิเคราะห์หาสาเหตุ โดยใช้หลักการที่เสนอไว้ในเรื่อง Analysis One, Two, and Three ทั้งนี้เพราะโรงพยาบาลแต่ละแห่งมีบริบทและปัญหาเฉพาะที่ไม่เหมือนกัน
3. อย่างไรก็ตาม มีข้อสังเกตว่า การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในเครือข่าย ทำให้ปัญหาที่นำเสนอหลายปัญหาสามารถแก้ได้ อาจเป็นเพราะปัญหาเหล่านั้นเป็นปัญหาด้านความเข้าใจ เมื่อเกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง ปัญหาที่คิดว่ามีอยู่ก็หมดไป นับเป็นประโยชน์อย่างหนึ่งของการมีเครือข่าย
4. การใช้ Model เป็นเครื่องมือในการทบทวน HP ของโรงพยาบาลเป็นระยะๆ น่าจะเป็นประโยชน์ต่อการเรียนรู้ และเพื่อให้เกิดการดำเนินงาน HP อย่างเป็นระบบยิ่งขึ้น

แบบจำลองที่สาม

รูปแบบโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพที่ควรเป็นและเป็นได้ (Desirable and feasible HPH model)

รูปแบบโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพในที่นี้ มาจากการวิจัยที่กำหนดให้ใช้กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) เพื่อพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพ (HPH) ของโรงพยาบาล ดังนั้นรูปแบบนี้จึงมีข้อจำกัดกล่าวคือ เหมาะสมสำหรับโรงพยาบาลที่อยู่ในกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเท่านั้น ข้อสำคัญยิ่งกว่านั้นคือ รูปแบบนี้เป็นแต่เพียงเครื่องมือที่จะนำไปใช้ศึกษาสถานการณ์การสร้างเสริมสุขภาพที่มีอยู่ในโรงพยาบาล ดังนั้น เป้าหมายที่แท้จริงคือ “การเรียนรู้” ที่ได้รับ เหมือนดังตัวอย่างที่นำมากล่าวถึงจากการวิจัย

1. โครงสร้างของรูปแบบ

ใช้กระบวนการ HA เป็นหลัก โดยมีกรอบตามมาตรฐาน HPH ของกรมอนามัย (Thai HPH) และใช้ยุทธศาสตร์การเพิ่มพลังอำนาจ (Empowerment) ของเครือข่ายโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพในยุโรป (Euro HPH) เป็นวิธีการ ซึ่งประกอบด้วย การเน้นให้เกิดการดูแลตนเองและการมีส่วนร่วม เน้นโรคเรื้อรัง และการเชื่อมโยงกับเรื่องสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมสุขภาพ และกิจกรรมที่มีอยู่แล้วในชุมชน โครงสร้างประกอบด้วยเนื้อหา 4 องค์ประกอบ รวม 12 ข้อ ดังนี้

(1) การสร้างเสริมสุขภาพบุคลากร

- ข้อ 1. การตรวจสุขภาพ และอาชีวอนามัย มีการดำเนินการจนถึงให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล (HA)
- เพิ่มเติมเรื่องการรวบรวมข้อมูลให้เป็นส่วนหนึ่งของข้อ 2
- ข้อ 2. การเก็บรวบรวมข้อมูลสุขภาพและข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ (Thai HPH)
- ข้อ 3. การจัดให้มีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Thai HPH)
- ให้ตอบสนองต่อข้อมูลในข้อ 2
 - มีเรื่องสุขภาพเชิงบวก
 - ใช้ยุทธศาสตร์การเพิ่มพลังอำนาจ (HPH Euro)
 - ใช้ PDCA (HA)

(2) การสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยและญาติ

- ข้อ 4. บริการด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยใน ที่สร้างเสริมสุขภาพ ดำเนินการโดย
- กระบวนการดูแลผู้ป่วย (HA) ใช้ยุทธศาสตร์การเพิ่มพลังอำนาจ (Euro HPH)
 - CPG โรคที่เป็นปัญหา (HA) และโรคเรื้อรัง ใช้ยุทธศาสตร์เพิ่มพลังอำนาจ (Euro HPH)

ข้อ 5. การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยในและญาติ (Thai HPH)

- ใช้ข้อมูลสุขภาพในการเลือกกิจกรรม
- ใช้ยุทธศาสตร์การเพิ่มพลังอำนาจ (Euro HPH)
- ใช้ PDCA (HA)

ข้อ 6. บริการผู้ป่วยนอกที่สร้างเสริมสุขภาพ ดำเนินการโดย

- เน้นบริการ ด้านคลินิกโรคเรื้อรัง คลินิกพฤติกรรมสุขภาพ และคลินิกที่ไม่เกี่ยวกับการเป็นโรค เช่น ANC, well-baby, screening (HA – Euro HPH)
- ใช้ยุทธศาสตร์การเพิ่มพลังอำนาจ (Euro HPH)

ข้อ 7. การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยนอกและญาติ (Thai HPH)

- ใช้ข้อมูลในการเลือกกิจกรรม
- ใช้ยุทธศาสตร์การเพิ่มพลังอำนาจ (HPH Euro)
- ใช้ PDCA (HA)

(3) การสร้างเสริมสุขภาพชุมชน

ข้อ 8. กิจกรรมหรือบริการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน (Thai HPH) ที่จัดภายในโรงพยาบาล

- ใช้ข้อมูลในการเลือกกิจกรรม
- ใช้ยุทธศาสตร์การเพิ่มพลังอำนาจ (Euro HPH)
- ใช้ PDCA (HA)

ข้อ 9. กิจกรรมหรือบริการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน ที่โรงพยาบาลเป็นผู้จัดในชุมชน

- ใช้ข้อมูลในการเลือกกิจกรรม
- ใช้ยุทธศาสตร์การเพิ่มพลังอำนาจ (Euro HPH)
- ใช้ PDCA (HA)

ข้อ 10. กิจกรรมหรือบริการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน ที่ชุมชนหรือหน่วยงานอื่นเป็นผู้จัด และโรงพยาบาลเป็นผู้สนับสนุน ควรเน้นเพราะเป็นพิเศษเพื่อสร้างความร่วมมือระหว่างหลายภาคส่วน

- ใช้ข้อมูลในการเลือกกิจกรรม
- ใช้ยุทธศาสตร์การเพิ่มพลังอำนาจ (Euro HPH)
- ใช้ PDCA (HA)

(4) การสร้างเสริมสุขภาพด้านสิ่งแวดล้อม

ข้อ 11. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อสุขภาพและเอื้อต่อการเรียนรู้ (HA – HPH Thai)

- สำหรับบุคลากร
- สำหรับผู้ป่วยและญาติ
- สำหรับชุมชน

ข้อ 12. สิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อสุขภาพและเอื้อต่อการเรียนรู้ (HA – HPH Thai)

- สำหรับบุคลากร
- สำหรับผู้ป่วยและญาติ
- สำหรับชุมชน

2. กระบวนการในการนำรูปแบบไปใช้งาน

ใช้รูปแบบโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพเป็นเครื่องมือเปรียบเทียบกับสถานการณ์ที่เป็นจริงของโรงพยาบาล ร่วมไปกับการทำความเข้าใจกับประเด็นต่อไปนี้

(1) แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพตามกระบวนทัศน์ใหม่

จำเป็นต้องทำความเข้าใจกับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพตามกระบวนทัศน์ใหม่ และแนวคิดการเพิ่มพลังอำนาจ เป็นประเด็นแรก

การวิจัยระยะที่สองพบว่า โรงพยาบาลยังใช้แนวคิดการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ และการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพซึ่งเป็นแนวคิดตามกระบวนทัศน์เดิม ทำให้ไม่อาจเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพกับกระบวนการ HA ได้

การวิจัยระยะที่สาม ได้นำเสนอแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพตามกระบวนทัศน์ใหม่ และแนวคิดการเพิ่มพลังอำนาจ ในเวลาเดียวกันกับการเสนอรูปแบบโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ พบว่าโรงพยาบาลสามารถนำแนวคิดไปใช้ในทางปฏิบัติได้อย่างชัดเจน

หมายเหตุ – น่าจะสนใจเรื่องการเพิ่มพลังอำนาจบุคลากรให้มากขึ้น และเป้าหมายที่แท้จริงของการสร้างเสริมสุขภาพบุคลากร คือ ที่ทำงานสร้างเสริมสุขภาพ (Healthy workplace)

(2) การสร้างเสริมสุขภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วย) Care-based HP)

การเข้าใจเรื่องนี้ จะทำให้สามารถเชื่อมโยงกระบวนการ HA กับการสร้างเสริมสุขภาพได้ หลังจากการทำความเข้าใจกับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพในข้อแรกก่อนแล้ว

การวิจัยระยะที่สองพบว่า โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาโดยใช้สุขภาพของผู้ป่วยเป็นเป้าหมาย ทำให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพโดยมิได้มีเจตนา หากทำความเข้าใจให้ตรงกันได้ ก็จะพบว่านี่คือจุดเชื่อมโยงที่สำคัญจากกระบวนการ HA ไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพ

การวิจัยระยะที่สาม ได้นำเสนอแนวคิดดังกล่าวนี้ พบว่าโรงพยาบาลสามารถนำแนวคิดไปใช้ในทางปฏิบัติได้อย่างชัดเจน

หมายเหตุ – เป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างเสริมสุขภาพที่สะดวกที่สุด จากจุดนี้อาจเชื่อมโยงไปสู่เรื่องอื่นๆ ได้อย่างเป็นธรรมชาติ แม้แต่กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Program-based HP)

3. การสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

นอกจากประเด็นเรื่องแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ การเพิ่มพลังอำนาจ Care-based HP แล้ว ควรทำความเข้าใจกับนิยามคำว่าชุมชนด้วย ว่าหมายรวมถึงกลุ่มบุคคลที่มีลักษณะหรือเป้าหมายร่วมกันด้วย โรงพยาบาลจะมีความยืดหยุ่นเพิ่มขึ้น สามารถเลือกการสร้างเสริมสุขภาพให้เหมาะสมกับภารกิจและบริบทของโรงพยาบาลได้

ในการวิจัยระยะที่สอง พบว่าโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิ มีการพัฒนาคุณภาพบริการด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยเช่น การผ่าตัดหัวใจ หรือการเปลี่ยนข้อเข่า ในรูปแบบที่เป็น Cared-based HP อยู่แล้ว แม้จะมีได้มีเจตนาให้เป็น HP จึงเป็นตัวอย่างของการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ก็มีการให้บริการฝึกอบรมแก่ ชุมชนที่เป็นกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ในต่างจังหวัด ซึ่งเป็นการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนโดยมิได้เจตนาเช่นกัน เรื่องเหล่านี้แก้ไขได้ด้วยการทำความเข้าใจให้ตรงกัน

ในการวิจัยระยะที่สาม ก็พบว่าโรงพยาบาลชุมชนมีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพชุมชนที่หลากหลายเป็นภาระสูง น่าจะให้ความสนใจสนับสนุนกิจกรรมประเภทที่ชุมชนหรือหน่วยงานอื่นทำอยู่แล้ว จะเป็นการแบ่งเบาภารกิจของโรงพยาบาลไปได้ส่วนหนึ่ง และเป็นกิจกรรมที่ถูกต้องกับหลักการสร้างเสริมสุขภาพแบบที่มีการร่วมมือระหว่างหลายภาคส่วน

หมายเหตุ – การดูงาน และเลียนแบบอย่างมาทำแล้วไม่สำเร็จ ก็เป็นปัญหาเรื่องบริบทที่ไม่เหมือนกัน ก่อนเลียนแบบจึงควรศึกษาเหตุผลความเป็นมาและปัจจัยที่ทำให้สำเร็จด้วย

4. การเรียนรู้จาก PDCA

HA ให้เครื่องมือเพื่อการเรียนรู้จากการทำงานและเพื่อการพัฒนาไว้แล้ว คือ PDCA น่าจะมีการนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์จริงอย่างแพร่หลายรวมทั้งสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพ

การวิจัยระยะที่สอง ไม่พบว่ามีผู้นำ PDCA มาใช้นอกเหนือไปจากการทำ CQI

การวิจัยระยะที่สาม ได้นำเสนอแนวคิดเรื่องนี้ จากการติดตามยังไม่พบข้อมูลบ่งบอกว่า มีการดำเนินการเรื่องนี้เกิดขึ้น พบเพียงการทำ PDCA ในรูปแบบเดิมเพิ่มขึ้นบ้าง

หมายเหตุ – การนำกิจกรรม HP ที่ทำอยู่มาทบทวนด้วย PDCA อาจจะเป็นจุดเริ่มต้นที่ดี

5. การวางแผนงานให้เป็นระบบ

เป็นแนวคิดจาก HA อีกเช่นกัน น่าจะนำมาใช้กับการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้การดำเนินงานที่เป็นระเบียบ สะดวก เรียบง่าย มีความเชื่อมโยงกัน และเกิดความครอบคลุมในที่สุด

การวิจัยระยะที่สอง พบว่ามีกิจกรรมสร้างเสริมหลากหลาย แต่ไม่พบความเชื่อมโยงกัน

การวิจัยระยะที่สาม ได้นำเสนอแนวคิดนี้ จากการติดตามยังไม่พบข้อมูลสนับสนุนว่ามีการนำแนวคิดไปใช้ เข้าใจว่าการสร้างเสริมสุขภาพยังมิได้พัฒนาไปถึงระดับนี้

หมายเหตุ – หากมีการทบทวนตามข้อ 4 อาจมองเห็นความเชื่อมโยงที่จะนำมาสร้างระบบ และการเริ่มต้นตามข้อ 3 หากงานขยายต่อไปได้ก็เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่จะสร้างระบบ

6. บทสรุป

ในโครงการวิจัยนี้ การดำเนินงานในระยะที่หนึ่ง เป็นการสร้างแบบจำลองที่หนึ่ง เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการเรียนรู้ตาม Soft Systems Methodology โดยใช้กระบวนการ HA เป็นแกนหลัก มาตรฐาน HPH กรมนามัยเป็นกรอบ และ Empowering core strategies ของ HPH ยุโรปเป็นวิธีการเป็นแบบจำลองของโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพที่ควรเป็น (Desirable HPH model) ซึ่งเป็นเพียงความคิด เพื่อนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการเรียนรู้ ได้ทดลองใช้เครื่องมือนี้ในโรงพยาบาลหนึ่งแห่ง

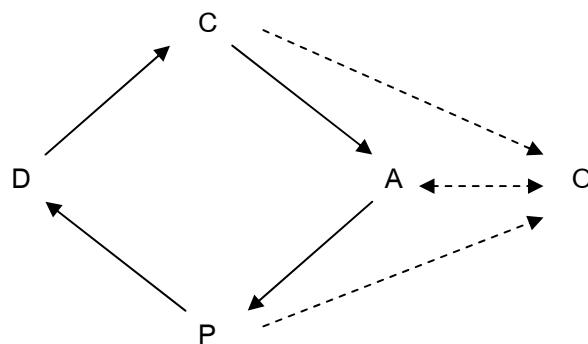
การดำเนินงานในระยะที่สอง เป็นการนำแบบจำลองที่หนึ่งไปใช้ศึกษาการ "ให้บริการและ/หรือ ทำกิจกรรม HP โดยใช้กระบวนการ HA เพื่อสุขภาพที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มเป้าหมาย" ในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรอง HA แล้วจำนวน 8 แห่ง ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการ HA ช่วยให้เกิดการพัฒนา HP ได้จริง ส่วนหนึ่งเป็นผลจากการทับซ้อนกันของเนื้อหา และอีกส่วนหนึ่งเกิดจากการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและแบบต่อเนื่องทำให้เกิด HP โดยไม่เจตนา จึงเห็นความเป็นไปได้ที่จะกระตุ้นให้เกิดใช้กระบวนการ HA พัฒนา HP ด้วย (1) การทำความเข้าใจเรื่องแนวคิด HP ตามกระบวนการทัศน์ใหม่ให้ชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความแตกต่างระหว่าง HP กับการให้บริการส่งเสริมสุขภาพแบบปกติ แนวคิดการเพิ่มพลังอำนาจ และแนวคิดการแก้ปัญหาสุขภาพด้านสังคมเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม (2) การเริ่มต้น HP ด้วยรูปแบบที่เชื่อมโยงกับการดูแลรักษาผู้ป่วย (Care-based HP) จะทำให้เห็นความเชื่อมโยงระหว่าง HA กับ HP ได้ง่ายขึ้น ความคิดนี้จะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อเข้าใจแนวคิด HP ตามกระบวนการทัศน์ใหม่ (3) การเลือกทำ HP ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล โดย Care-based HP จะทำให้โรงพยาบาลที่มีภารกิจหลักด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยแม้แต่ระดับตติยภูมิก็เริ่มงาน HP ได้สะดวก การทำความเข้าใจกับนิยามชุมชนที่หมายถึงกลุ่มบุคคลที่มีลักษณะหรือเป้าหมายร่วมกัน ก็จะทำให้แม้แต่โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์แสดงบทบาทต่อชุมชนได้เต็มที่ การเข้าใจความสำคัญของการแก้ไขปัญหาสุขภาพด้านสังคมเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมของชุมชนในนิยามของพื้นที่ทางภูมิศาสตร์และการปกครอง จะทำให้เห็นความสำคัญของกิจกรรมที่เป็นการร่วมมือระหว่างภาคส่วนเพิ่มขึ้น (4) การใช้ PDCA เพื่อการเรียนรู้ และ (5) การวางแผนงาน HP ให้เป็นระบบ น่าจะช่วยให้สามารถบูรณาการ HP เข้ากับ HA และงานประจำได้ (จึงเรียกว่า ข้อคิด 5 ประการนี้ว่า ปัจจัยสู่ความสำเร็จ) นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยที่โรงพยาบาลเห็นว่าเอื้อต่อการทำงาน HP ได้แก่ (1) ผู้นำให้ความสนับสนุน (2) นโยบายที่ชัดเจน และ (3) ความรู้ความเข้าใจและเจตคติที่ดีของบุคลากร ซึ่งน่าจะเรียกได้ว่า เป็นปัจจัยที่ควรมีก่อน (Prerequisites) ของการพัฒนา HP นอกจากนี้ การเรียนรู้ว่าเนื้อหาที่ "ควรเป็น" ในแบบจำลองที่หนึ่งว่ามีทาง "เป็นได้" ในโลกแห่งความเป็นจริง ได้นำไปสู่การปรับปรุงแบบจำลองที่หนึ่งให้เป็นแบบจำลองที่สอง โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพที่ควรเป็นและเป็นได้ (Desirable and feasible HPH model)

การดำเนินงานในระยะที่สาม เป็นการนำแบบจำลองที่สองไปใช้เป็นเครื่องมือในการเรียนรู้ โดยใช้ปัจจัยสู่ความสำเร็จที่ได้จากเรียนรู้ในระยะที่สองเป็นแนวทางการทำความเข้าใจ กับโรงพยาบาล

กลุ่มเป้าหมายหลัก 11 แห่ง และโรงพยาบาลกลุ่มเป้าหมายรองอีก 29 แห่ง ที่มีการรวมตัวกันเป็นเครือข่ายพบว่า แนวคิดเรื่องการใช้กระบวนการ HA เพื่อการพัฒนา HP สามารถทำได้ในทางปฏิบัติแบบจำลองได้รับการยอมรับและมีการนำไปใช้ได้ดีตามสมควร มีความจำเป็นต้องปรับปรุงแบบจำลองที่สองเพียงเล็กน้อยให้รูปแบบกะทัดรัดสะดวกกับการนำเสนอ เป็นแบบจำลองที่สาม

จำเป็นต้องกล่าวย้ำไว้ ณ ที่นี้ว่า เป้าประสงค์อันแท้จริงของโครงการวิจัยนี้ คือ การหาหลักฐานมาสนับสนุนว่ากระบวนการ HA สามารถนำมาช่วยพัฒนาบทบาทด้านการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล ซึ่งก็พบแนวทางที่จะช่วยทำให้เป็นไปได้สะดวกขึ้น และการทดลองนำไปใช้ในขอบเขตที่จำกัดก็ช่วยยืนยันความเป็นไปได้พอสมควร ส่วนรูปแบบโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพที่เกิดขึ้นนั้น เป็นเพียงผลพลอยได้ของโครงการ ซึ่งอาจพิจารณานำไปใช้ประโยชน์ต่อไปได้ แต่ก็เหมาะสมสำหรับโรงพยาบาลที่อยู่ในกระบวนการ HA เท่านั้น

อนึ่ง เมื่อได้ใช้ Soft Systems Methodology สร้างระบบการเรียนรู้สำหรับโครงการวิจัยนี้แล้ว ทำให้เกิดความคิดนำมาเปรียบเทียบกับ PDCA เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจในระเบียบวิธีการวิจัยที่ใช้ในโครงการนี้เพิ่มขึ้น ดังนี้



PDCA เป็นระบบการเรียนรู้ของผู้ปฏิบัติงาน

กลุ่มวิจัย เป็นผู้สังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม (O) ที่คอยสังเกต C และ P และแลกเปลี่ยนการเรียนรู้กับกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน โดยไม่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ (A) หรือการทำงาน (D) แต่จะเฝ้าดูผลจาก C และ P ในวงจรรอบต่อไป และสะท้อนกลับไปให้กลุ่มผู้ปฏิบัติงานอีกครั้ง ยังมีโอกาสหมุนวงจรมากรอบ (มีโอกาสเปรียบเทียบกับบริบทเดิม) หรือมีโรงพยาบาลเกี่ยวข้องมากมาย (มีโอกาสเรียนรู้จากบริบทที่หลากหลาย) การเรียนรู้ก็มากขึ้น เพราะฉะนั้น Soft Systems Methodology จึงเป็นระบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมระหว่างกลุ่มผู้ปฏิบัติงานกับกลุ่มวิจัย ซึ่งสามารถดำเนินต่อไปได้นาน

เท่าที่เห็นว่ามีประโยชน์

7. แนวคิดต่อยอดจากผลการวิจัย

(1) จากการดำเนินงานด้านเครือข่าย พบว่าได้ผลดีในด้านการให้กำลังใจ การกระตุ้นให้เกิดความสนใจ และก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันได้ดีพอสมควร เครือข่ายในลักษณะกลุ่มย่อย 2-9 โรงพยาบาล น่าจะมีประสิทธิภาพสูงกว่าวิธีอื่น เนื่องจากมีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์จริงได้มากและลึกซึ้งกว่า ในขณะที่ค่าใช้จ่ายจะต่ำกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับ การพบปะเป็นกลุ่มใหญ่ที่กรุงเทพฯ ความพยายามจะสร้างระบบสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ยังไม่ประสบความสำเร็จ ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากระบบสื่อสารที่ขัดข้องบ่อย อีกส่วนหนึ่งน่าจะเกิดจากทัศนคติต่อสื่อประเภทยังไม่ดีพอ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากสื่อทางอิเล็กทรอนิกส์มีความคล่องตัวในการใช้งานสูงและมีค่าใช้จ่ายต่ำ จึงยังสมควรต้องหาทางพัฒนาต่อไป

(2) ผลของการวิจัย มีเนื้อหาที่จะนำไปสู่การปฏิบัติได้ จึงควรนำมาจัดทำเป็นรูปแบบที่เหมาะสม เหมาะแก่การนำไปใช้งานได้สะดวก โดยเผยแพร่ได้ทั้งในรูปแบบของรายงาน บทความ คู่มือ คำอธิบาย เพื่อเผยแพร่ทั้งเป็นสิ่งพิมพ์ และผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ หากทำเป็นสื่อสองทางได้ยิ่งดี

8. เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Ottawa Charter for Health Promotion [online]. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986 [cited 2003 Jun 28]. World Health Organization; 1986. Available from: URL: <http://www.who.int/hpr/archive/docs/ottawa.html>
2. Labonte', R. Death of Program, Birth of Metaphor: the Development of Health Promotion in Canada. In: Pederson, A., O'Neill, M., Rootman, I. (eds.) Health Promotion in Canada. Provincial, National & International Perspectives. Toronto: W.B. Saunders Canada, 1994.
3. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ การสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาล เอกสารประกอบการประชุม 7 มกราคม 2546 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
4. Pelikan JM, Krajic K, Dietscher C. The health promoting hospital (HPH): concept and development. Patient Education and Counseling 45 (2001) 239-243.
5. กระทรวงสาธารณสุข มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และแบบประเมินตนเอง 2545 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

6. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2546), บทบาทหน้าที่ของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
7. อ่ำพล จินดาวัฒนะ. กระบวนทัศน์ใหม่ในการสร้างเสริมสุขภาพ วารสารสร้างเสริมสุขภาพ [ออนไลน์] 2547 [เข้าถึงเมื่อ 6 ก.ค. 2548]; 2(1-2): 55-67. เข้าถึงได้จาก: URL: <http://journal.amnach.org>
8. WHO. Health promotion glossary. [online]. [cited 2003 Jun 28]. Geneva: World Health Organization; 1998. Available from: URL: <http://www.who.int/hpr/archive/docs/ottawa.htmlk>
9. อำนาจ ศรีรัตนบัลล์. แนะนำหนังสือ Laverack G. Health Promotion Practice. Power & Empowerment. วารสารสร้างเสริมสุขภาพ [ออนไลน์] 2547 [เข้าถึงเมื่อ 6 ก.ค.2548]; 1 (1-2): 69-72. เข้าถึงได้จาก: URL: <http://journal.amnach.org>
10. Rootman I, Goodstadt M. McQueen et al. (ed.). Evaluation in Health Promotion: Principles and Perspectives. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000.
11. กรมอนามัย [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก <http://www.anamai.moph.go.th>
12. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. [ออนไลน์] รู้จัก พรพ. [เข้าถึงเมื่อ 31 ก.ค. 48] เข้าถึงได้จาก <http://www.ha.or.th>
13. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. [ออนไลน์] ข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ. [เข้าถึงเมื่อ 20 ก.ค.48] เข้าถึงได้จาก <http://www.moph.go.th>
14. อนุวัฒน์ ศุภชุตีกุล Roadmap to HA สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 2544.
15. อนุวัฒน์ ศุภชุตีกุล และคณะ. เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพ: คู่มือการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 2544.
16. อนุวัฒน์ ศุภชุตีกุล (บรรณาธิการ) Simplicity in a complex system. แนวคิดและประสบการณ์ สำหรับโรงพยาบาล. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 2545.
17. Michaelsen LK, Knight AB, Fink LD (eds.) Team-based learning. A transformative use of small group in college learning. Sterling, VA: Stylus Publishing; 2004.
18. Smith MK (1999) 'Learning theory', the encyclopedia of informal education. [online] [cited 20 Jul 2005] Available at URL: <http://www.infed.org/biblio/b-learn.htm>. Last updated January 30, 2005.
19. Smith MK (2001) 'David A. Kolb on experiential learning, the encyclopedia of informal education. [online] [cited 20 Jul 2005]. Available at URL: <http://infed.org/b-explrn.htm>. Last updated January 30, 2005.

20. Smith MK (2001) 'Chris Argyris: theories of action, double-loop learning and organizational learning', the encyclopedia of informal education. [online] [cited 20 Jul 2005] Available at URL: <http://www.infed.org/thinkers/argyris.htm>. Last updated January 28, 2005
21. Langley GJ, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. The Improvement Guide. A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance. San Francisco: Jossey-Bass; 1996.
22. Dick B. Action Research Resources. [online] 2003; [cited 2005 Jan 28] Available from: URL: <http://www.scu.edu.au/schools/gcm/ar/arhome.html>
23. Dick B, Swepson P. Appropriate validity and its attainment within action research: an illustration using soft systems methodology. [online] 2000 [cited Jan 28, 2005] Available from: URL: http://www.scu.edu.au/schools/gcm/ar/arp/sofsys2.html#a_ssm2_inqproc
24. Peter Checkland. Soft Systems Methodology: a 30-year retrospective. In: Peter Checkland and Jim Scholes. Soft Systems Methodology in Action. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd; 1999.
25. WHO Working Group. Putting HPH Policy into Action. Draft version 13.05.2003 [online]. WHO-EURO; 2003 [cited 2004 May 15]. Available from: URL: <http://www.hph-hc.cc/Download/HPH-Publications/Policy-Working-Group-Draft-May-2003.pdf>
26. โรงพยาบาลสงขลา. รายงาน “การดำเนินงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาล สงขลา” คณะกรรมการดำเนินงานฯ ตุลาคม 2546
27. อำนาจ ศรีรัตนบัลล์. บทบาทของโรงเรียนแพทย์ในการจัดการศึกษาด้านสร้างเสริมสุขภาพ. คำบรรยายในการสัมมนา “การสัมมนาและแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการศึกษาด้านสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียนแพทย์” กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย. 20 ธันวาคม 2547. [ออนไลน์] 2547 [เข้าถึงเมื่อ 29 ม.ค. 2548] เข้าถึงได้จาก <http://hahp.amnach.org>.

สารบัญภาคผนวก

(รายงานฉบับสมบูรณ์ ชุดโครงการวิจัยเรื่อง การใช้กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ
โรงพยาบาลเพื่อการพัฒนาบทบาทด้านการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล 1 สิงหาคม 2546 –
31 กรกฎาคม 2548)

	หน้า
ภาคผนวกที่ 1 รายชื่อโรงพยาบาล	80
ภาคผนวกที่ 2 กรณีศึกษา	82
ภาคผนวกที่ 3 รายงานการเยี่ยมโรงพยาบาล A	89
ภาคผนวกที่ 4 แบบจำลองที่หนึ่ง	94
ภาคผนวกที่ 5 แบบรวบรวมข้อมูล โครงการระยะที่สอง	101
ภาคผนวกที่ 6 ตารางที่ 1 กำหนดการเยี่ยมโรงพยาบาลกลุ่ม B	115
ภาคผนวกที่ 7 ข้อมูลโรงพยาบาลกลุ่ม B	116
ตารางที่ 2-1 ข้อมูลโรงพยาบาล B1	117
ตารางที่ 2-2 ข้อมูลโรงพยาบาล B2	124
ตารางที่ 2-3 ข้อมูลโรงพยาบาล B3p	131
ตารางที่ 2-4 ข้อมูลโรงพยาบาล B4p	139
ตารางที่ 2-5 ข้อมูลโรงพยาบาล B5p	148
ตารางที่ 2-6 ข้อมูลโรงพยาบาล B6	154
ตารางที่ 2-7 ข้อมูลโรงพยาบาล B7	166
ตารางที่ 2-8 ข้อมูลโรงพยาบาล B8p	180
ตารางที่ 2-9 ข้อมูลรวมโรงพยาบาลกลุ่ม B	185
ภาคผนวกที่ 8 แบบจำลองที่สอง	205
ภาคผนวกที่ 9 แบบประเมินการนำเสนอโปสเตอร์	218

ภาคผนวกที่ 1

รายชื่อโรงพยาบาลในเครือข่าย (เรียงตามลำดับตัวอักษร)

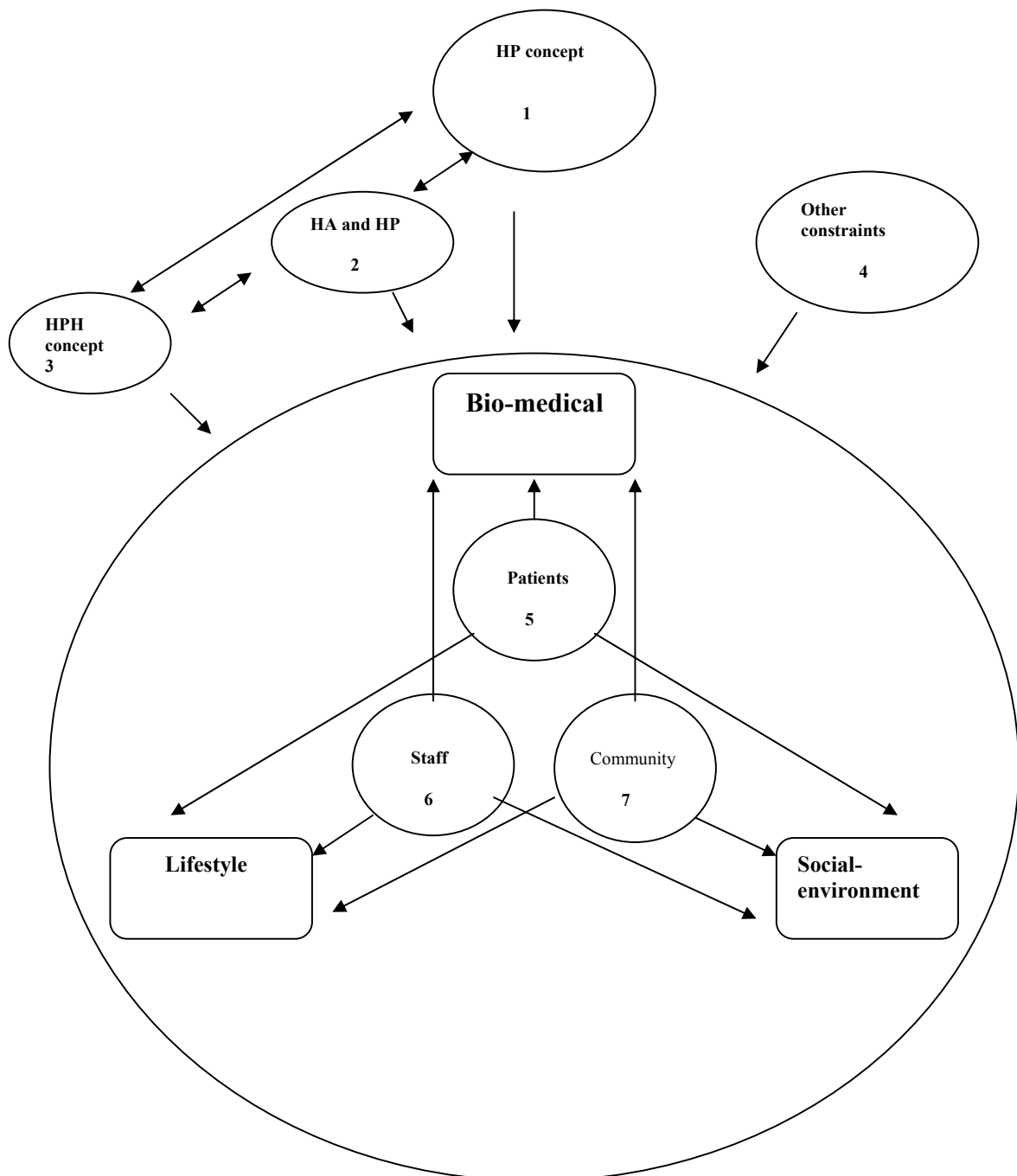
1. รพ.กมลไกรลาส จ. สุโขทัย
2. รพ.กะป้อ จ. ปัตตานี
3. รพ.กันตัง จ. ตรัง
4. รพ. ขามทะเลสอ จ. นครราชสีมา
5. รพ. ขามสะแกแสง จ. นครราชสีมา
6. รพ.คอนสาร จ.ชัยภูมิ
7. รพ.โคกสำโรง จ. ลพบุรี
8. รพ. จักราช จ. นครราชสีมา
9. รพ. จัตุรัส จ. ชัยภูมิ
10. รพ. จุฬาลงกรณ์ กรุงเทพ
11. รพ. เชียงรายประชานุเคราะห์ จ. เชียงราย
12. รพ. ไชยวาน จ. อุตรธานี
13. รพ.โชคชัย จ. นครราชสีมา
14. รพ.ด่านขุนทด จ. นครราชสีมา
15. รพ.สมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย จ. เลย
16. รพ. ตรอน จ. อุตรดิตถ์
17. รพ.ตราด จ. ตราด
18. รพ.ตากลิ จ. นครสวรรค์
19. รพ.ท่าวัง จ. ลพบุรี
20. รพ. ท่าหลวง จ. ลพบุรี
21. รพ.ไทรน้อย จ. นนทบุรี
22. รพ.สมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จ. นครพนม
23. รพ.นครนายก จ. นครนายก
24. รพ. นพรัตน์ราชธานี กรุงเทพ
25. รพ. นาโพธิ์ จ. บุรีรัมย์
26. รพ. นาโยง จ. ตรัง
27. รพ. โนนไทย จ. นครราชสีมา
28. รพ. ป่อไร่ จ. ตราด

29. รพ. บางละมุง จ. ชลบุรี
30. รพ.บ้านแพรง จ. อุดรธา
31. รพ.บึงคล้า จ. หนองคาย
32. รพ. บ้านกรวด จ. บุรีรัมย์
33. รพ. บ้านเขว้า จ. ชัยภูมิ
34. รพ. ปะเหลียน จ. ตรัง
35. รพ. ปักธงชัย จ.นครราชสีมา
36. รพ.ปากช่องนานา จ. นครราชสีมา
37. รพ.พนา จ. อำนาจเจริญ
38. รพ พานทอง จ ชลบุรี
39. รพ.ปากท่า จ อุดรดิติ
40. รพ. ภาชี จ อุดรธา
41. รพ.ย่านตาขาว จ ตรัง
42. รพ รัชฎา จ ตรัง
43. รพ ราษฎร์นิตี จ สงขลา
44. รพ. เรณูนคร จ นครพนม
45. รพ.ลับแล จ อุดรดิติ
46. รพ. ลาดบัวหลวง จ อุดรธา
47. รพ.ลาดยาว จ นครสวรรค์
48. รพ วังวิเศษ จ ตรัง
49. รพ. สงขลานครินทร์ จ สงขลา
50. รพ. สมิตเวชศรีนครินทร์ กรุงเทพฯ
51. รพ. สามพราน จ นครปฐม
52. รพ. สิเกา จ ตรัง
53. รพ. สีคิ้ว จ. นครราชสีมา
54. รพ. สุวรรณภูมิ จ. ร้อยเอ็ด
55. รพ.สูงเนิน จ. นครราชสีมา
56. รพ.หนองหาน จ อุดรธานี
57. รพ. หนองบุญมาก จ. นครราชสีมา
58. รพ. ห้วยแถลง จ. นครราชสีมา
59. รพ. ห้วยยอด จ ตรัง

ภาคผนวกที่ 2

กรณีศึกษา (โรงพยาบาลสงขลา)

1. ใช้ข้อมูลจากรายงาน “การดำเนินงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลสงขลา”
คณะกรรมการดำเนินงานฯ ตุลาคม 2546 หน้า 120 หน้า
2. ใช้หลักการตามที่เสนอไว้ในเอกสาร SSM5.doc ในการวิเคราะห์ ดังนี้



แนวทาง / กลุ่มเป้าหมาย	การแพทย์-การป้องกัน	วิถีชีวิต	สภาพแวดล้อม
5 ผู้ป่วย	1. กระบวนการดูแลรักษา เน้น การดูแลตนเอง และการมีส่วนร่วม สำหรับผู้ป่วยใน และผู้ป่วยคลินิกโรคเรื้อรัง (ซึ่งอยู่ในโรงพยาบาลนาน) 2. การคัดกรองโรค Pap smear, Thalassemia, HT, DM 3. การให้วัคซีนป้องกันโรค 4. Home health care ที่เน้นโรคเรื้อรัง การดูแลตนเอง และการมีส่วนร่วม	1. การออกกำลังกาย 2. อาหารและโภชนาการ 3. การเลิกบุหรี่ 4. การลดหรือเลิกเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 5. การเลิกยาเสพติด 6. อื่นๆ หากมี สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต	1. ความปลอดภัย สิ่งก่อสร้าง การจราจร อาหาร 2. การกำจัดขยะ และน้ำเสีย 3. การเป็นแบบอย่าง 5 ส. ร้านอาหาร การจราจร การแยกขยะ 4. การให้สุศึกษา และการรณรงค์เรื่องต่างๆ
6 บุคลากร	1. การคัดกรองโรค 2. การเฝ้าระวังการติดเชื้อ 3. อาชีวอนามัยอื่นๆ 4. การดูแลตนเอง	1. ใช้บริการที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตที่มีอยู่แล้วของโรงพยาบาล 2. จัดโปรแกรมเฉพาะหากจำเป็น	1. เช่นเดียวกับผู้ป่วย 2. สภาพแวดล้อมการทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพ 3. การมีส่วนร่วมในการจัดกระบวนการทำงาน
7 ชุมชน	1. บริการเชิงรุก ด้านการคัดกรองโรค และการให้วัคซีน 2. การดูแลผู้ป่วยในชุมชน ที่เน้นโรคเรื้อรัง การดูแลตนเอง และการมีส่วนร่วม และเชื่อมโยงกับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและสภาพแวดล้อม	1. ใช้บริการที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตที่มีอยู่แล้วของโรงพยาบาล 2. การสนับสนุนให้เกิดโครงการเกี่ยวกับวิถีชีวิต ในชุมชน	การสนับสนุนให้เกิดโครงการเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพในชุมชน

2.1. HP concept

โรงพยาบาลใช้แนวคิด “โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ” มีการนำเสนอบทความเรื่อง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ: มิติใหม่ของโรงพยาบาล โดย นายแพทย์บวร งามศิริอุดม และแพทย์หญิงสายพิน คุสมิทธิ ที่มา: วารสารการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม ปีที่ 22 ฉบับที่ 2 เม.ย. – มิ.ย.42. <http://www.anamai.moph.go.th/factsheet/academic/222/22202.html>

ยังไม่สามารถหาคำตอบที่ต้องการ ได้แก่

- **HP คืออะไร**
- **Target ของ HP**
- **Outcome ของ HP**
- **? KAP**
- **ข้อขัดข้อง**

ซึ่งคงเป็นส่วนที่ต้องได้จากการสัมภาษณ์

2. 2. HA and HP

โรงพยาบาลฯ มีการดำเนินงานเรื่อง HA อยู่ด้วย และตั้งเป้าไว้ว่าจะผ่านการรับรอง HA ภายในปี 2546 แต่การดำเนินงานเรื่อง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเกือบทั้งหมดแยกต่างหาก จาก HA มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานขึ้นมา 5 ชุด ได้แก่

- (1) คณะกรรมการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพ HPH
- (2) คณะทำงานส่งเสริมสุขภาพเจ้าหน้าที่
- (3) คณะทำงานส่งเสริมสุขภาพผู้มารับบริการ ผู้ป่วย/ญาติ
- (4) คณะทำงานส่งเสริมสุขภาพในชุมชน
- (5) คณะทำงานพัฒนาสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ

มีการระบุไว้ในเรื่อง “การทำแผนงาน / แผนปฏิบัติการที่สอดคล้องกับการดำเนินงาน HPH ว่า 1. การบรรจุแผนงาน HPH ในแผนยุทธศาสตร์ของ HA โดยมีกลยุทธ์ต่อไปนี้

- สื่อสาร/กระจายนโยบายการพัฒนาเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
- ส่งเสริมการปรับพฤติกรรมสุขภาพเจ้าหน้าที่
- ระบบส่งต่อ
- การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
- การป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพในชุมชน
- การตรวจสุขภาพปีละครั้ง
- การป้องกันความเสี่ยงที่เกิดจากการปฏิบัติหน้าที่”

มีการแสดงให้เห็นความเชื่อมโยงกับงานประจำไว้ในเรื่อง “กลไก การกำกับดูแล และ ติดตามประเมินผลการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพ” ว่า “ได้เพิ่มกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเข้า

ไปในงานประจำ ของแต่ละหน่วยงาน ดังนั้นกลไก การดูแล กำกับ และติดตามประเมินผล จึงเป็นบทบาทสำคัญของหัวหน้าหน่วยงานทุกหน่วย...”

รายงานนำเสนอเรียงลำดับตามองค์ประกอบในเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เป็นที่น่าสนใจที่ว่า วิสัยทัศน์ พันธกิจ ปรัชญา และนโยบาย ค่านิยม เข้มมุ่มมิได้กล่าวถึงการส่งเสริมสุขภาพ แต่มีกล่าวไว้ในเป้าประสงค์ ว่า 1. จัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพ ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล ให้เป็นที่พึงพอใจ ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ” และกล่าวถึงอีกครั้งใน ข้อ 5. HPH ว่า “พัฒนาสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ”

จากรายงานพอแสดงให้เห็นว่า

- ความสัมพันธ์ระหว่าง HA and HP มีน้อยมาก
- HA ช่วย HP ด้านไหน อย่างไร คงยังตอบไม่ได้ น่าจะหาข้อมูลเพิ่มเติม

3. HPH concept

- KAP ต่อ HPH
- ข้อขัดข้อง

คำถามทั้งสองข้อคงต้องการคำตอบจากการสัมภาษณ์ แต่จากรายงานเห็นได้ว่า พยายามจะดำเนินการตามเกณฑ์มาตรฐาน และมีการแสวงหาความรู้เพิ่มเติมเช่น “การเชิญวิทยากรจากกรมอนามัย และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ความรู้แก่บุคลากร ในเรื่องการทำนุงานตามนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เช่น โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการสร้างพลัง (Empowerment) เทคนิคสำคัญในการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และการเสวนา ‘โรงพยาบาลสงขลา สู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ’ เป็นต้น”

4. Other constraints

- ปัญหาอุปสรรค และข้อขัดข้องอื่น ๆ (ค่านิยม ลักษณะเฉพาะของโรงพยาบาล และข้อจำกัดอื่น ๆ)

คำถามข้างต้นไม่มีข้อมูล อาจต้องอาศัยการสัมภาษณ์

5. Patients

- งาน HP สำหรับผู้ป่วย ทั้งด้าน 5.1 biomedical, 5.2 lifestyle, 5.3 socio-environmental (ดูตาราง)
- ใช้อะไรเป็น outcome
- HA มีส่วนช่วยหรือไม่ อย่างไร

แสดงข้อมูลไว้ในองค์ประกอบที่ 5 การส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้รับบริการและครอบครัว ที่มารับบริการในโรงพยาบาล ว่า “ได้จัดทำโครงการต่างๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้มารับบริการใน โรงพยาบาล ดังต่อไปนี้” รวม 52 รายการแต่ไม่มีรายละเอียดมากไปกว่าชื่อโครงการ ไม่อาจตอบคำถามข้างต้นได้

6. Staff

- งาน HP สำหรับบุคลากร ทั้งด้าน 6.1 biomedical, 6.2 lifestyle, 6.3 socio-environmental (ดูตาราง)

- ใช้อะไรเป็น outcome

- HA มีส่วนช่วยหรือไม่ อย่างไร

แสดงข้อมูลไว้ในองค์ประกอบที่ 4 การส่งเสริมสุขภาพสำหรับบุคลากรโรงพยาบาล มีเฉพาะรายชื่อโครงการ 24 รายการ และมีรายชื่อชมรมของบุคลากร 8 ชมรม

7. Community

- งาน HP สำหรับชุมชน ทั้งด้าน 7.1 biomedical, 7.2 lifestyle, 7.3 socio-environmental (ดูตาราง)

- ใช้อะไรเป็น outcome

- HA มีส่วนช่วยหรือไม่ อย่างไร

แสดงข้อมูลไว้ในองค์ประกอบที่ 6 การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน มีเฉพาะรายชื่อโครงการ 44 รายการ จากชื่อโครงการอาจจะพอจัดกลุ่มให้เห็นภาพรวมได้ดังนี้

Biomedical –

การตรวจสุขภาพทั่วไปให้แก่คนทำงานในสถานประกอบการ

ให้คำปรึกษาแนะนำด้านสุขภาพแก่พนักงานในโรงงาน

คลินิกเวชกรรม

โครงการยาสมุนไพร

Home health care –

โครงการควบคุม ป้องกันโรคในชุมชน

โครงการดูแลสุขภาพผู้ป่วยวัณโรคสู่ชุมชน (DOTS)

โครงการให้การรักษายาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ พอ.สว.

คัดกรอง รณรงค์ มะเร็ง เต้านม ปากมดลูก

คัดกรอง รณรงค์ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน

การให้ภูมิคุ้มกันโรคตามกลุ่มอายุ
รณรงค์วัคซีนป้องกันโปลิโอเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี
นวดแผนไทย

Lifestyle –

ส่งเสริมการออกกำลังกายในสถานประกอบการ
โครงการขยับกายสบายชีวี ด้วยท่าฤๅษีตัดต้นสำหรับผู้สนใจ
โครงการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการเด็ก 0-5 ปี ในชุมชน
ติดตามผู้ป่วยยาเสพติดหลังการรักษา
ติดตามเยี่ยมครอบครัวผู้ป่วยยาเสพติด ของสถานบริการในเครือข่าย
อบรมเจ้าหน้าที่ อสม ในเรื่องแก้ไขปัญหายาเสพติด
จัดบอร์ดนิทรรศการให้ความรู้เรื่องยาเสพติด
สนับสนุนให้ประชาชนใช้บริการใกล้บ้านใกล้ใจ
โครงการสวมหมวกกันน็อค รณรงค์อุบัติเหตุ
รณรงค์สุขบัญญัติ
รณรงค์วันงดสูบบุหรี่โลก
โครงการ สุขใจ วัยใส
ศูนย์วัยวัฒนา
กิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพในชุมชน โรงเรียน
วันทันตสาธารณสุข

Socio-environmental -

ชมรมสร้างสุขภาพในชุมชน
โครงการสร้างเสริมสุขภาพใจในชุมชนโดยชุมชน
ค้นหาปัญหา จัดทำโครงการแก้ไขปัญหามหาในชุมชน
ตลาดนัดส่งเสริมสุขภาพเดือนละ 1 ครั้ง
รณรงค์กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย
ชมรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

อื่นๆ

จัดรายการวิทยุเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
โครงการชมรมสร้างสุขภาพ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสงขลา
งานอนามัยโรงเรียน
อบรมเพิ่มศักยภาพ อสม ผู้นำชุมชน

เผยแพร่ประชาสัมพันธ์เรื่องการดูแลสุขภาพ
การดูแลสุขภาพส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มอายุ

เอกสารอ้างอิง

รายงาน “การดำเนินงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลสงขลา” คณะกรรมการ
ดำเนินงานฯ ตุลาคม 2546

17 พฤศจิกายน 2546

ภาคผนวกที่ 3

รายงานการเยี่ยมโรงพยาบาล A

สรุปประเด็นจากการสัมภาษณ์

1. ความเข้าใจในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพในมุมมองของทีม รพ. A

ผู้บริหาร : HP = การดูแล ผู้ป่วย แบบองค์รวมทั้งเชิงรุก – เชิงรับ โดยพัฒนาทีมงานให้เข้าถึง
การบริการทุกด้าน โดยรูปแบบ การจัด PCU และเวชศาสตร์ครอบครัว

ผู้ปฏิบัติ : HP = การทำงานเชิงรุกร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล กับ สสอ. ในรูปแบบ
หน่วยเคลื่อนที่ / การเยี่ยมบ้าน Home Health Care โดยรวมไปถึงการดูแล

ด้าน + เศรษฐกิจ และจิตใจด้วย การตรวจสุขภาพ

สรุป : HP = ในมุมมอง A หมายถึง การทำงานร่วมกันระหว่างรพ. + สสอ.

เพื่อดูแลผู้ป่วย แบบองค์รวมทั้งเชิงรุก และเชิงรับโดยมีเป้าหมายการให้บริการเพื่อ
ประชาชนเข้าถึงบริการทุกด้านโดยรูปแบบการจัด PCU และเวชศาสตร์
ครอบครัว

2. กลุ่มเป้าหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ ในมุมมอง ทีมโรงพยาบาล A

การระบุเป้าหมาย และกิจกรรมของการสร้างเสริมสุขภาพมีมุมมองที่แตกต่างกันในระหว่าง
ทีมงาน กลุ่มการพยาบาล และ PCU แต่สิ่งที่เหมือนกันก็คือ ทั้ง 2 กลุ่มระบุกลุ่มเป้าหมายของ
HP คือ กลุ่มอายุ ตั้งแต่เกิดจนตาย (Age group oriented)

กิจกรรมสร้างสุขภาพ

ฝ่าย / กลุ่ม	กิจกรรมเกี่ยวกับ PT	ญาติ	บุคลากร (จนท.+ คค)	ชุมชน	สรุปความคิด/ ความรู้สึก/ ความคาดหวัง ต่อ HP
กลุ่มการ พยาบาล	- การให้<u>สุขศึกษา</u> <u>เกี่ยวกับโรคที่เป็น</u> / อาหาร / Self Care - การให้ข้อมูลเกี่ยวกับ การปฏิบัติตนที่ถูก ระเบียบและไม่เกิด อันตราย - การตรวจ 7 วันหลัง คลอด (เป็นงานช่วย PCU) -การถาม-ตอบกลับ -PT DM / HT ต้องไม่ RE- Admitใน30 วัน	- การให้สุขศึกษา โดยการสอน- ฝึก ปฏิบัติในรายที่ต้อง ดูแลต่อเนื่อง เช่น ดูแลตนเองไม่ได้	- การตรวจ สุขภาพ จนท.	-ไม่มีคิดว่า ควรเป็น หน้าที่ของทีม PCU	คิดว่างาน HP ในบทบาทของ พยาบาล คือ การให้สุขศึกษา คนไข้ การรักษา / พันฟู และ การตรวจสุขภาพ จนท. เป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วย รู้ เรื่องโรคอาการ การรักษา ป้องกันโรคที่เป็น และญาติ สามารถ ดูแล PT ที่ต้องดูแล ต่อเนื่องได้ - คิดว่างานสร้างสุขภาพใน กลุ่มต่างๆ และชุมชนเป็น หน้าที่ของ PCU (จากคำพูด ที่ว่า” เป็นงานช่วย PCU บทบาทจริง เป็นไปตามข้อมูล ข้างต้น
<u>PCU</u>	- การจัดคลินิกบริการ ANC, WBC, FP, PP ตรวจมะเร็งเต้านม / ปาก มดลูก -การให้สุขศึกษา -การค้นหาญาติที่มีความ เสี่ยงจากกลุ่ม ผู้ป่วยที่มา รพ.โดยเริ่มจากผู้ป่วย DM, HT	-การค้นหาญาติที่มี ความเสี่ยงจากกลุ่ม ผู้ป่วยที่มา รพ.หรือ ญาติที่มากับผู้ป่วย	-กิจกรรม HP กับ บุคลากรเป็น บทบาทของ ทีมงานต่างๆโดย มีกิจกรรมดังนี้ -ตรวจสุขภาพ ตามเกณฑ์ กระทรวง -เคยมีชมรมออก กำลังกายแต่ล้ม ไปแล้วเนื่องจาก เจ้าหน้าที่ไป-กลับ -นโยบาย ผอ.เดิม ให้ลดบุหรื/เหล้า และไม่สูบบุหรื ใน รพ.ยังคงอยู่	1 ตรวจสุขภาพ 2 ให้ความรู้ 3 จัดตั้งชมรม ออกกำลังกาย กิจกรรม ตรวจสุขภาพ 4 การอบรม ให้ความรู้ กลุ่มต่างๆ เช่น พระ ผู้นำ, อสม., เพื่อเสริม ศักยภาพการ ดูแลตนเอง+ ชุมชน	<u>ความหมาย</u>HP ในมุมมองของทีม PCU HP: การส่งเสริมสุขภาพกาย ใจ สังคม เพื่อให้เขาดูแลตน เองได้ ดูแลครอบครัวเขาได้ <u>Idea</u> (ความคิดไม่ตรงกัน ระหว่างจกท.รพ.กับ PCU 1 จกท รพ.มองว่า งาน HP เป็นเรื่องของ PCU ทำให้ PCU ต้องรับผิดชอบทุกกลุ่ม ที่มาเกี่ยวข้องกับ รพ.เช่น มี ผู้ป่วย จุกเงินให้ทีม PCU ออกไปรับ ผู้ป่วยในพื้นที่ รับผิดชอบ 2 มีการมองว่า PCU มีค่า ตอบ แทนพิเศษในการทำ งานสร้างสุขภาพ จึงควรรับ ผิดชอบงานสร้างสุขภาพเอง

				5 การเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลผู้ป่วย, ญาติกลุ่มเป้าหมาย ทุกมิติ 6 กิจกรรมในโรงเรียนโดย -การอบรม, ให้ความรู้ตามความต้องการ ความต้องการ การของครู-นักเรียน -การจัดกลุ่มดูแลตนเอง -กลุ่มตรวจบอแรกซ์ 7 กิจกรรมการให้ความรู้และสร้างสุขภาพตาม Core Package UC	<u>Feeling (ความรู้สึกของ จนท.PCU)</u> - รู้สึกว่าทีมงานน้อย ภาระงานมาก - รู้สึกมีความสุข /มีคุณค่าที่ได้ทำงานกับชุมชนและได้รับการยอมรับ <u>Expectation</u> -ผู้บริหารให้การสนับสนุนงบประมาณ เพื่อการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน และ สวัสดิการ ในการทำงาน ชุมชน -ผู้บริหารให้ความสำคัญกับผู้นำชุมชนในเชิงสังคมเช่นไปร่วมงานบุญเป็นบางครั้ง เพื่อสร้างความเชื่อมั่น – ศรัทธา – รู้สึกเป็นทีมเดียวกัน เพื่อความร่วมมือของ ชุมชน <u>บทบาทในการทำงาน PCU</u> (ตามข้อมูลข้างต้น) <u>ความรู้ในการทำงาน HP</u> ได้จากการอบรมการเรียนรู้ จากรุ่นพี่ที่ทำงานก่อน , การอ่านเอกสาร / คู่มือ <u>การดำเนินแนวทางในการทำงาน HP</u> -กำหนดตามชุดสิทธิประโยชน์ -ตามความต้องการของชุมชน
--	--	--	--	---	---

สรุปสิ่งที่ค้นพบ	สิ่งที่เรียนรู้
<u>1. มุมมองวิธีคิด และความเข้าใจเรื่อง HP</u> - งาน HP ควรเป็นบทบาทของ PCU - งาน HP บางกิจกรรมที่ทำโดยพยาบาลในองค์กร N เป็นงานฝากหรืองานช่วย <u>2. เป้าหมายของ HP</u> - ตั้งแต่เกิดจนตาย ทุกกลุ่มอายุ - กลุ่มเสี่ยงต่างๆตามนโยบาย เช่นวัยรุ่น - กลุ่มผู้ป่วย <u>3. กิจกรรม HP</u> - กิจกรรม HP เป็นไปตามบทบาท / ภาระงานและมุมมอง วิธีการคิดและนโยบาย - กลุ่มการพยาบาล เน้น HP ในกลุ่ม PT โดยกิจกรรมของ HP คือการให้สุขศึกษา , การให้ข้อมูล การสอนญาติ ดูแล PT เมื่อกลับบ้านซึ่งอิงตามมาตรฐาน HA - PCU เน้น HP ในการบริการในรพ. และชุมชนโดยจัดกิจกรรม HP คือ การให้ความรู้ / อบรม กลุ่มชุมพลึงในชุมชน เช่น พระ ผู้นำ อสม การเยี่ยมบ้าน การจัดตั้งชมรม การทำกิจกรรมใน Setting ต่างๆ <u>4. ความมุ่งหมาย</u> - มีการกำหนดเจตจำนงความมุ่งหมายในเรื่อง HP ทั้งใน PCU และ IPD (จากสรุปข้อมูลสำคัญของหน่วยงาน) - ไม่มีการกำหนดความหมายของ HP ในการนำไปสู่การปฏิบัติการของหน่วยงาน แต่มีการกำหนดกิจกรรม HP จากเจตจำนงและความมุ่งหมาย เช่น	1. มีมุมมองที่แตกต่างของทีม PCU และกลุ่มองค์กรพยาบาลในเรื่องบทบาทหน้าที่ของงาน HP ใน - นอกรพ. 2. เป้าหมายของ HP เป็นไปตามบทบาทภาระที่ มุมมองในการรับรู้เรื่อง HP ของทีมบางกรวยคือ การทำงาน HP กับกลุ่มเป้าหมายตั้งแต่เกิด จนตาย ทุกกลุ่มอายุ <u>Discussion</u> มิติมุมมองด้านเป้าหมาย HP ทีมบางกรวยไม่กล่าวถึง - PT และญาติ - จนท. และครอบครัว - ชุมชน แต่มีการกล่าวถึงกิจกรรม เมื่อมีการถามนำตามประเด็น 3. การกำหนดกิจกรรม HP เป็นไปตามวิธีการคิด และนโยบาย ตลอดจนบทบาทและภาระงาน กิจกรรม HP รพ. เป็นดังนี้ - การสุขศึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยรู้โรคที่เป็นอยู่ และการดูแลตนเอง (Disease Oriented) - การให้ความรู้ ผู้นำ – ชุมพลึง ในชุมชน เพื่อ Empowerment (Team building) - การเยี่ยมบ้าน / ครอบครัว (Family Oriented) - การจัดกิจกรรมใน Setting ต่างๆ เช่น รร , วัด , ชุมชน (Community Oriented) 4. หน่วยงานต่างๆมีการกำหนดเจตจำนงความมุ่งหมายในมิติ HT เพื่อให้ครอบคลุมการบริการตามแนวคิด Comprehensive หรือ Integrated Care แต่ขาดการ Define ให้ความหมาย หรือกำหนดภาระกิจขององค์กรในการผสมผสาน HP ลงไปในกิจกรรมของหน่วยงาน และ

สรุปสิ่งที่ค้นพบ	สิ่งที่เรียนรู้
เมนูอาหารของ แผนก IPD 5. กิจกรรม HP ในมุมมองของชาวบ้าน - กิจกรรมที่ทีม PCU ลงไปปฏิบัติในชุมชน เกิดผลกระทบอะไรต่อชุมชน 1. บทบาทของจนท. ศสช. ในการเยี่ยมบ้านในภาพของชาวบ้านคือ เข้ามาพูดคุย และนำลูกน้ำ / ยุงลายและแจกทรายอะเบต 2. การจัดกลุ่มออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นภาพที่ชุมชนมองเห็นแต่ยังไม่รู้สึกเป็นเจ้าของและมีส่วนร่วมมากนัก 3. ประชาชนได้รับคำแนะนำเรื่อง อ้วนทำให้เกิดโรคจาก คลินิกแพทย์เอกชน	รพ. ซึ่งการที่เป็นเช่นนี้อาจเพราะ 2.ขาดประสบการณ์ในการผสมผสานงาน HP ลงในหน่วยงาน 3.รู้สึกว่าภาระงานด้านอื่นมากอยู่แล้ว หากทำ HP อีก จะเพิ่มภาระงานทำไมไหว 4.หรืออื่นๆ ซึ่งคงต้องตามลงไปหาคำตอบอีกครั้ง 5. HP ในมุมมองของชาวบ้าน - งานHP ของ จนท .เป็น Project -base หรือ Program-base ตามนโยบาย เช่น ออกกำลังกายสูงอายุ แจกทรายอะเบต รณรงค์ลูกน้ำยุงลาย

ข้อเสนอครั้งต่อไป

- ควรมีการเก็บข้อมูลเบื้องต้นในแง่ความเป็นมา และ บริบท รพ.เพื่อนำมาใช้ประกอบการอธิบายความเป็นไป

แบบจำลองที่หนึ่ง (Model I)

รูปแบบโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพที่ควรจะเป็น
(A desirable health promoting hospital model)

ชุดโครงการวิจัยเรื่อง การใช้กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ
โรงพยาบาลเพื่อการพัฒนาบทบาทด้านการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล ⁽¹⁾

การสร้างแบบจำลอง ทำตาม Soft Systems Methodology ⁽²⁾ โดยใช้วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยที่ว่า “ศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลที่ผ่านการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลแล้ว เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการพัฒนาคุณภาพกับการสร้างเสริมสุขภาพ และปัจจัยอื่นๆที่อาจเกี่ยวข้อง รวมทั้งความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดของการสร้างเสริมสุขภาพ” นำมา นิยามกิจกรรมที่จะใช้เป็นพื้นฐานของแบบจำลอง ในรูปแบบ “To do P by Q to achieve R” เป็นคำ นิยามว่า “ให้บริการและ/หรือจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (HP) โดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพ (HA) เพื่อสุขภาพที่เพิ่มขึ้นของประชากรกลุ่มเป้าหมาย” โดยคำนึงถึงปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

Customer – กลุ่มเป้าหมาย – ผู้ป่วยและญาติ บุคลากร ชุมชน

Actors – บุคลากร

Transformation – ให้บริการและ/หรือจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้กระบวนการ HA

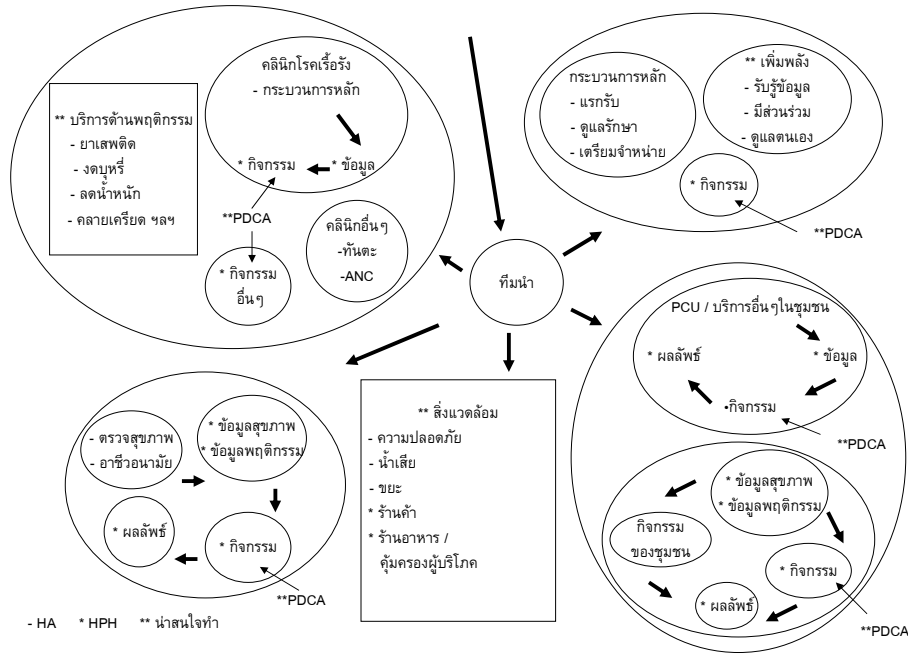
World view – โลกทัศน์ที่ใช้ มีกระบวนการ HA ⁽³⁾ เป็นแกนหลัก HPH ยุโรป ⁽⁴⁾ เป็นแนวคิด และมาตรฐาน HPH กรมอนามัย ⁽⁵⁾ เป็นกรอบ

Owner – ผู้บริหารโรงพยาบาล

Environment – นโยบาย และสถานการณ์ (ระดับชาติ หน่วยเหนือ ชุมชน และโรงพยาบาล)

แบบจำลองนี้ เป็นเสมือนรูปแบบของโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพที่ควรจะเป็น (Desirable health promoting hospital) แบ่งการนำเสนอเป็น 3 ด้านด้วยกัน คือ ด้านโครงสร้างการ ดำเนินการ ด้านเนื้อหา และด้านกระบวนการ (โปรดพิจารณาประกอบไปกับแผนภาพ) ดังนี้

แนวคิด วิสัยทัศน์ พันธกิจ นโยบาย สังคม วัฒนธรรม ฯลฯ



1. ด้านโครงสร้างการดำเนินการ

ใช้โครงสร้างการดำเนินการของ HA เป็นหลักในการให้บริการและ/หรือจัดกิจกรรม HP

1.1 ทีมหน้า รับทราบนโยบายและปัจจัยภายนอกอื่นๆ รวมทั้งนโยบายและปัจจัยภายในของโรงพยาบาล เพื่อส่งผ่าน**ทีมคุณภาพ** และ**ทีมคร่อมสายงาน**ต่าง ๆ รวมทั้งการสื่อสารสองทาง และการติดตามผล

1.2 กลุ่มเป้าหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้ง HPH ยุโรป และ HPH กรมอนามัย มีกลุ่มเป้าหมายสามกลุ่มตรงกัน ได้แก่ บุคลากร ผู้ป่วย และชุมชน

HPH ยุโรป เน้นเรื่องผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และใช้แนวคิดการเพิ่มพลังอำนาจ (Empowerment) พยายามเชื่อมโยงทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแม้แต่การรักษาให้เป็นการสร้างเสริมสุขภาพ เรียกได้ว่าบูรณาการ HP เข้าไปในการดูแลผู้ป่วยโดยสมบูรณ์ และสนใจบุคลากรมากเป็นพิเศษด้วย โดยมีเป้าหมายให้เป็นที่ทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy workplace)

HPH กรมอนามัยเน้นเรื่องคนที่ไม่เจ็บป่วย ได้แก่ญาติและชุมชน การดำเนินงาน HP จึงเน้นกิจกรรมที่อาจจะช่วยลดการเจ็บป่วย เช่น การออกกำลังกาย การให้สุศึกษา การคัดกรองและการป้องกันโรค เป็นต้น แม้แต่ผู้ป่วยก็ถูกนำมาเกี่ยวข้องกับกิจกรรมเหล่านี้โดยมิได้เชื่อมโยงกับ

บริการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ การบูรณาการ HP เข้ากับการดูแลรักษาหากมีก็ยังไม่สนิทนัก เรื่องชุมชนก็เป็นอีกเรื่องหนึ่งที่เห็นเด่นชัดว่า โรงพยาบาลถูกคาดหวังให้มีบทบาทในการดูแล สุขภาพชุมชนอย่างครบวงจร

HPH ยุโรป ให้ความสนใจกับญาติและชุมชนในฐานะ Bystanders เท่านั้น มิได้หวังผลมากนัก โรงพยาบาลมิได้มีหน้าที่รับผิดชอบต่อชุมชนที่ยังไม่เจ็บป่วย แต่เน้นเรื่องการเชื่อมโยงติดต่อ ร่วมมือกับบริการหรือโครงการที่มีอยู่แล้วในชุมชน ทั้งสำหรับผู้ป่วยและบุคลากร เช่น เรื่องการเดินทางมายังโรงพยาบาล หรือสถานที่ออกกำลังกายในชุมชน และในแง่การให้ความร่วมมือกับ ชุมชน เช่น การอำนวยความสะดวกให้ยืมสถานที่เพื่อจัดการประชุม สถานที่เพื่อการออกกำลังกาย รวมทั้งการมีส่วนร่วมกับกิจกรรมอื่นๆในชุมชนที่โรงพยาบาลจะสามารถเข้าไปมีบทบาทได้ เป็นต้น

การทบทวนข้างต้นต้องการแสดงให้เห็นมุมมองที่กว้างขึ้น เห็นโอกาสของ HP มากขึ้น ใน รูปแบบโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพนี้จะรับบทบาทของโรงพยาบาลมาทั้งส่วนที่กล่าวถึงใน HPH ยุโรปและ HPH กรมอนามัย รวมทั้งที่มีอยู่ใน HA แล้วด้วย อาจดูว่ามาก แต่ส่วนที่ทับซ้อนกันมี มากกว่าดังจะแสดงให้เห็นในด้านเนื้อหา

กลุ่มผู้ป่วยจะแบ่งเป็นสองส่วน เนื่องจากในทางปฏิบัติมีการแยกเป็นผู้ป่วยในและผู้ป่วย นอกชัดเจน การให้บริการและการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ส่วนมากแยกจากกัน

1.3 สิ่งแวดล้อม เป็นประเด็น HP ที่สำคัญประเด็นหนึ่ง ทั้ง HA HPH ยุโรป และ HPH กรม อนามัยต่างก็ให้ความสำคัญ

1.4 พฤติกรรมสุขภาพ เป็นประเด็นที่คู่กับสิ่งแวดล้อม ที่ HP ให้ความสำคัญ ทั้ง HPH ยุโรปและ HPH กรมอนามัย เนื่องจากมีคลินิกเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ที่แผนกผู้ป่วยนอกจึง วางตำแหน่งไว้ที่นั่น

2. ด้านเนื้อหา

เป็นส่วนที่จะแสดงให้เห็นถึงบริการและหรือกิจกรรม HP รวมทั้งความสัมพันธ์หรือไม่ สัมพันธ์กับกระบวนการ HA

2.1 บุคลากร

โรงพยาบาลที่ผ่าน HA แล้ว ควรจะมีการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับ HP ในประเด็นเหล่านี้ ครบถ้วน ได้แก่

2.1.1 การตรวจสุขภาพ

2.1.2 อาชีวอนามัย

HPH ยุโรป ให้ความสำคัญกับแนวคิดเรื่องการเพิ่มพลังอำนาจ (Empowerment) ซึ่งเป็น หลักการสำคัญของ HP ที่จะช่วยให้คนเพิ่มความสามารถในการควบคุมสุขภาพของตนได้⁽⁶⁾ โดย แนะนำให้โรงพยาบาลดำเนินการโดยใช้ยุทธศาสตร์ 6 ประการ ได้แก่ 1) การดูแลตนเอง 2) การมี

ส่วนร่วม 3) การเน้นโรคเรื้อรัง 4) การเชื่อมโยงกับเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ 5) การเชื่อมโยงกับเรื่องสิ่งแวดล้อม และ 6) การเชื่อมโยงกับชุมชน ซึ่งใช้ได้กับกลุ่มเป้าหมายทั้งสามกลุ่ม ในด้านบุคลากร การจะเน้นเรื่องการมีส่วนร่วมของบุคลากรเป็นพิเศษ ในทุกๆ เรื่องที่จะมีผลต่อสุขภาพของบุคลากร โดยคาดว่าจะมีผลสะท้อนกลับไปเป็นการทำงานที่ดี เป็นผลดีต่อกลุ่มเป้าหมายอื่นด้วย ในประเด็นนี้ ควรกล่าวไว้ ณ ที่นี้ด้วยว่า กระบวนการ HA เน้นเรื่องการเรียนรู้จากการทำงาน และเรื่องการทำงานเป็นทีม จึงเป็นกระบวนการที่เพิ่มพลังอำนาจให้กับบุคลากร ⁽⁷⁾ จึงอาจถือได้ว่าบุคลากรในโรงพยาบาลที่มีกระบวนการ HA คู่กันกับกระบวนการเพิ่มพลังอำนาจอยู่แล้ว

HPH กรมอนามัย มีความคาดหวังสูงจากบุคลากรเช่นกัน รวมถึงการให้เป็นแบบอย่าง และมีเรื่องที่ต้องแสดงให้เห็นเป็นรูปธรรม 3 ประการ ได้แก่ 1) การมีข้อมูลสุขภาพ (มีตาม HA แล้ว) 2) การมีข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ และ 3) การจัดให้มีกิจกรรม

ตามหลักการพัฒนาต่อเนื่องของ HA กิจกรรมทั้งหลายควรมีการติดตามผลอย่างเป็นระบบ (PDCA) เพื่อการแก้ไขปรับปรุงเปลี่ยนแปลงกิจกรรมนั้นให้ดีขึ้นหรือยกเลิกไปหากไม่เกิดผลที่ต้องการหรือไม่มีความจำเป็นแล้ว และจะทำมีผลลัพธ์ที่จะเป็นองค์ประกอบที่ 7 ตามมาตรฐาน HPH กรมอนามัยด้วย

2.2 ผู้ป่วยใน

HA ส่งเสริมให้เกิด การดูแลรักษาเป็นทีมสหสาขา การดูแลแบบองค์รวม และการดูแลอย่างต่อเนื่อง และมีกระบวนการหลักในการดูแล ตั้งแต่แรกเริ่ม ระหว่างอยู่โรงพยาบาล และเตรียมจำหน่าย

HPH ยุโรป เน้นเรื่องผู้ป่วย ส่วนหนึ่งด้วยเจตนาที่จะใช้ HP เป็นยุทธศาสตร์ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย จึงบูรณาการ HP เข้าไปในทุกขั้นตอนของการดูแลรักษา ตามยุทธศาสตร์ 6 ประการที่กล่าวถึงแล้วข้างต้น ตั้งแต่การดูแลตนเองในระหว่างอยู่โรงพยาบาล เพื่อมิให้สุขภาพส่วนอื่น (การกิน การนอน จิตใจ ฯลฯ) ทรุดโทรมไปมากกว่าที่เกิดจากโรคที่เป็นอยู่ การมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาของแพทย์และพยาบาล ตั้งแต่การรับรู้ข้อมูล การมีส่วนร่วมในกระบวนการวินิจฉัยและกระบวนการรักษา การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เป็นต้น ซึ่งจะทำให้ผลการรักษาดีขึ้น การเน้นเรื่องโรคเรื้อรัง เนื่องจากแม้กลับจากโรงพยาบาลแล้วยังต้องมีการดูแลต่อ การเชื่อมโยงเรื่องสิ่งแวดล้อมเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยง เพื่อสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และเพื่อการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การเชื่อมโยงกับเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าโรคที่เป็นอยู่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ และการเชื่อมโยงกับชุมชน เพื่อการเตรียมตัวกลับไปอยู่ในชุมชน ทั้งในด้านการดูแลต่อเนื่อง การดูแลตนเองในสภาพแวดล้อมที่บ้านและชุมชน รวมทั้งการติดต่อกับหน่วยบริการต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชน

เมื่อย้อนกลับมาพิจารณากระบวนการดูแลตาม HA ในโรงพยาบาล จะพบว่า มีเรื่องการดูแลตนเอง (คำแนะนำเมื่อแรกเริ่มเรื่องการปฏิบัติตัวในระหว่างที่อยู่โรงพยาบาล สิ่งของเครื่องใช้

และความปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ประเด็นอื่นๆมักจะกล่าวถึงเรื่องที่เกี่ยวข้องกับโรค) การรับรู้ข้อมูล (ในนามของสิทธิผู้ป่วย หรือเรื่องสุขภาพ) การเห็นโรคเรื้อรัง การดูแลต่อเนื่องและการเชื่อมโยงกับการดูแลในชุมชน จะปรากฏชัดในการเตรียมจำหน่าย เรื่องพฤติกรรมสุขภาพอาจปรากฏในสุขภาพก่อนกลับบ้าน ดังนั้นหากทำความเข้าใจว่าเรื่องเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของ HP และปรับให้เป็นระบบ ก็คงมีได้ครบถ้วนตาม HPH ยุโรป

HPH กรมอนามัย มิได้ให้ความสนใจกับผู้ป่วยโดยตรง จัดผู้ป่วยไว้เป็นส่วนหนึ่งของ “ผู้รับบริการ ครอบครัว และญาติ ที่มารับบริการในโรงพยาบาล” คล้ายกับเป็นประชาชนในชุมชน ที่บังเอิญมารวมตัวกันในโรงพยาบาล จึงถือเป็นโอกาสที่จะให้ “การส่งเสริมสุขภาพ” จึงเน้นเรื่องการให้ข้อมูลข่าวสาร ข้อมูลสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และการจัดกิจกรรม

2.3 ผู้ป่วยนอก

มี HP ปรากฏได้ใน 4 รูปแบบ ได้แก่

(1) คลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นจุดเน้นตาม HPH ยุโรป ในเชิงกระบวนการอาจใช้ยุทธศาสตร์ 6 ประการได้เช่นเดียวกับผู้ป่วยใน ตัวอย่างที่ควรพบได้ในทุกโรงพยาบาลได้แก่ คลินิกผู้ป่วยโรคเบาหวาน

(2) คลินิกประเภทที่ให้บริการที่ทราบกันดีว่าเป็นการส่งเสริมสุขภาพ เช่น ANC, well-baby หรือคลินิกอื่นๆที่คล้ายกัน

(3) คลินิกที่มีเป้าหมายเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นประเด็นหลักอย่างหนึ่งของ HP ที่กล่าวถึงเป็นข้อ 1.4 เช่น เลิกยาเสพติด งดบุหรี่ ลดน้ำหนัก คลายเครียด ฯลฯ

(4) กิจกรรม HP ในรูปแบบต่างๆตาม HPH กรมอนามัย เช่น การให้สุขภาพ

2.4 ชุมชน

ชุมชนเป็นเรื่องเดียวที่ HA มิได้เกี่ยวข้องโดยตรง แต่อาจจะมีกระบวนการนำเอากระบวนการ HA ไปใช้กับ PCU

HPH ยุโรป กล่าวถึงบทบาทของโรงพยาบาลต่อชุมชนไว้ 6 ประการได้แก่

- (1) คนในชุมชนสามารถเข้าถึงบริการโรงพยาบาลได้สะดวก
- (2) มีระบบการดูแลผู้ป่วยหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล
- (3) โรงพยาบาลเป็นตัวอย่างที่ดีในเรื่องสิ่งแวดล้อม เช่น ไม่ปล่อยน้ำเสียหรือขยะสู่ชุมชน
- (4) ให้สุขภาพแก่ชุมชนเกี่ยวกับการดูแลตนเองในเรื่องโรคเรื้อรัง
- (5) มีบริการด้านพฤติกรรมสุขภาพที่คนในชุมชนสามารถเข้าถึง
- (6) ริเริ่มหรือร่วมมือในโครงการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อชุมชน

ข้อ (1) (2) (3) HA ดูแลอยู่แล้ว ข้อ (4) (5) (6) เป็นเรื่องที่ต้องจัดให้มี

HPH กรมอนามัย มีประเด็นสำคัญ 2 ประการ คือ

1. มีบริการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของชุมชน ซึ่งอาจผ่าน PCU หรือบริการอื่นๆ ซึ่งมีลักษณะคล้าย OPD

2. มีการสร้างเสริมชุมชนให้เข้มแข็ง ซึ่งอาจผ่านโครงการของชุมชนเอง หรือของโรงพยาบาล

ทั้งสองประการนี้ ควรจะจัดให้ตอบสนอง ข้อ (4) (5) (6) ข้างต้นได้

2.5 สิ่งแวดล้อม

HA ให้ความสำคัญกับ ความปลอดภัย การกำจัดน้ำเสีย การกำจัดขยะ

HPH ยุโรป ถือเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์ 6 ประการ ที่แทรกเข้าไปทั้ง 3 กลุ่มเป้าหมาย

HPH กรมอนามัย มีข้อกำหนดที่ชัดเจนกว่า ได้แก่

(1) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (ซึ่งครอบคลุมด้วย HA แล้ว)

(2) สิ่งแวดล้อมทางสังคม และ

(3) สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้

2.6 พฤติกรรมสุขภาพ

ประเด็นนี้ HA มิได้เกี่ยวข้องด้วย

HPH ยุโรป ถือเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์ 6 ประการ ที่แทรกเข้าไปทั้ง 3 กลุ่มเป้าหมาย

HPH กรมอนามัย ก็กำหนดแทรกเข้าไปทั้ง 3 กลุ่มเป้าหมายเช่นกัน ในที่นี้แสดงไว้เป็นส่วนหนึ่งของบริการผู้ป่วยนอก เนื่องจากเป็นไปตามที่เป็นจริง ผู้รับบริการจะมาใช้บริการได้สะดวกและน่าจะมีประสิทธิภาพมากกว่ารูปแบบอื่น

3. ด้านกระบวนการ

ในภาพรวม การดำเนินการควรเชื่อมโยงกันได้ด้วยโครงสร้าง HA การสื่อสารสองทางจะช่วยให้มีการประสานงานอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่ระดับนโยบายถึงระดับปฏิบัติ รวมถึงการติดตามประเมินผล

ในแต่ละบริการและ/หรือกิจกรรม HP มีการใช้ PDCA เพื่อการเรียนรู้ การพัฒนา และการติดตามประเมินผล

มีการใช้แนวคิดเรื่องการเพิ่มพลังอำนาจ เพื่อความยั่งยืนของผลต่อสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ชุดโครงการวิจัยเรื่อง การใช้กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อการพัฒนานโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล. พ.ศ. 2546-2548.

2. Checkland C, Scholes J. Soft Systems Methodology in Action. Chichester: John Wiley & Sons, 1999.
3. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. บทบาทหน้าที่ของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. 2546
4. WHO Working Group. Putting HPH Policy into Action. Draft version 13.05.2003 [online]. WHO-EURO; 2003 [cited 2004 May 15]. Available from: URL: <http://www.hph-hc.cc/Download/HPH-Publications/Policy-Working-Group-Draft-May-2003.pdf>
5. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และแบบประเมินตนเอง. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2546
6. WHO. Health Promotion Glossary. World Health Organization. Geneva; 1998
7. Laverack G. Health Promotion Practice. Power & Empowerment. London: Sage Publications; 2004

ภาคผนวกที่ 5

แบบรวบรวมข้อมูลโครงการระยะที่สอง

โรงพยาบาล

วันที่

ทีมนำ หรือระบบ

การสนทนากับตัวแทนโรงพยาบาล

(1) โรงพยาบาลมีกิจกรรมหรือโครงการ
อะไรบ้างเกี่ยวกับ HP

มี → โปรดยกตัวอย่าง →

เปรียบเทียบกับกรอบแนวคิดร่วม

ไม่มี → มีแผนจะทำหรือไม่ → มี

→ ขอแนวคิด → เปรียบเทียบกับกรอบ
แนวคิดร่วม

ไม่มี → ขอเหตุผล

(2) คำถามการวิจัยมีว่า “กระบวนการ HA
มีส่วนช่วยในการพัฒนา HP หรือไม่”

ในฐานะที่

โรงพยาบาลของท่านมีความคุ้นเคยกับ
HA ในความเป็นจริงเป็นเช่นนั้นหรือไม่

เป็นเช่นนั้น → โปรดให้รายละเอียด

→ เปรียบเทียบกับกรอบแนวคิดร่วม

ไม่เป็นเช่นนั้น → ขอเหตุผล

(3) กิจกรรมหรือกลไกที่ได้รับความสนใจ
จากทีมนำ

(ข้อมูลจากทีมย่อย)

1. สิ่งแวดล้อม

(1) สภาพแวดล้อมทางกายภาพ
มีการเชื่อมโยงกับการสร้างเสริมสุขภาพ
หรือไม่อย่างไร

- การป้องกันความเสี่ยง

- การกำจัดน้ำเสีย

- การกำจัดขยะ

(2) มีการจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อ
สุขภาพ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพหรือไม่

- การจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพให้
เป็นแบบอย่าง

- การจัดสภาพแวดล้อมทางสังคม โดย

- การส่งเสริมให้เกิดการศึกษา

การฝึกอบรมเกี่ยวกับการสร้างเสริม
สุขภาพ

- ส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วม

ของบุคลากรและผู้ป่วย เช่น

- การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร

- การสื่อสาร

- การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

2. บุคลากร

(1) การตรวจสอบสุขภาพ

- รูปแบบบริการ
- ความพึงพอใจ
- การเชื่อมโยงกับการสร้างเสริมสุขภาพ (กับบริการหรือโครงการที่มีอยู่แล้ว หรือจัดขึ้นใหม่)
- ปัญหาอุปสรรค

(2) อาชีวอนามัย

- รูปแบบบริการ
- ความพึงพอใจ
- การเชื่อมโยงกับการสร้างเสริมสุขภาพ

สุขภาพ

- ปัญหาอุปสรรค

(3) บริการหรือโครงการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับบุคลากร

- ถ้ามี → ขอแนวคิด → เปรียบเทียบกับกรอบแนวคิดร่วม
- ถ้าไม่มี → ขอเหตุผล

(4) ข้อมูล

- ข้อมูลสุขภาพ

- ถ้ามี → ขอทราบปัญหาที่พบบ่อย
- การได้มาซึ่งข้อมูล
- ถ้าไม่มี → ขอเหตุผล

- มีข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ

- ถ้ามี → ขอทราบปัญหาที่พบบ่อย
- วิธีการได้มาซึ่งข้อมูล การรับรู้ การยอมรับ และการนำไปใช้ประโยชน์

ถ้าไม่มี → ขอเหตุผล

3. คลินิกเบาหวาน หรือคลินิกโรค เรื้อรังอื่น ๆ

(1) ด้านบริการ – (1.1) ข้อมูลจากผู้
ให้บริการ

1.....2.....3.....

- การรับรู้ข้อมูล
- การมีส่วนร่วมในการรักษา
- การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (มี
ทางเลือก)
- การดูแลตนเอง
- การคำนึงถึงสุขภาพองค์รวม
- การเชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่น

(1) ด้านบริการ – (1.2) ข้อมูลจาก
ผู้รับบริการ

1.....2.....3.....

- การรับรู้ข้อมูล
- การมีส่วนร่วมในการรักษา
- การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (มี
ทางเลือก)
- การดูแลตนเอง
- การคำนึงถึงสุขภาพองค์รวม
- การเชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่น

(2) โครงการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

มี → ขอทราบแนวคิด →

เปรียบเทียบกับกรอบแนวคิดร่วม

ไม่มี → ขอเหตุผล

4. คลินิกอื่น ๆที่มีการดูแลผู้ป่วย

ต่อเนื่อง เช่น

ANC, Well baby clinic

ระบุชื่อหน่วยงาน

(1) ด้านบริการ – (1.1) ข้อมูลจากผู้
ให้บริการ

1.....2.....3.....

- การรับรู้ข้อมูล
- การมีส่วนร่วมในการรักษา
- การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (มี
ทางเลือก)
- การดูแลตนเอง
- การคำนึงถึงสุขภาพองค์รวม
- การเชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่น

(1) ด้านบริการ – (1.2) ข้อมูลจาก
ผู้รับบริการ

1.....2.....3.....

- การรับรู้ข้อมูล
- การมีส่วนร่วมในการรักษา
- การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
(มีทางเลือก)
- การดูแลตนเอง
- การคำนึงถึงสุขภาพองค์รวม
- การเชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่น

(2) โครงการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

มี → ขอบข่ายแนวคิด →

เปรียบเทียบกับกรอบแนวคิดร่วม

ไม่มี → ขอบเหตุผล

5. ผู้ป่วยใน

5.1 ตึกผู้ป่วยใน

1.....

5.1.1 ข้อมูลจากผู้ให้บริการ

1..... 2

(1) กระบวนการแรกรับ

- การดูแลตนเอง

- การรับรู้ข้อมูล

(2) ระหว่างอยู่โรงพยาบาล

- การรับรู้ข้อมูลต่อเนื่อง

- การมีส่วนร่วมในการรักษา

- ความใส่ใจในสุขภาพผู้ป่วย

(3) การเตรียมจำหน่าย

- การดูแลตนเองที่บ้าน

- ความสนใจสภาพแวดล้อมที่

บ้าน

- การเชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่น

** (4) กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยและญาติ

- เป้าประสงค์

- ประเภทกิจกรรม

- การประเมินผล

5. ผู้ป่วยใน

5.1 ตักผู้ป่วยใน

1.....

5.1.2 ข้อมูลจากรับบริการ

1.....2.....3.....

(1) กระบวนการแรกรับ

- การดูแลตนเอง

- การรับรู้ข้อมูล

(2) ระหว่างอยู่โรงพยาบาล

- การรับรู้ข้อมูลต่อเนื่อง

- การมีส่วนร่วมในการรักษา

- ความใส่ใจในสุขภาพผู้ป่วย

(3) การเตรียมจำหน่าย

- การดูแลตนเองที่บ้าน

- ความสนใจสภาพแวดล้อมที่

บ้าน

- การเชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่น

** (4) กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยและญาติ

- เป้าประสงค์

- ประเภทกิจกรรม

- การประเมินผล

5. ผู้ป่วยใน

5.1 ตึกผู้ป่วยใน

1.....

5.1.3 ข้อมูลจากรับบริการ

1..... 2.....3.....

(1) กระบวนการแรกรับ

- การดูแลตนเอง

- การรับรู้ข้อมูล

(2) ระหว่างอยู่โรงพยาบาล

- การรับรู้ข้อมูลต่อเนื่อง

- การมีส่วนร่วมในการรักษา

- ความใส่ใจในสุขภาพผู้ป่วย

(3) การเตรียมจำหน่าย

- การดูแลตนเองที่บ้าน

- ความสนใจสภาพแวดล้อมที่

บ้าน

- การเชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่น

** (4) กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยและญาติ

- เป้าประสงค์

- ประเภทกิจกรรม

- การประเมินผล

5. ผู้ป่วยใน

5.1 ตักผู้ป่วยใน

1.....

5.1.2 ข้อมูลจากรับบริการ

1.....2.....3.....

(1) กระบวนการแรกรับ

- การดูแลตนเอง

- การรับรู้ข้อมูล

(2) ระหว่างอยู่โรงพยาบาล

- การรับรู้ข้อมูลต่อเนื่อง

- การมีส่วนร่วมในการรักษา

- ความใส่ใจในสุขภาพผู้ป่วย

(3) การเตรียมจำหน่าย

- การดูแลตนเองที่บ้าน

- ความสนใจสภาพแวดล้อมที่

บ้าน

- การเชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่น

** (4) กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยและญาติ

- เป้าประสงค์

- ประเภทกิจกรรม

- การประเมินผล

**6. PCU (หรือหน่วยงานอื่นที่ทำงาน
เกี่ยวข้อง
กับชุมชน)**

(1) การประสานนโยบาย

- ระดับชาติ

- ระดับโรงพยาบาล

(2) การเชื่อมโยง

2.1 HHC

- การเชื่อมโยงกับผู้ป่วยในและหน่วยอื่น
ใน รพ

- การเชื่อมโยงกับครอบครัว

- การเชื่อมโยงกับชุมชน

- การเชื่อมโยงกับปัญหาชุมชน

- การนำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพใน
ครอบครัวและชุมชน

- การนำไปสู่การสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง

2.2 บริการของ PCU

- การเชื่อมโยงกับชุมชน

- การเชื่อมโยงกับปัญหาชุมชน

- การนำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพใน
ชุมชน

- การสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง

2.3 ข้อมูล

- ข้อมูลสุขภาพ

- ถ้ามี -> ถามปัญหาที่พบบ่อย -

> การ

ได้มาซึ่งข้อมูล

- ถ้าไม่มี -> ขอเหตุผล

- มีข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ

- ถ้ามี -> ถามปัญหาที่พบบ่อย -

> การ

ได้มาซึ่งข้อมูล การรับรู้ การยอมรับ และ
การนำไปใช้ประโยชน์

- ถ้าไม่มี -> ขอเหตุผล

2.4 โครงการสร้างเสริมสุขภาพของ

หน่วยงาน

มี -> เปรียบเทียบกับแนวคิดร่วม

ไม่มี -> ขอเหตุผล

7. บริการหรือโครงการสร้างเสริมสุขภาพอื่น ๆ (ถ้ามี)

ชื่อและลักษณะบริการหรือโครงการ → ทบทวนตามกรอบความคิดร่วม

กรอบแนวคิดร่วม

- กลุ่มเป้าหมายที่คาดหวัง (Target population)
 - ผู้ป่วยและญาติ, เจ้าหน้าที่, ประชาชน ในชุมชน
- โครงสร้างการทำงานในองค์กร (Organizational structure)
 - เน้นทีมงานที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง
- วิธีการที่ใช้ (Approach / Activities)
 - ยกตัวอย่างโครงการต่างๆที่มีอยู่
 - ยกตัวอย่างกิจกรรมบางอย่างที่มีอยู่แต่ไม่ได้จัดทำเป็นโครงการ
- ทรัพยากรที่จัดสรร (Resources: Man, Money, Material)
 - อาจไม่จำเป็นต้องมีความสอดคล้องกับโครงการข้างต้น
 - ควรสามารถพิสูจน์ได้ว่าสามารถตอบสนอง Core Values ได้
- วิชาชีพที่เข้าร่วม (Professionals)
 - แพทย์, พยาบาล, เจ้าหน้าที่
 - สาธารณสุข, ฯลฯ

การสนทนากับตัวแทนของ
โรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่ผู้ให้ข้อมูล
ข้างต้น (Exit conference)
สรุปผลลัพธ์

- ข้อมูลที่โรงพยาบาลควรได้รับ
 - ความเข้าใจในเรื่อง
Health Promotion และ
Hospital Accreditation
ตาม Core Values
 - ประเด็นที่ต้องการ
เพิ่มเติมจากที่เป็นอยู่
 - ประเด็นที่ต้องการตัด
ออกจากที่เป็นอยู่
 - ประเด็นที่ต้องการปรับ
ปรุงจากที่เป็นอยู่
 - ความเข้าใจในเรื่องการ
เชื่อมโยงระหว่าง
HA&HP
- ข้อมูลที่ที่ปรึกษาควรได้รับ
 - ประเด็นที่ยอมรับว่า
คาดหวังมากเกินไป
 - ประเด็นที่อยู่นอกเหนือ
ความคาดหวัง
 - ประเด็นที่สอดคล้องกัน
ระหว่างที่คาดหวัง และที่
เป็นอยู่
 - ประเด็นที่เป็นอยู่ ที่
ต้องการ Verify ใน Field
(Process & outcome)

- ความเห็นและข้อเสนอแนะจากโรงพยาบาล
 - การใช้ HA drive ให้เกิด HP
 - อุปสรรคสำคัญที่กังวล
 - กระบวนการที่ใช้ (Structured Goal Setting for Health Promotion Consultation)
 - ความคาดหวังสำหรับโรงพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายกัน

หมายเหตุเพิ่มเติม

ภาคผนวกที่ 6

ตารางที่ 1 กำหนดการเยี่ยมโรงพยาบาลกลุ่ม B

วันที่	โรงพยาบาล	ผู้เข้าร่วม สนทนากลุ่ม	ผู้ให้สัมภาษณ์ เชิงลึก	คณะวิจัย
26 เม.ย.47	B3p	15	5	นพ.อำนาจ ศรีรัตนบัลล์ ดร.จารุวรรณ ธาดาเดช นส.จินดา ตั้งรวมทรัพย์
6 พ.ค. 47	B7	15	5	นพ.อำนาจ ศรีรัตนบัลล์ ดร.จารุวรรณ ธาดาเดช นส.จินดา ตั้งรวมทรัพย์ นพ.สรราช อัครเรืองชัย นพ.กฤษณ์ พงศ์พิรุพห์
7 พ.ค. 47	B6	4	16	นพ.อำนาจ ศรีรัตนบัลล์ ดร.จารุวรรณ ธาดาเดช นส.จินดา ตั้งรวมทรัพย์ นพ.สรราช อัครเรืองชัย
16 ก.พ. 47	B8p	10	7	นพ.อำนาจ ศรีรัตนบัลล์ นพ.สรราช อัครเรืองชัย นพ.กฤษณ์ พงศ์พิรุพห์
2 มี.ค.47	B4p	12	23	นพ.อำนาจ ศรีรัตนบัลล์ นส.จินดา ตั้งรวมทรัพย์
9 มี.ค.47	B6	15	20	นพ.อำนาจ ศรีรัตนบัลล์ นพ.สรราช อัครเรืองชัย นพ.กฤษณ์ พงศ์พิรุพห์
23 ก.พ.47	B5p	12	4	นพ.อำนาจ ศรีรัตนบัลล์ นส.จินดา ตั้งรวมทรัพย์ นพ.สรราช อัครเรืองชัย
8 เม.ย.47	B1	10	25	นพ.อำนาจ ศรีรัตนบัลล์ นส.จินดา ตั้งรวมทรัพย์ นพ.สรราช อัครเรืองชัย

ภาคผนวกที่ 7

ข้อมูลโรงพยาบาลกลุ่ม B

แสดงไว้ใน ตารางที่ 2-1 ถึง ตารางที่ 2-9

ตารางที่ 2-1 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B1

CODE	SUBCODE	DATA	SUMMARY
Act		โรงพยาบาลมีการจัดการเกี่ยวกับ HP อย่างไร	ACT (กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ)
Act	ST	การจัดการสิ่งแวดล้อมใน รพ., การกำจัดของเสียน้ำเสีย, ความปลอดภัยและอาชีวอนามัย	SB.ST (Service based ในผู้ปฏิบัติงาน)
Act	ST	จำนวนบุคลากรใน รพ.จุฬา มีกว่า 5,000 คน บุคลากรของโรงพยาบาลถือเป็นชุมชนแห่งหนึ่งด้วย มีการตรวจสุขภาพประจำปี, มีกิจกรรมสำหรับกลุ่มบุคลากรที่มี cholesterol สูง, มีการตรวจสุขภาพกลุ่มเสี่ยงสูง เช่น มลภาวะทางเสียง/แสง	1. การดูแลสิ่งแวดล้อม (การกำจัดของเสีย น้ำเสีย , ความปลอดภัย และอาชีวอนามัย) 2. การดูแลสุขภาพของผู้ปฏิบัติงาน (การตรวจสุขภาพประจำปี , กิจกรรมกลุ่มเสี่ยงสูง เช่น High Cholesterol , การติด UV light ใน ICU) 3. Empower โดยให้ความรู้ UP (ปัญหาสุขภาพบุคลากรกังวล เรื่อง วันโรค
Act	OPD.PB	มีการทำกิจกรรมผ่าน PCT เช่น ค่ายเบาหวานสำหรับผู้ป่วยอายุกรรม, ค่ายโรคหอบในเด็ก, กลุ่มผู้ป่วยโรคไต	PB.OPD (Program based ในผู้ป่วยที่ OPD)
Act	OPD.PB	ผู้ป่วยโรคไต มีการให้ความรู้เพื่อค้นหาโรคไตเบื้องต้น	1. จัดโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ เช่น ค่ายเบาหวาน , ค่ายโรคหอบในเด็ก , กลุ่มผู้ป่วยโรคไต 2. การสอน (Individual teaching , group teaching) 3. บริการตรวจสุขภาพ (Check up) และ Vaccine 4. มีการประเมินผล โดย KAP ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน (เปลี่ยน Life style) 5. ทำคู่มือเผยแพร่โรคเบาหวาน
Act	IPD.PB	การวางแผนจำหน่ายมีการเชื่อมโยงกับชุมชน	
Act	ST	บุคลากรได้ตรวจสุขภาพประจำปี พบ hypercholesterolemia กำลังให้ความรู้บุคลากร แต่ยังไม่ได้ประเมินผลให้เวชศาสตร์ป้องกันเป็นผู้ดูแลนโยบาย แต่ขาดผู้ปฏิบัติ ขาดระบบที่เชื่อมโยง ขาดการจัดการ ขาดผู้วิเคราะห์ทางระบาดวิทยา	
Act	ST	workplace assessment โดยให้แพทย์ประจำบ้านอาชีวเวชศาสตร์มาค้นหาความเสี่ยงทางอาชีวอนามัยในโรงพยาบาล แต่พบปัญหาว่ามีข้อมูลส่งต่อให้หน่วยงานทราบเพื่อแก้ไข แต่ขาดกลไกการประสานและ	SB.OPD (Service based ในผู้ป่วย OPD)
Act	ST	ER แบ่งห้องแยก ติด UV light ใน ICU	1. Continuity Care Clinic เพิ่มวัน เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กได้รับบริการ
Act	CO - 24a	สิ่งแวดล้อมมีพื้นที่สีเขียวมาก, มีการส่งเสริมการออกกำลังกายด้วยการจัดทำสนามกีฬา health club, โยคะ, aerobic ลีลาส แต่ไม่ทราบจำนวนผู้เข้าร่วม	2. การพัฒนากลุ่มเด็กพิเศษ (Autistic) มีทีมสหสาขา มีการทำ Group therapy ในเด็ก และผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรม 3. Empower ผู้ป่วยเบาหวาน
Act		มีการจัดสภาพแวดล้อมทางสังคมอย่างไร	PB.IPD (Program based ในผู้ป่วย IPD)

ตารางที่ 2-1 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B1

CODE	SUBCODE	DATA	SUMMARY
Act		มีการ empower ผู้ป่วยโดยผ่านการสอน 2 แบบ คือ OPD ปกติ และ ค่ายเบาหวาน	1. การดูแลด้านจิตใจ (Psychosocial round, play therapy ในขณะที่ผู้ป่วย Admit โดยสหสาขา, End of life care เพื่อเตรียมผู้ป่วยในการเผชิญหน้ากับการเสียชีวิต) 2. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และผู้ปกครอง สำหรับโรคหัวใจ และการผ่าตัด
Act	OPD.SB	การสอนใน OPD ทำโดยการ passive โดย individual teaching และแบบ group teaching	
Act	OPD.AB	ค่ายเบาหวาน 3 วัน คือการปรับเปลี่ยน life style ให้ใกล้เคียงชีวิตของผู้ป่วย อาศัยกลไกการเรียนรู้คือ รู้แจ้งเห็นจริง ยอมรับ เปลี่ยนแปลง และmaintain ใช้วิธีเรียนรู้จากของจริง มีการทดลองกับตัวเอง และต้องการ strong commitment	
Act	OPD.PB	มีการจัดทำคู่มือเผยแพร่การทำค่ายเบาหวาน และมีการจัดอบรมให้ 1 สัปดาห์	SB.COM (Service based ในชุมชน)
Act	OPD.PB	ค่ายเบาหวานใช้วิธีประเมินผลโดย KAP พบว่ามีการปรับเปลี่ยนทัศนคติที่ดีต่อเบาหวาน ยอมรับสังคมได้ดีขึ้น	1. PCT มี Home visit โดยแพทย์ และพยาบาล 2. Community based care 3. การวางแผนจำหน่ายเชื่อมโยงกับชุมชน
Act	OPD.SB	มีการให้บริการตรวจสุขภาพ vaccine และ check up	
Act	OPD.SB	กลุ่มเป้าหมายเป็น ผู้ต้องการตรวจสุขภาพด้วยความสนใจ และต้องการผลเพื่อการสมัครงาน	
Act	OPD.SB	ผลการตรวจ ถ้ามีโรคจะส่งต่อแพทย์เฉพาะทางด้านนั้นๆ และให้สุขศึกษา	
Act	OPD.SB	แนวทางการให้สุขศึกษาแบ่งเป็น เฉพาะเรื่องที่ผู้ป่วยสนใจ, เรื่องทั่วไปโดยอาศัยหัวข้อที่น่าสนใจตามเหตุการณ์, เน้นหาเน้นการป้องกัน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย	
Act	OPD.AB	มีโครงการส่งเสริมสุขภาพโดยโยคะ	
Act	ST	ปัญหาสุขภาพของบุคลากรในการทำงาน มักกังวลเรื่องวันโรค เพราะมีการติดเชื้อที่ ER, ICU การดูแลมักไม่ค่อยเป็น evidence-based แต่ทำเพื่อช่วยด้านจิตใจ เช่น การป้องกัน การแยก การให้อุปกรณ์ป้องกัน เป็นต้น แนวทางปฏิบัติที่ทำการ empower โดยการให้ความรู้ UP การตระ	
Act	IPD.AB	โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเรื้อรัง ในหอผู้ป่วยนี้มี ผู้ป่วยโรคไต และโรคเลือด 30 เตียง	AB.IPD (Program based ในผู้ป่วย IPD) 1. โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเรื้อรัง ตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคไต ผู้ป่วยเลือด 2. โครงการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และผู้ป่วยโรคหัวใจ 3. โครงการพัฒนาเด็กกลุ่มพิเศษ (Autistic) 4. โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กหอบหืด และครอบครัว
Act	IPD.AB	วัตถุประสงค์ เพื่อดูแลองค์รวม โดยอาศัยสหสาขาวิชาชีพ จัดทำ support group	

ตารางที่ 2-1 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B1

CODE	SUBCODE	DATA	SUMMARY
Act	IPD.AB	กิจกรรม ทำ psychosocial round, มีการทำ play therapy ในขณะที่ผู้ป่วย admit โดยบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลจิตเวชเด็ก อาสาสมัคร	
Act	IPD.AB	ต่อมีขยายโครงการเป็น End of life care ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อเตรียมผู้ป่วยและญาติในการเผชิญหน้ากับการเสียชีวิต มีข้อสรุปว่าผู้ป่วยและญาติต้องการสถานที่ที่สงบให้ตายพร้อมญาติ	
Act	IPD.AB	โครงการเข้าใจหัวใจลูก (สท 6) คือโครงการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ปกครองสำหรับโรคหัวใจและการผ่าตัดโรคหัวใจ ยังไม่ได้ประเมินผล	
Act	OPD.SB	Continuity Care Clinic เดิมเป็น Well Baby Clinic เพื่อฉีดวัคซีน พบว่า คนมารอกันแน่นทำให้แพทย์ไม่มีเวลาอธิบาย จึงปรับให้กระจายออก 4 วัน และให้มีแพทย์ประจำบ้านประจำวัน ผู้ป่วยเด็กที่มาใช้บริการจะได้รับการดูแลโดยแพทย์คนเดิม เป็นแพทย์ประจำตัว ให้การดูแลวัคซีน	
Act	OPD.AB	โครงการพัฒนาเด็กกลุ่มพิเศษ Autistic เพื่อให้ความรู้แก่เด็กและครอบครัวด้านพัฒนาการ โดยเน้นการปฏิบัติให้ผู้ปกครองดูเป็นตัวอย่าง โดยทีม ประกอบด้วย นักกายภาพบำบัด นักฝึกพูด นักจิตวิทยา และกุมารแพทย์ ทำ group therapy ของเด็กและผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรม	
Act	OPD.AB	Asthma Camp เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กหอบหืดและครอบครัว และให้กำลังใจ ให้ความเข้าใจ วิธีการคือ คัดผู้ป่วยเด็กที่เรื้อรังมากกว่า 5 ปีและผู้ปกครอง มาเข้าค่ายร่วมกัน 30 คน ค้างคืน ประเมินผลโดยแบบประเมินคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังเข้าค่าย 6 เดือน	
Act	CO	PCU ปัจจุบันไม่ได้ทำแล้ว โดยส่งต่อไปให้ศูนย์บริการสาธารณสุข	
Act	CO	เดิมเคยทำในรูปแบบบริหารจัดการร่วมกันระหว่าง สำนักอนามัย กทม และรพ.จุฬา ด้วยเหตุผลจากแรงกดดันทางการเมือง แต่ก็มีแรงต้านเนื่องจากคนส่วนใหญ่ของจุฬาไม่คิดว่าเป็นหน้าที่ของ รร.แพทย์ที่จะทำ primary care แต่ควรเป็น tertiary care มากกว่า ดังนั้นจุฬาจึงตั้ง PCU ขึ้น	
Act	CO	เราแบ่งชุมชนออกเป็น 3 ส่วน	
Act	CO	1 ชุมชนจัดตั้ง จะเข้าเยี่ยมบ้านโดยทีมบุคลากร แพทย์ พยาบาล และตัวแทนชุมชนร่วมกันดูแล เรียกระบบลูกไก่ ให้การดูแลกายภาพบำบัด และ ANC/WBC	
Act	CO	2 Community based care เป็นลักษณะ bottom up + top down คือนำชาวบ้านมาช่วยคิดแล้วเราก็อพยพมาสนับสนุน	
Act		ปัญหาที่พบในการดำเนินงาน	

ตารางที่ 2-1 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B1

CODE	SUBCODE	DATA	SUMMARY
EXP	EXP.IN	มีการกำหนดเรื่องสร้างเสริมสุขภาพไว้ในพันธกิจของโรงพยาบาลว่าบุคลากรต้องมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีการให้บริการทางแพทย์และส่งเสริมสุขภาพที่ได้มาตรฐาน	EXP (Expectation)
EXP	EXP.IN	การทำ HP ในบุคลากรน่าจะลดการรักษได้ แต่มีอุปสรรคว่าจะดีเกินไป	1. กำหนดในพันธกิจ 2. HP ในบุคลากรน่าจะลดการรักษา
EXP	EXP.EX	สังคมยอมรับบทบาทของแพทย์มาก แต่แพทย์ไม่ยอมทำ P&P เพราะ P&P เกี่ยวข้องกับ life style จึงไม่จำเป็นต้องอาศัยแพทย์	3. แนวคิดการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ควรใช้ PCU เป็นพื้นฐาน 4. การติดตาม ควรนัดให้ห่าง เพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้
EXP	EXP.EX	แนวคิดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานระดับประเทศ ควรใช้ PCU เป็นพื้นฐานของการให้ความรู้ แต่ไม่ใช่การให้ยา มีเกณฑ์การส่งต่อหาผู้เชี่ยวชาญที่เหมาะสม พัฒนาศักยภาพ รพ.ทั่วประเทศ เช่น การตรวจ HbA1c, การตรวจตา เป็นต้น โรงพยาบาลควรมีบันทึกที่ดี ใช้ติดตามการรักษาต่อเนื่อง	5. ในอนาคต ทำการวิจัย "Educational module แบบวิถีไทย" 6. ไม่มี Incentive ไม่ทำลายโรงเรียนแพทย์ บทบาทชุมชนไม่ชัดเจน 7. คนสนใจใน Biomedical Research
EXP	EXP.EX	การติดตามผู้ป่วย ควรนัดให้ห่างพอควรประมาณ 3ปี เพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ นอกจากนี้ยังใช้การติดตามผ่านโทรศัพท์ หรือ email	8. ขาดผู้นำไปวิเคราะห์ และการเชื่อมโยงการประสานติดตาม 9. การตรวจสุขภาพ ขาดการมองกลุ่มเสี่ยง 10. บทบาทโรงเรียนแพทย์กับ HP ที่ชัดเจน
EXP	EXP.EX	แผนในอนาคต กำลังทำงานวิจัยเรื่อง educational module แบบวิถีไทย	11. แพทย์มี Leading role ในด้านการรักษา
PRO	PRO.IN	บทบาทการดูแลชุมชนไม่ชัดเจนเนื่องจากไม่มี incentive ไม่ทำลายโรงเรียนแพทย์ ไม่เห็นผลชัดเจน	PRO 1. บทบาทด้านการดูแลชุมชนไม่ชัดเจน 2. ลักษณะงานไม่ทำลาย โรงเรียนแพทย์ เห็นผลไม่ชัดเจน 3. แพทย์ส่วนมากให้ความสำคัญกับ Biomedical research 4. ขาดผู้นำผลการตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่ไปวิเคราะห์ ขาดระบบเชื่อมโยงประสาน และติดตาม 5. การตรวจสุขภาพยังทำแบบทั่วไป ขาดการมองกลุ่มเสี่ยง 6. โรงเรียนแพทย์ กับการกำหนดบทบาท HP ยังไม่ชัดเจน 7. Communication Failure 8. Hidden Agen : การส่งต่อระบบให้สำนักอนามัย งบประมาณควรให้ตามประชากรจริง
PRO	PRO.IN	อุปสรรคของ การสร้างเสริมสุขภาพใน รร.แพทย์คือ คนส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับ biomedical research มากกว่า ,	

ตารางที่ 2-1 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B1

CODE	SUBCODE	DATA	SUMMARY
PRO	PRO.IN	มีคนรวบรวมข้อมูลตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่ แต่ขาดผู้นำไปปฏิบัติเพื่อวิเคราะห์ และขาดระบบที่เชื่อมโยงประสานและติดตาม	
PRO	PRO.IN	การตรวจสุขภาพของเรายังทำแบบทั่วไปมาก ขาดการมองกลุ่มเสี่ยง	
PRO	PRO.IN	awareness เกิดจากบุคลากรของรพ.เกิดความชินชาต่อปัญหา ขาดการมองปัญหาไปข้างหน้า ขาดรูปธรรมให้เห็นปัญหา เช่น ผู้ป่วยที่เป็น presenter อย่างในโรคไตเป็นต้น	
PRO	PRO.EX	ทำอะไร รรแพทย์จึงจะกำหนดบทบาท HP ที่ชัดเจน	
PRO		มีเรื่องที่ทำหาย HP หรือไม่	
PRO	PRO.EX	แพทย์มี leading role ในด้านการรักษา แต่ขาดด้าน P&P	
PRO	PRO.EX	การสร้างความตระหนักต่อสุขภาพมักจะเริ่มจากปัญหา เช่น คนสูบบุหรี่ที่เริ่มป่วยจึงจะเข้าคลินิกอดบุหรี่	
PRO	PRO.IN	Postdischarge Plan ซึ่งร่วมมือกับฝ่ายการพยาบาลไม่ได้ เกิดจาก communication failure	
PRO	PRO.EX	จุฬามี hidden agenda ที่ต้องการส่งต่อระบบให้สำนักงานมัยภายใน 2 ปี ได้แก่ ระบบการให้งบประมาณตามประชากรจริง ไม่ใช้การคำนวณตามจำนวนบัตร การมีระบบลูกไก่ 5-6 คน/ศูนย์ การทำเวชศาสตร์ฟื้นฟูใน PCU ซึ่งมี demand สูง แต่ไม่มีกรอบให้	
PRO	PRO.EX	ผลที่ได้จากการทำ PCU ของจุฬา 2 ปี พบว่าร้อยละ 30 ได้ผลตามเป้าหมาย ที่เหลือยังเป็น top down แบบเก่า ยังคิดที่การมองปัญหาเรื่อง MCHเป็นหลัก แทนที่จะดู population-based problem เช่น โรคของผู้สูงอายุ ยังคิดเรื่องการบริหารเงินมากเกินไป แพทย์ที่ควรอยู่ใน PCU	
PRO	PRO.EX	ปัจจุบันเหลือเพียงการสนับสนุนการเงินจาก case refer ของศูนย์ดังกล่าว และยังคงส่งแพทย์ประจำบ้านไปช่วยดูแลผู้ป่วย	
Misc		การสอนเจ้าหน้าที่ นศพ. และแพทย์ประจำบ้าน ทำให้คนเหล่านี้มีการสร้างเสริมไปพร้อมกับแทรกอยู่ในการรักษา	MISC (Miscellaneous) 1. HP ควรจะมีอยู่ในหลักสูตรการเรียนการสอน ในคณะแพทย์ 2. การกำหนดบทบาทโรงเรียนแพทย์ที่ชัดเจน HP ควบคู่ไปกับการรักษา
Misc		สิ่งที่ทำหายคือ ทำอย่างไร โรงเรียนแพทย์จึงจะกำหนดบทบาทที่ชัดเจน และทำให้ HP ควบคู่ไปกับการรักษา	
Link	Ask	ปัจจุบันยังไม่มีกำหนดว่า HP เป็น primary mission ที่ผ่านการทำ HA ทำให้ HP ในบุคลากรเกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ	LINK (Link to HA) 1. HA ทำให้ HP ให้บุคลากรเกิดขึ้นได้อย่างเป็นระบบ 2. HA ช่วยทำให้การสื่อสาร / การประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ ดีขึ้น 3. HA ทำให้ผู้ปฏิบัติงานที่ HP ในการทำงานเป็นวัฒนธรรม

ตารางที่ 2-1 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B1

CODE	SUBCODE	DATA	SUMMARY
Link	Ask	ด้านการtraining ยังไม่เคยกำหนดจุดเน้น แต่แทรกอยู่ในการทำงานดูแลรักษาปกติของรพ.	
Link	Ask	แผนในอนาคต การสอน นศพ และแพทย์ประจำบ้าน HA ทำให้คนเหล่านี้มี HP ในการทำงานไปเป็นวัฒนธรรมอยู่แล้ว ควรขยายให้ครอบคลุม,ควรสอนประชาชนผ่าน web ในลักษณะรณรงค์,ควรมีการสอน paramedic เพื่อเสริม HP ให้กับบุคลากรเหล่านี้, การวิจัยด้าน HP, การส่งเสริมสุขภาพบุคลากรขอ	
Link		โรงพยาบาลได้เป็นตัวอย่างการสร้างเสริมสุขภาพอย่างไรต่อชุมชน	
Link	Ask	มีส่วนมาก เพราะเราสนใจบุคลากรมากขึ้น มีการสำรวจความต้องการของบุคลากรแล้วได้รับการ	
Link	Ask	HA มีส่วนช่วยให้การสื่อสารประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆดีขึ้น	
Link	Spon	กิจกรรมเหล่านี้กลายเป็นงานประจำ ช่วยลดงานเดิมที่เป็นปัญหา การประเมินผลใช้ความพึงพอใจเป็นหลัก	
CD		เน้นด้านความปลอดภัยอาหาร, โภชนาการมีการสอนทำอาหารเฉพาะกลุ่มโรค, การจำกัดพื้นที่สูบบุหรี่, มีการจัดกิจกรรมทางสังคม เช่น งานปีใหม่ งานกีฬา big cleaning day การรวมเป็น PCT เป็นต้น	CD (Concept and Definition) 1. การสอน 2. การป้องกันตนเองให้มีสุขภาพ โดยเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น Life style การออกกำลังกาย 3. สุขภาพดี คุณภาพชีวิต
CD		มีการประเมินผลหรือไม่?	
CD		บุคลากรมีส่วนร่วมมาก ทำให้การขยายความร่วมมือในการทำงานดีขึ้น ลดความขัดแย้งระหว่างหน่วยงาน	
CD		HP ของรพ.เกี่ยวข้องกับ HA หรือไม่?	
CD		ที่ผ่านมาเราเดินผิด คือรอให้คนเป็นแล้วมารักษา แนวคิดคือการป้องกัน สิ่งสำคัญคือการเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีkey leader เป็นผู้ร่วมปรับเปลี่ยน ผ่านการจัดตั้งชมรมเบาหวาน	
CD		แม้ genetic เปลี่ยนไม่ได้ แต่ life style เปลี่ยนได้ เน้น ไม่อ้วน ออกกำลังกาย ไม่กินหวาน	
CD		Model PCU ที่พึงประสงค์คือ เน้น P&P ที่ไม่ลาบฉวยแบบ Home Health Care ไม่โยนเป็นภาระของชุมชน ทั้งหมด มีขนาดที่ไม่ใหญ่เกินไป มีพื้นที่อยู่ใกล้ รพ.จุฬา โดยได้มา 2 แขวง ประชากรประมาณ 6 หมื่นคน เป้าคนชั้นกลาง มีmigration และชุมชนแออัดบางส่วน ทำงานร่วมกันกับ รพ.	
CD		HHC ต่างจาก Comprehensive home based care คือมีการมองด้านสังคมทั้งหมดของผู้ป่วย	

ตารางที่ 2-1 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B1

CODE	SUBCODE	DATA	SUMMARY
CD		Community based care ไม่จำเป็นต้องใช้การสำรวจชุมชน ซึ่งล้ำสมัย ไม่ทันเหตุการณ์ แต่ควรใช้ข้อมูลจาก Clinic จากการเยี่ยมบ้าน จากชุมชนบอกเราเอง และนำมาจัดลำดับความสำคัญของปัญหาด้วย Delphi technic และนำมา match กับ resource	
CD		เป้าหมายของ P&P คือการ postpone disability การมี security ซึ่งโครงการ 30 บาทแก้ปัญหาเรื่อง financial barrier ได้ แต่ยังมี distant barrier, educational barrier	
CD		การวัดผล P&P วัดที่สุขภาพไม่ได้ แต่วัดคุณภาพชีวิตได้	
CD		บทบาทของแพทย์ Fam med คือการดูแลชีวิตคน และครอบครัว ยังจำกัดบทบาทอยู่ในชุมชน	

Link	Ask	มีส่วน โดยมีเหตุผล เกิดจากการจัดทำ vision ของผู้บริหาร เกิดจากการมี Team มีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติ มีการวัด outcome จากการติดตาม PDCA มีการใช้ indicator ที่สะท้อนสุขภาพของผู้ป่วย เช่น การใช้ HbA1c ในการติดตามผู้ป่วยใน ชมรมเบาหวาน การใช้ อัตราทารกแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมสำหรับติดตามคุณภาพ ANC มีการรายงานความผิดพลาดและวิเคราะห์หาสาเหตุ RCA ทำให้บรรยากาศในการทำงานดีขึ้น	LINK (LINK of HA) 1. HA มีการทำงานเป็นระบบ มีฐานที่ดี ทีมดี 2. HP มีการ LINK HA และนำลงไปสู่งานประจำ 3. มี Team work 4. วัด Out come จากการติดตาม PDCA และใช้ Indicator สะท้อนกลับ เช่น HbA 1c ในการติดตามผู้ป่วยเบาหวาน เป็นต้น 5. ความผิดพลาด มีการวิเคราะห์หาสาเหตุ RCA 6. มีระบบมาตรฐานสิ่งแวดล้อม เช่น การบำบัดน้ำเสีย , การจัดเก็บขยะ
Link		สภาพแวดล้อมทางกายภาพเชื่อมโยงกับ HP หรือไม่	
Link	Spon	มีการบำบัดน้ำเสีย ระบบตามมาตรฐาน HA	
Link	Spon	มีการแยก จัดเก็บ เคลื่อนย้ายขยะ ไปทำลายตามมาตรฐาน HA	
Link		มีการจัดสภาพแวดล้อมเอื้อต่อ HP หรือไม่	
Misc		มีการนำการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชมรมต่างมาเป็นเกณฑ์ประเมินพนักงานรายบุคคล	
PRO	PRO.IN	ยังมีพนักงานที่เข้าตรวจไม่ครบถ้วน เช่น การตรวจ pap smear	
PRO	PRO.IN	ข้อมูลสุขภาพที่พอมิ แต่ไม่ได้รวบรวมเป็นระบบ โรคที่พบบ่อย 1. โลหิตจาง 2. ไขมันในเลือดสูง 3. การทำงานของตับผิดปกติ	PRO 1. พนักงานตรวจไม่ครบ เช่น Pep smear 2. ข้อมูลสุขภาพ ยังไม่ได้รวบรวมเป็นระบบ
EXP		ไม่มีข้อมูล	

ตารางที่ 2-3 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B3p

Code	Sub Code	data	Summary
CD		รพ.ทำ HA และทำHPH ไปพร้อมกันมีความคิดเห็นอย่างไร	CD (Concept and Definition)
CD		มีการจัดกลุ่ม Self help group ผู้ป่วย นิว ไทรอยด์ มะเร็ง โดยเริ่มจากรู้สึกว่างานเราเยอะเหลือเกิน ทำอย่างไร งานจึงจะลดลง จึงเริ่ม ประเมินว่าจะให้ความรู้เรื่องอะไรดี สืบเนื่องจากสิ่งที่เขามาถามโรคเดิมๆซ้ำๆต้องบอกซ้ำๆ ทำอย่างไรให้เขารู้ ผู้ป่วย ยอ	1. Self help group ในผู้ป่วยนิว ไทรอยด์ มะเร็ง 2. นามธรรม จับต้องยาก จะวัดอย่างไร 3. สุขภาพเป็นหน้าที่ของเรา 4. HP เป็นกิจวัตรประจำ สามารถจัดทำได้
CD		ความไม่เข้าใจ Concept HP การไม่ให้ความร่วมมือของ จนท. (ไม่มีคนต่อต้าน อาจเลขมากกว่า แต่อย่างไรก็ตามเขาก็รับรู้ เรื่องอื่นไม่มีปัญหา วัฒนธรรมองค์กรทำงานเป็นทีม เห็นประโยชน์ของส่วนรวมมาก	
CD		HP ทำยาก สิ่งที่ทำให้สำเร็จ คือ การเปลี่ยนวิธีการทำงาน การสร้างเสริมสุขภาพ ขอบเขตกว้าง จับต้องยาก เป็นนามธรรม เรามักคิดว่า แล้วจะวัดอย่างไรจะปรับอย่างไร กระแสข้างนอก ผู้รับบริการตอบรับมากโอกาสที่จะทำเต็มที่อาจต้องใช้เวลา	
CD		อยากให้ HP เป็นกิจวัตร อาจจัดเองโดยใช้เวลาเราสะดวก ทำเวลาที่เรทำได้สะดวก สุขภาพเป็นของเรา ส่วนขอเรา แต่ของ PT /ญาติ /ผู้อื่น เป็นหน้าที่ของเรา	
CD		การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการเสริมพลังอำนาจ (empowerment) ให้กับบุคลากร กลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้สามารถจัดการกับสถานะสุขภาพของตนเอง และควบคุมสิ่งแวดล้อมได้ ทั้งนี้ต้องอาศัย การมีส่วนร่วม ร่วมคิด ร่วมทำ และเรียนรู้ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามที่ต้องการ และพึงประสงค์	1. กระบวนการเสริมพลังอำนาจ (empowerment) ให้กับบุคลากรกลุ่มเป้าหมาย ในการจัดการกับภาวะสุขภาพของตนเอง 2. การควบคุมสิ่งแวดล้อม เพื่อให้บุคลากรกลุ่มเป้าหมาย มีความสามารถจัดการกับสถานะสุขภาพ 3. การมีส่วนร่วม คิด ทำ และเรียนรู้ โดยมีผลลัพธ์ตามความต้องการและพึงประสงค์
Act	OPD.SB	งานบริการ ANC มีการดำเนินงานอย่างไรในการสร้างเสริมสุขภาพ	ACT (กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ)
Act	OPD.SB	มีการให้ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ เป็นรายกลุ่มโดยแบ่งเป็น 4 ครั้ง คือ 1. การเจาะเลือด 2. การฟังผลเลือด 3. การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ 4. ทักษะการเป็นพ่อแม่ โดยเชิญสามีมาด้วย มีการกล่าวถึงสุขภาพจิตหญิงตั้งครรภ์ และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และในช่วงอา	SB.OPD (Service based ในผู้ป่วยOPD) 1. การให้ศึกษาหญิงตั้งครรภ์เป็นรายกลุ่ม 2. ภายหลังการ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ จัดกลุ่มที่สนใจในโครงการคลอดธรรมชาติ
Act	OPD.SB	มีการจัดโครงการคลอดธรรมชาติ โดยจัดกลุ่มผู้สนใจเข้ากลุ่มและจัดห้องรอกคลอดและคลอดเหมือนอยู่บ้าน มีกษบริหารในหญิงตั้งครรภ์	3. การตรวจคัดกรองในหญิงวัยทอง และให้ความรู้ เรื่อง การออกกำลังกาย การกลายเครียด

ตารางที่ 2-3 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B3p

Code	Sub Code	data	Summary
Act	OPD.SB	การดูแลสุขภาพกลุ่มอื่นมีอะไรบ้าง	
Act	OPD.SB	กลุ่มวัยทองมีการตรวจคัดกรอง , การให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายวัยทองการคลายเครียด เมื่อเข้าร่วมกิจกรรมครบ 4 ครั้งนำเข้าร่วมกลุ่มวัยทองที่สสจ.	
Act	OPD.SB	OPD ทำกิจกรรมHP อย่างไรบ้าง	
Act	OPD.SB	สถานที่จำกัด การลดลดธรรมชาติ	
Act	IPD.SB	A1 กิจกรรม HP ของตึกนี้เป็นอย่างไร DM -Supportiong group ดูว่ามี Case อะไรมาก นำผู้ป่วยและญาติแลกเปลี่ยนวิธีการดูแล แนะนำการดูแลและตนเองที่ไม่ถูกต้อง กระบวนการแรกรับ Plan มีสื่อ VDO ในเร	SB.IPD (Service based ในผู้ป่วยIPD) 1. DM - Supporting group 2. การออกกำลังกาย : โยคะ เจ้าหน้าที่ร่วมกับญาติ
Act	IPD.SB	กระบวนการให้ความรู้ขณะอยู่รพ.เป็นอย่างไร	3. ออกกำลังกายบนเตียง เพื่อยืดกล้ามเนื้อ รักษาระบบ เพื่อป้องกันข้อติด
Act	IPD.SB	รณรงค์ จันท .ออกกำลังกาย โยคะ 3 โมงครึ่ง เข้า,บ่ายขยายผลไป ญาติผู้ป่วย และผู้ป่วย , หลัง 4 โมงเย็นมีกิจกรรมชมรมโยคะ วัน จ ,พ,ศ กิจกรรมนี้เริ่มเพราะตนเองเคยปวดหลัง ฝึกทำโยคะแล้วอาการดีขึ้น จึงคิดว่าจัดกิจกรรมโยคะในตึกคงจะดี กิจกรรมHPใน Pt , ญาติ มี	
Act	IPD.SB	ตึกนี้มีกิจกรรมHP อะไรบ้าง	
Act	IPD.SB	ออกกำลังกายโดยการยืดกล้ามเนื้อ แอโรบิก 4 ภาค ระบุบ่ง มีวัตถุประสงค์เพื่อคลายเครียด จันท. และญาติ ในกลุ่มผู้ป่วยเปิดเทปออกกำลังกายบนเตียงทุกวันวันละ ครั้งชั่วโมงช่วง บ่าย 2 โมงเพื่อป้องกันข้อติด และมีการแนะนำเรื่องสิ่งแวดล้อม การ เข้ากลุ่ม PT เล่นเกมส์ ,	
Act	CO	การออกบริการ การบินไทย - วัดแสง / เสี่ยง ความร้อน	SB.COM (Service based ในชุมชน)
Act	CO	กลุ่มประกันสังคม ตรวจสอบสุขภาพ	1. ตรวจสอบสุขภาพกลุ่มประกันสังคม
Act	CO	กิจกรรมที่ลงทำของ งานอาชีวอนามัย โรงแรม ,โรงโมหิน, เรือนจำ ปัญหาที่พบคือการไม่ออกกำลังกาย	2. กิจกรรมอาชีวอนามัย โรงแรม โรงโมหิน เรือนจำ 3. สำรวจพฤติกรรม เพื่อไม่ทำให้เจ็บป่วย โดยการตั้งเป็นชมรมต่างๆ เช่น แอโรบิก,จักรยาน , ฟุตบอล , วิ่ง , จริยธรรม
Act	CO	การหาลูกค้าของผู้ประกันตน สำรวจพฤติกรรมเพื่อไม่ให้เขาป่วย กลุ่มอื่นยังไม่ตระหนัก รพ. และชุมชนมี ชมรมแอโรบิก ,ชมรมจักรยาน ,ชมรมฟุตบอล , ชมรมวิ่ง / เต้น, จริยธรรม รพ. Support งบสำหรับจัดกิจกรรม และประชุม มีกองทุนสำหรับชมรม เป็นกองทุนสวัสดิ	PB.COM (Program based ในชุมชน) 1. โครงการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียน 2. การอบรมนักเรียน สารเสพติด / เพศสัมพันธ์

ตารางที่ 2-3 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B3p

Code	Sub Code	data	Summary
Act	ST	วิสัยทัศน์ รพ.พูดถึงบุคคลการทำงานอย่างมีความสุขหมายความว่าอย่างไร	SB.ST (Service based ในผู้ปฏิบัติงาน) 1. สร้างระบบงานที่ดี มีความปลอดภัย Healthy Workplace 2. ลดปัจจัยเสี่ยง เช่น งดสูบบุหรี่ และขยายผลต่างๆ ไปในชุมชน และผู้ประกันตน 3. ตรวจสอบสุขภาพ และอาชีวอนามัยเจ้าหน้าที่ทั่วไป และเฉพาะกลุ่ม 4. ปัญหา : แพทย์ ไม่เข้ามาอบรม 86% เจ้าหน้าที่ยังไม่ออกกำลังกาย เนื่องจากขาดสถานที่ และนโยบาย 5. มีตัวแทน PCT ในกรรมการ HPH 6. มีนโยบาย HP และเข้มแข็งสำหรับเจ้าหน้าที่
Act	ST	พยายามทำให้เกิดความสุขในการทำงาน ไม่เครียด และมีสุขภาพดี	
Act	ST	รูปธรรมคือ	
Act	ST	-การไม่เจ็บป่วย	
Act	ST	- คະແນបរຍາກາສการทำงาน	
Act	ST	งานอาชีวอนามัยมีหน้าที่ในการดูว่า	
Act	ST	ปัญหาสุขภาพมีอะไร จะแก้ปัญหาอย่างไร	
Act	ST	3 Care ภาระงานมีมาก เราอาจไม่สามารถลงงานได้ การสร้างความสุขก็คือ	
Act	ST	การมีระบบงานที่ดี - ปลอดภัย	
Act	ST	การไม่เพิ่มความเสี่ยงในการทำงาน	
Act	ST	การดูแลสิ่งแวดล้อม ทางกายภาพ	
Act	ST	ทำงานอย่างมีความสุข สุขกาย Healthy Workplace	
Act	ST	สุขใจ มีชมรมจริยธรรม	
Act	ST	มี Incentive เพื่อเป็นขวัญกำลังใจ	
Act	ST	มี Course การเลิกสูบบุหรี่ เลิกได้ 30 % คลินิก อดบุหรี่ สำหรับคนต้องการอดบุหรี่ มีการขยายเป้าไปที่นักเรียน โดยมีการอบรมเรื่องสุขภาพ	
Act	ST	อบรมนักเรียนเรื่อง สารเสพติด / เพศสัมพันธ์	
Act	ST	การทำโครงการ ป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียน	
Act	ST	การขยายความรู้ใน กลุ่มผู้ประกันตน	
Act	ST	ใน HA มีการตรวจสอบสุขภาพและ อาชีวอนามัย ,HPH มีข้อมูลสุขภาพ ในรพ.นี้ มีปัญหาอุปสรรคใด	
Act	ST	ตรวจสอบสุขภาพ 86% ส่วนที่หายไปส่วนใหญ่เป็นแพทย์	
Act	ST	ปัญหาอื่น ๆ คือ	
Act	ST	การที่ จนท. ไม่ออกกำลังกาย , เพราะขาดสถานที่ , ยังไม่มีนโยบาย	
Act	ST	ขณะนี้กำลัง Implement นโยบายสร้างสนามกีฬา	

ตารางที่ 2-3 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B3p

Code	Sub Code	data	Summary
Act	ST	ในเชิงบริหารจัดการ เพื่อให้จนท.มี HP มีการดำเนินการอย่างไร	
Act	ST	มีตัวแทน PCT ใน กรรมการ HPH โดยเริ่มมีการให้นโยบายกว้างๆและแต่ละหน่วยดำเนินการเอง	
Act	ST	ทีมนำ ให้นโยบาย HPเพื่อกำหนด	
Act	ST	เข้มมุ่งสำหรับ จนท. และให้	
Act	ST	เข้มมุ่งกระจายทุกหน่วย	
Act	ST	มีการติดตามจากทุกหน่วยโดยมีการกำหนดบทบาททีม Approach.	
Act	ST	เป้าหมายงานอาชีวอนามัยมีอะไรบ้าง	
Act	ST	เป้าหมาย คือ จนท รพ. 1800 คน	
Act	ST	อาชีวอนามัยใน รพ. ทำอะไรบ้าง	
Act	ST	1). ENV. ความร้อน แสง เสียง (ภายนอก) ปัญหาแสงไม่ได้มาตรฐานเสียงที่แผนก ชักฟอก จ่าย กลาง ต้องป้องกันโดยใช้ Ear Plug แต่ จนท.ยังไม่ Awareness 2). ตรวจสอบสภาพจนท. โดยการ ตรวจ - BMI , สายตา , การได้ยิน	
Act	ST	ในฐานะเป็นจนท ในรพ.เกี่ยวข้องกับ HP อะไรบ้าง	
Act	ST	องค์กร- เป็นตัวอย่างในการออกกำลังกาย การไปร่วมกิจกรรม / จัด นิทรรศการร่วมกับเครือข่ายข้างนอก มีการประเมิน- ความเครียดตนเอง (แบบสอบถามกรม) ปกติ,ปานกลาง10.83%	
PRO		มีอะไรบ้างที่โรงพยาบาลคิดว่าเป็นปัญหา ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับHP	PRO
PRO		ปัญหาร้านอาหารข้างโรงพยาบาลไม่สะอาด Planจัดสุขาภิบาลอาหารข้างโรงพยาบาลเพื่อผู้ป่วยและญาติ และผู้สูงอายุไม่มีฟันปลอม Plan หาทุนเพื่อทำฟันปลอมผู้สูงอายุ	1. นโยบายจากกระทรวง ต้องการ Key - Man ในการเชื่อมโยงนโยบายเข้าสู่ งานประจำ
PRO		ทำ HPH ทำให้จนท. เพิ่มงานหรือไม่	2. การ Integrate เข้ากับสาธารณสุข ระหว่างประเทศ

ตารางที่ 2-3 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B3p

Code	Sub Code	data	Summary
PRO		Key Of Success - นโยบายกระทรวง งานประจำ ต้องการ Key -Man ในการจัดกลุ่ม นโยบายเข้ากับงานประจำ รพ.ที่เป็นปัญหาคือรพ.ที่ไม่รู้ว่าจะเชื่อมโยงอย่างไร	3. เจ้าหน้าที่ไม่กล้าออกกำลังกาย / ภาระงานเยอะ 4. เงินทุนในการจัดทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น ทำฟนปลอมผู้สูงอายุ 5. ยังไม่สามารถเข้าไปจัดการร้านอาหารบริเวณรอบโรงพยาบาลให้มีสุขภาพอาหารที่สะอาดได้ 6. หัวตัวชีวิตยาก
PRO		สำหรับเชิงรายมี นโยบาย จว. Integrateกับ การ สาธารณสุขระหว่างประเทศ	
PRO		ปัญหา/ อุปสรรค ในการทำงาน HP	
PRO		การออกกำลังกาย ช่วงเวลาทำงาน จนท. ไม่กล้าออกกำลังกาย ภาระงานเยอะ	
PRO		1. การขาดความชัดเจนของนโยบาย และการสนับสนุนที่แท้จริงอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านบุคลากร ทรัพยากร สถานที่ 2. ระบบบริการที่มีความแตกต่างค่อนข้างมาก เน้นการรักษามากกว่าการป้องกัน ฟันฟูและส่งเสริม 3. บุคลากรบางส่วนมีความเข้าใจและเห็นความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ แต่อาจไม่สามารถผลักดัน ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพในองค์กรได้มากเท่าที่ควร 4. ภาระงานมีมาก และความเคยชินในการปฏิบัติงานของบุคลากร 5. ผลลัพธ์ของการสร้างเสริมสุขภาพต้องใช้เวลาและมีปัจจัยอื่นๆ เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้อง และบาง ผลลัพธ์	1. นโยบายไม่ชัดเจน และไม่มีการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง 2. ระบบบริการที่เป็นการรักษา มากกว่าป้องกันฟันฟู 3. ภาระงานมาก 4. ตัวชีวิตไม่ชัดเจน มีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง 5. ขาดการเชื่อมโยงของระบบข้อมูล
LINK		ในฐานะที่ทำ HA มาก่อน HA ช่วย HPH อย่างไร	LINK (Link to HA)
LINK		ทีมงานเป็น Key สำคัญ แนวคิดเกิดจากทีมผู้บริหารให้ นโยบายในเรื่อง HP	1. การทำงานเป็นทีม
LINK		ถ้าไม่ทำ HA เลย มาทำ HPH ยากมาก เพราะ การที่จนท. มี ความเข้าใจ ทำ HA มาก่อนเป็นการวางระบบ การจัดทีมสหสาขา ของHA มีทีมชัดเจน มีทักษะสื่อสาร ต่อยอดได้เลยแนวคิด HA กระบวนการทำงานมี Procers ชัดเจน HPH ตัวชีวิต วัตถุประสงค์ อาจต้องใช้เวลา	2. การวางระบบงานจาก HA ช่วยต่อยอดงานของ HPH ได้แต่ HPH ตัวชีวิต วัตถุประสงค์

ตารางที่ 2-3 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B3p

Code	Sub Code	data	Summary
LINK		ถ้ามี CPG มีความต่อเนื่อง ,จนท.มี HRD , มีทีมอาชีวอนามัย มีทีมสหสาขาดูแล PCT , PCTไหนทำเรื่องสุขภาพต้อง Addเรื่อง HP	3. CPG ทำให้มีความต่อเนื่องได้ และเพิ่มเรื่อง HP ได้เลย
LINK		ทำ HA วัฒนธรรมองค์กรเปลี่ยน ทำงานเป็นทีมมากขึ้น Process การนำองค์กรและการประเมินทำให้จนท. ทำงานเป็นระบบ	4. HA ทำให้วัฒนธรรมองค์กรเปลี่ยน การประเมินทำให้เจ้าหน้าที่ทำงานเป็นระบบ 5. HPH เสริมคุณค่า HA ขึ้น
LINK		HA เป็นการวางระบบการบริการ HP มองถึงประชาชนทั้งกลุ่มป่วยและไม่ป่วย HP ช่วยเสริมคุณค่าให้ HAมีค่ามากขึ้น	
LINK		Natural ทำให้เป็นธรรมชาติเป็นงานประจำทำแล้วมีความสุข	
LINK		นำไปสู่ Out -Put , Out - Come	
LINK		ไม่เพิ่มเพราะเป็นงานที่ทำใน HA อยู่แล้วแต่เน้นงาน HPH ขึ้น	
LINK		การนำนโยบายกระทรวงมาปฏิบัติ เช่น 5 อ. สะดวกต่อการทำงาน HP หรือไม่อย่างไร	
LINK		กิจกรรม Healthy Thailand เป็น Key -Word กิจกรรมเรามีอยู่แล้วเป็นกิจกรรมที่ครบวงจร เป็นภาพของการรักษาพยาบาลมากกว่าแล้วมามุ่งงานHP	
LINK		เรามาศึกษาว่าอย่างไรไหนที่เป็นงานที่เราทำอยู่แล้ว และเราจะประยุกต์อย่างไร	
MISC		คิดว่าผ่าน HPH กำลังขอรับการประเมิน	MISC (Miscellaneous)
			- กำลังขอการประเมิน HPH

ตารางที่ 2-3 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B3p

Code	Sub Code	data	Summary
EXP		1. เป็นโรงพยาบาลที่มีการปรับบทบาทให้มีความสมดุลงมากขึ้น ในมิติของการรักษา ฟื้นฟู ป้องกัน และสร้างเสริมสุขภาพ การปรับบทบาท หมายถึง ทีมนำมีความมุ่งมั่น ผู้นำ ผู้บริหาร มีความเข้าใจ มีนโยบายชัดเจน โดยเฉพาะด้านทรัพยากรบุคคล และการเงิน 2. เป็นโรงพยาบาลที่มีบริการแบบองค์รวม (Holistic) โดยรวมถึงปัจจัยทางด้านสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม เข้ามาพิจารณาด้วย เช่น การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลเรื้อรัง ต้องดูให้เข้าใจว่า ทำไมถึงเป็นแผลได้ ก่อนเข้าโรงพยาบาล และเหตุใดจึงเกิดแผลเรื้อรัง ในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้รับการดูแลรักษา และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีการส่งต่อผู้ป่วยไปยัง PCU หรือชุมชน 3. ให้การดูแลต่อเนื่อง เชื่อมต่อกับบ้าน ชุมชน PCU โรงพยาบาลอำเภอ 4. กลุ่มเป้าหมายไม่ใช่เฉพาะคนป่วยเท่านั้น ต้องเน้นเจ้าหน้าที่เป็นอันดับหนึ่ง เพื่อให้เป็น Role Model แก่ประชาชน ญาติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มสุขภาพดีทั่วไป ก็จัดเป็นเป้าหมาย 5. เป็นองค์กรของการเรียนรู้ และการพัฒนา 6. เป็นสถาบันที่ประชาชนไว้วางใจ มีความน่าเชื่อถือ บุคลากรเป็นแบบอย่างที่ดีด้านการสร้างเสริมสุขภาพ 7. โรงพยาบาลมีสถานที่ สิ่งแวดล้อม นอกจากสวยงามแล้วยังต้องเอื้อให้โอกาสแก่การเรียนรู้ สร้างเสริมสุขภาพต่อประชาชนที่มาใช้บริการ ชุมชนใกล้เคียง และมีความปลอดภัยทั้งต่อผู้มารับบริการ และบุคลากรของโรงพยาบาล	1. ความสมดุลในการให้บริการด้านการรักษา ฟื้นฟู ป้องกัน และสร้างเสริมสุขภาพ 2. การให้บริการแบบองค์รวม (Holistic) 3. การดูแลอย่างต่อเนื่อง 4. Role Model ด้านบุคลากร , สิ่งแวดล้อม 5. การเรียนรู้

ตารางที่ 2-3 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B3p

Code	Sub Code	data	Summary
FAC		1. มีความมุ่งมั่นและเห็นความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพอย่างแท้จริง ประเมินจากนโยบาย และการสนับสนุน 2. บุคลากรมีความเข้าใจ และความตระหนักในการทุ่มเท การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ มีทัศนคติที่ดี มีความสุขในการทำงาน บุคลากรในที่นี้หมายถึงทุกฝ่าย ไม่เฉพาะทีมรักษา แต่รวมถึงฝ่ายบริหาร การเงิน ฯลฯ 3. มีการพัฒนานับพื้นฐานของความพร้อมที่แท้จริง ยอมรับข้อจำกัดที่มี (ประเมินศักยภาพของตนเอง ได้ตรงกับความเป็นจริง) 4. มีความร่วมมือกับองค์กรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน เป็นรูปธรรม ระบบของการเชื่อมโยงสามารถ ประเมินผลลัพธ์ หรือแก้ไขปัญหาให้ประชาชนได้ 5. มีการกำหนดยุทธศาสตร์ เข้มมุ่ง กลยุทธ์ และแผนปฏิบัติการที่ดี ระบบในเชิงบริหารมีการติดตาม ประเมินผลที่ดี เพื่อให้มีแบบแผนการสร้างเสริมสุขภาพ ประเมิน out put , out come ได้	1. ความมุ่งมั่น มินนโยบายชัดเจน , การสนับสนุน , ยุทธศาสตร์ , เข้มมุ่ง , กลยุทธ์ , แผนปฏิบัติการ , ติดตามประเมินผล 2. บุคลากรเข้าใจ และทุ่มเทการทำงาน 3. ประเมินศักยภาพตนเอง ตามความเป็นจริง 4. มีการเชื่อมโยง / ร่วมมือกับองค์กรอื่นๆ
EXT		ไม่มีข้อมูล	
INT		ไม่มีข้อมูล	

ตารางที่ 2-3 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B3p

Code	Sub Code	data	Summary
CD		รพ.ทำ HA และทำHPH ไปพร้อมกันมีความคิดเห็นอย่างไร	CD (Concept and Definition)
CD		มีการจัดกลุ่ม Self help group ผู้ป่วย นิว ไทรอยด์ มะเร็ง โดยเริ่มจากรู้สึกว่างานเราเยอะเหลือเกิน ทำอย่างไร งานจึงจะลดลง จึงเริ่ม ประเมินว่าจะให้ความรู้เรื่องอะไรดี สืบเนื่องจากสิ่งที่เขามาถามโรคเดิมๆซ้ำๆต้องบอกซ้ำๆ ทำอย่างไรให้เขารู้ ผู้ป่วย ยอ	1. Self help group ในผู้ป่วยนิว ไทรอยด์ มะเร็ง 2. นามธรรม จับต้องยาก จะวัดอย่างไร 3. สุขภาพเป็นหน้าที่ของเรา 4. HP เป็นกิจวัตรประจำ สามารถจัดทำได้
CD		ความไม่เข้าใจ Concept HP การไม่ให้ความร่วมมือของ จนท. (ไม่มีคนต่อต้าน อาจเลขมากกว่า แต่อย่างไรก็ตามเขาก็รับรู้ เรื่องอื่นไม่มีปัญหา วัฒนธรรมองค์กรทำงานเป็นทีม เห็นประโยชน์ของส่วนรวมมาก	
CD		HP ทำยาก สิ่งที่ทำให้สำเร็จ คือ การเปลี่ยนวิธีการทำงาน การสร้างเสริมสุขภาพ ขอบเขตกว้าง จับต้องยาก เป็นนามธรรม เรามักคิดว่า แล้วจะวัดอย่างไรจะปรับอย่างไร กระแสข้างนอก ผู้รับบริการตอบรับมากโอกาสที่จะทำเต็มที่อาจต้องใช้เวลา	
CD		อยากให้ HP เป็นกิจวัตร อาจจัดเองโดยใช้เวลาเราสะดวก ทำเวลาที่เรทำได้สะดวก สุขภาพเป็นของเรา ส่วนขอเรา แต่ของ PT /ญาติ /ผู้อื่น เป็นหน้าที่ของเรา	
CD		การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการเสริมพลังอำนาจ (empowerment) ให้กับบุคลากร กลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้สามารถจัดการกับสถานะสุขภาพของตนเอง และควบคุมสิ่งแวดล้อมได้ ทั้งนี้ต้องอาศัย การมีส่วนร่วม ร่วมคิด ร่วมทำ และเรียนรู้ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามที่ต้องการ และพึงประสงค์	1. กระบวนการเสริมพลังอำนาจ (empowerment) ให้กับบุคลากรกลุ่มเป้าหมาย ในการจัดการกับภาวะสุขภาพของตนเอง 2. การควบคุมสิ่งแวดล้อม เพื่อให้บุคลากรกลุ่มเป้าหมาย มีความสามารถจัดการกับสถานะสุขภาพ 3. การมีส่วนร่วม คิด ทำ และเรียนรู้ โดยมีผลลัพธ์ตามความต้องการและพึงประสงค์
Act	OPD.SB	งานบริการ ANC มีการดำเนินงานอย่างไรในการสร้างเสริมสุขภาพ	ACT (กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ)
	OPD.SB	มีการให้ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ เป็นรายกลุ่มโดยแบ่งเป็น 4 ครั้ง คือ 1. การเจาะเลือด 2. การฟังผลเลือด 3. การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ 4. ทักษะการเป็นพ่อแม่ โดยเชิญสามีมาด้วย มีการกล่าวถึงสุขภาพจิตหญิงตั้งครรภ์ และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และในช่วงอา	SB.OPD (Service based ในผู้ป่วยOPD) 1. การให้ศึกษาหญิงตั้งครรภ์เป็นรายกลุ่ม 2. ภายหลังการ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ จัดกลุ่มที่สนใจในโครงการคลอดธรรมชาติ
Act			
	OPD.SB	มีการจัดโครงการคลอดธรรมชาติ โดยจัดกลุ่มผู้สนใจเข้ากลุ่มและจัดห้องรอกคลอดและคลอดเหมือนอยู่บ้าน มีกษบริหารในหญิงตั้งครรภ์	3. การตรวจคัดกรองในหญิงวัยทอง และให้ความรู้ เรื่อง การออกกำลังกาย การกลายเครียด
Act			

ตารางที่ 2-3 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B3p

Code	Sub Code	data	Summary
Act	OPD.SB	การดูแลสุขภาพกลุ่มอื่นมีอะไรบ้าง	
Act	OPD.SB	กลุ่มวัยทองมีการตรวจคัดกรอง , การให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายวัยทองการคลายเครียด เมื่อเข้าร่วมกิจกรรมครบ 4 ครั้งนำเข้าร่วมกลุ่มวัยทองที่สสจ.	
Act	OPD.SB	OPD ทำกิจกรรมHP อย่างไรบ้าง	
Act	OPD.SB	สถานที่จำกัด การลดลดธรรมชาติ	
Act	IPD.SB	A1 กิจกรรม HP ของตึกนี้เป็นอย่างไร DM -Supportiong group ดูว่ามี Case อะไรมาก นำผู้ป่วยและญาติแลกเปลี่ยนวิธีการดูแล แนะนำการดูแลและตนเองที่ไม่ถูกต้อง กระบวนการแรกรับ Plan มีสื่อ VDO ในเร	SB.IPD (Service based ในผู้ป่วยIPD) 1. DM - Supporting group 2. การออกกำลังกาย : โยคะ เจ้าหน้าที่ร่วมกับญาติ
Act	IPD.SB	กระบวนการให้ความรู้ขณะอยู่รพ.เป็นอย่างไร	3. ออกกำลังกายบนเตียง เพื่อยืดกล้ามเนื้อ รักษาระบบ เพื่อป้องกันข้อติด
Act	IPD.SB	รณรงค์ จันท .ออกกำลังกาย โยคะ 3 โมงครึ่ง เข้า,บ่ายขยายผลไป ญาติผู้ป่วย และผู้ป่วย , หลัง 4 โมงเย็นมีกิจกรรมชมรมโยคะ วัน จ ,พ,ศ กิจกรรมนี้เริ่มเพราะตนเองเคยปวดหลัง ฝึกทำโยคะแล้วอาการดีขึ้น จึงคิดว่าจัดกิจกรรมโยคะในตึกคงจะดี กิจกรรมHPใน Pt , ญาติ มี	
Act	IPD.SB	ตึกนี้มีกิจกรรมHP อะไรบ้าง	
Act	IPD.SB	ออกกำลังกายโดยการยืดกล้ามเนื้อ แอโรบิก 4 ภาค ระบุบ่ง มีวัตถุประสงค์เพื่อคลายเครียด จันท. และญาติ ในกลุ่มผู้ป่วยเปิดเทปออกกำลังกายบนเตียงทุกวันวันละ ครั้งชั่วโมงช่วง บ่าย 2 โมงเพื่อป้องกันข้อติด และมีการแนะนำเรื่องสิ่งแวดล้อม การเข้ากลุ่ม PT เล่นเกมส์ ,	
Act	CO	การออกบริการ การบินไทย - วัดแสง / เสี่ยง ความร้อน	SB.COM (Service based ในชุมชน)
Act	CO	กลุ่มประกันสังคม ตรวจสอบสุขภาพ	1. ตรวจสอบสุขภาพกลุ่มประกันสังคม
Act	CO	กิจกรรมที่ลงทำของ งานอาชีวอนามัย โรงแรม ,โรงโมหิน, เรือนจำ ปัญหาที่พบคือการไม่ออกกำลังกาย	2. กิจกรรมอาชีวอนามัย โรงแรม โรงโมหิน เรือนจำ 3. สำนวณพฤติกรรม เพื่อไม่ให้เจ็บป่วย โดยการตั้งเป็นชมรมต่างๆ เช่น แอโรบิก,จักรยาน , ฟุตบอล , วิ่ง , จริยธรรม
Act	CO	การหาลูกค้าของผู้ประกันตน สำนวณพฤติกรรมเพื่อไม่ให้เขาป่วย กลุ่มอื่นยังไม่ตระหนัก รพ. และชุมชนมี ชมรมแอโรบิก ,ชมรมจักรยาน ,ชมรมฟุตบอล , ชมรมวิ่ง / เต้น, จริยธรรม รพ. Support งบสำหรับจัดกิจกรรม และประชุม มีกองทุนสำหรับชมรม เป็นกองทุนสวัสดิ	PB.COM (Program based ในชุมชน) 1. โครงการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียน 2. การอบรมนักเรียน สารเสพติด / เพศสัมพันธ์

ตารางที่ 2-3 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B3p

Code	Sub Code	data	Summary
Act	ST	วิสัยทัศน์ รพ.พูดถึงบุคคลการทำงานอย่างมีความสุขหมายความว่าอย่างไร	SB.ST (Service based ในผู้ปฏิบัติงาน) 1. สร้างระบบงานที่ดี มีความปลอดภัย Healthy Workplace 2. ลดปัจจัยเสี่ยง เช่น งดสูบบุหรี่ และขยายผลต่างๆ ไปในชุมชน และผู้ประกันตน 3. ตรวจสอบสุขภาพ และอาชีวอนามัยเจ้าหน้าที่ทั่วไป และเฉพาะกลุ่ม 4. ปัญหา : แพทย์ ไม่เข้ามาอบรม 86% เจ้าหน้าที่ยังไม่ออกกำลังกาย เนื่องจากขาดสถานที่ และนโยบาย 5. มีตัวแทน PCT ในกรรมการ HPH 6. มีนโยบาย HP และเข้มแข็งสำหรับเจ้าหน้าที่
Act	ST	พยายามทำให้เกิดความสุขในการทำงาน ไม่เครียด และมีสุขภาพดี	
Act	ST	รูปธรรมคือ	
Act	ST	-การไม่เจ็บป่วย	
Act	ST	- คະແນນបរຣາກາສການทำงาน	
Act	ST	งานอาชีวอนามัยมีหน้าที่ในการดูว่า	
Act	ST	ปัญหาสุขภาพมีอะไร จะแก้ปัญหาอย่างไร	
Act	ST	3 Care ภาระงานมีมาก เราอาจไม่สามารถลงงานได้ การสร้างความสุขก็คือ	
Act	ST	การมีระบบงานที่ดี - ปลอดภัย	
Act	ST	การไม่เพิ่มความเสี่ยงในการทำงาน	
Act	ST	การดูแลสิ่งแวดล้อม ทางกายภาพ	
Act	ST	ทำงานอย่างมีความสุข สุขกาย Healthy Workplace	
Act	ST	สุขใจ มีชมรมจริยธรรม	
Act	ST	มี Incentive เพื่อเป็นขวัญกำลังใจ	
Act	ST	มี Course การเลิกสูบบุหรี่ เลิกได้ 30 % คลินิก อดบุหรี่ สำหรับคนต้องการอดบุหรี่ มีการขยายเป้าไปที่นักเรียน โดยมีการอบรมเรื่องสุขภาพ	
Act	ST	อบรมนักเรียนเรื่อง สารเสพติด / เพศสัมพันธ์	
Act	ST	การทำโครงการ ป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียน	
Act	ST	การขยายความรู้ใน กลุ่มผู้ประกันตน	
Act	ST	ใน HA มีการตรวจสอบสุขภาพและ อาชีวอนามัย ,HPH มีข้อมูลสุขภาพ ในรพ.นี้ มีปัญหาอุปสรรคใด	
Act	ST	ตรวจสอบสุขภาพ 86% ส่วนที่หายไปส่วนใหญ่เป็นแพทย์	
Act	ST	ปัญหาอื่น ๆ คือ	
Act	ST	การที่ จนท. ไม่ออกกำลังกาย , เพราะขาดสถานที่ , ยังไม่มีนโยบาย	
Act	ST	ขณะนี้กำลัง Implement นโยบายสร้างสนามกีฬา	

ตารางที่ 2-3 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B3p

Code	Sub Code	data	Summary
Act	ST	ในเชิงบริหารจัดการ เพื่อให้จนท.มี HP มีการดำเนินการอย่างไร	
Act	ST	มีตัวแทน PCT ใน กรรมการ HPH โดยเริ่มมีการให้นโยบายกว้างๆและแต่ละหน่วยดำเนินการเอง	
Act	ST	ทีมนำ ให้นโยบาย HPเพื่อกำหนด	
Act	ST	เข้มมุ่งสำหรับ จนท. และให้	
Act	ST	เข้มมุ่งกระจายทุกหน่วย	
Act	ST	มีการติดตามจากทุกหน่วยโดยมีการกำหนดบทบาททีม Approach.	
Act	ST	เป้าหมายงานอาชีวอนามัยมีอะไรบ้าง	
Act	ST	เป้าหมาย คือ จนท รพ. 1800 คน	
Act	ST	อาชีวอนามัยใน รพ. ทำอะไรบ้าง	
Act	ST	1). ENV. ความร้อน แสง เสียง (ภายนอก) ปัญหาแสงไม่ได้มาตรฐานเสียงที่แผนก ชักฟอก จ่าย กลาง ต้องป้องกันโดยใช้ Ear Plug แต่ จนท.ยังไม่ Awareness 2). ตรวจสอบสภาพจนท. โดยการ ตรวจ - BMI , สายตา , การได้ยิน	
Act	ST	ในฐานะเป็นจนท ในรพ.เกี่ยวข้องกับ HP อะไรบ้าง	
Act	ST	องค์กร- เป็นตัวอย่างในการออกกำลังกาย การไปร่วมกิจกรรม / จัด นิทรรศการร่วมกับเครือข่ายข้างนอก มีการประเมิน- ความเครียดตนเอง (แบบสอบถามกรม) ปกติ,ปานกลาง10.83%	
PRO		มีอะไรบ้างที่โรงพยาบาลคิดว่าเป็นปัญหา ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับHP	PRO
PRO		ปัญหาร้านอาหารข้างโรงพยาบาลไม่สะอาด Planจัดสุขาภิบาลอาหารข้างโรงพยาบาลเพื่อผู้ป่วยและญาติ และผู้สูงอายุไม่มีฟันปลอม Plan หาทุนเพื่อทำฟันปลอมผู้สูงอายุ	1. นโยบายจากกระทรวง ต้องการ Key - Man ในการเชื่อมโยงนโยบายเข้าสู่ งานประจำ
PRO		ทำ HPH ทำให้จนท. เพิ่มงานหรือไม่	2. การ Integrate เข้ากับสาธารณสุข ระหว่างประเทศ

ตารางที่ 2-3 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B3p

Code	Sub Code	data	Summary
PRO		Key Of Success - นโยบายกระทรวง งานประจำ ต้องการ Key -Man ในการจัดกลุ่ม นโยบายเข้ากับงานประจำ รพ.ที่เป็นปัญหาคือรพ.ที่ไม่รู้ว่าจะเชื่อมโยงอย่างไร	3. เจ้าหน้าที่ไม่กล้าออกกำลังกาย / ภาระงานเยอะ 4. เงินทุนในการจัดทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น ทำฟนปลอมผู้สูงอายุ 5. ยังไม่สามารถเข้าไปจัดการร้านอาหารบริเวณรอบโรงพยาบาลให้มีสุขภาพอาหารที่สะอาดได้ 6. หัวตัวชีวิตยาก
PRO		สำหรับเชิงรายมี นโยบาย จว. Integrateกับ การ สาธารณสุขระหว่างประเทศ	
PRO		ปัญหา/ อุปสรรค ในการทำงาน HP	
PRO		การออกกำลังกาย ช่วงเวลาทำงาน จนท. ไม่กล้าออกกำลังกาย ภาระงานเยอะ	
PRO		1. การขาดความชัดเจนของนโยบาย และการสนับสนุนที่แท้จริงอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านบุคลากร ทรัพยากร สถานที่ 2. ระบบบริการที่มีความแตกต่างค่อนข้างมาก เน้นการรักษามากกว่าการป้องกัน ฟันฟูและส่งเสริม 3. บุคลากรบางส่วนมีความเข้าใจและเห็นความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ แต่อาจไม่สามารถผลักดัน ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพในองค์กรได้มากเท่าที่ควร 4. ภาระงานมีมาก และความเคยชินในการปฏิบัติงานของบุคลากร 5. ผลลัพธ์ของการสร้างเสริมสุขภาพต้องใช้เวลาและมีปัจจัยอื่นๆ เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้อง และบาง ผลลัพธ์	1. นโยบายไม่ชัดเจน และไม่มีการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง 2. ระบบบริการที่เป็นการรักษา มากกว่าป้องกันฟันฟู 3. ภาระงานมาก 4. ตัวชีวิตไม่ชัดเจน มีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง 5. ขาดการเชื่อมโยงของระบบข้อมูล
LINK		ในฐานะที่ทำ HA มาก่อน HA ช่วย HPH อย่างไร	LINK (Link to HA)
LINK		ทีมงานเป็น Key สำคัญ แนวคิดเกิดจากทีมผู้บริหารให้ นโยบายในเรื่อง HP	1. การทำงานเป็นทีม
LINK		ถ้าไม่ทำ HA เลย มาทำ HPH ยากมาก เพราะ การที่จนท. มี ความเข้าใจ ทำ HA มาก่อนเป็นการวางระบบ การจัดทีมสหสาขา ของHA มีทีมชัดเจน มีทักษะสื่อสาร ต่อยอดได้เลยแนวคิด HA กระบวนการทำงานมี Procers ชัดเจน HPH ตัวชีวิต วัตถุประสงค์ อาจต้องใช้เวลา	2. การวางระบบงานจาก HA ช่วยต่อยอดงานของ HPH ได้แต่ HPH ตัวชีวิต วัตถุประสงค์

ตารางที่ 2-3 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B3p

Code	Sub Code	data	Summary
LINK		ถ้ามี CPG มีความต่อเนื่อง ,จนท.มี HRD , มีทีมอาชีวอนามัย มีทีมสหสาขาดูแล PCT , PCTไหนทำเรื่องสุขภาพต้อง Addเรื่อง HP	3. CPG ทำให้มีความต่อเนื่องได้ และเพิ่มเรื่อง HP ได้เลย
LINK		ทำ HA วัฒนธรรมองค์กรเปลี่ยน ทำงานเป็นทีมมากขึ้น Process การนำองค์กรและการประเมินทำให้จนท. ทำงานเป็นระบบ	4. HA ทำให้วัฒนธรรมองค์กรเปลี่ยน การประเมินทำให้เจ้าหน้าที่ทำงานเป็นระบบ 5. HPH เสริมคุณค่า HA ขึ้น
LINK		HA เป็นการวางระบบการบริการ HP มองถึงประชาชนทั้งกลุ่มป่วยและไม่ป่วย HP ช่วยเสริมคุณค่าให้ HAมีค่ามากขึ้น	
LINK		Natural ทำให้เป็นธรรมชาติเป็นงานประจำทำแล้วมีความสุข	
LINK		นำไปสู่ Out -Put , Out - Come	
LINK		ไม่เพิ่มเพราะเป็นงานที่ทำใน HA อยู่แล้วแต่เน้นงาน HPH ขึ้น	
LINK		การนำนโยบายกระทรวงมาปฏิบัติ เช่น 5 อ. สะดวกต่อการทำงาน HP หรือไม่อย่างไร	
LINK		กิจกรรม Healthy Thailand เป็น Key -Word กิจกรรมเรามีอยู่แล้วเป็นกิจกรรมที่ครบวงจร เป็นภาพของการรักษาพยาบาลมากกว่าแล้วมามุ่งงานHP	
LINK		เรามาศึกษาว่าอย่างไรไหนที่เป็นงานที่เราทำอยู่แล้ว และเราจะประยุกต์อย่างไร	
MISC		คิดว่าผ่าน HPH กำลังขอรับการประเมิน	MISC (Miscellaneous)
			- กำลังขอการประเมิน HPH

ตารางที่ 2-3 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B3p

Code	Sub Code	data	Summary
EXP		1. เป็นโรงพยาบาลที่มีการปรับบทบาทให้มีความสมดุลงมากขึ้น ในมิติของการรักษา ฟื้นฟู ป้องกัน และสร้างเสริมสุขภาพ การปรับบทบาท หมายถึง ทีมนำมีความมุ่งมั่น ผู้นำ ผู้บริหาร มีความเข้าใจ มีนโยบายชัดเจน โดยเฉพาะด้านทรัพยากรบุคคล และการเงิน 2. เป็นโรงพยาบาลที่มีบริการแบบองค์รวม (Holistic) โดยรวมถึงปัจจัยทางด้านสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม เข้ามาพิจารณาด้วย เช่น การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลเรื้อรัง ต้องดูให้เข้าใจว่า ทำไมถึงเป็นแผลได้ ก่อนเข้าโรงพยาบาล และเหตุใดจึงเกิดแผลเรื้อรัง ในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้รับการดูแลรักษา และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีการส่งต่อผู้ป่วยไปยัง PCU หรือชุมชน 3. ให้การดูแลต่อเนื่อง เชื่อมต่อกับบ้าน ชุมชน PCU โรงพยาบาลอำเภอ 4. กลุ่มเป้าหมายไม่ใช่เฉพาะคนป่วยเท่านั้น ต้องเน้นเจ้าหน้าที่เป็นอันดับหนึ่ง เพื่อให้เป็น Role Model แก่ประชาชน ญาติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มสุขภาพดีทั่วไป ก็จัดเป็นเป้าหมาย 5. เป็นองค์กรของการเรียนรู้ และการพัฒนา 6. เป็นสถาบันที่ประชาชนไว้วางใจ มีความน่าเชื่อถือ บุคลากรเป็นแบบอย่างที่ดีด้านการสร้างเสริมสุขภาพ 7. โรงพยาบาลมีสถานที่ สิ่งแวดล้อม นอกจากสวยงามแล้วยังต้องเอื้อให้โอกาสแก่การเรียนรู้ สร้างเสริมสุขภาพต่อประชาชนที่มาใช้บริการ ชุมชนใกล้เคียง และมีความปลอดภัยทั้งต่อผู้มารับบริการ และบุคลากรของโรงพยาบาล	1. ความสมดุลในการให้บริการด้านการรักษา ฟื้นฟู ป้องกัน และสร้างเสริมสุขภาพ 2. การให้บริการแบบองค์รวม (Holistic) 3. การดูแลอย่างต่อเนื่อง 4. Role Model ด้านบุคลากร , สิ่งแวดล้อม 5. การเรียนรู้

ตารางที่ 2-3 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B3p

Code	Sub Code	data	Summary
FAC		1. มีความมุ่งมั่นและเห็นความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพอย่างแท้จริง ประเมินจากนโยบาย และการสนับสนุน 2. บุคลากรมีความเข้าใจ และความตระหนักในการทุ่มเท การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ มีทัศนคติที่ดี มีความสุขในการทำงาน บุคลากรในที่นี้หมายถึงทุกฝ่าย ไม่เฉพาะทีมรักษา แต่รวมถึงฝ่ายบริหาร การเงิน ฯลฯ 3. มีการพัฒนานับพื้นฐานของความพร้อมที่แท้จริง ยอมรับข้อจำกัดที่มี (ประเมินศักยภาพของตนเอง ได้ตรงกับความเป็นจริง) 4. มีความร่วมมือกับองค์กรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน เป็นรูปธรรม ระบบของการเชื่อมโยงสามารถ ประเมินผลลัพธ์ หรือแก้ไขปัญหาให้ประชาชนได้ 5. มีการกำหนดยุทธศาสตร์ เข้มมุ่ง กลยุทธ์ และแผนปฏิบัติการที่ดี ระบบในเชิงบริหารมีการติดตาม ประเมินผลที่ดี เพื่อให้มีแบบแผนการสร้างเสริมสุขภาพ ประเมิน out put , out come ได้	1. ความมุ่งมั่น มินนโยบายชัดเจน , การสนับสนุน , ยุทธศาสตร์ , เข้มมุ่ง , กลยุทธ์ , แผนปฏิบัติการ , ติดตามประเมินผล 2. บุคลากรเข้าใจ และทุ่มเทการทำงาน 3. ประเมินศักยภาพตนเอง ตามความเป็นจริง 4. มีการเชื่อมโยง / ร่วมมือกับองค์กรอื่นๆ
EXT		ไม่มีข้อมูล	
INT		ไม่มีข้อมูล	

ตารางที่ 2-4 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B4p

code	Sub code	data	Summary
CD		เนื่องจาก รพ.นี้ทำ H มาแล้ว HA ช่วย HP อย่างไร	CD (Concept and Definition)
CD		HA มอง PT Centre	1. ? เป็น Def ของ HA ไม่มี HPH
CD		HA เน้นการรักษา	
CD		HA เชื่อมต่อ HPH HA ทำให้เกิด ปัจจัยสำคัญ คือเพราะถ้าทีมเข้มแข็ง ทำอะไรก็ได้	
CD		HA ทำอย่างไรเจ้าหน้าที่ปลอดภัย	
CD		การสร้างเสริมสุขภาพ คือ การดูแลเบื้องต้นของผู้ป่วย เพื่อการดูแลรักษาภาวะเจ็บป่วยของตนเอง แบ่งออกเป็น การสร้างสุขภาพ คือ การสร้างให้ตนเองเกิดสุขภาพที่ดี ซึ่งสามารถกระทำได้โดยการพักผ่อนให้เพียงพอ ทานอาหารที่มีประโยชน์ และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การเสริมสุขภาพ จะกระทำได้ในกรณีที่ประชาชนที่มีร่างกายปกติธรรมดา และต้องการเสริมสุขภาพให้ตนเองมีร่างกายที่แข็งแรง ปราศจากโรค ซึ่งก็มีแนวทางปฏิบัติแบบเดียวกับการสร้างสุขภาพ คือ การพักผ่อน ทานอาหารที่มีประโยชน์ และการออกกำลังกาย	1. การดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ 2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3. การมีความรู้และความเข้าใจในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน 4. การส่งเสริมพฤติกรรม สิ่งแวดล้อม ให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรง
CD		รู้วิธีและปฏิบัติในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง ให้มีสุขภาพดีในยามเจ็บป่วย สามารถดูแลตนเองได้ และสามารถแนะนำผู้อื่นได้	
CD		การทำให้ร่างกาย และจิตใจมีสุขและแข็งแรง สมบูรณ์ตลอดเวลา โดยทุกคนต้องตระหนักในการดำรงชีวิตประจำวัน ให้มีสุขภาพ (กาย-ใจ) ที่สมบูรณ์ แข็งแรงอยู่เสมอ ทั้งตัวเราและคนรอบข้างในครอบครัว เป็นตัวอย่างที่ดีต่อสังคมได้ โดยการกินอาหารที่ถูกหลักอนามัย ออกกำลังกายที่เพียงพอเหมาะสม แลพักผ่อนให้เพียงพอต่ออารมณ์ จิตใจ	
CD		การที่เจ้าหน้าที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลตนเอง เช่น พฤติกรรมสุขภาพ มีการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง การออกกำลังกาย การดูแลสิ่งแวดล้อมที่ทำงานและบ้านพัก หลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด การใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเองที่จำเป็นในการทำงาน การป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงาน การป้องกันอุบัติเหตุจราจร ตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อค้นหาโรค และฉีดวัคซีนป้องกันโรค	
CD		การที่ประชาชน เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันในชีวิตประจำวัน การดูแลสุขภาพที่เกิดจากอาชีพ การรับประทานอาหารที่ปลอดภัย จากสารพิษ การส่งเสริมสุขภาพ และการดูแลรักษาโรคต่างๆ	

ตารางที่ 2-4 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B4p

code	Sub code	data	Summary
CD		การส่งเสริมพฤติกรรม สิ่งแวดล้อม ให้เื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่ ผู้รับบริการ บุคลากรภายนอก เพื่อมิให้เจ็บป่วย	
CD		เป็นการส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ โดยเริ่มจากการรู้จักการป้องกันการเกิดโรคที่ป้องกันได้ ได้แก่ การป้องกันอุบัติเหตุในการขับขี่ยานพาหนะ อุบัติเหตุในแต่ละวัยที่อาจเกิดขึ้น การรับประทานอาหารที่ปราศจากสารเคมีตกค้าง (ยาฆ่าแมลง) การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การใช้หลักสุขบัญญัติ 10 ประการในการ	
CD		การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง กิจกรรมหรือพฤติกรรมที่ช่วยส่งเสริมให้ร่างกายแข็งแรง ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ ทุกคนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคที่ป้องกันได้ เช่น ออกกำลังกาย พฤติกรรมการเลือกบริโภค และดูแลสิ่งแวดล้อม ฯลฯ และกรณีเจ็บป่วย สามารถดูแลตนเอง หรือญาติมีความเข้าใจ ดูแลไม่ให้เจ็บป่วยมากขึ้น เชื้อเกิดภาวะแทรกซ้อน	
CD		การดูแลสุขภาพร่างกายให้อยู่ในภาวะที่สมบูรณ์ แข็งแรง ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจตามบริบทของแต่ละคน ครอบครัว ชุมชน	
Act	CO	ตัวอย่างการกำจัดการขยะในรพ. ทำให้เจ้าหน้าที่เริ่มเปิดประเด็นให้ชุมชน เริ่มเก็บขยะ Recycle โดยมีธนาคารขยะที่ ม 7 หมู่ยังมองไม่เห็นเจ้าหน้าที่ที่เริ่มขยายแนวคิดไปเรื่อยๆ	ACT (กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ)
Act	CO	ตัวอย่างความเสี่ยง การจัดเตียงใน IPD ให้เตียงเด็กอยู่ชิดผนัง 1 ด้าน , ให้หมอนด้านนอกป้องกันเด็กตกเตียง, และการสอน PT อัมพาต และ ญาติ ทำวัสดุป้องกัน Bed Sore ที่ปุ่มกระดูกข้อเท้า ซึ่งในปัจจุบัน IPD ไม่ใช้แต่ทำแผลแต่เป็นการหาสาเหตุ ป้องกันไม่ให้เป็นซ้ำ	SB.COM (Service based ในชุมชน) 1. การกำจัดการขยะมีการขยายผลไปสู่ชุมชน เช่น ขยะ Recycle
Act	CO	ด้านสิ่งแวดล้อมทำอะไร	
Act	IPD.SB	แฟลชEpiatic แยก : การปฏิบัติตัว	SB.IPD (Service based ในผู้ป่วย IPD)
Act	IPD.SB	แนะนำการดูแลตนเองระหว่างอยู่รพ. (ให้ข้อมูลพื้นฐาน)	1. การปฏิบัติและการดูแลตนเอง ระหว่างอยู่โรงพยาบาล
Act	IPD.SB	พยาบาลเจ้าของไข้มาดูแล Pt ที่เตียงทันทีที่ Adimt จัด Env ทางสังคม แนะนำข้างเตียง	2. การมีพยาบาลเจ้าของไข้ แนะนำสถานที่ ข้อมูลเกี่ยวกับโรค
Act	IPD.SB	แนะนำสถานที่ ข้อมูลเกี่ยวกับโรค	3. การจัด ENV ปลอดภัย / ญาติ
Act	IPD.SB	RN ขณะอยู่รพ./ จัด ENV ปลอดภัย / ญาติช่วย	4. การสวดมนต์ก่อนนอน
Act	IPD.SB	- มีการสวดมนต์ก่อนนอน - เรื่องของจิตใจ, จันท นำ , พระ นำ , ญาตินำ	5. การมีส่วนร่วมในการรักษาให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล
Act	IPD.SB	- การมีส่วนร่วมในการรักษาให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล Pt	6. การทำ D/C Plan

ตารางที่ 2-4 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B4p

code	Sub code	data	Summary
Act	IPD.SB	- ปัญหาญาติเปลี่ยนคนถ้าญาติสอนต่อได้แสดงว่าเข้าใจ N สอนตอนบ่าย	7. การสอนสุศึกษา ผู้ป่วย DM แนะนำเรื่อง อาหารที่เป็นรูปธรรม การ ไข้ยา การป้องกัน Hypo ทำให้ลดปัญหาของการ Re-admit และมีการ ติดตาม เยี่ยม โดยทีม HHC และ IPD
Act	IPD.SB	RN D/C Plan	
Act	IPD.SB	- DM แนะนำการกินที่เป็นรูปธรรม	
Act	IPD.SB	- สอนเรื่องอาหาร แนะนำญาติ สอนเรื่องการ ไข้ยา DM ถ้ากินข้าวไม่ได้ถึงดยา Gb มื้อนั้นก่อน ป้องกัน Hypo	
Act	IPD.SB	- ปัญหา Hypo เป็นปัญหา Re – Admit หลังทำอัตรา RE – Admit ลดลง และมีการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมด้วยทีม โดย HHC โดยทีมIPDออกไปร่วมด้วย	
Act	OPD.ACT	รพ. มีทีมสิ่งแวดล้อม เพื่อจัดสิ่งแวดล้อมส่งเสริมการเรียนรู้ เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมสวยงาม ป้ายบอกทางต้นไม้ ส่งเสริมสุขภาพโดยการมีการย้ายป้ายเป็นช่วงๆเพื่อการเรียนรู้	SB.OPD (Service based ในผู้ป่วย OPD)
Act	OPD.ACT	RN PCU ที่นั่งพักญาติมีเอกสารแจกอ่าน	1. ทีม ENV จัดสิ่งแวดล้อมสวยงาม ส่งเสริมการเรียนรู้
Act	OPD.ACT	บุคลากร 127 คน ตรวจสอบสุขภาพ 100 % ไม่มีการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยง ตามเฉพาะเรื่องดื่มเหล้า สูบบุหรี่ และ รพ.มี นโยบายห้ามสูบบุหรี่ มีคนสูบ 2 คน กำลังเข้าโครงการ	2. PCU มีที่พัญาติ มีเอกสารแจก 3. HP ใน OPD เป็น Evidence
Act	OPD.SB	มีการHP ในOPD อย่างไรบ้าง	4. Group Counselling ในผู้ป่วย DM FBS 200 mg % เพื่อปรับ พฤติกรรม
Act	OPD.SB	EVIDENCE	5. ANC มีการ Pre - counselling 6. การส่งเสริมสุขภาพ - การให้สุศึกษา - การให้ Vaccine - การตรวจสอบสุขภาพ
Act	OPD.SB	Pt DM ที่ขึ้นทะเบียน 867 คน มีการจัดคลินิก DM นัดวันแยกตามตำบล	
Act	OPD.SB	DM ที่ FBS 200 mg %ขึ้นไปจัด Group Couselling เพื่อปรับลดน้ำตาลและปรับพฤติกรรม Pt ส่วนที่เหลือ นั่ง รอตรวจจะมีการให้สุศึกษาเป็นเรื่อยๆ แต่ละรอบเดือน โดยทีมสหวิชาชีพ เช่นเดือนนี้ สอนเรื่องยา DM โดยเภสัช	

ตารางที่ 2-4 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B4p

code	Sub code	data	Summary
Act	OPD.SB	มีการตรวจสุขภาพ ตรวจ VA ใน Pt ที่เป็น DM เกิน 5 ปีและส่งต่อโรงพยาบาลจังหวัด	
Act	OPD.SB	วันนี้มี Pt DM มารอตรวจตั้งแต่ตี 2 เพราะ คิวแรกมีความสำคัญกับ Pt มาก Pนอนไม่หลับเลยมาตั้งแต่เช้า	
Act	OPD.SB	ไม่มีการจัดอาหารให้ Pt จะห่อข้าวมากินเองเป็นกลุ่มๆ ไม่มีการจัดกิจกรรมในช่วง Pt กินข้าว	
Act	OPD.SB	หมอบอกผลเลือดหรือสอนอะไรบ้าง	
Act	OPD.SB	ยังไม่รู้ผลเลือดต้องรอหมอบอกช่วงหมอตรวจหมอบอก บางทีจำไม่ได้เพราะคนมากหมอมีเวลาน้อย	
Act	OPD.SB	หมอแนะนำการออกกำลังกาย แต่นั่นทำไม่ได้เพราะปวดขา ปวดเอว	
Act	OPD.SB	มีการสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยและญาติอย่างไร อย่างไร	
Act	OPD.SB	HP - การให้คำแนะนำ Pt / ผู้รับบริการ HP - ตรวจสุขภาพ / ตรวจพัฒนาการ ANC / ทำกลุ่ม	
Act	OPD.SB	การทำกลุ่มก่อนฉีด Vaccincอธิบาย obj ของแต่ละกิจกรรม	
Act	OPD.SB	ANC - สามีมาด้วย หนังสืออ่าน Pre-Post Counseling	
Act	OPD.SB	ค้นหา DM งานเด่น จุดมุ่งหมายของ Proj	
Act	OPD.SB	- กลุ่มสุขภาพดี – ทีม สหวิชาชีพลงทำกลุ่ม	
Act	OPD.SB	กลุ่มป่วย DM คมน้ำตาลได้นำมาทำกิจกรรมกลุ่มด้วย	
Act	ST	มีการเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนอย่างไรบ้าง	SB.ST (Service based ในผู้ปฏิบัติงาน)
Act	ST	การตรวจสุขภาพ จนท.ดำเนินการอย่างไร	1. การตรวจสุขภาพพนักงาน และในกลุ่มเสี่ยง MMR , หญิงวัยเจริญพันธุ์
Act	ST	มีการเชื่อมโยงHA กับการสร้างเสริมสุขภาพในบุคลากรอย่างไร	2. การดัดชมรมเพื่อสุขภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างความตระหนักในเรื่องสุขภาพและมีการประเมินผล
Act	ST	การตรวจสุขภาพมีการตรวจ HB ในกลุ่มเสี่ยง MMR ใน หญิงวัยเจริญพันธุ์, TT ในคนทำสวน และมีการจัดตั้งชมรม เพื่อสุขภาพใน รพ. โดยมีเป้าหมาย เพื่อสร้างความตระหนักในเรื่องสุขภาพ แก่บุคลากรและเป็นแบบอย่าง	3. นโยบายโรงพยาบาลทุกคนต้องเป็นสมาชิกอย่างน้อย 1 ชมรม
Act	ST	เช่น มีชมรมออกกำลังกาย ชมรมจิตดี มีสุข	
Act	ST	ชมรม Bye Bye ชา กาแฟ	
Act	ST	ชมรม ผักสวนครัว รั้วกินได้	
Act	ST	ชมรมนิเทศสัมพันธ์	

ตารางที่ 2-4 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B4p

code	Sub code	data	Summary
Act	ST	เรามีชมรมเปตอง เริ่มจาก เจ้าหน้าที่เล่น ญาติPT มาดูและมาเล่นด้วย เจ้าหน้าที่เริ่มสร้างสัมพันธ์และแนะนำญาติมาเล่น เปตอง	
Act	ST	กิจกรรมของชมรมเริ่มมาจากการศึกษาข้อมูลหรือเริ่มจากการที่ จนท.อยากทำ	
Act	ST	การตั้งชมรมเป็นการเริ่มจากการเสริมสร้างพฤติกรรมทาง + โดยไม่ได้พฤติกรรมทาง - เดิม	
Act	ST	ความรู้ที่นำมาจัดกิจกรรมHP ได้มาอย่างไร	
Act	ST	องค์ความรู้ที่นำมาจัดกิจกรรมชมรมได้จากการที่เจ้าหน้าที่ไปอบรมการ Search Internet	
Act	ST	มีการประเมินผลอย่างไร	
Act	ST	ทำชมรม 1 ปี คิดว่าคนเปลี่ยน 70 % เนื่องจากนโยบายรพ.ทุกคนต้องเป็นสมาชิกอย่างน้อย 1 ชมรม	
LINK		ไม่มีข้อมูล	
EXP		โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ จะเป็นโรงพยาบาลที่เป็นจุดเริ่มต้นในการสร้างเสริมสุขภาพให้กับผู้ป่วย และประชาชน ทั่วไปในเขตที่โรงพยาบาลรับผิดชอบ โดยโรงพยาบาลจะต้องรับผิดชอบโดยการเป็นแหล่งที่กระตุ้นและให้ความรู้ให้ประชาชนสามารถสร้างเสริมสุขภาพให้กับตนเองได้ โดยการเน้นให้เป็นโรงพยาบาลเชิงรุก เพื่อให้เข้าถึงประชาชน นอกจากนี้ โรงพยาบาลเองก็ต้องเป็นหน่วยงานที่กระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลมีการสร้างเสริมสุขภาพด้วย เพื่อให้เกิดเป็นแบบอย่างที่ดีกับประชาชน และสามารถให้ความรู้เกี่ยวกับส่งเสริมสุขภาพกับประชาชน และประชาชนนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง	1. ทำงานเชิงรุกในการเข้าถึงประชาชน 2. Role Model ให้กับชุมชน 3. ดูแลคนดีไม่ให้ป่วย 4. ประชาชนมีส่วนร่วมต่อการสร้างเสริมสุขภาพ 5. เชื่อมโยงเข้าไปดูแลคนดี ไม่ให้ป่วย 6. ผู้นำ / ผู้บริหาร เข้าใจในการสร้างเสริมสุขภาพ 7. ดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามนโยบายที่กำหนด
EXP		1. มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 2. บุคลากรเป็นแบบอย่างที่ดีในการส่งเสริมสุขภาพ 3. ดูแลคนดีไม่ให้ป่วย ให้การรักษาพยาบาลแบบองค์รวม เน้นผู้ป่วยดูแลตนเองและช่วยเหลือกัน 4. เน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการรักษาสุขภาพ	

ตารางที่ 2-4 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B4p

code	Sub code	data	Summary
EXP		1. มีบุคลากรที่มีสุขภาพดี ทั้งร่างกาย จิตใจ และเป็นตัวอย่างที่ดีต่อสังคม 2. มีที่ทำงานให้กับพนักงานที่ดี ถูกสุขลักษณะ อนามัย ปลอดภัย 3. มีเวลา สิ่งอำนวยความสะดวกต่อการสร้างเสริมสุขภาพแก่ทุกคน 4. ประชาชน มีส่วนร่วมต่อการสร้างเสริมสุขภาพด้วยความพอใจ	
EXP		โรงพยาบาลส่งเสริมควรจะมีบุคลากรที่เป็นแบบอย่างของผู้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลกับชุมชน โดยดูแลคนไข้ไม่ให้ป่วย ดูแลคนป่วยไม่ให้ป่วยซ้ำ ไม่ให้ป่วยหนักมากขึ้น	
EXP		1. เจ้าหน้าที่ที่เป็นแบบอย่างที่ดี ทั้งในเรื่อง การรับประทานอาหาร การใช้อุปกรณ์ที่ป้องกันอันตรายในชีวิตการทำงาน 2. มีผู้นำ ผู้บริหาร ที่เข้าใจ เรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพ เป็นแบบอย่างที่ดี	
EXP		1. ส่งเสริมพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ในการสร้างเสริมสุขภาพ 2. สิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการสร้างเสริมสุขภาพ	
EXP		เป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพ แก่ชุมชน หน่วยงานอื่นๆ	
EXP		1. เป็นแกนนำในการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มชา กาแฟ ฯลฯ รวมทั้งสิ่งแวดล้อม 2. เป็นโรงพยาบาลที่ดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามนโยบายที่กำหนด เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามและลงไปถึงชุมชน	
EXP		1. โรงพยาบาลที่ปรับบทบาทด้านส่งเสริมสุขภาพให้ผสมผสานกับการรักษาพยาบาล 2. โรงพยาบาลที่มีบุคลากรเป็นแบบอย่างที่ดีก้านการส่งเสริมสุขภาพ 3. โรงพยาบาลที่มีการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมแก่การส่งเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ	

ตารางที่ 2-4 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B4p

code	Sub code	data	Summary
FAC		1. โรงพยาบาลเองต้องเป็นแหล่งที่สร้างเสริมสุขภาพสำหรับเจ้าหน้าที่ที่ดี คือ สามารถเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับประชาชนได้ เพื่อให้ประชาชนสามารถปฏิบัติตามได้อย่างมีประโยชน์ 2. โรงพยาบาลต้องมีนโยบายที่เน้นเชิงรุก สำหรับกิจกรรมด้านนี้ คือ เจ้าหน้าที่ทุกหน่วยงานต้องตระหนักและพร้อมที่จะกระตุ้นให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพกับชุมชนได้อย่างทั่วถึง 3. ตัวประชาชนเองต้องพร้อมและให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง เพราะถ้าได้รับความรู้จากโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่ แต่ไม่เห็นความสำคัญและไม่เห็นประโยชน์ การสร้างเสริมสุขภาพก็ไม่เกิดขึ้น	1. นโยบายเชิงรุก และทุกคนปฏิบัติตาม 2. สามัคคี ทำงานเป็นทีม 3. องค์ความรู้ด้านส่งเสริมสุขภาพ 4. เจ้าหน้าที่ให้ความร่วมมือ 5. สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ 6. บุคลากรมีทัศนคติที่ดี
FAC		1. เกิดความสามัคคี ทำงานเป็นทีม 2. ขอมรับในศักยภาพของบุคคล 3. เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ 4. มีเป้าหมายร่วมกัน 5. ผู้บริหารมุ่งมั่น เสริมสร้างขวัญ กำลังใจ	
FAC		1. มีองค์ความรู้ด้านส่งเสริมสุขภาพ : เผยแพร่ได้อย่างถูกต้อง 2. บุคลากรในโรงพยาบาลได้รับการส่งเสริมสุขภาพที่ดีทุกคน 3. บุคลากรได้เป็นแม่แบบหรือตัวอย่างให้กับประชาชนทั่วไปที่ดี 4. มีเวลา สถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวกต่อการส่งเสริมสุขภาพ	
FAC		1. บุคลากรต้องมีความรู้ และพร้อมที่จะมุ่งมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2. สิ่งแวดล้อม 3. ชุมชนให้ความร่วมมือ	
FAC		1. ปัจจัยด้านบุคคล : ความรู้ เข้าใจ การยอมรับของสมาชิก ผู้นำ 2. ปัจจัยด้านสังคม : การยอมรับ ความร่วมมือ 3. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ : รายได้	
FAC		1. เจ้าหน้าที่ให้ความร่วมมือในการสร้างพฤติกรรมตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ 2. ทำสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ	
FAC		การร่วมมือที่ดีในการเป็นต้นแบบสร้างเสริมสุขภาพที่ดีของเจ้าหน้าที่	

ตารางที่ 2-4 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B4p

code	Sub code	data	Summary
FAC		1. บุคลากรทุกคนในโรงพยาบาลตระหนักถึงการส่งเสริมสุขภาพ 2. เป็นตัวอย่างที่ดีแก่สมาชิกในครอบครัวและชุมชน 3. ทุกคนปฏิบัติตามนโยบายของโรงพยาบาล เป็นแบบอย่างที่ดีทั้งใน ร.พ. / ชุมชน	
FAC		1. ทักษะของบุคลากรในโรงพยาบาล ในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเริ่มจากตนเองก่อนแล้วขยายสู่ผู้อื่น 2. นโยบายระดับต่างๆ	
MISC		ไม่มีข้อมูล	
PRO		1. บุคลากรในทุกๆหน่วยงานต้องมีความรู้ และพร้อมที่จะปฏิบัติงานเชิงรุกในด้านนี้ คือ ต้องสามารถสร้างเสริมสุขภาพของตนเองให้ได้ก่อน ที่จะนำไปกระตุ้นให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพกับชุมชน 2. การทำงานกันอย่างเป็นทีม เป็นสิ่งสำคัญในการปฏิบัติงานด้านนี้ เพราะการสร้างเสริมสุขภาพให้กับชุมชน ไม่ได้เกิดขึ้นได้เพียงแค่การปฏิบัติงานของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง หรือ วิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่ง แต่จะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยการทำงานของหลากหลายวิชาชีพ 3. ประชาชนหรือผู้ที่ได้รับความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพเอง ก็ต้องตระหนักและความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพด้วย เพราะถ้าประชาชนหรือชุมชนไม่เห็นความสำคัญในจุดนี้ การสร้างเสริมสุขภาพก็ย่อมไม่เกิดขึ้น หรือเกิดขึ้นได้แต่ไม่มีประสิทธิภาพ	1. ขาดความตระหนักของบุคลากร 2. ขาดปัจจัยสนับสนุน 3. ไม่มีการทำงานอย่างต่อเนื่อง 4. ผลงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ ต้องอาศัยระยะเวลาค่อนข้างนาน

ตารางที่ 2-4 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B4p

code	Sub code	data	Summary
PRO		1. บุคลากรยังไม่ตระหนัก เห็นความสำคัญต่อสุขภาพที่ดี แข็งแรง เพราะยังมีอายุยังน้อยจำนวนมาก ทุกคนยังแข็งแรง คืออยู่ 2. ทางโรงพยาบาลยังไม่ให้ความสำคัญต่อตัวเจ้าหน้าที่ที่พอต่อการปฏิบัติงาน 2.1 เวลาต่อการสร้างเสริมสุขภาพขณะทำงาน 2.2 สิ่งอำนวยความสะดวกต่อการส่งเสริมฯ 2.3 ด้านวิชาความรู้ต่างๆ ต่อการส่งเสริมฯ	
PRO		1. เจ้าหน้าที่ขาดความตระหนักในการสร้างเสริมสุขภาพ 2. ขาดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง 3. ชุมชนต้องมีความเข้มแข็ง	
PRO		1. ความร่วมมือ ความเข้าใจของเจ้าหน้าที่ 2. ความตระหนัก	
PRO		1. เจ้าหน้าที่ไม่เห็นความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ 2. ผู้นำ และทีมงาน ไม่เห็นความสำคัญ 3. ขาดทรัพยากรที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ : เงิน	
PRO		ความตระหนักในการร่วมมือ ร่วมใจในการพัฒนา	
PRO		1. เจ้าหน้าที่ขาดความตระหนัก ไม่ให้ความร่วมมือ 2. การสนับสนุน อุปกรณ์ เครื่องมือ	
PRO		1. ทักษะคติ ผลของการสร้างเสริมสุขภาพ จะเกิดในระยะยาว ทำให้ไม่ตระหนัก และไม่ยั่งยืน 2. ความรู้ ความเข้าใจ 3. การศึกษา 4. สภาพเศรษฐกิจ และสังคม	
INT		ไม่มีข้อมูล	
EXT		ไม่มีข้อมูล	

ตารางที่ 2-5 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B5p

CODE	Sub code	DATA	Summary
Act	CO	มีการร่วมกิจกรรมอุบัติเหตฺจรร่วมกับตำรวจ โดย รพ.เข้าร่วมให้ความรู้ด้านอุบัติเหตฺใน รร. / ในชุมชน	ACT (กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ)
Act	CO	มีการเชื่อมโยงกิจกรรมในรพ.เข้าสู่ชุมชนอย่างไร	PB.Com (Program based ในชุมชน)
Act	CO	จุดเริ่ม มีการร่วมกิจกรรมอุบัติเหตฺ จรรจร โครงการเปิดไฟ ใส่หมวกร่วมกับตำรวจ โดยรพ. เข้าร่วมให้ความรู้ใน โรงเรียน / ในชุมชน	1. กิจกรรมลดการเกิดอุบัติเหตุ โดยมีโครงการเปิดไฟใส่หมวกร่วมกับตำรวจ 2. ออกกำลังกาย 4 ภาค 3. การออกกำลังกายในผู้ป่วย DM 4. มีข้อมูลสุขภาพที่พบบ่อย แต่ยังไม่มีการวิเคราะห์ 5. เชื่อมโยงนโยบายในชุมชน คือ ประชาคม ใช้เลือดออก ยาเสพติด 6. เชื่อมโยงข้อมูลด้านการดูแลรักษา (สถิติโรคที่พบบ่อย) กลับไปชุมชนเพื่อพัฒนา
Act	CO	จุดเริ่ม เริ่มจากนโยบาย บังคับให้ทำ เพื่อหวังให้คนเคยชิน และตระหนักเกิดตามมา เพราะบางอย่างระหนักเองไม่ได้	
Act	CO	จุดที่เป็นปัญหาเรื่องนี้ หมวกกันน็อกสำหรับเด็ก ไม่มีขาย กิจกรรมอื่นๆ ที่รพ. คิดเอง	
Act	CO	บ้านอสม น้าอยู่ การออกกำลังกายโดยร 4 ภาค การออกกำลังกายในผู้ป่วย DM สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และวันพฤหัสบดี มีการ แต่งกายเพื่อ 5 ส ภาคบ่าย 3 - 4 โมง เจ้าหน้าที่ที่ไม่มีภาระกิจสามารถลงเล่นกีฬาได้	
Act	CO	2.การเชื่อมโยง- งานที่ทำกับชุมชน คือ ประชาคม ใช้เลือดออก ยาเสพติด เพราะเป็นงานนโยบาย ,งานอื่นๆ จัดกลุ่มออกกำลังกาย จนท ไปร่วมออกกำลังกายกับชุมชน แต่ไม่ได้ให้ความรู้ชุมชน	
Act	CO	3.ข้อมูลสุขภาพ ปัญหาที่พบบ่อย ที่มาตรวจรักษาคือไข้หวัด ท้องร่วง คออักเสบ (จากความรู้สึที่ตรวจรักษา การเก็บวิเคราะห์ยังไม่ดี ไม่มีการนำข้อมูลไปสู่การปรับพฤติกรรมดูแลตนเองยังไม่เคยนำข้อมูลที่สำรวจได้ใน FF หรือการเจ็บป่วยที่มา สอ. แจกคืนข้อมูลสู่ชุมชน เพื่อพัฒนา	

ตารางที่ 2-5 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B5p

CODE	Sub code	DATA	Summary
Act	IPD.SB	IPDมีกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพให้ผู้ป่วยอย่างไร	SB.IPD (Service base ในผู้ป่วย IPD)
Act	IPD.SB	กระบวนการแรกรับ มีการแนะนำผู้ป่วยในเรื่องการดูแลตนเองขณะอยู่รพ. โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ ผู้ป่วยช่วยตนเองได้มากที่สุด ลดภาระงานพยาบาล	1. Self Care เช่นการแนะนำผู้ป่วยในเรื่อง การดูแลตนเองขณะอยู่ในโรงพยาบาล 2. การแนะนำการเตรียมจำหน่าย
Act	IPD.SB	ระหว่างอยู่ รพ. สร้างสุขภาพอย่างไรให้ผู้ป่วยและญาติ	3. ทีมเวชปฏิบัติเยี่ยมผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย 5 กลุ่ม เพื่อติดตามดูแลผู้ป่วย
Act	IPD.SB	ระหว่างอยู่ รพ. ยังไม่ในข้อมูล ที่ชัดเจนจากการซักถาม RN ในการรับรู้ข้อมูล + การมีส่วนร่วมในการศึกษา	
Act	IPD.SB	ก่อนกลับบ้านมีกิจกรรมอะไรบ้าง	
Act	IPD.SB - 14a	การเตรียมจำหน่ายมีการแนะนำ PT เรื่องการดูแลตนเองที่บ้าน กรณี PT พิกการ CVA , แนะนำญาติในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และเชื่อมโยงสู่ทีมเวชปฏิบัติครอบครัวให้ติดตามเยี่ยมบ้าน ทีมเวชปฏิบัติครอบครัว มีกลุ่มเป้าหมายคือ 1. PT ให้ DC/ 2. เยี่ยมตามกลุ่มอายุเช่น สูงอายุ 3. กลุ่มเสี่ยง เช่น เด็ก , มารดาตั้งครรภ์หลังคลอด 4. เยี่ยมดูแล PT 5. เยี่ยม Case กรณี ญาติ PT โทรมาขอให้เยี่ยม	
Act	OPD.SB	การสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วย DM มีการดำเนินการอย่างไร	SB.OPD (Service based ในผู้ป่วย OPD)
Act	OPD.SB	มีการเจาะเลือดเช้า หลังเจาะเลือดมีน้ำตาลเหลือให้ PT ดื่ม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อไม่ให้ PT เพลีย หลังเจาะเลือด เหตุที่เลือกนมถั่วเหลือง เพราะเป็นอาหารชีวจิต มีประโยชน์ ทุกเดือนจะมีผู้บริจาค ค่านมถั่วเหลือง และเป็นวัฒนธรรมรพ. หากเป็นวันเกิด เจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่จะบริจาคถั่วเหลืองเลี้ยงผู้ป่วย(PT)	1. การสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วย DM โดย - การติดตามผลเลือด (FBS) 2. ปรับพฤติกรรม เลือกบริโภคเครื่องดื่มที่มีประโยชน์ / อาหารที่เหมาะสม 3. Group Counselling / แลกเปลี่ยน 4. กิจกรรมออกกำลังกายผู้ป่วย 5. สุขศึกษา โดย VDO

ตารางที่ 2-5 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B5p

CODE	Sub code	DATA	Summary
Act	OPD.SB	มีการจัดกลุ่ม gr Counseling ใน PT ที่ Control น้ำตาลไม่ได้ การ จัดกลุ่ม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ Self Help group ของ PT DM การจัดกิจกรรมออก กำลังกายสำหรับ PT DM การให้ สุขศึกษา โดย VDO ในกลุ่ม PT ที่ถูกไปออกกำลังกายไม่ได้	
Act	OPD.SB	มาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลหมอแนะนำอะไรบ้าง	
Act	OPD.SB	มีหมอแนะนำไม่ให้กินเค็ม / มัน และออกกำลังกาย แต่รู้สึกเหนื่อยจึงไม่ได้ไปรวมกลุ่มออกกำลังกายในหมู่บ้าน ไม่รู้ว่าเป็นความดัน ออกกำลังกายได้น้อยแค่ไหน รู้แต่หมอบอกให้ออกกำลังกาย	
Act	OPD.SB	PCUมีการดำเนินงานสร้างสุขภาพอย่างไร	
Act	ST	การตรวจสุขภาพมีการตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่ทุกคน ตามแนวคิดแกนนำHA และตรวจตามแนวทางกระทรวง ไม่มีการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยง มีเฉพาะการซักประวัติ การดื่มเหล้า สูบบุหรี่ เมื่อตรวจพบโรค ให้การรักษา ถ้าผล LAB ผิดปกติ แพทย์แนะนำเพื่อเพิ่มตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	SB.ST (Service based ในผู้ปฏิบัติงาน)
Act	ST	งานอาชีวอนามัย	1. การตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่
Act	ST	HA ทำให้มีการพัฒนาคุณภาพงาน IC ,มีการใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล	2. IC เรื่องการป้องกันบุคลากร
Act	ST	มีการตรวจ Hep B ทุกคนถ้าพบ +ve ฉีด HBV	3. ตรวจ Hep B ทุกคน ถ้า Positive ฉีด Vaccine
Act	ST	การให้ TT แก่เจ้าหน้าที่ทุกคน	4. มีทีม 5 ส , ความเสี่ยง
Act	ST	การนำกิจกรรมอาชีวอนามัยลงสู่ ชช	

ตารางที่ 2-5 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B5p

CODE	Sub code	DATA	Summary
Act	ST	กระบวนการทำงาน - แบ่งการทำงานเป็นทีมย่อย ทั้งทีมเป็นทางการและไม่เป็นทางการ - การประกวดหน่วยงาน 5 ส - การป้องกันอัคคีภัย ลดความเสี่ยง - การสำรวจ สิ่งแวดล้อมในการทำงาน - การ Assign Jop ให้บุคลากรทุกคนรับผิดชอบพื้นที่ดูแลความสะอาด - มาตรฐานหน่วยงาน 5 ส ให้แต่ละหน่วยคิด และมีการ Support จาก แกนนำ และมี Programe Big Cleaning ทุกเดือน - มีการพัฒนางาน 5 ส / Healthy Workplace เชื่อมไปถึง สอ. โดยพัฒนา สอ. ให้มี อสม. ร่วมด้วย	
Act	ST	ประเมินหลังทำ- เจ้าหน้าที่มีการพัฒนาบ้านพักตนเอง / รวมกลุ่มกันพัฒนา - เจ้าหน้าที่รู้สึกดี มีกำลังใจ ทำแล้วมีความสุข	
EXP		การเชื่อมโยงสู่ชุมชน อยาก ให้ อสม. ร่วมกิจกรรม 5 ส. อสม. เรียนรู้จาก ประสบการณ์ในการจัดบ้านตนเอง การพัฒนาบ้าน อสม. นำอยู่ชุมชน	EXP (Expectation) 1. อยากให้ อสม. ร่วมกิจกรรม 5 ส
EXP		1. มีศักยภาพในการกระตุ้น สนับสนุนให้บุคลากรมีวัฒนธรรมในการสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง ผู้รับบริการ และประชาชนในเขตรับผิดชอบ 2. เป็นผู้นำ และเป็นแบบอย่างสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติของผู้รับบริการ , ประชาชนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	1. มีวัฒนธรรมในการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มเป้าหมาย 2. Role model ในการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของผู้รับบริการชุมชน
LINK		กระบวนการ HA มีส่วนช่วยในการพัฒนา HP หรือ	LINK (Link to HA)
LINK		ยังมองไม่เห็นว่ HA มีส่วนเกี่ยวกับ HP ส่วนใหญ่รพ.ทำเรื่องคุณภาพ และควรทำ HPH ตาม	1. ไม่เห็นความเชื่อมโยง
LINK		HA มีส่วนเกี่ยวข้องกับ HP เช่นการตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่ , การอบรมพัฒนาจิตการจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย / สวยงาม	2. ส่วนที่เกี่ยวข้อง คือ การตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่
LINK		เข้มมุ่งของรพ.เน้นคุณภาพด้านการรักษาพยาบาลจึงไม่มีเรื่อง HP .ในเข้มมุ่ง แต่ในดายุทธ์ศาสตร์ มีเรื่อง HP	3. ไม่มี HP ปรากฏในเข้มมุ่ง แต่มีปรากฏในยุทธศาสตร์
LINK		HA ช่วยทำให้ HP เป็นงานประจำ เช่น กินข้าวกล้อง งดน้ำชา / กาแฟ / งดบุหรี่ ?	4. HA ช่วย HP เป็นงานประจำ เช่น กินข้าวกล้อง งดน้ำชา / กาแฟ ?

ตารางที่ 2-5 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B5p

CODE	Sub code	DATA	Summary
LINK		กิจกรรมที่เกี่ยวกับ HP โดย HA ช่วยเสริม HP	5. HA ทำให้ทีมเวชปฏิบัติพัฒนาคุณภาพ 6. มีการประสานงานกัน
LINK		HA - ทำให้ทีมเวชปฏิบัติพัฒนาคุณภาพ	
LINK		- ทำให้ กระบวนการเยี่ยมบ้านพัฒนาขึ้น	
LINK		- PT ER มารพ. มีการประสานงาน	
LINK		- มีการพัฒนาคุณภาพสอ. เพื่อการดูแลต่อเนื่อง	
LINK		- มีนำ RN สอ.มาพัฒนาทักษะ ANC WBC , FP ให้มีคุณภาพเท่ารพ. - การจัดกิจกรรมออกกำลังกายใน PT DM , ในชุมชน และเจ้าหน้าที่เงินเกิดความ	
LINK		สภาพแวดล้อมทางกายภาพ มีการเชื่อมโยงกับ HP อย่างไร	
LINK		(1) สภาพแวดล้อมทางกายภาพ มีการเชื่อมโยงกับ HP อย่างไร การจัดน้ำเสีย รพ.มีการบำบัดน้ำเสียโดยน้ำเสียไม่มีทางออกสู่ชุมชน การจัดขยะ ขยะติดเชื้อพยาบาลจ้างบริษัทกำจัด ในตึกผู้ป่วยได้มีการปฐมนิเทศ pt เรื่องการทิ้งขยะลงถังแดง/ถังดำ ขยะในชุมชน เริ่มจาก จน	7. ENV - (น้ำเสีย , ขยะ , ขยะติดเชื้อ) มีการจัดการก่อนสู่ชุมชน 8. RISK (จุดสำนึกเรื่องความปลอดภัย , การป้องกัน) 9. สภาพแวดล้อม
LINK		การป้องกันความเสี่ยง1. มีการสำรวจสิ่งแวดลอมในการทำงาน2. การตัดต้นไม้ที่ใกล้สายไฟ เพื่อลดความเสี่ยง3. การทำ Healthy Workplace	
LINK		2. ,มีการจัดสภาพแวดล้อมให้อื้อต่อสุขภาพ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพหรือไม่	
LINK		มีการจัดให้ทีลัษะ ทั้งใน OPD <IPD และมีการ Oreintation ผู้ป่วยเรื่องการทิ้งขยะ	
PRO		1.การประสานนโยบายCUP โรงพยาบาลเป็นผู้สนับสนุนระบบงาน เอกสาร งบประมาณ การบริหารภายใต้เจ้าหน้าที่รู้สึกว่ ไม่คล่องตัวเหมือนเดิม ในเรื่องการใช้จ่ายงบประมาณในการทำงาน	PRO 1. นโยบายการประสานงาน CUP
			2. การสนับสนุน เอกสาร , งบประมาณ

ตารางที่ 2-5 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B5p

CODE	Sub code	DATA	Summary
PRO		1. ผู้นำ/ทีมงาน ไม่เห็นด้วย/มีทัศนคติไม่ถูกต้อง ขาดทักษะของการบริหารงานแบบมีส่วนร่วม ไม่เป็นตัวอย่างที่ดี 2. เป้าหมาย/นโยบาย ไม่ชัดเจน/ไม่มีการติดตามต่อเนื่อง หรือขาดกลยุทธ์ในการสร้างความตื่นตัว/สนุกในการทำงานที่เปลี่ยนแปลง 3. เจ้าหน้าที่ไม่เห็นความสำคัญ และไม่ตระหนักในการสร้างเสริมสุขภาพ 4. การดำเนินงานมีปัญหาและอุปสรรคมาก เจ้าหน้าที่ทำงานด้วยความเครียด ขาดการสนับสนุนหรือช่วยเหลือ	1. ผู้นำไม่เห็นด้วย 2. ขาดการบริหารงานแบบมีส่วนร่วม 3. นโยบาย เป้าหมายไม่ชัดเจน 4. เจ้าหน้าที่ไม่ตระหนักในการสร้างเสริมสุขภาพ 5. ความเครียดของบุคลากร
CD		กิจกรรมใดๆ ที่มีส่วนทำให้สุขภาพของมนุษย์ดีขึ้นกว่าเดิมที่เป็นอยู่ด้วยตนเอง	1. กิจกรรมใดๆ ที่ส่งเสริมให้สุขภาพของมนุษย์ดีขึ้นกว่าเดิม
FAC		1. นโยบายระดับชาติ 2. ผู้นำ / ทีมงาน มีทัศนคติที่ถูกต้องด้านสร้างเสริมสุขภาพ มีทักษะในการบริหารจัดการเครือข่าย (การประสานงานที่ดี สู่การมีส่วนร่วม) มีเป้าหมาย / นโยบายที่ชัดเจน มีแผนการดำเนินงาน และการติดตามความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง มีกลยุทธ์ในการสร้างความตื่นตัวด้านสร้างสุขภาพอย่างต่อเนื่อง 3. บุคลากรมีทัศนคติที่ถูกต้อง และมีทัศนคติที่ดีต่อการดำเนินงาน มีความสุขในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ ได้รับการสนับสนุน 4. มีเครือข่ายในการเรียนรู้ที่ดี (แลกเปลี่ยนประสบการณ์และแนวคิด) 5. ได้รับความร่วมมือจากเครือข่ายในชุมชน มีเป้าหมายร่วมกัน	1. ทีมงาน/ผู้นำ มีทัศนคติที่ดีต่องานสร้างเสริมสุขภาพ 2. มีนโยบายเป้าหมายชัดเจน 3. มีกลยุทธ์ในการสร้างความตื่นตัวด้านสร้างสุขภาพ 4. มีเครือข่ายในการเรียนรู้ที่ดี / เป้าหมายร่วมกัน
MISC		ไม่มีข้อมูล	
INT		ไม่มีข้อมูล	
EXT		ไม่มีข้อมูล	

ตารางที่ 2-6 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B6

Code	Subcode	Data	Summary
ACT		"กรุณาเล่าถึงประสบการณ์ของการสร้างเสริมสุขภาพของ ร.พ.ราชบุรียี่นดี"	ACT (กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ)
ACT		"หัวใจสำคัญของการบริการ คือ การตอบสนองต่อท้องถิ่น" "ร.พ.มีวิสัยทัศน์ว่า เป็น ร.พ.ครอบครัวในใจของผู้มารับบริการ" เพื่อตอบสนองวิสัยทัศน์ ร.พ.จึงได้มีงาน ดังต่อไปนี้ 1. มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เป็น ร.พ. ประจำครอบครัว เป็นที่ไว้วางใจของผู้มารับ บริการ เพื่อสร้างความประทับใจต่อครอบครัว 2. ร.พ.มีส่วนร่วมในการรับผิดชอบต่อชุมชน โดยให้ความช่วยเหลือต่อชุมชน เช่น 21 งานการกุศล เช่น เข้าไปในโรงเรียนในการบริการสุขภาพ 22 ร่วมกับองค์กรทางภาครัฐ ในโครงการ "เทศบาลพบประชาชน" โดยเชื่อว่าเมื่อชุมชนเข้มแข็ง องค์กรจะอยู่ได้ กิจกรรม :	SB.COM (Service based ในชุมชน) 1. การเยี่ยมติดตามหลัง Discharge ทุก Case 2. การให้บริการตรวจสุขภาพประจำปี Case ประกันสังคมในโรงงาน โดยมี Mobile X-ray 3. ตรวจสุขภาพผู้สูงอายุในโครงการ "เทศบาลพบประชาชน" 4. การตามเยี่ยม Case TB
ACT	SB/IPD	"มีการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยได้กลับไปใช้ชีวิตในครอบครัว" "ผู้ป่วยในชุมชนก็มีการเข้าไปส่งเสริมสุขภาพ โดยการให้สุศึกษา และการติดตามผู้ป่วยเรื้อรังที่ส่งต่อกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน โดยหน่วย Home Health Care ของ ร.พ.	SB.OPD (Service based ในผู้ป่วย OPD) 1. การให้คำแนะนำแก่แม่ฝากครรภ์ (Breast feeder) การดูแลสะดือ , การสอนอาบน้ำ ANC 2. การจัดสัมมนา / สุศึกษา เกี่ยวกับสุขภาพ ทั้งรายกลุ่ม และบุคคล 3. การส่งเสริมสุขภาพเด็ก (นมแม่ , EPI / วัคซีน) 4. แจกแผ่นพับ
ACT	SB	"การส่งทีมไปเยี่ยม แต่ไม่มีหัตถการ จึงมีการคิดค่าบริการ" "Case Discharge จะมีสรุป Summary"	5. การประสานงาน HHC 6. การป้องกันอุบัติเหตุในเด็ก 7. การ Screening 8. การติดตามกลุ่มที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพ

ตารางที่ 2-6 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B6

Code	Subcode	Data	Summary
ACT	SB	"ในห้องคลอด มีการติดตามต่อเนื่อง ในระยะ 1 สัปดาห์ และ 1 1/2 เดือน เพื่อติดตามดู Indicator และมีการให้นามบัตรของ ร.พ. เพื่อให้ผู้ป่วยติดต่อกลับมาสอบถามได้ตลอด"	PB.OPD (Program based ในผู้ป่วย OPD)
ACT	CO	"ผู้ป่วยประกันสังคม มี Mobile X-ray ไปให้บริการในโรงงาน และมีการตรวจสุขภาพประจำปีของ คนงานในโรงงาน" ผู้สูงอายุ : มีการส่งทีมไปตรวจสุขภาพในโครงการ "เทศบาลพบประชาชน"	1. โครงการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน , มะเร็ง 2. โครงการรณรงค์การสร้างเสริมสุขภาพปีละครั้ง 3. โครงการ Dot ที่ร่วมมือกับศูนย์วัณโรค
ACT	ST	"เกี่ยวกับเจ้าหน้าที่ของ ร.พ. มีการดูแลสุขภาพกันอย่างไร"	PB.ST (Program based ในผู้ปฏิบัติงาน)
ACT		"โรงพยาบาลมีการ Integrate ISO , HA และ กำลังทำ TQA" "HA ทำให้มีมาตรฐานการทำงาน เช่น ทีมต่างๆ และองค์กรแพทย์ และมีระบบมากำกับงาน" ข้อด้อย "การสื่อสาร และการอบรมผู้ปฏิบัติงาน" การประยุกต์ : มีการจัดตั้งชมรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงาน เช่น 1. Aerobic ทุกวันศุกร์ 2. ชมรมภาษาอังกฤษ (มีลูกค้า ต่างประเทศมากขึ้น) 3. ชมรมคอมพิวเตอร์ 4. ชมรมศาสนา และวัฒนธรรม เน้นศีลธรรม (ศีล 5) 5. จัดกีฬาในโรงพยาบาล 6. จัดงานปีใหม่ให้กับพนักงาน 7. จัด Rally เชื่อมสัมพันธ์ระหว่างชุมชน และลูกค้า	1. ชมรมสร้างเสริมสุขภาพพนักงาน (7 ชมรม) 2. การตรวจสุขภาพประจำปีของพนักงาน และลดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ (การตรวจเฉพาะกลุ่มพนักงาน) 3. จัดกิจกรรมท่องเที่ยว 4. การป้องกันตัวเอง โดยใช้หลัก UP 5. Vaccine ราคาคืนทุนให้กับพนักงาน 6. มีแพทย์เฉพาะทางด้านอาชีวอนามัย
ACT		กิจกรรมดังกล่าวเกิดมาได้อย่างไร	
ACT		กิจกรรมหลัง Discharge มีสรุปเนื้อหา ?	
ACT	IPD	มีสรุปสิ่งที่เกิดผลจากการรักษา และมีเรื่องของการดูแลตนเอง	
ACT		มีต้นเหตุของการสรุปการรักษา และการดูแลตนเองจากอะไร ?	
ACT		พฤติกรรมเสี่ยงของบุคลากร ?	
ACT		"พฤติกรรมเสี่ยง เช่น สูบบุหรี่ มีแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบ แต่ไม่ประสบผลสำเร็จ เนื่องจาก พนักงาน ไม่ได้ต้องการ" แต่มีนโยบายเป็นโรงงานสีขาว จึงต้องละเลิก"	
ACT	SB/OPD	ทีม OPD สุติ มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ?	
ACT		ทีม OPD สุติกรรม มีสมาชิกของทีมพยาบาล OPD IPD และแพทย์ 1 ท่าน ดูแลทั่วไป ดูแลผู้ป่วย ANC โดยให้คำแนะนำขั้นตอนต่างๆ ของการคลอด การดูแล Breast	
ACT		ข้อมูลสุขภาพที่ให้กับผู้มารับบริการ ?	

ตารางที่ 2-6 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B6

Code	Subcode	Data	Summary
ACT		"ข้อมูลด้านสุขภาพ แพทย์จะเป็นผู้ที่พูดคุยกับแม่ และพยาบาลมีทีมงานในการให้มีการให้สุศึกษาแก่ผู้ป่วยนอก" "ข้อมูลสุขภาพที่ให้กับแม่ฝากครรภ์" 1. ความรู้เรื่อง Breast feeding 2. การดูแลสะดือเด็ก 3. การสอนการอาบน้ำเด็ก	
ACT		การให้ข้อมูลสุขภาพแก่แม่ตั้งครรภ์ ทำอย่างไร ?	
ACT		ให้เป็นรายบุคคล ในแต่ละ Visit โดยดูจากการรับรู้ของผู้มา และมีการโทรกลับมาถามปัญหาสุขภาพ	
ACT	OPD	การแนะนำผู้ป่วยมีการประเมินผล ?	
ACT		- การประเมินผลดูจาก Complication - Low birth weight	
ACT		มองอย่างไรเกี่ยวกับการให้สุศึกษาผู้ป่วย ?	
ACT	AB/OPD	1. สติแพทย์ เกี่ยวข้องกับการให้สุศึกษา โดยให้ความรู้ด้านสุขภาพ มะเร็ง 2. Well baby Clinic 3. อาหาร 4. การเปลี่ยนแปลงของร่างกายระหว่างการตั้งครรภ์ 5. การดูแลสุขภาพของเด็ก 6. มีการจัดการรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพปีละครั้ง เช่น CA Cervix มี Incident สูง	
ACT	SB	การวางแผนครอบครัว ?	
ACT		มีการวางแผนครอบครัว โดยการให้สุศึกษากลุ่มผู้ป่วยหลังคลอด	
ACT		การส่งเสริมสุขภาพในเด็ก ?	
ACT	SB (PI) (OPD)	"การส่งเสริมสุขภาพในเด็ก ควรจะสร้างตั้งแต่อยู่ในท้อง โดยการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และควรดูแลตั้งแต่ ANC ในการดูแลด้านนมแม่ แต่ก็ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแม่" "การส่งเสริมสุขภาพ ใน Well baby ก็จะดูการพัฒนาการ และการป้องกันอุบัติเหตุที่อาจจะเกิดขึ้นในเด็ก เช่น การเลื้อยของเล่น โดยแพทย์จะเป็นผู้แนะนำ ดูไปจนถึงวัฒนธรรมของผู้มารับบริการ"	
ACT	AB	EPI ?	

ตารางที่ 2-6 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B6

Code	Subcode	Data	Summary
ACT		1. มีตาม EPI และมีวัคซีนเสริมทุกตัว เช่น สุกใส , ไข่หวัดใหญ่ 2. มีแผนพบให้กับผู้มารับบริการ เช่น สุกใส , ไข่เลือดออก 3. มีการจัดสัมมนา เรื่อง การเลี้ยงลูกในทศวรรษนี้ จาก อ.ชนิกา	
ACT	AB	การจัดสัมมนา ใครเป็นคนทำ ?	
ACT		ฝ่ายการตลาดทำ แต่ฝ่ายแพทย์เป็นผู้ตรวจข้อมูล หัวข้อการจัดขึ้นอยู่กับฤดูกาลของโรค	
ACT		การส่งเสริมสุขภาพในรายกรณีอื่นดี มีมากพอ ?	
ACT		กำลังเท่าที่มีอยู่ เป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น	
ACT		เด็กป่วยมีกิจกรรม ?	
ACT		มีกิจกรรม คือ การให้คำแนะนำ และการป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ เช่น เด็กอ้วนมีเพิ่มขึ้น ก็มีการจัดสัมมนาเรื่อง พัฒนาการของเด็ก และการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยจัดประมาณ 3-4 เดือน/ครั้ง ซึ่งฝ่ายการตลาดและผู้บริการเป็นผู้ที่จัด และยังไม่มีการประเมินผลเป็นรูปธรรม	
ACT		ทำเรื่องอะไรได้ผลดีที่สุด	
ACT	AB/OPD	1. TB มีการให้ความรู้และลงไปเยี่ยมบ้าน HHC เข้าโครงการ Dot และมีการแปรผล ผู้ป่วย Follow up 100% และทานยา 100% เป็นโครงการ Dot ที่ร่วมมือระหว่างศูนย์วัณโรค	
ACT		2. ในผู้ป่วยเบาหวาน มีการแนะนำเรื่อง การควบคุมน้ำตาล และเรื่องการรับประทานอาหาร	
ACT		Ward 6 รับผู้ป่วยทั่วไป มีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพอะไรบ้าง	
ACT	SB	เน้นการให้สุศึกษา ให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ดี	
ACT		การสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาล ?	
ACT	IPD	ให้ญาติมีส่วนร่วมในการกระตุ้นผู้ป่วย เช่น การกระตุ้นให้มีการเปลี่ยนกิจกรรม เช่น การลุกขึ้นนั่ง	
ACT	ST	การส่งเสริมสุขภาพในบุคลากร ?	
ACT	ST	1. มีการตรวจสุขภาพ มีการตรวจเลือด CBC, PG และ Chest X-ray 2. งานตรวจสุขภาพเฉพาะกลุ่ม 2.1 เช่น งานฝุ่น : มีการตรวจ Lung function test เท่าที่ดูแลอยู่ยังไม่พบความผิดปกติ 2.2 มี Vaccine ตัวยกเสปชนิด B ทำ 100% คิดไว้ในราคาค่าต้นทุน ซึ่งบุคลากรสนใจ	
ACT		แนะนำ เรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพในทีมดูแลผู้ป่วยเบาหวาน	

ตารางที่ 2-6 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B6

Code	Subcode	Data	Summary
ACT	SB	การดูแลรับประทานอาหาร / การออกกำลังกาย ผู้ป่วยมีการตัดสินใจร่วมด้วย ?	
ACT	SB	ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	
ACT		กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยทั่วไป ?	
ACT		กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วย - มีแผนพบแพทย์ให้กับผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้ป่วย - มีการจัดทำ VDO เรื่อง สถานการณ์โรค - มีการ Extent ไปถึงผู้ป่วย และญาติ มีการ Link ข้อมูล เช่น พบตาแดงมากๆ ก็จะมีการแจ้งไปยังสาธารณสุขจังหวัด - โรคเรื้อรังบาง Case เป็น DM , HT , Aids มีการส่งต่อ Case เพื่อไปรับบริการใกล้บ้าน - มีการประสานกับ HHC	
CO		มีการติดตามผู้ป่วยไปบ้าน ? และข้อมูลไปถึงหน่วย HHC อย่างไร ?	
CO		มีการ Note เอกสารส่งต่อไปยังหน่วย HHC	
ST		ร.พ.ตระหนักว่า บุคลากร คือ ทรัพยากรที่มีค่า	
ST		มีกิจกรรมที่เกิดจากพนักงาน ?	
ST	AB	มีกิจกรรม เช่น พนักงานอยากออกไปเที่ยว เช่น OD เพื่อสลายพฤติกรรมภาพลบ	
ST		การดูแลสุขภาพของพนักงาน ?	
ST		มีการตรวจสอบสุขภาพประจำปีทุกคน และมีโปรแกรมพิเศษในพนักงานโภชนาการ	
ST		ผลการตรวจสุขภาพพนักงาน ?	
ST		ส่วนใหญ่สุขภาพดี มีปัญหาอยู่บ้าง จำสติดิไม่ได้ มีการดูแลรักษาในกรณี HT ในกรณีผิดปกติก็ส่งปรึกษาแพทย์ "มี อ.ณัฐ ช่วยเข้ามาดูเกี่ยวกับอาชีพอนามัย" "มี Vaccine Hepatitis B virus ที่ขายให้กับพนักงานในราคาค้นทุน"	
ST		กิจกรรมดังกล่าวเกิดได้อย่างไร ?	
ST		การส่งเสริมสุขภาพของพยาบาล ?	
ST		มีการป้องกันตัวเอง โดยใช้ IC	
ST	AB	การส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลต่อพนักงาน	

ตารางที่ 2-6 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B6

Code	Subcode	Data	Summary
ST		มีจัดตั้งชมรม Aerobic และตั้งกลุ่มที่จะมีการไปเที่ยว	
ST		ปัญหาอุปสรรคในการส่งเสริมสุขภาพ ?	
ST		อัตรากำลัง แต่จะไม่พอเป็นบางช่วงเท่านั้น	
ST		ตรวจพบปัญหาสุขภาพ ?	
ST		ที่ตรวจพบมี Cholesterol สูง มีการดูแล เชื่อว่าแพทย์คงให้การแนะนำ	
ST		มีการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของพนักงาน ?	
ST		ยังไม่ได้ทำอย่างเป็นทางการ	
ST		สุขภาพของตัวเองมีการดูแลส่งเสริม ?	
ST		ก็มีเวลาในการสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง	
ST		สุขภาพของพนักงานจากการตรวจ มี Cholesterol สูงขึ้น ทำอย่างไร ?	
ST		มีโครงการจะทำ แต่ขณะนี้ยังทำไม่ได้	
ST		มี น.พ.ณัฐ เข้ามาดูแล ส่วนงาน สวส. มีกลุ่มงานช่าง เป็นผู้รับผิดชอบในการดูแล BOD นำเสนอ และ QMR ดูแลงาน IC	
OPD	ACT/SB	ยังไม่ได้ทำเป็นทีม แต่มีการสร้างเสริมสุขภาพ คือ 1. Screening : น้ำหนักเกิด , ความดันโลหิตสูง , การตรวจ Check สุขภาพ 2. มีการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น เมื่อน้ำตาลในเลือดสูง โดยการแนะนำ Exercise 3. การ Follow up การรักษาในผู้ป่วยเบาหวาน ถ้ามี BS สูงมาก ก็นัดตามอาการทุก 2 สัปดาห์ ถ้าคุม น้ำตาลได้ดีก็นัด 2-3 เดือน นอกนั้นมีการตรวจ FBS, BP, ร้อนใน และดู Bun , Creatinine และดู Lipid profile ถ้ายังไม่ได้ทำ และส่งตรวจต่อน้อยปีละ 1 ครั้ง 4. การให้สุศึกษาด้วยตนเอง	
EXP		อะไรเป็น HP ในฝันของอาจารย์ ในฐานะกุมารแพทย์	EXP (Expectation)
EXP		อยากให้โรงพยาบาลเป็น Baby friendly Hospital แต่ยังทำไม่สำเร็จ และเรากำลังจะมุ่งต่อไป	1. บุคลากรเสริมทีมให้ทำได้ตามที่ผู้รับบริการคาดหวัง
EXP		แผนในอนาคตในการสร้างเสริมสุขภาพ	2. Baby friendly Hospital
EXP		การได้น้องใหม่ (บุคลากรพยาบาลเพิ่ม) ในการดูแล และยังทำได้ไม่เต็มความคาดหวังของผู้รับบริการ	
EXP		การมี Guideline เป็นแนวทาง	
EXP		ตั้งเป้าหมาย HHC ?	

ตารางที่ 2-6 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B6

Code	Subcode	Data	Summary
EXP		คู่มือปฏิบัติของผู้ป่วยเบาหวาน การควบคุมอาหาร และระดับน้ำตาล	
EXP		1. มีนโยบายหลักในการสร้างเสริมสุขภาพ ไม่ใช่การซ่อมสุขภาพ 2. มีทรัพยากรสนับสนุน เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุเป้า 3. มีความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน	1. มีนโยบายชัดเจนด้านการสร้างเสริมสุขภาพ 2. มีทรัพยากรสนับสนุนในการดำเนินงาน 3. มีความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน
PRO		มีปัญหา อุปสรรคในการสร้างเสริมสุขภาพ ?	PRO
PRO		อะไรเป็นอุปสรรคที่ทำให้การส่งเสริมสุขภาพ ?	1. ภาระงานประจำ
PRO		คิดว่าการสร้างเสริมสุขภาพมีอุปสรรค ?	2. นโยบายสนับสนุนที่ชัดเจน
PRO		HP ในเอกชน ต้องการให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดี ตรงไปตรงมาใสการดูแลรักษา ร.พ.มีชื่อเสียงในการดูแลรักษา และ	3. Resource : เงิน
PRO IN		จากภารกิจประจำวัน ทำให้มีอุปสรรคบ้างในการจัดสัมมนา ซึ่งไม่สามารถทำได้บ่อยขึ้น และความ ต้องการของประชาชน ทั้งนี้รวมถึงต้นทุนการดำเนินงานด้วย	4. กลุ่มสนับสนุน
PRO IN		ควรจะมีนโยบายชัดเจน และมีเงินสนับสนุน แต่จะต้องมีการปรับทัศนคติ เช่น การทำให้ Breast feeding สำเร็จ แนะนำความรู้กับหญิงตั้งครรภ์ และต้องมีการเตรียมทีม และปัจจัยภายนอก เช่น บริษัทนม ตลอดจนการสนับสนุนจากสังคม และกลุ่มสนับสนุนต่างๆ ตลอดจนสถานที่ทำงานของแม่ ต้องมีที่ที่จะให้แม่ Pump นมได้	5. สถานที่เอื้ออำนวย เช่น ในสถานที่ทำงาน มีสถานที่เอื้ออำนวยแม่ Pump นมได้ 6. เด็กก้าวร้าวจากการเลี้ยงดู
PRO IN		ปัญหาการพัฒนาการของเด็ก ?	
PRO IN		เด็กมีปัญหาการก้าวร้าวมากขึ้น พ่อแม่ใช้เงินเลี้ยงลูก เด็กอยู่กับพี่เลี้ยงมากกว่าพ่อแม่ การ approach ต้องเตรียมตั้งแต่ ANC และการเตรียม Breast feeding	
PRO		1. เงินทุนที่ใช้ในการดำเนินการ ในสถานพยาบาลเอกชนไม่มีเงินทุนสนับสนุนเพียงพอที่จะดำเนินการ ตามโครงการได้ยกเว้นได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐในการดำเนินการ 2. อัตรากำลัง 3. เครื่องมือ / วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ 4. ระบบ IT ยังไม่พัฒนาเท่าที่ควร ทำให้มีปัญหาการเก็บ การค้นหาข้อมูลต้องใช้เวลามาก	1. ขาดเงินทุนสนับสนุน 2. อัตรากำลัง 3. เครื่องมือ / วัสดุอุปกรณ์ 4. ระบบ IT ยังไม่พัฒนาเท่าที่ควร
Link		ทาง ร.พ. มองว่า HA ที่ทำมาประมาณ 5 ปี มีส่วนช่วยทำให้การสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลดีขึ้น	LINK (Link to HA)
Link		มีกิจกรรม HA ช่วยให้มี Discharge Summary	1. HA เสริม HP ในโรงพยาบาลที่มีอยู่ให้ดีขึ้น เช่น ENV มาดูแลด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ปฏิบัติงาน

ตารางที่ 2-6 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B6

Code	Subcode	Data	Summary
Link		"ช่วงทำ HA มีหมอและพยาบาล มีทีมงานดี มีขวัญ และพร้อม Take off แต่ต้องปกครองให้คงอยู่ และ Continue ได้ และต้องทำให้ดีขึ้น" "เน้นการ Integrate แผนยุทธศาสตร์ / Business Plan เข้ามาด้วยกัน" "ทำกลยุทธ์ และมีการวัดผลได้บ้าง ไม่ได้บ้าง ขณะเดียวกันก็ต้องเน้นยอดขาย ปีนี้เป็นปีแรกที่ขายยอดขายเพิ่ม"	2. HA : มาตรฐาน Discharge Planning 3. IC 4. มี HHC ดูแลติดตามผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน 5. มีการนำดัชนีชี้วัดมาเป็นตัวสะท้อนกลับผลงาน 6. Guideline ในการดูแลรักษาผู้ป่วย (HA)
Link		สรุป : ร.พ.มีเหตุผลทางธุรกิจที่ต้องการความแตกต่าง เช่น คุณภาพ แล้วสุขภาพตามมาตรฐานหรือเปล่า"	
Link		การตรวจสุขภาพพนักงานเป็นกิจกรรมที่ทำมาก่อน HA แล้ว แต่สมัยก่อนจะไม่มีตรวจพิเศษเฉพาะตามลักษณะงาน ขณะนี้ทีม ENV เข้ามาดูแลด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงาน	
Link		ทำงานที่ ร.พ. ราษฎร์ยินดี มากี่ปี , HA มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพใน ร.พ. หรือไม่	
Link		ทำงานมา 3 ปี คิดว่า Service ก็ทำตามปกติ ดูแลผู้ป่วยเหมือนเดิม มีทีม PCT ในการช่วยปรับปรุงการบริการ เช่น เรื่อง Breast feeding มีทีม Breast feeding เพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วย	
Link		การแนะนำผู้ป่วย ANC สิ่งเหล่านี้เป็นมาตรฐาน HA ?	
Link		ทีนี้มีเวลาที่จะให้คำแนะนำกับผู้ป่วยมากกว่า มอ.	
Link		มีความแตกต่างระหว่าง มอ. / ร.พ. ราษฎร์ยินดี ?	
Link		ระบบมีความแตกต่างกันในแง่ของรัฐ / เอกชน ในเอกชนมีเวลามากกว่าในการดูแลผู้ป่วย	
Link		มีการเชื่อมโยงกับทีมอื่นๆ เป็นอย่างไร	
Link	SB	มี Home Health Care รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย	
Link		คำแนะนำขึ้นอยู่กับ Style ของแพทย์แต่ละท่าน ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับ HA การส่งเสริมสุขภาพขึ้นอยู่กับว่าผู้บริหารตระหนักหรือเปล่า	
Link		หน่วยนี้จัดตั้งขึ้นมาอย่างไร ?	
Link		HA บังคับให้มีการให้ศึกษาแก่ผู้ป่วย และเพื่อการทำความเข้าใจ และการปฏิบัติตัวเพื่อกลับเข้าสู่ภาวะปกติ ให้คำแนะนำเฉพาะโรค เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง	
Link		HA มาแพทย์ใช้เวลาผู้ป่วยมากขึ้น ?	
Link		แพทย์มีส่วนมากขึ้น และพยาบาลมีการประสานงานมากขึ้น เช่น มีการคุยกับแพทย์ มีการวางแผนร่วมกัน ทำให้มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็น Input ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยได้ดีขึ้น	

ตารางที่ 2-6 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B6

Code	Subcode	Data	Summary
Link		มีการเชื่อมต่อระหว่างหน่วยงาน กับ Ward ฤ	
Link		การเชื่อมต่อ ใช้แบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วย	
Link		HA เกี่ยวข้อง ?	
Link		HA ช่วยกระตุ้นให้มีการวางแผน โดยนำดัชนีชี้วัด มาเป็นตัว Feed back และมีการกระตุ้น	
Link		ดัชนีชี้วัดของ HHC ?	
Link		อัตราการให้ Home call ? อัตราการให้สุศึกษา	
Link		งาน IC เกี่ยวกับ HP อย่างไร ?	
		เกี่ยวกับ HP คือ	1.
		พนักงานต้องปลอดภัย และผู้ป่วยต้องปลอดภัย	2.
Link		การให้ความรู้ เรื่อง IC มีวิทยากรเป็นฝ่ายการพยาบาล และใช้แพทย์สอนร่วมด้วย และปัจจุบันก็มีการสลับสอน เช่น เปล , ยานยนต์ , มีการ Audit , มีการ ICN round ทุกเดือน	
		3. มีการ Round ตาม Target Surveillance	
		4. มีการปฐมนิเทศพนักงานใหม่ โดยฝ่ายบุคคล และ IC จะเป็นวิทยากรด้วย พร้อมกับงานคุณภาพ และการระวังอุบัติเหตุในการทำงาน	
Link		IC มีการป้องกันพนักงาน / ผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้เป็นพฤติกรรมของเรา และถ่ายทอดไปถึงผู้ป่วยหรือเปลา	
Link		เด็กเก็บขยะ มีการใส่เครื่องป้องกันตัว การทิ้งขยะมีการแยก และต้องการสร้าง Health concious	
Link		Incident เจมดำ ?	
Link		Incident เจมดำ 2 - 3 ราย / ปี มีการติดตาม Case โดยพบแพทย์ Med และ IC มีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดย มีโปสเตอร์ เรื่อง การล้างมือ เป็นผลจากมี SARS ระบาด เป็นการเชื่อมโยงกับการสร้างเสริมสุขภาพ เพราะผลกระทบมีทั้งต่อโรงพยาบาล และตัวบุคลากร	
MISC		กิจกรรมส่วนหนึ่งเป็นภาคบังคับในการเข้าร่วมโครงการ "โรงงานสีขาว"	

ตารางที่ 2-6 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B6

Code	Subcode	Data	Summary
MISC		"การทำแบบภาครัฐ จะทำลำบาก เนื่องจากต้นทุนการผลิต ถึงแม้ว่าจะมี ร.พ.แม่ คือ ร.พ.ธนบุรี ร.พ.ราษฎร์ยินดี จะทำเท่าที่จะทำได้ เช่น การออกบริการชุมชน ร่วมกับเทศบาล และการไปเยี่ยมโรงเรียนในเขตเทศบาล" "มีการลดราคาห้องเหลือเพียง 199 บาท เพื่อคืนกำไรสู่ชุมชน แต่ให้อยู่เพียง 5 วัน นอกจากนั้น เป็น Rate ปกติ และจะมีกิจกรรมเยี่ยมบ้าน"	MISC 1. เข้าโครงการ "โรงงานสีขาว" 2. การผ่าตัดคลอดสูงขึ้น 3. ยังไม่มีการเชื่อมต่อข้อมูลไปยังภาครัฐ เพื่อใช้ประโยชน์ในการสร้างเสริมสุขภาพ 4. บทบาทของแพทย์ในงาน HP 5. การประเมินผลงาน HHC 6. การส่งเสริมครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
MISC		อัตราการผ่าตัดคลอด ?	
MISC		อัตราการผ่าตัดคลอดจะพบมากกว่าปกติ จะมีผู้ป่วยขอทำผ่าตัดคลอดกว่าปกติ แต่ก็ได้มีการพูดคุย เพื่อให้คำแนะนำก่อนเสมอ	
MISC		การทำแท้ง ?	
MISC		มีการโทรติดต่อประมาณวันละ 1-2 ราย แต่ที่นี่ไม่มีการทำแท้งให้ ซึ่งก็ได้อธิบายให้ทราบถึงความเสี่ยงต่างๆ พบว่าส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่น	
MISC		มีการนำข้อมูลการขอทำแท้งส่งต่อไปยังหน่วยงานภาครัฐ ที่จะให้มีการช่วยเหลือหรือไม่ ?	
MISC		ยังไม่ได้มีการเชื่อมต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือภาครัฐ และยังไม่มีการเก็บสถิติ แต่จากการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์จะมีตัวเลขราวๆ เท่านั้น	
MISC		บทบาทของแพทย์ในการสร้างเสริมสุขภาพ ?	
MISC		มีบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพต่างจากพยาบาล แพทย์มีบทบาทในการให้คำปรึกษาแก่ทีมงาน เช่น การตรวจทานเนื้อหาของแผ่นพับ ส่วนพยาบาลทำงานกันเป็นทีมในการให้การส่งเสริมสุขภาพ	
MISC		บทบาทของแพทย์ในการให้คำแนะนำการจัดสัมมนา ?	
MISC		ผู้บริหารตระหนัก (Concern) การส่งเสริมสุขภาพ ?	
MISC		ต้องมีการปลูกฝังแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ ถ้าผู้บริหารคิดไม่ได้ ต้องมีองค์กรมากระตุ้น	
MISC		กระบวนการแรกรับทำอะไรบ้าง ?	
MISC		การดูแลขั้นพื้นฐาน และการดูแลให้การรักษาพยาบาล บอกถึงบริการที่โรงพยาบาลมีให้	
MISC		บทบาทของแพทย์ในการสร้างเสริมสุขภาพ ?	
MISC		ขึ้นกับแพทย์และเวลาของแพทย์	

ตารางที่ 2-6 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B6

Code	Subcode	Data	Summary
MISC		เปิด HHC มากี่ปี ?	
MISC		เปิดมากกว่า 7 ปี	
MISC		การดูแลเด็ก (Nursery) และดูพนักงานในโรงงาน ?	
MISC		มีการเก็บสถิติการเจ็บป่วย แต่ยังไม่ทำเต็มที่ แต่พบ Case ว่ามีปัญหา	
MISC		พยาบาลที่ทำงาน HHC ควรมีคุณสมบัติ ?	
MISC		พยาบาล RN : Occupational Medicine	
MISC		งานที่ทำมีอะไรบ้าง ?	
MISC		มีการเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ละ 36 Case ผู้บริหารต้องการขยายงานเพิ่ม	
		1. ไปนอกเขตเทศบาล	
		2 มีการ Feed back ข้อมูล สรุปและติดตามดัชนีชี้วัด	
		3. มีการทำโครงการ เพื่อเสนอผู้บริหารในการขยายงาน ซึ่งผู้บริหารก็มีการอนุมัติ	
MISC		มีแพทย์ และพยาบาลเข้ามาช่วยดูแล ?	
MISC		มีการประเมินผลอย่างไร	
MISC		มีการติดตามโดยชุดผล Lab	
MISC		การป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย จะทำอะไร ?	
MISC		มี Guideline ของ ร.พ. และทำด้วยตัวเอง เป็นผลมาจาก HA ของโรงพยาบาล	
MISC		ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน ?	
MISC		มีการ Encourage ครอบครัว มาให้กำลังใจ , การพูดคุยกับผู้ป่วย Relax	
MISC		มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ?	
MISC		กำลังมีโครงการ และการเก็บข้อมูล เพื่อจัดทำโครงการ	
MISC		กิจกรรมต่างๆ มีส่วนเกี่ยวข้องกับ HA ?	
MISC		ไม่เกี่ยวกับ HA	
MISC		ประเมินผล ?	

ตารางที่ 2-6 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B6

Code	Subcode	Data	Summary
MISC		1. ผลสำรวจคูได้จากภาวะแทรกซ้อนน้อย และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิต และทำได้ 80 - 90% 2. ในบุคลากร ก็ให้เขาตระหนักในการรักษาสุขภาพ เป็นห่วงตัวเอง ที่พบคือ มีความเครียด กินข้าวไม่เป็นเวลา มีปัญหาโรคกระเพาะ และมีความดันโลหิตสูงเล็กน้อย	
CD		การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง การส่งเสริมให้ประชากรมีสุขภาพดี ทั้งผู้รับบริการและญาติ รวมทั้งพนักงานผู้ให้บริการ รวมไปถึงการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี	1. การส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดี 2. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี
FAC		1. เศรษฐฐานะเอื้ออำนวยต่อการดำเนินการ 2. การสนับสนุนของผู้บริหารระดับสูง 3. บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ 4. สภาพแวดล้อมที่ดี ไม่ก่อให้เกิดโรค 5. เครื่องมือเหมาะสม เพียงพอ 6. การวางแผนระบบงานที่ดี ชัดเจน 7. การควบคุมการดำเนินงาน 8. การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 9. การสร้างเครือข่ายกับภาครัฐ	1. เศรษฐฐานะเอื้ออำนวยต่อการดำเนินการ 2. การสนับสนุนของผู้บริหารระดับสูง 3. บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ 4. สภาพแวดล้อมที่ดี ไม่ก่อให้เกิดโรค 5. เครื่องมือเหมาะสม เพียงพอ 6. การวางแผนระบบงานที่ดี ชัดเจน 7. การควบคุมการดำเนินงาน 8. การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 9. การสร้างเครือข่ายกับภาครัฐ
INT		ไม่มีข้อมูล	
EXT		ไม่มีข้อมูล	

ตารางที่ 2-7 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B7

code	Sub code	data	Summary
AB		PCU เน้นคนสุขภาพดี อนาคต Plan ลงไปทำกิจกรรม	
AB		ลงชุมชน / หากกลุ่มเสี่ยง Screening	
ACT	IPDSB	ผู้มาตลอดกรได้รับการสอนเรื่องอะไรบ้าง	ACT (กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ)
ACT	IPDSB	ทำรูปแบบ CQI การสอน พูดคุยกับ Pt. รายกลุ่ม เวลาRound คุยข้างเตียงตามปัญหา สอนการดูแลตนเอง / ดูแลลูก	SB.COM (Service based ในชุมชน) 1. PCU ต้นแบบที่มีบทบาททาง HP
ACT	IPDSB	ที่บ้าน / การอาบน้ำเด็กมีแบบทดสอบ ประเมินตนเองของมารดา / การอาบน้ำลูกโดย Retarse Demones	
ACT	IPDSB	PP.แรกรับเราคุยเรื่องSelf Careหลังคลอด ปัญหาเป็นลม ตาม Raetion Bed Rest 12 ชั่วโมง แต่เด็กขึ้นมา 6-8 ชั่วโมง	SB.IPD (Service based ในผู้ป่วย IPD)
ACT	IPDSB	การป้องกัน PP. ขึ้นมา กินโอวัลติน มีป้ายพักบนเตียงที่ชั่วโมง สอน Pt.	1. ทำ CQI การสอน พูดคุยกับผู้ป่วยรายกลุ่ม
ACT	IPDSB	นโยบาย รพ.ไม่ได้เฝ้า แต่ให้หมายเลข Tel เพื่อโทรถามสติให้เขียนแสดงความยินดี 11- 1ทุ่ม การเฝ้ามี	2. การดูแลลูก , การอาบน้ำเด็ก , การประเมินตนเองของมารดา
ACT	IPDSB	ปัญหา สวล.	
ACT	IPDSB	ห้องสุขา ฯ/ ห้องอาบน้ำและดูแลเป็นรายๆ เช่น Pt เป็นคนแก่เด็กต้องการผู้ดูแล	3. การดูแลตัวที่บ้าน มีการทำ D/C Plan คือ
ACT	IPDSB	หลัง D/C ให้หมายเลข Tel กลับมา Consult เมื่อมีปัญหา เช่น ลูกท้องอืดทำอะไร , ที่รับ Tel	
ACT	PDSB - 14	Consult	- การสังเกตอาการ
ACT	IPDSB	การเชื่อมโยงสื่อสารกับ PCU คิดว่าจะเริ่มจาก PCU เราเองก่อนและมีการประสานข้อมูลกันเริ่ม	
ACT	IPDSB	พ.ก. 47	- การเช็ดตัวลดไข้
ACT	IPDSB	ทำ HA มาหลายปี มีอะไรแตกต่าง	- การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ
ACT	IPDSB	การดูแลเด็กติดเชือบางโรค ต้องกลับไปดูแลต่อที่บ้าน มีการทำ D/C Plan คือ	- มีแผนพบการดูแล
ACT	IPDSB	- สอนการสังเกตอาการ	- Gastrostomy สอนการทำแผล
ACT	IPDSB	- การเช็ดตัวลดไข้	4. แผนเด็กมี Play Program เพื่อพัฒนาการของเด็ก ลดความเครียด มีของเล่น
ACT	IPDSB	- การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ	ให้เด็กอยู่บนเตียง
ACT	IPDSB	- มีแผนพบการดูแล	
ACT	IPDSB	- Gastrostomy สอนการให้อาหาร การทำแผล	
ACT	IPDSB	เรื่องอะไรที่เห็นชัดว่า สอนแล้วได้ประโยชน์	
ACT	IPDSB	มีการทำสถิติ Pt - Re-Admit	

ตารางที่ 2-7 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B7

code	Sub code	data	Summary
ACT	IPDSB	ขณะอยู่ รพ. มี HP เช่น มีกลุ่มห้องเล่น สำหรับเด็กมาเล่นเทศกาล สงกรานต์ ปีใหม่ วันเด็ก โดยมี พยาบาล	
ACT	IPDSB	เป็นแกนทำ Play Programe	
ACT	IPDSB	เป้าหมายจัดเพื่ออะไร	
ACT	IPDSB	เด็กพัฒนาการถ้าป่วยอาจถูกบล็อก เด็กเครียด จึงทำกิจกรรมห้องเล่นจุดทุกเดือนๆละ 1 ครั้ง บุคคลากรมีน้อย	
ACT	IPDSB	เด็กคนเดียวมีของเล่นไปให้ มีการเปิด TV,VDO มีการทำแบบประเมินความพึงพอใจกิจกรรมนี้ นศ.N เป็นส่วน	
ACT	IPDSB	หนึ่งของกิจกรรมการเรียนการสอน	
ACT	IPDSB	Homc Care มีอะไรบ้าง	
ACT	OPD SB	คลินิก ANC ทำงานสร้างสุขภาพอะไรบ้าง	SB.OPD (Service based ในผู้ป่วย OPD)
ACT	OPD SB	HE เรื่องการดูแลตนเองของหญิงมีครรภ์ นมแม่โดย VDO Classประมาณ 5 คน - 10 คน	1. HE การดูแลตนเองของหญิงมีครรภ์ และนมแม่โดย VDO Class ละ 5 - 10 คน
ACT	OPD SB	ทำ เพราะเห็นว่าเป็นสิ่งดีและให้บริการสนใจ ปัญหาที่พบ การกินอาหาร ไม่ถูกต้อง ออกกำลังไม่ถูก	2. การชงนม วัดส่วนสูงของเด็ก เพื่อดูภาวะโภชนาการ
ACT	OPD SB	ทำ Projนิมนานแล้ว ผลเป็นอย่างไร	3. สอนการดูแลเด็กท้องเสีย , โรค DHF
ACT	OPD SB	หลังแนะนำแล้ว ดูนมแม่ที่เพิ่มขึ้น แต่ไม่ได้เก็บข้อมูลแต่รู้สึกดีขึ้น ผู้รับบริการสนใจสูง	4. การคัดกรอง DM ในหญิงตั้งครรภ์ และการขาดเหล็ก , Down Syndrom
ACT	OPD SB	เด็กมา มีการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เพื่อดูภาวะโภชนาการทุกครั้ง ดูอาหาร / ภูมิคุ้มกัน มีการHE	
ACT	OPD SB	การดูแลเด็กเมื่อเด็กท้องเสีย มีไข้ ช่วงระบาดบูมๆ สอน DHF WBC นำแม่ที่มีลูกคนแรกมาสอน	PB.COM (Program bases ในชุมชน) 1. โครงการส่งเสริม ป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัน ในกลุ่มนักศึกษาใน Campus 2. โครงการ 30 บาท สัญจร
ACT	OPD SB	การดูแลลูกแต่หยุดไป เพราะ RN ต้องทำหน้าที่ไป Confirm Order และนัด F/U Pt.	
ACT	OPD SB	ภาควิชาอยากให้บทบาท N เป็นหน้าที่แนะนำแต่ต้องหยุดเพราะปัญหาเด็กรับวัคซีน ไม่ครบเพราะ	
ACT	OPD SB	แพทย์ดูไม่ Couer	
ACT	OPD SB	มีการเชื่อมโยงการดูแลเด็กกับ IPD อย่างไร	
ACT	OPD.AB	มีการคัดกรอง DM ในหญิงมีครรภ์เป็น Proj วิจัย	

ตารางที่ 2-7 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B7

code	Sub code	data	Summary
ACT	OPD.AB	คัดกรอง DM , การขาดเหล็ก	
ACT	OPD.AB	คัดกรอง Down Syndrom	
ACT	OPD.AB	มีวิจัยจึงทำ และบางส่วนทำอยู่แล้วงาน วิจัยจึงเข้ามา	
ACT	OPD.AB	HAช่วย HP อย่างไร	
ACT	PCU.SP	มีการ HE ในผู้รับบริการ	
ACT	PCU.SP	DM 8 หมู่ ประมาณ 100 คน มีระบบนัด คน ไข้พบใหม่ นัด 2 - 4 wks. เมื่อ Confirm ดีแล้ว F / U	
ACT	PCU.SP	ประมาณ 2 เดือน	
ACT	PCU.SP	กิจกรรม HP ของ PCU มีอะไรบ้าง	
ACT	PCUAB	มีโครงการ 30 บาท สัญจร สัญจรให้ความรู้ ส่งเสริมป้องกัน การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยในนักศึกษา	
ACT	PCUAB	ทำ 2 คณะ ทำโดยทีม PCUไม่ได้ทำร่วมกับนักศึกษา ช่วงเวลาจัดประมาณ 1 ทุ่ม	
ACT	PCUSB	กิจกรรมสร้างสุขภาพใน PCU มีอะไรบ้าง	
ACT	PCUSB	PTไข้สูง นำไปสอนเช็ดตัวลดไข้ HE รายบุคคล	
ACT	ST	ในกลุ่มบุคคลกร ทำกิจกรรมอะไรบ้าง	SB.ST (Service based ในผู้ปฏิบัติงาน) 1. การวัดสมรรถภาพบุคลากร 2. มี Fitness Center ให้บริการฟรี 3. การตรวจร่างกายประจำปี และการตรวจเฉพาะเรื่องในกลุ่มเป้าหมาย ตามความสนใจ 4. มีการให้ Vaccine ในราคาต้นทุน
ACT	ST - B16524	ส่งเสริมการออกกำลังกายสภาพแวดล้อมเหมาะสม ประชาชนจะเข้ามาใช้บริการ	PB.ST (Program based ในผู้ปฏิบัติงาน) 1. การท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์ 2. กีฬาประจำปี
ACT	ST	มีทั้งแอโรบิค ไทเก็ก วิง กระบี่กระบอง มีหลายกลุ่ม มีทั้งคนในและคนนอกมาใช้บริการ	
ACT	ST	คัดส่วนคนมาออกกำลังกาย	
ACT	ST	บุคลากรมาใช้บริการน้อย	

ตารางที่ 2-7 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B7

code	Sub code	data	Summary
ACT	ST	กิจกรรมที่เกิดมาจากไหน	
ACT	ST	บุคคลากรเสนอขึ้นมาว่าอยากทำกิจกรรมนี้ เช่น มีชมรมแอโรบิก	
ACT	ST	คณะสนับสนุนเงิน / สถานที่ มีพยาบาลจัดทำโครงการเสนอ	
ACT	ST	ใน HA มีการตรวจสอบสุขภาพบุคคลากรมีคนเข้าร่วมมากน้อยเท่าไร	
ACT	ST	มีการวัดสมรรถภาพโดยให้เดินประมาณ 1 ไมล์ มีการวัดก่อน - หลัง และมาวัด BP	
ACT	ST	ชีพจรและมีแบบแจ้งผลว่าสมรรถภาพเป็นอย่างไร ถ้ามีอะไรที่ตกเกณฑ์ก็ปรึกษา	
ACT	ST	สัมพันธ์ให้สามารถไปใช้บริการที่ Fitness Centre ฟรี (ขอคู่มือการเจ้าหน้าที่)	
ACT	ST	การตรวจสอบสุขภาพเป็น Open แต่ละคน ตามสมัครใจ โรงพยาบาลไม่มีการเก็บข้อมูล	
ACT	ST	อาชีพอนามัยทำอะไรบ้าง เข้างานพัฒนา อบรมความรู้ ENV	
ACT	ST	ตรวจการได้ยินเฉพาะกลุ่มเสี่ยง (ล้างจ้ำน)	
ACT	ST	ตรวจฝุ่นฟ้า ของหน่วยจ่ายผ้า	
ACT	ST	โรงพยาบาลกำหนดคนโยบาย แผนกไหนที่ทำให้งานก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ	
ACT	ST	บุคคลากรทดสอบ Tuberculen ดูกลุ่มเสี่ยง แนะนำให้เขาป้องกัน ทำต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี 38	
ACT	ST	อะไรคือสิ่งจูงใจทำให้อยากทำเรื่อง TB	
ACT	ST	Pt. AFB + Ve. เยอะ Pt. TB ที่มากับ Aids	
ACT	ST	เชิงป้องกัน เราป้องกันตั้งแต่นักเรียนแพทย์ มีการสำรวจ Heb B ในนักเรียนแพทย์ / พยาบาล	
ACT	ST	และให้มาฉีดวัคซีน นักเรียนแพทย์ฉีด MMR และ Rabies	
ACT	ST	(Rabie แม้ไม่ติดคนไปคน แต่คนดูแล Pt และพวกเรากลับและมีโอกาส	
ACT	ST	ถูกหมากัด เวลาดูแล Pt. มันใจสูง	
ACT	ST	Chickempox เริ่มจากตรวจภูมิคุ้มกัน โดย	
ACT	ST	บุคคลากรใหม่ทุกคนควรตรวจหาภูมิคุ้มกัน และให้มีการจ่าย 50 / 50 % (ค่าตรวจฟรี ค่าฉีด	
ACT	ST	ฉีดราคาทุน	
ACT	ST	คณะส่งเสริมสุขภาพอย่างไรในเชิงนโยบาย	
ACT	ST	การตรวจสมรรถภาพ	
ACT	ST	การท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์	

ตารางที่ 2-7 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B7

code	Sub code	data	Summary
ACT	ST	การบริการตรวจสอบสุขภาพประชาชนในวันสำคัญ	
ACT	ST	งานกีฬาประจำปีสำหรับบุคลากรภายในคณะแพทย	
ACT	ST	คิดว่าจะเริ่มจากบุคลากรภายใน คือ คนที่วัดสมรรถภาพไม่ผ่านว่าเป็นใคร เพื่อมาดูแลต่อ	
CD		- ความหมายของ HP	CD (Concept and Definition)
CD		HP ใน Pt / ญาติ , บุคลากร ชุมชน	1. HP Focus ผู้ป่วย / ญาติ , บุคลากร , ชุมชน , นักศึกษาใน Campus
CD		นักเรียนต้องได้ Concept คือ Concept อะไร	2. สุขภาพดี
CD		ไม่ต้องกลัวว่าจะไม่มีคนมารักษาแค่ไม่ป่วย ไม่พอ ต้องสุขภาพดีด้วย	3. คนป่วยต้องไม่ Progress ของโรค
CD		ทำอะไรให้มีสุขภาพดีขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน / ปรับตัวสู่ชุมชน	4. ป้องกันคนดีไม่ให้ป่วย
CD		อย่างมีสุข คนที่มี Disease อยู่แล้วไม่ Progress โรค	5. ประชาชนของ Campus สุขภาพดี โดยจัดกิจกรรมให้เหมาะกับวิถีชีวิตเขา
CD		บทบาทด้านป้องกันคนดีไม่ให้ป่วยคงทำได้น้อย บทบาทเน้นอยู่กับ โรค	
CD		อย่างมีสุขภาพ	
CD		โรงพยาบาลให้นิยามชุมชนว่าอย่างไร ใครบ้างคือชุมชนในมุมมองของเรา	
CD		นักศึกษาใน Campus	
CD		บุคลากร	
CD		ประชาชนรอบ Campus	
CD		ประชาชนในตำบลลำห้วย ตำบลคลองขี้มี 2 โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาล	
CD		มอ. มอ.รับประมาณ 3 - 4 พันคน	
CD		HPต้องไม่เหมือนกันทั่วไป เราต้องเข้าใจว่าเขาใช้ชีวิตอย่างไรเขาควรใช้ชีวิต	
CD		อย่างไรจึงจะมีสุขภาพดี ถ้าเราไม่เข้าใจ เราจะใส่อะไรก็แะโรบิกอาจดี แต่อาจไม่	
CD		เหมาะกับวิถีชีวิตทั้งกาย ใจ อารมณ์ สังคม	
CD		เราไม่คิดว่าจะเดินแะโรบิกระยะลงไปสำรวจพื้นที่ก่อนดูวิถีชีวิต ให้เขาเลือกว่า	
CD		เขาอยากทำอะไร	
CD		Plan ว่า PUC เป็นต้นแบบในการทำงาน HA ไม่เกี่ยวกับ PCU PCU เน้นการทำงานคุณภาพ	
CD		อยู่แล้ว	
CD		PCU ต้นแบบ มีบทบาท HP อย่างไรบ้าง	

ตารางที่ 2-7 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B7

code	Sub code	data	Summary
CD		เริ่มมองที่คนที่Walk in ก่อน เพิ่งทำได้ 2 ปี เช่น	
CD		กลุ่มมาโรงพยาบาล มีกลุ่มป่วยไคบ้าง	
CD		กลุ่ม Pt. เรือร้าง PCU เชื่อมกับทีม Commed ในการดูแลต่อเนื่อง	
CD		การทำ PCT ในการดูแล Pt. เรือร้างโดยมีเป้าหมาย	
CD		ทำอะไรไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน	
CD		ตั้ง ครอบครัว มามีส่วนช่วยเหลือโดยใช้สุศึกษาเป็นตัวนำ	
CD		อยู่ในระยะเริ่มต้นวางแผนจะลงไปหาความต้องการของชุมชน กำลังประสานงานกับชุมชน เช่น	
CD		ชุมชนปึกธง ผู้ใหญ่อยากให้มีกิจกรรมในสูงอายุ แต่สิ่งที่มีอยู่ในชุมชนแล้ว มีกลุ่มเอ โรบิกอยู่	
CD		แต่เมื่อดูแลแล้วยังไม่เหมาะกับผู้สูงอายุ	
CD		กิจกรรมเยี่ยมบ้านPCU	
CD		เยี่ยมบ้าน พุทธ/พฤษ/สุกร์ แบ่งพื้นที่ออกตาม ZONE/AREA รับผิดชอบมีRN3 คนรับผิดชอบ	
CD		Caseมีปัญหา เยี่ยมต่อเนื่อง	
CD		Criteria	
CD		Chlornic case ถ้าAdmit เราทราบตามเยี่ยมบนตึก/ตามบ้าน , case จากOPD PCU	
CD		ANC/หลังคลอด/WBC ติดตามVaccine	
CD		เราพัฒนาคุณภาพมาเรื่อยๆ บางครั้งงานยุ่งไม่ได้สอน วันต่อไปจึงมาเก็บตก การให้ HE ไม่ใช่เอาแต่ให้ ต้องดู	
CD		ผู้รับบริการด้วยว่าเขาพร้อมจะรับหรือไม่ ไม่ฟังก็ได้แต่ก่อนออก Pt ต้องทำใบประเมิน มีการบริหารร่างกาย	
CD		หลังคลอดช่วงเช้า	
CD		การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการที่ช่วยให้ผู้ใช้บริการ ญาติ และบุคลากรของโรงพยาบาลสามารถควบคุม ดูแล และปรับเปลี่ยนสุขภาพให้กับตนเองได้ เพื่อสร้างเสริมให้มีทั้งสุขภาพะทางกาย จิต สังคม โดยสนับสนุนพฤติกรรมของบุคคล สภาพสังคม และสิ่งแวดล้อมที่จะนำไปสู่การมีร่างกายที่แข็งแรง สภาพจิตที่สมบูรณ์ และคุณภาพชีวิตที่ดี	1. ช่วยเหลือบุคลากรกลุ่มเป้าหมาย ปรับเปลี่ยนสุขภาพให้กับตนเอง 2. สร้างเสริมสุขภาพะทางกาย จิต สังคม 3. สนับสนุนพฤติกรรมที่จะนำไปสู่ภาวะสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิต
EXP		ความคาดหวังของ รพ. ต่อ HP หลักสูตร HP ของแพทย์	EXP (Expectation)

ตารางที่ 2-7 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B7

code	Sub code	data	Summary
EXP		บทบาท 3 Care ในเรื่อง HP ENV. เขม่า ขยะ น้ำเสีย เป็นสิ่งที่ทำเพื่อไม่เป็นอันตรายต่อ Public ทำด้วยความคิดว่าเพื่อ	1. HP ของแพทย์
EXP		เป็นแหล่งที่ศึกษาได้ทุกเรื่อง	2. บทบาทของมหาวิทยาลัยที่จะเป็นแหล่งที่ศึกษาได้ทุกเรื่อง
EXP		สาธารณสุขมีแต่ทฤษฎี แต่เมื่อไปสู่แนวทางปฏิบัติไม่ชัดเจน	3. โครงสร้างองค์กรที่เกี่ยวกับ HP
EXP		โครงสร้างองค์กรมีเกี่ยวกับ HP หรือไม่	
EXP		1. มีการจัดสิ่งแวดล้อม ให้เอื้อต่อการเป็นโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ เช่น มีกิจกรรม 5 ส. ESB ทั่วทั้งองค์กร 2. มีการส่งเสริมสุขภาพบุคลากร 3. มีการส่งเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ และญาติ 4. มีการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน	1. สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ 2. มีการส่งเสริมสุขภาพบุคลากร ผู้รับบริการ ญาติ ชุมชน
Link	29b	เมื่อเราทำ HA มาแล้ว HP ช่วย HA อย่างไร	LINK (Link to HA) 1. HP ไม่เกี่ยวกับ HA 2. โรงพยาบาลทำคุณภาพมาก่อนแล้ว จนกระทั่ง HA มาประเมิน 3. HA , HP คือ การประเมิน 4. กรอบ HA ช่วยให้เราประเมินตนเองได้อย่างเป็นระบบ เช่น ENV, IC 5. HA เสริมงานเดิมให้ดีขึ้น ง่ายขึ้น
Link		HA ไม่เกี่ยวกับ HP เราคิดว่า คนต้องตรวจสุขภาพแข็งแรงเราใช้สื่อ ภาษาพื้นบ้านสอน	
Link		ความรู้ตามปัญหาที่พบ และทำด้วยความเชื่อว่าดี	
Link		HA หรือเรื่องคุณภาพเราทำอยู่แล้ว ตั้งแต่ QC ,อื่นๆ จน HA เข้ามาอยากมาประเมิน ก็เข้า	
Link		มาดูว่าเราทำคุณภาพได้ตามมุมมอง	
Link		HA , HPH ก็คือ การประเมิน	
Link		HA ช่วยทำให้เราได้ความกระตือรือร้น กรอบ HA ช่วยทำให้เราประเมินตนเองได้อย่างเป็นระบบ	
Link		ENV ดูโครงสร้างภายนอก Pt. รับบริการ สะดวก รวดเร็ว ปลอดภัย ดูขยะ สารเคมี สาธารณูปโภค	
Link		การปรับปรุงในอาคาร	
Link		ความปลอดภัยในชีวิต / ทรัพย์สิน	

ตารางที่ 2-7 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B7

code	Sub code	data	Summary
Link		เราต้องมองผลกระทบของสวล. ต่อ Pt. / ผู้รับบริการ เราต้องวางมาตรการป้องกัน มีการควบคุม	
Link		สวล. เช่น หากมีการก่อสร้าง / ปรับปรุง ต้องมีการติดผ้าใบกันฝุ่นเพื่อป้องกันผลต่อ Pt. / ญาติ	
Link		เจ้าหน้าที่ และเป็น HP.	
Link		หลักการ IC ป้องกันอุบัติเหตุเพิ่มเติม การกำจัดขยะติดเชื้อ / สารเคมี	
Link		เรามีแนวคิดในการขยายแนวคิด สวล. ไปสู่ผู้รับบริการ / ชุมชนอย่างไร	
Link		การทำความสะอาดโรงพยาบาล มีการประยุกต์อุปกรณ์พื้น ไม้ตัวที่กับผ้า คิดว่าชาวบ้านเห็นกง	
Link		ถูกนำไปใช้ได้	
Link		มีการจัดสวนแบบเรียบง่าย	
Link		การกำจัดน้ำเสีย	
Link		การกำจัดขยะมีการแยกขยะติดเชื้อ ขยะ Re - cycle	
Link		Pt. - ญาติ ไม่รู้ แต่มีป้ายบอกแต่ยังมีการทิ้งผิดอยู่	
Link		HA ทำให้การทำงาน HP. เปลี่ยนไปไหม	
Link		คิดว่าเปลี่ยน เมื่อก่อนขयरโรงพยาบาลรกรมาก เมื่อทำ HA หามาตรการกำจัดเศษวัสดุเหลือทิ้งจาก	
Link		หน่วยงาน เริ่มจากถามว่าอะไรทิ้ง เราจะจัดการเอาออกให้ อะไรไม่ทิ้งเก็บคืนไป ทำให้ ENV.	
Link		HA เสริมงานเดิมให้ดีขึ้น	
Link		HA ทำให้สิ่งที่ไม่มี มีขึ้น	
Link		HA ทำให้คนในองค์กรกระตือรือร้น สนใจมากขึ้น	
Link		การล้างมือเจ้าหน้าที่ เป็นอย่างไร สอนไปถึง Pt. หรือไม่	
Link		มีบ้างที่ไม่ล้างมือ มีการสอน Pt. ล้างมือใน Ward.	
Link		มีการล้างมือไปถึงร้านอาหารโรงพยาบาลหรือไม่	
Link		มีการ Suggest ลงไปในคณะกรรมการอาหาร ให้ล้างมือ	
Link		ปัญหา - อุปสรรคในการทำงาน	
Link		มีการ Monitor นำเสียที่ออกสู่ชุมชนทุกเดือน , มีการทำกิจกรรมนี้มาก่อนทำ HA ตั้งแต่เริ่มมี	
Link		กก. ปี 28	
Link		มลภาวะทางอากาศ อดีตใช้น้ำมันเตา เขม่าตกในโรงพยาบาล ต่อมามีการพัฒนา ข่ายเครื่อง	

ตารางที่ 2-7 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B7

code	Sub code	data	Summary
Link		ทำระบบกำจัดเขม่า เพื่อเก็บเขม่าไม่ให้กระจายโดยเลียนแบบแม่เมาะ ทำก่อน HA.และเป็นตัว	
Link		อย่างให้กับ โรงแรม โรงงาน เจ้าของกิจการทั่วไป	
Link		สิ่งที่ทำเกี่ยวข้อง กับ HA อย่างไร	
Link		อะไรที่เป็นผลดีของเขาก็จะทำทั้งมุมมอง Pt. มุมมองผู้รับบริการ	
Link		HA ทำให้ทำงานเป็นรูปธรรมสูง เจ้าหน้าที่กระตือรือร้นสูง มีส่วนร่วมในการปรับปรุงงานพัฒนา	
Link		งานตนเอง	
Link		PCU มินิโอบายHP. อย่างไร	
Link		ไม่มีเลย เราตั้งรับเป็นส่วนใหญ่มัไม่ได้รุก	
Link		อนาคตหน่วยนี้คิดทำอะไรเกี่ยวกับ HP	
Link		จัดตั้งการให้ความรู้ DM	
Link		ส่งคนไปเรียนอยู่	
Link		เพิ่งได้ตำแหน่ง พยาบาลคิดว่า จะ ลุยงานปีหน้า	
Link		HA เกี่ยวกับ HP ในหน่วยงานท่านหรือไม่	
Link		HA กับ HP ไม่เกี่ยวกับ	
Link		มีแนวคิดมานานแล้วที่จะทำ	
Link		HA มีส่วนช่วย Endocrine พัฒนาการทำงาน	
Link		ไม่เกี่ยว HA ก็อยู่ส่วน HA	
Link		ในคลินิกเด็ก มีกิจกรรม HP อะไรบ้าง	
Link		เชื่อมโยงว่า Ward สอน Pt. อะไรบ้าง เราก็ F / U ดูว่าPt. เป็นอย่างไรบ้าง	
Link		HA มีผลอะไรต่อ HP	
Link		ถ้า PCT มาคู่กับ HA เราจะเห็นการทำงานเป็นทีม ถ้าพบปัญหาที่เกิดการแก้เป็นทีม เมื่อก่อนแม้จะทำ	
Link		อยู่แล้ว แต่ก็แก้ปัญหาได้ไม่ดีเพราะถ้าไม่เป็นทีมมาคิดร่วมกัน การยินยอมมาร่วมกันทำงานอยาก	
Link		กว่า เรื่อง HP ทีม PCT เขาคิดว่าพยาบาลควรมีหน้าที่ให้คำแนะนำ อาหาร กระตุ้นการพัฒนาการ	
Link		พยาบาลน่าจะทำได้ง่าย เราเห็นด้วย แต่พยาบาลมี 3 คน รับOrder แพทย์ก็ Load อยู่แล้ว ต้องลง	
Link		สมุดสุขภาพชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ลง Carue	

ตารางที่ 2-7 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B7

code	Sub code	data	Summary
Link		บทบาทยุทธศาสตร์รับเพิ่ม รับ Order เลือกเรื่องที่พบบ่อย ที่คิดว่าเขาน่าจะSelfcare ตัวเองได้	
Link		ward สูติ มีการทำHP อย่างไร	
Link		ตามหลักการสูติ ต้องเป็น WARD HPอยู่แล้ว ตั้งไว้	
LINK		กิจกรรมที่ทำความเกี่ยวกับ HA อย่างไร	
Link		เปลี่ยน คือ กิจกรรมคุณภาพมีการพัฒนามากขึ้น มีการจัดบอร์ดความรู้ โดยนำสารที่อ่านเข้าใจง่าย แผ่นพับ	
Link		องค์กรพยาบาล มีการตั้งโครงสร้างองค์เรื่อง HP ในเรื่องการพัฒนา D/C Plan	
MISC		การSupport จากโรงพยาบาลที่มีให้ทีมPCU	MISC 1. Team PCU ได้รับการ support มีการอบรมที่มงานก่อนลงปฏิบัติงาน
MISC		การได้รับการอบรม2เดือนที่ศิริราช และอบรมต่างๆเกี่ยวกับPCU	
MISC		คณะทำงานPCU หัวหน้าภาคCom Med /หัวหน้าOPD/หน่วยสิทธิประโยชน์	
Pro		ปัญหา / อุปสรรคในการทำงาน	PROM 1. การประสานงาน เช่น นักศึกษาในคณะ 2. การรณรงค์หมวกกันน็อกในมหาวิทยาลัย 3. การเลือกสถานบริการ เกี่ยวข้องกับนโยบายระดับประเทศ 4. การสื่อสาร : ชุมชนมุสลิมพูดภาษาไทยไม่ได้ 5. ระบบ UC Area ไม่ชัดเจน 6. ตัวชี้วัดของแต่ละงาน (ต้องหา , เก็บจากเอกสาร) 7. เครื่องบำบัดน้ำเสียทำงานหนัก 8. แพทย์ไม่สนใจการออกกำลังกาย
Pro		ปัญหา / อุปสรรคที่พบ	
Pro .AB		การติดตามประสานกับน้องในคณะ	
Pro .AB		นักศึกษารวมกลุ่มยาก คิดว่าควรมีการสำรวจว่านักศึกษาต้องการอะไรอย่างไร เช่น นักศึกษา สน	
Pro .AB		สนใจเรื่อง ยาเสพติด เขามีแผนของเขา	
Pro .AB		มีการรณรงค์หมวกกันน็อกในมหาวิทยาลัย มีป้ายโฆษณา	

ตารางที่ 2-7 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B7

code	Sub code	data	Summary
PRO EX		นโยบายระดับชาติที่ยังไม่นิ่ง เช่นเรื่องการเลือกสถานบริการ	
PRO EX		กิจกรรม HP ที่ทำในมหาวิทยาลัย	
PRO EX		อุปสรรคในการ HP คือ P+ มุสลิมพูดไทยไม่ได้ มี RN พูดยาวิได้จึงช่วยสื่อสาร	
PRO EX		ปัญหา/อุปสรรคในการทำ HP	
PRO EX		อุปสรรคภายนอกองค์กร	
PRO EX		ระบบ UC มี Area ไม่ชัดเจน การให้ P+P เราให้หมด ถ้ามี Area ชัดเจน อาจทำสิ่งเหล่านี้ให้ดีขึ้น	
PRO EX		อาจารย์ผู้สอนหลักการเขียน Ansser ต้องเขียนทั้ง กาย จิต สังคม ENV. นร.เขียนแต่อาจารย์ที่ไม่รู้ก็บอกไม่ต้องเขียน	
PRO IN		การทำตัวชี้วัดว่าแต่ละงานจะวัดจากอะไรก็ต้องหาและเก็บจากเอกสาร เนื่องานไม่มากขึ้น ถ้าทำ	
PRO IN		อย่างเป็นระบบ	
PRO IN		โรงพยาบาลออกแบบระบบบำบัดน้ำเสียโดยมี Area จัดการ แต่ช่วงนี้	
PRO IN		การบำบัดน้ำเสียถูกรวมของมหาวิทยาลัยด้วยทำให้เครื่องต้องรับ Load สูง คาดหวัง มอ. สร้าง	
PRO IN		ระบบบำบัดของ มอ. แยกจากโรงพยาบาล เพื่อลด Load เครื่องโรงพยาบาล	
PRO IN		- เรื่องของคน การให้ความสำคัญโดยเฉพาะแพทย์ รู้แต่ไม่ทำเพราะเหนื่อย คิดว่าพักดีกว่า การไปวิ่งหรือการ	
PRO IN		ออกกำลังกาย	
PRO IN		- พยาบาลก็มีการออกกำลังกาย แม้จะเหนื่อยก็จะไปขึ้นกับลักษณะส่วนบุคคล	
PRO IN		คิดว่ามีปัจจัยอะไรบ้าง ที่ทำให้แพทย์ไม่สนใจ HP	
PRO IN		การศึกษาแพทย์ อาจจะเป็นปัจจัยที่ทำให้คือไม่ค่อยสังคม	
PRO		ขาดความร่วมมือในองค์กร โดยเฉพาะแพทย์	ขาดความร่วมมือในองค์กร โดยเฉพาะแพทย์

ตารางที่ 2-7 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B7

code	Sub code	data	Summary
FAC		1. การนำองค์กร กำหนดนโยบาย สร้างทีมครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย ผสมผสานงานส่งเสริมสุขภาพเข้าสู่งานประจำ สร้างเป็นวัฒนธรรมการส่งเสริมสุขภาพทั่วทั้งองค์กร 2. ยุทธศาสตร์ สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการมีสุขภาพดี ทุกจุดขององค์กรเป็นศูนย์กลางแห่งการเรียนรู้ สื่อสารความเข้าใจ และกระตุ้นให้ภาคีวิชา/หน่วยงานพัฒนากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ จัดสรรงบประมาณ 3. ผู้รับการส่งเสริม ผู้รับบริการและญาติ บุคลากร ชุมชน 4. ฐานข้อมูล 5. การพัฒนาบุคลากร 6. การติดตามประเมินผล ปรับปรุง พัฒนาอย่างต่อเนื่อง	1. การนำองค์กร 2. ยุทธศาสตร์ 3. ผู้รับการส่งเสริม 4. ฐานข้อมูล 5. การพัฒนาบุคลากร 6. การติดตามประเมินผล ปรับปรุง พัฒนาอย่างต่อเนื่อง
Role		โรงเรียนแพทย์ควรมีบทบาทแค่ไหน	ROLE 1. มี Concept HP ในด้านการดูแลผู้ป่วย บุคลากรและกุมาร 2. บทบาทอาจแตกต่างจากโรงพยาบาลชุมชน 3. การดูแลแบบองค์รวม
Role		บทบาทที่ควรมีคือ	
Role		1. ทำให้นักเรียนต้องได้ Concept	
Role		2. ดูแลบุคลากร	
Role		3. ดูแล มีอะไรช่วยให้ไม่ป่วย / ป่วยน้อย และบทบาทต่อชุมชนทั่วไป	
Role		เราไม่จำเป็นต้องทำเหมือนโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลอื่นๆทั่วไป	
Role		โรงพยาบาลชุมชนมี Catchment Area โรงพยาบาล เราก็มีย แต่โรงพยาบาล	
Role		ของเราน่าจะทำแค่ Model เราเป็น 3 Care	
Role		แพทย์แสดงบทบาท HP อะไรบ้าง	
Role		- ให้ข้อมูล Pt บอกอาการ การปฏิบัติตัว บอกเกี่ยวกับคนรอบข้าง	
Role		- หมอส่วนใหญ่ให้ข้อมูล Pt เรียกร้องเรื่องข้อมูล	
Role		ฐานะเป็นแพทย์ เรามีบทบาท HP อะไรบ้าง	

ตารางที่ 2-7 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B7

code	Sub code	data	Summary
Role		นีกภาพไม่ออก ถ้าไม่ขึ้น WARD เมื่อขึ้น WARD แล้วสามารถนำ K มาใช้ประโยชน์ได้บ้าง เช่น ภาย/จิต/สังคม	
Role		เวลาดู Pt ดูครบทั้งกาย/จิต/สังคม การสร้างสัมพันธ์เป็นการทำเป็น Reutien โดยมี Concept กาย/จิต/สังคม	
Role		อยู่เบื้องหลัง	
Role		เด็กใส่ Tube มีการกายภาพบำบัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกหลังหาย	
Role		OPD ดูและไรร้าง	
Role		ตอบคำถามแม่เด็ก	
Role		คิดว่าตนเองมีบทบาท HP มากน้อยแค่ไหน	
Role		อยู่ใน รพ. อาจบทบาทไม่มากพอ ยกเว้นออกไปอยู่ข้างนอก ทำงานใน ชช. ใน รพ. อาจแค่ให้คำแนะนำอยู่ใน ชช.	
Role		จะได้ทำกิจกรรมใน ชช. มากกว่า เช่น ออก รร.	
Role		ถ้าปรับหลักสูตรแพทย์เกี่ยวกับ HP ควรสอนแบบไหน	
Role		เดิมเรียนเป็น Block ขึ้นมาสัมภาษณ์และมา Discuse กันเองไม่สนุกควรเปลี่ยนวิธี	
Role		สรุปว่า จะคาดหวังให้แพทย์ทำ HP ไม่ได้ แต่ให้พยาบาลทำได้	
Role		ใช่/ พยาบาลมีส่วนร่วมทุกเรื่อง หวังให้แพทย์ร่วมไม่ได้ ยกเว้นถ้าอยากให้ร่วมต้องตั้งเป็นกรรมการ	
Role		ฐานะเป็น รร.แพทย์ บทบาทเชิงวิจัยเกี่ยวกับ HP มีหรือไม่	
Role		น่าจะมี เวลา นร.ออกไปจะมี Projeac วิจัยแต่ไม่ได้เผยแพร่	
Role		แพทย์ Weak เชิงSocial Science ทำให้ไม่ค่อยมี	
SUPP		โรงพยาบาลสนับสนุนอะไรบ้าง	
SUPP		โรงพยาบาลเน้นเรื่องอื่นมากกว่า / จุดนี้ มองว่าสำคัญเป็นจุดควรทำ	
SUPP		การออกพื้นที่ / ชุมชน / นอกเวลา มีค่าตอบแทนหรือไม่	
SUPP		ส่วนใหญ่เป็นไปโดยสมัครใจไม่มีค่าตอบแทน	
SUPP		หน่วยต่อมไร่ท่อมกิจกรรม HP อะไรบ้าง	

ตารางที่ 2-7 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B7

code	Sub code	data	Summary
TPDSB		Home Care หมายถึง D/ C Plan เป็นการสอน เวลา Pt กลับบ้านสอนว่า ต้องดูแลอย่างไรรับ ประทานอาหารอย่างไร	
TPDSB		คนที่ทำคือพยาบาล แพทย์ ทำตอนสั่ง D/C โดยแนะนำ Pt.	

ตารางที่ 2-8 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B8p

code	Sub code	data	Summary
ACT	SB.ST	สิ่งแวดล้อม มีอาสาสมัครประจำหน่วยงาน การสำรวจสถานที่ทำงาน มีการป้องกันในกลุ่มเสี่ยง เช่น การใช้ Ear - plug และการจัดปริมาณแสงสว่างให้เหมาะสม การจัด Ventilation เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคบุคลากร ผ่านการตรวจสุขภาพ 60% ปัญหา BMI >25% เชื่อมเข้าโครงการนพรัตน์ใจดี	ACT (กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ) SB.ST (Service based ในผู้ปฏิบัติงาน) 1. การตรวจสุขภาพพนักงาน ผ่าน 60% 2. การสำรวจ ENV ในที่ทำงาน มีการพัฒนากลุ่มเสี่ยง
ACT	SB.OPD	มีการให้สุขศึกษารายบุคคล เป้าหมาย ทารกคลอดมาอย่างมีคุณภาพ สามีเข้าร่วมใน Class เช่น แพ้ท้อง การจัดนิทรรศการ 5 วัด มีคนสนใจมาก การคัดกรอง High Risk Group ให้แพทย์ดูแล นอกนั้นพยาบาลดูแลส่ง PCU	PB.ST (Program based ในผู้ปฏิบัติงาน) 1. โครงการนพรัตน์หัวใจดี
ACT	PB.IPD	1. การดูแล Fitness center ของเจ้าหน้าที่ 2. ลานวิ่ง สวนสุขภาพ ลีลาศเพื่อสุขภาพ คนสนใจมาก เหมาะกับเจ้าหน้าที่ 3. โครงการวิจัยเปลี่ยนข้อเข่า มี Care map การผ่าตัดข้อเข่าเทียม - มีระบบการนัดผ่าตัด - มีการให้คำแนะนำ การพูดคุยก่อนผ่าตัด - มี Video เป็นสื่อให้คำแนะนำ - การติดตามคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัด	SB.OPD (Service based ในผู้ป่วย OPD) 1. การคัดกรองผู้ป่วย พบ High Risk ส่งแพทย์ดูแล 2. การให้สุขศึกษารายบุคคล ในกลุ่มเป้าหมาย เช่น หญิงตั้งครรภ์ 3. การประสานร่วมกับครอบครัว เช่น ในคลินิก ANC
ACT	SB.IPD - 12	ผู้ป่วยในอายุรกรรม 1. เน้นกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ไตวาย โดยการให้ศึกษา สนใจดูแลครอบครัวให้มีการปฏิบัติตัวถูกต้อง 2. มีการติดต่อทางโทรศัพท์ โดยถ้ามีปัญหาให้โทรมาถามได้ 3. มีการส่งต่อผู้ป่วย HHC ผ่านทางเวชกรรมสังคม เน้นผู้ป่วย Admit ชั่ว มี HHC ทุก 2-3 เดือน	PB.IPD (Program based ในผู้ป่วย IPD) 1. โครงการวิจัย การเปลี่ยนข้อเข่า มีการทำงานเป็นระบบในการนัด ให้คำแนะนำ และ ติดตามคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัด

ตารางที่ 2-8 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B8p

code	Sub code	data	Summary
ACT	COM	ชุมชน 22,000 คน เชื่อมน้อยกว่า 25% ปัญหาะเร็ง ออกกำลังกาย ยาเสพติด ว่างงาน HT น้ำหนักเกิน	SB.IPD (Service based ในผู้ป่วย IPD) 1. กลุ่มเป้าหมายคือผู้ป่วยเรื้อรัง 2. การให้ HE ต่อผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม 3. มีการส่งต่อผู้ป่วย HHC เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง 4. เปิดโอกาสให้มีการโทรศัพท์เข้ามา
ACT	COM	ชวนชาวบ้านราว 20 คน มาร่วมคุยที่บ้านแกนนำ	SB.COM (Service based ในชุมชน) 1. มีการเชื่อมชุมชน แต่ยังทำได้น้อยกว่า 25% 2. มีการนำชาวบ้านมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพของชุมชน
CD		รับนโยบายมาตั้งแต่ปี 2541 HP ที่เป็นกิจกรรมเริ่มด้วยงานสุขศึกษา โดยถือว่าเป็นภารกิจประจำ โดยมีแพทย์ (พ.ญ.ตรึงตรา) เป็นหัวหน้าทีมร่วมกันทำ เป็นโรงพยาบาลปลอดบุหรี่ ปี 2543 เน้นให้ทุกคนเป็นแบบอย่าง	CD (Concept and Definition) 1. โรงพยาบาลปลอดบุหรี่ 2. เน้นทุกคนเป็นแบบอย่างของสุขภาพ
CD		การสร้างเสริมสุขภาพ คือ การจัดกิจกรรมให้เกิดการเรียนรู้ที่จะทำให้ผู้ป่วย,ญาติผู้ป่วย,บุคลากรในโรงพยาบาล และชุมชนดูแลสุขภาพตนเอง และการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลปลอดบุหรี่ การจัดกิจกรรมออกกำลังกาย, บริการอาหารส่งเสริมสุขภาพ และกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 1. จัดกิจกรรมเพื่อสร้างสุขภาพ 2. จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น เรื่องอาหาร การออกกำลังกาย 3. จัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน เพื่อสร้างเสริมสุขภาพนอกเหนือจากการรักษาพยาบาล 4. พัฒนาทักษะส่วนบุคคลให้ผู้ป่วย, ประชาชน และเจ้าหน้าที่ให้เกิดการเรียนรู้ในการสร้างสุขภาพ 5. การปรับเปลี่ยนบริการจะต้องให้ความสำคัญกับงานด้านการวิจัยทางสุขภาพ / สาธารณสุข เน้นการปรับเปลี่ยนทัศนคติการจัดระบบบริการสุขภาพที่เน้นการมองปัญหาแบบองค์รวม ปัญหาของชุมชนให้ทุกคนเห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพก่อนเจ็บป่วย	1. การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้บุคลากรกลุ่มเป้าหมายดูแลสุขภาพตนเอง 2. การจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ

ตารางที่ 2-8 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B8p

code	Sub code	data	Summary
EXP	INT	งานยุ่ง ,เหนื่อย ,เพิ่มงานเหมือนถูกบังคับ บริการดีขึ้น สำเร็จ Happy เกิดภาพพจน์ Newpparat	EXP (Expectation) 1. Attitude ยังไม่ดี 2. Morale ดีขึ้น หลังการผ่านการรับรอง 3. Image ของโรงพยาบาลดีขึ้น
EXP		กลยุทธ์ สุขภาพดี หาเงินได้ ทำงานตามเวลาประชาชน ไม่ใช่เวลาราชการ สร้างสัมพันธ์ มองหาผู้นำ ตกลงบริการ	
EXP		1. มีการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้ครอบคลุมทั้งผู้ป่วย และคนที่ไม่ป่วย รวมทั้งกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้ทุกคนเห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพก่อนการเจ็บป่วย 2. มีกิจกรรม และบริการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพสำหรับบุคลากร โรงพยาบาลจะต้องมีการจัดกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพสำหรับบุคลากรของโรงพยาบาลทุกระดับ มีบริการตรวจสุขภาพและประเมินภาวะเสี่ยง รวมทั้งการแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม โรงพยาบาลจะต้องมีบริการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร เช่น อาหารส่งเสริมสุขภาพ สถานที่ อุปกรณ์ออกกำลังกาย 3. การจัดการสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล โรงพยาบาลมีการจัดการสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศในการทำงานให้ปลอดภัย และเอื้อต่อการมีสุขภาพดี 4. การสร้างความเข้มแข็งต่อชุมชน โรงพยาบาลควรจะเป็นองค์กรที่เป็นแบบอย่างให้แก่ในการสร้างเสริมสุขภาพ และควรให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ 5. สร้างความตระหนักและพัฒนาทักษะในการส่งเสริมสุขภาพให้ชุมชนเห็นความสำคัญของสุขภาพ เพื่อให้ชุมชนเข้าใจปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสมตรงตามความต้องการของชุมชน 6. สร้างให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และทักษะการส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลจะต้องสร้างให้เกิดความรู้ และทักษะการส่งเสริมสุขภาพให้แก่เจ้าหน้าที่ เป็นการมีสุขภาพดี และสามารถเป็นตัวอย่างให้แก่บุคคลอื่น และมีกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ให้แก่ผู้รับบริการ และประชาชนทั่วไป เช่น การให้ข้อมูล ข่าวสาร การให้คำปรึกษากิจกรรมสุขศึกษาอื่นๆ เป็นต้น	1. การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้ครอบคลุมทั้งผู้ป่วย / ไม่ป่วย 2. Role model 3. การเรียนรู้

ตารางที่ 2-8 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B8p

code	Sub code	data	Summary
LINK		การทำงานทำแบบ PCT หัวหน้านำการออกกำลังกายเอง ฝึกแกนนำชุมชน สุซศึกษารายบุคคล ให้ความรู้ตามฤดูกาล (เรื่องโรค) ปี 2544 เริ่มสำรวจชุมชนบางส่วน ออกแบบยาง 5 เส้น ยาว 25 นิ้ว Create positive thinking มีคู่มือการปฏิบัติงาน มีการทำงานเป็นระบบ มีการทำงานเป็นทีม	LINK (Link to HA) 1. HA มีการทำงานเป็นระบบ / การทำงานเป็นทีม PCT 2. มีเป้าหมายในการทำงาน 3. มีการประเมิน Out come 4. ทำภารกิจสอดคล้องกับงานประจำ 5. มี CQI พัฒนาระบบให้ดีขึ้น
LINK		HA ช่วยในการทำงานเป็นระบบมากขึ้น	
LINK		HA ยึด PDCA ทำให้มีระบบ	
LINK		HA ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานจากต่างคนต่างทำ เป็นการทำงานเป็นทีม มีการสื่อสารกับสหสาขาและใช้ข้อมูล	
LINK		HA ไปสู่ HP เชื่อมโยงจากผู้ป่วยไปสู่การมีสุขภาพดี	
MISC		Exit Conference 1. เป็นโรงพยาบาล Tertiary Care 2. HP จะเอาไปไว้ที่ไหน ไว้ที่บุคลากรเป็นแบบอย่าง ไว้ที่ผู้ป่วย Holistic, Self help, ระบบ Refer	MISC (Miscellaneous) 1. Tertiary care 2. เน้นบุคลากรเป็นแบบอย่าง 3. Holistic care, Self help, ระบบ Refer
PRO		ผลข้างเคียงของ HA คือ ทำให้ประชากรคาดหวังสูง เป็นความกดดันต่อผู้ปฏิบัติงาน	PRO 1. Customer Demand Increase - Pressure 2. บุคลากรอยู่ในระหว่างการ Train 3. ความเครียด เกรงว่าจะไม่ผ่านการประเมิน
PRO		กิจกรรมมาก บางกิจกรรมเป้าหมายไม่ชัด เปื่อ ไม่อยากทำแล้ว	

ตารางที่ 2-8 แสดงข้อมูลโรงพยาบาล B8p

code	Sub code	data	Summary
PROB	INT	คลินิกเบาหวาน คอยแพทย์ที่ไป Training (กำลังจำกลับมา) ผู้ป่วยเบาหวานมีจำนวนมาก Or OPD (ANC Clinic)	
PROB	INT	เกรงว่าจะไม่ผ่านการประเมิน	
PRO		1. นโยบายไม่ชัดเจน 2. ผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญในการสร้างสุขภาพ 3. เกิดความสับสนของผู้ทำงานในการที่จะเป็นสถาบันวิชาการ หรือนำในระดับปฐมภูมิ 4. งานส่งเสริมสุขภาพถูกมองจากคนส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลว่าเป็นภารกิจ สำนักอนามัย กทม. จึงไม่ควรทำงานซ้ำซ้อน 5. พื้นที่นอกโรงพยาบาลที่จะทำงานส่งเสริมสุขภาพในชุมชนกว้าง ไม่เป็นสัดส่วนที่เหมาะสมกับจำนวนบุคลากร จึงทำให้ความครอบคลุมของผลงานจึงน้อย 6. การทำงานเชิงรุก คือ การไม่มียานพาหนะในการเดินทาง เป็นอุปสรรคในการดำเนินงานในชุมชน	1. นโยบายไม่ชัดเจน 2. ผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญในการสร้างสุขภาพ 3. Role conflict ของโรงพยาบาล 4. จำนวนพื้นที่ชุมชนที่รับผิดชอบกว้าง ทำให้ความครอบคลุม 5. ขาดอุปกรณ์สนับสนุนการทำงานเชิงรุก
FAC		1. ผู้นำองค์กรสูงสุดต้องประกาศนโยบายชัดเจน ให้เห็นความสำคัญกับการเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 2. สนับสนุนทุกกิจกรรมที่เป็นการสร้างเสริมสุขภาพ 3. เจ้าหน้าที่ทุกคนต้องเข้าใจภารกิจ และมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง 4. ผู้ป่วย ประชาชน ชุมชน ต้องมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมที่เป็นการสร้างเสริมสุขภาพ 5. ความมอบหมายหน่วยงานใด หน่วยงานหนึ่ง เป็นผู้ประสานงานรวบรวมผลงาน และประมวลผลงานในภาพรวม	1. ผู้นำองค์กรมีนโยบายชัดเจน 2. สนับสนุนทุกกิจกรรมที่เป็นการสร้างเสริมสุขภาพ 3. ผู้ปฏิบัติเข้าใจภารกิจ และมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ 4. การมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายในทุกกิจกรรม 5. มีหน่วยงานกลางเป็นผู้ประสานงาน และรวบรวมผลงานในภาพรวม
EXP		ขอข้อมูลเพิ่มเติม	
EXT		ขอข้อมูลเพิ่มเติม	
INT		ขอข้อมูลเพิ่มเติม	

ตารางที่ 2-9 แสดงข้อมูลรวมโรงพยาบาลกลุ่ม B คัดเลือกเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้อง

โรงพยาบาล	CODE	Summary
B1	ACT	ACT (กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ) SB.ST (Service based ในผู้ปฏิบัติงาน) 1. การดูแลสิ่งแวดล้อม (การกำจัดของเสีย น้ำเสีย , ความปลอดภัย และอาชีวอนามัย) -2 2. การดูแลสุขภาพของผู้ปฏิบัติงาน (การตรวจสุขภาพประจำปี , กิจกรรมกลุ่มเสี่ยงสูง เช่น High Cholesterol , การติด UV light ใน ICU) -1 3. Empower โดยให้ความรู้ UP (ปัญหาสุขภาพบุคลากรกังวล เรื่อง วัณโรค PB.OPD (Program based ในผู้ป่วยที่ OPD) 1. จัดโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ เช่น ค่ายเบาหวาน , ค่ายโรคหอบในเด็ก , กลุ่มผู้ป่วยโรคไต -16 2. การสอน (Individual teaching , group teaching) 3. บริการตรวจสุขภาพ (Check up) และ Vaccine -17 4. มีการประเมินผล โดย KAP ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน (เปลี่ยน Life style) -25 5. ทำคู่มือเผยแพร่โรคเบาหวาน -22 SB.OPD (Service based ในผู้ป่วย OPD) 1. Continuity Care Clinic เพิ่มวัน เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กได้รับบริการ -19 2. การพัฒนากลุ่มเด็กพิเศษ (Autistic) มีทีมสหสาขา มีการทำ Group therapy ในเด็ก และผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรม -20 3. Empower ผู้ป่วยเบาหวาน -7 PB.IPD (Program based ในผู้ป่วย IPD) 1. การดูแลด้านจิตใจ (Psychosocial round, play therapy ในขณะที่ผู้ป่วย Admit โดยสหสาขา , End of life care เพื่อเตรียมผู้ป่วยในการเผชิญหน้ากับการเสียชีวิต) -9 2. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และผู้ปกครอง สำหรับโรคหัวใจ และการผ่าตัด -11 SB.COM (Service based ในชุมชน) -21 1. การกำจัดขยะมีการขยายผลไปสู่ชุมชน เช่น ขยะ Recycle 1. PCT มี Home visit โดยแพทย์ และพยาบาล 2. Community based care 3. การวางแผนจำหน่ายเชื่อมโยงกับชุมชน -14

ตารางที่ 2-9 แสดงข้อมูลรวมโรงพยาบาลกลุ่ม B คัดเลือกเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้อง

โรงพยาบาล	CODE	Summary
B1	ACT	AB.IPD (Program based ในผู้ป่วย IPD) 1. โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเรื้อรัง ตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคไต ผู้ป่วยเลือด -12 2. โครงการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และผู้ป่วยโรคหัวใจ -11 3. โครงการพัฒนาเด็กกลุ่มพิเศษ (Autistic) -20 4. โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กหอบหืด และครอบครัว -16
B2	ACT	ACT (กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ) SB.OPD (Service based ในผู้ป่วย OPD) 1. ให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน โดยการสัมมนา -21 2. ตั้งชมรมเฉพาะโรค เช่น เบาหวาน , การควบคุมน้ำหนักเพื่อให้เกิดความร่วมมือที่ดีระหว่างทีมผู้รักษา , มีการดูแลครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ และติดตามประเมินผล -16 3. งานบริการในคลินิก ANC , Well baby clinic , Wellness clinic เพื่อเสริมสร้างสุขภาพ -17 4. การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย /ญาติ ในกิจกรรมของชมรม เช่น เบาหวาน คุ้มนาร่วมวางแผนดูแลเด็กมีปัญหา -25 SB.ST (Service based ในผู้ปฏิบัติงาน) 1. การตรวจสุขภาพก่อนทำงาน และประจำปี -1 2. การป้องกันความเสี่ยงในการทำงาน เช่น การแยกขยะ , การป้องกันตนเอง -2 3. การตั้งชมรม เช่น Aerobic , ลีลาศ , กีฬา -3 4. การปฐมนิเทศ มีหลักสูตร การสร้างเสริมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงาน 5. การมีส่วนร่วมของบุคลากร -3 6. การให้ Vaccine ในบุคลากรกลุ่มเสี่ยง -2 7. การสัมมนาในบุคลากร SB.IPD (Service based ในผู้ป่วย IPC) 1. Self care เพื่อการดูแลตนเอง และป้องกันการเป็นซ้ำ -7 2. การรับรู้ข้อมูล โดยการประเมินเป็นรายบุคคล -10

ตารางที่ 2-9 แสดงข้อมูลรวมโรงพยาบาลกลุ่ม B คัดเลือกเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้อง

โรงพยาบาล	CODE	Summary
B2	ACT	PB.COM (Program based ในชุมชน) 1. การจัดการสัมมนา ร่วมกับกรมสุขภาพจิต และโรงเรียนสาธิต 2. การคัดกรองผู้ป่วย Thalassemia ในชุมชน -21 3. ชุมชนสัมพันธ์ กับสวนหลวง ร.9 4. School visit ในเด็กที่มีปัญหาการเรียน เน้นการดูแลปัญหาด้านจิตใจ สังคม โดยทำเป็นศูนย์ให้บริการครบวงจร -18 5. การทำงานเป็นทีมในการดูแลปัญหาเด็ก และมีการเชื่อมโยงไปถึงโรงเรียนด้วย -18
B3p	ACT	ACT (กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ) SB.OPD (Service based ในผู้ป่วยOPD) 1. การให้สุขศึกษาหญิงตั้งครรภ์เป็นรายกลุ่ม -18 2. ภายหลังการ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ จัดกลุ่มที่สนใจในโครงการคลอดธรรมชาติ -18 3. การตรวจคัดกรองในหญิงวัยทอง และให้ความรู้ เรื่อง การออกกำลังกาย การคลายเครียด -19 SB.IPD (Service based ในผู้ป่วยIPD) 1. DM - Supporting group -12 2. การออกกำลังกาย : โยคะ เจ้าหน้าที่ร่วมกับญาติ 3. ออกกำลังกายบนเตียง เพื่อยืดกล้ามเนื้อ รำกระบอง เพื่อป้องกันข้อติด -8 SB.COM (Service based ในชุมชน) 1. ตรวจสุขภาพกลุ่มประกันสังคม -17 2. กิจกรรมอาชีวอนามัย โรงแรม โรงโมหิน เรือนจำ -22 3. สสำรวจพฤติกรรม เพื่อไม่ให้เจ็บป่วย โดยการตั้งเป็นชมรมต่างๆ เช่น แอโรบิก,จักรยาน , ฟุตบอล , วิ่ง , จริยธรรม -25 SB.ST (Service based ในผู้ปฏิบัติงาน) 1. สร้างระบบงานที่ดี มีความปลอดภัย Healthy Workplace -6 2. ลดปัจจัยเสี่ยง เช่น งดสูบบุหรี่ และขยายผลต่างๆ ไปในชุมชน และผู้ประกันตน -5 3. ตรวจสุขภาพ และอาชีวอนามัยเจ้าหน้าที่ทั่วไป และเฉพาะกลุ่ม -12 4. ปัญหา : แพทย์ ไม่เข้ามาอบรม 86% เจ้าหน้าที่ยังไม่ออกกำลังกาย เนื่องจาก ขาดสถานที่ และนโยบาย -13 5. มีตัวแทน PCT ในกรรมการ HPH

ตารางที่ 2-9 แสดงข้อมูลรวมโรงพยาบาลกลุ่ม B คัดเลือกเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้อง

โรงพยาบาล	CODE	Summary
B3p	ACT	6. มินิโบบาย HP และเข็มมุ่งสำหรับเจ้าหน้าที่ PB.COM (Program based ในชุมชน) 1. โครงการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียน -23 2. การอบรมนักเรียน สารเสพติด / เพศสัมพันธ์ -24
B4p	ACT	ACT (กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ) SB.COM (Service based ในชุมชน) 1. การกำจัดขยะมีการขายผลไปสู่ชุมชน เช่น ชยะ Recycle -26 SB.IPD (Service based ในผู้ป่วย IPD) 1. การปฏิบัติและการดูแลตนเอง ระหว่างอยู่โรงพยาบาล -7 2. การมีพยาบาลเจ้าของไข้ แนะนำสถานที่ ข้อมูลเกี่ยวกับโรค -8 3. การจัด ENV ปลอดภัย / ญาติ -24 4. การสวดมนต์ก่อนนอน -9 5. การมีส่วนร่วมในการรักษาให้ญาติ มีส่วนร่วมในการดูแล -10 6. การทำ D/C Plan 7. การสอนสุขศึกษาผู้ป่วย DM แนะนำเรื่องอาหารที่เป็นรูปธรรม การใช้ยา การป้องกัน Hypo ทำให้ลดปัญหาของการ Re - Admit และมีการติดตามเยี่ยมโดยทีม HHC และ IPD -12 SB.OPD (Service based ในผู้ป่วย OPD) 1. ทีม ENV จัดสิ่งแวดล้อมสวยงาม ส่งเสริมการเรียนรู้ 2. PCU มีที่พักญาติ มีเอกสารแจก -25 3. HP ใน OPD เป็น Evidence 4. Group Counselling ในผู้ป่วย DM FBS 200 mg % เพื่อปรับพฤติกรรม -16 5. ANC มีการ Pre - counselling -18 6. การส่งเสริมสุขภาพ - การให้สุขศึกษา -19 - การให้ Vaccine - การตรวจสุขภาพ -17

ตารางที่ 2-9 แสดงข้อมูลรวมโรงพยาบาลกลุ่ม B คัดเลือกเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้อง

โรงพยาบาล	CODE	Summary
B4p	ACT	SB.ST (Service based ในผู้ปฏิบัติงาน) 1. การตรวจสอบสภาพพนักงาน และในกลุ่มเสี่ยง MMR , หญิงวัยเจริญพันธุ์ -1 2. การตั้งชมรมเพื่อสุขภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างความตระหนักในเรื่อง สุขภาพและมีการประเมินผล -3 3. นโยบายโรงพยาบาลทุกคนต้องเป็นสมาชิกอย่างน้อย 1 ชมรม -4
B5p	ACT	ACT (กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ) PB.Com (Program based ในชุมชน) 1. กิจกรรมลดการเกิดอุบัติเหตุ โดยมีโครงการเปิดไฟให้หมวกร่วมกับตำรวจ -22 2. ออกกำลังกาย 4 ภาค 3. การออกกำลังกายในผู้ป่วย DM -12 4. มีข้อมูลสุขภาพที่พบบ่อย แต่ยังไม่มีมีการวิเคราะห์ 5. เชื่อมโยงนโยบายในชุมชน คือ ประชาคม ใจเลือกออก ยาเสพติด -23 6. เชื่อมโยงข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพ (สถิติโรคที่พบบ่อย) กลับไปชุมชนเพื่อพัฒนา SB.IPD (Service base ในผู้ป่วย IPD) 1. Self Care เช่นการแนะนำผู้ป่วยในเรื่อง การดูแลตนเองขณะอยู่ในโรงพยาบาล -7 2. การแนะนำการเตรียมจำหน่าย -14a (ดู B5p-14a ในเอกสารหมายเลข 48/7) 3. ทีมเวชปฏิบัติเยี่ยมผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย 5 กลุ่ม เพื่อติดตามดูแลผู้ป่วย SB.OPD (Service based ในผู้ป่วย OPD) 1. การสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วย DM โดย - การติดตามผลเลือด (FBS) 2. ปรับพฤติกรรม เลือกรับประทานเครื่องดื่มที่มีประโยชน์ / อาหารที่เหมาะสม -25 3. Group Counselling / แลกเปลี่ยน -16 4. กิจกรรมออกกำลังกายผู้ป่วย -19 5. สุขศึกษา โดย VDO SB.ST (Service based ในผู้ปฏิบัติงาน) 1. การตรวจสอบสภาพเจ้าหน้าที่ -1 2. IC เรื่องการป้องกันบุคลากร -2

ตารางที่ 2-9 แสดงข้อมูลรวมโรงพยาบาลกลุ่ม B คัดเลือกเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้อง

โรงพยาบาล	CODE	Summary
B5p	ACT	3. ตรวจ Hep B ทุกคน ถ้า Positive ฉีด Vaccine 4. มีทีม 5 ศ , ความเสี่ยง
B6	ACT	ACT (กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ) SB.COM (Service based ในชุมชน) 1. การเยี่ยมติดตามหลัง Discharge ทุก Case -14 2. การให้บริการตรวจสุขภาพประจำปี Case ประกันสังคมในโรงงาน โดยมี Mobile X-ray -22 3. ตรวจสุขภาพผู้สูงอายุในโครงการ "เทศบาลพบประชาชน" - 23 4. การตามเยี่ยม Case TB SB.OPD (Service based ในผู้ป่วย OPD) 1. การให้คำแนะนำแก่แม่ฝากครรภ์ (Breast feeder) การดูแลสะดือ , การสอนอาบน้ำ ANC -18 2. การจัดสัมมนา / สุขศึกษา เกี่ยวกับสุขภาพ ทั้งรายกลุ่ม และบุคคล -19 3. การส่งเสริมสุขภาพเด็ก (นมแม่ , EPI / วัคซีน) 4. แจกแผ่นพับ -15 5. การประสานงาน HHC 6. การป้องกันอุบัติเหตุในเด็ก 7. การ Screening -17 8. การติดตามกลุ่มที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพ PB.OPD (Program based ในผู้ป่วย OPD) 1. โครงการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน , มะเร็ง -16 2. โครงการรณรงค์การสร้างเสริมสุขภาพปีละครั้ง 3. โครงการ Dot ที่ร่วมมือกับศูนย์วัณโรค PB.ST (Program based ในผู้ปฏิบัติงาน)

ตารางที่ 2-9 แสดงข้อมูลรวมโรงพยาบาลกลุ่ม B คัดเลือกเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้อง

โรงพยาบาล	CODE	Summary
B6	ACT	1. ชมรมสร้างเสริมสุขภาพพนักงาน (7 ชมรม) - 3 2. การตรวจสุขภาพประจำปีของพนักงาน และลดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ (การตรวจเฉพาะกลุ่มพนักงาน) -1 3. จัดกิจกรรมท่องเที่ยว 4. การป้องกันตัวเอง โดยใช้หลัก UP -2 5. Vaccine ราคาคืนทุนให้กับพนักงาน -2 6. มีแพทย์เฉพาะทางด้านอาชีวอนามัย -3
B7	ACT	ACT (กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ) SB.COM (Service based ในชุมชน) 1. PCU ดันแบบที่มีบทบาททาง HP -20 SB.IPD (Service based ในผู้ป่วย IPD) 1. ทำ CQI การสอน พุฒยกับผู้ป่วยรายกลุ่ม 2. การดูแลลูก , การอาบน้ำเด็ก , การประเมินตนเองของมารดา 3. การดูแลตัวที่บ้าน มีการทำ D/C Plan คือ -7 - การสังเกตอาการ - การเช็ดตัวลดไข้ - การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ - มีแผนพบการดูแล - Gastrostomy สอนการทำแผล 4. แผนกเด็กมี Play Program เพื่อพัฒนาการของเด็ก ลดความเครียด มีของเล่นให้เด็กอยู่คนเดียว -13 SB.OPD (Service based ในผู้ป่วย OPD) 1. HE การดูแลตนเองของหญิงมีครรภ์ และนมแม่โดย VDO Class ละ 5 - 10 คน -18 2. การชงนม วัดส่วนสูงของเด็ก เพื่อดูภาวะโภชนาการ 3. สอนการดูแลเด็กท้องเสีย , โรค DHF 4. การคัดกรอง DM ในหญิงตั้งครรภ์ และการขาดเหล็ก , Down Syndrom -18

ตารางที่ 2-9 แสดงข้อมูลรวมโรงพยาบาลกลุ่ม B คัดเลือกเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้อง

โรงพยาบาล	CODE	Summary
B7	ACT	PB.COM (Program bases ในชุมชน) 1. โครงการส่งเสริม ป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัน ในกลุ่มนักศึกษาใน Campus -23 2. โครงการ 30 บาท สัญจร SB.ST (Service based ในผู้ปฏิบัติงาน) 1. การวัดสมรรถภาพบุคลากร 2. มี Fitness Center ให้บริการฟรี -24 3. การตรวจร่างกายประจำปี และการตรวจเฉพาะเรื่องในกลุ่มเป้าหมาย ตามความสมัครใจ -1 4. มีการให้ Vaccine ในราคาต้นทุน -2 PB.ST (Program based ในผู้ปฏิบัติงาน) 1. การท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์ -3 2. กีฬาประจำปี -3
B8p	ACT	ACT (กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ) SB.ST (Service based ในผู้ปฏิบัติงาน) 1. การตรวจสุขภาพพนักงาน ผ่าน 60% -1 2. การสำรวจ ENV ในที่ทำงาน มีการพัฒนากลุ่มเสี่ยง -2 PB.ST (Program based ในผู้ปฏิบัติงาน) 1. โครงการนพรัตน์หัวใจดี -3 SB.OPD (Service based ในผู้ป่วย OPD) 1. การคัดกรองผู้ป่วย พบ High Risk ส่งแพทย์ดูแล 2. การให้สุขศึกษารายบุคคล ในกลุ่มเป้าหมาย เช่น หญิงตั้งครรภ์ -18 3. การประสานร่วมกับครอบครัว เช่น ในคลินิก ANC -18 PB.IPD (Program based ในผู้ป่วย IPD) 1. โครงการวิจัย การเปลี่ยนข้อเข่า มีการทำงานเป็นระบบในการนัด ให้คำแนะนำ และติดตามคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัด -11

ตารางที่ 2-9 แสดงข้อมูลรวมโรงพยาบาลกลุ่ม B คัดเลือกเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้อง

โรงพยาบาล	CODE	Summary
B8p	ACT	SB.IPD (Service based ในผู้ป่วย IPD) 1. กลุ่มเป้าหมายคือผู้ป่วยเรื้อรัง -12 2. การให้ HE ต่อผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม -10 3. มีการส่งต่อผู้ป่วย HHC เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง -14 4. เปิดโอกาสให้มีการโทรศัพท์เข้ามา -15 SB.COM (Service based ในชุมชน) 1. มีการเยี่ยมชมชุมชน แต่ยังไม่ทำได้น้อยกว่า 25% 2. มีการนำชาวบ้านมามีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพของชุมชน -23
B1	CD	CD (Concept and Definition) 1. การสอน 2. การป้องกันตนเองให้มีสุขภาพ โดยเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น Life style การออกกำลังกาย 3. สุขภาพดี คุณภาพชีวิต การดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ
B2	CD	ไม่มีข้อมูล
B3p	CD	CD (Concept and Definition) 1. Self help group ในผู้ป่วยนี้ว่า ไทรอยด์ มะเร็ง 2. นามธรรม จีบต้องยาก จะวัดอย่างไร 3. สุขภาพเป็นหน้าที่ของเรา 4. HP เป็นกิจวัตรประจำ สามารถจัดทำเองได้ 1. กระบวนการเสริมพลังอำนาจ (empowerment) ให้กับบุคลากรกลุ่มเป้าหมายในการจัดการกับภาวะสุขภาพของตนเอง -25 2. การควบคุมสิ่งแวดล้อม เพื่อให้บุคลากรกลุ่มเป้าหมาย มีความสามารถจัดการกับสภาวะสุขภาพ -24 3. การมีส่วนร่วม คิด ทำ และเรียนรู้ โดยมีผลลัพธ์ตามความต้องการและพึงประสงค์
B4p	CD	CD (Concept and Definition) 1. ? เป็น Def ของ HA ไม่มี HPH

ตารางที่ 2-9 แสดงข้อมูลรวมโรงพยาบาลกลุ่ม B คัดเลือกเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้อง

โรงพยาบาล	CODE	Summary
B4p	CD	1. การดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ 2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3. การมีความรู้และความเข้าใจในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน 4. การส่งเสริมพฤติกรรม สิ่งแวดล้อม ให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรง
B5p	CD	กิจกรรมใดๆ ที่ส่งเสริมให้สุขภาพของมนุษย์ดีขึ้นกว่าเดิม
B6	CD	1. การส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดี 2. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี
B7	CD	CD (Concept and Definition) 1. HP Focus ผู้ป่วย / ญาติ , บุคลากร , ชุมชน , นักศึกษาใน Campus 2. สุขภาพดี 3. คนป่วยต้องไม่ Progress ของโรค 4. ป้องกันคนดีไม่ให้ป่วย 5. ประชาชนของ Campus สุขภาพดี โดยจัดกิจกรรมให้เหมาะกับวิถีชีวิตเขา 1. ช่วยเหลือบุคลากรกลุ่มเป้าหมาย ปรับเปลี่ยนสุขภาพให้กับตนเอง 2. สร้างเสริมสุขภาพะทางกาย จิต สังคม 3. สนับสนุนพฤติกรรมที่จะนำไปสู่ภาวะสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิต
B8p	CD	CD (Concept and Definition) 1. โรงพยาบาลปลอดบุหรี่ 2. เน้นทุกคนเป็นแบบอย่างของสุขภาพ 1. การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้บุคลากรกลุ่มเป้าหมายดูแลสุขภาพตนเอง 2. การจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ -24
B1	EXP	EXP (Expectation) 1. กำหนดในพันธกิจ -55 2. HP ในบุคลากรน่าจะลดการรักษา 3. แนวคิดดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ควรใช้ PCU เป็นพื้นฐาน 4. การติดตาม ควรนัดให้ห่าง เพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้

ตารางที่ 2-9 แสดงข้อมูลรวมโรงพยาบาลกลุ่ม B คัดเลือกเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้อง

โรงพยาบาล	CODE	Summary
B1	EXP	5. ในอนาคต ทำการวิจัย "Educational module แบบวิถีไทย" 6. ไม่มี Incentive ไม่ทำสายโรงเรียนแพทย์ บทบาทชุมชนไม่ชัดเจน 7. คนสนใจใน Biomedical Research 8. ขาดผู้นำไปวิเคราะห์ และการเชื่อมโยงการประสานติดตาม 9. การตรวจสอบสุขภาพ ขาดการมองกลุ่มเสี่ยง 10. บทบาทโรงเรียนแพทย์กับ HP ที่ชัดเจน -57 11. แพทย์มี Leading role ในด้านการรักษา -58 1. การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพ ได้มาตรฐาน 2. เน้นการให้กลุ่มเป้าหมายมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองได้ ตามมาตรฐาน
B2	EXP	ไม่มีข้อมูล
B3p	EXP	1. ความสมดุลย์ในการให้บริการด้านการรักษา ฟันฟู ป้องกัน และสร้างเสริมสุขภาพ 2. การให้บริการแบบองค์รวม (Holistic) 3. การดูแลอย่างต่อเนื่อง 4. Role Model ด้านบุคลากร , สิ่งแวดล้อม -56 5. การเรียนรู้
B4p	EXP	1. ทำงานเชิงรุกในการเข้าถึงประชาชน 2. Role Model ให้กับชุมชน 3. ดูแลคนดีไม่ให้ป่วย 4. ประชาชนมีส่วนร่วมต่อการสร้างเสริมสุขภาพ 5. เชื่อมโยงเข้าไปดูแลคนดี ไม่ให้ป่วย 6. ผู้นำ / ผู้บริหาร เข้าใจในการสร้างเสริมสุขภาพ -57 7. ดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามนโยบายที่กำหนด
B5p	EXP	EXP (Expectation) 1. อยากให้อสม ร่วมกิจกรรม 5 ส 1. มีวัฒนธรรมในการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มเป้าหมาย 2. Role model ในการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของผู้รับบริการชุมชน -56

ตารางที่ 2-9 แสดงข้อมูลรวมโรงพยาบาลกลุ่ม B คัดเลือกเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้อง

โรงพยาบาล	CODE	Summary
B6	EXP	EXP (Expectation) 1. บุคลากรเสริมทีมให้ทำได้ตามที่ผู้รับบริการคาดหวัง 2. Baby friendly Hospital 1. มีนโยบายชัดเจนด้านการสร้างเสริมสุขภาพ -46 2. มีทรัพยากรสนับสนุนในการดำเนินงาน -48 3. มีความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน
B7	EXP	EXP (Expectation) 1. HP ของแพทย์ 2. บทบาทของมหาวิทยาลัยที่จะเป็นแหล่งที่ศึกษาได้ทุกอย่าง 3. โครงสร้างองค์กรที่เกี่ยวกับ HP 1. สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ 2. มีการส่งเสริมสุขภาพบุคลากร ผู้รับบริการ ญาติ ชุมชน
B8p	EXP	EXP (Expectation) 1. Attitude ยังไม่ดี -39 2. Morale ดีขึ้น หลังการผ่านการรับรอง 3. Image ของโรงพยาบาลดีขึ้น 1. การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้ครอบคลุมทั้งผู้ป่วย / ไม่ป่วย 2. Role model -56 3. การเรียนรู้
B1	LINK	LINK (Link to HA) 1. HA ทำให้ HP ให้บุคลากรเกิดขึ้นได้อย่างเป็นระบบ -26 2. HA ช่วยทำให้การสื่อสาร / การประสานงานกับหน่วยอื่นๆ ดีขึ้น 3. HA ทำให้ผู้ปฏิบัติงานที่ HP ในการทำงานเป็นวัฒนธรรม -28

ตารางที่ 2-9 แสดงข้อมูลรวมโรงพยาบาลกลุ่ม B คัดเลือกเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้อง

โรงพยาบาล	CODE	Summary
B2	LINK	LINK (LINK of HA) 1. HA มีการทำงานเป็นระบบ มีฐานที่ดี ทีมดี -26 2. HP มีการ LINK HA และนำลงไปสู่งานประจำ -28 3. มี Team work -27 4. วัด Out come จากการติดตาม PDCA และใช้ Indicator สะท้อนกลับ เช่น HbA 1c ในการติดตามผู้ป่วยเบาหวาน เป็นต้น 5. ความผิดพลาด มีการวิเคราะห์หาสาเหตุ RCA 6. มีระบบมาตรฐานสิ่งแวดล้อม เช่น การบำบัดน้ำเสีย, การจัดเก็บขยะ
B3p	LINK	LINK (Link to HA) 1. การทำงานเป็นทีม -27 2. การวางระบบงานจาก HA ช่วยต่อยอดงานของ HPH ได้แก่ HPH ตัวชี้วัดวัดยาก -26 3. CPG ทำให้มีความต่อเนื่องได้ และเพิ่มเรื่อง HP ได้เลย -29 4. HA ทำให้วัฒนธรรมองค์กรเปลี่ยน การประเมินทำให้เจ้าหน้าที่ทำงานเป็นระบบ -28 5. HPH เสริมคุณค่า HA ขึ้น
B4p	LINK	ไม่มีข้อมูล
B5p	LINK	LINK (Link to HA) 1. ไม่เห็นความเชื่อมโยง -29 2. ส่วนที่เกี่ยวข้อง คือ การตรวจสอบภาพเจ้าหน้าที่ 3. ไม่มี HP ปรากฏในเข็มมุ่ง แต่มีปรากฏในยุทธศาสตร์ 4. HA ช่วย HP เป็นงานประจำ เช่น กินข้าวกล้อง งดน้ำชา / กาแฟ 5. HA ทำให้ทีมเวชปฏิบัติพัฒนาคุณภาพ 6. มีการประสานงานกัน 7. ENV - (น้ำเสีย , ขยะ , ขยะติดเชื้อ) มีการจัดการก่อนสู่ชุมชน -24 8. RISK (จุดสำนึกเรื่องความปลอดภัย , การป้องกัน) 9. สภาพแวดล้อม
B6	LINK	LINK (Link to HA) 1. HA เสริม HP ในโรงพยาบาลที่มีอยู่ให้ดีขึ้น เช่น ENV มาดูแลด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ปฏิบัติงาน

ตารางที่ 2-9 แสดงข้อมูลรวมโรงพยาบาลกลุ่ม B คัดเลือกเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้อง

โรงพยาบาล	CODE	Summary
B6	LINK	2. HA : มาตรฐาน Discharge Planning 3. IC 4. มี HHC ดูแลติดตามผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน 5. มีการนำดัชนีชี้วัดมาเป็นตัวสะท้อนกลับผลงาน 6. Guideline ในการดูแลรักษาผู้ป่วย (HA)
B7	LINK	LINK (Link to HA) 1. HP ไม่เกี่ยวกับ HA -29 2. โรงพยาบาลทำคุณภาพมาก่อนแล้ว จนกระทั่ง HA มาประเมิน 3. HA , HP คือ การประเมิน 4. กรอบ HA ช่วยให้เราประเมินตนเองได้อย่างเป็นระบบ เช่น ENV, IC 5. HA เสริมงานเดิมให้ดีขึ้น ง่ายขึ้น
B8p	LINK	LINK (Link to HA) 1. HA มีการทำงานเป็นระบบ / การทำงานเป็นทีม PCT -26 2. มีเป้าหมายในการทำงาน 3. มีการประเมิน Out come 4. ทำภารกิจสอดคล้องกับงานประจำ -28 5. มี CQI พัฒนาระบบให้ดีขึ้น

ตารางที่ 2-9 แสดงข้อมูลรวมโรงพยาบาลกลุ่ม B คัดเลือกเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้อง

โรงพยาบาล	CODE	Summary
B1	PRO	PRO 1. บทบาทด้านการดูแลชุมชนไม่ชัดเจน -42 2. ลักษณะงานไม่ท้าทาย โรงเรียนแพทย์ เห็นผลไม่ชัดเจน -43 3. แพทย์ส่วนมากให้ความสำคัญกับ Biomedical research 4. ขาดผู้นำผลการตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่ไปวิเคราะห์ ขาดระบบเชื่อมโยง ประสานและติดตาม 5. การตรวจสุขภาพยังทำแบบทั่วไป ขาดการมองกลุ่มเสี่ยง 6. โรงเรียนแพทย์ กับการกำหนดบทบาท HP ยังไม่ชัดเจน 7. Communication Failure -44 8. Hidden Agen : การส่งต่อระบบให้สำนักอนามัย งบประมาณควรให้ตามประชากรจริง 9. การมองปัญหายังยึดติดอยู่แบบเดิมๆ -40 1. การยึดติดในรูปแบบกิจกรรม 2. ทศนคติด้านลบ เช่น งานส่งเสริมทำหน้าที่ -39
B2	PRO	PRO 1. พนักงานตรวจไม่ครบ เช่น Pep smear 2. ข้อมูลสุขภาพ ยังไม่ได้รวบรวมเป็นระบบ
B3p	PRO	PRO 1. นโยบายจากกระทรวง ต้องการ Key - Man ในการเชื่อมโยงนโยบายเข้าสู่งานประจำ -32 2. การ Integrate เข้ากับสาธารณสุข ระหว่างประเทศ 3 . เจ้าหน้าที่ไม่กล้าออกกำลังกาย / ภาระงานเยอะ 4 . เงินทุนในการจัดทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น ทำฟิตเนสสำหรับผู้สูงอายุ -35 5 . ยังไม่สามารถเข้าไปจัดการร้านอาหารบริเวณรอบโรงพยาบาลให้มีสุขภาพอาหารที่สะอาดได้ 6. หาดูชีวิตยาก -33

ตารางที่ 2-9 แสดงข้อมูลรวมโรงพยาบาลกลุ่ม B คัดเลือกเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้อง

โรงพยาบาล	CODE	Summary
B3p	PRO	1. นโยบายไม่ชัดเจน และไม่มีการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง -30 2. ระบบบริการที่เป็นการรักษา มากกว่าป้องกันฟื้นฟู -41 3. ภาระงานมาก -38 4. ตัวชี้วัดไม่ชัดเจน มีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง -33 5. ขาดการเชื่อมโยงของระบบข้อมูล
B4p	PRO	1. ขาดความตระหนักของบุคลากร -39 2. ขาดปัจจัยสนับสนุน -35 3. ไม่มีการทำงานอย่างต่อเนื่อง -34 4. ผลงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ ต้องอาศัยระยะเวลาก่อนข้างนาน
B5p	PRO	PRO 1. นโยบายการประสานงาน CUP 2. การสนับสนุน เอกสาร , งบประมาณ 1. ผู้นำไม่เห็นด้วย -31 2. ขาดการบริหารงานแบบมีส่วนร่วม -33 3. นโยบาย เป้าหมายไม่ชัดเจน -30 4. เจ้าหน้าที่ไม่ตระหนักในการสร้างเสริมสุขภาพ -39 5. ความเครียดของบุคลากร
B6	PRO	PRO 1. ภาระงานประจำ -38 2. นโยบายสนับสนุนที่ชัดเจน -30 3. Resource : เงิน -35 4. กลุ่มสนับสนุน 5. สถานที่เอื้ออำนวย เช่น ในสถานที่ทำงาน มีสถานที่เอื้ออำนวยแม่ Pump นมได้ 6. เด็กก้าวร้าวจากการเลี้ยงดู

ตารางที่ 2-9 แสดงข้อมูลรวมโรงพยาบาลกลุ่ม B คัดเลือกเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้อง

โรงพยาบาล	CODE	Summary
B6	PRO	1. ขาดเงินทุนสนับสนุน -35 2. อัตราค่าล้าง 3. เครื่องมือ / วัสดุอุปกรณ์ 4. ระบบ IT ยังไม่พัฒนาเท่าที่ควร
B7	PRO	PRO 1. การประสานงาน เช่น นักศึกษาในคณะ -32 2. การรณรงค์หมวกกันน็อกในมหาวิทยาลัย 3. การเลือกสถานบริการ เกี่ยวข้องกับนโยบายระดับประเทศ 4. การสื่อสาร : ชุมชนมุสลิมพูดภาษาไทยไม่ได้ 5. ระบบ UC Area ไม่ชัดเจน 6. ตัวชี้วัดของแต่ละงาน (ต้องหา , เก็บจากเอกสาร) -33 7. เครื่องบำบัดน้ำเสียทำงานหนัก 8. แพทย์ไม่สนใจการออกกำลังกาย -37 ขาดความร่วมมือในองค์กร โดยเฉพาะแพทย์ -36
B8p	PRO	PRO 1. Customer Demand Increase - Pressure 2. บุคลากรอยู่ในระหว่างการ Train 3. ความเครียด เกรงว่าจะไม่ผ่านการประเมิน 1. นโยบายไม่ชัดเจน -30 2. ผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญในการสร้างสุขภาพ -31 3. Role conflict ของโรงพยาบาล -45 4. จำนวนพื้นที่ชุมชนที่รับผิดชอบกว้าง ทำให้ความครอบคลุม 5. ขาดอุปกรณ์สนับสนุนการทำงานเชิงรุก -35
B1	MISC	MISC (Miscellaneous) 1. HP ควรจะมีอยู่ในหลักสูตรการเรียนการสอน ในคณะแพทย์ 2. การกำหนดบทบาทโรงเรียนแพทย์ที่ชัดเจน HP ควรคู่ไปกับการรักษา -57

ตารางที่ 2-9 แสดงข้อมูลรวมโรงพยาบาลกลุ่ม B คัดเลือกเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้อง

โรงพยาบาล	CODE	Summary
B2	MISC	ไม่มีข้อมูล
B3p	MISC	MISC (Miscellaneous) - กำลังขอการประเมิน HPH
B4p	MISC	ไม่มีข้อมูล
B5p	MISC	ไม่มีข้อมูล
B6	MISC	MISC 1. เข้าโครงการ "โรงงานสีขาว" -26 2. การผ่าตัดคลอดสูงขึ้น 3. ยังไม่มีการเชื่อมต่อข้อมูลไปยังภาครัฐ เพื่อใช้ประโยชน์ในการสร้างเสริมสุขภาพ 4. บทบาทของแพทย์ในงาน HP 5. การประเมินผลงาน HHC 6. การส่งเสริมครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
B7	MISC	MISC 1. Team PCU ได้รับการ support มีการอบรมทีมงานก่อนลงปฏิบัติงาน
B8p	MISC	MISC (Miscellaneous) 1. Tertiary care -57 2. เน้นบุคลากรเป็นแบบอย่าง -56 3. Holistic care, Self help, ระบบ Refer
B1	ROLE	ไม่มีข้อมูล
B2	ROLE	ไม่มีข้อมูล
B3p	ROLE	ไม่มีข้อมูล
B4p	ROLE	ไม่มีข้อมูล
B5	ROLE	ไม่มีข้อมูล
B6	ROLE	ไม่มีข้อมูล

ตารางที่ 2-9 แสดงข้อมูลรวมโรงพยาบาลกลุ่ม B คัดเลือกเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้อง

โรงพยาบาล	CODE	Summary
B7	ROLE	ROLE 1. มี Concept HP ในด้านการดูแลผู้ป่วย บุคลากรและกุมาร 2. บทบาทอาจแตกต่างจากโรงพยาบาลชุมชน -57 3. การดูแลแบบองค์รวม
B8p	ROLE	ไม่มีข้อมูล
B1	FAC	1. ผู้นำให้ความสำคัญ และผู้ปฏิบัติมีจิตสำนึก และตระหนักในการสร้างเสริมสุขภาพ -47 2. มีรูปธรรมของกิจกรรมเป็นตัวอย่างชัดเจน 3. มีการจัดสรรทรัพยากรสนับสนุนอย่างเพียงพอ -48 4. ส่งเสริมการมีส่วนร่วม -50 5. การทำงานเป็นทีม -51 6. มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง -52 7. นำเข้าสู่งานประจำ -53
B2	FAC	ไม่มีข้อมูล
B3p	FAC	1. ความมุ่งมั่น มินโยบายชัดเจน , การสนับสนุน , ยุทธศาสตร์ , เข้มแข็ง , กลยุทธ์ , แผนปฏิบัติการ , ติดตามประเมินผล -46 2. บุคลากรเข้าใจ และทุ่มเทการทำงาน -54 3. ประเมินศักยภาพตนเอง ตามความเป็นจริง 4. มีการเชื่อมโยง / ร่วมมือกับองค์กรอื่นๆ -50
B4p	FAC	1. นโยบายเชิงรุก และทุกคนปฏิบัติตาม -46 2. สามัคคี ทำงานเป็นทีม -51 3. องค์ความรู้ด้านส่งเสริมสุขภาพ 4. เจ้าหน้าที่ให้ความร่วมมือ -50 5. สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ 6. บุคลากรมีทัศนคติที่ดี -54

ตารางที่ 2-9 แสดงข้อมูลรวมโรงพยาบาลกลุ่ม B คัดเลือกเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้อง

โรงพยาบาล	CODE	Summary
B5p	FAC	1. ทีมนำ/ผู้นำ มีทัศนคติที่ดีต่องานสร้างเสริมสุขภาพ -47 2. มินโยบายเป้าหมายชัดเจน -46 3. มีกลยุทธ์ในการสร้างความตื่นตัวด้านสร้างสุขภาพ 4. มีเครือข่ายในการเรียนรู้ที่ดี / เป้าหมายร่วมกัน
B6	FAC	1. เสริมฐานะเอื้ออำนวยต่อการดำเนินการ -48 2. การสนับสนุนของผู้บริหารระดับสูง -47 3. บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ -54 4. สภาพแวดล้อมที่ดี ไม่ก่อให้เกิดโรค 5. เครื่องมือเหมาะสม เพียงพอ 6. การวางแผนระบบงานที่ดี ชัดเจน 7. การควบคุมการดำเนินงาน 8. การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง -52 9. การสร้างเครือข่ายกับภาครัฐ
B7	FAC	1. การนำองค์กร -47 2. ยุทธศาสตร์ 3. ผู้รับการส่งเสริม 4. ฐานข้อมูล 5. การพัฒนาบุคลากร -54 6. การติดตามประเมินผล ปรับปรุง พัฒนาอย่างต่อเนื่อง -49
#NAME?	FAC	1. ผู้นำองค์กรมีนโยบายชัดเจน -46 2. สนับสนุนทุกกิจกรรมที่เป็นการสร้างเสริมสุขภาพ 3. ผู้ปฏิบัติเข้าใจภารกิจ และมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ -50 4. การมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายในทุกกิจกรรม -50 5. มีหน่วยงานกลางเป็นผู้ประสานงาน และรวบรวมผลงานในภาพรวม

แบบจำลองที่สอง (Model II)

รูปแบบโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพที่ควรจะเป็นและเป็นได้
(A desirable and feasible health promoting hospital model)

ชุดโครงการวิจัยเรื่อง การใช้กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ
โรงพยาบาลเพื่อการพัฒนาบทบาทด้านการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล ⁽¹⁾

การสร้างแบบจำลอง ทำตาม Soft Systems Methodology ⁽²⁾ โดยใช้วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยที่ว่า “ศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลที่ผ่านการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลแล้ว เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการพัฒนาคุณภาพกับการสร้างเสริมสุขภาพ และปัจจัยอื่นๆที่อาจเกี่ยวข้อง รวมทั้งความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดของการสร้างเสริมสุขภาพ” นำมานิยามกิจกรรมที่จะใช้เป็นพื้นฐานของแบบจำลอง ในรูปแบบ “To do P by Q to achieve R” เป็นคำนิยามว่า “ให้บริการและ/หรือจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (HP) โดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพ (HA) เพื่อสุขภาพที่เพิ่มขึ้นของประชากรกลุ่มเป้าหมาย” โดยคำนึงถึงปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

Customer – กลุ่มเป้าหมาย – ผู้ป่วยและญาติ บุคลากร ชุมชน

Actors – บุคลากร

Transformation – ให้บริการและ/หรือจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

World view – โลกทัศน์ที่ใช้ มีกระบวนการ HA ⁽³⁾ เป็นแกนหลัก HPH ยุโรป ⁽⁴⁾ เป็นแนวคิด และมาตรฐาน HPH กรมอนามัย ⁽⁵⁾ เป็นกรอบ

Owner – ผู้บริหารโรงพยาบาล

Environment – นโยบาย และสถานการณ์ (ระดับชาติ หน่วยงาน ชุมชน และโรงพยาบาล)

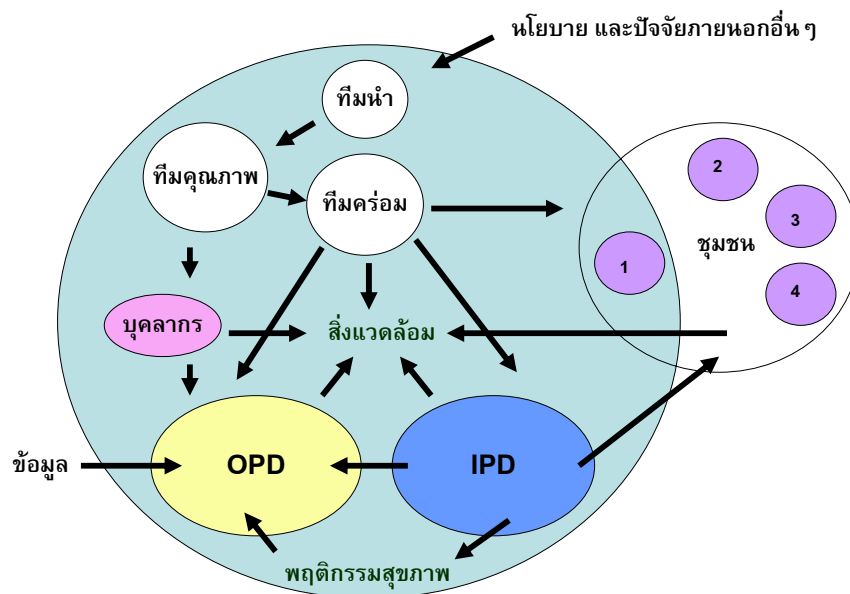
แบบจำลองดังกล่าว (แบบจำลองที่หนึ่ง Model I) เป็นเสมือนรูปแบบของโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพที่ควรจะเป็น (Desirable health promoting hospital) ได้นำไปใช้เป็นเครื่องมือเพื่อศึกษาโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลแล้วรวม 8 แห่ง ในโครงการระยะที่สองของชุดโครงการวิจัยฯ

ผลการเรียนรู้จากโครงการระยะที่สองได้นำมาปรับแบบจำลองที่หนึ่ง ให้เป็นแบบจำลองที่สองนี้ ส่วนที่เพิ่มเติมจะแสดงด้วยตัวอักษรที่ขนาดเล็กกว่า

แบบจำลองนี้ แบ่งการนำเสนอเป็น 3 ด้าน คือ ด้านโครงสร้างการดำเนินการ ด้านเนื้อหา และด้านกระบวนการ ดังต่อไปนี้

1. ด้านโครงสร้างการดำเนินการ

โปรดดูแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1

ใช้โครงสร้างการดำเนินการของ HA เป็นหลักในการให้บริการและ/หรือจัดกิจกรรม HP

1.1 ทีมหน้า รับทราบนโยบายและปัจจัยภายนอกอื่นๆ รวมทั้งนโยบายและปัจจัยภายในของโรงพยาบาล เพื่อส่งผ่านทีมคุณภาพ และทีมคร่อมสายงานต่าง ๆ รวมทั้งการสื่อสารสองทาง และการติดตามผล

ผลการเรียนรู้

- พบว่ามีปัจจัยเอื้อที่มีความสำคัญต่อ HP ซึ่งถ้าขาดก็จะเป็นอุปสรรคต่อ HP ได้แก่

- (1) ผู้นำที่เห็นความสำคัญ
- (2) นโยบายที่ชัดเจน

(3) บุคลากรที่เข้าใจและมีทัศนคติที่ดีต่อ HP

- ไม่พบว่าการมีคณะกรรมการ HPH แยกต่างหากจากโครงสร้าง HA ทำให้เกิดปัญหา (แต่อาจแสดงว่าไม่ได้เชื่อมโยงกับ HA)

1.2 กลุ่มเป้าหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้ง HPH ยุโรป และ HPH กรมอนามัย มีกลุ่มเป้าหมายสามกลุ่มตรงกัน ได้แก่ บุคลากร ผู้ป่วย และชุมชน

HPH ยุโรป เน้นเรื่องผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และใช้แนวคิดการเพิ่มพลังอำนาจ (Empowerment) พยายามเชื่อมโยงทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแม้แต่การรักษาให้เป็นการสร้างเสริมสุขภาพ เรียกได้ว่าบูรณาการ HP เข้าไปในการดูแลผู้ป่วยโดยสมบูรณ์ และสนใจบุคลากรมากเป็นพิเศษด้วย โดยมีเป้าหมายให้เป็นที่ทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy workplace)

HPH กรมอนามัยเน้นเรื่องคนที่ไม่เจ็บป่วย ได้แก่ญาติและชุมชน การดำเนินงาน HP จึงเน้นกิจกรรมที่อาจจะช่วยลดการเจ็บป่วย เช่น การออกกำลังกาย การให้สูดศึกษา การคัดกรองและการป้องกันโรค เป็นต้น แม้แต่ผู้ป่วยก็ถูกนำมาเกี่ยวข้องกับกิจกรรมเหล่านี้โดยมิได้เชื่อมโยงกับบริการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ การบูรณาการ HP เข้ากับการดูแลรักษาหากมีก็คงไม่สนิทนัก เรื่องชุมชนก็เป็นอีกเรื่องหนึ่งที่เห็นเด่นชัดว่า โรงพยาบาลถูกคาดหวังให้มีบทบาทในการดูแลสุขภาพชุมชนอย่างครบวงจร

HPH ยุโรป ให้ความสำคัญกับญาติและชุมชนในฐานะ Bystanders เท่านั้น มิได้หวังผลมากนัก โรงพยาบาลมิได้มีหน้าที่รับผิดชอบต่อชุมชนที่ยังไม่เจ็บป่วย แต่เน้นเรื่องการเชื่อมโยงติดต่อร่วมมือกับบริการหรือโครงการที่มีอยู่แล้วในชุมชน ทั้งสำหรับผู้ป่วยและบุคลากร เช่น เรื่องการเดินทางมายังโรงพยาบาล หรือสถานที่ออกกำลังกายในชุมชน และในแง่การให้ความร่วมมือกับชุมชน เช่น การอำนวยความสะดวกให้ยืมสถานที่เพื่อจัดการประชุม สถานที่เพื่อการออกกำลังกาย รวมทั้งการมีส่วนร่วมกับกิจกรรมอื่นๆในชุมชนที่โรงพยาบาลจะสามารถเข้าไปมีบทบาทได้ เป็นต้น

การทบทวนข้างต้นต้องการแสดงให้เห็นมุมมองที่กว้างขึ้น เห็นโอกาสของ HP มากขึ้น ในรูปแบบโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพนี้จะรับบทบาทของโรงพยาบาลมาทั้งส่วนที่กล่าวถึงใน HPH ยุโรปและ HPH กรมอนามัย รวมทั้งที่มีอยู่ใน HA แล้วด้วย อาจดูว่ามาก แต่ส่วนที่ทับซ้อนกันมีมากกว่าดังจะแสดงให้เห็นในด้านเนื้อหา

กลุ่มผู้ป่วยจะแบ่งเป็นสองส่วน เนื่องจากในทางปฏิบัติมีการแยกเป็นผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกชัดเจน การให้บริการและการจัดกิจกรรมต่างๆ ส่วนมากแยกจากกัน

ผลการเรียนรู้

- ไม่พบปัญหาในเรื่องกลุ่มเป้าหมาย นอกจากความสับสนเรื่องชุมชนที่จะกล่าวถึงในด้านเนื้อหา

1.3 สิ่งแวดล้อม เป็นประเด็น HP ที่สำคัญประเด็นหนึ่ง ทั้ง HA HPH ยุโรป และ HPH กรมนามัยต่างก็ให้ความสำคัญ

ผลการเรียนรู้

- ไม่พบว่ามีปัญหาในเรื่องสิ่งแวดล้อม รายละเอียดจะกล่าวถึงในด้านเนื้อหา

1.4 พฤติกรรมสุขภาพ เป็นประเด็นที่คู่กับสิ่งแวดล้อม ที่ HP ให้ความสำคัญ ทั้ง HPH ยุโรปและ HPH กรมนามัย เนื่องจากมีคลินิกเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ที่แผนกผู้ป่วยนอกจึงวางตำแหน่งไว้ที่นั้น

ผลการเรียนรู้

- การกำหนดเรื่องพฤติกรรมสุขภาพไว้ที่แผนกผู้ป่วยนอกไม่ปัญหา รายละเอียดจะกล่าวถึงในด้านเนื้อหา

2. ด้านเนื้อหา

เป็นส่วนของที่จะแสดงให้เห็นถึงบริการและหรือกิจกรรม HP รวมทั้งความสัมพันธ์หรือไม่สัมพันธ์กับกระบวนการ HA

2.1 บุคลากร

โรงพยาบาลที่ผ่าน HA แล้ว ควรจะมีการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับ HP ในประเด็นเหล่านี้ครบถ้วน ได้แก่

2.1.1 การตรวจสุขภาพ

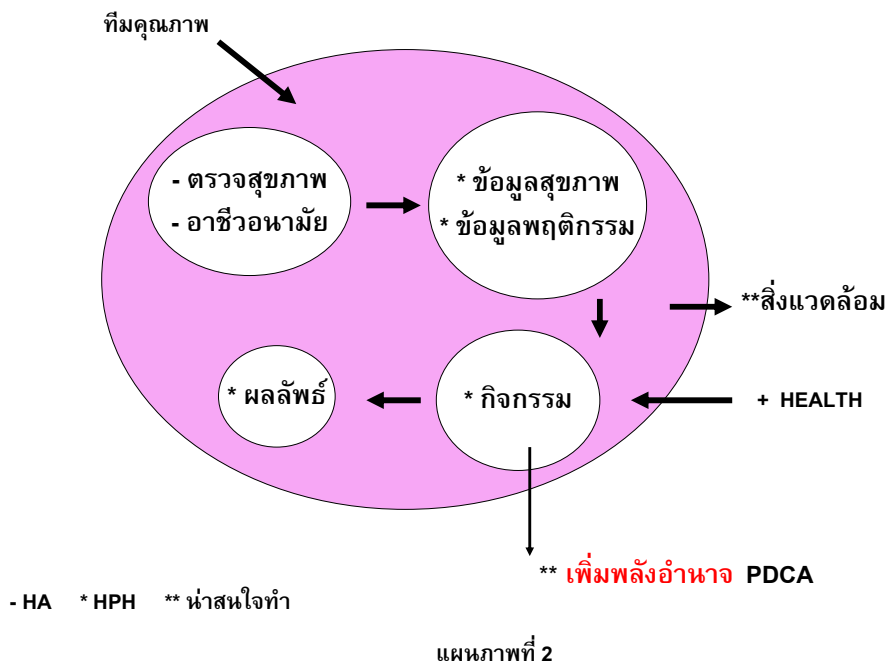
2.1.2 อาชีวอนามัย

HPH ยุโรป ให้ความสำคัญกับแนวคิดเรื่องการเพิ่มพลังอำนาจ (Empowerment) ซึ่งเป็นหลักการสำคัญของ HP ที่จะช่วยให้คนเพิ่มความสามารถในการควบคุมสุขภาพของตนได้⁽⁶⁾ โดยแนะนำให้โรงพยาบาลดำเนินการโดยใช้ยุทธศาสตร์ 6 ประการ ได้แก่ 1) การดูแลตนเอง 2) การมีส่วนร่วม 3) การเน้นโรคเรื้อรัง 4) การเชื่อมโยงกับเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ 5) การเชื่อมโยงกับเรื่องสิ่งแวดล้อม และ 6) การเชื่อมโยงกับชุมชน ซึ่งใช้ได้กับกลุ่มเป้าหมายทั้งสามกลุ่ม ในด้านบุคลากรจะเน้นเรื่องการมีส่วนร่วมของบุคลากรเป็นพิเศษ ในทุกๆเรื่องที่จะมีผลต่อสุขภาพของบุคลากร โดยคาดว่าจะมีผลสะท้อนกลับไปเป็นการทำงานที่ดี เป็นผลดีต่อกลุ่มเป้าหมายอื่นด้วย ในประเด็นนี้ควรกล่าวไว้ ณ ที่นี้ด้วยว่า กระบวนการ HA เน้นการเรียนรู้จากการทำงาน และเรื่องการทำงาน

เป็นทีม จึงเป็นกระบวนการที่เพิ่มพลังอำนาจให้กับบุคลากร⁽⁷⁾ จึงอาจถือได้ว่าบุคลากรในโรงพยาบาลที่มีกระบวนการ HA คู่ขนานกับกระบวนการเพิ่มพลังอำนาจอยู่แล้ว

HPH กรมอนามัย มีความคาดหวังสูงจากบุคลากรเช่นกัน รวมถึงการให้เป็นแบบอย่าง และมีเรื่องที่ต้องแสดงให้เห็นเป็นรูปธรรม 3 ประการ ได้แก่ 1) การมีข้อมูลสุขภาพ (มีตาม HA แล้ว) 2) การมีข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ และ 3) การจัดให้มีกิจกรรม

ตามหลักการพัฒนาต่อเนื่องของ HA กิจกรรมทั้งหลายควรมีการติดตามผลอย่างเป็นระบบ (PDCA) เพื่อการแก้ไขปรับปรุงเปลี่ยนแปลงกิจกรรมนั้นให้ดีขึ้นหรือยกเลิกไปหากไม่เกิดผลที่ต้องการหรือไม่มีความจำเป็นแล้ว และจะทำมีผลลัพธ์ที่จะเป็นองค์ประกอบที่ 7 ตามมาตรฐาน HPH กรมอนามัยด้วย โปรดดูแผนภาพที่ 2



ผลการเรียนรู้

- HA ทำให้โรงพยาบาลใส่ใจในสุขภาพบุคลากร
- HPH ทำให้เกิดกิจกรรม HP สำหรับบุคลากรขึ้นได้ครบถ้วนตามมาตรฐานที่กำหนดไว้

ข้อเสนอแนะ

- บุคลากรอาจจะยังไม่ใส่ใจสุขภาพของตนเท่าที่ควร จึงเป็นโอกาสพัฒนา

- บุคลากรน่าจะมีส่วนร่วมมากกว่าที่เป็นอยู่ และควรมีส่วนร่วมแบบครบวงจร ตั้งแต่ร่วมปรึกษาหารือ ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมติดตาม และร่วมประเมินผล รวมทั้งสามารถตัดสินใจเลือกที่จะร่วมหรือไม่ร่วม และน่าจะหวังผลเชิงกระบวนการมากกว่าการหวังเห็นผลการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมในระยะเวลายั่งยืน ทั้งนี้เพราะผลดีต่อสุขภาพจะเกิดขึ้นจริงก็ต่อเมื่อมีการดำเนินงานที่ต่อเนื่องและยั่งยืน
- นำ PDCA มาใช้ในการจัดกิจกรรมด้วย

2.2 ผู้ป่วยใน

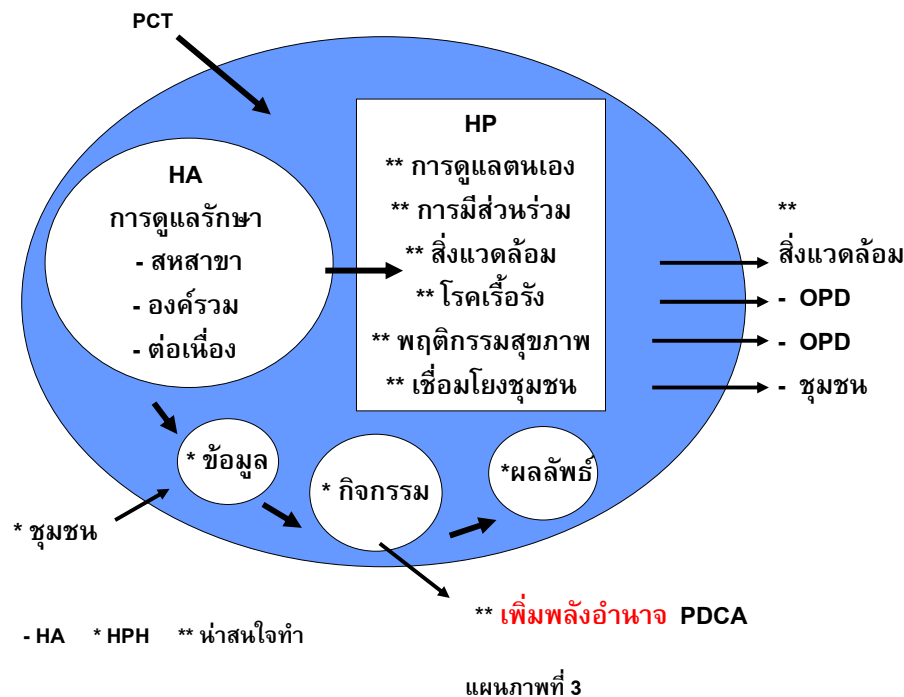
HA ส่งเสริมให้เกิด การดูแลรักษาเป็นทีมสหสาขา การดูแลแบบองค์รวม และการดูแลอย่างต่อเนื่อง และมีกระบวนการหลักในการดูแล ตั้งแต่แรกเริ่ม ระหว่างอยู่โรงพยาบาล และเตรียมจำหน่าย

HPH ยุโรป เน้นเรื่องผู้ป่วย ส่วนหนึ่งด้วยเจตนาที่จะใช้ HP เป็นยุทธศาสตร์ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย จึงบูรณาการ HP เข้าไปในทุกขั้นตอนของการดูแลรักษา ตามยุทธศาสตร์ 6 ประการที่กล่าวถึงแล้วข้างต้น ตั้งแต่การดูแลตนเองในระหว่างอยู่โรงพยาบาล เพื่อมิให้สุขภาพส่วนอื่น (การกิน การนอน จิตใจ ฯลฯ) ทรุดโทรมไปมากกว่าที่เกิดจากโรคที่เป็นอยู่ การมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาของแพทย์และพยาบาล ตั้งแต่การรับรู้ข้อมูล การมีส่วนร่วมในกระบวนการวินิจฉัยและกระบวนการรักษา การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เป็นต้น ซึ่งจะทำให้ผลการรักษาดีขึ้น การเน้นเรื่องโรคเรื้อรัง เนื่องจากมักกลับจากโรงพยาบาลแล้วยังต้องมีการดูแลต่อ การเชื่อมโยงเรื่องสิ่งแวดล้อมเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยง เพื่อสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และเพื่อการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การเชื่อมโยงกับเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าโรคที่เป็นอยู่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ และการเชื่อมโยงกับชุมชน เพื่อการเตรียมตัวกลับไปอยู่ในชุมชน ทั้งในด้านการดูแลต่อเนื่อง การดูแลตนเองในสภาพแวดล้อมที่บ้านและชุมชน รวมทั้งการติดต่อกับหน่วยบริการต่างๆที่มีอยู่ในชุมชน

เมื่อย้อนกลับมาพิจารณากระบวนการดูแลตาม HA ในโรงพยาบาล จะพบว่า มีเรื่องการดูแลตนเอง (คำแนะนำเมื่อแรกเริ่มเรื่องการปฏิบัติตัวในระหว่างที่อยู่โรงพยาบาล สิ่งของเครื่องใช้ และความปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ประเด็นอื่นๆมักจะกล่าวถึงเรื่องที่เกี่ยวข้องกับโรค) การรับรู้ข้อมูล (ในนามของสิทธิผู้ป่วย หรือเรื่องสุขภาพ) การเน้นโรคเรื้อรัง การดูแลต่อเนื่องและการเชื่อมโยงกับการดูแลในชุมชน จะปรากฏชัดในการเตรียมจำหน่าย เรื่องพฤติกรรมสุขภาพอาจปรากฏในสุขภาพก่อนกลับบ้าน ดังนั้นหากทำความเข้าใจว่าเรื่องเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของ HP และปรับให้เป็นระบบ ก็คงมิได้ครบถ้วนตาม HPH ยุโรป

HPH กรมนามัย มิได้ให้ความสนใจกับผู้ป่วยโดยตรง จัดผู้ป่วยไว้เป็นส่วนหนึ่งของ “ผู้รับบริการ ครอบครัว และญาติ ที่มารับบริการในโรงพยาบาล” คล้ายกับเป็นประชาชนในชุมชน ที่

บังเอิญมารวมตัวกันในโรงพยาบาล จึงถือเป็นโอกาสที่จะให้ “การส่งเสริมสุขภาพ” จึงเน้นเรื่องการให้ข้อมูลข่าวสาร ข้อมูลสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และการจัดกิจกรรม โปรโตแผนภาพที่ 2



ผลการเรียนรู้

- HA ทำให้เกิดการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในไปสู่ HP (Care-based HP) ได้อย่างเป็นธรรมชาติ เห็นได้ชัดเจน หรือเมื่อชี้ให้เห็นก็เข้าใจได้ มีตัวอย่างของการพัฒนาจากบริการไปเป็นโครงการ เช่น โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรัง ซึ่งอาจถือว่าเป็นโครงการสร้างเสริมสุขภาพ (Program-based HP) ก็ได้

- HPH ทำให้เกิดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Activity-based HP) ในรูปแบบของการให้สุศึกษา

ข้อเสนอแนะ

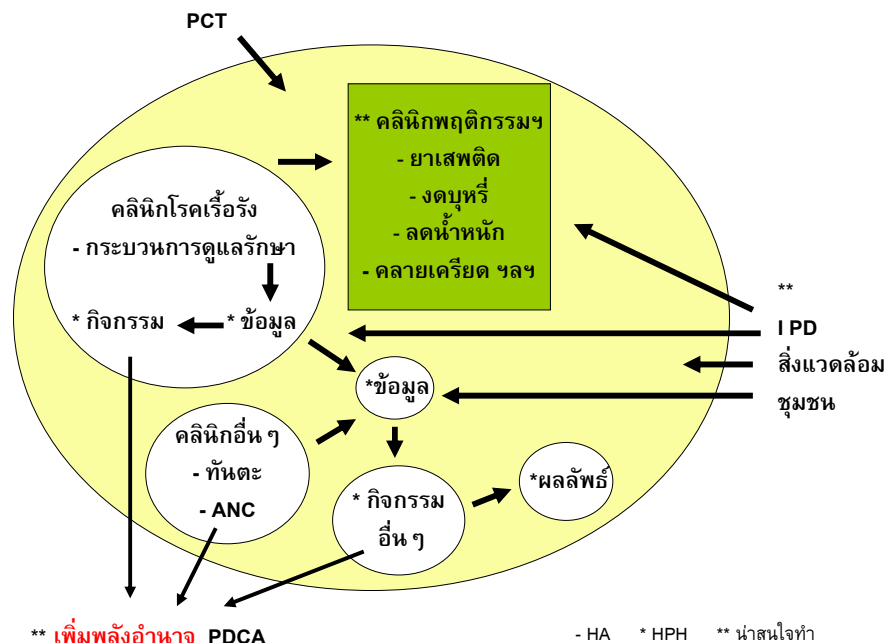
- น่าจะพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในไปสู่ Care-based HP โดยเน้นโรคเรื้อรัง (ที่มีการจัดลำดับความสำคัญไว้ เพื่อมิให้เป็นภาระเพิ่มงานโดยไม่จำเป็น) และมีการเชื่อมโยงกับเรื่องอื่นๆ อย่างเป็นระบบ

- บริการและหรือกิจกรรม HP ใด ๆ น่าจะมีการติดตามว่าได้ผลมากน้อยเพียงใด โดยกระบวนการ PDCA และน่าจะนำแนวคิดการเพิ่มพลังอำนาจมาใช้ให้มากขึ้น

2.3 ผู้ป่วยนอก

มี HP ปรากฏได้ใน 4 รูปแบบ ได้แก่

- (1) คลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นจุดเน้นตาม HPH ยุโรป ในเชิงกระบวนการอาจใช้ยุทธศาสตร์ 6 ประการได้เช่นเดียวกับผู้ป่วยใน ตัวอย่างที่ควรพบได้ในทุกโรงพยาบาลได้แก่ คลินิกผู้ป่วยโรคเบาหวาน
- (2) คลินิกประเภทที่ให้บริการที่ทราบกันดีว่าเป็นการส่งเสริมสุขภาพ เช่น ANC, well-baby หรือคลินิกอื่นๆที่คล้ายกัน
- (3) คลินิกที่มีเป้าหมายเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นประเด็นหลักอย่างหนึ่งของ HP ที่กล่าวถึงเป็นข้อ 1.4 เช่น เลิกยาเสพติด งดบุหรี่ ลดน้ำหนัก คลายเครียด ฯลฯ
- (4) กิจกรรม HP ในรูปแบบต่างๆตาม HPH กรมอนามัย เช่น การให้สุขศึกษา โปรตุเกสแผนภาพที่ 4



แผนภาพที่ 4

ผลการเรียนรู้

- HA มีส่วนเกี่ยวข้องกับ HP ในบริการของคลินิกต่าง ๆ (Care-based HP หรือในกรณีที่ไม่ใช่ผู้ป่วยก็เรียกว่า Service-based HP) ได้ตามที่คาดหวัง
- HPH ทำให้เกิดกิจกรรม (Activity-based HP) ในโรงพยาบาลที่ตั้งใจเป็น HPH ในรูปแบบของสุขศึกษา

ข้อเสนอแนะ

- นำจะนำ PDCA และแนวคิดการเพิ่มพลังอำนาจมาใช้

2.4 ชุมชน

ชุมชนเป็นเรื่องเดียวที่ HA มิได้เกี่ยวข้องโดยตรง แต่อาจจะมีการนำเอากระบวนการ HA ไปใช้กับ PCU

HPH ยุโรป กล่าวถึงบทบาทของโรงพยาบาลต่อชุมชนไว้ 6 ประการได้แก่

- (1) คนในชุมชนสามารถเข้าถึงบริการโรงพยาบาลได้สะดวก
- (2) มีระบบการดูแลผู้ป่วยหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล
- (3) โรงพยาบาลเป็นตัวอย่างที่ดีในเรื่องสิ่งแวดล้อม เช่น ไม่ปล่อยน้ำเสียหรือขยะสู่ชุมชน
- (4) ให้สุศึกษาแก่ชุมชนเกี่ยวกับการดูแลตนเองในเรื่องโรคเรื้อรัง
- (5) มีบริการด้านพฤติกรรมสุขภาพที่คนในชุมชนสามารถเข้าถึง
- (6) ริเริ่มหรือร่วมมือในโครงการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อชุมชน

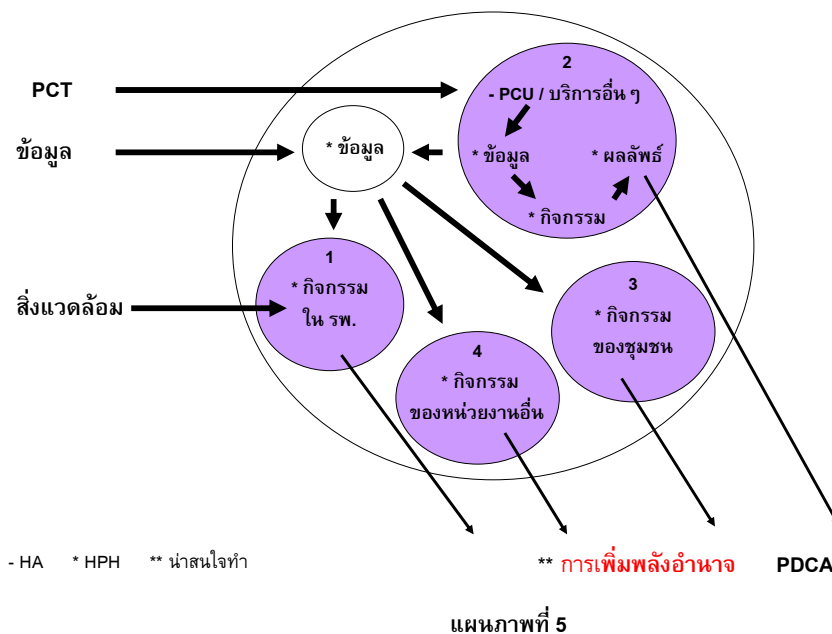
ข้อ (1) (2) (3) HA ดูแลอยู่แล้ว ข้อ (4) (5) (6) เป็นเรื่องที่ต้องจัดให้มี

HPH กรมอนามัย มีประเด็นสำคัญ 2 ประการ คือ

1. มีบริการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของชุมชน ซึ่งอาจผ่าน PCU หรือบริการอื่นๆ ซึ่งมีลักษณะคล้าย OPD

2. มีการสร้างเสริมชุมชนให้เข้มแข็ง ซึ่งอาจผ่านโครงการของชุมชนเอง หรือของโรงพยาบาล

ทั้งสองประการนี้ ควรจะจัดให้ตอบสนอง ข้อ (4) (5) (6) ข้างต้นได้



ผลการเรียนรู้

- HA มีบทบาทด้านบริการที่ PCU เช่นเดียวกับ OPD จึงมีส่วนเกี่ยวข้องกับ Care- based หรือ Service-based HP
- HPH ทำให้เกิด กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Activity-based HP) ใน 4 รูปแบบ (โปรดดูแผนภาพที่ 5) ได้แก่

- (1) กิจกรรมในโรงพยาบาล เช่น นิทรรศการหรือการบรรยาย เพื่อให้ความรู้แก่ชุมชน
- (2) กิจกรรมที่ PCU คล้ายกับแผนกผู้ป่วยนอก /รวมถึงกิจกรรมที่ PCU เข้าไปทำในชุมชนด้วย
- (3) กิจกรรมที่ชุมชนทำ โรงพยาบาลได้รับการร้องขอให้ช่วย
- (4) กิจกรรมที่หน่วยงานอื่นทำ โรงพยาบาลได้รับการร้องขอให้ช่วย

ข้อเสนอแนะ

- โรงพยาบาลน่าจะให้ความสำคัญกับกิจกรรม หรือโครงการ ในข้อ (3) และ (4) มากขึ้น
- เนื่องจากตามหลักการ HP ต้องอาศัยการร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ (Intersectoral collaboration) เพื่อช่วยกันหาทางแก้ไขปัญหาด้านสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมให้ได้ผลดีขึ้น และเป็นรูปแบบที่โรงพยาบาลใช้ทรัพยากรไม่มาก แม้แต่กิจกรรมที่โรงพยาบาลหรือ CPU ริเริ่มก็น่าจะหาทางทำในรูปแบบที่มีการร่วมมือกับหน่วยงานอื่น ๆ ด้วยเหตุผลเดียวกัน

- ในเรื่องชุมชนนี้ มีประเด็นที่ต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับนิยามของคำว่า “ชุมชน” ชุมชนอาจนิยามว่าเป็นชุมชนตามภูมิศาสตร์/เขตรับผิดชอบก็ได้ และอาจนิยามว่าเป็นกลุ่มบุคคลที่มีลักษณะร่วมกันก็ได้ เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มวัยรุ่นรอบ งามหาวิทยาลัย กลุ่มวิชาชีพพยาบาล เป็นต้น เพื่อที่จะได้เลือก “ชุมชน” ให้ตรงกับความเป็นจริง และตรงกับความสนใจและบริบทของโรงพยาบาลแต่ละแห่งซึ่งไม่เหมือนกัน

- นำจะนำ PDCA และแนวคิดการเพิ่มพลังอำนาจ มาใช้ประโยชน์ได้ในทุกบริการ และหรือกิจกรรม

2.5 สิ่งแวดล้อม

HA ให้ความสำคัญกับ ความปลอดภัย การกำจัดน้ำเสีย การกำจัดขยะ

HPH ยุโรป ถือเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์ 6 ประการ ที่แทรกเข้าไปทั้ง 3 กลุ่มเป้าหมาย

HPH กรมอนามัย มีข้อกำหนดที่ชัดเจนกว่า ได้แก่

- (1) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (ซึ่งครอบคลุมด้วย HA แล้ว)
- (2) สิ่งแวดล้อมทางสังคม และ
- (3) สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้

ผลการเรียนรู้

- HA ทำได้ตามที่คาดหวัง ไม่มีอุปสรรคที่สำคัญ บางโรงพยาบาลมีการขยายต่อเป็น HP ในเรื่องสถานที่เพื่อออกกำลังกาย สิ่งแวดล้อมสีเขียว และเป็นที่ดูงานด้านสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

- HPH ทำให้เห็นรูปธรรม เช่น กิจการร้านค้าในโรงพยาบาล เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

- สิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการเรียนรู้ สำหรับผู้ป่วยและญาติ น่าจะทำได้ผลดีและไม่ต้องเพิ่มงาน ด้วยการใช้แบบอย่างที่มีอยู่แล้ว เช่น การล้างมือ การแยกขยะ เป็นต้น เป็นการเรียนรู้จากของจริง และเป็น การเชื่อมโยงเรื่องสิ่งแวดล้อม (ทางสังคม) เข้ากับเรื่องบุคลากร (พฤติกรรมสุขภาพ)

- นำจะใช้ PDCA และแนวคิดการเพิ่มพลังอำนาจ กับทุกกิจกรรม

2.6 พฤติกรรมสุขภาพ

ประเด็นนี้ HA มีได้เกี่ยวข้องด้วย

HPH ยุโรป ถือเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์ 6 ประการ ที่แทรกเข้าไปทั้ง 3 กลุ่มเป้าหมาย

HPH กรมอนามัย ก็กำหนดแทรกเข้าไปทั้ง 3 กลุ่มเป้าหมายเช่นกัน ในที่นี้แสดงไว้เป็นส่วนหนึ่งของบริการผู้ป่วยนอก เนื่องจากเป็นไปตามที่เป็นจริง ผู้รับบริการจะมารับบริการได้สะดวกและน่าจะมีประสิทธิภาพมากกว่ารูปแบบอื่น

ผลการเรียนรู้

- HA เกี่ยวข้องกับบริการด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอยู่บ้าง เช่น คลินิกผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นต้น

- HPH ทำให้เกิดกิจกรรมด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ชัดเจน เช่น การออกกำลังกาย การเลิกบุหรี่ ซึ่งบางกรณีสามารถเชื่อมโยงทั้ง บุคลากร ผู้ป่วย และชุมชน

ข้อเสนอแนะ

- น่าจะใช้ PDCA และแนวคิดเพิ่มพลังอำนาจ กับทุกบริการและหรือกิจกรรม

3. ด้านกระบวนการ

ในภาพรวม การดำเนินการควรเชื่อมโยงกันได้ด้วยโครงสร้าง HA การสื่อสารสองทางจะช่วยให้มีการประสานงานอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่ระดับนโยบายถึงระดับปฏิบัติ รวมถึงการติดตาม ประเมินผล

ในแต่ละบริการและ/หรือกิจกรรม HP มีการใช้ PDCA เพื่อการเรียนรู้ การพัฒนา และการติดตามประเมินผล

มีการใช้แนวคิดเรื่องการเพิ่มพลังอำนาจ เพื่อความยั่งยืนของผลต่อสุขภาพ

ผลการเรียนรู้

- HA ได้รับการยอมรับว่า มีส่วนทำให้เกิดการทำงานที่เป็นระบบ และมีการร่วมมือกันมากขึ้น

- HA ทำให้เกิด HP ได้แต่ไม่มากนัก เช่น การเกิดชมรมสุขภาพในกลุ่มบุคลากร หรือการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาทำให้เกิด HP โดยไม่ได้ตั้งใจ

- HPH ทำให้เกิดกิจกรรม HP ขึ้นจำนวนมาก แต่มีความเชื่อมโยงกับ HA น้อยมาก

ข้อเสนอแนะ

- การนำกระบวนการ HA มาใช้พัฒนา HP จำเป็นต้องทำความเข้าใจให้ตรงกัน ในประเด็นต่อไปนี้จะก่อน กระบวนการต่าง ๆ จึงจะดำเนินไปได้ด้วยดี สะดวก ไม่ติดขัด

(1) แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ที่ต่างไปจากการส่งเสริมสุขภาพบ้าง เช่น การใช้แนวคิดการเพิ่มพลังอำนาจ และการเน้นปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะมีผลต่อการเลือกวิธีการที่จะนำมาใช้

(2) รูปแบบของ HP น่าจะให้ความสนใจและใช้ประโยชน์จาก Care-based HP หรือ Service-based HP มากขึ้น เพราะการทำ Activity-based HP หรือ Program-based HP จะทำให้มีงานใหม่เพิ่มขึ้น และการนำ Activity หรือ Program ที่มีอยู่แล้วมาปรับให้ดีขึ้นก็เป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่จะไม่เป็นการเพิ่มงานใหม่

(3) บริบทของโรงพยาบาลที่ต่างกัน HP อาจต้องต่างกันด้วย น่าจะเลือก HP ให้เหมาะกับบริบทของโรงพยาบาล เช่น โรงพยาบาลที่มีภารกิจหลักในการให้บริการแบบตติยภูมิ ย่อมต่างจากโรงพยาบาลชุมชน เป็นต้น

(4) PDCA เป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์มาก ยังมีการใช้น้อยกว่าที่ควร จำเป็นต้องใช้ให้บ่อยขึ้นเพื่อการเรียนรู้ การพัฒนา และการติดตามผล รวมทั้งการมีผลลัพธ์แสดง น่าจะเริ่มจาก PDCA แบบง่ายก่อนจะทำให้ไม่เป็นภาระ

(5) หลังจากการทำความเข้าใจกับ 4 ประเด็นข้างต้นแล้ว ควรนำมาวางแผนให้เป็นระบบ เพื่อให้เกิดการประสานกันทั้ง HA HP และงานประจำ ทุกอย่างจะได้ดำเนินไปพร้อมกันโดยไม่เป็นภาระซ้ำซ้อนเกินกว่าความจำเป็น

โปรดย้อนกลับไปดู ปัจจัยเอื้อที่มีความสำคัญต่อ HP ในข้อ 1.1 ด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ชุดโครงการวิจัยเรื่อง การใช้กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อการพัฒนามาตรฐานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล. พ.ศ. 2546-2548.
2. Checkland C, Scholes J. Soft Systems Methodology in Action. Chichester: John Wiley & Sons, 1999.
3. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. บทบาทหน้าที่ของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. 2546
4. WHO Working Group. Putting HPH Policy into Action. Draft version 13.05.2003 [online]. WHO-EURO; 2003 [cited 2004 May 15]. Available from: URL: <http://www.hph-hc.cc/Download/HPH-Publications/Policy-Working-Group-Draft-May-2003.pdf>
5. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และแบบประเมินตนเอง. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2546
6. WHO. Health Promotion Glossary. World Health Organization. Geneva; 1998
7. Laverack G. Health Promotion Practice. Power & Empowerment. London: Sage Publications; 2004

ภาคผนวกที่ 9

แบบประเมินการนำเสนอโปสเตอร์

1 Target group	__Staff __Patient	__Community __Environment				
Self care (ทำได้เอง ทำเองได้)	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Participation	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Empowering	_0	_1	_2	_3	_4	_5
2 Target group	__Staff __Patient	__Community __Environment				
Self care (ทำได้เอง ทำเองได้)	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Participation	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Empowering	_0	_1	_2	_3	_4	_5
3 Target group	__Staff __Patient	__Community __Environment				
Self care (ทำได้เอง ทำเองได้)	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Participation	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Empowering	_0	_1	_2	_3	_4	_5
4 Target group	__Staff __Patient	__Community __Environment				
Self care (ทำได้เอง ทำเองได้)	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Participation	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Empowering	_0	_1	_2	_3	_4	_5
5 Target group	__Staff __Patient	__Community __Environment				
Self care (ทำได้เอง ทำเองได้)	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Participation	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Empowering	_0	_1	_2	_3	_4	_5
6 Target group	__Staff __Patient	__Community __Environment				
Self care (ทำได้เอง ทำเองได้)	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Participation	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Empowering	_0	_1	_2	_3	_4	_5
7 Target group	__Staff __Patient	__Community __Environment				
Self care (ทำได้เอง ทำเองได้)	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Participation	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Empowering	_0	_1	_2	_3	_4	_5

8 Target group	__Staff __Patient	__Community __Environment				
Self care (ทำได้เอง ทำเองได้)	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Participation	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Empowering	_0	_1	_2	_3	_4	_5
9 Target group	__Staff __Patient	__Community __Environment				
Self care (ทำได้เอง ทำเองได้)	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Participation	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Empowering	_0	_1	_2	_3	_4	_5
10 Target group	__Staff __Patient	__Community __Environment				
Self care (ทำได้เอง ทำเองได้)	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Participation	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Empowering	_0	_1	_2	_3	_4	_5
11 Target group	__Staff __Patient	__Community __Environment				
Self care (ทำได้เอง ทำเองได้)	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Participation	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Empowering	_0	_1	_2	_3	_4	_5
12 Target group	__Staff __Patient	__Community __Environment				
Self care (ทำได้เอง ทำเองได้)	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Participation	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Empowering	_0	_1	_2	_3	_4	_5
13 Target group	__Staff __Patient	__Community __Environment				
Self care (ทำได้เอง ทำเองได้)	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Participation	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Empowering	_0	_1	_2	_3	_4	_5
14 Target group	__Staff __Patient	__Community __Environment				
Self care (ทำได้เอง ทำเองได้)	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Participation	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Empowering	_0	_1	_2	_3	_4	_5

15 Target group	__Staff __Patient	__Community __Environment				
Self care (ทำได้เอง ทำเองได้)	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Participation	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Empowering	_0	_1	_2	_3	_4	_5
16 Target group	__Staff __Patient	__Community __Environment				
Self care (ทำได้เอง ทำเองได้)	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Participation	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Empowering	_0	_1	_2	_3	_4	_5
17 Target group	__Staff __Patient	__Community __Environment				
Self care (ทำได้เอง ทำเองได้)	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Participation	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Empowering	_0	_1	_2	_3	_4	_5
18 Target group	__Staff __Patient	__Community __Environment				
Self care (ทำได้เอง ทำเองได้)	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Participation	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Empowering	_0	_1	_2	_3	_4	_5
19 Target group	__Staff __Patient	__Community __Environment				
Self care (ทำได้เอง ทำเองได้)	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Participation	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Empowering	_0	_1	_2	_3	_4	_5
20 Target group	__Staff __Patient	__Community __Environment				
Self care (ทำได้เอง ทำเองได้)	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Participation	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Empowering	_0	_1	_2	_3	_4	_5
21 Target group	__Staff __Patient	__Community __Environment				
Self care (ทำได้เอง ทำเองได้)	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Participation	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Empowering	_0	_1	_2	_3	_4	_5

22 Target group	__Staff __Patient	__Community __Environment				
Self care (ทำได้เอง ทำเองได้)	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Participation	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Empowering	_0	_1	_2	_3	_4	_5
23 Target group	__Staff __Patient	__Community __Environment				
Self care (ทำได้เอง ทำเองได้)	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Participation	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Empowering	_0	_1	_2	_3	_4	_5
24 Target group	__Staff __Patient	__Community __Environment				
Self care (ทำได้เอง ทำเองได้)	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Participation	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Empowering	_0	_1	_2	_3	_4	_5
25 Target group	__Staff __Patient	__Community __Environment				
Self care (ทำได้เอง ทำเองได้)	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Participation	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Empowering	_0	_1	_2	_3	_4	_5
26 Target group	__Staff __Patient	__Community __Environment				
Self care (ทำได้เอง ทำเองได้)	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Participation	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Empowering	_0	_1	_2	_3	_4	_5
27 Target group	__Staff __Patient	__Community __Environment				
Self care (ทำได้เอง ทำเองได้)	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Participation	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Empowering	_0	_1	_2	_3	_4	_5
28 Target group	__Staff __Patient	__Community __Environment				
Self care (ทำได้เอง ทำเองได้)	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Participation	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Empowering	_0	_1	_2	_3	_4	_5

29 Target group	__Staff __Patient	__Community __Environment				
Self care (ทำได้เอง ทำเองได้)	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Participation	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Empowering	_0	_1	_2	_3	_4	_5
30 Target group	__Staff __Patient	__Community __Environment				
Self care (ทำได้เอง ทำเองได้)	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Participation	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Empowering	_0	_1	_2	_3	_4	_5
31 Target group	__Staff __Patient	__Community __Environment				
Self care (ทำได้เอง ทำเองได้)	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Participation	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Empowering	_0	_1	_2	_3	_4	_5
32 Target group	__Staff __Patient	__Community __Environment				
Self care (ทำได้เอง ทำเองได้)	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Participation	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Empowering	_0	_1	_2	_3	_4	_5
33 Target group	__Staff __Patient	__Community __Environment				
Self care (ทำได้เอง ทำเองได้)	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Participation	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Empowering	_0	_1	_2	_3	_4	_5
34 Target group	__Staff __Patient	__Community __Environment				
Self care (ทำได้เอง ทำเองได้)	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Participation	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Empowering	_0	_1	_2	_3	_4	_5
35 Target group	__Staff __Patient	__Community __Environment				
Self care (ทำได้เอง ทำเองได้)	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Participation	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Empowering	_0	_1	_2	_3	_4	_5

36 Target group	__Staff	__Patient	__Community	__Environment		
Self care (ทำได้เอง ทำเองได้)	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Participation	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Empowering	_0	_1	_2	_3	_4	_5
37 Target group	__Staff	__Patient	__Community	__Environment		
Self care (ทำได้เอง ทำเองได้)	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Participation	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Empowering	_0	_1	_2	_3	_4	_5
38 Target group	__Staff	__Patient	__Community	__Environment		
Self care (ทำได้เอง ทำเองได้)	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Participation	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Empowering	_0	_1	_2	_3	_4	_5
39 Target group	__Staff	__Patient	__Community	__Environment		
Self care (ทำได้เอง ทำเองได้)	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Participation	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Empowering	_0	_1	_2	_3	_4	_5
40 Target group	__Staff	__Patient	__Community	__Environment		
Self care (ทำได้เอง ทำเองได้)	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Participation	_0	_1	_2	_3	_4	_5
Empowering	_0	_1	_2	_3	_4	_5