

รายงานผลการดำเนินงานฉบับสมบูรณ์

โครงการวิจัยและพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

เสนอ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

โดย

สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน



สารบัญ

	หน้า
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	1
บทที่ 1 บทนำ	
ส่วนที่ 1 ที่มา แนวคิด หลักการ และวิธีดำเนินงาน	2
ส่วนที่ 2 กระบวนการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ	6
บทที่ 2 ผลการดำเนินงาน	
ตอนที่ 1 การออกแบบเครือข่ายการพัฒนาและการเรียนรู้	10
▪ ก.การพัฒนาและการขับเคลื่อนเครือข่ายเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพ การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพฯภาคเหนือ	16
▪ ข.การพัฒนาและการขับเคลื่อนเครือข่ายเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพ การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพฯภาคใต้	26
▪ ค.การพัฒนาและการขับเคลื่อนเครือข่ายเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพ การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพฯภาคกลาง	39
▪ ง.การพัฒนาและการขับเคลื่อนเครือข่ายเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพ การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพฯภาคอีสาน	43
ตอนที่ 2 การพัฒนาศักยภาพของพี่เลี้ยง/แกนนำในการสนับสนุนการพัฒนา และการเรียนรู้	61
▪ ส่วนที่ 1 แนวคิดและการออกแบบกระบวนการฝึกอบรม เพื่อพัฒนาสมรรถนะในการประเมินความต้องการ การพัฒนาและการเข้าถึงข้อมูล	62
▪ ส่วนที่ 2 แนวคิดและการออกแบบกระบวนการฝึกอบรม เพื่อพัฒนาสมรรถนะเกี่ยวกับการจัดการความรู้	65
บทที่ 3 สรุป อภิปราย และข้อเสนอ	

บทคัดย่อ

ชื่อโครงการ : โครงการวิจัยและพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของหน่วยบริการ
สุขภาพปฐมภูมิ

: Reseach and development Project on Quality Improvement of Health Promotion
in Primary Care Unit

การวิจัยและพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพ และความสามารถการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิให้เป็นการดำเนินงานที่มีคุณภาพ ผ่านกลไกการสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้ซึ่งประกอบด้วย กลไกเครือข่ายการพัฒนา การจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสนับสนุนให้เกิดชุมชนปฏิบัติการ ในการพัฒนาโครงการหรือแผนงานในการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ รวมทั้งกลไกสนับสนุน-กระตุ้น-หล่อเลี้ยงการพัฒนาโดยพี่เลี้ยง/แกนนำซึ่งเป็นกลไกเชิงวิชาการทั้งระดับภาคและระดับพื้นที่ การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ดำเนินการในพื้นที่ปฏิบัติการ ซึ่งเป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งสิ้น 27 เครือข่าย (อำเภอ) กระจายอยู่ใน 4 ภาค 17 จังหวัด โดยกรอบเนื้อหาของการพัฒนาครอบคลุม ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วยเรื้อรัง การพัฒนาการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพภายใต้การมีส่วนร่วมของชุมชน การพัฒนาบริการสร้างเสริมสุขภาพของหน่วยบริการให้เป็นบริการที่มีคุณภาพ มีความต่อเนื่องในการบริการ การประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและแพทย์พื้นบ้านในการบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ

ผลการศึกษาพบว่า กลไกสนับสนุนการพัฒนาดังกล่าวสามารถพัฒนาศักยภาพและความสามารถในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายให้มีคุณภาพได้ โดยเริ่มจากการพัฒนาแนวคิด-มุมมอง ต่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากร การพัฒนาแบบแผนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของหน่วยบริการซึ่งครอบคลุมการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพระดับตำบล ครอบครัว และชุมชนตามแนวคิด “ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” มากกว่าการดำเนินงานที่มีลักษณะ “กิจกรรม(สร้างเสริมสุขภาพ)เป็นศูนย์กลาง” นอกจากนี้ยังพบว่าเงื่อนไขสำคัญของการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพคือการปรับแบบแผนการทำงานของหน่วยบริการให้มีลักษณะเป็นการ “ประสานและการจัดการ (Co-Ordinate)” มากกว่าเป็นการ “ให้บริการ (Provide)” ทางสุขภาพเพียงอย่างเดียว

สำหรับข้อเสนอเพื่อให้กระบวนการขับเคลื่อนการพัฒนามีความต่อเนื่อง คือ การพัฒนากลไกการประสานและการจัดการให้เกิดการเชื่อมต่อระหว่างภาระงานประจำ (ซึ่งเน้นการทำงานตามกิจกรรมบริการด้านสุขภาพ) ซึ่งมีฐานะภาระงาน(KPI) ของหน่วยงานกำกับ กับภาระงานสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งมีลักษณะเป็นการ “พัฒนาต่อเนื่องระยะยาว” ทั้งนี้อาจเริ่มต้นที่สร้างการยอมรับและการสนับสนุนของหน่วยงานที่เหนือกว่า ซึ่งพบว่าเป็นกระบวนการเสริมสร้างกำลังใจสำหรับผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ดี

นอกจากนี้ผลจากการทำงานยังพบว่า กระบวนการเรียนรู้ที่มีลักษณะเป็นการเรียนรู้ที่มีลักษณะเปิดพื้นที่ให้โอกาสเจ้าหน้าที่ สามารถพัฒนาพื้นที่เรียนรู้ด้วยตนเอง(กำหนดเนื้อหาและวิธีการเรียนรู้ด้วยตนเอง)และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างอิสระ เป็นกระบวนการกระตุ้นและพัฒนาการเรียนรู้ของ คนทำงานที่มีประสิทธิภาพ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

รายงานฉบับนี้เป็นผลจากการศึกษาในโครงการวิจัยและพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ด้วยการพัฒนากลไกสนับสนุนการพัฒนาที่ประกอบไปด้วย เครือข่ายการพัฒนาและการเรียนรู้ การจัดการกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติการในการพัฒนาโครงการหรือแผนงานในการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ และการพัฒนาให้เกิดกลไกการสนับสนุน กระตุ้นและหล่อเลี้ยงกระบวนการพัฒนาโดยพี่เลี้ยง/แกนนำ ระดับพื้นที่ ทั้งนี้ผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นพบว่า

มีหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เข้าร่วมโครงการทั้งสิ้น 27 เครือข่าย(จำนวนอำเภอ) ในพื้นที่ 17 จังหวัด กระจายอยู่ใน 4 ภาค ขณะเดียวกันก็เกิดเครือข่ายนักวิชาการที่ทำหน้าที่ประสานจัดการในการสนับสนุน 4 ภาค

ทั้งนี้ประเด็นสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายใช้เป็นประเด็นตั้งต้นของการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพประกอบ ครอบคลุม เรื่อง การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง การพัฒนาการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพภายใต้การมีส่วนร่วมของชุมชน การพัฒนาบริการสร้างเสริมสุขภาพของหน่วยบริการให้เป็นบริการที่มีคุณภาพ มีความต่อเนื่องในการบริการ การประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและแพทย์พื้นบ้าน ในการบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ

สำหรับการพัฒนาพี่เลี้ยง/แกนนำ ทำหน้าที่สนับสนุนและหล่อเลี้ยงกระบวนการเรียนรู้และพัฒนานั้น ที่ผ่านมา พี่เลี้ยง/แกนนำดังกล่าวได้รับการพัฒนาศักยภาพพื้นฐานสำหรับทำหน้าที่ในการสนับสนุน หล่อเลี้ยง กระบวนการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ ครอบคลุมสมรรถนะในการเป็นผู้สนับสนุนในกระบวนการจัดการความรู้ สมรรถนะในการประเมินศักยภาพและความต้องการ การพัฒนาของภาคี เครือข่ายในพื้นที่ สมรรถนะในการกระตุ้นและหล่อเลี้ยงการพัฒนาของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ในลักษณะที่เป็น Coach รวมทั้งสมรรถนะในการประเมินผลเพื่อสร้างเสริมพลังอำนาจ ทั้งนี้การพัฒนาสมรรถนะในทุกๆ ด้านดังกล่าว นอกจากจะคาดหวังให้พี่เลี้ยงมีศักยภาพด้านต่างๆ เพิ่มขึ้น ยังมีแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาให้พี่เลี้ยงแกนนำดังกล่าวมีคุณลักษณะเป็น “องค์กรจัดการตัวเอง” ในการสนับสนุนและกระตุ้นกระบวนการพัฒนา ทั้งนี้ที่ผ่านมามีพบว่าในพื้นที่เกิดกระบวนการกระตุ้นและสนับสนุนการพัฒนาภายในเครือข่ายกันเองในบางพื้นที่อย่างเห็นได้ชัด ตัวอย่าง เช่นการยกทีมสนับสนุนการพัฒนาจากเครือข่าย NCD ลำปางไปสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานของพื้นที่อำเภอแม่สอดจังหวัดตาก ทั้งนี้กระบวนการดังกล่าวเป็นกระบวนการจัดการที่เครือข่ายฯ พัฒนาขึ้นเอง และสามารถอธิบายกระบวนการเสริมพลังเพื่อสนับสนุนการพัฒนาและการเรียนรู้ของเครือข่ายได้เป็นอย่างดี

สำหรับข้อเสนอเพื่อขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาให้เกิดความต่อเนื่องที่สำคัญ คือ การพัฒนากลไกการประสานและการจัดการให้ กระบวนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในลักษณะที่ใช้ชุมชนและประชาชนเป็นฐาน ดังกล่าว ให้สามารถต่อเชื่อมกับกับภาระงานประจำ รวมทั้งการสร้างการยอมรับของหน่วยงานที่เหนือกว่า จะเป็นการเสริมกำลังใจทางอ้อมที่ดีสำหรับผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

นอกจากนี้ผลจากการทำงานยังพบว่า กระบวนการเรียนรู้ที่มีลักษณะเป็นการเรียนรู้ที่เปิดพื้นที่กว้างๆ ให้โอกาสเจ้าหน้าที่ สามารถพัฒนาพื้นที่เรียนรู้ด้วยตนเอง (กำหนดเนื้อหาและวิธีการเรียนรู้ด้วยตนเอง) เป็นกระบวนการกระตุ้นและพัฒนาการเรียนรู้ของคนทำงานในพื้นที่ได้ดี ทั้งนี้บทบาทสำคัญของกลไกการสนับสนุนต่างๆ คือ การเชื่อมโยงเป้าหมายและผลลัพธ์การพัฒนาที่เกิดขึ้น ให้เข้ากับภาระกิจการทำงานของคนทำงานในพื้นที่ จะเป็นกระบวนการเสริมกำลังในการพัฒนาได้เป็นอย่างดี

บทที่ 1

บทนำ

ส่วนที่ 1

ที่มา แนวคิด หลักการ และวิธีการดำเนินงาน
โครงการวิจัยและพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ
ของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

หลักการและเหตุผล

แนวโน้มการดำเนินงานเพื่อพัฒนาสุขภาพในอนาคตเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดี การมีความสุข ประชาชนสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้พอดีและรัฐเป็นผู้สนับสนุน สำหรับระบบบริการสุขภาพก็ต้องพัฒนาให้มีคุณภาพ เป็นสถานพยาบาลที่ประชาชนเข้าถึงได้สะดวก จัดบริการที่มีประสิทธิภาพ และเกิดประสิทธิผลต่อสุขภาพของประชาชนทั้งทางตรงและทางอ้อม

ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นสถานบริการใกล้ใจใกล้บ้าน เป็นหน่วยบริการระดับต้นที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย และที่สำคัญเป็นหน่วยบริการที่มีโอกาสการทำงานเชื่อมต่อกับประชาชนอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการสร้างเสริมเพื่อการพัฒนาสุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิจึงอยู่ในตำแหน่งที่เป็นจุดยุทธศาสตร์หลักของความสำเร็จ ซึ่งที่ผ่านมาพบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิดังกล่าวส่วนหนึ่งมีความพยายามที่จะขับเคลื่อนงานบริการที่รับผิดชอบให้สนับสนุนการพัฒนาการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน อย่างต่อเนื่อง แต่ด้วยข้อจำกัดหลายประการไม่ว่าจะเป็นการขาดพลังในการขับเคลื่อน การขาดองค์ความรู้พื้นฐานที่สำคัญ รวมทั้งการขาดกระบวนการชี้แจงทั้งการนำเชิงนโยบายและการชี้แจงการพัฒนาในพื้นที่อย่างชัดเจน ทำให้การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพโดยเฉพาะการดำเนินงานที่กว้างขวางกว่าการดูแลรักษาโรค หรืออาการ ซึ่งส่วนมากเป็นสาเหตุและปัจจัยหลักที่ทำให้ประชาชนเกิดความพรั่งและในที่สุดก็เกิดปัญหาความเจ็บป่วยตามมา ดำเนินการได้ไม่ต่อเนื่องและขาดประสิทธิภาพ เนื่องจากถ้าจะทำงานในเชิงพัฒนาสุขภาพอย่างแท้จริงเจ้าหน้าที่จำเป็นจะต้องมีพลังปัญญา พลังศรัทธา มีอุดมการณ์แน่วแน่ ตลอดจนการเห็นคุณค่าและความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ

ด้วยเหตุปัจจัยดังกล่าวทำให้เข้าใจได้ว่าการพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพโดยหน่วยบริการปฐมภูมินั้น ไม่ควรจะเป็นการดำเนินงานเพียงลำพัง ควรเป็นการดำเนินงานที่มีเครือข่าย และการเรียนรู้ เพื่อทำให้การดำเนินงานเป็นกระบวนการที่มีพลัง และมีความต่อเนื่องเชื่อมโยง อันจะนำไปสู่การมีประสิทธิภาพของการดำเนินงานอย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์

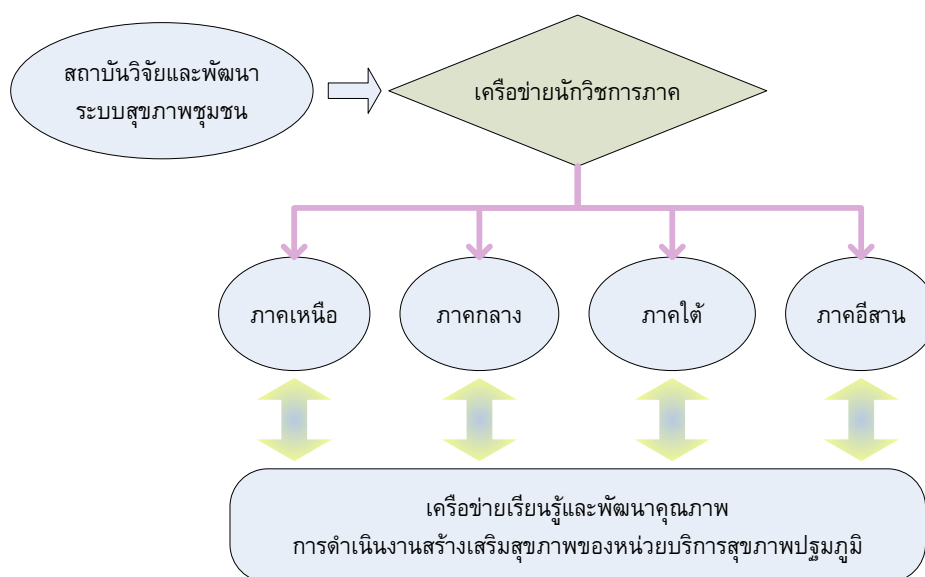
1. เสริม สนับสนุน เครือข่ายการเรียนรู้ ในระดับประเทศ และภูมิภาคเพื่อจัดการและสนับสนุนการเรียนรู้การสร้างสุขภาพโดยหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ
2. ดำเนินการกิจกรรมการเรียนรู้ด้านสร้างสุขภาพโดยหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในระดับภาคและในพื้นที่เป้าหมาย
3. สนับสนุนการพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิแก่พื้นที่ต่าง ๆ โดยผ่านกลไกการเรียนรู้ของเครือข่าย และการจัดการความรู้
4. เพื่อพัฒนาศักยภาพ และความสามารถการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิให้เป็นการดำเนินงานที่มีคุณภาพ

5. เพื่อพัฒนาชุดความรู้ และข้อเสนอแนวทาง ที่เกี่ยวเนื่องกับการดำเนินงานสนับสนุน กระตุ้น และติดตาม การพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ

กรอบแนวคิด

1. กลไกหลัก เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย เครือข่ายเรียนรู้ ผู้สนับสนุนการเรียนรู้และการพัฒนา(พี่เลี้ยง) และการสนับสนุนงบประมาณเพื่อทดลองหาวัตกรรมการดำเนินงานสร้างสุขภาพ
2. เปิดโอกาสให้หน่วยบริการปฐมภูมิ ได้มีการพัฒนาโครงการสร้างสุขภาพ ที่มีลักษณะตอบสนองปัญหาพื้นที่ พัฒนาขึ้นตามเงื่อนไขและบริบทของพื้นที่ โดยมีพี่เลี้ยง และเครือข่ายเรียนรู้ เป็นกลไกเสริม สนับสนุนการเรียนรู้ และการพัฒนางาน
3. ผู้สนับสนุนการเรียนรู้หรือพี่เลี้ยง สนับสนุนการพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ ผ่านการร่วมปฏิบัติจริง กับผู้ปฏิบัติในพื้นที่
4. เครือข่ายเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ดำเนินงาน และการเรียนรู้ร่วมกัน โดยใช้การประเมินผลตาม แนวคิดการประเมินผลเพื่อสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment Evaluation) เป็นส่วนเสริมกระบวนการ

กลไกดำเนินงาน



ขอบเขตของการศึกษา

ประการแรก เครือข่ายบริการปฐมภูมิในการศึกษาค้างนี้ กระจายอยู่ในพื้นที่ 4 ภาค 17 จังหวัด 27 เครือข่าย รายละเอียดดังตาราง

ตารางที่ 1 รายชื่อเครือข่ายที่เข้าร่วมโครงการฯ

ภาค	จังหวัด	เครือข่าย
ภาคเหนือ	จังหวัดเชียงใหม่	อำเภอสันทราย
	จังหวัดเชียงใหม่	อำเภอแมริม
	จังหวัดลำปาง	อำเภอเมือง
	จังหวัดลำปาง	อำเภอเถิน
	จังหวัดพิษณุโลก	อำเภอนครไทย
ภาคกลาง	จังหวัดลพบุรี	อำเภอหนองม่วง อำเภอลำสนธิ
	จังหวัดอยุธยา	อำเภอบางซ้าย
	จังหวัดสมุทรปราการ	อำเภอพระประแดง
	จังหวัดฉะเชิงเทรา	อำเภอสนามชัยเขต
	จังหวัดตราด	อำเภอคลองใหญ่
ภาคอีสาน	จังหวัดอำนาจเจริญ	อำเภอเมือง
	จังหวัดศรีสะเกษ	อำเภออุทุมพรพิสัย
	จังหวัดบุรีรัมย์	อำเภอลำปลายมาศ
	จังหวัดหนองบัวลำภู	ดำเนินการใน CUP ทั้งหมด 6 แห่งทั้งจังหวัด
	จังหวัดอุดรธานี	หนองวัวซอ
ภาคใต้	จังหวัดสงขลา	อำเภอเทพา
	จังหวัดสงขลา	อำเภอหาดใหญ่
	จังหวัดสงขลา	อำเภอจะนะ
	จังหวัดปัตตานี	อำเภอมายอ
	จังหวัดนครศรีธรรมราช	อำเภอท่าศาลา
	จังหวัดนครศรีธรรมราช	อำเภอสิชล
	จังหวัดกระบี่	อำเภอบ้านทุ่ง
	จังหวัดกระบี่	อำเภอเขาคราม

ประการที่สอง การศึกษาวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างเป็นองค์รวม ด้วยการจัดให้มีกลไกสนับสนุนการพัฒนาที่ประกอบด้วย เครือข่ายเรียนรู้ เวทีแลกเปลี่ยน และพี่เลี้ยงในพื้นที่ ตลอดจนการประเมินผลการพัฒนาตามแนวคิดการประเมินผลเพื่อเพื่อสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment Evaluation) ทั้งนี้เพื่อให้หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิสามารถดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ภายใต้บริบทหลากหลาย และเป็นการดำเนินงานบนฐานการเรียนรู้ ซึ่งจะก่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่มีพลังอย่างต่อเนื่อง

วิธีดำเนินการศึกษาและพัฒนา

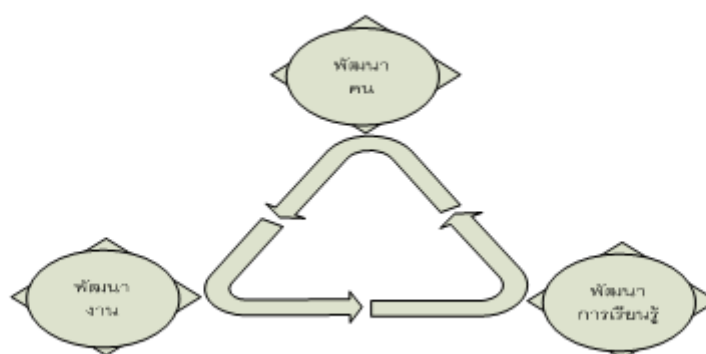
1. สนับสนุนเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิระดับพื้นที่ (Community of Practice) ในจังหวัดต่างๆ 4 ภาค ของประเทศ จำนวน 17 เครือข่าย โดยเครือข่ายบริการที่พัฒนาขึ้นจะประกอบด้วย โรงพยาบาลในฐานะ CUP และศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานีนอมาลัย ในฐานะหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU)
2. พัฒนาผู้สนับสนุนการพัฒนาและการเรียนรู้ (พี่เลี้ยง) ซึ่งเป็นบุคลากรในระดับจังหวัด หรือหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ ที่มีศักยภาพในการเป็นแกนนำพัฒนาและการเรียนรู้ ให้สามารถสนับสนุนการเรียนรู้ และการพัฒนาของเครือข่ายในการพัฒนาคุณภาพการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ทั้งในด้านบริการผสมผสาน การทำงานร่วมกับชุมชน การสนับสนุนการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ และการบริหารจัดการองค์กร) ทั้งนี้พี่เลี้ยงหรือผู้สนับสนุนการพัฒนาและการเรียนรู้ จะต้องได้รับการพัฒนาทักษะที่สำคัญ 3 ส่วน ได้แก่
 - 1) ทักษะและความสามารถในการประเมินศักยภาพของผู้ปฏิบัติงาน ในการเรียนรู้และการพัฒนา รวมทั้งการกำหนดแนวทางการพัฒนาบุคลากร ทั้งนี้พี่เลี้ยงที่ได้รับการพัฒนาควรมีลักษณะเข้าใจทุนการพัฒนาและการเรียนรู้ของเครือข่ายเป็นอย่างดี (อ่านออก บอกได้ ใช้เป็น เห็นแจ้ง) รวมทั้งมีทักษะและความสามารถในการชวนคุย ชวนคิด และช่วยพัฒนา
 - 2) ทักษะและความสามารถเกี่ยวกับการจัดการความรู้ ซึ่งเป็นทักษะสำคัญของผู้สนับสนุนการพัฒนาและการเรียนรู้ ในการจะแปลประสบการณ์ บทเรียน ที่ได้จากการทำงาน เป็นความรู้และการเรียนรู้ จะทำให้การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของพื้นที่เป็น การดำเนินงานบนฐานความรู้และการเรียนรู้อย่างแท้จริง
 - 3) ทักษะและความสามารถในการทำงานร่วมกับคนทำงานพื้นที่เพื่อกระตุ้นและสนับสนุนการพัฒนา (Coacher) รวมทั้งความสามารถในการกำกับและติดตามผลการพัฒนาตามแนวทางการประเมินการประเมินเพื่อสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment Evaluation)
3. สนับสนุนให้หน่วยบริการปฐมภูมิ พัฒนาโครงการ/นวัตกรรมการสร้างสุขภาพ ที่มีลักษณะตอบสนอง ปัญหาพื้นที่ มีการใช้ข้อมูล และกระบวนการวิจัย เป็นเครื่องมือช่วยในการดำเนินงานให้มีคุณภาพ
4. พัฒนาระบบประเมินผลภายในเพื่อติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานโครงการตามแนวทางการประเมินเพื่อสร้างเสริมพลังอำนาจ
5. สรุปประสบการณ์การดำเนินงานของเครือข่าย เป็นชุดความรู้และข้อเสนอแนวปฏิบัติ ในประเด็นต่างๆ ต่อไปนี้
 - 1) พัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ ผ่านกลไก พี่เลี้ยง
 - 2) พัฒนาเครือข่ายการเรียนรู้และพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้บริบท/เงื่อนไขต่างๆ
 - 3) การติดตาม ประเมินผลความก้าวหน้าของการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ
 - 4) การประเมินคุณภาพการทำงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่เป็นเป้าหมาย

กระบวนการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ
ของหน่วยบริการปฐมภูมิ

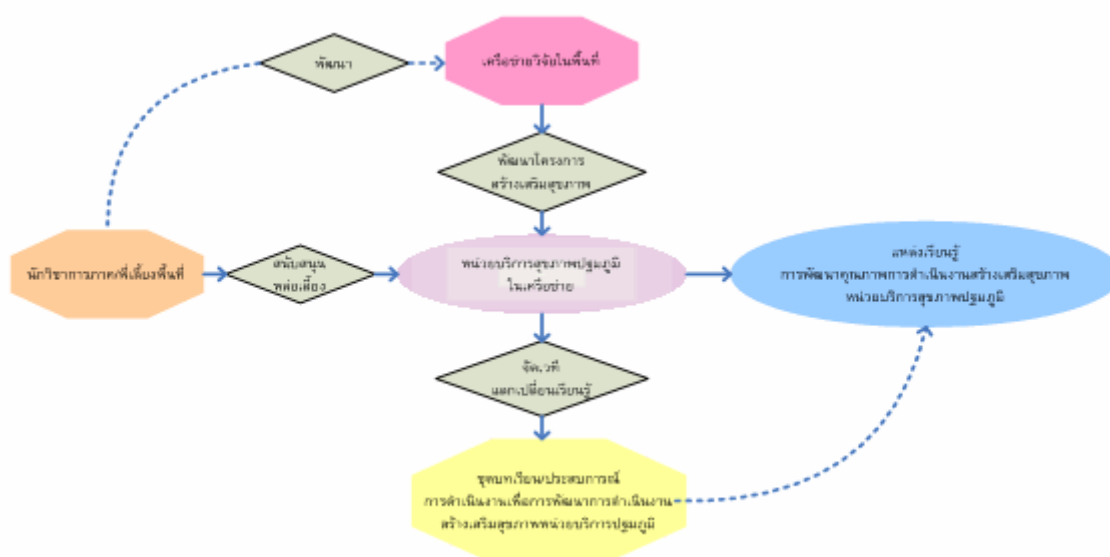
การพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ ถึงแม้จะเป็นการดำเนินงานที่เน้นการพัฒนาคุณภาพของงานสร้างเสริมสุขภาพ แต่ในที่สุดผลลัพธ์สุดท้ายจะเกิดกระบวนการเรียนรู้และการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรได้อีกทางหนึ่ง (ตามรูปภาพที่ 1) ทั้งนี้การดำเนินงานมีการพัฒนาเกี่ยวเนื่องใน 4 องค์ประกอบได้แก่ (รายละเอียดแสดงดังรูปภาพที่ 2)

1. การกระตุ้นและสนับสนุนให้หน่วยบริการปฐมภูมิพัฒนาโครงการหรือแผนงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ
2. การพัฒนาเครือข่ายเรียนรู้ ซึ่งเป็นชุมชนปฏิบัติการ (COPs; community of practice)
3. การจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
4. การพัฒนาผู้หลัเลี้ยง (พี่เลี้ยง) ซึ่งเป็นกลไกสนับสนุนการพัฒนาและการเรียนรู้ของบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ

รูปภาพที่ 1 ความสัมพันธ์ของการพัฒนางาน-พัฒนาการเรียนรู้-พัฒนาคน ในโครงการฯ



รูปภาพที่ 2 ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบการพัฒนา



แบบแผนการดำเนินงาน

1. หน่วยพัฒนาหลักอยู่ที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (ศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย ; ศสช.) ในฐานะเป็นหน่วยประสาน และจัดการการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ
2. การทำงานแม้จะเน้นเป้าหมายหลักอยู่ที่คุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ แต่แนวทางการดำเนินงานเน้นการพัฒนางาน พัฒนาการเรียนรู้ และการพัฒนาคนควบคู่กันไป
3. เครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นช่องทางที่จะทำให้เกิดการร่วมเรียนรู้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์ความรู้ประเภทที่เป็น Tacit Knowledge
4. เป้าหมายการดำเนินงานมุ่งเน้นการสนับสนุนการพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนา ระบบสุขภาพชุมชนได้ในที่สุด
5. รูปแบบการทำงานมีทั้งที่เป็นการทำงานต่อยอดกับหน่วยบริการที่มีการพัฒนาพื้นที่ปฏิบัติการและ เครือข่ายเดิมที่มีอยู่ รวมทั้งบางพื้นที่ที่มีการพัฒนาพื้นที่ปฏิบัติการขึ้นใหม่ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความพร้อมของ พื้นที่ในแต่ละภาค
6. การดำเนินงานที่เกิดขึ้นบางพื้นที่เน้นการพัฒนาทั้งระบบ (ตั้งแต่ระดับจังหวัดจนถึง ศสช.) กับอีก ลักษณะหนึ่งก็คือการพัฒนาในบางพื้นที่เป็นบางประเด็นที่สนใจและเป็นปัญหาความจำเป็นและความ ต้องการของพื้นที่

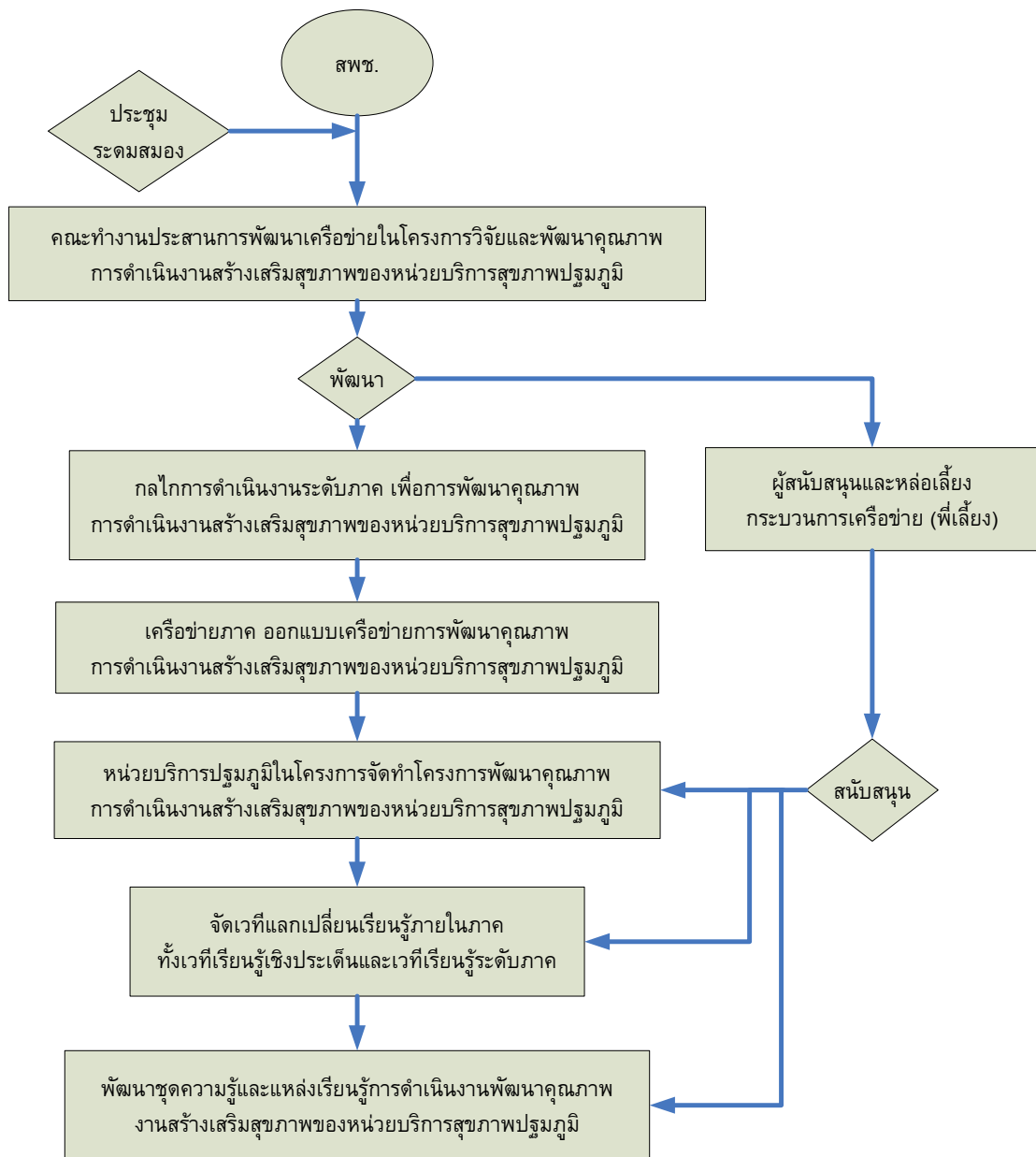
กระบวนการดำเนินงาน

การดำเนินงานเริ่มตั้งแต่การจัดเวทีระดมสมองกลุ่มนักวิชาการและผู้ประสานงานรายภาค ที่มีประสบการณ์ การทำงานพัฒนาชุมชนและการสร้างเสริมสุขภาพ ร่วมกันพัฒนาแนวทางการทำงาน ซึ่งผลการหารือได้ข้อสรุป ดังต่อไปนี้

1. การทำงานเป็นเครือข่ายถือเป็นกลไกการพัฒนาหลักที่สามารถพัฒนาให้เกิด “พลังและการเรียนรู้” ถือเป็นกระบวนการ Empowerment อีกลักษณะหนึ่ง ทั้งนี้การดำเนินงานจะจำแนกกระบวนการพัฒนา ออกเป็น 3 ช่วงคือ
 - ระยะเริ่มแรก หรือ Era of Entry
 - ระยะที่มีการพัฒนาเข้าไปเนื้อหรือธรรมชาติของเรื่องนั้นๆ (In Cooperation) หรือ Era of Advantage
 - ระยะที่เริ่มมี Commitment ที่จะทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง
2. ต้องมี Evidence ที่สามารถแสดงให้เห็นความจำเป็นของการพัฒนาด้วยการศึกษาสถานการณ์การทำงาน ของ ศสช. การศึกษาลักษณะวิธีการทำงานเครือข่ายในบางพื้นที่ที่มีการดำเนินงานอยู่แล้ว
3. จำแนก ศสช. ในพื้นที่ออกเป็นประเภทต่างๆ ตามโอกาสการพัฒนาที่จะเป็นไปได้ จากนั้นกำหนด กระบวนการพัฒนาให้มุ่งเน้นไปในทิศทางสองเรื่องสำคัญคือ
 - มุ่งไปที่การพัฒนาและสนับสนุนเพื่อให้เกิดการพัฒนาระบบบริหาร และระบบบริหารจัดการ
 - มุ่งไปที่การพัฒนาบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน ศสช. ด้วยแนวทางการทำงานที่มีลักษณะเป็น Knowledge Base
4. รูปแบบการทำงานมีสองลักษณะคือ เสริมความเข้มแข็งของเครือข่ายที่มีอยู่แล้ว และการพัฒนาความรู้ เพื่อนำไปใช้เสริมความเข้มแข็งของเครือข่าย
5. มีกระบวนการสังเคราะห์ และทบทวนบทเรียนการทำงานที่เกิดขึ้นเพื่อยกระดับ “บทเรียน” หรือ “ประสบการณ์” ให้เป็น “ความรู้”

6. ต้องจัดการให้มีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระหว่างคนทำงานด้วยกัน ซึ่งอาจเป็นบทบาทของหน่วยงานที่ทำหน้าที่กำหนดทิศทางและกระบวนการทำงานใหญ่ๆ รวมทั้งการจัดให้มีการสื่อสารกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะผู้บริหาร
7. เครือข่ายจำเป็นต้องพัฒนาให้มีกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันด้วยการกำหนดให้มีกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้มีสาระสำคัญในการที่จะใช้เป็นสาระเพื่อการเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง
8. การวางแผนทางการบริหารและการจัดการเครือข่าย ต้องมีเป้าหมายที่จะส่งเสริมให้เครือข่ายสามารถดำเนินการทั้งหมดดังกล่าวข้างต้นด้วยตัวของเครือข่าย นั้นๆ ได้เอง (ทำให้เห็นบทเรียนการทำงานเครือข่ายในรอบแรก รอบต่อมาต้องพยายามให้เครือข่ายเป็นผู้ขับเคลื่อนเอง ทั้งเนื้อหา และการจัดการ)
9. สำหรับการทำงานในพื้นที่ที่มีต้นทุนเครือข่ายอยู่แล้ว บทบาทของหน่วยงานส่วนกลาง จำเป็นต้องทำหน้าที่เชื่อมประสานเครือข่ายที่มีอยู่ก่อน โดยกำหนดประเด็นการทำงานร่วมกันจากนั้น Monitors ให้เครือข่ายดำเนินงานจนเกิดกิจกรรมและการเรียนรู้ในรอบแรก สำหรับรอบของการเรียนรู้ต่อไปนั้นจะต้องกำหนดให้มีเป้าหมายอยู่ที่การเคลื่อนเครือข่ายด้วยเครือข่ายเอง เป็นหลัก

รูปภาพที่ 3 กระบวนการพัฒนาของโครงการฯ



บทที่ 2

ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน จำแนกออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย การออกแบบเครือข่ายและการจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การพัฒนาผู้สนับสนุนการเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ และชุดความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพตามประเด็นการพัฒนาที่เครือข่ายวิจัยในพื้นที่ใช้เป็นประเด็นร่วมในการดำเนินงาน ทั้งนี้รายละเอียดของผลลัพธ์ดังกล่าว มีดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1

การออกแบบเครือข่ายการพัฒนาและการเรียนรู้

ประเด็นสร้างเสริมสุขภาพที่สนใจ

การพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ในโครงการฯ มีกลไกสำคัญอยู่ ที่การพัฒนาคน โดยการพัฒนาการเรียนรู้ ผ่านกลไกเครือข่าย และการสนับสนุนการพัฒนาและการเรียนรู้ของพี่เลี้ยง ทั้งนี้การพัฒนาการเรียนรู้ที่ออกแบบในโครงการเน้นที่การเรียนรู้จากของจริง เป็นการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์การทำงานจริง ดังนั้นในโครงการจึงให้การสนับสนุนการพัฒนาการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพตามประเด็นปัญหาและความต้องการของประชาชนและชุมชน ผนวกกับความสนใจที่จะพัฒนาและเรียนรู้ของเจ้าหน้าที่ ดังนั้นการสนับสนุนการพัฒนาตามแนวทางดังกล่าว โครงการฯ จึงจัดให้มีการประสานการพัฒนาแผนงาน/โครงการที่หน่วยบริการปฐมภูมิพิจารณาเห็นควรให้มีการหยิบเป็นประเด็นพัฒนาและเรียนรู้ควบคู่กันไป ซึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายต่างๆ ได้พัฒนาแผนงาน/โครงการในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการสร้างเสริมสุขภาพไว้ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ประเด็นการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ

เครือข่าย	ประเด็นเนื้อหา
เครือข่ายอำเภอสันทราย	การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังด้วยสุขภาพวิถีไท
เครือข่ายอำเภอแมริม	การทำงานกับภาคีเครือข่ายชุมชนในการพัฒนาสุขภาพ
เครือข่าย NCD ลำปาง (เครือข่ายอำเภอเถิน,เครือข่ายอำเภอเมือง)	การทำงานเบาหวานในชุมชน โดยการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
เครือข่ายอำเภอวังเหนือ	การทำงานพัฒนาและสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ
เครือข่ายอำเภอนครไทย	การทำงานในชุมชน
เครือข่ายอำเภอหนองม่วง	พัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง
เครือข่ายอำเภอลำสนธิ	พัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง
เครือข่ายอำเภอบางซำ	พัฒนาระบบบริการเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
เครือข่ายอำเภอพระประแดง	การดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

เครือข่าย	ประเด็น/เนื้อหา
เครือข่ายอำเภอสนามชัยเขต	การดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวม
เครือข่ายอำเภอคลองใหญ่	พัฒนาศักยภาพการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวม
เครือข่ายอำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ	7 เครื่องมือในการพัฒนาสุขภาพชุมชน
เครือข่ายอำเภออุทุมพรพิสัย	พัฒนาระบบบริการเพื่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
เครือข่ายอำเภอลำปลายมาศ	การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้สู่ภัยเบาหวาน
ดำเนินการทั้งจังหวัด จำนวน 5 เครือข่าย	การพัฒนางานปฏิบัติครบถ้วน
	การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
	การพัฒนาบริการแพทย์แผนไทย
	การพัฒนาการทำงานร่วมกับชุมชน
	การพัฒนาคุณภาพการบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ
เครือข่ายอำเภอหนองวัวซอ	การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
เครือข่ายอำเภอเทพา	เบาหวาน, ชะลอวัยภาพ
เครือข่ายอำเภอจะนะ	เบาหวานในชุมชน
เครือข่ายอำเภอระโนด	เบาหวานในชุมชน
เครือข่ายอำเภอหาดใหญ่	การพัฒนาการทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
เครือข่ายอำเภอมายอ	การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังโดยการปรับเข้าสู่วิถีชีวิต, มะเร็งปากมดลูก
	เบาหวาน, ชุมชนสร้างสุขภาพ(เน้นผู้สูงอายุ)
	เบาหวาน(เน้นระบบIT)
เครือข่ายอำเภอบ้านทุ่ง	เบาหวาน(เน้นการพัฒนาบริการในคลินิก)
เครือข่ายอำเภอเขาคราม	เบาหวาน(เน้นการพัฒนาบริการในคลินิก)

การออกแบบกระบวนการสนับสนุนการพัฒนาของเครือข่ายนักวิชาการภาค

นอกจากการพัฒนาแผนงานโครงการเพื่อการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพแล้ว การจัดกระบวนการสนับสนุนการพัฒนา โดยเฉพาะ การเรียนรู้ ที่ดำเนินงานโดยเครือข่ายนักวิชาการระดับภาค ตลอดจนการดำเนินงานสนับสนุนการพัฒนาของพี่เลี้ยงแกนนำ ก็นับเป็นกลไกหลักที่มีส่วนสนับสนุนส่งเสริมกระบวนการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่เกิดขึ้น ทั้งนี้กระบวนการออกแบบกระบวนการสนับสนุนการพัฒนาพัฒนาของเครือข่ายนักวิชาการภาค มีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 1 ลักษณะการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของเครือข่ายนักวิชาการรายภาค

ประเด็น	ภาคเหนือ	ภาคอีสาน	ภาคกลาง	ภาคใต้
พื้นที่ ดำเนินการ	5 เครือข่าย 3 จังหวัด มีแผนย่อย ของแต่ละเครือข่าย (เถิน วังเหนือ สันทราย นครไทย แม่ ริม(สะลงง))	5 เครือข่าย 5 จังหวัด (อำเภอละแห่ง) อำนาจเจริญ บุรีรัมย์ ศรีสะเกษ อุตรธานี หนองบัวลำภู (เครือข่ายหนองบัวลำภู ดำเนินการทั้งจังหวัด)	5 เครือข่าย 5 จังหวัด โดยแบ่งพื้นที่เป็น สองส่วน คือ (กลางตอนบน: ลพบุรี และ อยุธยา) (ตะวันออก: ระดับCUP จังหวัดตราด ฉะเชิงเทรา สมุทรปราการ)	5 เครือข่าย 4 จังหวัด ประกอบด้วยจังหวัด สงขลา กระบี่ นครศรีธรรมราช ปัตตานี
กระบวนการ การ ดำเนินงาน และการ จัดการ	1. มีทีมพี่เลี้ยงกลางประกบกับทีม แกนของแต่ละเครือข่ายในระดับ พื้นที่ดำเนินการเพื่อช่วยเลือก ประเด็นการเรียนรู้ ช่วยจัด กระบวนการและติดตามการ เปลี่ยนแปลง 2. วางแผนติดตามและจัดการ ประชุมเป็นระยะ ติดตาม ลักษณะทำงานโครงการ เครือข่าย	1. การดำเนินงานผ่านพี่เลี้ยงจังหวัด เป็นหลัก โดยทีมพี่เลี้ยงส่วนมากอยู่ ใน สสจ. 2. การพัฒนาเลือกประเด็นเฉพาะของ ตนเอง โดยแต่ละแห่งจะมี focal pointต่างกัน	1. มีทีมพี่เลี้ยงแยกกันตาม cluster อิง จากโครงสร้างระบบปกติ(สสจ. รพ. สสอ. มีทีมพี่เลี้ยงภายนอก) 2. ทำตามสะดวกของเครือข่าย 3. หาประเด็นเองจากที่ทำก่อนหน้านี้ เริ่มจากการประเมินต้นทุนและพัฒนา ต่อยอด	1. มีทีมพี่เลี้ยงกลาง(10 คน) ภายใต้ศูนย์กลางการเรียนรู้ที่ เดิมมีอยู่แล้ว ขยายต่อสุดท้ายมี พี่เลี้ยง 25 คน 2. ทำทั้งจังหวัดผ่านzoning(สงขลา) ปัตตานี นอกนั้นเป็นจุด พื้นที่เฉพาะ 3. ใช้ทีมกลาง(สงขลา)ช่วยจัด กระบวนการสนับสนุน

ประเด็น	ภาคเหนือ	ภาคอีสาน	ภาคกลาง	ภาคใต้
ลักษณะเฉพาะ	เครือข่ายรู้จักกันมาก เป็นเครือข่ายเดิมของศช.ภาคเหนือและnodeของสพช. เป็นทั้งระดับเครือข่ายภาคและเครือข่ายระดับCUP	ลักษณะเครือข่ายเป็นกระจุก(ในเชิงระดับพื้นที่และเนื้อหา)เป็นจุดที่คล้ายกัน	ลักษณะเครือข่ายทำเป็นรายCUP(อำเภอ) ทำตามเงื่อนไขโครงการฯและปัญหาที่มีในพื้นที่ เน้นการพัฒนาต่อเนื่องไม่ได้จบตามโครงการฯ ทำผ่านระบบปกติ (อำเภอ และจังหวัด) ใช้เครื่องมือการพัฒนาที่มีอยู่เดิม (กรณีศึกษาและพัฒนากระบวนการเดิม)	ลักษณะเครือข่ายเป็นรายCUPและPCU บางแห่งทำตามสถานการณ์ ภาพรวมของจังหวัดเพราะเป็นพื้นที่เสี่ยง (ปัตตานี)
เนื้อหาที่เครือข่ายPCU ดำเนินการ	1. เรื้อรัง(DM) 2. การทำงานกับชุมชน 3. การทำงานในกลุ่มผู้สูงอายุ (เฉพาะวังเหนือ) 4. การดูแลสุขภาพวิถีไท	1. เรื้อรัง(DM) 2. การทำงานกับชุมชน 3. การเพิ่มคุณภาพบริการ(ระบบงานปกติ) 4. บทบาทของ Family Medicine ต่อการพัฒนาPCU	1. การศึกษาเพื่อปรับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วย(DM) 2. การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน 3. การดูแลสุขภาพของผู้ดูแลเด็ก ผู้สูงอายุ 4. เน้นการฟื้นฟูทัศนคติของคนทำงานเพื่อปรับระบบงาน 5. การทำงานเรื่องNCD(HT/ DM) โดยเฉพาะเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อการดูแล 6. การพัฒนาการดูแลให้เป็นองค์รวมในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ(ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ)	1. เน้นเรื่องKMในงานหลักเดิมของแต่ละจังหวัดที่เชื่อมต่อกับPCUในพื้นที่ขยายต่อ 2. เรื้อรัง(DM ,HT) 3. ระบบข้อมูลเพื่อบริหารจัดการ (เชื่อมต่อกับ สปสช.) สงขลา 4. การสร้างสุขภาพโดยมีส่วนร่วมของชุมชน(นครศรีธรรมราช)

ประเด็น	ภาคเหนือ	ภาคอีสาน	ภาคกลาง	ภาคใต้
ลักษณะ ของการ approach	ติดตามจากพื้นที่ในแต่ละแห่ง ประเมินตามศักยภาพและความ พร้อม	1. ติดตามเป็นกลุ่มรวม 2. ติดตามเฉพาะรายโครงการฯใน จังหวัด(42PCUในจังหวัด) 3. ใช้แนวการพัฒนาโครงการของแต่ละ แห่ง(CUP) 4. ใช้แนวทางการบริหารงานตามTOR ส่วนกลาง(ความเป็นทางการจาก รายงานที่ต้องส่ง)	1. ติดตามเป็นกลุ่มรวมของทั้งระดับ จังหวัดผ่าน สสจ. และมีทีมวิชาการ ภายนอกมาช่วย(ต่อยอดจากPCUในฝัน และต้นทุนงานพัฒนางานในพื้นที่เดิม)	1. ต่อยอดคนทำงานจากพี่เลี้ยง โครงการPCUในฝัน 2. ยังไม่ได้ลงเนื้อหาการสนับสนุน แต่มีการสัญจร
วิธีการ ติดตามของพี่ เลี้ยง	เป็นการเรียนรู้ ช่วยเหลือตาม วิชาการตามจังหวัดที่ต้องการ มากกว่าการติดตามประเมิน	เป็นการติดตามโครง การ (พี่เลี้ยงโครงการ)	มีลักษณะเป็นพี่เลี้ยงสนับสนุนการเรียนรู้ แต่เน้นบทบาทในการบริหารจัดการ 1. โทรคุยกันเพื่อตามสถานการณ์ 2. นำเสนอโครงการฯผ่านการประชุม เครือข่ายครั้งที่ 1 3. การประชุมเครือข่ายทางการของ ระดับcluster	ประชุมสัญจรโดยทีมนักวิชาการภาค
หมายเหตุ	1. ตั้งเป้าไปที่การพัฒนาเครือข่าย และการพัฒนาคุณภาพงานผ่าน การพัฒนาคน	ตามระบบรายงานและแผนที่คิด(ตามแผน โครงการฯ)	มีประเด็นการเชื่อมต่อของเครือข่ายย่อยที่ ยังไม่มีรูปแบบบริหารจัดการเครือข่าย และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ชัดเจน	ตามแนวนโยบายของ สสจ.. ความไม่ต่อเนื่องของพี่เลี้ยง(กระบี่) กระบวนการเรียนรู้ระหว่างเครือข่าย ยังจำกัด

ประเด็น	ภาคเหนือ	ภาคอีสาน	ภาคกลาง	ภาคใต้
	2. มีฐานคิดจากการพัฒนาคน ที่ทำให้เกิด "การคิดเป็น ทำเป็น" โดยโยงกลับไปทั่วชีวิตเรื่อง การประเมินปัญหาได้ การจัดกิจกรรมที่ตอบสนองต่อปัญหาได้จริง รวมทั้งการบูรณาการเข้ากับโครงสร้างของระบบงานปกติได้			

จากข้อมูลในตารางที่ 1 จะพบว่า การออกแบบการพัฒนาและการสนับสนุนระดับภาค มีรายละเอียดบางส่วนที่คล้ายกัน อาทิ การพยายามใช้กลไกการเคลื่อนการพัฒนาผ่านระบบงานประจำของภาคีสถานและภาคใต้ ขณะที่การเคลื่อนการพัฒนาของภาคเหนือแตกต่างออกไป เนื่องจากการทำงานของพี่เลี้ยงและเครือข่ายนักวิชาการระดับจะทำงานกับพื้นที่ในลักษณะเป็นการทำงานกับผู้ปฏิบัติงานโดยตรง ซึ่งขึ้นอยู่กับเงื่อนไขที่เป็นทุนความสัมพันธ์เดิมระหว่างเครือข่ายนักวิชาการระดับภาคและผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่

นอกจากนี้ยังพบว่า การออกแบบและการจัดกระบวนการเรียนรู้ระดับภาค การให้น้ำหนักความสำคัญต่อเรื่องการพัฒนาและการเรียนรู้ก็มีลักษณะการใช้แนวทางที่แตกต่างกัน ระหว่าง การจัดกระบวนการเรียนรู้และพัฒนาของภาคเหนือใช้รูปแบบแนวทางการจัด “เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้” ที่เน้นการบริหารจัดการความสัมพันธ์และการเชื่อมต่อเป็นเครือข่ายการพัฒนา ควบคู่ไปกับการเรียนรู้จากกันและกันของภาคีเครือข่าย ขณะที่การออกแบบและการจัดกระบวนการของภาคอีสานและภาคกลาง มีลักษณะเป็นการเรียนรู้กระบวนการพัฒนาผ่านกิจกรรมการพัฒนาในแผนงาน/โครงการสร้างเสริมสุขภาพที่เครือข่ายพัฒนาขึ้น สำหรับการจัดกระบวนการเรียนรู้และพัฒนาระดับภาคของเครือข่ายภาคใต้ เน้นการเติมเต็มประสบการณ์การพัฒนาและบทเรียนจากเครือข่ายและองค์กรภายนอก เป็นต้น ทั้งนี้ กระบวนการพัฒนาและสนับสนุนการพัฒนาของเครือข่ายรายภาค มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ก. การพัฒนาและการขับเคลื่อนเครือข่ายการเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพ

การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพฯ ภาคเหนือ

การก่อรูปกระบวนการพัฒนา

ก. การออกแบบการขับเคลื่อนการพัฒนาฯ

การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพฯ ด้วยกระบวนการเครือข่ายเรียนรู้ มีกระบวนการก่อรูปและการขับเคลื่อนเครือข่ายฯ ภายใต้แนวคิด และความเชื่อเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพด้วยกระบวนการเครือข่ายที่ว่า กระบวนการเครือข่ายเป็นกลไกสร้างแรงบันดาลใจในการเรียนรู้ของเจ้าหน้าที่ซึ่งจะ นำไปสู่การพัฒนาปรับระบบงานอย่างมี **ความสุข และเห็นคุณค่าของตนเองและงานที่ทำ** ตามกรอบแนวคิดการพัฒนาที่ต้องการพัฒนางานภายใต้แนวคิด **“ทำงานอย่างมีความสุข ทำด้วยความสนุก และเป็นงานที่มีคุณค่า”** กระบวนการขับเคลื่อนเริ่มจากการหาเพื่อนและชวนเพื่อนที่สนใจอยากพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ตัวกระบวนการ “เครือข่าย” และ “การเรียนรู้” ซึ่งในเบื้องต้นมีพื้นที่สนใจเข้าร่วม 4 พื้นที่ (จังหวัด) แต่ประกอบด้วย 5 เครือข่าย ได้แก่

1. เครือข่ายวิจัยพื้นที่ อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก
2. เครือข่ายวิจัยพื้นที่ อำเภอมังหลาน จังหวัดลำปาง
3. เครือข่ายวิจัยพื้นที่ ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลหนองหาร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่
4. เครือข่ายวิจัยพื้นที่ ตำบลสะลวง อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่
5. เครือข่ายวิจัยพื้นที่ เครือข่าย NCD ลำปาง จังหวัดลำปาง เป็นเครือข่ายที่เกิดจากการรวมกลุ่มกันของหน่วยบริการในพื้นที่อำเภอเมือง และอำเภอเถิน จังหวัดลำปาง

ทั้งนี้การสร้างความเป็นเครือข่าย ทีมสนับสนุนเครือข่ายการเรียนรู้ภาคเหนือวางกลยุทธ์เพื่อการพัฒนาการเรียนรู้ ของเครือข่าย ไว้ดังนี้

1. การสร้างเป้าหมายร่วมกันภายในและระหว่างเครือข่าย
2. กำหนดหลักการพัฒนาร่วมกันภายในภาคีเครือข่าย โดยเฉพาะหลักการของการทำงานโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง

3. จัดกระบวนการบริหารความสัมพันธ์ในเครือข่ายและระหว่างเครือข่าย ด้วยกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และชื่นชมในคุณค่าและศักยภาพซึ่งกันและกัน รวมทั้งสร้างความสัมพันธ์และสร้างระบบสื่อสารที่หนุนเสริมกระบวนการเรียนรู้จากการปฏิบัติ

จากแนวคิดดังกล่าว เครือข่ายนักวิชาการภาคจึงได้ออกแบบให้การจัดการกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่เปิดโอกาสให้เครือข่ายที่เข้าร่วมโครงการได้กำหนดเป้าหมายการทำงานของเครือข่ายร่วมกัน บนฐานของความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ด้วยการออกแบบให้การประชุมแต่ละครั้ง มีสถานที่และการจัดบรรยากาศที่เอื้ออำนวยต่อการสร้างความสัมพันธ์ “ความเป็นพวกเดียวกัน” และให้ความสำคัญกับเนื้อหาที่เครือข่ายมีความความสนใจในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน โดยได้ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในส่วนภาคประชาชนได้เข้าร่วมด้วย

ข. การจัดการกระบวนการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ

การจัดการในกระบวนการเพื่อการขับเคลื่อนการพัฒนาของเครือข่ายฯ ภาคเหนือ เพื่อการพัฒนาและการหล่อเลี้ยงการพัฒนา มีการดำเนินงานในส่วนหลักๆ ดังต่อไปนี้

1. การพัฒนาให้เกิด “ชุมชนปฏิบัติการ” ตามประเด็นเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นประเด็นที่พื้นที่สนใจและมีทุนการพัฒนาอยู่บ้างแล้ว ทั้งนี้เพื่อนำประสบการณ์การพัฒนานี้ เป็น “ปัจจัยนำเข้า” ในการจัดการกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
2. การจัดการกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยใช้ทุนพื้นที่สำหรับสร้างเวทีการเรียนรู้ ซึ่งเป็นการเรียนรู้จากการปฏิบัติ เป็นการออกแบบกระบวนการแลกเปลี่ยนดำเนินงานเพื่อให้เกิดกระบวนการ “การทบทวนตนเอง” ออกแบบการเรียนรู้ และการพัฒนาด้วยตัวเอง จนในที่สุดภาคีเครือข่ายจะมีลักษณะเป็น “องค์กรจัดการตนเอง” ได้ในที่สุด

ทั้งนี้การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นกระบวนการที่มีความสำคัญต่อการขับเคลื่อนการพัฒนาทั้งในระยะก่อรูปและในระยะการขับเคลื่อนการพัฒนา กล่าวคือในระยะเริ่มต้น (ระยะก่อรูป) การจัดการกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จะเน้นการพัฒนา “เจตนารมณ์ร่วม” และจะมีบทบาทเน้นที่การเรียนรู้เชิงเนื้อหาเมื่อเครือข่ายเข้าสู่ระยะการขับเคลื่อนการพัฒนาอย่างเต็มที่

3. การออกแบบและการบริหารจัดการเครือข่าย ที่เน้นการบริหารความสัมพันธ์ของภาคีเครือข่าย ด้วยแนวทางสร้างสรรค์ ชื่นชม ให้กำลังใจ ตลอดจนการพัฒนาการติดต่อสื่อสาร ทั้งนี้ระบบการเชื่อมโยงและความสัมพันธ์ของเครือข่ายจะมีลักษณะที่จำเป็นต้องปรับจากการดำเนินงานภายใต้โครงสร้างและการประสานงานเชิงอำนาจ เป็นการเลื่อนงานด้วยการมุ่งเน้นที่การพัฒนาสมรรถนะและการเรียนรู้
4. การพัฒนาแกนนำและภาวะการณ์นำของเครือข่ายเรียนรู้ ซึ่งมีทั้งส่วนที่เป็นภาวะการณ์นำและการตาม ซึ่งขึ้นอยู่กับศักยภาพของสมาชิก ทำให้สมาชิกเห็นศักยภาพตนเอง และการจัดการกระบวนการให้การนำข้อแตกต่างมาสู่การเรียนรู้
5. พัฒนาเป้าหมายร่วมของเครือข่ายเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้บริบท ความจำเป็นและความต้องการของประชาชนในพื้นที่ ทั้งนี้การกำหนดเป้าหมายการดำเนินงาน จะต้องเป็นเป้าหมายที่สมาชิกเข้าถึงและสามารถรับรู้ได้ง่าย รวมทั้งเป้าหมายที่พัฒนาขึ้นสอดคล้องกับศักยภาพและความสามารถในการดำเนินงานเพื่อไปถึงเป้าหมายดังกล่าวได้
6. พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลความรู้ที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะนำไปสู่กระบวนการสรุปบทเรียนและองค์ได้ชุดความรู้ที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ต่อไป
7. พัฒนาระบบสนับสนุนที่มีความยืดหยุ่นพอที่จะพัฒนาให้เกิดการหล่อเลี้ยงเครือข่าย จนทำให้เครือข่ายเกิดการขับเคลื่อนและปรับตัว และพัฒนาคุณภาพการดำเนินงาน

กระบวนการขับเคลื่อนการพัฒนาและผลลัพธ์

การชักชวนเครือข่าย ทั้ง 5 เครือข่าย ของทีมสนับสนุนเครือข่ายฯ ภาคเหนือ เริ่มจากความสัมพันธ์เดิมที่เคยมีงานร่วมกัน และจากพื้นที่ ซึ่งมีความตั้งใจในการทำงาน เป็นกลุ่มที่มีศักยภาพและสนใจที่จะเข้าร่วมดำเนินงานกับโครงการฯ ซึ่งรายละเอียดของกลุ่มเครือข่ายวิจัยในพื้นที่ของภาคเหนือมีดังนี้

1. การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

การออกแบบเวทีการเรียนรู้แต่ละครั้ง ทีมสนับสนุนเครือข่ายการเรียนรู้ภาคเหนือได้ออกแบบร่วมกับเจ้าภาพในพื้นที่ เพราะการเรียนรู้ใช้ทุนในพื้นที่การสร้างการเรียนรู้ ศูนย์ฯ สข. ภาคเหนือ จะทำหน้าที่ในเรื่องกระบวนการที่จะนำทุนมาเป็นการเรียนรู้ของเครือข่าย การเข้าร่วมเวทีแต่ละครั้งจึงได้กำหนดให้ผู้ที่ถูกเลือกให้เข้าร่วมเวทีในแต่ละครั้งต้องมีการเตรียมตนเองก่อนเข้าร่วม โดยมีการเขียนเล่าประสบการณ์ในเนื้อหาที่มีการแลกเปลี่ยน

ทั้งนี้เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่เกิดขึ้น ที่เป็นเวทีระดับภาคมีทั้งหมด 4 ครั้ง โดยสองครั้งเป็นเวทีเรียนรู้แบบเหย้า-เยือน คือการจัดเวทีที่ต้องการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความรู้ความเข้าใจการศึกษาดูงานในพื้นที่ ซึ่งอาจเรียกได้ว่าเป็นต้นแบบของการพัฒนาคุณภาพการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับภาคครั้งที่ 3 และ 4 เป็นการจัดเวทีเรียนรู้เฉพาะประเด็น และการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเครือข่ายระดับภาค ทั้งนี้รายละเอียดการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้ง 4 ครั้ง มีดังนี้

ครั้งที่ 1 การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับ การพัฒนาพลังประชาชนในการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนที่อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก

ครั้งที่ 2 การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ที่อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง

ครั้งที่ 3 การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เชิงประเด็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพวิถีไท ที่ศูนย์ฝึกรบมภาคประชาชน จังหวัดนครสวรรค์ อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์

ครั้งที่ 4 การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาระดับภาค ของเครือข่ายเรียนรู้และพัฒนาฯ ภาคเหนือ ที่อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

2. การจัดการ การประสานงาน และการสื่อสาร

การจัดการ การประสานงาน และการสื่อสาร เพื่อการสนับสนุนการพัฒนาฯ ของเครือข่ายภาคเหนือเน้นการทำงานในลักษณะไม่เป็นทางการ เน้นการประสานและการสื่อสารแนวราบ เป็นการเชื่อมต่อการประสานและการสนับสนุนการพัฒนาระหว่างผู้ประสานการพัฒนาระดับภาค (เป็นอาจารย์ เป็นนักวิชาการ) กับผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ทั้งนี้การออกแบบการประสานการดำเนินงานรวมทั้งการสื่อสาร มีข้อสรุปดังนี้

- การสนับสนุนการพัฒนาและการเรียนรู้ระดับภาค จัดแบ่งออกเป็นสองส่วนคือ ผู้ประสานเครือข่ายการพัฒนาและการเรียนรู้ภาคเหนือตอนบน มีแกนประสานงานที่คณะเภสัช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ประสานการจัดการและสนับสนุนเครือข่ายอำเภอสันทรายและเครือข่ายแมริม จังหวัดเชียงใหม่ และมีแกนประสานเครือข่ายการพัฒนาและการเรียนรู้โดยศูนย์ฝึกรบมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์ ทำหน้าที่การประสานและการจัดการในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่างซึ่งเป็นพื้นที่ของเครือข่ายพัฒนาฯ ที่เหลือ 3 แห่ง (เครือข่ายนครไทย วังเหนือ และเครือข่าย NCD จังหวัดลำปาง)
- แต่ละเครือข่ายกำหนดผู้ประสานงานหลัก และมีตัวแทนเครือข่ายในการบันทึกข้อมูล ความรู้ ทั้งนี้การติดตามสนับสนุนของ
- ลักษณะการติดตาม สนับสนุน ที่ผ่านมามีลักษณะ

- 1) เข้าพื้นที่ ติดตามร่วมกับโครงการอื่น
- 2) ประชุมกับเครือข่ายพื้นที่เป็นเฉพาะแห่งเพื่อติดตามโครงการ
- 3) การเข้าพื้นที่เยี่ยมเยียนพูดคุยและติดตามโครงการตามวาระการจัดกิจกรรมของเครือข่าย
- 4) การเข้าเยี่ยมติดตามในพื้นที่ร่วมกับ ผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์เคยทำงานพัฒนาที่มีลักษณะคล้ายๆ กัน เช่น ผู้ทรงคุณวุฒิที่ทำงานร่วมกับ สกว. ภาคเหนือไปให้ข้อคิดเห็นในการทำงานผู้สูงอายุของเครือข่าย NCD จังหวัดลำปาง เป็นต้น
- 5) การติดตามผ่านทีมพี่เลี้ยงในพื้นที่ ตัวอย่างเช่น การทำงานกับเครือข่ายพื้นที่อำเภอ นครไทย เป็นต้น

- การติดตามความเคลื่อนไหวของทุกเครือข่ายนอกจากใช้การพูดคุยในการจัดเวทีแต่ละครั้งซึ่งมีการรายงานความก้าวหน้าของการพัฒนาสำหรับแต่ละเครือข่าย แต่อย่างไรก็ตามการสื่อสารที่ใช้ในการทำงานเพื่อการพัฒนาและการสนับสนุนส่วนมาใช้สื่อสารผ่านโทรศัพท์รวมถึงการใช้ INTERNET

3. การบริหารจัดการความสัมพันธ์เครือข่ายการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ

ความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่าย พบว่าการที่ไปเยี่ยมเยียนในพื้นที่และให้เครือข่ายมีส่วนเป็นเจ้าของภาพ การออกแบบเรียนรู้ลักษณะนี้ช่วยให้คนที่ไปเยี่ยม มีความรู้สึกผูกพันและประทับใจในการต้อนรับดูแลของเจ้าภาพ ตลอดจนการจัดกระบวนการในเวทีเรียนรู้ที่ใช้กลุ่มแลกเปลี่ยน ทำให้แต่ละเครือข่ายได้รู้จักกันมากกว่าชื่อ แต่รู้เรื่องราวการทำงานของเพื่อน บางคนยังประทับใจและกล่าวถึงการทำงานของเพื่อนต่างเครือข่าย เช่นกรณีคุณเอ๋ทีม NCD ลำปาง ประทับใจการทำงานในชุมชนของคุณรสสุคนธ์ที่มณฑลไทย หลายคนประทับใจในการสร้างกระบวนการเรียนรู้ให้กับคนรุ่นใหม่ของทีมมณฑลไทย การทำงานเป็นทีมของ NCD จังหวัดลำปางสร้างความประทับใจให้กับหลายเครือข่าย ความประทับใจทำให้เป็นการรู้จักกันมากขึ้น การได้มีโอกาสอยู่ร่วมกันในแต่ละเวทีทำให้มีความคุ้นเคย มีการถามไถ่ ถามหาในแต่ละครั้งที่เข้าร่วมเวที แม้แต่การที่คุณอดุมผาตัดไสตั้งยังมีการแลกเปลี่ยนระหว่างมณฑลไทยกับทีมวังเหนือ ความเป็นเครือข่ายจึงเป็นเรื่องของความผูกพันซึ่งกันและกัน ทำให้บรรยากาศการแลกเปลี่ยนเรียนรู้มีความเป็นธรรมชาติ นอกจากนี้องค์ประกอบของสมาชิกเครือข่ายที่มีลักษณะเรียบง่ายและมีมุขในการสร้างบรรยากาศ เช่นกรณีมณฑลไทย ยังช่วยส่งเสริมบรรยากาศของการเรียนรู้

4. กระบวนการสร้างการเรียนรู้และความสัมพันธ์ภายในเครือข่าย เครือข่ายวังเหนือ

เน้นการดำเนินสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยการจัดให้มีเครือข่ายผู้สูงอายุในพื้นที่ และใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการศึกษาดูงานในพื้นที่ที่มีการทำงานผู้สูงอายุที่ทำงานดี โดยมุ่งหวังที่จะให้ผู้สูงอายุเกิดกลุ่มดูแลกันเอง มีลักษณะเป็น Group Process Organization ที่มุ่งหวังที่จะ Empowerment เน้นย้ำคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุในสังคม ซึ่งเป็นเงื่อนไขการพัฒนาและการทำงานสร้างเสริมสุขภาพฐานแรกของผู้สูงอายุในสังคมชนบท แต่อย่างไรก็ตามการดำเนินงานพัฒนายังมีปัญหาคriticalสองประการคือ

- (1) ภาระงานประจำ โดยเฉพาะการพัฒนาสถานพยาบาลเพื่อให้ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ทำให้งานพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชะงักลง เนื่องจากงานนี้ไม่ถือเป็นภาระงานประจำของหน่วยบริการ
- (2) การดึงภาคีหุ้นส่วนที่มีศักยภาพการทำงานให้มาเข้าร่วมกระบวนการ พบว่าติดเงื่อนไขเดิมที่ “งานนี้ไม่ใช่ภาระงานประจำ”

- (3) ศักยภาพของทีมงานในเรื่องการจัดกระบวนการเพื่อพัฒนาการเรียนรู้ของกลุ่มเป้าหมายยังเป็นข้อจำกัด ที่จะต้องเร่งทำให้สามารถขยับงานนี้ได้มากขึ้น

เครือข่าย NCD จังหวัดลำปาง

เป็นเครือข่ายที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ โดยการรวมกลุ่มกันของบุคลากรในพื้นที่อำเภอเมือง และอำเภอเถิน (บางส่วน) โดยประเด็นร่วมในครั้งแรกที่ทำให้เกิดการรวมกลุ่มกันคือ การเคลื่อนเรื่อง พรบ. วิชาชีพสาธารณสุข ซึ่งต่อมาผู้ประสานภาคเหนือชวนมาลงเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ โดยยกประเด็นการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน) ด้วยกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การขับเคลื่อนเครือข่ายนี้มีเอกลักษณ์ ที่ทำให้เห็นภาพการจัดการเครือข่ายตามธรรมชาติที่ประกอบไปด้วย

1. การเข้าร่วมเครือข่ายของสมาชิกเป็นไปโดยสมัครใจ ไม่จำเป็นต้องอาศัยการจัดการเชิงระบบ หรือการจัดการเชิงอำนาจ ในการขับเคลื่อนให้เกิดเครือข่าย
2. เครือข่ายมีลักษณะขยายวงออกไปเรื่อยๆ โดยมีประเด็นร่วมที่สนใจร่วมกันเป็นเงื่อนไขในการขยายวงและขับเคลื่อนเครือข่าย ซึ่งลักษณะเครือข่ายแบบนี้จัดว่าเป็นเครือข่ายเชิงประเด็น (Issue base)
3. เครือข่ายเกิดกระบวนการบริหารจัดการให้ภาคีเครือข่ายได้ใช้ ศักยภาพหรือสมรรถนะส่วนที่เป็นลักษณะเฉพาะตัวสร้างสรรค์กระบวนการพัฒนาในเครือข่าย
4. การบริหารจัดการความสัมพันธ์เพื่อหนุนเสริมกระบวนการและการขับเคลื่อนเครือข่าย พบว่านอกจากจะเน้นการจัดการความสัมพันธ์ในกลุ่มสมาชิกด้วยกันแล้ว ยังพบว่าการเคลื่อนการพัฒนาจำเป็นต้องคำนึงถึงการสร้างความสัมพันธ์ของเครือข่ายกับหน่วยงาน/ผู้บังคับบัญชา รวมทั้งนักวิชาการที่จะสามารถเป็นแกนในการเสริมกระบวนการพัฒนาและองค์ความรู้ที่จำเป็นต่อการพัฒนาได้ ตัวอย่างเช่น การพัฒนาแนวคิดการจัดการกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานการใช้แนวคิด Social Marketing หรือการนำแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการความรู้มาใช้ออกแบบกระบวนการสร้างเสริมการเรียนรู้ของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งการเรียนรู้ของสมาชิกในเครือข่าย เป็นต้น
5. การเผยแพร่ผลการพัฒนาการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ผ่านการเสนอผลงานทั้งระดับจังหวัดและระดับเขต นอกจากจะเป็นการแสดงผลการทำงานให้แก่กลุ่มหรือสมาชิกนอกเครือข่ายแล้ว ที่สำคัญคือการสร้างโอกาส และการยอมรับ แนวคิดและหลักการการพัฒนาของเครือข่าย ต่อกลุ่มอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องอีกด้วย กระบวนการนี้เป็นต่อยอดความถูกต้อง ของการพัฒนาที่เกิดขึ้น

เครือข่ายอำเภอนครไทย

เป็นการเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพด้วยการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนซึ่งรวมถึงองค์กรและหน่วยงานในชุมชน และการสร้างพลังผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และการทำงานสร้างสุขภาพเบาหวานในชุมชน โดยกระบวนการหลักๆ เน้นการพัฒนาแผนงานชุมชนในเรื่องการพัฒนาและการสร้างเสริมสุขภาพ โดยแผนงานหลักดังกล่าวทางหน่วยงานหรือองค์กรในชุมชนจะทำหน้าที่สนับสนุนกระบวนการพัฒนาของชุมชน นอกจากนี้การพัฒนายังมีประเด็นการทำงาน ทั้งนี้บทเรียนการทำงานของเครือข่ายอำเภอนครไทย คือ

1. กระบวนการขับเคลื่อนเครือข่ายมีการพัฒนากลไกการทำงาน โดยทีมแกนนำหลักซึ่งเป็นพี่เลี้ยงในพื้นที่โดยทีมพี่เลี้ยงจะวางบทบาทการสนับสนุนในฐานะพี่เลี้ยงที่แตกต่างกัน บางคนถนัดปล่อยให้กำลังใจเชียร์ บางคนกระตุกความคิดและเล่นบทกำกับ บางคนเป็นคนมองหาแวหรือความถนัดของน้องที่เข้ามาได้เห็นศักยภาพตนเอง อาจจะทำเป็นไม่รู้ในบางเรื่อง เช่น ไม่รู้เรื่องการพยาบาลให้น้องช่วยบอก ทำให้น้องได้เห็นว่าตนเองมีอะไรดีๆ ที่เป็นศักยภาพช่วยหนุนเสริมกระบวนการของเครือข่าย

2. มีการพัฒนากลไก ที่จะหนุนเสริมการเรียนรู้ของสมาชิก และการประสานการพัฒนา ด้วยการจัดให้มีพี่เลี้ยงกลุ่ม ตามกลุ่มโซน และการจัดกลุ่มตามวิชาชีพ อาทิ กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ไปทำงานในชุมชน ให้ได้มีการแลกเปลี่ยนวิธีคิด และวิธีทำงาน ทั้งนี้พบว่าการจัดการลักษณะนี้ทำให้กระบวนการทำงานและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกิดขึ้นได้อย่างต่อเนื่องและยังเป็นกลไกที่ทำให้เกิดโอกาสในการกำหนดแนวทางการสนับสนุนของพี่เลี้ยงซึ่งส่วนมากอยู่ในโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในการพัฒนาการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้กระบวนการดังกล่าวนอกจากจะเป็นกระบวนการที่เสริมพลังการดูแลตัวเองของผู้ป่วยแล้วยังเป็นกระบวนการที่สามารถเสริมพลังการทำงานของบุคลากรด้านสุขภาพในภาวะที่การได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานจาก CUP ยังไม่เป็นระบบชัดเจน
3. มีกระบวนการบริหารจัดการความสัมพันธ์ ที่เน้น Care & Share Process ซึ่งเป็นกระบวนการที่มีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ นอกจากนี้ยังพบว่าการจัดการเครือข่ายยังเปิดโอกาสให้ผู้นำรุ่นใหม่ได้พิสูจน์และพัฒนาตัวเอง รวมทั้งการพัฒนาความยอมรับของผู้นำรุ่นใหม่ในเครือข่าย ด้วยการเปิดพื้นที่และสนับสนุนให้สมาชิกที่มีศักยภาพมีพื้นที่พัฒนางานตามแนวคิดของตนเอง และแสดงบทเรียนการพัฒนาที่เกิดขึ้นต่อเครือข่ายเป็นระยะๆ ตามโอกาสต่างๆ

เครือข่ายอำเภอแมริม

เน้นเรื่องการพัฒนาการทำงานร่วมกับชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยการพัฒนาระบบการเครือข่ายในชุมชน ตามประเด็นเฉพาะ อาทิ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กระบวนการทำงานพัฒนาขับเคลื่อนประเด็นการดำเนินงานของแกนนำขับเคลื่อนซึ่งเป็น NGOs. ในพื้นที่เป็นทีมในการออกแบบกระบวนการพัฒนา การจัดการเรียนรู้ และการเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพของกลุ่มต่างๆ

กระบวนการเคลื่อนเครือข่ายของแมริมสะท้อนการก่อรูปเครือข่าย เชิงประเด็นที่สำคัญ ประกอบด้วย

1. การพัฒนาเป้าหมายร่วมของภาคีภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งที่เป็น องค์กรภาคเอกชน หน่วยงานราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการเคลื่อนกระบวนการเครือข่ายเพื่อการพัฒนา ทั้งนี้เป้าหมายร่วมดังกล่าวจะต้องมีลักษณะเป็นเป้าหมายที่เชื่อมกับเป้าหมายเฉพาะของภาคีแต่ละคนได้ โดยกระบวนการพัฒนาจำเป็นต้องสื่อสารและจัดการให้ภาคีแต่ละภาคส่วนเห็นบทบาทและความรับผิดชอบของแต่ละส่วนด้วยตัวของแต่ละคนเอง
2. กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของภาคีนอกจากจะแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์แล้วยังพบว่ากระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ยังมีส่วนสำคัญที่ทำให้สมาชิกของเครือข่ายได้ตรวจสอบความคิดและทัศนะของตนเองต่อการพัฒนาการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ “แกนนำประเมินว่าตนเองมีการเรียนรู้ในด้านการทำงานที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะการสนับสนุนชุมชนจากเดิมที่เป็นคนที่คาดหวัง “ทำไมเค้าไม่เป็นอย่างที่เราคิด” เมื่อผ่านได้ใช้กระบวนการเรียนรู้เห็นว่า “เราคิดอย่างนั้นไม่ถูก เราต้องฟัง” รูปธรรมกรณี “ตบมะผาบ” ที่ชาวบ้านได้นำมาแลกเปลี่ยนแสดงกันในเวทีเป็นภูมิปัญญาการต่อสู้แบบดั้งเดิมที่สามารถนำมาเป็นการออกกำลังกาย มิใช่รูปแบบเดียวจากส่วนกลาง เรื่องนี้ทำให้บทบาทของพี่อจธราเปลี่ยนไปจากเดิมที่เคยเป็นผู้ประสาน กลายเป็นผู้ที่ต้องเข้าร่วมกระบวนการฝึกตบมะผาบด้วย และชุมชนได้วางไว้ว่าเดือนธันวาคม หมอจะได้ขึ้นแสดงตบมะผาบพร้อมกับชาวบ้าน และจากการจัดเวทีที่ชาวบ้านเป็นผู้เลือกเรื่องที่จะนำเสนอตนเอง วิธีคิดเรื่องการเอามาแลกระหว่างชาวบ้านและเจ้าหน้าที่มีความแตกต่างกัน เจ้าหน้าที่เห็นว่ามีอะไรก็เอามาแลกหมดในขณะที่ชุมชนเห็นว่าเจอกันอีกหลายครั้งค่อยๆเอาออกมาแลกจะได้มีอะไรมาคุยกันในแต่ละครั้ง วิธีทำงานยังเปลี่ยนไปในเรื่องการให้ข้อมูลจากเดิมหากได้อะไรใหม่มาจะรีบใส่เข้าไป แต่เมื่อผ่านกระบวนการนี้ “การคืนข้อมูล” เริ่มมีการนำมาใช้ เราต้องดูก่อนว่าเค้ามีอะไรเป็นทุนและค่อยใส่สิ่งที่ได้มาเข้าไป นอกจากนี้ยังเห็นเรื่องความเชื่อมโยง จาก

เดิมที่พบว่าอาจจะยังติดกรอบเรื่องสิ่งที่ส่วนกลางส่งมาต้องพยายามตอบในขณะที่ทำงานนอกกรอบแบบด้วย แต่ขณะนี้ “ทำงานด้านเดียวแต่สามารถเชื่อมโยงให้คำตอบในทุกงานได้” นอกจากเรียนรู้จากเครือข่าย การเรียนรู้นี้แล้วยังมีเรื่องที่ สสส. เข้าช่วยในตอนถอดกระบวนการของสละวงด้วย สิ่งที่ได้คือความสุข จากการเห็นชุมชนเป็นตัวตั้งต้นในการทำงานเองซึ่งไม่เคยมีมาก่อน เป็นคนออกความเห็นว่ารอบหน้า ให้ไปแลกเปลี่ยนกันที่หมู่บ้านเลย หรือการที่ชุมชนเสนอขึ้นมาเองว่า “เวลาทำกิจกรรมขอที่ละอย่าง”

เครือข่ายอำเภอสนทราย

เครือข่ายอำเภอสนทราย เริ่มก่อรูปเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ โดยแกนนำ ของศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลหนองหาร โดยเน้นที่การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยแนวทางของการดูแล แบบสุขภาพวิถีไท ผ่านการทำงานเยี่ยมบ้าน มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่ สามารถสนับสนุน ส่งเสริมการพึ่งตนเองของคนในชุมชน ด้วยการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่อง การพัฒนา รูปแบบการทำงานโดยเครือข่าย 3 กลุ่ม คือ ประชาชน อาสาสมัคร และบุคลากรสาธารณสุขและตัวแทนจากองค์กร ท้องถิ่น ทั้งนี้การเรียนรู้ที่สำคัญที่ได้จากเครือข่ายอำเภอสนทรายคือ

1. การพัฒนาอาสาสมัครแกนนำ ในการเป็นผู้นำการพัฒนาหรือการเปลี่ยนแปลงควรเป็นผู้นำตามธรรมชาติ ซึ่งได้รับการยอมรับนับถือจากคนในชุมชน ทั้งนี้กระบวนการพัฒนาและอาสาสมัครสมัครแกนนำ จำเป็นต้องมีกระบวนการ การประเมินความพร้อม การประเมินส่วนขาดหรือความต้องการเพิ่มเติมใน การที่จะเป็นอาสาสมัคร การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ผ่านมาและการหาแนวทางร่วมในการเยี่ยมบ้าน โดยใช้เทคนิคกระบวนการกลุ่ม ก่อนที่จะมีการจัดหลักสูตรการอบรมที่อาสาเยี่ยมบ้าน เพื่อที่จะนำผล จากการประเมินที่อาสาเยี่ยมบ้านมาประกอบการจัดหลักสูตรการอบรมพัฒนาที่อาสาเยี่ยมบ้าน โดย คาดหวังว่า หลักสูตรที่จัดทำขึ้นภายใต้กรอบของการประเมินจะมีความเหมาะสมสอดคล้องกับ ความ ต้องการของที่อาสาเยี่ยมบ้านและเป็นการเติมเต็มในส่วนที่ขาดและที่จำเป็นสำหรับที่อาสาเยี่ยมบ้านที่ จะนำไปประยุกต์ใช้ในการเยี่ยมบ้านต่อไป เนื้อหาหลักสูตรที่จัดทำขึ้นประกอบด้วย เทคนิคการให้ คำปรึกษาเบื้องต้น เทคนิคการสื่อสาร เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพ ความรู้เบื้องต้นด้านสุขภาพ การ ใช้ยาที่จำเป็น การฝึกปฏิบัติการวัดความดันโลหิต การจับชีพจร และแนวทางการประสานขอความ ร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
2. การพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข แนวคิดของจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม ด้วยการพัฒนา กระบวนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของประชาชน
3. ระบบบริการที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อการรองรับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่สำคัญคือ ระบบการ เชื่อมโยงบริการและการส่งต่อ ระหว่างชุมชนกับสถานบริการและระหว่างสถานบริการกับชุมชนอันจะ นำไปสู่ความเข้าใจต่อการให้บริการที่ดีทั้งผู้ให้และผู้รับ
4. ภาควิชาสำคัญของการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนั้นกระบวนการพัฒนาที่ สำคัญอีกกระบวนการหนึ่งคือการพัฒนาให้องค์กรท้องถิ่นเข้าร่วมกระบวนการพัฒนางานสร้างเสริม สุขภาพ ในฐานะที่เป็นเจ้าของพื้นที่ และมีภาระหน้าที่ในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในชุมชน

บทเรียนจากผู้ประสานงาน (ทีมนักวิชาการภาค) ในการสนับสนุนการพัฒนา

การพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของหน่วยบริการ พบว่า แม้การพัฒนาจะมีประเด็นของการสร้างเสริมสุขภาพเป็นเนื้อหาตั้งต้นสำหรับการพัฒนา (กรอบของประเด็นอยู่ในเรื่อง เรื่องการทำงานในชุมชน การทำงานเบาหวานในชุมชน และการดูแลเบาหวานแบบองค์รวม) แต่ก็พบว่า กระบวนการพัฒนาจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการจัดการเรียนรู้ และกระบวนการเครือข่าย ควบคู่ไปกับการพัฒนาพี่เลี้ยงเครือข่าย การสร้างกระบวนการเรียนรู้ในคนรุ่นใหม่ที่เข้ามาของเครือข่ายนครไทย ที่เปิดโอกาสให้น้องใหม่ได้ออกมาอยู่ในเวทีอื่นๆ และให้น้องใหม่เป็นคนนำเสนอ ส่วน พี่ๆ แอบให้กำลังใจด้านหลัง กรณีการทำงานเป็นทีมของเครือข่าย NCD จังหวัดลำปาง รวมถึงการมอบหมายภารกิจให้คนที่เข้าร่วมเวทีในแต่ละครั้งของเครือข่าย NCD จังหวัดลำปาง ต้องมีการสรุปและนำกลับไปถ่ายทอดบอกให้กับเพื่อนในเครือข่าย เป็นต้น

ประเมินในรอบแรก จุดเด่นของการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพผ่านกระบวนการเครือข่าย และการจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของภาคเหนือมีเงื่อนไขสำคัญๆ ที่เป็นบทเรียนประสบการณ์การทำงานดังนี้

1. การคัดเลือกพื้นที่เข้ามาร่วมอาจจำเป็นต้องมีส่วนประกอบของพื้นที่สองลักษณะคือ พื้นที่ที่มีทุนทำงานอยู่ก่อน กับพื้นที่ที่สนใจและสมัครใจเข้าร่วม แต่ยังไม่มีความรู้ดำเนินการ ทั้งนี้เพราะกระบวนการพัฒนาที่ออกแบบเน้นการพัฒนาและการเรียนรู้จากของจริง จากชีวิตจริงทั้งของเจ้าหน้าที่และประชาชน จำเป็นต้องอาศัยรูปธรรมหรือตัวแบบฉายให้เห็นกระบวนการทำงานตลอดสายของการพัฒนา ดังนั้นการที่พื้นที่มีต้นทุนการพัฒนาและการเรียนรู้มาก่อนจึงเป็นจุดเริ่มสำคัญที่จะช่วยก่อรูปการพัฒนา รวมทั้งก่อรูปเครือข่ายการทำงานที่ชัดเจนมากขึ้น
2. ผู้จัดการกระบวนการ มีทุนในการจัดกระบวนการให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างกันและกัน จัดกระบวนการเรียนรู้มีส่วนร่วมและได้มาทำอย่างเป็นระบบ โดยจุดที่เพิ่มไปจากเดิมคือการให้แต่ละเครือข่ายได้เตรียมตัวประสบการณ์ก่อนเข้าร่วม ในการจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จำเป็นต้องมีการสรุปคืนข้อมูลไปยังพื้นที่ ซึ่งการจัดกระบวนการยังมีแง่มุมเล็กๆ ที่น่าสนใจคือ การเดินทางร่วมกันสร้างโอกาสให้สมาชิกแต่ละเครือข่ายได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้เพิ่มเติมอีกทั้งในช่วงก่อนการเข้าร่วมและหลังเลิกเวที
3. การสนับสนุนวิชาการเพิ่มเติม จะเติมเต็มให้กับเครือข่ายในแต่ละช่วง อาทิ การเชื่อมระหว่างนักพัฒนาเอกชนที่ทำงานเรื่องชุมชนและผู้สูงอายุของจังหวัดลำปางไปช่วยเรื่อง ผู้สูงอายุที่เครือข่ายวังเหนือ การเชื่อมเครือข่ายหมอพื้นบ้านล้านนาให้เข้ามาช่วยสนับสนุนเครือข่ายที่สนใจพัฒนาการดูแลตัวเองของชาวบ้านด้วยการใช้สมุนไพร เป็นต้น
4. ลักษณะสมาชิกในเครือข่ายการพัฒนาการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ เท่าที่จำแนกได้จากภาคีเครือข่ายภาคเหนือ ประกอบด้วย กลุ่มที่มีบุคลิกใฝ่รู้ทำให้คนอื่นประทับใจกระตือรือร้น กลุ่มหนึ่งสร้างบรรยากาศดีมีสีสัน กลุ่มหนึ่งเป็นนักคิด นักปฏิบัติ และสรุปภาพรวมขึ้นมา สมาชิกส่วนใหญ่รู้จักฟัง บางคนมาปรับตัวเองจากนักพูดเป็นนักฟังในงานนี้ แกนนำของแต่ละเครือข่ายมีความเป็นผู้นำแบบธรรมชาติ (ยกเว้นวังเหนือยังเป็นโครงสร้างคนทำงานอยู่)
5. สรุปการจัดกระบวนการกระตุ้นการพัฒนาและการเรียนรู้ ของเครือข่ายฯ สำหรับทีมนักวิชาการภาคเหนือ ประกอบด้วย
 - การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ที่เน้นการแลกเปลี่ยนโดยใช้กระบวนการ Dialog แลกเปลี่ยนประสบการณ์ดี ๆ ในการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพของภาคีเครือข่าย

- การศึกษาดูงานในพื้นที่จริงซึ่งมีประการการพัฒนาการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่ประสบความสำเร็จ โดยกำหนดประเด็นศึกษาดูงานสองเรื่องคือ การสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ” ของเครือข่ายอำเภอ นครไทและ “การพัฒนาการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานโดยการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” ของเครือข่าย NCDลำปาง โดยการศึกษาดังกล่าวพบชุดความรู้เกี่ยวกับ
 - 1) การทำงานเป็นทีม ในการดูแลพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพฯ
 - 2) กระบวนการสร้างพลังผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพตนเองผ่านประสบการณ์ของผู้ป่วย
- ผลลัพธ์การพัฒนาที่สำคัญนอกจากการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพิ่มจัดอบรมเบาหวานการดูแลสุขภาพวิถีไท
- ประชุมถอดสิ่งที่เรียนรู้ร่วมกัน

6. กลไกสำคัญของเครือข่ายพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพฯ และพัฒนาการเรียนรู้

- “เมื่อคนเปลี่ยนแปลง ระบบบริการก็ปรับไป” กลไกสำคัญของการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพอยู่ที่ บุคลากร หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ คุณภาพของงาน ขึ้นอยู่กับคุณภาพของคน ซึ่งครอบคลุม “ปัจเจกบุคคล” ถึง “ทีม” การดำเนินงานพัฒนาลักษณะเครือข่าย ทำให้เกิดการพัฒนารูปแบบทีมและเครือข่าย เกิดปรากฏการณ์ สลายความ”เป็นพวก-เป็นฝ่าย” กลายเป็น”เพื่อน” เกิดความเอื้ออาทรห่วงใย และที่สำคัญพบว่า ภาวการณ์เครือข่ายเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของเครือข่ายร่วมกัน และช่วยกันขับเคลื่อนเครือข่ายให้เกิดผลการพัฒนาจนเป็นที่ยอมรับจากภายนอก

“เห็นคุณค่าในตัวเอง กล้าแสดงความคิดเห็นเล่าประสบการณ์การทำงานให้เกิดความมั่นใจในการทำงานและแลกเปลี่ยน”

“พยาบาลวิชาชีพที่ยึดติดกับบริการในสถานบริการ ได้เกิดแนวคิดและมุมมองการให้บริการด้านสุขภาพเชิงรุกมากขึ้น ทั้งๆที่ผ่านมาเพียรพยายามหาตัวรับตำราอ่านว่าจะทำอย่างไรดีนะ ถึงเรียกว่า “บริการเชิงรุก” พอได้ทำหัดทำรู้สึกว่ามีผลและ การสร้างเสริมสุขภาพ”

“ได้กระบวนการในการเรียนรู้ การทำงานของชุมชนให้อะไรดีๆที่บางอย่างที่เราไม่มี มีเทคนิคต่างๆที่เราจะเอาไปใช้กับชุมชน การประสานงานในหมู่บ้านที่เอาไปใช้ได้ คาดหวังว่าเราจะได้มีการเรียนรู้ร่วมกันในเรื่องชุมชนได้จริงๆ กระบวนการเรียนรู้ 2 – 3 วันนี้สามารถเอาไปใช้ CUP ได้”

“เดิมทำงานไม่มีการนำกลับมาสรุปบทเรียน ทำให้ไม่สามารถบอกได้ว่าตนเองทำงานอะไรได้บ้าง ได้ฟังคนอื่นทำให้ตนเองได้คิด จุดประเด็นได้”

“กระบวนการทัศน์เปลี่ยนไป จากการที่ได้เรียนรู้กับเครือข่ายอื่นๆ ทำให้ได้รู้ว่าการรักษาเบาหวานไม่ได้มีเพียงแค่แผนปัจจุบัน ที่เปลี่ยนไปอีกอย่างคือ การให้คำแนะนำเมื่อก่อนจะห้ามเมื่อรู้ว่าผู้ป่วยใช้สมุนไพร เดี่ยวนี้รับฟังผู้ป่วยมากขึ้น ไม่ห้ามแต่เปลี่ยนคำแนะนำเป็นทานยาที่ให้ไปด้วย”

- ระบบบริการที่เกี่ยวข้องกับการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ ถูกปรับไป โดยยึดเป้าหมายการทำงานที่อิงความจำเป็นและความต้องการของประชาชน ภายใต้บริบทของชุมชน เป็นหลัก ด้วยการจัดระบบการทำงานสร้างเสริมสุขภาพให้สามารถบูรณาการกับงานประจำ บูรณาการเป้าหมายการทำงานเข้ากับระบบมาตรฐานของ PCU

“เบาหวานไม่ใช่แค่รักษา ต้องสร้างพลังผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ทีมจึงพัฒนาโปรแกรมการทำงาน NCD ใน PCU ให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน และประปรยุกต์การดูแลสุขภาพวิถีไทเข้าสู่ระบบบริการ”

- บทเรียนการพัฒนา พบว่า โครงสร้างที่แข็งตัวเป็นทางการไม่สามารถสร้างเครือข่ายเรียนรู้ที่ดีได้ o นอกจากนี้ยังพบว่าอำนาจสั่งการให้เกิด “การพัฒนาและการเรียนรู้” เป็นการจัดการที่ไม่มีประสิทธิภาพ ทางที่ดีต่อการพัฒนาคือการพัฒนาให้สมาชิกเกิดแรงบันดาลใจ ในการดำเนินงานจะให้ผลการพัฒนาที่ต่อเนื่องและยั่งยืน ซึ่ง “กระบวนการเครือข่าย” ช่วยพัฒนาสร้างสรรค์แรงบันดาลใจดังกล่าวได้เป็นอย่างดี
- การพัฒนาระบบบริการเพื่อรองรับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ต้องใส่ใจและสนใจ “ทุน” และบริบทของพื้นที่

ข. การพัฒนาและการขับเคลื่อนเครือข่ายการเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพ

การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพฯ ภาคใต้

ภาคใต้มีสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อกระบวนการทำงานและการพัฒนายูนิกทั้งนี้พบว่า ในช่วงการดำเนินงานโครงการ นอกจากจะเกิดปัญหา การก่อความไม่สงบของ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ (รวมพื้นที่อำเภอหาดใหญ่) อยู่เป็นระยะๆ บางครั้งก็เกิดปัญหาอุทกภัย รุนแรง ทำให้การติดต่อประสานงานในโครงการเป็นไปด้วยความลำบาก

“เกิดสิ่งรบกวนจิตใจมากมายที่ทำให้โครงการเครือข่ายพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพดำเนินงานได้ลำบาก เช่น น้ำท่วมรุนแรงที่หาดใหญ่ เหตุการณ์ไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่ไม่มีการเลือกเวลา และไม่มีวันหมด ดังนั้นในการจัดประชุมต้องดูเวลาเล็กให้ไม่เกิน 15.00 น. เพื่อให้ 3 จังหวัดเดินทางกลับบ้านปลอดภัย และเริ่มก่อความไม่สงบถึงหาดใหญ่ซึ่งมีศูนย์เครือข่ายภาคตั้งอยู่ ยังมีปัญหาข้าราชการโยกย้ายที่ทำให้ระบบไม่นิ่ง แต่ถึงอย่างไรก็ตามในชุมชนมีความรู้ค่อนข้างมากมาที่เป็นเสน่ห์ให้เรียนรู้ เช่น กลุ่มออมทรัพย์บ้านน้ำขาวของคลับ หมอสมุนไพรรสมพร คุณประยงค์รางวัลแม่โขง กองทุนหมู่บ้านของครูลักษ์ เป็นต้น การสร้างเครือข่ายที่น่าจะค่อยเป็นค่อยไปอาจกลายเป็นก้าวกระโดดเพราะแรงกระตุ้นของชุมชน”

การก่อรูปการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพภาคใต้

1. อุดมการณ์และแนวคิดของสำคัญของการพัฒนาการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ คือ ระบบบริการจำเป็นจะต้อง เข้าถึง เข้าใจและพัฒนาให้ชุมชนมีสมรรถนะในการพึ่งพาตนเองได้ โดยกระบวนการทำงาน เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน คำนึงถึงวิถีชีวิตและบริบทของแต่ละพื้นที่ ใช้หลักการ องค์กรร่วม ผสมผสาน ต่อเนื่อง และ ชุมชนมีส่วนร่วม ประยุกต์ใช้กับการปฏิบัติงาน โดยมีPCU เป็นฐานบริการที่ทำให้แข็งแรง โครงสร้าง (รูปภาพที่ 5) เน้นร่วมคิด ร่วมทำ ทำไป ฝึกไป (on the job training) ทุกคนเท่าเทียมกัน
2. การดำเนินงานเริ่มด้วยการมองหาพื้นที่ที่มีศักยภาพ สมควรใจ และสนใจเข้าร่วมโครงการ ผลปรากฏว่าการตอบรับของพื้นที่เป็นไปในทางบวก เนื่องจากเดิมหน่วยบริการไม่มีโอกาสได้รับการสนับสนุนการพัฒนาในลักษณะนี้มาก่อน

“เมื่อก่อนเราไม่ได้คิดพัฒนาโครงการได้เอง (ถูกบงและงาน กำหนด) เพราะถูกระบบปกติควบคุม ดังนั้นเมื่อส่วนกลางเห็นความสำคัญทำให้เราตั้งใจ ภูมิใจ และมีกำลังที่จะทำอย่างกระตือรือร้น ขอให้ “หนักแล้วก็หอย” เพราะการทำงานไม่จำเป็นต้องทำแต่ในเมืองจึงจะดี ทำในชนบท ในชุมชนก็สำเร็จได้ถือว่าเป็นการก้าวกระโดด”

3. พื้นที่เป้าหมาย 5 จังหวัดแกนนำ โดยมีเครือข่ายร่วมดำเนินงานทั้งหมด 8 เครือข่าย ประกอบด้วย
 - เครือข่ายจังหวัดสงขลา ประกอบด้วยเครือข่าย อ.เทพา อ.หาดใหญ่ อ.จะนะ
 - เครือข่ายจังหวัดปัตตานีประกอบด้วยเครือข่าย อ.มายอ
 - เครือข่ายจังหวัดนครศรีธรรมราชประกอบด้วยเครือข่าย อ.ท่าศาลา อ.ลิซล
 - เครือข่ายจังหวัดกระบี่ ประกอบด้วยเครือข่าย อ.เขาคราม อ.บ้านทุ่ง
 - เครือข่ายจังหวัดชุมพร ประกอบด้วยเครือข่าย อ.พะโต๊ะ

เงื่อนไขการพัฒนา

1. โครงสร้างและการจัดการเดิมมีผลเป็นอย่างมากต่อการขึ้นรูปการพัฒนา ทั้งนี้เพราะเงื่อนไขของระบบเดิมมีลักษณะการจัดการความสัมพันธ์เชิง อำนาจและการตัดสินใจ รวมทั้งการจัดการและการประสานงานแบบสั่งการ ดังจะพบได้ว่า ในโครงสร้างที่ สสจ. เห็นความสำคัญ ก็จะดำเนินการได้เต็มพื้นที่ ในขณะที่บางแห่งระบบเดิมสร้างความยุ่งยาก ขั้นตอนซับซ้อนทำให้ปฏิบัติเบื่อบ่อย
“จากปัญหาอุปสรรคที่ผ่านมาข้าพเจ้าคุยกับคุณหมอ...ว่าเราขับเคลื่อนกันไปแบบเป็นทีมทั้งจังหวัดไม่ได้ (เนื่องจากข้อจำกัดในเรื่องตำแหน่งของข้าพเจ้าอยู่ในระดับตำบลและคุณหมอก้อยอยู่ในรพ). ถ้ายังดื้อดึงที่จะผลักดันให้เป็นทีมระดับจังหวัดไม่ได้ เราก็อยาไปก๊วกยหน้าของคนอื่นก็เลยตั้งเป้าการพัฒนาไว้ที่สถานีนามัย.....เพื่อนำร่องและผลักดันให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ให้ได้เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีให้ได้จึงได้ดำเนินการนำร่อง สัก 1 แห่งก่อน”
2. พี่เลี้ยงในพื้นที่ เป็นกลไกสำคัญในการช่วยขับเคลื่อน และขับเคลื่อน ทั้งนี้พบว่าในช่วงก่อรูป แต่ละระดับยังไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่ในเรื่องการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) จึงเกิดแนวคิดที่ใช้ระบบการดูแลและระบบสนับสนุนเดิมภายในพื้นที่เข้ามาสวม ทำให้ไม่มีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา และขาดการเชื่อมโยงและบูรณาการ

การออกแบบการพัฒนา

การออกแบบและการจัดการที่สนับสนุนการพัฒนาและการเรียนรู้ของเครือข่ายที่เข้าร่วมโครงการเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ใช้ฐานประสบการณ์การทำงานเป็นปัจจัยนำเข้าสำคัญของการจัดกระบวนการเรียนรู้ โดยลักษณะการดำเนินงาน เน้นร่วมคิด ร่วมทำ และ ทำไป ฝึกไป (on the job training) ภายใต้วความเท่าเทียมกัน ผสานกับการประยุกต์ใช้กระบวนการจัดการความรู้ (KM) และการบูรณาการดำเนินงานพัฒนาให้ ผสานการทำงานกับระบบวัดประเมินคุณภาพในแบบปกติ (KPI) ทั้งนี้เป้าหมายการดำเนินงาน ประกอบด้วย

1. พัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยกระบวนการพัฒนาเครือข่ายเครือข่ายการเรียนรู้ในภาคใต้เพื่อจัดการและสนับสนุนการพัฒนา ตลอดจนพัฒนากระบวนการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ
2. จัดกระบวนการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพฯ ในพื้นที่ภาคใต้
3. สนับสนุนการพัฒนาบริการสร้างเสริมสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ ผ่านกลไกการพัฒนาในโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่หน่วยบริการปฐมภูมิพัฒนาขึ้น

โครงสร้างและการจัดการ

แนวคิดสำคัญของการออกแบบการจัดการและการกำหนดแนวทางสนับสนุนและพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ของ เครือข่ายภาคใต้ คือการบูรณาการการพัฒนาให้เข้ากับงานประจำ ดังนั้นโครงสร้าง และการจัดการของการพัฒนา จึงออกแบบให้ผู้เกี่ยวข้องกับการพัฒนาในระดับต่างๆ มีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานดังนี้

- กลไกระดับ CUP ทำหน้าที่
 1. สนับสนุนด้านความรู้
 2. ติดตามการบริหารจัดการงบประมาณ
 3. กำหนดทิศทางการดำเนินงานโครงการ

- กลไกระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ทำหน้าที่คล้ายภาคแต่ย่อลงในระดับจังหวัดให้การดูแลอำเภอและตำบลซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติในพื้นที่ ทำหน้าที่

1. เป็นผู้เชื่อม ตั้งแต่ระดับหมู่บ้าน ตำบล ระดับอำเภอเครือข่ายหมออนามัย ระดับจังหวัด
2. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับจังหวัด
3. ติดตามและรายงานผลการดำเนินงาน
4. ประสานงาน
5. ให้คำแนะนำ ปรึกษา

- บทบาทพี่เลี้ยงจังหวัด

1. ผู้ให้ทุนประเมิน กระตุ้น ติดตาม เป็นตัวเชื่อม CUP และ PCU ลงไปดู 1-2 ครั้งต่อปี
2. ผู้รอบรู้ มีความรู้ด้านวิชาการ แลกเปลี่ยนกัน ต้องเรียนรู้ มองกว้างทั้งระบบ
3. ผู้สนับสนุน สนับสนุนทุกรูปแบบ ดูส่วนขาด ช่วยเติม ตอบคำถามได้ ของบสนับสนุน
4. จากแหล่งงบประมาณที่สามารถนำมาใช้ในพื้นที่ ได้แก่ งบฯ สสม. อบต. CUP และเงินบำรุง
5. ยกย่อง PCU เห็นคุณค่า เป็นพี่ เพื่อน ให้กำลังใจ เสริมแรงและชี้ให้เห็นศักยภาพของ
6. PCU ที่เรียนรู้กันเองได้ ให้ที่เด่นเป็นวิทยากร
7. กำหนดแผนนโยบาย
8. พัฒนามาตรฐานบริการ เช่น พัฒนาบุคลากรใน PCU พยายามสู่การเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติ

รูปภาพที่ 4 โครงสร้างกลไกการสนับสนุนและการจัดการ ในโครงการการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงาน
สร้างเสริมสุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ (ภาคใต้)

โครงสร้างกลไกการสนับสนุนและการจัดการ ในโครงการการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงาน
สร้างเสริมสุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ (ภาคใต้)



- พี่เลี้ยงภาค

พี่เลี้ยงภาค หรือผู้ประสานการพัฒนาระดับภาค (ศูนย์ประสานงานและสนับสนุนการพัฒนา เครือข่ายภาคใต้) นอกจากจะทำหน้าที่ประสานและสนับสนุนการจัดการรวมทั้งการสนับสนุนเชิงวิชาการและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ตามกรอบภาระหน้าที่ ซึ่งเป็นข้อตกลง ตามกรอบการทำงานที่โครงการส่วนกลางกำหนด แต่สำหรับเครือข่ายการพัฒนาและการสนับสนุนภาคใต้ ออกแบบการทำงานของพี่เลี้ยง/ผู้ประสานระดับภาคไว้ให้มีบทบาทสำคัญดังนี้

1. เป็นผู้เชื่อมและสนับสนุนการพัฒนาทางด้านวิชาการและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ตั้งแต่ระดับหมู่บ้าน ตำบล ระดับอำเภอ เครือข่ายหมออนามัย ระดับจังหวัด ระดับเขตมีศูนย์เครือข่ายภาคใต้เชื่อมสู่ระดับประเทศ โดยระบบสนับสนุน ต้องเป็นระบบที่ใช้ง่าย และสะดวกในการเข้าถึง โดย

- 1.1 ด้านวิชาการ ทำหน้าที่เป็นสื่อกลางความรู้ที่ทันสมัย เชื่อได้ เป็นแบบอย่าง ไวต่อการเสาะหา สรรหาแหล่งเรียนรู้ให้กับเครือข่าย สนับสนุนวิทยากร ประสานงานให้ได้ความรู้ใหม่ๆ สม่่าเสมอ เช่น จัดประชุมที่สวนสายน้ำ ต.ทุ่งลุง อ.หาดใหญ่ ซึ่งแกนนำจะเห็นภาพของการสร้างสุขภาพ แบบองค์รวม มีผู้รู้ที่สามารถให้ความรู้แก่แกนนำได้ คือ นพ.อมร รอดคล้าย นพ.สุภัทร อา สุวรรณกิจ นพ.สุวัฒน์ พงค์สุกิจวิริยะ รท.หิรัญ ศิษฏโกวิท ปราชญ์ชาวบ้าน ในขณะที่ท่าน เหล่านี้ให้ความสำคัญ และเห็นคุณค่าของคุณกิจ แต่ภาคต้องสร้างคุณอำนวย คุณประสาน คุณเอื้อเพิ่มขึ้น

- 1.2 ด้านงบประมาณ การจัดการงบประมาณ ศูนย์สนับสนุนฯ ผ่านสหกรณ์บริการสุขภาพ หาดใหญ่จำกัด ให้แหล่งละ 30,000 บาท โดยให้งวดแรก 10,000 บาท เมื่อส่งผลงานชิ้นแรกในการประชุมครั้งที่ 2 จึงจะรับงบงวดต่อไป

- 1.3 การนิเทศ ติดตามประเมินผลสม่ำเสมอ ประเมิน หาส่วนขาด มีการติดต่อแบบไม่เป็นทางการ เหมือนพี่สอนน้อง และเป็นทางการเพื่อพัฒนาและช่วยเหลือ

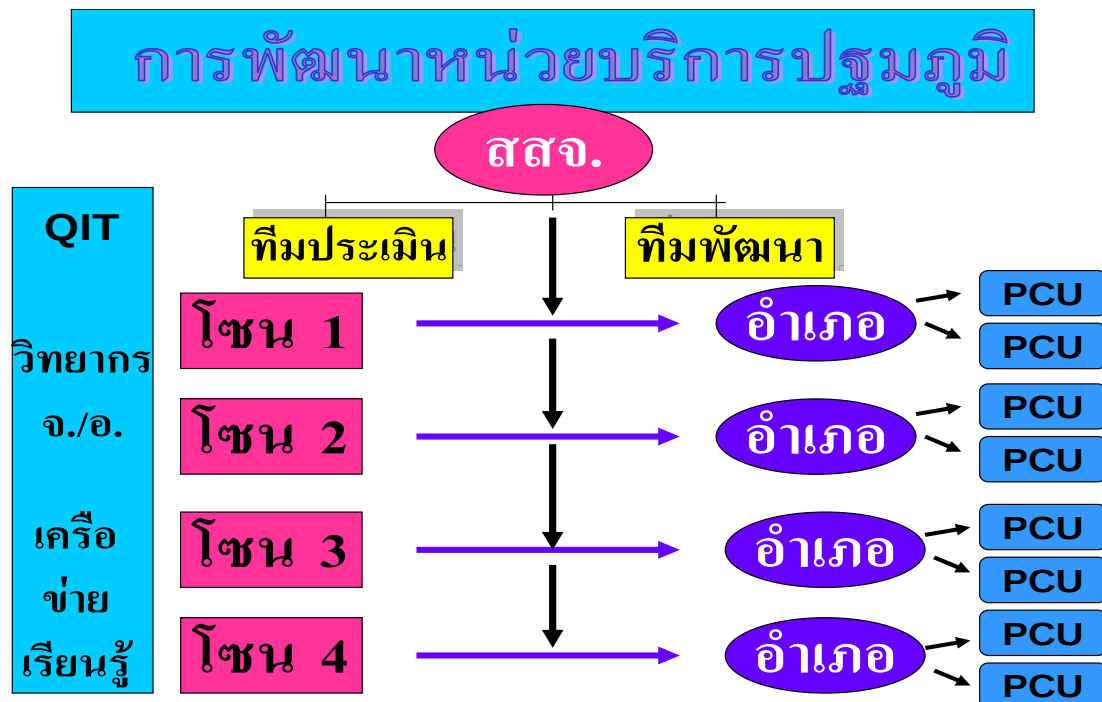
- 1.1 จัดให้มีระบบสนับสนุนการพัฒนาโดยการ

- ระบบสนับสนุนการพัฒนาภายในพื้นที่และภายในภาคีเครือข่ายกันเอง แบ่งเป็นโซน เช่น สงขลา ปัตตานี (แผนภูมิ 2) โซนเป็นผู้สนับสนุนในทุกเรื่อง และ CUP ให้การสนับสนุน สร้างระบบการจัดการตั้งแต่ CUP จนถึง PCU และชุมชน เช่น จ.นครศรีธรรมราช มากันเป็นทีม โดยมี นพ. สสจ. รองบริหาร แพทย์ พี่เลี้ยงและผู้ปฏิบัติ คือ จึงเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญ มีการพัฒนาอย่างบูรณาการของชุมชน ตัวอย่างเช่น โครงการของเครือข่าย จังหวัดนครศรีธรรมราช นำวัดเข้ามาลดปัญหาเศรษฐกิจชุมชน ทำมโนราห์ให้ความรู้ ขณะที่โครงการของเครือข่าย จ.ชุมพร จัดการปัญหาผู้ป่วยที่มารับบริการตามนัดมีหลายกลุ่ม รวมทั้งมีจำนวนมาก แต่เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการมีน้อย จึงไม่สามารถให้สุขศึกษาแก่กลุ่มเป้าหมายของโครงการได้ จึงได้ประสานไปยัง รพ.พะโต๊ะ เพื่อขอสนับสนุนพยาบาล วิชาชีพมาให้สุขศึกษาในวันที่แพทย์ออกมาให้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ในช่วงที่ผู้ป่วยนั่งรอแพทย์ตรวจ

- ระบบสนับสนุนจากภายนอกพื้นที่ เช่น เห็นภาพของการช่วยเหลือกันจาก CUP อบต. NGOs แม้แต่ด้านงบประมาณเมื่อมาซ้ำพี่เลี้ยงดำเนินการขอเงินนอกระบบทันที เพราะทุกเครือข่ายไม่เคยแย่งเรื่องงบฯแต่จะทำงานต่อเนื่อง ตัวอย่าง การช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม คือ จ.กระบี่ มีปัญหาหระหว่าง สสอ. สอ. ทำให้โครงการหยุดชะงัก เพราะงานขึ้นอยู่กับคนๆเดียว และเมื่อมีการเมืองเข้ามาแทรกส่งผลกระทบต่อระบบการทำงาน ดังนั้น สสจ. หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคมพยายามจัดระบบให้ลงตัวให้ได้ เพราะกระบี่ ไม่เพียงแต่ PCU กระบี่มี สสจ. ผอก. รพ.กระบี่ สสอ. PCU ที่มองเห็นทั้งระบบสุขภาพชุมชน

(community Care) ซึ่งโยงใยกันเป็นภาพใหญ่ เครือข่ายกระบี่จึงขอความช่วยเหลือไปยัง ศูนย์ฯภาคใต้ จัดให้มีการจับเข่าคุยกันระหว่างผอ. รพ.กระบี่ หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม ผอ.สพช.สาขาสงขลาและแกนนำเพื่อหาแนวทางให้กิจกรรมดำเนินการไปด้วยดี และ CUP สนับสนุนโดยเปิดโอกาสให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานที่ PCU เข้าร่วมประชุมเพื่อรับแนวคิดเรื่องเครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้

รูปภาพที่ 5 โครงสร้างกลไกการสนับสนุนการพัฒนาในระดับจังหวัด



2. ทำหน้าที่กระตุ้น จุดประกายเมื่อทีมเริ่มท้อ บอกเป้าหมายที่ต้องเดินไป จัดประชุมต่อเนื่อง ทำให้ไฟที่มอดลุกขึ้นมาอีก “เขาเอาจริงใส่ใจ จนเราศรัทธา วางใจ และตั้งใจไปเลย แต่เป้าหมายการทำรู้สึกมันหลวมๆ กว้างจนไม่แน่ใจว่าเดินถูกทางหรือไม่ มีศูนย์เครือข่ายคอยเน้นย้ำ”
3. กำหนดแนวทางการเลือกพี่เลี้ยงที่ต้องทำงานด้วยกันแล้วสนุกเพื่อต่อยอด ดัดดิน กระตือรือร้น มีทักษะ มีอาชีพ เก่งในการถ่ายทอด เป็นคนในพื้นที่ ทำงานนาน
4. ระบบข้อมูลกลาง สร้างระบบฐานข้อมูลของเครือข่ายภาคใต้ใน Web ที่แกนนำสามารถดึงไปใช้ได้
5. สังเคราะห์และพัฒนาชุดความรู้ ชุดประสบการณ์และบทเรียน กระบวนการเรียนรู้ วิธีการเรียนรู้ของแต่ละคนต่างกัน แต่มีกิจกรรมร่วมที่เหมือนกัน สามารถนำไปใช้ได้ เช่น โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานแบบการเยี่ยมบ้าน และส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมของชุมชน และโครงการเบาหวานกับ 3 PCU ของเครือข่ายสงขลา ชุดสร้างความยั่งยืนของชมรมผู้สูงอายุของนครศรีฯ เป็นต้นแต่เป็นทักษะที่ยากต้องใช้เวลาพัฒนา ชุดดูแลสุขภาพเกี่ยวกับโรคผิวหนังในพื้นที่โรงเรียนปอเนาะ จัดทำมาตรฐานการฝากท้อง

การประสานงานและการสื่อสารในเครือข่าย

การประสานงานและการสื่อสารภายในเครือข่ายเป็นสิ่งสำคัญ เพราะการเรียนรู้ต้องทันสมัย จึงต้องใช้การสื่อสารผ่าน Web blog เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการสื่อสารระหว่างกัน แต่วิธีการนี้ยังใหม่แกนนายังขาดทักษะ ศูนย์ฯจึงกำหนดกิจกรรมการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติเรื่องการใช้ Blog ทุกครั้งที่มีการประชุมเครือข่าย ในเรื่องนี้ จ.ชุมพรมีศักยภาพมากจึงเป็นแกนนำซึ่งได้ผล คุณอำนวย สุดสวัสดิ์ นวก.สาธารณสุข สสอ. พะโต๊ะ มี Blog ชื่อ chumphon-ph-pato. gotoknow.org เป็นผู้บันทึกอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เครือข่ายภาคใต้พัฒนาช่องทางการประสานงานและการสื่อสารของเครือข่ายไว้ 5 ช่องทาง คือ

1. ผ่าน 4 Blog มี 1.คุณสิริวรรณ เตียวสุรินทร์ คือ southpcu.gotoknow.org 2. เครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิจังหวัดชุมพร คือ URL; [http:// gotoknow.org/km-pcu-chumphon](http://gotoknow.org/km-pcu-chumphon) 3. คุณอำนวย สุดสวัสดิ์ และ 4. คุณอมรรัตน์ ลืมเฮง
2. E-mail และโทรศัพท์ ศูนย์เครือข่ายจัดทำคู่มือติดต่อสื่อสาร มีรายละเอียดเบอร์
3. โทรศัพท์ และE-mail ของทุกคน และเครือข่ายนครศรีธรรมราชรับอาสาทำ
4. ทำเนียบแกนนำเครือข่ายภาคใต้มีสถานที่ทำงาน เบอร์โทรศัพท์ E-mail และที่อยู่
5. จดหมายข่าวเป็นการประชาสัมพันธ์จากเครือข่ายภาค “บอกเล่าเก้าสิบ”

กระบวนการขับเคลื่อน สร้างกระบวนการเรียนรู้(ยั่งยืน การขยาย)

1. จัดตั้งศูนย์ประสานงานเครือข่ายเรียนรู้ภาคใต้ ตั้งอยู่ที่สำนักงานสหกรณ์บริการสุขภาพหาดใหญ่ จำกัด ทำหน้าที่ เป็นศูนย์ประสานงาน จัดการ ดูแล สนับสนุน ให้การปรึกษา ติดตาม รวบรวมบทเรียนเป็นระยะ พัฒนาพี่เลี้ยง จัดให้มีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และกระตุ้นให้มีการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง ดำเนินการดังนี้

2. พัฒนาศักยภาพคนอย่างต่อเนื่อง ศูนย์ฯให้ความสำคัญกับสร้างคนเพราะเป็นตัวจักรสำคัญอันดับแรก เพื่อสร้างฐานให้แข็งแรง และให้คุณค่ากับผู้ปฏิบัติซึ่งอยู่ในพื้นที่ ผู้มีทักษะ “การเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชนหรือองค์กรท้องถิ่น ต้องอาศัยประสบการณ์และทักษะพอสมควรเพราะอาจมีผลนำไปสู่ความล้มเหลวในการทำงานในชุมชนและโครงการได้”

2.1 เตรียมแกนนำ คัดเลือกแกนนำจากผู้รับผิดชอบโครงการ PCU ในพื้น ซึ่งเป็น best practice อยู่แล้ว ส่งเข้ารับการยกระดับความรู้ทางด้านวิชาการและการจัดการความรู้ ร่วมกับเครือข่ายภาคอื่นๆ โดยวิทยากร KM ชั้นเยี่ยม คือ อาจารย์กำพล แสดงถึงความใส่ใจและเห็นคุณค่าคนของ สปพช. สปสช. ที่มุ่งเน้นให้แกนนำมีความรู้อย่างลึกซึ้ง และศูนย์เครือข่ายภาคฯ ยังสร้างความรู้ให้แน่นขึ้นจากการเพิ่มเรื่อง dialogue ของ ภาวะฉุกเฉิน ที่สนทนากันจนรู้แจ้ง เพราะแนวคิดท่านคือ การมีสติ ไม่ยึดติด ฝึกการทำสุนทรียสนทนา และถูกเตรียมให้มีฐานความคิดที่ตรงกัน มองเชิงระบบ เห็นความเชื่อมโยง จัดการเป็นระบบ ช่างจัดสรรจนพอเหมาะกับชุมชน ประกอบกับ สปพช. สนับสนุนทุกวิถีทาง ทั้งโครงการต่างๆจากหลายแหล่งสนับสนุนทั้งปี เช่น สปสช. มสช. สสส. สคส. ที่ล้วนแล้วแต่มีเส้นทางเดินไปในแนวเดียวกันคือให้ความสำคัญกับระดับพื้นที่ ภาคส่งเสริมระบบบริการ คือ ภาคี องค์กรต่างๆที่ส่งเสริม ให้งบฯ ให้พวกเราที่ติดนอกรอบ ทำ เพราะเขาจูนตรงกับเรา เห็นคุณค่าของเพชรที่อยู่ในตม

2.2 กิจกรรมร่วมในเครือข่าย คือ จัดประชุม ทุก 1 – 2 เดือน การขยายเครือข่ายทุกระดับตามศักยภาพ การฝึกทักษะการถอดบทเรียนของแต่ละพื้นที่

ผลลัพธ์การพัฒนา

ผลการพัฒนาเครือข่ายที่เห็นเป็นรูปธรรม คือ การขยายตัวของสมาชิก ในปัจจุบัน คือ 120 คน และส่วนใหญ่ยังร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และแกนนำรู้จักที่จะจัดการ คือ ถ้าทำทั้งระบบไม่ได้ก็เสี่ยงเป็นทำจากจุดเล็ก คือ สอ.บ้านทุ่ง ที่ประสบปัญหาจนแกนนำต้องย้ายออกจากพื้นที่โดยด่วนคือ คุณนิตยา ปัจจุบันขอหยุดชะงักระยะหนึ่ง (จึงเป็นข้อคิดให้ช่วยกันแก้ไข ปัญหาองค์ความรู้ และความก้าวหน้าในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพมาตรฐานขึ้นอยู่กับตัวบุคคลมีได้อยู่ที่ทีมงานในองค์กร เมื่อมีการโยกย้ายทำให้การพัฒนาหยุดชะงักขาดความต่อเนื่อง และยั่งยืน)

จากการประชุมครั้งที่ 3 ณ สวนสายน้ำสนิมสนมกันมากจนไม่มีช่องว่าง ดังนั้นกิจกรรมที่จะเพิ่มขึ้นและมีคุณภาพ มีการให้เกียรติกันเคารพความเป็นพี่น้อง แต่เวลาทำงานเท่าเทียมกัน เห็นความรู้ซ่อนเร้นจากแกนนำโดยผ่านเรื่องเล่า แม้แต่สมาชิกใหม่ก็มีประสบการณ์ชั้นเยี่ยมที่ต้องทำให้หยุดฟังอย่างตั้งใจ ทำให้จินตนาการไปถึงภาพความสำเร็จที่เขาควรได้รับให้สาสมกับความเก่ง ความดี ความอดทน ดังที่คุณ (น้องใหม่) กล่าวว่า “ผมดูแลแกเหมือนพ่อ คิดเหมือนแกเป็นพ่อ”

กลุ่มแกนนำ เก่ง ขยัน อดทน รับผิดชอบ มีความเชื่อมั่นในตนเองสูง คิดนอกกรอบ มองความลึกซึ้งเป็นพลวัต ต้องหาวิธีการหลากหลายจัดการทรัพยากรที่มีอยู่มากมายอย่างลงตัว จนทำให้แน่ใจว่ากิจกรรมที่ทีมนี้ทำจะสำเร็จทั้งสิ้น และเป็นที่ยอมรับของชุมชน หน่วยงาน และจังหวัด มี Best practice Model ในหลายเรื่อง คือ DM ในชุมชน HHC การสร้างสุขภาพ การมีศักยภาพมากเมื่อถูกยกระดับยิ่งเห็นความสามารถที่เกินคาด ที่ช่างผสมผสานอย่างลงตัว ช่วยกันเสริมจนเครือข่ายมั่นคง เช่น ชุมพรเก่งเรื่อง blog นครศรีฯเก่ง entertain ทีม

ความสัมพันธ์ของคน คนใดมักจะหัวดีจะไม่เชื่อใครง่าย ๆ เป็นตัวของตัวเอง เดิมยังไม่ค่อยรู้จักกันมากยังสงวนท่าที นอกจากในระดับพื้นที่ แต่มีแกนนำระดับพื้นที่บางกลุ่มเคยเรียนร่วมกัน คือ คุณยงยุทธ์ (เท่ง) จากนครศรีฯ คุณยุทธพงศ์ (ซีเลน หรือ เคลลี่) จากชุมพร คุณ จากปัตตานี ทำให้สร้างบรรยากาศของความสนุกสนานเป็นกันเอง

บรรยากาศ ในครั้งแรกยังเป็นการทำความรู้จัก จนกระทั่งในครั้งที่ 3 มีความเป็นกันเองมาก key man อาสาทำงานส่วนกลางให้ เช่น นครศรีธรรมราชรับผิดชอบเรื่องการดำเนินงานเครือข่าย ทีมชุมพรเก่งเรื่อง Blog รับผิดชอบ ในการใช้ Blog เป็นสื่อกลางระหว่างเครือข่าย แต่วิธีการนี้ใช้ได้ดีกับชุมพร

การขับเคลื่อนเครือข่ายฯ

จากแกนนำ 5 จังหวัด จัดประชุมครั้งที่ 1 แกนนำจัดทำโครงสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ของแต่ละพื้นที่ โดยอาศัยการถอดบทเรียน และแผนการดำเนินกิจกรรมที่จะดำเนินการต่อไป โดยกำหนดให้แต่ละแห่งไปดำเนินการสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ และแม่ข่ายสนับสนุนงบประมาณดำเนินการ โดยมีโครงสร้างและแผนการดำเนินงาน ของแต่ละเครือข่ายดังนี้

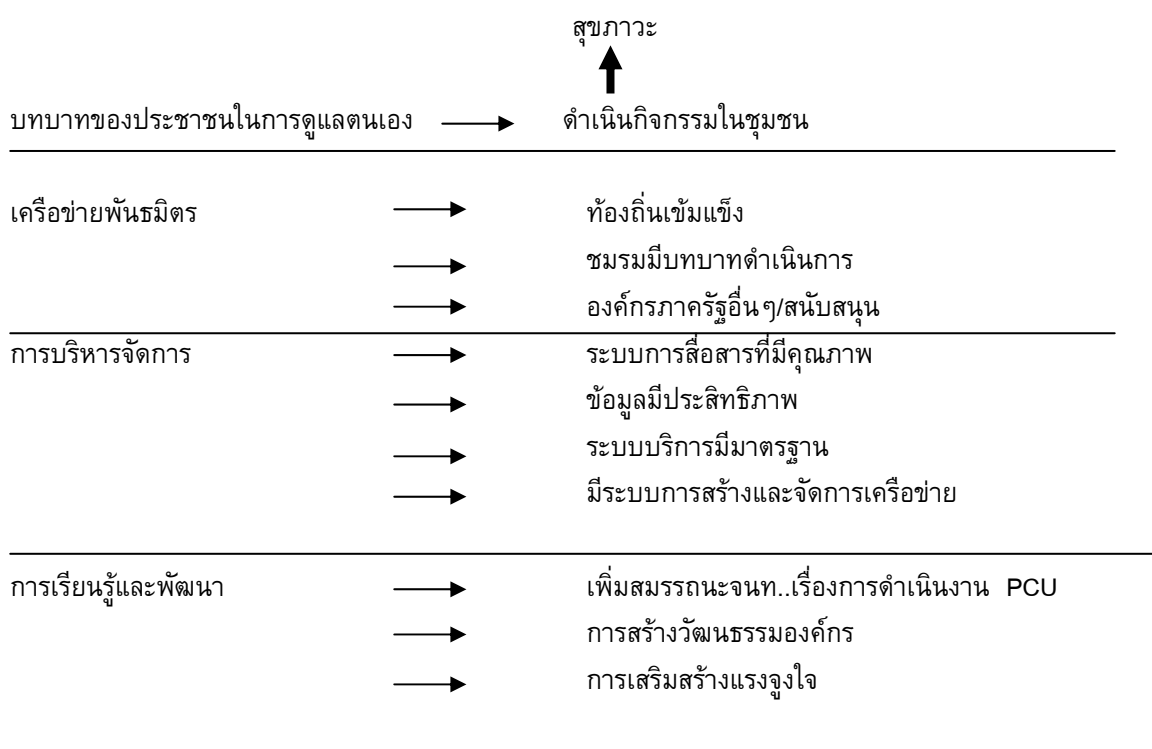
เครือข่ายจังหวัดปัตตานี

เครือข่ายการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพจังหวัดปัตตานีดำเนินงานโดยมี พี่เลี้ยงแกนนำใน สสจ.ปัตตานีเป็นแกนนำในการพัฒนานำร่อง และจะดำเนินงานทั้งจังหวัดโดยบูรณาการให้สอดคล้องกับนโยบายจังหวัด แต่เน้นประเด็นการพัฒนาเฉพาะเรื่อง คือ โรคเรื้อรัง แม่และเด็ก และการสร้างสุขภาพ โดยมี PCU ในผืนนำร่อง เพื่อขับเคลื่อนภายใต้บริบทของภาวะวิกฤตภาคใต้ นำเสนอรูปแบบเครือข่าย โดยเน้นการทำให้เป็นทีม มีการเรียกตัวแทนแต่ละอำเภอร่วมกันถอดบทเรียนในรูปของการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง วิทยาการกระบวนการถอดบทเรียน หลังจากอบรมได้นำเอาเนื้อหาที่ได้ประชุมร่วมกับ สสจ.

ทั้งนี้การดำเนินงานที่ผ่านมาเครือข่ายจังหวัดปัตตานีมีความสำเร็จในการทำเครือข่ายที่ดี เนื่องจากนำ วิทยุทัศน์ของจังหวัดมาวางรูปแบบ และได้คัดเลือกทีมจาก QIT ทีมวิทยากรที่มีความรู้ มีศักยภาพอยู่แล้ว มารับการฝึกเข้มเพื่อให้เป็น Facilitator ปัตตานีเข้าใจศักยภาพของชุมชนที่มีทุนทางสังคม ((Capacity – oriented) มากมาย จึง

ส่งเสริมกันอย่างเป็นกระบวนการ เช่น ชมรมจักรยานเสือภูเขา ทีมบุหงาพญาตานี ถอดบทเรียน 11 โครงการ คือ ทำใน 5 ตำบลที่เข้มแข็งคือ อำเภอหนองจิก 4 โครงการ อำเภอมายอ 6 โครงการ อำเภอโคกโพธิ์ 2 โครงการ เน้นการสร้างคน 5 โครงการระบบสร้างสุขภาพ และเห็นความสำคัญของปัญหาพื้นฐาน คือ อนามัยแม่และเด็กที่มีปัญหาในชาวมุสลิม ถึง 4 โครงการ หน่วยบริการปฐมภูมิที่เข้าร่วมโครงการ PCU ในพื้น มีเครือข่ายในการดำเนินงาน และสามารถถอดบทเรียนจากการดำเนินงานตามโครงการซึ่งตอบสนองปัญหาของพื้นที่ จนมีวิธีการทำงานที่เป็น best practice ตลอดจนเกิดเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ร่วมกันระหว่าง หน่วยงาน เจ้าหน้าที่ฯ องค์กรในชุมชน และประชาชน และสามารถนำไปสู่เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันกับองค์กรอื่นๆ ได้ สุดท้ายคือ เกิดกลไกแห่งการพัฒนาหน่วยบริการฯ ที่เป็นพลวัต โดยใช้ PDCA หรือ PDSA เพื่อให้บรรลุเป้าหมายคุณภาพสุดท้ายคือ ประชาชนมีสุขภาพดีและสามารถพึ่งตนเอง ภายใต้ระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน มีเป้าหมาย คือ ลดโรค สร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมแก่ประชาชน อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพอย่างยั่งยืน ต้องมีการบูรณาการ (แผนภูมิ 3)

รูปภาพที่ 6 แนวคิดการพัฒนาบริการสร้างเสริมสุขภาพของเครือข่ายจังหวัดปัตตานี



ทั้งนี้เครือข่ายจังหวัดปัตตานี เลือก PCU ทรายาวในการถอดบทเรียน เนื่องจากเป็นชุมชนที่เข้มแข็ง มีการส่งเสริมสุขภาพที่เป็นรูปธรรม และพบว่าทุกภาคีของชุมชนทรายาวมีภูมิปัญญาที่สามารถเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพได้ มีการเจาะลึกถึงบริบทของทรายาว คือ การศึกษาประวัติความเป็นมาและจุดเริ่มต้นของความเป็นชุมชนทรายาว มี 6 หมู่เกี่ยวโยงถึงรัฐกลันตัน ตรัง กานู ไทรบุรี ปะลิส และปีนัง และ หมู่ 1 บ้านใหญ่ เดิมเป็นหมู่บ้านที่มีลักษณะบ้านเรือนติดกันเกือบทุกบ้าน ไปมาหาสู่กันได้เพียงก้าวเดียวก็ถึงบ้าน บางบ้านติดกันทางระเบียง บางบ้านติดกันทางประตู จนเป็นประตูเดียวกันจึงเรียกว่า “บ้านใหญ่” หมู่ 2 ต้นกำเนิดมาจากทับเที่ยง จ.ตรัง หมู่ที่ 4 บ้านควนลังงาเดิมคือ “บ้านควนกระดิงงา” ส่วน หมู่ที่ 6 บ้านลำหย้ง บึงนั้นมีความลึกมากต้องนำไม้ไผ่มาผูกต่อกันและเมื่อหยั่งลงไปนั้นถึงกันบึงได้ จึงเรียกว่า “บ้านลำหย้ง” เป็นต้น

เครือข่ายจังหวัดชุมพร

เครือข่ายจังหวัดชุมพรเตรียมการ แผนการดำเนินกิจกรรมที่จะดำเนินการ คือ สร้างเครือข่ายหลัก และพัฒนาแกนนำ KM พัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยการคัดเลือกแกนนำขยายสู่ 11 เครือข่าย เผยแพร่ผ่านชุมชน Blog จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และประเมินความสำเร็จของเครือข่าย ซึ่งได้ดำเนินการและพบว่า การสร้างเครือข่ายพัฒนาและการการเรียนรู้ระดับจังหวัด โดยเน้น ความสมัครใจ คือ ต้องทำเพราะอยากทำ และฝึกถอดบทเรียนเรื่องเบาหวาน จาก 3 PCU คือ PCU พระรักษ์ PCU บังหวาน PCU ละแม มีโครงสร้างเครือข่ายที่มีผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมป้องกันของ สสจ. ซึ่งเป็นประธาน QRT อยู่แล้ว เป็นประธานเครือข่ายฯ และได้ทีม QRT งานพัฒนาคุณภาพของจังหวัด แกนนำเครือข่ายได้แก่ พี่เลี้ยง PCU อำเภอ จนขยายไปถึงสมาชิกเครือข่ายรวมกันเป็นทีม

เครือข่ายจังหวัดสงขลา

โครงสร้างเครือข่าย แบ่งเป็น 3 โซน โซนกลาง คือ รพ.หาดใหญ่ โซนใต้ คือ รพ.เทพา โซนเหนือ คือ รพ.ระโนด มีทีมกลาง (core team) ประกอบด้วย รพ.หาดใหญ่ สสจ. สงขลา เป็นทีมประสาน ที่ปรึกษาและสนับสนุน ทีม จ.สงขลาได้นำเสนอการดำเนินงาน “เครือข่ายการเรียนรู้และพัฒนา บริการสุขภาพปฐมภูมิ จ.สงขลา” โดยบรรยายถึง การวางแผนการสร้างเครือข่ายหลังจากประชุมในครั้งที่ 1 หลังจากนั้นได้สร้าง core team ค้นหา individual นัดหมายพูดคุยฝึกฝนการทำ km และจัดกิจกรรม ks ในแต่ละ node/zone โดยแยกเป็น 3 โซน มีการนำเสนอผลงาน PCU ในพื้นรวม 12 เรื่อง และจะจัดกิจกรรม ks ไป การใช้ระบบนิเวศของ รพ.จะนะที่ทำเรื่องปฏิกิริยาภาพ และมีการต่อยอด นอกจากนี้การสร้างควมตระหนักเป็นสิ่งที่ยาก เช่น ใช้เลือดออกมีการรณรงค์อย่างต่อเนื่องในชุมชนทำมา 4-5 ปี ให้คว่ำกะลา อย่างขยยะได้ดูบ้านเพราะเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงก็ไม่สำเร็จ แต่เมื่อลูกน้องพาตายเพราะใช้เลือดออกภายใน 1 เดือน ระบบนิเวศถูกดำเนินการโดยเร็ว เพราะเขาเห็นผลกระทบใกล้ตัวแล้ว

เครือข่ายจังหวัดนครศรีธรรมราช

เป้าหมายจะสร้างเครือข่ายระดับจังหวัด เริ่มจาก PCU เล็ก ที่เป็น best practice เรื่อง การสร้างสุขภาพโดย การมีส่วนร่วมของชุมชน สู่ CUP เขียวใหญ่ 5 เครือข่ายใหญ่ คือ ศูนย์อนามัยเขต 11 สสจ.นครศรีธรรมราช รพ. มหาราช สสอ.เฉลิมพระเกียรติ สสอ.เขียวใหญ่ ขยายสู่ 12 PCU ประเมินสถานการณ์ จัดประชุมวิชาการ จัดเวทีนำเสนอผลการดำเนินงานที่เป็นเลิศ ติดตามผล ขยายผลสู่ สสอ.เฉลิมพระเกียรติ 5 เครือข่าย เครือข่าย โดยมี นพ. สสจ. รองบริหาร แพทย์ พี่เลี้ยงและผู้ปฏิบัติที่มีการพัฒนาอย่างบูรณาการของชุมชน เช่น โครงการ นครศรีธรรมราช นำวัดเข้ามาลดปัญหาเศรษฐกิจชุมชน เขาทำโนราห์ให้ความรู้

เครือข่ายจังหวัดกระบี่

เริ่มจาก PCU เล็ก บ้านทุ่งใหญ่ ที่มี best practice เรื่อง เบาหวาน และ ดำเนินการใน PCU ที่สนใจ 3 แห่ง เป็นการนำร่อง คือ และขยายผลต่อไปยัง PCU อื่น

ตัวแทนจาก จ.กระบี่ ได้นำเสนอรูปแบบเครือข่าย โดยบรรยายถึงความเป็นมาในรูปของแนวคิดของโครงการหลักประกันสุขภาพที่ยึดหลักกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ เครือข่าย การสร้างความร่วมมือ และการบริการปฐมภูมิ ผลระยะยาวเกิดขึ้นได้จากความสัมพันธ์แบบ triangle ในด้านความรู้ การเมือง และสังคม เป็นระบบเครือข่าย (Network system) ซึ่งทีม จ.กระบี่ได้ตระหนักถึงความสำคัญของเครือข่ายดังกล่าว จึงต้องการสร้างเพื่อให้เกิด network และ co-operate ส่งเสริมชุมชนให้เข้มแข็ง โดยร่วมกับองค์กรทั้งการเมืองและสังคม เกิดชุมชนส่งเสริมสุขภาพ โดยมีแกนนำต่างๆคอยช่วยเหลือ จ.กระบี่ได้เลือก PCU บ้านทุ่ง เป็นตัวอย่างในการถอดบทเรียน มีการสร้างความร่วมมือระหว่างชุมชนตั้งแต่การประชุมหารูปแบบ ทำประชาคมเพื่อหาแนวทางร่วมกัน

ผลลัพธ์การพัฒนา

1. การพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพด้วยการพัฒนาโครงการสร้างเสริมสุขภาพของพื้นที่ทุกเครือข่ายมีโครงการดำเนินการที่เหมือนกัน ซึ่งโครงการดังกล่าวจะเป็นตัวกลางที่ทำให้ร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันได้ ทั้งนี้ถ้าพิจารณาโครงการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของพื้นที่ สามารถจัดกลุ่มดังนี้

กลุ่มที่1 เป็นกลุ่มที่เน้นการพัฒนา “เพิ่มคุณภาพบริการเป็นองค์กรร่วม” โดยใช้ปัญหาสุขภาพและความจำเป็นของพื้นที่ ประกอบด้วย PCU ในพื้นที่ ทั้ง 6 แห่ง ของเครือข่ายปัตตานี PCU 1 แห่งของกระบี่ ได้มุ่งเน้นไปทำงานอนามัยแม่และเด็ก การป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งอันเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของพื้นที่ การทำงานเป็นทีมที่ตั้งใจจริง ที่ตั้งกลุ่ม ผดบ., อสม.,ครอบครัวเข้ามาเป็นทีม การเสริมแรงจูงใจ เน้นการสร้างคุณค่าให้กับเครือข่าย และให้มีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่

กลุ่มที่2 เป็นกลุ่มพัฒนาที่ “เน้นบริการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก” เป็นการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข และแกนนำด้านสุขภาพโดยทางกลุ่ม ฯ เห็นว่ามีทุนเดิมในพื้นที่อยู่แล้ว อันได้แก่ บุคลากร เช่น อสม. กลุ่มองค์กรต่างๆ, เจ้าหน้าที่ฯเอง และประชาชนที่มีผู้นำทั้งทางการและไม่เป็นทางการ ให้สามารถดำเนินงานพัฒนาสาธารณสุขในพื้นที่ระดับครอบครัวและชุมชน คือ PCU 5 แห่ง ของปัตตานี PCU 3 แห่ง ของชุมพร PCU 4 แห่ง ของกระบี่ PCU 3 แห่ง ของสงขลา ได้มุ่งเน้นไปที่อสม. และแกนนำด้านสุขภาพ รวมทั้งการพัฒนาบริการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานของเครือข่าย กระบี่ ชุมพร และสงขลา

ตารางที่ 2 ลักษณะโครงการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของเครือข่ายภาคใต้

กลุ่ม	เครือข่าย	โครงการ
1.เพิ่มคุณภาพบริการองค์กรร่วม	ปัตตานี	อนามัยแม่และเด็ก
	กระบี่	ควบคุมมะเร็งปากมดลูกและเต้านม
	นครศรีธรรมราช สงขลา	ป้องกันโรคเบาหวาน
2. สร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก	ปัตตานี สงขลา	พัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขและแกนนำด้านสุขภาพ
	นครศรีธรรมราช	อบรมแกนนำด้านสุขภาพป้องกันโรคเบาหวาน
	ชุมพร	อบรมแกนนำด้านสุขภาพควบคุมมะเร็งปากมดลูกและเต้านม จัดตั้งชมรม to be no one
	กระบี่ ชุมพร สงขลา	ส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย HT,DM
	สงขลา	คัดกรองเฝ้าระวัง HT,DM

ผลลัพธ์

1. แกนนำใหม่จะร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเหมือนเป็นพันธสัญญา เนื่องจากสมาชิกที่เพิ่มถูกเลือกโดยแกนนำที่เข้าใจเป้าหมายในการทำงาน ซึ่งไม่ผิดหวัง ถ้าเป็นแบบครั้งคราว คือ ประชุมที่เครือข่ายใด จะถือโอกาสพัฒนาศักยภาพให้

2. จากเครือข่าย 5 จังหวัด 25 คน ขยายแนวคิดการทำงานไปในพื้นที่ ต่างๆ ดังนี้

- เครือข่ายจังหวัดสงขลา จาก 3 อำเภอ ขยายสู่ อ.กระแสสินธุ์ อ.เทพา อ.
- เครือข่ายจังหวัดปัตตานี 7 คน ประกอบด้วยเครือข่าย อ.มายอ (พื้นที่ต่อยอดจากโครงการ PCU ในฝัน) ขยายสู่ อ.เมือง อ.โคกโพธิ์ อ.หนองจิก
- เครือข่ายจังหวัดนครศรีธรรมราช 6 คน ประกอบด้วยเครือข่าย อ.ท่าศาลา อ.สิชล ขยายสู่ อ.เชียรใหญ่
- เครือข่ายจังหวัดกระบี่ 7 คน ประกอบด้วยเครือข่าย ต.เขาคราม อ.บ้านทุ่ง (พื้นที่ต่อยอดจากโครงการ PCU ในฝัน) อ.เมือง ขยายสู่
- เครือข่ายจังหวัดชุมพร 6 คน ประกอบด้วยเครือข่าย อ.พะโต๊ะ ขยายสู่ อ.เมือง อ.ละแม อ.หลังสวน และขยายสู่ 8 อำเภอ

การขับเคลื่อนการเรียนรู้ของเครือข่ายฯ

การจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีโจทย์ทำอย่างไรให้มีพลังพอในการเรียนรู้และถ่ายทอดกันเองโดยใช้ประสบการณ์จริง best practice model ให้มีการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันบวกกับวิชาการ ของสนับสนุนให้เรียนรู้อย่างกว้างขวาง เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ความคิดจะไม่ตันและไม่วนเพราะต่อยอดจากเพื่อน จากความใกล้ชิด ความละเอียดอ่อน และเสริมศักยภาพกันเอง แกนนำจึงได้เต็มๆ และมันเป็นทักษะดังนั้นจึงยังอยู่ในระหว่างการฝึกฟัง สังเกต ถาม ถอดบทเรียนและบันทึก นพ.อมร เสนอให้หาคุณลิขิตเพิ่ม จะได้เป็นประโยชน์ในการสรุปบทเรียน) ฝึกเขียน ฝึกบันทึก เพราะก่อนบันทึกได้จะต้องผ่านกระบวนการคิด พยายามบันทึก รวบรวมได้ เครือข่ายทั้งประเทศ 4 ภาค ค่อยๆเริ่ม ค่อยๆเกาะกัน จัดกลุ่มกันแล้วมาดูว่าได้อะไรบ้าง ทั้งนี้การจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีขบวนการดำเนินการหลักๆ สองส่วนประกอบด้วย

1. การสรุปบทเรียนการพัฒนาที่เกิดขึ้นเป็นการ ถอดบทเรียน ดำเนินไปกับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีบางจังหวัด จัดประชุมเครือข่ายก่อน แสดงถึงความกระตือรือร้น เช่น ทีมพี่เลี้ยง จ.สงขลาจัดประชุมถอดบทเรียน 1 ครั้ง เรื่อง “บริการปฐมภูมิในภาวะอุทกภัย” และ “การบริการปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวาน” ส่วนชุมพรฝึกถอดบทเรียน 3 เรื่อง จาก 3 PCU คือ PCU พระรักษ์ PCU บังหวาน PCU ละแม เครือข่ายนครศรีธรรมราช นำเสนอตัวอย่างการถอดบทเรียน ชมรมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุ อ.เชียรใหญ่ ที่ใช้กลไกของการสร้างความร่วมมือร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพและชุมชน โดยให้ชุมชนเป็น Partnership มี key man คือ พระดำเกิง ครู คล่อง และครูจรีมีการบริหารจัดการ และรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นเป็นรูปธรรมร่วมกัน ไม่ว่าจะเป็นทางด้านงบประมาณจาก สสส. เพื่อไปขยายเครือข่าย เกิดกลุ่มสร้างรายได้ เกิดความภาคภูมิใจที่จะทำต่อให้เกิดความยั่งยืน และเกิดผลระยะยาวที่ตามมาคือภาวะสุขภาพดีของกลุ่มสมาชิก จ.นครศรีธรรมราช เครือข่ายจังหวัดสงขลา ถอดบทเรียนอุทกภัย มีนวัตกรรมเกิดขึ้น 3 เรื่อง คือ (1) ยาทาน้ำกัดเท้าที่ผลิตขึ้นมาเองจากวิกฤติการขาดยาทั้งจังหวัด ที่สามารถแก้ปัญหาการขาดยาได้ดี (2) การประยุกต์เครื่องมือเกษตรแทนเรือท้องแบนเป็นพาหนะทางน้ำที่มีประสิทธิภาพ (3) การสร้างระบบเฝ้าระวังน้ำท่วมโดยเทศบาลนครหาดใหญ่
2. การใช้เรื่องเล่า (story telling) เป็นวิธีการจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในทุกครั้งที่การถอดบทเรียนมีกิจกรรมสอดแทรก คือ การเล่าเรื่อง เช่น ถอดบทเรียนทีม จ.สงขลา มีเรื่องเล่าน่าสนใจ เช่น การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชของจะนะ การทำโครงการปฎิชีวนะและขยายผลเป็นปลูกผักสุขภาพ ในครั้งที่ 3 นี้ปรับให้ทุก

คนมีส่วนร่วมมากขึ้น โดยการให้เล่าเรื่องที่ตนเองทำงานแล้วประทับใจ ซึ่งทำให้เห็นพลังยิ่งใหญ่ของผู้ปฏิบัติในพื้นที่

ผลลัพธ์การพัฒนา

1. ได้เรียนรู้กระบวนการทำงาน เช่น กระบวนการถอดบทเรียน ประยุกต์ใช้ในการทำงานชุมชน
2. มีทีมร่วมงานมากขึ้นประชาชนมีส่วนร่วมมากขึ้น เลือกผู้ประสานงานได้ถูกกับงาน
3. ได้รับรู้ถึงศักยภาพของชุมชนในพื้นที่ เช่น การทำกล้วยเส้น กลุ่มจักรยานเสือภูเขา การทำหมวกปิเยาะ
4. เจ้าหน้าที่ได้ปรับเปลี่ยนทัศนคติที่ไม่ดีต่อองค์กรท้องถิ่น และองค์กรท้องถิ่นได้รับรู้ปัญหาสาธารณสุข
5. ได้โอกาสการพัฒนาคุณกิจที่มีพลัง
6. ได้เรียนรู้สิ่งใหม่ๆ และนวัตกรรม เช่น เครือข่าย นครศรีธรรมราชเล่าถึงเทคนิคการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุที่ยั่งยืน
 - การสอน การแนะนำอาหารที่ใช้ได้ผล คือ ให้แต่ละบ้านนำอาหารที่กินเป็นประจำที่บ้านมากินร่วมกัน และถือโอกาสให้ความรู้โดยพูดคุยกันว่าวันนี้กินแกงอะไร แกงอะไรบ้างที่กินได้ อะไรบ้างที่กินไม่ได้ โดยจะต้องควบคุม และเน้นให้กินผักเป็นหลัก
 - การดึงประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม คือ สมาชิก 1 คนไปชักชวนคนสนิท 1 คน “ชวนคนใกล้ตัว พุดหาสิ่งที่ล่อใจให้มา” เช่น จัดกิจกรรมร่ำวง การหารางวัลมาล่อใจ เช่น ได้สะสมเงิน การเห็นคุณค่าโดยเปิดโอกาสให้ผู้รู้เป็นแกนนำ คือ พี่จรี ซึ่งเป็นข้าราชการครูเกษียณแล้ว การนำธรรมชาติรอบตัวเข้ามาคุย พระดำเกิงเป็นที่เคารพของชาวบ้าน
7. กระแส KM ขยับเคลื่อนไปอย่างรวดเร็ว จนถึง อสม. เพราะแกนนำมีศักยภาพ และมีทักษะเหมือนกับตนเองเคยทำอยู่แล้ว เพียงแต่สร้างความมั่นใจมากขึ้นว่าที่ผ่านมาทำถูก คิดถูก ประกอบกับ สดส. ขยับเคลื่อนอย่างรวดเร็ว ทั้งการฝึกอบรม จัดตลาดนัดความรู้ ผ่านสื่อต่าง คือหนังสือ ซีดี blog ประกอบกับภาคราชการถูกกำหนดให้ต้องรู้

บทเรียน

1. การลงชุมชนช่วยให้เห็นภาพใหญ่ การเข้าถึง ระบุบริบท ช่วยให้เข้าใจและพัฒนาได้ตรงจุด ดังที่ชุมพรกล่าวว่า “การที่เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานมานาน ไม่ย้ายสถานที่ทำงานบ่อย ทำให้รู้จักบริบทของชาวบ้าน การได้สัมผัสกับชุมชนโดยตรง ก่อให้เกิดความเป็นกันเอง สนิทสนม ไว้วางใจ ได้ทราบและวิถีชีวิตของชุมชน ชาวบ้านเลื่อมใสศรัทธา เอื้อต่อการปฏิบัติงานในชุมชนอย่างยิ่ง และได้ข้อมูลเชิงลึกเชิงประจักษ์มากขึ้น สามารถวางแผนแก้ไขปัญหาได้ตรงจุดตรงประเด็นมากขึ้น” “ผู้ป่วยแต่ละราย มีวิถีชีวิต หรือพื้นฐานทางสังคมที่ต่างกัน มองทะลุถึงแก่น การปฏิบัติต่อผู้ป่วยแต่ละรายจึง ต้องใช้รูปแบบและวิธีการที่ต่างกัน”
2. เครือข่ายปัตตานี วิเคราะห์ทุนทางสังคมที่มีอยู่ในพื้นที่มีอะไรบ้าง เช่น ทุน ภูมิปัญญา ทางสังคมของบ้านทรายขาว ความเชื่อ สมุนไพร แพทย์พื้นบ้าน นำมาวางแผนว่าเราจะต้องทำกับใคร และทำอะไรก่อนหลังทำให้เรามองภาพการดำเนินงานได้กว้างขึ้นมององค์รวมไม่คิดแยกส่วน และมีการเชื่อมโยงเกิดเครือข่ายและสามารถบูรณาการ
3. การมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน เกิดวัฒนธรรมการทำงานที่ เจ้าหน้าที่เป็นผู้กระตุ้นหรือช่วยเหลือห่างๆ เกิดความร่วมมือของชุมชนและเจ้าหน้าที่ “การทำงานต้องประสานงานกับหน่วยงานอื่น หรือ องค์กรอื่น ทั้งในและนอกระบบเสมอเพราะทุกภาคส่วนมีความเชื่อมโยงกันทั้งทางตรงและทางอ้อมในสังคม ซึ่งย่อมมีผลต่อการปฏิบัติงานทั้งสิ้น (ชุมพร)” “การดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุที่มีมาช้านานแล้วไม่สำเร็จสักที เพราะเราทำโดยเจ้าหน้าที่ทั้งหมด เมื่อลองให้ประชาชนดำเนินการเอง เป็นเจ้าของเอง เจ้าหน้าที่เป็นเพียงผู้สนับสนุนงานก็

สำเร็จลงได้ คาดหวังว่าต่อไปนี้แกนนำชมรมต่างๆ ที่เกิดขึ้นในหมู่บ้านจะเป็นกำลังสำคัญอีกทางหนึ่งที่จะช่วยสร้างให้ประชาชนมีการพึ่งตนเองด้านสุขภาพอย่างยั่งยืน” (นคร) ทำงานเป็นทีม เจ้าหน้าที่ทุกคนต้องมีความมุ่งมั่นในการปฏิบัติงาน ต้องยอมรับซึ่งกันและกัน ต้องใช้ มาตรฐานเดียวกันในการปฏิบัติงาน ต้องมีใจรักในการพัฒนา มีความเชื่อมั่นในตนเองและยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น สามารถทำงานแทนกันได้ โดยไม่รีรอหรือปิดหน้าตีความรับผิดชอบ รวมทั้งช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน(ชุมพร) “การทำงานถ้าทำเพียงคนเดียว หรือหน่วยงานเดียว จะไม่ค่อยประสบผลสำเร็จ ต้องอาศัยภาคีพันธมิตรจากหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการทำงาน สร้างเครือข่ายในการสร้างสุขภาพ โดยเมื่อ หนึ่ง บวก หนึ่ง ต้องให้ได้มากกว่า สอง”

4. การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันทุกวันพุธ (เช้า) หรือ 1 วัน : สัปดาห์ ในลักษณะ Morning Talk together การเชิญมาคุยกันอย่างไม่เป็นทางการให้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน
5. สร้างนำซ่อมเป็นการลงทุนที่คุ้มค่า การปรับการทำงานจากเชิงรับ(ซ่อม/รักษาพยาบาล) เป็นเชิงรุก(สร้าง/ส่งเสริมสุขภาพ/ออกไปปฏิบัติงานในชุมชน) ย่อมเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าและได้ประโยชน์ดีกว่า และการปรับวิธีการทำงานให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และวิถีชีวิตของชุมชน อาจทำยากแต่หากทำได้แล้ว การปฏิบัติงานให้ประสบความสำเร็จก็เป็นไปได้สูง เช่น เครือข่ายชมพรมัดหมายผู้ป่วยตามวิถีชีวิตของเขา เช่น เมื่อทราบผู้ป่วยไปทำกิจกรรมที่วัดทุกวันพระ เราควรนัดผู้ป่วยที่วัดเพื่อมิให้ผู้ป่วยคิดว่าการเข้าอบรมเป็นสิ่งที่น่าเบื่อ แต่ควรสอดแทรกวิชาการลงไปในชีวิตของเขาโดยมิให้รู้สึกว่าเป็นครูสอนนักเรียนซึ่งจะไม่ได้ผลเลย
6. ต้องปรับเข้ากับงานประจำ เครือข่ายนครฯ ชุมพร ปิดตานี้รู้จักสวมงานเข้ากับนโยบายจังหวัด และยึดตามโครงสร้างการแบ่งฝ่ายที่รับผิดชอบประกอบด้วย ทีมวิทยากร ทีม QIT/ พี่เลี้ยงระดับอำเภอทีมประเมิน ยึดตามโครงสร้างทีมนี้เทศ 4 โซน(PCU 144 แห่ง) /ทีม ทำหน้าที่ตรวจประเมินฯ ปีละ 2 ครั้ง
7. การต่อยอดเพื่อความยั่งยืน เป็นการหาตลาดให้ชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ นครศรีฯ คติของกลุ่ม เนื่องจากชมรมมีผลิตภัณฑ์ต่างๆ เพื่อสุขภาพ คือ ข้าวซ้อมมือ ผักปลอดสารพิษ น้ำยาซักผ้า และครีมอาบน้ำ ขายดอกไม้ในงานสักการะศาลหลวงประจำปี ให้เขามีความรู้สึกว่าเป็นหุ้นส่วน “นี่คือของของเรา” การนำเอาผู้นำชุมชน/กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/ อบต./ อสม. มาเป็นแนวร่วมและให้ความสำคัญกับเขา “ให้เขามีความรู้สึกว่าเป็นเจ้าของโครงการด้วย เขาจะได้หาแนวทางแก้ไขปัญหได้ด้วยตนเอง ซึ่งต้องยอมรับว่าบางครั้งเขามีความคิดดีๆ ด้วยซ้ำ และในการดำเนินกิจกรรมในชุมชนนั้นเราต้องทำตัวให้เข้ากับชุมชนให้ได้ เมื่อชุมชนเกิดการขัดแย้งเรามีหน้าที่ช่วยประสาน ห้ามทำตนเข้าข้างฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเราต้องพยายามไกล่เกลี่ย และคอยพูดแต่สิ่งที่ดีๆของแต่ละฝ่ายให้ฟังกันห้ามพูดข้อเสียและสิ่งที่เขาผิดพลาดเด็ดขาด แล้วค่อยๆหาวิธีการที่ดีที่สุดร่วมกันจะทำให้ไม่เกิดข้อพิพาทขึ้น และที่สำคัญจงอย่ามองเห็นแต่ปัญหาให้คิดว่าปัญหาทุกอย่างแก้ไขได้”
8. การคิดนอกกรอบ ทำให้เรารู้ว่าเรามีศักยภาพ และมีพลังในการสร้างนวัตกรรม
9. ปัญหาช่วยสร้างปัญญา การเรียนรู้คือการกระทำ ดังที่เครือข่ายนครศรีฯกล่าวว่า “การทำงานข้าพเจ้ามิได้มองเห็นแต่ปัญหา แต่คิดว่าปัญหาคือโจทย์ที่ต้องแก้ไขร่วมกัน เพราะให้เราได้แก้ไข และให้ทำงาน โดยอยู่บนพื้นฐานของความรู้และข้อมูลที่ต้องการ เชื่อถือได้แทนการใช้ความรู้สึกหรืออารมณ์ ทำให้นำไปสู่การแก้ไขปัญหได้ในที่สุด”
10. ไม่ทำตนเป็นแบบน้ำล้นแก้ว ดังที่เครือข่ายกระบี่กล่าวว่า “ในการทำงานขอให้ปรับตนเองก่อนเราต้องไม่ทำตนเป็นแบบน้ำล้นแก้ว พยายามทำตนแบบน้ำไม่เต็มแก้วเพื่อได้รองรับความคิดและความรู้ใหม่ๆอยู่เสมอการหัดยอมรับในความคิดของคนอื่น การอ่อนน้อมถ่อมตน การถอดหัวโขนออกจากตัวเรา ขอให้เราใส่ใจในการทำงาน ทำงานให้สนุกและมีความสุขจากการทำงานโดยไม่ต้องรอความสุขจากผลของงาน”

11. ต้องง่าย และต่อเนื่อง โครงการ PCU ในพื้นเป็นการทำงานด้านสุขภาพแบบอย่างง่าย และต่อเนื่อง ของ เพื่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีของประชาชน โดยการติดตามเยี่ยมบ้าน ส่งเสริมด้านพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และมองกว้างถึงปัจจัยเอื้อของแต่ละคน แต่ละครอบครัว แต่ละชุมชนด้วย เน้นการดำเนินงานแบบร่วมด้วย ช่วยกัน ทั้งฝ่ายภาครัฐและประชาชน
12. การเห็นตัวอย่าง “ในพื้นที่เป็นทางเลือกหนึ่งที่ทำให้หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถพัฒนาระบบบริการสู่ความเป็นเลิศ พัฒนาหรือแก้ไขจุดบกพร่องที่เป็นอยู่ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเกินความคาดหมายที่วางไว้ เนื่องจากโครงการ PCU ในพื้น มีใช้เพียงสนับสนุนงบประมาณเพื่อนำมาพัฒนาระบบบริการเพียงอย่างเดียว แต่ได้รับสนับสนุนในด้านวิชาการที่เพิ่มมากขึ้นจากพี่เลี้ยง จนบางครั้งก็ยากเกินไป และเปลี่ยนความคิดกับ PCU อื่นๆ ที่เข้าร่วมโครงการดังกล่าว ทำให้เห็นมุมมองใหม่ แนวคิดหลากหลายในการทำงาน บนพื้นฐานคล้ายกัน คือ การมีส่วนร่วมของชุมชน”
13. บรรยากาตและสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งสำคัญ เช่น ถ้าสงบ เย็นสบาย ช่วยให้เกิดสมาธิและความคิดใหม่ๆ เช่น สวนสายน้ำซึ่งแวนไปไหนไม่ได้ ถูกกำหนดให้ร่วมประชุมจนจบ
14. ปัญหา/อุปสรรคของการดำเนินงานที่สำคัญคือวัฒนธรรมการทำงานของบุคลากรในพื้นที่ ซึ่งเคยชินกับการถูกสั่งการ ทำให้รู้สึกไม่มั่นใจว่าทำได้หรือไม่ จึงยังรีรอลังเล กลัวๆ กลัวๆ กลัวถูกระบบหักยกเลิก

ค. การพัฒนาและการขับเคลื่อนเครือข่ายการเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพ

การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพฯ ภาคกลาง

แนวคิดการพัฒนา

การขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ผ่านกระบวนการเครือข่ายโดยเป้าหมายหลักเพื่อพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ ร่วมกับชุมชนและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้เพื่อสนับสนุนการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของประชาชน ได้ในที่สุด ทั้งนี้กระบวนการพัฒนาเริ่มโดยเครือข่ายร่วมกันกำหนดแนวทางการพัฒนาไปพร้อมๆ กัน ควบคู่ไปกับการจัดให้มีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเครือข่ายเป็นระยะ ทั้งนี้แนวทางการเรียนรู้จะมีลักษณะดังนี้

1. คัดเลือกของดีภายในเครือข่าย แล้วหยิบเป็น Best practice ตั้งต้น ให้ภาคีเข้ามาร่วมเรียนรู้ จากนั้นนำบทเรียนที่ได้ไปพัฒนาแล้วมาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่องเป็นระยะ ตัวอย่างเช่น จังหวัดตราด : หยิบ best practice ที่มีในพื้นที่เป็นจุดเริ่มของการสร้างเครือข่าย โดยขยายประสบการณ์ไปสู่พื้นที่อื่นๆที่สนใจเข้าร่วม
2. ภาคีเครือข่ายร่วมกันพัฒนาประเด็นหลักที่ จากนั้นทุกเครือข่ายกลับไปพัฒนาบริการตามประเด็นหลักที่กำหนด และบทเรียนการพัฒนามาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันเป็นระยะ
3. ภาคีเครือข่ายต่างคนต่างพัฒนาบริการในพื้นที่ของตนเองไป จากนั้นจึงมีกระบวนการจัดให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (ตลาดนัดความรู้) ต่อเนื่องเป็นระยะ
4. จุดเริ่มของเครือข่าย คือ การตั้งกรอบแนวคิดร่วมกัน โดยให้สอดคล้องกับสภาพที่เกิดขึ้นในพื้นที่ เช่น กรอบแนวคิดเรื่องสุขภาพ พิจารณาปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรม สิ่งแวดล้อม สังคม ตัวกำหนดสุขภาพ ได้แก่ สันติภาพ การศึกษา รายได้ ทรัพยากรที่ยั่งยืน ที่อยู่อาศัย อาหาร ระบบสิ่งแวดล้อมที่มั่นคง และความเป็นธรรมในสังคม
5. การพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพจำเป็นต้องเข้าใจว่า
 - สิ่งสำคัญในการพัฒนากระบวนการสุขภาพ ได้แก่ การมีนโยบายที่ชัดเจน สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อพัฒนาชุมชนเข้มแข็ง การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ

- การทำงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ต้องมีหลายภาคส่วนเกี่ยวข้อง เพราะสุขภาพเชื่อมโยงกับการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม การเมือง และการสร้างเสริมสุขภาพนั้นเป็นการพัฒนาศักยภาพของบุคคล
- มีจุดยืน เชื้อมั่น ในทิศทางการทำงานที่ผ่านการพิจารณาและกลั่นกรองไว้แล้ว ทั้งนี้เพราะการทำงานสร้างเสริมสุขภาพเป็นงานที่เห็นผลสัมฤทธิ์ช้า หัวใจของการรักษาอัตลักษณ์และแนวทางการทำงานพัฒนานี้คือ เครือข่ายการทำงานที่มีข้อมูลและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

พื้นที่ดำเนินงาน ประกอบด้วย

จังหวัด	พื้นที่
ลพบุรี	CUP หนองม่วง และ CUP ลำสนธิ
พระนครศรีอยุธยา	CUP บางซ้าย
ฉะเชิงเทรา	CUP สนาบชัยเขต
ตราด	CUP คลองใหญ่
สมุทรปราการ	CUP พระประแดง

กลยุทธ์/กิจกรรมหลัก

- สร้างเป้าหมายร่วมในการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ภายในเครือข่ายและระหว่างเครือข่าย
- จัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
- แผนสนับสนุนพื้นที่ให้มีกระบวนการพัฒนาและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง
- กระบวนการติดตามประเมินความก้าวหน้า
- ประสานและจัดการพัฒนาพี่เลี้ยง PCU

เครือข่ายจังหวัดฉะเชิงเทรา : เครือข่ายสนาบชัยเขต

ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพที่สนใจ:

- การควบคุมโรคในชุมชน
- ป่าชุมชน
- การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังแบบองค์รวม

แรงบันดาลใจ :

จากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จากการเยี่ยมบ้านะพบผู้พิการ ผู้ป่วยเรื้อรัง ที่เข้าไม่ถึงการรักษาพยาบาล พอนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นจุดเริ่มที่ทำให้ได้พูดคุยกันใน CUP และถึงแม้ว่าจะมี

แพทย์ไม่พอแต่ก็หาหรือและเกิดเป็นทีมเยี่ยมบ้านแบบหลากหลายวิชาชีพ ได้แก่ เกษตรกร พยาบาล แพทย์แผนไทย เป็น การเยี่ยมบ้านเชิงรุก ผลที่เกิดขึ้นได้เพิ่มการเข้าถึงบริการให้กลุ่มผู้พิการ และผู้พิการได้รับการฟื้นฟู สภาพร่างกายดีขึ้น

สิ่งที่อยากเห็น :

ต้องการเห็นชุมชนเข้มแข็ง ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้ ประชากรมีการตรวจสุขภาพประจำปี ลดอัตรา ความพิการ การใช้จ่าย จำนวนผู้ป่วยลดลง ผู้ด้อยโอกาสและผู้ป่วยเรื้อรังมีโอกาสเข้าถึงบริการและได้รับการดูแลที่เท่า เทียมกับประชากรทั่วไป ตลอดจนเจ้าหน้าที่ (ทีมสุขภาพ) ได้เรียนรู้และพัฒนาตนเองร่วมกัน กิจกรรมดำเนินการที่ผ่านมา :

เริ่มจากการออกพื้นที่ตามเวลาประชาชน (ช่วงค่ำ) โดยสร้างความเข้าใจเรื่องการใช้สิทธิ์ สิทธิประโยชน์ของ 30 บาท สํารวจกลุ่มด้อยโอกาส หรือในทีมสุขภาพ และดำเนินการเยี่ยมบ้านอย่างน้อย case ละ 1 ครั้ง/เดือน ให้การ ดูแล ฟื้นฟู ส่งต่อ อีกทั้งมีการส่งข้อมูลสื่อสารระหว่าง CUP และ PCU และองค์กรปกครองท้องถิ่นเพื่อรับการสนับสนุน สงเคราะห์ผู้พิการ นอกจากนี้ยังมีการจัดกิจกรรมการคัดกรองในชุมชน

ผลที่เกิดขึ้นจากกิจกรรม :

ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือดูแล เช่น จากการมองไม่เห็นก็ได้รับการผ่าตัดจนมองเห็น การเสริมกำลังใจ เจ้าหน้าที่รู้สึกภาคภูมิใจ อิ่มใจที่ได้ช่วยเหลือ นอกจากการเรียนรู้ โดยเฉพาะบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ จากการ ดูแลผู้ป่วย 24 ราย เหลือ 9 รายที่ต้องดูแลต่อเนื่อง (พบว่าภาวะแทรกซ้อนลดลงในผู้ป่วยด้วย)

เงื่อนไขในการดำเนินงาน :

ได้รับการสนับสนุนจาก CUP โดยเฉพาะเรื่องยา สามารถเบิกได้เต็มที่ แต่ข้อจำกัดในการดำเนินงาน คือ PCU มีภาระงานมากที่นโยบายกระทรวงและต่างกระทรวง นอกจากนี้ผู้ป่วย การจะสำเร็จได้ ต้องมีความสามัคคีจาก เจ้าหน้าที่ มีจริยธรรม ยินดีช่วยเหลือชาวบ้าน

สิ่งที่ยังไม่สำเร็จ :

การมีส่วนร่วมจากชุมชนยังไม่เด่นชัด เนื่องจากลักษณะพื้นที่ค่อนข้างกระจาย การช่วยเหลือเกื้อกูลกันเอง ระหว่างครอบครัวยังมีน้อย การคมนาคมลำบาก (เราเองต้องแสดงความจริงใจต่อการทำงานให้ อดทน เห็น เพื่อจะได้ ร่วมมือ สนับสนุน)

สิ่งที่ได้โดยไม่คาดหวัง : เป็นพื้นที่ศึกษาดูงาน

ความคิด ความรู้ ทักษะที่ได้ :

ความปิติ อิ่มใจจากการเป็นผู้ให้ ทักษะในการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วย และการใช้ธรรมะในการดูแลผู้ป่วย

การดำเนินงาน ณ ปัจจุบันของชุมชน :

ชุมชนเริ่มมีการรวมตัวกันเพื่อทำแผนชุมชน ส่วนที่ PCU จะดำเนินการต่อคือ เน้นการทำงานเชิงป้องกัน การ คัดกรอง ไม่แต่เฉพาะผู้พิการ

เครือข่ายจังหวัดตราด : อำเภอคลองใหญ่

ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพที่สนใจ:

การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง/ผู้พิการครอบครัวและชุมชนที่มีปัญหาสุขภาพ/เรื้อรัง

แรงบันดาลใจ :

จากแนวโน้มของโรคเรื้อรังที่มักพบในผู้มีอันจะกิน ซึ่งคลองด่านก็เช่นเดียวกัน พบผู้ป่วยเรื้อรังมากขึ้นจึงเป็นที่มาของการดำเนินงานเรื่องนี้

รูปแบบการดำเนินงาน :

เป็นการทำงานในภาพรวมของ CUP โดยพยายามใช้ระบบข้อมูลและเทคโนโลยี computer เป็นตัวเชื่อมข้อมูล สถานการณ์ การรักษา และการส่งต่อ (การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง) จุดที่ควรเพิ่มเติมคือ การเสริมศักยภาพและการพึ่งตนเองของผู้ป่วย

เครือข่ายจังหวัดสมุทรปราการ : อำเภอพระประแดง

ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพที่สนใจ:

เน้นการทำเรื่องการป้องกัน ฝ้าระวัง คัดกรอง และรักษาผู้ป่วย HT

รูปแบบการดำเนินงาน :

เป็นการศึกษาและพัฒนากระบวนการป้องกันโรค การฝ้าระวังโรค การคัดกรอง และการดูแลรักษา

ง. การพัฒนาและการขับเคลื่อนเครือข่ายการเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพ การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพฯ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

โครงการนี้เป็นโครงการต่อยอดจากโครงการ PCU ในฝัน บทเรียนจากการทำโครงการ PCU ในฝันพบว่าได้ผลในเชิงบวก ทำให้เจ้าหน้าที่มีความสุขในการทำงาน ได้เรียนรู้ในการพัฒนางานที่รับผิดชอบ แต่ด้วยความเชื่อว่าการพัฒนาคนจำเป็นต้องมีกระบวนการต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความมั่นใจที่จะทำงานในลักษณะนี้ต่อไปได้ อุปมาว่าในช่วงนี้ผู้ที่ผ่านโครงการ PCU ในฝัน เพิ่งจะเริ่มหัดเดิน บางคนเริ่มยืนด้วยขาตนเอง มีความมั่นใจ แต่ก็ยังต้องการการสนับสนุน การประคับประคองต่อไปอีกสักระยะหนึ่ง เพื่อให้สามารถยืนหยัดและเดินต่อไปได้อย่างเข้มแข็ง และด้วยฐานคิดที่ว่าการทำงานเป็นเครือข่าย มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างคนทำงานด้วยกันจะเกิดการพัฒนากิจกรรมหรือระบบที่จะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพบริการ และพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ที่ทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชนได้ สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน(สพข.) จึงได้จัดทำโครงการนี้ขึ้น โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างเครือข่ายการพัฒนาระบบสุขภาพของชุมชนที่ยั่งยืน และเพื่อการพัฒนาสุขภาพของชุมชนโดยหน่วยบริการปฐมภูมิร่วมกับชุมชนและหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง จากเป้าหมายดังกล่าว สพข.จึงเสนอให้เครือข่ายแต่ละภาคไปทำงานต่อยอดจากโครงการ PCU ในฝัน เพื่อตรวจสอบว่าจะพัฒนาเครือข่ายได้อย่างไร และการทำงานเครือข่ายจะช่วยในการพัฒนาคุณภาพหรือไม่ นอกจากนี้ยังคาดหวังว่า ความเข้าใจเรื่องนี้จะนำไปสู่การพัฒนาตัวชีวิตที่สามารถสะท้อนคุณภาพบริการปฐมภูมิได้

เครือข่ายภาคอีสานได้คัดเลือกจังหวัดที่มีผลงานเด่นจากโครงการ PCU ในฝัน และมีทุนเดิมที่จะพัฒนาเครือข่าย และได้ชี้แจงให้เครือข่ายในกลุ่มเป้าหมายได้รับทราบเกี่ยวกับโครงการและเงื่อนไขของโครงการที่กำหนดให้แต่ละเครือข่ายต้องมีสมาชิกอย่างน้อย 3 PCU และแต่ละเครือข่ายจะต้องมีพี่เลี้ยง อาจจะเป็นพี่เลี้ยงในระดับอำเภอหรือในระดับจังหวัดได้ โดยให้แต่ละเครือข่ายลงไปพิจารณาว่าต้องการพัฒนางานในประเด็นใด หลังจากได้รับทราบข้อมูลแล้ว แต่ละเครือข่ายไปปรึกษาหารือกัน และคิดหาแนวทางที่จะพัฒนางานต่อไป

เครือข่ายในภาคอีสาน ประกอบด้วย

1. เครือข่ายจังหวัดหนองบัวลำภู
2. เครือข่ายอำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี
3. เครือข่ายอำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์
4. เครือข่ายอำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ
5. เครือข่ายอำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ

ระยะเวลาการดำเนินงาน ระหว่างมกราคม – พฤศจิกายน 2549 โดยทีมงานระดับภาคได้มีการติดตามความก้าวหน้าเป็นระยะๆ และได้จัดเวทีระดับภาคเพื่อนำเสนอความก้าวหน้าของแต่ละเครือข่าย และเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทั้งหมดสามครั้ง

การขับเคลื่อนของเครือข่าย

แต่ละเครือข่ายได้คิดหาแนวทางเพื่อแก้ปัญหาที่ประสบอยู่ และได้จัดทำโครงการเพื่อแก้ปัญหา ทำให้แต่ละเครือข่ายมีกิจกรรมที่แตกต่างกัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

เครือข่ายจังหวัดหนองบัวลำภู

จังหวัดหนองบัวลำภูได้เริ่มดำเนินการจัดตั้งเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิมาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2544 และได้ดำเนินการต่อเนื่องเรื่อยมา ที่ผ่านมามีเครือข่ายได้จัดกิจกรรมหลากหลาย ได้แก่ จัดตั้งคณะกรรมการโซนระดับจังหวัด จัดเวทีพบปะกันเดือนละครั้ง เพื่อปรึกษาหารือพัฒนางาน และเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จัดประชุมสังสรรค์ร่วมกับประชาคม

เจ้าหน้าที่บอกว่าได้มีโอกาสประเมินตนเอง มองศักยภาพของตนเอง มองผลการดูแลที่ให้กับผู้ป่วย ได้เห็นว่าคุณภาพการดูแลยังไม่ได้มาตรฐาน ยังไม่ได้เป็นการดูแลแบบองค์รวม และเจ้าหน้าที่ก็ยอมรับว่ายังไม่สามารถมองปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ซึ่งต้องปรับปรุง แต่ก็ได้รับกำลังใจจากเพื่อน จากที่ปรึกษา และพี่เลี้ยง และพร้อมที่จะพัฒนางานให้ดีขึ้น โดยดำเนินการในแนวที่ตนเองถนัด ทำให้สมาชิกทำงานอย่างมีความสุข รู้สึกว่าได้ทำงานเพื่อประชาชน รู้สึกภูมิใจ มีกำลังใจในการทำงาน และที่สำคัญคือทำให้เกิดมุมมองการแก้ปัญหาแบบใหม่

เจ้าหน้าที่เห็นว่าการทำงานในโครงการนี้ทำให้ได้มีโอกาสเข้าใจผู้ป่วย ได้เรียนรู้วิธีการ approach ผู้ป่วย การหาข้อมูลเชิงลึกของผู้ป่วย ได้ความรู้เรื่องการวิเคราะห์ การศึกษาชุมชนโดยศึกษาจากเอกสาร การร่วมกับชุมชนในการจัดทำแผนแม่บทชุมชน การทำงานร่วมกับชุมชนในการดูแลผู้ป่วย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการดูแลตนเองได้มากขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อีกทั้งยังได้ปรับปรุงการทำงาน ได้พัฒนาเครือข่าย ซึ่งทีมยังคงมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง

2.2. เครือข่ายเบาหวาน

เป็นการรวมกลุ่มบุคลากรที่ทำงานใน PCU ที่สนใจเรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน

หลังจากรวมกลุ่มได้แล้ว แต่ละพื้นที่ได้ไปศึกษาชุมชน คัดเลือกชุมชนที่จะมาร่วมกิจกรรม โดยให้ชุมชนสมัครใจ แล้วจัดทำกลุ่มดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนที่บ้านของผู้ป่วยเอง หาจุดแข็งของชุมชน โดยประสานงานกับผู้นำชุมชน อสม. และผู้ดูแล หลังจากนั้นสร้างการมีส่วนร่วมให้ชุมชนเข้าใจบทบาทของชุมชนที่จะช่วยให้การดูแลทางด้านสังคมแก่ผู้ป่วย มีบริการเจาะเลือดแล้วนำส่งตรวจที่โรงพยาบาล เรียกว่าเป็นการทำงานเชิงรุก เจ้าหน้าที่และชุมชนทำความเข้าใจ และวางเป้าหมายร่วมกัน สร้างกติกากลุ่ม เพื่อยึดถือร่วมกัน

ในกลุ่มมีพยาบาลที่ได้รับการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ทำหน้าที่เป็นต้นแบบ และถ่ายทอดความรู้ให้สมาชิก จัดเวทีนำเสนอผลการเรียนรู้ของต้นแบบ และเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทุกเดือน โดยมีพี่เลี้ยงในระดับจังหวัดช่วยคอยกระตุ้น และจัดศึกษาดูงาน แล้วนำมาทดลองปรับใช้ให้เหมาะสมกับพื้นที่ของตนเอง และให้เหมาะสมกับระบบงานของ CUP

ได้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน และใน PCU การศึกษาชุมชน/วิถีชุมชน การดูแลครอบครัวผู้ป่วยเบาหวาน

ได้ปรับแนวคิด วิธีการทำงานจากการให้บริการเชิงรับที่สถานบริการ ไปเป็นการให้บริการเชิงรุกเข้าไปในชุมชน ปรับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามต้นแบบ เป็นการพัฒนาความสามารถของเจ้าหน้าที่ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนามาตรฐานของสถานบริการ ส่งผลให้เกิดการพัฒนาไปในตัว

เป็นการสร้างทีม สร้างความสามัคคี สมาชิกเครือข่ายมีการช่วยเหลือแลกเปลี่ยนข้อมูล มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ยอมรับซึ่งกันและกัน ให้กำลังใจกัน เป็นการกระตุ้น สร้างแรงจูงใจในการทำงาน นำความรู้ที่ได้ไปทดลองปรับใช้ในพื้นที่ของตนเอง แล้วนำมาแลกเปลี่ยนระดมความคิด และเสนอประเด็นที่ควรปรับปรุงร่วมกัน

2.3. เครือข่ายบริการแบบชุมชนมีส่วนร่วม

เป็นการรวมตัวโดยสมัครใจของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานใน PCU/สอ. ที่มีความคิดตรงกันว่าการทำงานในปัจจุบันมักเป็นความต้องการของเจ้าหน้าที่ ไม่ใช่ความต้องการของประชาชน จึงทำให้ไม่ได้รับความร่วมมือจากประชาชนเท่าที่ควร ทีมงานจึงต้องการสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ ที่จะให้บริการโดยชุมชนมีส่วนร่วม โดยปรับรูปแบบการให้บริการ และเป็นการพัฒนาสมรรถนะของเจ้าหน้าที่ในการทำงานร่วมกับชุมชนด้วย กลุ่มจึงได้จัดให้มีการประชุมสมาชิก และคัดเลือกประธาน รองประธาน เลขานุการกลุ่ม กำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละตำแหน่ง และวางกฎกติกาการทำงานร่วมกัน

การประชุมครั้งแรกสมาชิกในกลุ่มต่างคิดว่ากลุ่มมีแนวทางการดำเนินงานเป็นต้นแบบอยู่แล้ว แต่ปรากฏว่าไม่ใช่ ทางกลุ่มจึงได้ให้สมาชิกนำเสนอผลงาน/ประสบการณ์ที่เคยทำงานร่วมกับชุมชน PCUหนองบัวน้อย นำเสนอรูปแบบชุมชนมีส่วนร่วมในการทำงานกับเจ้าหน้าที่ โดยมีตัวแทนจากกลุ่มต่างๆเข้าร่วมเรียนรู้ PCUนามะเฟือง นำเสนอรูปแบบการสร้างผู้นำในชุมชน PCUบ้านบกนำเสนอรูปแบบการพัฒนาสถานบริการโดยชุมชนมีส่วนร่วม (การทำผ้าป่า) การสร้างศรัทธาในชุมชน โดยสรุปกลวิธีหลักคือการจัดเวทีสัญจรให้สมาชิกนำเสนอผลงาน/ประสบการณ์การทำงานในชุมชนมาแลกเปลี่ยน แล้วให้ทุกคนมีส่วนร่วมเสนอข้อคิดเห็น

สมาชิกได้พูดคุย นำประสบการณ์จริงมาแลกเปลี่ยน ได้รับฟังความคิดเห็น ได้รับความรู้เสริมจากผู้รู้ผู้มีประสบการณ์ในการทำงาน สมาชิกรู้สึกว่าเป็นการเปิดโอกาสให้ได้แสดงผลงาน แสดงศักยภาพที่ทุกคนมี ทุกคนได้พูดเรื่องที่อยากพูด ได้ระบายความรู้สึก ได้แสดงความคิดที่หลากหลาย เป็นเวทีที่สมาชิกทุกคนมีอิสรภาพทางความคิด มีบรรยากาศที่เป็นธรรมชาติ ให้กำลังใจกัน ชื่นชมกัน กระตุ้นให้คนกล้าพูดกล้าแสดงออก ได้เข้าใจ และให้กำลังใจและชื่นชมกัน ผลก็คือทำให้กล้าแสดงออก ก่อให้เกิดความผูกพันไว้วางใจ ทำให้การประชุมเครือข่ายแต่ละครั้งจะมีสมาชิกเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อยๆ บุคคลเหล่านั้นคือผู้ที่มีความสนใจในประเด็นนี้ร่วมกัน เข้ามาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์การทำงานในชุมชน เข้ามาร่วมเรียนรู้สิ่งดีๆจากชุมชน เครือข่ายนี้ได้ขยายวงกว้างออกไป ไม่ใช่แต่เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานใน PCU /สอ. เท่านั้น แต่ยังมีเจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัด อสม. ผู้นำชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในแต่ละประเด็นเข้ามาร่วม

2.4. เครือข่าย PCU คุณภาพ

เป้าหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพ PCU ให้ผ่านเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข สมาชิกเครือข่ายประกอบด้วยตัวแทนจาก PCU/สอ. ที่พัฒนาคุณภาพยังไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวนทั้งสิ้น 29 แห่ง ได้ดำเนินการ ดังนี้

- 1) จัดเวทีประชุมสมาชิกเครือข่ายระดับอำเภอ เพื่อวางรูปแบบการดำเนินงานร่วมกัน
- 2) จัดหาเวทีพี่เลี้ยงของเครือข่าย และผู้ประสานงานระดับโซน เพื่อให้การประสานข้อมูลได้สะดวก ทัวถึง ทีมพี่เลี้ยงมีหน้าที่เป็นผู้นำเสนอข้อมูลการประเมิน และวิเคราะห์ตัวชี้วัดที่ตกเกณฑ์ พร้อมทั้งเสนอแนวทางการพัฒนาเพื่อให้ผ่านเกณฑ์ และถ้าต้องการความช่วยเหลือจากโซนอื่นทีมพี่เลี้ยงจะเป็นผู้ประสานให้
- 3) นำจุดอ่อนมาเป็นจุดเสริมด้านวิชาการในระดับ CUP โดยจัดอบรมหลักสูตรการพัฒนาทีมงานศูนย์สุขภาพชุมชน
- 4) สมาชิกในโซนลงช่วยเหลือ ดำเนินการในส่วนที่ขาด
- 5) นำจุดเด่นของแต่ละแห่งมานำเสนอเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้
- 6) นัดประชุมเครือข่ายในระดับอำเภอทุกเดือน เป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อนำเสนอความก้าวหน้า ปัญหาอุปสรรคและร่วมระดมความคิดในการหาทางออกร่วมกัน

สมาชิกมีความสนใจและตั้งใจที่จะทำให้เกิดความสำเร็จ เกิดแรงบันดาลใจอยากจะทำปัญหา มีความภาคภูมิใจในการทำงาน มีการประสานงานที่ดี มีเวทีทั้งของเครือข่ายและ ทีมพี่เลี้ยงทุกระดับ เป็นการกระตุ้นให้แต่ละแห่งได้มีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพ คณะกรรมการตรวจประเมินและรับรองมาตรฐานในระดับจังหวัด ได้ออกติดตามตรวจประเมินและรับรองมาตรฐานของศูนย์สุขภาพชุมชน พร้อมทั้งนำเสนอผลการประเมินเข้าที่ประชุมคณะกรรมการบริหารระดับจังหวัด ผลปรากฏว่า PCU/สถานอนามัยทุกแห่ง ได้ผ่านการรับรองคุณภาพ

2.5. เครือข่ายแพทย์แผนไทย

เครือข่ายแพทย์แผนไทย เป้าหมายเพื่อให้เกิดการรวมกลุ่มของบุคลากรด้านสาธารณสุข ที่มีความสนใจในการให้บริการด้านแพทย์แผนไทย และแพทย์ทางเลือก โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่น และสร้างเครือข่ายสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทย แพทย์ทางเลือกในชุมชน

การดำเนินงานประกอบด้วย การประชุมแลกเปลี่ยนในเวทีระดับจังหวัด การประชุมแลกเปลี่ยนในระดับเครือข่าย การอบรมหมอนวดพื้นบ้าน การปลูกพืชสมุนไพรในสถานบริการ และการจัดบริการ อบ นวด ประคบ ในสถานบริการ

ผลงานของความภาคภูมิใจของเครือข่าย คือการจัดอบรมหมอนวดพื้นบ้านให้กับสมาชิกเครือข่ายๆ ละ 2 คน การทดลองปลูกพืชสมุนไพรในสถานบริการ ทดลองจัดบริการทั้งในสถานบริการและในชุมชน การให้บริการ อบ นวด ประคบในสถานบริการ แต่ยังไม่สามารถเปิดดำเนินการได้ครบทุกแห่ง เนื่องจากปัญหาทางด้านการบริหารจัดการ ซึ่งทีมงานยังต้องติดตามและหาวิธีในการบริหารจัดการต่อไป

เครือข่ายหนองวัวซอ จ.อุดรธานี

1 การดำเนินการ

หลังจากรับทราบโครงการ ตัวแทนที่เข้าประชุม ได้ประสานกับผู้บริหารนำเรื่องเข้าหารือในที่ประชุม คปสอ. ที่ประชุมลงความเห็นว่าจะทำให้เต็มพื้นที่ทั้งหมด 7 PCU 11 สถานีอนามัย และหนึ่งโรงพยาบาล โดยวางเป้าหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิให้ได้ตามมาตรฐาน 26 ตัวชี้วัด หลังจากนั้นได้จัดประชุมเจ้าหน้าที่ทุกระดับโดยแบ่งตามกลุ่ม ซึ่งงานนโยบายและมาตรฐานการให้บริการให้ทราบ แล้วให้แต่ละกลุ่มระบุว่าต้องการพัฒนา งานที่ตนเองรับผิดชอบในด้านใดบ้าง ปรากฏว่าความต้องการมีความแตกต่างหลากหลายตามบทบาทหน้าที่ รับผิดชอบ กลุ่มลูกจ้างสนใจงานที่อยู่ในหน้าที่ของเขา บางคนสนใจเรื่อง IT บางกลุ่มสนใจเรื่องระบบยา แต่เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ต้องการพัฒนาเรื่องการให้การดูแลผู้ป่วย ในที่สุดกลุ่มจึงตัดสินใจทำเรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เพราะเป็นงานที่ทุกคนต้องทำอยู่แล้ว ในปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยก็เพิ่มขึ้นมาก และนโยบายก็บังคับต้องทำ เพราะงานนี้เป็นกิจกรรมหลักของทั้งนโยบาย Healthy Thailand และนโยบาย home health care

จากจำนวนผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่มีทั้งหมดกว่าเจ็ดร้อยคน ที่ประชุมจึงหารือกันว่าน่าจะต้องเลือกกลุ่ม เพราะทำทั้งหมดคงไม่ไหว และเพื่อจะได้ศึกษาปัญหาในเชิงลึก ในที่สุดที่ประชุมจึงตัดสินใจเลือกผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื่องความดันโลหิตสูง เพราะเห็นว่าเป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลมาก ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีจำนวนทั้งหมด 49 คน ในระหว่างทำโครงการมีผู้ป่วยเสียชีวิตไป 1 คน เหลือผู้ป่วยที่ต้องศึกษา 48 คน โดยเฉลี่ยแต่ละ PCU/สอ. จะมีผู้ป่วยในกลุ่มเป้าหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบประมาณ 3 คน

ที่ประชุมได้แบ่ง PCU/สอ. เป็น 4 โซน เพื่อจะได้ช่วยกันทำงาน เจ้าหน้าที่จะจับคู่กันออกไปสัมภาษณ์ โดยให้คนหนึ่งเป็นคนถามและอีกคนจดบันทึก บางครั้งก็ออกไปครั้งละ 3-4 คน เพื่อเรียนรู้ด้วยกัน ที่สำคัญการออกเยี่ยมบ้านทุกครั้งต้องมีเจ้าของพื้นที่ออกไปด้วยเสมอ

ในเครือข่ายนี้ใช้เทคนิคการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการใช้การสัมภาษณ์เจาะลึก เพื่อที่จะไปเข้าใจปัญหาของผู้ป่วย โดยพี่เลี้ยงในระดับ CUP เป็นผู้ให้การอบรม ให้คำแนะนำในการเก็บรวบรวมข้อมูล สมาชิกร่วมกันสร้างกรอบคำถาม และได้ทดลองสัมภาษณ์เจาะลึกแล้วนำประสบการณ์นั้นมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทั้งในประเด็นของทักษะการสัมภาษณ์และประเด็นของเนื้อหาการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน พี่เลี้ยงจะตรวจบันทึกภาคสนาม ให้คำชี้แนะ ถ้าข้อมูลไม่สมบูรณ์จะให้กลับไปสัมภาษณ์ใหม่ หลังจากนั้นกลับมาคุยกันในกลุ่มใหญ่ มาเล่าให้เพื่อนๆ ฟังว่าได้เรียนรู้ อะไรบ้าง และร่วมกันวางแผนจะทำอะไรต่อไป

ในระหว่างดำเนินการได้จัดให้มีการประชุมเป็นระยะๆ แต่ไม่ได้นัดหมายชัดเจน นัดตามเวลาสะดวก เพราะแต่ละคนมีภาระมาก ใครว่างก็เข้า แต่ก็จัดประชุมเป็นระยะๆ จากการติดตามเยี่ยมในเดือนมิถุนายน 2549 กลุ่มได้พบกันไปแล้ว 4 ครั้ง

2 ผลการดำเนินงาน

การเข้าร่วมโครงการนี้มีประโยชน์ เพราะการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเป็นงานที่ต้องทำอยู่แล้ว และเมื่อลงไปเยี่ยมบ้านก็ทำให้ได้งานอื่นด้วย ได้เรียนรู้เรื่องอื่นด้วย เจ็ดเครื่องมือในการศึกษาชุมชนก็ต้องนำมาใช้เพื่อทำฐานข้อมูล และเพื่อระบุกลุ่มเสี่ยง นอกจากจะได้ข้อมูลเชิงลึกของผู้ป่วยเบาหวานแล้วยังได้ข้อมูลเพิ่มเติมอีกหลายเรื่อง โครงการนี้ส่งผลดีต่อทั้งชุมชน เจ้าหน้าที่ และต่อคุณภาพการให้บริการด้วย

ผลดีที่เกิดขึ้นกับเจ้าหน้าที่ทำให้การทำงานสนุก มีความสุข เพราะได้เรียนรู้ ได้ทำประโยชน์ มีทักษะเพิ่มขึ้น ได้เพื่อน ได้แลกเปลี่ยน ได้ใจคนไข้ และที่สำคัญทำให้เจ้าหน้าที่เปลี่ยนมุมมอง เปลี่ยนความคิด เรียกร้องต้องการให้พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้น และต้องการให้มีเกณฑ์มาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน คิดว่าถ้ามีเกณฑ์มาตรฐานจะช่วยให้พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้เร็วกว่านี้ และคิดว่าการทำโครงการแบบนี้มาถูกทางแล้ว

เจ้าหน้าที่ได้พัฒนาทักษะการสัมภาษณ์ การเก็บข้อมูล การตรวจสอบข้อมูล เพื่อให้ทราบข้อมูลไหนจริง ข้อมูลไหนไม่จริง เทคนิคการถามเชิงลึก ทำอย่างไรเราจึงจะเห็นปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย ได้ฝึกทักษะ การจดบันทึก การสรุป การฟัง ไม่ใช่ฟังเฉพาะข้อมูลเบาหวานอย่างเดียว แต่ได้ทำให้ได้เรียนรู้การที่จะฟังผู้ป่วย เจ้าหน้าที่สรุปร่วมกันว่าแท้ที่จริงแล้ว การทำงานในโครงการนี้เป็นการพัฒนาตัวเอง ให้รู้จักฟัง ฟังคนอื่นมากขึ้น ให้รู้จักมองปัญหา แล้วมาพิจารณา มีปัญหาที่แก้ไป พัฒนาไป เป็นการพัฒนางาน พัฒนาคน เมื่อแก้ปัญหานี้ได้ ต่อไปก็จะไปแก้ปัญหานอื่นได้ ที่สำคัญคือทำให้ปรับเปลี่ยนวิธีคิดที่มีต่อชุมชน เดิมคิดว่าฉันใหญ่ในสถานีนามัย แต่ทุกวันนี้ไม่ใช่ เราต้องปรับตัวให้เข้ากับเขา จัดบริการให้เข้ากับเขา ต้องฟังเขาให้มากขึ้น

หลังจากทำโครงการนี้สัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่กับชุมชนดีขึ้น เจ้าหน้าที่ได้เห็นสภาพชีวิตความเป็นอยู่ เมื่อก่อนเวลาออกไปเยี่ยมบ้าน ไม่ได้ซักถามมากนัก ไม่ได้พูดคุยกันจึงไม่ทราบข้อมูลละเอียด แต่เมื่อได้พูดคุยกันก็เกิดความเป็นมิตร เกิดความคุ้นเคยกัน เวลาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลก็จะรู้สึกเหมือนได้พบญาติ พบกันในตลาดก็จะพูดคุยทักทาย เป็นการติดตามเยี่ยมไปในตัว การที่ได้คุ้นเคยกันนอกจากจะปรับเปลี่ยนมุมมองของเจ้าหน้าที่แล้ว ยังช่วยปรับเปลี่ยนมุมมองของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนที่มีต่อเจ้าหน้าที่ด้วย เมื่อเจ้าหน้าที่ลงไปเยี่ยมบ้าน คนอื่นก็อยากมาฟัง อยากมาร่วมกิจกรรม ญาติพี่น้องของผู้ป่วยเบาหวานอยากมาตรวจมากขึ้น ขอเข้ามาร่วมโครงการด้วย เป็นการสร้างความตระหนักให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเอง สำหรับผู้ป่วยบางคนที่ไม่มียาติดอยู่ดูแล เจ้าหน้าที่เห็นว่าชุมชนต้องเข้ามาช่วยดูแล ทีมกำลังวางแผนว่าจะต้องคืนข้อมูลให้ชุมชน เพื่อให้ชุมชนตระหนักว่าเป็นบทบาทของเขาที่จะต้องช่วยกัน

การรู้จักฟังผู้ป่วย และการรับฟังคำถามทำให้เจ้าหน้าที่ตระหนักว่าตนเองยังขาดความรู้ เนื่องจากกลุ่มที่ศึกษาเป็นกลุ่มที่ป่วยมานาน และมีภาวะแทรกซ้อน จึงมีคำถามมาก หลายคำถามที่เจ้าหน้าที่ตอบไม่ได้ และได้บอกชุมชนว่าคำถามนี้ตอบไม่ได้ จะไปหาคำตอบมาให้ภายหลัง ทำให้เจ้าหน้าที่ตระหนักว่า ตนเองต้องพัฒนาด้านความรู้ และต้องให้ผู้ป่วยและชุมชนได้เรียนรู้ด้วย

สิ่งที่ได้จากการเป็นเครือข่ายทำให้ได้รู้จักและเข้าใจกันมากขึ้น ทำให้เกิดเครือข่ายการทำงานทั้งในแนวราบและแนวดิ่ง เครือข่ายแนวราบ ทำให้เกิดการทำงานเป็นทีม ช่วยกันถาม ช่วยกันตอบ ความสัมพันธ์ระหว่างคนทำงานดีขึ้นทั้งทางด้านส่วนตัว และเรื่องงาน ระหว่างเพื่อนร่วมงานในสอ.เดียวกัน และระหว่างสอ. ส่งผลให้ช่วยเหลือกันมากขึ้น ทำให้การทำงานสนุก มีความสุขในการทำงานร่วมกัน และเห็นว่าการรวมคน รวมงาน รวมทรัพยากร มีใจ มีจุดหมายเดียวกัน จะทำให้เกิดความคล่องตัวในการทำงาน และได้ผลงานมากขึ้น

เครือข่ายในแนวดิ่ง นอกจากจะอยู่ในรูปของพี่เลี้ยงแล้ว ยังก่อให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดี ในกลุ่มบุคลากรในทุกระดับ ทั้งในด้านส่วนตัวและงาน เช่น เมื่อไปพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาต้องส่งต่อ (refer) ก็สามารถติดต่อ

สถานพยาบาลที่จะรับผู้ป่วยได้โดยตรง ผู้ป่วยรู้สึกว่ายี่สิบห้าที่สามสามารถช่วยเหลือได้ทันที ทำให้เจ้าหน้าที่ PCU และสถานอนามัยได้รับการยอมรับและความไว้วางใจ จากผู้ป่วยและชุมชนมากขึ้น

เครือข่ายลำปลายมาศ จ.บุรีรัมย์

1 การดำเนินการ

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอลำปลายมาศ เดิมความสัมพันธ์ของเครือข่ายเป็นลักษณะแนวดิ่งตามโครงสร้างการบริหารงานตามสายบังคับบัญชา คือโรงพยาบาล/สอ. เป็นเครือข่ายการให้บริการในพื้นที่ แต่ลักษณะความสัมพันธ์เป็นการสนับสนุน ช่วยเหลือ นิเทศติดตามงานโครงการต่างๆ หลังจากที่ได้รับทราบเกี่ยวกับโครงการนี้จึงได้ปรึกษากัน และตกลงใจเข้าร่วมโครงการ เนื่องจากกลุ่มมีความสนใจในเรื่องกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในพื้นที่ ซึ่งเป็นความสนใจที่ต่อยอดจากการทำโครงการ PCU ในผืน ในที่สุดได้จัดทำโครงการเครือข่ายเรียนรู้สู่ภัยเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง เพื่อลดการเกิดเบาหวานรายใหม่ โครงการนี้ทำให้เกิดเครือข่ายในระดับแนวราบระหว่าง PCU เจ้าหน้าที่ที่เข้าร่วมโครงการเป็นผู้ที่มีความสนใจและมีความพร้อม ผู้รับผิดชอบได้จัดให้มีการประชุมพูดคุยกันทั้งในส่วนของ CUP และ PCU เล่าถึงความเป็นมาของโครงการ วัตถุประสงค์ของโครงการ มีการวางแผนเป้าหมาย บทบาทหน้าที่และการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน ในส่วนของ CUP มีบทบาทในการเป็นพี่เลี้ยง โดย

- กระตุ้นให้เกิดการปรับแนวคิด โดยการนำบทเรียนที่ได้จากโครงการ PCU ในผืนมาทบทวนและเพิ่มเติมด้วยการศึกษาจากเครือข่ายในพื้นที่อื่น

- กระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยการจัดเวทีแลกเปลี่ยน/พูดคุย ถึงวิธีการดำเนินกิจกรรมของแต่ละ PCU ผลที่เกิดขึ้น ปัญหา/อุปสรรคที่พบ และสิ่งที่ต้องทบทวน เช่น การทดลองเก็บข้อมูลพฤติกรรมกรรมการบริโภค โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลการรับประทานอาหารในแต่ละวัน และทดลองหาเครือข่ายผู้ดูแล (buddy) เพื่อช่วยในการบันทึก โดย PCU หนองโดนใช้กลุ่มผู้ป่วยเป็นเครือข่ายดูแลกันเองในการเก็บข้อมูล พบว่าข้อมูลที่บันทึกได้ไม่ครบถ้วน ไม่สามารถสื่อความหมายได้อย่างสมบูรณ์ ในขณะที่ PCU ไผ่ทรนทร์ใช้ครอบครัวของกลุ่มเป้าหมายเป็นเครือข่ายในการดำเนินการ PCU สีเหล็กเยี่ยมเจริญ ใช้ครอบครัวและ อสม. เป็นเครือข่าย พบว่าข้อมูลที่ได้นั้นมีความสมบูรณ์มากกว่า PCU หนองโดนจึงได้นำวิธีการของ ไผ่ทรนทร์และสีเหล็กเยี่ยมเจริญ มาปรับใช้ในพื้นที่ ผลที่ได้พบว่าข้อมูลมีความครบถ้วนสมบูรณ์ สามารถนำมาใช้ในการวิเคราะห์พฤติกรรมกรรมการบริโภคของกลุ่มเป้าหมายได้ชัดเจนมากขึ้น

- สนับสนุนด้านวิชาการ มีการจัดอบรมเพื่อปรับฐานความรู้และความเข้าใจให้เป็นเรื่องเดียวกัน ตลอดจนจัดทีมวิทยากรร่วมกับ PCU ในการให้ความรู้กลุ่มเป้าหมายเป็นตัวกลางในการเชื่อมประสาน ติดตามระหว่าง PCU ในการดำเนินกิจกรรม

ส่วน PCU ทำหน้าที่ในการดำเนินกิจกรรมในกลุ่มเป้าหมาย เก็บรวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ ที่ได้ แล้วนำมาแลกเปลี่ยนเพื่อร่วมกันเรียนรู้ภายในเครือข่าย

จากการแลกเปลี่ยน/พูดคุยแต่ละครั้งพบว่าสิ่งที่เราสนใจในเรื่องเดียวกันและความสัมพันธ์ที่ติดระหว่างเครือข่ายทั้งในแนวดิ่งและแนวราบ ทำให้การแลกเปลี่ยนประสบการณ์เป็นไปได้ดี โดยเฉพาะในแนวราบจะมีการแลกเปลี่ยนทั้งด้านการบริหารจัดการจากหัวหน้า PCU ด้านวิชาการและการดำเนินงานจากพยาบาลวิชาชีพของแต่ละ PCU ทำให้บรรยากาศการเรียนรู้ในแต่ละครั้งมีเรื่องมาเล่าและช่วยกันต่อยอดกันอย่างสนุกสนานทุกครั้ง เจ้าหน้าที่รู้สึกว่าได้ทำงานชุมชนในสิ่งที่อยากทำ วิเคราะห์และตอบสนองต่อปัญหาในพื้นที่ ในส่วนวิธีการดำเนินการได้เรียนรู้วิธีการสร้างและใช้เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้ทำงานร่วมกันเป็นทีมในระหว่างเครือข่าย CUP กับ PCU และระหว่าง PCU แม้ว่าต่างพื้นที่กัน ก็มีแนวทางในการแก้ปัญหาเหมือนกัน ทำให้เกิดความสุขและสนุกในการทำงานชุมชน อีกทั้งยังได้รับความไว้วางใจและความเชื่อถือจากชุมชนมากขึ้น การถ่ายทอดความรู้ระหว่างเครือข่าย ตั้งแต่การร่วมกันเป็น

วิทยากร หมุนเวียนกันไปถ่ายทอดความรู้ให้กับกลุ่มเป้าหมาย ทำให้แต่ละPCUได้เรียนรู้วิธีการทำงานซึ่งกันและกัน และนำวิธีการบางอย่างไปปรับใช้ในพื้นที่ของตนเอง

ปัญหาและอุปสรรคที่พบในช่วงแรกของการดำเนินงานโครงการ เป็นเรื่องของพื้นฐานความรู้ที่ไม่เหมือนกัน ทำให้ต้องมีการปรับพื้นฐานความรู้ก่อน

2 ผลลัพธ์

2.1 ประเด็นการเรียนรู้เรื่องเครือข่ายผู้รับบริการ

กลุ่มเป้าหมาย จากที่เคยต้องรอการป้อนข้อมูลต่างๆจากเจ้าหน้าที่ ตัวผู้รับบริการเองเริ่มที่จะเรียนรู้เรื่องการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง โดยเฉพาะเมื่อได้รับรู้ว่าตนเองอยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่จะเป็นเบาหวานในอนาคต ทำให้เกิดการตื่นตัว มีการแลกเปลี่ยน พูดคุยกับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานในหมู่บ้าน มีการสะท้อนผลลัพธ์ของการทำกิจกรรมให้กลุ่มเป้าหมายด้วยกันได้เห็น เริ่มที่จะเรียนรู้วิธีการต่างๆในกลุ่มกันเอง ทำให้เกิดความตระหนักและให้ความสำคัญกับกิจกรรมที่ทำ เช่น ช่วงแรกต้องนัดมาเจาะเลือดตรวจระดับน้ำตาล ต่อมาไม่ต้องนัดตรวจ แต่ผู้รับบริการมาขอรับการตรวจด้วยตนเอง นอกจากนี้ในส่วนของ การควบคุมอาหารก็เริ่มที่จะเรียนรู้จากตารางอาหารที่เก็บข้อมูล ว่าตนเองต้องปรับวิธีการรับประทานอาหารอย่างไร ในเรื่องออกกำลังกาย ในช่วงแรกเจ้าหน้าที่เป็นผู้ให้คำแนะนำและเป็นผู้นำกลุ่มออกกำลังกาย โดยใช้ไม้พลองป่าบุญมี ต่อมากลุ่มเป้าหมายเองสามารถประยุกต์กิจกรรมให้สอดคล้องกับตนเองมากขึ้น รวมทั้งการเป็นผู้นำการออกกำลังกายเอง เกิดการรวมกลุ่มออกกำลังกายจากความตระหนักในภาวะสุขภาพของตนเอง

กลุ่มเป้าหมายกับชุมชน ในการดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้ พบว่าในชุมชนและชุมชนใกล้เคียงเริ่มมีความสนใจในเรื่องที่กลุ่มเป้าหมายทำอยู่ ทำให้มีความตื่นตัวในการเข้ามารับการคัดกรองโรคเบาหวานมากขึ้น เช่น บางคนเคยได้รับการตรวจคัดกรองแล้วก็มาขอตรวจซ้ำอีก นอกจากนี้ทำให้กล้าที่จะเข้ามาพูดคุยแลกเปลี่ยนในเรื่องที่ทำ เนื่องจากเห็นกลุ่มเป้าหมายเป็นแบบอย่าง มีการเข้าร่วมรับฟังการให้ความรู้เวลาเจ้าหน้าที่ออกไปให้ความรู้กับกลุ่มเป้าหมาย มีการเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายกับกลุ่มเป้าหมาย (ทุกคนที่มาร่วมกิจกรรมจะมีไม้พลองประจำตัวที่หามาเองสำหรับใช้ในการออกกำลังกาย) นอกจากนี้ยังมีกลุ่มอื่นๆ เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคอื่นๆ หรือเป็นกลุ่มที่ต่างวัยกัน หรือในกลุ่มเด็กวัยเรียน เมื่อลงไปทำกิจกรรมกับกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มต่างๆเหล่านี้ก็ให้ความสนใจด้วย สามารถที่จะสอดแทรกกิจกรรมการให้ความรู้อย่างอื่นควบคู่ไปกับกิจกรรมที่ทำกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น ในช่วงที่มีการระบาดของไข้เลือดออก ก็สามารถสอดแทรกกิจกรรมเรื่องเกี่ยวกับไข้เลือดออกไปด้วย

2.2 ประเด็นการเรียนรู้เรื่องเครือข่ายระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

การดำเนินโครงการนี้ทำให้เกิดเครือข่ายระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการไปในทางที่ดีขึ้น ได้รับความเป็นกันเองระหว่างเจ้าหน้าที่กับคนในชุมชน รูปแบบของการทำงานเป็นลักษณะไม่เป็นทางการมากขึ้น คนในชุมชนเริ่มรู้สึกว่าการดูแลสุขภาพเป็นเรื่องของตนเอง ไม่ใช่เรื่องของ อสม.หรือเจ้าหน้าที่ กิจกรรมในโครงการเช่น การให้ความรู้ การเก็บข้อมูลในเรื่องพฤติกรรมบริโภค การออกกำลังกาย การตรวจเลือดหาระดับน้ำตาล ทำให้คนในชุมชนรู้สึกเข้าถึงบริการสาธารณสุข ในขณะที่เจ้าหน้าที่มีโอกาสได้ทำงานเชิงรุกในพื้นที่นอกเหนือจากแผนงานโครงการประจำปี รู้สึกสนุกและมีความสุขกับการทำงานในชุมชนมากขึ้น เมื่อจะไปทำกิจกรรมหรือโครงการอื่นๆเกี่ยวกับงานสาธารณสุข ผู้บริการและชุมชนให้ความสนใจและให้ความร่วมมือดีขึ้นกว่าเดิม ที่สำคัญเกิดความคาดหวังว่า จะเกิดเครือข่ายในการดูแลด้านสุขภาพในชุมชน โดยประชาชนในพื้นที่ ตระหนักและเห็นความสำคัญเอง

เครือข่ายอุทุมพรพิสัย จ.ศรีสะเกษ

1. การดำเนินการ

เมื่อได้เข้าร่วมรับฟังโครงการครั้งแรก ตัวแทนที่เข้าไปรับทราบโครงการคิดว่างานนี้น่าจะยาก จึงขออนุญาต ให้PCUอื่นเข้ามาแทน เครือข่ายนี้ประกอบด้วย 4 PCU โดยมี PCU ของโรงพยาบาลเป็นแม่ข่าย และอีก 3

แห่งเป็นเครือข่าย ความสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลกับ PCU ดีอยู่แล้ว คปสอ.เชื่อมกันดี ทีม PCU สนับสนุนกันดี เพราะโดยปกติโรงพยาบาลจะเป็นพี่เลี้ยง เป็นที่ศึกษาดูงาน โดยประสานงานกับพี่เลี้ยงจาก สสจ.ด้วย

กลุ่มตั้งใจจะทำปัญหาเบาหวาน แต่ยังไม่ชัดเจนว่าจะทำในประเด็นไหน ทั้งนี้เพราะในปี พ.ศ. 2547 จังหวัดมีนโยบายที่ให้โอนผู้ป่วยโรคเรื้อรังเกือบทุกชนิดลงสู่ PCU โดยมีแพทย์ออกตรวจเดือนละครั้ง จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ของPCU ที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมด 134 คน ในจำนวนนี้ร้อยละ 89 มารับบริการอย่างสม่ำเสมอ แต่พบว่ามีเพียงร้อยละ 35 เท่านั้นที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี นอกจากนั้นยังพบปัญหาการให้บริการแบบตั้งรับที่สถานบริการ มองผู้ป่วยเป็นผู้มาขอรับบริการ สัมพันธภาพระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วยยังไม่มีดีพอที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจที่จะปรึกษาปัญหา ทำให้เจ้าหน้าที่ไม่สามารถเข้าใจความละเอียดอ่อนในมิติต่างๆ ของผู้ป่วย เช่น สภาพความเป็นอยู่ เหตุผลของพฤติกรรมต่างๆ เช่น การขาดนัด ขาดยา รวมไปถึงการขาดความเข้าใจในส่วนที่เป็นตัวตน และความนึกคิดของผู้ป่วย

หลังจากนั้นทีมจึงมากำหนดวัตถุประสงค์ในการทำงานร่วมกัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อส่งเสริมศักยภาพการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน 2) เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานในPCUให้มีคุณภาพ และ 3) เพื่อปรับเปลี่ยนแนวคิดในการทำงานของเจ้าหน้าที่ให้เหมาะสม สอดคล้องกับบริบทชีวิตของผู้ป่วย

ในช่วงแรกทีมให้ความสนใจกับการจัดคลินิกให้บริการ โดยวางแผนว่าจะให้บริการอย่างไร ช่วงเวลาไหน เป็นการวิเคราะห์ภายใต้ความเข้าใจของทีมงานเองทั้งหมดว่าพื้นที่มีปัญหาอย่างไร แต่เมื่อได้มานั่งพูดคุยกันก็มีคนท้วงขึ้นมาว่าเราคิดเอง ปัญหาจริงๆอาจจะไม่เป็นอย่างที่เราคิดก็ได้ เราควรจะได้ลงไปสอบถามปัญหาจากผู้ป่วยว่าเขาคิดอย่างไร เขามีปัญหาอะไร ทีมงานจึงได้ลงไปพูดคุยกับผู้ป่วยที่บ้าน ทำให้ได้พบปัญหาหลายประเด็น เช่น ปัญหาเกี่ยวกับการฉีดยาอินซูลินไม่ตรงกับแพทย์สั่ง การกินยาไม่สม่ำเสมอ บางครั้งขาดยา ลืมกินยา การฉีดยา หรือช่วงเวลากินยาก่อนอาหารนานหรือสั้นเกินไป ผู้ป่วยมีโรคความดันโลหิตสูงแทรก แต่ยังมีพฤติกรรมรับประทานอาหารเค็ม บางคนไม่ยอมรับว่าตัวเองเป็นเบาหวานเลยไม่มารับบริการ ผู้ป่วยบางรายยังดื่มสุรา กินยาสมุนไพรแล้วไม่กินยาที่แพทย์สั่ง เป็นต้น

เมื่อได้ทราบปัญหาซึ่งเป็นปัญหาจากพื้นที่จริงๆ สมาชิกเครือข่ายจึงเกิดแนวคิดว่าจะอยากให้ผู้ป่วยมาร่วมพูดคุยกัน จึงได้จัดกลุ่มให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสมานั่งพูดคุยกันที่PCU ทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเรียนรู้วิธีการดูแลตนเองจากสมาชิกกลุ่มด้วยตนเอง นอกจากนั้นทีมงานยังได้สอนเรื่องอาหารเบาหวาน โดยจัดสาธิตอาหารเสริมให้กับกลุ่มผู้ป่วย และก็ได้นำมาสะท้อนกันในกลุ่ม ต่อมาทีมงานได้พิจารณาว่าอาหารที่จัดสาธิตนั้นไม่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยซึ่งส่วนใหญ่รับประทานอาหารอีสาน จึงได้ปรับเปลี่ยนวิธีโดยให้ผู้ป่วยห่อข้าวมารับประทานร่วมกัน แล้วก็ใช้อาหารที่ผู้ป่วยห่อมารับประทานเป็นสื่อในการเรียนรู้ร่วมกัน

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาประมาณ 1 ปีพบว่าการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นได้แก่

- ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลลดลง 4 ราย เพิ่มขึ้นจากเดิม 2 ราย คงที่ 2 ราย
- รับประทานยาหรือฉีดยาได้ถูกต้องตามแพทย์
- ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงแทรกสามารถควบคุมได้
- ผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับว่าตนเองเป็นเบาหวานได้รับการดูแลรักษา
- ผู้ป่วยที่ดื่มสุราก็ลดการดื่มลง
- ผู้ป่วยที่กินยาสมุนไพรก็เลิกกิน และมากินยาเบาหวานที่แพทย์สั่ง

2. ผลลัพธ์

ทีมมีการประชุมพบปะกันสม่ำเสมอทำให้ความสัมพันธ์ของเจ้าหน้าที่ทั้งในแนวราบและในแนวตั้งดีขึ้น มีการนำเสนอข้อมูลผ่านที่ประชุม คปสอ. เพื่อแก้ปัญหาร่วมกัน เครือข่ายขยายไปสู่สหวิชาชีพ ฝ่ายเภสัชเข้ามาร่วมแก้ไขปัญา เรื่องการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน ได้รูปแบบการทำงานที่มีการปรึกษาร่วมกัน

เจ้าหน้าที่ได้พัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน แทนที่จะเป็นการตั้งรับ ได้เข้าใจปัญหาผู้ป่วยมากขึ้น ได้รับทราบปัญหาของผู้ป่วย และนำไปปรับการบริการให้สอดคล้องกับปัญหา เป็นการแก้ปัญหาแบบองค์รวม มีหลักการในการทำงานเพิ่มขึ้น เป็นการเปิดพื้นที่ทางวิชาการให้กับเจ้าหน้าที่

เจ้าหน้าที่รู้สึกภูมิใจที่ทำงานแล้วได้ผล ชาวบ้านรู้จักเจ้าหน้าที่ ดีใจที่มีเจ้าหน้าที่ลงไปเยี่ยมและให้ความไว้วางใจเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่เข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น ได้รับรู้ปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย ทำให้มองเห็นว่าชาวบ้านมีศักยภาพ มีประสบการณ์ และสามารถจัดการดูแลตนเองได้

เครือข่ายอำเภอเมือง จ.อำนาจเจริญ

เครือข่ายนี้สนใจที่จะศึกษา 7 เครื่องมือในการดูแลชุมชน เหตุผลที่เลือกโครงการนี้ เพราะพี่เลี้ยงจังหวัดซึ่งเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประทับใจในแนวคิดการนำ 7 เครื่องมือมาใช้จริงในการดูแลสุขภาพชุมชน เมื่อนำเข้าหารือในกลุ่มก็ได้รับความเห็นชอบ เพราะในจังหวัดมีการอบรมเรื่องนี้มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 แต่ไม่ได้ทำอย่างจริงจัง ส่วนใหญ่จะเก็บเฉพาะข้อมูลเชิงปริมาณ แต่ไม่ได้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ และยังไม่ได้นำข้อมูลไปใช้ประโยชน์อย่างเต็มที่ กลุ่มจึงตั้งเป้าหมายที่จะศึกษาและจัดทำเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การใช้ 7 เครื่องมือ กลุ่มเห็นว่าถ้าทำได้จริงก็จะสามารถให้บริการแบบองค์รวม ทำให้เข้าใจชุมชน สามารถทำงานได้ทั้งเชิงรับและเชิงรุก ซึ่งจะนำไปสู่การให้บริการในระดับปฐมภูมิที่มีคุณภาพ PCU ที่เข้าร่วมโครงการ มี 3 แห่ง เป็นกลุ่มเดิมที่เคยทำงานร่วมกันในโครงการ PCU ในพื้นที่ ประกอบด้วย PCU ของโรงพยาบาล และอีก 2 แห่งเป็น PCU รอบนอกแต่อยู่ในเขตอำเภอเมืองที่ยังไม่ผ่านการประเมินคุณภาพ

1. การดำเนินงาน

การดำเนินงานได้แบ่งหน้าที่รับผิดชอบให้ PCU ที่อยู่รอบนอกรับผิดชอบเรื่องการจัดทำผังเครือญาติ และประวัติชีวิต แห่งละ 1 เรื่อง สำหรับแผนที่เดินดิน โครงสร้างและองค์กรชุมชน ระบบสุขภาพชุมชน และประวัติศาสตร์ชุมชน PCU ในเขตเมืองเป็นผู้รับผิดชอบ เพราะมีจำนวนบุคลากรมาก ส่วนปฏิทินชุมชน PCU ทุกแห่งต้องทำของพื้นที่ตนเอง เพราะกิจกรรมของแต่ละชุมชนจะมีความแตกต่างกันระหว่างชุมชนเมือง และชนบท และแม้แต่ในชุมชนชนบทก็มีความแตกต่างกันไปแต่ละแห่ง ในระหว่างการดำเนินการได้กำหนดให้มีการประชุมทุกเดือนเพื่อนำข้อมูลมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถ้าเป็นตามกำหนดควรจะประชุม 3 ครั้ง ปรากฏว่าพบกันได้เพียงครั้งเดียว ทำให้งานก็ไม่ก้าวหน้าเท่าที่ควร หลังจากการจัดเวทีรวมระดับภาคครั้งที่สอง ทีมวิทยากรให้ข้อเสนอแนะว่าทีมงานยังขาดกระบวนการสังเคราะห์ และการศึกษาข้อมูลยังไม่ลึกพอ ทำให้ทีมงานตื่นตัวมาก จึงได้จัดประชุมร่วมกันทั้งสองสัปดาห์ โดยใช้กระบวนการถอดบทเรียน จนทำให้สรุปผลการดำเนินงานได้ดังนี้

1.1 แผนที่เดินดิน ทีมได้เลือกพื้นที่ขนาดเล็กนอกเขตเทศบาลเพื่อทำแผนที่เดินดิน เพื่อให้สามารถเข้าศึกษาได้ครบทุกหลังคาเรือน เหตุผลสนับสนุนก็คือพื้นที่ที่มีการเคลื่อนย้ายน้อย ชุมชนให้ความร่วมมือดี มีแผนที่ฉบับเดิมที่อสม.ทำไว้แต่ยังไม่ถูกต้องตามหลักการ และยังไม่ได้นำมาใช้ประโยชน์เต็มที่ การดำเนินการได้ประสานงานกับ อสม.หรือ เจ้าของพื้นที่ให้พาลงไปทำ ในการลงพื้นที่แต่ละครั้งที่ทีมงานได้ผนวกงานอื่นเข้าไปด้วย เช่น การประชาสัมพันธ์ แจกจ่ายแผ่นพับ การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังตามนโยบาย Healthy Thailand การเยี่ยมบ้าน การควบคุมโรค และโครงการ EMS เป็นต้น

การทำแผนที่เดินดินเหมือนการเอ็กซเรย์พื้นที่ ทำให้รู้จักชุมชน รู้ปัญหาชุมชน รู้สภาพแวดล้อมที่เป็นเนื้อแท้ในชุมชน ไม่ใช่จากการบอกเล่า ซึ่งถ้าไม่ลงชุมชนเองจะไม่ได้เห็นของจริง ทำให้ชุมชนรู้สึกว่าทีมงานสุขภาพมีเวลาให้กับชุมชน และให้ความสนใจกับชุมชนอย่างจริงจัง ซึ่งส่งผลต่อมาก็คือชุมชนจะให้ความร่วมมือดีมาก ประโยชน์อีกประการหนึ่งของการทำแผนที่เดินดินก็คือเป็นการตรวจสอบข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง บ่อยครั้งที่พบว่าข้อมูลอยู่อาศัยไม่ตรงกับข้อมูลเดิมที่มี นอกจากนี้ยังสามารถผนวกงานได้หลายๆอย่างดังที่กล่าวข้างต้น เป็นการค้นหาผู้ป่วย (case finding) ทั้งผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัย หรือได้รับการวินิจฉัยแล้วไม่ได้รับการ

ดูแลต่อเนื่อง ทั้งที่บ้านและที่โรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วยจิตเวช ผู้พิการที่ไม่เคยทราบถึงการจดทะเบียนผู้พิการ ผู้ป่วยขาดนัด ไม่มาโรงพยาบาล คนในชุมชนที่ไม่มีสิทธิบัตร เป็นต้น เมื่อพบข้อมูลที่สำคัญก็ได้มีการประสานงานติดต่อกับผู้ที่เกี่ยวข้องที่จะให้การช่วยเหลือแก้ไขปัญหาได้ ผลที่ได้รับสะท้อนกลับมาแบบไม่รู้ตัว คือชาวบ้านประทับใจในการที่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไปหาถึงชุมชนแม้ว่าตนเองไม่ใช่คนเจ็บป่วย(แต่เดิมชุมชนจะรับรู้ว่ามีเจ้าหน้าที่ไปเยี่ยมบ้านเฉพาะผู้ป่วยหลังคลอด) มีการถามไถ่ปัญหา ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่กับชุมชนดีขึ้น อสม.ก็ชอบ เพราะรู้สึกว่ามีงานทางโรงพยาบาลลงพื้นที่แล้วทำให้ตนเองมีความมั่นใจในการทำงานมากขึ้น เขาบอกว่า “ไม่เคยมีหมอคนไหนลงมาอย่างนี้ มีแต่สั่งการ” แผนที่เดินดินที่ทำขึ้นนั้นนอกจากจะใช้ประโยชน์ในหน่วยงานแล้ว ยังมีการนำประโยชน์ไปใช้นอกหน่วยงาน เช่น หน่วยงานยานพาหนะด้วย และสามารถไปวางแผนงานเชิงรุกต่อได้ด้วย

ปัญหาและข้อจำกัด บางครั้งการลงไปในชุมชนก็พบว่ารายชื่อคนในบ้านไม่ตรงกับข้อมูลเดิม ไปแล้วไม่พบผู้อยู่อาศัย ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมอื่นได้ ข้อจำกัดที่สำคัญคือ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่อยู่บ้านในช่วงกลางวัน ส่วนคนในวัยทำงานจะเข้าบ้านในช่วงเย็นหลังเลิกงาน ทำให้ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน โดยเฉพาะมิติความสัมพันธ์ทางสังคม การลงพื้นที่นอกเวลาเพื่อติดตามข้อมูลค่อนข้างลำบาก เพราะยานพาหนะไม่เพียงพอ บางชุมชนค่อนข้างเปลี่ยว โดยเฉพาะส่วนนอกเขตเทศบาล บางบ้านระยะทางจริงห่างจากบ้านอื่นมาก ทำให้ต้องใช้เวลาในการทำแผนที่เดินดินมาก

นอกจากนี้บุคลากรต้องมีความรู้ในหลักการทำแผนที่เดินดิน มีความอดทนสูง และต้องระมัดระวังเรื่องความปลอดภัยด้วย

1.2 ผังเครือญาติ ในการดำเนินงานทางทีมงานได้เชิญ อสม.เข้ามาประชุมเพื่อชี้แจงรายละเอียดของโครงการ และขอความร่วมมือให้ อสม.ประจำคุ้มพาเดินสำรวจข้อมูล ก่อนการจัดทำผังเครือญาติได้มีการตรวจสอบข้อมูลบุคลากรที่อาศัยอยู่ในหลังคาเรือนจาก family folder เพื่อเก็บรายละเอียด เช่น วันเกิด เลขประจำตัวประชาชน เป็นต้น เพื่อประหยัดเวลา

พบว่า การประสานผ่านอสม. เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้งานนี้ประสบความสำเร็จ เพราะอสม.ในพื้นที่ส่วนใหญ่ทำงานมาค่อนข้างยาวนาน ทำให้ได้รับความไว้วางใจจากชุมชน มีสัมพันธภาพที่ดีกับชุมชน และ อสม.มีความรับผิดชอบสูง เอาใจใส่งาน จึงทำให้ชุมชนให้ความร่วมมือดีมาก และยินดีเปิดเผยข้อมูล การได้ข้อมูลเป็นไปโดยง่าย และสะดวก แต่เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุ การสื่อสารลำบาก บางคนความจำเริ่มสับสน ทำให้ต้องออกไปติดตาม 2-3 ครั้ง จึงจะได้ข้อมูลครบถ้วน

การทำผังเครือญาติในเขตชนบทได้ขอให้ อสม.ช่วยนัดสมาชิกที่ละคุ้ม หลังจากนั้นจึงวางแผนเข้าสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมแบบตัวต่อตัว หลังต่อหลัง สำหรับในเขตเมืองการทำผังเครือญาติจะยุ่งยากมาก ในที่สุดจึงตัดสินใจเลือกทำผังเครือญาติในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการในคลินิกควบคู่กับการหาข้อมูลในชุมชน และส่วนหนึ่งได้จากการเยี่ยมบ้าน ซึ่งจะทำให้ได้เห็นสภาพความเป็นอยู่ได้ด้วย

ประโยชน์ที่ได้ :

- 1) ทำให้เข้าใจผู้รับบริการแต่ละรายได้ลึกซึ้ง เพราะได้เห็นสภาพความเป็นอยู่ ได้เข้าใจสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัว สภาพความเป็นอยู่ ภูมิหลัง และบริบทของครอบครัว ทำให้รู้ถึงปัญหาของครอบครัว เช่น ความขัดแย้งในครอบครัว ความเครียดปัญหาทางด้านจิตใจที่เชื่อมโยงไปถึงภาวะเจ็บป่วยทางกาย ความเข้าใจนี้จะนำไปสู่ ความเอาใจใส่ความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยมากขึ้น สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายต่อไป
- 2) ได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง และโรคทางพันธุกรรมที่เกิดในแต่ละครอบครัว ได้ทราบความเข้าใจ และการเรียนรู้ของชุมชนที่มีต่อโรค
- 3) ได้ทราบความซับซ้อนของครอบครัวในมิติทางสังคม ความสัมพันธ์ในระดับครอบครัว การหย่าแยก หม้าย การจดทะเบียนสมรส ซึ่งส่วนใหญ่จะไม่จดทะเบียนสมรสยกเว้นมีการทำสัญญานิติกรรม

ปัญหาและข้อจำกัด: ปัญหาที่พบในการทำแผนที่เดินดินค่อนข้างแตกต่างกันในส่วนเขตเมืองและเขตชนบท กล่าวคือในเขตเมือง มีชื่อในทะเบียนบ้านแต่คนไม่ได้อยู่จริง คนที่อยู่จริงไม่ใช่บุคคลเจ้าของบ้าน แต่เป็นคนเช่าบ้าน ทำให้ไม่รู้จักกัน มีปัญหาการฝากชื่อในทะเบียนบ้านในเวลาที่มีการเลือกตั้ง หรือเวลาต้องการกู้ยืมเงิน ส่วนในเขตชนบท มีบ้านเลขที่แต่ไม่มีบ้านจริง โดยเฉพาะหมู่บ้านที่ตั้งใหม่ เมื่อสอบถามต่อก็คพบว่าเป็นการขอบ้านเลขที่ไว้เฉยๆ จากปัญหาดังกล่าวและการนำไปใช้ประโยชน์จริง ทีมงานในเขตเมืองจึงมีการตั้งเป้าหมายใหม่ โดยใช้ผังเครือญาติสำหรับดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูงในเขตเมือง ส่วนในเขตชนบทใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ลมชัก ผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ เบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยตั้งเป้าว่าจะดูแลกลุ่มเป้าหมายให้ได้ครบทุกคนก่อน คาดว่า ถ้าทำในกลุ่มเป้าหมายเหล่านี้ได้ครบถ้วนแล้วก็จะขยายไปกลุ่มอื่น

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม :

1) ในการทำผังเครือญาติ ต้องชัดเจนในแหล่งที่มา การอ้างอิงแหล่งที่มา ของวิธีการเขียนผังเครือญาติ สัญลักษณ์ของความสัมพันธ์ ซึ่งมีหลายสำนัก การทำผังเครือญาติ ทำให้ได้เข้าใจสัมพันธ์ภาพในครอบครัว โครงสร้างอำนาจในครอบครัว ที่สำคัญคือไม่เน้นข้อมูลเชิงปริมาณ แต่เน้นข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลมิติเชิงสังคม เพื่อใช้ประโยชน์และการพัฒนา

2) ควรมีการ update ข้อมูล ในเขตชนบทควรทำทุก 6 เดือน โดยขอข้อมูลจากทะเบียนอำเภอ ส่วนในเขตเมืองควรทำทุกปี โดยขอข้อมูลจากที่ว่าการอำเภอเมือง หรือเขตเทศบาล ทั้งนี้ต้องมีการตรวจสอบกับพื้นที่โดยเฉพาะรายที่มีการเปลี่ยนแปลงข้อมูล

3) ในเขตเมืองมีการทำผังเครือญาติเยอะ แต่การนำไปใช้ประโยชน์ยังไม่มากพอ ส่วนใหญ่จะใช้ประโยชน์ของการทำผังเครือญาติในด้านทางกายภาพ ทางคลินิกมากกว่า เช่น การคัดกรองเบาหวานในกลุ่มญาติของผู้ป่วย ทำให้รู้ปัญหาทางสังคมทั้งภายนอก และภายใน และใช้ผังเครือญาติในการเข้าใจผู้ป่วยแต่ละราย โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ยังก่อนข้างจำกัด เช่น ผู้ป่วยเบาหวานที่คุมน้ำตาลไม่ได้ เมื่อเชื่อมโยงกับข้อมูลสภาพครอบครัว ภายใต้ผังเครือญาติ จะเห็นความขัดแย้งภายในครอบครัว ทำให้เกิดความเครียด ไม่อยากคุมน้ำตาล น้ำตาลในเลือดจึงสูงตลอด ทางที่ดีควรนำผังเครือญาติมาใช้ประกอบในการดูแล โดยเฉพาะด้านจิตใจของผู้ป่วย เชื่อมโยงไปถึงภาวะความเจ็บป่วยทางกาย และใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วย เฉพาะรายต่อไป

1.3 ประวัติชีวิต เป็นการศึกษาข้อมูลเชิงลึกเฉพาะบุคคล ปัจจุบันเป้าหมายมี 4 กลุ่มคือ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มคนยากจน กลุ่มคนป่วย และกลุ่มผู้นำชุมชน

จากการทำผังเครือญาติและจากการทำแผนที่เดินดินทำให้ได้เห็นกรณีที่น่าสนใจศึกษาทั้งเชิงบวก และลบ การลงชุมชนบ่อยครั้งทำให้เกิดความคุ้นเคย และได้ข้อมูลเชิงลึกมากขึ้น แต่บางครั้งผู้ให้สัมภาษณ์ไม่สะดวกที่จะเปิดเผยข้อมูลเพราะไม่เข้าใจวัตถุประสงค์ของการทำประวัติชีวิต แต่หลังจากเข้าไปพูดคุยหลายครั้งก็ได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนและได้รับความร่วมมือมากขึ้น

ตัวอย่างประวัติชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน เป็นชายสูงอายุ มาพบเจ้าหน้าที่ด้วยภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน แผลที่รักษาไม่หาย ปวดตามตัว มีภาวะช็อกบ่อยจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เหนื่อย จากการพูดคุยจึงทราบว่าผู้ป่วยไม่ไปรับยาที่โรงพยาบาลนานแล้ว แม้ผู้ป่วยจะมีบุตรเป็นข้าราชการ ที่สามารถเบิกเงินคืนได้ ด้วยความเป็นผู้สูงอายุเดินทางไปมาลำบาก และอยู่กับภรรยา ไม่มีบุตรหลานอยู่ด้วยจึงไม่มีผู้พาไปพบแพทย์ นอกจากนี้ระบบการบริการของโรงพยาบาลที่เป็นองค์กรใหญ่ ผู้ป่วยต้องติดต่อหลายแห่งเช่น ห้องจ่ายยา ห้องยา ห้องตรวจเลือด และผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการเบิกเงินคืนเนื่องจากบุตรอยู่ไกล เบิกค่ารักษาแล้วลูกไม่คืนเงินให้ หรือไม่ก็เก็บใบเสร็จรับเงินไว้โดยไม่ส่งเบิก เป็นต้น ผู้ป่วยจึงไม่ได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยจะสังเกตอาการตัวเอง ถ้ามีอาการปัสสาวะบ่อย เหนื่อยง่าย ก็จะซื้อยาจากผู้ป่วยเบาหวานอื่นมารับประทาน

หลังจากศึกษาประวัติชีวิตและได้ทราบข้อมูลจึงได้มีการวางแผนใหม่ ให้ผู้ป่วยมารับบริการที่ สถานีอนามัย โดยไม่คิดค่าบริการ แต่ให้ใช้สิทธิแบบผู้สูงอายุทั่วไป นี่คือการยืดหยุ่นของสถานีอนามัยที่แตกต่างอย่างเห็น

ได้ชัดจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นระบบใหญ่ไม่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วยเฉพาะราย และยังพบกรณีปัญหาอื่น เช่น บริการด้านสุขภาพของรัฐวิสาหกิจบางแห่งจำกัดวงเงินการให้บริการทางการแพทย์ ทำให้ผู้ใช้สิทธิบางคนที่ป่วยเรื้อรังต้องมารับบริการต่อเนื่อง มีภาระค่าใช้จ่ายที่มากและไม่สามารถเปลี่ยนสิทธิบัตรเป็นบัตรทอง หรือในส่วนตัวเจ้าหน้าที่ของเทศบาลก็ไม่อาจทำได้เช่นเดียวกัน ซึ่งส่งผลถึงการให้บริการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งด้านบวกและด้านลบ

การนำไปใช้ประโยชน์: การศึกษาประวัติชีวิตช่วยเพิ่มมิติความเป็นมนุษย์เข้าใจรายละเอียดชีวิตของผู้รับบริการ สำหรับตัวบุคลากรเพิ่มมิติการมองชาวบ้าน มีความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยมากขึ้น มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่กับชาวบ้าน มีความละเอียดอ่อนในการให้บริการมากขึ้น

1.4 โครงสร้างและองค์กรชุมชน การศึกษาโครงสร้างของชุมชน และองค์กรชุมชน ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ จะช่วยให้เข้าใจชุมชนได้รอบด้าน ได้เห็นความสัมพันธ์ของคนในชุมชน และได้เข้าใจความเข้มแข็งของชุมชน การดำเนินงานเริ่มจากจัดประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่ในการแบ่งเขตรับผิดชอบทำแผนออกสำรวจชุมชน/หมู่บ้าน โดยเริ่มที่ชุมชนขนาดเล็กและมีความพร้อม ซึ่งอยู่นอกเขตเทศบาล เพราะชุมชนลักษณะนี้มักมีผู้นำชุมชนที่มีความกระตือรือร้น และให้ความร่วมมือดีในการดำเนินงาน การทำงานจะยึดหนังสือ วิถีชุมชน: การทำงานกับชุมชนให้ง่ายและสนุก ของนายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ เป็นหลัก ประกอบกับอาศัยเอกสารและคู่มือการปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนของกระทรวงสาธารณสุข

กำหนดออกสำรวจชุมชนในช่วงบ่ายของวันจันทร์ พุธ และศุกร์ เริ่มต้นที่ชุมชนเล็กๆ ที่อยู่ใกล้โรงพยาบาล ผู้นำให้ความร่วมมือดีโดยการประชุมชาวบ้าน เจ้าหน้าที่ชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ พูดคุยทั่วไปเพื่อสร้างสัมพันธภาพ และนัดประชุมครั้งต่อไป ทำความเข้าใจร่วมกับชุมชน ทำผังชุมชนใหม่ มีการลงชุมชนบ่อยครั้งมากขึ้น เนื่องจากต้องลงชุมชนในโครงการค่ายเบาหวานของพี่ชียุในฝันอยู่แล้ว มีการสัมภาษณ์ สอบถามข้อมูลชุมชนและบุคคลในชุมชน ได้ข้อมูลหลายด้านจากหลาย ๆ คน มาประมวลเป็นโครงสร้างภาพรวมของชุมชน แล้วนำข้อมูลมาสรุปโครงสร้างของชุมชน

ข้อเสนอเพิ่มเติมจากกลุ่ม คือน่าจะมีข้อมูลเชิงลึกในด้านการเมือง เศรษฐกิจ ความขัดแย้ง ความสัมพันธ์ของคนในชุมชน รวมทั้งกลุ่มผู้นำที่ไม่เป็นทางการ เช่นครอบครัวที่มีฐานะดี มีอิทธิพลต่อชุมชนโดยไม่มีตำแหน่งใดๆ หรือคนที่ให้ความร่วมมือในการทำงานสาธารณะของชุมชนดี หรือพระ ผู้นำทางศาสนา อย่างไรก็ตามพบว่ากลุ่มที่มีบทบาทในการขับเคลื่อนชุมชนมากคือกลุ่ม อสม.

การนำไปใช้ประโยชน์ ทำให้ได้เห็นความหลากหลายของโครงสร้างองค์กรในชุมชน ข้อมูลนี้จะทำให้สามารถประสานงานคนได้ถูกต้องตามกิจกรรมที่เราต้องการ ซึ่งจะนำไปสู่การวางแผนการทำงานในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อจำกัด ยานพาหนะไม่เพียงพอ ชุมชนบางชุมชนในเขตเมือง ต้องออกไปประกอบอาชีพ ไม่สอดคล้องกับเวลาที่ทีมงานลงชุมชน จึงพบว่าบางครั้งไปแล้วไม่พบใคร แต่เจ้าหน้าที่ก็มีข้อจำกัดที่จะลงชุมชนได้เฉพาะช่วงบ่าย เพราะตอนเช้าต้องให้บริการในคลินิก

1.5 ที่พึ่งทางสุขภาพในชุมชน

เป้าหมายเพื่อให้เห็นระบบการดูแลสุขภาพที่หลากหลายในชุมชน เข้าใจทางเลือกในการรักษาที่มีอยู่ในชุมชน และความเชื่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการ การศึกษาข้อมูลส่วนนี้ดำเนินการพร้อมกันกับการศึกษาเครื่องมืออื่นๆ โดยใช้แบบฟอร์มการลงข้อมูลเพิ่มเติมจากงานแพทย์แผนไทย สัมภาษณ์ในกลุ่มอสม. ผู้นำชุมชน ผู้เฒ่าผู้แก่

ข้อมูลที่ได้พบว่าในเขตเมืองระบบการให้บริการเรื่องการเจ็บป่วยเริ่มต้นจากการดูแลตนเอง ไปซื้อยาที่ร้านขายยา ถ้าไม่หายก็จะไปพบแพทย์ที่คลินิก ถ้าไม่หายจริงๆจึงจะไปที่โรงพยาบาล ประเด็นที่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจคือ ความเชื่อมั่นในผู้ให้บริการ ปัญหาส่วนใหญ่อยู่ที่ระยะเวลาการรอคอยแพทย์จนถึงรับยาค่อนข้างยาวนาน ความไม่

สะดวกในการเดินทาง ผู้รับบริการยังมีความเชื่อว่าบัตร 30 บาทจะได้รับยาที่ไม่ดี ไม่มีคุณภาพ กินแล้วจะไม่หายได้ยา น้อยบางครั้งมารับบริการก็ได้รับคำพูดที่ไม่ดีคำพูดเหน็บแนม เจ้าหน้าที่พูดไม่เพราะ บางครั้งบอกให้คนไข้กลับบ้าน โดยที่ยังไม่ได้รับการตรวจรักษา ถ้าไปคลินิกจะได้รับการเอาใจใส่มากกว่าที่โรงพยาบาลทั้งที่เป็นแพทย์คนเดียวกัน

การแพทย์พื้นบ้านในชุมชนยังมีอยู่ในบางชุมชน ส่วนใหญ่จะเป็นการวางแผนโบราณ เช่น ในชุมชน เศรษฐกิจพัฒนา มีชมรมวางแผนโบราณ ซึ่งมีชาวบ้านที่ผ่านการอบรมการวางแผนโบราณระยะสั้นมาบริการ หมอ แผนโบราณ อื่นๆ เช่น หมอเป่ากรณี่เด็กร้องไม่หยุด เด็กแขนเคล็ด เด็กแขนเจ็บ แต่เด็กที่สงสัยว่าแขนหักจะมา โรงพยาบาลเลย เป่าตา คางทูม ซึ่งส่วนใหญ่จะอยู่นอกเขตเทศบาล ถ้าอาการไม่ดีขึ้นจึงจะมาพบแพทย์ที่ โรงพยาบาล

เขตชนบทจะมีเพิ่มเติมคือมีหมอสูตร หมอธรรม ทำบายศรีสู่ขวัญ เพื่อเป็นกำลังใจ คิดเฉพาะค่ายกรู มี บางกรณีที่ใช้ทั้งการแพทย์แผนโบราณคู่กับการแพทย์แผนปัจจุบัน เช่น โดนไฟไหม้ ไฟลวก ูกัด จะเป่าเพื่อไล่ ความร้อนออก ร่วมกับการกินยาของโรงพยาบาล แต่บางกรณีจะเลือกแต่แผนโบราณเช่นป่วยเป็นโรคหัวใจ สมนไพรยังมีใช้ในบางชุมชน เช่นน้ำมันเลียงผา ทาแผลแก้ฟกช้ำ เคล็ดขัดยอก ในเขต PCU แห่งหนึ่งมีความ เชื่อเรื่องโยเร หรือการใช้แสงจากฝ่ามือลดความเจ็บป่วย และความทุกข์จากร่างกาย เป็นการให้ support ทางจิตใจ

การนำไปใช้ประโยชน์

ทำให้ได้เรียนรู้การแพทย์แผนโบราณ เข้าใจวิถีชีวิตชาวบ้าน การตัดสินใจของชาวบ้าน เพื่อให้คำแนะนำ ที่เหมาะสมโดยไม่ดูถูกภูมิปัญญาชาวบ้าน และรู้ถึงความรู้สึกของชาวบ้านที่มีต่อการบริการของโรงพยาบาล เพื่อนำมา ปรับปรุง

1.6 ประวัติศาสตร์ชุมชน เป้าหมายเพื่อให้เข้าใจความเป็นมา และความเคลื่อนไหวในภาพรวมของ ชุมชน ทำการศึกษาใน 10 หมู่บ้าน โดยการสัมภาษณ์ผู้เฒ่าผู้แก่ และผู้นำในชุมชน ได้รับความร่วมมืออย่างดี ส่วนน้อยที่มีปัญหาในการเก็บข้อมูล ถ้าต้องการข้อมูลเพิ่มเติมก็จะฝากอสม. หรือฝากให้ผู้เฒ่าช่วยลงข้อมูลให้ต่อ ข้อจำกัดก็คือผู้ให้ข้อมูลถ้าเป็นผู้นำชุมชนก็จะให้ข้อมูลได้เฉพาะที่เป็นปัจจุบัน ข้อมูลประวัติศาสตร์ต้องถามผู้สูงอายุ แต่ถ้าเป็นผู้เฒ่า ผู้แก่ก็จะหลงลืม บางครั้งข้อมูลไม่ตรงกัน ควรมีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้วย

ผู้ศึกษาได้จัดทำแบบฟอร์มสำหรับเป็นแนวคำถามให้ครอบคลุมทั้งส่วนประวัติศาสตร์สังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ การเมือง และประวัติศาสตร์สาธารณสุข ข้อมูลที่ได้ส่วนใหญ่จะเป็นด้านสังคมวัฒนธรรมและ การเมืองมากกว่า

การนำไปใช้ประโยชน์ ทำให้ได้รู้วิถีชีวิตชุมชน เห็นความเคลื่อนไหวของชุมชน เห็นการพัฒนาและแนวทางการพัฒนาของชุมชนของแต่ละพื้นที่ เห็นความก้าวหน้าของระบบสาธารณสุข จากแผนโบราณมาเป็นอนามัย มาเป็นคลินิก และโรงพยาบาล ความเชื่อทางไสยศาสตร์ของชุมชน ความเชื่อเรื่องผีปอบ ความดีความชั่ว การเปลี่ยนแปลงทางระบบเศรษฐกิจ จากสังคมเกษตรกรรม กลไกกรรม มาเป็นการค้าขาย รับจ้าง การทำธุรกิจในครัวเรือน OTOP เช่นกลุ่มทอผ้า ทำหมวยอ แปรรูปอาหาร การมีเครื่องอำนวยความสะดวกในชีวิตประจำวันมากขึ้น

1.7 ปฏิทินชุมชน เป้าหมายเพื่อสร้างความเข้าใจวิถีชีวิตของชุมชน ได้ข้อมูลจากการสอบถามผู้นำ ชุมชน ชาวบ้าน ผู้มีบทบาทในชุมชน ข้อมูลนี้ทำให้เห็นความแตกต่างของเขตเมืองกับชนบท ในสังคมชนบทปฏิทิน ทางเศรษฐกิจส่วนมากจะมีอาชีพทางด้านเกษตรกรรม รับจ้างมากกว่าอาชีพอื่น ในขณะที่สังคมเมือง จะมีเฉพาะ การค้าขาย รับจ้าง รับราชการ การเกษตรกรรมค่อนข้างน้อย

การนำไปใช้ประโยชน์ โดยการนำข้อมูลมาวางแผนการดำเนินงานทั้งเชิงรับ เชิงรุกในชุมชน สามารถจัดตารางการทำงานให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชาวบ้านมากขึ้น

5.2 ผลการดำเนินงาน

5.2.1 สรุปบทเรียน

เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เห็นว่า 7 เครื่องมือในการดูแลชุมชนเป็นเครื่องมือที่ทำให้เรียนรู้ชุมชนได้ดีขึ้น ทำให้การทำงานมีเป้าหมายที่ชัดเจน แม้ช่วงแรกจะขัดแย้งกับตัวเอง คือเดิมคิดว่าสามารถสร้างความสัมพันธ์กับชาวบ้านได้โดยไม่ต้องใช้เครื่องมือใดๆ เมื่อรับนโยบายนี้ ตอนแรกก็จำเป็นต้องทำเพื่อรองรับการประกวด แต่หลังจากทำแล้วก็เห็นว่าเป็นผลดีในเรื่องการพัฒนาตนเองและเป็นส่วนได้ร่วมเรียนรู้กับชุมชน อสม.และชาวบ้านด้วย

การทำ 7 เครื่องมือในการดูแลชุมชนทำให้ได้เข้าใจเนื้อหาและแนวทางการนำไปใช้ และเห็นว่าเครื่องมือทั้งหมดมีความเชื่อมโยงกันและเอื้อกัน สามารถทำความเข้าใจกันได้แต่ต้องอาศัยเวลา ค่อยๆ เก็บและเติมข้อมูล มีประโยชน์ทุกตัว แต่มีความกว้างแคบของการใช้แตกต่างกัน ทีมงานมีความเห็นตรงกันว่า แผนที่เดินดินมีความสำคัญมากที่สุด มีความกว้างของการนำมาใช้ประโยชน์ เห็นภาพชุมชนทั้งหมด เจาะลึกได้ทุกครัวเรือน ผังเครือญาติรองลงมา สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการให้บริการบุคคล ครอบครัวย ระบบสุขภาพชุมชน โครงสร้างองค์กรชุมชน ปฏิทินชุมชนสามารถใช้ได้ในวงกว้างแต่การนำมาใช้ประโยชน์อาจยังไม่ครบถ้วน สมบูรณ์ ส่วนประวัติชีวิตเป็นการทำให้เข้าใจบุคคลในเชิงลึก

บุคลากร การทำโครงการนี้ทำให้ได้ลงสัมผัสผู้ป่วย และชุมชนมากขึ้น ได้เข้าใจและ เรียนรู้ชุมชน เห็นวิถีชีวิตของบุคคล ทำให้มีการปรับเปลี่ยนวิธีคิด มองผู้ป่วยด้วยมุมมองความเป็นมนุษย์มากขึ้น “ทำให้มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ มีความละเอียดอ่อน เข้าใจผู้อื่น” มองเห็นว่าชุมชนมีศักยภาพ เราสามารถเรียนรู้จากเขาได้ ทำให้มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย กับชุมชน ที่ไม่ใช่ในบทบาทของผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ แต่เป็นเหมือนญาติพี่น้องที่ต้องช่วยเหลือดูแลกัน สามารถให้บริการแบบเป็นองค์กรร่วมได้ดีขึ้น รู้สึกถึงคุณค่าของตนเอง รู้สึกถึงคุณค่าของการให้บริการปฐมภูมิ มีความภูมิใจในการทำงาน มีความรู้สึกอยากทำงานกับชุมชนมากขึ้น และมีความมั่นใจว่าสามารถทำงานกับชุมชนได้ดีมากขึ้นกว่าเดิม ทำงานสนุก สามารถบูรณาการกับงานอื่นๆ ได้เพื่อน ได้มิตร

ชุมชน ได้ความรู้เพิ่มเติมเป็นการกระตุ้นให้ผู้นำตระหนักถึงปัญหาสุขภาพในชุมชนของตนเองมากขึ้น เป็นการเสริมสร้างศักยภาพ และความมั่นใจให้กับชุมชน และผู้นำในชุมชน โดยเฉพาะ อสม. กลุ่มผู้ด้อยโอกาส ส่วนหนึ่งได้รับโอกาสที่ดีขึ้นเช่นได้รับการค้นพบ(case finding) ได้รับการรักษา การดูแลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กลุ่มเสี่ยงตระหนักรู้ในเรื่องสุขภาพของตนเองมากขึ้น ผู้ป่วยในชุมชน(focused case) ได้รับการดูแลที่เป็นองค์กรร่วมมากขึ้น พบว่าความพึงพอใจต่อการให้บริการมากขึ้นแต่ยังต้องมีการติดตามผลในระยะยาวต่อไป

5.2.2 บทเรียนเรื่องเครือข่าย

1) เครือข่าย เกิดจากการรวมตัวกันของทีมงานเคยร่วมงานกันในโครงการ PCU ในฝันของจังหวัดอำนาจเจริญ โดยมีพี่เลี้ยงเดิมคือแพทย์หญิงศิริลักษณ์ นิยกิจ หัวหน้างานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลอำนาจเจริญ ในขณะนั้น

บทบาทของเครือข่าย แบ่งงานให้แต่ละ PCU รับผิดชอบไปศึกษาแต่ละเครื่องมือ ตอนแรกแบ่งกันแล้วให้สลับหมุนเวียนกัน ต่อมาจึงกำหนดให้ PCU แต่ละแห่งทำบางเครื่องมือตามความถนัด และให้เหมาะสมกับภาระงาน โดยทุกคนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ แล้วหลังจากนั้นนำมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการทำงานจริงในพื้นที่ โดยทุกคนร่วมเป็นครูและมีพี่เลี้ยงเป็นผู้ให้วิชาการ ทุกคนร่วมกันทำงานและร่วมแลกเปลี่ยน มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการนำเสนอชัดเจน เนื้อหาส่วนใหญ่เป็นการแลกเปลี่ยนวิธีการในการเข้าไปในชุมชน การทำเครื่องมือ 7 อย่าง ปัญหาที่พบจริง มีการร่วมกันเสนอแนะวิธีการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ร่วมกัน

2) เวทีแลกเปลี่ยน ทำให้ได้มิตร ได้กำลังใจ มีการปรับเปลี่ยนกรอบแนวคิดและวิธีการทำงาน การคิดนอกกรอบ มีความสามัคคี และมีความกระตือรือร้นในการทำงานใน PCU มีความรู้สึกร่วมของการเป็นเจ้าของโครงการ

3) ระบบเครือข่าย ช่วยให้เกิดการพัฒนาคือเมื่อเกิดการเรียนรู้ ซึ่งเป็นการเรียนรู้จากตนเอง จากการทำงานของคนอื่น หรือ PCU อื่น มีการเชื่อมโยงต่อยอดความรู้ที่ได้ นำมาพัฒนาคุณภาพ บริการของ PCU ของตนเอง

4) กลุ่มมีแผนการขยายเครือข่าย โดยจะขยายในส่วน CUP เมืองก่อน โดยได้มีการนำเสนอผลการดำเนินการ ประสบการณ์ และสิ่งดีๆที่ได้ในเวทีระดับจังหวัด ในเดือนกันยายน 2549 ได้รับความสนใจจากศูนย์สุขภาพชุมชนในจังหวัดอำนาจเจริญ และส่วนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญมีแผนที่จะนำเรื่องเครื่อง 7 ชิ้นในการดูแลชุมชนเข้าไปผนวกเป็นตัวประเมินคุณภาพการบูรณาการของศูนย์สุขภาพชุมชนในปีต่อไป
“ขยายความสุขไปให้เพื่อน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ขยายเครือข่ายแบบยั่งยืน พัฒนาแบบยั่งยืน”

5.2.3 บทบาทพี่เลี้ยง

พี่เลี้ยงเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และเป็นหัวหน้างานเวชกรรมสังคม และเป็นผู้สนับสนุนให้ทำโครงการ PCU ในผืนในพื้นที่ พร้อมทั้งเป็นพี่เลี้ยง เป็นที่ปรึกษาในการดำเนินโครงการด้วย ด้วยบุคลิกภาพที่อ่อนโยน ใจกว้าง รับฟังความคิดเห็นผู้อื่น ทำให้ทีมงานรู้สึกวางใจ สบายใจที่จะทำงานด้วย

บทบาทของพี่เลี้ยง ตั้งแต่การร่วมคัดเลือกทีม ร่วมคัดเลือกประเด็นที่จะนำมาศึกษาเรียนรู้ ทำการปฏิบัติในช่วงแรก ในช่วงหลังจะลงพื้นที่เป็นบางครั้ง ซึ่งจะเป็นการกระตุ้นคนทำงานไปในตัว เป็นวิทยากรให้ความรู้ เป็นผู้จัดการให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ เป็นที่ปรึกษาเมื่อมีข้อติดขัด

บทเรียนการดำเนินงาน

1. สรุปผลการดำเนินงาน

โครงการวิจัยและพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ ภาคอีสาน มีคำถามสำคัญอยู่สองประเด็น ประเด็นแรกเครือข่ายพัฒนาและเรียนรู้จะสร้างได้หรือไม่ สร้างอย่างไร และประเด็นที่สอง เครือข่ายทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพได้หรือไม่ อย่างไร เนื้อหาในส่วนนี้จะเป็นการตอบคำถามข้างต้น จากบทเรียนของเครือข่ายภาคอีสาน รวมทั้งเงื่อนไขปัจจัยของความสำเร็จ หรือความล้มเหลว และข้อเสนอแนะ

จากชุดประสบการณ์ของเครือข่ายภาคอีสาน อาจสรุปได้ว่ากลุ่มภาคอีสานได้ใช้วิธีการทำโครงการเป็นตัวแทนเรื่อง (project-based approach) ไม่ว่าจะเป็นโครงการวิจัย หรือโครงการพัฒนา ผลที่เกิดจากการได้เข้ามาร่วมโครงการ คือทุกคนได้เรียนรู้ เป็นการเรียนรู้ที่เกิดจากการได้ลงมือปฏิบัติเพื่อหาคำตอบต่อปัญหาที่กลุ่มตั้งขึ้น โดยการทำงานร่วมกับเพื่อน พี่เลี้ยง ผู้รับบริการ และชุมชน แล้วแต่ว่าปัญหานั้นจะเกี่ยวข้องถึงใคร และกลุ่มเป้าหมายนั้นพร้อมจะเข้ามาร่วมงานหรือไม่

ข้อดีของการใช้โครงการเป็นตัวแทนเรื่อง มีหลายประการ

ประการแรก เจ้าหน้าที่ มีความรู้สึกเป็นเจ้าของโครงการ ได้คิดเองหาคำตอบเอง ได้ทำงานโดยไม่ถูกสั่งการเมื่อเป็นเรื่องที่คิดเอง อยากรู้เองก็จะมุ่งมั่นที่จะหาคำตอบ ต้องรับผิดชอบ และเมื่อทำไปแล้วก็เฝ้าคอยดูว่าผลจะออกมาอย่างไร ถ้าเป็นความสำเร็จก็มีความภูมิใจ สนุก ถ้าไม่ได้ผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ก็ต้องกลับมาทบทวนพิจารณากันใหม่ว่าจะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร ผลก็คือทำให้เกิดการเรียนรู้ เกิดการทำงานเป็นทีม ความเป็นเครือข่ายกลุ่มบอกว่างานนี้เป็นงาน “ยาใจ” ซึ่งตรงกันข้ามกับงานประจำที่ทำอยู่ ซึ่งมีลักษณะเป็นงาน “ยาไส้”

ประการที่สอง การที่โครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้การทำวิจัยเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ของการพัฒนาคุณภาพ แต่ในขณะเดียวกันการทำวิจัยก็เป็นทักษะที่เจ้าหน้าที่ไม่คุ้นเคย และเป็นเรื่องที่ยากเรียนรู้ จึงเป็นการกระตุ้นความสนใจใคร่รู้ การทำโครงการจึงสามารถตอบสนองความต้องการของเจ้าหน้าที่ได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้การทำให้โครงการในลักษณะนี้เป็นการทำเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในสภาพจริง ทำให้ได้ทดลองแก้ปัญหาที่

เกิดขึ้นจริง ถ้าแก้ไขได้สำเร็จ ปัญหาได้รับการแก้ไข ก็จะเกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการ เมื่อผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ ก็จะเป็นการสร้างผลงาน สร้างการยอมรับในตัวเจ้าหน้าที่จึงเป็นการพัฒนาคุณภาพไปโดยอัตโนมัติ แต่ถึงแม้การแก้ไขปัญหาจะไม่ประสบความสำเร็จ ทุกฝ่ายที่เข้ามามีส่วนร่วมก็จะได้เรียนรู้ ผ่านการทำงานร่วมกัน (interactive learning through action) นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ยังได้ผลงานวิชาการด้วย นับว่าเป็นการได้ประโยชน์กับทุกฝ่าย (win-win situation)

ประการที่สาม การทำงานแบบเป็นเครือข่ายมีส่วนช่วยในเรื่องของการเรียนรู้ทุกระดับ และเป็นประโยชน์ทั้งในระดับแนวราบและแนวดิ่ง ผู้เข้าร่วมโครงการบอกว่า การทำงานในโครงการนี้แตกต่างจากโครงการ PCU ในผืนตรงที่เวลาทำโครงการ PCU ในผืนจะทำคนเดียว ต่างคนต่างทำ แต่การทำโครงการนี้จะมีเพื่อน มีพี่เลี้ยง ทำให้ได้ปรึกษากัน ได้แก้ปัญหาร่วมกัน ยิ่งกว่านั้นการมีเวทีก็ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ระหว่างเครือข่ายด้วย มีการเรียนรู้ระหว่างพี่เลี้ยงกับพี่เลี้ยง และระหว่างกลุ่มผู้ปฏิบัติด้วยกัน

ประการที่สี่ เป็นการทำงานโดยอิงโครงสร้างเครือข่ายเดิมที่มีอยู่ในระบบเดิม จากประสบการณ์ของเครือข่ายภาคอีสาน พบว่าเครือข่ายตามโครงสร้างเดิมดีอยู่แล้ว และสามารถพัฒนาต่อไปเป็นเครือข่ายที่เข้มแข็งได้ โดยปกติเจ้าหน้าที่ใน CUP เดียวกัน หรือในจังหวัดเดียวกันซึ่งมักจะมี ความคุ้นเคยกัน ต้องทำงานร่วมกัน และมีการช่วยเหลือกันเป็นทุนเดิม อีกทั้งยังมีความเข้าใจในบริบทและปัญหาร่วมกันอยู่แล้ว โครงการนี้จึงสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง และสามารถช่วยพัฒนาความเข้มแข็งของเครือข่ายที่มีอยู่ให้เข้มแข็งต่อไปได้อีก

ประการที่ห้า การทำงานในลักษณะนี้ไม่ได้แยกจากงานประจำ ในทางตรงกันข้ามอาจจะผนวกกับงานประจำ หรือทำให้ผสมผสานกลมกลืนกับงานประจำ เช่นใช้แก้ปัญหาหรือพัฒนางานประจำที่ทำอยู่ เมื่อไม่ได้เป็นการเพิ่มงานก็จะช่วยลดความกังวลของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานไปได้

2. ผลของโครงการ

2.1 การเรียนรู้ของเครือข่าย

ทีมภาคอีสานเห็นว่าการทำงานเครือข่ายมีประโยชน์ และส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพของการให้บริการได้ ข้อดีของการทำงานเป็นเครือข่าย นอกจากจะทำให้ได้ความรู้สึกเกี่ยวกับเนื้อหาของเรื่องที่ทำแล้วยังก่อให้เกิดผลดีอีกหลายอย่างได้แก่ ทำให้ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ได้เรียนรู้ และทำให้ตระหนักว่าตนเองจะต้องพัฒนาเรื่องความรู้ ได้เห็นตัวอย่างดี ๆ จากเพื่อนที่จะนำไปประยุกต์ใช้ ไปปรับปรุงงานของตนเอง ทำให้เกิดความสามัคคีในการทำงาน ได้ปรึกษาหารือกัน ได้รับข้อเสนอแนะจากพี่เลี้ยง และจากเพื่อนๆ ทำให้รู้สึกว่ามีเพื่อนร่วมทางไม่โดดเดี่ยว และงานลักษณะนี้สามารถผนวกเข้าไปกับงานประจำได้ ขณะที่ทำงานนี้ก็ได้อ่านอื่นด้วย ที่สำคัญที่สุดคือชุดประสบการณ์นี้เป็นการพัฒนาคน ทำให้ปรับเปลี่ยนวิธีคิด วิธีมองปัญหา มุมมองต่อผู้รับบริการ ต่อชุมชน ได้รับรู้ปัญหาที่แท้จริงของเขาทำให้เห็นใจและเข้าใจเขามากขึ้น ทำให้ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ กับชุมชนดีขึ้น มองว่าทุกคนมีศักยภาพ มีศักดิ์ศรี รู้สึกว่าเราสามารถเรียนรู้ได้จากทุกคน มีความภูมิใจในการทำงาน มีความสุขและรู้สึกสนุกในการทำงาน อยากพัฒนางานที่ทำอยู่ เมื่อก่อนทำงานตามเป้า แต่ตอนนี้ทำเพราะอยากทำ เพราะเป็นเป้าของเรา และอยากให้เพื่อนคนอื่นมีโอกาสนี้นี้บ้าง

2.2 การเรียนรู้ของพี่เลี้ยง

พี่เลี้ยงของเครือข่ายต่างๆ จะทำบทบาทแตกต่างกันไป ตั้งแต่เป็นผู้สนับสนุน เอื้อโอกาสให้มีเวทีแลกเปลี่ยน พาทำ นำประชุม เป็นครูตรวจงาน อย่างไรก็ตามพี่เลี้ยงยอมรับว่าได้เรียนรู้จากการแลกเปลี่ยน ได้เห็นนวัตกรรมใหม่ๆ ได้ปรับใช้ความรู้ในการทำงานร่วมกัน ได้ปรับแนวคิดในการทำงาน ได้แนวทางในการทำงานเพื่อพัฒนาศักยภาพของทีมทำงาน แนวทางในการสร้างสัมพันธภาพทั้งในระดับบุคคล องค์กร ทีม เครือข่าย ได้เห็นกระบวนการเรียนรู้ของทีม เกิดความภาคภูมิใจในการทำงาน ขึ้นชมความสามารถของทีม

2.3 ผลที่เกิดกับชุมชน

ชุมชนมีความตื่นตัว ผู้นำชุมชนเห็นความสำคัญกับปัญหาสุขภาพของคนในพื้นที่มากขึ้น อสม. มีความมั่นใจเพิ่มขึ้น อบต.เข้าร่วมกิจกรรม ชาวบ้านตื่นตัว เรียกร้องให้ไปเยี่ยมบ้านของตนด้วย บางคนขอสมัครเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ป่วยได้มีเวลาพูดคุย ซักถาม ดีใจที่มีเจ้าหน้าที่ลงไปเยี่ยม ทำให้ได้แนวร่วมมากขึ้น ได้ความเป็นมิตร ชุมชนให้ความไว้วางใจ ให้การยอมรับเจ้าหน้าที่มากขึ้น ได้ความร่วมมือจากชุมชน สัมพันธภาพระหว่างเจ้าหน้าที่กับชุมชนดีขึ้น

3. ปัญหาอุปสรรค

ปัญหาของเครือข่ายส่วนใหญ่เกิดจากการมีภาระงานประจำมาก ทำให้หาเวลาไปเยี่ยมบ้านยาก หาเวลาประชุมกันยาก บางจังหวัดผู้บริหารไม่สนับสนุน

4. เงื่อนไขความสำเร็จ

การสร้างเครือข่ายที่มีอสม.เป็นเครือข่ายตามโครงสร้างที่มีอยู่เดิม ถ้าเป็นระดับอำเภอ แกนหลักจะเป็น CUP หรือทีม คปสอ. ถ้าเป็นระดับจังหวัด พี่เลี้ยงในระดับจังหวัดก็มีความสำคัญมาก จะเห็นว่าโครงสร้างเดิมเอื้อให้เกิดการทำงานแบบเป็นเครือข่าย และเอื้อต่อการพัฒนาเครือข่ายอยู่แล้ว เงื่อนไขที่สำคัญคือพี่เลี้ยง และสัมพันธภาพของคนในเครือข่าย

เครือข่ายในระดับอำเภอ โดยปกติ CUP จะทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงอยู่แล้ว จากตัวอย่างเครือข่ายอำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ มีสัมพันธภาพที่ดีมาก ทำงานด้วยกันมาตลอด เมื่อมาฟังโครงการครั้งแรก เจ้าหน้าที่ไม่ยอมตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมโครงการหรือไม่ หรือจะทำเรื่องอะไรจนกว่าจะได้ไปคุยกับพี่เลี้ยงและทีมก่อน เครือข่ายจังหวัดศรีสะเกษ ระบุว่าขอให้CUPเป็นพี่เลี้ยง เพราะโดยปกติการทำงานCUPจะเป็นพี่เลี้ยงอยู่แล้ว เป็นที่ปรึกษา เป็นที่ดูงาน พี่เลี้ยงจังหวัดอำนาจเจริญ เป็นที่ปรึกษา และเอื้อให้เกิดเวทีแลกเปลี่ยน เมื่อได้รับข้อเสนอแนะว่างานไปไม่ถึงเป้าหมาย ก็เร่งพบกันทั้งสองสัปดาห์ จนประสบความสำเร็จในที่สุด

พี่เลี้ยงในระดับจังหวัดจะมีส่วนช่วยเสริมความเข้มแข็งของเครือข่ายในระดับ CUP ไม่ว่าจะเป็นการให้การสนับสนุน การให้คำแนะนำปรึกษา เอื้อโอกาสให้ได้ทำงานเต็มที่ เปิดโอกาสให้เครือข่ายได้มีโอกาสนำเสนอผลงานให้เป็นที่ประจักษ์ แม้ในบางจังหวัดจะประสบปัญหาที่ผู้บริหารระดับสูงไม่ให้การสนับสนุน แต่ถ้าพี่เลี้ยงในระดับ CUP เอาจริงก็สามารถทำงานให้ลุล่วงไปได้ ยกเว้นบางจังหวัดที่ทำเครือข่ายในระดับจังหวัด คือจังหวัดหนองบัวลำภู พี่เลี้ยงในระดับจังหวัดก็จะเป็นตัวหลักในการทำงานเครือข่าย ซึ่งมีผลงานโดดเด่น เพราะมีทักษะในการเป็น facilitator สามารถเอื้อโอกาสและกระตุ้นการเรียนรู้ของเครือข่ายได้ดีมาก

การทำงานเป็นเครือข่ายทั้งในระดับ CUP ระดับจังหวัด ระดับภาค มีประโยชน์มาก เจ้าหน้าที่ได้เรียนรู้ซึ่งกันและกัน พี่เลี้ยงเองก็ได้ประโยชน์ จากการเป็นพี่เลี้ยง ได้มีโอกาสพูดคุย ปรึกษา และเรียนรู้ซึ่งกันและกัน พี่เลี้ยงหลายคนบอกว่า “อยากเรียนรู้กับพี่ปรีดา”

เนื่องจากทั้ง 5 เครือข่ายที่เลือกมาเป็นเครือข่ายที่มีความสัมพันธ์ที่ดีอยู่แล้ว จึงทำให้โครงการประสบความสำเร็จ อาจจะสรุปได้ว่าเงื่อนไขสำคัญของความสำเร็จของเครือข่ายคือ สัมพันธภาพที่ดีของคนในเครือข่าย ประกอบกับการได้มีโอกาสทำกิจกรรมร่วมกันและการมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่โครงการนี้มีส่วนสนับสนุน ตลอดจนมีนักวิชาการภายนอกเข้าไปร่วมแลกเปลี่ยนในมุมมองที่แตกต่าง

ตอนที่ 2

การพัฒนาศักยภาพของพี่เลี้ยง/แกนนำ ในการสนับสนุนการพัฒนาและการเรียนรู้

หน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นหน่วยบริการสุขภาพ ที่จัดบริการสุขภาพซึ่งมีลักษณะเป็นบริการ “ใกล้ชิดใกล้บ้าน” ด้วยการประยุกต์หลักการจัดบริการแบบ “องค์รวม” (Holistic view, Holistic mind, Holistic approach) เป็นกรอบแนวทางในการกำหนดเป้าหมาย ขอบเขต หน้าที่และความรับผิดชอบ ในการดำเนินงานของหน่วยบริการ ส่งผลให้บริการสุขภาพเป็นบริการที่ประชาชนเข้าถึงได้สะดวก เน้นการดูแลประชาชนอย่างต่อเนื่อง ภายใต้กระบวนการดำเนินงานด้วยการมีส่วนร่วมของประชาชน ดังนั้นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำเป็นต้องมีคุณลักษณะและศักยภาพในทางที่เอื้อต่อการขับเคลื่อนบริการที่สอดคล้องกับหลักการของบริการที่กล่าวในซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ด้านประกอบด้วย

1. ความสามารถในการจัดบริการดูแลรักษาโรคและความเจ็บป่วยไม่สบายสำหรับบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้เป็นบริการที่มีคุณลักษณะเป็นบริการองค์รวม ต่อเนื่อง และผสมผสาน รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพบริการให้เป็นที่เชื่อมั่นและยอมรับ(Trust) ของประชาชนในชุมชนได้

2. ความสามารถในการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของกลุ่มประชากรเฉพาะ ตามลักษณะและความต้องการของประชากรกลุ่มเฉพาะรูปแบบต่างๆ อาทิ บริการสำหรับประชากรตามกลุ่มอายุ บริการสำหรับผู้ด้อยโอกาสต่างในชุมชน บริการสำหรับกลุ่มประชากรที่มีปัญหาเฉพาะ กลุ่มผู้ติดยาเสพติด เป็นต้น

3. ความสามารถในการดำเนินงานเพื่อการพัฒนาและเสริมศักยภาพของ ประชาชน องค์กรชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพ ด้วยการกระตุ้น ส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาศักยภาพของประชาชน องค์กรชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการและการดูแลสุขภาพ

ทั้งนี้คุณลักษณะและศักยภาพทั้ง 3 ด้านดังกล่าวข้างต้น บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาและสนับสนุนจาก “ผู้สนับสนุนการพัฒนา (พี่เลี้ยง/แกนนำ)” ที่มีศักยภาพ ทั้งในด้านการนำพัฒนาและการสนับสนุนการเรียนรู้ โดยผู้สนับสนุนการพัฒนาและการเรียนรู้ ดังกล่าวจำเป็นต้องมีการพัฒนาทักษะที่สำคัญ 3 ส่วนประกอบด้วย

1. ทักษะและความสามารถในการประเมินศักยภาพของผู้ปฏิบัติงาน ในการเรียนรู้และการพัฒนา รวมทั้งการกำหนดแนวทางการพัฒนาบุคลากร ทั้งนี้พี่เลี้ยงที่ได้รับการพัฒนาควรจะมีลักษณะเข้าใจทุนการพัฒนาและการเรียนรู้ของเครือข่ายเป็นอย่างดี (อ่านออก-บอกได้-ใช้เป็น-เห็นแจ้ง) รวมทั้งมีทักษะและความสามารถในการชวนคุย ชวนคิด และช่วยพัฒนา
2. ทักษะและความสามารถเกี่ยวกับการจัดการความรู้ ซึ่งเป็นทักษะสำคัญของผู้สนับสนุนการพัฒนาและการเรียนรู้ ในการจะแปลประสบการณ์ บทเรียน ที่ได้จากการทำงาน เป็นความรู้และการเรียนรู้ จะทำให้การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของพื้นที่เป็นการดำเนินงานบนฐานความรู้และการเรียนรู้อย่างแท้จริง
3. ทักษะและความสามารถในการกระตุ้นและสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนา (Transformative Coacher) รวมทั้งความสามารถในการทำกับและติดตามผลการพัฒนาตามแนวทางการประเมินการประเมินเพื่อสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment Evaluation)

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนา“ผู้สนับสนุนการพัฒนา (พี่เลี้ยง/แกนนำ)” ให้มีสมรรถนะในด้าน

1. การสนับสนุนการเรียนรู้และการพัฒนา ในเครือข่ายการเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย
 - สมรรถนะในการเข้าถึงข้อมูลข้อเท็จจริง เพื่อวิเคราะห์ส่วนขาดและค้นหาความต้องการการพัฒนา (Need for training assessment) ของเครือข่าย
 - สมรรถนะในกระตุ้นและสนับสนุนการเรียนรู้และการพัฒนา (Transformative Coach)
 - สมรรถนะในการกำกับ ติดตามผลการพัฒนาตามแนวทางการประเมินเพื่อสร้างเสริมพลังอำนาจ
2. สมรรถนะเกี่ยวกับการจัดการและการพัฒนาองค์ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการสังเคราะห์องค์ความรู้ให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาบริการสุขภาพระดับพื้นที่ พี่เลี้ยงและนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งชุมชนและท้องถิ่น เพื่อร่วมกันถอดบทเรียนการทำงานพัฒนาบริการสุขภาพในพื้นที่ตามโครงการที่ได้ดำเนินการผ่านมา

กลุ่มเป้าหมาย

พี่เลี้ยง/แกนนำที่ทำหน้าที่สนับสนุนการพัฒนาและการเรียนรู้ในโครงการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่

ส่วนที่ 1 แนวคิดและการออกแบบกระบวนการฝึกอบรม

เพื่อพัฒนาสมรรถนะในการประเมินความต้องการการพัฒนาและการเข้าถึงข้อมูล

เพื่อการสนับสนุนการพัฒนาและการเรียนรู้

การเตรียมความพร้อมสำหรับพี่เลี้ยง/แกนนำ เพื่อทำหน้าที่สนับสนุนการเรียนรู้และการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ในเครือข่ายการพัฒนาและการเรียนรู้ เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่เน้นพัฒนาความรู้ และทักษะเบื้องต้นที่จำเป็นต่อการดำเนินงาน (รายละเอียดดังกล่าไว้ในตอนต้น) กระบวนการพัฒนาสมรรถนะของพี่เลี้ยงจึงกำหนดแนวทางการดำเนินงานเป็น 4 ขั้นตอนประกอบด้วย

- ขั้นตอนที่ 1 การฝึกอบรมและพัฒนาเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับหลักการแนวคิดสำคัญของการเข้าถึงข้อมูลข้อเท็จจริง วิธีวิทยา เทคนิคและเครื่องมือ ของการศึกษาเชิงคุณภาพ ด้วยการบรรยาย พร้อมทั้งจัดให้มีการฝึกปฏิบัติ (Lecture & demonstration)
- ขั้นตอนที่ 2 การฝึกปฏิบัติภาคสนาม โดยการเยี่ยมชมสำรวจพื้นที่เพื่อทำการศึกษาสภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของหน่วยบริการตัวอย่าง ทั้งนี้นอกจากจะเป็นการประเมินส่วนขาดการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ โดยอิงตามกรอบแนวทางคุณภาพการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิแล้ว การฝึกปฏิบัติภาคสนามยังช่วยเสริมสร้างความเข้าใจที่ลึกซึ้งถึงสาระสำคัญของงานสร้างเสริมสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิควบคู่ไปด้วย
- ขั้นตอนที่ 3 การฝึกอบรมเกี่ยวกับการวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของหน่วยบริการตัวอย่าง รวมทั้งการกำหนดประเด็นคุณภาพที่สำคัญเพื่อสะท้อนกลับผลการศึกษาที่สำคัญ และร่วมกันกำหนดกรอบแนวทางพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพต่อไป
- ขั้นตอนที่ 4 เป็นการสังเคราะห์ การสรุปเพื่อพัฒนาข้อเสนอ รวมทั้งสะท้อนผลการศึกษาให้กับและร่วมกัน

พัฒนาแนวทาง แผนงาน ในการยกระดับคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ร่วมกับบุคลากรและผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของหน่วยบริการสุขภาพตัวอย่างในพื้นที่

วิธีการและขั้นตอน

1. สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน คัดเลือกพี่เลี้ยง/แกนนำ ที่มีความเข้าใจทุนการพัฒนาและการเรียนรู้ของเครือข่ายรวมทั้งมีทักษะและความสามารถในการชวนคุย ชวนคิด และช่วยพัฒนา
2. จัดอบรมเนื้อหาความรู้และทักษะเรื่อง การวิจัยเชิงคุณภาพ ให้แก่ทีมพี่เลี้ยง/แกนนำ โดยมีหลักสูตรการอบรมทั้งหมด 4 ครั้งต่อเนื่อง ดังรายละเอียดต่อไปนี้
 - ครั้งที่ 1 อบรมพื้นฐานเบื้องต้นและทำความเข้าใจเกี่ยวกับ 4 เรื่อง หลักๆ คือ
 1. Basic communication
 2. Research problem and research questions
 3. Design the question for data collection
 4. การทำ In-depth interview
 - ครั้งที่ 2 การเก็บข้อมูลภาคสนาม (Fieldwork) เพื่อให้ทีมพี่เลี้ยง/แกนนำมีทักษะและความเข้าใจ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล โดยมี เนื้อหาประกอบด้วย
 1. Design data collection
 2. Sampling design
 3. Develop topic guides for data collection
 4. Field coordination
 5. Data collection
 6. Debrief(discussion, comment ,suggestion) for hypotheses and data collection
 7. Data management and coding for analysis
 - ครั้งที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis) นำข้อมูลที่ได้จากการทำ Fieldwork ครั้งที่ 2 มาทำการวิเคราะห์ตามขั้นตอนคือ
 1. Data coding
 2. Data display
 3. Develop analytic text
 4. Conclusion drawing
 5. Interpretation
 6. Planning for finding dissemination
 - ครั้งที่ 4 การพัฒนาข้อเสนอแนะและแนวทางในการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นการนำข้อมูลที่ได้ทำการวิเคราะห์คืนให้แก่ชุมชน โดยมีขั้นตอนการเตรียมการ ก่อนการนำเสนอ ประกอบด้วย
 1. Review the
 2. Audience analysis
 3. Draft the presentation
 4. PowerPoint: slide preparation
 5. Script for oral presentation
 6. Principle of oral presentation

7. Rehearsal
8. Finding dissemination
9. Strategic development by stakeholders
10. Presentation and discussion
11. Principle of participatory workshop
12. Principle of facilitation

ผลลัพธ์การเรียนรู้และพัฒนา

1. พี่เลี้ยง/แกนนำ มีสมรรถนะเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับการเข้าถึงข้อมูลข้อเท็จจริงเพื่อประมวล วิเคราะห์ ความต้องการ การพัฒนาสำหรับ พี่เลี้ยง/แกนนำ พบว่าอยู่ในระดับที่สามารถเข้าถึงข้อมูลข้อเท็จจริงได้เป็นอย่างดี เนื่องด้วยมีปัจจัยสำคัญคือ การที่พี่เลี้ยง/แกนนำได้เรียนรู้และพัฒนาทักษะเกี่ยวกับวิธีวิทยาของการศึกษาเชิงคุณภาพซึ่งมุ่งเน้นการศึกษาเพื่อสร้างความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่พบภายใต้กระบวนการสอบทวนความสมบูรณ์และถูกต้องของข้อมูล (Triangulation) ตลอดจนการตีความ (Interpretation) หรือการแปลความหมาย (Translation) ปรากฏการณ์ที่พบบนฐานความรู้ความเข้าใจในระบบบริการและกรอบแนวคิดคุณภาพ
2. สมรรถนะในกระตุ้นและสนับสนุนการเรียนรู้และการพัฒนา (Transformative Coacher) พบว่า กลุ่มได้เรียนรู้เงื่อนไขสำคัญในการเป็นผู้สนับสนุนการเรียนรู้และพัฒนาซึ่งมีเงื่อนไขสำคัญอยู่ที่
 - 2.1. การกระตุ้นชี้แนะเป็นกระบวนการ ต้องตั้งอยู่บนฐาน “ความเข้าใจ” และ “เจตนาที่บริสุทธิ์” มีฐานข้อมูล และความรู้ที่ถูกต้องแม่นยำ
 - 2.2. การกระตุ้นชี้แนะที่มีประสิทธิภาพ จำเป็นจะต้องดำเนินการควบคู่ไปกับการบริหารจัดการความสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพด้วยเช่นกัน
 - 2.3. ทักษะการประสานและการจัดการให้เกิดการทำงานเป็นทีม เป็นสิ่งจำเป็นและเป็นเครื่องมือสำคัญสำหรับการพัฒนาและการเรียนรู้ พี่เลี้ยง/แกนนำต้องมีความสามารถในการบริหารจัดการและการจัดสรรงานตามความสามารถและสมรรถนะของบุคลากรในทีมได้เป็นอย่างดี
3. การดำเนินงานและการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า
 - 3.1. กระบวนการคุณภาพนอกจากจะเน้น คุณภาพของบริการสุขภาพแล้ว การพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพยังจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับ “บริบทของระบบบริการ” โดยเฉพาะอย่างยิ่ง วัฒนธรรมองค์กร วัฒนธรรมการทำงาน ตลอดจนทรัพยากร จะช่วยให้การอธิบายปรากฏการณ์คุณภาพ ตลอดจนการกำหนดแนวทางการพัฒนาคุณภาพ มีความชัดเจนและแม่นยำมากขึ้น
 - 3.2. กระบวนการกระตุ้นและพัฒนาคุณภาพนอกจากการพัฒนาเงื่อนไขที่เป็นแรงจูงใจทั้งที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง หน่วยงาน และประชาชน ซึ่งต้องวางอยู่บนฐานของคุณธรรม และความเป็นธรรมที่ตรวจสอบได้ จึงจะเป็นเงื่อนไขแรงจูงใจที่สามารถส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพได้อย่างแท้จริง
 - 3.3. การกำหนดมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ จำเป็นต้องให้ความสำคัญและใส่ใจ กระบวนการดำเนินงาน (Process) ควบคู่ไปกับการมุ่งเน้นผลลัพธ์ (Out Come) จึงจะทำให้การดำเนินการตามมาตรฐานเป็นกระบวนการเรียนรู้และพัฒนา
 - 3.4. นโยบาย การสื่อสาร และการแสดงเจตนาที่ชัดเจนต่อประเด็นคุณภาพที่สนใจ ของผู้นำมีผลต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพของบุคลากรระดับปฏิบัติการค่อนข้างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์กรที่มีฐานวัฒนธรรมการทำงานบนฐาน “อำนาจ” และการสั่งการ

ส่วนที่ 2 แนวคิดและการออกแบบกระบวนการฝึกอบรม

เพื่อพัฒนาสมรรถนะเกี่ยวกับการจัดการความรู้

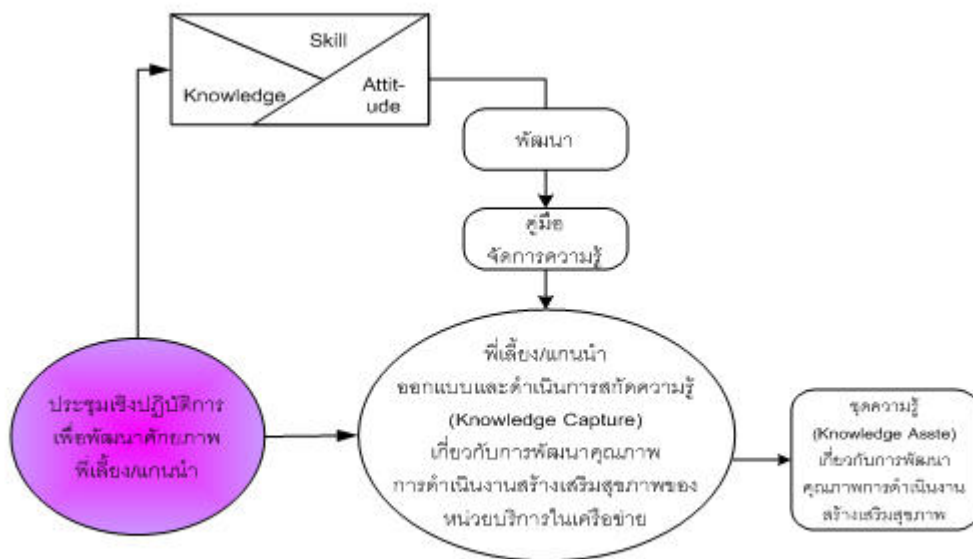
วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาทักษะและความสามารถเกี่ยวกับการจัดการความรู้ ผู้สนับสนุนการพัฒนาและการเรียนรู้ (พี่เลี้ยง) ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ บทเรียน ที่ได้จากการทำงาน เป็นความรู้และการเรียนรู้ จะทำให้การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของพื้นที่เป็นการดำเนินงานบนฐานความรู้และการเรียนรู้อย่างแท้จริง

ขอบเขตการดำเนินงาน

การดำเนินงานเป็นการประมวลบทเรียนและประสบการณ์การทำงานของหน่วยบริการในเครือข่ายพัฒนาและเรียนรู้ ในโครงการวิจัยและพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ โดยมุ่งหวังที่จะพัฒนาศักยภาพพี่เลี้ยง/แกนนำ ให้มีความสามารถในการประมวลบทเรียนและประสบการณ์การทำงานด้วยการประยุกต์แนวคิดและกระบวนการเกี่ยวกับการจัดการความรู้ ควบคู่ไปกับการสรุปบทเรียนการพัฒนาบริการสุขภาพที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ซึ่งเน้นสาระสำคัญเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ

รูปภาพที่ ... ขั้นตอนการดำเนินงานฝึกอบรมและพัฒนา



ขั้นตอนที่หนึ่ง ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อเตรียมความพร้อมของพี่เลี้ยง/แกนนำ ในการประยุกต์หลักการ แนวคิด กระบวนการ วิธีการ รวมทั้งเครื่องมือ (tools) เกี่ยวกับการจัดการความรู้ (Knowledge Management) เพื่อ สกัดความรู้ (Knowledge Capture) จากบทเรียนและประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ทั้งนี้การพัฒนาเน้นในการเตรียมความพร้อมความเข้าใจพี่เลี้ยง/แกนนำเกี่ยวกับการจัดการความรู้ ทั้ง ส่วนที่เป็นความรู้ ความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับการจัดการความรู้ ทศนคติและการเห็นความสำคัญของการจัดการ ความรู้และการทำปฏิบัติงานบนฐานความรู้ รวมทั้งการฝึกทักษะของพี่เลี้ยง/แกนนำสำหรับทักษะที่จำเป็นสำหรับการ สกัดความรู้ เช่น การฝึกกระบวนการคิดเชิงระบบ การคิดเชื่อมโยง ตลอดจนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ เป็นต้น

สำหรับขั้นตอนนี้มีพี่เลี้ยง/แกนนำซึ่งเป็นพี่เลี้ยงที่สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในโครงการฯ 17 จังหวัด ร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการฯ จำนวน 60 คน

ขั้นตอนที่สอง หลังจาก พี่เลี้ยง/แกนนำ ผ่านการเตรียมความพร้อมในการสกัดความรู้ซึ่งเกิดจากบทเรียนการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในขั้นตอนที่หนึ่งแล้ว พี่เลี้ยง/แกนนำที่ได้รับการพัฒนาจะมีความสามารถในการพัฒนาและออกแบบกระบวนการสกัดความรู้การพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพด้วยความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จากนั้นพี่เลี้ยง/แกนนำ กลับไปดำเนินการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อประมวลบทเรียน และสกัดชุดความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพซึ่งหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการได้ดำเนินการพัฒนาแล้วก่อนหน้านี้

ทั้งนี้เป้าหมายของขั้นตอนนี้นอกจากมุ่งหวังเพื่อสกัดและพัฒนาชุดความรู้ฯ แล้วการออกแบบกระบวนการยังคาดหวังให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มบุคลากรที่ทำงานเกี่ยวเนื่องกับการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพควบคู่ไป

สำหรับการดำเนินการในพื้นที่ทางกลุ่มพี่เลี้ยง/แกนนำ ได้ร่วมกันกำหนดประเด็นสำหรับการสรุปบทเรียนไว้เป็นแนวทาง ประกอบด้วย

- อะไรคือสิ่งที่ควรเกิดขึ้นจากการดำเนินงานโครงการ ?
- สิ่งที่เกิดขึ้นจริงจากกิจกรรมคืออะไร เพราะอะไรจึงเป็นอย่างนั้น?
- อะไรคือสิ่งที่ทำได้ดี และทำได้ดีเพราะอะไร ?
- อะไรคือสิ่งที่ยังทำได้ไม่ดี และทำได้ไม่ดีเพราะอะไร ?
- อะไรคือสิ่งที่คิดว่าจะทำต่างไปจากเดิมสำหรับการทำกิจกรรมครั้งต่อไป ? (ขอให้เป็นข้อเสนอแนะที่เจาะเจาะและปฏิบัติได้จริง)

ขั้นตอนที่สาม การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อการพัฒนาความสามารถในการออกแบบกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หลังจากพี่เลี้ยง/แกนนำร่วมกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพดำเนินการสกัดบทเรียนและชุดความรู้ที่เกิดขึ้นเรียบร้อยแล้ว ในขั้นตอนนี้กระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อเตรียมความพร้อมของแกนนำ/พี่เลี้ยง แตกต่างไปจากการเตรียมความพร้อมครั้งแรก นอกเหนือจากสาระของเนื้อหาที่แตกต่างกันแล้ว ยังมีประเด็นเกี่ยวกับต้นทุนของแกนนำ/พี่เลี้ยง ที่เข้าร่วมกระบวนการถอดบทเรียนของพื้นที่ซึ่งสามารถจำแนกได้เป็นสองส่วน คือ บทเรียนที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการพัฒนาคุณภาพคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของพื้นที่เป้าหมายซึ่งพี่เลี้ยง/แกนนำสรุปประมวลได้ ส่วนที่สองเป็นบทเรียนประสบการณ์ของการประยุกต์ใช้เทคนิคกระบวนการ และเครื่องมือของการจัดการความรู้ เพื่อการพัฒนาชุดบทเรียน/ชุดความรู้การพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ

สำหรับสาระสำคัญของการอบรมครั้งที่สองจะเน้นการพัฒนาความรู้ความสามารถของพี่เลี้ยง/แกนนำในการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ควบคู่กับการเติมและเสริมความเข้าใจในกระบวนการถอดบทเรียนเพื่อพัฒนา Knowledge Asset ให้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น

ผลลัพธ์การดำเนินงาน

ก. ผลการพัฒนาศักยภาพแกนนำ/พี่เลี้ยง เกี่ยวกับการจัดการความรู้

การพัฒนาศักยภาพแกนนำ/พี่เลี้ยงเกี่ยวกับการจัดการความรู้ ซึ่งมีพี่เลี้ยงจาก 17 จังหวัดเข้าร่วมโครงการ โดยในแต่ละพื้นที่มีการดำเนินงานโครงการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพอยู่ด้วย สำหรับการฝึกอบรมและพัฒนาครั้งนี้ผู้เข้ารับการอบรมได้รับการพัฒนาเกี่ยวกับการจัดการความรู้ และการสัปดาห์เรียน ประกอบด้วย

1. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการความรู้ การถอดบทเรียน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเครื่องมือในการจัดการความรู้
2. การฝึกทักษะเกี่ยวกับการจัดการความรู้ การถอดบทเรียน เพื่อพัฒนาการเป็นผู้เอื้ออำนวยให้เกิดเรียนรู้ (Facilitator) ในบทบาทต่างๆ ประกอบด้วย ; คุณอำนวย คุณกิจ คุณลิขิต หรือคุณบันทึก ด้วยการการฝึกทักษะ การตีความ ให้ความหมาย จับประเด็น โดยมุ่งหมายให้ผู้เข้ารับการอบรม เกิดความรู้ความเข้าใจ รวมทั้งได้รับการพัฒนาทักษะที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความรู้ดังนี้
 - เข้าใจแนวคิด หลักการ เครื่องมือ ในการถอดบทเรียน
 - เกิดกระบวนการคิดเชิงระบบ และการวิเคราะห์เส้นความสัมพันธ์
 - เกิดกระบวนการคิดแบบเชื่อมโยงและการตั้งคำถามในการถอดบทเรียนโดยจะต้องเกิดความสามารถในการระบุ ความสำเร็จ-ความก้าวหน้า-ความภาคภูมิใจ และ บั๊จยี้ เงื่อนไขแห่งความสำเร็จ

สำหรับผลลัพธ์การพัฒนาศักยภาพแกนนำ/พี่เลี้ยง จากกระบวนการพัฒนาทั้งสองส่วนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งความรู้ความเข้าใจ ทักษะ และทักษะ เกี่ยวกับการจัดการความรู้และการสัปดาห์เรียน/องค์ความรู้ ซึ่งผลลัพธ์การพัฒนาที่เกิดขึ้นสรุปได้ดังนี้

1. เกิดการพัฒนาเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจแนวคิดหลักการเครื่องมือในการถอดบทเรียน
2. เกิดกระบวนการคิดเชิงระบบ และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์
3. เกิดสมรรถนะในการการคิดแบบเชื่อมโยง ความสามารถในการระบุ ความสำเร็จ ความก้าวหน้า ความภาคภูมิใจ บั๊จยี้ เงื่อนไข แห่งความสำเร็จ

ข. ชุดความรู้การพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ

ผลลัพธ์การพัฒนาและชุดความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพชุมชน จากการสัปดาห์เรียนการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ มีสาระสำคัญ ประกอบด้วย

กลุ่มที่ 1 การดำเนินการเกี่ยวกับการดูแลผู้มีปัญหา เรื้อรัง/โรคไม่ติดต่อและการดูแลผู้พิการ สาระสำคัญของการพัฒนาเกี่ยวข้องกับ

- เกี่ยวกับการคัดกรองปัญหา ด้วยการสร้างแกนนำคัดกรอง
- การพัฒนาแกนนำในการดูแลผู้ป่วย
- การพัฒนากระบวนการทำงานเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้มีปัญหา เรื้อรัง/โรคไม่ติดต่อและการดูแลผู้พิการ
- การพัฒนางานการเพื่อป้องกันโรค/ควบคุมโรค

กลุ่มที่ 2 การพัฒนาบริการสุขภาพ เกี่ยวกับโรคเบาหวาน/ความดัน สาระสำคัญของการพัฒนาเกี่ยวข้องกับ

- การพัฒนาบริการด้านการรักษาพยาบาล
- การพัฒนาระบบคัดกรองและการให้บริการรอบด้าน
- พัฒนาระบบการทำงานในชุมชนเพื่อการดูแล/แก้ไขปัญหา

- ดำเนินการเพื่อการปรับตัว (เน้นเรื่องการวิจัยปรับตัว)
- พัฒนาระบบการทำงานกับกลุ่มเสี่ยง

กลุ่มที่ 3 การพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มประชากรต่าง ๆ สาระสำคัญของการพัฒนาเกี่ยวข้องกับ

- การพัฒนาบริการสำหรับประชากรกลุ่ม ผู้สูงอายุ ด้วยการทำงานชุมชน อาทิ การสร้างแกนนำ เตรียมชุมชนทำงาน รวมทั้งการพัฒนาบริการในสถานพยาบาลในการส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ อาทิ การปรับรูปแบบการให้ความรู้ เกี่ยวกับผู้สูงอายุ เป็นต้น
- การพัฒนาและส่งเสริมสุขภาพสำหรับประชากรกลุ่มเด็ก เพื่อสนับสนุนพัฒนาการเด็ก ด้วยการปรับบริการของคลินิกสุขภาพเด็กดี ในสถานบริการ
- การพัฒนาการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพสำหรับกลุ่มประชากรทั่วไป พบว่ามีลักษณะการทำงานเป็นกิจกรรม ซึ่งกิจกรรมที่ดำเนินการมีทั้งกิจกรรมที่เจ้าหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการเอง ได้แก่ การพัฒนาฐานข้อมูลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การศึกษาสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพด้วยกระบวนการวิจัย การพัฒนาบริการทางเลือกเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การนวด การใช้สมุนไพร และการแพทย์พื้นบ้านในการดูแลสุขภาพ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมที่เป็นการทำงานผ่านแกนนำชุมชน เครือข่ายชมรมต่าง ๆ อาทิ การทำงานเพื่อสนับสนุนการออกกำลังกาย การพัฒนางานสนับสนุนส่งเสริมสุขภาพจิต เป็นต้น

กลุ่มที่ 4 การพัฒนาบริการของหน่วยบริการ สาระสำคัญของการพัฒนาเกี่ยวข้องกับ การพัฒนาระบบการให้บริการของหน่วยบริการและการศึกษาเพื่อแสวงหาความรู้ในการพัฒนาชุมชน การสร้างกระบวนการเรียนรู้

ทั้งนี้ผลลัพธ์จากการสังเกตพบการทำงานเพื่อพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ทั้ง 4 ชุดประเด็นดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปผลการพัฒนาและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น¹ ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงกับประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผลลัพธ์การพัฒนา
ผู้ป่วย DM :	มีความรู้มากขึ้น , มีการรวมกลุ่มกัน , มีกิจกรรมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์ซึ่งกันและกันในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น
ประชากรกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ :	ได้รับการคัดกรองและพัฒนาให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองและทำให้ได้รับการรักษาที่รวดเร็ว-ดูแลตนเองได้ถูกต้องมากขึ้น
	มีความรู้ในการดูแลตนเอง มีความตระหนักและให้ความสำคัญกับการควบคุม ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ มากขึ้น
	ได้รับการตรวจคัดกรองและการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงของหญิงวัยเจริญพันธุ์ เพิ่มขึ้น เช่น การเฝ้าระวังการเกิดโรค มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม รวมทั้งการคุมกำเนิด เป็นต้น

¹ ผลการประชุมระดมสมองที่เลี้ยง/แกนนำ และผู้ปฏิบัติงานที่เข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพการจัดการความรู้ครั้งที่ 1

ญาติผู้ป่วย :	เข้าใจและสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น
ประชาชนทั่วไป :	ตื่นตัว เข้าใจบทบาทของตนเองและมีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น มีความตระหนักและเห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเอง และทำให้อัตราป่วยด้วยโรค/อาการบางอย่างที่ควบคุมได้ลดลง

2. การทำงานของหน่วยบริการและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

ผลลัพธ์จากกระบวนการสกัดความรู้ เกี่ยวกับกระบวนการทำงานและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของหน่วยบริการในการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ สามารถสรุปได้ดังนี้

ก. การเปลี่ยนแปลงวิธีคิด/ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย

- พัฒนาศักยภาพ ความคิดเชิงระบบ/เชื่อมโยง/เป็นกระบวนการ และวิชาการ ใฝ่รู้มากขึ้น/รู้ลึกซึ้งขึ้น
- ปรับองค์ความรู้ด้านบริหารตนเอง/ องค์กร
- ปรับวิธีคิดการทำงาน มองการดูแลมากกว่าการจ่ายยา, ปรับทัศนคติการเยี่ยมบ้านเน้นดูคนมากกว่าดูโรคได้รับโอกาสในการแสดงศักยภาพ
- มีความสุขในการทำงาน ถึงแม้เป็นเสาร์-อาทิตย์ก็ทำงานได้ คิดในเชิงบวก

ข. การปรับวิธีทำงานทั้งวิธีการทำงานของบุคคลและองค์กร

- ทำงานแบบทีม/ เครือข่าย ทำงานแบบไม่แยกส่วน
- ปรับเวลาในการทำงานของตนเองให้สอดคล้องกับชุมชน
- ประสานงานกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย/ผู้เกี่ยวข้องมากขึ้น เช่น การดูฟันเด็กจะมองถึงคนขายขนมในโรงเรียน
- พยายามแสวงหาปัจจัยร่วมของปัญหา
- มีการประเมินการทำงาน เช่น ความพึงพอใจของประชาชน
- จัดโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับที่อื่นแล้วนำมาประยุกต์ใช้
- มีการทำงานเป็นทีม(เป็นกลไก)
- เกิดการประสานงานแบบไม่เป็นทางการ ซึ่งได้รับการตอบสนองที่ดีกว่า
- มีการคิดโปรแกรม Computer ใช้ทำงาน ใน PCU /สอ.
- พยายามพัฒนาแนวทาง คู่มือ มาตรฐานในการทำงาน
- เน้นการพัฒนาเทคนิควิธีการที่สนับสนุนเปิดโอกาสให้ชาวบ้านเข้ามามีส่วนร่วม เช่น การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารของชุมชน การพัฒนา Folder ประเภทต่างๆ

3. การทำงานและการเปลี่ยนแปลงของพี่เลี้ยง/แกนนำที่สนับสนุนการพัฒนาโครงการ

- มีทักษะในการให้คำแนะนำ ปรึกษา(Coaching) มากขึ้น เช่น การใช้ท่าทางเชิงบวก การประสานแบบ Informal เพื่อสร้างขวัญ กำลังใจ ให้ความรู้เชิงวิชาการ
- มีทักษะการจัดรูปแบบกระบวนการเรียนรู้ที่หลากหลาย เช่น จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับจังหวัด
- เข้าใจบริบทและความยากลำบากของเจ้าหน้าที่ และการทำงานในพื้นที่มากขึ้น
- มีความสัมพันธ์ระหว่างพี่เลี้ยงและเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ดีขึ้น ซึ่งทำให้การทำงานราบรื่นขึ้น
- มีโลกทัศน์ที่กว้างขึ้น จากการได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน และ จากการติดตามการทำงานทั้งในและนอกพื้นที่ (เนื่องจากการประเมินไขว้)

- เปลี่ยนแนวความคิดในการประเมิน โดย ประเมินจากศักยภาพและปัญหาของพื้นที่ แทนที่จะใช้แบบประเมินแบบเดิม
- ต้องพัฒนาตัวเองอย่างต่อเนื่องและตลอดเวลา และทันต่อเหตุการณ์ เพื่อ สามารถ Coaching ได้ในเรื่องต่างๆ เช่น ความรู้ทางวิชาการ เครือข่าย ช่องทางสนับสนุน ระเบียบ งบประมาณ โดยต้องเรียนรู้ให้มากกว่าที่ PCU รู้ และรู้จักการฉกฉวยโอกาส
- ต้องเป็นผู้ประสานงานที่ดี เนื่องจากต้องประสานงานกับทุกๆ ระดับ ตั้งแต่ ผู้บริหาร & ผู้ปฏิบัติ นักวิชาการ & ผู้ปฏิบัติ สปสช. & ผู้บริหาร-ผู้ปฏิบัติ
- เป็นคนประนีประนอม และยืดหยุ่น

บทที่ 3

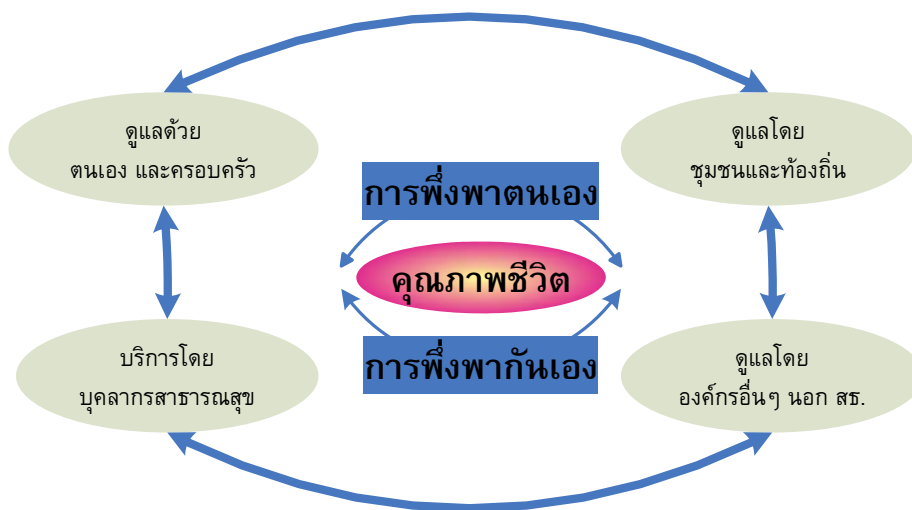
สรุป อภิปรายและ ข้อเสนอ

เป้าหมายของโครงการนี้คือ “การพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ” โดยมีกลไกหลักคือ “การทำงานเป็นเครือข่ายที่สนับสนุนกระบวนการพัฒนาและการเรียนรู้” การอภิปรายจะสะท้อนการพัฒนาที่เกิดขึ้นในด้านแนวคิดเกี่ยวกับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ และแนวคิดการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ PCU โดย ประเด็นแรกต้องทำความเข้าใจให้ตรงกันก่อนว่า การสร้างเสริมสุขภาพมีความหมาย และขอบเขตแค่ไหน รวมทั้งคำว่ายั่งยืน ว่าหมายถึงอะไร

การสร้างเสริมสุขภาพ

ถ้ามองว่า “สุขภาพ” มีขอบเขตกว้างกว่าการเป็นโรคและความเจ็บป่วย “สุขภาพคือ วิถีชีวิต คือการเรียนรู้... สุขภาพคือสุขภาวะ ภาวะที่มีความสุข ความสมบูรณ์ของชีวิต” (ประเวศ วะสี, 2547, หน้า 21) (พระพรหมคุณาภรณ์, 2548) ดังนั้น “การสร้างเสริมสุขภาพ” จึงเป็นการดำเนินงานที่เน้นไปที่การส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนมีกลไกการจัดการสุขภาพของตนเอง ซึ่งอาจจะอาศัยความร่วมมือจากระบบบริการด้วยก็ได้ ดังนั้น การสร้างเสริมสุขภาพจึงจำเป็นต้องตั้งเป้าหมายที่ประชาชนและชุมชน ทั้งนี้อาจกล่าวได้ว่า “การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ” มีหัวใจอยู่ที่การมีส่วนร่วมของชุมชน และมีเป้าหมายเพื่อการพึ่งตนเองของประชาชน และชุมชน

แผนภูมิที่ 1 คุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ / บริการสุขภาพปฐมภูมิ



ที่มา: สุพัตรา ศรีวณิชชากร (มปป.)

ทั้งนี้กล่าวโดยสรุปว่า การสร้างเสริมสุขภาพ คือการที่ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของตนเอง แต่ความเข้มแข็งของการมีส่วนร่วมอาจจะแตกต่างกันไป ตั้งแต่เข้าไปร่วมกับกิจกรรมของระบบบริการสุขภาพ ไปจนถึงการที่ประชาชนหรือ ชุมชนเป็นผู้คิดริเริ่ม ตั้งเป้าหมาย และวางกลไกการดำเนินงานเองทั้งหมด ดังนั้นการที่จะพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพได้จึงจำเป็นต้องพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชนในการดูแลสุขภาพนั่นเอง ซึ่งแนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน(PHC) ที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน (จรัส สุวรรณเวลา, 2548) และสอดคล้องกับตรงกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพในกฎบัตร

ออตตาวา (WHO, 1986) ที่เน้นการสนับสนุนการมีส่วนร่วมกำหนดนโยบายสาธารณะของชุมชน เป็นกลวิธีสำคัญในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้การมีส่วนร่วมดังกล่าวครอบคลุมการร่วมในการตัดสินใจ หรือการมีอำนาจในการตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับชีวิตความเป็นอยู่ของตนเอง อำนาจที่จะเข้าถึงทรัพยากร จัดการทรัพยากรเพื่อการพัฒนา การมีส่วนร่วม คือการให้อำนาจในการตัดสินใจ การเพิ่มศักยภาพที่จะคิด ตัดสินใจ (Oakley & Marsden, 1983, p.25) ในขณะเดียวกันก็เป็นที่ยอมรับว่าแนวคิดส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวามีแนวคิดการสร้างศักยภาพ หรือการสร้างพลังอำนาจ (empowerment) เป็นแนวคิดพื้นฐาน(Laverack & Wallerstein, 2001) ดังนั้นจึงสรุปว่าแนวคิดพื้นฐานของการสร้างเสริมสุขภาพ คือการพัฒนาให้ประชาชนหรือชุมชนมีศักยภาพที่จะตั้งเป้าหมายของตนเอง และสามารถเดินไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ ถ้าทำได้ก็จะเป็นการแก้ปัญหาได้อย่างยั่งยืน เพราะปัญหาจะเปลี่ยนไปเรื่อยๆตามบริบทที่เปลี่ยนไป ซึ่งการไปถึงเป้าหมายดังกล่าวจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้ที่มีศักยภาพ คิดเป็น ทำเป็น การพัฒนาจึงจำเป็นต้องมีกลไกการพัฒนาศักยภาพกำลังคน ซึ่งจะเป็นการเตรียมพร้อมสำหรับปัญหาที่จะเกิดในอนาคต ไม่ว่าปัญหานั้นจะเปลี่ยนไปอย่างไร จึงจะเป็นหนทางในการแก้ปัญหาได้อย่างยั่งยืน (พระเทพเวที, 2541; Pieterse, 2001)

กระบวนการสำคัญของการพัฒนาคน เพื่อให้คนไปพัฒนางาน ซึ่งในโครงการเน้นหลักทำงานสร้างเสริมสุขภาพจากบทเรียนการพัฒนาพบว่า “กระบวนการเครือข่าย” เป็นกลไกการพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่ายซึ่งเป็นคนทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิที่สำคัญ บทเรียนในโครงการพบว่า กระบวนการเครือข่ายเป็นการสร้างพลังอำนาจให้กับเจ้าหน้าที่โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้ ที่มีฐานจากการปฏิบัติ และผลที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ ประเมินได้จากพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ ซึ่งพบว่าเจ้าหน้าที่เริ่มเกิดความตระหนักและรับรู้ในศักยภาพของตนเองและชุมชน เริ่มให้ความเคารพในเหตุผล ความคิดเห็นของชุมชน ขณะเดียวกันความคิดที่มีต่อตนเอง (self determination) (Fetterman, 2001, p.13) ก็พบว่าเจ้าหน้าที่สามารถประเมินตนเอง โดยประมวลความสามารถของตนเอง เช่น ความสามารถในการตั้งเป้าหมาย วางแผน และดำเนินการเพื่อไปให้ถึงเป้าหมายนั้น รวมทั้งสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางที่เหมาะสม สามารถประเมินผลว่าอะไรคือความสำเร็จ อะไรที่ยังขาด และควรจะปรับปรุงต่อไปอย่างไร

ความตระหนักและการรับรู้ดังกล่าว ถือเป็นจุดเริ่มต้นและเป็นจุดสำคัญที่สุดของกระบวนการสร้างพลังอำนาจ (นิตย ทัศนัยม, 2545) แนวคิดของเรื่องนี้ก็คือเจ้าหน้าที่จำเป็นต้องเข้าใจแนวคิดการพึ่งตนเอง การสร้างพลังอำนาจเป็นอย่างดี ได้ซาบซึ้ง มีความสุขกับการมีอำนาจในการคิด การตัดสินใจด้วยตนเอง เป็นการสร้างพลังอำนาจในตนเอง (self empowerment) ก่อนที่จะไปสร้างศักยภาพให้กับชุมชนในการพัฒนาหรือสร้างเสริมสุขภาพ ในโอกาสต่อไป ทั้งนี้ถ้าเจ้าหน้าที่ไม่เข้าใจแนวคิด ไม่มีประสบการณ์เรื่องนี้ ความคาดหวังที่จะไปสร้างพลังอำนาจให้กับให้ชุมชนจะเป็นไปได้หรือไม่

การเปลี่ยนแปลงที่ได้ประสบด้วยตนเองทำให้เจ้าหน้าที่เข้าใจชุมชน มองเห็นศักยภาพของชุมชน และถ้าเจ้าหน้าที่มีมุมมองสุขภาพ หรือมีกระบวนการทัศนสุขภาพกว้างขึ้น มองสุขภาพคือความสุข ชีวิตที่เป็นสุข ก้าวต่อไปก็หน้าจะต้องขยายขยาย ก้าวข้ามเขตแดนของความรับผิดชอบในวิชาชีพมากขึ้น ให้เป็นการทำงานสร้างเสริมสุขภาพตามความต้องการของประชาชน ตามปัญหาที่ชุมชนสนใจ เป้าหมายที่ประชาชนหรือชุมชนตั้งอาจจะเป็นอะไรก็ได้ (เรื่องปากท้อง เรื่องการใช้สารเคมีทางการเกษตร เป็นต้น) ถ้าเชื่อว่าปัจจัยทางด้านสังคมเหล่านี้ สามารถส่งผลต่อสุขภาพได้ หรือมองว่าปัจจัยทางด้านสังคมก็คือสุขภาพ เจ้าหน้าที่ก็จะสบายใจที่จะก้าวออกไปนอกขอบเขตของวิชาชีพได้(social determinants of health) (WHO, 2005)

ถ้าเจ้าหน้าที่ทำงานเฉพาะเรื่องโรค หรือเฉพาะที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ก็จะทำให้งานอยู่ในวงแคบและกลายเป็นข้อจำกัดจนไม่สามารถแก้ปัญหาสุขภาพได้ถึงต้นตอ (WHO, 1988) ตัวอย่างของเครือข่ายภาคเหนือ ที่อำเภอแมริม ที่ให้แต่ละกลุ่มวาดฝันของกลุ่มตนเอง และให้ช่วยกันคิดว่าอยากจะพัฒนาสุขภาพตนเองอย่างไร (อรอนงค์ ดิเรกบุษราคม, 2549) หรืองานของเครือข่ายย่อย การให้บริการโดยชุมชนมีส่วนร่วมของจังหวัดหนองบัวลำภู งานลักษณะนี้เรียกว่าเป็นงานเชิงรุก คือรุกเข้าไปในชุมชน รุกเข้าไปแก้ปัญหาของชุมชน ไม่ใช่รอจนป่วยแล้วมาที่สถาน

บริการเพื่อรับการรักษา แต่ความยากจะอยู่ที่การทำงานลักษณะนี้เจ้าหน้าที่จะต้องปรับเปลี่ยนบทบาทไปเป็นผู้สนับสนุน (facilitator) และลดบทบาทของตนเองลง ต้องตระหนักว่าเราไม่ใช่ตัวเอกของเรื่อง (Guldan, 1996)

แนวทางการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ และการประเมินผล

ถ้ามีการมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสำคัญ หรือเป็นหัวใจของการสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนาและการประเมินคุณภาพของระบบสุขภาพชุมชนก็ควรให้ความสำคัญกับกระบวนการมีส่วนร่วม สำหรับการประเมิน ก็น่าจะเป็นการประเมินกระบวนการ (process-oriented) ซึ่งมักจะเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ

การพัฒนาคุณภาพเชิงกระบวนการเป็นกลวิธีพัฒนาคุณภาพอีกแบบหนึ่ง เรียกว่า specific approach ซึ่งมาจากฐานคิดของการพัฒนาแบบ TQM และ CQI กลวิธีนี้จะแตกต่างจากกลวิธีการพัฒนาคุณภาพแบบทั่วไปหรือแบบเดิม (general approach / traditional approach) ที่มีเป้าหมายเพื่อปกป้องสังคม (protect the public) ได้แก่ การมีระบบการตรวจสอบคุณภาพโดยรัฐตามโครงสร้างอำนาจ เช่น องค์กรรัฐ หรือองค์กรวิชาชีพเป็นผู้ดำเนินการ โดยใช้ระบบบริหารจัดการ เช่น มีระบบประกันคุณภาพ ตรวจสอบคุณภาพ คุณสมบัติของผู้ปฏิบัติงาน และมีเกณฑ์มาตรฐานที่ทุกคนจะต้องทำตาม (standard) เป็นต้น

สำหรับ specific approach มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพของระบบปฏิบัติการ เป็นกระบวนการจัดการขององค์กรเอง โดยมองทั้งระบบ เกิดขึ้นเมื่อองค์กรต้องการพัฒนางาน ดังนั้นจึงต้องการความร่วมมือของคนในองค์กรในการที่จะวางเป้าหมาย และช่วยกันเดินไปให้ถึงเป้าหมายนั้น ผลลัพธ์จะทำให้เกิดการพัฒนาขึ้นจากสภาพเดิมที่เป็นอยู่ กลวิธีนี้จะเน้นกระบวนการพัฒนา และผลที่ตามก็คือจะช่วยสร้างศักยภาพของเจ้าหน้าที่ในการวิเคราะห์ และร่วมกันทำงานเพื่อการพัฒนา มีการใช้ข้อมูลมาเป็นฐานในการทำงาน และเป็นการพัฒนาการทำงานแบบทีมสหสาขา ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดคือการใช้วงจร PDCA ของเดมมิง และการดำเนินงานโครงการ PCU ในผื่นก็จัดเข้าอยู่ในกลุ่มนี้ (Wold, 2006)

ในความเป็นจริงการพัฒนาคุณภาพทั้งสองวิธีไม่ได้แยกจากกันโดยเด็ดขาด ในปัจจุบันได้มีการทำงานแบบผสมผสานกัน ยกตัวอย่างเช่น ถ้าองค์กรหนึ่งไม่สามารถทำตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดมาจากส่วนกลางได้ และถ้าคนในองค์กรร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา หาสาเหตุและปัจจัยแห่งปัญหานั้น แล้วช่วยกันแก้ไข ปรับปรุง เพื่อให้ได้ตามมาตรฐาน หรือถ้ายังไม่ถึงมาตรฐาน ก็อาจจะมีการกำหนดเป้าหมายไว้เป็นขั้นๆ ในระยะเวลาที่เหมาะสม เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทขององค์กร

อย่างไรก็ตามแนวโน้มของการพัฒนาคุณภาพ หรือการประเมินคุณภาพในแบบหลังจะมีแนวโน้มมากขึ้น โดยเฉพาะในบริการระดับปฐมภูมิ ดังจะเห็นได้จากมีผู้ให้ข้อคิดเห็นว่าการประเมินคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นเรื่องยาก และมีข้อจำกัดมากมาย โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา เพราะการที่ไปเน้นการประเมินผลลัพธ์ เน้นการประเมินเชิงโครงสร้างมากเกินไป ในสถานการณ์ที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร โอกาสที่จะได้ผลลัพธ์ที่ดีเป็นไปได้ยาก ในขณะเดียวกันถ้าไปยึดติดกับผลลัพธ์ที่เป็นเชิงปริมาณมากเกินไปก็จะทำให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติไปยึดติดกับเกณฑ์มาตรฐาน โดยไม่คำนึงถึงมิติด้านอื่นๆ (Reerink & Sauezborn, 1996) ด้วยแนวคิดดังกล่าวจึงมีข้อเสนอว่าแนวทางการพัฒนาคุณภาพ (รวมถึงการพัฒนาและการประเมินผลคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ) ควรจะมีลักษณะดังนี้

ประการแรก ควรเน้นที่กระบวนการ โดยยึดเป้าหมายเพื่อพัฒนา หรือแก้ปัญหา หรือแก้ไขสถานการณ์ให้ดีขึ้นกว่าเดิม โดยไม่ต้องไปกังวลกับ input หรือผลลัพธ์มากนัก ถ้าสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้เพียงเล็กน้อย แม้จะยังไม่ถึงเกณฑ์มาตรฐานก็น่าจะพอใจ เพราะบริบทและทรัพยากรของแต่ละสถานการณ์ไม่เหมือนกัน จะไปคาดหวังให้ทุกอย่างที่ได้เหมือนกันหมดจึงเป็นไปได้

ประการที่สอง การประเมินคุณภาพ ควรเน้นการพัฒนาทีมงาน(team orientation) โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างพลังอำนาจ (empower) ให้กับทีมงาน ซึ่งในที่นี้หมายถึงทุกคนที่เข้ามาร่วมกระบวนการ อาจจะเป็นเจ้าหน้าที่ หรือ

องค์กรอื่น หรือหน่วยงานภาคส่วนอื่น หรือชุมชน โดยมองว่าเป็นการสอดคล้องกับแนวคิด PHC ที่เน้นให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม และร่วมรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพ หรืออาจจะเรียกว่าเป็นนโยบายกระจายอำนาจ

ประการที่สาม การพัฒนาคุณภาพแนวนอนมีความเป็นไปได้สูง เพราะสามารถผนวกเข้าไปกับงานประจำ โดยทำเป็นโครงการเล็กๆ (small ad hoc studies) หรือแก้ปัญหาเล็กๆก่อน เมื่อทำได้แล้วคนก็จะเรียนรู้เพิ่มขึ้น มีกำลังใจที่จะแก้ปัญหาอื่นๆ ต่อไป จึงเป็นที่มาของความยั่งยืน และ ประการสุดท้าย_การพัฒนาคุณภาพควรจะมีลักษณะเป็น การแก้ปัญหา (problem-solving focus) เพื่อให้ได้คำตอบที่เป็นรูปธรรม จับต้องได้ คนปฏิบัติงานจะได้รู้สึกว่าเขาสามารถจัดการกับปัญหาได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องรอความช่วยเหลือจากใคร แม้แต่ส่วนกลาง

ตัวอย่างการพัฒนาคุณภาพตามแนวคิดนี้ เป็นการทำงานของ PAHO (Pan American Health Organization) ร่วมกับประเทศในแอฟริกา โดยใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วม (participatory research) ในการพัฒนาการให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ พบว่าการวิจัยลักษณะนี้ส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการบริการให้ดีขึ้นได้อย่างน่าประหลาดใจ สัมพันธภาพของผู้ให้บริการกับผู้รับบริการดีขึ้น ผู้ให้บริการรู้สึกถึงความรับผิดชอบ และพันธะสัญญาที่มีต่องาน (commitment)

การวิจัยแบบมีส่วนร่วมมีลักษณะคล้ายกับโครงการของเครือข่ายภาคอีสาน คือการใช้ปัญหาของพื้นที่เป็นตัวตั้ง (problem-posing approach) แล้วให้คนในองค์กรร่วมกันหาวิธีแก้ปัญหา โดยปราศจากการครอบงำจากผู้มีอำนาจ หรือนักวิชาการ เพราะเชื่อว่าผู้ปฏิบัติจะเข้าใจบริบท เข้าใจสถานการณ์ และบริบทของตนเองได้ดีที่สุด ให้ทุกคนเข้ามามีส่วนร่วม มีสิทธิเท่าเทียมกันในการที่จะร่วมกันแก้ปัญหา (partnership) และต้องมีเวทีเสวนาเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Haaland & Vlassoff, 2001)

ปัจจุบันแนวโน้มการพัฒนาคุณภาพในลักษณะนี้มีมากขึ้น และถือว่าจะนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน เพราะเชื่อว่าการนี้จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใน 3 ระดับ (Maguire, 1987) ได้แก่

- ระดับบุคคล จะทำให้เกิดความมั่นใจ และทำให้รู้จักมองปัญหา เห็นความสำคัญที่จะต้องแก้ไขปัญหา หรือพัฒนาให้สถานการณ์ดีขึ้น อาจจะเรียกว่าเป็นการสร้างความตระหนัก (confidence and critical consciousness)
- ในระดับกลุ่ม หรือระดับชุมชน วิธีการนี้จะทำให้องค์กรมีความเข้มแข็ง เป็นองค์กรเรียนรู้ และพัฒนาอยู่เสมอ
- ในสังคมระดับกว้าง วิธีการแบบนี้จะเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางอำนาจในสังคม (transform the power structure) ให้ทุกคนมีสิทธิ มีเสียง มีความสำคัญเท่าเทียมกัน หลายคนมองการพัฒนาแนวนี้ว่าคือรากฐานของความ เป็นประชาธิปไตย ซึ่งจะเป็นแนวทางสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนได้ในที่สุด

ข้อเสนอ

1. การพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพในโครงการถ้าพิจารณาในรายละเอียดพบว่าแนวคิดยังจำกัดอยู่กับความเจ็บป่วย และภาระหน้าที่ความรับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นหลัก ดังนั้นเป้าหมายที่จะต้องเดินต่อไปก็คือต้องก้าวออกไปจาก กรอบการมองเรื่องโรค เรื่องความเจ็บป่วย ต้องก้าวข้ามเขตแดนของวิชาชีพ ข้ามพรมแดนของระบบบริการสุขภาพ ด้วยกระบวนทัศน์ที่มองว่าความหมายของสุขภาพกว้างกว่าการเป็นโรค และความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนอยู่ที่การสร้างให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง ฟังตนเองได้ ดังนั้นคำถามของการพัฒนาคือทำอย่างไรการสร้างเสริมสุขภาพจึงจะงานที่ขึ้นต้นด้วยความต้องการของประชาชนจริงๆ ไม่ใช่เป็นความต้องการของเจ้าหน้าที่ เป็นการดำเนินงานที่ประชาชนรู้สึกและรับรู้ได้ถึงความเป็นเจ้าของ
2. พี่เลี้ยงเป็นแกนนำสำคัญในการพัฒนาการเรียนรู้ ซึ่งเป็นฐานหลักของการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ในเครือข่ายพัฒนาและเรียนรู้ โดยพี่เลี้ยงทำงานทั้งในแง่เป็นผู้สนับสนุน เป็นแหล่งวิชาการ ให้กำลังใจ ถ้าพี่เลี้ยงเข้าใจบทบาท และมีทักษะที่ดีจะทำให้งานลักษณะนี้เป็นไปได้ดี แต่งานนี้ก็ป็นงานใหม่

สำหรับพี่เลี้ยง พี่เลี้ยงแต่ละคนก็มีประสบการณ์และทักษะไม่เท่ากัน ถ้าเป็นไปได้ควรจัดให้มีการพัฒนาพี่เลี้ยง มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้สำหรับพี่เลี้ยง ที่เป็นรูปธรรม และก่อให้เกิดประโยชน์ได้จริงๆ

3. ปัญหาสำคัญอีกประการหนึ่งก็คือทำอย่างไรแนวคิดจึงจะขยายออกไปในวงกว้าง (scaling up) และนำไปสู่การพัฒนาทั้งระบบ มิฉะนั้นผู้ที่ทำงานเช่นนี้ก็มีลักษณะแปลกแยก แต่จากข้อมูลก็เห็นว่าแนวคิดนี้มีแนวโน้มที่จะขยาย ไม่ว่าจะเป็นการเพิ่มจำนวน PCU ที่มาเข้าร่วมกิจกรรม มีเพื่อนๆ ใน PCU หลายแห่งอยากเข้าร่วมโครงการ หรือการจัดเวทีในระดับ คปสอ. ในระดับจังหวัด เป็นการประชาสัมพันธ์ และเป็นการให้คุณค่างานในลักษณะนี้มากขึ้น ทำให้แนวคิดแบบนี้มีโอกาสแพร่กระจายออกไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าผู้บริหารให้ความสำคัญ ให้การสนับสนุน อย่างไรก็ตามในกลุ่มเดิมก็ต้องพยายามเสริมความเข้มแข็งให้ยิ่งขึ้นไปอีก จนกว่าจะสามารถยืนและเดินได้ด้วยตนเอง มิฉะนั้นจะเป็นลักษณะโครงการไฟไหม้ฟาง
4. การขยายแนวคิด และขยายพื้นที่แนวร่วม ต้องการประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ มีเวทีเปิดพื้นที่ให้ผู้สนใจเข้ามาร่วมวงเสวนา ตลอดจนการสร้าง หรือสนับสนุนกิจกรรม การดำเนินการของเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการพัฒนาศักยภาพในการ “เรียนเพื่อรู้ สู่การปฏิบัติ วัตถุประสงค์ เพื่อการพัฒนา”