



มองมุมใหม่ จัดการใหม่ ในระบบสุขภาพชุมชน



มองมุมใหม่ จัดการใหม่

ในระบบสุขภาพชุมชน

มองมุมใหม่ จัดการใหม่ ในระบบสุขภาพชุมชน

เอกสารประกอบการประชุมมหกรรมสุขภาพชุมชน ครั้งที่ 2

จากความรู้สู่ระบบจัดการใหม่ จินตนาการเป็นจริงได้ไม่รู้จบ “New Management New Possibility”

เลขมาตรฐานสากลประจำหนังสือ

ISBN 978-616-7323-48-0

บรรณาธิการ

พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร

สุมาลี ประทุมพันธ์

ทีมจัดทำเนื้อหา

สุมาลี ประทุมพันธ์

อารดา สุคนธสิทธิ์

นคร รัตนพฤกษ์

ออกแบบปกและรูปเล่ม

บุญญดา สายยศ

พิมพ์ครั้งที่ 1 ตุลาคม 2554

จำนวนพิมพ์ 3,500 เล่ม

พิมพ์ที่ บริษัท สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด

โทร. 0 2903 8257-9

สนับสนุนการจัดพิมพ์โดย

กระทรวงสาธารณสุข

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

องค์การอนามัยโลก (ประเทศไทย)



คำนำ

การประชุมวิชาการงานมหกรรมสุขภาพชุมชนครั้งที่ 2 (Community Health & Primary Care Expo) “จากความรู้สู่ระบบจัดการใหม่ จินตนาการเป็นจริงได้ไม่รู้จบ (New Management, New Possibility)” ที่จัดขึ้นระหว่างวันที่ 12-14 ตุลาคม 2554 ณ อาคารอิมแพ็คคอนเวนชั่นเซ็นเตอร์ เมืองทองธานี จังหวัดนนทบุรี เป็นกิจกรรมทางวิชาการที่เป็นความร่วมมือขององค์กรภาคีเครือข่ายอันประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ องค์การอนามัยโลก (ประเทศไทย) สำนักงานวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ องค์กร ชุมชน สมาคมวิชาชีพต่าง ๆ ที่เป็นภาคีร่วมจัดงาน

การประชุมวิชาการงานมหกรรมสุขภาพชุมชนครั้งนี้ เป็นโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานในระบบบริการปฐมภูมิและงานสุขภาพชุมชน นักวิชาการ ผู้แทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้บริหาร และผู้กำหนดนโยบาย จะได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเสริมพลังซึ่งกันและกันเพื่อสร้างความเข้มแข็งในการขับเคลื่อนการพัฒนาาระบบบริการปฐมภูมิและระบบสุขภาพชุมชนอย่างต่อเนื่อง

หนังสือ “มองมุมใหม่ จัดการใหม่ ในระบบสุขภาพชุมชน” เล่มนี้ ได้รวบรวมแนวคิดและประสบการณ์ตรงของบุคคล องค์กรในการใช้แนวคิดใหม่ ๆ มุมมองใหม่ ๆ ในการพัฒนางานทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน มีจุดมุ่งหมายเพื่อสะท้อนให้เห็นว่า ภายใต้การจัดการแบบใหม่ ผลลัพธ์อันน่ามหัศจรรย์เกิดขึ้นได้เสมอ

หากหนังสือเล่มนี้มีข้อบกพร่องและผิดพลาดประการใด ทางคณะผู้จัดทำขอน้อมรับคำติชม และขอขอบพระคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่สนับสนุนทั้งคำแนะนำและข้อมูลในการจัดทำเนื้อหา คณะผู้จัดทำหวังว่าหนังสือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์กับผู้เข้าร่วมประชุมวิชาการมหกรรมสุขภาพชุมชนและผู้เกี่ยวข้องจากทุกระดับ รวมทั้งเป็นส่วนหนึ่งของรูปธรรมความร่วมมือจากองค์กรภาคีร่วมจัด และเป็นความภาคภูมิใจในการรวมพลังเครือข่ายจากทุกภาคส่วนที่หนุนเสริมกันและกัน เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและระบบสุขภาพชุมชนในทิศทางที่มุ่งหวังต่อไป

คณะผู้จัดทำ

ตุลาคม 2554

สารบัญ

การจัดการระบบสุขภาพชุมชน : แนวโน้มและความท้าทาย	7-50
• การจัดการใหม่เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน	8
• กระบวนทัศน์ใหม่ของการจัดการ	25
• ทุนนิยมกับผลกระทบต่อระบบสุขภาพชุมชน	41
แนวคิดใหม่เกี่ยวกับการจัดการ	51-103
• การจัดการใหม่ ค่านิยมใหม่ New Management New Value	52
• การจัดการความรู้กับการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน	68
• การจัดการตนเอง (Self Management)	74
• พลังความรู้และความร่วมมือ เครื่องมือสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน	82
• New Management, New Possibilities	90
ศาสตร์และศิลป์แห่งการจัดการใหม่	105-150
• 5 หลักสำคัญจัดการตนเอง ครอบครัว ชุมชน	106
• “บริหารความสัมพันธ์” ศาสตร์และศิลป์ แห่งการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนคนด่านซ้าย	115
• Smart Management to Smart Organization	123

● พัฒนาค้น พัฒนางาน ด้วยวิถีชุมชน การจัดการสู่สุขภาพดีด้วยต้นทุนต่ำ	126
● จัดการแบบไม่สั่งการ : กลยุทธ์เสริมพลังชุมชนคนนาบัว	134
● สร้างเครือข่าย กระจายงบประมาณ พัฒนารฐานข้อมูล กลยุทธ์พัฒนาสุขภาพชุมชนคนโพธิ์ทอง	143
พลังแห่งการจัดการ (Smart Management : Excellent Outputs)	151-204
● การจัดการเพื่อสร้างคน สร้างทีม ในระบบสุขภาพชุมชน	152
● การจัดการข้อมูล	160
● “เป็นสุข” จัดการแบบธุรกิจ แต่กำไรให้สังคม	170
● การจัดการเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง	177
● การจัดการระบบการเยี่ยมบ้าน	187
● อุดรดิถีโมเดล...พลังวิชาการกับการเสริมพลังของชุมชน	193

A stylized graphic of an eye, composed of a white circle for the pupil and a white outline for the eye shape, set against a light gray background. The eye is positioned in the upper left quadrant of the page.

การจัดการระบบสุขภาพชุมชน : แนวโน้มและความท้าทาย



การจัดการใหม่ เพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน

นพ.ประเวศ วะสี

ระบบสุขภาพชุมชน จุดยุทธศาสตร์ของการแก้วิกฤตบริการ สุขภาพและวิกฤตชาติ

วิกฤตของสหรัฐอเมริกาเป็นตัวอย่างที่ดี

สหรัฐอเมริกาใช้งบประมาณถึง 17% ของจีดีพีเพื่อบริการสุขภาพ มีเทคโนโลยีที่ก้าวหน้าที่สุด มีบุคลากรที่ได้รับการศึกษาอบรมขั้นสูง แต่ระบบบริการสุขภาพของอเมริกาก็วิกฤต (Health Care Crisis) คนอเมริกันประมาณ 40 ล้านคน ไม่มีประกันสุขภาพ ประธานาธิบดีคลินตัน พยายามปฏิรูประบบบริการสุขภาพอเมริกันก็ไม่สำเร็จ โอบามาพยายามอีกก็นำไปสู่การทะเลาะกันใหญ่ เศรษฐกิจอเมริกันกำลังวิกฤตอย่างไม่มีทางออก รัฐบาลก็เป็นหนี้ล้นพ้นตัว แต่ไม่สามารถตัดรายจ่ายได้ รายจ่ายที่สำคัญคือหลักประกันสุขภาพ หลักประกันสังคม และค่าใช้จ่ายทางทหาร วิกฤตเศรษฐกิจและราคาอาหารที่แพงขึ้น ๆ คงจะนำไปสู่การจลาจล อย่างหลีกเลี่ยงไม่พ้น ดังที่เกิดขึ้นที่ฮ่องกงเมื่อเร็ว ๆ นี้

ระบบบริการสุขภาพไทยก็กำลังเดินเข้าไปสู่สภาพวิกฤตทำนองเดียวกับสหรัฐอเมริกา เพราะค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ทางการแพทย์ที่สูงขึ้น ๆ เราจึงต้องเรียนบทเรียนจากสหรัฐอเมริกาที่ว่า งบประมาณสูง เทคโนโลยีก้าวหน้า บุคลากรที่มีทักษะสูง ไม่เป็นหลักประกันว่าจะมีระบบบริการสุขภาพที่ดี ต้องคำนึงถึงระบบด้วย

ระบบบริการสุขภาพชุมชนที่ดีจะตอบ
โจทย์นี้ เพราะระบบบริการสุขภาพชุมชนที่ดี จะ
มีคุณลักษณะ 3 ประการ คือ

1. มีความทั่วถึง (Equity) เรียกว่า ทุกคน
ในชุมชนเข้าถึงบริการที่ใกล้บ้านใกล้ใจ
2. มีคุณภาพ (Quality) ไม่ใช่บริการแบบ
ลวก ๆ ลน ๆ ที่โรงพยาบาลใหญ่
3. มีประสิทธิภาพ (Efficiency) กล่าวคือ
ลงทุนน้อยแต่ให้ผลมาก

เมื่อระบบสุขภาพชุมชนดีมีความทั่วถึง
และคุณภาพดี ประชาชนส่วนใหญ่ก็ไม่ต้องไป
โรงพยาบาลใหญ่ ๆ ทำให้โรงพยาบาลเหล่านั้น
ไม่แน่น และหมดเปลืองเหมือนทุกวันนี้ ทำให้
มีเวลาที่จะให้บริการได้เพิ่มขึ้น จะลดความ
ขัดแย้งระหว่างแพทย์และญาติคนไข้ ลดการ
ฟ้องร้องแพทย์และโรงพยาบาลลง

การมีระบบบริการสุขภาพชุมชนที่ดีจึงควร
เป็นเป้าหมายร่วมของทุกฝ่าย

นอกจากนั้นคำว่าสุขภาพไม่ได้หมายถึง
หมอหยูกยาเท่านั้น แต่หมายถึง สุขภาวะทางกาย
ทางจิต ทางสังคม และทางปัญญา ซึ่งหมายถึง
การพัฒนาในเรื่องอื่น ๆ พร้อมไปอย่างบูรณาการ
ด้วย คือ เรื่องเศรษฐกิจ - จิตใจ - สังคม -
วัฒนธรรม - สิ่งแวดล้อม - สุขภาพ - การศึกษา -
ประชาธิปไตย ต้องพัฒนาพร้อมกันไปอย่าง
บูรณาการ

ฉะนั้น การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน
จึงเป็นการพัฒนาอย่างบูรณาการของชุมชน
พร้อมกันไปด้วย ชุมชนที่พัฒนาอย่างบูรณาการ
เป็นสังคมสันติสุข อาจถึงขั้นประจักษ์สวรรค์บนดิน
ชุมชนที่พัฒนาอย่างบูรณาการทั่วประเทศจะทำให้
ฐานของประเทศแข็งแรง ซึ่งจะรองรับประเทศ
ทั้งหมดให้มั่นคง ไม่หลุดลอยไปสู่วิกฤตการณ์
รุนแรงและความเสื่อมถอยอย่างที่กำลังเกิดขึ้น
ในโลกตะวันตกขณะนี้

ฉะนั้น เรื่องระบบสุขภาพชุมชนกับเรื่อง
ชุมชนเข้มแข็งหรือชุมชนจัดการตัวเองจึงอยู่ใน
กันและกัน และควรเป็นจุดยุทธศาสตร์ของ
ประเทศ ที่ทุกฝ่ายต้องเข้ามาร่วมกัน

การจัดการที่สำคัญที่สุดคือจัดการให้
ระบบสุขภาพชุมชนเป็นยุทธศาสตร์ของประเทศ
และจัดการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สู่ความสำเร็จ
นั่นคือการจัดการระดับที่ใหญ่ที่สุด แต่มีการ
จัดการระดับอื่น ๆ และเฉพาะประเด็นดังที่จะได้
กล่าวต่อไป

สร้างความเข้าใจว่าชุมชน คือจุดยุทธศาสตร์ชาติ

ชุมชนคือฐานของประเทศ

ชุมชนครอบคลุมทุกตารางนิ้วของแผ่นดิน
ไทย เป็นที่อยู่ของทรัพยากร เช่น ดิน น้ำ ป่า
แร่ธาตุ อาหาร เป็นที่อยู่ของคนส่วนใหญ่ของ

ประเทศ และเป็นที่อยู่ของภูมิปัญญาหรือวัฒนธรรม หรืออีกในหนึ่งเป็นความจริงของชีวิต และการอยู่ร่วมกัน

ในขณะที่ข้างบนของสังคมเป็นเรื่องของอำนาจ กฎหมาย เงิน และมายาคติต่าง ๆ ข้างล่างหรือชุมชนเป็นความจริงของชีวิตและการอยู่ร่วมกัน

ฉะนั้นการพัฒนาข้างบนที่เต็มไปด้วยมายาคติต่าง ๆ จึงยากและบิดเบี้ยวไปได้ง่าย แต่การพัฒนาที่ข้างล่างหรือชุมชนง่ายและตรงกว่า เพราะเป็นที่อยู่ของความจริงของชีวิตและการอยู่ร่วมกัน

ในขณะนี้ประเทศตะวันตก เช่น อังกฤษ และสหรัฐอเมริกา กำลังวิกฤตเศรษฐกิจและสังคม อย่างหนักอย่างไม่มีทางออก เพราะพัฒนาด้วยมายาคติมานาน ดังที่เรื่องเศรษฐกิจก็ไปเน้นที่เงิน ซึ่งเป็นมายาคติ และอยู่ในมือของคนส่วนน้อย ทำให้คนส่วนน้อยเอาเปรียบคนส่วนใหญ่ ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำมากเกินไป ความเหลื่อมล้ำนำไปสู่การจลาจล ดังที่เกิดที่อังกฤษเมื่อเร็ว ๆ นี้ และที่เกิดขึ้นที่นิวยอร์กในสหรัฐอเมริกา ภายหลังโดนเฮอริเคนคาทรีนาถล่ม เกิดการจี้ปล้นแย่งชิงโกลาหลทั้งเมือง ต้องใช้กองกำลังติดอาวุธเข้ามาควบคุม ความโกลาหลจะเกิดขึ้นอีกและขยายออกไปตราบดีที่มีความเหลื่อมล้ำมากเกิน เราจะเดินตามโมเดลของการพัฒนาของประเทศตะวันตกไม่ได้ เพราะเขาเองก็วิกฤตอย่างไม่มีทางออก

อนึ่งสภาวะโลกร้อนจะทำให้เกิดหายนะภัยต่าง ๆ มากขึ้นเรื่อย ๆ เช่น ลมพายุแรงจัด จะเรียกว่า เฮอริเคน ทอร์นาโด หรือไซโคลน หรือไต้ฝุ่นก็ตาม น้ำท่วมฉับพลัน ความแห้งแล้งและไฟป่า แผ่นดินไหวภูเขาไฟระเบิด จะเกิดโรคระบาดและการขาดแคลนอาหาร การแย่งชิงความโกลาหล และสงคราม

ในท่ามกลางวิกฤตการณ์ต่าง ๆ เหล่านี้ เราต้องตรึงฐานของประเทศให้แน่นหนาแข็งแรง จะได้ไม่โดนคลื่นวิกฤตซัดให้แตกสลาย ชุมชนคือฐานของประเทศ ถ้าชุมชนเข้มแข็งทุกด้านอย่างบูรณาการ ฐานของประเทศก็จะแข็งแรงและรองรับประเทศทั้งหมดให้มั่นคง

ฉะนั้นชุมชนคือจุดยุทธศาสตร์ของการพัฒนาประเทศ

คนไทยส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจว่าชุมชนคือจุดยุทธศาสตร์ของการพัฒนาประเทศ เพราะระบบการศึกษาปัจจุบันที่ดำเนินมา 100 กว่าปี ทำให้คนไทยทั้งมวลไม่รู้จักชุมชน คิดอะไรก็คิดอยู่แต่ข้างบน แล้วก็ไม่สำเร็จเพราะโลกข้างบนเป็นโลกของอำนาจและมายาคติ ถ้าคนข้างบนเข้าใจและเห็นคุณค่าของข้างล่างหรือชุมชน การพัฒนาประเทศจะตรงและได้ผล คนข้างบนที่เป็นผู้นำมี 5 ประเภท คือ นักการเมือง ข้าราชการ นักวิชาการ นักธุรกิจ สื่อมวลชน ถ้าชนชั้นนำเหล่านี้ได้ปฏิรูปข้างล่าง ประเทศจะไปถูกทิศทางมากขึ้น

ฉะนั้น การจัดการให้เกิดความเข้าใจว่าชุมชนคือจุลยุทธศาสตร์ จึงมีความสำคัญมาก โดยการจัดการการสื่อสารทุกรูปแบบและการพาไปดู

ความเข้าใจที่ถูกต้องจะให้กำลังใจแก่ผู้ทำงานชุมชน และทำให้เกิดนโยบายที่ถูกต้อง

กระบวนการชุมชน - ประชาธิปไตยชุมชน

ความเข้มแข็งของชุมชนคือหัวใจของการพัฒนา

ความเข้มแข็งของชุมชนเกิดจากกระบวนการรวมตัวร่วมคิดร่วมทำของคนในชุมชนหรือกระบวนการชุมชน ซึ่งประกอบด้วย

1) **สภาผู้นำชุมชน** คือการรวมตัวของผู้นำในชุมชนทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ผู้นำที่เป็นทางการในหนึ่งหมู่บ้านมี 3 คนเท่านั้น คือ ผู้ใหญ่บ้าน 1 กับสมาชิกสภาตำบลอีก 2 แต่ผู้นำที่ไม่เป็นทางการมีจำนวนมากได้แก่ผู้นำกลุ่มต่าง ๆ เช่น กลุ่มอาชีพ กลุ่มการเงิน กลุ่มสตรี กลุ่มอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม ฯลฯ อาจมี 40-50 คนในหนึ่งหมู่บ้าน สภาผู้นำชุมชนประกอบด้วยผู้นำชุมชนประมาณ 40-50 คน รวมตัวกัน สภาผู้นำชุมชนเป็นองค์กรชนิดหนึ่ง เป็นองค์กรจัดการ

2) **สำรวจข้อมูลชุมชน** สภาผู้นำชุมชนทำการสำรวจข้อมูลชุมชนข้อมูลชุมชนมีความสำคัญยิ่ง ซึ่งขาดไม่ได้ เพราะข้อมูลทำให้เกิดความเข้าใจตรงกัน และใช้เป็นเครื่องมือในการทำแผนชุมชน

3) **ทำแผนชุมชน** สภาผู้นำชุมชนใช้ข้อมูลมาทำแผนชุมชน แผนชุมชนเป็นแผนพัฒนาอย่างบูรณาการทุกด้าน

4) **เสนอแผนต่อสภาประชาชน** สภาประชาชนเป็นที่ประชุมของคนทั้งหมู่บ้าน เนื่องจากหมู่บ้านมีคนไม่มากนัก อาจ 500-1,000 คน จึงสามารถมีส่วนร่วมโดยตรง เป็นประชาธิปไตยโดยตรง (Direct Democracy) ไม่ต้องผ่านตัวแทน สภาประชาชนพิจารณาแผนชุมชน อาจเพิ่มหรือตัดทอนอย่างไรก็ได้แล้วแต่ที่ประชุม ในที่สุดสภาประชาชนมีมติรับรองแผนชุมชน

5) ร่วมกันขับเคลื่อนการพัฒนาตามแผนชุมชน เมื่อประชาชนทั้งชุมชนมีส่วนร่วมในการทำแผน จึงมีความเข้าใจและร่วมขับเคลื่อนการพัฒนาตามแผนได้

6) เกิดการพัฒนาอย่างบูรณาการ ขึ้นเป็นลำดับ ๆ เกิดสังคมसानติสุข

กระบวนการชุมชนเป็นประชาธิปไตย ชุมชน ที่ทุกคนมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นประชาธิปไตย สมานฉันท์ และประชาธิปไตยที่มีคุณภาพสูงมาก เพราะผู้นำที่ไม่เป็นทางการหรือผู้นำตามธรรมชาติ โดยทั่วไป มีคุณภาพสูงกว่าผู้นำประเภทอื่น ๆ เป็นประชาธิปไตยที่ใช้ความรู้และการจัดการ อันนำไปสู่การพัฒนาที่ทำให้ชีวิตและการอยู่ร่วมกันดีขึ้น จึงเป็นประชาธิปไตยอรรถประโยชน์ ต่างจากประชาธิปไตยระดับชาติ ซึ่งไม่ว่าจะเป็นประชาธิปไตยสมานฉันท์ หรือประชาธิปไตยคุณภาพ หรือประชาธิปไตยอรรถประโยชน์

ประชาธิปไตยชุมชน เป็นประชาธิปไตย ที่ฐานรากของสังคม ถ้าประชาธิปไตยชุมชนเข้มแข็ง และทั่วถึง จะทำให้ประชาธิปไตยท้องถิ่น และประชาธิปไตยระดับชาติมีคุณภาพสูงขึ้น

เนื่องจากกระบวนการชุมชน หรือประชาธิปไตยชุมชนเป็นหัวใจของการพัฒนาชุมชน ไม่ว่าการพัฒนาใด ๆ เกี่ยวกับชุมชน รวมทั้งการพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน ต้องใส่ใจต่อการจัดการส่งเสริมให้มีกระบวนการชุมชนเข้มแข็ง

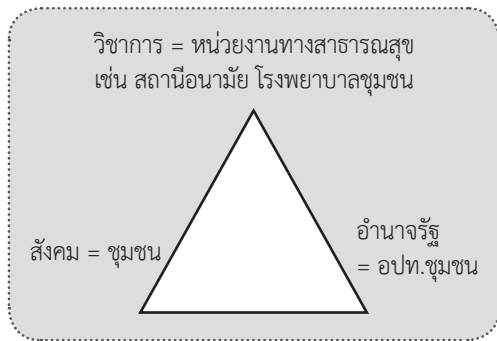
ถ้าเข้าใจหลักการ องค์กรใด ๆ ก็ส่งเสริมชุมชนเข้มแข็งได้ เช่น องค์กรปกครองท้องถิ่น องค์กรทางสาธารณสุข องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรภาคธุรกิจ หรือองค์กรทางวิชาการ หลักการคือส่งเสริมการรวมตัวร่วมคิดร่วมทำของคนในชุมชน จนเกิดองค์กรชุมชน เช่น สภาประชาชน ตามที่กล่าวข้างต้น

ชุมชนเมืองจะเกิดยากกว่าชุมชนชนบท เพราะมีลักษณะตัวใครตัวมันมากกว่า และการที่จะมารวมตัวร่วมคิดร่วมทำยาก เพราะต่างคนต่างยุ่งในการทำมาหากินของตัวเอง วิธีหนึ่งที่จะทำให้เกิดชุมชนเมืองคือใช้การวิจัยพื้นที่นำ วิจัยให้รู้ประวัติศาสตร์และรากเหง้าของคนในพื้นที่ แล้วเอาข้อมูลไปให้คนในชุมชนดู ประวัติศาสตร์และรากเหง้าของคนในชุมชนจะเป็นจุดดึงดูดให้คนในชุมชนมารวมตัวกัน มหาวิทยาลัยต่าง ๆ มีนักศึกษาปริญญาโทมาก ซึ่งบางทีก็ไม่รู้จะวิจัยในหัวข้ออะไร ซึ่งน่าจะวิจัยโดยทำข้อมูลชุมชนเพื่อส่งเสริมให้เกิดชุมชนเมือง

องค์กรปกครองท้องถิ่นกับ “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” ในพื้นที่

องค์กรปกครองท้องถิ่น (อปท.) มี 3 ประเภท คือ อบต. เทศบาล และ อบจ. องค์กรปกครองท้องถิ่นมีความสำคัญต่อระบบสุขภาพชุมชนเป็นอย่างยิ่งที่จะขาดเสียมิได้ ชุมชนนั้นเป็นภาคประชาชน อปท. เป็นองค์กรของรัฐ

ตามหลัก “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” ว่า การจะทำอะไรให้สำเร็จ 3 องค์ประกอบต้อง เข้ามาเชื่อมโยงกัน คือวิชาการ สังคม และอำนาจรัฐ



รูปที่ 1 “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” ในระบบสุขภาพชุมชน

องค์กรวิชาการในระบบสุขภาพชุมชน คือ สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน และองค์กร วิชาการอื่น ๆ

สังคม คือ ชุมชนและกระบวนการชุมชน

อำนาจรัฐ คือ อบต.

การจัดการระบบสุขภาพชุมชน ต้อง จัดการให้องค์ประกอบทั้ง 3 ของ “สามเหลี่ยม เขยื้อนภูเขา” เข้ามาเชื่อมโยงกัน การวิจัยและ การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน คือการวิจัยและ การพัฒนา “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” ในระบบ สุขภาพชุมชน

สร้างวิสัยทัศน์และเป้าหมายร่วมของ ระบบสุขภาพชุมชน

การจัดการใหม่คือการทำให้เกิดวิสัยทัศน์ ร่วม (Shared Vision) เพราะบุคคลและองค์กร ที่เกี่ยวข้องมีจำนวนมาก ถ้าต่างคนต่างเห็นต่างคน ต่างทำก็จะมีพลัง หรืออาจทอนกำลังกันเอง เพราะฉะนั้นต้องมีการจัดการให้บุคคลและ องค์กรที่เกี่ยวข้องมีวิสัยทัศน์ร่วม วิสัยทัศน์ร่วม จะทำให้เกิดการรวมพลังไปทิศทางเดียวกัน เมื่อ มีวิสัยทัศน์ร่วมแล้วก็ตั้งเป้าหมายร่วม เมื่อมี วิสัยทัศน์และเป้าหมายร่วมแล้วจะเกิดพลังสูง ประจักษ์แจ้งเลเซอร์ที่เกิดจากการจูนคลื่นแสง เข้ามาด้วยกัน

บทบาทของผู้นำคือการสื่อสารอย่าง ทัวถึงเพื่อสร้างวิสัยทัศน์และเป้าหมายร่วม ผู้นำ ทุกระดับต้องเป็นผู้สื่อสารเพื่อสร้างวิสัยทัศน์และ เป้าหมายร่วม

การจัดการใหม่อีกอย่างหนึ่ง คือการ สื่อสารเพื่อสร้างเป้าหมายและวิสัยทัศน์ร่วม

ตัวอย่างของเป้าหมายของระบบสุขภาพ ชุมชน

ถ้าระบบสุขภาพชุมชนจะมีเป้าหมาย ดังต่อไปนี้ (รูปที่ 2)

1) เป็นสังคมที่คนไทยไม่ทอดทิ้งกัน โดย อบต. จัดการสำรวจคนทั้งตำบลว่ามีใครอยู่ในวัย จะถูกทอดทิ้งบ้าง เช่น คนแก่ คนพิการ เด็กกำพร้า แล้วจัดให้มีอาสาสมัครดูแลหมดทุกคน โดยใช้

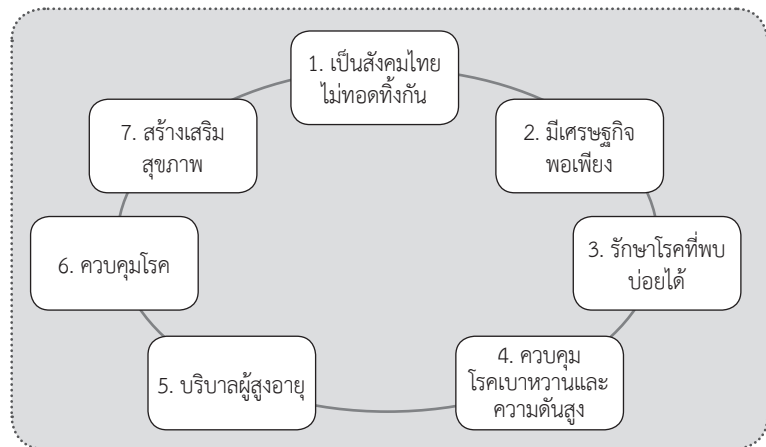
กองทุนสุขภาพตำบล ที่ สปสช. ออกให้ 40 บาทต่อคน ถ้าในตำบลมีประชากรหมื่นคน ก็จะมีเงินเข้ากองทุน 400,000 บาท อบต. อาจจะออกสมทบอีก 100,000 บาท พอเพียงที่จะไปดูแลกันระดับหนึ่ง อาสาสมัครดูแลคนพิการ อาจต้องการการสนับสนุนทางวิชาการ ต้องมีการจัดการว่าสถานีนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด และมหาวิทยาลัย จะเข้ามาสนับสนุนวิชาการได้อย่างไร

2) มีเศรษฐกิจพอเพียง ทุกคนมีงานทำมีอาหารกินอิ่ม การทำเกษตรผสมผสานจะเป็นอาชีพหลักที่ให้ความมั่นคงทางอาหาร การมีเศรษฐกิจพอเพียงเป็นปัจจัยที่สำคัญมากต่อการสุขภาพดี

3) รักษาโรคที่พบบ่อยได้ เช่น เป็นหวัด เจ็บคอ ปวดท้อง ท้องเดิน ฯลฯ

4) ควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้หมดทุกคน โดยการสำรวจและวินิจฉัยโรค และให้การรักษาดูแลโดยใกล้ชิด ถ้าสามารถควบคุมโรคเบาหวานและความดันสูงได้ทั่วประเทศ จะตัดภาระโรคและการะบริการลงไปได้มาก ประเทศคงประหยัดการสูญเสียไปได้ประมาณแสนล้านบาท

5) บริบาลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่บ้านอย่างทั่วถึง โดยญาติ อาสาสมัครผู้บริบาล และพยาบาลเยี่ยมบ้าน



รูปที่ 2 ตัวอย่างเป้าหมายของระบบสุขภาพชุมชน

6) **ควบคุมโรคได้** เช่น โรคไข้เลือดออก โรคซาร์ส โรคไข้หวัดนก ชุมชนเข้มแข็งจะควบคุมโรคได้

7) **สร้างเสริมสุขภาพ** อะไรที่ทำให้มีสุขภาพดีก็ช่วยกันทำอย่างเต็มที่

อาจเพิ่มเป้าหมายมากกว่านี้ตามที่ตกลงกัน เช่น สามารถดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาฉุกเฉิน อบอุ่นมีโรงพยาบาลที่เตรียมพร้อม 24 ชั่วโมง เพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาล ฯลฯ

การยกตัวอย่างเป้าหมาย 7 ประการของระบบสุขภาพชุมชน เพื่อให้มีมิติทัศน์ว่า ระบบสุขภาพทำให้เกิดเรื่องดี ๆ ต่อชีวิตความเป็นอยู่อย่างไรบ้าง และถ้าบรรลุเป้าหมายดังที่ว่านี้ ชุมชนจะมีความสุขสักเพียงใด ซึ่งไม่ไกลจากที่เรียกว่า สวรรค์บนดิน

หมออนามัยและนักสุขภาพครอบครัว

นายแพทย์นิทัศน์ รวยยาว ผู้ตรวจราชการสาธารณสุขเขตอีสานเหนือ ได้ทดลองนวัตกรรมบุคลากรที่สามารถให้บริการได้ทั่วถึง ที่เรียกว่า นักสุขภาพครอบครัว (นศค.) นศค.เป็นผดุงครรภ์ หรือพนักงานอนามัย หรือพยาบาล นศค. แต่ละคนได้รับเครื่องมือ 3 ชิ้น คือ จักรยานยนต์ 1 คัน คอมพิวเตอร์โน้ตบุ๊ก 1 ตัว โทรศัพท์มือถือ 1 เครื่อง และดูแลประชากร 1,200 คน อย่างใกล้ชิด นศค. มีข้อมูลของประชาชนแต่ละคนอยู่ในคอมพิวเตอร์

เช่น ส่วนสูง น้ำหนัก เส้นรอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต ฯลฯ มีการติดต่อดูแลกันอย่างใกล้ชิด โดยจักรยานยนต์ไปถึงบ้านหรือพูดคุยกันด้วยโทรศัพท์มือถือ นศค. สามารถจัดการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่สถานีนานามัยหรือโรงพยาบาลชุมชน

นี่เป็นตัวอย่างของบริการใกล้บ้านใกล้ใจ คนไทยทุกคนมีหมอประจำครอบครัว

เป็นรูปแบบที่สามารถไปทุกตำบลทั่วประเทศ และทำให้การควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงทั้งประเทศเป็นจริงได้ เป็นหลักการที่สามารถปรับใช้สำหรับบริการปฐมภูมิด้วย จึงสมควรที่ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายจะเข้ามาศึกษาทำความเข้าใจและพัฒนา ทั้งในระดับพื้นที่และระดับนโยบาย

เครือข่ายหมออนามัยในทุกจังหวัดควรรวมตัวกัน และได้รับการสนับสนุนให้มีบทบาทในการปฐมภูมิเช่นนี้อย่างจริงจัง

แม้บุคลากรสาธารณสุขทุกชนิดควรมีวิสัยทัศน์และทักษะในเรื่องสุขภาพชุมชน พยาบาลคือพลังหลัก เพราะมีจำนวนมากและเป็นบุคลากรพหุศักยภาพ คือเป็นพยาบาลก็ได้ รักษาโรคก็ได้ ควบคุมโรคก็ได้ และส่งเสริมสุขภาพก็ได้ เป็นนักวิจัยก็ได้ เป็นครูก็ได้ เป็นผู้จัดการก็ได้ ขณะนี้มีพยาบาลทั้งประเทศอยู่ประมาณ 150,000 คน มีสถาบันการผลิตคือคณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาลัยการพยาบาลรวมกันกว่า

70 แห่ง และกำลังเพิ่มขึ้น ความต้องการพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล และผู้บริบาลนั้นมหาศาลยิ่งนัก ทั้งในประเทศและต่างประเทศ เราควรเป็นมหาอำนาจในการพยาบาล

ในแต่ละจังหวัดมีพยาบาล 1,000-2,000 คน หรือกว่าในจังหวัดที่ใหญ่ ส่วนใหญ่อยู่ที่โรงพยาบาลจังหวัด นอกจากนั้นอยู่ที่โรงพยาบาลชุมชน สถานือนามัย และที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และอำเภอ

พยาบาลทั้งจังหวัดควรเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

พยาบาลที่โรงพยาบาลจังหวัด ไม่ว่าจะเป็นพยาบาลเฉพาะทางอย่างไร ก็จะมีโอกาสเป็นอาสาสมัครไปทำงานที่โรงพยาบาลชุมชน เพราะการทำงานจำเจอยู่ในห้องผ่าตัดบ้าง ในไอซียูบ้าง ไม่ได้ต่อสุขภาพจิต การได้ไปสัมผัสธรรมชาติและความเป็นจริงของชีวิตในชุมชน จะทำให้สดชื่น มีมุมมองใหม่ ทักษะใหม่ ถ้าไปทำงานในโรงพยาบาลชุมชนและในชุมชน พยาบาลทุกคนจะกลายเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติ-พยาบาลชุมชน ไปโดยอัตโนมัติ เพราะได้เรียนรู้ในฐานปฏิบัติจริง (Context-Based Learning = CBL) ดีกว่าการไปเรียนแบบเอาวิชาเป็นตัวตั้งในสถาบันการศึกษา

โรงพยาบาลจังหวัดสามารถเปิดคลินิกพยาบาลเวชปฏิบัติเพื่อให้บริการปฐมภูมิ ซึ่งจะแบ่งเบาภาระของแพทย์และทำให้คุณภาพดีขึ้น

พยาบาลทั้งจังหวัดควรจะเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่าย จากสถานือนามัยถึงโรงพยาบาลชุมชน ถึงโรงพยาบาลจังหวัด เครือข่ายพยาบาลที่เชื่อมโยงกันทั้งจังหวัด นอกจากจะไปทำให้บริการสุขภาพชุมชนเข้มแข็งขึ้น ยังให้คำตอบแก่การส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งทำไม่สำเร็จมานาน ที่ไม่สำเร็จเพราะเน้นที่แพทย์เป็นผู้ส่งต่อ แต่แพทย์ก็มีภาระยุ่งเกินหนักหนา และต้องยุ่งกับเทคโนโลยีต่าง ๆ การส่งต่อต้องทำด้วยใจ พยาบาลนั้นโดยหน้าที่จะใกล้ชิดกับอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติ มากกว่าแพทย์ ถ้าพยาบาลทั้งจังหวัดได้เชื่อมโยงเป็นเครือข่ายเดียวกันด้วยหัวใจของพยาบาลชุมชน การสามารถทำการส่งต่อผู้ป่วยทั้งขึ้นและลง ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

นักศึกษาพยาบาลในคณะพยาบาลศาสตร์ และวิทยาลัยพยาบาลทั้งหมด ควรมีหลักสูตรพยาบาลชุมชนภาคปฏิบัติ โดยไปทำงานที่โรงพยาบาลชุมชน สถานือนามัยและในชุมชน นักศึกษาพยาบาลเป็นหมื่นคนก็จะไปส่งเสริมความเข้มแข็งของระบบสุขภาพชุมชน และเป็นการสร้างพยาบาลในอนาคตที่มีจิตใจและทักษะชุมชน

ขณะนี้มีความร่วมมือระหว่าง อบต. – คณะพยาบาลศาสตร์ – โรงพยาบาลชุมชน ในการผลิตพยาบาลชุมชน โดย อบต. เป็นผู้คัดเลือกคนในชุมชนไปเรียนพยาบาลโดยออกค่าเล่าเรียนให้ เมื่อจบแล้วไปเป็นพยาบาลของชุมชนโดย อบต.

เป็นผู้จ่ายเงินเดือน การมีพยาบาลอยู่ในชุมชนเลย จะช่วยให้บริการสุขภาพชุมชนมีความทั่วถึง และคุณภาพดีขึ้น โครงการนี้กำลังขยายตัวมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยมีสภาการพยาบาล และคณะพยาบาลศาสตร์/วิทยาลัยการพยาบาล หลายแห่งร่วมกัน โดยมีคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นเป็นผู้ประสานงาน

ถ้าองค์กรพยาบาลทั้งหมดเชื่อมโยงกัน เป็นเครือข่าย มีวิสัยทัศน์และเป้าหมายร่วมกันในเรื่องพยาบาลกับระบบสุขภาพชุมชน ระบบสุขภาพชุมชนจะเข้มแข็งยิ่งขึ้น และประเทศไทยจะเป็นมหาอำนาจทางการพยาบาล

โรงพยาบาลชุมชน กับคณะแพทยศาสตร์

โรงพยาบาลชุมชนอยู่ตรงรอยต่อของระบบสุขภาพชุมชน โดยสนับสนุนงานบริการสุขภาพและงานวิชาการต่องานของสถานอนามัย และงานในชุมชน ในขณะที่เดียวกันมีศักยภาพที่จะประสานกับองค์กรอื่น ๆ อีกมากมาย

โรงพยาบาลชุมชนที่เข้มแข็งจะเป็นสถาบันที่ฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุขอย่างดี ทั้งแพทย์ พยาบาลและบุคลากรอื่น ๆ การที่โรงพยาบาลชุมชนจะเป็นสถาบันฝึกอบรมบุคลากรไปด้วย จะมีคนมาช่วยทำงานมากขึ้น การพัฒนาบุคลากรในระบบบริการกำลังเป็นแนวคิดใหม่ของศตวรรษที่ 21

ระบบพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขปัจจุบันขึ้นกับข้อเสนอแนะของ Abraham Flexner เมื่อ ค.ศ. 1910 อันได้แก่ระบบที่เรียกว่า Science-based คือ มีฐานอยู่ในวิทยาศาสตร์ เมื่อเวลาผ่านไปหนึ่งศตวรรษถึง ค.ศ. 2010 คณะกรรมการระดับโลก ซึ่งมี Julio Frenk และ Lincoln Chen เป็นผู้นำมีความเห็นวาระระบบนี้ไม่เหมาะสมสอดคล้องกับสภาวะการณ์ในปัจจุบัน ปัจจุบันมีปัญหาเชิงระบบมาก แต่แพทย์และบุคลากรสาธารณสุขอื่น ๆ ที่ผลิตในฐานวิทยาศาสตร์ไม่เข้าใจระบบ คณะกรรมการคณะนี้เห็นว่า ควรมีการปฏิรูปการผลิตบุคลากรสาธารณสุข คือ แทนที่จะเอาวิทยาศาสตร์เป็นตัวตั้งควรจะเป็นเป็นเอาระบบเป็นตัวตั้ง (System oriented)

การส่งนักศึกษาไปเรียนรู้จากการปฏิบัติที่โรงพยาบาลชุมชน คือการผลิตบุคลากรสาธารณสุขโดยเอาระบบบริการเป็นตัวตั้ง ทั้งนี้มิได้หมายความว่าท้อถอยทั้งวิทยาศาสตร์ เพราะวิทยาศาสตร์ก็เป็นส่วนหนึ่งของระบบ

คณะแพทยศาสตร์ของทั้งหมด ควรศึกษา รายงานของ Frenk และ Chen แล้วส่งเสริมความเข้มแข็งของโรงพยาบาลชุมชน และส่งนักศึกษาแพทย์ไปฝึกงานที่โรงพยาบาลชุมชนให้มากขึ้น ลดการปฏิบัติงานในระดับตติยภูมิลง

บทบาทของคณะแพทยศาสตร์ต่อโรงพยาบาลชุมชนจะพลิกโฉมระบบสุขภาพชุมชนและพลิกโฉมแพทยศาสตร์ศึกษา

ความคิดเก่าและการจัดการเก่า

วิกฤตการณ์ต่าง ๆ จากความล้มเหลวของการพัฒนาต่าง ๆ เช่น การเมือง เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ทุกอย่างยากไปหมด และทำให้สำเร็จไม่ได้ ถึงจะถกเถียงต่อสู้กันอย่างไร ๆ ก็ทำให้สำเร็จไม่ได้ ความไม่สำเร็จทำให้ปัญหามานปลาย และขัดแย้งกันมากขึ้น แต่ก็ยังมุ่งต่อสู้กันมากกว่าการมุ่งทำให้สำเร็จ การบริหาร การต่อสู้กับการบริหารให้เกิดความสำเร็จไม่เหมือนกัน และใช้สมองคนละส่วน การต่อสู้กันนั้นง่ายกว่า และใช้สมองส่วนหลัง ซึ่งเป็นสมองสัตว์เลื้อยคลาน ที่ว่าง่ายกว่าก็คือเพียงสร้างศัตรูร่วมและรวมกำลังไปสู้ ในการต่อสู้นั้นคำนึงถึงความจริงและศีลธรรมน้อย เมื่อต่อสู้ไปนานเกินก็เกิดความเคยชินของการใช้สมองส่วนหลังที่ไม่คำนึงถึงความจริง และศีลธรรม แม้เมื่อต่อสู้ชนะมาแล้ว ก็บริหารจัดการเพื่อความสำเร็จของการพัฒนาไม่เป็น การพัฒนาต้องใช้สมองส่วนหน้า เมื่อ

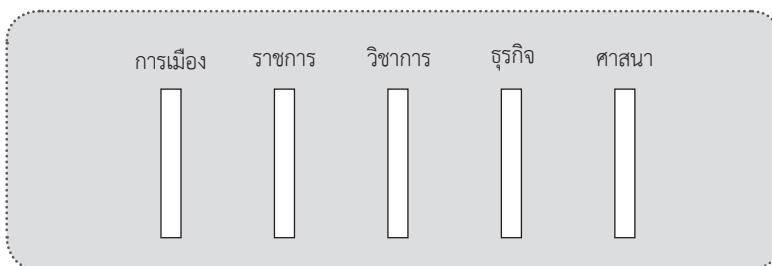
พัฒนางานต่าง ๆ ไม่สำเร็จก็เกิดความสับสน วุ่นวายต่อไป ปัญหาต่าง ๆ ก็จะสะสมเพิ่มพูนขึ้น จนถึงขั้นวิกฤต และอาจเกิดมิคสัญญีภัยได้

ฉะนั้น จึงควรสนใจทำให้เกิดความสำเร็จในงานพัฒนาต่าง ๆ ความคิดเก่า ๆ การจัดการแบบเก่า ๆ ทำให้สำเร็จไม่ได้ จำเป็นต้องมีความคิดใหม่ และการจัดการใหม่

ความคิดเก่าและการจัดการเก่าคืออะไร

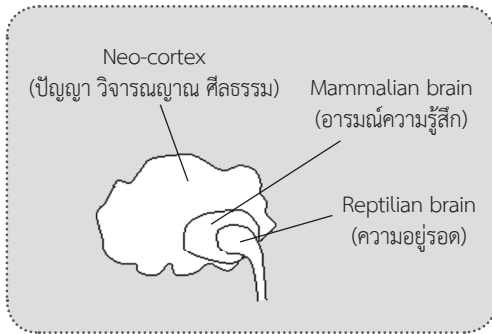
ความคิดเก่าและการจัดการเก่า คือ การคิดเชิงอำนาจกับการจัดการเชิงอำนาจ การจัดการเชิงอำนาจคือ การใช้อำนาจจากบนลงล่าง ที่เรียกว่า Top down ทุกหนทุกแห่งล้วนเป็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจ ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว ในโรงเรียน หรือในองค์กร ความสัมพันธ์เชิงอำนาจเป็นความสัมพันธ์ทางตั้ง หรือเป็นแท่ง ๆ

รูปแบบของความสัมพันธ์มีผลกระทบอย่างลึกซึ้งต่อโครงสร้างของสมอง ความรู้สึกนึกคิด และพฤติกรรม ซึ่งควรจะทำให้ความเข้าใจ



รูปที่ 3 ความสัมพันธ์เชิงอำนาจ จากบนลงล่าง เป็นความสัมพันธ์ทางตั้ง

สมองของมนุษย์ประกอบด้วย 3 ชั้น ชั้น
ในสุด สืบเนื่องมาจากสมองสัตว์เลื้อยคลาน
(Reptilian brain) ทำหน้าที่เกี่ยวกับความ
อยู่รอด ชั้นกลางสืบเนื่องมาจากสัตว์เลี้ยงลูก
ด้วยนม (Mammalian brain) ทำหน้าที่เกี่ยวกับ
อารมณ์ความรู้สึก



รูปที่ 4 สมอง 3 ชั้น

สมองชั้นนอก Neo-cortex เป็นสมอง
แห่งความเป็นมนุษย์ ทำหน้าที่เกี่ยวกับสติปัญญา
ชั้นสูง วิจารณ์ญาณ ศีลธรรม สมองสัตว์เลื้อย
คลานค่อนข้างหลัง บางทีเรียกสมองส่วนหลัง
(Hind brain) สมองมนุษย์อยู่ค่อนข้างหน้า
บางทีเรียกสมองส่วนหน้า (Fore brain) ถ้าใช้
สมองส่วนหลังมาก หนักไปทางการต่อสู้ ความดิบ
ความเถื่อน ถ้าใช้สมองส่วนหน้ามากจะหนักไป
ทางใช้สติปัญญา วิจารณ์ญาณ และศีลธรรม

การใช้อำนาจจะไปกระตุ้นสมองส่วนหลัง
ทำให้มีความดิบ ความเถื่อน ถ้าผู้ใหญ่ใช้อำนาจ
กับเด็ก ครูใช้อำนาจกับนักเรียน นายใช้อำนาจกับ
ลูกน้อง ศีลธรรมไม่เกิด แต่ถ้าเด็กก็ดี นักเรียนก็ดี
ลูกน้องหรือผู้ปฏิบัติงานในองค์กรก็ดี มีโอกาส
คิดเองจะไปกระตุ้นสมองส่วนหน้าให้เจริญ ทำให้
เกิดสติปัญญา วิจารณ์ญาณและศีลธรรม

ฉะนั้นการบริหารจัดการแบบเก่า คือการ
ใช้อำนาจดังลงไป ผู้คนในองค์กรจะไม่ใช้สติปัญญา
และมีพฤติกรรมเบี่ยงเบน เช่น เฉื่อยงาน ลอบ
ทำร้ายกัน แสวงหาอิทธิพล นินทาว่าร้าย

ฉะนั้น ในการบริหารจัดการแบบเก่า ผู้คน
จะขาดความสุข ความสร้างสรรค์ มีพฤติกรรม
ทางลบ จึงขาดความสำเร็จ องค์กรต่าง ๆ ใน
สังคม ล้วนเป็นโครงสร้างทางดิ่ง ไม่ว่าจะจะเป็น
ในระบบการเมือง ราชการ วิชาการ ธุรกิจ หรือ
ศาสนา (ดูรูปที่ 3) การขาดความสุขและความ
สำเร็จจึงแผ่ซ่านทั่วไป

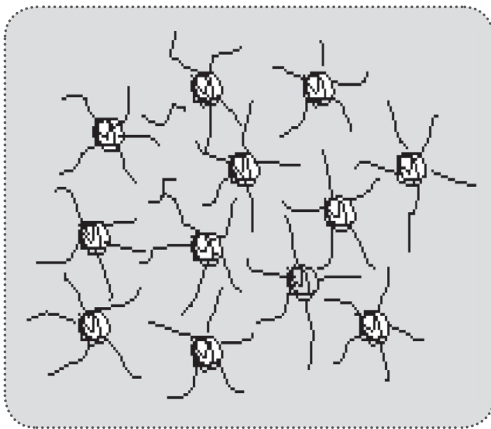
นอกจากนั้นการบริหารจัดการแบบทางดิ่ง
ยังทำให้แยกเป็นส่วน ๆ ตามสายบังคับบัญชา ใน
ขณะที่การพัฒนาคือความเชื่อมโยง การบริหาร
จัดการแบบใช้อำนาจดังทำให้เกิดการแยกส่วน
เชื่อมโยงกันไม่ได้ อะไรที่แยกส่วนจะนำไปสู่การ
เสียสมดุลและวิกฤตการณ์

การคิดแบบเก่า ๆ และจัดการแบบเก่า ๆ
จึงนำไปสู่ความทุกข์และความไม่สำเร็จประโยชน์

วิธีคิดใหม่ และการจัดการใหม่

วิธีคิดใหม่ คือ การเคารพศักดิ์ศรี และคุณค่าความเป็นคนของคนทุกคน เห็นว่าบุคคลและองค์กรทั้งหมดมีความสำคัญต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลวของภาระงาน ใครจะเก่งไปคนเดียวไม่ได้ แต่ต้องอาศัยการเรียนรู้ร่วมกันในการปฏิบัติ (Interactive learning through action)

โครงสร้างของความสัมพันธ์ใหม่ ไม่เป็นทางดิ่งดังในรูปที่ 3 แต่เป็นความสัมพันธ์ทางราบ (รูปที่ 5) บุคคลและองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมีความเป็นอิสระ ไม่มีใครมีอำนาจเหนือใคร แต่เข้ามาเกี่ยวข้องสัมพันธ์โดยมีการเรียนรู้ร่วมกันในการปฏิบัติ การจัดการใหม่คือการจัดการให้มีการเรียนรู้ร่วมกันในการปฏิบัติ



รูปที่ 5 ความสัมพันธ์ทางราบ ที่บุคคล และ องค์กรต่าง ๆ เข้ามาเชื่อมโยงด้วยความสนใจ

การจัดการเก่า คือ การใช้อำนาจสั่งการแบบในระบอบราชการ โดยไม่ต้องใช้ความรู้ และการเรียนรู้ จึงไม่สำเร็จประโยชน์

หรือแม้จัดการโดยใช้ความรู้เก่าที่สำเร็จรูปก็ไม่ทำให้เกิดความสำเร็จ

งานทุกอย่างมีบริบทเฉพาะของมัน มีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องไม่เหมือนกัน การทำงานโดยใช้ความรู้สำเร็จรูป เช่น วิชาต่าง ๆ ที่เคยเรียนมา จึงไม่สำเร็จประโยชน์ ผู้เกี่ยวข้องต้องเรียนรู้ในบริบทของงานนั้น ๆ จากการปฏิบัติ การเรียนรู้โดยใครคนใดคนหนึ่ง ต่อให้เก่งเท่าไรก็ไม่สำเร็จ เพราะคนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ถ้าไม่ได้เรียนรู้ก็จะ เป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จ นี่เป็นที่มาของการเรียนรู้ร่วมกันในการปฏิบัติ ซึ่งจะต้องสนใจตรงนี้ให้ดี ๆ เพราะเป็นหัวใจของความสำเร็จ แต่คนส่วนใหญ่ยังคุ้นชินอยู่กับความสัมพันธ์แบบเก่า ๆ คือสัมพันธ์กันด้วยอำนาจ โดยไม่เรียนรู้ เช่น

คณะกรรมการใช้อำนาจกำหนดหรือสั่งการโดยไม่ได้ร่วมเรียนรู้ คณะกรรมการจะเป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จ เป็นต้นเหตุของความพิการแต่กำเนิดขององค์กร ผู้ก่อตั้งองค์กรจะต้องระวังตรงนี้ให้ดี ๆ ถ้าพรรคพวกตั้งคณะกรรมการขึ้นมา โดยคณะกรรมการไม่ได้รับร่วมเรียนรู้ คณะกรรมการจะเป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จ

ผู้ประเมินโครงการหรือองค์กร ถ้าคิดว่ามีอำนาจที่จะตัดสินโดยไม่ได้รับร่วมเรียนรู้ ก็จะเป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จ

ผู้บริหาร ถ้าบริหารโดยใช้อำนาจ แต่ไม่ได้
ร่วมเรียนรู้ก็จะนำมาซึ่งความล้มเหลว

องค์กร แม้มีความสำเร็จ แต่ถ้าไม่เป็น
องค์กรเรียนรู้เพื่อปรับตัวอย่างต่อเนื่อง ความ
สำเร็จก็จะนำไปสู่ความล้มเหลว

การเรียนรู้ร่วมกันในการปฏิบัติ จึงเป็น
เครื่องมือของความสำเร็จ

การที่จะเกิดการเรียนรู้ร่วมกันต้องมี
ธรรมชาติอยู่ชุดหนึ่ง อาจเรียกว่า **ธรรมชาติแห่งการเรียนรู้ร่วมกัน** นั่นคือ ความเอื้ออาทร ความเปิดเผย
ความจริงใจต่อกัน โดยทั่ว ๆ ไปมักไม่เรียนรู้
ร่วมกัน เพราะความรังเกียจ ความหมั่นไส้ หรือ
อคติอื่น ๆ ที่มีต่อกัน การที่จะเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน
จึงต้องสละอคติต่าง ๆ เหล่านี้ หรืออาจเรียกว่า
เปลี่ยนมุมมองใหม่ และเปลี่ยนความคิดใหม่ต่อ
คนอื่น โดยมองเห็นคุณค่าในตัวของคนทุกคน
คนทุกคนมีความรู้ในตัวเองที่ได้มาจากการประสบการณ์
และการทำงาน อย่าไปมองว่าเขามีวุฒิปัญญา
อะไรหรือเปล่า ความที่เขาแตกต่างจากเรานั้นเป็น
ของดี เราจะได้เรียนรู้จากเขา เมื่อเราเปลี่ยน
มุมมองเกี่ยวกับคนอื่นและเห็นคุณค่าของคนทุกคน
เราจะเกิดความสุขในตัวเอง และเมื่อทำงาน
ร่วมกันไปจะยิ่งเกิดความสุขเพิ่มขึ้น ๆ และเกิด
ความเชื่อถือไว้วางใจกัน (Trust) ความเชื่อถือ
ไว้วางใจกันจะทำให้เกิดความสุขและพลังใน
องค์กรที่จะทำให้เรื่องยาก ๆ กลายเป็นเรื่องง่าย

นักจัดการใหม่จึงควรมีทัศนคติและทักษะ
ในการจัดการเรียนรู้ร่วมกันในการปฏิบัติ

การจัดการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

เนื่องจากระบบสุขภาพชุมชนมีบุคลากร
และองค์กรที่เกี่ยวข้องจำนวนมาก การจัดการ
ระบบสุขภาพชุมชนจึงมีหลายจุด หลายระดับ
และหลายมิติ ซึ่งมีการจัดการในระดับและมิติ
ต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

ก. หน่วยการจัดการระบบสุขภาพชุมชน

1) **สภาผู้นำชุมชน** ในระดับชุมชนหรือ
หมู่บ้าน ทำแผนชุมชน และขับเคลื่อนการพัฒนา
ชุมชนอย่างบูรณาการ ในแผนอย่างบูรณาการ
มีแผนการพัฒนาสุขภาพชุมชนด้วย สภาผู้นำ
ชุมชนตั้งเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพชุมชน
ในหมู่บ้านของตน และขับเคลื่อนการพัฒนาให้
บรรลุเป้าหมาย โดยเชื่อมโยงกับ อบต. และสถานี
อนามัย

2) **อบต.** ส่งเสริมความเข้มแข็งของ
สภาผู้นำชุมชนในทุกหมู่บ้านในตำบลของตน
ประสานงานกับสภาผู้นำชุมชน สถานีอนามัย
โรงพยาบาลชุมชน สปสข.เขตและองค์กรที่
เกี่ยวข้องอื่นใด เพื่อสร้างเป้าหมายร่วมและ
ขับเคลื่อนให้บรรลุเป้าหมายของสุขภาพชุมชน
ตั้งและบริหารกองทุนสุขภาพชุมชนร่วมกับ
สปสข. ร่วมกันโรงพยาบาลชุมชนและคณะ
พยาบาลศาสตร์/วิทยาลัยการพยาบาล ทำการ
ผลิตพยาบาลของชุมชน และบรรจุเข้าทำงานใน
ชุมชน จัดหารถพยาบาลที่พร้อมนำผู้ป่วยส่งต่อได้
ตลอดเวลา 24 ชั่วโมง

3) สถานีอนามัยหรือรพ.สต. ทำงานเชื่อมโยงกับชุมชนและอบต. ตั้งเป้าหมายร่วมและให้บริการ จัดให้มีนักสุขภาพครอบครัวที่สามารถดูแลประชาชนได้ทั้งตำบล โดย นสค. คนหนึ่งดูแลประชาชนประมาณ 1,200 คน มี นสค. จำนวนมากพอที่จะดูแลคนได้ทั้งตำบล คนทุกคนจะได้รับการบริการขั้นเยี่ยม ซึ่งหาไม่ได้ในนิวยอร์ก หรือ กทม. เรียกว่าเป็นบริการใกล้บ้าน ใกล้ใจ ที่คนไทยทุกคนมีหมอประจำครอบครัวกันจริง ๆ ฝ่ายนโยบายควรสนับสนุนให้สถานีอนามัยมี นสค. ด้วยจำนวนและคุณภาพพอเพียง ตรงนี้จะเป็นการพลิกโฉมสุขภาพชุมชนทีเดียว

4) หมออนามัย หมออนามัยแต่ละจังหวัดควรรวมตัวกันพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

5) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ส่งเสริมให้สถานีอนามัยทุกแห่งในตำบลสามารถปฏิบัติงานได้ดัง (3) และประสานงานกับชุมชนและอบต. และโรงพยาบาลชุมชน

6) โรงพยาบาลชุมชน รพช. สนับสนุนทางวิชาการให้สถานีอนามัยทำงานได้ตาม (3) ประสานงานกับ อบต. และคณะพยาบาลศาสตร์/วิทยาลัยการพยาบาลในการผลิตพยาบาลชุมชน ระบายบุคลากรจากโรงพยาบาลจังหวัดมาปฏิบัติงาน เป็นที่ฝึกงานของนักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล และนักศึกษาในวิชาชีพอื่นในเรื่องระบบบริการสุขภาพชุมชน

7) โรงพยาบาลจังหวัด สนับสนุนการทำงานของรพช. ส่งพยาบาลเป็นอาสาสมัครไปปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชน อาจประสานงานในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนทั้งจังหวัด

8) พยาบาล องค์กรพยาบาลทั่วประเทศ เชื่อมโยงกันมีวิสัยทัศน์และเป้าหมาย ระบบสุขภาพชุมชน ส่งนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลไปปฏิบัติงานในระบบสุขภาพชุมชน พยาบาลแต่ละจังหวัดรวมตัวกัน เป็นชมรมพยาบาลเพื่อชุมชนมีมูลนิธิพยาบาลเพื่อชุมชน

9) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นผู้นำในการประสานให้ทุกภาคเข้ามาสร้างวิสัยทัศน์และเป้าหมายร่วมของระบบสุขภาพชุมชน ติดตามสนับสนุนและประเมินสถานการณ์เพื่อให้ทุกฝ่ายมีการปรับตัวให้ทำได้ดียิ่งขึ้น

10) ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประสานงานสาธารณสุขจังหวัดในเขตให้พัฒนาระบบสุขภาพชุมชนในจังหวัดของตนตาม (7) ประสานงานกับ สปสช. เขต กระทรวงสาธารณสุข และองค์กรอื่นที่ร่วมกันขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชน

11) สปสช. เขต ประสานงานกับผู้ตรวจราชการเขต สาธารณสุขจังหวัดและองค์กรภาคีต่าง ๆ ในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน พัฒนาระบบการเงินที่จะสนับสนุนการทำงานร่วมกันให้บรรลุเป้าหมายของระบบสุขภาพชุมชน

12) คณะแพทยศาสตร์ คณะพยาบาล ศาสตร์/วิทยาลัยพยาบาลและสถาบันผลิต บุคลากรอื่น ๆ สนับสนุนความเข้มแข็งของ โรงพยาบาลชุมชน ส่งนักศึกษาไปเรียนรู้ภาค ปฏิบัติที่โรงพยาบาลชุมชนและในชุมชน สนับสนุน เจริญนโยบายเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

หน่วยจัดการสุขภาพชุมชนอาจมีอื่น ๆ อีกตามบริบทของการทำงาน หน่วยจัดการทั้ง 12 หน่วยจัดการตนเอง และพยายามเชื่อมโยง กับหน่วยอื่น ๆ ให้มากที่สุด ทำงานเป็นเครือข่าย (รูปที่ 6)

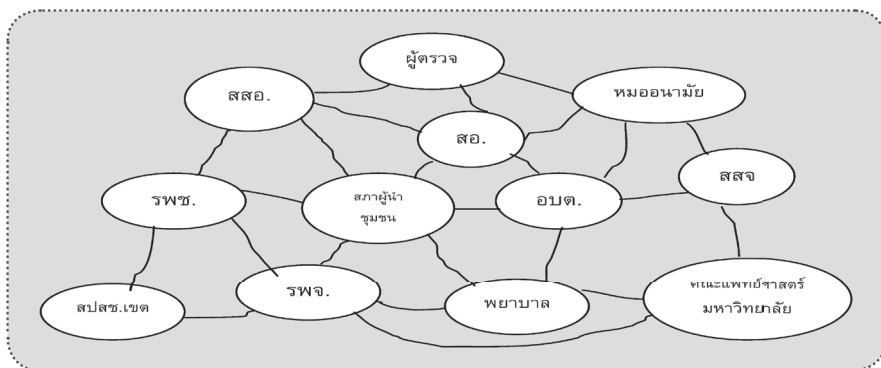
ข. การวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

การวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน คือการวิจัยและพัฒนาให้เครือข่ายระบบสุขภาพ ชุมชนตามรูปที่ 6 รู้ถึงกันและเชื่อมโยงกันให้มากที่สุด การวิจัยเช่นนี้ควรมีทุกพื้นที่ อาจทำได้โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือสถาบันวิจัยใน กระทรวงหรือมหาวิทยาลัย

ในนโยบาย 1 มหาวิทยาลัย 1 จังหวัด ควรมีอย่างน้อยมหาวิทยาลัยหนึ่งแห่งที่ทำงาน กับพื้นที่ในหนึ่งจังหวัด ในหนึ่งมหาวิทยาลัยนี้ควรมีหนึ่งโครงการหรือสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบ สุขภาพชุมชนในทุกจังหวัด เป็นเครื่องมือที่จะ ทำให้หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับระบบสุขภาพ ชุมชนทำงานเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายกันกระชับ และแข็งแกร่งขึ้น

ค. การจัดประชุมเรื่องระบบสุขภาพชุมชน

ควรมีการจัดประชุมสุขภาพชุมชนทั้ง ในระดับตำบล อำเภอ จังหวัด และระดับชาติ โดยจะเรียกว่าการประชุม หรือสมัชชา หรือ มหกรรมก็ตาม เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ การขับเคลื่อนนโยบาย ควรมีเวทีพัฒนานโยบาย ระบบสุขภาพชุมชนที่ภาคีที่เกี่ยวข้องเข้าร่วม อย่างต่อเนื่อง



รูปที่ 6 เครือข่ายของหน่วยจัดการตัวเองในระบบสุขภาพชุมชน

จ. กลไกขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับชาติ

กระทรวงสาธารณสุข และองค์กรต่าง ๆ เช่น สช. สสส. สปสช. สวรส. ควรร่วมกันทำให้การพัฒนากระบวนการสุขภาพชุมชนเป็นนโยบาย และทำยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อน ต้องสร้างกลไกในการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์ที่สามารถทำงานได้อย่างต่อเนื่อง

เครื่องมือของการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์คือผู้นำ ต้องมีการแสวงหาและสนับสนุนผู้นำในระบบบริการสุขภาพชุมชนในทุกระดับและทุกองค์กรภาคี ผู้นำจะจัดการให้ระบบทั้งหมดเชื่อมโยงกันและเข้มแข็ง

ถ้าได้ผู้นำที่เหมาะสมระดับชาติ ควรมีองค์กรรองรับ ซึ่งอาจเป็นสำนักงานคณะกรรมการระบบสุขภาพชุมชนแห่งชาติ หรือองค์กรที่เรียกชื่ออย่างอื่นที่มีความเป็นอิสระและทำงานได้อย่างต่อเนื่อง เครือข่ายผู้นำในระบบสุขภาพชุมชนจะช่วยกันขับเคลื่อนการพัฒนากระบวนการสุขภาพชุมชนทั้งระบบ

อนุโมทนาทำยบ

โดยที่ระบบสุขภาพชุมชนมีความสำคัญอย่างยิ่งยวด ที่จะทำให้ระบบสุขภาพลงตัว และประเทศไทยลงตัว เพื่อความผาสุกของประชาชนทั้งประเทศอย่างยั่งยืน ขอให้ทุกฝ่ายพยายามทำความเข้าใจระบบสุขภาพชุมชน ทำความเข้าใจระบบการจัดการใหม่หรือกระบวนทัศน์ใหม่ในการพัฒนา ซึ่งจะทำให้ระบบสุขภาพชุมชนเกิดขึ้นได้จริง

คนไทยควรจะมีจินตนาการใหม่ ซึ่งเป็นจินตนาการใหญ่ ว่าประเทศไทยพ้นทุกข์ได้ ถ้าคนไทยสลัดตัวเป็นอิสระ จากการถูกรอบงำด้วยมายาคติต่าง ๆ เกิดสำนึกในศักดิ์ศรีและคุณค่าความเป็นคนของตัวเอง ว่าเรามีศักยภาพที่จะทำอะไรดี ๆ และร่วมมือกับเพื่อนมนุษย์ในการสร้างสรรค์ เราสามารถเรียนรู้ร่วมกันในการปฏิบัติจะเกิดความเชื่อถือไว้วางใจกัน (Trust) อันเป็นพลังของความสุขและความสำเร็จอันมหาศาล

ขอให้มิตรภาพอันไพศาลเกิดขึ้นในหัวใจของคนไทย เกิดปัญญาประดุกแสงสว่างและรวมพลังกันทางสังคม เกิดอานุภาพชนิดใหม่คือ สังคมนุภาพ ขอให้มิตรภาพ ปัญญาภาพ และสังคมนุภาพ พาคคนไทยทั้งมวลไปสู่การสร้างสังคมที่คนไทยไม่ทอดทิ้งกัน และประสบสันติสุขนิรันดร์



กระบวนทัศน์ใหม่ ของการจัดการ

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ

■ อุดมคติที่หายไปจากชีวิตการทำงาน

ในขณะที่ทิศทางการพัฒนาของสังคมไทยมุ่งเน้นความเจริญทางด้านวัตถุ การแสวงหาความร่ำรวยและลาภยศถาทำให้กลายเป็นเป้าหมายของชีวิต ระบบบริหารทางการแพทย์ในปัจจุบันมีการพัฒนาในลักษณะเน้นค่าตอบแทนที่เป็นตัวเงิน ยังมีโรงพยาบาลเอกชนซึ่งสามารถเก็บค่ารักษาพยาบาลราคาแพงและจัดสรรค่าตอบแทนให้กับแพทย์ที่ไปทำงานมากกว่าภาครัฐเป็นสิบเป็นร้อยเท่า ก็ยิ่งเกิดการเปรียบเทียบรายได้ระหว่างกันมากยิ่งขึ้น

คนทำงานเสียสละเพื่อส่วนรวมหรือช่วยเหลือผู้ป่วยโดยมีค่าตอบแทนแต่พอควรกลายเป็นคนโกง การพูดถึงเรื่องอุดมคติของชีวิตกลายเป็นสิ่งแปลกประหลาดไปในสถานการณ์ปัจจุบัน

อย่างไรก็ตาม หากปราศจากซึ่งจรรยาแพทย์และอุดมคติของชีวิตแล้ว บุคลากรทางการแพทย์ก็มีสถานะไม่แตกต่างจากพ่อค้าที่แสวงหากำไรจากความเจ็บป่วยของผู้คน อันจะนำซึ่งความเสื่อมแห่งวิชาชีพอย่างยากที่จะฟื้นคืนกลับมาได้ สภาพการณ์ดังกล่าวส่วนหนึ่งเกิดขึ้นเพราะระบบการแพทย์ในปัจจุบันขาดการสร้างแรงจูงใจในการทำงานที่มากกว่าการได้รับเงินทองหรืออามิสสินจ้าง

หากถือว่าการเป็นมากกว่าการดิ้นรนหาค่าตอบแทนที่เป็นเงินเพียงอย่างเดียว แต่ยังเป็นโอกาสที่จะได้รับความสุขและผลตอบแทนในลักษณะอื่น โดยเฉพาะงานในวิชาชีพทางการแพทย์นั้น อาจมีสิ่งตอบแทนที่เงินไม่อาจเทียบได้ ไม่ว่าจะเป็นความสุขหรือความภาคภูมิใจในการทำความดี การได้รับความรักและความเคารพนับถืออย่างจริงใจจากผู้ป่วย เพื่อนร่วมงานและสังคม

สิ่งตอบแทนทางจิตใจและทางสังคมเหล่านี้เป็นเครื่องประดับประกอบอุดมคติวิชาชีพให้เติบโตและงอกงามขึ้นมาได้ การทำงานจึงเป็นโอกาสในการพัฒนาจิต ดังที่มักพูดกันว่า “การทำงานคือการประพาศธรรม” อันจะนำมาซึ่งความสุขในการทำงานและการดำเนินชีวิตที่มีคุณค่า

การบ่มเพาะฟื้นฟูอุดมคติของชีวิตและความหมายของการทำงานในหมู่บุคลากรสาธารณสุข ไม่เพียงแต่จะทำให้การทำงานให้บริการแก่ผู้ป่วยและญาติมีความละเอียดอ่อนมากยิ่งขึ้น แต่ยังมีคุณค่าอย่างยิ่งสำหรับการส่งเสริมมิติทางจิตวิญญาณในวงการสาธารณสุขไทย

ทั้งนี้ สาเหตุที่อุดมคติและคุณค่าทางจิตวิญญาณสูญหายไปจากการทำงานด้านสาธารณสุขนั้น ปัจจัยสำคัญส่วนหนึ่งก็คือ ระบบงานที่เป็นอยู่นั้นไม่เอื้อต่อการเรียนรู้และส่งเสริมคุณค่าที่ฝังามในเชิงอุดมคติ ระบบงานและกระบวนการบริหารที่เป็นอยู่นั้นปริมาณมากกว่าคุณภาพใช้อำนาจและขาดการใส่ใจในมิติทางจิตวิญญาณ

ปัญหาก็คือ เราจะสร้างระบบงานอย่างไรให้สามารถส่งเสริมและเอื้อให้เกิดการเรียนรู้และหล่อเลี้ยงอุดมคติของชีวิตให้งอกงามได้ในชีวิตการทำงาน ทำอย่างไรจะสร้างสรรค์วัฒนธรรมองค์กรในระบบบริการทางการแพทย์ให้เกื้อกูลต่อการบ่มเพาะจิตใจที่ดีงามและความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ได้

การสร้างอุดมคติและวัฒนธรรมองค์กรเพื่อการเรียนรู้สู่สุขภาวะทางจิตวิญญาณ

ชีวิตการทำงานกับวัฒนธรรมองค์กร

ในวัฒนธรรมองค์กรมีระบบความรู้และการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นภายในชีวิตองค์กรเสมอ ความรู้ที่ว่านี้มีได้จำกัดขอบเขตไว้เฉพาะที่ได้จากการเรียนตามตำราวิชาชีพ เช่น ความรู้ทางการแพทย์ การพยาบาล หรือวิชาการสาธารณสุข แต่ยังคงครอบคลุมไปถึงความรู้ทางวัฒนธรรม (Cultural knowledge) ซึ่งหมายถึงความถึงระบบวิถีชีวิตที่แฝงเร้นอยู่ในระบบงาน ซึ่งทำหน้าที่ชี้นำบุคคลให้มีความรู้สึกนึกคิดและพฤติกรรมซึ่งเป็นที่ยอมรับตามบรรทัดฐานขององค์กร

พูดง่าย ๆ ก็คือ ความรู้ทางวัฒนธรรมนี้เองที่เป็นส่วนสำคัญในการตัดสินใจว่าอะไรสำคัญและเป็นสิ่งที่ต้องใส่ใจเป็นพิเศษในการทำงานในองค์กรหนึ่งๆ

วัฒนธรรมองค์กรนี้แฝงตัวอยู่ในระบบงานและคอยชี้นำกำกับพฤติกรรมของผู้คนในองค์กรโดยไม่รู้ตัว และมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมองค์กร เป็นสิ่งที่แอบแฝงและมักซ่อนเร้นอยู่ลึกในจิตสำนึกของผู้คนในองค์กรจนกลายเป็นนิสัยและความเคยชินที่แก้ไขได้ยาก

แม้จะเป็นสิ่งที่แก้ไขได้ยาก แต่หากต้องการปฏิรูปจิตสำนึกและสร้างวัฒนธรรมใหม่ที่เอื้อต่ออุดมคติ ย่อมเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้

การสร้างระบบองค์กรให้เอื้อต่อการรองการงานของอุดมคติของชีวิตและสร้างเสริมคุณค่าของงานให้เกื้อกูลต่อการเติบโตไปสู่การเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ของสมาชิกองค์กร จึงจำเป็นต้องสร้างสรรคัวัฒนธรรมองค์กรใหม่ด้วยการจัดกระบวนการเรียนรู้ในองค์กร

โดยสิ่งที่เราจำเป็นต้องทำความเข้าใจให้รู้เท่าทันก็คือ ระบบความรู้และการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในองค์กรสมัยใหม่

ระบบความรู้และการจัดการการเรียนรู้

การจัดการการเรียนรู้มีความสัมพันธ์กับระบบความรู้ หากเรามองย้อนไปในอดีตหรือพิจารณาในระบบความรู้ในวัฒนธรรมต่าง ๆ จะพบเห็นร่องรอยความพยายามของมนุษย์ทุกยุคทุกสมัยที่พยายามจะสร้างกระบวนการเพื่อเข้าถึงการแบ่งปัน หรือเพื่อถ่ายทอดความรู้ในหมู่คณะหรือกลุ่มคนในสังคม การรวมกลุ่มกันทำงาน การแบ่งงานหรือหน้าที่ทางสังคมจนทำให้เกิดเป็นบุคคลที่มีความชำนาญเฉพาะด้าน เช่น หมอหรือช่างฝีมือประเภทต่าง ๆ ก็ถือได้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเรียนรู้ นอกจากนั้นการเกิดขึ้นของภาษากาย ภาษาพูด และภาษาเขียน การแสดงสีหน้าหรือท่าทาง ตลอดจนการเล่านิทาน การร้องเพลง การสวดมนต์ และพิธีกรรมต่าง ๆ ก็ล้วนแต่เป็นไปเพื่อการจดจำและสืบทอดความรู้หรือเรื่องราวในสังคมมิให้หลงลืมไป (Connerton, 1989) โดยระบบความรู้หรือจารีตความรู้หนึ่งมักมีวิธีการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน

การแพทย์พื้นบ้านเป็นตัวอย่างที่ดีของระบบความรู้พื้นบ้านที่มีกระบวนการจัดการความรู้อันเป็นลักษณะเฉพาะที่แตกต่างไปจากระบบความรู้สมัยใหม่ ระบบความรู้พื้นบ้านนั้นถือว่า ความรู้เป็นสิ่งที่แยกไม่ออกจากคุณธรรม จึงมักมีข้อห้ามมิให้นำความรู้ไปใช้เพื่อการแสวงหากำไร อีกทั้งยังมีลักษณะเป็นของส่วนรวมที่ไม่ใช่ใครจะนำไปจดสิทธิบัตรเป็นของส่วนตัวได้ ระบบการแพทย์พื้นบ้านเน้นการเรียนรู้ระหว่างครูกับศิษย์ที่มีมิติทางจริยธรรม การถ่ายทอดวิชาจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อครูเชื่อมั่นว่าผู้เป็นศิษย์จะสามารถรักษาคณธรรมของวิชาชีพได้ หรือกล่าวได้ว่าในระบบความรู้พื้นบ้านนั้นถือว่าวิชาความรู้มีทั้งคุณและโทษ

ครูหมอจึงยอมให้วิชาหายสาบสูญหรือหมดไปกับชีวิตของตนเสียมากกว่ายอมให้ตกไปเป็นของคนเลว คนชั่วหรือคนเห็นแก่ตัว

ความรู้และทักษะด้านศิลปะโดยเฉพาะงานหัตถกรรมพื้นบ้านก็มีกระบวนการเรียนรู้ที่แตกต่างออกไปจากระบบการศึกษาสมัยใหม่ ในหนังสือชื่อ Learning in Likely Places: Varieties of Apprenticeship in Japan (Singleton, ed.1998) มีบทความของดีค็อกเกอร์ (DeCoker) ที่เขียนถึงระบบการเรียนรู้ทักษะศิลปะดั้งเดิมของญี่ปุ่น ซึ่งมีกระบวนการที่แตกต่างออกไปจากการเรียนในระบบโรงเรียนสมัยใหม่ โดยได้สรุปหลักการเรียนรู้ในระบบดั้งเดิมของการถ่ายทอดทักษะศิลปะพื้นบ้านที่เป็นลักษณะเฉพาะได้ 7 ประการ คือ

1. การเน้นให้ผู้เรียนทำงานหนัก เริ่มด้วยการคัดลอกงานศิลปะชิ้นเอก โดยให้ทำตามแบบอย่างเคร่งครัดเพื่อพัฒนาทักษะพื้นฐานให้แม่นยำ ไม่เน้นการคิดประดิษฐ์ประดอย หรือการคิดสร้างสรรค์งานใหม่ ๆ โดยไม่มีทักษะพื้นฐานเสียก่อน

2. การเน้นวินัยการฝึกฝนที่เคร่งครัด โดยให้ทำงานหนักเพื่อสร้างเจตจำนงและความวิริยะ ให้ศิษย์มีความอดทนอย่างสูงต่อความยากลำบากในการทำงาน

3. การมีระบบความสัมพันธ์และวิถีการปฏิบัติที่ชัดเจนระหว่างศิษย์กับอาจารย์ โดยเน้นความสัมพันธ์แบบมีช่วงชั้นของระบบอาวุโส และการแสดงออกซึ่งความเคารพนับถือต่อครูบาอาจารย์อย่างเคร่งครัด

4. การมีลำดับขั้นของทักษะ จากทักษะเบื้องต้นค่อย ๆ ขยับไปสู่ทักษะขั้นสูง โดยมีการเลื่อนตำแหน่งไปตามลำดับขั้น ศิษย์ที่ก้าวหน้าขึ้นไปในระดับสูงจะมีสถานภาพ สิทธิ และการเข้าถึงความลับหรือเคล็ดวิชาขั้นสูงตามลำดับ

5. การอาศัยระบบความสัมพันธ์แบบเครือญาติที่มีกฎเกณฑ์สืบทอดมาจากบรรพบุรุษที่ชัดเจน

6. การอาศัยการสื่อสารในเชิงสัญลักษณ์ การสื่อสารระหว่างศิษย์กับครูเป็นการสื่อสารที่ต้องอาศัยการตรึงตรองตีความมากกว่าการสื่อสารแบบตรงไปตรงมา

7. การมีเป้าหมายทางจิตวิญญาณเป็นเป้าหมายสูงสุด การทำงานมิได้มีเป้าหมายเพียงเพื่อการหาเลี้ยงชีพแต่การเรียนรู้ทักษะและการทำงานศิลปะนั้นเป็นไปเพื่อการบรรลุภาวะสูงสุดในทางจิตวิญญาณ โดยถือว่าการทำงานเป็นการฝึกฝนขัดเกลาตัวตนของผู้เรียน (DeCoker, 1998)

อาจเห็นได้ไม่ยากว่า ระบบความรู้และการเรียนรู้ที่แตกต่างกันย่อมสร้างความรู้และบ่มเพาะผู้เรียนให้มีวิธีมอง วิธีคิด และวิธีปฏิบัติที่แตกต่างกัน ซึ่งก็สัมพันธ์ไปกับระบบการทำงานหรือระบบผลิตรายอย่างแยกไม่ออก

ความรู้และทักษะที่เน้นจินตนาการความเป็นลักษณะเฉพาะตนและการสร้างสรรค์ขั้นสูงย่อมไม่สามารถเกิดขึ้นจากระบบความรู้ที่เน้นมาตรฐานเดียว และระบบการผลิตแบบไหล ๆ ดังที่เป็นอยู่ในสังคมบริโภคนิยมที่ฉาบฉวย เช่นเดียวกับความรู้และทักษะที่จะเกื้อกูลให้อุดมคติของชีวิตเติบโตและส่งเสริมมิติวิญญาณให้งอกงามในองค์กรนั้นจะเกิดขึ้นได้ก็แต่ในระบบงานและกระบวนการจัดการที่เหมาะสม ซึ่งระบบงานและการจัดการองค์กรในสังคมสมัยใหม่มีจุดอ่อนสำคัญหลายประการที่มีรากฐานมาจากปรัชญาและการมองโลกแบบจักรกลรอบ วิธีคิดที่ทำให้การจัดการสมัยใหม่ละเลยต่อมิติทางจิตวิญญาณและละเลยต่อความเป็นมนุษย์นี้จำเป็นต้องมีการวิเคราะห์ให้ชัดเจน

วิธีคิดการจัดการองค์การสมัยใหม่ : จุดอ่อนของกระบวนทัศน์แบบกลไก

วิธีคิดการจัดการแบบกลไก

การจัดการสมัยใหม่เกิดขึ้นควบคู่กับระบบองค์การสมัยใหม่และความรู้ตามหลักวิทยาศาสตร์ในปลายคริสต์ศตวรรษที่ 19 ซึ่งในระยะต่อมาเฟรดเดอริก เทย์เลอร์ (Frederick Taylor) และ อองรี เฟอล (Henri Fayol) ได้สร้างหลักการบริหารจัดการสมัยใหม่ที่เรียกว่า **The Principles of Scientific Management** ขึ้น

หลักการที่วางเน้นการแบ่งงาน การสั่งการ และการควบคุม (Command and Control) เป็นระบบซึ่งอิงทศนะที่ว่า ระบบองค์การมีได้ต่างไปจากเครื่องจักรกลที่องค์ประกอบย่อย ๆ ทำหน้าที่เฉพาะเพื่อให้ระบบใหญ่ดำเนินไปได้อย่างราบรื่น โดยที่หน่วยย่อยแต่ละหน่วยไม่มีความหมายในตัวของตัวเอง และจะสัมพันธ์กันในมิติของการงานเท่านั้น

มีการใช้กระบวนการศึกษาอย่างเป็นวิทยาศาสตร์ในการพัฒนาเทคนิคการควบคุมกำกับแรงงานให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด เช่น วิธีการที่เรียกว่า “Time and Motion Study” (Corwin 20041) ซึ่งออกแบบระบบงานที่คนงานจะทำงานโดยให้มีระยะทางของการเคลื่อนไหวร่างกายสั้นที่สุด ในเวลาน้อยที่สุด ได้ผลงานมากที่สุด

มนุษย์ในระบบดังกล่าวนี้จึงถูกลดทอนลงเป็นเพียงจักรกลและแรงงานกลายเป็นวัตถุดิบเพื่อการผลิต คนงานในระบบอุตสาหกรรมต้องทำงานตามคำสั่งและทำเฉพาะงานเพียงด้านใดด้านหนึ่งที่ตนรับผิดชอบ ซึ่งทำให้ผู้คนในระบบงานเช่นนี้กลายเป็นมนุษย์มิติเดียว (One-Dimensional Man) โดยไม่ต้องใช้ความคิดสร้างสรรค์หรือสติปัญญา

ในระบบงานเช่นนี้ การใช้ความคิดทั้งหมดจะเป็นงานของผู้บริหารและผู้ออกแบบระบบ ส่วนการลงมือกระทำทั้งหมดเป็นของลูกจ้างที่ทำโดยไม่ต้องคิด (Morgan 1998, อ้างใน คาปรั้า 2548: 135)

หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ทศนะการบริหารระบบงานแบบกลไกถูกท้าทายจากการค้นพบ ฮอว์ธอร์น เอกเฟกต์ (Hawthorne Effect) ซึ่งพบว่า ความรู้สึก

ที่ดีต่อกันและความสัมพันธ์ที่ดีในระบบงานเป็นปัจจัยทางสังคมที่ทำให้ผลผลิตของระบบงานเพิ่มขึ้น (Mayo, 1933) แนวคิดดังกล่าว ทำให้เกิดความสนใจต่อมิติทางสังคมจิตวิทยาองค์กรมากขึ้น อย่างไรก็ตาม วิธีคิดพื้นฐานของการจัดการก็ยังอาศัยความรู้เรื่องปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมของผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ผู้จัดการสามารถควบคุมกำกับระบบงานให้มีผลต่อผลผลิตภาพ

จะเห็นว่าระบบงานและวิธีคิดในการจัดการนี้ยังคงมีรากฐานจากปรัชญาวิทยาศาสตร์กลไกในกระบวนทัศน์เดิม ที่เน้นการควบคุมให้เป็นไปตามกฎเกณฑ์ตายตัวที่ค้นพบไว้แล้วล่วงหน้า

สู่กระบวนทัศน์ใหม่ของการจัดการองค์กร

กระบวนทัศน์ใหม่ทางวิทยาศาสตร์ที่เกิดขึ้นจากการค้นพบทฤษฎีสัมพันธภาพ (Relativity Theory) และควอนตัมฟิสิกส์ (Quantum Physics) ได้ทำให้ผู้คนในสังคมตระหนักว่าวิทยาการต่าง ๆ รวมทั้งวิทยาการด้านการจัดการ (Management Science) แบบเดิมนั้น ถูกครอบงำด้วยกระบวนทัศน์วิทยาศาสตร์แบบวัตถุนิยมกลไกที่มององค์กรแบบเครื่องจักรกลและขาดความเข้าใจระบบที่ซับซ้อนของมิติความเป็นมนุษย์

แนวคิดใหม่ ๆ เช่น องค์กรเรียนรู้ (Learning Organization) ที่นำเสนอโดย ปีเตอร์ เซงเก้ (Peter

Senge 1990) หรือแนวคิดการมององค์กรเป็นระบบชีวิตในหนังสือ Leadership and the new Science ของมากาเร็ต วีทลีย์ (Magaret Wheatley 1999) หรือการจัดองค์กรใหม่ ๆ เช่น การจัดการเครือข่าย (Networking) และองค์กรวิจลภาพ (Chaordic Organization) ของดี ฮอค (Dee Hock 1999) ได้พลิกวิธีคิดเกี่ยวกับการจัดการองค์กรไปสู่กระบวนทัศน์ใหม่

แนวคิดต่าง ๆ เหล่านี้มีพื้นฐานวิธีคิดเกี่ยวกับมนุษย์และสังคมต่างไปจากกระบวนทัศน์เก่าสำคัญ ๆ หลายประการ คือ การจัดการในกระบวนทัศน์ใหม่นี้ พลิกวิธีคิดจากการมองแบบกลไกที่เราสามารถควบคุมตัวแปรและวางแผนเพื่อบรรลุเป้าหมายได้อย่างเบ็ดเสร็จมาสู่วิธีคิดเชิงระบบที่ซับซ้อน ในระบบซับซ้อนนั้นการเปลี่ยนแปลงมักไม่มีลักษณะเชิงเส้นที่ตรงไปตรงมา และเป็นสิ่งที่ไม่อาจคาดเดาหรือควบคุมอย่างเบ็ดเสร็จได้ หรือเรียกว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงแบบ Non-Linear

การจัดการในกระบวนทัศน์ใหม่จึงให้ความสำคัญที่การปรับตัวและการสร้างวงจรป้อนกลับ (Feedback Loop) โดยถือว่า องค์กรไม่ใช่เครื่องจักรและมีความซับซ้อนเหมือนสิ่งมีชีวิต (Living Organization) ระบบซับซ้อนที่สามารถจัดการตนเอง (Self-Organizing) ได้เท่านั้นจึงจะสามารถปรับตัวให้อยู่รอดได้ในสถานการณ์ซับซ้อนที่คาดเดาอะไรอย่างตายตัว

ไม่ได้ (Senge,1996) แนวทางเพื่อให้เกิดการจัดการตนเองได้ดี จึงไม่ใช่การวางยุทธศาสตร์ที่ตายตัว นอกจากนั้นวิธีคิดการจัดการอย่างใหม่ยังเน้นไปที่การสร้างคุณค่าสูงสุด โดยอาศัยคุณค่าสูงสุดนี้เป็นหลักอ้างอิงในการตัดสินใจและการทำงานร่วมกัน (DeeHock,1999) การจัดการจึงต้องมีการวิสาสะและทบทวนคุณค่าอย่างสูงสุดอย่างสม่ำเสมอ

การวางแผนและการจัดการในกระบวนทัศน์ใหม่นี้ จึงเป็นกระบวนการที่ดำเนินไปอย่างต่อเนื่องมากกว่าจะเป็นขั้นตอนที่จบลงทีละขั้นๆ

วิธีคิดใหม่เน้นการจัดการความสัมพันธ์มากกว่าการใช้ตัวเองเป็นศูนย์กลาง กระบวนทัศน์ใหม่นี้ยึดถือทัศนะเชิงสัมพันธ์ภาพที่ว่าความเป็นตัวเป็นตนของสรรพสิ่งนั้นเป็นผลจากความสัมพันธ์ที่มีกับสิ่งอื่น รูปแบบการจัดการองค์กรจึงมีลักษณะเป็นเครือข่ายที่เชื่อมโยงกันโดยมีความร่วมมือกัน (Castells 1996) แต่องค์กรในเครือข่ายจะยังคงความเป็นเอกเทศของตนเองไว้ในระดับหนึ่ง และมีความยืดหยุ่นเพื่อให้สามารถปรับตัวจัดการตนเองได้ คือ เน้นที่ความสัมพันธ์ในแนวราบที่ความร่วมมือกันมักจะเกิดความเห็นชอบร่วมกัน ไม่ใช่เกิดจากการสั่งการ ซึ่งแตกต่างไปจากองค์กรในแนวคิดเดิมที่มีโครงสร้างเป็นลำดับชั้นและใช้อำนาจสั่งการในการจัดการองค์กรเป็นสำคัญ

วิธีคิดใหม่เน้นศักยภาพในการเรียนรู้และการจัดการความรู้ โดยถือว่าความรู้เป็นสินทรัพย์ที่สำคัญที่สุด ที่สำคัญยังถือว่าความรู้นั้นมีหลากหลายแบบ ซึ่งทำให้ต้องมีกระบวนการเรียนรู้และการจัดการความรู้แบบวิทยาศาสตร์ที่ต้องตรวจวัดได้อย่างเป็นกาวีวิจัยเท่านั้น ซึ่งเป็นวิธีคิดที่ตีกรอบความรู้ของมนุษย์ให้จำกัดอยู่เพียงมิติเชิงปริมาณ วิธีคิดใหม่ถือว่าความจริงถูกประกอบสร้างขึ้นจากความคิด ภาษา และระบบสังคมจินตนาการจึงมีส่วนสำคัญเพราะมีพลังในการผลิตความจริงใหม่ ๆ ที่เอื้อต่อการเรียนรู้ของมนุษย์

กระแสความตื่นตัวในเรื่อง “ความรู้” กับการจัดการองค์กรนั้น อาจกล่าวได้ว่ามีส่วนไม่น้อยที่เกิดจากงานของปีเตอร์ ดรักเกอร์ (Drucker 1996) ซึ่งได้เสนอไว้ว่าสามทศวรรษมาแล้วว่า ในสังคมยุคสารสนเทศและเทคโนโลยีการสื่อสาร สังคมจะก้าวสู่การเป็นสังคมความรู้ (Knowledge Society) และระบบเศรษฐกิจจะเป็นระบบเศรษฐกิจบนฐานความรู้ (Knowledge Economy)

แนวคิดดังกล่าวได้ทำให้การสร้างบุคคลที่สามารถผลิตความรู้และระบบงานที่สามารถรองรับคนที่มีความรู้กลายเป็นประเด็นสำคัญในการจัดการองค์กร ดังที่คาปรัาสรุบทันทีดังกล่าวไว้ในหนังสือ โยโยที่ซ่อนเร้น ว่า

เศรษฐกิจในทุกวันนี้ ทั้งการจัดการและเทคโนโลยีจะเชื่อมโยงอยู่กับการก่อเกิดความรู้ อย่างมีนัยสำคัญ การเพิ่มผลผลิตไม่ได้มาจากแรงงาน แต่เป็นความสามารถที่จะต่อเติมแรงงาน ด้วยความสามารถใหม่ที่มีรากฐานมาจากความรู้ใหม่ ด้วยเหตุนี้ “การจัดการความรู้” “ทุนทางปัญญา” และ “การเรียนรู้ขององค์กร” จึงกลายมาเป็นแนวคิดใหม่ที่มีความสำคัญต่อทฤษฎีการบริหารจัดการ (คาปรั้า 2548: 132)

การเรียนรู้ ในระบบอุตสาหกรรมความรู้

ความรู้และการเรียนรู้ในระบบนวัตกรรมอุตสาหกรรม

แนวคิดเรื่องการเรียนรู้และการจัดการความรู้ที่ได้รับกล่าวถึงอย่างมากในปัจจุบันนั้นมีหลากหลายแนวทางการปฏิบัติ อาจกล่าวได้ว่า กระแสที่เกิดขึ้นในแวดวงวิชาการด้านการบริหารจัดการนี้เป็นส่วนหนึ่งของความพยายามที่จะก้าวให้พ้นจากกรอบจำกัดของวิธีคิดเดิมของการจัดการความรู้ที่อาจเรียกว่า “อุตสาหกรรมความรู้” (Knowledge Industry) สมัยใหม่ ซึ่งสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยมอุตสาหกรรมและเป็นระบบที่มีรากฐานวิธีคิดมาจากกระบวนทัศน์วิทยาศาสตร์เก่าซึ่งมองโลกแบบแยกส่วนและกลไก

ความรู้และการเรียนรู้ในระบบอุตสาหกรรม ความรู้นี้ปฏิเสธการดำรงอยู่ของมิติทางจิตวิญญาณหรืออุดมคติของชีวิตไปให้พ้นจากความ เป็นวัตถุ

ระบบอุตสาหกรรมความรู้ที่ว่ามีขอบเขต กว้างขวางครอบคลุมทั้งระบบการเรียนการสอน ในสถาบันการศึกษา ระบบการวิจัย รวมทั้งระบบ การผลิต การกระจาย การบริโภคความรู้ที่เกิดขึ้น และดำรงอยู่ในสังคมทุนนิยมอุตสาหกรรม

โดยเหตุที่การเรียนรู้กับการจัดการความรู้ ในองค์กรต่าง ๆ ล้วนได้รับผลกระทบจาก อุตสาหกรรมความรู้ เราจึงจำเป็นต้องรู้เท่าทันถึง ข้อจำกัดต่างของระบบอุตสาหกรรมความรู้ไว้เป็น เบื้องต้น ก่อนที่จะสามารถพลิกให้พ้นไปจากข้อ ก้ำกั้ของมัน เพื่อพัฒนาวิธีการจัดการองค์กร ไปสู่การเรียนรู้ในมิติทางจิตวิญญาณได้

ระบบอุตสาหกรรมความรู้นี้มีลักษณะ เดียวกับที่ธีออเดอร์ อะดอร์โน (Theodor Adorno) นักคิดคนสำคัญของสกุลความคิดแบบแฟรงก์เฟิร์ต (Frankfurt School) ได้วิเคราะห์ “อุตสาหกรรม วัฒนธรรม” (Cultural Industry) ไว้ว่า แบบแผน ทางวัฒนธรรมในสังคมทุนนิยมนั้น ถูกกำหนด ครอบงำโดยระบบอุตสาหกรรมที่จะเป็นผู้ผลิต ค่านิยมผ่านสินค้าอุปโภคบริโภค และอาศัยการ วิจัยทางการตลาดและการโฆษณาทางสื่อสารมวลชนสมัยใหม่ ไม่ว่าจะเป็นโทรทัศน์ วิทยุ ภาพยนตร์ ดนตรี และหนังสือพิมพ์ ฯลฯ เพื่อให้ ได้การผลิตและการบริโภคสินค้าสำเร็จรูป

ในปริมาณมาก (Mass Consumption) (Adorno 1990) ภายใต้บริบทดังกล่าว วัฒนธรรมในสังคมสมัยใหม่จึงกลายเป็นส่วนหนึ่งของระบบทุนนิยมอุตสาหกรรม

ศิลปะและการแสดงออกทางวัฒนธรรมจึงถูกควบคุมจำกัดโดยระบบตลาด

ระบบความรู้ (Knowledge System) ในระบบทุนนิยมอุตสาหกรรมก็มีชะตาไม่ต่างไปจากระบบวัฒนธรรม เพราะเป็นผลผลิตของกรอบวิธีคิดแบบอุตสาหกรรมเช่นกัน

ระบบอุตสาหกรรมความรู้มีลักษณะที่สำคัญ ได้แก่

1. ระบบการถ่ายทอดความรู้หรือระบบการศึกษาเน้นการสร้างผลิตที่ลักษณะเหมือนกันเป็นจำนวนมาก (Mass Production) นักเรียนเข้าสู่ระบบโรงเรียนไม่ต่างจากวัตถุดิบที่เข้าสู่โรงงานผ่านสายพานเข้าสู่การผลิตที่ใช้ “พ่อพิมพ์” หรือ “แม่พิมพ์” ของชาติปั๊มให้ได้นักเรียนที่มีมาตรฐานเดียวกัน คิดเหมือนกัน ทำเหมือนกัน เป็นระบบการผลิตแบบอุตสาหกรรมโดยแท้

2. นอกจาก “คน” ซึ่งผลิตได้แบบอุตสาหกรรมแล้ว “ความรู้” ก็ต้องถูกทำให้เป็นของสำเร็จรูปที่สามารถถ่ายทอดที่สามารรถบันทึกถ่ายทอด จดจำ และทดสอบได้ด้วยเกณฑ์มาตรฐานเชิงปริมาณ ความรู้ที่เหมาะสมกับการจัดการในระบบอุตสาหกรรมต้องเป็นความรู้ที่มีผู้ผลิตเป็นจำนวนน้อยราย ผู้คนที่เหลือส่วนใหญ่

เป็นเพียงผู้บริโภคความรู้สำเร็จรูปที่ไม่ต้องใช้สติปัญญาขบคิดหรือสังเคราะห์เพียงให้สามารถเอาความรู้สำเร็จรูปไปใช้ได้เป็นพอ

ความรู้ที่ถูกผลิตและเป็นที่นิยมในการบริโภคจึงกลายเป็นความรู้แบบ “How to” ที่เน้นเทคนิควิธีการทำมากกว่าการเสริมสร้างสติปัญญาให้เกิดการรู้เท่าทัน หรือการสร้างรากฐานของความรู้ที่จะสามารถนำไปคิดให้องกงามต่อได้

หรือเรียกว่า เป็นระบบที่เน้นการเรียนรู้เรื่อง Know-How มากกว่า Know-Why

3. การวิจัยในระบบอุตสาหกรรมความรู้ในปัจจุบันก็มีลักษณะของทุนนิยมอุตสาหกรรมเช่นกัน ระบบวิจัยที่เป็นอยู่ไม่ต่างไปจากระบบการผลิตแบบอุตสาหกรรมที่นอกจากจะเน้นงานวิจัยเพื่อผลได้ทางเศรษฐกิจแล้ว ยังเน้นงานวิจัยที่วางแผนการผลิตไว้ล่วงหน้าได้ชัดเจน เพื่อให้สามารถควบคุมการผลิตได้เช่นเดียวกับการผลิตแบบอุตสาหกรรม และมุ่งหาคำตอบแบบตรงไปตรงมาที่ “เป็นวิทยาศาสตร์” และเป็นภววิสัย (Objective) คือมีตัวเลขยืนยันได้

งานที่ง่ายต่อการสนับสนุนในระบบวิธีคิดดังกล่าวก็คือ การวิจัยเชิงปริมาณที่มีกรอบและแนวทางการวิจัยที่แน่นอนตายตัว ส่วนงานการสร้างความรู้ด้านสังคมวัฒนธรรม ความเข้าใจทางศาสนาหรือปรัชญาตลอดจนความรู้ความเข้าใจในมิติทางวิญญาณนั้นจึงจะถูกกลืนไปโดยปริยาย

เพราะไม่สามารถทำให้เป็นตัวเลขหรือนำมาแสดงเป็นตารางและขั้นตอนเป็นข้อ ๆ เหมือนตำราอาหารได้

จะเห็นได้ว่า ระบบการจัดการความรู้ที่อิงแอบกับวิธีคิดแบบอุตสาหกรรมนี้ เป็นระบบที่เอื้อให้ความรู้บางแบบเติบโตได้อย่างรวดเร็วในขณะที่แทบจะไม่เหลือที่อยู่ที่ยืนให้กับความรู้ที่มีรากฐานวิธีคิดแตกต่างออกไปโดยเฉพาะความรู้ในมิติทางจิตวิญญาณ

การก้าวออกจากกรอบจำกัดของอุตสาหกรรมความรู้ จึงเป็นเงื่อนไขสำคัญของการเรียนรู้ใหม่ ๆ และการจัดการความรู้

การจัดการเรียนรู้สู่มิติทางจิตวิญญาณ

หัวใจของการจัดการความรู้ไม่ได้อยู่ที่การประยุกต์เทคนิคหรือวิธีการทำงาน แต่เป็นการ “พลิกวิธีคิด” หรือการปรับกระบวนทัศน์ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงในระดับรากฐาน การจัดการความรู้จึงเป็นการทำงานบนรากฐานวิธีคิดเกี่ยวกับความรู้ที่แตกต่างกันไปจากกระบวนทัศน์เดิมหลายประการคือ

1. การจัดการความรู้ในกระบวนทัศน์ใหม่ถือว่า ความรู้มีหลากหลายลักษณะซึ่งต้องการการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน เช่น ความรู้เปิดเผย (Explicit Knowledge) ความรู้แฝงเร้น (Tacit Knowledge และ Implicit Knowledge) (Nokana 1991) ความรู้ในเชิงทฤษฎีกับความรู้จากประสบการณ์การปฏิบัติและความรู้ที่ครอบคลุมครบถ้วนกับความรู้ที่ใช้งานได้ (Working Knowledge) ทักษะต่อความรู้แบบใหม่นี้ถือว่ามีความสำคัญมาก เพราะการให้คุณค่ากับความรู้ที่ละเลยในกระบวนทัศน์เดิม ซึ่งเน้นเฉพาะความรู้ที่เปิดเผยหรือจดบันทึกได้

แนวคิดเรื่อง ความรู้แฝงเร้น (Tacit Knowledge) ซึ่งถูกนำเสนอโดย โปแลนด์ (Polanyi 1958) เน้นให้เห็นถึงภาวะของการรู้ที่เกิดจากสิ่งมีชีวิตอยู่ (Indwelling) ในสังคมแวดล้อมหนึ่งและเกิดการซึมซับเอาความรู้สึคนึกคิดจากผู้คนและสังคมวัฒนธรรมของชุมชนจนกลายเป็นรากฐานของความเข้าใจและแบบแผนทางความคิดและปฏิบัติ โปแลนด์ถือว่าความรู้ใด ๆ โดยเฉพาะความรู้เปิดเผยทั้งหลายจะเกิดขึ้นได้ ก็ล้วนแต่ต้องอาศัยฐานคติที่หล่อหลอมขึ้นจากความรู้แฝงเร้นทั้งสิ้น

ในแง่ที่เราจะเห็นว่า ระบบราชการมีความรู้แฝงเร้นที่ผู้คนเรียนรู้จากปฏิสัมพันธ์ในชีวิตประจำวันจนเป็นผลให้ข้าราชการมีวัฒนธรรมการทำงานที่แตกต่างไปจากองค์กรแบบอื่น ๆ (ดู โกมาตร 2546) การปฏิรูประบบราชการให้ได้ผลจึงอาจต้องรู้เท่าทันความรู้แฝงเร้นที่มีอยู่ในระบบราชการ

นอกจากนั้นความรู้ยังเป็นสิ่งที่แยกไม่ออกจากการปฏิบัติการ การให้คุณค่ากับความรู้เชิงปฏิบัตินี้ได้ทำทนายวิคิดการจัดการองค์กรแบบเดิมที่ถือว่า ผู้บริหาร ผู้เชี่ยวชาญ หรือที่ปรึกษา รู้ดีที่สุด ส่วนผู้ปฏิบัติเป็นผู้คอยรับการถ่ายทอดความรู้จากผู้รู้ ทศนะใหม่นี้ถือว่าผู้ปฏิบัติเป็นผู้รู้ดีที่สุดโดยเฉพาะการรู้ว่าความรู้ส่วนไหนเป็นความรู้ที่ใช้งานได้หรือที่เรียกกันว่า ความรู้ในการปฏิบัติงาน (Working Knowledge)

2. ความรู้หลากหลายแบบต้องการการเรียนรู้หลากหลายลักษณะ การชี้จักรยานเป็นตัวอย่างที่มักถูกพูดถึงในแง่ที่ว่า เป็นความรู้แบบหนึ่งที่ฝังแฝงอยู่ในร่างกาย (Embodied Knowledge) เราจะไม่สามารถถ่ายทอดการชี้จักรยานด้วยการบรรยายให้เข้าใจว่า การที่จะทรงตัวบนจักรยานและปั่นให้วิ่งไปข้างหน้าโดยไม่ล้มมันนั้นต้องทำอย่างไร การเรียนรู้ที่จะชี้จักรยานจึงไม่ใช่สิ่งที่ต้องมาจดจำทฤษฎีการทรงตัวและแรงโน้มถ่วงแต่ต้องอาศัยการปฏิบัติ

แม้แต่ความรู้ที่เป็นความเข้าใจเองก็ยังมี ความแตกต่างที่แยกแยะได้หลายลักษณะ ซึ่งต้องการการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน การรู้หรือเข้าใจในหลักการอย่างเป็นทางการ (Abstract) ก็แตกต่างไปจากการรู้และเข้าใจผ่านเรื่องราวเป็นรูปธรรม (Narrative) ตัวอย่างง่าย ๆ ก็คือ การเรียนรู้เรื่องฉันทะ หรือการมีความวิริยะอุตสาหะในฐานะหลักการในอิทธิบาท 4 (จนเราสามารถท่องจำได้อย่างแม่นยำว่าอิทธิบาท 4 ประกอบด้วย ฉันทะ วิริยะ จิตตะ และวิมังสา) แต่การรู้หรือเข้าใจในหลักการอย่างเป็นทางการนี้ก็ไม่สามารถสร้างแรงบันดาลใจให้เกิดความเพียรได้เท่ากับการได้อ่านเรื่องราวของพระมหาชนกสักครั้ง จึงไม่เป็นเรื่องแปลกที่การเรียนรู้ผ่านเรื่องเล่าไม่ว่าจะเป็น ชาตก ดำนาน นิทาน เทพปรัมภณ์ หรือเรื่องเล่าจากประสบการณ์ จึงเป็นกระบวนการสำคัญในจารีตความรู้ที่เน้นมิติทางจิตวิญญาณและอุดมคติของชีวิต หนังสือเรื่อง งานคือความดีของชีวิต (โกมาตร บก. 2548) และความดีที่เยี่ยมยา (โกมาตร บก. 2550) เป็นตัวอย่างเรื่องเล่าจากประสบการณ์ที่ให้คุณค่าและแรงบันดาลใจกับงานบริการสุขภาพชุมชน เพราะการเรียนรู้อุดมคติเป็นเรื่องของคุณค่าและแรงบันดาลใจที่ไม่มีตัวชี้วัดเชิงปริมาณไหนจะก่อให้เกิดขึ้นได้

3. การเรียนรู้เกิดขึ้นในระบบความสัมพันธ์ที่เหมาะสม การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในระบบองค์กรใด ๆ ขึ้นอยู่กับระบบความสัมพันธ์หรือ

อาจเรียกว่า ขึ้นอยู่กับโครงสร้างอำนาจในระบบงานหรือองค์กรนั้น ๆ โดยพื้นฐานที่สุดคือ ในองค์กรที่ใช้อำนาจมากการเรียนรู้อย่างอิสระย่อมเกิดขึ้นไม่ได้ เพราะสมาชิกในองค์กรจะหันไปสู่การปกป้องตนเองจากการถูกอำนาจคุกคาม

ในขนาดเดียวกันผู้บริหารที่ใช้อำนาจในการบังคับบัญชา ก็จะไม่สามารถรับรู้ข้อมูลจากระบบป้อนกลับ ซึ่งเป็นคุณสมบัติสำคัญในการสะท้อนปัญหาเพื่อให้เกิดการปรับตัวของระบบซับซ้อน ลูกน้องไม่กล้าสะท้อนปัญหาเพราะกลัวเจ้านายลงโทษ เหมือนอย่างคนที่ที่เอาแต่เรื่องดีมาบอก ปิดบังเรื่องที่เป็นปัญหาไม่ให้ฮ่องเต้รู้ ดังนั้นนอกจากอำนาจจะเป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้แล้ว การเรียนรู้อย่างไม่อาจเกิดขึ้นโดยการใช้ อำนาจบังคับ

การจัดระบบความสัมพันธ์ที่เหมาะสมหรือเอื้อต่อการเรียนรู้จึงเป็นกลวิธีที่สำคัญในการจัดการความรู้ในองค์กร แนวความคิดต่าง ๆ เช่น การสร้างชุมชนแนวปฏิบัติ (Community of Practice, COP) ที่การปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกดำเนินไปอย่างเป็นธรรมชาติและไม่เป็นทางการ เน้นความเป็นกันเองและการสื่อสารทางตรง (ดู แวนเกอร์ และคณะ, พุนลาภ แปล. 2547; Gozdz 1995) เป็นตัวอย่างหนึ่งของการสร้างระบบความสัมพันธ์ที่เอื้อต่อการเรียนรู้ เทคนิควิธีต่าง ๆ เช่น สนทนาหรือ Dialogue (วิศิษฐ์ 2548, Bohm 2548) และ Appreciate Inquiry (Watkins & Mohr 2001) ก็เป็นการใช้ความ

ชื่นชมยินดีในคุณค่าหรือความสำเร็จในการสร้างความสัมพันธ์ที่ไว้วางใจกันและลดความแตกต่าง เหลื่อมล้ำของอำนาจ เพื่อเอื้อให้เกิดการเรียนรู้

นอกจากนี้ การสร้างสันติภาพในองค์กร และการจัดการความขัดแย้งด้วยสันติวิธีก็เป็นแนวทางสำคัญของการสร้างเสริมมิติทางจิตวิญญาณผ่านอุดมคติของการดำเนินชีวิต ความสนใจในเรื่องสันติวิธีและการจัดการความขัดแย้ง โดยปราศจากความรุนแรงเป็นองค์ประกอบสำคัญของกระบวนการทัศน์การจัดการใหม่ (ดู Gleason 1997; Ramsey 1996; Reynolds 1998)

4. ความรู้และการเรียนรู้เป็นเครื่องปลดปล่อยศักยภาพของมนุษย์ กระบวนทัศน์เดิมของวิทยาศาสตร์สมัยใหม่นั้นถือว่ามนุษย์ไม่ต่างจากเครื่องจักรกลทางชีววิทยา มนุษย์ดำรงอยู่เพื่อเป้าหมายที่ไม่แตกต่างไปจากสิ่งมีชีวิตอื่น ๆ คือ เพื่อความอยู่รอด ความสุขสบาย และการขยายเผ่าพันธุ์

ทัศนะดังกล่าวได้ทำให้ระบบการจัดการไม่สนใจมิติทางจิตวิญญาณและละเลยเรื่องราวด้านอุดมคติของชีวิต แนวคิดใหม่ของการจัดการความรู้เกิดจากกระบวนทัศน์ที่มองชีวิตอย่างเป็นองค์รวมซึ่งประกอบขึ้นจากมิติทางชีวภาพและมิติทางจิตวิญญาณอันเป็นคุณค่าสูงสุดของชีวิต ปีเตอร์ เซงเก้ได้เสนอแนวคิดที่ว่ากระบวนกรพัฒนาองค์กรใด ๆ เริ่มต้นด้วยสิ่งที่เขาเรียกว่า Self mastery คือการเรียนรู้ชีวิตด้านในและเป้าหมายเชิงอุดมคติของตนเอง ซึ่งการเรียนรู้นี้

ไม่เพียงแต่เป็นชุมพลที่สำคัญและศักยภาพในการทำงานเท่านั้น แต่การทำงานยังเป็นเครื่องมือในการขัดเกลาชีวิตเพื่อเป้าหมายของการบรรลุซึ่งคุณค่าสูงสุดของความเป็นมนุษย์ (Senge et. al 2004 ดู Bolman & Deal 1995; Briskin 1996; Kahnweiler & Otte 1998; Laab 1995; Leigh 1997; McLaughlin 1998; Mirvis 1997)

ในแง่นี้จะเห็นได้ชัดว่าวิธีในการจัดการความรู้แนวใหม่ได้แยกแยะความรู้ออกเป็นหลายระดับ โดยจำแนกความแตกต่างระหว่างข้อมูล (Data) สารสนเทศ (Information) ความรู้ (Knowledge) และปัญญา (Wisdom) โดยถือว่าข้อมูลเป็นข้อเท็จจริงที่ดำรงอยู่ลอย ๆ ไร้บริบท ในขณะที่สารสนเทศนั้นมีความสัมพันธ์กับสิ่งที่ให้ความหมายบางประการ ส่วนความรู้นั้นเกิดจากการเห็นแบบแผนปรากฏในข้อมูลหรือสารสนเทศซึ่งความรู้จะพัฒนาไปสู่ปัญญาก็เมื่อเราสามารถเข้าใจถึงกฎเกณฑ์ซึ่งเป็นหลักการสากลที่ไม่ขึ้นกับบริบท

การแยกแยะเช่นนี้แม้จะดูผิวเผินหากพิจารณาจากมุมมองเชิงศาสนาหรือปรัชญาแต่ก็เป็นประโยชน์ในแง่ที่ทำให้เห็นว่า ความรู้หรือภูมิปัญญาชั้นสูงมีความแตกต่างไปจากความรู้ที่วิทยาศาสตร์แบบเดิมเคยยึดถือว่าเป็นความจริงสูงสุด

■ ระบบการจัดการ ที่เอื้อต่ออุดมคติของชีวิต

การพลิกวิธีคิดจากการมองระบบองค์กรเป็นเหมือนเครื่องจักรกลไปสู่ทัศนะที่ถือว่าองค์กรเปรียบเสมือนระบบที่มีชีวิตนั้น หมายถึงการเปลี่ยนวิธีการจัดการโดยถือว่าองค์กรประกอบย่อย ๆ ภายในระบบนั้นล้วนมีความหมายในตัวเอง และต้องพึ่งพาอาศัยกัน การปรับตัวขององค์กรไม่ต่างกับระบบของสิ่งมีชีวิตในแง่ที่ว่า แบบแผนของชีวิตเกิดจากการเรียนรู้ที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม การเรียนรู้ขององค์กรจึงเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างกลไกการปรับตัวที่เอื้อให้สมาชิกขององค์กรเติบโตและเข้าถึงศักยภาพสูงสุดของตน

หัวใจของการจัดการความรู้ คือ การสามารถใช้ความรู้ในการทำงานและในขณะเดียวกันก็สามารถทำให้การทำงานเป็นการสร้างความรู้ใหม่ขึ้นมาอย่างสม่ำเสมอ

จะว่าไปแล้ว การทำงานถือได้ว่าเป็นกิจกรรมที่สำคัญที่สุดของความ เป็นมนุษย์ เพราะงานที่เป็นสิ่งที่ทำให้มนุษย์ตระหนักถึงศักยภาพและผลสำเร็จ จากการกระทำของตน มนุษย์จึงไม่สามารถอยู่เฉย ๆ โดยไม่ทำงานเป็นระยะเวลานาน ๆ ได้ เพราะงานเป็นสิ่งที่ให้ความหมายแก่ชีวิต การทำงานจึงสามารถยกระดับจิตวิญญาณของความเป็นมนุษย์ให้สูงขึ้นและช่วยให้มนุษย์เข้าถึงคุณค่า และศักยภาพสูงสุดของตนเอง

เป็นศักยภาพในการบรรลุซึ่งความดี ความงามและความจริงของชีวิต ด้วยการเรียนรู้

การจัดการองค์กรและการสร้างกระบวนการเรียนรู้ที่เป็นไปเพื่อเป้าหมาย การปลดปล่อยศักยภาพของมนุษย์เช่นนี้ จึงจะเป็นการทำงานที่เกื้อกูลต่อการ สร้างสังคมใหม่อย่างแท้จริง

การสร้างสรรควัฒนธรรมองค์กร

แม้ความหมายของคำว่าวัฒนธรรม และวัฒนธรรมองค์กรจะสามารถ นิยามได้หลากหลายแต่ทว่าในแวดวงการจัดการองค์กรนั้นวัฒนธรรมองค์กรเป็น ทั้งวิธีการและผลลัพธ์ของการพัฒนาองค์กร จึงไม่ใช่สิ่งที่ดำรงอยู่อย่างตายตัว แต่สามารถปรับเปลี่ยนเรียนรู้ได้ โดยอาจจำแนกเป็นระดับได้ 3 ระดับ คือ

- พฤติกรรมการแสดงออก
- ค่านิยม ทศนคติ และวิธีคิด
- โลภทัศน์ หรือ กระบวนทัศน์อันเป็นฐานคติของวิธีคิด

การดำเนินการเพื่อสร้างเสริมวัฒนธรรมองค์กรให้เข้มแข็งและเกื้อกูลต่อ ภารกิจองค์กร จึงจำเป็นต้องดำเนินการทั้งสามระดับโดยเน้นการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการแสดงออกที่เกิดขึ้นในระยะสั้น การเปลี่ยนแปลงค่านิยม ทศนคติ และวิธีคิดในระยะกลาง สำหรับการเปลี่ยนกระบวนทัศน์อันเป็นฐานคติของ วิธีนั้น เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ต้องดำเนินการต่อเนื่องระยะยาว โดยการที่ เปลี่ยนแปลงทั้งสามระดับล้วนมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน

การดำเนินการให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวัฒนธรรมองค์กรนั้น จำเป็นต้องมีความต่อเนื่องเพื่อให้ได้ผลในระยะยาว จึงต้องมีโครงสร้างหรือกลไก การดำเนินงานที่ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีเครือข่ายการทำงาน ร่วมกับองค์กรที่เกี่ยวข้อง

การปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมองค์กรสัมพันธ์เชื่อมโยงกับโครงสร้างองค์กร วัฒนธรรมราชการเดิมเป็นผลลัพธ์มาจากโครงสร้างองค์กรราชการที่มีลักษณะ สั่งการจากเบื้องบน มีช่วงชั้นการทำงาน มีการแบ่งหน้าที่ การทำงานอย่าง ตายตัว และมีลักษณะรวมศูนย์อำนาจ การปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมองค์กรจึงแยก ไม่ออกจากการปฏิรูปโครงสร้างองค์กร โดยจะต้องปฏิรูปโครงสร้างจากระบบ วิธีคิดเดิมสู่ระบบวิธีคิดใหม่

โครงสร้างและระบบงาน

ระบบวิธีคิดเดิม	ระบบวิธีคิดใหม่
เน้นการสั่งการจากเบื้องบน	เน้นการแก้ปัญหาในระดับปฏิบัติการ
เน้นรูปแบบการทำงานสำเร็จรูป	เน้นการคิดค้นสร้างสรรค์งานให้เหมาะสม กับปัญหา
เน้นการควบคุมและสั่งการ	เน้นการมีส่วนร่วมและความเสมอภาค
เน้นโครงสร้างแบบมีช่วงชั้น และการออกคำสั่ง	เน้นความร่วมมือและการทำงานเป็น เครือข่าย
เน้นเป้าหมายระยะสั้นและการแก้ปัญหา เฉพาะหน้า	เน้นเป้าหมายระยะยาวที่ยั่งยืน
เน้นเหตุผลและกฎระเบียบ	เน้นความเข้าใจและความร่วมมือ
เน้นระบบรวมศูนย์อำนาจ	เน้นการกระจายอำนาจ
เน้นพิธีการและความเป็นทางการ	เน้นรูปแบบเรียบง่าย

การปฏิรูปโครงสร้างและระบบงาน จึงจำเป็นต้องใส่ใจกับมิติของวัฒนธรรมองค์กรที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้างด้วย

ระบบวัฒนธรรมมีองค์ประกอบและเหตุปัจจัยที่สลับซับซ้อน วัฒนธรรมองค์กรเป็นทั้งการแสดงออกทางพฤติกรรม และเป็นฐานคติหรือกระบวนทัศน์ในการมองและทำความเข้าใจโลก การเปลี่ยนแปลงให้ถึงรากฐานของวัฒนธรรมจึงเป็นกระบวนการระยะยาว นักปรัชญาวิทยาศาสตร์และนักสังคมศาสตร์ที่สนใจในการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์มีความเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์จะต้องเริ่มจากการสร้างแม่แบบทางความคิดใหม่ (Exemplar) ซึ่งเป็นตัวแทนกระบวนทัศน์ใหม่หรือวัฒนธรรมใหม่ควบคู่ไปกับการสร้างพื้นที่การเรียนรู้ การสร้างตัวแบบและเวทีเพื่อการเรียนรู้ จึงมีความสำคัญต่อการสร้างเสริมวัฒนธรรมองค์กร

กลวิธีในการสร้างเสริมวัฒนธรรมองค์กรสามารถดำเนินการได้ 6 แนวทางหลัก คือ

1. ส่งเสริมและเผยแพร่เรื่องราวของบุคคลต้นแบบ ที่เป็นแบบอย่างในทางคุณธรรม การทำความดี จริยธรรม และจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ โดยเฉพาะปุชนียบุคคลที่มีอยู่ในวิชาชีพต่าง ๆ
2. สนับสนุนให้เกิดการค้นหาและชื่นชมเรื่องราวเกี่ยวกับความดี คุณธรรมของวิชาชีพและอุดมคติของชีวิตที่แฝงอยู่ในระบบงาน โดยเฉพาะ

เรื่องราวของคนเล็ก ๆ ที่ทำงานอย่างใส่ใจและทุ่มเทในหน่วยงานต่าง ๆ โดยดำเนินงานให้เกิดกระบวนการดังกล่าวอย่างกว้างขวาง ต่อเนื่อง และให้เกิดการนำเรื่องราวที่สามารถสร้างแรงบันดาลใจมาเรียนรู้ร่วมกันในทุกระดับ

3. เปิดเวทีการเรียนรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมองค์กรในทุกระดับโดยกำหนดให้การจัดประชุมสัมมนา หรือการเสนอผลงานต่าง ๆ มีการนำเสนอเกี่ยวกับหารสร้างเสริมวัฒนธรรมองค์กรทุกครั้ง

4. การวัฒนธรรมการให้บริการที่มีคุณภาพ โดยส่งเสริมการค้นคว้าและเผยแพร่เรื่องราวเกี่ยวกับการให้บริการและการดูแลผู้ป่วยที่มีความใส่ใจต่อมิติทางสังคมวัฒนธรรมและมีความละเอียดอ่อนต่อความเป็นมนุษย์

5. ส่งเสริมวัฒนธรรมการเรียนรู้ และการจัดการความรู้ในระบบงานเพื่อนำไปสู่การเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง โดยบูรณาการเข้าในระบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

6. สนับสนุนให้เกิดความเข้าใจอันดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และประชาชน ผ่านการสร้างวัฒนธรรมการสื่อสารที่ดีของบุคลากร รวมทั้งส่งเสริมการใช้กระบวนการสมานฉันท์และสันติวิธีในการจัดการความขัดแย้งในระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

ทุนนิยมกับผลกระทบ ต่อระบบสุขภาพชุมชน¹

ไม่มีข้อสงสัยเลยว่า ระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยมที่เกิดขึ้นเมื่อหลายร้อยปีมาแล้ว มีคุณูปการต่อความเติบโตทางเศรษฐกิจและความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่ทำให้คนมีชีวิตดีขึ้นเพียงใด แต่นั่นก็ไม่ใช่ตัวตนทั้งหมดของทุนนิยม

ความจริงอีกด้านหนึ่งที่ปฏิเสธได้ยากคือ ระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยมที่ถือกันว่าตอบสนองความต้องการของมนุษย์ได้ดีที่สุดนี้ กระบวนการซึ่งถูกขับเคลื่อนด้วยการแสวงกำไรภายใต้กลไกการตลาดและการแข่งขันเสรี ได้ส่งผลให้เกิดความเหลื่อมล้ำ และเป็นวิกฤตที่กัดกร่อนบ่อนทำลายความผาสุกของสังคมด้วยเช่นกัน

6 ลักษณะเด่นของอุดมการณ์ โลกทัศน์ และค่านิยมแบบทุนนิยม

ประการแรก ทุนนิยมมองว่า มนุษย์เป็นปัจจัยการผลิต(แรงงาน) ที่ต้องถูกทำให้มีต้นทุน (ค่าจ้าง) ต่ำที่สุด เพื่อที่จะได้มีผลกำไรสูงสุด

ประการที่สอง ทุนนิยมมองมนุษย์เป็นลูกค้า หรือผู้บริโภคซึ่งเป็นเป้าหมายของการขายผลผลิตเพื่อทำกำไร ทำให้มีการโฆษณาแข่งขันการขายสินค้าด้วยกลยุทธ์ต่าง ๆ อันนำไปสู่ “วัฒนธรรมบริโภคนิยม”

¹ เป็นส่วนหนึ่งของหนังสือ ฝ่าวิกฤต “ความเป็นธรรม” นำสังคมสู่สุขภาวะ โดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งอภิญญา ดันทวีวงศ์ เรียบเรียงใหม่จากบทความ “วิกฤตทุนนิยม สังคมมีโอกาส?” โดย ดร.ชาย โพธิ์สีดา และคณะ ในรายงานสุขภาพคนไทย พ.ศ. ๒๕๕๓ จัดทำโดย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (วปส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

ประการที่สาม ทุนนิยมมองว่า ทุนเป็นปัจจัยการผลิตที่สำคัญ ดังนั้น อะไรที่ทำให้เป็นทุนโดยตรงได้ยากมักจะได้รับการให้คุณค่าน้อย เช่น ป่าไม้ แต่อะไรที่ทำให้เป็นทุนได้ง่ายก็จะให้คุณค่ามาก เช่น ต้นไม้ซึ่งสามารถเอามาสร้างบ้านหรือทำเฟอร์นิเจอร์ได้โดยตรง ทศนะเช่นนี้นำไปสู่การใช้ทรัพยากรอย่างสิ้นเปลือง ไม่ยั่งยืน

ประการที่สี่ นอกจากนี้ ทุนนิยมยังมองว่าทุกสิ่งทุกอย่างมี “ราคา” ทศนะเช่นนี้นำไปสู่การตัดสินคุณค่าของสิ่งต่าง ๆ บนพื้นฐานของราคา มากกว่าคุณค่าด้านอื่น ๆ และนำไปสู่การทำให้ทุกอย่างเป็น “สินค้า” (commoditization) เพื่อทำกำไร แม้วัฒนธรรม พิธีกรรม ประเพณี ภูมิทัศน์ ความสวยงามตามธรรมชาติ ฯลฯ ทุนนิยมก็สามารถนำมาทำเป็นสินค้าเพื่อแสวงกำไรได้ เช่น เพื่อการท่องเที่ยว เป็นต้น

ประการที่ห้า ทุนนิยมให้ความสำคัญแก่ระบบตลาดที่มีการแข่งขัน ระบบนี้อาจช่วยให้ผู้บริโภคซื้อสินค้าและบริการได้ในราคาต่ำ อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติผู้ที่เข้าสู่การแข่งขันในระบบตลาดโดยมากแล้วไม่ได้อยู่ในสถานะที่เท่าเทียมกัน ทำให้เกิดการได้เปรียบเสียเปรียบระหว่างผู้ที่ “แข็งแรงกว่า” กับผู้ที่ “ด้อยกว่า” ซึ่งนำไปสู่การแข่งขันที่ไม่เป็นธรรม ประเภท “มือใครยาวสาวได้สาวเอา” หรือ “ปลาใหญ่กินปลาเล็ก”

ข้อเท็จจริงเป็นเช่นนั้นทั้งในระดับประเทศและระดับโลก นอกจากนี้ยังทำให้เกิดการโยกย้ายทรัพยากรจากพื้นที่ที่มีความสามารถในการซื้อหรือการบริโภคต่ำ ไปสู่พื้นที่ที่มีความสามารถในการซื้อสูงกว่า เช่น มีการจับปลาในทะเลไทย (และของประเทศยากจนอื่นๆ) ไปขายให้คนในประเทศร่ำรวยบริโภค เพราะได้ราคาดีกว่า โดยละเลยความต้องการของคนในพื้นที่ที่ยากกว่านั้น การเคลื่อนย้ายทุนอย่างเสรีในยุคทุนนิยมไร้พรมแดนยังทำให้ประเทศกำลังพัฒนา รวมถึงประเทศไทยด้วยต้องพึ่งพาการลงทุนจากต่างประเทศสูงเกินไป มีโอกาสจะนำไปสู่วิกฤตทางการเงินได้ง่าย ถ้าเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างกะทันหันในฐานการลงทุน

ประการที่หก ทุนนิยมยอมรับการเป็นเจ้าของทรัพย์สินส่วนบุคคลอย่างไม่จำกัด ทำให้มีแนวโน้มที่จะเน้นความสำคัญของปัจเจกชนเหนือกว่าส่วนรวม นำไปสู่ระบบ “ปัจเจกนิยม” และทำให้มีการ “ผูกขาด” เช่น ระบบสัมปทานและระบบทรัพย์สินทางปัญญา (ลิขสิทธิ์ สิทธิบัตร) ระบบกรรมสิทธิ์ผูกขาดเช่นนี้ ตรงกันข้ามกับระบบกรรมสิทธิ์รวม หรือระบบการแบ่งปันการใช้ประโยชน์ เช่น ระบบโฉนดที่ดินชุมชน หรือป่าชุมชน เป็นต้น

อุดมการณ์ โลกทัศน์ และค่านิยมดังกล่าวข้างต้น เป็นลักษณะสำคัญ (Core values) ของระบบทุนนิยมที่ทำให้เศรษฐกิจเติบโตและก้าวหน้า

แต่ขณะเดียวกันอุดมการณ์และค่านิยมเดียวกันนี้ ก็นำไปสู่ปัญหาหลายอย่าง โดยเฉพาะปัญหา ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ ปัญหาสิ่งแวดล้อม ชุมชนอ่อนแอ คุณค่าความเป็นมนุษย์และ ศีลธรรมจริยธรรมถูกละเลย และปัญหาสุขภาพ

กล่าวโดยสรุปคือ ปัญหาสำคัญหลาย ที่สังคมทุนนิยมส่วนมากได้ประสบกันนั้น มีสาเหตุที่เชื่อมโยงไปถึงระบบทุนนิยม ไม่โดยตรงก็โดยอ้อม

ทุนนิยมกับวิกฤตชุมชน

“สังคมเสียศูนย์”

ปัจจุบันทุนนิยมได้รุกคืบเข้าไปถึงทุกซอก ทุกมุมของสังคมไม่ว่าจะเป็นในชุมชน ในครัวเรือน หรือสถาบันทางสังคมในระดับสูงขึ้นไป เช่น สถาบันศาสนาและสถาบันการศึกษา ทั้งในเมือง และในชนบท ทำให้การผลิตและวิถีชีวิตของคน เปลี่ยนไปจากที่เคยอิงอยู่กับความสัมพันธ์ทาง สังคมและจารีตประเพณี เช่น เครือญาติ ความ เป็นเพื่อนบ้านเดียวกัน และความเชื่อทางศาสนา ได้เปลี่ยนไปสู่รูปแบบใหม่ที่ยึดความมีเหตุผล ผล เชิงโลกียนิยม (Secular rationality) และกฎเกณฑ์ที่ ให้ความสำคัญแก่เรื่องสิทธิและความเสมอภาค ระหว่างปัจเจกชนเป็นที่ตั้ง

ความสัมพันธ์ทางการผลิตแบบใหม่นี้ ได้ กลายเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลกำหนดความสัมพันธ์

ระหว่างผู้คนในชุมชน ทำให้กลายเป็นหน่วยที่มี ความเป็นปัจเจกสูง การพึ่งพาเกื้อกูลและการ ร่วมมือกัน บนฐานของความสัมพันธ์ทางสังคม มีน้อยลง ความมั่นคงในชีวิตขึ้นอยู่กับความเป็น เจ้าของปัจจัยการผลิต และความสามารถในการ สะสมความมั่งคั่งทางวัตถุอาจกล่าวได้ว่า ระบบ ทุนนิยมนั้นเอาปัจเจกชนเป็นศูนย์กลางไม่ได้เอา ชุมชนและสังคมเป็นศูนย์กลางชุมชน ในระบบ ทุนนิยมจึงมักเป็นชุมชนที่ “เสียศูนย์”

ภายใต้ระบบการผลิตแบบทุนนิยมที่มี ตลาดและการแข่งขันเป็นกลไกสำคัญในปัจจุบัน แม้ครัวเรือนเกษตรกรรายเล็กรายน้อยในชนบท จะยังคงทำการผลิตในไร่นาของตนต่อไป แต่ เป้าหมายและกระบวนการผลิตได้เปลี่ยนไปมาก แทนการผลิตเพื่อกินเพื่อใช้ในครัวเรือน เกษตรกร ผู้ผลิตขนาดเล็กจำนวนมากที่หันมาผลิตเพื่อ สสนองความต้องการของตลาด หรือผลิตสิ่งที่ ตลาดกำหนด จึงพึ่งตลาดมากขึ้น ๆ

แต่การพึ่งตลาดหมายถึง การเข้าไปสู่ ระบบการแข่งขัน ซึ่งคนในชนบทส่วนใหญ่ยังไม่ คำนึงถึงแม้จะคุ้นเคย การแข่งขันก็คือเกมที่มี ผู้แข็งแกร่งเท่านั้นที่อยู่รอดในระยะยาว เกษตรกรจำนวนหนึ่งที่ไม้อาจจะสู้ได้ในการ แข่งขัน กลายเป็นผู้ผลิตที่ไม่มีความมั่นคง สูญเสีย ปัจจัยการผลิตคือที่ดิน กลายเป็นกรรมกรขาย แรงงานในภาคเกษตร หรือไม่ก็ในภาคอุตสาหกรรม และบริการสภาพเช่นนี้ทำให้ชุมชนชนบทโดยรวม อ่อนแอลง เพราะฐานเดิมที่มีการพึ่งพาเกื้อกูลกัน

ทางสังคม ถูกอุดมการณ์ทุนนิยมทำให้อ่อนแรงลงไปความอ่อนแอของชุมชน
ในชนบทจะเห็นได้ชัดในระดับครัวเรือนเมื่อการขยายตัวในภาคอุตสาหกรรม
ต้องการแรงงานราคาถูก ทำให้แรงงานหลักของครัวเรือนในชนบทหลังไหลเข้า
สู่โรงงานทั้งญาติผู้สูงอายุและเด็ก ๆ ไว้เบื้องหลัง ครัวเรือนที่ประกอบด้วย
“สมาชิกข้ามรุ่น” (คนแก่กับหลานวัยเด็ก) เช่นนี้มีความเปราะบางและไม่มั่นคง
ในแทบทุกด้าน และกำลังมีจำนวนมากขึ้นในชนบทปัจจุบัน

นี่เป็นวิกฤตอย่างหนึ่งในยุคทุนนิยม

■ ทุนนิยมกับคุณค่าความเป็นมนุษย์และศีลธรรม

จริยธรรมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ถูกลดทอน

ประการแรก การที่ทุนนิยมมองว่าคนเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยการผลิต
(แรงงาน) นั้น ทำให้ศักดิ์ศรีและคุณค่าความเป็นมนุษย์ถูกลดทอนลงมาเท่ากับ
ปัจจัยการผลิตอย่างอื่น (เช่น ทุนหรือวัตถุดิบ) นั้นหมายความว่า คุณค่าและ
คุณภาพของคนขึ้นอยู่กับความสามารถในการผลิตเป็นหลัก

ทัศนะเช่นนี้นำไปสู่ประเด็นคำถามเกี่ยวกับชีวิตมากมาย เช่น ชีวิตคืออะไร
อะไรคือความหมายของการมีชีวิตอยู่ และมนุษย์ควรมีชีวิตอยู่เพื่อจุดมุ่งหมายใด
 ฯลฯ คำถามทำนองนี้คือประเด็นที่ผู้นำศาสนาและนักคิดคนสำคัญ ๆ ของโลกได้
คิดค้นและทดลองจนพบสังขารอันเป็นแนวทางการดำรงชีวิตที่มีค่ามีความหมาย
และที่จะพาให้ข้ามพ้นเรื่องของการผลิตทางวัตถุไปสู่การผลิตความดีงาม เพื่อ
บรรลุถึงความสุขสงบที่ยั่งยืน

แต่ทุนนิยมมีแนวโน้มที่จะลดทอนคุณค่าและความหมายของความเป็น
มนุษย์ในด้านที่สำคัญนี้ลง

ประการที่สอง เนื่องจากทุนนิยมมองว่า คนเป็นลูกค้า(ผู้บริโภค) ดังนั้น
คุณค่าของคนจึงอยู่ที่การเป็นลูกค้าหรือผู้บริโภคที่ดีเพื่อที่ผู้ผลิตจะได้ขายสินค้า
และทำกำไรทุนนิยมส่งเสริมและกระตุ้นให้คนรู้สึกว่า ตัวเอง “พอร่อง” ดังนั้น
จึงต้องเติมเต็มด้วยการบริโภคอยู่ตลอดเวลาแม้จะไม่จำเป็นก็ตาม

สภาพเช่นนี้ชักนำให้เกิด “วัฒนธรรมบริโภคนิยม” ทุนนิยมก็สนใจเฉพาะที่จะให้คนบริโภคมาก ๆ เท่านั้น ไม่สนใจว่าเมื่อบริโภคแล้วอะไรจะตามมา เว้นเสียแต่ว่าสิ่งนั้นจะสามารถเอามาทำกำไรได้อีกต่อหนึ่ง

ดังเช่นการผลิตอาหารที่มีรสชาติและสีสันท่อใจให้คนบริโภคซึ่งมีอยู่มากมายในปัจจุบัน เมื่อคนบริโภคกันมาก ๆ จนเกิดปัญหาโรคอ้วนแล้วความอ้วนนั้นเองก็ถูกทุนนิยมทำให้เป็น “สินค้า” เพื่อแสวงกำไร (ด้วยการขายผลิตภัณฑ์อื่นๆ) ได้อีกต่อหนึ่งในแง่ที่กล่าวมานี้ ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ย่อมถูกลดทอนลงมาเป็นเพียงผู้บริโภค ไม่ใช่คนผู้ไฝ่ความดีงาม เช่น มิตรไมตรีความรักและความเมตตาอารีต่อเพื่อนมนุษย์ เป็นต้น วัฒนธรรมบริโภคนิยมทำให้คนติดยึดอยู่กับการเสพสิ่งบำเรอและให้คุณค่าการเสพเช่นนั้นมากกว่าสิ่งอื่น

คนจำนวนมากที่ตกเป็นทาสของบริโภคนิยมจึงบูชาการบริโภคเสมือนว่าเป็นพระเจ้ายอมสละได้แม้ศักดิ์ศรีของตนเองเพื่อขอให้ได้บริโภคตามที่ใจปรารถนา

ดังกรณีวัยรุ่นที่ขายตัวเพื่อแลกเงินไปซื้อกระเป๋าลือราคาแพงบางยี่ห้อ หรือกรณีอาแม่เศรษฐกิจนี้ประกาศยอมจ่ายเงินหลายล้านเพียงเพื่อให้หลานรักได้อุ้มลูกหมี่แพนด้าสักครั้ง เป็นต้น

ทุนนิยมกับวิกฤตสุขภาพ

ทุนนิยมทำให้เกิดปัญหาสุขภาพได้ 3 ทาง

ทางที่หนึ่ง ทุนนิยมมีแนวโน้มส่งเสริมการบริโภคที่ไม่เหมาะสมและทำให้เกิดวัฒนธรรม “บริโภคนิยม” (consumerism) ที่นำไปสู่ปัญหาสุขภาพได้

ทางที่สอง ทุนนิยมมีแนวโน้มทำให้เรื่องของสุขภาพและระบบบริการสุขภาพเป็นสินค้าเพื่อแสวงกำไรมากเกินไป

ทางที่สาม ทุนนิยมทำให้คนไม่เท่าเทียมกันทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งที่นำไปสู่ปัญหาสุขภาพของประชาชน ข้อหลังนี้เป็นเรื่องที่ค่อนข้างละเอียดลึกซึ้ง แต่สังคมแทบไม่ได้ตระหนักถึง

บริโภคนิยม

ปัญหาสุขภาพเนื่องจากการบริโภคไม่เหมาะสม กำลังเป็นประเด็นใหญ่อย่างหนึ่งในโลกปัจจุบัน ไม่เฉพาะแต่ประเทศกำลังพัฒนาเท่านั้น แม้แต่ประเทศที่พัฒนาแล้วโดยทั่วไปก็ประสบปัญหานี้ด้วย

ปัญหาการบริโภคในสังคมทุนนิยมนั้นส่วนหนึ่งเป็นเรื่องของการไม่มีอะไรจะกิน (เพราะจน) แต่อีกส่วนหนึ่งเป็นเรื่องของการมีกินแต่ “กินไม่เป็น”

ทุนนิยมมีส่วนต้องรับผิดชอบปัญหานี้ ไม่น่าแปลกใจ ทุกวันนี้ความก้าวหน้าทางอุตสาหกรรม ทำให้มีการผลิตอาหารหลากหลายชนิดที่มีสีส่น และรสชาติชวนบริโภค ข้อน่าเสียดายคือ อาหารหลายอย่างที่ผลิตออกมานั้น ไม่ใช่สิ่งจำเป็นและไม่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ หลายอย่างเป็นเพียง “อาหารขยะ” (junk food) แต่ผู้ผลิตและผู้ขายก็ทำให้เห็นเป็นของดี ถึงขนาดเป็นสัญลักษณ์ของการเป็นผู้บริโภคที่ “มีระดับ” ก็มีไม่น้อย ผลคือทำให้เกิดค่านิยมและพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะในเด็ก เยาวชน และคนรุ่นใหม่พฤติกรรมการบริโภคเช่นนี้ ที่เห็นได้ชัดคือการบริโภคอาหารที่มีรสหวานและมีไขมันมากเกินไป อาหารที่ไม่จำเป็นต่อสุขภาพ ร่างกาย เครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลม และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ รวมทั้งการสูบบุหรี่และการใช้สารเสพติดหลายชนิดเพียงเพื่อกระตุ้นร่างกาย หรือเพื่อความสนุกสนานชั่วเวลาอันสั้นเท่านั้น

วัฒนธรรมบริโภคนิยม เมื่อบวกกับวิถีชีวิตที่ไม่ส่งเสริมการออกกำลังกายแล้ว ทำให้คนจำนวนมากในปัจจุบันประสบปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและมีไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยหลายชนิด เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ ความเจ็บป่วยเหล่านี้ นอกจากเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในปัจจุบันแล้ว ยังทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายของครอบครัว

และงบประมาณของรัฐ ด้วยบริโภคนิยมนี้ทำให้คนรู้สึกส่วนตัวเอง “พร่อง” หรือมีอะนั่นก็ “ดีไม่พอ” อยู่ตลอดเวลา

ดังนั้นจึงมีแนวโน้มจะทำให้สิ่งปกติหลายอย่างที่คนเรามีและเป็นอยู่แล้วโดยธรรมชาติกลายเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการบำบัด เสมือนว่า “เป็นโรค” อย่างหนึ่ง

ทุกวันนี้ตลาดในระบบทุนนิยมมีอำนาจมากพอที่จะทำให้คนที่มร่างกายและสุขภาพปกติจำนวนไม่น้อย รู้สึกเหมือนว่ามี “ความเจ็บป่วย” ที่ต้องได้รับการบำบัด เช่น ผิวกายที่คล้ำโดยธรรมชาติ สิวฝ้า เรือนร่างไม่คงตาม หรือแม้กระทั่งความแก่ตามสภาพธรรมชาติของสังขารร่างกาย ก็ถูกทำให้รู้สึกว่าจะต้องได้รับการบำบัดรักษา (ด้วยผลิตภัณฑ์ที่ทันสมัยหรือโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง) ทั้งที่สิ่งเหล่านั้นไม่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยเลยนี่คือ “โรคบริโภคนิยม” ที่ดูเหมือนจะทวีความรุนแรงมากขึ้นในปัจจุบัน

สุขภาพเป็นสินค้า

ผลกระทบอีกอย่างหนึ่งของทุนนิยมต่อสุขภาพมาจากกระบวนการทำให้เรื่องของสุขภาพไม่ว่าจะเป็นยา บุคลากร และระบบการให้บริการรักษาพยาบาล “เป็นสินค้า” มากเกินไป บางท่านเรียกสิ่งนี้ว่า “ทุนนิยมทางสุขภาพ” (health capitalism) ในแง่นี้ ทุนนิยมอาจไม่ได้ทำให้เกิด

ความเจ็บป่วยโดยตรง แต่ก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงยาและบริการทางสุขภาพในหมู่ประชาชน

ปัญหานี้เชื่อมโยงไปถึง ระบบทุนนิยมโลก (Global capitalism) และกระแสโลกาภิวัตน์อย่างไม่มีข้อสงสัย การค้าเสรีที่กำลังมาแรงในปัจจุบัน ทำให้บริษัทผลิทยาักษ์ใหญ่เพียงไม่กี่แห่งในประเทศที่เป็นหัวขบวนของระบบทุนนิยมสามารถผูกขาดอุตสาหกรรมยาและการค้ายาได้ภายใต้ระบบสิทธิบัตรที่ให้อำนาจผูกขาดการผลิตและการจำหน่ายยาแก่บริษัทผู้เป็นต้นคิด

การผูกขาดเช่นนี้เป็นผลโดยตรงมาจากการขับเคลื่อนการค้าเสรีโดยองค์การการค้าโลก ซึ่งได้รับแรงกดดันจากประเทศมหาอำนาจ ที่ได้เปรียบในอุตสาหกรรมยามากอยู่แล้ว ผลพวงของการผูกขาดทำให้ยาที่จำเป็นในการรักษาชีวิตคน (life-saving drugs) มีราคาแพงเกินเหตุ แม้ในประเทศที่เป็นผู้ผลิตยาเอง ซึ่งไม่น่าเชื่อว่าจะเกิดขึ้น

ประเทศไทยเองก็ได้รับผลกระทบแล้วมีใช้น้อย ดังเช่นเมื่อรัฐบาลจะใช้สิทธิตามกฎหมายนำยาต้นตำรับมาผลิตเอง หรือนำเข้ายาสามัญ ทำให้มีราคาถูกลง (Government use of patent) เพื่อที่ประชาชนในประเทศจะสามารถเข้าถึงได้ ก็ทำให้มีเรื่องพิพาทกับบริษัทข้ามชาติบางราย เป็นต้น

กล่าวได้ว่า นี่เป็นผลกระทบโดยตรงของทุนนิยมเรื่องยา กลอบายการตลาดก็อาจจะเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่ทำให้ปัญหาซับซ้อนขึ้น และ

ทำให้ราคายาและค่าใช้จ่ายการรักษาในสถานบริการของรัฐสูงโดยไม่จำเป็น

กรณี “บัญชียาหลักแห่งชาติ” เป็นตัวอย่างอันหนึ่งในเรื่องนี้

เป็นเวลานานมาแล้วที่มีความพยายามจะให้ใช้ยาในบัญชียาหลัก ในการรักษาพยาบาลในสถานบริการของรัฐ แต่ก็ดูเหมือนว่ายังไม่ได้ผลเท่าที่ควร สาเหตุอย่างหนึ่งก็เพราะกลอบายทางการตลาดของนายทุนพ่อค้ายาที่เข้าไปสร้างความสัมพันธ์กับสถานบริการทางสุขภาพหรือบุคลากรบางระดับ ทำให้การตัดสินใจเกี่ยวกับยาที่จะรักษาคนไข้แตกต่างกัน แม้ในความเจ็บป่วยอย่างเดียวกันก็ตาม (ซึ่งหมายถึงราคาต่างกันด้วย) ความซับซ้อนเช่นนี้มีเหตุผลทางการตลาดหรือเหตุผลอื่น ๆ (เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรในสถานบริการกับพ่อค้ายา) เข้ามาเกี่ยวข้องมากกว่าเหตุผลทางด้านการรักษาโดยตรง

นอกเหนือจากเรื่องยา การจัดระบบให้บริการสุขภาพที่เปิดกว้างให้ภาคเอกชนเข้ามาดำเนินการก็อาจเป็นประเด็นที่มีการโต้แย้งอยู่ไม่มากนักน้อย เนื่องจากเรื่องนี้มีทั้งด้านที่เป็นประโยชน์และด้านที่อาจสร้างปัญหาในระบบบริการสุขภาพ หากไม่มีการจัดการที่ดีพอ ต้องยอมรับว่าการที่เอกชนเข้ามามีบทบาทในการให้บริการในรูปของโรงพยาบาลเอกชนนั้นก็มิใช่อติอยู่เหมือนกัน

ที่ชัดเจนคือ ระบบของเอกชนเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพ บริการของภาคเอกชนช่วยบรรเทาความแออัดในสถานบริการของรัฐ และลดภาระด้านงบประมาณในภาครัฐลงได้ในระดับหนึ่ง นอกจากนี้ในระยะหลัง ๆ มานี้มีแนวโน้มว่า สถานบริการภาคเอกชนบางส่วนเป็นแหล่งนำรายได้เข้าประเทศได้ทางหนึ่งด้วย

การขยายตัวของบริการรักษาพยาบาลในภาคเอกชนที่มีลักษณะเป็น “อุตสาหกรรม” เช่นนี้อาจถือเป็นข้อดีอย่างหนึ่ง อย่างไรก็ตาม ความต้องการกำลังคนในภาคเอกชนอาจทำให้สถานบริการของรัฐในบางระดับประสบปัญหาขาดแคลนบุคลากรได้ โดยเฉพาะหมอและพยาบาล เนื่องจากค่าตอบแทนในภาคเอกชนสูงกว่าในภาครัฐมาก ทำให้แพทย์และพยาบาลจำนวนมากลาออกจากภาครัฐไปอยู่ในภาคเอกชน

ความไม่เท่าเทียมนำไปสู่ปัญหาสุขภาพ

อันตรายที่น่ากลัวของความไม่เท่าเทียมอย่างหนึ่งคือ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยและการตายด้วยสาเหตุหลายชนิด แต่สังคมก็ไม่ค่อยได้ตระหนักถึงมากนัก

ในช่วงเวลากว่า 10 ปีที่ผ่านมา มีการวิจัยจำนวนมากที่วิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำด้านรายได้กับปัญหาสุขภาพของคนในสังคม งานวิจัยเหล่านี้ตีพิมพ์ในวารสารที่มีชื่อเสียงทั้งในอังกฤษและสหรัฐอเมริกา เช่น British Medical Journal,

American Journal of Public Health เป็นต้น ผลการวิจัยเกือบทั้งหมดชี้ไปที่ข้อสรุปคล้ายกันว่าความเหลื่อมล้ำซึ่งวัดจากการกระจุกตัวของรายได้ นั้น มีความสัมพันธ์กับระดับปัญหาสุขภาพในสังคมอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการเจ็บป่วย การตาย สุขภาวะของเด็กหรือปัญหาที่แสดงว่าสังคม “มีอาการเจ็บป่วย” อย่างอื่นก็ตาม

โดยสรุปแล้ว งานวิจัยเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่า ในสังคมไทยที่รายได้และความมั่งคั่งกระจุกอยู่ในมือของคนจำนวนน้อย (นั่นคือมีความเหลื่อมล้ำสูง) ปัญหาสุขภาพสารพัดชนิดก็สูงด้วย จากนั้นเป็นบางส่วนจากข้อค้นพบจากงานวิจัย ซึ่งเป็นตัวอย่างที่ยืนยันข้อสรุปข้างต้น

ในปี 1996 George Kaplan และคณะทำการวิเคราะห์ความไม่เท่าเทียมด้านรายได้กับภาวะการมรตายนในสหรัฐอเมริกาพบว่า ในทุกรัฐของสหรัฐอเมริกา ความไม่เท่าเทียมกันของรายได้มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพทุกชนิดที่น่าสนใจคือ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับอัตราต่าง ๆ ต่อไปนี้ คือ อัตราตายรายอายุ อัตราเด็กเกิดมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ อัตราการถูกฆ่าตาย อาชญากรรมที่เกี่ยวกับความรุนแรง ความทุพพลภาพจากการทำงาน ค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายด้านกิจการตำรวจ เพื่อรักษาความปลอดภัยให้ประชาชน อัตราการสูบบุหรี่ อัตราความเจ็บป่วย เนื่องจากคนขาดการออกกำลังกาย และอื่นๆ

นอกจากนี้ ในรัฐที่มีความไม่เท่าเทียมด้าน รายได้สูง อัตราคนว่างงาน ผู้ต้องโทษจำคุก และ ผู้รับแสตมป์อาหารสำหรับคนจน (Food stamp) ก็สูงด้วย

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการ กระจายรายได้ที่เหลื่อมล้ำกับภาวะการณตายเป็น สหรัฐอเมริกาของ Bruce Kennedy และคณะใน ค.ศ. 1996 ก็ได้ข้อสรุปในทำนองเดียวกัน นั่นคือ ในรัฐที่มีความเหลื่อมล้ำสูง อัตราการตายก็สูง ด้วย การวิเคราะห์นี้ชี้ให้เห็นแม้กระทั่งว่า ดัชนี ความเหลื่อมล้ำที่เพิ่มขึ้น ทุก ๆ ร้อยละ 1 จะ ทำให้การตายโดยรวมเพิ่มขึ้นถึง 21.68 ราย ต่อ ประชากรแสนคน

นอกจากนี้ ความเหลื่อมล้ำยังมีผลต่อการ ตายของทารกโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเกี่ยวกับ เนื้อร้ายต่าง ๆ และการถูกฆ่าตายด้วย

การศึกษาของ John Lynch และคณะ ใน ค.ศ. 1998 ช่วยตอกย้ำสิ่งที่นักวิจัยหลายคน พบก่อนหน้านั้นให้หนักแน่นยิ่งขึ้นนักวิจัยคณะนี้ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความไม่เท่าเทียมด้าน รายได้กับภาวะการณตายเป็นเมืองใหญ่ ๆ ของ สหรัฐอเมริกา 282 เมือง พบว่า ในเมืองที่มีความ เหลื่อมล้ำของการกระจายรายได้สูง อัตราตายก็ สูงด้วย เป็นเช่นนั้นในทุกระดับของรายได้ต่อหัว ประชากร

ถ้าเทียบกันระหว่าง 2 พื้นที่ โดยพื้นที่ หนึ่งมีความเหลื่อมล้ำรายได้สูง แต่คนมีรายได้

เฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ กับอีกพื้นที่หนึ่งที่มีความ เหลื่อมล้ำต่ำแต่คนมีรายได้เฉลี่ยอยู่ในระดับสูง การตายในพื้นที่แบบแรกจะสูงกว่าพื้นที่แบบหลัง มาก (เพราะในพื้นที่แบบนั้นมีความเหลื่อมล้ำสูง) คิดเป็นอัตราได้ถึง 139.8 ราย ต่อประชากรแสนคน ความแตกต่างกันของการตายในกรณีที่กำลังมานี้ เฉพาะใน ค.ศ. 1995 มีระดับสูงมากเทียบได้กับ การเสียชีวิตจากโรคมะเร็งปอด เบาหวาน อุบัติเหตุจราจร เอ็ดส์ การฆ่าตัวตาย และการ ถูกฆ่าตาย รวมกันเลยทีเดียว

ความไม่เท่าเทียมในรายได้ของคนใน สังคมนั้นคุกคามสุขภาพของเด็กด้วย การศึกษา ของ Kate Pickett และ Richard Wilkinson ใน ปี ค.ศ. 2007 ที่เปรียบเทียบข้อมูลดัชนีสุขภาพ ของเด็กจากประเทศร่ำรวย 23 ประเทศ และจาก 50 รัฐของสหรัฐอเมริกา สุขภาวะของเด็กในการ ศึกษานี้วัดเป็นดัชนีอย่างเดียวกับที่กองทุนเด็ก ระหว่างประเทศแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) ใช้ เป็นมาตรวัดสำหรับประเทศต่าง ๆ ซึ่งประกอบ ด้วยตัวชี้วัดสำคัญ 6 ด้าน คือ ด้านฐานะความ เป็นอยู่ทางเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพและความ ปลอดภัย ด้านการศึกษา ด้านความสัมพันธ์กับ เพื่อนและครอบครัว ด้านพฤติกรรมและความ เสี่ยง และด้านการรับรู้สุขภาพของตัวเอง

ผลการศึกษาพบว่า ในสังคมที่ความ ไม่เท่าเทียมอยู่ในระดับต่ำ ดัชนีสุขภาพโดยรวม ของเด็กจะสูง นั่นหมายถึงว่าเด็กในสังคมแบบนี้

จะมีสุขภาพโดยรวมดีกว่าเด็กในสังคมที่มีความแตกต่างของรายได้อยู่ในระดับสูง ความเหลื่อมล้ำนั้นยังก่อให้เกิดความยากจนอีกรูปแบบหนึ่งคือ ความยากจนเพราะคิดว่าตัวเอง “มีไม่พอ” เนื่องจากเกิดการเปรียบเทียบกับคนอื่นที่มีมากกว่า แม้ว่าความจริงตัวเองมีพอที่จะซื้อสินค้าและบริการสำหรับการดำรงชีวิตได้โดยไม่ลำบากเลยก็ตาม

เราอาจเรียกความจนแบบนี้ว่า “ความจนเชิงอัตวิสัย” (subjective poverty) หรือ **“ความจนทางใจ”** ความยากจนเช่นนี้เป็นอันตรายต่อสุขภาพไม่น้อยกว่าความยากจน เพราะความขาดแคลนทางวัตถุ

ในบทความเรื่อง Sick of Poverty (เจ็บป่วยเพราะความจน, ตีพิมพ์ในวารสาร Scientific American, December 2005) Robert Sapolsky ศาสตราจารย์สาขาประสาทวิทยาแห่งมหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ด สหรัฐอเมริกา ชี้ให้เห็นว่า **ความจนทางใจนี้ทำให้คน “หยุดไม่ได้ พอไม่เป็น” แม้จะรวยจนล้นแล้วก็ตาม** ชีวิตจึงต้องแข่งขันและรีบเร่งตั้งแต่เล็กจนแก่เฒ่า เมื่อเป็นเช่นนั้นก็ทำให้คนเกิดความเครียดชนิด “ฝังใจ”

มีการวิจัยในประเทศตะวันตกชี้ชัดว่า ความเครียดเป็นตัวที่ก่อปัญหาทางสุขภาพหลายอย่าง เพราะเป็นโทษต่อการทำงานของทุกระบบในร่างกายในประเทศไทยทุกวันนี้ เราได้เห็นชัด

ขึ้นว่า ชีวิตคนเมืองที่มีความเป็นทุนนิยมมากนั้นมีแต่ความรีบเร่งและการแข่งขัน คนจึงเป็นโรคเครียดและโรคซึมเศร้ามากขึ้น เพราะหาทางออกจากปัญหาความยากจนทางวัตถุและความยากจนทางจิตใจไม่ได้

ความไม่เท่าเทียมกันของรายได้ และความเหลื่อมล้ำในสังคมนั้นเป็นเรื่องธรรมดา แต่ความไม่เท่าเทียมและความเหลื่อมล้ำที่มากเกินไปขนาด เป็น “โรคทุนนิยม” ที่ควรได้รับการรักษา

ผู้ที่เห็นปัญหานี้หลายท่านได้เตือนให้สังคมตระหนักว่า ความเหลื่อมล้ำด้านรายได้ของคนในสังคมทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ ในช่วงเวลาที่ผ่านมา

นี่คือสิ่งที่อาจนำไปสู่วิกฤต



แนวคิดใหม่

เกี่ยวกับการจัดการ



การจัดการใหม่ ค่านิยมใหม่

New Management New Value

ไกรฤทธิ์ บุญเกียรติ¹

มุมมององค์กรใหม่ (NEW ORGANIZATION)

ที่เห็นเป็นตารางนี้ไม่ได้มาจากทฤษฎีอะไร แต่มาจากประสบการณ์ส่วนตัวของผมเอง

ตามตารางข้างล่างนี้ แบ่งองค์กรเป็น 2 ประเภท ประเภทแรกคือ องค์กรที่มุ่งทำกำไร (Profit Organisation) เป็นองค์กรที่พบได้มากที่สุดในยุคก่อน ๆ พอมาระยะหลัง ๆ เริ่มมีองค์กรอีกแบบเกิดขึ้นมา เป็นองค์กรที่เอาสังคมเป็นเป้าหมาย ไม่หวังทำกำไร (Non- Profit Organisation) เช่น สสส. สช. เป็นต้น องค์กรทั้ง 2 แบบนี้ ผมลองวิเคราะห์ดูจะเห็นว่ามีบุคลิก 10 ประการที่แตกต่างกัน คือ

¹ รองประธานคณะกรรมการมูลนิธิสถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม, ประธานกรรมการสำนักงานตลาด กรุงเทพมหานคร, กรรมการตรวจสอบ บริษัท แพน ราชเทวี กรุ๊ป จำกัด (มหาชน)

ตารางที่ 1 มุมมององค์กรใหม่ (New Organisation)

ที่	PROFIT (เอากำไรเป็นเป้าหมาย)	SOCIAL (เอาสังคมเป็นเป้าหมาย)
1	MAN-MADE (Mechanical) มนุษย์สร้าง	NATURE – IMITATION (Biological) เลียนแบบธรรมชาติ
2	DEMINISHING RETURN ยิ่งทำยิ่งอ่อนแรง	POSITIVE RETURN ยิ่งทำยิ่งมีพลัง
3	DYNAMIC-STATIC เดี่ยวนิ่ง-เดี่ยวกว้าง	CHAORDIC โกลาหลแต่ไม่ละ
4	STRATEGIC-FOCUS อาศัยระบบเชิงกลไก	COMPLEX ADAPTIVE FOCUS อาศัยระบบเชิงปรับตัว
5	COMMAND AND CONTROL สั่งการและกำกับดูแลจากเบื้องบน (วัฒนธรรมเชิงอำนาจ)	FACILITATE AND COACHING อำนวยความสะดวกและการพึ่งพา การสอนงานกัน
6	FINANCIAL DRIVEN สนใจส่วนที่จะให้และวิธีการ	USER-DRIVEN สนใจผู้ใช้และผู้มีส่วนได้เสีย
7	LINEAR เชื่อตัวเลขและรูปทรงทางเลขคณิต	NON-LINEAR เชื่อความสามารถในตน และปริฟอร์ม
8	CREATION (ต้องสร้างขึ้น) (DISCONTINUITY) พัฒนาการเป็นท่อน ๆ	EMERGENCE (CONTINUOUS) พัฒนาการเป็นสายน้ำ
9	DIVISIONAL คิดเป็นส่วน ๆ เป็นคณะ ๆ	HOLISTIC คิดเป็นองค์รวม แยกกันทำงานได้
10	CENTRALISED บริหารจัดการเชิงรวมสู่ศูนย์กลาง	NETWORK-LIKE บริหารจัดการเป็นเครือข่ายแต่สื่อถึงกันตลอด

ประการแรก Man-Made กับ Nature-Imitation เคยมีคำที่ล้อกันว่า องค์กรที่มนุษย์สร้างขึ้นเขาเรียกว่า Organisation หรือ Man-Made ส่วนที่เกิดขึ้นเองอย่างองค์กรทางสังคม เราเรียก Organism หรือ Nature-Imitation ดูจากอาการแล้วคล้ายกันคือ อย่างแรก Organisation นั้นค่อนข้าง Mechanical มาก เป็นองค์กรที่มีลักษณะทางฟิสิกส์ แต่องค์กรทางสังคมเป็นองค์กรที่มีลักษณะคล้ายมีชีวิต (Biological) เป็น Nature-Imitation เลียนแบบธรรมชาติ

ประการที่สอง Diminishing Return กับ Positive Return องค์กรทางธุรกิจที่ผมเข้าใจ พอยิ่งทำไปยิ่งอ่อนล้า ยิ่งอ่อนแรง พอใหญ่โตเข้าเขาเรียกว่า Auto Principle คือขึ้นไปอยู่ในระดับสูง ลองจินตนาการว่าท่านมาจากกระทรวง พอท่านเก่งท่านถูก promote พอท่านไม่เก่งเขาก็แขวน ทุกคนก็พยายามไต่กันขึ้นไป จากหัวหน้ากองไปเป็นรองอธิบดี ไปเป็นอธิบดี ฉะนั้นอธิบดีก็เหมือนไถ่อย่างแถว ๆ คาร์ฟูร์ที่ห้อยเป็นตบเลยหน้าร้าน เพราะว่าขึ้นอยู่ระดับสูงหมด ตลกดี ถ้าคุณเก่งเขาก็ปลดคุณออกไปจากที่ที่คุณเก่ง ถ้าคุณไม่เก่งก็อยู่ตรงนั้นจนตาย เพราะฉะนั้นองค์กรเลยมีแต่คนทำงานที่ไม่เก่ง ส่วนคนเก่งก็ขึ้นไปอยู่จุดสูง ๆ หมดเลย ที่เขาเรียกว่ามี Diminishing Return คือยิ่งทำยิ่งขยันยิ่งเหมือนหนูถีบจักร แต่ยิ่งขยันยิ่งโงะ

แต่องค์กรทางสังคม หรือการกุศลนี้แปลก ยิ่งทำยิ่งเกิดพลัง ยิ่งทำยิ่งเจอเพื่อน จากคนที่ง ๆ มาเจอกัน เลยกลายเป็นไม่งง นี่ผมไม่ได้คิดเองนะ เขาเรียกว่า Positive Return คำนี้มาจากนักเศรษฐศาสตร์ที่มหาลัยสแตนฟอร์ด เขาเขียนหนังสือเล่มหนึ่ง เรื่อง Complexity อาจารย์หมอประเวศให้ผมเมื่อสัก 20 ปีที่แล้ว ผมอ่านด้วยความมั่นใจมาก คือมีองค์กรบางชนิดที่เริ่มจากความโง่แล้วมาฉลาดทีหลัง ดูอย่างญี่ปุ่นเริ่มจากความโง่แล้วฉลาดซึ่งมีผลทั้งประเทศ ตอนที่ผมช่วยงานด้านการลงทุนด้านธุรกิจอยู่ มีชาวญี่ปุ่นบินมาพบ มาวันแรกเขาบอกผมว่า อยากมาลงทุนกับผมแล้วถามผมว่า BOI คืออะไร ผมก็สาวความยืดยาวเท่าที่ปัญญาจะมี พออีกปีนะเชื่อไหมว่า

ญี่ปุ่นคนนี้อยู่เมืองไทยมาทำเรื่องลงทุนกับผม เขาออกหนังสือพิมพ์ภาษาญี่ปุ่นเลยว่าถ้านักลงทุนรุ่นหลังจะเข้ามา ต้องมาติดต่อกับ BOI ยังไงบ้าง พุดง่าย ๆ ว่าวันแรกเขามาถามผมว่า BOI แปลว่าอะไร แล้วอีกวันหนึ่งเขากลายเป็น expert เรื่อง BOI เสียแล้ว ในขณะที่ตอนนั้นผมรู้เรื่อง BOI เท่าเดิม ผมไม่ได้เรียนรู้อะไรเพิ่มอีกเลย คือผมรู้อะไรผมก็ให้เขาหมด เห็นเลยว่าญี่ปุ่นนี่เริ่มจากศูนย์แล้วเรียนรู้พัฒนาไปได้อีกไกล หรืออีกตัวอย่างหนึ่งตอนที่ผมมีโอกาสได้ไปอยู่ญี่ปุ่นพักหนึ่ง เพราะนายไปซื้อโรงงานที่นั่นไว้แล้วมาถามว่าผมจะไปไหม ตอนนั้นผมอยู่หน่วยพัฒนาธุรกิจ เป็นครั้งแรกในชีวิตที่ผมนอนไม่หลับนะ เพราะว่าถ้าไปหมายถึงต้องออกจากงานเลย ตอนนั้นผมอายุ 32 ปี ต้องไปอยู่ญี่ปุ่น 2 ปี เป็นผู้จัดการใหญ่ในบริษัทในเมืองฮามาสึ ซึ่งอยู่ไหนยังไม่รู้เลย แต่ว่านายไปซื้อไว้แล้ว เป็นสินค้าที่ผมไม่เคยใช้เลยเพราะว่าเป็นผ้าอนามัย ผมกลุ่มใจมากเลย แต่ในที่สุดผมก็ตัดสินใจไป และได้เรียนรู้พัฒนางานอีกมากมายอย่างที่ ไม่เคยคิดไว้ นี่คือการ Management คือ Positive Return นั้นมีอยู่จริง

อีกตัวอย่างของ Positive Return คือการทำงานที่เรียกว่า ถ้าทำไม่ติดหนึ่งจะเหมือน คงส่วนลง เช่น การบริหารโรงแรม เรื่อง นิดเดียว เช่น เบียร์ไม่ซักรมทุกวัน ไม่ซักรม

ทุกอาทิตย์ ประเดี๋ยวเดียวก็เนา หรือซัก 2 วัน ต่อห้องพอ ถ้าสถานการณ์ไม่ค่อยดี ต้องขาย ค่าห้องในราคา 1,800 บาท ก็ยังไม่ซักรม ไม่ซักรม ไม่ล้างอ่าง พนักงานก็จ้างเด็กโง่ ๆ มา จ่ายเงินเดือน 1,500 บาท โรงแรมนี้จะเริ่ม คงส่วนลง ไม่นานก็ต้องลดลงมาขายที่ราคา 700 บาท แล้วก็ตายตรง 700 บาทนั่นแหละ ครับ ในทางตรงข้าม ถ้าโรงแรมนี้ซักรมซักรม อย่างดี พนักงานยิ้มแย้มแจ่มใส ที่จอดรถก็แจ่ม ทุกอย่างดูแลอย่างดี จากราคา 1,800 ขยับเป็น 2,000 เป็น 2,200 ที่ราคา 2,200 บาท ก็สามารถ จ้างพนักงานที่ดีให้ค่าตอบแทนเขาดีเป็น 4,000 บาทได้ นี่คือการ Positive Return คือคงส่วนขึ้น เขาเรียกว่า upwards loop เพราะฉะนั้นการทำงานบางอย่างถ้าไม่ผลัดกันเกาหลังบ้าง ไม่ cheer up กันเลยก็จะคงส่วนลง แต่ถ้าทำ พุดจาภาษาดอกไม้มัน จะเกิดความอีกเหิม จาก 1+1 เป็น 3 เกิดความเจริญอย่างยิ่งเลย ไม่ growing low มีแต่ growing up

ประการที่สาม เรื่อง Dynamic-Static กับ Chaotic เรื่องนี้แปลก็คือ พอเราเห็นวาทะกรรมเราไกลหลงจริง ๆ เราก็อยากให้นิ่ง แล้ว นิ่งจริง ๆ นะครับ เพราะลักษณะทางฟิสิกส์ นิ่งแล้วคือจอด เราก็อยากทำให้ Dynamic ก็ วนอยากให้เกิดเคลื่อนไหว ผมจึงเรียกองค์กรทาง ธุรกิจว่า เดี่ยวนิ่งเดี่ยวแกว่ง คนกึ่ง เพราะวาทะ

ถ้าท่านเข้ามาตอนแกลงท่านก็จริง ๆ พอท่านเข้ามาตอนหนึ่งท่านก็แข็งอีกเหมือนกัน ส่วนองค์กร Chaotic คืออย่างไร จะเห็นว่าภาพข้างนอกทั้งองค์กรดูนิ่งมากเลย แต่ข้างในโกลาหล เหมือนน้ำที่กำลังเดือด โมเลกุลจะวิ่งชนกัน แต่ภายนอกน้ำดูนิ่ง องค์กรที่ดีจะเป็นอย่างนั้นคือ ข้างนอกดูสงบเปรียบเหมือนกับร่างกายของเรา เช่น แคลกมีก็ก็เป็น Organic chemical movement ภายในมีปฏิกิริยาทางเคมีเกือบ 4 หมื่น activity นี่แค่ยกมีนะ นี่คือเรื่องมหัศจรรย์ เห็นไหมว่าข้างในวุ่นวายมากเลย แต่อาการโดยรวมคือ ยกมีธรรมดา ๆ

ประการที่สี่ เรื่อง Strategic-Focus กับ Complex Adaptive Focus คือมี 2 ทฤษฎีครับ แบบแรก เวลาเราทำธุรกิจเราต้องปักธงไว้ข้างหน้า เราเรียก Strategic-Focus อีกแบบคือเราทำงานจากวันนี้ต่อยอดขึ้นไปเรื่อย ๆ อยู่ใน comfort zone ค่อย ๆ ขยับ เราเรียกว่า Complex Adaptive Focus คือทำไปปรับไป แต่ถ้าเป็นในระดับผู้บริหารอย่างเลขาธิการนักธุรกิจ ผู้นำองค์กรขึ้นมา มักจะปักธงไว้ว่าอีก 5 ปีข้างหน้าจะเป็นอย่างนั้นนะ แล้วนับถอยหลังลงมาอีก 4 เป็นยังไง อีก 2 ปีเป็นยังไง แล้วตอนนี้ทำอะไรอยู่ พอถึงภาพทั้งประเทศก็ปักธงไกลออกไปอีก เป็น 10 ปี 20 ปี แล้วก็นับถอยหลัง

ลงมาเช่นกัน ส่วนที่เรียกว่า Milestone คือสมมติท่านจะไปหัวหินก็ต้องนึกไปเลยว่าใช้เวลาเดินทาง 2 ชั่วโมงครึ่ง ฉะนั้นต้องออกเดินทางประมาณ 9 โมงครึ่ง เพื่อจะไปให้ทันเที่ยงที่นัดเพื่อนกินข้าวไว้ ระหว่างทางก็โมงจะถึงไหนข้ามสะพาน นี่คือเช็คจากจุดเริ่มต้นขึ้นไปแล้วจะเจออะไรบ้าง เรียกว่า Milestone แต่ถ้ารู้เพียงว่าจะไปไหนจะเป็น strategic goal หรือกรณีที่เราวางแผนว่าอีก 2-3 วันข้างหน้าเราจะไปเที่ยวปีใหม่มั้ย รู้แต่ว่าจะขึ้นเหนือ อย่างนี้เรียก strategic direction ส่วนจะไปเส้นทางไหนยังงั้น ยังไม่คิด ส่วน Strategic-Focus แปลว่าปักธง เช่น นัดกินข้าวเย็นที่เชียงใหม่หนึ่งก็ต้องประมาณการไว้ว่าต้องถึงเชียงใหม่ประมาณหกโมง แล้วต้องขับรถต่อไปไล่ถอยลงมาจากเป้าหมาย อันนี้เป็น Strategic-Focus

ถ้าองค์กรเราทำงานเป็น Natural นี่คือองค์กรทาง social นะ เราทำไปปรับไป คำไหนนอนนั่น แบบที่ฝรั่งบอกว่า getting there is all the fun ไม่ใช่ reaching there is the fun ถึงแล้วจึงจะแอบปี เหมือนที่ผมพาเพื่อนขึ้นภูกระดึง นี่ก็ออกไหมพอไปถึงข้างบนแล้วมันด่าแหละเลย เพราะว่าผมลืมนึกบอกว่าให้ขึ้นชมกล้วยไม้ริมทาง แล้วไปถึงตรงไหนก็ต้องดูโน่นดูนี่ไปด้วย ไม่ใช่รับตะกั่ว ๆ ขึ้นไปจนถึงข้างบนท่านทั้งหลายก็เช่นกันนะครับ บางทีการที่เรา

พยายามจะไปให้ถึงสิ่งที่อยากเห็นในอีก 5 ปีข้างหน้า พอไปแล้วท่านอาจพบว่าข้างบนไม่เห็นมีอะไรเลย และ all the way หายไปไหนไม่รู้ ไม่ได้มีความสุขสนุกสนานกับอะไร ไม่ได้เรียนรู้ระหว่างทางเลย เพราะฉะนั้นก็ไม่เกิดสปีริตหรือจิตวิญญาณของการไปด้วยกันเลยนะครับ นี่คือความแตกต่างที่สำคัญขององค์กรสองประเภทอย่าไปบ้า **reaching there** เลยครับ **getting there** เป็นสิ่งยิ่งใหญ่กว่าเยอะ

ประการที่ห้า เรื่อง Command And Control คือ การสั่งการและกำกับดูแลจากเบื้องบน กับ Facilitate and coaching ถ้าในแบบธุรกิจ ใครรู้ดีที่สุดไปเป็นนาย ก็สั่งซิ เหมือนคุณอยู่กับเจ้าแก้ว หรือระดับประเทศก็บริหารแบบลี้กวนยู คือเป็น Facilitate and coaching แต่องค์กรทางสังคมต้องเป็นคุณอำนวยไม่ใช่คุณอำนาจ คือสอนงานกันไปด้วย ตบตีกัน แล้วก็ต้องโอ้อกกันไปด้วย จะไปสั่งการก็ต้องระวังมีเรื่องนะ มีลูกน้องผมหลายคนทำงานเอกชนบอกว่าพ่อแม่ผมยังไม่เคยด่าผมเลย แต่ผมมาสายทำไมด่าผมขนาดนี้ ผมก็ว่า เออ! ต่อไปนี้ไม่ด่านะ จะเอาของไปวางที่โต๊ะเลย เขาเลยบอกว่านั่นด่าดีกว่าครับอาจารย์ มีอยู่ครั้งหนึ่งผมเอาจดหมายชมหรือเรื่องอะไรก็ไม่ว่าใส่ซองไปวางให้ลูกน้องไม่กล้าเปิดดู ลุ้นใหญ่เลยกลัวจะเป็น

หนังสือให้ออก แบบนี้ก็มี เพราะฉะนั้นเวลานายด่าก็อย่าไปโกรธมากนัก เพราะถ้าท่านไม่ด่าแต่ว่าเอาจดหมายไปวางบนโต๊ะคุณแทน คุณจะเลือกแบบนี้ไหม บางทีเราบอกว่าน่าจะเป็นอย่างนี้ แต่เอาจริงหรือเปล่า สังคมไทยด่าไปพลอบไปนั้นไม่ใช่ Command And Control แต่เป็น Facilitate and Coaching คือการอำนวยความสะดวกและประคับประคองกัน ที่สำคัญมากคือ โค้ชระดับเดียวกัน

ประการที่หก ผมเรียกว่า Financial Driven หรือ Product Driven กับ Society Driven ถ้าเป็นเอกชนเขาอาจจะเอาสตาจ์จึงมีแรงจูงใจกว่า อย่างนี้มันเป็น Product Driven องค์กร ส. ใครเป็นลูกค้า ใครเป็น stakeholder เป็น society driven แปลว่าถูกขับเคลื่อนโดย public goods โดยสาธารณะ ซึ่งเป็นใครเราไม่เห็น แต่ถ้าลูกค้าเดินมาซื้อเครื่องสำอางผม ผมรู้ว่าใครเป็นใคร ก็ชัดเจนว่า Financial Driven หรือ Product Driven แรงจูงใจมากกว่าของท่านต้องเป็นจิตกุศล ทำแล้วเห็นคนอื่นมีความสุขแล้วมีความสุข แต่ว่าในเอกชนตรงกันข้าม

ประการที่เจ็ด Linear กับ Non-Linear คือ เวลาเราทำอะไร เราวัดซึ่งตวงได้เรียกว่าเป็น linear มีความแน่นอนตายตัว พอล แคมมัวสัน

บอกผมวันแรกที่เรียนเศรษฐศาสตร์ว่า ถ้าคุณวัดไม่ได้ คุณก็บริหารไม่ได้ แต่ทางด้านสังคมมันคือ Non-Linear ฟรีฟอร์มกว่าเยอะ ไม่ใช่วัดไม่ได้ แต่มีวิธีการวัดเชิงคุณภาพ ถ้าใครจะเรียนต่อนะให้ไปเรียนวิชาการประเมินเชิงคุณภาพ เรื่องนี้ยังไม่มี expert ในเมืองไทย ดังนั้นต้องไม่ใช่ว่าเอาทฤษฎีมาประเมิน ชั่งตวงวัดผล

ผลงานขององค์กรทางสังคมแบบนี้ต้องเป็นเชิงคุณภาพ ต้องบันทึกหรือเล่าได้ เป็น story telling ต้องจับบทเจ้ากลอนแบบนี้ ประเทศไทยเรามี biodiversity สูงมากเลย เสือสีครบทุกเฉดเลย ฝรั่งบอกเมืองไทยขณะนี้จากเด็กมันเป็น teenage แล้ว เกือบพอเถียงแม่ กำลังจะเป็น adult แล้ว ผมมีโอกาสได้ไปร่วมประชุมเกี่ยวกับ global issue ใน 3 เดือนนี้ไปมา 9 ครั้งแล้ว ที่ประชุมพูดกันว่า เมืองไทยในวันหน้าจะเป็นมหาอำนาจแน่ ๆ เขาคาดการณ์กันแบบนี้ละ ไม่น่าเชื่อ เป็นการประชุมที่ดาวอส² เขาเอนักธุรกิจ 3,000 คนจากทั่วโลกมานั่งคุยกัน ค่าเดินทางไป 1.4 ล้าน ค่าตัวเข้าประชุมอีก แต่ผมโชคดีเขาจับฉลากชื่อผมอยู่ใน net sampling ผมก็ไปนั่งฟังกับเขา ทางซ้ายผมเป็นประธานาธิบดีอินโดนีเซีย นาย ซูซิโล บัมบัง ยุคโตโยโน ข้างหลังผมเป็นคนไทยเป็นรองอธิบดีกรมวิเทศสัมพันธ์ ผมบอกน้องต้องอยู่นะ แล้วจดไปบอกนายคุณ ทำไมมาแครงอธิบดี เขาบอกว่านี่เป็นแค่งานของเอกชน ผมบอกว่านี้ไม่ใช่ละ ล้อเล่นหรือเปล่า นี่คืองานของ top brain จากทั่วโลก 3 พันคน เขากำลังจะบอกกันว่าโลกจะไปทางไหน ขนาดผมบอกแบบนี้เขายังไม่เข้าอีกนะ แถมบอกว่าฝากหีบเอกสารไปด้วย จะไปซื้อบั้ง กรรยาฝากซื้อของเยอะ ดูเถะคนไทย แล้ววันที่เขาบอกว่า how to conform Thailand's discovery? คนไทยคนเดียวที่อยู่ในนั้นรู้เรื่องเหล่านี้ดี แต่ไม่เข้าฟัง ดูเอาเถะ คิดได้แค่ให้ผมหีบเอกสารไว้ให้ด้วย สมัยเรียนหนังสือผมก็เคยเป็นอย่างนั้น

2 เมืองดาวอส ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ เป็นเมืองที่จัดประชุม world economic forum เป็นประจำทุกปี

ผมอยากบอกว่าอย่าไปหยิบเลยเอกสารพวกนี้ มันเก่า มันแห้ง ๆ แต่ที่คนเขาพูดมันมี between the line ฟังบิลเกต (Bill Gate) กับ เมลินด้า เกท (Melinda Gate) มาแล้ว 15 นาทีได้ ปัญญามาก ต้องฟังเรื่องแบบนี้ หรือคนอย่าง สตีฟ จ๊อบ (Steve Jobs) รู้จักหรือเปล่า เจ้าของคอมพิวเตอร์ Apple ผมเจอเขาที่มาเลเซีย ที่ห้องน้ำชาย เขาเล่าชีวิตของเขาว่า เขาสอบเข้า สแตนฟอร์ดได้ แต่ต้อง drop out เพราะพ่อ ขับแท็กซีไม่มีเงินส่งเรียน เขาเลยไปเรียนวิชาที่ไม่เก็บเงิน เรียนกราฟิก ภาควิชาทัศนศิลป์ คณะศิลปกรรม ไม่ได้เรียนด้านการบริหารที่ สอบได้ ไปเรียนแผนกศิลปกรรมแทน จบออกมาเป็นคนวาดรูปที่เก่งมาก คุณเคยเห็นในทีวี เวลาที่เขาแข่งกีฬาไหม ที่ดูออกว่าเป็นห้องน้ำ เป็นกีฬาประเภทอะไร นี่มาจากไอเดียดีไซน์ เขาเลย และที่ท่านใช้ในคอมพิวเตอร์นี่ก็คือ user interface ที่เขาคิดขึ้นมา เขาบอกว่าที่เกิดขึ้น ได้นี้ก็มาจากการที่เขา drop out ภาควิชาศิลป์ ไปอยู่ภาควิชาทัศนศิลป์ เพราะว่าพ่อไม่มีเงินให้ เรียน ชีวิตของ สตีฟ จ๊อบ นี่เขาเล่าเองว่าจริง ๆ แล้วแม่เขาท้องในระหว่างที่เรียนปริญญาโทอยู่ แต่อยากเรียนให้จบก็เลยไปคลอดลูกทิ้งไว้ใน โรงเลี้ยงเด็ก โดยมีเงื่อนไขว่าใครจะรับไปเลี้ยง ได้ ที่แรกมีทนายอเมริกันรายมากมารับไปเลี้ยง

แต่เขาอยากได้ผู้หญิง พอเห็นเป็นผู้ชายก็เลย ไม่เอา จนมาได้คนถัดไปคือคนขบแท็กซีคือ มิสเตอร์จ๊อบ (Mr. Jobs) พ่อเลี้ยง ที่เห็นลูกก็ รักแรกพบเลย ก็ไปปรึกษาเมียว่าเอาไม่เอา เงื่อนไขของแม่แท้ ๆ ที่เขาเขียนไว้คือ ต้องส่ง ลูกเขาเรียนปริญญาโทนะ ก็ตกลงรับไปเลี้ยง เขาเล่าว่า ตอนอายุ 11 ขวบ ได้ยินพ่อกับแม่ ร้องไห้ เพราะว่าต้องขายบ้านเพื่อส่งลูกเรียน มัธยมที่ดีที่สุด เพราะว่าเรียนเก่ง พ่อเขาสอบ เข้าสแตนฟอร์ดได้ ก็เลยตัดสินใจ drop out ไปเรียนคณะทัศนศิลป์แทน และกลายเป็นผู้ที่ สร้าง Lap top ในโลกขึ้นมาคือ touch screen ถ้าไม่มีความบังเอิญอย่างที่ว่ามานี้ โลกนี้ก็อาจ ไม่มีจ๊อบดีไซน์ (Jobs's design) หรือคอมพิวเตอร์ ชนิด touch screen ซึ่งสโลแกนของจ๊อบ คอมพิวเตอร์ (Jobs's computer) ก็คือ for every home & for every office

ประการที่แปด Creation ต้องสร้างขึ้น หรือ Emergence พัฒนาเป็นสายน้ำ คือทำ อะไรต้องกัดให้ติด แล้วทำไปให้สุด ๆ ถึงจะเป็น Smart Management ตรงนี้สำคัญมาก โดย ธรรมชาติในงานบริหารองค์กรทางธุรกิจเราต้อง create something ออกมาให้ได้ ให้เข้ากับ บริบทและค่านิยมของสังคม แต่ในองค์กรทาง สังคมแค่เสวนากันนะเดี๋ยวมันอุบัติขึ้นเอง

คุณหมอประเวศใช้คำที่เก๋มากเลย **Emergence** แปลว่า “ผุดบังเกิด” คือคิดขึ้นมาเองจากการได้คุยกัน

ประการที่เก้า Divisional คิดเป็นส่วน ๆ เป็นคณะ ๆ กับ Holistic คิดเป็นองค์รวมแล้ว แยกกันทำงานได้ การคิดแบบองค์รวมนี้ มีเรื่องเล่าเรื่องหนึ่งใน MIT เล่ากันเล่น ๆ ว่า กาลครั้งหนึ่งกระเพาะ ลำไส้ อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายต่างถกเถียงกันว่าใครสำคัญที่สุด ฝ่ายหนึ่งบอกว่าสมอง อีกฝ่ายว่าต้องหัวใจสิ กระเพาะสิ แต่มีฝ่ายหนึ่งบอกว่า สิ่งที่เรามองข้ามที่สุด คือ รูก้นหรือทวารหนัก เรียกว่า as hole เพราะสมมติว่ารูก้นมันประทังโดยไม่อื่ก็หน้าเขียว ตายแน่ เพราะฉะนั้น ทุกอวัยวะเลยต้องยอมให้มันว่านี่คือสิ่งที่สำคัญที่สุดในร่างกายคุณจำไว้นะ ถ้านายที่บางทีก็เป็น as hole คือหมายถึงคนที่คุณไม่ชอบหรือมองข้ามไป แต่จริง ๆ เขากำลังทำหน้าที่บางอย่างโดยที่คุณเองก็ไม่วู้ว่ามีผลสำคัญ นี่คือการมองแบบ holistic คือในระบบไม่มีอะไรไม่สำคัญ และในการทำงานนั้นทุกขั้นตอนสำคัญหมด ยกตัวอย่างงานที่คนไทยทำกับญี่ปุ่นทำ คนไทยเราทำชুমาก ทำแค่พอผ่านไปที เรียกว่าทำให้เสร็จแต่ไม่สำเร็จ แต่ถ้าเป็นญี่ปุ่น ถ้าจะทำอะไรสักอย่างนี้ ทำแบบปั่นถวายเป็น เช่น ป้าคนหนึ่งผมเจอทุกเช้าเลยที่

สถานีรถไฟฟ้าใต้ดิน แก่เช็ดกระจกรถใต้ดินซึ่งมีอยู่ 400 กว่าแผ่น แทนที่แกจะเอาผ้าขี้ริ้วลูบก็เสร็จไปนอนได้แล้ว แต่ป้าแกถอดมาที่ละชิ้น ๆ แล้วเช็ดด้วยแปรงสีฟัน วันหนึ่งผมเดินผ่านถามว่า ทำไมป้าต้องใช้แปรงสีฟันด้วย แกบอกอย่างอื่นไม่สะอาดหรอก นี่เดียวต้องเช็ดด้วยผ้าขี้ริ้วก่อนแล้วค่อยเช็ดด้วยผ้าธรรมดา ลูกสาวจะมาช่วยปัดอีกทีหนึ่ง เพราะว่าลูกสาวเขาสอนในโรงเรียนที่ไกล ๆ กับที่แกล้างกระจกอยู่นั้นแหละ ที่สำคัญผมกลับมาจากที่ทำงานผม 3ทุ่มทุกวัน แกใส่กระจกแผ่นสุดท้ายพอดี เช็ดตั้งแต่ 6 โมงเช้าตอนผมออกไป ผมกลับมารถใต้ดินในที่เดียวกัน ได้เห็นแกใส่กระจกแผ่นสุดท้ายทุกวัน แล้วเห็นแกโค้งให้กระจก ขอบพระคุณมากที่มีงานให้ทำ นี่คือคนชั้นล่างสุดในญี่ปุ่น เขาภูมิใจในงานที่เขาทำ ก็อยากให้ท่านทั้งหลายในที่นี้คิดว่าเมื่อท่านมาอยู่ตรงนี้แล้วก็ทำอะไรที่ยิ่งใหญ่ได้ คือไม่ได้อยู่ที่จำนวน อยู่ที่ว่าเอาหัวใจมาทำหรือเปล่า ต้องการงานแบบนี้จริงหรือเปล่า

อีกตัวอย่างในประเทศไทย มีช่างไม้ 2 คนที่เชียงใหม่ ผมถามว่า ลุงทำมาหากินอะไร คนแรกบอกว่าเป็น “ช่างไม้” คนที่สองบอกว่าผมเป็น “ทีมสร้างวัด” เห็นไหม! ต่างกันเลย คนแรกคงเหลาซ่อฟ้าไปโดยที่ไม่สนใจว่าจะเอาไปทำอะไร แต่อีกคนบอกว่า ผมเป็นส่วนหนึ่ง

ของการสร้างวัด เพราะฉะนั้นแกะเหลาช่อฟ้าไปด้วย ดูโบสถ์ไปด้วย และแกะ
จะเหลาอะไรที่เป๊ะเลย เพราะว่าแกมองโบสถ์ทุกวัน เพราะฉะนั้น ทำมาหากิน
เหมือนกันเลย แต่มีวิถีคิดมุมมองต่องานต่างกันลิบเลย

และสุดท้าย ประการที่สิบ เรื่อง Centralize คือบริหารจัดการเชิงรวม
สู่ศูนย์กลาง กับ Network-Like บริหารจัดการเป็นเครือข่ายแต่สื่อถึงกันตลอด
ตัวอย่างคือการบริหารประเทศ เราพยายามดีไซน์โดยรวมทุกอย่างให้มี
ศูนย์กลางที่กรุงเทพฯ แล้วกระจายออกมาเป็นภาค แต่จริง ๆ การบริหารที่มี
ประสิทธิภาพที่สุด คือ Network-Like คือว่าแตกแล้วโต ๆ แล้วแตก อย่าง
ที่อเมริกากระทรวงศึกษาธิการมีคนอยู่ประมาณหลักพันเท่านั้นเอง ขณะที่
เมืองไทยมี 6 แสน กระทรวงศึกษาธิการที่อเมริกาเขาให้องค์การบริหาร
ปกครองส่วนท้องถิ่นทำ reflex สภาวะย่านนั้นเอง ไม่ต้องโกลาหลแบบ
เมืองไทย เพราะว่าเราบริหารแบบรวมศูนย์ เฉพาะครู สพฐ. ก็ 3-4 แสน ใน
อเมริกาศึกษาธิการก็เล็กมาก ถ้าคุณเห็นคุณจะทำมากเลย ตึก 4 ชั้น
เล็ก ๆ ทางไปอนุสาวรีย์ในวอชิงตันดีซี แต่ภาคีเครือข่ายเขาเต็มไปหมดเลย
และก็ทำอะไรที่เลียนแบบองค์กร biological

มุมมองการจัดการแนวใหม่ (New Management)

ที่	McKinsey 7 S'S + 2	Global Capitalism (ทุนนิยม)	Thai Option (พอเพียง)	Asian Values (อมาตย์)
1	Structure โครงสร้าง	Economy of Scale ใครใหญ่ใครอยู่	Economy of Synergy พึ่งพากันเสริมพลัง	Economy of Scope ทำแต่ที่ตนเองถนัด
2	System ระบบ	High Risk High Return เสี่ยงมากได้มาก เสี่ยงน้อยได้น้อย	Risk Management ต้องรู้จักจัดการ ความเสี่ยง	Risk Aversion เลี่ยงความเสี่ยงไว้ก่อน
3	Strategy ยุทธศาสตร์	Competitive ต้องแข่งขันกันน้ำ	Harmony เราจะอยู่ร่วมกัน	Non-Intensive อย่ามายุ่งกับฉัน
4	Staff ค่าของพนักงาน	Human resource คนเป็นทรัพยากร	Asset คนคือทรัพย์ ที่ถูกประเมินต่ำ	Family Extension พนักงาน คือคนในครอบครัว
5	Skill คำสอนหลัก	Be Smart ต้องเก่งกว่าเพื่อน	Be Mindful ต้องไม่ประมาท	Be Good ต้องเป็นคนดี
6	Style สไตล์การบริหาร	Pareto's แพ้คัดออก เพื่อเป็นนาย	Self-Help รู้รักษาตัวรอด อย่างมีธรรมาภิบาล	Confucius ขยัน อดทน ซื่อสัตย์ เพื่อเป็นบ่าว
7	Shared Value ค่านิยมร่วม	Knowledge is Money ความรู้คือทรัพย์สิน เงินตรา	Knowledge is public ความรู้เป็นของส่วนรวม ควรแบ่งปัน	Knowledge is Power ความรู้คืออำนาจ ต้องลงทุน
8	Sati มีสติ	Greed-Fear ความสมมุติ ระหว่างโลกและกลัว	Shame of sin ละอายใจ ละอายต่อบาป	Shame of society กลัวสังคมประณาม
9	Satang มีสตางค์	Idea First มีความคิด แล้วเงินมาเอง	Know why first รู้ที่มาที่ไปก่อน	Budget First ไม่มีงบ คิดไม่ออก

ผมใช้หลัก 7 s เรียกว่า 7 s McKinsey โดยผมแบ่งการจัดการออกเป็น 3 ประเภท คอลัมน์แรกเป็นรูปแบบการจัดการในระดับโลกที่เป็นอยู่ เป็นแบบทุนนิยม แบบที่สองนี้เป็นแบบไทย ๆ และแบบที่สามเป็นแบบของเอเชีย เมื่อมาวิเคราะห์ตามหลัก 7 s McKinsey คุณด้วยรูปแบบการจัดการ 3 แบบ ก็จะได้ทางเลือกการจัดการถึง 21 ทาง ซึ่งถ้าคุณเข้าใจหมดนี้คุณจะทำงานได้อย่างมันหยดเลย แล้วสนุกสนานมาก เอาประเภทว่า ปีเตอร์ เซ็งเก้ (Peter M. Senge) จะพูดว่าเป็น master of knowledge คุณจะไม่มีอาการที่เรียกว่าตะกร้อตายเลย ผมใช้เวลาหลายวันจะเขียนแผ่นนี้ออกมาได้ เขียนออกมาดิบ ๆ เลย เราลองมาไล่ดูกันทีละอันนะครับ

เรื่องแรก คือ Structure หรือ โครงสร้าง ถ้าเป็นแบบ Global Capitalism หรือทุนนิยมนี้คือ ใครใหญ่ใครอยู่ ผมเรียกว่า Economy of Scale นี่คือสิ่งที่ทักซิโงทำ คือเลือกใหญ่สุดแล้ว unit cost มันถูกเรียกว่า กินเป็นเหมือนกับโรงแรมทั่วไป 100 ห้อง จะต้องอยู่ที่ 65 ห้องทุกวันถึงจะอยู่ได้ ถ้าต่ำกว่า 65 ห้องมัน under scale แล้วอีกแบบ คือสมัยประชาธิปไตย หรือสมัยคุณสุรยุทธ์เป็นรัฐบาล เรียกว่าแบบ Economy of Scope คือเลือกทำเฉพาะบางเรื่องที่ถนัดหรือเก่ง เป็นต้นว่า เมืองไทยเป็นศูนย์อะไหล่รถยนต์ ก็ทำกันอยู่ คือพูดง่าย ๆ ว่าโฟกัสไปใน area ที่คุณเก่ง ซึ่งไม่แน่ว่าไปพระเจ้าอยู่หัวฯ บอกว่าไม่ต้องใหญ่สุดหรอก แล้วก็ไม่ต้องเก่งที่สุดหรอก อยู่ที่ร่วมด้วยช่วยกันกับชาวบ้าน ที่ภาษาอังกฤษเรียกว่า economy efficiency เสริมปล้ำกัน

เรื่องที่ 2 System หรือ ระบบ ซึ่งทางโลกของการบริหารเขายึดหลักว่า เสี่ยงมากได้มาก เสี่ยงน้อยได้น้อย เรียก high risk high return แต่ถ้าเป็นราชการและเป็นของไทย ๆ เขายึดหลักว่าอย่าเสี่ยงดีกว่า แต่พระเจ้าอยู่หัวฯ ท่านไม่ได้พูดอย่างนั้นนะ ท่านบอกว่าให้รู้จักบริหารความเสี่ยงให้เป็นนะ เห็นไหมพระเจ้าอยู่หัวฯ เขียนไว้ 39 ปีแล้ว เรื่องนี้เรื่อง management แท้ ๆ ไปดูลายมือท่านซิ ผมซื้อมา 40 บาทเองที่เขาพิมพ์แจกทั่วไปโดยสภาพพัฒนา

เรื่องที่ 3 Strategy หรือยุทธศาสตร์ในการทำงาน ถ้าเป็นระบบทุนนิยมจะออกแนว competitive ต้องแข่งขันกันนำคือ เขาเน้นที่การแข่งขันกันนำ คือเป็น energy management คือคุณรู้สึกอยากพัฒนาให้เข้มแข็งขึ้นมาทันทีที่คุณเห็นคู่แข่ง สมมติเคย ๆ นะครับองค์กรหนึ่งมีรองเลขาธิการอยู่ 4 คน แล้วเกิดหายไป 1 คน ถ้าคิดแบบตะวันตก พนักงานที่มีสิทธิ์ก็จะคิดว่าเขาจะเลือกเราไหมนะ ใครเก่งไม่เก่งยังงี้ คือไปเปรียบเทียบว่าถ้าจะขึ้นเป็นรอง นายจะเลือกเราเพราะอะไร และไม่เลือกเพราะอะไร ก็เหมือนนักกีฬาหรือนักดนตรีต้องแข่งขันกัน ซึ่งก็ดีนะ แต่ก็อาจทำให้เสียเพื่อนได้ นี่คือวิถีคิดทางตะวันตก ซึ่งคุณทักษิณชอบ พวกนักเรียนนอกชอบ อีกแบบคือพวก non-Intensive อยู่มาอยู่กับฉัน ในวงการมหาวิทยาลัยก็มีเหมือนกัน แต่ละคณะก็บอกว่าอยู่มาอยู่กับฉัน แต่คนในองค์กรทางสังคม เป็น social management คือเป็นแบบ harmony คือคิดว่าให้อยู่ร่วมกันได้ ไม่ต้องไปแกล้งกันนะเอาความหลากหลายทางความคิดมาเป็นจิ๊กซอว์ แต่พระเจ้าอยู่หัวฯ บอกว่า บางอย่างควรแข่งก็แข่งไปซิ บางอย่างก็ไม่ต้องแข่ง นี่เป็นวิถีคิดอย่างหนึ่ง คือฝรั่ง look for future คนเอเชีย look for the past ถ้าถามคนไทยก็จะเล่าให้ฟังเลยว่าอดีตเป็นอย่างโน้นเป็นอย่างนี้

เรื่องที่ 4 Staff ค่าของพนักงาน คือทัศนคติการมองว่าคนคือใคร คนเป็นลูกน้องคุณหรือเป็นเพื่อนร่วมงาน ถ้าคุณมีลูกน้องคุณจะคิดยังไง มองเขาเป็นอะไร ทางตะวันตกเขาเห็นคนเป็นทรัพยากรที่เรียก HR - human resource ซึ่งก็เป็นข้อดีที่เห็นคนเป็นทรัพยากร ให้ค่าให้เกียรติแล้วก็ภูมิใจมาก แต่เขาก็มีว่าถ้าขายของไม่ได้ผมตัดทรัพยากรก่อนนะ เพราะฉะนั้นเขาจึงเอาของไปวางที่โต๊ะได้เลย ถ้ารายได้ลด ทุนลดการผลิตลดเขาตัดคนก่อนเลยนะ เพื่อจะประหยัดต้นทุน เพราะฉะนั้นฝรั่งโดนของชาวเป็นเรื่องปกติ คนไทยนี้ถ้าคุณจะไล่คนออกนี่ออกจากชีวิตเลยนะ ไม่รู้ว่าจะทำอะไรกินคือจ่ายไป 6 เดือนแล้วทำงานทำไม่ได้นะ เพราะฉะนั้นเรื่องคนนี่ต้องคิดมาก ๆ เลย แต่ถ้ามองแบบเอเชียมาเลเซีย พวกเมืองจีน คนถือเป็น Family Essence คือเป็นญาติพี่น้องกัน ต้องเคารพผู้อาวุโส ซึ่งมีจุดอ่อน เช่น หมวยเล็กถ้านั่งในที่ประชุมก็ต้องฟังดีใหญ่กับหมวยใหญ่พูด ซึ่งมันเสียที่ประชุม ไม่กล้าพูดในห้องแต่อาจไปฟ้องเตี้ยทีหลัง อย่างนี้ก็ไม่ดี แบบที่สามเป็นแบบของไทย คือเห็นคนเป็น Asset เป็นทรัพย์ที่ถูกประเมิน ไม่ได้เป็นทรัพยากรบุคคล คือใช้การประเมินเป็นตัวตั้ง ทั้ง ๆ ที่บางครั้งเวลาลูกน้องคุณทำไม่ดี คุณนะแหละที่อาจจะผิด เพราะคุณใช้เขาไม่เป็น บ่อยครั้งที่ปัญหามาจากนายไม่ดี

บริหารไม่เป็น นี่คือปัญหาทางด้านการศึกษา เช่น สภามหาวิทยาลัยสรรหาอธิการบดีมาแล้ว แต่เขาบริหารได้ไม่ดี ก็มาเชิญให้ผมไปช่วยไล่เขาออก นี่ผมไล่ออกมา 6 มหาลัยแล้ว ที่จริงแล้วคุณเชิญเขามาแล้วคุณก็ต้องทำงานร่วมกัน คุณก็เป็น host ให้เขานี่นา เพราะฉะนั้น Effective ของท่านอยู่ที่ท่านเป็น good host หรือเปล่า ถ้าท่านดูแลคนนอกที่เข้ามาไม่ได้ เขาก็อยู่ไม่ได้ ล้มเหลวแน่ ๆ เพราะว่าท่านต้องการสิ่งใหม่ อะไรที่หลากหลาย เขาถึงห้ามพี่น้องแต่งงานกันเอง มันเป็น Incest society เพราะฉะนั้นสมมติว่าตอนนี้ under value อยู่ ท่านก็ต้องพยายามใช้ให้ครบ value ให้ได้

เรื่องที่ 5 Skill แปลว่าคำสั่งสอนหลัก ตัวอย่างคือการสอนลูก ถ้าคุณให้ลูกไปเรียนเมืองนอกเพื่อจะได้รวยทางธุรกิจนะ ลูกจบมาต้องเก่งนะ ต้องเก่งกว่าเพื่อน แบบนี้ใช่หรือเปล่า หรือสมมติลูกคุณอยู่ ป.2 กลับมามีดินสอใหม่ 2 อัน ยางลบมา 3 อัน คุณพูดกับลูกว่าไงดี ลูกพຼຽงนี้ไปเอามาอีก หรือให้เขาไปคืนเขาเลย ถ้าพຼຽงนี้ยังเห็นดินสอนี้้อยู่แม่จะตบกะโหลกแน่ คุณกล้าพูดกับลูกอย่างนี้ไหม ถ้าคุณนิ่งเฉยให้เขาเอายางลบเอาดินสอเข้าบ้านแล้วคิดว่าแจ่ว นิสัยนี้จะติดไปถึงตอนโต เมื่อลูกคุณวิ่งชนโต๊ะคุณตีโต๊ะเพื่อให้ลูกไม่ร้อง เฮ้ย! โต๊ะไม่หลีก ลูกจำไว้แล้วว่าถ้าทำผิดให้โทษคนอื่น ตอนผมไปอยู่ญี่ปุ่น เด็กขวบครึ่งเองล้มลงไป แม่เขาวิ่งตามไป แล้วบอกว่า รีบลุกเลยซาโต้ แล้วเด็กก็พูดเองว่า ซาโต้ล้มเองได้ก็ลุกเองได้นะ นี่ที่ญี่ปุ่นนะ แต่ถ้าเป็นคนไทยนะต้องรอให้แม่มาอุ้ม มาบอกว่าอ๊อแจ่วทำไมไม่คู่น้อง เด็กจำไปแล้วว่าทำผิดให้โทษอ๊อแจ่ว เราก็จำเรื่องนี้มาเข้าสภาจำเรื่องนี้มาเข้าองค์กรใหญ่ ๆ จำเรื่องนี้มาเข้าสำนักปลัด เพราะฉะนั้น นี่คือคำสั่งสอนหลักหรือโปรแกรมที่เราตั้งให้ลูกมาตั้งแต่ 2 ขวบ ว่าจะให้ เป็น Be smart หรือ Be good พระเจ้าอยู่หัวจะลายมือท่านผมไปอ่านแล้ว ท่านบอกให้เป็นคนดี ท่านบอกให้เป็น mindful ผมแปลเองนะว่าให้มีความดีความรอบคอบและมีสตินะ

เรื่องที่ 6 Style สไตล์การบริหาร คือเวลาเราเป็นหัวหน้าหน่วยเรามีสไตล์ในแบบของเรา เช่น คุณคิดแบบนักเรียนนอก คิดแบบแพ็คค็อก คือถ้าดีก็ดีไป ต้องคิดว่ามีคน 10 คน มี 2 คนที่ทำงาน 80% อีก 8 คนทำงาน 20% ผมไม่ค่อยเชื่อทฤษฎีนี้เท่าไร แต่ว่าปรากฏการณ์นี้มีจริง แต่คุณรู้ได้ไงว่าไอ้ 8 คนนั้นไม่เก่ง แต่ถ้าบริหารงานแบบจีน ๆ แบบสิงคโปร์ แบบฮ่องกง แบบจีนแผ่นดินใหญ่ เราเรียกว่า Confucius System คือถ้าทำ 5 อย่างนี้ได้ รับรองว่าดี 5 อย่างนะ 1 ขยัน 2 ซื่อสัตย์ 3 อดทน 4 อดออม และ 5 ทำงานเพื่อเป็นบ่าว คือเป็นลูกน้องเขา เช่น จอห์นว็องเป็นลูกน้องฮ่องเต้ คุณก็จะได้แค่นี้ แต่ถ้าแบบไทยคือ เสียวเอ๋อบอกว่ารู้แล้ว ถ้าฉันดูแลตัวเองก่อนนะ จะได้ไปดูแลคนอื่นด้วย สวมหน้ากากให้ตัวเองก่อนนะ เคยได้ยินไหม เขาบอกว่าถ้าอากาศไม่ดีแล้วออกซิเจนมันตกลงมาคุณสวมให้ตัวเองก่อนที่จะสวมให้คนอื่นได้ เพราะฉะนั้น ผมก็ทำลายคุณว่า ช่วยตัวเองได้หรือยัง ก่อนที่จะไปช่วยคนอื่น แบบนี้ไม่ได้เป็นเพราะว่าเราเห็นแก่ตัว บางคนนี้ไปช่วยคนทั้งโลกทั้ง ๆ ที่ตัวเองก็ยังไม่รอด เช่น เมืองไทยเวลาออกค่ายมหาวิทยาลัยผมเบื่อมากเลย ให้ไปสอนคนบ้านนอกให้เป็นประชาธิปไตย บ้านนอกเขาเป็นประชาธิปไตยตั้งนานแล้ว ตั้งแต่ผู้ใหญ่บ้านเขาเลือกมาตั้งนานแล้ว ส่วนกลางมาทำให้มันวุ่นเท่านั้นเอง จะเอาคนกรุงเทพฯ ไปวัดคนต่างจังหวัด

เรื่องที่ 7 Shared value ค่านิยมร่วม ดูตรงนี้นะสำคัญที่สุดเลย บรรทัดนี้ “ค่านิยมร่วมของทั้งโลกคือเงิน” “Knowledge is money” เพราะฉะนั้นถ้ามีความรู้อะไร ต้องเอาไปจด IP ไว้ คือ Intellectual Property นี่คือความรู้เป็นเงินเป็นทอง ประสบการณ์เป็นเงินเป็นทอง แต่ในเอเชียหรือในระบบราชการ ความรู้เป็นอำนาจ Knowledge is power แต่สำหรับองค์กรทางสังคม Knowledge is public คือมีความรู้แล้วรู้ว่าอะไรควรจะมีเผยแพร่ออกไป นี่ KM คือ Knowledge is public คือเอาไว้แบ่งปันแล้วยังแชร์ยังแบ่งปันยิ่งเจริญรุ่งเรือง นี่แหละ smart organization

นี้ครบทั้ง 7 s McKinsey แล้ว แต่ผมเติมเองอีก 2 เรื่อง เพราะว่ามีอยู่
ครั้งหนึ่งผมไปเล่าให้พวกคณะรัฐมนตรีฟัง คณะรัฐมนตรีก็บอกว่าเลข 7 ไม่ดี
อาจารย์เติมอีก 2 อันได้ไหม ผมก็เติมไปอีก 2 ตัว คือ

เรื่องที่ 8 Sati คือมีสติ มีสำนึก ในธุรกิจระดับโลกต้อง balance
ระหว่าง greedy กับ fear ให้ได้ greedy แปลว่าโลภ fear แปลว่ากลัว เมื่อไร
คนมีเงินเยอะแล้วถ้ากลัวก็ไปฝากออมสิน แต่ถ้าโลกก็เอาไปซื้อหุ้น ถ้ารักษา
สมดุลระหว่าง greedy กับ fear ได้ดี ระบบก็อยู่ตรงกลาง แต่เมื่อ 2 ปีที่แล้ว
มัน over greedy เงินไปลงที่หุ้นกันมากก็พังทั้งประเทศเลย สมัยก่อนเงิน
เป็นเพียง score board ที่อเมริกา แต่ยุคหลัง ๆ เงินกลายเป็น product
แทนที่จะเป็นเพียง score board เพราะฉะนั้นเงินส่วนตัวของท่านเอง
ก็เหมือนกัน ท่านต้อง balance ระหว่าง greedy กับ fear ให้ได้ ท่านเป็น
ราชการรายได้ไม่มาก แต่บริหารอย่างมีสติที่พระเจ้าอยู่หัวบอกว่าละเอียด
เป็น internal opinion ต้อง reason to you คือ ต้องมีโยนิโสมนสิการ
ทั้งข้างนอกและข้างใน ทั้ง 2 อย่างต้องไปด้วยกัน

เรื่องสุดท้ายเรื่องที่ 9 คือ Satang คือ ต้องมีงบประมาณ ถ้าเอกชน
มีไอเดียก่อนเดียวเรื่องเงินตามมาเอง แต่ราชการไม่มีงบคิดไอเดียไม่ออก แต่
พระเจ้าอยู่หัวฯ บอกว่า ตอบมาก่อนซิว่าจะเอาเงินไปทำอะไร know why
first นี่แบบคนไทยเลย ซึ่งในความเห็นของฝรั่งเขาว่าดีนะ เขาบอกว่าเรา
มี continue of management มา 63 ปี ผมก็นั่งนึกว่า คืออะไร คือทำให้เรา
มี real leadership อยู่โดยต่อเนื่อง เราโชคดีที่มีแกนหลักเยอะ ที่เหลือ
ก็เป็นที่ซับซ้อนครว



การจัดการความรู้ กับการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

วิจารณ์ พานิช
สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม (สคส.)

ระบบสุขภาพชุมชนมีลักษณะซับซ้อน มีปัจจัยเกี่ยวข้องหลากหลายมากมาย และไม่หยุดนิ่ง มีการเปลี่ยนแปลงปรับตัวอยู่ตลอดเวลา ในทางวิชาการเรียกว่าเป็น “ระบบที่ซับซ้อนและปรับตัว” (Complex-Adaptive Systems) แต่ละชุมชนต่างมีระบบของตน ระบบของต่างชุมชนมีทั้งส่วนที่เหมือนกันและส่วนที่แตกต่างกัน ระบบของแต่ละชุมชนต่างก็เป็นอนุระบบอยู่ภายในระบบใหญ่ของประเทศ หลากหลายระบบ เช่น ระบบการเมืองการปกครอง ระบบการศึกษา ระบบการผลิต การค้า การเกษตร การอุตสาหกรรม ระบบสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ที่ต่างเป็นระบบที่ซับซ้อนและปรับตัวเช่นเดียวกัน

จิตวิญญาณหรือแนวคิดหลักของระบบสุขภาพของประเทศไทย มุ่งเป้าหมาย “สุขภาวะ” (well-being) ของผู้คน โดยเน้นให้บุคคลเอาใจใส่ดูแลสุขภาวะของตนเอง ครอบครัว และเอื้อเพื่อออกไปที่ผู้คนที่อยู่ร่วมชุมชน เป็นระบบสุขภาพที่เน้นการดูแลตนเองและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ไม่ใช่มุ่งแต่จะพึ่งพาระบบบริการสุขภาพ

ระบบสุขภาพของประเทศไทยเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคมากกว่าการแก้ไขเมื่อมีโรค เราเชื่อว่าแนวคิดเช่นนี้จะทำให้ผู้คนในสังคมของเรามีสุขภาพดีโดยมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่ำ (Good health at low cost)

ด้วยแนวคิดเช่นนี้ ระบบสุขภาพชุมชน จึงมีความสำคัญยิ่ง และระบบบริการสุขภาพ ทุกระดับพึงส่งเสริมสนับสนุนความเข้มแข็ง ของระบบสุขภาพชุมชน

พัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ด้วยการเรียนรู้

การสนับสนุนความเข้มแข็งของระบบ สุขภาพชุมชนทำได้หลายอย่าง แต่ที่สำคัญที่สุด คือสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ ให้ระบบสุขภาพ ชุมชนของแต่ละชุมชนเป็นระบบที่ “เรียนรู้และ ปรับตัว” อยู่ในท่ามกลางบริบทความเป็นจริง ของแต่ละชุมชนที่ไม่เหมือนกัน ระบบสุขภาพ ชุมชนของต่างชุมชนมีหลักการเหมือนกัน แต่ รายละเอียดแตกต่างกัน เนื่องจากบริบทที่แตกต่าง กันดังกล่าวแล้ว

การจัดการความรู้ เป็นเครื่องมือของการ เรียนรู้และปรับตัว ไม่ว่าจะเป็นการเรียนรู้และ ปรับตัวของบุคคล องค์กร ชุมชน และของสังคม หรือประเทศ ดังนั้น ระบบสุขภาพชุมชนของ ชุมชนใดก็ตาม พึงมีการจัดการความรู้เป็น ส่วนหนึ่งของระบบ บุคลากรแนบแน่นอยู่กับ ระบบจนเป็นเนื้อเดียวกัน อยู่กับชีวิตประจำวัน ตามปกติของระบบ

สุขภาพของชุมชน เกิดจากการลงมือ ปฏิบัติร่วมกันของคนในชุมชน เพื่อสร้างเสริม สุขภาพ ป้องกันโรค และบำบัดโรคเมื่อเกิดขึ้น ย้ำว่าจุดสำคัญอยู่ที่การปฏิบัติ และเมื่อมีการ ปฏิบัติก็ย่อมเกิดผลของการปฏิบัติ การจัดการ ความรู้คือกระบวนการนำผลของการปฏิบัติมา แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อยกระดับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาวะ และปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างซับซ้อน รวมทั้งเพื่อนำเอาความรู้ เชิงทฤษฎีมาตีความทำความเข้าใจบนฐานของ ผลการปฏิบัติ ความรู้ปฏิบัติ (Tacit Knowledge) เกี่ยวกับสุขภาวะของคนในชุมชนก็จะยกระดับ ขึ้นอยู่ตลอดเวลา ผ่านการปฏิบัติและการจัดการ ความรู้

ในชีวิตจริงของผู้คน การเรียนรู้ที่มีพลัง ที่สุดคือการเรียนรู้จากการปฏิบัติ และการ จัดการความรู้คือเครื่องมือช่วยให้เกิดการเรียนรู้ จากการปฏิบัติได้ง่าย และได้อย่างมีพลัง

เจ้าหน้าที่ของระบบสุขภาพชุมชน ทำหน้าที่อำนวยความสะดวก ในการเรียนรู้

นอกเหนือจากความรู้และทักษะในการ ให้บริการสุขภาพที่จำเป็นแล้ว เจ้าหน้าที่ใน ระบบสุขภาพชุมชนต้องมีทักษะในการทำหน้าที่

เป็น “คุณอำนวย” ของการจัดการความรู้สุขภาพชุมชน เพื่อส่งเสริมให้ภารกิจของสุขภาพชุมชนไปอยู่ที่ผู้คนในชุมชนเป็นส่วนใหญ่หรือเกือบทั้งหมด เจ้าหน้าที่ทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนและผู้อำนวยความสะดวกเป็นหลัก ไม่ใช่เป็นผู้ทำให้เกิดสุขภาพของผู้คนและชุมชน

ทักษะในการทำหน้าที่ “คุณอำนวย” (Knowledge Facilitator) ของการจัดการความรู้เป็นสิ่งที่ต้องฝึก เพราะเป็นทักษะมากกว่าเป็นความรู้เชิงทฤษฎี

ชุมชนเป็น “ชุมชนนักปฏิบัติ” เพื่อสุขภาพของตนเอง

เมื่อมองจากมุมของการจัดการความรู้ผู้คนในชุมชน เป็นสมาชิกของ “ชุมชนนักปฏิบัติ” (CoP - Community of Practice) เพื่อเป้าหมายสุขภาพของตนเองและของเพื่อร่วมชุมชน และเจ้าหน้าที่ของระบบสุขภาพชุมชนทำหน้าที่ “คุณอำนวย” ของ CoP เป็นหลัก

มองอีกมุมหนึ่ง ระบบสุขภาพชุมชน เป็นระบบที่มีเป้าหมายหนุนการเรียนรู้ของผู้คนในชุมชน ในส่วนที่มีเป้าหมายเพื่อสุขภาพ เป็นการเรียนรู้ต่อเนื่องเป็นวงจรที่ไม่รู้จบ และเป็นการเรียนรู้ร่วมกันผ่านการปฏิบัติ (Interactive Learning through Action) โดยมีเจ้าหน้าที่เป็น “คุณอำนวย” ของการเรียนรู้

การเรียนรู้จากการปฏิบัตินั้น นอกจากเน้นเรียนรู้จากการปฏิบัติของตนเองแล้ว ยังควรเรียนรู้จากการปฏิบัติของคนอื่น หรือชุมชนอื่นด้วย โดยเฉพาะการเรียนรู้จากชุมชนที่มีผลสัมฤทธิ์ด้านสุขภาพดีเป็นพิเศษ ชุมชนเหล่านี้มี “ความรู้ปฏิบัติ” ด้านสุขภาพที่ดีเด่น หรือเรียกว่ามี Success Story หรือมี Best Practice การจัดการความรู้จาก Success Story ของชุมชนอื่น เรียกว่า SSS (Success Story Sharing) ทำโดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หรือไปดูงาน โดยใช้เครื่องมือแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูงานที่เรียกว่า “เพื่อนช่วยเพื่อน” (Peer Assist) ซึ่งอ่านวิธีการได้ที่ <http://www.gotoknow.org/blog/thaikm/2415>

เครือข่ายการเรียนรู้ระหว่างชุมชน

นอกจากแต่ละชุมชนมีการรวมตัวกันของคนในชุมชน เป็น “ชุมชนนักปฏิบัติ” เพื่อเรียนรู้จากปฏิบัติการสุขภาพของตนเองและครอบครัวแล้ว ชุมชนใกล้เคียงกันควรรวมตัวกันเป็น “เครือข่ายการเรียนรู้” สุขภาวะ เพื่อใช้ SSS เป็นเครื่องมือแลกเปลี่ยนเรียนรู้เคล็ดลับต่าง ๆ ที่ค้นพบจากการปฏิบัติ

เจ้าหน้าที่สุขภาพชุมชน พึงทำหน้าที่ “คุณอำนวย” ให้เกิดเครือข่าย และมีกิจกรรม SSS อย่างสม่ำเสมอ

■ เจ้าหน้าที่ของระบบสุขภาพชุมชนในพื้นที่รวมตัวกันเป็น PLC

ในวงการเรียนรู้สมัยใหม่ ได้มีคำว่า PLC (Professional Learning Community) ซึ่งมีความหมายว่า คนที่เป็นคนในวงการวิชาชีพ (Profession) ต้องมีการเรียนรู้ตลอดชีวิต และต้องรวมตัวกันเรียนรู้ เป็น “ชุมชนเรียนรู้” ของผู้ประกอบการวิชาชีพเดียวกัน เพื่อเรียนรู้วิธีการทำหน้าที่ของวิชาชีพให้ได้ผลดียิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นวงจรของการเรียนรู้ที่ไม่มีวันจบสิ้น

ดังนั้น เจ้าหน้าที่ของระบบสุขภาพชุมชนแต่ละชุมชน จึงควรรวมตัวกันเป็น PLC เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์การทำงานที่ ยกระดับความรู้ความเข้าใจและทักษะในการทำหน้าที่อย่างต่อเนื่องเป็นวงจรไม่รู้จบ ซึ่งหมายความว่า เจ้าหน้าที่ก็ใช้การจัดการความรู้เพื่อยกระดับความรู้และทักษะการทำงานของตนเองด้วย

ระบบสุขภาพชุมชนของประเทศไทย จึงควรมีกกลไกส่งเสริมอำนวยความสะดวกของ PLC ของเจ้าหน้าที่ที่ทำงานในระบบสุขภาพชุมชน โดยมีเป้าหมายเพื่อยกระดับความรู้ความเข้าใจและทักษะในการทำงานต่อเนื่องไม่รู้จบ และเพื่อให้การทำหน้าที่เป็นความตื่นเต้นสนุกสนานไม่จำเจน่าเบื่อ

PLC เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตการทำงานประจำวันตามปกติ และส่วนหนึ่งของกิจกรรมเรียนรู้จากการพัฒนางาน ยกระดับขึ้นเป็น R2R (Routine to Research)

■ เครือข่ายของสถานบริการสุขภาพในพื้นที่

แต่ละพื้นที่ (เช่น อำเภอ) มีการรวมตัวกันของสถานบริการเป็นเครือข่ายความร่วมมือในการทำงานและการเรียนรู้ เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ ที่เน้นการส่งเสริมให้ผู้คนในชุมชนดูแลสุขภาพของตนเองและช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน เน้นการเรียนรู้และพัฒนาต่อเนื่องไม่หยุดยั้ง โดยใช้เครื่องมือ SSS, CoP, PLC, R2R, Lean และอื่น ๆ

เป้าหมายคือ ระบบบริการสุขภาพชุมชนที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์
ก่อผลสุภาพวาทที่ดีของประชาชน และเจ้าหน้าที่ในระบบบริการก็มีสุภาพวาทที่ดี
รวมท้้งค่าใช้จ่ยไม่สูง (Good health at low cost) และมีการปรับปรุง
พัฒนาต่อเนื่อง

■ ใช้การจัดการความรู้สร้างระบบสุขภาพชุมชนของประเทศ

เวลานี้ประเทศไทยยังไม่มีระบบสุขภาพชุมชนที่ถือได้ว่าดีเยี่ยม ยังต้อง
มีการพัฒนาต่อไปอีก โดยที่ไม่มีรูปแบบหรือพิมพ์เขียวตายตัวให้เราดำเนินการ
ตามอย่าง เราต้องพัฒนาขึ้นเองจากสภาพความเป็นจริงของสังคมไทย และ
จากการลงมือปฏิบัติและพัฒนาของคนไทยเอง

นั่นคือ ระบบสุขภาพชุมชนไทย ต้องพัฒนาขึ้นเองจากชุมชนไทย เพื่อ
ชุมชนไทย และ โดยชุมชนไทย โดยที่เจ้าหน้าที่หรือวงการวิชาชีพสุภาพวาททำ
หน้าที่ “คุณอำนวย” ให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ SSS ระหว่างชุมชนต่าง ๆ
ดังกรณีโครงการประชุมวิชาการ มหกรรมสุขภาพชุมชน ระหว่างวันที่ 12-14
ตุลาคม 2554 ก็น่าจะนับเป็นการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ SSS ระหว่าง
ชุมชนต่าง ๆ ได้ด้วย ซึ่งก็คือการใช้การจัดการความรู้เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ
ชุมชนของประเทศไทย จากพลวัตของการพัฒนาสุขภาพชุมชนส่วนย่อยของ
แต่ละชุมชน ที่มีการศึกษารวบรวมมานำเสนอเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้มากมาย
ในการประชุมนี้

เป็นการพัฒนาระบบใหญ่ จากฐานความเป็นจริงของระบบย่อย
(bottom-up) นำมาตีความและยกระดับตามแนวทางของระบบใหญ่ที่กำหนด
จากฝ่ายบริหารระดับประเทศ (top-down) และเป็นการพัฒนาแบบต่อเนื่อง
ไม่หยุดนิ่ง คล้ายเป็นระบบที่มีชีวิต

ทักษะของมนุษย์ในศตวรรษที่ 21

ขณะนี้เป็นที่เข้าใจกันชัดเจนแล้วว่า โลกสมัยใหม่ ที่เรียกว่าโลกในศตวรรษที่ 21 เป็นโลกแห่งการเปลี่ยนแปลงรวดเร็วและไม่แน่นอน ไม่คาดฝัน ผู้คนในศตวรรษนี้จึงต้องมีทักษะเพื่อการดำรงชีวิตในสภาพเช่นนั้น ที่เรียกว่า 21st Century Skills นักวิชาชีพสุขภาพชุมชน หรือเจ้าหน้าที่ที่ทำงานในระบบสุขภาพชุมชน จึงต้องฝึกฝนตนเองจากการทำงาน ให้มี 21st Century Skills โดยใช้ PLC เป็นเครื่องมือเพื่อบรรลุทักษะดังกล่าว ท่านที่สนใจรายละเอียดของ 21st Century Skills ค้นได้ที่ [http://gotoknow.org/blog/thaikm/tag/21st Century Skills](http://gotoknow.org/blog/thaikm/tag/21st%20Century%20Skills)

ที่จริง ทักษะสำหรับมนุษย์ในศตวรรษที่ 21 เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับคนทุกคน ไม่ใช่จำเป็นต่อเจ้าหน้าที่ในระบบสุขภาพชุมชนเท่านั้น การเรียนรู้ของคนในชุมชนเพื่อสุขภาวะของตนเอง เป็นส่วนหนึ่งของการเรียนรู้เพื่องอกมทักษะสำหรับมนุษย์ในศตวรรษที่ 21

การฝึกฝนทักษะด้านการจัดการความรู้

ความรู้เบื้องต้นของการจัดการความรู้อ่านได้จากหนังสือ การจัดการความรู้ ฉบับนักปฏิบัติ เขียนโดยวิจารณ์ พานิช และ การจัดการความรู้ฉบับมือใหม่หัดขับ เขียนโดยประพนธ์ ฝาสุขยัต และหนังสือที่เขียนโดยผู้อื่น รวมทั้งอาจอ่านได้จากบันทึกชุด KM วันละคำ ที่ผมเขียนเป็นประจำลงในบล็อก Gotoknow.org ซึ่งเข้าไปอ่านได้ที่ [http://gotoknow.org/blog/thaikm/tag/km วันละคำ](http://gotoknow.org/blog/thaikm/tag/km%20วันละคำ)

เนื่องจากการจัดการความรู้เป็นเครื่องมือ และการใช้เครื่องมือนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพต้องการการฝึกฝน โดยอาจฝึกกันเอง หรือใช้บริการของหน่วยงานที่ให้บริการการฝึกก็ได้ สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม (สคส.) เป็นมูลนิธิที่จัดบริการฝึกอบรมด้านการจัดการความรู้ ดูรายละเอียดได้ที่ www.kmi.or.th



การจัดการตนเอง (Self Management)

พระมหาวิมลชัย วชิรเมธี¹

■ ความหมายของคำว่า “การจัดการตนเอง”

1. คำว่า “การจัดการ” ในบทความนี้หมายถึง “การพัฒนา, การฝึกหัดพัฒนา, ระบบการฝึกหัดพัฒนา คนให้เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์”
2. คำว่า “ตนเอง” ในบทความนี้หมายถึง “ชีวิต, ชีวิตของเราแต่ละคน, อัตตภาพ” เมื่อนำทั้งสองคำมา รวมกันเป็น “การจัดการตนเอง” จึงหมายถึง “ระบบการฝึกหัดพัฒนาชีวิตของเราแต่ละคนให้เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์”

■ ทำไมต้องมี “การจัดการตนเอง”

ธรรมชาติของมนุษย์นั้น แม้มีโครงสร้างทางสมองอันวิจิตรด้วยระบบสติปัญญาขั้นสูงที่สามารถวิวัฒนาการ ไปได้ไกลกว่าสิ่งมีชีวิตทุกชนิดในโลก และแม้มีลักษณะทางกายภาพที่เอื้อต่อการพัฒนา และการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดียิ่งกว่าสภาพชีวิตอื่น ๆ อย่างแทบจะไม่มีสิ่งมีชีวิตชนิดใดเทียบได้ก็ตาม แต่มนุษย์ก็มีข้อจำกัด (จุดอ่อน) ติดมากับข้อได้เปรียบทั้งสองประการนี้เป็นพื้นฐานอยู่ด้วย นั่นคือ นับแต่แรกเกิดมนุษย์ไม่สามารถ พึ่งตนเองได้ ถ้าหาก

¹ ผู้อำนวยการสถาบันวิมุตตยาลัย (สถาบันการศึกษาทางเลือกเพื่อการเผยแผ่พุทธศาสนาและพัฒนาสันติภาพโลก)

เราปล่อยให้เด็กแรกเกิดดำรงชีวิตอยู่เองตั้งแต่แรกเกิด เราพบความจริงว่า ไม่มีทางเป็นไปได้เลย มีแต่จะเสียชีวิตเท่านั้น แต่เมื่อลองเทียบกับสัตว์ดิรัจฉาน เช่น ไก่ที่พอเจาะกระเปาะฟองออกมาได้แล้ว ก็สามารถหากินเองได้ หรือวัวที่พอคลอดแล้วก็เดินได้ หากินเองได้

สัตว์ดิรัจฉานต่าง ๆ นั้น ไม่ต้องอาศัยการพุ่มพักเลี้ยงดูมากมาย ไม่ต้องฝึกไม่ต้องศึกษายาวนานนับเป็นสิบปีหรือมากกว่านั้น โดยมากก็สามารถดำรงชีวิตอยู่เองได้ (แต่สัตว์ก็มีข้อจำกัดคือ พัฒนามากไปกว่านั้นไม่ได้มากนัก เกิดมาเป็นสัตว์อย่างดีก็แค่ตายอย่างสัตว์) ส่วนมนุษย์ถ้าปล่อยให้ตามธรรมชาติอย่างสัตว์ดิรัจฉาน พึ่งตนเองไม่ได้ อย่างไรก็ตามเมื่อมนุษย์ได้รับการเลี้ยงดู ได้รับการศึกษาเป็นอย่างดีแล้ว แม้ใช้เวลา นานกว่าสัตว์ทั้งหลาย ทว่าหลังจากนั้นก็ สามารถพัฒนาต่อไปได้ดียิ่ง ๆ ขึ้น จนกระทั่งสามารถสร้างเนื้อสร้างตัวสร้าง ครอบครัว สร้างกิจการงานมากมาย ทำประโยชน์ตนประโยชน์คนอื่น ให้ดียิ่งขึ้นไปเรื่อย ๆ ส่วนในทางสติปัญญานั้นเล่า เมื่อได้รับการฝึกศึกษาเป็นอย่างดี ก็ยิ่งมีความสุขลุ่มลึก ชับซ้อน แหล่นคม กระทั่งสามารถมีความเข้าใจ ทั้งตัวเอง ทั้งผู้อื่น และสรรพสิ่งต่าง ๆ ในจักรวาล สามารถจัดตั้งวางระบบต่าง ๆ ขึ้นมาสร้างสรรค์พัฒนาสังคมพัฒนาประเทศ พัฒนาเครื่องมือและเทคโนโลยี

ต่าง ๆ เลยไปจนถึงขั้นสร้างสรรค์อารยธรรมใหม่ ๆ ขึ้นมาให้เป็นความก้าวหน้ายิ่งไปกว่าที่สัตว์ทั้งหลายจะจินตนาการไปได้ถึง และเหนืออื่นใด หากพัฒนาต่อไปตามแนวพุทธ มนุษย์ยังสามารถบรรลุถึงวิวัฒนาการสูงสุดล่วงเลยการเป็นมนุษย์สามัญขึ้นไป จนกลายเป็น “พุทธะ” คือ ผู้บรรลุอิสรภาพสมบูรณ์ หลุดพ้นจากกิเลส และสัญชาตญาณกลายเป็นอริยบุคคลก็ยังได้

สัตว์ดิรัจฉาน เกิดมาพร้อมสัญชาตญาณอย่างสัตว์ และตายไปอย่างสัตว์

มนุษย์เกิดมาพร้อมสัญชาตญาณอย่างสัตว์ แต่อาจตายไปอย่างอภิมนุษย์ (อริยบุคคล)

ที่กล่าวมาข้างต้นนี้คือ ข้อจำกัดอันทำให้มนุษย์จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาหรือการจัดการ และเช่นเดียวกันศักยภาพพื้นฐานที่มนุษย์มีอยู่นี้ ก็เป็นต้นทุนที่มีคุณค่าสูงสุดที่หากนำมาพัฒนาแล้ว จะทำให้มนุษย์สามารถบรรลุถึงวิวัฒนาการสูงสุดแห่งสายพันธุ์ของสิ่งมีชีวิตที่เรียกว่าคนได้อีกด้วย อนึ่ง เรามักได้ยินคำกล่าวที่ว่า “มนุษย์เป็นสัตว์ประเสริฐ” อยู่บ่อยครั้ง คำกล่าวนี้เป็นความจริงเพียงครั้งเดียวเท่านั้น ที่ว่าประเสริฐนั้น อาจหมายถึงการมีโครงสร้างทางกายภาพและระบบสติปัญญาดีกว่าสัตว์ แต่หากไม่ได้รับการฝึกหัดพัฒนา ปล่อยให้ตามธรรมชาติ มนุษย์ก็หาประเสริฐไม่ หากจะกล่าว

ให้ถูกต้อง เราควรกล่าวว่า “มนุษย์เป็นสัตว์
ประเสริฐ เพราะได้รับการพัฒนา หรือมนุษย์
เป็นสัตว์ประเสริฐเพราะได้รับการจัดการ
ที่ถูกต้อง”

ความข้อนี้ กล่าวตามพระพุทธวจนะ
ที่พระพุทธองค์ตรัสยืนยันไว้ว่า

“ทนต์ เสฏโฐ มนุสเสสุ” (ขุ.ธ.25/33/57)
แปลว่า “ผู้ที่พัฒนาตนแล้ว เป็นผู้ประเสริฐสุด
ในหมู่มนุษย์ทั้งหลาย”

กล่าวอีกนัยหนึ่งว่า คนไม่ได้ประเสริฐ
เพียงเพราะเกิดมาเป็นมนุษย์เพียงอย่างเดียว
หากปราศจากการฝึกหัด พัฒนา หรือปราศจาก
การศึกษาเสียแล้ว ก็หาประเสริฐไม่ และนี่คือ
เหตุผลอันสำคัญที่ว่า ทำไมมนุษย์จึงต้องการ
การจัดการ หรือทำไมเราจึงต้องมีการจัดการ
ตนเอง

อย่างไรก็ตาม นอกจากคำอธิบายที่กล่าว
มาข้างต้น ยังมีอีกเหตุผลหนึ่งที่ควรกล่าวไว้ด้วย
คือ ตลอดระยะเวลาอันยาวนานที่ผ่านมาใน
ประวัติศาสตร์อารยธรรมของมนุษยชาตินั้น
มนุษย์ได้รับการศึกษา การฝึกหัดพัฒนา เพื่อที่
จะให้ออกไปเป็นผู้ “จัดการคนอื่น สิ่งอื่น” โดย
เฉพาะอย่างยิ่งเป้าหมายในการจัดการที่เห็นชัด
ก็คือ มนุษย์พยายามที่จะจัดการกับธรรมชาติ
และสิ่งแวดล้อม จนทุกวันนี้ผลจากการจัดการ
โดยน้ำมือมนุษย์ ทำให้ธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
เสียหายอย่างหนัก ผืนดิน ผืนน้ำ ผืนฟ้า

พืชพันธุ์ แร่ธาตุ แหล่งพลังงานต่าง ๆ ในโลก
ถูกมนุษย์ เบียดเบียน บ่อนทำลายด้วยความไม่รู้
หรือด้วยความรู้ที่เคลือบแฝงด้วยกิเลสตัณหา
ยิ่งมนุษย์พยายามจัดการธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
มากเพียงใด ก็ยิ่งเป็นการทำร้ายสิ่งที่ถูกมนุษย์
ก้าวเข้าไปจัดการมากเท่านั้น โลกของเราทุกวันนี้
เต็มไปด้วยปัญหาเพราะมาจากการจัดการ
ที่ผิดพลาดของมนุษย์

พุทธศาสนาไม่เน้นการมุ่งไปจัดการ
สิ่งต่าง ๆ ภายนอก เช่น ธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม
หากเน้นการอยู่ร่วมกันอย่างเกื้อกูลกับสิ่งเหล่านี้นั้น และมุ่งเน้นการจัดการเข้ามาที่ “ตัวมนุษย์”
ผู้ชอบไปจัดการคนอื่น สิ่งอื่นโดยตรง โดยพุทธ
ศาสนากล่าวว่า หากจัดการที่ตัวมนุษย์เป็นอย่างดีแล้ว มนุษย์จะสามารถจัดการสิ่งอื่นได้เป็นอย่างดี โดยที่มีการเบียดเบียนน้อยที่สุด หรือ
แทบไม่มีเลย วิถีชีวิตของพระพุทธเจ้า พระอรหันต์ และวิถีชีวิตของชาวพุทธชั้นนำทั้งหลาย
ผู้ผ่านการจัดการมาเป็นอย่างดีแล้วคือ ตัวอย่าง
ที่แสดงให้เห็นว่า มนุษย์ที่ผ่านหลักสูตรการ
จัดการแนวพุทธแล้วนั้น เป็นผู้ที่มีความสามารถ
ในการอยู่ร่วมกับตัวเอง กับกิเลส กับคน กับ
ธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม สรรพชีพ สรรพสัตว์
ได้อย่างเป็นมิตรและอย่างสันติได้มากที่สุด

■ หลักสูตรการจัดการตนเองตามแนวพุทธ

พุทธศาสนา เป็นทั้งศาสน์ (Religion) และศาสตร์ (Science) ที่สอนเรื่องการจัดการตนเองที่สมบูรณ์ แบบที่ศาสนาหนึ่งในโลก มีหลักสูตรที่ว่าด้วยการจัดการตนเองมากมายอยู่ในสารบบคำสอนของพระพุทธเจ้า หรือหากกล่าวให้ถูก ก็ควรกล่าวว่า คำสอนทั้งหมดของพระพุทธเจ้าคือ คำสอนที่ว่าด้วยการจัดการตนเองทั้งนั้น ในพระไตรปิฎกมีตัวอย่างหลักสูตรการจัดการตนเองอยู่มากมาย แต่หลักสูตรที่แสดงให้เห็นการจัดการตนเอง ครบคลุมที่สุดตั้งแต่เรื่องพื้นฐานของชีวิต คือว่าด้วยการศึกษาไปจนถึงเรื่องสูงสุดอันเป็นเป้าหมายของชีวิตคือ การบรรลุพระนิพพานมีอยู่ในหลักคำสอนเรื่อง “มงคล 38” หรือ “บันได 38 ขั้น” แห่งการจัดการตนเอง (ขุ.สุ.25/5/3) ซึ่งมีรายละเอียดที่ควรพิจารณาดังต่อไปนี้

บันได 38 ขั้นแห่งการจัดการตนเอง

- บันไดขั้นที่ 1 ไม่คบคนพาล
- บันไดขั้นที่ 2 คบบัณฑิต
- บันไดขั้นที่ 3 บูชาคนที่ควรบูชา
- บันไดขั้นที่ 4 อยู่ในถิ่นที่มีสิ่งแวดล้อมดี
- บันไดขั้นที่ 5 ทำความดีเตรียมพร้อมไว้แต่ต้น
- บันไดขั้นที่ 6 ตั้งตนไว้ถูกต้อง
- บันไดขั้นที่ 7 เล่าเรียนศึกษามาก/เป็นพหูสูตร
- บันไดขั้นที่ 8 ชำนาญในวิชาชีพ
- บันไดขั้นที่ 9 มีระเบียบวินัย
- บันไดขั้นที่ 10 รู้จักใช้วาจาพูดให้เป็นผลดี
- บันไดขั้นที่ 11 บำรุงมารดาบิดา
- บันไดขั้นที่ 12 สงเคราะห์บุตร
- บันไดขั้นที่ 13 สงเคราะห์ภรรยา

- บันไดขั้นที่ 14 การงานไม่อากุล
- บันไดขั้นที่ 15 รู้จักให้, เพื่อแบ่งปัน บริจาคสงเคราะห์และบำเพ็ญประโยชน์
- บันไดขั้นที่ 16 ประพฤติธรรม ดำรงอยู่ในศีลธรรม
- บันไดขั้นที่ 17 สงเคราะห์ญาติ
- บันไดขั้นที่ 18 ประกอบอาชีพสุจริต
- บันไดขั้นที่ 19 เว้นจากความชั่ว
- บันไดขั้นที่ 20 เว้นจากการดื่มน้ำเมา
- บันไดขั้นที่ 21 ไม่ประมาทในธรรมทั้งหลาย
- บันไดขั้นที่ 22 ความเคารพ
- บันไดขั้นที่ 23 ความสุภาพอ่อนน้อม, ถ่อมตน
- บันไดขั้นที่ 24 ความสันโดษ (รู้จักพอต่อการครอบครองวัตถุ)
- บันไดขั้นที่ 25 มีความกตัญญู
- บันไดขั้นที่ 26 พังธรรมตามกาล
- บันไดขั้นที่ 27 มีความอดทน
- บันไดขั้นที่ 28 เป็นผู้ว่าง่ายสอนง่าย รู้จักใช้เหตุผล
- บันไดขั้นที่ 29 พบเห็นสมณะ เยี่ยมเยียนเข้าหาท่านผู้สงบบิเลส
- บันไดขั้นที่ 30 สนทนาธรรมตามกาล
- บันไดขั้นที่ 31 รู้จักบังคับควบคุมตน ไม่ปรนเปรอตามใจอยาก
- บันไดขั้นที่ 32 ประพฤติพรหมจรรย์
- บันไดขั้นที่ 33 เห็นอริยสัจ, เข้าใจความจริงของชีวิต
- บันไดขั้นที่ 34 ทำพระนิพพานให้แจ้ง บรรลุนิพพาน
- บันไดขั้นที่ 35 ถูกโลกธรรม จิตไม่หวั่นไหว
- บันไดขั้นที่ 36 จิตไร้เศร้า
- บันไดขั้นที่ 37 จิตปราศจากธุลี (ไม่มัวหมอง)
- บันไดขั้นที่ 38 จิตเกษม (ปลอดภัย)

หลักสูตรการจัดการตนเองที่กล่าวมานี้ หากสรุปเฉพาะสาระสำคัญ จะได้แนวทาง สำหรับวางแผนปฏิบัติครอบคลุม 5 เรื่อง ดังนี้

- 1) ว่าด้วยการศึกษา
- 2) ว่าด้วยการทำงาน
- 3) ว่าด้วยการสร้างครอบครัวให้อบอุ่น
- 4) ว่าด้วยการเป็นสมาชิกที่ดีของสังคม
- 5) ว่าด้วยการพัฒนาจิตและปัญญาให้ บรรลุคุณค่าสูงสุดของชีวิตคือ นิพพาน

เป้าหมายการจัดการตนเอง

การจัดการตนเองตามแนวพุทธมีเป้าหมาย 3 ชั้น คือ (1) เป้าหมายขั้นต้น (2) เป้าหมาย ขั้นกลาง (3) เป้าหมายขั้นสูง เป้าหมายทั้ง 3 นั้น มีรายละเอียดดังนี้ (ขุ.จ. 30/755/389)²

ก. เป้าหมายขั้นต้น (เน้นกายภาพ)

- 1) มีสุขภาพดี ร่างกายแข็งแรง ไร้โรค งามสง่า อายุยืนยาว
- 2) มีเงินมีงาน มีทรัพย์จากอาชีพสุจริต พึ่งตนได้ทางเศรษฐกิจ
- 3) มีสถานภาพดี ทรงยศ เกียรติ ไม่ตรี เป็นที่ยอมรับในสังคม

² พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต), ธรรมานุญชีวิต. (กรุงเทพฯ : สุขภาพใจ, 2550), หน้า 30-33.

- 4) มีครอบครัวผาสุก ทำวงศ์ตระกูลให้เป็นที่ยับยติ

ข. เป้าหมายชั้นกลาง (เน้นคุณภาพจิต)

- 1) มีความอบอุ่นซาบซึ้งสุขใจ ด้วย ศรัทธา มีหลักใจ
- 2) มีความภาคภูมิใจ ในชีวิตสะอาด ที่ได้ประพฤติแต่การดีงามสุจริต
- 3) มีความอึดใจ ในชีวิตมีคุณค่า ที่ได้ เสียสละบำเพ็ญประโยชน์
- 4) มีความกล้า้วกล้าँใจ ด้วยมีปัญหา ที่จะแก้ปัญหานำพาชีวิตไป
- 5) มีความโปร่งโล่งมั่นใจ ว่าได้ทำกรรมดี มีหลักประกันสู่ภพใหม่

ค. เป้าหมายขั้นสูง (เน้นปัญญา)

- 1) ไม่หวั่นไหวหรือถูกรบกวนด้วยความ ผันผวนปรวนแปรต่าง ๆ
- 2) ไม่ผิตหวงโศกเศร้าบีบคั้นจิตเพราะ ความยึดติดถ่วงมั่นในสิ่งใด
- 3) ปลอดโปร่ง สงบ ผ่องใส สดชื่น เบิกบานใจตลอดเวลา
- 4) เป็นอยู่และทำการด้วยปัญญาซึ่ง มองที่เหตุปัจจัย

การจัดการตนเองตามแนวพุทธนั้น ต้อง ทำให้บรรลุเป้าหมายทั้ง 3 ชั้นนี้ จึงจะถือว่าเป็นการจัดการตนเองที่สัมฤทธิ์ผล

ผลสัมฤทธิ์ของการจัดการตนเอง

การจัดการตนเองตามหลักสูตรบันได 38 ขั้นที่กล่าวมานั้น หากทำสำเร็จแล้ว จะสัมฤทธิ์ผลออกมาเป็นพัฒนาการ 4 ด้านที่ตัวคน กล่าวคือ (อง.ปญจก.22/79/121)

1. พัฒนาการทางกาย (physical development)
2. พัฒนาการทางศีล/สังคม (moral development)
3. พัฒนาการทางจิต (emotional development)
4. พัฒนาการทางปัญญา (wisdom development)

พัฒนาการทั้ง 4 ด้านนั้น มีรายละเอียดบางประการที่น่าสนใจดังนี้

1. พัฒนาการทางกาย

- 1) ร่างกายแข็งแรง มีสุขภาพดี
- 2) รู้จักใช้ตา หู จมูก ลิ้น กาย ใจ อย่างมีสติ
- 3) มีทักษะในการครองตน ครองคน ครองงาน

2. พัฒนาการทางศีล/สังคม

- 1) มีชีวิตที่มีวินัย เคารพกฎเกณฑ์ของสังคม
- 2) สำรวมกาย วาจา ใจ ไม่ให้เป็นทางเกิดทุกข์/โทษ/ภัย
- 3) ประกอบสัมมาอาชีพ
- 4) บริโภคปัจจัยสี่อย่างมีสติ

3. พัฒนาการทางจิต

- 1) จิตมีคุณภาพ (คือคุณธรรม เช่น เมตตา กรุณา มุทิตา อุเบกขา)
- 2) จิตมีสุขภาพ (คือมีความสุข สงบ สดชื่นรื่นเย็น ผ่องใส ไม่เครียด)
- 3) จิตมีศักยภาพ (คือสามารถควบคุมจิตของตนได้)

4. พัฒนาการทางปัญญา

- 1) รู้ทางโลก แก้ปัญหาพื้นฐานของชีวิตได้
- 2) รู้ทางธรรม เข้าใจความจริงของโลกและชีวิตแจ่มแจ้ง
- 3) บรรลุอิสรภาพทางปัญญาคือพระนิพพาน

ผู้ที่จัดการตนเองจนมีพัฒนาการทั้ง 4 ด้านนี้สมบูรณ์ มีชื่อเรียกว่า เป็น “ภาวิตัตต์” (ภาวิต+อตต=ภาวิตตต) แปลว่า “ผู้พัฒนาตนแล้ว” คุณสมบัติทั้งสี่ด้านนี้ หากเห็นว่ามีรายละเอียดมากมาย อาจสรุปเหลือเพียง 2 ประการเท่านั้น คือ คุณสมบัติด้านปัญญา และคุณสมบัติด้านความประพฤติ (กาย + จิต) ที่มีชื่อเฉพาะว่า “วิชา” และ “จรณะ” ทั้งนี้ ตามพระพุทธวจนะที่ว่า

“วิชาจรณสมปนโน โส เสฏโฐ เทวमानุเส”

แปลว่า “ผู้ที่ถึงพร้อมด้วยความรู้ คู่ ความดี นับเป็นผู้ที่ประเสริฐที่สุดในหมู่มนุษย์ และเทวดา”

จากพระพุทธวจนะนี้จะเห็นว่า ผู้ที่พัฒนาตนหรือจัดการตนสำเร็จแล้ว ตามแนวพุทธ นับเป็นยอดคน ไม่ใช่เฉพาะในหมู่มนุษย์เท่านั้น แต่หมายรวมถึง ในหมู่เทพยดาทั้งหลายด้วย การจัดการตนเองตามแนวพุทธ จึงนับว่าเป็นศาสตร์ แห่งการจัดการตนเองที่มีผลสัมฤทธิ์สูงสุดกว่าการจัดการตนเองตาม ความหมายอย่างสามัญทั่ว ๆ ไป และผู้ที่ผ่านการจัดการตนเองตามแนวพุทธ แล้ว ไม่เพียงแต่เป็นที่พึงของตนได้เท่านั้น แต่ยังสามารถเป็นที่พึงให้แก่คนอื่น ได้อีกด้วย กล่าวอีกนัยหนึ่งว่า เมื่อจัดการตนเองแล้ว ทำให้มีคุณสมบัติที่ “ตนเป็นที่พึ่งของตน (จากนั้นจึง) ให้คนอื่นได้พึ่ง”

พลังความรู้และความร่วมมือ

เครื่องมือสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

โครงการความร่วมมือเพื่อแก้ปัญหาความยากจน การพัฒนาสังคมและสุขภาวะ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ได้ดำเนินงาน “โครงการความร่วมมือเพื่อแก้ปัญหาความยากจน การพัฒนาสังคมและสุขภาวะ” ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550-2553 โดยมีพื้นที่ครอบคลุม 17 จังหวัด¹ ทั่วทุกภาคของประเทศไทย โดยมีข้อมูลพื้นที่เป้าหมายดังนี้

จังหวัด	อำเภอ	ตำบล	หมู่บ้าน
17	175	357	3,768

วัตถุประสงค์ของโครงการเพื่อพัฒนาระบบการบูรณาการความร่วมมือของภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งหน่วยงานรัฐ องค์กรปกครองท้องถิ่น ภาคประชาชน ชุมชน วิชาการ วัด/มัสยิด สื่อ ฯลฯ เข้ามาร่วมแก้ปัญหาที่ชาวบ้านเผชิญอยู่ แนวทางสำคัญในการสร้างระบบบูรณาการคือ **ทำให้เกิดแผนชุมชนที่สะท้อนความต้องการแท้จริงของประชาชนเป็นตัวตั้งสำหรับการประสานทรัพยากรเข้ามาตอบสนอง** และเครื่องมือสำคัญที่ สกว. ได้ทดลองใช้เพื่อ

¹ 17 จังหวัดประกอบด้วย กำแพงเพชร พิษณุโลก อุตรดิตถ์ กาฬสินธุ์ ชัยนาท นครปฐม อุทัยธานี ชัยภูมิ นครพนม นครราชสีมา ยโสธร อุบลราชธานี นครศรีธรรมราช พัทลุง สตูล สงขลา สุราษฎร์ธานี

ทำให้แผนชุมชนตั้งอยู่บนข้อเท็จจริงของปัญหาชาวบ้านคือ **บัญชีครัวเรือน** ที่ประชาชนต้องเป็นคนจดบันทึกเองและเรียนรู้จากข้อมูลที่เก็บมาเองกับมือ และมีการจัดเวทีวิเคราะห์เพื่อเรียนรู้จากข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ มีการเชื่อมโยงให้ตั้งผู้นำ นักพัฒนา ตลอดจนองค์กรส่วนปกครองท้องถิ่นเข้ามาร่วมในกระบวนการนี้

ดร.สีลาภรณ์ บัวสาย รองผู้อำนวยการ สกว. ได้เปรียบกระบวนการทำงานของโครงการความร่วมมือฯ ไปสู่ความสำเร็จกับการปลูกต้นไม้ ดังนี้
เมล็ดพันธุ์ : ได้แก่ ข้อมูลบัญชีครัวเรือนที่สะท้อนความจริงให้เกิดการตระหนัก และสร้างความร่วมมือจากภาคี

ปุ๋ย น้ำ : ได้แก่ การสร้างกระบวนการเรียนรู้ด้วยการจัดเวที และวิเคราะห์ตนเองจากข้อมูลบัญชีครัวเรือน

การหยั่งราก : เข้าสู่การเรียนรู้จักตนเองของครัวเรือนแตกแขนงไปสู่การวางแผนชีวิตของครัวเรือนและแผนชุมชน

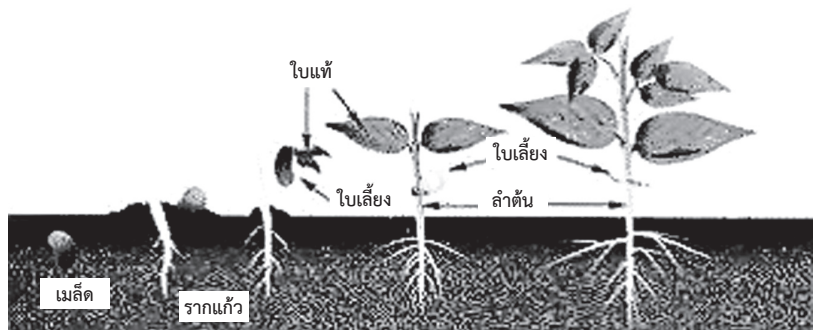
การผลิใบเลี้ยง : ได้แผนชุมชนเป็นเครื่องมือตั้งทรัพยากรมาสนับสนุน

ลำต้น : ระบบความสัมพันธ์ใหม่เป็นกลไกพัฒนาพื้นที่ร่วมกัน

ใบแท้ : เจ้าของปัญหาเป็นผู้ลงมือแก้ปัญหาของตนเอง

ผลิดอก : เกิดการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมของชาวบ้าน

ออกผล : ชาวบ้านปลดหนี้ได้ ชาวบ้านได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แก้ไขปัญหาตนเองได้ ชีวิตมีความสุข



หลักการที่สำคัญคือ การหนุนช่วยให้ชาวบ้านลุกขึ้นได้ด้วยตนเอง รู้จักตนเอง เข้าใจปัญหา สาเหตุ ทั้งเหตุที่เกิดจากตนเอง และเหตุที่เกิดจากภายนอก เพื่อให้สามารถเริ่มลงมือแก้ปัญหาที่สาเหตุได้ อันจะเป็นการแก้ปัญหาที่เบ็ดเสร็จและยั่งยืน ตามหลักพุทธศาสนา ซึ่งพระพุทธเจ้าได้ตรัสสอนไว้ว่า **“ธรรมทั้งหลายเกิดแต่เหตุ ถ้าจะดับต้องดับที่เหตุ”**

องค์ประกอบที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ ความเป็นชุมชนและเครือข่าย เป็นเครื่องมือสำคัญที่ทำให้เกิดพลังในการแก้ปัญหา ร่วมกัน โดยการเรียนรู้ร่วมกัน โครงการพบว่า การเรียนรู้ในแต่ละระดับ ชุมชนมีส่วนมากในการช่วยให้ปัจเจกเรียนรู้ได้เร็ว มีเพื่อนร่วมคิดและร่วมทดลองแก้ปัญหาไปด้วยกัน ส่งผลให้เกิดการแก้ปัญหาทั้งระดับปัจเจก ครั้วเรือน ระดับชุมชน ขึ้นมาจนถึงระดับตำบล

จากการดำเนินงานที่ผ่านมา สามารถวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำให้กระบวนการขับเคลื่อนโครงการ ดำเนินการได้อย่างประสบความสำเร็จที่สำคัญ ได้ 3 ประการ ได้แก่

1. **การทำงานโดยใช้ข้อมูล** ทั้งข้อมูลบัญชีครัวเรือน ข้อมูลบริบทชุมชน ข้อมูลปัญหา/ทุกข์ ข้อมูลต้นทุนการผลิต ฯลฯ

2. **การสร้างกลไกทำงานร่วมกัน** การทำให้ทุกภาคส่วนในพื้นที่เข้ามาร่วมรับรู้ ลงแรงให้การสนับสนุนตามบทบาทหน้าที่ ไปพร้อม ๆ กับการขับเคลื่อนงานของภาคประชาชน

3. **กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของคน** ในขบวนการขับเคลื่อน เช่น จัดเวทีเรียนรู้เรื่องบัญชีครัวเรือน เวทีวิเคราะห์ข้อมูลครัวเรือน เวทีจัดทำแผนแม่บทชุมชน การประชุมระหว่างทีมงาน/กลไกขับเคลื่อนงานในพื้นที่ทุกระดับกับภาคีความร่วมมือฯ เวทีขับเคลื่อนงานเชิงประเด็น เพื่อแก้ปัญหาของชุมชนอย่างต่อเนื่อง ฯลฯ

จากการดำเนินงานในพื้นที่เป้าหมาย 17 จังหวัดใน 2 ส่วน คือ ผลการดำเนินงานด้านข้อมูล และกลุ่มคนเป้าหมาย

ด้านข้อมูลครัวเรือน มีครัวเรือนที่จดบัญชีต่อเนื่อง 4 เดือนขึ้นไป จำนวน 41,046 ครัวเรือน เป็นครัวเรือนที่เป็นต้นแบบเพื่อการเรียนรู้ จำนวน 4,284 ครัวเรือน

กลุ่มคณะทำงาน ที่เข้าร่วมในโครงการความร่วมมือฯ เป็นจำนวนทั้งสิ้นไม่น้อยกว่า 12,370 คน

ด้วยกระบวนการเรียนรู้โดยใช้ข้อมูลบัญชีครัวเรือน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของชุมชนในด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. **การปรับพฤติกรรมของครัวเรือน** และการพึ่งพาตนเองของครัวเรือนและชุมชน พบทั้ง 17 จังหวัดเป้าหมาย มีครัวเรือนที่จดบัญชีรับ-จ่าย อย่างต่อเนื่องจำนวน 41,046 ครัวเรือน เป็นครัวเรือนต้นแบบที่สามารถถ่ายทอดขยายผลได้จำนวน 4,284 ครัวเรือน

2. การจัดการหนี้สิน จากการสุ่มเก็บข้อมูลความสามารถในการจัดการหนี้สินในครัวเรือนตัวอย่าง จังหวัดละประมาณ 50 ราย พบว่าความสามารถในการจัดการหนี้สินของประชาชน (บาท/ ปี) มีรายละเอียดโดยสรุปดังนี้

	เกษตรกร	รับจ้าง	ค้าขาย	รับราชการ	รวมทุกอาชีพ
ค่าเฉลี่ย	35,907.88	28,318.89	40,704.05	33,592.31	35,499.27

3. การจัดการอาชีพหลัก และอาชีพเสริม โดยเฉพาะพื้นที่จังหวัดชัยนาท พิชณุโลก นครศรีธรรมราช

4. การจัดการสวัสดิการชุมชน มีรูปแบบที่ชัดเจนในจังหวัดกำแพงเพชร สงขลา นครปฐม พัทลุง

5. การจัดการทรัพยากร (น้ำ ที่ดิน ชายฝั่งทะเล) พบรูปแบบความสำเร็จมาจากที่จังหวัด อุตรดิตถ์ พัทลุง พิชณุโลก กำแพงเพชร และนครศรีธรรมราช

6. การบูรณาการทรัพยากร โดยเชื่อมโยงจากข้อมูลบัญชีครัวเรือนสู่การจัดทำแผนแม่บทชุมชน/โครงการเสนอต่อหน่วยงานเพื่อแก้ปัญหาของชุมชน มีชุมชนในจังหวัดเป้าหมายทุกจังหวัดที่ได้รับการสนับสนุนจาก อปท. หน่วยงานภาครัฐ และงบประมาณตามนโยบายของรัฐ

ข้อค้นพบจากการทำงาน

1. กระบวนการพัฒนาจากล่างขึ้นบนที่เริ่มต้นที่ระดับครัวเรือน ด้วยเครื่องมือคือบัญชีครัวเรือนนี้ ได้มีผลสร้าง “การระเบิดจากภายใน” โดยอุปมาว่าข้อมูลบัญชีครัวเรือนคือดินระเบิด และกระบวนการสร้างความร้อนเพื่อการจุดระเบิดด้วยกระบวนการวิเคราะห์และเรียนรู้จากข้อมูลนั่นเอง การระเบิด

จากภายในนี้ทำให้แทบจะทุกครัวเรือนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การกินอยู่ การใช้จ่าย การออม การลงทุนเพื่อการผลิต การวางแผนอนาคตเพื่อลูก ส่งผลต่อความสามารถในการจัดการหนี้ที่สะสมอยู่ ซึ่งมีรูปธรรมคือมูลค่าหนี้ที่ครัวเรือนสามารถลดหรือปลดได้นอกจากนี้ ยังพบด้วยว่า แรงระเบิดของแต่ละพื้นที่ไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับความสามารถในการวิเคราะห์เชื่อมโยงปัญหาตัวอย่าง เช่น ที่จังหวัดกำแพงเพชร ชุมชนร่วมกับ อบต. ได้วิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนการผลิต และพบว่าปัญหาในการทำการเกษตรของเขามีต้นทุนสูงเป็นเพราะมีปัญหาระง่อนน้ำ โดยเฉพาะในโซนกำแพงเพชรฝั่งตะวันตกของแม่น้ำปิง จึงเกิดการรวมตัวเข้ามาเป็นเครือข่ายขยายจาก 15 ตำบล เป็น 29 ตำบล ที่จะหาทางแก้ปัญหาร่วมกันโดยการเริ่มทำข้อมูลเรื่องน้ำ อาทิ แผนที่เส้นทางน้ำ พื้นที่ใช้น้ำ ปริมาณน้ำต้นทุน แหล่งกักเก็บ เป็นต้น และขณะนี้ เครือข่ายนี้ก็กำลังเคลื่อนการแก้ปัญหาร่วมกันในพื้นที่ อีกตัวอย่างหนึ่งที่จังหวัดชัยนาท การวิเคราะห์ข้อมูลบัญชีครัวเรือนทำให้ชาวตำบลนางลือ เห็นต้นทุนการผลิตข้าวว่ามาจากการซื้อเมล็ดพันธุ์ จึงคิดจะทำเมล็ดพันธุ์ข้าวขายกันเองในกลุ่ม และได้เมื่อได้เข้าร่วมโครงการวิจัยต่อยอดกับศูนย์ข้าวชัยนาท ทำให้สามารถยกระดับขึ้นมาเป็นกลุ่มผลิตเมล็ดพันธุ์ข้าว โดยมีระบบรับรองมาตรฐานที่เป็นของกลุ่มเกษตรกรเอง เป็นต้น

2. การสร้างการเปลี่ยนแปลงต้องตั้งต้นที่ “การเรียนรู้” ของคน
โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มที่เป็นเกษตรกร การเริ่มต้นที่ “การเรียนรู้” ของชาวบ้านที่เป็นเจ้าของการพัฒนาพื้นที่และครัวเรือนของตน เป็นเส้นทางที่ลัดตรงที่สุดไปสู่การสร้างการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่ เพราะการพัฒนาการเรียนรู้ของเขจะมีผลต่อการสร้างความสามารถในการจัดการตนเองและท้องถิ่น ซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมจากฐานล่าง และเป็นคำตอบให้กับ การแก้ปัญหาในแทบจะทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นการจัดการหนี้สินของครัวเรือน การสร้างครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง การรวมกลุ่มพัฒนาวิสาหกิจชุมชน การจัดสวัสดิการชุมชน การจัดการน้ำ การแก้ปัญหาขยะ อาชญากรรม การบูรณาการทรัพยากรเพื่อการพัฒนาพื้นที่ ไปจนถึงการสร้างกระบวนการ

ประชาธิปไตยฐานรากในการเริ่มต้นพัฒนาการเรียนรู้ของคนในชุมชน สิ่งที่ต้องคำนึงถึงคือ ธรรมชาติของกระบวนการเรียนรู้ของชาวบ้าน

โครงการฯ ได้ค้นพบบางประเด็นที่น่าสนใจเกี่ยวกับการสร้างกระบวนการเรียนรู้ของชุมชนให้มีพลัง ดังนี้

- เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่เป็นกลุ่ม จึงต้องมีเวทีให้เขาได้ถกเถียง วิเคราะห์และตัดสินใจ

- การมีข้อมูลจะช่วยให้การเรียนรู้ของชาวบ้านคิดได้บนพื้นฐานของข้อเท็จจริง ไม่ใช่คิดตามความรู้สึก และเกิดการคิดที่แตกประเด็นออกไปได้กว้างขวาง

- การตั้งคำถามเพื่อการวิเคราะห์และถกเถียงมีส่วนสำคัญมากต่อการสร้างความแตกฉานทางความคิด

- การเรียนรู้ของชาวบ้านต้องการการพิสูจน์ที่เป็นรูปธรรม จับต้องได้ ชาวบ้านเรียกว่า “ความรู้ที่กินได้”

- วัฒนธรรมของพื้นที่มีผลต่อการเรียนรู้และการยอมรับความรู้ใหม่ เช่น ในภาคใต้ซึ่งมีวัฒนธรรมชอบถกเถียงกันอยู่แล้ว เวิร์กเรียนรู้ที่มีข้อมูลให้นำมาพูดคุยกันสามารถทำให้ชุมชนยกระดับการเรียนรู้และความสามารถในการจัดการปัญหาของตนเองได้มาก ในภาคอีสานมีวัฒนธรรมเชื่อผู้นำ การทำงานต้องพาผู้นำเรียนรู้ให้เกิดการยอมรับให้ได้ก่อน เป็นต้น

3. ข้อมูล : เครื่องมือสำคัญของการเปลี่ยนการเรียนรู้

ผลจากโครงการความร่วมมือฯ พบว่า ข้อมูลเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการสร้างการเรียนรู้ที่ยกระดับขึ้นของชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ข้อมูลบัญชีครัวเรือน ซึ่งเป็นเรื่องใกล้ตัว บัญชีครัวเรือนทำให้พ่อแม่ลูกได้มานั่งคุยกัน ในแต่ละวันว่าใครใช้จ่ายอะไรไปบ้าง เกิดความเข้าใจกันมากขึ้น ทำให้พ่อลดเหล้าบุหรี่ และแม่ลดการซื้อหวย รวมถึงการเริ่มได้คิดว่าค่าใช้จ่ายบางส่วนสามารถลดได้ด้วยการผลิตไว้ใช้หรือกินเองในครัวเรือน เกิดการเก็บเงินออมได้มากขึ้น ยิ่งไปกว่านั้น บัญชีครัวเรือนที่มีการบันทึกการใช้จ่ายในด้านต้นทุนการผลิต ยังส่งผลให้เกษตรกรเริ่ม “คิดเป็น” ว่าลงทุนไปในแต่ละรอบการผลิตนั้น ตนได้กำไรหรือขาดทุน ทำให้เกิดการปรับตัวขนานใหญ่ เกษตรกรบางรายที่เห็นข้อมูลตัวเองและปรับระบบการผลิตอย่างจริงจัง สามารถปลดหนี้มูลค่าเกือบล้านบาทได้ภายในเวลาเพียง 2-3 ปีเท่านั้น และเมื่อดูค่าเฉลี่ยของการปลดหนี้ของครัวเรือนต่อปี ยังพบว่าเกษตรกรสามารถปลดหนี้ได้สูงกว่าค่าเฉลี่ยรวมทุกกลุ่ม และสูงกว่าทั้งคนกลุ่มที่มีอาชีพรับจ้างและรับราชการถึง 2 เท่า

เหตุที่เกษตรกรสามารถปลดหนี้ได้สูงกว่าคนกลุ่มรับจ้างและกลุ่มข้าราชการ น่าจะวิเคราะห์ได้ว่าเป็นเพราะคนกลุ่มรับจ้างและ

ข้าราชการนั้นมีเงินเดือนประจำ ทางออกของการลดหนี้ของเขามีได้เพียงการลดการบริโภคสิ่งที่ไม่จำเป็น ในขณะที่กลุ่มเกษตรกรมีทางเลือกและโอกาสมากกว่า กล่าวคือ นอกจากลดการบริโภคแล้วยังสามารถผลิตทดแทนการซื้อมาบริโภค ลดต้นทุนการผลิต ตลอดจนรวมกลุ่มกันทำวิสาหกิจเพื่อเพิ่มโอกาสสร้างรายได้ได้อีกด้วย

ข้อค้นพบนี้สะท้อนให้เห็นได้ว่าเกษตรกรเป็นกลุ่มที่สามารถล้มหน้าอ้าปากได้มากกว่ากลุ่มอื่นหากเขาได้เรียนรู้ เราปฏิเสธไม่ได้ว่าเกษตรกรอยู่ในวงจรของธุรกิจเกษตรการเข้าสู่วงจรธุรกิจโดยไม่รู้บัญชี ต้นทุนกำไรขาดทุน เท่ากับหลับตาเดินลงเหว ดังนั้นเมื่อชาวบ้านเริ่มจดบัญชีและนำมาเรียนรู้ วิเคราะห์ตัวเอง จึงเป็นจุดเริ่มต้นของการเลี้ยงชีพพ้นจากหายนะได้ นอกจากนี้ การนำข้อมูลรวมของทั้งหมู่บ้านหรือทั้งตำบลมานั่งคุยกัน ยังส่งผลให้เกิดโครงการพัฒนาเพื่อตอบโจทย์ปัญหาที่คนในหมู่บ้านประสบร่วมกัน เช่น เกิดการรวมกลุ่มตั้งกองทุนข้าวสารเพื่อลดค่าใช้จ่ายของครัวเรือนสมาชิกในการซื้อข้าวมาบริโภค การทำปุ๋ยชีวภาพเพื่อลดต้นทุนการใช้ปุ๋ย การตั้งธนาคารแรงงานเพื่อลดต้นทุนค่าแรงงาน เป็นต้น โครงการพัฒนาเหล่านี้ชุมชนจะนำไปเจอกับอบต. และส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอการสนับสนุน ซึ่งส่วนใหญ่จะได้รับการตอบสนองอย่างดี เพราะ อบต. ส่วนใหญ่ได้เข้ามารู้เห็น

ตั้งแต่ต้น และเห็นว่าแผนชุมชนนั้นมาจากความเดือดร้อนและความต้องการที่แท้จริงของชาวบ้าน ในขณะเดียวกัน ชาวบ้านก็ตระหนักมากขึ้นด้วยว่าตัวแทนที่เขาเลือกไปนั่งในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นต้องทำหน้าที่ตอบสนองความต้องการของประชาชนมิฉะนั้นในครั้งต่อไป ก็จะไม่ได้รับเลือกอีก อันเป็นกระบวนการพัฒนาประชาธิปไตยจากฐานรากที่ชัดเจน

4. ครัวเรือน : หน่วยพื้นฐานสำหรับการพัฒนาทุกด้าน

การเริ่มต้นสร้างการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่ด้วยการสร้างการเรียนรู้นั้น หน่วยพื้นฐานที่น่าจะให้ความสำคัญในลำดับแรกคือ หน่วยระดับครอบครัว หรือครัวเรือน อันที่จริงแล้ว หากมองในมุมของการพัฒนาด้านเศรษฐกิจ ครัวเรือนถือเป็นหน่วยการผลิตระดับพื้นฐาน (basic production unit) และในมุมของการพัฒนาทางสังคม ครอบครัวก็ถือเป็นหน่วยพื้นฐานของโครงสร้างทางสังคม (basic social structure) และในมุมของการพัฒนาการเมืองในระบบประชาธิปไตย สมาชิกครัวเรือนคือผู้มีสิทธิลงคะแนนเลือกตั้งผู้แทนราษฎรไปทำหน้าที่ในรัฐสภา ดังนั้นการเริ่มต้นที่การเรียนรู้ของครัวเรือน ด้วยเครื่องมือและกระบวนการที่เหมาะสม จะสามารถเปลี่ยนคุณภาพของสมาชิกในครัวเรือนให้เป็นผู้ประกอบการทาง

เศรษฐกิจที่ฉลาด สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว และเป็นพลเมืองที่รู้จักสิทธิและหน้าที่ของตนก้าวต่อไปของงานโครงการความร่วมมือฯ

ผลพวงจากการดำเนินงานโครงการในจังหวัดต่าง ๆ ทำให้ สกว. มั่นใจว่าด้วยทุนการทำงานและการเรียนรู้ต่อเนื่องตลอด 3-5 ปี ของพื้นที่ จะทำให้จังหวัดต่าง ๆ สามารถพัฒนาเติบโตและก้าวไปข้างหน้าได้โดยมีข้อมูลความรู้ที่แม่นยำจากการวิจัยเป็นพลังหนุน อีกทั้งยังเป็นการช่วยสร้างวัฒนธรรมการใช้ข้อมูลความรู้ในการทำงานพัฒนาให้กับทีมงานฝ่ายปฏิบัติที่เข้ามาทำงานร่วมกับโครงการ ตั้งแต่ครัวเรือนที่เป็นหน่วยจัดการเล็กที่สุด กลุ่ม องค์กรปกครองท้องถิ่น หน่วยงานราชการในจังหวัด ภาควิชาการ นักพัฒนาในพื้นที่ ภาคเอกชน ก่อรูปเป็นกลไกการพัฒนาพื้นที่ที่ทำงานแบบเครือข่ายมีความสามารถในการเชื่อมโยงทรัพยากรเพื่อหนุนเสริมการพัฒนา เป็นกลไกพื้นที่พัฒนาความสามารถในการจัดการตนเองด้วยพลังความรู้และความร่วมมือที่เข้มแข็งขึ้น มีข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ปัญหาของพื้นที่มากขึ้น ตลอดจนกำหนดทิศทางและสร้างแผนการพัฒนาของพื้นที่ได้

สำหรับ สกว. พบว่ามีโจทย์หลายเรื่องที่สามารถเชื่อมโยงไปสู่งานวิจัยประเภทงานวิจัยเพื่อท้องถิ่น ซึ่งเน้นให้ชุมชนเป็นผู้ศึกษาวิจัยด้วย

ตนเอง งานวิจัยเชิงวิชาการหรือแม้แต่งานวิจัยเพื่อสร้างนักวิจัยระดับปริญญาเอกได้ ในการจัดการระยะต่อไป สกว. จึงตั้งเข็มที่จะเชื่อมโยงงานวิจัยประเภทต่าง ๆ เหล่านี้เข้ามาบูรณาการร่วมกันเพื่อตอบโจทย์การพัฒนาพื้นที่ให้มากขึ้น ซึ่งน่าจะทำให้เกิดประโยชน์ไม่เพียงเฉพาะต่อพื้นที่เท่านั้น แต่เพื่อสร้างองค์ความรู้และเชื่อมโยงความรู้ประเภทนี้โยงเข้าไปสู่กระบวนการทำงานของมหาวิทยาลัยทั้งในด้านการวิจัยและการผลิตบัณฑิต เพื่อให้บัณฑิตที่เป็นผลผลิตของสถาบันอุดมศึกษาสามารถกลับมาทำงานรับใช้การพัฒนาและตอบโจทย์ของพื้นที่ของตนได้ ทั้งนี้ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2554 สกว. ได้เริ่มทดลองการทำงานร่วมกับมหาวิทยาลัยบางแห่งเพื่อหารูปแบบและแนวทางในการสนับสนุนให้มหาวิทยาลัยเข้ามามีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนงานวิจัย เพื่อการตอบทั้งโจทย์ของมหาวิทยาลัยเองในการทำภารกิจเป็นสถาบันอุดมศึกษาเพื่อการพัฒนาท้องถิ่น และเป็นการตอบโจทย์การปฏิรูปประเทศไทยไปด้วยในตัว นี่น่าจะเป็นจุดเริ่มต้นของการเปลี่ยนแปลงทั้งเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองของประเทศที่สำคัญ



New Management, New Possibilities

นพ.วิธาน ฐานะวุฒม์

“If you want to build a ship,
don’t herd people together to collect wood,
and don’t assign them tasks and work
but rather teach them to long for
the endless immensity of the sea.”

ANTOINE de SAINT EXUPERY

“วิธาน เธอพอจะช่วยดู Outlines ให้หน่อยได้ไหม?
ก็โครง ๆ เกี่ยวกับการจัดการในระบบสาธารณสุขรูปแบบใหม่
เช่น วิธีคิดสำคัญ ๆ มุมมองสำคัญ ๆ ให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข”

25 Aug 2554

ข้อความข้างต้น

เป็นคำสนทนาที่พี่ช้าง-คุณหมอสุพัตรา ศรีวณิชชากร

ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาระบบสุขภาพอาเซียน ม.มหิดล

ที่บอกกับผมบนรถตู้ตอนบ่ายวันหนึ่งในช่วงพักเบรกตอนเย็น

ระหว่างงานเวิร์กช็อปกับสถาบันอาเซียน ที่ชะอำ

ช่วงปลายเดือนสิงหาคม 2554 ที่ผ่านมานี้

ผมจดสิ่งที่พี่ช่างต้องการลงไว้ในสมุดบันทึกของผม
แต่ไม่ได้รับปากพี่ช่างว่า “ผมจะสามารถเขียนอะไรได้มากนักแค่นั้น”
และไม่ได้คิดว่า “ตัวเองจะอาจหาญหรือบังอาจมาเขียนเรื่องนี้”

แต่แว็บหนึ่งที่อยากจะบันทึกคำสนทนาตรงนี้ไว้ในสมุดบันทึก
ก็ด้วยความรู้สึกหลัก ๆ สองประการ

ประการแรก

ผมรักและศรัทธาพี่ช่าง มาตั้งแต่ยังเป็นนักเรียนแพทย์
พี่ช่างเป็นซีเนียร์ตอนที่รับน้องใหม่อย่างผมข้ามฟากสมัยเรียนที่ศิริราช
ตอนเรียนจบแล้วก็ได้นินข่าวคราวถึงสิ่งที่พี่ช่างได้พยายามทำมาโดยตลอด
และโชคดียี่สิบปีที่ผ่านมา เส้นทางชีวิตก็ได้เวียนกลับมาเจอพี่ช่างอีก
โดยมีคุณหมอรุณี โฉวชรรกุล ซึ่งกำลังช่วยพี่ช่างทำงานในเรื่อง PCA
ในยุคเริ่มต้นเป็นผู้นำพา
“พวกเราจะช่วยกันอย่างไรให้ระบบปฐมนิเทศทำงานกันอย่างมีความสุข?”
อันนี้เป็นโจทย์สำคัญที่สุดที่ผลักดันให้ผมอยากจะทำงานนี้
ที่ผ่านมา ผมก็ยังพบว่าพี่ช่างยังทุ่มเทกับงานปฐมนิเทศอย่างต่อเนื่องและจริงจัง
บางทีจริงจังมากเกินไปด้วยซ้ำ
ก็เลยรู้สึกว้าว ถ้ามีอะไรที่พอจะช่วยพี่ช่างได้ก็อยากจะช่วย
อย่างน้อยผมรู้สึกว้าว แค่การใส่ใจของผม
ด้วยการลองจดสิ่งที่พี่ช่างต้องการลงในสมุดบันทึกในจังหวะนั้น
ก็น่าจะช่วยทำให้พี่ช่างรู้สึกดีและเบาใจกับภาระงานเขียนในเรื่องนี้
ไม่มากนักน้อย

ประการที่สอง

ที่แว็บต่อเนื่องมาจากความรู้สึกอยากช่วย ก็คือ
ผมถามตัวเองในใจว่า
“ผมมีอะไรบ้าง? ที่พอจะเป็นประโยชน์กับพี่ช่างในประเด็นนี้”
“ผมมีอะไรบ้าง?”

อิมมมม

ผมพบว่าสิ่งที่ผมฝึกฝนตัวเองและศึกษาเรื่องของระบบสุขภาพ

ในช่วงสิบกว่าปีที่ผ่านมา

ที่เริ่มสนใจเรื่องนี้มาตั้งแต่ช่วงปี 2542 เป็นต้นมา

พัฒนามาเป็นโครงการหัวใจใหม่ชีวิตใหม่ในช่วงปี 2544

ก็คือเรื่อง “Self Care”

“มุมมอง” และ “กรอบคิด” ในการมอง “สุขภาพ” สำคัญมากที่สุด

เพราะเป็นพื้นฐานที่จะทำให้เรา “ทำงานอย่างไร?”

บอกตรง ๆ ว่าผมไม่ชอบคำว่า “Management” เอาเลย

แต่ผมชอบคำว่า “Possibilities” มากมายทีเดียวเลยนะ

และที่สำคัญที่ก็คือ ผมอยากจะช่วยทำประโยชน์ให้กับพี่ช้าง

ในช่วงปลายปี 2550 ต่อต้นปี 2551

เป็นช่วงที่ทางสพข. (สถาบันพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน)

โดยพี่ช้าง-คุณหมอสุพัทธาและพี่อ้อย-ทันตแพทย์หญิงกันยา บุญธรรม

ได้ติดต่อทางคุณหมอวรุฒิ ให้ช่วยดูว่าจะทำอย่างไร

กับโครงการ PCA ในช่วงเริ่มต้น

ซึ่งทางคุณหมอวรุฒิ ได้ติดต่อมาทางผมและอ.พัฒนา แสงเรียง

ให้ลองดูว่าพวกเราพอจะทำอะไรได้บ้าง

ในตอนนั้นผมเองก็บอกกับคุณหมอวรุฒิไปว่า

ผมเองคงจะไม่สามารถลงลึกไปในเรื่องของ PCA ได้นะ

แต่สิ่งที่ผมพอจะช่วยได้ก็คือ การฝึกทักษะพื้นฐานบางประการ

ที่นั่นจะเป็นประโยชน์ในการที่จะให้เจ้าหน้าที่เข้าไปในชุมชนได้อย่างราบรื่น

พวกเรา ก็เลยช่วยกันจัดคอร์สพื้นฐานเป็นเวิร์กช็อป

ที่เน้นเรื่องของการฟังอย่างลึกซึ้ง การดำรงอยู่กับสิ่งที่อยู่ตรงหน้า

การมอง, การสังเกต, การค้นหาแรงบันดาลใจในการทำงาน ฯลฯ

ซึ่งหลัก ๆ ก็เน้นทักษะที่จะทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
สามารถรับรู้โลกใบนี้ได้ใกล้เคียงความเป็นจริงมากที่สุด
และค้นตัวเองได้พบว่า หน้าທີ່ที่แท้จริงของตัวเองนั้นคืออะไร?

คอร์สนี้ใช้เวลาสี่วันสามคืนในการเรียนรู้
ซึ่งในสองปีแรกนั้นก็จัดให้กับเจ้าหน้าที่ที่เป็นตัวแทนของหน่วยงาน
ที่สมัครเข้ามาในโครงการ PCA ประมาณสิบกว่าคัพ
ซึ่งเราเรียกคอร์สในช่วงนั้นว่า “Transformative Coaching”
โดยใช้ทฤษฎีตัวยุ ของ ออตโต ชาร์มเมอร์
ซึ่งท่าน อ.หมอประเวศ วะสี ได้กล่าวอ้างถึงอยู่บ่อย ๆ
มาเป็นโครงหลักในการออกแบบกระบวนการเรียนรู้

ในช่วงเวลาสองสามปีต่อมาก็เป็นเวลาที่เจ้าหน้าที่
ที่ได้รับการฝึกอบรมพื้นฐานไปแล้ว ได้มีโอกาสลงชุมชนจริง ๆ
หลายพื้นที่ก็เห็นประโยชน์ของ “ทักษะพื้นฐาน”
แต่หลายพื้นที่ก็ยังคงหลงประเด็น พยายามมุ่งหา “คำตอบ”
ที่จะตอบโจทย์ “ตัวชี้วัด” ที่เริ่มกดดันลงมามากขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป

จนมาถึงช่วงเดือนมิถุนายน ปี 2554
ผมตัดสินใจหาเวลาไปดูกิจกรรมลงชุมชนของจังหวัดเชียงใหม่
ตามคำชักชวนของ อ.พัฒนา แสงเรียง
ก็พบว่า ปัญหาเป็นไปอย่างที่เราได้เคยคุยกันไว้จริง ๆ
ที่ผมคิดว่าสำคัญที่สุดก็คือ
เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ยังไม่สามารถดำรงอยู่กับตัวเองได้จริง ๆ
ยังพยายามตอบโจทย์ของงานมากเกินไป

ซึ่งอาจจะสะท้อนได้ว่า “คอร์ส Transformative Coaching”
ยังไม่ได้ผลดีมากพอที่จะช่วยให้งานชุมชนราบรื่น
ตามที่ตั้งความฝันกันไว้ในเบื้องต้น

ถ้าจะมองในแง่การเรียนรู้ “ไม่มีศิษย์ห่วย มีแต่ครูเฮงซวย” นั้นหมายความว่าผม หมอวรวิทย์ และ อ.พัฒนา คงไม่อาจจะเลี่ยงความรับผิดชอบได้ว่าพวกเรายังไม่สามารถทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่เห็น “ความสำคัญ” ของ “การดำรงอยู่ของตัวเอง” ได้ดีมากพอ

อย่างไรก็ตาม ในช่วงเวลาสองสามปีที่ผ่านมา พวกเราก็อิ่มใจไม่น้อยกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข “จำนวนหนึ่ง” ที่สามารถเข้าใจตัวเอง เปลี่ยนแปลงตัวเอง และมีศักยภาพที่เพิ่มมากขึ้น ในการเข้าใจชุมชน สามารถทำงานชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แม้ว่า “จำนวนหนึ่ง” ที่ว่าอาจจะไม่มากพอที่จะตอบโจทย์ให้กับเจ้าของทุน ที่นำมาพัฒนาระบบสาธารณสุขในส่วนนี้ก็ตาม

จริง ๆ แล้ว เวลาเพียงสามปี ยังต้องถือว่าน้อยมาก
น้อยเกินไปสำหรับการมองเห็นการรอกงามของอะไรบางอย่างในงานที่ทำ โดยเฉพาะอย่างงานที่ต้องดูการเปลี่ยนแปลงด้านในของผู้คน
อย่างไรก็ตาม พวกเราก็คงจะหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะต้องดำรงอยู่ในระบบ
ต้องทำอะไรบางอย่างเพื่อจะช่วยเหลือ
ให้กับผู้บริหารหรือผู้ให้ทุนในการทำโครงการ

พวกเราจึงควรที่จะเรียนรู้ “การลดเสียงบ่น” ในหัวของเรา
ให้เหลือให้น้อยที่สุดให้ได้กระมัง?
เราเคยสังเกตหรือไม่ว่า “เสียงบ่น” นั้นมักจะเป็นเรื่องคนอื่นเกือบทั้งหมดเลย
ทำไมคนนั้นทำอย่างนั้น? คนนี้ทำอย่างนี้?
งานสาธารณสุขไม่มีทาง “สมบูรณ์แบบ” ตามที่เราต้องการได้หรอก
“ไม่มีสิ่งคมอุดมคติ” มีแต่สิ่งคมจริง ๆ ระบบจริง ๆ ที่เรา “น่าจะเรียนรู้”
ที่จะ “อยู่ร่วม” ให้ได้กับความขัดข้องเหล่านั้น

สิ่งที่เกิดขึ้นไปแล้ว

มีไว้ให้ระลึกถึงเพื่อคุณค่าแห่งการเรียนรู้

ณ จุดนี้ แน่ใจว่าเราจะต้องตอบโจทย์ของงาน

แต่เราสามารถที่จะแบ่งและ “ให้น้ำหนัก” ตรงนั้นได้

คงต้องดูว่า เราให้น้ำหนักกับการตอบโจทย์เหล่านั้นมากน้อยแค่ไหน

ผมอยากจะเรียนย้ำว่า “ตัวเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเอง” นั้นแหละ “สำคัญที่สุด”

ถ้าเราไม่สามารถตอบโจทย์ตัวเราเอง ว่าตัวเราเองรู้สึกดีขึ้น มีความสุขมากขึ้น

รับฟังผู้คน เห็นใจคนได้ดีมากขึ้น หรือไม่

อย่าไปหวังอะไรเลยกับงานกับชุมชนเลย

ด้วยกฎแห่งจักรวาล มันเป็นไปได้ไม่ได้

เพราะทุกสิ่งในจักรวาลนี้ เป็น “องค์รวม” ซึ่งกันและกันเสมอ

คำว่า “องค์รวม” หรือ “โฮโลแกรม” หรือ “กระหล่ำดอก”

นั้นหมายความว่า “ส่วนย่อย” เป็นส่วนหนึ่งและเป็นภาพขยายของ “ทั้งหมด”

สิ่งสำคัญที่สุดก็คือ “การดูแลผู้คนที่อยู่หน้าของคุณให้ดีที่สุด”

เพียงเท่านั้น

โดยมุมมองแบบองค์รวม คุณกำลังทำให้ให้จักรวาลเกิดสิ่งที่ดีที่สุด

“ไม่ว่าสิ่งที่คุณกำลังทำหรืองานตรงหน้าของคุณคืออะไร”

ต่อเมื่อ เจ้าหน้าที่สามารถดูแล “ความคิด” “อารมณ์ความรู้สึก”

และ “ร่างกาย” ของตัวเองให้ดีขึ้นได้แล้วเท่านั้น

คุณถึงจะสามารถทำงานให้ชุมชนได้ดีขึ้น

ที่ชุมชนยังไม่ได้ตั้งใจคุณ ก็เพราะตัวคุณเองยังไม่ได้ตั้งใจคุณนั่นเอง

“ไม่มีศิษย์ห่วย มีแต่ครูเองห่วย”

■ สิ่งที่หล่นหายไปในระบบสาธารณสุข

คือ “ความรัก”

และ “การใช้อารมณ์ความรู้สึก”

สมเด็จพระราชบิดาได้ทรงตรัส “เดือน” ไว้นานมากแล้ว

“I want you to be a man.”

“To Be a Man”

“A MAN”

ลองอ่านซ้ำ ๆ ซัด ๆ ดุสิครับ

“A MAN” “M A N”

พี่ชายที่รักของผมท่านหนึ่งที่ผมขออนุญาตไม่เอ่ยนาม

บอกไว้ว่า “ปัญหาคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรักคนไข้ไม่เป็น”

ซึ่งตรงนี้เป็นเรื่องที่ “ตรงประเด็น” ที่สุด

พวกเราขาดความรักไปตั้งแต่เมื่อไร?

พวกเราเลิกสนใจความรู้สึกของผู้คนไปตั้งแต่เมื่อไร?

การไปให้ความสนใจวิชาการองค์ความรู้หรือตัวชี้วัดต่าง ๆ

มีผลมากมายอย่างนั้นจริง ๆ

หรือ เป็นข้ออ้างของตัวเราที่จะเลิกรักเลิกสนใจผู้คน

หรือ เป็นเพราะเราดูแลตัวเอง อารมณ์ความรู้สึกของเราเองไม่เป็น?

หรือ เป็นเพราะตัวเราเองก็ไม่ได้รักตัวเราเองได้มากพอ?

และอย่างลึกที่สุด

เราจะพบว่า “พวกเรารักตัวเราเองกันไม่เป็น!”

การเรียนรู้ความรักจึงเริ่มที่ “รักตัวเองให้เป็น”

และรู้สึกอย่างจริง ๆ ให้ได้ว่า “ไม่มีใครรักฉันได้เหมือนเธอ”

ผมพบว่า

“เรื่องอารมณ์ความรู้สึก” ไม่น่าจะใช้เรื่องเฉพาะของจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยา
“เรื่องอารมณ์ความรู้สึก” เป็นเรื่องของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกคน
และจริง ๆ แล้ว “เรื่องอารมณ์ความรู้สึก” น่าจะเป็นเรื่องของมนุษย์ทุกคน
และ “A MAN” ในความหมายของสมเด็จพระราชาธิบดีฯ
น่าจะใช้อารมณ์ความรู้สึกได้เป็น คือ “เป็นประโยชน์” กับตัวเองและผู้อื่นได้

ข่าวดีก็คือ

“เรื่องอารมณ์ความรู้สึก” เป็นเรื่อง “ที่เรียนรู้ได้”
จะเป็นประโยชน์กับตัวเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ทั้งส่วนตัวและทั้งครอบครัว เป็นประโยชน์กับงานสาธารณสุข

ข่าวดีก็คือ

พวกเราโชคที่ได้มาทำงานด้านสาธารณสุข
เพราะเราจะเป็นกลุ่มคนที่ได้มีโอกาสพบและได้เรียนรู้
ได้ใช้ประโยชน์ของอารมณ์ความรู้สึกได้มากกว่าอาชีพอื่น ๆ

ปัญหาก็คือ “เราใช้มันเป็นหรือไม่อย่างไร?”

“เราสามารถเปลี่ยนตะกั่วให้เป็นทองได้” ถ้าเราใช้มันเป็น

ในบทความชิ้นนี้ ผมคงจะไม่สามารถลงไปในรายละเอียดว่า

“เราจะใช้อารมณ์ความรู้สึกได้อย่างไร?”

“เราจะรักคนเป็นได้อย่างไร?”

เพราะทั้งหมดโดยความตั้งใจแล้ว

พวกเราสามคนคือ ผม หมออรุณีและอ.พัฒนา

ได้ตั้งใจให้เจ้าหน้าที่ได้สัมผัสได้เรียนรู้ได้เข้าใจเรื่องนี้

ผ่านการเรียนรู้ด้วยตัวเอง ในเวิร์กช็อปสี่วันสามคืนที่เราได้จัดให้ไปแล้ว

และรายละเอียดของ “การดูแลตัวเอง” ให้ “ฟังได้มากขึ้น”
“มองเห็นได้ดีขึ้น” “รับรู้ได้ชัดเจนขึ้น” “ใจดีกับโลกใบนี้มากขึ้น” ได้อย่างไร
เพราะจริง ๆ แล้วผมได้เคยเขียนเรื่องราวเกี่ยวกับ Self Care
ประมาณนี้ หรือ “ต้นทุนในชีวิต” ของพวกเราแต่ละคนไว้แล้ว
ในหนังสือเล่มหนึ่งที่หนาเกือบ 600 หน้า มาแล้ว
คงไม่เสียเวลาเสียพื้นที่ที่จะเขียนถึงเรื่องเหล่านี้อีก

ขอกลับมาเรื่องราวเมื่อเดือนมิถุนายน 2554 ที่เชียงใหม่อีกครั้งหนึ่ง
เพราะเวิร์กช็อปลงชุมชนสามวันครั้งนั้น
ทำให้ “ผมเห็นอะไรบางอย่าง”
ที่เชื่อมโยงกับจังหวะที่พี่ช้าง-คุณหมอสุพัตรา ขอให้ช่วยเขียนอะไรให้หน่อย
ในเดือนมิถุนายนนั้น
ผมค่อนข้างตกใจที่พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่ในวันนั้น
“ยังไม่ได้มาตรฐานของผม!!”
“มาตรฐานของผม” มีตัวเดียวคือ
“Awareness” หรือ “การรับรู้สิ่งที่อยู่ตรงหน้าตามความเป็นจริง”
เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เกือบร้อยคนในวันนั้น
ผมรู้สึกได้ว่าพวกเขายังไม่มี Awareness “ที่ดี” มากพอที่จะทำงานชุมชนได้
เราจะเอาอะไรไปชุมชน
หากว่าเราไปแล้วเราไม่ได้ให้ความสนใจหรือใส่ใจพวกเขาเลย??
มีแต่จะเป็นผลเสียนะ
ถ้าชาวบ้านเขารู้สึกว่า “เจ้าหน้าที่” ไม่ได้ใส่ใจกับพวกเขาจริง ๆ
พวกเขาจะรู้สึกอย่างไร

นักปราชญ์คนหนึ่งพูดไว้ว่า
“People don’t care how much you know,
until they know how much you care!!”

พวกเขาไม่ได้สนใจหรือทราบดีว่าเจ้าหน้าที่จะรู้มากหรือจะเก่งมากสักแค่ไหน
จนกว่าเราจะรู้ดีกว่าเจ้าหน้าที่แค่พวกเขาอีกแค่ไหนก่อนต่างหาก!!

“การใส่ใจ” จึงสำคัญมาก

“Awareness” จึงสำคัญมาก

ผมเห็นภาพเจ้าหน้าที่ในห้องประชุม ทั้งอับกิริยาท่าทางการพูดคุยแล้ว
ผมหันไปมอง อ.พัฒนา ซึ่งรู้สึกแบบเดียวกันกับผม
วันนั้นเราจึงเปลี่ยนแผนโดยใช้เวลาหนึ่งวันเต็ม ๆ
เพื่อปรับสภาวะของเจ้าหน้าที่ ก่อนที่จะลงชุมชนจริง ๆ ในวันถัดไป

และผมได้ข้อมูลเพิ่มเติมขึ้นมา ซึ่งเป็นข้อมูลที่น่าชื่นใจสำหรับผม ก็คือ
“ศิษย์ไม่ได้ห่วย ดังนั้นครูจึงไม่ได้ห่วย”

ผมพบข้อมูลว่า เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ในวันนั้น

“ยังไม่เคยผ่านเวิร์กช็อปแบบสี่วันสามคืน” แบบครบถ้วน

หลายคนอาจจะเคยเข้าบ้าง แต่ก็เข้าไม่ครบบ้าง ไม่ได้ให้ความสนใจบ้าง
คนที่เข้าเวิร์กช็อปครบ ๆ เต็ม ๆ จริง ๆ มีเพียงไม่กี่คนเท่านั้น
เอาเป็นว่า จะด้วยเหตุผลอะไรก็ตามที่ทำให้เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่
ยังไม่ได้ผ่านกระบวนการเรียนรู้เรื่องของตัวเองให้ดีได้มากพอ
คำถามคือ แล้ว ณ จุดนี้ “เราควรจะต้องทำอย่างไรต่อไปต่างหาก”

อืมมมม อย่างน้อย ผมก็รู้สึกว่

“เวิร์กช็อป Transformative Coaching” ไม่ได้ล้มเหลวอะไรเลย

ที่สำคัญกว่านั้นไม่ใช่เรื่องสำเร็จหรือล้มเหลว

ที่สำคัญกว่านั้นก็คือ ผมรู้สึกเลยจริง ๆ ว่า

“Being” หรือ “ความเป็น” ของ “ตัวเจ้าหน้าที่สาธารณสุข”

“สำคัญที่สุด” “สำคัญที่สุดจริง ๆ ”

ไม่มีทางเลยที่เราจะลงชุมชนโดยไม่เตรียมสภาพของตัวเอง
“Being” ที่ไร้ “Awareness” จะเป็น “Destructive Being”
“ทำร้าย” คนที่อยู่ตรงหน้า มากกว่าที่จะช่วยเหลือเยียวยาผู้คน
ยิ่งพยายามทำงานให้มาก โดยที่ยังมี “Destructive Being” อยู่
คนเหล่านี้เจ้าหน้าที่เหล่านี้ก็จะยิ่งทำร้ายผู้คนได้มากมายเท่านั้น

ที่สำคัญไปกว่านั้น ก็คือ
เหตุการณ์นี้ทำให้ผมกลับมารู้สึกดี
กับเวิร์กช็อปพื้นฐาน “Transformative Coaching”
ซึ่งในช่วงสามปีที่ผ่านมาได้พัฒนาปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง
มีประสิทธิภาพมากขึ้นในการทำให้ผู้เข้าร่วม
สามารถเรียนรู้และเข้าถึง “awareness” ได้อย่างชัดเจน
และเป็นรูปธรรมมากขึ้น
เหตุการณ์ในเดือนมิถุนายนนั้น
ทำให้ผมได้คุยกับคุณหมอวรุฒิ และ อ.พัฒนาว่า
“งานพื้นฐาน” สำคัญมากมายจริง ๆ

คุณลุงเพียร เป็นเจ้าหน้าที่แผนกชักฟอก รพ.แห่งหนึ่งทางภาคใต้
เหลือเวลาอีกสิบสี่เดือนจะเกษียณอายุราชการ
วันที่มาเข้าเวิร์กช็อปสี่วัน คุณลุงเพิ่งผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบไปได้สองสัปดาห์
ลุงเพียรอยู่ร่วมกระบวนการเรียนรู้กับเจ้าหน้าที่คนอื่น ๆ
ครบถ้วนทั้งสี่วันสามคืน
ลุงเพียรบอกว่า พอจะสรุปเนื้อหาทั้งหมด
เป็นประโยคสั้น ๆ สามประโยคของหลวงพ่อดาวทอง
ที่เคยสอนลุงเพียรไว้นานแล้วว่า

“ค้นตัวเองให้พบ” “คบตัวเองให้ได้”
“ใช้ตัวเองให้เป็น”

โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับประโยคที่สามที่ว่า “ใช้ตัวเองให้เป็น”
ลุงเพียร์ย้าว่า ผมเพิ่งมาเข้าใจวันสุดท้ายนี้เองว่า
ที่หลวงพ่อบอกให้ “ใช้ตัวเองให้เป็น” มันเป็นอย่างไรมาก
และนี่เป็นอีกเหตุผลหนึ่งกระมังที่ทำให้ผมได้มาเขียนบทความชิ้นนี้

ไม่มีอคติคนมาขาว ไม่มีซูเปอร์แมน
มีแต่ “ตัวเรา” จริง ๆ เท่านั้น
“Being” ของเราต้องชัดเจน ต้องดำรงอยู่จริง ๆ แล้วปาฏิหาริย์จะก่อเกิดเอง

อยากจะทำให้
“การให้น้ำหนัก” ที่มากขึ้นกับ Self Care ของตัวเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเอง
จะเป็นประโยชน์กับงานสาธารณสุขของชุมชน อย่างแน่นอน

ถ้าจะให้เห็นภาพตรงนี้ชัดขึ้นเป็นตัวเลข
ผมไม่แน่ใจว่าตัวเลขที่เหมาะสมควรเป็นอย่างไร
เพราะทุกวันนี้ดูเหมือนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
พยายามตอบโจทย์งานกันมากมาย
ซึ่งจะต้องใช้เวลาให้โอกาสของงาน 80-90% ของศักยภาพของตัวเอง
เหลือเวลาเหลือโอกาสให้กับตัวเอง หรือ Self Care เพียงแค่ 10-20%

ซึ่งเรื่องนี้ก็ไปตรงกับหลักการของพาเรโต
ที่บอกไว้ประมาณว่า คนส่วนใหญ่มักจะใช้เวลา 80%
ทำเรื่องที่สำคัญที่เป็นประโยชน์กับชีวิตจริง ๆ เพียงแค่ 20% เท่านั้น
ถ้าเราเข้าใจกฎข้อนี้ เราก็จะสามารถใช้ประโยชน์จากความเข้าใจตรงนี้ได้
กฎนี้ทำให้เรากลับมามองเห็นได้ว่า
เรื่องสำคัญและเป็นประโยชน์กับตัวเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่สุด
ก็คือ “การดูแลสุขภาพของตัวเอง” หรือ Self Care
พวกเราน่าจะใช้เวลากับการดูแลตัวเองให้มากขึ้นนะ

พวกเราน่าจะให้น้ำหนักของ Self Care เป็น 80% นะ
จากนั้น ด้วยหลักขององค์รวมหรือ “โฮโลแกรม”
งานและชุมชนจะดีขึ้นตามคุณภาพในตัวเราได้เอง

อย่าไปพยายามเปลี่ยนแปลงคนอื่น
โดยที่ไม่ได้เปลี่ยนแปลงหรือดูแลตัวเองเลย
เสียเวลาดี ๆ ให้กับชีวิตของเราเอง และมันจะเหนื่อย แล้วไม่ได้อะไรเลย
ถ้าเราทำงานได้ถูกต้อง เราไม่ควรจะเหนื่อยเลย

อย่าลืมเด็ดขาดว่า “งานสาธารณสุข” นั้นทรงคุณค่ามากมาย
เป็นงานที่ทำให้เรามีโอกาสดี ๆ

ให้เราภูมิใจกับสิ่งที่เรามีเราเป็น แล้ว โลกใบนี้ ทั้งใบ จะเป็น ของ เรา
จริง ๆ แล้วเวลาสามปีสำหรับ PCA ที่ผ่าน ยังน้อยเกินไปที่จะบอก
ที่จะประเมินว่า สิ่งที่เราตั้งใจทำจะเกิดผลสำเร็จหรือไม่

อย่างไรก็ตาม เพื่อช่วย “ตอบโจทย์งาน” ให้กับพี่สาวที่รักของผม
ผมหวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความชิ้นนี้ จะมีส่วนช่วยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
หันกลับมามองตัวเองให้มากขึ้น ให้น้ำหนักกับการดูแลตัวเองให้เข้มข้น
มากกว่าที่จะเสียเวลาเสียโอกาสไปทำเรื่องที่สำคัญน้อยกว่า

โดยรวม ๆ จากเรื่องราวที่เล่ามาทั้งหมด
พอจะรวบรวมจากประสบการณ์และสิ่งที่ผมมีทั้งหมด
เกี่ยวกับ “มุมมองที่อาจจะเป็นประโยชน์” กับ “เจ้าหน้าที่สาธารณสุข”
ในการขับเคลื่อนชีวิตตัวเองและขับเคลื่อนงานสาธารณสุข
ได้ดังนี้

หนึ่ง เป็นเรื่องที่สำคัญที่สุดก็คือ
ดูแลตัวเองให้เป็นให้ดีที่สุดก่อน กลับมาช่วยเหลือ

ฝึกฝนเรื่อง Awareness, Seeing, Observation, Slow Listening
เรียนรู้ที่จะใช้ความรู้สึกให้มาก ๆ ความเป็นองค์รวมจะทำให้เรา
ค่อย ๆ เห็นหนทางในการทำงานที่ดีมากขึ้นได้เอง

สอง คนที่อยู่ตรงหน้าสำคัญที่สุดเสมอ
เพราะโลกใบนี้ไม่มีความบังเอิญ
การที่คน ๆ หนึ่งมาอยู่ตรงหน้าเรา มีความหมายอะไรบางอย่างเสมอ

สาม ลดเสียงบ่นในหัวเราลงให้เหลือน้อยที่สุด

สี่ ใจดีกับโลกใบนี้ให้มากขึ้นอีกนิด

ห้า ถามตัวเองเสมอ ๆ ว่า โลกใบนี้จะแตกต่างไปอย่างไร.....เมื่อมีเรา

หก เรียนรู้เพื่อที่จะไม่รู้

เจ็ด ไม่ต้องพยายามแบกโลกใบนี้
งานสาธยายสุขมีไว้เพื่อให้เราได้มีโอกาสทำอะไรสักอย่างบนโลกใบนี้
ทำให้เต็มกำลังเท่าที่เรามี แล้วก็ช่างหัวมัน

แปด ถ้าทำงานถูกต้อง เราจะไม่เหนื่อย

เก้า ศรัทธาและเคารพความคิดความเชื่อของคนอื่น ๆ

สิบ เท่าที่นึกออกคงจะมีเท่านี้ก่อนกระมังครับ

ท้ายที่สุดนี้ อยากบอกว่า
บทความชิ้นนี้ผมเขียนด้วยความรัก
รักงานของผม รักสิ่งที่ผมเป็น รักสิ่งที่ผมมี
รักพี่สาวที่ผมนับถือมานาน รักเพื่อนร่วมทีมที่ช่วยก่อประสานการเรียนรู้
รักเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ควรจะสุขมากกว่านี้
รักผู้คน และรักโลกใบนี้



ศาสตร์และศิลป์ แห่งการจัดการใหม่

5 หลักสำคัญ

จัดการตนเอง ครอบครัว ชุมชน

เลี่ยม บุตรจันทา

ในอดีต “เลี่ยม บุตรจันทา” คือหัวหน้าก๊วนคนเมาแห่งบ้านนาอีสาน ปัจจุบันเขาได้รับการยอมรับในฐานะปราชญ์เดินดินผู้ใช้ประสบการณ์ “จน เครียด กินเหล้า” พัฒนาตนเอง ครอบครัว และชุมชน จนทำให้ “บ้านนาอีสาน” กลายเป็นพื้นที่ศึกษาดูงานของหลายหน่วยงานจากทั่วประเทศ

“ผมเป็นคนบุรีรัมย์ ทำอาชีพปลูกมันสำปะหลังตั้งแต่อายุ 15 ปี แต่ไม่มีอะไรดีขึ้น มีแต่หนี้ สุขภาพก็แย่เพราะครอบครัวทะเลาะเบาะแว้ง แต่ก็ไม่เคยสรุปว่าเป็นหนี้เพราะอะไร”

ปี 2529 พ่อเลี่ยมตัดสินใจขายที่ดินทำกินเพื่อใช้หนี้ แล้วหอบครอบครัวอพยพมาลงป่าจับจองพื้นที่ที่บ้านนาอีสาน อำเภอสนมชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา เปลี่ยนจากปลูกไร่มันสำปะหลังมาปลูกไร่ข้าวโพดอาหาร



“เลี่ยม บุตรจันทา”

คือหัวหน้าก๊วนคนเมาแห่งบ้านนาอีสาน

สัตว์แทน แต่ทำได้ไม่นานก็ขาดทุน ปัญหาหนี้สินวนเวียนกลับมาอีกครั้ง นำมาซึ่งการทะเลาะกันในครอบครัว พ่อเลี่ยมยังใช้ชีวิตเดิม ๆ แก่ปัญหา นั่นคือชวนเพื่อนไปกินเหล้าเผลอกลุ่ม สรวลเสเฮฮา สูบบุหรี่ เล่นการพนัน โดยไม่เคยค้นหาว่าสาเหตุของปัญหาเกิดจากอะไร

“เริ่มมีปัญหาเก่า ครอบครัวทะเลาะกัน สุดท้ายเป็นหนี้ ธกส. 100,000 บาท เป็นหนี้ร้านขายเมล็ดพันธุ์ ปุ๋ย 50,000 บาท และเป็นหนี้ร้านค้าอีก รวมแล้ว 200,000 กว่าบาท ผมกลายเป็นคนมาประจำหมู่บ้าน เพราะผมชอบร้องเพลงในวงเหล้าแต่เมื่อยกลับมาขึ้นชีหน้าด่า ผมยังต้องมาปีละ 365 วัน”

แล้วโอกาสของผู้ล้าก็เกิดขึ้นในปี 2539 ที่ทำให้เลี่ยม บุตรจันทา ขึ้นมาแห่งนาอีสานที่ครอบครัวและเจ้าหนี้เอือมระอา กลายเป็นปราชญ์ชาวบ้านต้นแบบการจัดการชีวิตและสุขภาพของชุมชน

■ **บัญชีรับจ่าย : บันไดขั้นต้นปฏิบัติตัวเองและครอบครัว**

เมื่อชีวิตมีแต่หนี้และคำตำหนิจากครอบครัว พ่อมีคนอื่นไปอบรมนอกหมู่บ้านกับ ตชด. พ่อเลี่ยมจึงตกปากรับคำทันที เพราะอยากห่างเมียและอยากกินเหล้าสังสรรค์เมื่อไปอบรม แต่ผิดคาดเพราะตลอด 3 วันที่อบรม ต้องงตเหล้า เข้าไปนั่งฟังผู้ใหญ่วิบูลย์ เข้มเฉลิม บอกเล่าประสบการณ์แถมดูถูกว่าเกษตรกรไม่รู้จักตัวเอง แม้นึกเคืองอยู่ในใจ แต่ได้แนวคิดและเครื่องมือง่าย ๆ ที่จะทำให้รู้จักตัวเองตามที่ผู้ใหญ่วิบูลย์แนะนำ นั่นคือ การทำบัญชีครัวเรือน ซึ่งเป็นบันไดขั้นต้นในการจัดการชีวิตของตัวเองและครอบครัว

ทำบัญชีครัวเรือน

กลับจากการอบรม พ่อเลี่ยมเริ่มจดบันทึกข้อมูลรายจ่ายของครอบครัว โดยยังคงใช้ชีวิตเหมือนเดิมไม่เปลี่ยน

“กลับมาถึงมือทำ แต่ไม่ง่ายเหมือนที่เขабอก แต่ก็พยายามทำจนกลายเป็นวิธีที่เราต้องทำเป็นประจำ ข้อมูลจากการทำบัญชี ผมมีค่าบุหรืหมื่นกว่าบาท ค่าเหล้าสองหมื่นกว่าบาท ค่าหอย มวยตู้ เล่นไฟรวมแล้ว 60,000 กว่าบาท ส่วนภรรยาผมเป็นค่าอุปกรณ์ทำกับข้าว 29,000 บาท และของลูกสองคน 5,000 กว่าบาท ข้อมูลที่เราจดบันทึกทุกวันบ่งบอก เฉพาะส่วนตัว พ่อเองค่าใช้จ่ายเป็นเรื่องอบายมุขทั้งหมด เรา รู้เลยว่าปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นหนี้สิน การทะเลาะเบาะแว้งมาจากอะไร เป็นหนี้เพราะอะไร แล้วสุขภาพที่แย่เพราะอะไร เพราะเราไปใช้จ่ายในสิ่งที่ไม่จำเป็นกับชีวิต”

พูดคุย-สื่อสาร ขจัดวิกฤตครอบครัว

หลังจากสรุปค่าใช้จ่ายสิ้นปี โดนเมียด่า และขอหย่าจนเกือบบ้านแตกสาแหรกขาด ทำให้เริ่มหันมาพูดคุยสื่อสารกันในครอบครัวมากขึ้น และหาทางออกร่วมกันได้ในที่สุด

“หลัก ๆ ใช้วิธีคุยกันที่บ้าน มีปัญหาอะไรเราคุยกันเป็นหลัก ซึ่งต่างจากเมื่อก่อนไม่เคยคุย เคยแต่ด่ากัน พอเราวางแผนร่วมกันก็ได้คุยกัน เจอปัญหาก็มานั่งคุยกันนั่งปรับทุกข์กัน”

ปรับวิถีจากปลูกเพื่อขายสู่ปลูกเพื่อกิน และแบ่งปัน

ข้อมูลจากบัญชีรับ-จ่าย ทำให้เห็นที่มาของปัญหา และเป็นที่มาของการเปลี่ยนวิถีดำเนินชีวิต

“ใช้ข้อมูลช่วยตัดสินใจคือ ข้อมูลทำไร่ข้าวโพดปี 2529 มีกำไร 650 บาท/ไร่ รวม 30 ไร่ ได้หมื่นกว่าบาท ยังไม่พอซื้อกิน ลองคิดค่ากินแบบถูก ๆ 15 บาท/คน/มื้อ ถ้า 4 คนก็ 60 บาท/มื้อ ในหนึ่งปีต้องกิน 1,095 มื้อ รวมเป็น 60,000 กว่าบาท ตัดสินใจเลิกเลย เลิกที่จะทำอะไรมาขายแล้วเอาเงินมากิน วางแผนปฏิรูปครอบครัวใหม่ เริ่มปลูกทุกอย่างที่จะกิน กินทุกอย่างที่ปลูก หาบน้ำรดผักกับภรรยาสองคน เมื่อยก็มานั่งคนละฟากแปลงผัก คุยกันกะหง กะหงเหมือนจิบกันใหม่ ๆ มันออนซอนชีวิตจริง ๆ เลยจนภรรยาตั้งชื่อสวนว่า สวนออนซอน ตั้งแต่ปี 2540 ในขณะเดียวกันก็ให้สัญญาและสาบานกับแม่บ้านว่าจะเลิกอบายมุขทั้งหมด โดยสิ้นเชิงเช่นเดียวกัน”

หักดิบอบายมุข งดงานสังคม

เมื่อเห็นรายจ่ายทั้งหมดไปกับเหล้า บุหรี่ และการพนัน ซึ่งเป็นต้นเหตุใหญ่ที่ทำให้เกิดปัญหาครอบครัว พ่อเลยมตัดสินใจหักดิบอบายมุขทุกอย่าง บรรเทาความอยากด้วยการทำงาน เลิกสังสรรค์กับเพื่อนฝูง งดเข้าร่วมงานสังคม

“เพราะเราให้สัญญากับครอบครัวแล้ว มันเป็นบททดสอบ แต่สิ่งที่เราสามารถผ่านตรงนั้นได้คือ เราปฏิเสธสังคม งานบวช งานแต่งงานบ้านใหม่ พบปะสังสรรค์ วันเกิด ประเพณีไทย ไม่ไปเลย อย่างเพื่อนที่เคยเมาด้วยกันเหมือน

จะตายแทนได้ พอเอาเข้าจริง ๆ เราไปนอนโรงพยาบาล ไม่เคยไปเยี่ยมเลย แต่แม่บ้านถึงจะด่าจะว่ายังไง สุดท้ายเขาก็คอยดูแล เขารักและจริงใจกับเรา จึงให้ความสำคัญกับลูกเมียตั้งแต่วันนั้นมา”

แรงงานครอบครัวสร้างสัมพันธ์ ภาย-ใจ เป็นสุข

กิจกรรมปลูกผัก เลี้ยงปลา ที่ใช้เพียงแรงงานพ่อแม่ลูกในครอบครัว เป็นทั้งการออกกำลังกายและสร้างสัมพันธ์ในครอบครัว

“พอเราทำงานด้วยแรง สิ่งที่เป็นการเปลี่ยนแปลงคือ ตกเย็นเวลาเราไปอาบน้ำกินข้าว พอเข้านอนหลับเดียวหลับสบาย ตื่นเช้ามาก็ตื่นแต่มีมติเป็นวิถี เมื่อก่อนไม่มีกิจกรรมที่จะสร้างความสัมพันธ์เลย แต่พอเราทำอย่างนี้ได้ เห็นคุณค่าของกันและกัน ที่สำคัญคือเป็นกำลังใจให้กันและกัน แต่ที่เน้นมากคือ อยากให้ลูก ๆ ได้เห็นว่าพ่อแม่ทำอะไร ไม่ใช่ให้เขาไปเรียนแล้วก็ล้มฐานที่มันตัวเอง เป็นสิ่งที่เราคิดและตกลงกันไว้ในครอบครัว แล้วก็มาช่วยกันทำ เวลาเจอปัญหาแทนที่จะท้อกลับไม่ท้อ ให้กำลังใจกันและกัน ตอนนั้นก็เริ่มมีความสุขแล้วนะ มีอาหารกินวันละ 3 มื้อพอแล้ว มีกินทุกคน กินครบทุกมื้อ ไม่ทะเลาะกัน แล้วรายได้ก็เริ่มทยอยเข้ามา มีรายได้ทุกวัน”

ลดเจ็บ ลดจน ไม่ใช่สารเคมี ได้อาหารเป็นยา

ภายในสวนปลูกพืชผักโดยไม่ใช้สารเคมี ทำให้ลดเสี่ยงโรคภัย ลดเจ็บไข้ได้ป่วย ลดค่าใช้จ่ายการรักษาโรคได้สบาย ๆ

“ค่าใช้จ่ายสุขภาพเยอะเหมือนกันนะ ค่ารถ ค่าเดินทาง เราเหมาเป็นค่าใช้จ่ายสุขภาพป่วยที่เราไม่ได้จ่ายแค่ค่าหมอ แต่ค่ารถ ค่ากิน เวลาไปอยู่โรงพยาบาลเยอะ เราเห็นปัญหาตรงนี้ เพราะฉะนั้นเราเน้นอะไรที่กินแล้วทำให้สุขภาพดี เน้นปลูกสิ่งที่เรากินใช้เอง ไม่ต้องใช้สารเคมี แล้วก็ไปเรียนรู้จากคนโบราณว่า เวลาป่วยไข้ไม่สบายเขาใช้อะไร ใช้พืชอะไร เรียนรู้แล้วก็เอามาปลูกไว้ที่สวนเรา เพราะฉะนั้นดูแลสุขภาพเบื้องต้นเราแทบไม่ได้ไปหาหมอเลย”

แบ่งปันความรู้เรื่องสมุนไพรใช้เป็นยารักษาโรค



ขยายสู่เพื่อนบ้านและชุมชน

ชวนเพื่อนคุยตะคุบปัญหา

เมื่อเปลี่ยนตัวเองและพฤติกรรมรอบครัวให้ดีขึ้นได้แล้ว พ่อเลี่ยมเริ่มชักชวนเพื่อนร่วมวงเหล้ามาคุยกัน ปรากฏว่าทุกคนต่างมีปัญหาเหมือน ๆ กัน นั่นคือ เรื่องหนี้สิน

“พอปลูกกินไม่นานก็เหลือกิน ขายได้ 5 บาท 10 บาท ถ้าขายได้เงินเหลือทั้งหมด ทำให้มั่นใจในแนวทางนี้ยิ่งขึ้น ปี 2540 ผมประกาศพักหนี้กับ ธกส. ก่อนใครเพื่อน พอปี 2542 ภรรยาผมรวบรวมเงินได้ 30,000 กว่าบาท ให้ผมไปใช้หนี้ ธกส. ผมมองเห็นเลยว่าไม่เกิน 10 ปี ผมสามารถใช้หนี้ ธกส. หหมด เลยมานั่งคิดว่าอยากให้ครอบครัวอื่น ๆ ในหมู่บ้านมีความสุขบ้าง



จากที่ได้ไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ไปโน่นมานี่ ก็ไปชวนเพื่อน ๆ ที่เคยมาด้วยกันแล้วก็พวกน้อง ๆ ที่ยังเมาอยู่มานั่งคุย พอคุยไปคุยมาปัญหาก็กี่ไม่ต่างกัน ทุกคนสรุปปัญหาก็คือหนี้ เรื่องหนี้เรื่องเงิน พูดกันแต่ว่าถ้ามีเงินใช้หนี้ น่าจะดี นั่นล่ะกลายเป็นจุดเริ่มต้นให้ทำกิจกรรมกลุ่มออมทรัพย์”

หาทางออก ลองทางแก้ รวมตัวออมเงินได้ประโยชน์ทั้งกลุ่ม

หลังจากชักชวนเพื่อนฝูงมาคุยกัน เห็นปัญหาตรงกัน จึงได้สรุปหาทางออกของปัญหาคือตั้งกลุ่มออมทรัพย์

“ทุกคนมีรายได้อยู่แล้ว แต่ทำอย่างไรที่จะเจียดมาออมได้ ก็ให้เอาเงินมาออมกันได้ใหม่ เพื่อช่วยคนที่เขาเดือดร้อน เพราะคนมักจะไม่เดือดร้อนพร้อมกันหมดหรอก สมมติว่าคนนี้จะใช้เงินสัก 2,000 บาท แต่เขาไม่มี หากเราหลาย ๆ คนเอาเงินมารวมกันก็สามารถเอาไปแก้ปัญหานั้นได้ นั่นคือกลุ่มออมทรัพย์ ตอนนั้นชวนไม่กี่คน เอาคนที่เข้าใจมานั่งคุยเพื่อแก้ปัญหารวมตัวกัน ออมทรัพย์ ออมเสร็จใครมีปัญหาก็ให้คนนั้นเอาไปแก้ปัญหา เริ่มแรกมี 32 คน ออมรายเดือน เดือนละครั้ง ครั้งละ 100 บาท ตอนแรกเรามีเงินก้อนประมาณสามพันกว่าบาทตามจำนวนคนคนที่เราจะเอาไปใช้มันก็น่าจะได้ประโยชน์”

จัดการร่วมกัน แบ่งกำไรเงินออม เพื่อ จัดสวัสดิการ

เมื่อตกลงที่จะออมนเงินร่วมกันเพื่อ
แก้ปัญหาปากท้อง จึงเริ่มตั้งกฎกติกาในการยืม
และคืนเงินกลุ่ม พร้อมหาวิธีบริหารจัดการกำไร
จากเงินออมให้เกิดประโยชน์แก่สมาชิก

“วิธีจัดการของเราแบบง่าย ๆ เราก็มา
ตกลงกันว่า ตอนเงินอยู่ในกระป๋องเงินรานะ
พอเอาเงินมาลงขันเป็นเงินกลุ่ม ถ้าใครจะเอา
เงินกลุ่มไปใช้ ก็มาคิดกันว่าจะคืนกำไรให้กลุ่ม
ยังไง ก็เกิดการจัดการร่วมกันคือ ตกลงว่าถ้าใคร
เอาเงินกลุ่มไปใช้ ต้องเอามาคืนกลุ่มร้อยละ
2 บาทต่อเดือน แต่ว่าร้อยละ 2 บาทต่อเดือนนี้
เราเอามาจัดการต่อ พอสิ้นปีทำงบดุล กำไรเกิดขึ้น
เราก็ใช้วิธีเอา 2 หาร ครึ่งหนึ่งเราเอาไปปันผล
อีกครั้งหนึ่งเราเอาไปทำเรื่องสวัสดิการ เราเน้น
เรื่องสวัสดิการเกิด แก่ เจ็บ ตาย แล้วเน้นเรื่อง
สุขภาพเป็นหลัก”

ให้ทุนเล่าเรียน สร้างหมอบริการบ้าน

นอกจากกลุ่มออมทรัพย์ ยังมีกองทุน
ส่งเสริมการศึกษา ที่ตั้งใจอยากสนับสนุนให้
ลูกหลานในชุมชนได้มีโอกาสเรียนแพทย์ทุกสาขา
เพื่อกลับมาเป็นหมอในชุมชน และวาดหวัง
อยากให้มีหมอบริการบ้าน

“กองทุนอีกหนึ่งเรื่องที่ทำไว้รองรับคือ
กองทุนการศึกษา พอมีกำไรจากกลุ่มออมทรัพย์

เราจัดไว้เลย ให้มาเรื่อย ๆ ทุกปี โดยจัดกิจกรรม
ในวันงานประเพณีสู่ขวัญข้าว ให้เด็ก ๆ มา
รำศิลปะพื้นบ้าน แล้วมอบทุนสวัสดิการการ
ศึกษาให้เขาเท่า ๆ กัน ใครจะไปเรียนอะไรก็ได้
ซึ่งปัจจุบันเราอยากส่งลูกไปเรียนแพทย์ แพทย์
แผนไทย แพทย์ทางเลือก แพทย์แผนปัจจุบัน
ถ้าสามารถส่งเขาเรียนจบ เราก็มาเปิดโรงพยาบาล
ในบ้านเราเลย หรือไม่ต้องเรียนแพทย์ก็ได้ แต่
มีเงื่อนไขถ้าใช้เงินกลุ่ม ต้องกลับมาดูแล มีสอง
ทางเลือก มาเป็นหมออยู่บ้านก็ได้ หรือผ่อนคืน
ซึ่งที่จริงเราไม่ต้องสร้างโรงพยาบาลหรอกนี่คือ
วิสัยทัศน์ของพ่อเลยนะ ถ้าเจ็บหนักไปไหนไม่ได้
ก็ให้นอนที่บ้าน ตื่นเช้ามาหมอก็ปั่นจักรยานไป
ดูแลได้ไหม จะได้ไปเห็นสภาพสิ่งแวดล้อมบ้าน
เขาด้วยว่าควรจะต้องดูแลยังไงคนป่วยถึงจะหายเร็ว
ทำแบบนี้ได้ตั้งหลายเรื่อง ดีกว่าไปนอนแออัดอยู่
ในโรงพยาบาล”

พื้นประเพณีดีงาม นำลูกหลานคืนถิ่น

เพื่อให้ลูกหลานที่ไปเรียนไปทำงาน
ต่างถิ่นได้กลับมาเยี่ยมบ้าน ร่วมกิจกรรม และ
แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ต่างคนได้ไปประสบ
พบมา จึงได้พื้นฟูวัฒนธรรมประเพณี และ
กิจกรรมต่าง ๆ

“เรามีงานประเพณี ให้เด็กได้แลกเปลี่ยน
ได้แสดงออกว่าเขาสามารถช่วยอะไรได้บ้าง
ที่พื้นฟูขึ้นมาคือ ประเพณีสู่ขวัญข้าวทำบุญ

กลางบ้าน ในวันขึ้น 3 ค่ำเดือน 3 งานทำบุญปล่อยปลาเฉลิมพระเกียรติ วันที่ 5 ธันวาคม และทำบุญป่าวันแม่ 12 สิงหาคม เวลาเด็กมีกิจกรรมทำร่วมกัน ไม่ได้คุยกันเฉพาะสิ่งที่ทำ แต่คุยกันสัพเพเหระ ไปอยู่นั่นเป็นยังไง อยู่ที่นี่เป็นยังไง เด็กที่เรียนจบไปทำงานที่อื่นแล้วกลับมางานวันสุขขวัญข้าว ส่วนมากก็มาประจำ สิ่งที่เราเห็นความต่างก็คือ เห็นเด็กมากขึ้น ทั้งเด็กประถม เด็กที่ทำงานแล้ว เด็กเรียนมหาวิทยาลัยก็มี มีหลายช่วงวัย”

สร้างกิจกรรมนำความคิด ฟังตนเอง ลดภาระหมอ

“เราหยิบโครงการหนึ่งขึ้นมาเมื่อ 2 ปีที่แล้ว เพราะคนอยากมีป่าเหมือนสวนออนซอนของพ่อเลี่ยม ก็บอกให้ลองทำดู แล้วพูดถึงพัฒนาการของการเกิดสวนนี้ว่า เริ่มจากปลูกผักปลูกหญ้ากิน ถ้าเราปลูก 1 งานลดค่าใช้จ่ายในครอบครัวยังไง ลองทำข้อมูลดูนะ บางคนก็เริ่มจาก 1 งาน พอหนึ่งปีผ่านไป ซักเปลี่ยนแปลงแทนที่จะปลูก 1 ไร่ ก็ปลูกเป็น 5 ไร่ 10 ไร่ ตอนนั้นคนเข้าโครงการประมาณ 10 ครอบครัว ตอนนี้มีประมาณ 20 ครอบครัวที่เปลี่ยนวิธีการผลิตแบบพืชเชิงเดี่ยว กลับมาพึ่งตัวเอง ปลูกป่า ทำข้าวกิน หลายคนยังมีหนี้แต่ก็จัดการหนี้ได้ ชีวิตก็ดีขึ้น เศรษฐกิจดีขึ้น ปัญหาในครอบครัวลดน้อยลง บางครอบครัวลดลงไปเลยไม่ทะเลาะเบาะแว้งเหมือนเมื่อก่อนแล้ว สามียหลายคนก็เลิกอบายมุข เลิกเหล้า เลิกบุหรี่ ตั้งใจทำมาหากิน



ถ้าทุกคนได้มาเกิดการเรียนรู้ เคารพในสิ่งที่ตัวเองใช้กิน ทุกคนเลิกใช้สารเคมีได้เมื่อไหร่ เลิกทำลายแม่พระธรณี ความอุดมสมบูรณ์ก็กลับคืน อาหารที่เกิดจากธรรมชาติมีโอสธสาร เป็นทั้งอาหารและยาอยู่แล้ว

แต่ว่าทำยังไงคนจะเป็นอย่างนี้มากขึ้น ดูแลตัวเองได้มากขึ้น หมอจะได้เหนื่อยน้อยลง และไปทำในสิ่งที่ควรทำ ถ้าเราดูแลตัวเองได้ หมอก็ไปดูแลเรา ตอนถึงภาวะเสื่อมที่เราไม่ไหวแล้วจริง แต่นี่อะไรนิด ๆ หน่อย ๆ ต้องใช้เครื่องมือมาช่วย ฟังหมออย่างเดียวเลย มีหมอเท่าไรก็ไม่พอ”

หนูนกลุ่มเยาวชน สร้างคนรุ่นใหม่

ลูกชายของพ่อเลี่ยมซึ่งเรียนจบแพทย์ กลับมาอยู่ที่บ้านและพยายามรวมกลุ่มเด็ก ๆ เยาวชนในหมู่บ้านไปเล่นกีฬา พาเดินสวน เพื่อค่อย ๆ ถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ที่ได้เรียนมาแก่รุ่นน้อง และยังหวังจะเปิดศูนย์ดูแลสุขภาพแบบองค์รวมโดยมีเยาวชนเหล่านี้มาร่วมงาน สร้างอาชีพ สร้างงาน สร้างรายได้ให้้อง ๆ ในชุมชนโดยไม่ต้องละทิ้งบ้านเกิด

“พ่อวางแผนไว้ว่าอยากจะทำให้ศูนย์ดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในหมู่บ้าน เราเริ่มต้นทำให้เขาเห็น เพราะลูกเราเพิ่งจบมา ให้เขาลองทำดู หลายคนเริ่มมาใช้บริการที่บ้าน เราอยากให้ทุกบ้านเป็นหมอหมดเลยยิ่งดี เป็นหมอประจำครอบครัวเลย ทุกวันนี้เรามีหมอยาประจำหมู่บ้านอยู่แล้ว มีพืชผักสมุนไพรเป็นยา เพียงแต่ถ้าเขาไปเรียนมาเขาจะได้นำความรู้ทางวิชาการมาปรับประยุกต์ใช้ที่เหมาะสมที่ควร”



ถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์แก่เยาวชนรุ่นใหม่

ความสำเร็จจากการจัดการเฉพาะตัว

แม้วันนี้ระบบสุขภาพชุมชนของบ้านนาอีสานจะยังไม่ถึงฝันที่ปลายทาง แต่ด้วยความเป็นผู้นำตามธรรมชาติที่พ่อเลี่ยมสรรค์สร้างและพัฒนากิจกรรมนำชุมชนให้ตระหนักและลุกขึ้นมาจัดการสุขภาพตนเองได้ นั่นเป็นเพราะลักษณะเฉพาะของพ่อเลี่ยม คือ

- จัดการภาวะอารมณ์ตนเองได้ไม่ร่วมทะเลาะปะทะคารม หรือลงมือลงไม้ทำร้ายผู้อื่น
- ยอมรับความผิดพลาดของตนเอง
- เปิดรับโอกาส
- รับฟังปัญหา
- ขยันคิด ขยันอ่าน ขยันพบปะแลกเปลี่ยนเรียนรู้
- สรรค์สร้างกิจกรรม
- วางทางอนาคต
- ทำตนเป็นแบบอย่าง

ซึ่งพ่อเลี่ยมเน้นว่าการเรียนรู้ไปสู่การปฏิบัติ ต้องรู้จักจริง โดยเฉพาะรู้ 5 เรื่อง คือ

- ต้องรู้จักตนเอง
- รู้จักปัญหาของตัวเอง
- รู้จักตัวเองว่าอยู่บนฐานทรัพยากรอะไรบ้าง
- รู้จักการใช้ทรัพยากร และ
- รู้จักว่าตัวเราคือใคร อาชีพอะไร

ถ้ารู้ทั้ง 5 ข้อนี้ ทำอาชีพไหนก็มีความสุข



“บริหารความสัมพันธ์”

ศาสตร์และศิลป์แห่งการพัฒนาระบบสุขภาพ ชุมชนคนด่านซ้าย

นพ.ภักดี สืบบุญการณ์

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย จังหวัดเลย

22 ปีในแนวทางของ นพ.ภักดี สืบบุญการณ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย จังหวัดเลย ที่ใช้ศรัทธา วิถีชุมชน เครือข่าย และการบริหารความสัมพันธ์ ทลายกรอบคิดและอำนาจ พัฒนาระบบสุขภาพที่ด่านซ้ายให้เข้าถึงชุมชนและครอบคลุมทุกมิติ ด้วยวิธีทำงานที่มีหลักคิดมุ่งหาทางออกมากกว่ามองหาปัญหา และใช้แนวทางจัดการโดยธรรมชาติที่ประกอบด้วย

- สร้างศรัทธาด้วยบริการ
- เข้าหาและเข้าถึงวิถีชุมชน
- อาศัยผู้เฒ่า ปราชญ์ท้องถิ่น ให้แนวทาง
- หนุนรวมกลุ่ม จัดระเบียบและฟื้นฟูผู้สูงอายุ
- จัดตั้งกองทุน เปิดช่องสื่อสาร
- ใช้วัฒนธรรม ความเชื่อ ความศรัทธา ช่วยผ่อนแรง
- หนุนนำคนพื้นที่
- ใช้กิจกรรมสร้างการเติบโตทางความคิด
- ทำตนเป็นต้นแบบ
- บริหารความสัมพันธ์ สร้างเครือข่ายร่วมพัฒนา

สร้างศรัทธาด้วยบริการ

เมื่อมาทำงานที่ด่านชายช่วงแรก ๆ สิ่งที นพ.ภักดี กังวลใจ คือเรื่องการคลอดลูก ดังนั้นการให้ความสำคัญกับการฝากครรภ์ การคลอดลูก การทำคลอดที่ปลอดภัย ถ้าทำให้ชาวบ้านไวใจได้ จะได้ใจชาวบ้านมาเป็นอันดับ 1

“22 ปีที่แล้ว ไปถึงก็ไม่ต้องคิดอะไรมาก หน้าท้องคือรักษาคนไข้อย่างเดียว ต้องตรวจคนไข้ให้ดี ผ่าตัดได้ก็ต้องผ่าตัดให้ได้ ความศรัทธาของชาวบ้านต่อตัวหมอไม่ใช่หมอส่งเสริมสุขภาพเก่ง แต่อยู่ที่หมอแก้ปัญหา emergency เก่งแล้วผ่าตัดให้ได้ แค่นี้เขาก็เกิดความศรัทธา อย่างคลอดยาก รกติด เอาเท้าออกมา ต้องจัดการได้ ความสามารถครั้งนี้ทำให้เราเป็นที่ศรัทธาพอเราทำได้ เขาก็รู้สึกประทับใจ อันนี้คืออันแรกที่ทำ”

ค้นหาและเข้าถึงวิถีชุมชน

อำนาจของหมอคือความรู้ ถ้าหมอไม่รู้เรื่องชาวบ้านเลย หมอใช้ความรู้ที่เรียนมาไปชี้แนะชาวบ้าน ก็เหมือนกับเขาไม่ถูกที่คัน ทำอาหารไม่ถูกใจชาวบ้าน การที่เรามีอำนาจถ้าเราฟังชาวบ้านมากขึ้น จะทำให้เข้าใจตรงกันมากขึ้น



เราต้องเปลี่ยนมุมมองใหม่ ต้องเข้าไปถามชาวบ้าน ถามว่าจริง ๆ แล้วความทุกข์ของเขา ความต้องการของเขาที่แท้จริงคืออะไร ซึ่งตรงนี้เป็นจุดสำคัญ เพราะหลายครั้งเราไปรณรงค์บางเรื่องที่ไม่ได้เป็นเรื่องที่สำคัญในพื้นที่ เราเอาทรัพยากรจำนวนมากไปทุ่มกับเรื่องที่ไม่สำคัญเท่าที่ควร เราต้องระดมกำลังเข้าไปดูว่าชาวบ้านเขากลัวอะไร

การเข้าถึงชุมชนใช้การพูดคุยสื่อสารเป็นหลัก ได้ไปเรียนรู้ไปศึกษาประวัติศาสตร์ท้องถิ่น ประวัติ ศาสตร์ วัฒนธรรม ประเพณี และได้ทำวิจัยท้องถิ่นกับอาจารย์ศรีศักดิ์ วลัทธิภคม ตอนหลัง คุณหมอโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ มาสอนการวินิจฉัยชุมชน เลยสามารถบูรณาการมากับงานสุขภาพได้ดีเลย อะไรก็ตามที่เราเรียนรู้ด้วยตัวเองมันเหมือนเป็นทุนที่อยู่ในตัวเรา ที่อยากจะทำอะไร มันใจว่าเรื่องนี้น่าใช่ เรื่องนี้ไม่ควรทำ เราก็กำหนดขึ้นนโยบายการเติบโตขององค์กรเราได้ ให้เป็นไปตามธรรมชาติที่อยู่ ไม่ใช่ต้องตามใจนาย เราต้องหลุดผ่านจากระบบอำนาจมาเป็นระบบเครือข่าย ต้องรู้สึกรว่าเราเป็นส่วนหนึ่งของท้องถิ่นนั้นให้ได้ ไม่ว่าจะผิดพลาดอะไรก็ตาม ชาวบ้านเขาต้องการเรา เพราะเรามีความสำคัญกับเขา ชาวบ้านขาดเราไม่ได้ ถ้าเป็นอย่างนี้ได้ก็โอเค

เพราะฉะนั้นการเรียนรู้ท้องถิ่นเป็นทุนอันหนึ่งที่สำคัญมาก

อาศัยผู้เฒ่า ปราชญ์ท้องถิ่น ให้แนวทาง

การรับรู้เรื่องราวของชาวบ้านคิดว่าสำคัญ เวทีในการรับรู้ก็สำคัญ เพราะฉะนั้นการเปิดโอกาสให้พื้นที่ที่เราจะได้สื่อสารกับชาวบ้าน การมีช่องทางในการสื่อสารที่ไม่เป็นทางการ เช่น ชมรม แล้วคนที่จะมาสื่อสารกับเราถ้าได้คนที่ปราชญ์พื้นที่ เขาจะถอดบทเรียนได้เร็วมาก หมอโชคดีที่มีชมรมผู้สูงอายุ เกือบทั้งหมดเป็นครูเก่า คนที่เป็นครูจะตกผลึกความคิดได้ดี แล้วเขาใช้ระยะเวลาสั้นในการสื่อสารกับหมอ เรามีวิธีการที่ทำให้หมอไม่เบื่อ เรามีศิลปะในการสื่อสาร ซึ่งหมอรับสารจากเขาได้ง่ายมาก เลยเปิดช่องทางการสื่อสารกับชาวบ้านว่าเรามีปัญหาเรื่องอะไร

เพราะการสื่อสารที่ดีกับผู้สูงอายุทำให้เราวางแผนการรักษาได้ดี เขาพยายามพูดให้เราเข้าใจ ต่างคนต่างเรียนรู้ที่จะอยู่ด้วยกัน ต่อไปเราจะออกแบบระบบอะไร เราจะถามเขาตลอด เช่น เคยได้รางวัลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่สอดคล้องกับการใช้ชีวิตท้องถิ่น ก็ไม่ได้เอาตำรามาการรักษาเบาหวาน แต่ต้องวางแผนเรื่องการคำนวณน้ำตาลที่ได้ คาร์โบไฮเดรตเป็นยังไง การดูแล อาหารการกิน ดูหมัด เข้าไปดูถึงครัวเลย รูปแบบการรักษาก็เปลี่ยนไป

หนุนรวมกลุ่ม

จัดระเบียบและฟื้นฟูผู้สูงอายุ

เริ่มจากชมรมผู้สูงอายุก่อน คืออยากจัดระเบียบผู้สูงอายุ เวลามาโรงพยาบาลขอให้เอาข้อมูลมาด้วย เอายาที่เคยกินมาด้วย มีอาการอะไรให้เขียนใส่เศษกระดาษมาด้วย บางทีสื่อสารกับหมอไม่รู้เรื่องเพราะภาษา บอกให้ลูกช่วยเขียน บางทีถ้าเป็นไปได้ให้อาปฤทินมาด้วย เวลาหมอนัดครั้งต่อไปหมอจะได้กาให้เอากลับบ้าน แค่นั้นเองไม่ได้เกี่ยวกับอย่างอื่นเลย แต่พอทำเสร็จกลับได้เห็นความทุกข์ของเขาอีกเยอะ เลยเป็นแรงบันดาลใจทำให้เกิดงานฟื้นฟูสภาพขึ้นในโรงพยาบาล ซึ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่จะต้องฟื้นฟูสภาพให้เขากลับมามีวิถีชีวิตที่ปกติหรือเกือบปกติเพื่อให้เขาพึ่งตนเองให้ได้ ไม่มีผู้สูงอายุคนไหนที่อยากจะพึ่งคนอื่น พอเราทำให้เขาก็พอใจ ได้อยู่อย่างมีศักดิ์ศรี



จัดตั้งกองทุน เปิดช่องสื่อสาร

สนับสนุนการจัดตั้งชมรมในชุมชนและใช้กองทุนเป็นเครื่องมือสื่อสารกับคนในชุมชน เมื่อจัดตั้งแล้วก็สื่อสารให้ถึงกัน อาทิ กองทุนเพาะกล้าตาโขนน้อย กองทุนผู้สูงอายุ กองทุนสมเด็จพระเทพฯ เนื่องจากเวลาสมเด็จพระเทพฯ ท่านเสด็จฯ ตามชายแดน ท่านพระราชทานเงินครั้งละ 5,000 บาทตั้งกองทุน แต่เราต้องหาเงินต่อยอดเอง ส่วนกองทุนเด็กเพิ่งตั้งประมาณ 3-4 ปี

กองทุนสมเด็จพระเทพฯ จะมีคนบริจาคเข้ามาอย่างไม่เป็นทางการอยู่ตลอด เงินพวกนี้จึงเอาไว้ใช้เป็นค่ารถ ค่าอาหาร ค่าของความเป็นมนุษย์เวลาส่งต่อผู้ป่วย หรือเวลามาโรงพยาบาล ถ้าลำบากเงินตรงนี้จะไปช่วยเป็นกรณี ๆ ไป

ใช้วัฒนธรรม ความเชื่อ

ความศรัทธา ช่วยผ่อนแรง

การให้บริการของโรงพยาบาลด่านซ้าย ใช้ความเชื่อทางวัฒนธรรมเข้ามาเป็นตัวช่วย อย่างเช่น ระหว่างคลอด ถ้าตรวจว่าปากมดลูกเปิดสัก 4 เซนติเมตร จะให้ญาติเข้ามาในห้องคลอดเลย สอนให้ญาตินวดกันเอง คือมีหมอตำแยเข้ามาในตึกคลอดของเราเลย จริง ๆ เขา

แอบทำกันมาก่อนที่จะเริ่มแนวคิดนี้ แต่เขากลัวว่าเราจะรู้ พอรู้เลยบอกว่าทำให้เตียงอื่นด้วย พอหลังคลอดเขาก็มีกระบวนการดูแลกัน

หมอเปิดใจรับฟัง ไม่เคยเห็นอะไรที่ไม่สอดคล้องเลย บางคนมาตรวจกับเรา เขาบอกว่าผีเข้า เราก็ออ..จริง จั๊นไปหาหมอผีกัน เขาก็ไปเสร็จแล้วก็ค่อยมาหาหมอ ไม่ได้ดูแคลนเขาเลย เพราะความป่วยของคนนั้นมีทั้งกายทั้งจิต เขารู้สึกว่บางที่เขาผิดผี คนด่านซ้ายนับถือผีกันเยอะ เราก็บอกว่าเอาเลย ช่วยกัน แค่ว่าเราไม่ดูถูกดูแคลนเขา เขาก็โอเค เพราะการรับรู้ของเขาเป็นแบบนี้ แล้วการได้ไปสัมผัสประเพณีต่าง ๆ ซึ่งบางครั้งหมอก็เข้าไปร่วมประเพณีนั้นด้วย ทำให้เราเข้าใจเขามากขึ้น

■ หนุนนำคนพื้นที่

หมอมีระบบบริหารบุคคลให้เป็นคนด่านซ้ายทั้งหมด พยาบาลเกือบ 100% เป็นคนในพื้นที่ทั้งหมดเลย เรื่องบริหารเรื่องคนสำคัญมาก เพราะปัญหาที่นี่เมื่อก่อนคือขาดพยาบาล หมอเลยไปขอทุนให้น้อง ม.4-ม.6 หาสถานที่เรียนให้ ส่งเขาไปเรียน จบเสร็จเขาก็มาอยู่ในพื้นที่ เริ่มมา 10 ปีแล้ว เพราะฉะนั้นที่ด่านซ้ายจึงไม่ขาดพยาบาล การได้คนพื้นที่ทำงานทำให้งานมีประสิทธิภาพเพราะเขารู้วิถีชีวิตคนบ้านเขาหมด

เราต้องเพิ่มกำลังคน เพราะว่าโรงพยาบาลเราอยู่ไกล ต้องเพิ่มขีดความสามารถ เรามีอายุรแพทย์ กุมารแพทย์ สูตินรีแพทย์ ที่โรงพยาบาลเรามี 60 เตียง มีพยาบาลประมาณ 50 คน เราต้องดูว่าพยาบาลไม่ใช่เครื่องจักร เขาต้องพัก ต้องมีครอบครัว ถ้าให้มาเท่าไรก็เอาแค่นั้นไม่ได้หรอก หมอรับพยาบาลจากโรงพยาบาลเอกชนที่เป็นคนด่านซ้ายตั้ง 4-5 คน พยาบาล 1 ใน 3 ของที่นี่เป็นลูกจ้างชั่วคราวจำนวนหนึ่งไม่ได้จบจากกระทรวงสาธารณสุข คือใครเป็นคนพื้นที่เอาหมด หมอประชุมกันกับผู้ใหญ่บ้าน ถามว่าถ้าลูกคุณเป็นพยาบาล ให้กลับมาทำงานที่นี่ มีตำแหน่งให้ เรามีตำแหน่งลูกจ้างชั่วคราวให้ มีค่าตอบแทนที่เหมาะสมให้ ตำแหน่งข้าราชการไม่มีอยู่แล้ว แต่เราบอกว่าสิ่งที่ได้กลับมาคือได้ดูแลพ่อแม่คุณ ได้ใกล้ชิดครอบครัว

เราให้ผู้สูงอายุไปช่วยคัดเด็กให้ ผู้สูงอายุที่นี่เป็นครูก็รู้จักลูกศิษย์หมด เขาจะไปหาที่บ้านเด็กก็สมัครใจ เพราะพยาบาลเป็นอาชีพที่คนไฝ่ฝัน ได้เรียนพยาบาลก็บุญแล้วเพราะที่นั่นบ้านนอกมาก โชคดีที่โรงพยาบาลเราได้ประสานกับสภาการศึกษา ได้ไปเรียนที่โรงพยาบาลจุฬาฯ ก็มี เขามีช่องทางให้ บางทีก็ขอพื้นที่โควตาพิเศษกับสถาบันของกระทรวงสาธารณสุข

เมื่อน้องกลับมาอยู่ที่ด่านซ้าย น้องได้รับเกียรติจากหมอ จากคณะพยาบาล จากชาวบ้าน

อบอุ่นต่างวกกันเยอะะ เงินอาจได้น้อยกว่า แต่ค่าใช้จ่ยที่นี้ถูกกว่า ที่สำคัญคือได้รับเกียรติจากชาวบ้าน มีความอบอุ่น แต่อยู่ในเมืองใหญ่เหมือนผู้ขายบริการกับผู้ใช้บริการ ถูกดูถูก น้องหลายคนมาเล่าให้ฟังแบบนี้

ใช้กิจกรรมนำการเติบโตทางความคิด

ขบวนการเพาะกล้าตาโชนน้อย เริ่มต้นจากห้องสมุดโรงพยาบาลที่ไม่มีใครเข้าไปใช้ ตอนหลังเรามีหนังสือเด็กเล่มหนึ่งที่ทุกคนสนใจว่า ทำไมเปิดมาแล้วแทบไม่เห็นมีตัวหนังสือเลย หมอก็ไปศึกษา แล้วเชิญอาจารย์พรอนงค์ นิยมคำ ซึ่งเป็นผู้เขียนหนังสือเล่มนั้น ให้ช่วยไปจัดมหรพเทศกาลนิทานแห่งความสุขให้กับลูก ๆ ครอบครัวเจ้าหน้าที่ ตอนนั้นปี พ.ศ. 2545 เราเริ่มเห็นว่า เด็กนี้กว่าจะถึงอนุบาลก็สายเสีย แล้วจริง ๆ เลยคิดว่าทำยังงนอกจากครอบครัว ลูกเจ้าหน้าที่ที่เราจะได้แล้ว ครอบครัวลูกชาวบ้านก็ได้เหมือนเราด้วย

จากตรงนั้นจึงเติบโตเป็น Book start ให้กับเด็กที่เราดูแลในตำบลที่เรารับผิดชอบ ตอนหลังเด็กพวกนี้เข้าโรงเรียน เข้าไปอยู่ในศูนย์เด็ก เราไปตามเอาครูศูนย์เด็กมาอบรมอีก พอไปอนุบาลเราก็คุยกับครูอนุบาลอีก ก็ขยายฐานไปเรื่อย ๆ

สุดท้ายเราทำเรื่องเด็กเรื่อย ๆ ก็มีเด็กแต่ละวัยที่เราทำมา คนในองค์กรก็มอีารมณร่วมเยอะมาก ทุกคนมาร่วมกันหมด หมอมองเรื่องตรงนี้เป็นเรื่องสำคัญ มันดึงดูดคนในองค์กรเข้ามาทำเรื่องนี้ได้อย่างเต็มที่เลย ก็เลยคิดว่าในเมื่อคนเขาอยากทำก็เลยชวนทำกัน เรามีค่ายเด็กสารพัด ค่ายศิลปะ ดนตรี กีฬา ธรรมชาติ ซึ่งหมอไม่ได้ทำเองหรอก แต่เป็นพื้นที่ที่ให้คนในโรงพยาบาลได้เติบโต แล้วเขาก็รู้สึกว่าการหมอก็เหมือนลูกเขา ลูกเขาก็เหมือนลูกหมอนี้คือเด็กในสังคมจริง ๆ ธรรมชาติจะเป็นแบบนี้ เราเลยจัดเป็นกองทุนเพราะงานบางงานต้องใช้เงิน แต่ใช้เงินไม่เยอะหรอก ตอนนี้ก็มีเงินอยู่แค่ห้าหมื่นเอง

ระบบสุขภาพชุมชนที่สำคัญที่สุดคือ คุณต้องบริหารความสัมพันธ์ให้เป็น



ทำตนเป็นต้นแบบ

ที่ด้านซ้ายมีปัญหาเรื่องที่ดิน การบุกรุกป่าบุกรุกพื้นที่ ชาวบ้านเลยไม่มีความผูกพันกับที่ดิน เรามีป่าชุมชนป่าผีปู้ผีย่าเล็กน้อยเท่านั้น ที่เหลือก็เป็นป่าสงวนป่าเสื่อมโทรม มีปัญหาเรื่องการจัดการที่ดิน ชาวบ้านจึงปลูกเพียงเพื่อขายเพื่อหาเงินมา ยังมีการใช้สารเคมี ยาฆ่าแมลงกันเยอะ กลุ่มโรงพยาบาลจึงเป็นตัวอย่างหนึ่งที่ปลูกเพื่อกิน เราทำให้เขาเห็นว่าเราทำกันนะ หมอปลูกข้าวกินเขาก็รู้กัน เรามีแค่ที่ดินทำกินเล็กน้อย คนไหนไม่มีที่เราก็กแบ่งให้เขาทำ แต่เราได้เรียนรู้วิธีทำนา ตอนนี้ผักที่ขึ้นในนาหมอกินได้หมด ชาวบ้านก็มาเอาผักในนาหมอกินทั้งนั้น เราไม่มีรั้ว เก็บกันได้เลย เป็นวิถีชาวบ้านจริง ๆ

พอหมอทำ ทุกคนก็มาสนใจว่าทำไมหมอยังทำเลย ทุกอย่างถ้าเราเริ่มเป็นตัวอย่างเป็น เช่น หมอวิ่งออกกำลังกาย วัน car free day หมอก็ขี่จักรยาน ซึ่งเป็นเรื่องที่ธรรมดาเรื่องไหนก็ตามที่เราสามารถชักนำชุมชนได้ด้วยบุคลิกของเราเอง เป็นผู้ทำตามธรรมชาติ เขาก็จะดูว่าเราทำอะไร หมอจ่ายตลาดเอง หมอกินอะไร หมอปลูกเองหมด บางทีหมอเอาไปขายที่ตลาด คือวิถีที่นอกจากเรารับรู้ชาวบ้านแล้ว เราก็กังใช้ชีวิตเหมือนกับชาวบ้านด้วย อย่าใช้ชีวิตที่แปลกแยกจากชาวบ้าน

บริหารความสัมพันธ์ สร้างเครือข่ายร่วมพัฒนา

หมอมีแพทย์เฉพาะทางเยอะมากทั้ง part time, full time มีตั้ง 3-4 สาขา หมอไม่มีคำว่าจ้างเลย ทุกอย่างเป็นจิตอาสา หมอตา (คุณหมอวีระพันธ์ ธนาประชุม) มาอยู่กับเรา 16 ปี เรามีหมอหัวใจจากเชียงใหม่ (คุณหมอรังสฤษฎ์ กาญจนวณิชย์) ซึ่งเคยเป็นศิษย์เก่าด้านซ้ายเมื่อ 20 ปีที่แล้วเป็นเพื่อนกับภรรยาหมอเอง แล้วก็หมอกะดุก (คุณหมออุดมศักดิ์ บุญส่งทรัพย์) ซึ่งเป็นเพื่อนหมดเลย แล้วก็จิตแพทย์ (คุณธรณินทร์ กองสุข) อะไรที่เป็นเครือข่ายเราดึงมา โรงพยาบาลเราเป็นโรงพยาบาลเล็ก แต่เรามีความสามารถเยอะ

หมอเชื่อว่าความเป็นเพื่อนยั่งยืน คือเราไม่มีเงินให้เขาอยู่แล้ว เวลาเขามา เขายังต้องบริจาคเงินให้โรงพยาบาลเลย แต่เราก็ทำให้เติบโตขึ้นได้ เราทำแบบ ธรรมชาติมาก ไม่มีหลักการอะไรเลย เราใช้เครื่องมือน้อยมากในการบริหาร โรงพยาบาล แต่ใช้หลักของธรรมชาติจริง ๆ ซึ่งมีแค่ 3 อย่าง

1. มีความเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา
2. ต้องมีความหลากหลาย กิจกรรมที่เราทำต้องหลากหลาย หลากหลาย ในช่วงเวลา หลากหลายวิธีการ หลากหลายกลุ่มที่ทำงาน
3. สุดท้ายหลักธรรมชาติคือ มีความเอื้ออาทรเสมอ

อย่างตอนนี้มีคนบริจาคเพื่อพระให้เราเดือนละ 8,000 บาท เพื่อให้ดูแลพระ เขาอยากทำบุญกับเรา ฝากให้เราทุกเดือนเลย เขาบอกกันปากต่อปาก ความดีติดต่อกันได้ ความดีเป็นโรคติดต่อที่ดีชนิดหนึ่งที่ควรจะให้มันติดต่อกัน ที่โรงพยาบาลเรามีตึกบริจาคมากกว่าตึกที่รัฐสร้างให้เสียอีก

หมอใช้ความสัมพันธ์ส่วนตัวที่รู้จักกัน เวลาเราทำงานบางอย่างก็เจอคนบางอย่าง คือเขารู้เขาก็จะไปบอกกลุ่มให้เราอีกที เครือข่ายที่หมอทำกันเป็นเครือข่ายที่ไม่มีอำนาจเลย หมอใช้การบริหารความสัมพันธ์ มีคนบอกว่า **ระบบสุขภาพชุมชนที่สำคัญที่สุดคือ คุณต้องบริหารความสัมพันธ์ให้เป็น** ศิลปะในการบริหารความสัมพันธ์สำคัญมาก บางทีเราชอบแต่บริหารงาน ลองบริหารความสัมพันธ์ดูบ้าง แล้วเราก็รู้ว่าความดีติดต่อกันได้

Smart Management to Smart Organization

ดร.โชค บูลกุล

กรรมการผู้จัดการ กลุ่มบริษัทฟาร์มโชคชัย

ในทัศนะและประสบการณ์การทำงานของผมที่ฟาร์มโชคชัยกว่า 20 ปี คำว่า Smart Organization น่าจะหมายถึง องค์กรที่มีการบูรณาการ การบริหารจัดการทรัพยากร และงานในด้านต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อผลลัพธ์สุดท้ายคือ ประโยชน์และคุณค่าสูงสุดที่จะเกิดขึ้นกับองค์กร

ผมเชื่อว่า การจะก้าวสู่การเป็นองค์กรที่มีความชาญฉลาดและเป็น อัจฉริยะได้นั้น ต้องมีการบริหารจัดการที่เป็นระบบในทุกมิติ โดยสิ่งสำคัญ อันดับแรก คือต้องเข้าใจในศักยภาพ และขีดความสามารถของตน โดยต้อง สามารถกำหนดและควบคุม economy of scale ของธุรกิจของตนให้ได้ ซึ่งนั่นคงต้องเริ่มจากการเป็นองค์กรที่มีวิสัยทัศน์ และมีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจน



ดร.โชค บูลกุล

กรรมการผู้จัดการ กลุ่มบริษัทฟาร์มโชคชัย

มั่งคั่ง ทั้งนี้ก็เพื่อวิสัยทัศน์นั้นจะได้เป็นเครื่องยึดเหนี่ยว และหลอมรวมจิตใจ ในการที่จะผสานพลังการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกคน ทุกระดับในองค์กร ให้มุ่งมั่นไปสู่เป้าหมายร่วมกัน

ความเข้าใจในสถานการณ์ที่เป็นอยู่ของธุรกิจ การตั้งมั่นอยู่บนความ ไม่ประมาท มีการประเมินความเสี่ยง และเตรียมแผนการรับมือกับสถานการณ์ ต่าง ๆ อย่างรอบคอบรัดกุม รวมถึงมีการทวนสอบและตรวจสอบสุขภาพของ องค์กรอย่างสม่ำเสมอ ถือเป็นอีกปัจจัยสำคัญที่หากองค์กรใดบกพร่อง ละเลย หรือขาดการบริหารจัดการงานในด้านนี้แล้ว ผมคิดว่าสถานภาพขององค์กรนั้น ก็คงไม่ต่างกับการถูกแขวนอยู่บนเส้นด้าย และรอวันที่จะร่วงหล่นลงมาเพียง เท่านั้น

นอกเหนือจากการมีแผนรองรับความเสี่ยงที่รัดกุมแล้ว การประคองสติ ให้พร้อมรับกับความเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา นั้น ก็นับว่ามีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน องค์กรที่ชาญฉลาดย่อมต้องยืนหยัดอยู่ได้ ในทุกสถานการณ์ความเปลี่ยนแปลง และต้องสามารถจัดการกับความ เปลี่ยนแปลงนั้นได้อย่างเป็นระบบ ด้วยประสบการณ์ ความรู้ และภูมิปัญญา ที่ตกผลึก

ดังนั้นการบริหารจัดการความรู้อย่างเป็นระบบ จึงเป็นเสมือนกุญแจ สำคัญที่จะนำพาองค์กรก้าวไปสู่การเป็น “องค์กรอัจฉริยะ” แต่กระบวนการ จัดการความรู้ภายในองค์กรจะเกิดขึ้นไม่ได้หากคนในองค์กรไม่เห็นความ สำคัญ ฉะนั้นการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ในการบริหารจัดการความรู้จึงจำเป็นต้องอาศัยการพัฒนาควบคู่ไปกับการทำแผนยุทธศาสตร์ในการบริหารจัดการ ทรัพยากรมนุษย์อย่างเลี่ยงไม่ได้

ผมสามารถพูดได้อย่างเต็มปากว่า การพัฒนาธุรกิจของฟาร์มโชคชัย เกิดจากความรู้ ประสบการณ์ และอุดมการณ์อันแข็งแกร่งของคนของเรา พลัง แห่งอุดมการณ์ ก่อให้เกิดแรงบันดาลใจ ซึ่งกลายเป็นจุดแข็งสำคัญที่ทำให้ องค์กรขับเคลื่อนไปข้างหน้าได้อย่างราบรื่นและไม่รู้จักเหน็ดเหนื่อย

ผมเองสิ่งที่จะต้องทำในฐานะผู้นำ ก็คือ ต้องสร้างความรัก ความเชื่อมั่น และศรัทธาต่อองค์กรให้เกิดมีขึ้นกับทุกคนในองค์กรให้ได้ นอกจากนั้น การทำให้พนักงานเกิดความเชื่อมั่น ศรัทธา ตระหนักถึงคุณค่า เคารพและให้เกียรติตนเอง รวมถึงมีความภาคภูมิใจในเกียรติและศักดิ์ศรีของตน ก็เป็นสิ่งที่ผมไม่เคยเพิกเฉย เพราะผมเชื่อว่า ความเคารพรักและศรัทธาในศักยภาพของตนเองนั้น จะเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่จะนำพาองค์กรไปสู่ความสำเร็จในท้ายที่สุด

ความสำเร็จของฟาร์มโชคชัยคงไม่ใช่การเป็นองค์กรภาคธุรกิจที่จะมุ่งทำเพียงผลกำไรสูงสุด หรือทำทุกอย่างเพื่อความมั่งคั่ง แต่สิ่งที่ฟาร์มโชคชัยทำและยึดถือปฏิบัติมาโดยตลอด คือการสร้างองค์กรให้เป็นองค์กรที่มีความสมดุลในทุก ๆ ด้าน มีผลกำไรพอประมาณ คนในองค์กรมีความสุข ดำเนินธุรกิจอย่างมีจิตสำนึกบนความรับผิดชอบต่อการกระทำของตน พัฒนาธุรกิจอย่างมีสติ และไม่ประมาท ผมมั่นใจว่าเพียงเท่านั้น องค์กรก็สามารถขับเคลื่อนไปได้ อย่างมั่นคงและยั่งยืนแล้ว

ผมคิดว่าวันนี้สังคมคงรับรู้ได้ว่า ฟาร์มโชคชัยอาจไม่ใช่ธุรกิจที่ใหญ่โต แต่เป็นธุรกิจที่มีนวัตกรรม ทั้งในด้านการบริหารงาน การตลาด หรือการบริหารทรัพยากรมนุษย์ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผมคิดเสมอว่าจะทำอย่างไรให้ฟาร์มโชคชัยดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่าตลอดไป ซึ่งคำตอบที่ผมคิดได้ก็คือ การเปลี่ยนองค์กรให้เป็นสถาบัน

อนาคตข้างหน้าผมคาดหวังว่าฟาร์มโชคชัยจะก้าวไปสู่การเป็นสถาบันที่ถึงพร้อมด้วยคนเก่งที่มีคุณธรรม จริยธรรม และมีระเบียบวินัย สถาบันฟาร์มโชคชัยจะต้องเป็นแบบอย่างที่ดีขององค์กรธุรกิจคนไทยที่มีคุณค่าและอยู่ในสังคมได้อย่างร่วมยุคร่วมสมัย ซึ่งผมก็มั่นใจว่าคงไม่ยากเกินไปนัก ที่สักวันหนึ่งฟาร์มโชคชัยจะเรียกตัวเองว่า “Smart Organization”

พัฒนาคน พัฒนางาน ด้วยวิธีชุมชน การจัดการสู่สุขภาพดีด้วยต้นทุนต่ำ

ธีรวัฒน์ แดงกระเปา
ผู้อำนวยการ รพ.สต.บ้านสี่แยกสวนป่า

รพ.สต.บ้านสี่แยกสวนป่า ต.วังหิน อ.บางขัน จ.นครศรีธรรมราช มีขอบเขตดูแลรับผิดชอบในพื้นที่ทั้งหมด 6 หมู่บ้าน ประชากรประมาณ 4,000 คน ภายใต้การบริหารงานโดย ธีรวัฒน์ แดงกระเปา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ในตำแหน่งผู้อำนวยการ รพ.สต.บ้านสี่แยกสวนป่า ผู้ริเริ่มโรงเรียนอสม. แห่งแรกของประเทศไทย และพัฒนาเป็นโรงเรียนนวัตกรรมสุขภาพชุมชน ทั้งยังเป็นชุมชนต้นแบบศูนย์การเรียนรู้การสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

ด้วยแนวทางการทำงานซึ่งถูกจุดประกายจากแนวคิดและความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะพัฒนาระบบงานสุขภาพภาคประชาชน จนมาเป็นแนวทางจัดการบริหารงานระบบสุขภาพ



ธีรวัฒน์ แดงกระเปา
ผู้อำนวยการ รพ.สต.บ้านสี่แยกสวนป่า
ผู้ริเริ่มโรงเรียน อสม. แห่งแรก
ของประเทศไทย

■ ออกเยี่ยมบ้านเพื่อเก็บข้อมูล

ปี พ.ศ. 2542 ผมย้ายจากสถานีอนามัยบ้านสมสรร มาอยู่ที่บ้านสี่แยกสวนป่าผมก็ลงพื้นที่ในชุมชนเลย ทั้ง 6 หมู่บ้านที่รับผิดชอบ ไปรู้จักแกนนำหมู่บ้าน ผู้ใหญ่ กำนัน กลุ่มที่เป็นพลังในหมู่บ้าน จัดทำแผนที่เดินดิน ไปเรียนรู้ว่าชุมชนเขาเป็นอยู่อย่างไร เรียนรู้เรื่องต่าง ๆ พร้อมไปกับการปรับเรื่องของการรักษา แล้วก็มาลงมือที่จะสร้างระบบอาสาสมัครให้มีขีดความสามารถมากขึ้น หลังจากที่เราได้รู้จักชุมชน ได้เห็นตัวคนว่าใครเป็นอะไร ยังไงมากขึ้น

พัฒนา อสม. เอาจานออกจากภาครัฐ ลดต้นทุนสุขภาพ

สิ่งที่เริ่มคือ อสม. หรืออาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ซึ่งใกล้ชิดหมออนามัยมากที่สุด เขามาด้วยความสมัครใจที่มาช่วยงานสาธารณสุข ถ้าเรามี อสม. ที่มีประสิทธิภาพ และรู้เรื่องระบบสุขภาพดี เขาจะเป็นกำลังสำคัญในรูปแบบของอาสาสมัครที่จะมาช่วยงานระบบสุขภาพมากขึ้น อสม. จะเป็นจุดเชื่อมระหว่างหมออนามัยกับชาวบ้านได้ดีที่สุด ผมคิดประเด็นนี้ว่าควรจะทำยังไง ก็เป็นจุดหนึ่งที่คิดว่าเราน่าจะพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครเหล่านี้ให้มีขีดความสามารถมากขึ้น อันนี้เป็นจุดเริ่มต้นที่มาจัดการ เริ่มจากกลุ่มคนเหล่านี้ก่อน

เรามุ่งหวังว่าถ้าคนของเรามีความรู้มีประสิทธิภาพ บุคคลเหล่านี้จะเป็นกำลังสำคัญของวงการสาธารณสุขที่จะแก้ปัญหาคนในพื้นที่ด้วยตัวเองได้ดีที่สุด ถ้าเขาทำได้ดี ป้องกันได้ดี ดูแลกันเองได้ดี งานที่เราต้องมานั่งทำเฝ้าตรวจคนไข้ก็จะลดลงทันที แต่ว่าเราต้องสร้างให้เขามีศักยภาพก่อน ถ้าเราไม่เริ่มต้น มัวแต่รักษา วัฏวนเดิมก็จะวนอยู่แบบนี้ คือเต็มไปด้วยคนไข้ เขาก็จะดูแลตัวเองได้น้อยลง และไม่เข้าใจว่าสุขภาพเป็นเรื่องของตัวเอง

เราศรัทธาว่าชุมชนคือคำตอบ อาสาสมัครเป็นตัวเชื่อมที่ดี ตอนนั้นคิดเครื่องมือที่จะพัฒนา อสม. ขึ้นมา

เติมความรู้

- ประชุม
- อบรม
- ดูงาน
- โรงเรียน อสม.

เครื่องมือที่เรามีตอนนั้นก็คือ เราประชุม อสม. ประจำเดือน สองคือ เราอบรมฟื้นฟูวิชาการ ซึ่งเป็นวาระประจำของภาครัฐ ซึ่งมีอบรมฟื้นฟู ปีละ 1-2 ครั้ง อีกอย่างหนึ่งก็คือ การพา อสม. ไปศึกษาดูงานเรียนรู้ วนเวียนอยู่ประมาณ 2-3 เครื่องมือนี้ แต่ผมคิดว่าไม่ใช่คำตอบ ก็เลยชวนแกนนำมาคุยกันว่าเราจะพัฒนาคนของเราที่เป็นอาสาสมัครด้วยวิธีการไหน มีคนหนึ่งเสนอว่าเราก็น่าจะมีโรงเรียนสอน อสม. อันนี้เลยเป็นที่มาที่ไปของเรา เริ่มที่จะคิดว่าเราหารูปแบบการสร้างโรงเรียน อสม. ดีไหม



จุดเริ่มต้นเมื่อปี พ.ศ. 2546 เราจึงเริ่มเปิดโรงเรียน อสม. มีการเรียนการสอนทุกวัน พุธ และค้อย ๆ พัฒนาขึ้นมาด้วยหลักการว่า เราอยากให้ อสม. ของเราได้เรียนรู้ตลอดชีวิต การเป็นอาสาสมัคร นั้นเป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้อาสาสมัครของเราเข้ามาเรียน

โรงเรียนเราไม่ยึดติดกับอาคารสถานที่ จะเรียนตรงไหนก็ได้ สมมติเราเรียนเรื่องวัด ความดันเบาหวาน เรามาฝึกใช้เครื่องมือวัดค่า เรียนรู้ว่าเครื่องมือชนิดไหนทำอะไรยังไง พอเรียนเสร็จแล้ว การบ้านของเขาคือเอาไปวัดความดัน เจาะเบาหวานคนในเขตรับผิดชอบ แล้วเอาผล มาแปรค่าที่โรงเรียนว่าปกติไม่ปกติยังไง ถ้าผิดปกติต้องทำยังไง แล้วเอาเรื่องนี้ไปพูดต่อ ที่หมู่บ้าน บอกแนะนำชาวบ้านต่อ ถัดไปก็มาเรียนเรื่องใหม่อีก จนเรียนไปทุกเรื่อง ๆ ที่เขาอยากรู้ หลักสูตรพื้นฐานเรียนปีกว่า ๆ เป็นหลักสูตรที่เรียกว่า 14 กิจกรรม หรือ 14 งาน พื้นฐานสาธารณสุขของ อสม. ที่ควรรู้ ทำให้ อสม. ของเราได้เรียนรู้ตลอด

จากนั้นเราเริ่มปรับและให้ กศน. แนะนำ แล้วก็เรียนรู้เรื่องรูปแบบการเรียนการสอนที่เหมาะสม ช่วยกันพัฒนามากขึ้น ระยะต่อมาก็คือ เราสร้างครูที่เป็นอาสาสมัครด้วยกัน ซึ่งเป็นรุ่นพี่ ที่มีทักษะการถ่ายทอดดีมาเป็นคนช่วยสอน แล้วต่อไปเขาก็มาสอนกันเอง ต่อไปเขาสนใจ ประเด็นไหนเขาก็รวมกลุ่มกันมาเรียนรู้เอง

ตั้งแต่แรกเลยโรงเรียนมี 2 โครงสร้างหลัก คือ ส่วนของสาธารณสุข กับ ส่วนที่ไม่ใช่เนื้อหาสาธารณสุข เน้นว่าเราเกี่ยวข้องกับเรื่องอะไรบ้าง เช่น เรื่อง อาหาร เราเรียนรู้การทำปุ๋ยชีวภาพ การเลี้ยงปลากะชัง การปลูกผัก หรือเรื่อง ความปลอดภัยตามกฎหมายจราจร เชิญภาคเอกชนมาสอนมาสาธิตการใช้หมวก กันน๊อค เรื่องกฎหมายน้ำรู้ ทรัพยากรธรรมชาติ การกำจัดขยะ หลากหลาย เรื่อง เดือนหนึ่งประมาณครึ่งหรือว่าสองครั้ง เราคิดว่าถ้าจะเป็นอาสาสมัครที่มี ประสิทธิภาพ หรือเป็นอาสาสมัครที่เป็นนักพัฒนาจริง ๆ ควรที่จะมีความรอบรู้ หลากหลายเรื่องมากขึ้น เราคิดว่าเราควรจะได้เติมเต็มคนของเราให้มีศักยภาพ เพราะว่าเขาไม่ได้แค่อยู่แค่สุขภาพ ที่จริงสุขภาพเชื่อมกับทุกเรื่องหมดเลย

กระตุ้นต่อมคิด เสริมทักษะสื่อสาร

เราต้องการให้ระบบสุขภาพในพื้นที่ของเราเป็นระบบสุขภาพต้นทุนต่ำ ฝมนคิดไปถึงว่าทำยังไงให้งานสุขภาพภาคประชาชนของเรา และยุทธศาสตร์ การเอางานออกจากภาครัฐไปสู่ภาคชุมชน และชุมชนเป็นเจ้าของสุขภาพแล้ว ดูแลกันเองได้ ควรจะมาจัดการอะไรกันบ้าง ที่นำไปสู่เรื่องของสุขภาพที่ไม่ใช่ ร่อซ่อม หรือต้นทุนสูงขนาดนี้ อันนี้เป็นเรื่องของสุขภาพต้นทุนต่ำ

สิ่งที่เราทำอย่างแรกเลย คือเราต้องพัฒนาคนของเราให้ได้ในระดับหนึ่ง เราต่อยอดจากอาสาสมัคร แม้แต่ตัวผมเองก็ต้องพัฒนา เรายังขาดอยู่เรื่องหนึ่ง ที่เราคิดว่าเป็นเรื่องสำคัญคือ เราต้องการนักสื่อสารสุขภาพ เรามีความรู้ในเรื่อง ของสุขภาพ แต่เรายังขาดทักษะในการสื่อสารเรื่องสุขภาพ ยกตัวอย่างเช่น คนที่เป็นเบาหวาน ความดัน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็จะเตือนว่าอย่ากินหวาน อย่ากินมัน อย่ากินเค็ม ดิดปาก ถามว่าหมอ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทราบไหมว่า รสชาติประมาณไหน ยิ่งชาวบ้านเขาจะรู้ไหม เราก็กะเลยให้โจทย์ที่ โรงเรียนเราช่วยกันคิด จึงเป็นที่มาของการทดสอบลิ้น คือเราชิมเลยว่าค่าความเค็ม ควรจะมีสักกี่ระดับ เราก็ก่อนน้ำซุปรมาเลย ตั้งแต่ไม่เคยมีเครื่องปรุง เติมนพอ ออกรสชาติ เติมนความเค็มพอดี เติมนรสชาติเข้ม และเติมเข้มจัด แล้วให้ทุกคน

ชิมเลย ว่าที่บ้านเขากินประมาณไหน ถ้ากินเข้มจัด เข้มมากก็ให้ลดลงมาที่พอดี แล้วพอกลับไปปรุงที่บ้านก็ให้ปรุงประมาณนี้เลย พอเราตามไปชิมที่บ้าน เราจะรู้ว่ารสชาติประมาณนั้นะ

แง่มุมแบบนี้เราพยายามจะให้ทีมงานของเราช่วยกันคิดว่า อะไรที่เป็นเรื่องสุขภาพที่เราคิดกันเองแล้วทำกันเองได้ ตั้งคำถามแล้วหาคำตอบ ถ้าถามผมว่าระบบสุขภาพต้นทุนต่ำ สิ่งที่ผมลงทุนทุ่มแรงกายแรงใจมากที่สุดคืออะไร ก็คือทำให้เขามีวิถีคิด วิถีคิดว่าสุขภาพคุณควรจะจัดการยังไง ด้วยสติด้วยปัญญา ไม่ใช่ด้วยการทำตามในระบบเดิม ๆ ที่เรามีมาทั้งหมดมันอาจจะไม่ใช่คำตอบ ผมลงทุนสร้างคนให้เขาคิดได้ว่าสุขภาพเขาต้องจัดการกันเองได้

เราพยายามจะพลิกมาสู่เรื่องของการใช้ภูมิปัญญาไทยมากขึ้น เรื่องที่เขาไม่ต้องพึ่งคนอื่น แต่เขาสามารถจัดการกันเองได้ พัฒนาเขาขึ้นมาเป็นวิทยากรในแต่ละหมู่บ้าน เป็นแกนนำในการให้ความรู้ ให้สื่อสารประชาสัมพันธ์ในหมู่บ้าน เราค่อย ๆ คัดขึ้นมาทีละงาน แล้วสร้างกลุ่มคนเหล่านี้ขึ้นมาให้เขาไปจัดการดูแลเรื่องของระบบสุขภาพมากขึ้น อันนี้เป็นก้าวต่อมาหลังจากที่เราพัฒนาคนด้วยกระบวนการของโรงเรียน

สิ่งที่เรากำลังทำตอนนี้คือ ช่วยกันสร้างกระแสเรื่องสุขภาพ เราใช้ชื่อว่า เฟอร์นิเจอร์สุขภาพประจำบ้านกันหน่อย แทนที่จะมอบของขวัญเป็นผ้าขนหนู ชุดแก้วกาแฟ เปลี่ยนเป็นสายวัดรอบเอว เป็นเครื่องชั่งน้ำหนักได้ไหม เปลี่ยนแง่มุมของความคิดให้คนมาสนใจสุขภาพ ให้รู้ว่าเราควรมีเครื่องมือเครื่องมือพวกนี้ประจำบ้านมากกว่าเดิมทีไหม



กระตุกเชิงบวก ผนวกกำลัง

ที่บ้านสี่แยกสวนป่ามี อสม. ทั้งหมด 96 คน ครั้งแรกที่ผมนัดประชุมมาแค่ 8 คน ผมบอกเขาเลยว่าผมไม่เคยสนใจคนที่ไม่มา แต่ผมสนใจว่าคนที่มาจะเปลี่ยนแปลงยังไงมากกว่า ผมสนใจประเด็นนี้มากกว่า แล้วก็ชวน 8 คนนี้ให้ช่วยกันคิดว่า ทำยังไงให้คนที่ไม่มาได้เห็นการเปลี่ยนแปลงของคน 8 คนที่มา เช่น มีแผ่นพับกลับไปแจกชาวบ้าน แล้วขอร้องให้ อสม. ที่มาแต่ละคนช่วยไปหาเพื่อนที่คิดว่าคุยกันรู้เรื่องมาอีกสักคน มาเป็นคู่หูกันในเดือนหน้า เราจะได้คนเพิ่มพอเดือนต่อไปก็ใช้แบบนี้ เราทำให้เห็นว่าคนที่มาเปลี่ยนแปลงไปยังไง แล้วให้คนที่มาช่วยไปชวนคนที่ไม่มา ชวนเฉพาะคนที่สนิทกันให้มาด้วย ทำเหมือนขายตรงเลย และในเวลาอันรวดเร็วเราก็ได้กลุ่มคนที่มาเป็นแกนร่วมมากขึ้น

เราพยายามช่วยกันพูดช่วยกันสื่อสารออกไป เราจะใช้วิธีการเหมือนเดิมคือ คนต่อคน ทำกับคนที่ทำได้ ไม่ไปสนใจคนที่ทำยาก ทำลำบาก หรือไม่ให้ความร่วมมือ เราเว้นไว้ อันนี้เราไม่เอามาเป็นปัญหา

เราจะสนใจประเด็นเชิงบวกมากกว่า เราจะไม่เริ่มต้นที่ปัญหาแล้วไปแก้ แต่เราจะเริ่มต้นว่าเรามีอะไรในมือ มีพลังอะไร เราก็จะขับเคลื่อนกันในสิ่งที่เรามี เราพยายามชวนแกนนำหรือว่าพลังอาสาสมัครของเราให้มองประเด็นเชิงบวก

มากกว่าที่จะไปติดอยู่กับประเด็นเชิงลบแล้วทำอะไรไม่ได้เลย

สร้าง อสม. สืบทอดสายเลือด และ

เชิดชู อสม. ผู้สูงวัย

ผมวางรากฐานอาสาสมัครของเราไว้ว่าเราจะไม่รอให้อาสาสมัครมาเป็นตอนเขาโต เรายินดีมากถ้าเขาจะพาลูกของเขามาร่วมวันประชุมประจำเดือน อย่างบางครั้งครอบครัวลูกมาส่งแล้วมานั่งฟัง นานวันเข้าแม่เขาก็อายุมากขึ้นทำงานไม่สะดวก ลูกเขาพึ่งเสร็จแล้วเข้าใจก็ไปทำแทนแม่ ให้แม่เป็น อสม. สมทบ แล้วผันตัวเองมาเป็น อสม. แทน แล้วเราไม่ต้องสอนอะไรเขาอีกเลย เพราะเขาได้เรียนรู้วิถีชีวิตของการเป็นอาสาสมัครมาตั้งแต่ที่เขามาส่งแม่เขาวินแรก

บางบ้านแม่เป็น อสม. อายุ 60-70 ปี แล้วมีลูกที่เป็นอาสาสมัครในสายเลือดตั้ง 4-5 คนเลยที่มาเป็นอาสาสมัครด้วย หลายคนก็เกษียณตัวเองแล้วให้ลูกมาเป็น อสม. แทน เรารู้สึกภาคภูมิใจมากที่เรามีอาสาสมัครที่สืบทอดสายเลือดกัน แล้วเราก็ไม่เคยให้คนอายุมากออกจากการเป็นอาสาสมัคร เราให้เขามานั่งแถว แล้วมานั่งเป็นกำลังใจ มานั่งเป็นบุญนียุคคล แล้วเราก็ชื่นชมเขาทุกเดือนที่เขามานั่งกับเรา เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจให้อาสาสมัครรุ่นถัด ๆ มาได้มีกำลังใจในการทำงาน เป็นรูปแบบหนึ่งที่สี่แยกสวนป่าเราใช้อยู่

ใช้เครื่องมือเป็นตัวช่วย หนุนนำการสร้างนวัตกรรม

เราพยายามหานวัตกรรมต่าง ๆ เข้ามาจัดการในเรื่องของสุขภาพมากขึ้น และนวัตกรรมเหล่านี้เป็นนวัตกรรมที่ใกล้เคียงหรือเหมือนกับที่เราเป็นอยู่เลย ต้องไม่แปลกแยกกับวิถีชีวิตของเรา พยายามจะหานวัตกรรมที่หลากหลายในชุมชนที่เรามี เรามีการคัดเลือก ประมวลโครงการนวัตกรรมในชุมชนของเรา แล้วเราก็ยกย่องและให้เกียรติคนที่เขาพยายามคิดค้น ทั้งดีและไม่ดีในเรื่องของนวัตกรรม เราก็ให้กำลังใจ ซึ่งนวัตกรรมนี้ความหมายมันไม่ใช่แค่ว่าต้องเอาไปใช้ ความหมายของเราคือ เราได้มีคนมาร่วมคิด นี่เป็นก้าวสูงสุดแล้วที่เขาสนใจเรื่องนวัตกรรม

สร้างแบบบันทึกชีวิต

เราคิดเรื่องหนึ่งขึ้นมาเรียกว่า แบบบันทึกชีวิต ถ้าชาวบ้านมาตรวจคัดกรองกับเราครั้งที่หนึ่ง เราก็ลงข้อมูลไปเลย แล้วแบบบันทึกนี้จะอยู่ในชุมชน เขาจะได้เห็นทุกตัวที่เราลงรายละเอียด ว่ารอบเอวเท่าไร ความดันเท่าไร แล้วเราอธิบายให้เห็นผล ถ้าเขาปกติเราจะลงสีน้ำเงินทั้งหมด สมมติว่าครั้งที่ 5 รอบเอวเขาเกินจากค่าปกติ เราก็จะลงข้อมูลเป็นสีแดง และอธิบายให้เขาฟัง ทันทีที่เห็นสีแดงเขารู้แล้วว่าเขาผิดปกติ คำว่าผิดปกติก็เหมือนหน้าตาหัวใจของเขาได้เปิดพร้อมที่จะรอรับคำแนะนำต่าง ๆ ของเราให้เขาได้เปลี่ยนแปลง แล้วพอเขาเปิดรับปุ๊บ เราก็แนะนำว่าลดหวาน มัน เค็ม ออกกำลังกายนะ ลองไปทำดูสักเดือนครึ่งเดือนนะแล้วค่อยมาวัดซ้ำ พอกลับมาวัดซ้ำจากค่าผิดปกติเขาก็จะกลับมาปกติ ครั้งต่อไปเราไม่ต้องสอนเขาอีกแล้วตลอดชีวิต เขาจะเรียนรู้ว่าเขาทำยังไงแล้วเขาจะไม่ผิดปกติ อันนี้เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เราลงทุนคุ้มมาก

พาไปรู้แจ้งเห็นจริง

อีกเรื่องที่เราพยายามให้คนเปลี่ยนพฤติกรรม สมมติว่าเขามีค่าความดันผิดปกติ เบาหวานเสี่ยง ความดันเสี่ยง เราจะให้เขาทำตัวเหมือนผู้ป่วยเลย คือตื่นตั้งแต่ตีสี่ ไปหิบบัตรคิวที่โรงพยาบาล แล้วจับคู่กับผู้ป่วย แล้วให้นั่งพูดคุยกันตั้งแต่หิบบัตรคิว พอพยาบาลเรียกตรวจซักประวัติเราก็ให้เขาเข้าไปนั่งคุย พอเข้าพบหมอเราก็ให้เขาจับคู่กับคนไข้เข้าไป แต่เราต้องไปเตรียมกับทางโรงพยาบาลก่อนนะ ให้เขาเรียนรู้หมดเลย พอคนไข้เราไปรับยา เขาก็ต้องเดินไปรับยาด้วย พอคนไข้กลับบ้าน เราก็พาเขาไปเดินในตึกให้ไปเห็นว่าผู้ป่วยที่นอนรักษาอยู่เป็นแผลกดทับยังไง ตาที่เสียจากเบาหวานเป็นยังไง แล้วเราก็ชวนเขามานั่งคุย เขาจะรู้แจ้งเห็นจริงจากทุกข์ โครงการนี้ชื่อว่ารู้แจ้งเห็นจริงจากทุกข์ เขาก็จะรู้ทันทีเลยว่าถ้าเขาไม่เปลี่ยนอะไรสักอย่างเขาจะต้องเป็นผู้ป่วยคนนั้นสักวันหนึ่ง เราพยายามจะหาเครื่องมือเหล่านี้มาใช้ ด้วยกระบวนการเปลี่ยนพฤติกรรมมากขึ้น เราจะไม่รอให้เขาป่วย

คนที่สอนเขาได้ดีที่สุดก็คือคนที่เป็นผู้ป่วยนั่งตรงหน้าเขา ที่จับคู่คุยกับเขา เราจะทำให้เขาได้เรียนรู้แบบนี้ เครื่องมือก็จะเป็นเครื่องมือง่าย ๆ ในชุมชนที่มีอยู่รอบข้างเรา

หาแนวร่วม และเรียนรู้ภาคี

อีกสิ่งสำคัญคือ เราต้องดึงภาคีเข้ามา พรรคพวกเพื่อนฝูงที่รายรอบเราให้เข้ามาเป็นหุ้นส่วนกันที่จะมาช่วยกันจัดการเรื่องสุขภาพ รวมทั้งส่วนของสาธารณสุขเองก็ต้องไปเรียนรู้เรื่องอื่น ๆ ของภาคีอื่น ๆ ให้มากขึ้นด้วย เพราะว่าต่อไปเราคงจะเชื่อมต่อประสานกันที่เป็น การขับเคลื่อนร่วมกันในหลากหลายเรื่อง อย่าง ตำบลวังหินก็ทำอยู่ 2 เรื่องหลักในประเด็นของภาคี

1. การรวมพลังอาสาสมัครทั้งตำบล มาขับเคลื่อนร่วมกัน เป็นองค์กรรวม เราเรียกว่าเป็นรวมพลคนอาสาสมัคร เป็นการให้เห็นว่าพลังอาสาสมัครขับเคลื่อนยังไง

2. เพิ่งเริ่มต้นทำกันคือ เรากำลังจะทำศูนย์สร้างสุขตำบล ประกอบด้วยกลุ่มคนที่หลากหลาย ใครที่ตั้งใจที่จะมาขับเคลื่อนทุกเรื่องในตำบลวังหินของเรา ก็จะมาพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันที่ศูนย์สร้างสุขตำบล ซึ่งจะเป็นเหมือนจุดตรงกลางที่ทำให้ทุกคนลงมือแล้วเห็นว่าเราจะทำให้ตำบลวังหินของเรามีความสุขร่วมกันได้อย่างไร

จัดการแบบไม่สั่งการ : กลยุทธ์เสริมพลังชุมชนคนนาบัว

สุวรรณา เมืองพระฝาง
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รพ.สต. นาบัว

ความโดดเด่นจากการจัดเวทีวิชาการชาวบ้านของตำบลนาบัว อำเภอ นครไทย จังหวัดพิษณุโลก ที่หมุนเวียนให้ทั้ง 14 หมู่บ้านเป็นประธานการจัด นำเสนอผลงานของแต่ละหมู่ในแต่ละปี ภายใต้การหนุนนำของ **สุวรรณา เมืองพระฝาง** หรือ “หมอแห้ว” ของชาวบ้าน นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ รพ.สต. นาบัว ส่งให้นาบัวได้รับการยอมรับให้เป็นตำบลต้นแบบ ในการจัดการสุขภาพ

แต่เส้นทางทำงานเมื่อแรกเริ่มไม่ได้สดใสเหมือนภาพความสำเร็จ ในวันนี้ เพราะหมอแห้วถูกปฏิเสธจากชุมชนตั้งแต่เริ่มต้น แต่เพราะมีแนวทาง จัดการ สุดท้ายจึงเป็นที่ยอมรับของชุมชน



สุวรรณา เมืองพระฝาง
หรือ “หมอแห้ว” ของชาวบ้าน

■ หาปัญหา หาเพื่อน สร้างทีม : กลยุทธ์การจัดการขั้นที่ 1

ประสบการณ์ทำงาน 5 ปี ที่สถานีนามยานาโพธิ์ (2525-2530)¹ ทำให้หมอแหวดค้นพบว่า การทำงานชุมชนโดยเจ้าหน้าที่เป็นศูนย์กลาง ความสำเร็จเกิดได้น้อย เพราะกระบวนการทำงานจะยุติเมื่อเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบย้ายออกจากพื้นที่ และการเสริมพลังชุมชนด้วยการฝึกอบรมโดยหน่วยงานภาครัฐภายนอกที่เกิดจากกระบวนการที่คิดว่า “ชาวบ้านไม่มีความรู้ จึงต้องจัดอบรมให้ความรู้” ไม่ใช่ทิศทางการแก้ปัญหาที่ถูกต้อง เพราะคนในชุมชนไม่ศรัทธา ไม่เกิดการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ข้อสำคัญนำมาซึ่งการขาดจิตสำนึกของการเป็นเจ้าของของคนในชุมชน

แนวคิดใหม่ ปฏิบัติการใหม่ จึงเกิดขึ้นที่นี่ สถานีนามยานาบัว

- เข้าหาครอบครัวผู้นำชุมชน
- เข้าหาคนยากจน ผู้เฒ่าผู้แก่
- ถามไถ่ รับฟัง ยอมรับ และขอโทษ

“คนที่ไม่ต้องการเราคือคนที่เป็กลุ่มผู้นำ ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน กลุ่มนี้การจัดการไม่ยาก เพราะเขามีครอบครัว หรือช่องทางที่เราจะเข้าหา เลือกเข้าทางครอบครัวทางภรรยาเขา เวลาว่างอะไรก็ไปช่วยเด็ดพริกเด็ดผัก นั่งคุยกัน อีกกลุ่มที่ไปหาคือกลุ่มคนยากคนจน คนเฒ่าคนแก่ ร่างทรง ไปคุยไปถามว่า เขาอยากให้อานามัยเป็นยังไง ให้เขาช่วยกันแนะนำ เขาบอกว่าหมอเสียงดังเหมือนตุ้ ก็ขอโทษ แล้วถามต่อว่าจะให้ทำยังไงอีกบ้าง เขาบอกว่าอานามัยต้องเปิดให้บริการทุกวัน ที่มีปัญหาเพราะคนเก่าพอป่วยก็ปิดให้บริการแล้ว คือถ้าที่จะขอโทษ แล้วก็ฟังชาวบ้าน”

¹ สุวรรณมา เมืองพระฝาง. บทเรียนการทำงานสร้างเสริมสุขภาพเพื่อสุขภาวะของสถานีนามยานาบัว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก. 2548.

เมื่อหลายกำแพงกันทางความคิด พิชิตแนวร่วมในชุมชนมาได้แล้ว ขั้นตอนต่อไปจึงเป็นการนำข้อมูลที่ได้จากการพูดคุยสื่อสารมาจัดทำแผนงาน ก้าวสู่การพัฒนาสุขภาพชุมชน

■ ร่วมคิด ร่วมทำ : กลยุทธ์การจัดการขั้นที่ 2

- รับฟังคำแนะนำ และขอให้ปฏิบัติเป็นตัวอย่าง
- ตั้งคำถามให้เกิดการแก้ปัญหา
- เปิดเวทีให้ผู้ทำความดี

ใครเสนออะไรมา จะทำให้ดูเลเย่นะ เช่น เขาบอกว่าอนามัยรัก รื้อไม่มีวัวควายก็เข้ามา ต้องทำรั้ว พี่บอกว่าถ้าอย่างนั้นชาวบ้านต้องมาช่วยพี่ จะเริ่มด้วยวิธีอย่างนี้ พอใครมีต้นไม้อะไรมาปลูก เมื่อเวลาคนเข้ามาเราก็ชมว่าคนนี้เขาดีนะเขาปลูกต้นไม้ให้ พอมีคำชมทุกคนก็อยากได้ พอเขาเข้ามาคลุกคลีบ่อย ๆ ก็เห็นว่างานเป็นยังไง ต่อมาก็เลยมาตั้งเป็นทีมงาน

จากเรื่องพวกนี้ทำให้คนเริ่มเข้ามาหาเรา แล้วตัวเราเปลี่ยนจากการพูดเป็นฟังมากขึ้น ฟังว่าชาวบ้านจะทำยังไง และได้มาสู่เรื่องแผนงานที่คนในชุมชนร่วมเสนอ แต่มีโจทย์ว่าถ้าใครเสนอแล้วทุกคนต้องเข้ามาช่วยกัน ก็เลยสร้างเรื่องความเป็นทีม ความผูกพัน เรื่องการทำงานด้วยกัน

ปี พ.ศ. 2540 เราเริ่มออกแบบรูปธรรมการทำงาน โดยให้แต่ละหมู่บ้านมีธีม (Theme) ในการจัดการงาน และทำแผนพัฒนาโดยใช้เกณฑ์ที่ชุมชนกำหนด แต่ก็ไม่ได้ทิ้งเกณฑ์ของภาครัฐ เราใช้ตัวนี้มาทำให้ชาวบ้านรู้จักที่จะวิเคราะห์ว่า ตัวเราต่ำกว่าเกณฑ์ยังไง และจะวางแผนปรับแก้ยังไง ชาวบ้านต้องคิดเอง โดยไม่มีทุนงบประมาณ พอเขาแก้ปัญหาได้และอยากบอกต่อคนอื่น ก็ต้องมีเวทีพูดคุย แต่ละหมู่ก็ช่วยกันลงขัน เพราะว่าจะได้พบปะได้พูดคุย ได้รู้ว่าใครทำอะไรยังไง ชาวบ้านเขาเริ่มคิดได้ เริ่มเห็นประโยชน์

[illegible]

- ยอมรับมาตรการ วิถีทางของชุมชน
- ชื่นชมยกย่อง เชิดชูต้นแบบ กระตุ้นให้ทำดี
- นำวิถีความเชื่อเป็นเครื่องมือเปลี่ยนพฤติกรรม
- ใช้กองทุนหนุนเสริมการสร้างสรรค์สุขภาพ

มองมุมใหม่ จัดการใหม่ ในระบบสุขภาพชุมชน 137

หลังจากนั้นมาเขาก็เริ่มนำเสนอผลงานแต่ละปี ซึ่งต้องมีข้อสรุปว่าแล้วประเด็นร่วมที่คนทั้งตำบลอยากทำ คืออะไร เลยได้เรื่องของวาระในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่ชาวบ้านเป็นคนกำหนด พอเขากำหนดเขาก็ต้องรู้ว่าตรงไหนต้องใส่เงิน ตรงไหนต้องใช้แรง ตรงไหนทำได้โดยไม่ต้องใช้งบหลวงเลย เช่น เรื่องโรคไข้เลือดออก ก็จะเปิดเผยข้อมูลว่าตรงนี้หมดเงินไปเท่าไร แล้วปัญหาพวกนี้แก้ได้ ถ้าคนบ้านเราหันมาปรับพฤติกรรมเรื่องการดูแล แล้วให้เขาลองหารูปแบบดู ภาครัฐเองหมดปัญญาควบคุมโรคแล้ว ถ้าเป็นชาวบ้านจะทำยังไง ชาวบ้านก็เลยเสนอทางออกว่า re x-ray ทั้งพื้นที่ แล้วถ้ายังเจอบ้านใคร ผู้ใหญ่บ้านปรับเอง เขาก็จะเห็นว่าการควบคุมโรคจริง ๆ คือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของชาวบ้าน ซึ่งชาวบ้านเองต้องมีจิตสำนึกร่วม ต้องดูแลเอง พอเขาดูแลเองตรงนี้ก็เกิดเป็นมาตรการทางสังคม ถ้าบ้านใครเจอลูกน้ำจะประกาศให้รู้ทั้งตำบล การตรวจปรับเราให้เป็นหน้าที่ของเด็กนักเรียนประถม ค่าปรับครั้งละ 50 บาทต่อหลังคาเรือน เด็กจะได้ 20 บาท อีก 30 บาทเก็บไว้เป็นเงินพัฒนาหมู่บ้าน หรือกองทุนสุขภาพของตัวเอง

ถ้าเมื่อไหร่หมู่บ้านไหนควบคุมโรคไม่ได้ ต้องแก้ทุกหมู่บ้าน เมื่อไหร่เกิดโรคต้องฟัน ทุกคนต้องช่วยกันซื้อน้ำมันมาพ่น อบต.สนับสนุน เฉพาะตัวน้ำมันยาที่ผสม ส่วนค่าน้ำมันและอื่น ๆ

ชาวบ้านต้องออกเอง ถ้ากองทุนที่เก็บไว้หมดก็ต้องหารายหลังคาเรือน ถ้าเป็นที่อื่นภาครัฐจะลงไปทำให้หมด แต่ที่นี่จะรู้ว่าถ้าพวกเขาควบคุมโรคไม่ดีสิ่งที่ตามมาคือ ต้องเสียค่าใช้จ่ายสองต้องเสียค่าเวลา สามต้องอายบ้านอื่น เป็นเรื่องการจัดการง่าย ๆ ที่เอาวิถีของคนไทยเรื่องการลงแรง เรื่องมาตรการทางสังคมที่ทำให้ได้

อีกเรื่องคือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเรื่องบุหรี โดยการทำให้ชุมชนตระหนักเรื่องภัยของบุหรี และสร้างแกนนำเลิกสูบบุหรี เราสร้างโมเดลต้นแบบขึ้นมาเป็นตัวอย่างขยาย โดยหาว่าในชุมชนใครสามารถเลิกบุหรีได้ เรายกย่องให้เป็นคนต้นแบบ และประกาศให้เรารู้กันทั้งชุมชนในเวทีวิชาการชาวบ้านของตำบล แล้วแต่ละหมู่บ้านก็จะเก็บข้อมูลไว้เป็นฐานข้อมูลของเขาว่าในบ้านเขามีคนสูบบุหรี กินเหล้าเท่าไร แล้วแต่ละปีเขาลดได้เท่าไร อันนี้เป็นการสอนเรื่องการสร้างตัวชี้วัดแบบง่าย ๆ



มาถึงเรื่องลดต้นทุนการบริการสุขภาพ เราเจอวิกฤตการณ์เรื่องภาระค่ายา เราปลูกฝังให้เขาเห็นว่า ยาที่เหมือนว่าเขาได้ฟรีนั้นมีเรื่องงบประมาณเกี่ยวข้อง บางโรคไม่ต้องกินยา แต่ปรับพฤติกรรมก็จะหาย เช่น เรื่องหวัด เรื่องโรคกระเพาะบางที่ไม่ต้องใช้ยา แต่กลับมากินกล้วยน้ำว้าหลังอาหารในช่วงท้องว่าง 1-2 ชั่วโมงแทน เราได้แกนนำที่เป็นปราชญ์ชาวบ้านด้านสมุนไพรเข้ามาช่วย เวลาลงเยี่ยมบ้านใครบ้านนั้นต้องขนยาทุกตัวที่มีในบ้านออกมาให้ดู เราจะเก็บข้อมูลพวกนี้เข้ามาคุยในวง เราใช้กระบวนการอย่างนี้แก้ปัญหา แล้วสร้างการมีส่วนร่วม เราให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนดูแลพฤติกรรมของตนเอง จิตสำนึกของเจ้าของคือตัวคนต้องมีจิตสำนึกในการดูแลสุขภาพตัวเอง

ที่นี้มีความเชื่อเรื่องผี ก็จะไปบอกกับร่างทรงก่อนว่า ช่วยบอกลูกหลานให้หน่อยว่าปีนี้ไข้เลือดออกมันต้องระมัดระวัง ถ้าลูกหลานไม่ควบคุมอาจต้องมีคนตาย เราเอาข้อมูลทางสถิติไปให้เขาดู วันรุ่งขึ้นร่างทรงเขาก็จะพูดให้ถึงวันพระใหญ่ก็เอาข้อมูลพวกนี้ไปให้พระคุณเจ้าที่วัดช่วยเหลือกันให้หน่อย อันนี้เป็นเหมือนเรื่องเล็ก ๆ แต่ถ้าเรารู้จักใช้ทุนพวกนี้ก็เป็นเหมือนตัวช่วยวัฒนธรรมเรื่องความเชื่อถ้าเราวิเคราะห์แล้วเราจะเห็นว่า สังคมไทยมีอยู่เรื่องของพลังความเชื่อ ความศรัทธา แต่เดิมถูกใช้อยู่ในเรื่องของวัฒนธรรมกับศาสนา สาธารณสุขไม่ค่อยหยิบมาใช้ ซึ่งตรงนี้มองว่าเป็นทุนที่ได้มาฟรี ๆ โดยไม่ต้องลงแรงอะไรมาก ทำให้เราผ่อนแรง ทำให้ได้เป้าหมาย

อีกตัวหนึ่งคือพลังรักถิ่นเกิด เรื่องหน้าตาคัดดี้ศรี ตรงนี้ถูกนำมาเป็นเครื่องมือในการจัดเวทีนำเสนองานที่หมุนเวียนเปลี่ยนไปทุกปีเพื่อให้แต่ละหมู่เขาเป็นเจ้าของภาพ ปีนี้หมู่สองทำได้เท่านี้ ปีหน้าอันหมู่สามอันจะต้องใหญ่กว่าหมู่สอง เป็นหน้าตาของฉันทน์ ตรงนี้ใช้เรื่องวัฒนธรรมไทยคือเรื่องการเอาแรงกันแต่ละหมู่จะหุ้กันหมู่ละ 2,000 บาท เวทีนี้เป็นของชาวบ้านเพราะชาวบ้านลงเงิน ชาวบ้านเองก็ได้นำเสนอ ภาครัฐเป็นคนนั่งฟัง พูดให้นายอำเภอ หัวหน้าอนามัย นายก อบต. ฟังถึงผลที่ตัวเองทำสำเร็จ และสิ่งที่อยากทำต่อ ไม่ว่าจะเป็น

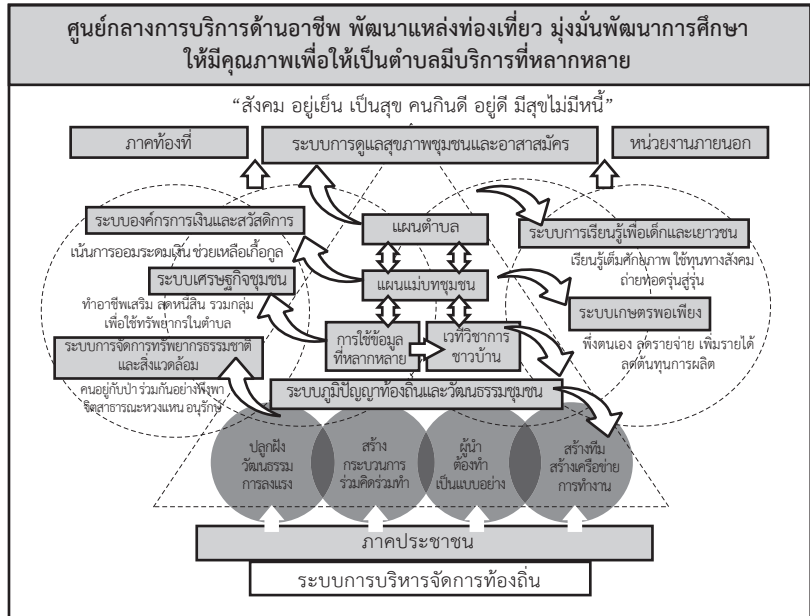
เป็น สส. หรือใครต้องมานั่งฟังเขา มันยิ่งใหญ่สำหรับชาวบ้าน เพราะฉะนั้น การคัดคนขึ้นเวทีสักปีต้องไม่ซ้ำคนเดิม พอไม่ซ้ำคนเดิมก็จะสร้างผู้นำรุ่นใหม่ ๆ ให้เกิดขึ้นเรื่อย ๆ เหมือนวงล้อที่ไม่รู้จักจบ เพราะฉะนั้นบ้านฉันต้องดีกว่าบ้านเธอแน่ นี่แหละคือคนไทย

กองทุนสุขภาพของที่มีทั้งของชาวบ้านเอง และของ สปสช. ที่อุดหนุนมาให้ อบต. ของชาวบ้านเองก็จะมีเรื่องการดูแลที่เป็นกองทุนทั้งหมู่บ้าน แล้ว ก็กองทุนตำบล การจัดระบบส่งต่อที่ต้องมีรถ ชาวบ้านเขาลงขันกันเพื่อที่จะ จัดซื้อรถมาไว้บริการ ไม่ต้องใช้เงินงบประมาณจาก อบต.

เงินดอกผลของกองทุนที่เก็บมา จะถูกหักสะสมไว้ และเป็นข้อตกลงว่า ทุกกองทุนที่เกี่ยวกับเงินในตำบลต้องหักอย่างน้อยร้อยละ 5 หรือร้อยละ 10 เข้ากองทุนตำบล เรามุ่งสอนให้เขามีส่วนร่วมการดูแลการใช้จ่ายเงินพวกนี้ อย่างคุ้มค่า เรามีธนาคารหมู่บ้านของแต่ละหมู่ เรื่องพวกนี้ไม่ได้มุ่งหวังด้านการ แก้ไขปัญหาด้านเศรษฐกิจ แต่ไว้ช่วยเหลือกันในด้านของสวัสดิการทางสังคม ในเรื่องของสุขภาพ กองทุนพวกนี้ปล่อยกู้ให้คนในชุมชน ดอกเบี้ยก็ต้องกลับมาสร้างสวัสดิการ มาดูแลเวลาที่เราจะจัดงานกิจกรรมสุขภาพ

ปัจจุบันมีการขยายเครือข่ายจากตำบลสู่อำเภอ จากอำเภอสู่จังหวัด โดยการสนับสนุนจาก สสส.

- เครือข่ายลดอุบัติเหตุอำเภอ นครไทย
- แกนนำเยาวชนของแต่ละโรงเรียนร่วมเป็นเครือข่ายรณรงค์ ลดเหล้า บุหรี่และอุบัติเหตุ
- เครือข่ายผู้ป่วยโรคเรื้อรังตำบลเนินเพิ่ม ยางโกตอน
- เครือข่ายครูในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและปลูกจิตสำนึกเรื่อง ทักษะการปฏิเสธเหล้า บุหรี่ การดูแลให้เด็กมีสุขนิสัย



“ไม่ได้คิดอะไรใหม่ ๆ เพียงแต่ใช้สิ่งที่มี ตัวตนของเขา มาทำให้เกิดประโยชน์ มาเป็นเหมือนกับตัวช่วยในการทำงานของเรา ซึ่งเป็นเรื่องที่คนทำงานสาธารณสุขทุกคนต้องพิจารณาว่าจะใช้ทุนที่มีในชุมชนของตนเองเพื่อสร้างประโยชน์ให้ชุมชนอย่างไร”

นั่นคือบทสรุปเบื้องต้นประสบการณ์ด้านการจัดการโดยการใช้พลังชุมชนเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนของสุวรรณา เมืองพระฝาง อันนำมาซึ่งคำขวัญของคนนาบัวที่ว่า “ถ้าใครเข้ามาที่นาบัวแล้วอยากเห็นสิ่งสวย ๆ งาม ๆ ไม่มี แต่ถ้าจะมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในนาบัวมี”

ข้อมูลชุมชนนาบัว²

ชุมชนนาบัวเป็นชุมชนดั้งเดิมที่มีการสืบทอดการเป็นชุมชนกันตั้งแต่ก่อนสมัยสุโขทัย ซึ่งปรากฏหลักฐานทางโบราณคดีที่สำคัญชิ้นหนึ่งคือ เสาศิลาแลง ที่วัดบ้านนาบัวชุมชนนี้ได้รับการจัดตั้งเป็นตำบลนาบัวเมื่อ ปี พ.ศ. 2456 โดยมีขุนบริบาล (สาลี สุขรัง) เป็นผู้นำคนแรก ตำบลนาบัวตั้งอยู่ห่างจากที่ว่าการอำเภอนครไทยไปทางทิศเหนือประมาณ 12 กิโลเมตร และอยู่ห่างจากตัวจังหวัดพิษณุโลกประมาณ 110 กิโลเมตร พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบหุบเขา ชาวบ้านส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม

ลักษณะของการอยู่ร่วมกันของคนในชุมชนตำบลนาบัว ส่วนใหญ่เป็นเครือญาติกัน ภาษาที่ใช้พูดเป็นภาษาถิ่น มีลักษณะเป็นภาษาอีสานผสมเหนือ สำเนียงการพูดคล้ายกับชาวอำเภอลำลูกเกด อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดเพชรบูรณ์ และจังหวัดเลย ซึ่งเป็นพื้นที่ติดต่อกัน สำหรับประเพณีที่ทำกันในแต่ละปีได้แก่ ประเพณีขึ้นปีใหม่ ประเพณีสงกรานต์ ประเพณีแห่บั้งไฟ วันตรุษวันสารท และวันสำคัญทางพุทธศาสนา แต่ประเพณีที่เชิดหน้าชูตาชาวตำบลนาบัวได้แก่ ประเพณีเลี้ยงปูนาบัว นับเป็นประเพณีที่สืบทอดกันมากับวิถีชีวิตของคนนาบัว พ่อปู่ของชาวนาบัวจะมีหลายองค์ที่จะดูแลแต่ละหมู่บ้าน ในแต่ละปีจะมีพิธีการจัดเลี้ยงพ่อปู่ที่ชาวนาบัวนับถือเป็นสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่อยู่ในใจ ในด้านการสร้างขวัญและกำลังใจ โดยชาวบ้านจะอธิษฐานหรือบนบานศาลกล่าว เมื่อเวลาจะไปประกอบกิจการงานสำคัญ ๆ การเดินทางไกล หรือของหาย ในช่วงเดือนสี่หรือเดือนหก (มีนาคมหรือพฤษภาคม) ของทุกปี ซึ่งเป็นช่วงที่ชาวบ้านเก็บเกี่ยวแล้ว ก็จะมีพันธะทางใจต่อพ่อปู่ด้วยการนำเครื่องเซ่นไหว้มาทำพิธีแก้บน ในพิธีจะไม่มีการสังฆมาเกี่ยวข้อง เนื่องจากเป็นประเพณีทางการแสดงความเคารพสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ไม่มีตัวตน ในวันนั้นจะมีการชุมนุมผู้ทรงเจ้าประมาณ 10 คน และทำพิธีทรงเจ้าให้ชาวบ้านได้สอบถามถึงเรื่องราวต่าง ๆ ทั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต ซึ่งผู้ทรงเจ้าจะเป็นผู้ที่มีหลักจิตวิทยาที่ดี โดยเฉพาะการให้คำแนะนำเรื่องอนาคต เพราะจะเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจ ตลอดจนชี้แนะให้ชาวบ้าน ประพฤติตนอยู่ในกรอบของความดีงาม ใช้ความระมัดระวังในการดำเนินชีวิต ในวันงานชาวดาบนาบัวจะอยู่กันพร้อมหน้าพร้อมตาในหมู่เครือญาติ ภายหลังพิธีเซ่นไหว้จะต่อด้วยงานเลี้ยงรื่นเริง บรรยากาศในช่วงงานประเพณีชาวบ้านจะมีความสุข เพราะวันนั้นถือว่าเป็นวันรวมญาติของชาวนาบัว

² ไพศาล ธีรธัญชัย. กรณีศึกษา: การสร้างสุขภาวะโดยพลังชุมชนตำบลนาบัว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก. 2547.

สร้างเครือข่าย กระจ่ายงบประมาณ พัฒนาฐานข้อมูล กลยุทธ์พัฒนาสุขภาพชุมชนคนโพนทอง

นายศานิต กล้าแท้ นายก อบต.โพนทอง

อบต.โพนทอง เป็น อบต. ขนาดกลางรับผิดชอบดูแลชุมชนในพื้นที่ประมาณ 2,000 กว่าหลังคาเรือนในอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ มีลักษณะพื้นที่เป็นชนบทติดเมือง อยู่ใกล้ความเจริญ ใกล้โรงพยาบาล และมี รพ.สต. อยู่ในพื้นที่ใกล้กับที่ทำการ อบต. แต่ก็ยังประสบกับปัญหาสุขภาพไม่ต่างจากที่อื่น ทั้งเรื่องผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แม่ตั้งท้องไม่ยอมไปฝากครรภ์ ละทิ้งลูกหลังคลอด ปัญหายาเสพติด สารเคมีจากการเกษตร วิถีกินอยู่ และสวัสดิการสุขภาพ ซึ่งการจัดการปัญหาดังกล่าวภายใต้การบริหารงานที่นำโดยนายศานิต กล้าแท้ นายก อบต.โพนทอง เพื่อสร้างสุขภาพดีถ้วนหน้าทั้งตำบลที่ดำเนินมาโดยตลอดจนถึงปัจจุบัน สามารถแบ่งหลัก ๆ ได้เป็น 2 ช่วง คือ ช่วงก่อนมีกองทุนหลักประกันสุขภาพ และช่วงหลังมีกองทุนหลักประกันสุขภาพ



“สุขภาพดีถ้วนหน้าทั้งตำบล”
ชุมชนคนโพนทอง

■ ก่อนมีกองทุนหลักประกันสุขภาพ

ช่วงก่อนที่จะมีกองทุนหลักประกันสุขภาพจาก สปสช. เข้ามาสนับสนุนให้เกิดการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพนั้น นายศานิต กล้าแท้ เริ่มเข้ามามีบทบาทหน้าที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสุขภาพของชุมชนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 จนกระทั่งตัดสินใจสมัครชิงตำแหน่งนายก อบต.โพนทอง และได้รับเลือกให้เป็นนายก อบต. ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 จนถึงปัจจุบัน โดยก้าวอย่างอย่างเป็นขั้นเป็นตอน

- สมัคร อบต. ควบ อสม.
- เก็บข้อมูลมานำเสนอที่ประชุม
- ผันตัวเองเป็นผู้บริหาร

“ผมเป็นสมาชิก อบต. ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540-2544 เป็น อสม. ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 จนถึงวันนี้ และเป็นนายก อบต. ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 ถึงปัจจุบัน

พอเป็นสมาชิก อบต. ก็สมัครเป็น อสม. เลย เพราะอยากเรียนรู้เรื่องสุขภาพ และอยากรับรู้บทบาทหน้าที่ของ อสม. ด้วย เวลาเราไปประชุมกับ อสม. เราก็แลกเปลี่ยนในฐานะเป็นสมาชิก อบต. มีการแลกเปลี่ยนกันเรื่องปัญหาของชุมชน เราสะท้อนปัญหาให้เขาฟัง อนามัยเองก็มีปัญหา เราจะทำยังไง ตอนนั้นเราเป็นประธานสภา อบต. ด้วย ก็เอาประเด็นปัญหานี้คุยในสภาว่าเป็นปัญหาที่ต้องถึงควรจะต้องทำ

งบประมาณเพื่อที่จะลงไปแก้ปัญหา แต่ อสม. กับสถานีอนามัยยังไม่พร้อม การทำบทบาทยังต่างคนต่างทำกันอยู่ เพียงแต่เราสะท้อนปัญหาให้กับ อบต. ทราบ

ตอนนั้นจุดคิดคือเป็น อบต. เพื่อจะมาอาสาพัฒนาแก้ไขปัญหามุมชน แต่หลังจากที่มาเป็น อบต. แล้วมันไม่ใช่ เราไม่ใช่ผู้บริหาร แต่เราเห็นว่ายังมีคนที่ขาดการดูแลเรื่องสุขภาพเลยสมัครเป็น อสม. เข้ามาด้วย ได้เห็นปัญหาตลอด แล้วคิดว่าตัวเองน่าจะผันตัวเองจากสมาชิกจากการเป็นประธานสภาเข้ามาสู่ผู้บริหารเพื่อที่จะจัดการสิ่งเหล่านี้ว่าจะเราจะช่วยชุมชนได้อย่างไร”



■ หลังมีกองทุนหลักประกันสุขภาพ

ปี พ.ศ. 2549 เกิดกองทุนหลักประกันสุขภาพ และมีการจัดสรรงบประมาณลงสู่พื้นที่ในปี พ.ศ. 2550 ในช่วงนั้นนายศานิต ก้าวขึ้นมาดำรงตำแหน่งนายก อบต.โพนทอง แล้ว ประสบการณ์การทำงานที่ได้สั่งสมมา และงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพที่เพิ่งได้รับมาสนับสนุน ช่วยให้สามารถจัดการปัญหาสุขภาพในตำบลได้ชัดเจนและสัมฤทธิ์ผลยิ่งขึ้น ด้วยแนวทางการจัดการที่คำนึงถึงประโยชน์ส่วนรวมเป็นหลัก ดังนี้

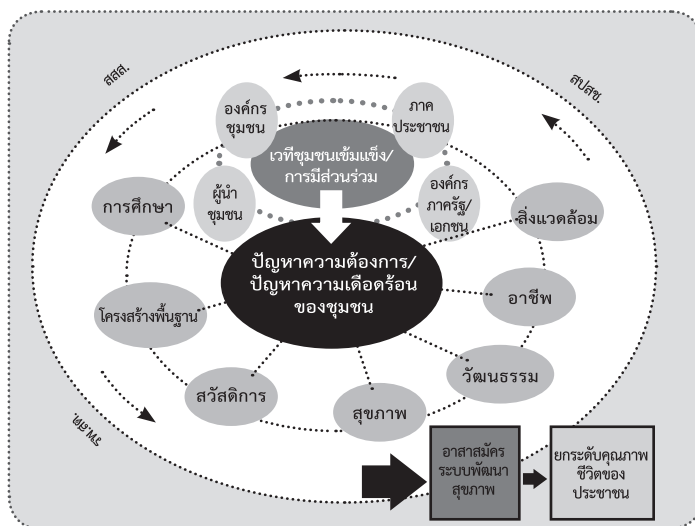
- จัดสรรงบประมาณ สร้างประโยชน์ให้ตรงจุด
- ดึงแนวร่วม แสวงหาภาคีเครือข่าย
- พัฒนาศักยภาพ และส่งเสริมจิตอาสา
- จัดบันทึก เห็นปัญหา รู้พัฒนาการ
- ประยุกต์เครื่องมือให้เหมาะกับชุมชน
- รับฟังภาคีเพื่อร่วมหาทางออก
- ชี้ประเด็น และเสนอแนะแนวทาง
- สร้างกิจกรรมให้หลากหลาย และครอบคลุม
- อาศัยภูมิปัญญาคนในชุมชน
- หนุนเสริมคนในพื้นที่ สร้างสำนึกรักท้องถิ่น
- สร้างขวัญกำลังใจแก่ผู้ร่วมงาน
- ค้นหาผู้นำ วางฐานสู่อนาคต

การทำงานของ อบต.โพนทอง เหมือนเดียวกับ อบต. ทั่วประเทศ ที่ยังคงพึ่งพิงงบประมาณจากภาครัฐเป็นหลัก โดยมีกองทุนหลักประกันสุขภาพมาหนุนเสริม แต่มีวิธีจัดสรรให้เหมาะสมเพื่อให้เกิดประโยชน์อย่างเต็มที่โดยเก็บข้อมูลในชุมชน สำรวจความต้องการของชาวบ้านเป็นหลัก แม้ก่อนหน้านี้ อบต. จะมีนโยบายเน้นการดูแลสุขภาพ แต่ด้วยงบประมาณจำกัดและขาดองค์ความรู้ งานด้านสุขภาพจึงขยับไม่ได้มากเท่าที่ควร

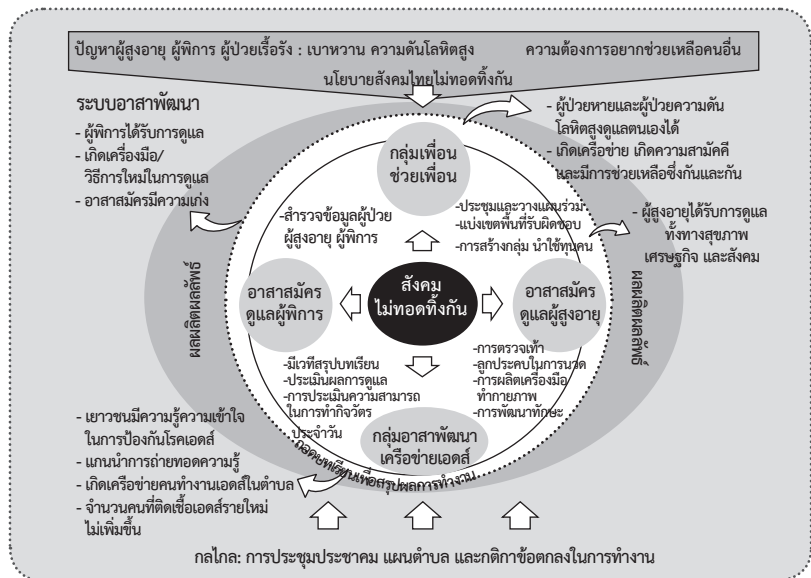
“จุดเริ่มของเราที่เห็นได้ชัดคือ เริ่มเข้าสู่การมีกองทุนหลักประกันสุขภาพ สปสช. ชัดตรงที่มีเงินออกมาสามารถเข้าถึงชุมชนแก้ปัญหาชุมชนได้ เงิน อบต. มีอยู่ แต่ได้แค่เสริมกำลังใจให้เขากับกลุ่ม เช่น เราไปสร้างขวัญและกำลังใจให้ครอบครัวผู้พิการด้วยการสร้างบ้านเอื้ออาทรให้เขา แต่หลังจากที่เรามีกองทุน สปสช. เราเห็นช่องทางขับเคลื่อนได้ชัดเจนมาก เพราะว่า สปสช. เขาให้เราไปทำเรื่องส่งเสริม ป้องกันฟื้นฟู”

การฟื้นฟูผู้พิการ เป็นกิจกรรมแรกในด้านสุขภาพที่ อบต. โพนทอง ทำทันทีหลังจากได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ซึ่งเรื่องการฟื้นฟูนี้ก็ตรงกับนโยบายของกองทุนฯ

“เรื่องผู้พิการจับเป็นจุดแรก เราจัดอบรม อสม. เพื่อเรียนรู้เรื่องการรณรงค์ ไปดูงานต่างจังหวัด ไปดูการดูแลผู้พิการ จึงรู้ว่าเขามีวิธีการอย่างนี้ ไม่ใช่แนวเดียว แต่ต้องรู้จักเรื่องการวัดความดันก่อน รู้จักวิธีการก่อนที่จะเข้าไปสู่กระบวนการรณรงค์ เสร็จแล้วก็มารู้จักเทคนิคในการจะฟื้นฟูผู้พิการได้ต้องผ่านการเรียนเรื่องกายภาพบำบัดมาด้วย เราเอาความรู้นี้กลับมาแล้วขยายผลต่อ ประสานไปที่โรงพยาบาล ชัยภูมิ ขอส่งคนไปเรียนที่โรงพยาบาล 7 วัน เรียนเรื่องกายภาพบำบัดว่าคนพิการ อัมพฤกษ์ ติดเตียง จะต้องเริ่มต้นจากไหน ทำอย่างไร ตรงนี้กายภาพบำบัดเขาจะแนะนำให้กับทีม อสม. จิตอาสาของเรา”



การดำเนินงานตรงนี้ทำให้เห็นภาพชัดในการดึงแนวร่วม และแสวงหาภาคีเครือข่าย ทั้งจากภายในและภายนอก ไม่ว่าจะเป็น อสม. จิตอาสา หรือโรงพยาบาลในพื้นที่ใกล้เคียง เพื่อร่วมกันพัฒนาศักยภาพของทีมงาน ควบคู่ไปกับการส่งเสริมให้กำลังใจ จัดงานรับมอบประกาศเกียรติคุณจากผู้ว่าราชการจังหวัด หรือนายอำเภอ เพื่อแสดงความขอบคุณ เชิดชู สร้างขวัญกำลังใจ และความภาคภูมิใจในการทำหน้าที่ โดยในด้านงบประมาณทาง อบต. ยังจัดสรรเพิ่มให้ตามความเหมาะสมเพื่อไปเติมในส่วนที่ขาดและเสริมความเข้มแข็งให้กับการทำงานของกลุ่ม



ในด้านวิธีทำงาน โดยเฉพาะในกลุ่มฟื้นฟูผู้พิการ อบต. ยังได้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบและวิธีการใหม่ เพื่อให้ได้ประสิทธิภาพและประสิทธิผล เกิดประโยชน์ต่อชุมชนอย่างเต็มที่

“ภาพชัดที่สุดจากบทเรียนที่เราทำมาคือ การจดบันทึก การลงรายละเอียด การซักประวัติ ของผู้ป่วย เราเอาเจ้าหน้าที่ อบต. เข้าพื้นที่ดูแล เรื่องผู้พิการ เรื่องต่าง ๆ จดบันทึก และไปหา ข้อมูลจากสถานีอนามัยว่าการดูแลผู้พิการจะ ดูแลยังไง วิธีการขั้นตอนทำไง เขาอยากได้อะไร เพิ่มเติม ตรงนี้เราเอามาประกอบการพิจารณา เจ้าหน้าที่ของเราเป็นพี่เลี้ยงลงไปประกบ อสม. จิตอาสา คุณไปทำเคสไหน เรามีสมุดจดโน้ต แต่ละเคสเลยว่าสภาพปกติ สภาพร่างกายเป็น ยังไง มีไข้ไหม วัดความดันได้เท่าไร แล้วให้ บริการเรื่องอะไร เช่น นวดตรงนี้ ขยายกล้ามเนื้อ ตรงนี้ พัฒนาการเป็นยังไง ความพึงพอใจเป็น ยังไง จะประเมินตลอด เหมือนเจ้าหน้าที่อนามัย ลงไป แต่เราเอาเจ้าหน้าที่ อบต. ลงไปประกบ คู่เขา ซึ่งตอนนี้เราเริ่มเห็นภาพละ เห็นความ เคลื่อนไหวของกลุ่มผู้พิการว่ามีพัฒนาการดีขึ้น”



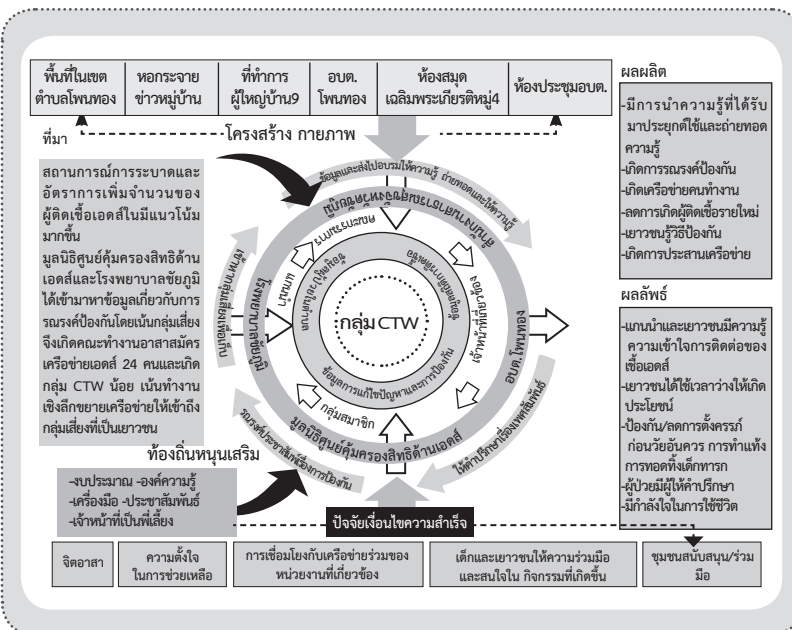
นอกจากนี้การได้ไปเรียนรู้ แลกเปลี่ยน งานที่อื่น ยังทำให้ได้รู้ได้เห็นวิธีการ และ เครื่องมือที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในชุมชนได้ ตัวอย่างเช่น แบบบันทึกการดูแลฟื้นฟูผู้พิการ ซึ่งใช้วิธีการง่าย ๆ โดยการไปขอข้อมูลเรื่อง การดูแลผู้พิการ จากหน่วยกายภาพบำบัดที่ โรงพยาบาล และข้อมูลจาก รพ.สต. มาประยุกต์ รวมกันแล้วออกแบบใหม่ที่สามารถเข้าใจได้ ง่ายขึ้น เพื่อให้ อสม. จิตอาสา สะดวกในการ ใช้งานเวลาลงรายละเอียด ในเรื่องการฟื้นฟู ผู้พิการนี้ยังได้สืบค้นและได้รับความร่วมมือจาก ครูบาอาจารย์ผู้มีวิชาความรู้เรื่องการนวดที่อยู่ในชุมชนด้วย

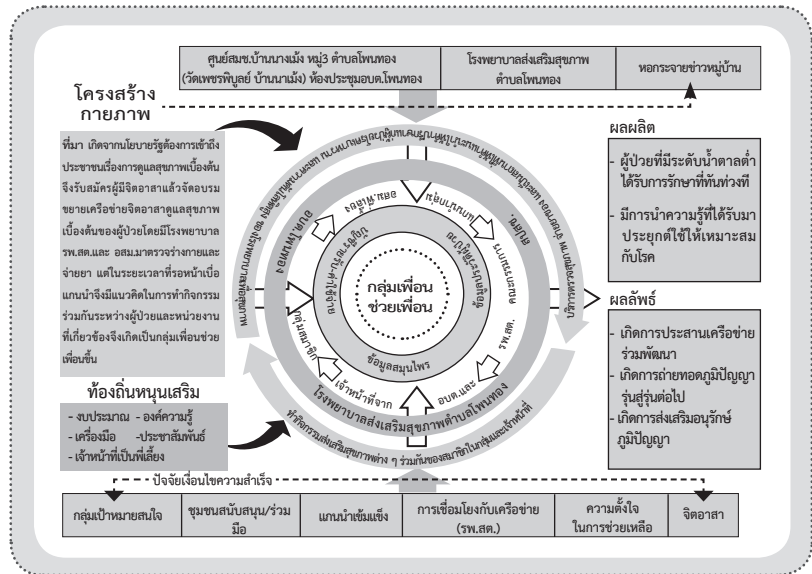
การพิจารณาเลือกโครงการที่จะจัดทำ แต่ละเรื่อง จะมีการประชุมรับฟังข้อมูลจาก อสม. อบต. รพ.สต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ภาศิจจากทุก ภาคว่าส่วนในชุมชน เพื่อร่วมกันพิจารณาปัญหา เรียงลำดับความเร่งด่วน และร่วมกันหาทางออก โดยตัวนายกฯ ศานิต เองในฐานะที่ดำรงตำแหน่ง ทั้งนายก อบต. และเป็น อสม. ซึ่งลงพื้นที่มา อย่างต่อเนื่อง มีบทบาทในการชี้ประเด็นปัญหา และแนะแนวทางแก้ไขเพื่อให้ในที่ประชุมได้ พิจารณาร่วมกันในการขับเคลื่อนกิจกรรมที่ หลากหลายให้ครอบคลุมตรงตามความต้องการ ของชาวบ้านในพื้นที่ อาทิ โครงการเกษตร อินทรีย์ โครงการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โครงการ

ออกกำลังกาย โครงการมะเร็งปากมดลูก-มะเร็งเต้านม ซึ่งหลายโครงการ
ทำมาก่อนที่จะมีกองทุนฯ เมื่อมีงบประมาณจากกองทุนฯ เข้ามาจึงมาช่วย
หนุนเสริมให้เกิดการทำงานเชิงรุกยิ่งขึ้น และเกิดเป็นกลุ่มต่าง ๆ ขึ้น อาทิ
กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มผู้สูงอายุ เป็นต้น

เส้นทางการขับเคลื่อนงานสุขภาพของตำบลโพหนอง ที่ก้าวมาไกล

เส้นทางการขับเคลื่อนงานสุขภาพของตำบลโพหนอง ที่ก้าวมาไกล
ถึงการจัดระบบบริการสวัสดิการในวันนี้ แม้ได้งบประมาณเข้ามาช่วย แต่
การดึงคนในพื้นที่ให้เขามาร่วมทำงานกับ อบต. และให้การสนับสนุนกำนัน
ผู้ใหญ่บ้านหมู่ต่าง ๆ รวมถึงชาวบ้าน โดยกระตุ้นให้เกิดการทำดีเพื่อท้องถิ่น
ตนเอง รวมทั้งการมอบน้ำใจให้ความช่วยเหลือและสร้างขวัญกำลังใจแก่
เจ้าหน้าที่ผู้ร่วมงานนั้น สำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน





“ผมเป็นคนที่ชอบเรียนรู้ ชอบเอาปัญหาชุมชนมาวิเคราะห์ เอาบทเรียนดี ๆ จากหลาย ๆ ที่เก็บเข้ามาขยายต่อในชุมชน มาพูดให้เขาฟัง เช่น เรื่องชุมชนเข้มแข็ง การคัดแยกขยะ ผมเป็นคนที่อยากทำอะไรแล้วก็ชอบชวนคนอื่นทำด้วย เราใช้เวลาที่พูดคุย ดึงชุมชนเข้าไปเห็นสิ่งดี ๆ ที่คนอื่นทำ แล้วเราก็กลับมาทำ เราก็เอาปัญหาที่เห็นให้สมาชิกได้เห็นว่ามีสิ่งที่เราจะทำมันตอบสนองต่อชุมชน เวลาทำงานเราจะเชิญสมาชิก กำนัน ผู้ใหญ่บ้านมาร่วมกัน เห็นปัญหาร่วมกัน และหาแนวทางแก้พร้อมกัน เราเสริมแรงกันตลอด ชุมชนจะเข้มแข็งได้เราต้องไม่มีการแบ่งพวก”

ขณะที่งานบริการสุขภาพในชุมชนกำลังก้าวต่อไป การวางฐานสู่อนาคตก็กำลังเกิดขึ้น แม้ยังไม่เห็นวิสัยทัศน์ของผู้นำคนต่อไป และยังไม่รู้ว่าใครจะก้าวขึ้นมาแทน แต่การเตรียมหนทางให้เด็กรุ่นใหม่ได้เล่าเรียนพยาบาล และจัดตั้งสถาบันการเงินชุมชนเพื่อปลดหนี้สาธารณะ น่าจะทำให้ระบบสุขภาพชุมชนของคนโพธิ์ทองดีขึ้นดังที่หวัง

A stylized graphic of an eye, composed of a white circle for the pupil and a white curved line for the eyelid, set against a light gray background. The eye is positioned in the upper left quadrant of the slide.

พลังแห่งการจัดการ

Smart Management :
Excellent Outputs

การจัดการเพื่อสร้างคน สร้างทีม ในระบบสุขภาพชุมชน

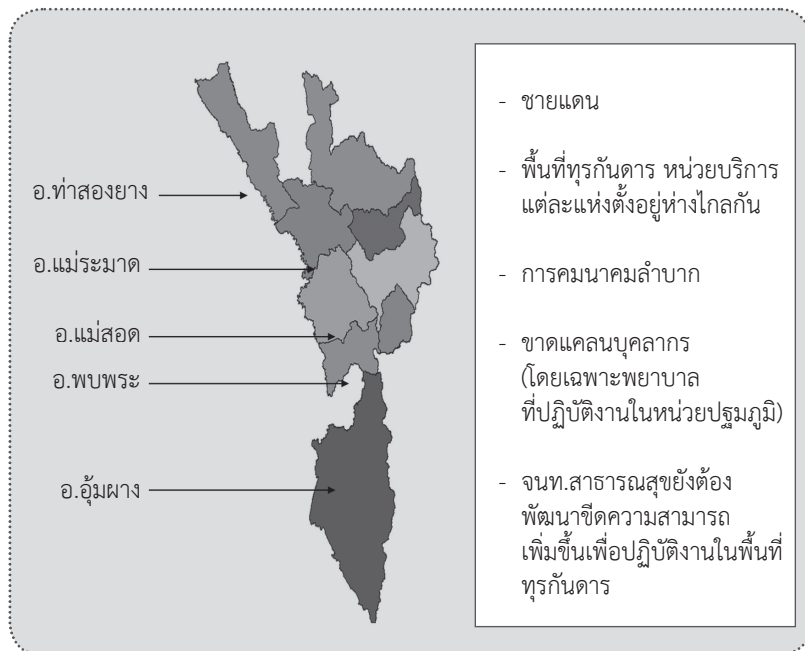
กำลังคนด้านสุขภาพเป็นหัวใจสำคัญของการจัดบริการสุขภาพให้สามารถรองรับความต้องการของประชาชนทั้งด้านคุณภาพ ปริมาณ และความคาดหวัง ปัจจุบันการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพโดยเฉพาะกำลังคนที่ปฏิบัติงานให้บริการสุขภาพในชนบท ยังคงเป็นปัญหาหลักที่สำคัญของประเทศ (ทินกร โนรี 2552) อย่างไรก็ตามนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และนโยบายกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้ภาคส่วนอื่น ๆ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในฐานะ “หุ้นส่วน” ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมากขึ้น ตัวอย่างที่ชัดเจนคือ **การมีส่วนร่วมในการผลิตบุคลากร** เช่น การจัดสรรงบประมาณในการผลิตกำลังคนเพื่อให้กลับไปปฏิบัติงานในพื้นที่ อาทิ พยาบาลชุมชน ทันตภิบาล นักกายภาพบำบัด ฯลฯ ซึ่งนอกจากยังช่วยลดปัญหาความขาดแคลนแล้ว ยังส่งเสริมการคงอยู่ในพื้นที่ของบุคลากรเหล่านั้นด้วย (ชนิษฐา นันทบุตร 2550) และ**การบริหารจัดการกำลังคน** เช่น การจ้างในรูปแบบที่หลากหลายมากขึ้น และจากการถอดบทเรียนการจัดการเครือข่ายปฐมภูมิในเขตชนบท โดยอนุวัตร แก้วเชียงหวาง และคณะ (2554) พบว่า **จุดร่วมที่สำคัญของการขับเคลื่อนการพัฒนา** คือ **การรับรู้และค้นหาคุณค่าของคนทำงาน การมีทักษะในการสร้างคน สร้างทีมของผู้บริหาร และรักษาสันับสนุนเสริมศักยภาพการทำงาน** ให้สามารถทำงานบรรลุเป้าหมาย ๆ ที่สำคัญได้

เติมเต็มสมรรถนะกำลังคนเดิม

หมอนามัยติดปีก :

การจัดการกำลังคนเพื่อพื้นที่ห่างไกล/ทุรกันดาร

จังหวัดตาก เป็นจังหวัดที่มีพื้นที่ใหญ่เป็นอันดับสี่ของประเทศ มีพรมแดนติดกับประเทศเพื่อนบ้านยาวมากที่สุดถึง 560 กิโลเมตร การคมนาคมค่อนข้างลำบากเนื่องจากพื้นที่เป็นภูเขาสูง ทุรกันดาร ห่างไกล รวมทั้งมีปัญหาผลกระทบจากการสู้รบในเขตประเทศเพื่อนบ้านอยู่เนือง ๆ นอกจากนี้ยังมีการอพยพเคลื่อนย้ายของชาวต่างด้าวจำนวนมาก ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของคนในพื้นที่และเป็นภาระงานที่เพิ่มขึ้นของสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่เป็นอย่างมาก สถานบริการหลายแห่งประสบปัญหาขาดแคลนเจ้าหน้าที่



หลายแห่งมีการโยกย้ายเจ้าหน้าที่สูงมากทั้งจากการโยกย้ายออกนอกจังหวัด และโยกย้ายจาก 5 อำเภอพื้นที่ชายแดน มาอยู่ 4 อำเภอพื้นที่ใกล้เมือง ปัญหานี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพบริการสาธารณสุขแก่ประชาชนในพื้นที่ (พิเชษฐ์ บัญญัติ 2553)

“การเติมพยาบาลในสถานอนามัยให้เต็มเป็นเรื่องยาก ยิ่งพยาบาลเวชปฏิบัติยิ่งยากใหญ่ ทำไมเราไม่พัฒนาหมออนามัยเดิมอย่างเป็นเรื่องเป็นราว ให้เขามีศักยภาพเพิ่มมากขึ้น ดูแลประชาชนได้มากขึ้น ทั้ง ๆ ที่ช่วงเวลาที่ผ่านมามูลค่าการเหล่านี้เป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่เคียงบ่าเคียงไหล่กับกลุ่มวิชาชีพอื่น ๆ มาโดยตลอดและอยู่ในพื้นที่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด” แนวทางแก้ปัญหาจึงต้องดำเนินการจึ้นเน้นที่เสริมสร้างศักยภาพของบุคลากรเดิมของพื้นที่ผ่านหลักสูตรการฝึกอบรมแบบเข้มข้นทั้งจากตำราและการฝึกปฏิบัติจริงจำนวน 18 สัปดาห์ภายใต้ชื่อ **โครงการหมออนามัยติดปีก** หรือชื่อเป็นการว่า **หลักสูตรสาธารณสุขเฉพาะทางด้านการบริการปฐมภูมิ (Program of Public Health specialty in Primary care)** ผู้ที่จบหลักสูตรจะได้ประกาศนียบัตร Certificate in Public Health specialty in Primary care โดยการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและองค์การไอรชียประเทศไทย (แม่สอด)

หมออนามัยติดปีก



หลักสูตรหมอนามย์ติดปีกนี้พัฒนาโดยคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก ภายใต้ปรัชญา “พัฒนาบุคลากรสาธารณสุขที่มีอยู่เดิมให้สามารถให้บริการปฐมภูมิแบบองค์รวมที่ใกล้บ้านใกล้ใจได้อย่างเหมาะสมกับบริบทที่ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพโดยแพทย์และพยาบาลวิชาชีพได้ยากลำบาก” เป็นติดปีกให้ “นักบริการปฐมภูมิ” มีสมรรถนะสำคัญ 4 ด้าน ประกอบด้วย

- สามารถให้บริการปฐมภูมิแก่บุคคลแบบองค์รวมได้อย่างเหมาะสมกับบริบท (Holistic individual care)
- สามารถกระตุ้นให้ประชาชนเกิดการส่งเสริมสุขภาพและดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิในชุมชนได้ (Health promotion, prevention and self care)
- สามารถให้บริการปฐมภูมิแก่ชุมชนได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ (Holistic community care)
- สามารถเชื่อมประสานการบริการปฐมภูมิในทีมที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสุขภาพในชุมชนได้ (Coordination care)

การฝึกปฏิบัติในโครงการหมอนามย์ติดปีก ฝึกที่โรงพยาบาลทั่วไป 2 สัปดาห์ (โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชและโรงพยาบาลแม่สอด) ฝึกที่โรงพยาบาลชุมชน 2 สัปดาห์ (ใครอยู่อำเภอไหนฝึกอำเภอนั้น ยกเว้นอำเภอเมืองกับแม่สอดฝึกที่บ้านตากหรือสามเงาหรือพบพระหรือแม่ระมาด) และฝึกในสถานีนามย์ที่มีพยาบาลเวชปฏิบัติ 1 สัปดาห์ ปิดท้ายด้วยการสัมมนาอีก 1 สัปดาห์

วันที่ 1 เดือนกรกฎาคม 2554 ที่ผ่านมามีผู้ผ่านการอบรมจำนวน 73 คน ได้เข้ารับวุฒิปัตร์ “หมอนามย์ติดปีก รุ่นที่ 1” จากองคมนตรี นพ.เกษม วัฒนชัย และกลับไปปฏิบัติหน้าที่ให้บริการสุขภาพกับประชาชนในพื้นที่ชายแดนและทุรกันดารด้วยความมั่นใจมากขึ้น

นักสุขภาพครอบครัวกับการเสริมความเข้มแข็งระบบบริการปฐมภูมิ

“นักสุขภาพครอบครัวไม่ใช่สิ่งใหม่สำหรับปฐมภูมิ นักสุขภาพครอบครัวคือบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่เป็นจุดเคลื่อน และเป็นตัวเชื่อมโยงให้เกิดระบบสุขภาพที่จะไปดูแลประชากร 1,250 คนโดยประมาณ ซึ่งจากระบบนี้ นศ. สามารถทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี คือช่วยดูแลระบบส่งต่อ สามารถทำให้ประชาชนดูแลตนเองได้ ป่วยไข้เล็กน้อยก็สามารถดูแลที่บ้านได้ ช่วงส่งต่อก็มีนักสุขภาพครอบครัวไปช่วยดูแล เหมือนมีญาติเป็นหมอ”

นพ.นิทัศน์ รวยยาว



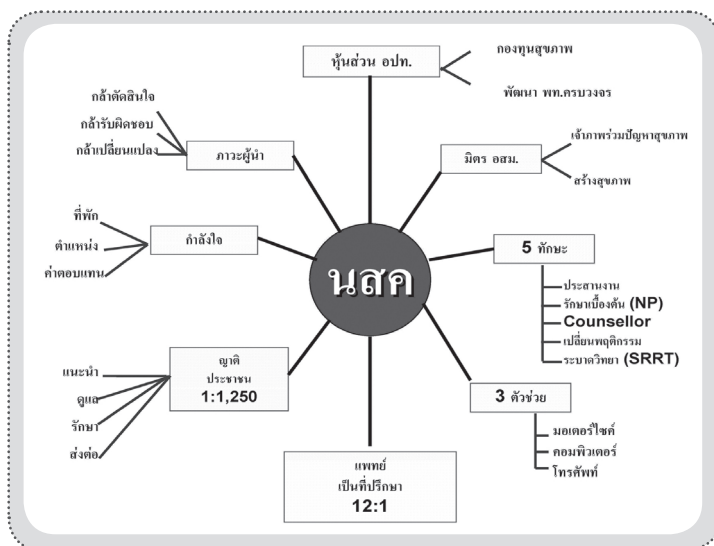
ที่มา : นิทัศน์ รวยยาว

นักสุขภาพครอบครัวในแนวคิดนี้ คือบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานให้บริการด้านสุขภาพ เช่น ทันตภิบาล พยาบาลเวชปฏิบัติ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข รวมทั้งแพทย์แผนไทย ที่รับผิดชอบดูแลประชาชน 1,250 คนในทุกมิติสุขภาพ และทำหน้าที่เป็นจุดเชื่อมต่อของบริการสุขภาพ



ภารกิจของนักสุขภาพครอบครัว มี 5 ด้านหลัก ๆ คือ

- 1) ต้องนับญาติกับประชาชนได้
- 2) ต้องกล้าอดทนประสานงาน
- 3) ต้องหาญกล้าเป็นเจ้าภาพในการทำงานกับชุมชน
- 4) กำลัาบภัยอุปสรรคที่อาจเกิดจากความขัดแย้งทางด้านพฤติกรรม
- 5) พืักษ์ชุมชนเข้มแข็ง



การทำงานของนักสุขภาพครอบครัว ได้รับการสนับสนุนทั้งด้านการมีที่ปรึกษาโดยแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว และเครื่องมือ 3 ชิ้น คือ จักรยานยนต์ 1 คัน คอมพิวเตอร์โน้ตบุ๊ก 1 ตัว โทรศัพท์มือถือ 1 เครื่อง โดยข้อมูลของประชาชนแต่ละคนอยู่ในคอมพิวเตอร์ เช่น ส่วนสูง น้ำหนัก เส้นรอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต ฯลฯ มีการติดต่อดูแลกันอย่างใกล้ชิด โดยจักรยานยนต์ไปถึงบ้านหรือพูดคุยกันด้วยโทรศัพท์มือถือ นสค. สามารถจัดการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่สถานเอนาามัยหรือโรงพยาบาลชุมชน

การดูแลสุขภาพประชาชนของนักสุขภาพครอบครัว



C : เด็ก



A : ตั้งครรภ์



N : โรคเรื้อรัง



D : พิการ



O : ผู้สูงอายุ



การจัดการข้อมูล

•

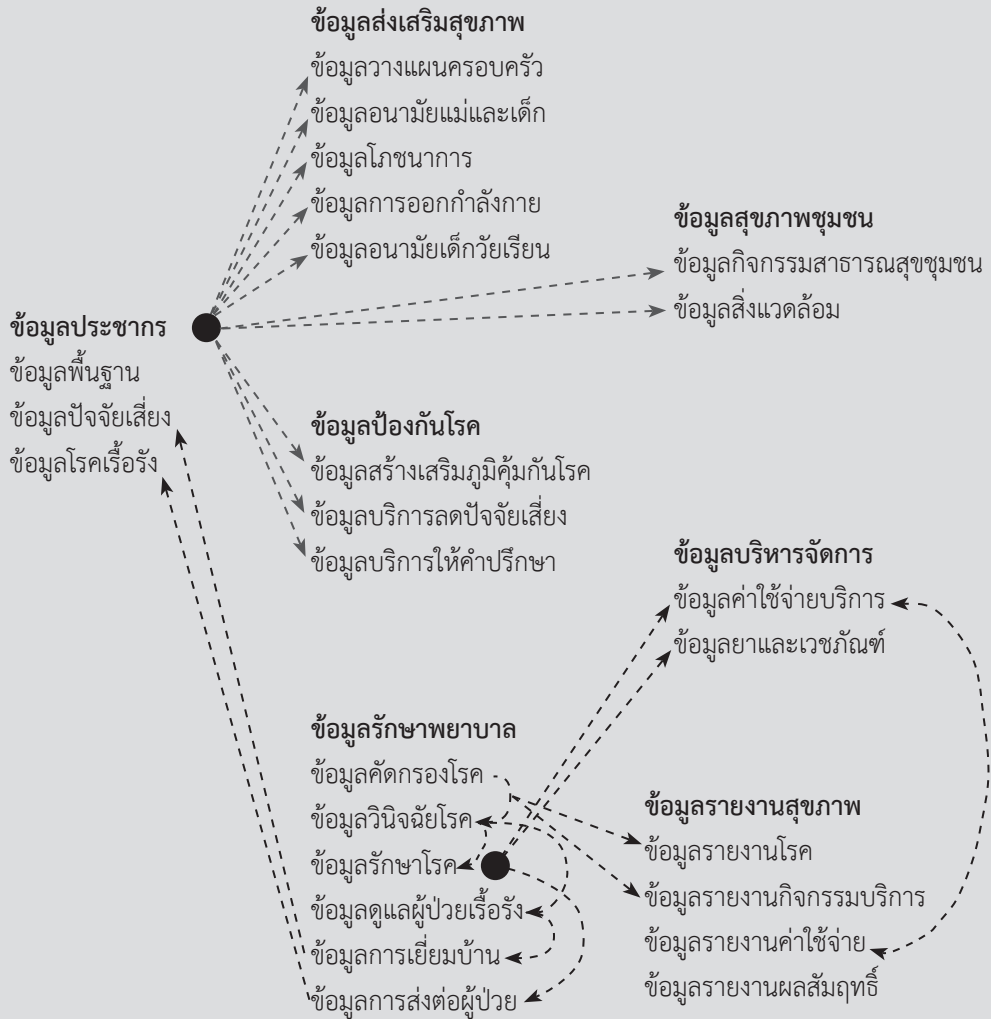
ระบบข้อมูลข่าวสารบริการปฐมภูมิต้องตอบสนองต่อบทบาทหน้าที่ของบริการระดับปฐมภูมิดังกล่าว ทั้งในแง่ของการดูแลประชาชนทั้งหมดในความรับผิดชอบ ตามหลักการที่เน้นความเป็นองค์กรรวม ต่อเนื่อง และผสมผสาน และตอบสนองต่อเป้าหมาย 7 ประการของการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (ประเวศ วะสี 2554)

ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สามารถแบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ

1. ระบบข้อมูลข่าวสารในหน่วยบริการ ซึ่งจำแยกเป็นระบบย่อย 7 ระบบ (พินิจ ฟาอำนวยผล 2550) เพื่อตอบสนองต่อหลักการของบริการปฐมภูมิ (1A4C) ที่เน้นความเป็นองค์กรรวม ต่อเนื่อง และผสมผสาน ซึ่งข้อมูลส่วนนี้ผู้ใช้ประโยชน์คือบุคลากรทางการแพทย์เพื่อการออกแบบบริการในรูปแบบต่าง ๆ

2. ข้อมูลข่าวสารเพื่อการจัดการตนเอง ครอบครัว และชุมชน มักเป็นข้อมูลที่ได้จากเครื่องมือในการจัดการชุมชน เช่น บัญชีครัวเรือน บัญชีสุขภาพ แผนสุขภาพชุมชน

การเชื่อมโยงของระบบข้อมูลย่อย



■ การจัดการข้อมูลเพื่อการบริการสุขภาพ

ปัจจุบันเทคโนโลยีสารสนเทศในรูปแบบต่าง ๆ ทำให้การเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพเพื่อจัดระบบการให้บริการด้านสุขภาพมีความรวดเร็วมากขึ้น จากการถอดบทเรียนการพัฒนาบริการปฐมภูมิในเขตเมืองและเขตชนบทโดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ โดยโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และคณะ พบการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อเชื่อมโยงระบบการรับส่งต่อผู้ป่วยและข้อมูลบริการสุขภาพ เช่น การให้คำปรึกษา การรับส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยหรือข้อมูลบริการจัดระบบบริการให้คำปรึกษาในเครือข่าย และเชื่อมโยงการบริการระหว่างสถานีนานามัยกับโรงพยาบาลชุมชน

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี

มีการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขขึ้นที่โรงพยาบาลแก่งคอย และกำหนดให้ทุกสถานบริการสาธารณสุขใช้โปรแกรมเดียวกันสำหรับเก็บข้อมูลจากการให้บริการ โดยนำโปรแกรม HOSxP มาใช้ในโรงพยาบาล และ HOSxP_PCU มาใช้ในสถานีนานามัย และจัดการโดยระบบข้อมูลในภาพรวมที่เรียกว่า Datacenter โดยโปรแกรมฯ สามารถทำงานได้ทั้งในลักษณะคอมพิวเตอร์เดี่ยว (Stand Alone) และทำงานบนระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ (Network Computer) ในลักษณะ Client Server ซึ่งระบบรายงานจาก Datacenter ใช้ทั้งเพื่อการตัดสินใจเชิงนโยบาย การออกแบบบริการ และการส่งต่อข้อมูล โดยจะมีการส่งตัวผู้ป่วยผ่านระบบออนไลน์ที่เรียกว่า Refer online ผ่าน Datacenter นี้

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม

นำโปรแกรม HOSxP_PCU และระบบ Datacenter เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างสถานีนานามัยและโรงพยาบาลสำหรับเป็นข้อมูลการรับ-ส่งต่อ และการเยี่ยมบ้านภายในเครือข่าย

เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลศรีสะเกษ

จัดให้ศูนย์การรับ-ส่งปรึกษา (Consultation Center) นำโปรแกรม Himpro ที่ใช้กันในทุกโรงพยาบาลในจังหวัดศรีสะเกษมาประยุกต์ใช้จัดระบบการให้บริการ เพื่อลดขั้นตอนการใช้บริการของผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนและหน่วยบริการปฐมภูมิ ตลอดจนการให้คำปรึกษาผ่านโปรแกรม Skype

เครือข่ายบริการสุขภาพสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร

ได้นำระบบอินเทอร์เน็ตเข้ามาช่วยสนับสนุนการให้บริการสารสนเทศสุขภาพ โดยพัฒนาต้นแบบ (Prototype) ของโปรแกรมจัดการฐานข้อมูลให้เหมาะสมกับการทำงานและอำนวยความสะดวกให้กับหน่วยบริการของเครือข่ายบริการสุขภาพเลิงนกทา

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอหนองสูง จังหวัดมุกดาหาร

ที่ใช้อินเตอร์เน็ตความเร็วสูง ADSL เชื่อมโยงข้อมูลบริการสุขภาพสนับสนุนการดำเนินงานในเครือข่าย

เครือข่ายบริการสุขภาพปัว จังหวัดน่าน

ได้นำระบบสื่อสารคมนาคมโปรแกรม Skype ที่ใช้งานผ่านระบบอินเทอร์เน็ต และระบบโทรศัพท์มาใช้ในการประสานการส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลกับสถานบริการปฐมภูมิ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตลอดจนการแบ่งปันความรู้ระหว่างเครือข่าย ผ่าน Mail group ด้วยโปรแกรม Skype เป็นต้น

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี

นำโปรแกรม Skype และเว็บแคมมาใช้ในการให้คำปรึกษาเจ้าหน้าที่ PCU สำหรับดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย และพัฒนาระบบช่องทางด่วน สำหรับการส่งต่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และใช้โปรแกรม LNT Web Application Model สำหรับการส่งข้อมูลไป-กลับระหว่างโรงพยาบาลกับ PCU หรือระหว่างทีมต่าง ๆ

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอดอนพุด จังหวัดสระบุรี

นำโปรแกรม Skype มาใช้เป็นช่องทางหลักในการสื่อสารเพื่อการรับส่งต่อ ช่องทางที่ 2 คือการโทรศัพท์สายตรงเข้ามาที่ศูนย์ฯ ช่องทางที่ 3 คือโทรศัพท์มือถือ และช่องทางสุดท้ายคือวิทยุสื่อสาร พร้อมกับการกำหนดให้มีระบบช่องทางด่วน (Green Way) และระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) เชื่อมโยงกับระบบรับ-ส่งต่อ เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มวิกฤตและฉุกเฉิน ได้รับบริการที่รวดเร็วทัน่วงที กำหนดประเภทของผู้ป่วยที่ส่งต่อผ่านระบบช่องทางด่วน (Green Way) เป็นแนวทางเดียวกันทุกหน่วยบริการภายในเครือข่าย และเชื่อมโยงระบบการขอคำปรึกษา (Consultation) ระบบบริการเชิงรุกตามปัญหาและบริบทของโรงพยาบาล (คลินิกผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง ที่สถานีนอนมัย และศูนย์สุขภาพชุมชน) และ ระบบเยี่ยมบ้าน (Home Health Care) เข้ากับระบบเดิมของศูนย์ประสานการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย

■ การจัดการข้อมูลเพื่อการเสริมศักยภาพพัฒนาชุมชน

การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนต้องการการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการกับปัญหาสุขภาพ หรือพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพในชุมชน ตลอดจนการสนับสนุนการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพ และการรวมกลุ่มของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น อาสาสมัคร, จิตอาสา, ชมรม หรือเครือข่ายต่าง ๆ ในท้องถิ่น จากการถอดบทเรียนการพัฒนาบริการปฐมภูมิในเขตเมืองและเขตชนบทโดยกระบวนการจัดการความรู้ โดยโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และคณะ และสถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่ามีรูปแบบของการเสริมศักยภาพชุมชนโดยใช้ข้อมูลใน 3 รูปแบบ คือ

1. การคืนข้อมูลสุขภาพสู่ชุมชน เช่น

สถานีนามัยบ้านหนองท่ม ตำบลปลาไหล

ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร

ที่ดำเนินการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชนด้วยยุทธศาสตร์ป่าล้อมเมือง การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้พร้อมคืนข้อมูลสู่ชุมชน ตลอดจนการสร้างเครือข่ายแนวร่วม 3 รุ่น และขับเคลื่อนให้เกิดการยอมรับ หาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันจากผู้นำชุมชนและกลุ่มคนที่คัดค้าน จึงเกิดข้อตกลงของชุมชนร่วมกันในการแก้ไขปัญห เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน การประยุกต์ใช้ยุทธศาสตร์ป่าล้อมเมืองมาใช้ในกระบวนการของชุมชนถือว่าประสบผลสำเร็จ และส่งผลให้เกิดความยั่งยืนอย่างต่อเนื่องในชุมชน

สถานีนามัยบ้านห้วยसानพลับพลา

ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

ได้จัดกระบวนการคืนข้อมูลสู่ผู้พิการสู่ชุมชนมาตั้งแต่ปี 2545 โดยการรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ และนำเสนอสภาพปัญหาของผู้พิการที่มีความหลากหลายของแต่ละคนที่ได้รับการดูแลไม่ได้มาตรฐานของการฟื้นฟู อาจก่อให้เกิดความพิการซ้ำซ้อนได้ นำมาซึ่งการมีอาสาสมัครดูแลผู้พิการ และระบบสนับสนุนอื่น ๆ เช่น การลงทะเบียนบัตรทองเพื่อรับสิทธิในการฟื้นฟู

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

ใช้เวทีประชาคมเพื่อปรับแนวคิดการทำงานร่วมกับชุมชน โดยให้ชุมชนเป็นฐานในการเรียนรู้ (Community based) เพื่อให้ทุกคนในชุมชนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพ และแก้ปัญหาร่วมกันด้วยเครือข่ายชุมชนเข้มแข็งเพื่อการมีสุขภาวะอย่างยั่งยืน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพาน

ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

ได้ลงไปค้นหาข้อมูลให้ชาวบ้าน ด้วยการประยุกต์ใช้แผนที่เดินดิน มาทำเครื่องหมายครอบครัวที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยสติ๊กเกอร์สีแยกตามชนิดของโรค เมื่อชาวบ้านได้เห็นสถานการณ์ของโรคหรือปัญหาต่าง ๆ ในชุมชนอย่างชัดเจน การแก้ปัญหาจึงกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะ “หมุนไปด้วยกัน”

2. การทำงานร่วมกับเครือข่ายสุขภาพในชุมชน อาทิ อาสาสมัคร/จิตอาสา/ผู้นำในชุมชน/องค์กรท้องถิ่นอื่น ๆ หรือการสร้างกลไกในการทำงานในรูปแบบที่หลากหลาย ตั้งแต่ระดับเครือข่ายไปจนถึงระดับพื้นที่ ซึ่งมีเป้าหมายเดียวกัน คือ การขับเคลื่อนให้ระบบสุขภาพชุมชนเข้มแข็ง เช่น

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่

นำกลไกการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และเฉพาะประเด็น ตลอดจนให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการจัดทำธรรมนูญสุขภาพของอำเภอสูงเม่น ภายใต้แนวคิดการสร้างสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพ พร้อมนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงและยุทธศาสตร์สังคมอยู่เย็นเป็นสุขมาดำเนินการขับเคลื่อนให้เกิดการทำงานแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่ โดยเน้นกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของชุมชนทุกขั้นตอนการดำเนินงาน ตั้งแต่การเตรียมการ การจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย การติดตามผลักดันข้อเสนอ และสรุปบทเรียน/สังเคราะห์องค์ความรู้ จนมีธรรมนูญสุขภาพเกิดขึ้นในอำเภอสูงเม่น ซึ่งถือเป็นต้นแบบการนำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่เน้นการสร้างกลไกกระบวนการที่เชื่อมโยงภาคการเมือง ภาคราชการ ภาควิชาการ ภาควิชาชีพ ภาคประชาชนและสังคมมาขับเคลื่อนให้เกิดเป็นรูปธรรมนำไปสู่การปฏิบัติจนบรรลุเป้าหมาย

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่

ได้นำแนวคิดจิตอาสาสมัครขับเคลื่อนการทำงานในพื้นที่ให้เกิดเป็นรูปธรรม หรือที่เรียกว่า “หม้ออาสาสารภี” โดยมีขั้นตอนการทำงานชัดเจน ตั้งแต่การ เตรียมการ การจัดอบรมและให้ความรู้แก่หม้ออาสาสารภี ทั้งภาคทฤษฎีและ ภาคปฏิบัติ ตลอดจนการฝึกปฏิบัติในภาคสนามด้วยการปฏิบัติงานจริงอย่าง เป็นขั้นตอน ทำให้อำเภอสารภีมีทุนทางสังคมด้านบุคคลที่พร้อมจะทำงาน ช่วยเหลือชุมชนและสังคมแบบเอื้ออาทรและไม่ทอดทิ้งกัน

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอศรีวิไล จังหวัดหนองคาย

ได้ให้ความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ โดยการดึงภาคีเครือข่ายในชุมชน ซึ่งประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัคร วัด สถานีนามัย และโรงพยาบาลศรีวิไล เข้ามามีส่วนร่วมจนกลายเป็นวิถีชีวิตหรือวัฒนธรรม ของชุมชน โดยให้ภาคีเครือข่ายร่วมกันคัดเลือกตำบลเพื่อการพัฒนากระบวนการ ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนและร่วมกันออกแบบเครื่องมือในการเก็บข้อมูล ประเมิน ภาวะสุขภาพพื้นฐาน ประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุรายหมู่บ้าน ตลอดจนการคืนข้อมูลให้ ผู้สูงอายุรับทราบพร้อมกับการทำประชาคมเพื่อหาแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุ ได้อย่างเหมาะสมและครอบคลุม นอกจากนี้ยังเกิดการร่วมกลุ่มกันของผู้สูงอายุ ทุกหมู่บ้าน จนทำให้มีชมรมผู้สูงอายุคุณภาพเกิดขึ้นในชุมชน มีอาสาสมัครดูแล ผู้สูงอายุที่บ้านซึ่งเป็นเครือข่ายที่เข้มแข็ง เกิดศูนย์ประสานงานด้านผู้สูงอายุ ระดับตำบล เกิดความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนจากหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพ

ศูนย์แพทย์ชุมชนห้วยเหนือ ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอขุนศรี จังหวัดศรีสะเกษ

แสวงหาแนวร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนด้วยการดึงกลุ่มข้าราชการ บำนาญเข้ามาเป็นทีมสุขภาพ จึงเกิดทีมงานอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อส.) ในชุมชน ที่มีศักยภาพและเป็นแกนนำในการทำกิจกรรมสุขภาพในชุมชน ได้เป็นอย่างดี

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพาน

ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

หลังจากได้คืนข้อมูลสุขภาพให้ชาวบ้านได้เห็นสถานการณ์ของโรคหรือปัญหาต่าง ๆ ในชุมชนอย่างชัดเจน จึงกระตุ้นให้อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่รับรู้ศักยภาพของตัวเอง ปรับตัวเองให้กลายเป็นศูนย์กลางข้อมูลด้านสาธารณสุขและแสดงให้ชาวบ้านได้เห็นศักยภาพและบทบาทความเป็น “มือขวาของหมอ” ก็คืออาสาสมัคร (อสม.)” ในการออกหน่วยรณรงค์ในเรื่องต่าง ๆ ทำให้ในปัจจุบันการเป็น อสม.จึงเป็นเรื่องที่น่ายกย่องภูมิใจของชาวบ้าน นอกจากนี้ยังมีการทำประชาคมหมู่บ้านอย่างต่อเนื่องโดยการพูดคุยกันถึงปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ในทุกขณะ ในปัจจุบันหมู่บ้านป่าไผ่จึงเป็นหมู่บ้านพัฒนาตัวอย่างที่สามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างครบวงจร

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยกุญแจ

ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี

ตั้งศักยภาพของ อสม.เข้ามาดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ภายใต้โครงการ อสม. คู่คิด มิตรคู่เรือน เพื่อนใกล้บ้าน ในการบริการสู่ชุมชน และใช้เวทีประชาคมทั้งกับผู้รับบริการและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการประชาสัมพันธ์ ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างเป็นรูปธรรม

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ใจ

ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

ได้มีแนวคิดเกี่ยวกับเครือข่ายพิชิตยุง ด้วยการตั้งอาสาสมัครผสมทิมงาน SRRT (แหล่งข่าวเฝ้าระวังเหตุการณ์และทำงานกับเครือข่ายในระดับตำบล) โดยการพัฒนาแบบเครือข่ายและพัฒนาศักยภาพการทำงานควบคู่กันไป จนกระทั่งมี “มาตรการป้องกันโรคไข้เลือดออก” เกิดขึ้นในชุมชนตำบลแม่ใจ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะเขือแจ้

ในเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลลำพูน

ทำการคืนข้อมูลด้านสุขภาพให้กับชุมชน เริ่มต้นจากการใช้เครื่องมือ 7 ชิ้น เพื่อศึกษาข้อมูลในชุมชน การจัดอบรมให้ความรู้และพาศึกษาดูงานให้กับ แกนนำนมูบ้าน อาสาสมัครผู้ใหญ่บ้าน ชมรมต่าง ๆ ในชุมชน เกี่ยวกับหมู่บ้าน จัดการสุขภาพ จนทำให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพ 6 ชุด ตามกองทุน สุขภาพ 6 อ. (ออกกำลังกาย อโรควา อารมณ์ อนามัยสิ่งแวดล้อม อบายมุข อาหาร) เพื่อวางแผนงานและแก้ปัญหาในชุมชน โดยองค์การบริหารส่วนตำบล ให้การสนับสนุนงบประมาณกองทุนหมู่บ้าน จนทำให้ชุมป่าเป้าเป็นอีกหนึ่ง ตัวอย่างของหมู่บ้านจัดการสุขภาพในชุมชน

สถานีอนามัยบ้านห้วยส้านพลับพลา

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

ได้จัดทำเวทีคืนข้อมูลสู่ผู้การสู่ชุมชนมาตั้งแต่ปี 2545 ทำให้เกิด อาสาสมัครผู้ดูแลผู้พิการเกิดขึ้นในชุมชน และระบบสนับสนุนอื่น ๆ เช่น การ ลงทะเบียนผู้พิการ การมีหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ทำให้ ผู้พิการในพื้นที่สามารถยืนหยัดด้วยตนเองได้

เครือข่ายบริการอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

นำจุดเด่นของ อสม.ในพื้นที่ คือ มีการศึกษาและพร้อมที่จะเติมเต็ม ความรู้และเสริมสร้างทักษะ ทั้งยังสามารถออกปฏิบัติงานได้ตลอดเวลา ประชาชนในหมู่บ้านจึงให้การยอมรับและไว้วางใจ และพร้อมให้ความร่วมมือ ในการดำเนินงานด้านสุขภาพทุกหมู่บ้านมาพัฒนาเป็น “อสม.เชี่ยวชาญด้าน โรคไม่ติดต่อประจำบ้าน” เพื่อร่วมสนับสนุนการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข ในการดำเนินงานตรวจคัดกรองเบาหวาน และวัดความดันโลหิต ทำให้การคัดกรองมีความครอบคลุมทั่วถึงมากขึ้น รวมทั้งเป็นการลดภาระงาน ของเจ้าหน้าที่ได้เป็นอย่างมาก

“เป็นสุข” จัดการแบบธุรกิจ แต่กำไรให้สังคม



เป็นไปได้หรือไม่ที่ธุรกิจจะสร้างกำไรให้ทั้งกับองค์กรเองและสังคม?

นพ. ก้องเกียรติ เกษเพชร ลงมือหาคำตอบนี้ด้วยตัวเอง หลังจาก อึดตัวกับการทำหน้าที่ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนชื่อดังของภูเก็ตมาหลายปี และสร้างชื่อทางด้านไอทีจากผลงานการพัฒนาระบบสารสนเทศสำหรับ โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก หรือที่รู้จักกันในชื่อ Hospital OS โดยทำเป็น Open source โรงพยาบาลจึงสามารถนำไปใช้ได้โดยไม่เสียค่าลิขสิทธิ์

แนวคิดที่ นพ.ก้องเกียรติสนใจและนำมาปรับใช้กับธุรกิจของตนเองคือ “กิจการเพื่อสังคม” หรือ Social Enterprise ซึ่งกำลังฮิตในประเทศไทย แต่ในต่างประเทศมีกิจการลักษณะนี้เกิดขึ้นมากกว่า 20 ปีแล้ว

“การทำงานแบบนี้ในต่างประเทศมีมา 10-20 ปีแล้ว ในต่างประเทศ อาจใช้คำว่า not for profit organization คือทำกำไร แต่เอากำไรไปทำประโยชน์ต่อสังคม ไม่ได้เอากำไรมาซื้อความมั่งคั่ง”

“กิจการเพื่อสังคม” (Social Enterprise) หมายถึง ธุรกิจที่เป็นได้ทั้งประเภทที่หากำไรและไม่หากำไร แต่ยึดถือการตอบแทนประโยชน์สู่สังคมเป็นแนวทางการขับเคลื่อนธุรกิจ ธุรกิจในรูปแบบ Social Enterprise หรือ S.E. นั้นเน้นการกระจายรายได้สู่หน่วยผลิตในกลุ่มสังคม คำนึงถึงความรับผิดชอบต่อสังคม (Social Responsibility) ความเป็นธรรม การเอื้อเพื่อแบ่งปัน (Sharing) และการกระจายข้อมูลข่าวสาร ความรู้และวิทยาการในมวลหมู่สมาชิก และเป็นธุรกิจที่นำเทคโนโลยีสมัยใหม่ (Innovation) เข้ามาเป็นส่วนประกอบในการลดต้นทุนการผลิตและใช้ทรัพยากรการผลิตต่าง ๆ ให้เกิดความคุ้มค่ามากที่สุด

ธุรกิจในมุมมองของ Social Enterprise มองที่คุณค่าในตัวมนุษย์แต่ละคนมากกว่าฐานะรายได้ ศักยภาพในการผลิตของมนุษย์แต่ละคนจะถูกนำออกมาใช้งานในฐานะผู้เป็นเจ้าของหน่วยผลิตของสังคม ดังนั้นในบางครั้งจึงมีการใช้คำว่า Social Entrepreneur เพื่อสื่อความหมายของลักษณะธุรกิจของ Social Enterprise ให้เห็นภาพชัดเจนมากยิ่งขึ้น

ประสบการณ์บริหารองค์กรเอกชนทำให้ นพ.ก้องเกียรติเรียนรู้ว่า เอกชนมีดีที่วิธีบริหารจัดการที่มุ่งเน้นประสิทธิภาพ ขณะที่ภาครัฐมีดีเรื่องการดูแลสังคม แต่ด้วยเรื่องประสิทธิภาพในการจัดการ การพัฒนารูปแบบในการจัดการในลักษณะลูกผสมที่เอาข้อดีของทั้งสองด้าน โดยการดำเนินงานมุ่งหวังเพื่อแก้ปัญหาของสังคม โดยใช้รูปแบบการดำเนินการแบบธุรกิจ โดยหากำไรที่เหมาะสมและมีการวางแผนการใช้กำไรเพื่อแก้ปัญหาทางสังคมต่อไป คือคำตอบที่ใช้สำหรับตนเอง

“จากที่ผมศึกษาของต่างประเทศ ‘ประกอบการธุรกิจ’ แปลว่ามีความยั่งยืน สามารถขยายงานได้ จ้างคนได้ คนก็มีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น สิ่งที่คิดคือเราน่าที่จะมี unit นี้ขึ้นมา คิดว่าในส่วนที่บ้านเราขาดคือเรื่องของ Primary Care ภาคเอกชนไม่สนใจจะจัดการเรื่องนี้เพราะคิดว่าเป็นการสร้างรายได้ไม่ได้ไม่มีมิติในการที่จะเข้ามายุ่งเกี่ยว ภาครัฐก็เป็นผู้ให้บริการไปทั้งหมด ซึ่งก็

ทำได้บ้างไม่ได้บ้าง เลยคิดว่ามีโอกาสดังในเชิง ที่ทำให้การดูแลสุขภาพของผู้คนดีขึ้นด้วย แล้วก็ สามารถอยู่ได้ในเชิงต่อไปได้ เลยสนใจทำงาน Social Enterprise ที่เรียกว่าเป็น Primary Care โดยจะเอาเรื่องของทั้งเทคโนโลยี เรื่อง การจัดการในแบบมิติของภาคธุรกิจเข้าไป เพื่อ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีได้ และก็คาดหวังว่า สุดท้ายเราจะขับเคลื่อนในการที่ empower คน ให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ ผมมีความ เชื่อว่า ถ้าเราต้องใช้กรอบเดิมที่เอาคนไปดูแล คนอื่น มันเป็น burdens ถ้าเราทำให้เขา สามารถดูแลตนเองได้ จะเป็นผลลัพธ์ที่ดีและ เขาก็มีสุขภาพที่ดีได้ นี่คือการ

“เป็นสุข” กิจกรรมเพื่อสังคมด้านสุขภาพ ที่มุ่งมั่นสร้างสุขภาวะที่ดีให้เกิดขึ้นกับประชาชน จึงเกิดขึ้นอย่างเป็นทางการในจังหวัดภูเก็ต โดย ดำเนินการในรูปบริษัทเอกชน ใช้การบริหาร จัดการ เทคโนโลยี และเครือข่ายในการสร้าง เสริมสุขภาพ ผ่านหน่วยบริการเครือข่ายของ **“คลินิกเป็นสุข”** สินค้าเพื่อสุขภาพ **“ร้านเป็นสุข”** และผู้จัดการสุขภาพ **“สาวเป็นสุข”** โดยที่ มีเทคโนโลยีสารสนเทศร้อยเรียงการบริการ ให้ครอบคลุม ทันสมัย ในการดูแลสุขภาพของ ผู้รับบริการ

หลักการสำหรับในการดำเนินงานของ เป็นสุขเน้นเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ เพราะ

มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า การสร้างเสริมสุขภาพ เป็นประโยชน์ต่อทั้งรายบุคคล และสังคม แต่ การดำเนินการในภาครัฐยังมีข้อจำกัดอยู่ ทั้ง เรื่องการลงทุนด้านการจัดการและเทคโนโลยี เลยเปิดโอกาสให้ภาคเอกชนสามารถสร้างความ คาดหวังเทียม เช่น การกินอาหารเสริมเป็นการ สร้างเสริมสุขภาพ หรือการตรวจสุขภาพเป็นการ ป้องกันโรค ทำให้เสียค่าใช้จ่ายโดยไม่ได้ผลลัพธ์ ที่พึงประสงค์เป็นเงินมหาศาลต่อไป

■ การทำงานของเป็นสุข

มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพเชิงรุก ภายใต้อ uthORITY และข้อมูลที่ถูกต้องและมีจริยธรรม ผู้จัดการสุขภาพจะติดตามเผื่อระวังสุขภาพให้ กับสมาชิกที่รับผิดชอบดูแล และผู้สมาชิกของ เป็นสุขก็สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของตน หรือของครอบครัวได้ (Personal Health Record and family health record) การติดตามเพื่อ ดูแลสุขภาพให้ได้อยู่เสมอจึงเกิดขึ้นได้จากการ เข้าถึงข้อมูลสุขภาพของตนเอง (Empowerment) ที่สำคัญ ข้อมูลต่าง ๆ ทั้งอายุ น้ำหนัก ความ เจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ผลการตรวจเลือด ฯลฯ จะ ถูกจัดเก็บอย่างเป็นระบบเพื่อใช้ในการติดตาม ทิศทาง (Trend) หรือความเสี่ยง (Risk factor) ที่จะเกิดโรคหรือความเจ็บป่วยขึ้นได้ การดูแล

สุขภาพร่วมกันระหว่างตนเอง ผู้จัดการสุขภาพ และแพทย์ จะเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และบนพื้นฐานของข้อมูลเฉพาะตน (Personalize Health Care)

“การจัดการที่นำมาใช้คือ การใช้ข้อมูล เพื่อทำให้เกิดการดูแลสุขภาพที่คุ้มค่าและได้ผล ยกตัวอย่างเช่น เรามีสมุดดูแลสุขภาพเด็กเพื่อที่รู้ว่าจะดูแลเด็กตั้งแต่เกิดจนถึงอายุระดับอย่างไร วัดน้ำหนัก วัดหัวเพื่อพัฒนาการ แต่หลังจากนั้น เราแทบไม่มีองค์ความรู้ คน ๆ หนึ่งแทบไม่มีองค์ความรู้เลยในการดูแลสุขภาพของตนเอง หากเราสามารถใช้กระบวนการเทคโนโลยีหรือเครื่องมือทำให้เขาสามารถดูแลสุขภาพตัวเองได้ ไปตลอดชีวิต ด้วยวิธีคิดแบบนี้จะทำให้เราสามารถมองเห็นได้ว่า เราจะจัดการกับต้นทุน หรือค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอย่างไร ยกตัวอย่าง เช่น ถ้าเรามีข้อมูลว่าใครบ้างที่ควรฉีดวัคซีน ใช้หวัดใหญ่ก่อนที่จะระบาด เรารู้เลยว่าใครอยู่ที่ไหน จำนวนเท่าไร เราก็สามารถจะผลิตหรือสั่งหรือซื้อในสิ่งที่เหมาะสมพอดี และส่งไปถึงเป้าหมาย แต่วันนี้ซื้อวัคซีนมา ไม่รู้ใครฉีด โรงพยาบาลก็ไม่มีทุนว่างพอที่จะลงไปฉีด แต่ถ้าเมื่อไหร่องค์ความรู้นี้ไปอยู่ที่ตัวคน ผมรู้ว่าผมเข้าข่ายที่จะต้องไปฉีด จะเป็นการกลับด้านของการเข้าไปถึงบริการ เรื่องของ information ที่จะนำมาใช้ตอนนี้อยู่ในช่วงที่กำลังวางโครงสร้างอยู่”

ในทัศนะของ นพ.ก้องเกียรติ การใช้เทคโนโลยีเพื่อพัฒนาข้อมูลที่เรียกว่า Health Information มีความสำคัญมาก เนื่องจากในปัจจุบันสังคมไทยมีเพียงข้อมูลเพื่อการรักษาที่เรียกว่า medical information ทำให้ประชาชนพึ่งพาระบบบริการสาธารณสุขมาก การมีข้อมูลด้านสุขภาพจะทำให้ประชาชนสามารถดูแลตัวเองได้ ค่าใช้จ่ายในเรื่องความเจ็บป่วยจะลดน้อยลง สามารถใช้งบประมาณเพื่อการป้องกันส่งเสริมได้มากขึ้น

บริการของเป็นสุข

เน้นที่การสร้างเสริมสุขภาพ โดยการป้องกัน และลดการใช้ยาที่ไม่จำเป็น เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการดำรงชีวิต โดยเฉพาะการบริโภคสินค้าที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย ในราคาที่เหมาะสมที่เป็นสุขได้มาจากเครือข่ายผู้ผลิตโดยตรง เพื่อควบคุมคุณภาพของสินค้าที่ปลอดภัยจากสารเคมีต่าง ๆ ส่งเสริมเทคโนโลยีการเกษตรผ่านเครือข่ายนวัตกรรมชาวบ้าน เพื่อชักชวนเกษตรกรให้หันมาประกอบเกษตรอินทรีย์ ซึ่งจะเป็นการปรับระบบการผลิตจากปกติให้ส่งเสริมการเกษตรที่ปลอดภัยต่อทั้งตัวผู้บริโภค และสิ่งแวดล้อม เพราะกับ

เกษตรกรเองก็ได้รับการถ่ายทอดเทคโนโลยี องค์ความรู้ นำไปสู่การจ้างงาน และสร้างรายได้ในชุมชนท้องถิ่น และให้มีการกระจายรายได้ลงไปสู่ผู้ผลิต โดยตรงในรูปแบบที่เป็นธรรม (Fair Trade) และส่งผลต่อสุขภาวะที่ดีของ ทั้งผู้บริโภค และผู้ผลิต ซึ่งจะลดความเหลื่อมล้ำและเป็นสุขกันถ้วนหน้า

คลินิกเป็นสุข

ให้การรักษาโรคทั่วไปพร้อมกับการส่งเสริมและป้องกันโรค (Curative and preventive care) ด้วยการให้บริการที่เน้นความเอาใจใส่ และการบริการ ที่คัดสรรให้เหมาะสมเฉพาะบุคคล (personalized) โดยผู้จัดการสุขภาพ ส่วนตัว (personal health manager) ที่จะดูแล ติดตาม ให้คำปรึกษาทาง ด้านสุขภาพทั้ง ก่อน ระหว่าง และหลังการตรวจในราคาประหยัดและสามารถ เข้าถึงได้โดยทุกคน (Health for all)

การรักษา (Curative)

คลินิกเป็นสุขเป็นคลินิกอายุรกรรมที่ให้การรักษาโรคทั่วไป โดยใช้การ ผสมผสานระหว่างการรักษาโดยแพทย์แผนปัจจุบันและการรักษาโดยอาหาร และสมุนไพรธรรมชาติ และนำเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาเพิ่มประสิทธิภาพ ของการรักษาและการติดตามผลการรักษาที่ต่อเนื่อง

หมวดที่ 1 ผิวหนัง เช่น กลาก เกลื้อน เชื้อราบนหนังศีรษะ รังแค ผดผื่น คันหนังศีรษะ

หมวดที่ 2 ทางเดินอาหาร อาหารไม่ย่อย โรคแผลในกระเพาะอาหาร ท้องผูกท้องเสีย ปัสสาวะอักเสบ ริดสีดวงทวาร

หมวดที่ 3 หู คอ จมูก ทางเดินหายใจ หวัด ไอ แพ้อากาศ

หมวดที่ 4 กระดูก กล้ามเนื้อ ปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ ปวดหลัง ระบบประสาท มีนงง เวียนหัว นอนไม่หลับ

ส่งเสริมและป้องกัน (preventive)

เป็นการส่งเสริมและให้ความรู้ในเรื่องการใช้ชีวิต การรับประทานอาหารให้เกิดสมดุล และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อเป็นการป้องกันก่อนที่จะเกิดอาการเจ็บป่วย ลักษณะเฉพาะของการรักษาการให้ยาคลินิกเป็นสุขคือการให้ยาเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น และเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการรับประทานอาหารที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นการช่วยลดค่าใช้จ่าย ค่ายาที่ไม่จำเป็นให้แก่คนไข้ของเป็นสุข เช่น การรับประทานข้าวกล้องสีเข้ม (สีม่วง-ดำ) ช่วยลดการเปลี่ยนแปลงเป็นน้ำตาล ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถลดค่าใช้จ่ายค่ายา ได้ถึง 500 บาทต่อเดือน

บุคลากรของเป็นสุข

ทั้งแพทย์และพยาบาลต้องยึดถือหลักการทำงานที่เป็นหัวใจหลักของเป็นสุข 3 ข้อคือ

- 1) การสร้างประสบการณ์ที่ดีกว่า
- 2) การให้บริการที่แตกต่างทันสมัย
- 3) การสร้างความตระหนักรู้เรื่องการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู

พยาบาลของคลินิกเป็นสุข เรียกว่า **ผู้จัดการด้านสุขภาพ (Health manager)** ถือเป็นหัวใจหลักของการให้บริการที่แตกต่างของคลินิกแห่งนี้ มีหน้าที่พูดคุยกับคนไข้ เพื่อให้เข้าใจและรับทราบปัญหาที่แท้จริงของคนไข้ สร้างความคุ้นเคยใกล้ชิดกับคนไข้ เสมือนคนไข้เป็นหนึ่งในสมาชิกครอบครัว เป็นสุข ให้คำแนะนำในการใช้ยา การรักษาสุขภาพ และติดตามอาการหลังการรักษา นอกจากนี้ยังให้ความรู้ในด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับคนไข้แต่ละคน

คุณภาพการให้บริการของคลินิกเป็นสุข เกิดจากการนำจุดเด่นของการให้บริการในโรงพยาบาลเอกชนที่ให้ความสำคัญกับคนไข้เป็นที่หนึ่ง มาประยุกต์ใช้

นวัตกรรมและเทคโนโลยี

โปรแกรมดูแลสุขภาพ inCare: Individual Care InCare เป็นโปรแกรมสำหรับการบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้ใช้บริการ ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูลทั้งเรื่องอาหารที่รับประทาน น้ำหนัก ส่วนสูง ความดันเลือด เป็นต้น นอกจากนี้ยังรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์และการรับการรักษาต่าง ๆ จากทางคลินิก และโรงพยาบาลในเครือข่าย และตารางนัดพบแพทย์ ซึ่งข้อมูลดังกล่าวมีการแสดงผลเป็นกราฟิกที่สามารถเข้าใจได้ง่าย ข้อมูลเหล่านี้สามารถเข้าถึงได้ทั้งแพทย์ ผู้จัดการสุขภาพส่วนบุคคล และผู้รับบริการ เพื่อที่แพทย์จะได้นำข้อมูลเหล่านี้ ประกอบกับการตรวจวินิจฉัยไปทำการวิเคราะห์และให้คำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและความเสี่ยงต่าง ๆ สำหรับผู้ใช้บริการแต่ละคน และเพื่อให้ผู้จัดการสุขภาพส่วนบุคคลทำงานได้สะดวกและมีประสิทธิภาพมากขึ้นในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับประเด็นสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้ให้บริการแต่ละคน การติดตามผลการรักษา ฟื้นฟู ป้องกันโรค และการดูแลตารางนัดของผู้ใช้บริการโปรแกรม inCare นอกจากสามารถเข้าสมัครเป็นสมาชิกผ่านทางอินเทอร์เน็ตแล้ว ยังมีแอปพลิเคชันในสมาร์ทโฟนที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลทั้งหมดเข้าด้วยกัน และเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลได้ทุกที่ทุกเวลา

“เป็นสุข” กำลังเดินทางพัฒนาความสุขทั้งในส่วนของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ พร้อมกับขยายแนวร่วมออกไปทั่วประเทศ

นี่คือหนึ่งในตัวอย่างของการจัดการโดยใช้จุดเด่นของการบริหารจัดการแบบเอกชนมาประยุกต์ใช้ในการให้บริการด้านสุขภาพ



การจัดการ เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง

● **ความต่อเนื่อง (Continuous Care)** เป็นหัวใจหนึ่งของการให้บริการในระบบบริการปฐมภูมิ หมายถึง บริการที่ครอบคลุม ต่อเนื่อง ตลอดชีวิต (ตั้งแต่เกิดจนตาย) ซึ่งนัยของความหมายนี้ ทำให้ความต่อเนื่องเกิดขึ้น 3 ลักษณะ ลักษณะแรก คือ การดูแลต่อเนื่องก่อนเกิดปัญหาสุขภาพ ลักษณะต่อมาคือการดูแลต่อเนื่องเมื่อมีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้น นั้นหมายถึงประชาชนจะได้รับการดูแลตั้งแต่เริ่มปัญหาจนกระทั่งปัญหาสิ้นสุด ซึ่งเรียกว่า “Intra Episode” และลักษณะสุดท้ายคือ ประชาชนจะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องระหว่างปัญหาหรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ตั้งแต่เกิดจนตาย เรียกว่า “Inter Episode” (พนพัฒน โตะเจริญวานิช 2553)

ประสิทธิภาพของการให้บริการต่อเนื่อง เกิดจากปัจจัยหลายประการ อาทิ ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ บริการที่ครอบคลุมของหน่วยบริการ ระบบฐานข้อมูลเพื่อการติดตาม และการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ซึ่งการจะพัฒนากระบวนการนี้ในเชิงระบบได้นั้น จำเป็นต้องใช้ทรัพยากร กระบวนการจัดการที่ดีและรอบด้าน ตลอดจนการมีเครือข่ายที่หลากหลายและเข้มแข็งร่วมกันในการจัดระบบการดูแลต่อเนื่อง (สุพัตรา ศรีวณิชชากร 2554)

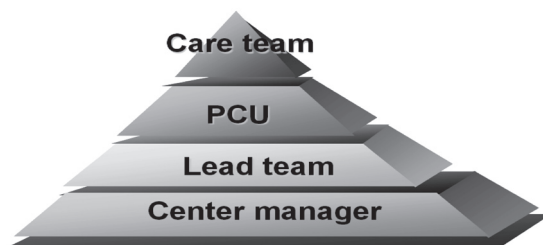
การให้บริการต่อเนื่องของเครือข่ายบริการปฐมภูมิแต่ละเครือข่าย แตกต่างกันตามบริบทของพื้นที่ จึงเป็นงานที่ต้องอาศัยการคิดค้นสร้างสรรค์ ที่จะช่วยให้แนวคิดแปรเป็นแนวปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมกับบริบทการทำงาน ที่เป็นจริง (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ 2554) สามารถสรุปรูปแบบการดูแล ต่อเนื่องได้ 2 รูปแบบ คือ การดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยมีศูนย์กลางการดูแล และการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยชุมชน

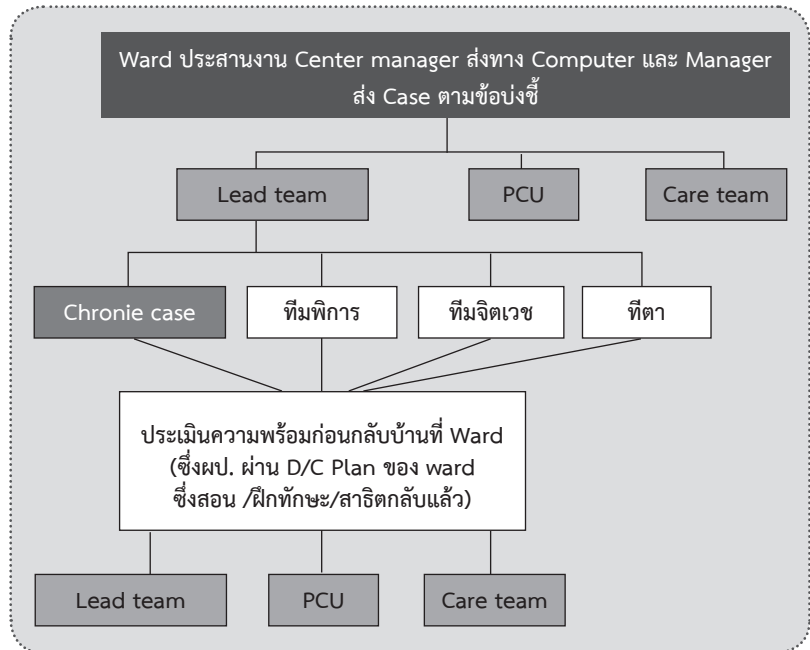
■ การดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยมีศูนย์กลางการดูแล

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี

เน้นกระบวนการร่วมมือระหว่างระบบบริการสาธารณสุขกับระบบ สุขภาพชุมชนอย่างเป็นเนื้อเดียวกันเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยที่ต้อง พึ่งพาสายสวนต่าง ๆ ผู้พิการ ผู้ป่วยทางจิตเวช เด็กพัฒนาการช้า และผู้สูงอายุ ที่พึ่งพาตนเองได้น้อย โดยกำหนดให้ผู้รับผิดชอบและติดตามผู้ป่วยอย่างเป็น ระบบทั้งในเครือข่ายและในชุมชน มีกระบวนการดูแลที่บ้านที่ชุมชนอย่าง ต่อเนื่อง มีกระบวนการช่วยเหลือเยียวยาโดยเครือข่ายแบบองค์รวม มี กระบวนการเสริมพลังผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้เกิด Family-self care และ ติดตามประเมินผลของการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ระบบข้อมูล

ทีมดูแลต่อเนื่องโรงพยาบาลลำสนธิ





ผังการประสานงานของเครือข่ายบริการลำสนธิ

1. ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (Center manager) ทำหน้าที่ในการประสานงาน รับ-ส่งต่อข้อมูล จัดการและประเมินผล สนับสนุนการจัดแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในทีม เช่น จัดเวทีเรื่องเล่าประสบการณ์จริงดูแลผู้ป่วยทุก 2 เดือน นำข้อคิด จากประสบการณ์หาจุดดีเพื่อรวบรวมเป็นองค์ความรู้และจุดด้อยเพื่อพัฒนา จัดอบรมเพิ่มทักษะและสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย เปิดโลกทัศน์ในการทำงาน ของ team เมื่อมีความรู้ใหม่ ๆ การให้กำลังใจโดยการประกวดคนต้นแบบ เช่น ผู้ป่วยต้นแบบ, Care team ต้นแบบ และบริหารจัดการธนาคารอุปกรณ์ เช่น เครื่องดูดเสมหะ ถึงออกซิเจนพร้อมหัวเกย์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถยืมไปใช้ ที่บ้านได้ เช่น ผู้ป่วยเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องการใช้ชีวิตบ้านปลายอย่างสงบ ภายใต้อาสาตนเอง

ข้อบ่งชี้ของ Center manager แบ่งการดูแลเป็น 3 ระดับ โดยระดับที่ 1 เป็นการดูแลของ Care team ระดับที่ 2 เป็นการดูแลของ PCU ในเขตรับผิดชอบ ระดับที่ 3 เป็นการดูแลของ Lead team และมีรายละเอียดการดูแลตามแผนภาพ ซึ่งแต่ละทีมสามารถส่งต่อ Case ไปมาได้ ตามระดับของผู้ป่วยขณะนั้นๆ

2. Lead team ประกอบด้วยทีมหลักจำนวน 4 ทีม คือ Lead team โรคเรื้อรัง, Lead team ผู้ป่วยพิการ, Lead team ผู้ป่วยตา, Lead team ผู้ป่วยจิตเวช เมื่อ Center manager ได้รับ Case มาจากหน่วยงานต่าง ๆ จะส่งต่อตามข้อบ่งชี้ไปยัง Lead team ดังกล่าว หาก

Lead team ดูแลจนพร้อมส่งต่อ อาจส่งต่อให้ PCU หรือ Care team ดูแลต่อตามระดับการดูแล

3. PCU มีจำนวน 8 แห่งใน 6 ตำบล แต่ละแห่งอยู่ใกล้กัน PCU ที่ไกลที่สุดห่างจากโรงพยาบาลลำสนธิถึง 40 กิโลเมตร ซึ่งไกลกว่าจากตัวโรงพยาบาลลำสนธิไปอำเภอใกล้เคียงเสียอีก จึงต้องการการบริหารจัดการที่ดีเพื่อการบริการผู้ป่วยให้เข้าถึงบริการอย่างมีมาตรฐาน

4. Care team เป็นทีมดูแลประจำหมู่บ้าน คัดเลือกจากบุคคลในหมู่บ้าน มีใจรักในการดูแล เปรียบเสมือนผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่จะช่วยทีมในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3
- การเดินทางและการเคลื่อนไหวไม่สะดวก - ผู้ป่วยที่ดูแลตัวเองไม่ได้เต็มที่ - ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในระยะสุดท้าย หรือภาวะวิกฤตต่างๆที่ไม่ต้องการ การรักษาเพิ่มเติมในโรงพยาบาล - Caregiver burnout - ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง	- ขาดความรู้ความเข้าใจ - ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแนวคิด - ศักยภาพดูแลตัวเองไม่เพียงพอ - ผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัวขอให้ติดตามเยี่ยมที่บ้าน - ครอบครัวที่มีปัญหาทางร่างกาย จิตใจ สังคม หรือเศรษฐกิจที่มีผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพ - ต้องการติดตามการดูแลรักษาต่อเนื่อง	- ปัญหาซับซ้อน poor control - มีความเสี่ยงที่อาจเกิดอันตราย เช่น Multiple medical problem - มีการเปลี่ยนแปลงที่ต้องเฝ้าระวัง - มีปัญหาทางจิตสังคม - ขาดโอกาสทางสังคม

โดยรับการสนับสนุนงบประมาณจาก อบต. มีทีมสหสาขาวิชาชีพจากโรงพยาบาล อบรมความรู้ในการดูแลขั้นพื้นฐาน และติดตามงานทำให้มีเครือข่ายในการดูแลที่เป็นผู้รู้พื้นฐาน และใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด และ อบต.เอง มีบทบาทในการดูแลสิ่งแวดล้อมในชุมชน และให้การสนับสนุนทางสังคม ทีมเจ้าหน้าที่จะ ลงเยี่ยมเพื่อช่วยเหลือในกรณีกับติดตามงาน หรือทีมดูแลประจำหมู่บ้านพบปัญหาผู้ป่วย ที่อยู่ในความดูแลที่ไม่สามารถดูแลได้ เนื่องจาก มีปัญหาซับซ้อน

Care team ทุกคนจะได้รับการจัด อุปกรณ์ประจำตัว ได้แก่ กล่องพลาสติกใส่ อุปกรณ์ แปรง หวี สบู่ ยาสระผม Cotton bud แปรงขัดเล็บ มีดตัดเล็บ สายวัดเอว กรรไกร เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความดันโลหิตชนิด



อัตโนมัติ สายยืดรัดอุปกรณ์กับรถจักรยานยนต์ พลาสติกกรองศีรษะเมื่อสระผม อุปกรณ์เวชภัณฑ์ สำหรับทำแผล สำหรับรายที่ต้องดูแลผู้ป่วย เบาหวานจะได้รับเครื่องเจาะระดับน้ำตาลจาก ปลายนิ้ว ในช่วงเช้าของทุกวัน Care team สามารถเบิกอุปกรณ์ทำแผลเพิ่มเติมได้ที่ศูนย์ ดูแลต่อเนื่อง

เครือข่ายบริการสุขภาพ

อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

ออกแบบการดูแลต่อเนื่องภายใต้แนวคิด การเฝ้าระวังที่ไร้รอยต่อจากโรงพยาบาลสู่บ้าน และชุมชน โดยจัดตั้งศูนย์ดูแลต่อเนื่องขึ้นเมื่อ ปี 2551 ภายใต้การดูแลของงานการพยาบาล ชุมชน และเป็นคนทำงานคนเดียวกันกับทีมพัฒนา PCU เครือข่ายสุขภาพวารินชำราบ

การบริหารจัดการใช้แนวคิดการพัฒนาแบบ PLAN-DO-CHECK-ACT โดยมีการจัดทำแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนพร้อมสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ การแพทย์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน เริ่มจากกำหนดแนวทาง ปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยในการดูแลต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาล และ PCU จัดระบบให้มีกระบวนการคัดกรองผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องดูแลต่อเนื่อง โดย พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่องเข้าเยี่ยมผู้ป่วยที่ติดผู้ป่วยเพื่อค้นหาปัญหาผู้ป่วย เชิงรุกและวางแผนการดูแลผู้ป่วยกับพยาบาลประจำตึกและแพทย์เจ้าของไข้ กรณีคนไข้มีปัญหาการดูแลที่ซับซ้อนจะใช้แนวคิด C3THER (Care, Communication, Continuity, Team, Health Resources, Environment & Equipment, Record) เพื่อวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย จากนั้นปรับระบบการ บันทึกข้อมูล และนำส่งข้อมูลการดูแลผู้ป่วยให้กับ PCU โดยเน้นให้เห็นปัญหา และกิจกรรมที่สำคัญที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่ม หรือเกิดปัญหาเดิม

ระบบการดูแลต่อเนื่องนี้ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้โดยไม่ต้อง กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำด้วยโรคเดิม ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นับเป็นบริการที่ไร้รอยต่อสอดคล้องกับบริบทชุมชน

■ การดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยชุมชน

เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอมะนัง จังหวัดยะลา

ได้นำนโยบายสาธารณสุขการใช้บ้านเป็นหอผู้ป่วย (Home ward) มา ดำเนินการให้เป็นรูปธรรมเพื่อแก้ปัญหาความไม่ต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย เรื้อรังและผู้พิการ เพราะการขาดแคลนเจ้าหน้าที่และเตียงในโรงพยาบาล ไม่พอ โดยได้รับการดูแลจากจิตอาสาอำเภอลาว ดุจดั่งญาติมิตรเสมือน ครอบครัวเดียวกัน เน้นการสร้างการมีส่วนร่วมจากครอบครัว ชุมชน องค์กร

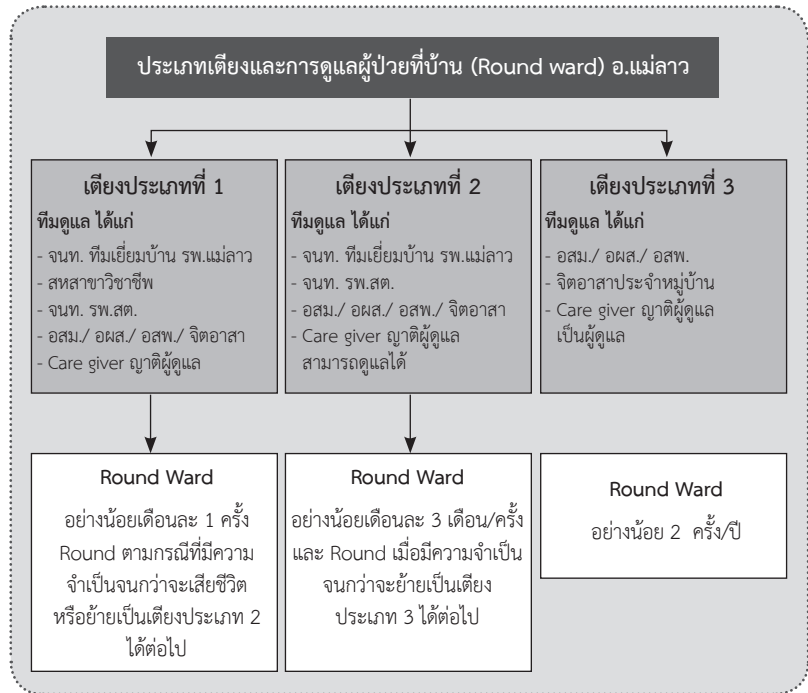
ส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการวางแผนการดูแลรักษา มีการจัดแนวทางเยี่ยมบ้านโดยการจำแนกประเภทเตียงผู้ป่วยอย่างชัดเจน หรือดำเนินการช่วยเหลือตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส ผู้ถูกทอดทิ้ง ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน (Home care/Home Ward) มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ตลอดจนการนำภูมิปัญญาพื้นบ้าน และพิธีกรรมทางศาสนามาใช้ในการดูแลผู้ป่วย โดยมุ่งหวังให้เกิดระบบสุขภาพเชิงรุกแบบองค์รวมในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม



ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพ



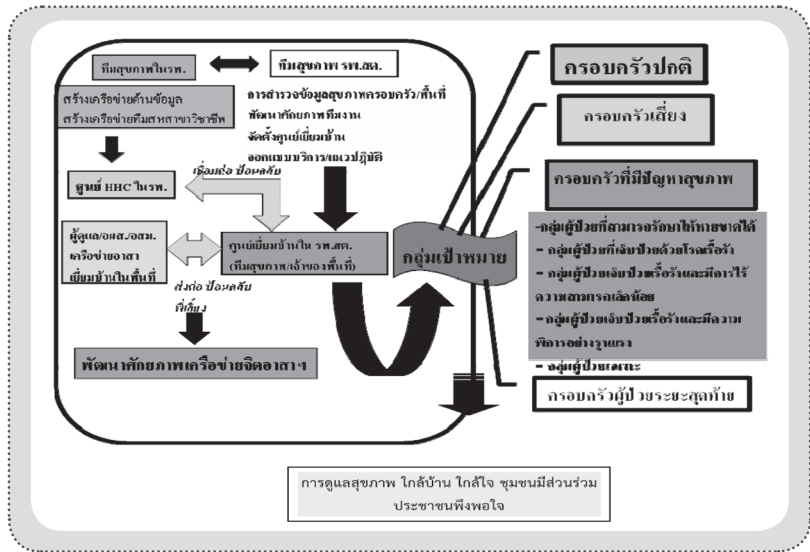
แนวคิดในการดูแลจากจิตอาสาอำเภอมะเข่ลาว



ประเภทเตียงและการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอำเภอแม่ลาว

เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน (HOME WARD) โดยเน้นการสร้างความร่วมมือกับแกนนำในชุมชนที่มีศักยภาพ เช่น อาสาสมัคร จิตอาสา เครือข่ายอาสาเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยร่วมกับครอบครัวและชุมชนสามารถดูแลตนเองได้และมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยมีการกำหนดขั้นตอนแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ตั้งแต่กำหนดโครงสร้างและบทบาทของ “ทีมเยี่ยมบ้าน” พร้อมแนวทางปฏิบัติร่วมกันตามมาตรฐาน พร้อมกับใช้นวัตกรรม “สามล้อน้อย กอยผ่อสุขภาพ” เป็นเครื่องมือเพื่อการดูแลสุขภาพที่บ้าน



เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภออินทรีบุรี จังหวัดสิงห์บุรี

จัดรูปแบบการดูแลต่อเนื่องโดยการกำหนดลักษณะของผู้รับบริการเป็นเกณฑ์ โดยมีการแบ่งพื้นที่และทีมเยี่ยมบ้านที่ชัดเจน เริ่มต้นกระบวนการเยี่ยมบ้านโดยจำแนกลักษณะของบุคคล (ผู้ป่วย) ในครอบครัวเป็น 4 ลักษณะปกติ กลุ่มเสี่ยงป่วย และด้อยโอกาส (พิการ) และกำหนดลักษณะเตียงเป็น 1. เตียงพักผอน (กลุ่มปกติ) 2. เตียงเสี่ยง 3. เตียงป่วย และ 4. เตียงด้อยโอกาส (ผู้พิการ)

ทีมสุขภาพหรือทีมเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข และ อสม. ระดับชำนาญการ ซึ่งทำหน้าที่เสมือนเป็นพยาบาลประจำครอบครัวด้วย โดย อสม. ระดับชำนาญการ 1 คน รับผิดชอบดูแล 10-13 เตียงสุขภาพ แบ่งความรับผิดชอบออกเป็น 10 สาขา คือ เบาหวาน ผู้พิการ คุ้มครองผู้บริโภค มะเร็งปากมดลูก โรคไข้เลือดออก ความดันโลหิตสูง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุ วัณโรค และอนามัยแม่และเด็ก ผสานด้วยการ

ใช้งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นสนับสนุนให้เกิดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและโครงการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพในชุมชนอีกด้วย

เครือข่ายบริการอำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด จัดระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยมีเป้าหมายสำคัญ 2 ประการ คือ 1) เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยใหม่ในโรคที่ป้องกันได้ และเพื่อสร้างโรงพยาบาล 1 เตียงสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน โดยมีการกำหนด Index Case ในการ Home Visit และ Home Health Care ซึ่งมีทั้งกลุ่มแม่และเด็ก ผู้ป่วยนอกที่ต้องปรับพฤติกรรม ผู้ป่วยโรคติดต่อ และส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยงานเยี่ยมบ้านทั้งในโรงพยาบาลและศูนย์สุขภาพชุมชน/ รพ.สต. ผ่านทางระบบ LAN

โรงพยาบาล 1 เตียงที่บ้าน เป็นงานของ 2 เจ้าภาพหลัก คือ พยาบาลและนักร่างกายบำบัด ขึ้นกับอาการของผู้ป่วยเรื้อรังว่า เป็นผู้ป่วยที่มีหัตถการแบบใด ส่วนสหวิชาชีพอื่นเป็นทีมสนับสนุน ออกเยี่ยมตามการนัดหมายของเจ้าภาพหลัก เริ่มจากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยตามแผนการรักษาเชื่อมจากโรงพยาบาลที่มีการฝึกทักษะจำเป็นให้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจนผ่านการประเมินจากนั้นพยาบาล รพ.สต. ร่วมกับครอบครัว จะจัดเตรียมบ้านและอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย ย้ายผู้ป่วยไปรักษาพยาบาลต่อที่บ้าน โดยมีพยาบาล รพ.สต. หรือนักร่างกายบำบัดเป็นเจ้าของไข้แทนแพทย์ และญาติผู้ป่วยเป็นพยาบาลข้างเตียง มีสหวิชาชีพออกเยี่ยมตามความจำเป็นที่พยาบาลหรือกายภาพเจ้าของไข้นัดหมาย พร้อมกับเติมเต็มศักยภาพของเจ้าภาพหลักอยู่เสมอ เพราะการเจ็บป่วยที่เปลี่ยนไปของคนในชุมชน

ปัจจุบัน CUP คลองใหญ่ สามารถสร้างโรงพยาบาล 1 เตียงได้สำเร็จเกือบ 100 เตียง ทั้งผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ และผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งการรักษาพยาบาลที่บ้านนั้นได้สร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วยเป็นอย่างมาก และช่วยลดอัตราการเตียงของโรงพยาบาลลงได้มาก ที่สำคัญกว่านั้นคือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ดีขึ้น



การจัดการ ระบบการเยี่ยมบ้าน

● -----

การเยี่ยมบ้าน (Home visit) เป็นองค์ประกอบสำคัญหนึ่งของงานเวชปฏิบัติครอบครัวและบริการปฐมภูมิ มีลักษณะที่เป็นการดูแลรักษาผู้ป่วยนอกสถานพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญคือเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง¹

การเยี่ยมบ้านอาจจำแนกออกเป็น 4 ลักษณะ คือ การเยี่ยมบ้านกรณีเจ็บป่วย การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต การเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินสถานะสุขภาพ และการเยี่ยมบ้านหลังผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (โสธยา วงศ์วิไล 2554)

การเยี่ยมบ้าน ควรดำเนินการอย่างเป็นขั้นตอนต่อเนื่องกันตามลำดับ คือ

- ขั้นตอนที่ 1 การประเมินปัญหาสุขภาพและความต้องการของครอบครัว
- ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนเพื่อช่วยเหลือและอุปกรณ์ในการเยี่ยมบ้าน
- ขั้นตอนที่ 3 เยี่ยมบ้าน โดยมีการนัดหมายและยืนยันการนัดหมาย พร้อมอุปกรณ์การเยี่ยมบ้านที่จำเป็น และ
- ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการให้บริการ

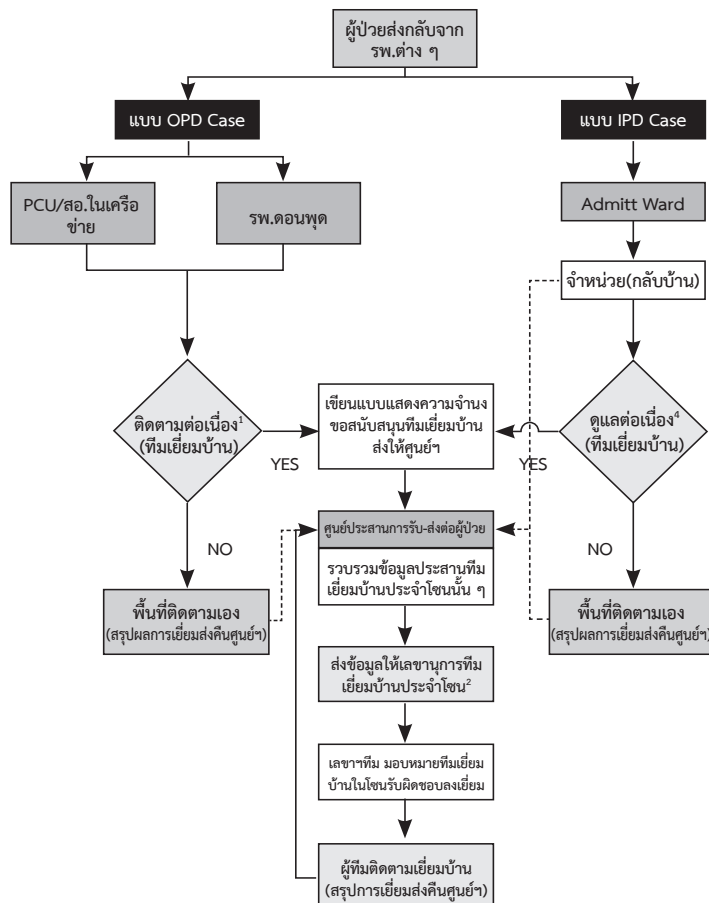
¹ โสธยา วงศ์วิไล. แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวกับการเยี่ยมบ้าน อ้างอิงจาก Home health care. AAFP policies on health issues 1998.

การเยี่ยมบ้านเป็นองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยที่ทำให้บุคลากรทางการแพทย์เข้าใจและมองเห็นปัญหาทางสุขภาพของผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง ทั้งการรักษา ป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพ ด้วยบริบทและข้อจำกัดที่แตกต่างกัน รูปแบบการเยี่ยมบ้านของเครือข่ายบริการปฐมภูมิจึงมีรูปแบบของการจัดการและผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน

เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอดอนพุด จังหวัดสระบุรี

พัฒนาระบบเยี่ยมบ้านโดยเชื่อมโยงกับระบบรับ-ส่งต่อผู้ป่วย มีศูนย์ประสานการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของระบบ เชื่อมโยงตั้งแต่รับผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวมาจากสถานีนามัยเข้ารับการรักษาโรงพยาบาลดอนพุด หรือส่งตัวไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่น ๆ เมื่อรักษาแล้วกลับบ้านก็ส่งข้อมูลกลับคืนให้สถานีนามัย ในกลุ่มที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องก็เชื่อมโยงกับทีมเยี่ยมบ้านเพื่อเตรียมการเยี่ยมบ้านได้ ทำให้มองเห็นภาพรวมทั้งหมดของการเข้ารับบริการในระบบทั้งขาเข้าและขาออกจากโรงพยาบาล ในการปฏิบัติงานมีการกำหนดแนวทางที่ชัดเจนทั้งเรื่องการประสานงานและขอสนับสนุนทีมเยี่ยมบ้าน

**แนวทางการประสานงานและติดตามเยี่ยมบ้าน
เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอดอนพุด จังหวัดสระบุรี**



หมายเหตุ

1. ติดตามต่อเนื่อง หมายถึงผู้ป่วยที่มีปัญหา หรือความยุ่งยากในการดูแล ติดตาม ต้องการดูแล ติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ ๆ
2. ทีมเยี่ยมบ้านประจำโซน ประกอบด้วย โซน 1 (ตำบลดอนพุดและตำบลไผ่หลิว) โซน 2 (ตำบลบ้านหลวงและตำบลคงกระขาว)
3. แนวทางการประสานงาน → การส่งกลับข้อมูล --->
4. ดูแลต่อเนื่อง (กรณีผู้ป่วยใน) มี Criteria ในการติดตามต่อเนื่อง ผู้ป่วย 4 กลุ่ม ดังนี้
 - * ผู้ป่วย DM, HT ที่มีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ
 - * ผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนในการดูแล เช่น CVA ทำแผลที่บ้าน, ให้อาหารทางสายยาง
 - * ผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังและควบคุมโรค เช่น DHF, TB, Leptospirosis เป็นต้น
 - * ผู้ป่วยอื่น ๆ ที่แพทย์เห็นควรต้องติดตามเยี่ยมบ้าน

เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอนิทรบุรี จังหวัดสิงห์บุรี

ใช้นโยบาย “สร้างนำซ่อม” ออกแบบระบบการบริการทั้งหมด โดยมุ่งเน้นการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นองค์รวม ผสมผสานระหว่างอนามัยครอบครัว และการบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน (Home Health Care) ตลอดจนให้การดูแลความเป็นอยู่ที่เกี่ยวกับการดำรงชีวิตในครอบครัว เพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพดี และมีความปกติสุขภายในครอบครัว โดยให้ความสำคัญกับการเยี่ยมบ้านที่ **เน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล** โดย ทีมเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนิทรบุรี 2 คน เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข 1 คน นักการแพทย์แผนไทย 1 คน หมอนวดผู้ช่วยแพทย์แผนไทย 2 คน อสม. ดำเนินการเยี่ยมแบบบูรณาการ โดยแบ่งโซนความรับผิดชอบ เครื่องมือหลักในการเยี่ยมบ้านคือ แฟ้มครอบครัว (Family Folder) มีการควบคุมกำกับ การเยี่ยมบ้านตามการนัดหมาย โดยมีหลักเกณฑ์สำคัญของการเยี่ยมบ้านคือ มีสมาชิกในครอบครัวต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น มีแผลเรื้อรัง ต้องให้อาหารทางสายยาง ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ รวมทั้งผู้พิการที่ต้องการกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพ หรือป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมีปัญหาในการเดินทางมาตรวจที่โรงพยาบาล หรือป่วยด้วยโรคเรื้อรังในระยะสุดท้ายและ ไม่ต้องการการรักษาเพิ่มเติมในโรงพยาบาล รวมถึงครอบครัวที่มีปัญหาทางร่างกาย จิตใจ สังคมหรือเศรษฐกิจที่มีผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพ

■ แนวทางปฏิบัติของทีมเยี่ยมบ้าน

ก่อนออกเยี่ยมบ้าน

- กำหนดทีมที่จะเป็นผู้เยี่ยม
- ศึกษาข้อมูลต่าง ๆ ของครอบครัว และสมาชิกในครอบครัว
- กำหนดวัตถุประสงค์ในการเยี่ยมและกิจกรรมเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์
- เตรียมอุปกรณ์ที่จะต้องนำไปด้วยในการเยี่ยมบ้าน
- ยืนยันวัน และเวลาเยี่ยมบ้านกับสมาชิกในครอบครัวนั้น ๆ ล่วงหน้า

ขณะเยี่ยมบ้าน

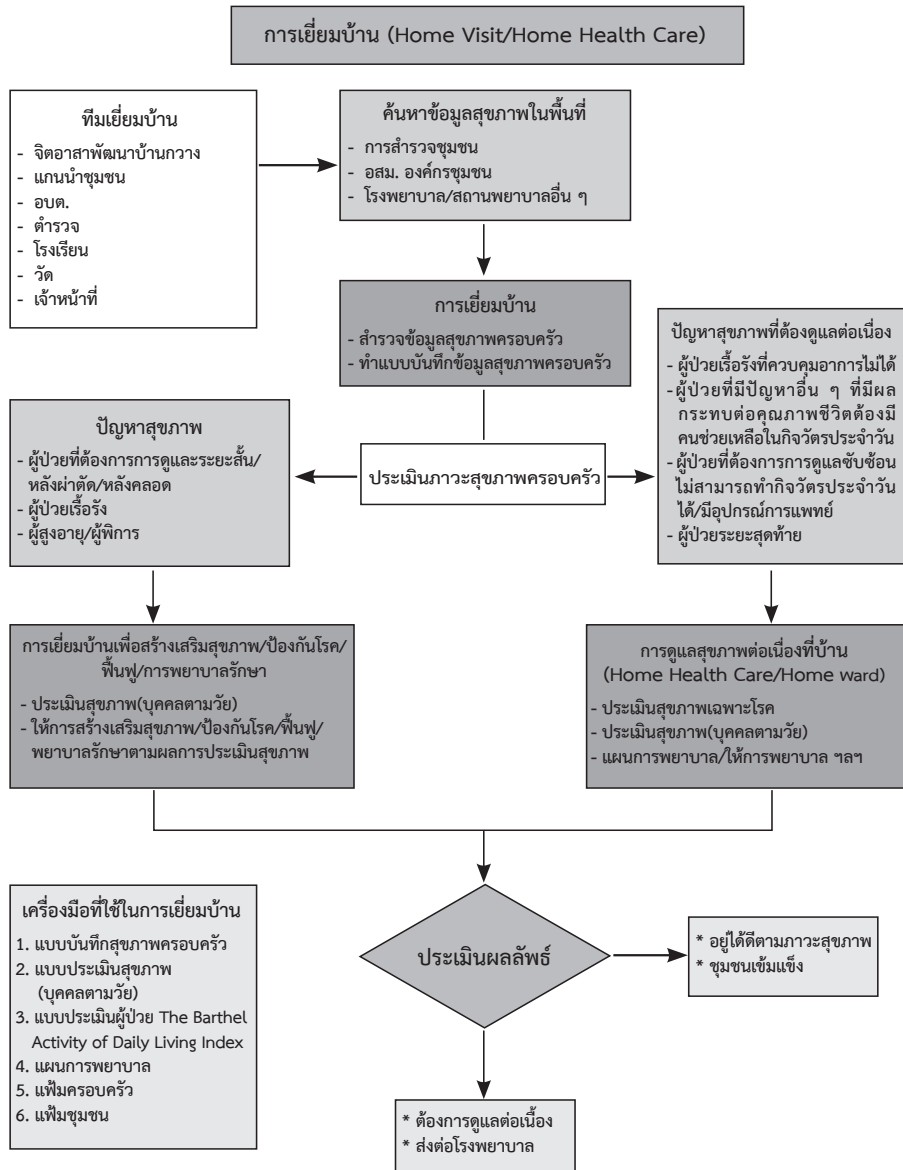
- ปฏิบัติตนในฐานะแขกของครอบครัว แนะนำตนเองและสถานที่ทำงาน ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเยี่ยม
- เคารพกฎ ระเบียบ วัฒนธรรมประเพณีของครอบครัวและชุมชน
- ดำเนินการปฏิบัติตามแผนการเยี่ยมที่กำหนดไว้แล้ว
- ขณะสัมภาษณ์ อาจจดบันทึกสั้น ๆ เพื่อกันลืม ควรแจ้งสมาชิกในครอบครัวทุกครั้งว่า ข้อมูลเหล่านี้จะเป็นความลับ
- ใช้เวลาในการเยี่ยมแต่ละครั้งไม่ให้นานจนเกินไป
- ก่อนลากลับ ควรนัดหมายการเยี่ยมครั้งต่อไปกับสมาชิกในครอบครัว

หลังเยี่ยมบ้าน

- ดูแลอุปกรณ์ที่ได้นำไปใช้ ตรวจสอบสภาพ และจำนวนก่อนเก็บเวชภัณฑ์ เช่น ยา ชุดทำแผล น้ำยาต่าง ๆ ที่ได้ใช้ไปแล้ว ควรเติมให้เต็มหรือให้อยู่ในปริมาณที่เพียงพอที่จะใช้ในครั้งต่อไป
- บันทึกรายงานการเยี่ยมบ้านอย่างละเอียด บันทึกข้อมูลลง HCIS
- ทีมเยี่ยมบ้านมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และปรึกษากันภายในทีมเพื่อประเมินผลการเยี่ยมในแต่ละครั้ง และกำหนดแผนการเยี่ยมครั้งต่อไป

เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่

จัดระบบการดูแลต่อเนื่องโดยใช้การเยี่ยมบ้าน ด้วยการสร้างพันธมิตรในชุมชนที่มีทั้งความสามารถและศักยภาพที่หลากหลายเพื่อร่วมกันดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ซึ่งได้รับการอบรมพัฒนาให้เป็น อสม. เชี่ยวชาญงานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยในระดับของ “หมอครอบครัว” การจัดการเน้นส่วนร่วมทั้งในส่วนองภาครัฐ ภาคประชาชน และวัด เป็นเครือข่ายในการดูแลสุขภาพในชุมชน



ระบบการเยี่ยมบ้านของเครือข่ายบริการสูงเม่น



อูตรดิตถ์โมเดล...

พลังวิชาการกับการเสริมพลังของชุมชน¹

“แนวคิด 1 มหาวิทยาลัย 1 จังหวัด เป็นการปฏิรูปแนวคิดทางการศึกษา จากการเอาวิชาเป็นตัวตั้งไปเอาพื้นที่เป็นตัวตั้ง พื้นที่คือความเป็นจริงของชีวิตและการอยู่ร่วมกัน ทั้งระหว่างคนกับคน ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม ในพื้นที่มีคน องค์กร สถาบันต่าง ๆ มากมาย ถ้าคน องค์กร สถาบันต่าง ๆ เหล่านี้เรียนรู้ร่วมกันในการปฏิบัติ (Interactive through Action) ชุมชนท้องถิ่นจะเกิดการพัฒนารูปแบบการไปพร้อมกันอย่างน้อย 8 เรื่อง คือ เศรษฐกิจ จิตใจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม สุขภาพ การศึกษา ประชาธิปไตย การพัฒนารูปแบบการทำให้เกิดสังคมคานติสุข หากมหาวิทยาลัยไปร่วมในกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันในการปฏิบัติจะเป็นปัจจัยสำคัญต่อการปฏิรูปประเทศ ที่เอาพื้นที่หรือชุมชนท้องถิ่นเป็นตัวตั้ง และจะเป็นการปฏิรูปการศึกษาไปด้วยในตัว”

ศ.นพ.ประเวศ วะสี

¹ สรุปรจากการศึกษาดูงาน 1 มหาวิทยาลัย 1 จังหวัด “อูตรดิตถ์โมเดล” และ “เส้นทาง 1 มหาวิทยาลัย 1 จังหวัด” โดยมหาวิทยาลัยราชภัฏอูตรดิตถ์

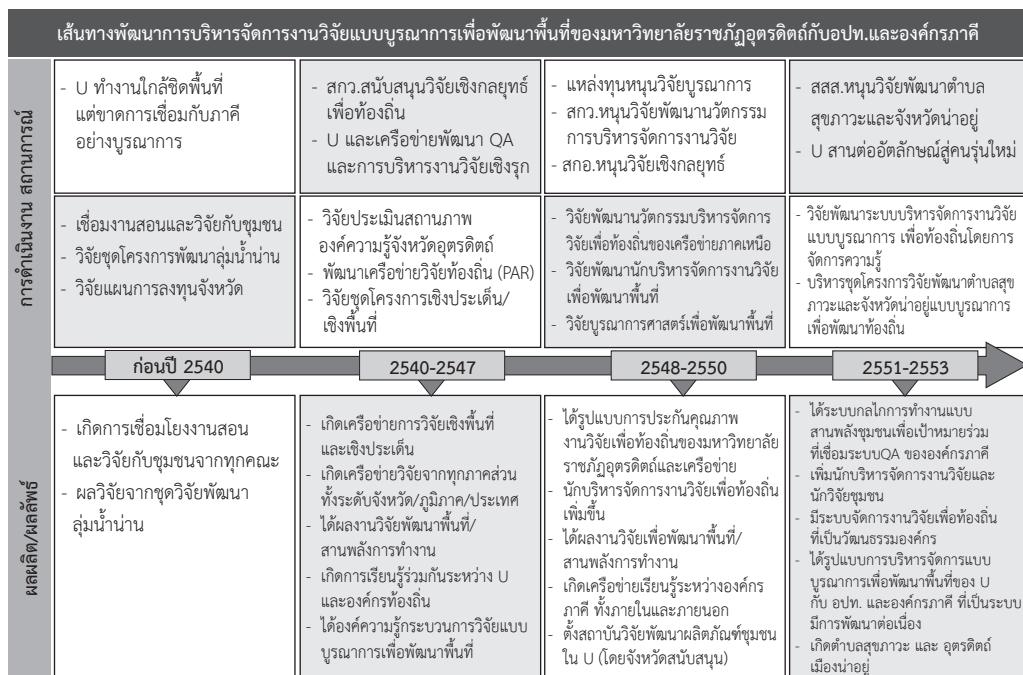
“อูตรดิตถ์โมเดล” เป็นการนำแนวคิดของ ศ.นพ.ประเวศ วะสี ราษฎรอาวุโส ที่อยากเห็นมหาวิทยาลัยมีบทบาทในการสนับสนุนความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น โดยการส่งเสริมให้อาจารย์ นักศึกษา รู้จักการทำงานเพื่อสังคม ด้วยการเอางานวิจัยและวิชาการลงพื้นที่พัฒนาชุมชน หรือที่เรียกว่า “ชุมชนเป็นห้องเรียนและพื้นที่วิจัย”

ช่วงก่อนปี พ.ศ. 2540 มหาวิทยาลัยราชภัฏอูตรดิตถ์มีผลงานที่ร่วมมือกับชุมชนท้องถิ่นที่มีคุณค่าควรแก่การสานต่อจำนวนมาก แต่ผลงานส่วนใหญ่ขึ้นกับบุคคล ขาดการบ่มเพาะสานพลังต่อเนื่อง จุดเปลี่ยนที่สำคัญเกิดขึ้นช่วงพ.ศ. 2540-2541 มหาวิทยาลัยได้ทุนวิจัยเชิงกลยุทธ์เพื่อประเมินสถานภาพองค์ความรู้และพัฒนาชุดโจทย์วิจัยที่สนองต่อเป้าหมายวิสัยทัศน์การพัฒนาพื้นที่จังหวัดอูตรดิตถ์จากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ทำให้เกิดเครือข่ายระหว่างมหาวิทยาลัยกับภาคีทุกภาคส่วนอย่างเป็นรูปธรรม เป็นจุดเริ่มให้มีการสานต่อการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อประโยชน์ของชุมชนท้องถิ่นที่มีการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง

ปี 2551-2554 มหาวิทยาลัยได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยเพื่อดำเนินโครงการพัฒนาตำบลสุขภาวะและจังหวัดน่าอยู่จากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จากการออกแบบการทำงานเพื่อสร้างกลไกเชิงระบบที่เชื่อมงานประกันคุณภาพองค์กรกับการพัฒนาพื้นที่ เป็นการลดช่องว่างที่เคยขาดการเชื่อมต่อสิ่งดี ๆ จากประสบการณ์คนรุ่นเก่าให้มีการสานพลังจากทุกคณะร่วมกับองค์กรภาคี ช่วยกันสานเครือข่ายสิ่งดีเข้าด้วยกันให้เพิ่มขึ้นอย่างยั่งยืน โดยมีการพัฒนากระบวนการคิด วิธีทำงานของมหาวิทยาลัยกับองค์กรภาคี เริ่มจากทีมงานที่มีจิตวิญญาณทำงานเพื่อชุมชนส่งผลให้เกิดการสานพลังทำงานสู่เป้าหมายร่วมกันของพื้นที่ทั้งระดับตำบลและจังหวัด

มหาวิทยาลัยได้มีการพัฒนานวัตกรรม การบริหารจัดการงานวิจัยแบบบูรณาการเพื่อ พัฒนาพื้นที่ โดยความร่วมมือขององค์กรภาคี อย่างเป็นระบบ ด้วยการเชื่อมโยงการ การจัดการงานวิจัยของทุกคณะกับงานพัฒนาตำบล ต้นแบบสุขภาวะอย่างน้อยคณะละ 3 ตำบล โดยหน่วยจัดการงานวิจัยของแต่ละคณะจะเชื่อมโยง ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาจากพื้นที่เพื่อการวิจัย และปฏิบัติพันธกิจขององค์กรแบบบูรณาการ อย่างมีส่วนร่วมกับเครือข่ายองค์กรภาคี ผล

การบริหารจัดการแบบบูรณาการ ช่วยให้เกิด การพัฒนาตำบลสุขภาวะในช่วงแรก 30 ตำบล และขยายผลเต็มพื้นที่ทั้งจังหวัด เชื่อมโยง การทำงานจากเป้าหมายระดับตำบลสู่วิสัยทัศน์ การพัฒนาของจังหวัด โดยมีกลไกการบริหาร จัดการที่เป็นระบบเชื่อมงานประกันคุณภาพ องค์กร มีการต่อยอดขยายผลและพัฒนา ต่อเนื่อง โดยสรุปเส้นทางการพัฒนาระบบการ ขับเคลื่อนงานแบบบูรณาการของมหาวิทยาลัย กับองค์กรภาคี



เส้นทางขับเคลื่อนงานแบบบูรณาการ เพื่อท้องถิ่นของมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์ และองค์กรภาคีมีปัจจัยเบื้องหลังความสำเร็จมากมาย แต่สิ่งสำคัญก็คือ วิสัยทัศน์ผู้นำและความมุ่งมั่นของผู้ปฏิบัติ การบ่มเพาะสานต่อ ประสพการณ์การเรียนรู้ และเสริมแรงจากแหล่งสนับสนุน และการสานพลังเครือข่ายสู่เป้าหมายร่วมพัฒนา

วิทยาลัยวววิทยา : วิธีวิจัย เพื่อพัฒนาพื้นที่ของคณะเกษตร

ห้วยบงเป็นชื่อหมู่บ้านเล็ก ๆ แห่งหนึ่งในตำบลป่าเช่า ซึ่งเป็นที่ตั้งของคณะเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์ ตำบลนี้เป็นหนึ่งในสามตำบลที่เป็นพื้นที่เป้าหมายหลักที่คณะเกษตรศาสตร์รับผิดชอบทำงานร่วมกับ อบต. และองค์กรภาคีในชุมชนหมู่บ้านแห่งนี้ ชาวบ้านมีฐานะค่อนข้างยากลำบาก มีอาชีพเลี้ยงวัวกันเป็นส่วนใหญ่ ช่วงก่อนปี 2552 ใครมีธุระต้องขับรถผ่านเข้าไปในที่นี้ต้องคิดหนักเพราะหลบขีวัวยาก ปัญหาขีวัวจึงเป็นประเด็นเร่งด่วนที่ติดอันดับต้น เมื่อทีมวิชาการของคณะเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์ลงไปสำรวจ

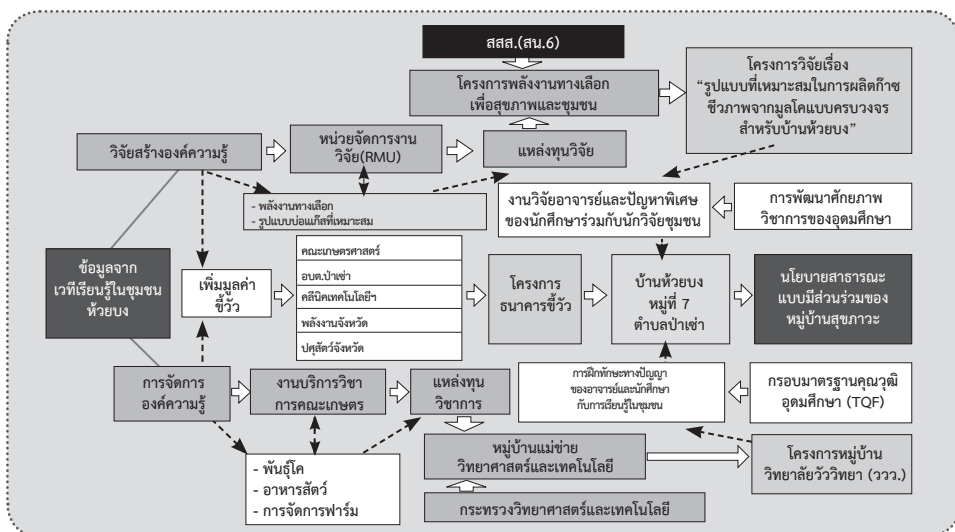
สถานการณ์ในพื้นที่ร่วมกับ อบต. ป่าเช่า ในช่วงต้นปี 2552 อาจารย์คณะเกษตรศาสตร์ที่ลงพื้นที่ในช่วงนั้นเล่าที่มาของการเกิดวิทยาลัยวววิทยา (ววว.) ที่หมู่บ้านแห่งนี้จากปัญหาขีวัวด้วยความภูมิใจว่า

“...เรามีการจัดเวทีวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางแก้ไขร่วมกับชุมชน โดยมีทีมหน่วยจัดการงานวิจัยของคณะและภาคีที่เกี่ยวข้องลงไปร่วมเวทีหลายครั้ง บางครั้งต้องไปเย็น ๆ ค่ำ ๆ ตามที่ชาวบ้านสะดวก การจัดเวทีแต่ละครั้ง ทีมวิชาการของคณะกับทีมแกนนำในพื้นที่ต้องเตรียมการศึกษาข้อมูลอย่างดี ทั้งในส่วนของสถานการณ์ปัญหา ศักยภาพของชุมชน ศักยภาพความรู้ที่เกี่ยวข้องที่เป็นช่องทางเลือกใหม่ ๆ รวมทั้งเชิญภาคีที่เป็นผู้รู้หรือมีส่วนเกี่ยวข้องร่วมประชุมด้วย ผลการร่วมวิเคราะห์ปัญหาและแนวทางพัฒนาทำให้ได้ข้อสรุปร่วมกันว่า มีชุดโจทย์และทางเลือกเพื่อจัดการเพิ่มมูลค่าและคุณค่าให้กับขีวัวอย่างหลากหลาย ทั้งที่ต้องทำในระยะสั้นและระยะยาวเพื่อให้มีการร่วมคิดร่วมทำกันอย่างต่อเนื่อง จึงตกลงกันตั้งเป็นวิทยาลัยวววิทยาขึ้น เพื่อให้มีการเรียนรู้ ศึกษาวิจัย และพัฒนาต่อเนื่องโดยใช้สถานที่และอุปกรณ์ที่ดัดแปลงจากสิ่งที่มีอยู่แล้วเป็นส่วนใหญ่ โครงการเริ่มต้นคือ วิจัยหารูปแบบ

การผลิตพลังงาน แก๊สหุงต้มจากชีวิ๊วที่เหมาะสมกับบริบทชาวบ้านห้วยบง ต่อจากนั้นก็มีการวิจัยดี ๆ ที่ช่วยกันทำด้วยความสุขและภาคภูมิใจตามมาอีกเรื่อย ๆ”

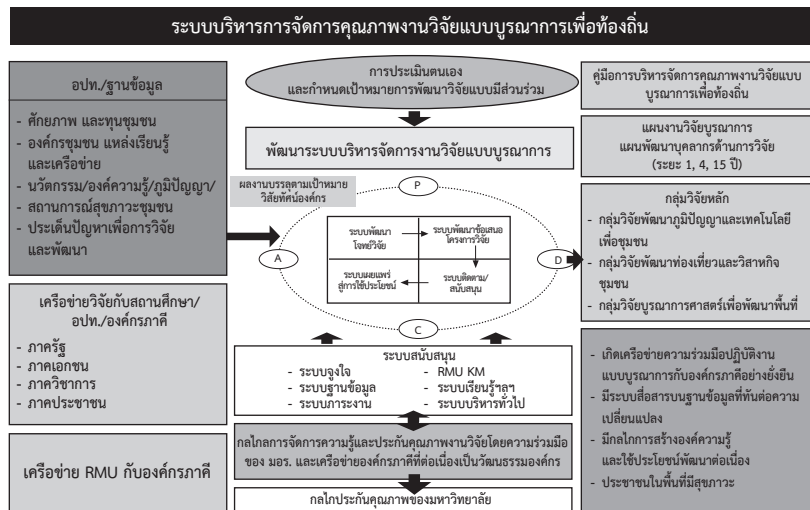
คนบ้านห้วยบงใช้แก๊สเฉลี่ย 2 เดือน 1 ถัง ต่อ 1 ครัวเรือน เสียค่าใช้จ่าย 300 บาท แต่เมื่อมีแก๊สใช้เอง ทำให้ชาวบ้านลดค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 100-150 บาท ของเสียที่ออกมาจากระบบนำไปทำปุ๋ยได้ ซึ่งชาวบ้านห้วยบงทำนาข้าวด้วย จึงทำให้ลดค่าปุ๋ยลงไปอีกด้วย ซึ่งจากข้อมูลพื้นฐานทะเบียนเกษตรกรกรมพบว่า บ้านห้วยบงมีผู้เลี้ยงโคเนื้อ 45 ราย มีโคเนื้อลูกผสม 778 ตัว

กรณีตัวอย่างการเชื่อมโยงสถานการณ์ปัญหาสู่โจทย์และข้อเสนอโครงการจนปรากฏผลงานที่หมู่บ้านห้วยบงเป็นตัวอย่างจากจุดเล็ก ๆ ของการทำงานตามวิถีวิจัยเพื่อพัฒนาพื้นที่จากปัญหาเพียงประเด็นปัญหาชีวิ๊ว ซึ่งในมุมมองของคนในพื้นที่อาจมีมุมมองของการแก้ปัญหาอยู่ส่วนหนึ่ง แต่เมื่อเสริมมุมมองกันในหลายมิติหลายประสบการณ์ ทำให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาไม่มีสิ้นสุด กระบวนการคิดด้วยวิถีวิจัยเพื่อชุมชนท้องถิ่นเช่นนี้มีคุณค่าและความสำคัญอย่างมากต่อการจรรโลงทางสติปัญญาของทุกฝ่าย มีกรณีตัวอย่างมากมายที่เล่าได้โดยผู้มีประสบการณ์ทำจริงจากทุกคณะของมหาวิทยาลัย



รูปแบบการทำงานบูรณาการพันธกิจร่วมกันของภาควิชาการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน
กรณีศึกษาบ้านห้วยบง ตำบลป่าเซ่า อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

จากกรณีตัวอย่างการทำงานของคณะเกษตรฯที่ตำบลป่าเซ่า เห็นได้ว่า ทีมวิชาการหลักที่เป็นตัวช่วยที่สำคัญของอาจารย์และนักศึกษาที่ลงพื้นที่ คือ ทีมอาจารย์ที่รับผิดชอบประสานการพัฒนาตำบลกับทีมหน่วยจัดการงานวิจัย ของคณะ ซึ่งมีมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์กำหนดเป็นโครงสร้างหลักที่ทุกคณะ ต้องมี เพื่อเป็นทีมสนับสนุนการให้เกิดการเชื่อมโยงจากพื้นที่สู่การปฏิบัติ พันธกิจแบบบูรณาการทั้งการวิจัย สอน บริการวิชาการ และทำนุบำรุงศิลป วัฒนธรรม



ภาพสรุประบบบริหารจัดการงานวิจัยแบบบูรณาการเพื่อท้องถิ่นและการเชื่อมโยงการบริหารจัดการงานวิจัยของมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์กับเครือข่ายองค์กรท้องถิ่น

จากภาพจะเห็นว่าระบบบริหารจัดการคุณภาพงานวิจัยแบบบูรณาการเพื่อท้องถิ่นของมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์ ใช้ฐานข้อมูลที่ร่วมกันพัฒนา กับ ตำบลในเครือข่ายเป็นตัวช่วยในการเชื่อมโยงจากสถานการณ์ปัญหาในพื้นที่

เพื่อการปฏิบัติงานวิจัย การพัฒนาโจทย์ ข้อเสนอโครงการวิจัย ซึ่งมีการบูรณาการกับพันธกิจกับการสอน บริการวิชาการและทำทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม รวมทั้งมีระบบสนับสนุน มีเครื่องมือ คู่มือเป็นแนวทางการทำงานแบบมีส่วนร่วม และเชื่อมโยงกลไกการทำงานกับการประกันคุณภาพทั้งของมหาวิทยาลัย และเครือข่ายองค์กรภาคีเพื่อให้ทุกฝ่ายได้ประโยชน์ต่อองค์กรที่ตนเองรับผิดชอบ ขณะเดียวกันก็ส่งผลต่อเป้าหมายวิสัยทัศน์ของพื้นที่ทั้งระดับตำบลและระดับจังหวัดด้วย

■ บูรณาการพันธกิจสู่ชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์มีกลไกสนับสนุนการปฏิบัติพันธกิจแบบบูรณาการเพื่อท้องถิ่น เพื่อให้สนองต่อนโยบายอย่างหลากหลาย เช่น การกำหนดตัวชี้วัดให้มีระบบบริหารจัดการงานวิจัยที่เอื้อต่อการวิจัยเพื่อท้องถิ่นทุกคณะ และการเสริมแรงโดยให้รางวัลงานวิจัยที่บูรณาการพันธกิจทั้งสอน วิจัย และบริการวิชาการกับสถานการณ์ปัญหาชุมชน ทำให้ทุกคณะมีผลงานที่ได้รับรางวัลเสมอ ตัวอย่างงานวิจัยของคณะวิทยาการจัดการที่ได้รางวัลคือ “การจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการเพื่อพัฒนาความสามารถด้านการสื่อสารของนักศึกษาวิชา การพูดเพื่อประชาสัมพันธ์ในงานส่งเสริมเครือข่ายวิสาหกิจชุมชน” ของ ผศ.ดร.ปัญญिता ชัยสนิท และเรื่อง “รูปแบบการพัฒนาแผนที่แหล่งเรียนรู้ชุมชนโดยความร่วมมือของภาควิชาการกับองค์กรชุมชนตำบลแสนตอ อำเภอน้ำปาด จังหวัดอุดรดิตถ์” ของอาจารย์รัชดา คำจริง เป็นต้น

การปฏิบัติพันธกิจแบบบูรณาการเพื่อชุมชนท้องถิ่นของทุกคน มีกลไกการบริหารจัดการที่เป็นระบบ ไม่ขึ้นกับตัวบุคคลเหมือนในอดีต กรณีตัวอย่างกระบวนการทำงานแบบบูรณาการของคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์และคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่เชื่อมงานกับพื้นที่

นอกจากกลไกการบริหารจัดการพันธกิจแบบบูรณาการของมหาวิทยาลัยแล้ว องค์กรภาคีที่เป็นเครือข่ายของมหาวิทยาลัยยังได้รับการหนุนเสริมให้ขับเคลื่อนงานแบบบูรณาการพันธกิจที่เชื่อมงานประกันคุณภาพองค์กรกับชุมชนด้วย กรณีตัวอย่างคณะครุศาสตร์ที่หนุนสถานศึกษาที่เป็นเครือข่ายด้วยการร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาในพื้นที่และทำชุดโครงการร่วมกันหลายชุดโครงการ จากเวทีเครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายสถานศึกษาในพื้นที่ โดยเฉพาะสถานศึกษาในตำบลต้นแบบที่มหาวิทยาลัยทำงานด้วย มีการเสริมพลังให้สถานศึกษาทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในแนวทาง 1 สถานศึกษา 1 ตำบล

โรงเรียนอนุบาลไทยรัฐวิทยา 5 เป็นเครือข่ายสถานศึกษาเพื่อท้องถิ่น เป็นหนึ่งในเครือข่ายของมหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ ซึ่งเป็นตัวอย่งที่มีการปฏิบัติพันธกิจของสถานศึกษาแบบบูรณาการเชื่อมกับ อบต. และชุมชนท้องถิ่นอย่างเป็นวัฒนธรรมองค์กร ถ้าแะเข้าไปในโรงเรียนจะได้พบสื่อที่ช่วยให้การเรียนรู้สู่สุขภาวะองค์กรรวมมากมาย มีศูนย์เรียนรู้ภูมิปัญญาสร้างสุขภาวะที่เป็นต้นแบบดี ๆ ของการจัดการเรียนรู้ที่เชื่อมกับชีวิตจริงโดยร่วมมือกับมหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ และแหล่งเรียนรู้ในชุมชน

“...ประสบการณ์ที่พวกเราไปทดลองปฏิบัติการสอนโดยใช้ชุดกิจกรรมคณิตศาสตร์สร้างสรรค์เพื่อทักษะชีวิต พวกเราได้รับการต้อนรับอย่างดีจากผู้บริหาร คณะครู และนักเรียน...ไม่ได้แค่ความสำเร็จจากโครงการที่ทำลงไปเท่านั้น แต่ยังได้เรียนรู้สิ่งดีจากโรงเรียนนี้มากมาย เช่น ได้เห็นตัวอย่างแผนการเรียนรู้และสื่อต่าง ๆ โดยเฉพาะแผนที่แหล่งเรียนรู้ชุมชนและตัวอย่างงานสืบทอดพัฒนาภูมิปัญญา เช่น เรื่องการจัดการเรียนรู้ภูมิปัญญาคลองยวนกขม้นเพื่อสุขภาวะ ชุดกิจกรรมเรียนรู้อาชีพอัตลักษณ์ของพื้นที่ และวิจัยในชั้นเรียน จากสิ่งทีเห็นที่นี้ทำให้สิ่งที่เรียนจากอาจารย์ในห้องเรียนเกิดภาพชัดขึ้นมาก... มั่นใจว่าจะสามารถนำประสบการณ์ไปประยุกต์ใช้ในวิชาชีพครูให้ผลิตกำลังคนที่ประกันคุณภาพได้...ประทับใจมากที่สุดกับการทำงานของโรงเรียนที่เชื่อมโยงตัวชี้วัดและเกณฑ์การประกันคุณภาพสถานศึกษากับสถานการณ์ปัญหาในพื้นที่ได้อย่างเป็นรูปธรรม เป็นการทำงานแบบบูรณาการพันธกิจที่โรงเรียนรับผิดชอบกับสภาพจริงในพื้นที่...”

ตัวอย่างการทำงานของโรงเรียนอนุบาลไทยรัฐวิทยา 5 เป็นสถานศึกษาหนึ่งในตำบลทุ่งยั้งที่เป็นเครือข่ายเรียนรู้และทำงานวิจัยที่ตอบโจทย์ชุมชนท้องถิ่นร่วมกับมหาวิทยาลัย

ราชภัฏอุดรดิตถ์ เป็นแกนประสานความร่วมมือ เป็นฐานการพัฒนากำลังคนให้กับพื้นที่ในแนวทาง 1 สถานศึกษา 1 ตำบลที่มีการเชื่อมการทำงานกับเครือข่ายภาคีระดับจังหวัดอย่างต่อเนื่อง

การเคลื่อนงานแบบบูรณาการเพื่อพัฒนาพื้นที่ของมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรภาคี เป็นการพัฒนาระบบความคิดและวิธีทำงานทั้งของมหาวิทยาลัย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรภาคีที่มุ่งเน้นให้ทุกองค์กรที่ร่วมมือกันทำงานเพื่อเป้าหมายในพื้นที่ มีผลงานที่สนองนโยบาย เป้าหมาย ตัวชี้วัดขององค์กรที่ตนรับผิดชอบ เพื่อให้สามารถบูรณาการเข้ากับพันธกิจปกติ ช่วยให้งานของทุกฝ่ายมีประสิทธิภาพส่งผลให้เกิดการสานพลังทำงานสู่เป้าหมายร่วมกันของพื้นที่ระดับตำบลและจังหวัด

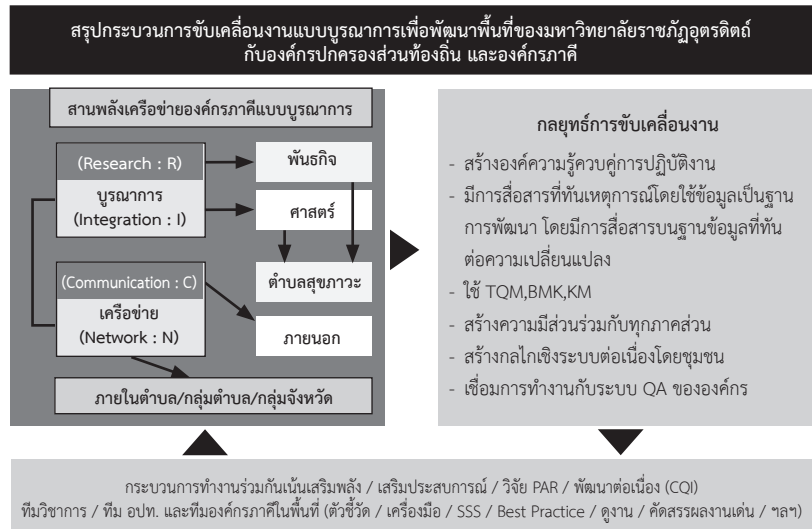
เพื่อนร่วมเส้นทางการทำงานเพื่อชุมชนท้องถิ่นของมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์ที่มีผลงานโดดเด่นในการบริหารจัดการแบบบูรณาการอย่างมีส่วนร่วมมีจำนวนมาก โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีตัวอย่างการขับเคลื่อนงานแบบบูรณาการอย่างมีส่วนร่วมของ อบต.คอรั่ม และ อบต.หาดสองแคว

นายผจญ พูลด้วง นายก อบต.คอรั่ม และ นายพงษ์เทพ ชัยอ่อน นายก อบต.หาดสองแคว เล่าถึงการทำงานร่วมกับมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์ในโครงการพัฒนาสุขภาวะได้สอดคล้องกับประเด็นหนึ่งคือ การพัฒนาตำบลสุขภาวะไม่ใช่เรื่องยุ่งยาก เพราะเป็นสิ่งที่ต้องทำอยู่แล้ว แต่การทำงานร่วมกันในลักษณะที่ทำอยู่นี้ มีมหาวิทยาลัยและสถานศึกษาในพื้นที่มาร่วมทางช่วยให้ได้ใช้วิชาการความรู้เป็นตัวคูณในการทำงาน เพิ่มโอกาสให้ได้เชื่อมร้อยต้นทุน ศักยภาพ และสิ่งดี ๆ ที่มีอยู่ และเชื่อมต่อกับเครือข่ายภายในและภายนอกได้มากขึ้น เป็นการสานพลังเสริมพลังกันและกัน ได้ต่อยอดขยายผลได้อย่างเป็นรูปธรรม

ในส่วนของมหาวิทยาลัยมีการพัฒนานวัตกรรมการบริหารจัดการแบบบูรณาการเพื่อพัฒนาพื้นที่โดยความร่วมมือขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรภาคีอย่างเป็นระบบ เชื่อมโยงการจัดการงานวิจัยของทุกคณะกับงานพัฒนาตำบล โดยหน่วยจัดการงานวิจัยและปฏิบัติพันธกิจแบบบูรณาการอย่างมีส่วนร่วมกับเครือข่ายองค์กรภาคี

องค์ประกอบหลักของรูปแบบการบริหารจัดการ มี 4 ด้านหรือที่เรียกว่า RICN Model ได้แก่

- 1) การสร้างองค์ความรู้และการจัดการความรู้ควบคู่กับการทำงาน (Research: R)
- 2) การบูรณาการพันธกิจและศาสตร์ทุกสาขากับปัญหาในพื้นที่ (Integration: I)
- 3) การไหลเวียนของข้อมูลเพื่อการสื่อสารที่ทันต่อความเปลี่ยนแปลงเพื่อใช้ประโยชน์ (Communication: C) และ
- 4) เครือข่ายการเรียนรู้และการทำงานทั้งภายในและภายนอกสู่เป้าหมายร่วมพัฒนา (Network: N)



จากภาพจะเห็นว่าการทำงานแบบบูรณาการพันธกิจและศาสตร์ โดยในมหาวิทยาลัยจะไม่มีกำแพงคณะ นอกมหาวิทยาลัยก็พยายามลดกำแพงองค์กร การทำงานเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายทั้งเชิงประเด็นและทั้งเชิงพื้นที่ให้เชื่อมกันได้มากที่สุด โดยมหาวิทยาลัยและสถานศึกษาในพื้นที่ระดับตำบลเป็นศูนย์กลางที่ช่วยเป็นข้อต่อการเชื่อมโยงกันและกัน ใช้ระบบการสื่อสารและฐานข้อมูลที่ดี มีการวิจัยและจัดการความรู้เป็นเครื่องมือในการสร้างองค์ความรู้ควบคู่การทำงาน เพื่อให้สามารถเสริมพลังและสานพลังกันและกัน ในเครือข่ายองค์กรภาคีให้ปฏิบัติงานแบบบูรณาการพันธกิจตามบทบาทขององค์กรที่รับผิดชอบ ให้มีประสิทธิภาพประกันคุณภาพตามตัวชี้วัดการทำงานขององค์กร ขณะเดียวกันก็เชื่อมโยงสู่เป้าหมายวิสัยทัศน์ร่วมของพื้นที่ โดยมีการฝึกกำลัง สานพลังกันอย่างต่อเนื่อง

มหาวิทยาลัยเป็นชุมทรัพย์ทางปัญญาที่มีคุณค่าต่อชุมชนเป็นอย่างมาก “อุตรดิตถ์โมเดล” จึงเป็นอีกหนึ่งโครงการที่บูรณาการพันธกิจของสถาบันเพื่อพัฒนาท้องถิ่น เสริมสร้างพลังปัญญาของแผ่นดิน พื้นฟูพลังการเรียนรู้เข้ากับสถานการณ์จริงในชุมชน สร้างความเชื่อมโยงระหว่างประชาชนกับภาครัฐ เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศไทย

