

การสังเคราะห์องค์ความรู้จากโครงการนวัตกรรมปฐมภูมิพื้นที่พิเศษ

โดย

ร้อยตำรวจโทหญิงนวลตา อาภาคัพทะกุล

รายงานฉบับนี้ได้รับการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสุขภาพ ภาคใต้
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

2552

บทนำ

นับตั้งแต่วันที่ 4 มกราคม 2547 เป็นต้นมา ภาคใต้ภาคใต้ตอนล่างโดยเฉพาะ 5 จังหวัดชายแดนมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก ทั้งความรู้สึกหวาดระแวง ขาดความไว้วางคนแปลกหน้าและคนนอกพื้นที่ พื้นที่ที่เคยมีแต่ชาวเขี้ยวขี้กกลายเป็นสีแดง ความขัดแย้งที่ไม่มีใครตอบได้ว่าเมื่อไรจะสิ้นสุดลง มีความพยายามจากหลายหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน พยายามพลิกฟื้นความรู้สึกดี ๆ ของคนในชุมชนให้กลับมาอีกครั้ง และสามารถอยู่ร่วมกันได้ในชุมชนที่เป็น พหุวัฒนธรรมที่แต่เดิมเคยถ้อยทีถ้อยอาศัยกัน ผลกระทบจากความรุนแรงที่เสมือนคลื่นบางครั้งรุนแรงแต่บางครั้งบางเบาที่ไม่ได้ทำให้กลุ่มคนบางกลุ่ม “สิ้นศรัทธา” ในการทำงานโดยเฉพาะหน่วยงานสาธารณสุขที่ได้รับการยอมรับว่า “ไม่ใช่เป้าหมาย” เป็นกลุ่มคนที่ได้รับการสั่งสอนให้มีเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ ไม่ว่าเขาเหล่านั้นจะเป็นมิตรหรือศัตรู ทำให้บุคลากรทางสาธารณสุขยังสามารถทำงานอยู่ได้ในพื้นที่ และเป็นกำลังสำคัญที่จะช่วยดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ให้มีสุขภาวะ ทั้ง กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ขณะเดียวกันบุคลากรสาธารณสุขเหล่านี้ก็ควรได้รับการพัฒนาศักยภาพไปพร้อม ๆ กันด้วย ดังนั้น สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพ จึงได้จัดให้มีโครงการ นวัตกรรมบริการปฐมภูมิภายใต้พหุวัฒนธรรม เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขที่ดูแลประชาชนในพื้นที่ได้มีโอกาสคิดนอกกรอบการทำงานประจำ และเพิ่มศักยภาพในการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบ เพราะในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนเป็นพื้นที่ที่มีความเหมือนและต่างในเรื่องวัฒนธรรมและศาสนาที่ผสมผสานให้ชุมชนถ้อยทีถ้อยอาศัย เพราะสาเหตุของความขัดแย้งที่สำคัญคือ การไม่เข้าใจข้อจำกัดของกันและกัน ในความต่างของศาสนาและวัฒนธรรม แต่สังคมและชุมชนสามารถเรียนรู้ร่วมกันได้หากมีเป้าหมายร่วมกันคือ “ความสันติ”

ข้าพเจ้าได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่สังเคราะห์โครงการต่าง ๆ ที่ได้รับการสนับสนุน จำนวนทั้งสิ้น 39 โครงการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อนำองค์ความรู้ที่ได้หรือสิ่งใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้นในความจำกัดของสถานการณ์ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในการจัดบริการปฐมภูมิในพื้นที่อื่นที่ต่างวัฒนธรรม ลดปัญหาความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในพื้นที่ และประชาชนในพื้นที่ที่ได้รับการดูแลด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องไม่ว่าเขาเหล่านั้นจะเป็นผู้นับถือศาสนาใดก็ตาม

โครงการนี้ได้รับความร่วมมือจากหลายฝ่ายทั้งผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ และ นอกพื้นที่ ประชาชนในพื้นที่ ที่สำคัญคือ การทำงานที่เข้มแข็งของเจ้าหน้าที่ และผู้อำนวยการ สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มอ. เจ้าหน้าที่ สสจ. และโรงพยาบาล ใน 5 จังหวัด ชายแดน และผู้ที่ทำให้งานชิ้นนี้สำเร็จได้คือ ผู้ดำเนินงานโครงการทุกคน ประชาชนในชุมชนที่มุ่งมั่น ศรัทธา เสียสละ ทำงานเพื่อชุมชนและมุ่งหวังที่จะเห็นภาคใต้มีสุขภาวะที่สมบูรณ์อีกครั้ง

ร้อยตำรวจโทหญิงนวลตา อาภาศัพท์กุล

31 มีนาคม 2552

กิตติกรรมประกาศ

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการสังเคราะห์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการสังเคราะห์แผนงานสุขภาพที่กำลังดำเนินการอยู่ ซึ่งได้รับการสนับสนุนจาก สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ ภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และการสังเคราะห์นี้จะสำเร็จไม่ได้ถ้าไม่ได้รับการอนุเคราะห์จากหลายฝ่ายผู้สังเคราะห์ขอขอบคุณ สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ให้โอกาสการทำงานชิ้นนี้ และขอขอบคุณ ผู้รับทุนสนับสนุนทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดสงขลา สตูล ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส ที่กรุณาส่งข้อมูลเพื่อการประกอบรายงาน

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ ภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือในการหาข้อมูล และช่วยพิสูจน์อักษร

ร้อยตำรวจโทหญิงนวลตา อาภาศัพท์กุล

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	i
กิตติกรรมประกาศ	ii
สารบัญ	iii
สารบัญตาราง	iv
สารบัญแผนภูมิ	iv
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ก
ความเป็นมาและปัญหา	1
การมององค์ประกอบของสุขภาวะ	3
สถานการณ์ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ และ 4 อำเภอในจังหวัดสงขลา	4
การนำนวัตกรรมมาเป็นเครื่องมือพัฒนาคน-งาน	7
บริบทของสังคมในภาคใต้ตอนล่าง	8
บริบทของพื้นที่พิเศษและสถานการณ์สุขภาพ	10
กระบวนการดำเนินงานของสวรส ภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	11
สถานการณ์สุขภาพในพื้นที่พิเศษ	15
ผลการวิเคราะห์ศักยภาพของผู้ดำเนินงาน	29
ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการประเมินโครงการ	33
สรุปผลคุณภาพของโครงการ	35
การสังเคราะห์นวัตกรรมที่เกิดขึ้น	38
ข้อดีของการมีโครงการสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ	43
ข้อสังเกตที่เกิดขึ้น	44
ข้อเสนอแนะสำหรับผู้บริหาร	46
บรรณานุกรม	49
ภาคผนวก	51

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 เกณฑ์พิจารณาโครงการที่จะขอรับการสนับสนุน	13
ตารางที่ 2 เกณฑ์การตัดสิน	13
ตารางที่ 3 การคาดประมาณจำนวนโครงการที่จะให้การสนับสนุนจำแนกตามภาคฯ	14
ตารางที่ 4 จำนวนโครงการที่ขอรับการสนับสนุนในระยะที่ 2 จำแนกตามลักษณะโครงการ	15
ตารางที่ 5 จำนวนโครงการที่ขอรับการสนับสนุนในระยะที่ 2 จำแนกตามพื้นที่	15
ตารางที่ 6 จำนวนโครงการที่ขอรับการสนับสนุนในระยะที่ 2 จำแนกตามลักษณะของโครงการ	15
ตารางที่ 7 อัตราการตายของมารดาและทารกจังหวัดยะลา พ.ศ. 2551	17
ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยนอก 10 อันดับแรก	18
ตารางที่ 9 ข้อมูลสถิติชีพ ปี 2546 – 2550	19
ตารางที่ 10 ผลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก ภาพรวมของจังหวัดนราธิวาสปี 2551 และ 5 ปี ย้อนหลัง	21
ตารางที่ 11 ผลการดำเนินงานคัดกรองเพื่อค้นหาโรค / การรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ปี 2550 และย้อนหลัง 5 ปี	22
ตารางที่ 12 ข้อมูลทางประชากรของหัวหน้าโครงการ/ผู้ดำเนินงานหลัก	30
ตารางที่ 13 แสดงจำนวนโครงการและงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนในปีที่ 2	52
ตารางที่ 14 แสดงการประเมินคุณภาพของโครงการที่ได้รับการสนับสนุนในปีที่ 2	55

สารบัญแผนภูมิ

	หน้า
แผนภูมิที่ ก แสดงกระบวนการพัฒนาโครงการเพื่อการสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ	ข
แผนภูมิ ข เปรียบเทียบจำนวนโครงการที่ขอรับการสนับสนุนและได้รับการสนับสนุน ระยะที่ 1 และ ระยะที่ 2	ค
แผนภูมิ ค ประเภทของโครงการที่ได้รับการสนับสนุน	ง
แผนภูมิที่ 1 ยุทธศาสตร์ระบบบริการปฐมภูมิ ระหว่าง พ.ศ. 2550-2554(3)	1
แผนภูมิที่ 2 แผนผังสุขภาวะ	3
แผนภูมิที่ 3 กระบวนการพัฒนาโครงการเพื่อการสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ	12
แผนภูมิที่ 4 พื้นที่พิเศษ ปัตตานี ยะลา นราธิวาส และสงขลา	16
แผนภูมิที่ 5 เปรียบเทียบโครงการที่ได้รับการสนับสนุนในปี 2550 และ 2551 ตามรายจังหวัด	23

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

จากสถานการณ์ความรุนแรงใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่ยืดเยื้อมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 มีผลกระทบต่อการทำงานของบุคลากรด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะในสถานีนามัย การพยายามสร้างขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานจึงมีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานแก่บุคลากรดังกล่าว สปสช. ภาคใต้ เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบสุขภาพของประชาชนโดยรวมจึงมีแนวคิดในการส่งเสริมให้บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ที่มีอาวูทางปัญญาในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบเหล่านั้น จึงร่วมมือกับ สวรส. ภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โครงการนวัตกรรมระบบบริการปฐมภูมิ พื้นที่พิเศษระยะที่ 2 (2551) เป็นโครงการที่ต่อเนื่องจากระยะที่ 1 ที่ดำเนินงานในปี 2550 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ใช้นวัตกรรมที่เกิดจากกระบวนการค้นหาเป็นเครื่องมือในการเรียนรู้ร่วมกันนำไปสู่การให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพและการสร้างการมีส่วนร่วมของสังคม 2) พัฒนากลไกในการสนับสนุนกระบวนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่สอดคล้องกับเงื่อนไขในระดับพื้นที่ และ 3) สร้างกระแสการแข่งขันในการสร้างนวัตกรรมของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิร่วมพัฒนาเครือข่ายการจัดการความรู้ในกระบวนการพัฒนาระบบปฐมภูมิ

ในการจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนในระยะที่ 1 การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิสู่ระบบสุขภาพชุมชน จัดทำโดยกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายวิชาชีพ จัดทำวิสัยทัศน์และพันธกิจ ดังนี้ คือ

วิสัยทัศน์ กำหนดว่า “ ระบบบริการปฐมภูมิเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนที่ครอบคลุม มีคุณภาพมาตรฐาน สอดคล้องกับสภาพพื้นที่อย่างเหมาะสม เป็นที่ยอมรับของประชาชนและสังคม”

พันธกิจ ดังนี้

“เครือข่ายบริการปฐมภูมิ ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพและเสริมสร้างขีดความสามารถของประชาชนในการดูแลสุขภาพและเสริมสร้างขีดความสามารถของประชาชน ในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชน อย่างครอบคลุม และมีคุณภาพมาตรฐาน ที่สอดคล้องกับสภาพพื้นที่อย่างเหมาะสม”

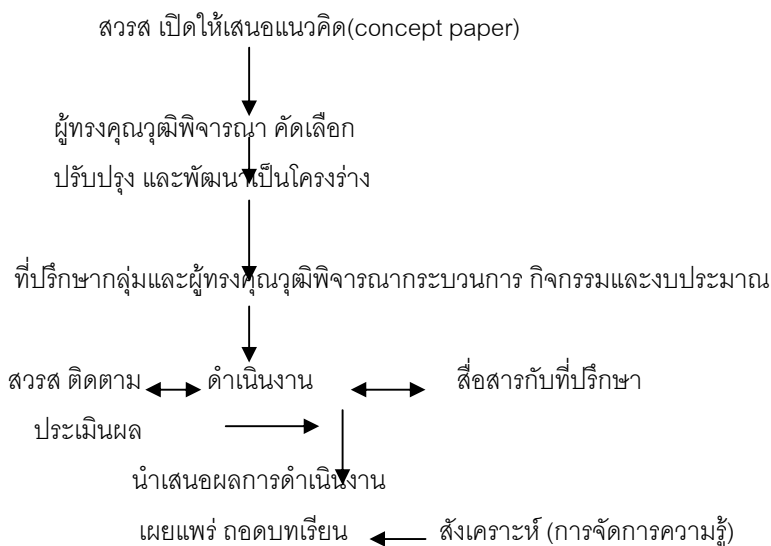
จากแนวคิดดังกล่าว นำมาสู่การจัดทำโครงการเพื่อพัฒนาระบบบริการในระดับปฐมภูมิให้สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่อย่างแท้จริงและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ รวมทั้งการจัดการด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนที่มีทุนทางสังคมเป็นตัวตั้ง การทำงานที่เกิดขึ้นจากโครงการ ฯ คาดหวังว่าจะเกิดความยั่งยืนและมีประสิทธิภาพโดย มีองค์กรวิชาการ สปสช. กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องเป็นผู้ให้การสนับสนุนทั้งเชิงวิชาการร่วมให้ทุนสนับสนุนบางส่วน และในที่สุดท้องถิ่น ชุมชน และประชาชน ก็จะสามารถดำเนินกิจกรรมต่อเนื่อง โดยอยู่ภายใต้แนวคิดการส่งเสริม “นวัตกรรม” ที่จะใช้เป็นเครื่องมือในการส่งเสริมขวัญและกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่พิเศษ ดังกล่าว ไม่เพียงเฉพาะบุคลากรทางสาธารณสุขแต่รวมถึงกลุ่มอื่น ๆ ด้วย เพราะการมองเรื่องของ “สุขภาพ” ปัจจุบันมากกว่า เรื่องของโรคและการรักษา แต่หมายรวมถึง สิ่งแวดล้อม จริยธรรม จิตวิญญาณ สิ่งแวดล้อมและบริบทของชุมชน ขอบเขตของการจัดทำนวัตกรรมนี้ หมายถึง

1. สิ่งใหม่ที่ไม่เคยมีผู้ใดเคยทำมาก่อนเลย
2. สิ่งใหม่ที่เคยทำมาแล้วในอดีตแต่ได้มีการรื้อฟื้นขึ้นมาใหม่

3. สิ่งใหม่ที่มีการพัฒนามาจากของเก่าที่มีอยู่เดิม

ดังนั้นในการสรุปว่าโครงการใดเป็นนวัตกรรม อาจจะไม่เพียงแต่การพิจารณาจากชื่อของโครงการหรือนวัตกรรมนั้น ๆ แต่จะต้องเห็นกระบวนการว่า สิ่งที่ถูกว่าเป็นนวัตกรรมมีความแปลกใหม่ทั้งในด้านแนวคิด หรือกระบวนการ และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไร นั่นหมายถึง ต้องมีการรอบการคิด กระบวนการดำเนินงานและมีการประเมินผล มีข้อพิสูจน์ว่า นวัตกรรมนั้นสามารถใช้ได้ในเชิงปฏิบัติและก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง จับต้องได้ และที่สำคัญคือ ความยั่งยืนที่เกิดขึ้น ที่อาจจะมีการนำไปพัฒนาหรือขยายผล และยังคงอยู่ในกรอบของความเป็น พหุวัฒนธรรม ซึ่งหมายถึง การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับสังคม การเมือง เศรษฐกิจ การศึกษา และประวัติศาสตร์โดยใช้โครงสร้างของกลุ่มชน(ethnicity) เชื้อชาติ(race) สถานะของครอบครัว(socioeconomic status) เพศ(gender)

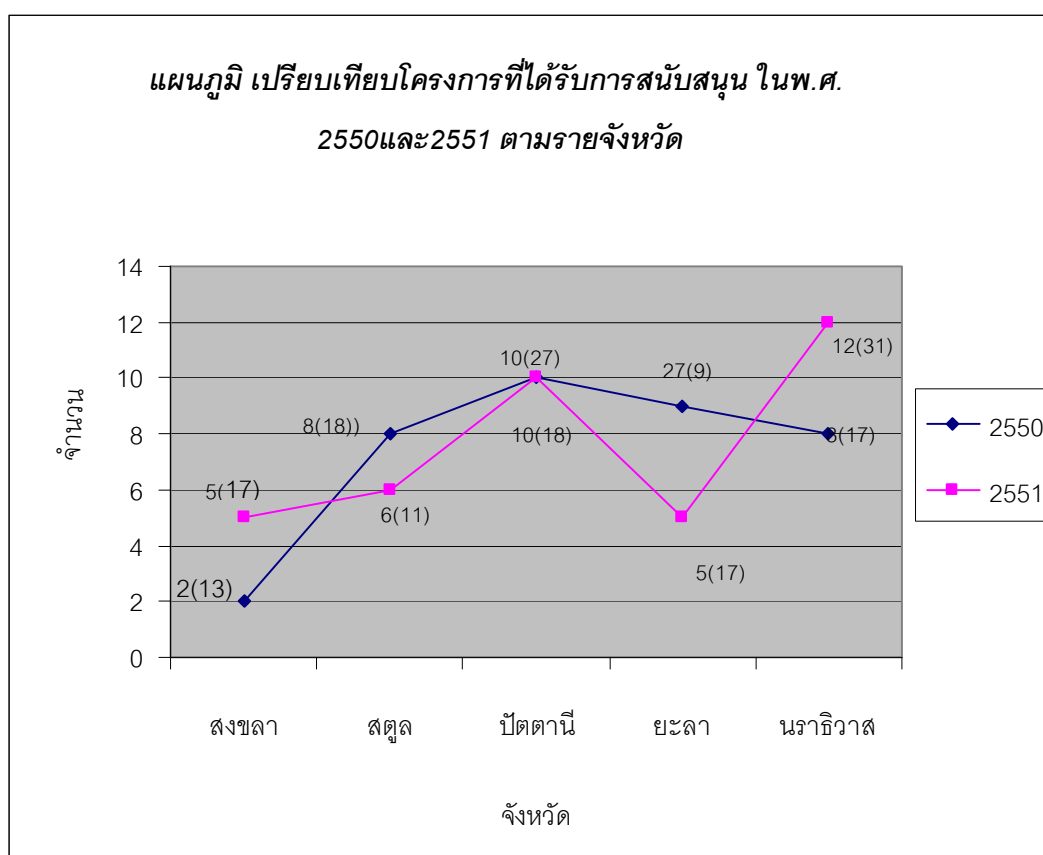
กระบวนการส่งเสริมนวัตกรรมภายใต้พหุวัฒนธรรม นอกจากมีเป้าหมายในการส่งเสริมขวัญและความสามารถพิเศษ(exceptionalities) ภาษา(language) ศาสนา(religion) บทบาททางเพศ(sexual orientation) และพื้นที่ทางภูมิศาสตร์(geographical area)” กำลังใจในการปฏิบัติงานและเพิ่มศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขแล้วยังมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมกันในกลุ่มคนภาคใต้ที่ประกอบด้วยกลุ่มคนที่มีความแตกต่างกันทั้งด้านศาสนา ชาติพันธุ์ ความเชื่อ ที่แตกต่างกัน แต่สามารถอยู่ร่วมกันได้และมีความร่วมมือกันในกลุ่มชน โดยนำแนวคิดในเรื่อง สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาของศาสตราจารย์ นายแพทย์ประเวศ วะสี ที่กล่าวถึงแนวทางในการแก้ปัญหาที่ต้องประกอบด้วย ชุมชน/ประชาชน ระบบบริการ และภาคการเมือง รวมทั้งนักวิชาการด้วย ในการสนับสนุนระยะที่ 2 มีกระบวนการดังนี้



แผนภูมิที่ ก แสดงกระบวนการพัฒนาโครงการเพื่อการสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ

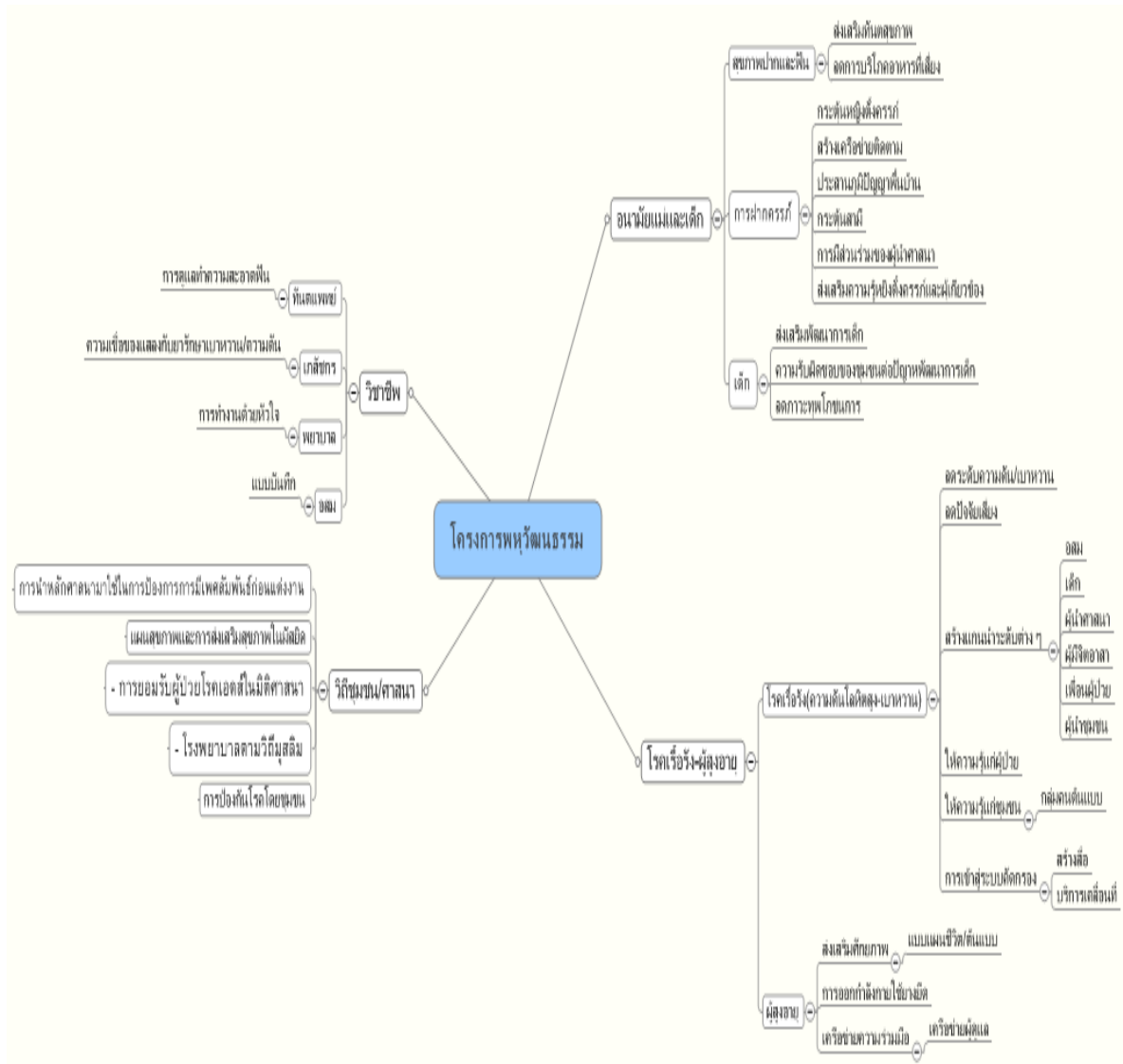
จากกระบวนการการคัดเลือกโครงการ ฯ ที่ขอรับการสนับสนุน มีขั้นตอนในการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาคุณภาพของงานวิจัย และศักยภาพของผู้ดำเนินโครงการ ฯ ซึ่งเป็นกระบวนการในการพัฒนางานวิจัยในพื้นที่ตามบทบาทหน้าที่ของ สวรสภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และการส่งเสริมสุขภาพอนามัยแบบมีส่วนร่วมของชุมชนที่ประกอบด้วย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาสังคม การพัฒนานี้มีความสัมพันธ์กับกระบวนการกระจายอำนาจของภาครัฐ

ในระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา มีโครงการเป็นจำนวนมากที่เข้ามาสู่ระบบการคัดกรองเพื่อขอรับการสนับสนุน ดังแสดงในแผนภูมิที่ b



แผนภูมิ ข เปรียบเทียบจำนวนโครงการที่ขอรับการสนับสนุนและได้รับการสนับสนุน ระยะที่1 และ ระยะที่2

จากแผนภูมิ ข จะเห็นว่า แต่ละจังหวัดให้ความสนใจในการส่งโครงการเข้าขอรับการสนับสนุนในปีที่ 1 และ ปีที่ 2



แผนภูมิ ค ประเภทของโครงการที่ได้รับการสนับสนุน

สรุปลักษณะของโครงการที่ขอรับการสนับสนุน

1.อนามัยแม่และเด็ก

- ส่งเสริมทันตสุขภาพในบ้านและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
- การมีส่วนร่วมของชุมชนในการลดการบริโภคอาหารที่เป็นอันตรายต่อทันตสุขภาพ
- การฝากครรภ์
- การกระตุ้นให้มาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์
- สร้างเครือข่ายส่งเสริมงานอนามัยแม่และเด็กเครือข่ายเฝ้าระวังสุขภาพอนามัยหญิงตั้งครรภ์และเด็ก 0-6 ปี

- การผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่นกับการตรวจครรภ์
- ส่งเสริมการคลอดที่โรงพยาบาล
- สามีมีส่วนร่วมในการในเรื่องการฝากครรภ์และการคลอด ลดการคลอดที่บ้าน
- การสร้างโรงเรียนพ่อแม่ตามหลักศาสนาอิสลาม
- หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ในการดูแลตนเองและการเลี้ยงลูก

มะเร็ง

- ลดอัตราการเกิดโรคมะเร็ง โดยเพิ่มอัตราการคัดกรอง
- ให้ความรู้
- การมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

เด็ก

- การส่งเสริมพัฒนาการของเด็กให้เหมาะสมกับวัย และพัฒนาเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า
- การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการ
- ลดปัญหาทุพโภชนาการในเด็กและการเฝ้าระวังการเกิดภาวะทุพโภชนาการโดยอสม ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่

สาธารณสุขและ อบต

- การส่งเสริมให้คนในชุมชนรัก และเข้าใจเด็กที่มีปัญหาด้านจิตเวช สมอง
- การช่วยเหลือของเล่นเด็ก/เสื้อผ้าเพื่อส่งเสริมพัฒนาการ

การประเมินผล

- การเข้าร่วมกิจกรรม
- ความรู้
- ความพึงพอใจ

2.โครงการที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ผู้สูงอายุ สรุปลำดับดังนี้

โรคเรื้อรังความดันโลหิตสูง

- ลดระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ
- ลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน
- ยกระดับการทำงานของ อสม โต๊ะอิหม่าม ผู้นำศาสนาในชุมชน และเพื่อให้เกิดเป็นศูนย์กลางการดูแล สร้างเครือข่ายแกนนำ
- เพื่อให้ความรู้ในการจัดการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวาน
- ให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง
- การคัดกรองผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวานโดยชุมชน อย่างต่อเนื่อง
- การสร้างสื่อให้ความรู้ ส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกัน

กิจกรรมที่จัดเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ประกอบด้วย

- การจัดประชุม เพื่อให้คำชี้แจงและค้นหาปัญหา

- การให้ความรู้ทั้งในรูปแบบของการสอน ประชุมเชิงปฏิบัติการและการดูงาน
- การสร้างสื่อ / ประชาสัมพันธ์
- ทดลองกิจกรรม เช่น เยี่ยมบ้าน เป็นต้น
- การเสวนากลุ่ม

ผู้สูงอายุ

- แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนที่อยู่แบบพหุวัฒนธรรม
- เครือข่ายความร่วมมือในชุมชนของผู้สูงอายุ
- ส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ สามารถพึ่งพาตนเองได้
- เครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุ
- การส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโดยยั่งยืน

การประเมินผล

- ความพึงพอใจ

การประเมินผล

- การประเมินความพึงพอใจ
- ระดับน้ำตาลในเลือด
- ระดับความดันโลหิต

3.วิถีชุมชน/วิถีมุสลิม

- การนำหลักศาสนาใช้ในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน
- การส่งเสริมสุขภาพในมัสยิด
- การยอมรับผู้ป่วยโรคเอดส์ในมัสยิด
- การสร้างทีมสอบสวนโรคเร็ว โดยความร่วมมือ อบต
- แผนสุขภาพชุมชนที่มีมัสยิดเป็นศูนย์กลาง
- โรงพยาบาลตามวิถีมุสลิม

การประเมินผล

- ไม่ชัดเจน

4.กลุ่มวิชาชีพ (พยาบาล หมอนามัย ทันตแพทย์ เกษัชกร อสม)

- ความเชื่อในเรื่องอาหารและการไม่รับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน
- การล้างมือตามแนวทางศาสนาอิสลาม
- การจัดทำคู่มือ อสม เพื่อลดการซ้ำซ้อนของการทำงาน
- การส่งเสริมทันตสาธารณสุขใน 3 จังหวัดชายแดน
- การให้บริการโดยหัวใจมนุษย์

การประเมินผล

- ไม่ชัดเจน

การติดตามผลการดำเนินงาน พบดังนี้

1.ในการจัดการโครงการ ส่วนใหญ่มีความร่วมมือในพื้นที่ ทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เทศบาล ผู้นำศาสนา โรงเรียน มัสยิด กรรมการมัสยิด โรงพยาบาล ตลอดจนนักวิชาการจากมหาวิทยาลัยในพื้นที่ แก่นำภาคประชาชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสาธารณสุขจังหวัด รวมทั้งสถานีนามัย อสม เยาวชน และผู้สูงอายุ เกษตรกร แลโรงพยาบาลชุมชน การบอกถึงความร่วมมือที่เกิดขึ้นเป็นส่วนหนึ่งของความคาดหวังต่อโครงการที่นำไปสู่ความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้องอย่างจริงจัง และเห็นภาพความสัมพันธ์ที่น่าจะเกิดขึ้น เป็นการเพิ่มทุนทางสังคมที่เห็นได้เป็นรูปธรรม

2.การประเมินผล พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้ประเมินผล และบางรายยังอยู่ระหว่างการวางแผน มีส่วนน้อยที่เป็นการประเมินภายใน และประเมินความรู้ก่อนและหลังสอน

3.บทบาทหน้าที่และการมีส่วนร่วมในโครงการ

การมีส่วนร่วมของกลุ่มภาคี ส่วนใหญ่ไม่ชัดเจนว่า แต่ละกลุ่มที่มามีส่วนร่วมมีบทบาทอะไรที่ชัดเจน บทบาทที่ชัดเจนของภาคีจึงเป็นการรวมตัวแบบหลวม ๆ เป็นบทบาทเฉพาะในการศึกษารั้วนี้ แต่ในระยะยาวไม่มีความชัดเจน เมื่อลงไปในพื้นที่ พบว่า การมีส่วนร่วมขององค์กรภาคี ส่วนใหญ่มีความร่วมมือในระยะแรก เนื่องจากการดำเนินงานทั้งหมด/ส่วนใหญ่อยู่ภายใต้การควบคุม/จัดการของเจ้าหน้าที่โครงการ/ผู้ดำเนินงาน มีส่วนน้อย (3 จาก 21 โครงการ) ที่มีตารางแสดงบทบาทขององค์กรภาคี

การสร้างเครือข่ายเป็นอีกกระบวนการหนึ่งที่จะนำไปสู่การทำงานอย่างต่อเนื่อง และเป็นเครือข่ายที่เข้มแข็งต่อไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแนวทางดำเนินการและการขยายแนวคิดในระดับราบ ซึ่งเครือข่ายดังกล่าวไม่มีความชัดเจน กล่าวคือ ไม่มีแผนการนำไปใช้ภายหลังจาสิ้นสุดโครงการ

4. การพัฒนาตนเองและการเรียนรู้ด้านใดที่ได้จากการดำเนินงานโครงการ

ผลที่ได้คือ โครงการนี้มีส่วนในการส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกับชุมชนมากขึ้น ทำให้ผู้ดำเนินโครงการและทีมงานมองปัญหาในเชิงระบบมากขึ้น ปรับวิธีคิดในการทำงาน รวมทั้งการมองภาคีที่มีส่วนร่วมได้เรียนรู้และมีโอกาสเข้าใจซึ่งกันและกันมากขึ้น เรียนรู้และได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับคนต่างพื้นที่ เกิดการเรียนรู้การสร้างงานที่มีคุณภาพมากขึ้น เกิดสิ่งที่ดี ๆ ในชุมชน ได้หันกลับมาร่วมกันคิดแก้ปัญหาสร้างความสามัคคีและเครือข่ายการทำงาน เกิดการค้นหาคำถามในชุมชนทำให้มองไปยังกลุ่มที่เคยถูกละเลยให้ชุมชนได้เห็นความสำคัญในการร่วมแก้ปัญหา มีความสามัคคีมากขึ้น ส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องการสรุปงาน การเขียนรายงาน ขาดข้อมูลและแหล่งความรู้ที่จะค้นคว้า มีงานประจำที่จะต้องดำเนินการ

สิ่งที่ต้องการความช่วยเหลือคือ

- 1.การติดตามและแนะนำจาก สวรส ภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เป็นระยะ ๆ
- 2.แหล่งข้อมูลทางวิชาการและการสืบค้น
- 3.การเขียนรายงาน
4. การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ

การสังเคราะห์นวัตกรรมที่เกิดขึ้น

โครงการที่นำมาสังเคราะห์ มีทั้งสิ้น 21 โครงการ จากจำนวนทั้งสิ้น 39 โครงการ ทั้งนี้พบว่า โครงการที่ไม่ส่งเอกสารตามเวลามี 18 โครงการ

ในการพัฒนาโครงการ ฯ ที่เสนอขอรับการสนับสนุนนั้นพบว่า สวรรส ภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาคนเพื่อนำไปสู่การพัฒนางาน โดยผ่านกระบวนการเตรียมความพร้อมของผู้ผ่านการคัดกรองในขั้นต้น เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงานที่เป็น “นวัตกรรม” โดยขั้นตอนแรกผ่านการร่วมพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการแต่งตั้งจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนั้น ๆ และส่วนใหญ่ก็เป็นผู้ดูแลรับผิดชอบงานด้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและ/หรืองานปฐมภูมิของจังหวัดนั้น ๆ นอกจากการมีพื้นฐานในเรื่องความเข้าใจของงานที่รับผิดชอบแล้ว ยังมีศักยภาพในด้านวิชาการและจบการศึกษาอย่างน้อยระดับปริญญาตรีอีกด้วย

ด้านนวัตกรรม โครงการที่นำเสนอว่ามี “นวัตกรรม” จริงหรือไม่ คำถามนี้อาจเป็นคำถามที่ต้องการคำตอบที่เด่นชัด หากพิจารณาคำว่า “นวัตกรรม” หรือ “innovation” เป็นคำที่ใช้แพร่หลายในประเทศไทยมาประมาณ 10 ปี มีความหมายว่า การสร้างสรรค์สิ่งใหม่ การปรับปรุงใหม่ (modernization ,alteration) ซึ่ง อาจไม่ใช่สิ่งใหม่สุด แต่เป็นการพัฒนา/ปรับปรุงสิ่งเก่า ๆ ที่เป็นปัญหาให้นำไปสู่สิ่งใหม่ซึ่งแล้วแต่วัตถุประสงค์ในการใช้งาน แต่ในบางโครงการไม่สามารถชี้ให้เห็นความแตกต่างของการทำงานประจำกับกิจกรรมในโครงการ เช่น กิจกรรมการให้ความรู้ การเยี่ยมบ้านโดย อสม เป็นต้น เพราะหากพิจารณาถึงบทบาทของรัฐในการดูแลสุขภาพคนในชุมชน บทบาทการให้สุขศึกษา ก็เป็นบทบาทของบุคลากรทางการแพทย์อยู่แล้ว ขณะเดียวกัน อสม. ก็มีส่วนในการเชื่อมงานในชุมชนที่บุคลากรทางการแพทย์ไม่สามารถเจาะลึกได้ และ อสม. ก็ได้รับการอบรมในบทบาทของตนเองอยู่เดิม

สิ่งที่ผู้ดำเนินงานหลายฝ่ายพยายามเน้นคือ การมีผู้นำทางศาสนา เด็ก สามี ญาติ อบต. เข้ามาร่วมเป็นเครือข่าย หรือแกนนำ ในการทำงาน แต่กระบวนการในการสร้างเครือข่ายไม่ชัดเจนจึงดูเหมือนการเข้ามาร่วมกิจกรรมเป็นเพียงการเติมเต็มองค์ประกอบที่หายไปของโครงการเท่านั้น หากมีการกำหนดบทบาทและติดตามประเมินศักยภาพอย่างมีระบบก็จะทำให้เห็นว่า แนวคิดในเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนและผู้เกี่ยวข้องในชุมชน หรือทุกหน่วยของชุมชนให้ความสำคัญ ในบทบาทที่ตนเองได้รับ และมีความต่อเนื่อง มีความภาคภูมิใจเกิดขึ้น รวมทั้งมีความยั่งยืนโดยได้เข้าเป็นส่วนหนึ่งของแผนสุขภาพชุมชนที่ อบต. ยอมรับและสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ก็ถือว่าเป็นนวัตกรรมได้ และเป็นนวัตกรรมประเภทการปรับปรุงใหม่

จากโครงการที่ได้รับการสนับสนุนและแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มดังกล่าวมาแล้ว ในการติดตามผล สรุปได้ดังนี้

1.กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก ในการส่งเสริมอนามัยแม่และเด็ก สิ่งที่เป็นปัญหางานประจำคือ การฝากครรภ์ล่าช้าทำให้ ไม่บรรลุดัชนีชี้วัดที่กำหนดไว้ การพยายามหากระบวนการให้หญิงตั้งครรภ์เข้าสู่ระบบการดูแลได้เร็วขึ้นทำให้หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์มีโอกาสได้รับการดูแล คัดกรองความผิดปกติได้เร็วขึ้นและหากมีปัญหาก็สามารถวางแผนการแก้ไขได้ทันท่วงที ซึ่งคนที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเชื่อว่าคือ สามี เครือญาติ ผู้นำศาสนา และโต๊ะบิแดด การทำให้กลุ่มคนเหล่านี้ตื่นตัวและเข้าใจบทบาทของตนเองที่มีต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ให้มีสุขภาพที่ดี จึงถูกนำมาเป็นกลุ่มเป้าหมายที่จะช่วยให้งานอนามัยแม่และเด็กมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งทำให้ชุมชนได้มองเห็นชัดขึ้นว่า สามีควรต้องมีส่วนในการดูแล โดยภาพรวมน่าจะทำให้สามีมีความตระหนักในบทบาทของตนเอง และเป็นไป

ตามข้อปฏิบัติทางศาสนาในบทบาทของสามี แต่สิ่งที่ต้อง ผู้ดำเนินงานต้องคิดถึงคือ สิ่งเหล่านี้จะเกิดขึ้นในชุมชน และเป็นแบบแผนของการปฏิบัติได้อย่างไร ภายหลังสิ้นสุดโครงการ โครงการโรงเรียนพ่อแม่ ฯ ก็ เป็นอีกโครงการที่สามารถเชื่อมต่อกับแนวคิดได้ และอาจจะนำไปประยุกต์ให้เกิดความยั่งยืนได้

2.กลุ่มโรคเรื้อรัง ความดัน เบาหวานและผู้สูงอายุ แนวคิดในการทำให้เกิดความผูกพันในชุมชนโดยส่งเสริมให้เด็กได้มีส่วนร่วมในการดูแลคนในครอบครัว คนในชุมชน เป็นแนวทางที่ดีที่พยายามส่งเสริมวัฒนธรรมชนบท เด็ก ๆ รู้สึกตระหนักในหน้าที่ที่จะต้องดูแลผู้ใหญ่ในชุมชนเพราะผู้ใหญ่เหล่านั้นอาจจะป่วยหรือไม่ก็ตาม แต่เป็นส่วนหนึ่งของการอยู่รอดของชุมชน การถ่ายทอดทางวัฒนธรรมที่อาจจะส่งผ่านจากรุ่นสู่รุ่นจะยังคงอยู่ ความกตัญญูต่อผู้ใหญ่เป็นสิ่งที่ชุมชนต้องรักษาและเป็นตัวแทนของสามัคคีที่น้ำจะมีการสืบทอด แต่สิ่งที่ขาดไปจากการดำเนินงาน คือ เด็ก ๆ หรือ คนในชุมชนเหล่านั้นมองเห็นสิ่งที่เขากระทำอย่างไร การมาร่วมโครงการแล้วเกิดสิ่งที่ดีอะไรต่อตนเองและชุมชน และวัฒนธรรมเหล่านี้จะสืบทอดหรือส่งต่อความคิดไปยังเด็กคนอื่น ๆ ที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการอย่างไร ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็นส่วนในการช่วยเยียวยาความรู้สึกโดดเดี่ยวในสังคมได้เป็นอย่างดี

การสร้างสื่อ โดยชุมชนมีส่วนร่วมเป็นสิ่งที่ดี เพราะเป็นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างสื่อที่ใช้ภาษาและความเข้าใจของชุมชน การสื่อสารเรื่องโรคอาจจะเข้าใจง่ายกว่าการสร้างสื่อโดยนักวิชาการและมีการแทรกบทสวดขอพร ที่จะทำให้ผู้อ่านเกิดความปิติ แต่สิ่งดังกล่าวยังไม่ถึงขั้นพิสูจน์ว่าได้ผลจริงหรือไม่ และเป็นที่ยอมรับในทางวิชาการทั้งทางศาสนาและการแพทย์ การได้เครื่องมือนี้เป็นเพียงการเริ่มต้นที่ต้องการการทดลองพิสูจน์ เช่นเดียวกับโครงการการจัดการความรู้เรื่องความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่พยายามถอดบทเรียนการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังทั้ง 2 กลุ่ม มาเป็นต้นแบบการปฏิบัติตน ทั้งการออกกำลังกาย การใช้สมุนไพรมาช่วยในการดูแลสุขภาพ การเผยแพร่ความรู้ดังกล่าวควรต้องมีการพิสูจน์ในเชิงวิชาการโดยเฉพาะผลการใช้สมุนไพร การปฏิบัติตนของคนต้นแบบจำเป็นต้องศึกษาพฤติกรรมอย่างละเอียด มิฉะนั้นอาจจะทำให้เกิดการแปลพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องนำไปสู่การปฏิบัติในผู้อื่นที่ไม่ได้ผล การมองแต่ข้อดีเป็นสิ่งที่ดี แต่ต้องมองให้บรรลุถึงจุดด้อยที่ซ่อนเร้นอยู่ด้วย ก่อนการขยายผลจึงต้องมีการตรวจสอบและพิสูจน์ทั้งในเชิงวิชาการแพทย์ สังคมศาสตร์การแพทย์และมานุษยวิทยา โดยผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ

3.กลุ่มวิถีชุมชน/วิถีมุสลิม โครงการที่ได้รับการยอมรับว่า เป็นโครงการครบวงจรและเป็นการแสดงให้เห็นพลังการทำงานของทั้งโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่และคนในชุมชน คือ โครงการโรงพยาบาลต้นแบบในงานบริการตามวิถีมุสลิมและวิถีชุมชนของโรงพยาบาลจะนะ จังหวัดนราธิวาส ซึ่งมีการพัฒนาต่อยอดมาอย่างต่อเนื่องเนื่องจากเป็นนโยบายของผู้อำนวยการโรงพยาบาล โดยมีการปรับปรุงการบริการที่ยึดแนวทางมุสลิมทั้งในเรื่องการกล่าวคำขอพรจากพระเจ้าเมื่อพบกันของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ซึ่งเป็นการบอกถึงความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน การจัดให้มีการทำสุนทรียะโดยเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลและโต๊ะบิแด การสวดดูอา การละหมาดในโรงพยาบาล และการให้ความรู้โดยแพทย์มุสลิมในการละหมาดวันศุกร์ในห้องละหมาดของโรงพยาบาล อาจกล่าวได้ว่าเป็นการจำลองวิถีชีวิตของชาวมุสลิมมาผสานไว้ใน การดูแลผู้รับบริการและญาติ รวมทั้งในวิถีชุมชนผ่านตัวแทนคือ โต๊ะบิแดที่เป็นส่วนหนึ่งของผู้นำทางจิตวิญญาณ แต่สิ่งที่ต้องระวังคือ ยังมีวัฒนธรรมอื่นที่มาขอรับบริการที่โรงพยาบาลจะนะ คือ คนต่างศาสนาที่ยังอาศัยอยู่ในพื้นที่หรือเจ้าหน้าที่ที่มีความเชื่อในศาสนาที่แตกต่างที่อาจจะยังต้องการมีตัวตนอยู่ในชุมชนด้วยถึงแม้จะเป็นชนกลุ่มน้อยก็ตาม ทั้งนี้คงต้องพิจารณาย้อนกลับไปถึงการมีศักดิ์ศรีและภูมิใจใน

ตนเองของบุคคลต่างวัฒนธรรมด้วย ดังนั้นอาจจะต้องมีแนวทางในกรณีที่มีคนต่างวัฒนธรรมเข้ามาขอรับบริการ ที่จะทำให้เขาเหล่านั้นไม่รู้สึกละแวกและเลือกปฏิบัติ เพราะประเทศไทยยังเป็นประเทศที่มีลักษณะเป็นพหุวัฒนธรรม สิ่งที่โครงการนี้จะต้องมองคือ ความเชื่อ และความแตกต่างกันในเรื่องการตีความในบทบัญญัติของศาสนา ไม่ว่าจะเป็น หะดิษ หรือบทบัญญัติในคัมภีร์อัลกุรอาน ที่ยังต้องมีการยอมรับและเป็นสากล เช่น การอาบน้ำละหมาด (ใช้ทราย หรืออื่น ๆ แทนน้ำ) ในภาวะการเจ็บป่วย เป็นต้น

โครงการที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่น่าสนใจคือ แนวคิดในการร่วมมือในชุมชนเพื่อป้องกันโรคมาลาเรีย ซึ่งเป็นโครงการจากจังหวัดยะลา พบว่ามีการระบาดของมาลาเรียอย่างมากและมีการแพร่ระบาดมากทุก ๆ ปี การพยายามใช้พลังชุมชนให้มองปัญหาของตนเองและช่วยกันแก้ไขเป็นสิ่งที่น่าจะเป็นเรื่องดีในชุมชนที่มีอยู่เพียงแต่รอการกระตุ้นหรือแรงผลักดัน ซึ่งผู้ดำเนินงานยังไม่ได้อธิบายกระบวนการของความร่วมมือ ชุมชนนี้อาจจะเป็นชุมชนที่มีทุนทางสังคมที่ดีอยู่เดิมในขณะที่ชุมชนอื่นมีน้อยกว่า กระบวนการทางชุมชนแห่งนี้จะเป็นสิ่งที่น่าจะเป็นตัวอย่างให้แก่หลายชุมชน ที่สามารถดูแลกันได้เมื่อภาครัฐยังเป็นผู้แก้ไข ปัญหาไม่ถูกใจหรือความต้องการของชุมชน สิ่งที่รัฐต้องดำเนินการคือการสนับสนุนให้เกิดชุมชนเช่นนี้ต่อไป แต่รัฐจะต้องไม่เข้าไปจัดการเอง รัฐอาจเป็นเพียงผู้ดูห่าง ๆ และคอยสนับสนุนกิจกรรมอันเป็นในทิศทางบวกต่อไป

การสร้างความตระหนักในชุมชนต่อการดูแลกลุ่มด้อยโอกาส ก็เป็นอีกแนวคิดที่แสดงถึงความพยายามในการกระตุ้นให้ชุมชนเริ่มขาดทุนทางสังคมได้กลับมาค้นหาและส่งเสริมทุนทางสังคมโดยมีประเด็นร่วมที่สำคัญคือ เด็กที่มีความบกพร่องทั้งทางสมอง ร่างกาย และจิตใจ แต่สังคมละเลยเพราะส่วนหนึ่งอาจจะเป็นปัญหาที่พ่อแม่ปิดบังเพราะรู้สึกอับอายและแนวคิดทางศาสนาบอกว่า เป็นเรื่องที่พระเจ้ากำลังทดสอบความศรัทธาและความอดทนของเขาเองต่อพระเจ้าการยอมรับดังกล่าว ทำให้เกิดการละเลยที่จะต่อสู้เพื่อการพัฒนาการของเด็ก/ลูกหรือคนในครอบครัว การแปรความของปัญหาถูกละเลยจากการพยายามแก้ไขเป็นการยอมรับ ทำให้เด็กหลายคนไม่ได้รับการพัฒนาตามวัย และบางรายก็เข้าไปกว่าที่จะพัฒนาให้ดีขึ้น อย่างไรก็ตามความพยายามที่จะให้ชุมชนเข้าใจ ค้นหา และแสวงหาความช่วยเหลือจากองค์กรภายนอกเป็นสิ่งที่ควรต้องดำเนินการต่อไป ช่วยทำให้เด็กที่เริ่มมีปัญหาได้รับการพัฒนาและวินิจฉัยได้เร็วขึ้น ลดปัญหาแทรกซ้อนและความพิการที่อาจจะเกิดขึ้น ดังนั้นการสนับสนุนโครงการจะต้องมีการพัฒนาทั้งศักยภาพของผู้ดำเนินงาน และการสร้างความร่วมมืออย่างแท้จริงของชุมชน ทั้งนี้หากไม่มีความช่วยเหลือจากองค์กรภายนอกชุมชนต้องเรียนรู้ที่จะร่วมกันสร้างกระบวนการช่วยเหลือในจังหวัดดังกล่าวที่สามารถสร้างเครือข่ายความร่วมมือได้ จากทั้งองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และการปรับแนวคิดของพ่อแม่ผู้ปกครอง และผู้นำศาสนาในการนำเอาแนวคิดทางศาสนาการวิเคราะห์หลักศาสนาเพื่อการแก้ปัญหาที่ยั่งยืน เพราะในชุมชนผู้นำศาสนายังเป็นผู้นำทางจิตวิญญาณและความคิดของคนในชุมชน

4.กลุ่มวิชาชีพ ประกอบด้วยการจัดโครงการกิจวิจัย 3 โครงการ และเป็นโครงการพัฒนา 1 โครงการ โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ กลุ่มวิชาชีพพยาบาล เภสัช และ ทันตแพทย์

กลุ่ม อสม. เป็นการพยายามที่จะจัดทำแบบเก็บข้อมูลที่ใช้ข้อมูลให้มีคุณภาพเพิ่มขึ้น แต่ยังขาดกระบวนการทดสอบอย่างมีระบบ การประเมินประสิทธิภาพในการใช้งาน ระยะเวลาในการบันทึก การใช้เป็นฐานข้อมูลให้แก่เจ้าหน้าที่สถานีนอมาัยในการจัดทำฐานข้อมูล แบบบันทึกดังกล่าวยังขาดการอธิบายวิธีการใช้และคำจำกัดความ

ของแต่ละหัวข้อ ทั้งนี้หากเข้าใจไม่ตรงกันก็อาจจะทำให้ฐานข้อมูลผิดไปได้ รวมถึงผู้ที่ใช้ประโยชน์ที่แท้จริงจากฐานข้อมูลนี้

กลุ่มวิชาชีพเภสัชกร สนใจในเรื่องความเชื่อในการรับประทานของแสงกับยารักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยใช้กระบวนการเสวนากลุ่มใน 5 พื้นที่ มีกระบวนการในการคัดเลือกกลุ่มที่เข้าร่วมสนทนา และนักวิจัยทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่มและกระตุ้นให้ทุกคนได้แสดงความคิดเห็น ซึ่งเป็นระยะแรกเท่านั้น โดยมีการวางแผนที่จะดำเนินการต่อเนื่องในระยะที่ 2 ต่อไป

กลุ่มวิชาชีพพยาบาล เป็นการพยายามเล่าประสบการณ์ที่บุคลากรทางการแพทย์มีต่อการดูแลผู้ป่วย/ผู้มารับบริการ โดยบอกเล่าถึงสิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้น แต่ยังไม่ได้อธิบายถึงความรู้ที่ได้มาว่า เกิดการเรียนรู้อะไร และการดูแลที่เป็นตัวอย่างนี้ทำด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์แล้วเกิดอะไรบ้าง เมื่อเทียบกับการดูแลที่ผ่านมา

ความพยายามที่จะเชื่อมโยงบทบัญญัติในคัมภีร์อัลกุรอานและข้อปฏิบัติในหะดีษ ประเด็นสุขภาพอนามัย การล้างมือและการทำความสะอาดพื้น เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยการค้นหาข้อปฏิบัติตามหลักศาสนาเป็นแนวทางให้ความรู้แก่ชุมชน ซึ่งควรจะต้องมีการทดลองปฏิบัติ การยอมรับโดยผู้รู้ทางศาสนาและต้องประเมินผลด้วย ทั้งนี้เพราะบริบทของพื้นที่มีความแตกต่างกัน ด้านการประเมินผลทั้ง 4 โครงการยังมีข้อบกพร่อง

ข้อด้อยที่พบ

เนื่องจากโครงการส่วนใหญ่ไม่ได้คำนึงถึงการวัดผล หรือ การประเมินผลโครงการ ทำให้เป็นที่น่าเสียดายว่า กิจกรรมที่กล่าวว่าเป็นนวัตกรรมนั้นมีคุณค่าและได้รับการยอมรับในชุมชนเพียงใด ยกตัวอย่างเช่น ในโครงการที่พยายามส่งเสริมการตรวจมะเร็งปากมดลูกในหญิงที่เป็นกลุ่มเสี่ยง การจัดการกลุ่มและกระบวนการนำเสนอ คือ ผู้ดำเนินงานพยายามที่จะทำงานขึ้นนี้ให้เป็นงานวิจัย ขณะเดียวกันการรวบรวมแนวคิดในการจัดการตัวแปรต่าง ๆ ยังไม่ชัดเจน รวมทั้งเครื่องมือที่ใช้ในการวัดผล และกิจกรรมไม่สามารถนำไปตอบคำถามที่ต้องการได้ กระบวนการจัดการกลุ่มเป้าหมาย พบว่า ไม่มีการจัดการว่ากลุ่มที่เคยรับการตรวจและกลุ่มใหม่คือใคร ต่างกันอย่างไร ทำให้ข้อมูลที่ได้มามีความยากในการจัดการ การให้ผู้ที่มีประสบการณ์ในการตรวจภายในปากมดลูกมาเล่าประสบการณ์ให้เพื่อน ๆ ฟัง เป็นการใช้สื่อการสอนโดยคนและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ตรง

สิ่งที่ผู้ดำเนินงานส่วนใหญ่ละเลยคือ ข้อมูลทางประชากรของกลุ่มเป้าหมายและกลุ่มผู้ที่เข้ามาเกี่ยวข้องทำให้ไม่เห็นภาพปัญหาที่แท้จริง กลุ่มที่เข้าร่วมหรือเป็นกลุ่มเป้าหมายมีคุณสมบัติอะไรจึงไม่สามารถตอบคำถามได้ว่า หลังจากดำเนินงานแล้วมีการเปลี่ยนแปลงอะไร

สิ่งที่ต้องพัฒนาให้เกิดความยั่งยืน

การพัฒนาให้เกิดความยั่งยืน มองได้ 2 ประเด็นคือ

1. ความยั่งยืนของโครงการและความต่อเนื่อง
2. ความยั่งยืนของศักยภาพผู้ดำเนินงานและชุมชน

ข้อดีของการมีโครงการสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ

1. ภายใต้ภาวะวิกฤตที่หลายคนท้อแท้และท้อถอย การจุดประกายความคิดให้เกิดขึ้นเพื่อการดำเนินงาน ภายใต้ข้อจำกัด เป็นการพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานโดยโครงการทุกโครงการทาง สวรรส ภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้จัดให้มีที่ปรึกษาเป็นเสมือนผู้ร่วมคิดและคอยประคับประคอง

2. ถึงแม้ชิ้นงานส่วนใหญ่จะมาจากปัญหางานประจำที่ยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายตัวชี้วัดได้ โดยเฉพาะงานอนามัยแม่และเด็ก การคัดกรองผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และมะเร็งในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ แต่ก็เพิ่มความตระหนักที่เป็นเสมือนการพยายามที่จะให้เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ได้เกิดการเรียนรู้ การใช้ข้อมูลที่ถูกต้อง การวิเคราะห์สถานการณ์ และการทำงานเชิงรุก

3. เกิดการเรียนรู้ระหว่างนักวิชาการ ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และชุมชนในอันที่จะร่วมกันสร้างงานและหันมาดูแลปัญหาสุขภาพของตัวเอง ครอบครัว และคนในชุมชน

4. เป็นจุดเริ่มต้นในการร่วมกันขยายแนวคิดและกลุ่มมีการเสวนาประเด็นอื่น ๆ เกิดขึ้นและเป็นช่องทางในการสมานฉันท์ เพราะ บุคคลากรสาธารณสุขได้รับการยอมรับว่าเป็นกลุ่มที่เป็นกลางเสมอและมองเห็นประเด็นสุขภาพของประชาชนเป็นหลัก

5. เป็นการส่งเสริมศักยภาพของผู้ปฏิบัติงาน และแลกเปลี่ยนแนวคิดเชิงวิชาการ

6. เกิดเครือข่ายความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาและความร่วมมือของภาครัฐ และชุมชนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพวิกฤตในภาคใต้อย่างสมานฉันท์ด้วยความรู้สึที่เป็นมิตร

7. เกิดการต่อยอดสิ่งที่ดี และสร้างนวัตกรรมใหม่ ๆ ในการส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่

8. สร้างงานวิจัยโดยใช้ฐานของพื้นที่เป็นตัวตั้งและนำไปสู่การวางแผนการแก้ไขปัญหาสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

9. ส่งเสริมอัตลักษณ์ของคนที่อยู่ในพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมให้สามารถร่วมคิดร่วมทำ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

10. เกิดการเรียนรู้และเรื่องเล่ามากมายที่ควรมีการถอดบทเรียนเพื่อเป็นบทเรียนให้แก่พื้นที่อื่น

11. ความคงอยู่ของทุนทางสังคม จากการพยายามที่จะนำเอาทุนทางสังคมของพื้นที่มาเป็นส่วนหนึ่งของการแก้ปัญหาทั้งจากความร่วมมือของผู้นำศาสนา องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรวมถึงผู้ป่วย ญาติ ชาวบ้าน และเยาวชน ความร่วมมือกันนี้น่าจะทำให้ความขัดแย้งในพื้นที่ลดลงได้และกลับมาเป็นสังคมแห่งปัญญาและจิตวิญญาณต่อไป

สิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้น

1. เกิดความพยายามในการให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของสมาชิกในชุมชน การสร้างสัมพันธภาพที่ดีเพื่อให้งานเกิดผลสำเร็จ เป็นการเพิ่มทุนทางสังคมที่สำคัญ

2. บนความหวาดระแวงและความท้อแท้กับเหตุการณ์ก็ยังมีคนอีกกลุ่มหนึ่งที่พยายามทำให้เกิดความรู้สึกเป็นมิตรในวัฒนธรรมที่แตกต่าง และส่งเสริมอัตลักษณ์ของชาวไทยมุสลิม

3.ชุมชนเกิดความเข้มแข็ง : การพึ่งพาตนเองในการแก้ปัญหา มากกว่าการขอความช่วยเหลือ เป็นการเพิ่มศักดิ์ศรีและศักยภาพของชุมชน

4.ศรัทธาต่อเพื่อนมนุษย์ด้วยกันในการที่จะร่วมคิดเพื่อให้เกิดมีสุขภาวะในชุมชน/พื้นที่

5.เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้สถานการณ์จริงในพื้นที่ เปิดโอกาสให้นักวิชาการและองค์กรภายนอกได้มีโอกาสร่วมแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพและปัญหาที่เกี่ยวข้องในมุมมองเชิงวิชาการ

6.กระตุ้นให้บุคลากรทางสาธารณสุขได้พัฒนาองค์ความรู้และเปิดโลกทัศน์ของตนเองในการพัฒนางาน และแก้ปัญหาสุขภาพให้แก่ประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบ

7.กระบวนการในการพัฒนาที่สวรส ภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาเป็นกระบวนการที่ช่วยเสริมให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้ การเกิดแนวคิดใหม่ ๆ เกิดนวัตกรรมใหม่ ๆ ในการจัดการ มุมมองที่กว้างมากขึ้น การยอมรับความสามารถและข้อจำกัดทั้งของตนเองและของผู้อื่น

8.เกิดเครือข่ายการทำงานไม่เพียงเฉพาะบุคลากรทางสาธารณสุข แต่มีทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม กลุ่มเด็ก กลุ่มสตรี กลุ่มปราชญ์หรือผู้นำทางธรรมชาติในพื้นที่

ข้อเสนอแนะสำหรับผู้บริหาร

1.สวรส ภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และหน่วยงานภาคีที่ร่วมให้การสนับสนุนควรมีความร่วมมือกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่เกี่ยวข้องในการคัดกรองโครงการทั้งนี้เนื่องจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาด้านสาธารณสุขและสามารถบูรณาการปัญหาและพื้นที่เข้าด้วยกัน เพื่อนำไปสู่การพัฒนาโครงการที่สามารถแก้ไขปัญหาสาธารณสุขภายใต้ภาวะวิกฤตที่เป็นรูปธรรมในระดับพื้นที่มากขึ้น

2.การจัดกระบวนการประเมินสถานการณ์ปัญหา (mapping) ทุกพื้นที่ก่อนการเริ่มกระบวนการสนับสนุนงบประมาณ ซึ่งการทำ mapping นี้ ควรดำเนินการโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยการทำ mapping ทั้งระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด เพื่อให้การเสนอโครงการเป็นการนำปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่มาแก้ไขมากกว่าการดำเนินงานโครงการตามความต้องการของผู้ขอรับการสนับสนุน

3.การพัฒนาโครงการควรมีที่ปรึกษาตั้งแต่เริ่มการพัฒนา ติดตามเป็นระยะ ๆ มีการรายงานความก้าวหน้าทุก 1-2 เดือน

4.การพัฒนาโครงการที่ใช้เวลาสั้นเพียง 3-6 เดือน อาจจะไม่สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ โดยเฉพาะการสร้างเครือข่ายความร่วมมือและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

5.ควรจัดเป็นชุดโครงการของแต่ละจังหวัด เพื่อลดความซ้ำซ้อน และเพิ่มความต่อเนื่องของการดำเนินงาน ทั้งนี้เพราะในแต่ละจังหวัด อาจมีความแตกต่างในเชิงกลุ่มชาติพันธุ์ที่ไม่แตกต่างกัน การมองชุดโครงการของจังหวัด จะทำให้มองเห็นผลลัพธ์และผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้นเป็นรูปธรรมมากขึ้น และเกิดเป็นสังคมของการเรียนรู้และการจัดการความรู้ที่เกิดขึ้นสู่การตรวจสอบข้อมูลที่เป็นด้านวิชาการ นำไปสู่การนำความรู้ที่ได้ไปสูการปฏิบัติและขยายผล พบว่า 25/39 โครงการเป็นการอบรม และมี 21/39 โครงการที่มีการเยี่ยมบ้าน ขณะเดียวกัน 19/39 โครงการใช้กระบวนการเสวนากลุ่มโดยการมีส่วนร่วม 36/39 โครงการไม่มีการประเมินผล และ 29/39 โครงการที่ไม่มีการต่อยอดโครงการ (ดูในภาคผนวก)

6.ควรจะต้องมีการประเมินผลทั้งภายในและภายนอกทุกโครงการเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเกิดงานที่มีคุณภาพเพิ่มขึ้น ทั้งนี้พบว่า โครงการทั้ง 39 โครงการ เป็นโครงการที่บรรลุวัตถุประสงค์ของการศึกษา 20/39 โครงการ การดำเนินงานตรงกลุ่มเป้าหมาย 26/39 โครงการ มีข้อมูลเบื้องต้น 20/39 โครงการ

7.พัฒนาศักยภาพของหัวหน้าโครงการที่ขอรับการสนับสนุน/ในการเขียนรายงาน/บทความทางวิชาการ

8.ควรจะต้องมีการตรวจสอบข้อมูลที่ได้รับ ทั้งนี้เพื่อจะได้ไม่เป็นการลำเอียงและชี้นำสังคมในทางที่ไม่เป็นจริง โดยเฉพาะในกลุ่มที่ต้องการการรักษาความลับและข้อมูลส่วนตัว แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลเหล่านั้นต้องมีการตรวจสอบได้และนำไปสู่กระบวนการเรียนรู้ในชุมชนเพื่อการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นรูปธรรม

9.ในการกำหนดให้โครงการนี้ควรมีลักษณะเป็น “พหุวัฒนธรรม” แต่จากการดำเนินงานโครงการ ไม่ปรากฏความเป็นพหุวัฒนธรรมที่ชัดเจน กระบวนการดังกล่าวเป็นกระบวนการที่สำคัญที่จะตอบโจทย์ที่ว่า การสนับสนุนนี้คาดหวังให้เกิดความร่วมมือระหว่างคนต่างวัฒนธรรมที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เดียวกัน การพยายามแยกวัฒนธรรมออกจากวิถีชุมชนจึงไม่ตรงกับวัตถุประสงค์ของโครงการหลัก เพราะสิ่งที่ปรากฏเป็นการเน้นที่ “วิถีมลายู” และ “วิถีมุสลิม” มากกว่า “พหุวัฒนธรรม”

10.การกำหนดตัวชี้วัดว่า อะไรคือ “นวัตกรรมภายใต้ พหุวัฒนธรรม” ควรต้องชัดเจน มิฉะนั้น จะหลงประเด็นว่า “นวัตกรรม” ที่นำเสนอ ใช้ นวัตกรรม ภายใต้พหุวัฒนธรรมจริง หรือ ซึ่งอาจจะต้องมีเกณฑ์กำหนด ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ที่ดำเนินโครงการได้เข้าใจและมีทิศทางในการปฏิบัติว่า สิ่งที่ตนเองทำ คือ “งานประจำ” หรือ นวัตกรรม ด้วยเหตุผลใด การมีเกณฑ์ตัดสินกลางเป็นความโปร่งใสและเป็นแนวทางของ ธรรมาภิบาลอีกด้วย

ข้อเสนอแนะเพื่อการจัดการความรู้ให้มีประสิทธิภาพ

1.นำโครงการทั้งหมดมาวิเคราะห์โดยคณะกรรมการ/ผู้ทรงคุณวุฒิและพี่เลี้ยงแต่ละจังหวัด เพื่อคัดเลือกและร่วมวางแผนในการดำเนินโครงการต่อยอด

2.จัดกระบวนการติดตามประเมินผลโดยผู้ทรงคุณวุฒิ กำหนดบทบาทผู้ทรงคุณวุฒิ และทีมพี่เลี้ยงในการติดตามรายงาน อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งในโครงการระยะสั้น และ/หรือ 2 เดือนต่อครั้งในโครงการระยะยาว

3.อบรมกระบวนการเขียนรายงาน การสร้างแบบสอบถาม การสร้างสื่อ การประเมินผลโครงการ รวมถึงการทบทวนองค์ความรู้และแนวคิดในเรื่อง “สุขภาวะ” เพื่อจะได้มองปัญหาและแนวทางในการดำเนินงานโครงการได้อย่างครอบคลุมและแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.ประเมินศักยภาพของชุมชนและผู้ดำเนินงาน ก่อนดำเนินงาน

5.มีคณะกรรมการจริยธรรมแต่ละจังหวัดโดยโครงการควรต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมก่อนส่งมาขอรับการพิจารณา ทั้งนี้เพื่อเป็นการปกป้องสิทธิทั้งผู้ดำเนินงานและกลุ่มเป้าหมาย ลดความขัดแย้งที่อาจจะเกิดขึ้นจากการดำเนินงานโครงการได้

6.ลดโครงการที่อิงงานประจำ เช่น โรคความดัน/เบาหวาน อนามัยแม่และเด็ก เนื่องจากที่ผ่านมา มีการสนับสนุนเป็นจำนวนมากแล้ว ควรให้พื้นที่มองปัญหาที่พบและต้องการการแก้ไข อื่น ๆ เช่น ปัญหาอุจจาระร่วงที่ยังเป็นปัญหาสำคัญและเป็นปัญหาซ้ำซาก การค้นหาเด็กที่มีปัญหาความพิการร่างกาย/ปัญญา

7.การจัดการความรู้หรือนวัตกรรมที่เกิดขึ้นไปสู่ความยั่งยืนที่แท้จริง โดยการมีส่วนร่วมอย่าง แท้จริงทั้งใน กลุ่มประชาชน ผู้ปฏิบัติงานและผู้ดูแลนโยบายในชุมชน โดยการจัดเก็บข้อมูลสู่ชุมชนเพื่อกระตุ้นความตระหนักของ ชุมชน รวบรวมนวัตกรรมที่เกิดขึ้นในแต่ละจังหวัดและนำไปสู่การพัฒนาแผนสุขภาพชุมชนและแผนสุขภาพ จังหวัด

8.วางแผนทางในการพัฒนาคุณภาพของงานหรือโครงการ โดยกำหนดตัวชี้วัดในการคัด สรรให้เป็นโครงการ Best practice อย่างแท้จริง เพื่อเป็นแนวทางที่จะนำไปสู่การพัฒนาและดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และเป็นโครงการต้นแบบที่มีคุณภาพทั้งด้านวิชาการและด้านการปฏิบัติ เป็นที่ยอมรับและนำไปปรับใช้ในพื้นที่อื่น ๆ

9.ความคุ้มค่าที่เกิดขึ้น โดยพิจารณาความคุ้มค่าที่เกิดจากการลงทุนในการพัฒนาศักยภาพของ ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ที่ต้องการขวัญและกำลังใจ ทุนทางสังคมที่เพิ่มขึ้นหรือลดลงในกลุ่มใด ทุนที่เป็นตัวเงินกับ โครงการหรือนวัตกรรมที่เกิดขึ้น

การสังเคราะห์องค์ความรู้จากโครงการนวัตกรรมปฐมภูมิพื้นที่พิเศษ

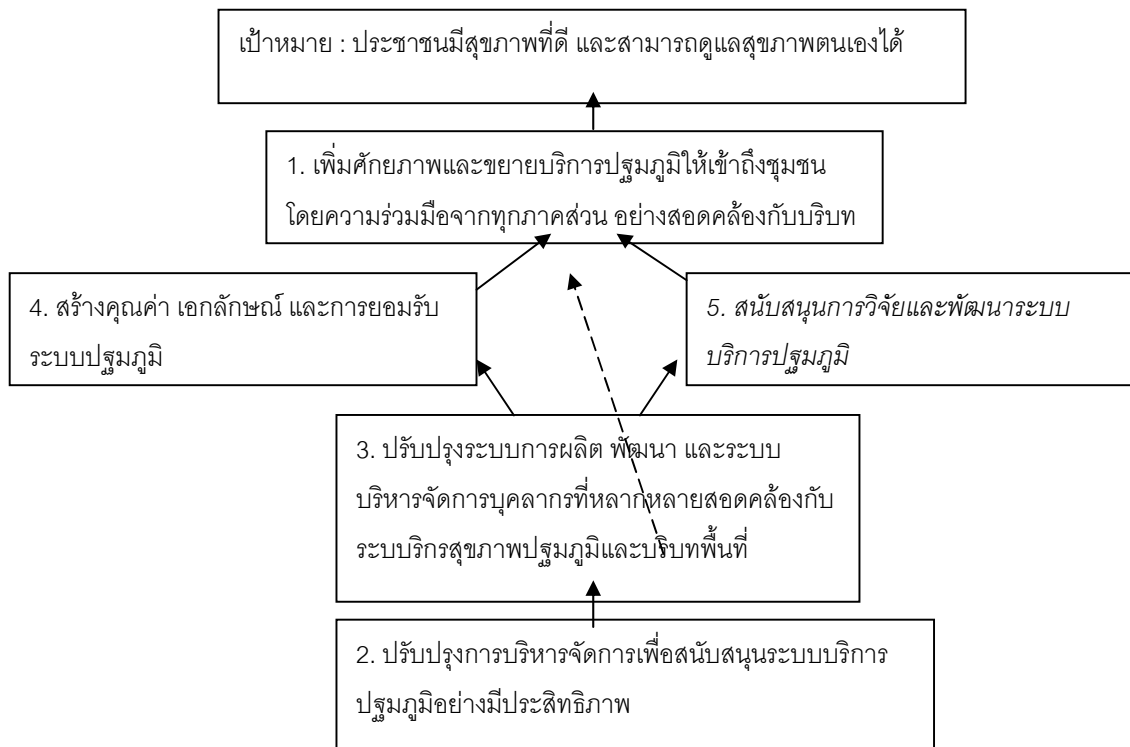
ในการจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน โดยในระยะที่ 1 การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิสู่ระบบสุขภาพชุมชน ที่จัดทำโดย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายวิชาชีพ จัดทำวิสัยทัศน์และพันธกิจ ดังนี้ คือ

วิสัยทัศน์ กำหนดว่า “ ระบบบริการปฐมภูมิเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนที่ครอบคลุม มีคุณภาพมาตรฐาน สอดคล้องกับสภาพพื้นที่อย่างเหมาะสม เป็นที่ยอมรับของประชาชนและสังคม”

พันธกิจ ดังนี้

“เครือข่ายบริการปฐมภูมิ ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพและเสริมสร้างขีดความสามารถของประชาชนในการดูแลสุขภาพและเสริมสร้างขีดความสามารถของประชาชน ในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบคลุม ชุมชน อย่างครอบคลุม และมีคุณภาพมาตรฐาน ที่สอดคล้องกับสภาพพื้นที่อย่างเหมาะสม”

ยุทธศาสตร์ที่กำหนดระหว่าง พ.ศ. 2550-2554 มีดังนี้



แผนภูมิที่ 1 ยุทธศาสตร์ระบบบริการปฐมภูมิ ระหว่าง พ.ศ. 2550-2554(3)

จากแนวคิดดังกล่าว นำมาสู่การจัดทำโครงการเพื่อพัฒนาระบบบริการในระดับปฐมภูมิให้สามารถแก้ไข ปัญหาสุขภาพในพื้นที่อย่างแท้จริงและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ รวมทั้งการจัดการด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนที่มีทุนทางสังคมเป็นตัวตั้ง การทำงานที่เกิดขึ้นจากโครงการ ฯ คาดหวังว่าจะเกิดความยั่งยืนและมีประสิทธิภาพโดยมี องค์การวิชาการ สปสช. กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องเป็นผู้ให้การสนับสนุนทั้งเชิงวิชาการ และร่วมให้ทุนสนับสนุนบางส่วน และในที่สุดท้องถิ่น ชุมชน และประชาชน ก็จะสามารถดำเนินกิจกรรมต่อเนื่อง โดยมีฐานคิดดังนี้

1.ระบบการดูแลสุขภาพได้มีการปรับเปลี่ยนแนวคิดจากเดิม ซึ่งมองว่าสุขภาพเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย แต่เดิมหน่วยงานจากส่วนกลางเป็นผู้กำหนดนโยบาย แต่ในปัจจุบันแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพมีความหมายที่เกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับทุกเรื่องทั้งในส่วนของวิถีชีวิต เศรษฐกิจ จิตใจ ครอบครัว ชุมชน วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และสุขภาพ การดูแลสุขภาพจึงมีความแตกต่างตามสภาพปัญหาและความต้องการทางด้านสุขภาพและ บริบทของพื้นที่ การดำเนินงานด้านสุขภาพในพื้นที่จึงต้องให้แต่ละภาคส่วนที่เกี่ยวข้องรวมถึงภาคประชาชน ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดระบบสุขภาพในพื้นที่ของตน

2.เงื่อนไขในการจัดการการเงินการคลัง การจัดบริการทางด้านสุขภาพในแต่ละพื้นที่ ได้ถูกกำหนดให้ ดำเนินการภายใต้เงื่อนไขของการกำหนดนโยบายทางการเงินการคลังในการดูแลสุขภาพของประเทศ ซึ่งมี สปสช. เป็นองค์กรหลักที่รับผิดชอบในการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 โดยอยู่ ระหว่างการกระจายงบประมาณไปยังท้องถิ่นในการจัดการทางด้านสุขภาพในพื้นที่ของตน ประกอบกับกรม พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 ที่กำหนดให้ องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น. ซึ่งเป็นองค์กรหลักของท้องถิ่นและมีบทบาทตามกฎหมายในการจัดบริการสุขภาพในพื้นที่ ทำหน้าที่ใน การกำหนดนโยบาย แผนงาน และสนับสนุนการดำเนินงานในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ อบต. ในแต่ละ พื้นที่จึงต้องเรียนรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดและวิธีการทำงานทางด้านสุขภาพเพื่อตอบสนองภารกิจที่ได้รับ มอบหมาย รวมทั้งกำหนดแนวทางในการใช้งบประมาณส่วนใหญ่ที่ได้รับจาก สปสช. ในการจัดบริการสุขภาพใน พื้นที่ โดยยึดปัญหาและความต้องการทางด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่เป็นตัวตั้ง

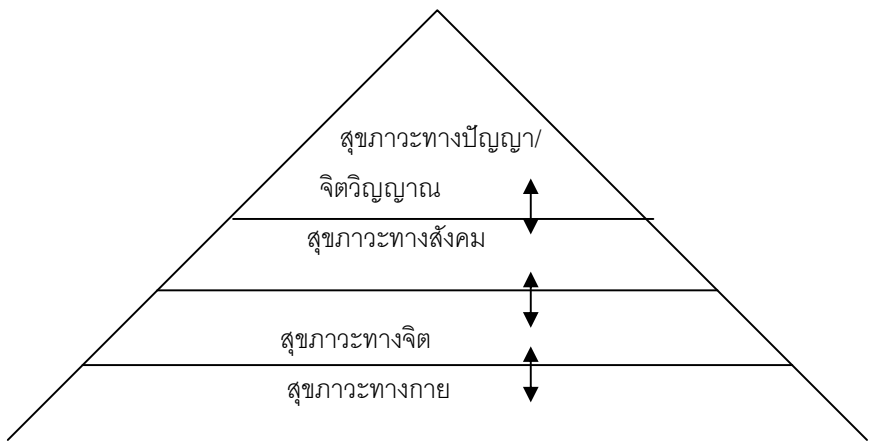
3.ผลการดำเนินงานของ อบต. ในหลายพื้นที่ได้ชี้ให้เห็นว่า อบต. ได้มีการดำเนินงานและจัดบริการ ทางด้านสุขภาพอยู่ก่อนแล้ว ทั้งในด้านการกำหนดนโยบายทางด้านสุขภาพ การดำเนินงานและสนับสนุนกิจกรรม ทางด้านสุขภาพในพื้นที่ รวมทั้งการประสานความร่วมมือกับหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งการดำเนินภารกิจ ทางด้านสุขภาพในแต่ละพื้นที่ยังอยู่ในระยะของการพัฒนา และมีความแตกต่างกันตามศักยภาพและความพร้อม ของ องค์การบริหารส่วนตำบล

4.ประสบการณ์การดำเนินงานทางด้านสุขภาพ ทั้งในส่วนขององค์การบริหารส่วนตำบล.ในแต่ละพื้นที่ และหน่วยบริการทางด้านสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งได้แก่ สถานีอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชน และโรงพยาบาลชุมชน ได้ ก่อให้เกิดการดำเนินงานและความร่วมมือระหว่างหน่วยงานมาอย่างต่อเนื่อง ผลของการดำเนินงานดังกล่าวนำไปสู่ การสร้างนวัตกรรมการทำงานในพื้นที่ ซึ่งทำให้เกิดระบบการทำงานทางด้านสุขภาพ รวมถึงวิธีการทำงานร่วมกันใน การให้บริการทางด้านสุขภาพ

5. เป็นการยกระดับองค์ความรู้และสร้างความต่อเนื่องของการพัฒนานวัตกรรมการทำงานของพื้นที่จากโครงการบริการปฐมภูมิ(PCU)ในฝัน รวมไปถึงเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เกิดการพัฒนานโยบายของพื้นที่ซึ่งสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้จริงและเหมาะสมกับพื้นที่ และใช้เป็นองค์ความรู้ในการตอบคำถามเกี่ยวกับการพัฒนาระบบและวิธีการทำงานทางด้านสุขภาพที่เหมาะสมในพื้นที่ ดังนั้นจึงต้องมีกระบวนการในการเลือกสรรนวัตกรรมที่เกิดขึ้นในแต่ละพื้นที่ โดยส่งเสริมให้แต่ละพื้นที่ที่มีการสรุปบทเรียนเพื่อนำเข้าสู่การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แล้วนำผลที่ได้ไปสังเคราะห์องค์ความรู้โดยทีมวิชาการ

การมององค์ประกอบของสุขภาพ

ในการมองปัญหาสุขภาพตามแนวทางปัจจุบันที่พยายามนำเรื่องสุขภาพแบบองค์รวมที่ประกอบด้วย กาย จิต สังคม/เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณหรือปัญญา เป็นฐานคิดในการมองปัญหาความเชื่อมโยงของสุขภาพในปัจจุบัน



แผนภูมิที่ 2 แผนผังสุขภาพ

สิ่งที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้นจากโครงการนวัตกรรมฯ ที่ได้รับการสนับสนุน คือ การมีสุขภาพที่ดีของประชาชนในชุมชน โดยให้ความสำคัญในระดับปฐมภูมิเป็นหลักเนื่องจากเป็นหน่วยที่ใกล้ชิดกับชุมชนมากที่สุดและเป็นเสมือนเพื่อนร่วมทางที่สำคัญและที่ผ่านมายุคทุกสมัย หน่วยงานปฐมภูมิหรือสถานีนามัยก็เป็นหน่วยงานที่ควรได้รับความสำคัญจากกระทรวงสาธารณสุขมากที่สุด แต่ที่ผ่านมามีเป็นเช่นนั้นเนื่องจากประชาชนมีโอกาสในการเลือกใช้บริการตามแต่ความเชื่อของตนเอง หน่วยงานปฐมภูมิจึงกลายเป็นหน่วยที่ทำตามความต้องการตามเป้าประสงค์และตัวชี้วัดของทุกหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข และเมื่อการดูแลสุขภาพถูกเปลี่ยนความหมายจากการที่ให้ประชาชนทุกคนตระหนักและรับผิดชอบสุขภาพของตนเอง คนในครอบครัวและคนในชุมชน มาเป็นการเน้นการรักษาเฉพาะทาง ขณะเดียวกันอาศัยภูมิปัญญาท้องถิ่นก็ลดลง ทำให้เพิ่มความต้องการในการรักษาแผนปัจจุบันมากขึ้น ต้องการการดูแลเฉพาะโรคมากขึ้น ทั้ง ๆ ที่โรคบางโรคสามารถหายหรือดีขึ้นโดยการดูแลสุขภาพพื้นฐาน

ซึ่งต่อมาทำให้เกิดการเพิ่มต้นทุนในการรักษาพยาบาลแต่กลับลดต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่และเป็นจุดแข็งของชุมชนให้น้อยลง การพยายามส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและการมองปัญหาสุขภาพของชุมชนจึงน่าจะเป็นคำตอบที่ยั่งยืนกว่า เป็นการเพิ่มต้นทุนทางสังคมขณะเดียวกันก็ลดต้นทุนในการบำบัดรักษาในโรคบางโรคที่ไม่รุนแรง (4)

จากแผนภูมิที่ 2 จะสามารถอธิบายจากข้อเขียนของ ศ.นายแพทย์ประเวศ วะสี ได้ดังนี้

สุขภาพ หรือสุขภาพะ หมายถึง วิถีชีวิตทั้งหมดไม่คับแคบ มีดังนี้ สุขภาพแบบปัจจุบันที่ลดทอนเรื่องสุขภาพลงเหลือแค่เทคนิคและเน้นที่โรคภาพ มากกว่า สุขภาพ เมื่อคับแคบก็ตีบตัน โดยคำว่า สุขภาพ ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก *Health is complete physical mental social and spiritual well-being.....* การมองภาพของสุขภาพดังกล่าวได้รวมเอาจิตวิญญาณ(ด้านปัญญา)เข้าไว้ด้วยตั้งแต่แรก(5)

ในการวางรากฐานของการดำเนินโครงการก็มีเป้าหมายที่จะให้ทุกโครงการได้มองเห็นสุขภาพหรือสุขภาพะของประชาชนอย่างครบถ้วนเช่นกัน ทั้งนี้มีคำอธิบายในเรื่องดังกล่าว ดังนี้

สุขภาพะที่สมบูรณ์ทางกาย ย่อมหมายถึง ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลัง ไม่พิการ มีเศรษฐกิจหรือปัจจัยที่จำเป็นพอเพียง ไม่มีอุปสรรคขวางกั้น มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพว่า กาย ในที่นี้หมายถึงกายภาพด้วย

สุขภาพะที่สมบูรณ์ทางจิต หมายถึง จิตใจที่มีความสุข รื่นเริง คล่องแคล่ว ไม่ติดขัด มีความเมตตา สัมผัสกับความงามของสรรพสิ่ง มีสติ มีสมาธิ มีปัญญา รวมถึงการลดความเห็นแก่ตัวลงไปด้วย เพราะตราบใดที่ยังมีความเห็นแก่ตัว ก็จะมีสุขภาพะที่สมบูรณ์ทางจิตใจไม่ได้(5) สุขภาพะที่สมบูรณ์ทางสังคม หมายถึง การอยู่ร่วมกันด้วยดี มีครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็งสังคมมีความยุติธรรม มีความเสมอภาค มีราตรภาพ มีสันติภาพ มีความเป็นประชาสังคม มีระบบบริการที่ดี และระบบบริการเป็นกิจการสังคม

สุขภาพะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ (spiritual well-being)(6) หมายถึง สุขภาพะที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดีหรือจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงส่งหรือสิ่งสูงสุด เช่น การเสียสละ การมีความเมตตา กรุณา การเข้าถึงพระรัตนตรัย หรือเข้าถึงพระผู้เป็นเจ้า เป็นต้น สุขภาพทางจิตวิญญาณเป็นความสุขอันประณีตและล้ำลึก และเน้นที่จิตวิญญาณซึ่งมีองค์ประกอบที่มีอิทธิมาจากวัฒนธรรม ความเชื่อและศาสนา

สถานการณ์ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ และ 4 อำเภอในจังหวัดสงขลา

สืบเนื่องจากการเกิดปัญหาความไม่สงบในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดน ประกอบด้วย จังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาส และ 4 อำเภอในจังหวัดสงขลา ประกอบด้วย อำเภอนาทวี สะบ้าย้อย เทพาและจะนะ ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2547 จนถึงปัจจุบัน สถานการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นก็ยังไม่มีความแนวโน้มว่าจะสงบลงได้เมื่อไหร่ ไม่มีใครให้คำตอบได้ แต่อย่างไรก็ตามสิ่งที่หลายฝ่ายโดยเฉพาะผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ดังกล่าวมีความเห็นตรงกันคือ “ชีวิตต้องดำเนินต่อไป” ทำให้หลายหน่วยงานประกอบด้วยภาครัฐ เอกชน และองค์กรอิสระ อื่น ๆ ต้องมีการปรับระบบการทำงานให้เหมาะสมกับสถานการณ์

งานสาธารณสุขเป็นงานที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ดังกล่าว ทั้งนี้เพราะมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ดังกล่าวโดยต้องให้บริการโดยไม่เลือกปฏิบัติ ในการปรับระบบการทำงานดังกล่าวทำให้ต้องมีการทบทวนถึงการจัดระบบการทำงานให้มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ และงานสาธารณสุขนี้อาจจะเป็นการ

ทำงานที่สามารถทำให้เกิดการรวมตัวของคนในชุมชน เกิดความร่วมมือร่วมใจ และคาดว่าความสามัคคีและความสงบจะกลับมาอีกครั้ง แต่การให้งานสาธารณสุขเป็นจุดตั้งต้นจำเป็นจะต้องมีการพัฒนาบุคลากรให้สร้างแนวคิดในการให้บริการแนวทางใหม่ที่สามารถให้บริการแบบองค์รวม สร้างแรงจูงใจ ขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานแก่เจ้าหน้าที่ในพื้นที่โดยเฉพาะหน่วยเล็กที่สุดคือสถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน ที่มีภาระและบทบาทในการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ให้มีสุขภาพที่ดีและได้รับการอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพไม่แตกต่างจากก่อนเกิดเหตุการณ์ไม่สงบ และอาจจะต้องให้บริการมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากต้องเยียวยาสภาพจิตใจของผู้ที่ตกอยู่ในสถานการณ์ดังกล่าวที่เรื้อรังมานานกว่า 5 ปี

หากพิจารณาถึงบริบทของพื้นที่จะพบว่า ในพื้นที่ดังกล่าวประชากรส่วนใหญ่เป็นชาวไทยมุสลิม มีวัฒนธรรมและอัตลักษณ์ของตนเองที่เชื่อมโยงกับวัฒนธรรมไทยพุทธและวัฒนธรรมท้องถิ่นที่ประสานระหว่าง พุทธ คริสต์ อิสลามและฮินดู โดยบางครั้งแยกออกได้ยากระหว่างวัฒนธรรม พิธีกรรมและธรรมเนียมปฏิบัติ เช่น การมีพิธีกรรมเมื่อมีการฝากครรภ์หรือแท้ง เป็นต้น หลังจากเกิดปัญหาความไม่สงบในพื้นที่ดังกล่าวมา ได้มีการสำรวจปัญหาในการดูแลสุขภาพด้านสาธารณสุขให้แก่ประชาชนในพื้นที่ที่มีความรุนแรง โดยนายแพทย์อมร รอดคล้าย และคณะ (1)ซึ่งสรุปได้ดังนี้

จากวิกฤตความรุนแรงที่เกิดขึ้นตั้งแต่วันที่ 4 มกราคม 2547 เป็นต้นมา มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตและสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นอย่างมาก และที่สำคัญ จากการศึกษาของ อมร รอดคล้าย และ คณะ (2548) พบว่า การให้บริการด้านสาธารณสุขในระดับสถานีอนามัยจำนวน 253 แห่ง มีการเปลี่ยนแปลงร้อยละ 35.6 ในด้านผู้ให้บริการพบว่า มีการลดลงของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานีอนามัยเฉลี่ย 3.4 คน และมีแนวโน้มว่าจะลดลงเรื่อย ๆ ส่วนด้านบริการของโรงพยาบาลในพื้นที่ก็ลดลงเช่นกันโดยเฉพาะการจัดบริการเชิงรุก โดยเฉพาะบริการที่จำเป็นคือการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคลดลงมากกว่าร้อยละ 70 ของกิจกรรมที่เคยปฏิบัติผลกระทบจากเหตุการณ์ทำให้ผู้ป่วยที่เป็นปัญหาในพื้นที่ได้แก่โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในพื้นที่ดังกล่าวมีมากขึ้น โดยภาคใต้ยังมีปัญหานี้ในระดับสูงเมื่อเทียบกับปัญหาดังกล่าวทั่วประเทศ

จากผลของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ นำไปสู่แนวคิดที่จะส่งเสริมศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่โดยการหาแนวคิดวิธีการใหม่ ๆ ที่จะนำไปสู่การดูแลสุขภาพของประชาชนที่ยังคงอาศัยในพื้นที่ที่มีความรุนแรง และเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงานแก่บุคลากรสาธารณสุขด้วย

ดังนั้นใน พ.ศ. 2550 จึงมีโครงการสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมบริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นความร่วมมือระหว่าง สวรส.ภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และสถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.) เพื่อดำเนินโครงการคัดเลือกนวัตกรรมในโครงการสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมบริการสุขภาพปฐมภูมิทั่วประเทศ และบริหารจัดการโครงการสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมบริการสุขภาพปฐมภูมิพื้นที่ภาคใต้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1.ใช้นวัตกรรมที่เกิดจากกระบวนการค้นหาเป็นเครื่องมือในการเรียนรู้ร่วมกันอันนำไปสู่การให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และการสร้างการมีส่วนร่วมของสังคม 2.พัฒนากลไกในการสนับสนุนกระบวนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่สอดคล้องกับเงื่อนไขในระดับพื้นที่ และ 3.สร้างกระแสการแข่งขันในการสร้างนวัตกรรมของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิร่วมพัฒนาเครือข่ายการจัดการความรู้ในกระบวนการพัฒนาระบบปฐมภูมิ

การดำเนินงานมุ่งเน้นระบบการดูแลที่มองการสุขภาพไม่เฉพาะเรื่องของความเจ็บป่วยแต่เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ชุมชน และบุคคล การจัดบริการในพื้นที่ที่กำหนดโดยระบบการเงินการคลังของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การจัดบริการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การประสานความร่วมมือระหว่างสถานีนามัยและท้องถิ่นรวมถึง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้องค์ความรู้ในแต่ละพื้นที่ เกิดเป็น “นวัตกรรมระบบบริการปฐมภูมิ” ที่อาจจะต่อยอดการจัดบริการที่มีอยู่เดิม การจัดระบบและแนวคิดใหม่ที่เกี่ยวข้องกับการจัดกิจกรรมเพื่อให้เกิดภาคีที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพชุมชน และการนำเอาองค์ความรู้ด้านการวิจัยมาใช้ในการศึกษา โดยเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีต่าง ๆ และเกิดการเปลี่ยนแปลง/ผลกระทบต่อสุขภาพของคนในชุมชนอย่างแท้จริง

ผลจากการดำเนินงานในปีแรก (2550) (2) ทำให้เห็นถึงความจำเป็นและประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากยังมีผลกระทบที่เกิดจากเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ 3 จังหวัด และ 4 อำเภอในชายแดนภาคใต้ หากไม่มีความต่อเนื่องอาจจะทำให้การดำเนินงานบางประเด็นต้องยุติลง ผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรงคือประชาชนในพื้นที่ นอกจากนี้ยังมีความเชื่อว่า หากมีความร่วมมือกับหลาย ๆ ฝ่ายทั้งในท้องถิ่น ชุมชน นักวิชาการ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมถึงหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของการดำเนินงานและพื้นที่ได้รับประโยชน์โดยตรง นอกจากนี้ยังเป็นการพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม ทางตรงหมายถึง การที่ผู้ดำเนินงานซึ่งส่วนใหญ่ที่เป็นบุคลากรทางสาธารณสุขได้มีโอกาสทำงานร่วมกับชุมชนและองค์กรส่วนท้องถิ่นอย่างจริงจังมากกว่าการมองปัญหาหรือตัวชี้วัดในระบบงานประจำ ส่วนทางอ้อม คือ ส่งผลถึงการพัฒนาดนเองและ ผู้ปฏิบัติงานในเชิงวิชาการโดยกำหนดให้รูปแบบของการดำเนินงานมุ่งเน้นที่เป็นการออกแบบเชิงระบบ(design system) และการสร้างหรือพัฒนาวิธีการจัดบริการ(method) เน้นที่ความต้องการของกลุ่มประชากร(population based) และ ประเด็นสุขภาพ (issue based) โดยมีการสนับสนุนผ่าน สวรส. ภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. กำหนดให้ผู้มีสิทธิเสนอโครงการจะต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. หน่วยบริการปฐมภูมิ / ศูนย์สุขภาพชุมชนทุกแห่ง ทั้งเครือข่ายของรัฐหรือเอกชน
2. กลุ่ม เครือข่าย องค์กร หน่วยงาน ในพื้นที่ที่มีบริบทที่เกี่ยวข้องกับการบริการปฐมภูมิ
3. สถาบันการศึกษาในพื้นที่ที่ทำงานร่วมกับกลุ่ม เครือข่าย องค์กร หน่วยงาน หรือหน่วยบริการปฐมภูมิ

ผู้มีสิทธิสามารถเสนอโครงการเพื่อรับการสนับสนุนได้ไม่เกิน 1 โครงการ ทั้งนี้งบประมาณที่จะขอการสนับสนุนแต่ละโครงการไม่ควรเกิน 200,000 บาทต่อโครงการ

จากผลการประเมินในการสนับสนุนโครงการ ในปี 2549 พบว่า ได้มีการวางแผนให้เกิดความต่อเนื่องของโครงการ โดยจัดเป็นพื้นที่พิเศษ และได้รับการสนับสนุนดังนี้

1. มีโครงการต่อเนื่องเกี่ยวกับงานบริการสุขภาพปฐมภูมิในเขตพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชน สถานีนามัย และภาคประชาสังคมในพื้นที่ ได้รับงบประมาณสนับสนุนเพื่อดำเนินโครงการพัฒนาการจัดบริการปฐมภูมิในพื้นที่พิเศษ จังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส และสตูล (มีโครงการที่ได้รับการสนับสนุนในระยะที่ 1 จำนวน 116 โครงการ โดยขอยกเลิก 1 โครงการเหลือเพียง 115 โครงการ จากการส่งโครงการเข้ามาทั้งสิ้น 295 โครงการ)

2. ได้มีการดำเนินการเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยการเยียวยาสังคมเพื่อสร้าง

ความสามัคคีในพื้นที่ ด้วยการดำเนินโครงการเยียวยาสังคมสู่ความสามัคคี ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งเป็นโครงการที่คัดเลือกผู้นำชุมชน 10 ชุมชนต้นแบบ มาเข้าร่วมสานเสวนาเพื่อให้คนในชุมชนได้ร่วมพูดคุยกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ แล้วนำกรอบแนวคิดเรื่องการสามัคคีไปใช้และจัดกระบวนการภายในชุมชนของตัวเอง อันจะนำไปสู่การคิดแก้ปัญหาาร่วมกันของคนในชุมชน ซึ่งต่อไปจะเป็นแผนการเยียวยาของชุมชนโดยคนในชุมชนเอง

3.การผลักดันให้ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยเฉพาะกลุ่มบุคลากรสุขภาพในสายทหาร กลุ่มแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ กลุ่มพยาบาลเวชปฏิบัติและเครือข่ายเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมถึงเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน (อสส.) ให้มีความเข้าใจและเข้าถึงการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีมุสลิม โดยจัดให้มีการอบรมกลุ่มผู้ปฏิบัติงานดังกล่าว ในเวทีการจัดสัมมนาเรื่อง “อุดมคติและความเป็นจริง...เครือข่ายบริการสุขภาพในความไม่สงบ”

อย่างไรก็ตามสิ่งที่ต้องคำนึงถึงคือ เรื่อง พหุวัฒนธรรมที่หมายรวมถึง การอยู่ร่วมกันระหว่างประชาชนที่นับถือศาสนาที่แตกต่างกันสามารถอยู่ร่วมกันและเข้าใจข้อจำกัดและความแตกต่างของแต่ละศาสนา และไม่พยายามนำเอาความต่างมาเป็นข้อขัดแย้ง หากเป็นเช่นนั้นก็จะทำให้ชุมชนไทยในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่างสามารถกลับมาอยู่อย่างสงบได้ และมีการเยียวยาแผลที่เกิดจากเหตุการณ์เหล่านี้ทั้งในผู้ที่ถูกกระทำโดยตรงและผู้ได้รับผลกระทบในทุกฝ่าย

การนำนวัตกรรมมาเป็นเครื่องมือพัฒนาคน-งาน

ปัจจุบันเรามักได้ยินคำว่า “นวัตกรรม” กันอยู่ทั่วไปทั้งในวงการการศึกษา การอุตสาหกรรม และอื่น ๆ ซึ่งหากถามว่า ความหมายของคำว่า “นวัตกรรม” คืออะไร และทำไมเราจึงต้องมี “นวัตกรรม” ใหม่ ๆ เกิดขึ้น

คำว่า “นวัตกรรม” หรือ นวัตกรรม มาจากคำภาษาอังกฤษว่า “Innovation” โดยคำว่า **นวัตกรรม** มีรูปศัพท์เดิมมาจากภาษาบาลี คือ นว+อุตต+กรรม กล่าวคือ นว แปลว่า ใหม่ อุตต แปลว่า ตัวเอง และกรรม แปลว่า การกระทำ เมื่อรวมคำ **นว** มาสนธิกับ **อุตต** จึงเป็น **นวัตต** และ เมื่อรวมคำ นวัตต นำมาสมาสกับคำว่า กรรม จึงเป็นคำว่า นวัตกรรม แปลตามรากศัพท์เดิมว่า การกระทำที่ใหม่ของตนเอง หรือ การกระทำของตนเองที่ใหม่ (7) ส่วนคำว่า “**นวัตกรรม**” ที่มีใช้กันมาแต่เดิม มีรากศัพท์เดิมมาจากคำว่า นว แปลว่า ใหม่ กรรม แปลว่า การกระทำ จึงแปลตามรูปศัพท์เดิมว่า **เป็นการปฏิบัติหรือการกระทำใหม่ ๆ**

ในความหมายโดยทั่วไปแล้วสิ่งใหม่ ๆ อาจหมายถึงความคิด วิถีปฏิบัติ วัตถุหรือสิ่งของที่ใหม่ ซึ่งยังไม่เป็นที่รู้จักมาก่อน คำว่านวัตกรรมนี้อาจมีผู้ใช้คำอื่นๆ อีก เช่น นวัตกรรม ความจริงแล้วก็เป็นคำ ๆ เดียวกันนั่นเอง

Hughes (1987) (8)อธิบายว่า นวัตกรรม เป็นการนำวิธีการใหม่ ๆ มาปฏิบัติหลังจากได้ผ่านการทดลองหรือได้รับการพัฒนาเป็นขั้น ๆ แล้ว โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. การคิดค้น (invention)
2. การพัฒนา (Development)
3. นำไปปฏิบัติจริง ซึ่งมีความแตกต่างจากการปฏิบัติเดิมที่เคยปฏิบัติมา

Everette M. Rogers (1983) (9)ได้ให้ความหมายของคำว่า นวัตกรรม (Innovation) ว่า นวัตกรรมคือความคิด การกระทำ หรือวัตถุใหม่ ๆ ซึ่งถูกรับรู้ว่าเป็นสิ่งใหม่ ๆ ด้วยตัวบุคคลแต่ละคนหรือหน่วยอื่น ๆ ของการ

ยอมรับในสังคม(Innovation is a new idea, practice or object, that is perceived as new by the individual or other unit of adoption)

การพิจารณาว่าสิ่งหนึ่งสิ่งใดเป็นนวัตกรรมนั้น Everett M. Rogers ได้ชี้ให้เห็นว่าขึ้นอยู่กับความรู้ของแต่ละบุคคลหรือกลุ่มบุคคลว่าเป็นสิ่งใหม่สำหรับเขา ดังนั้นนวัตกรรมของบุคคลกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งอาจไม่ใช่ นวัตกรรมของบุคคลกลุ่มอื่น ๆ ก็ได้ ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของบุคคลนั้นว่าเป็นสิ่งใหม่สำหรับเขาหรือไม่ อีกประการหนึ่งความใหม่ (newness) อาจขึ้นอยู่กับระยะเวลาด้วย สิ่งใหม่ๆ ตามความหมายของนวัตกรรมไม่จำเป็นจะต้องใหม่จริงๆ แต่อาจจะหมายถึงสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่เป็นความคิดหรือการปฏิบัติที่เคยทำกันมาแล้วแต่ได้หยุดกันไประยะเวลาหนึ่ง ต่อมาได้มีการรื้อฟื้นขึ้นมาทำใหม่เนื่องจากเห็นว่าสามารถช่วยแก้ปัญหาในสภาพการณ์ใหม่นั้นได้ ก็นับว่าสิ่งนั้นเป็นสิ่งใหม่ได้ ดังนั้น นวัตกรรมอาจหมายถึงสิ่งใหม่ๆ ดังต่อไปนี้

1. สิ่งใหม่ที่ไม่เคยมีผู้ใดเคยทำมาก่อนเลย
2. สิ่งใหม่ที่เคยทำมาแล้วในอดีตแต่ได้มีการรื้อฟื้นขึ้นมาใหม่
3. สิ่งใหม่ที่มีการพัฒนามาจากของเก่าที่มีอยู่เดิม

ดังนั้นในการสรุปว่าโครงการใดเป็นนวัตกรรม อาจจะไม่เพียงแต่การพิจารณาจากชื่อของโครงการหรือนวัตกรรมนั้น ๆ แต่จะต้องเห็นกระบวนการว่า สิ่งทีบอว่าเป็นนวัตกรรมมีความแปลกใหม่ทั้งในด้านแนวคิด หรือกระบวนการ และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไร นั่นหมายถึง ต้องมีการรอบการคิด กระบวนการดำเนินงานและมีการประเมินผล มีข้อพิสูจน์ว่า นวัตกรรมนั้นสามารถใช้ได้ในเชิงปฏิบัติและก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง จับต้องได้ และที่สำคัญคือ ความยั่งยืนที่เกิดขึ้น ที่อาจจะมีการนำไปพัฒนาหรือขยายผล(10)

บริบทของสังคมในภาคใต้ตอนล่าง

เมื่อกล่าวถึงภาคใต้ โดยเฉพาะภาคใต้ตอนล่าง จะพบว่า หลายฝ่ายพยายามแยกให้เห็นชัดเจนว่าในภาคใต้มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนระหว่างภาคใต้ตอนบนและภาคใต้ตอนล่างอย่างชัดเจน โดยเฉพาะวัฒนธรรมศาสนา รวมถึงชาติพันธุ์

หากจะกล่าวถึงชาติพันธุ์ อมรา พงศาพิชญ์ สรุปไว้ว่า

กลุ่มชาติพันธุ์ (ethnic group) คือ กลุ่มคนที่มีวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี ภาษาพูดเดียวกัน และเชื่อว่า สืบเชื้อสายจากบรรพบุรุษกลุ่มเดียวกัน เช่น คนไทย คนพม่า คนกะเหรี่ยง คนจีน คนลาว เป็นต้น

กลุ่มเชื้อชาติ (racial group) คือ กลุ่มที่มีลักษณะทางกายภาพคล้ายคลึงกัน การแบ่งกลุ่มเชื้อชาติ (race) มักแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ นีกรอยด์ (negroid) มองโกลอยด์ (mongoloid) และคอเคซอยด์ (Caucasoid) ในตอนหลังได้เพิ่มออสตราลอยด์ (australoid) และโพลินีเซียน (Polynesian) อีกด้วย ในความหมายนี้ กลุ่มชาติพันธุ์จึงเป็นส่วนย่อยหนึ่งของกลุ่มเชื้อชาติ(11)

กลุ่มสัญชาติ (national group) คือกลุ่มคนที่เป็นสมาชิกของประเทศเดียวกัน และหมายความถึงการเป็นสมาชิกของประเทศนั้น ๆ ตามกฎหมาย โดยลักษณะทางกายภาพและวัฒนธรรมอาจจะแตกต่างกัน

แนวความคิดเรื่องชาติพันธุ์

กลุ่มชาติพันธุ์หรือที่เรียกว่า กลุ่มวัฒนธรรมนี้ มีลักษณะเด่นคือ เป็นกลุ่มคนที่สืบทอดมาจากบรรพบุรุษเดียวกัน บรรพบุรุษนี้ หมายถึง บรรพบุรุษทางสายเลือด และบรรพบุรุษทางวัฒนธรรม ผู้ที่อยู่ในชาติพันธุ์เดียวกันจะมีความรู้สึกผูกพันทางสายเลือด และทางวัฒนธรรมอยู่พร้อม ๆ กันไป เป็นความรู้สึก ผูกพันช่วยเสริมสร้างเอกลักษณ์ของบุคคลและของชาติพันธุ์ ในขณะเดียวกันสามารถรับรู้ความรู้สึกให้เกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าผู้ที่อยู่ในกลุ่มชาตินี้มีนบถือศาสนาเดียวกัน

ความคิดเรื่องชาติพันธุ์นี้ คายส์ (C.F Keyes) อ้างใน อมรา พงศาพิชญ์ มองว่า อาจจะพิจารณาแยกออกได้เป็น 2 ประเภท คือ แบบที่ชาติพันธุ์ที่ตั้งถิ่นฐานใกล้เคียงกัน พึ่งพาอาศัยกัน และแบบที่สอง ที่ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มชาติพันธุ์อยู่ในลักษณะชนกลุ่มใหญ่และชนกลุ่มน้อย(11)

การพึ่งพาที่เป็นแบบชาติพันธุ์ที่ตั้งถิ่นฐานใกล้เคียงกัน พึ่งพาอาศัยกัน ส่วนใหญ่เป็นลักษณะเชิงคู่ เช่น คนพื้นราบกับคนบนดอย ทั้งนี้ไม่จำเป็นจะต้องวิเคราะห์เฉพาะแ่งมกลุ่มใหญ่กับกลุ่มน้อย แต่อาจจะพบว่า ในบางประเทศที่มีชนกลุ่มย่อยหลายกลุ่มชาติพันธุ์ เช่น อินเดีย จีน เป็นต้น ก็อาจมีความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มได้ โดยพอที่จะเข้ากันได้ และสามารถอยู่อย่างสันติมาเป็นระยะเวลายาวนาน ส่วนบางพื้นที่ก็เกิดความขัดแย้ง ทั้งนี้ในบางกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีความขัดแย้งและจำเป็นต้องอยู่ใกล้ชิดกัน เช่น ปัญหาชาติพันธุ์ที่นับถือศาสนาแตกต่างกัน ความขัดแย้งที่เกิดจากความเชื่อที่เกิดจากความแตกต่างทางกลุ่มชาติพันธุ์ ปัญหาห้วงคาทอลิกและโปรเตสแตนต์ในประเทศไอร์แลนด์ ปัญหาชาวฮิวและในตะวันออกกลาง เป็นต้น แต่จะต้องหาวิธีการที่ทำให้กลุ่มที่ขัดแย้งสามารถอยู่ร่วมกันได้โดยมีความขัดแย้งน้อยที่สุด

กลุ่มชาติพันธุ์ที่มีความสัมพันธ์แบบชนกลุ่มน้อยชนกลุ่มใหญ่ กรณีที่กลุ่มชาติพันธุ์ที่อยู่ใกล้เคียงกันและเข้ากันไม่ได้ พบว่า เป็นเพราะวัฒนธรรมสองวัฒนธรรมเข้ากันไม่ได้ วัตถุประสงค์ทางการเมืองไม่ตรงกันและต่างกลุ่มต่างก็ไม่ยอมรับซึ่งกันและกัน ความเข้ากันไม่ได้ ทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างกลุ่ม

รัฐอาจวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มชาติพันธุ์ ที่มีลักษณะทั้งที่เข้ากันได้ และเข้ากันไม่ได้ ในความรู้สึกที่คาดว่าพอจะเข้ากันได้ จะเกิดเมื่อชนกลุ่มน้อยมีความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมใหญ่หรือไม่ คนที่อยู่ในสังคมที่มีวัฒนธรรมต่างกัน เรียกว่า ชาติพันธุ์ต่างกัน ซึ่งหมายความว่ามีความยอมรับนิยม ประเพณี ความเชื่อ และศาสนาต่างกัน ถ้าแต่ละชาติพันธุ์ต่างคนต่างอยู่ไม่มีการเกี่ยวข้องกันความขัดแย้งก็ไม่เกิด แต่ถ้าชาติพันธุ์กลุ่มใดกลุ่มหนึ่งมีฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม การเมืองเหนือกว่ากลุ่มอื่นทำให้ขาดความเสมอภาค ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มชาติพันธุ์จึงกลายเป็นความขัดแย้ง

แต่สถานการณ์ในภาคใต้ที่ผ่านมายังไม่ใช้ความขัดแย้งในเรื่องชาติพันธุ์ แต่มีความพยายามที่จะทำให้เกิดความชัดเจนของความแตกต่างในชาติพันธุ์โดยเน้นที่ศาสนาและศาสนิกที่มีวิถีการปฏิบัติแตกต่างกันเป็นปมที่ไวและกระตุ้นของคนต่างศาสนา

ความพยายามที่จะลดปัญหาจึงอาจจะต้องกลับมาคิดว่า ศาสนาเป็นเรื่องส่วนบุคคล และศาสนาบางศาสนาก็มีความเข้มงวดไม่สามารถผนวกความเชื่ออื่นเข้าไปได้อีก จึงเป็นการยากที่จะเกิดการผสมผสาน ถึงกระนั้นก็ตามโครงการนี้ก็พยายามที่จะกระตุ้นให้เป็นพหุวัฒนธรรมที่สามารถอยู่ร่วมกันได้บนความแตกต่างโดยเน้นถึงความร่วมมือกันเพื่อการมีสุขสมบูรณ์

องค์ประกอบที่กล่าวมาข้างต้น มีความเกี่ยวข้องกับการอยู่ร่วมกันของกลุ่มคนที่มีความแตกต่างกัน ส่วนใหญ่พบในพื้นที่ที่มีการย้ายถิ่นของคนและมีชนเผ่า/เผ่าพันธุ์ดั้งเดิมอาศัยอยู่ แต่การเข้าใจเรื่องพหุวัฒนธรรมเป็นเรื่องละเอียดอ่อน ดังนั้นการทำความเข้าใจเรื่องพหุวัฒนธรรมเพื่อการอยู่ร่วมกันของคนกลายกลุ่มในพื้นที่อันจำกัดจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพราะมิฉะนั้นแล้วจะทำให้เราหลงทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างกลุ่มคนที่มีอัตลักษณ์และเอกลักษณ์ที่แตกต่างกัน ซึ่งสิ่งที่สำคัญที่สุดคือ การทำให้กลุ่มที่แตกต่างสามารถอาศัยอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข

พหุ คือ หลาย วัฒนธรรม คือ การดำเนินวิถีชีวิตประจำวัน ความหมายของ พหุวัฒนธรรม คือการดำเนินวิถีชีวิตประจำวันโดยเน้นความเหมือนความต่างและจุดประเด้นร่วมเป็นการยอมรับซึ่งกันและกัน ผลที่เกิดจากการยอมรับในวิถีชีวิตประจำวันซึ่งกันและกัน นำมาซึ่งสันติสุขในสังคม(12, 13) มีความเข้าใจกันมานานว่าการจัดการศึกษาตามแนวทางพหุวัฒนธรรมคือการให้ความสำคัญเกี่ยวกับ ภาษา ศาสนา และวัฒนธรรมประเพณี ซึ่งเป็นความเข้าใจที่แคบมากเมื่อเทียบกับความหมายของ พหุวัฒนธรรม

สำหรับขอบเขตความหมายที่ชัดเจนของพหุวัฒนธรรมนั้น National Council for Accreditation of Teacher Education (NCATE)(2002) ได้อธิบายไว้ว่า “พหุวัฒนธรรม คือ การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับสังคม การเมือง เศรษฐกิจ การศึกษา และประวัติศาสตร์โดยใช้โครงสร้างของ กลุ่มชน(ethnicity) เชื้อชาติ(race) สถานะของครอบครัว(socioeconomic status) เพศ(gender) ความสามารถพิเศษ(exceptionalities) ภาษา(language) ศาสนา(religion) บทบาททางเพศ(sexual orientation) และพื้นที่ทางภูมิศาสตร์(geographical area)”

สอดคล้องกับ Mitchell and Salsbury (1999) ซึ่งอธิบายว่า มีความเข้าใจกันมานานว่าการจัดการศึกษาตามแนวทางพหุวัฒนธรรม คือ การให้ความสำคัญเกี่ยวกับ ภาษา ศาสนา และวัฒนธรรม ประเพณี ซึ่งเป็นความเข้าใจที่แคบมากเมื่อเทียบกับความหมายของ พหุวัฒนธรรม สำหรับขอบเขตความหมายที่ชัดเจนของพหุวัฒนธรรมนั้น National Council for Accreditation of Teacher Education (NCATE)(2002) ได้อธิบายไว้ว่า

“พหุวัฒนธรรมคือการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับสังคม การเมือง เศรษฐกิจ การศึกษา และประวัติศาสตร์โดยใช้โครงสร้างของ กลุ่มชน(ethnicity) เชื้อชาติ(race) สถานะของครอบครัว(socioeconomic status) เพศ(gender) ความสามารถพิเศษ(exceptionalities) ภาษา(language) ศาสนา(religion) บทบาททางเพศ(sexual orientation) และพื้นที่ทางภูมิศาสตร์(geographical area)”

สอดคล้องกับ Mitchell and Salsbury (1999) ซึ่งอธิบายว่า “การจัดการศึกษาตาม แนวทางพหุวัฒนธรรม หมายถึง การศึกษาที่พยายามแนวความคิดค่านิยมเชิงบวกเกี่ยวกับการอยู่ร่วมกันของมนุษย์และนำไปสู่การปรับปรุงความสามารถในการเรียนรู้ของผู้เรียนทุกคน” (12)

เมื่อเข้าใจทั้ง “นวัตกรรม” และ พหุวัฒนธรรมแล้ว ก็จำเป็นต้องทราบปัญหาและบริบทของสถานการณ์จริงในปัจจุบันของพื้นที่ด้วย(8, 9)

กระบวนการดำเนินงานของสวรส ภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สวรส ภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีบทบาทในการร่วมพัฒนาศักยภาพของผู้เสนอขอรับการสนับสนุนการดำเนินงานโครงการ โดยมีหลักคิดคือ

1.ระบบการดูแลสุขภาพได้มีการปรับเปลี่ยนแนวคิดจากเดิม ที่หน่วยงานจากส่วนกลางเป็นผู้กำกับและวางแนวทางทางในการดูแลสุขภาพมาเป็นการเน้นให้ชุมชนได้ตระหนักถึงความเชื่อมโยงของสุขภาพที่ประกอบไปด้วยทุกส่วนของวิถีชีวิต สังคม เศรษฐกิจ จิตใจ ครอบครัว ชุมชน วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และสุขภาพ การดูแลสุขภาพจึงมีความแตกต่างตามสภาพปัญหาและความต้องการทางด้านสุขภาพและบริบทของพื้นที่ เพื่อให้เกิดนโยบายและแนวปฏิบัติของพื้นที่โดยยึดเอาปัญหาและความต้องการทางด้านสุขภาพในพื้นที่เป็นสำคัญ

2.การจัดบริการทางด้านสุขภาพในแต่ละพื้นที่ ได้ถูกกำหนดให้ดำเนินการภายใต้เงื่อนไขของการกำหนดนโยบายทางการเงินการคลังในการดูแลสุขภาพของประเทศซึ่งมี สปสช. เป็นองค์กรหลักที่รับผิดชอบ แต่ขณะเดียวกันกระบวนการกระจายอำนาจได้กำหนดบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ซึ่งการจัดการการเงินการคลังด้านสุขภาพก็ถูกกระจายเช่นกัน

3.การส่งเสริมประสบการณ์การดำเนินงานทางด้านสุขภาพ ทั้งในส่วนของ อบต. ในแต่ละพื้นที่และหน่วยบริการทางด้านสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งได้แก่ สถานีอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชน และโรงพยาบาลชุมชน นำไปสู่การร่วมมือการทำงานเพื่อยกระดับทั้งองค์ความรู้ และการบริการจนเกิดเป็นโครงการ PCU ในฝัน ที่นำไปสู่การทำงานเพื่อการพัฒนาแนวคิดและบริการใหม่ ๆ โดยมีเป้าหมายร่วมกันคือการมีสุขภาพที่ดี ของคนพื้นที่

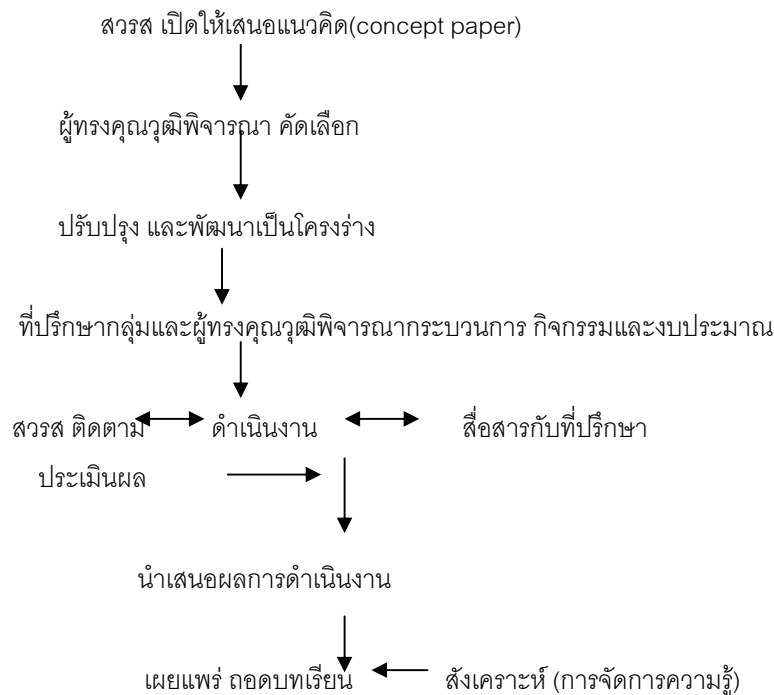
4.ความแตกต่างด้านศักยภาพของพื้นที่ในการจัดการปัญหา เพื่อการสร้างการเรียนรู้และกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาหรือการแข่งขันกันในการทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของคนในชุมชน โดยพัฒนาศักยภาพของผู้ดำเนินโครงการ ภายหลังจากมีการประกาศรับโครงการโดยเน้นที่พื้นที่พิเศษ ในการดำเนินงานโครงการในระดับปฐมภูมิโดยไม่มีการจำกัดคุณลักษณะของผู้เสนอโครงการ เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามีส่วนร่วมในการพัฒนาโครงการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระบบสุขภาพในระดับปฐมภูมิ โดยมีโครงการที่เสนอขอเข้ารับการสนับสนุนต้องเป็นโครงการในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ประกอบด้วย สตูล สงขลา ปัตตานี ยะลาและนราธิวาส

- เป็นโครงการ/งานวิจัยที่ดำเนินงานในพื้นที่ระดับปฐมภูมิ
- เป็นโครงการในกลุ่ม โรคเรื้อรัง แม่และเด็ก

นวัตกรรมปฐมภูมิภายใต้พหุวัฒนธรรม มีฐานคิดว่าการที่จะสร้างสุขภาพในชุมชนในทุกระดับสิ่งที่ต้องนึกถึงคือ ปัจเจกบุคคล สิ่งแวดล้อมและระบบบริการ โดยปัญหาสุขภาพจะมีความยั่งยืนได้ต้องเป็นสิ่งที่ผู้เผชิญปัญหาและผู้เกี่ยวข้องเผชิญอยู่ซึ่งหมายถึงชุมชนต้องตระหนักในเรื่องการดูแล ป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพ มีองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น ประชาชนในชุมชนและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเป็นแกนนำในการขับเคลื่อน หากเป็นเช่นนี้จะเกิดความต่อเนื่องของการดำเนินงาน เพราะการมีส่วนร่วมเป็นบทสะท้อนของการสร้างความรู้สึกร่วมกันเพื่อและอาหาร ต่อกันระหว่างคนในชุมชน

กระบวนการพิจารณาคัดเลือกโครงการ และกระบวนการพัฒนาศักยภาพของผู้ขอรับการสนับสนุน

โดยแนวคิดในการสนับสนุนโครงการเพื่อการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดน ซึ่งเป็นพื้นที่พหุวัฒนธรรม โดยกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ขอรับการสนับสนุนเป็นบุคลากรของรัฐที่ปฏิบัติงานในพื้นที่เป้าหมาย โครงการที่ได้รับการสนับสนุนจะเข้าสู่กระบวนการพัฒนา ดังนี้



แผนภูมิที่ 3 กระบวนการพัฒนาโครงการเพื่อการสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ

การพิจารณาคัดเลือกโครงการเพื่อให้การสนับสนุนคณะกรรมการและคณะทำงานได้กำหนดแนวทางการพิจารณาคัดเลือกโดยจัดให้มีทีมคัดเลือกอย่างน้อย 3 ท่านในพื้นที่ พิจารณาจากเอกสารข้อมูลประกอบการสมัคร และโครงการที่จะขอรับการสนับสนุน โดยมีขั้นตอนการพิจารณา ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1. การกลั่นกรองโครงการรอบแรก

หลังจากผู้เสนอโครงการส่งเอกสารทั้งหมดถึงคณะกรรมการคัดเลือก ฯ คณะกรรมการคัดเลือกโดยทีมในแต่ละพื้นที่ จะสอบถามรายละเอียดของโครงการโดยใช้การสัมภาษณ์ผู้เสนอโครงการทางโทรศัพท์ (Telephone Interview) เพื่อการกลั่นกรองโครงการในรอบแรก

ขั้นตอนที่ 2. การพัฒนาโครงการ

ผู้เสนอโครงการที่ผ่านการกลั่นกรองในรอบแรก จะได้รับเชิญเข้าร่วมประชุมในเวทีการเรียนรู้ในแต่ละกลุ่มนวัตกรรม ทั้งนี้เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเพื่อการพัฒนาโครงการให้มีความสมบูรณ์ครบถ้วน หลังจากนั้นผู้เสนอ

โครงการจะกลับไปพัฒนาโครงการให้เสร็จสมบูรณ์ และส่งโครงการมายังคณะกรรมการคัดเลือกโครงการในแต่ละภาคอีกครั้ง ภายในระยะเวลา 1 เดือน

ขั้นตอนที่ 3. การพิจารณาเพื่ออนุมัติการให้การสนับสนุนโครงการ

การพิจารณาเพื่ออนุมัติการให้การสนับสนุนโครงการ จะดำเนินการโดยคณะผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านในพื้นที่แต่ละภาค โดยจะพิจารณาจากโครงการที่จะขอรับการสนับสนุนและเอกสารข้อมูลประกอบการสมัคร โดยใช้เกณฑ์พิจารณา ดังนี้

ตารางที่ 1 เกณฑ์พิจารณาโครงการที่จะขอรับการสนับสนุน

หัวข้อพิจารณา	การให้น้ำหนัก	การให้คะแนน					คะแนนรวม=น้ำหนัก *คะแนน
		1	2	3	4	5	
1. ความสอดคล้องกับบริบทของชุมชน	3						
2. ระดับการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน	3						
3. ระดับการสร้างการเรียนรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพของพื้นที่	3						
4. คุณค่าของนวัตกรรมในเชิงความรู้และเชิงปฏิบัติการ	7						
5. ระดับความสามารถในการขยายผลนำไปสู่การปฏิบัติ	4						
รวม							

ตารางที่ 2 เกณฑ์การตัดสิน

ผ่าน	คณะทำงานให้ความเห็น “ผ่าน” ทั้ง 3 ท่าน และมีคะแนนเฉลี่ย มากกว่าหรือเท่ากับ 70 คะแนน
ผ่านแบบมีเงื่อนไข	คณะทำงานให้ความเห็น “ผ่าน” ทั้ง 3 ท่าน และมีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 50 – 70 คะแนน
ไม่ผ่าน	คณะทำงานอย่างน้อย 1 ท่านให้ความเห็น “ไม่ผ่าน” หรือมีคะแนนเฉลี่ย ต่ำกว่า 50 คะแนน

โดยคณะกรรมการจะให้คะแนนตามแบบฟอร์มการให้คะแนน จากนั้นให้คณะกรรมการผู้พิจารณา ลงความเห็นด้วยว่าสมควรให้ผ่านเข้าร่วมโครงการหรือไม่ พร้อมทั้งให้เหตุผลด้วยว่าผ่านหรือไม่ผ่านอย่างไร และให้แจ้งกลับไปยังผู้เสนอโครงการเพื่อรับทราบ

หลักเกณฑ์ในการพิจารณานี้ถูกกำหนดโดยคณะทำงานทั้ง 4 ภูมิภาค เพื่อให้เกิดเป็นมาตรฐานเดียวกัน ในปี 1 พบว่า มีผู้ส่งโครงการเข้ามาจำนวนมาก โดยมีภาพรวมทั้งประเทศในตารางที่ 3 โดยภาคใต้คาดว่าจะมีผู้ส่งโครงการจำนวน 210 โครงการ แต่มีผู้ส่งเข้ามาขอรับการพิจารณาจำนวน 295 โครงการ ในการนี้มีพื้นที่พิเศษร่วมอยู่ด้วย ทั้งนี้ การสนับสนุนในปีที่ 1 เป็นภาพรวมทั้งพื้นที่พิเศษ(ปัตตานี ยะลา นราธิวาส สตูล และ 4 อำเภอในจังหวัดสงขลา และพื้นที่ทั่วไปในภาคใต้) ซึ่งในโครงการพิเศษได้รับการสนับสนุน 37 โครงการ ส่วนโครงการในภาคใต้ได้รับการสนับสนุน 116 โครงการ (มี 1 โครงการขอยกเลิกจึงเหลือ 115 โครงการเมื่อสิ้นสุดระยะเวลาดำเนินการ) ในปี 2 ของการสนับสนุน(เริ่มดำเนินการปลายปี 2551 ในพื้นที่พิเศษ แยกออกมาจากฐานการสนับสนุนเดิมเนื่องจาก สวรรศภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และ สปสช เล็งเห็นถึงความสำคัญของการต่อยอดแนวคิดในการสนับสนุนนวัตกรรมเพื่อการเสริมสร้างศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรวมถึงภาคประชาสังคม ที่ต้องทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ที่มีความจำเป็นในสถานการณ์ปัจจุบัน (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 การคาดประมาณจำนวนโครงการที่จะให้การสนับสนุนจำแนกตามภาคฯ

ภาค	*จำนวนโครงการ (Concept Paper) ที่ไม่ผ่านขั้นที่ 1	*จำนวนโครงการที่เข้าเวทีเรียนรู้ แต่ไม่ได้รับการสนับสนุน	**จำนวนโครงการที่ให้การสนับสนุน ไม่เกินโครงการละ 200,000 บาท	*รวม
อีสาน	330	220	110	660
เหนือ	225	150	75	450
ใต้	210	140	70	420
กลาง1	225	150	75	450
กลาง2	135	90	45	270

จากการนำเสนอใน 3 ประเด็น มีหน่วยงานและบุคคลที่สนใจเสนอโครงการ เพื่อขอรับการสนับสนุนจำนวน 102 โครงการ ดังนี้

ตารางที่ 4 จำนวนโครงการที่ขอรับการสนับสนุนในระยะที่ 1 จำแนกตามลักษณะโครงการ

จังหวัด	โรคเรื้อรัง	วิถีชุมชน	อนามัยแม่และเด็ก	รวม
นราธิวาส	7(4)	4(2)	6(2)	17(8)
ปัตตานี	10(4)	12(3)	5(3)	27(10)
ยะลา	11(3)	5(1)	11(5)	27(9)
สงขลา	10(0)	2(1)	1(1)	13(2)
สตูล	9(3)	4(1)	5(4)	18(8)
รวม	47(15)	27(7)	28(15)	102(37)

ซึ่งจากการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้คัดเลือกและสนับสนุนโครงการจำนวน 37 โครงการ

ตารางที่ 5 จำนวนโครงการที่ขอรับการสนับสนุนในระยะที่ 2 จำแนกตามพื้นที่ (ไม่รวมกลุ่มอาชีพ)

จังหวัด	จำนวน (โครงการที่เสนอ)	จำนวน (โครงการที่ได้รับการสนับสนุน =35)
สตูล	11	5
สงขลา	17	4
ปัตตานี	18	10
ยะลา	17	5
นราธิวาส	31	11

ตารางที่ 6 จำนวนโครงการที่ขอรับการสนับสนุนในระยะที่ 2 จำแนกตามลักษณะของโครงการ

ลักษณะโครงการ	จำนวน(โครงการที่เสนอ)	จำนวน(โครงการที่ได้รับการสนับสนุน)*(=39)
อนามัยแม่และเด็ก	19	12
ชุมชนและวิถีมุสลิม	41	10
โรคเรื้อรัง	29	13
วิชาชีพ	5	4

*หมายเหตุ ขอยกเลิก 1 โครงการ

สถานการณ์สุขภาพในพื้นที่พิเศษ

สิ่งที่ต้องยอมรับคือ ถึงแม้สถานการณ์ไม่สงบจะยังมีขึ้นอยู่เกือบจะกล่าวได้ว่า “ รាយวัน” แต่สิ่งที่เกิดขึ้นก็ไม่ได้ทำให้คนบางกลุ่มละทิ้งบ้านเกิดเมืองนอนที่บรรพบุรุษสร้างไว้ ดังนั้นเราจะเห็นว่า ยังมีทั้งคนไทยพุทธ มุสลิม จีน อินเดีย และ ซิกข์ ยังคงอาศัยอยู่ร่วมกับคนไทยมุสลิมที่ถือได้ว่าเป็นคนกลุ่มใหญ่ใน 3 จังหวัดชายแดน และ 4 อำเภอในจังหวัดสงขลา สิ่งที่ต้องมีการเรียนรู้ร่วมกันคือ บริบทของวัฒนธรรมดั้งเดิมของภาคใต้

สุภาพ พัสอ่อง กล่าวว่า แท้จริงแล้วในภาคใต้ มีองค์ประกอบของกลุ่มคน 3 กลุ่ม คือ มลายู-มุสลิม ไทย พุทธ และจีน(14)

1.มลายู-มุสลิม มีการผสมผสานระหว่าง ชาวและมลายู ถึงแม้จะมีบางส่วนเช่น ภาษาที่ใช้หรือการปฏิบัติที่แตกต่างกัน แต่ที่ผ่านมาก็สามารถผสมผสานกันได้ และยังผสมผสานกับฮินดูและพุทธที่เข้ามาตั้งรกรากบริเวณภาคใต้นั้นก่อนที่ศาสนาอิสลามจะเผยแผ่เข้ามา โดยที่พิธีกรรมบางอย่างไม่ใช่พิธีกรรมของศาสนาอิสลาม แต่เป็นการผสมผสานระหว่างวัฒนธรรมดั้งเดิมและความเชื่อ

2.ไทย – พุทธ ถือว่าเป็นชนกลุ่มน้อยใน 3 จังหวัดชายแดนและ 4 อำเภอในจังหวัดสงขลา ความเชื่อที่เกิดขึ้นก็ไม่แตกต่างจากภาคอื่น ๆ คือ มีประเด็นทางไสยศาสตร์ และยังเคร่งครัดต่อการปฏิบัติในพิธีกรรมทางศาสนา

3.จีน พบได้เช่นกันกับชาวไทยพุทธ การผสมผสานประเพณียังเห็นได้ชัดเจน เช่น พิธีกรรมในการจัดงานกินเจ หรือ งานประจำปีบูชาศาลเจ้าแม่ลิ้มกอเหนี่ยว ซึ่งยังปฏิบัติสืบกันมาถึงแม้จะมีปัญหาความรุนแรงก็ตาม



แผนภูมิที่ 4 พื้นที่พิเศษ ปัตตานี ยะลา นราธิวาส และสงขลา

จากการรวบรวมข้อมูลปัญหาสุขภาพใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่ประกอบด้วย สตูล สงขลา ปัตตานี ยะลาและนราธิวาส สรุปในประเด็นบริบทของพื้นที่และสถานการณ์ด้านสุขภาพ ได้ดังนี้

จังหวัดยะลา(15)

จังหวัดยะลา เป็นจังหวัดเดียวในภาคใต้ที่ไม่มีพื้นที่ติดทะเล ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม เป็นจังหวัดที่มีการจัดผังเมืองที่ดีที่สุดในประเทศไทย ด้านสาธารณสุข พบว่า มีโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง มีวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา วิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร และยังเป็นที่ตั้งของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ เขต 12 และศูนย์วัณโรค เขต 12 นอกจากนี้มีโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 5 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน 1 แห่ง และ ศูนย์สุขภาพชุมชน 84 แห่ง ครอบคลุมทุกพื้นที่ จากสถิติสาธารณสุขที่เป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญเมื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงระหว่างปี 2550 และ 2551 คือ อัตราการตายพบว่า ไม่มีอัตราตายเพิ่ม กล่าวคือ อัตราตายคือ 5.52 ต่อ 1,000 ประชากร อัตราการตายของมารดาและทารกลดลง ขณะที่อัตราทารกน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัมมีสูงขึ้น (ร้อยละ 8.46 ปกติต้องไม่เกินร้อยละ 7) และเด็กขาดออกซิเจนก็เพิ่มขึ้น มีการคลอดโดย ผดุงครรภ์โบราณเพิ่มขึ้น จาก 8.82 ในปี 2550 เป็น 9.25 ในปี 2551 ภาวะบางอย่างที่เกิดในระยะปริกำเนิด มีอัตราลดลง จากปี 2550 คือ 907.20 เป็น 724.77 ต่อแสนประชากร

ด้านสาเหตุการตายพบว่า โรคระบบไหลเวียนโลหิต โรคระบบหัวใจ โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ มีอัตราเพิ่มขึ้น โรคอุจจาระร่วงยังเป็นโรคที่ต้องเฝ้าระวังเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาคือไข้มาลาเรีย และไข้ไม่ทราบสาเหตุ ส่วนโรคที่ต้องเฝ้าระวังที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วคือ โรควัณโรค ที่เพิ่มจากปี 2550 คือ เพิ่มจาก 23.7.0 ต่อ แสนประชากร เป็น 50.10 ต่อแสนประชากร ส่วนโรคที่เป็นสาเหตุของการรักษาในโรงพยาบาลที่สำคัญคือ โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการ มีอัตราเพิ่มขึ้นจากปี 2549 531.83 เพิ่มขึ้นเป็น 1629.46 และ เพิ่มขึ้นอีกเป็น 2177.02 ต่อ แสนประชากร

โรคความดันโลหิตสูงมีอัตราลดลงเล็กน้อย จาก 682.11 เป็น 678.42 ต่อ แสนประชากร (รายงานประจำปี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา) ดังนั้นปัจจุบันปัญหานามัยแม่และเด็กน่าจะไม่ใช่ประเด็นสำคัญ แต่ต้องดำเนินงานต่ออย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนปัญหาที่ควรให้ความสำคัญเพิ่มขึ้น คือ การเพิ่มของผู้ป่วยโรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการ ซึ่งรวมถึงโรคเบาหวานด้วย แสดงให้เห็นถึง ปัญหาที่เพิ่มขึ้นเนื่องจากความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนที่ต้องรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในและสะท้อนถึงความจำเป็นในการแก้ไขปัญหาและทบทวนการดำเนินงานที่ผ่านมาว่ามีสาเหตุอะไรที่ทำให้มีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของภาวะโรคนี้ ในขณะที่โรคความดันโลหิตสูงมีอัตราที่ลดลง ดังตาราง 7 และ 8

ตารางที่ 7 อัตราการตายของมารดาและทารกจังหวัดยะลา พ.ศ. 2551

	อัตรา
อัตราการตาย: 1000 ประชากร	5.52 ↔
อัตราการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพ 100000	12.89 ↓
อัตราทารกตายปริกำเนิดต่อ การเกิด 1000	8.20 ↓
มารดาคลอดโดยเจ้าหน้าที่	90.75 ↓
มารดาคลอดโดย ผบด	9.25 ↑

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยนอก 10 อันดับแรก

ลำดับที่	โรค/อาการ	
1	โรคระบบทางเดินหายใจ	↑
2	โรคระบบย่อยอาหารรวมโรคในช่องปาก	↑
3	อาการแสดงและสิ่งผิดปกติตรวจพบทางคลินิก	↑
4	โรคระบบไหลเวียนโลหิต	↑
5	โรคระบบกล้ามเนื้อรวมโครงร่าง	↑
6	โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อโภชนาการ	↑
7	โรคติดเชื้อและปรสิต	↑
8	โรคผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	↑
9	โรคระบบสืบพันธุ์ร่วมปัสสาวะ	↑
10	สาเหตุภายนอกอื่น ๆ ที่ทำให้ป่วยหรือตาย	↑

จังหวัดสงขลา

จังหวัดสงขลาเป็นจังหวัดที่มีขนาดใหญ่ที่สุดในภาคใต้ตอนล่างที่ประกอบด้วย 7 จังหวัด จังหวัดสงขลาที่มีทั้งประชากรที่นับถือศาสนาพุทธและอิสลาม โดยมีผู้นับถือศาสนาพุทธมากกว่า ร้อยละ 80 จังหวัดสงขลา นับว่าเป็นศูนย์กลางทางเศรษฐกิจที่สำคัญ โดยเฉพาะอำเภอหาดใหญ่ที่มีความเจริญทั้งด้านการศึกษาและการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ จังหวัดสงขลา มีสถานศึกษาของรัฐในระดับอุดมศึกษา 6 แห่ง โรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 1 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน รวม 18 แห่ง (อำเภอสะเดามีโรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง) และยังมี โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม 2 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน 3 แห่ง ซึ่งโดยภาพรวม จังหวัดสงขลา มีความพร้อมในด้านการแพทย์และสาธารณสุข (16)

ประชากรใน 4 อำเภอที่มีพื้นที่จัดเป็นพื้นที่พิเศษคือ เทพา นาทวี จะนะและสะบ้าย้อย ซึ่งประชาชนในพื้นที่ส่วนใหญ่ นับถือศาสนาอิสลาม ทั้ง 4 อำเภอที่กล่าวมาพบว่ามีโรคติดต่อที่สำคัญคือ โรคอุจจาระร่วง และพบเป็นอันดับที่ 1 มานานกว่า 5 ปี สะท้อนให้เห็นถึงกระบวนการแก้ไขปัญหายังไม่ตรงประเด็น ทำให้เกิดภาวะที่ตามมาคือ การเกิดภาวะโภชนาการ ซึ่งเป็นปัญหาที่ควรนำมาพิจารณาวิเคราะห์และแก้ไขสถานการณ์ ส่วนโรคเรื้อรังพบว่า ใน 4 พื้นที่ มีปัญหาโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่พบได้เป็นอันดับสูงสุด รองลงมาคือ โรคเบาหวาน ที่น่าสังเกตคือ แนวโน้มของการป่วยด้วยโรคจิตในพื้นที่ดังกล่าวมีมากขึ้น โดยเฉพาะที่อำเภอสะบ้าย้อย เทพา และจะนะ ทั้งนี้ควรได้รับการวิเคราะห์และค้นหาปัญหาต่อไปเนื่องจากในการจัดบริการปฐมภูมิเจ้าหน้าที่สามารถประเมินในขั้นต้นถึงปัญหาและปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะดังกล่าวเพื่อการส่งต่อการรักษาได้

จังหวัดปัตตานี(17)

เป็นจังหวัดที่มีความสำคัญในอดีต ประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ถึงแม้จะมีความแตกต่างกันทางศาสนาแต่ก็สามารถอยู่ร่วมกันได้เป็นเวลานานซึ่งดูได้จากศาลเจ้าแม่ลิ้มกอเหนี่ยวและมัสยิดกรือเซะที่โดดเด่นตั้งอยู่เคียงกัน จังหวัดปัตตานียังมีการดำรงชีวิตที่อยู่ภายใต้ความเชื่อ ศรัทธาในศาสนา ดังนั้นผู้นำศาสนาจึงเป็นประเด็นที่กล่าวถึงในทุกสถานการณ์รวมทั้งด้านสุขภาพ

ด้านข้อมูลสุขภาพอนามัย พบว่า ปัญหาโรคติดต่อเรื้อรังที่พบมากคือ โรคหอบหืด ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน และยังคงสูงอยู่ทั้งใน พ.ศ. 2550 และ 2551 (รายงานสถิติสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี 18 แห่ง) ส่วนปัญหา โรคติดต่อที่สำคัญคือ โรคอุจจาระร่วง ซึ่งรูปแบบของปัญหาจะคล้ายคลึงกับจังหวัดสงขลา แต่ที่ต่างกัน โรคระบบทางเดินหายใจมีความชุกมากกว่า (ข้อมูลอาจจะน้อยกว่าความเป็นจริง)

จังหวัดสตูล(18)

เป็นพื้นที่หนึ่งในโครงการนวัตกรรมระบบบริการปฐมภูมิพื้นที่พิเศษ เนื่องจากเป็นจังหวัดที่มีพื้นที่ที่จัดว่าเป็นจังหวัดชายแดนภาคใต้ และประชาชนร้อยละ 90 นับถือศาสนาอิสลาม และเป็นพื้นที่ที่ไม่พบความรุนแรงหรือปัญหาแต่อย่างใด

ตารางที่ 9 ข้อมูลสถิติชีพ ปี 2546 – 2550

ปี พ.ศ.	ประชากร	จำนวน					อัตรา					
		เกิด	ตาย	ทารก ตาย	มารดา ตาย	เกิด ไร้ชีพ	** เกิด	** ตาย	เพิ่มตาม * ธรรมชาติ	ทารก** ตาย	มารดา*** ตาย	เกิด** ไร้ชีพ
2546	270,802	4,464	1,233	26	1	30	16.48	4.55	1.19	5.82	22.40	6.72
2547	275,640	4,279	1,223	37	3	30	15.52	4.43	1.10	8.64	70.10	7.01
2548	275,665	4,768	1,346	41	0	28	17.30	4.88	1.24	8.60	0.00	5.87
2549	279,773	4,596	1,422	45	3	25	16.43	5.08	1.13	9.80	65.27	5.44
2550	283,389	4,690	1,397	29	0	26	16.55	4.93	1.16	6.18	0.00	5.54

ที่มา : - รายงานสถิติบัตร มรณบัตร จากทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย

- รายงานการตายของมารดาและทารก (ก.-2) งานส่งเสริมฯ
- ประชากร จากสำนักบริหารการทะเบียน จ.สตูล (ณ มิ.ย.50)

หมายเหตุ * / 100 ** / 1,000 *** / 100,000

จากตาราง พบว่า อัตราการตายของมารดาลดลง แต่การเกิดไร้ชีพเพิ่มขึ้น

ในการพิจารณาอัตราป่วยในผู้ป่วยนอก พบว่า โรคระบบทางเดินหายใจเป็นโรคที่พบมากในการมารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ในขณะที่กลุ่มโรคในระบบไหลเวียนซึ่งหมายรวมกับโรคความดันโลหิตสูง พบเป็นอันดับที่ 3 และโรคเบาหวานและกลุ่มโรคต่อมไร้ท่อ พบเป็นอันดับที่ 6 จากรายงานผู้ป่วยใน พบว่า ภาวะแทรกซ้อนของการ

ตั้งครุฑ และคลอที่รวมปัญหาอื่น ๆ พบว่าเป็นสาเหตุของการมารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในสูงสุด ในขณะที่การเข้ารับการรักษาเนื่องจากปัญหาโรคเบาหวานเป็นอันดับ 10

เมื่อพิจารณาสาเหตุการตาย พบว่า สาเหตุการตายที่มาจาก โรคหัวใจขาดเลือด พบเป็นอันดับที่ 2 หลอดเลือดในสมอง พบเป็นอันดับที่ 7 และ ความดันโลหิตสูง พบเป็นอันดับที่ 8 ซึ่งโรคทั้งสามนี้มีความสัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูง

โรคที่ต้องเฝ้าระวังพบว่า โรคอุจจาระร่วงเป็นโรคที่ต้องเฝ้าระวังเป็นอันดับหนึ่ง

สถานการณ์ปัญหาด้านสุขภาพอนามัยของ ประชาชนในจังหวัดสตูล พบว่า ลักษณะของโรคเรื้อรังเป็นแบบแผนเดียวกับจังหวัดอื่นใน 5 จังหวัดชายแดน ขณะที่แบบแผนการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังก็มีรูปแบบเดียวกัน

จังหวัดนราธิวาส(19)

เป็นจังหวัดที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม จากการสำรวจเมื่อเดือนกรกฎาคม 2551 พบว่า มีประชากรประมาณประมาณ 7 แสนคน มีอัตราส่วนชายต่อหญิงใกล้เคียงกัน ร้อยละ 82 นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 17 นับถือศาสนาพุทธ ใช้ภาษาท้องถิ่นเป็นภาษาพูด ได้แก่ภาษาไทยที่มีสำเนียงแตกต่างจากภาคใต้ส่วนอื่น นอกจากนี้ก็ใช้ภาษา มลายูท้องถิ่น และภาษายาวี

ด้านสุขภาพอนามัย พบว่า ปัญหาโรคเอดส์เป็นปัญหาสำคัญอีกโรคหนึ่ง ส่วนใหญ่มาจากการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการใช้สารเสพติดชนิดฉีด จากปัญหานี้ พบว่า เป็นปัญหาเสพติดที่สำคัญในจังหวัดนราธิวาส เพราะมีพื้นที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านและเป็นแหล่งลักลอบค้ายาเสพติดที่สำคัญ(อัตราส่วนการติดเชื้อ ชายต่อหญิง = 2.8:1)

ปัญหาสุขภาพอื่น ๆ อนามัยแม่และเด็ก จากรายงานที่ผ่านมา พบว่า อัตราการตายของทารกยังสูงกว่าอัตราที่ควรจะเป็นคือ ไม่ควรเกิน 9 ต่อ พันประชากร แต่พบว่า ในอำเภอ สุโงะ-ไกลก ตากใบ ศรีสาคร ยังพบว่าสูงกว่าอัตราที่กำหนด นอกจากนี้อัตราการตายของมารดาก็สูงเช่นกัน โดยเฉพาะในอำเภอเมือง เจาะไอร้อง สุโงะปาดิ ตากใบและสุโงะ-ไกลก นอกจากนี้ปัญหาที่จะต้องให้ความสนใจมากขึ้นคือ การเป็นมารดาอายุน้อยโดยพบว่า มีอายุต่ำกว่า 20 ปีเริ่มมีมากขึ้นและควรต้องเฝ้าระวังคือ สุโงะ-ไกลก ตากใบ ยี่งอ บาเจาะ ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ผลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก ภาพรวมของจังหวัดนราธิวาสปี 2551และ 5 ปี ย้อนหลัง

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย	ปี 2546	ปี 2547	ปี 2548	ปี 2549	ปี 2550	ปี 2551
1. Early ANC > 60%	-	-	-	-	17.35	50.39
2. ANC 4 ครั้งตามเกณฑ์ > 90 %	89.89	90.47	91.65	90.66	88.10	90.94
3. คลอดในสถานบริการ > 92 %	67.64	77.98	85.78	85.59	84.76	90.10
4. ดูแลมารดาหลังคลอด 2 ครั้งตามเกณฑ์ > 90 %	90.01	90.26	93.29	93.07	90.58	90.68
5. ดูแลทารกหลังคลอด 2 ครั้ง ตามเกณฑ์ > 90 %	91.39	91.05	93.33	93.49	90.55	90.68
6. อัตรา LBW (ที่คลอดในสถานบริการ) < 7 %	8.34	8.79	9.32	9.54	9.47	8.35
7. อัตราการเกิด BA < 30/ พันการเกิดมีชีพ	30.58	25.83	26.18	27.11	25.25	25.25
8. อัตราทารกตาย < 15 : พันการเกิดมีชีพ	4.88	5.30	6.16	11.96	9.63	9.32
9. อัตราทารกตายปริกำเนิด < 9:1000 การคลอดทั้งหมด	11.46	10.11	12.70	17.10	13.99	11.65
10. อัตรามารดาตาย < 36 : แสนการเกิดมีชีพ	62.72	49.67	24.63	35.96	71.61	54.38
11. อัตราความครอบคลุมการเจาะฮีมาโตคริตใน หญิงตั้งครรภ์ > ร้อยละ 95	98.08	99.95	99.49	99.61	100	100
12. อัตราโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ < 10 %	14.53	16.80	16.80	15.59	14.44	15.28
13. อัตราความครอบคลุมการเจาะคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย > ร้อยละ 80	94.38	99.95	99.65	99.84	98.55	99.58
14. อัตราความครอบคลุมในการเจาะคัดกรองภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมน ในทารกแรกเกิด > 90%	84.59	94.70	93.50	93.10	92.76	96.89
15. อัตรามารดาคลอดบุตรต่ำกว่า 20 ปี <10%	9.38	9.72	10.15	8.58	10.47	11.29

นอกจากนี้ยังพบว่า มีคนพิการถึง 5,176 ราย ซึ่งอาจจะมีมากกว่านี้ โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้งนี้เนื่องจากมี
ความพยายามที่จะค้นหาผู้พิการในชุมชนมากขึ้น

ตารางที่ 11 ผลการดำเนินงานคัดกรองเพื่อค้นหาโรค / การรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวาน
ปี 2550 และย้อนหลัง 5 ปี

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย	ปี 2546	ปี 2547	ปี 2548	ปี 2549	ปี 2550	ปี 2551
ความดันโลหิตสูง						
1. คัดกรองประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ร้อยละ 65	77.15	68.10	66.6	81.3	92.2	73.64
2. พบโรคส่งต่อร้อยละ 70	58.75	72.40	62.0	69.4	79.3	88.36
3. ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ ร้อยละ 70	86.10	43.20	54.1	58.5	42.27	88.36
4. ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามมาตรฐานร้อยละ 70	95.65	71.80	50.8	88.7	74.4	94.01
เบาหวาน						
1. คัดกรองประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ร้อยละ 65	61.60	55.0	49.2	66.3	65.1	68.78
2. พบโรคส่งต่อร้อยละ 70	72.58	71.90	85.5	58.6	85.4	97.70
3. ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ ร้อยละ 70	74.10	65.70	64.6	70.1	42.2	97.70
4. ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามมาตรฐานร้อยละ 70	99.45	67.20	53.7	79	73.7	86.47

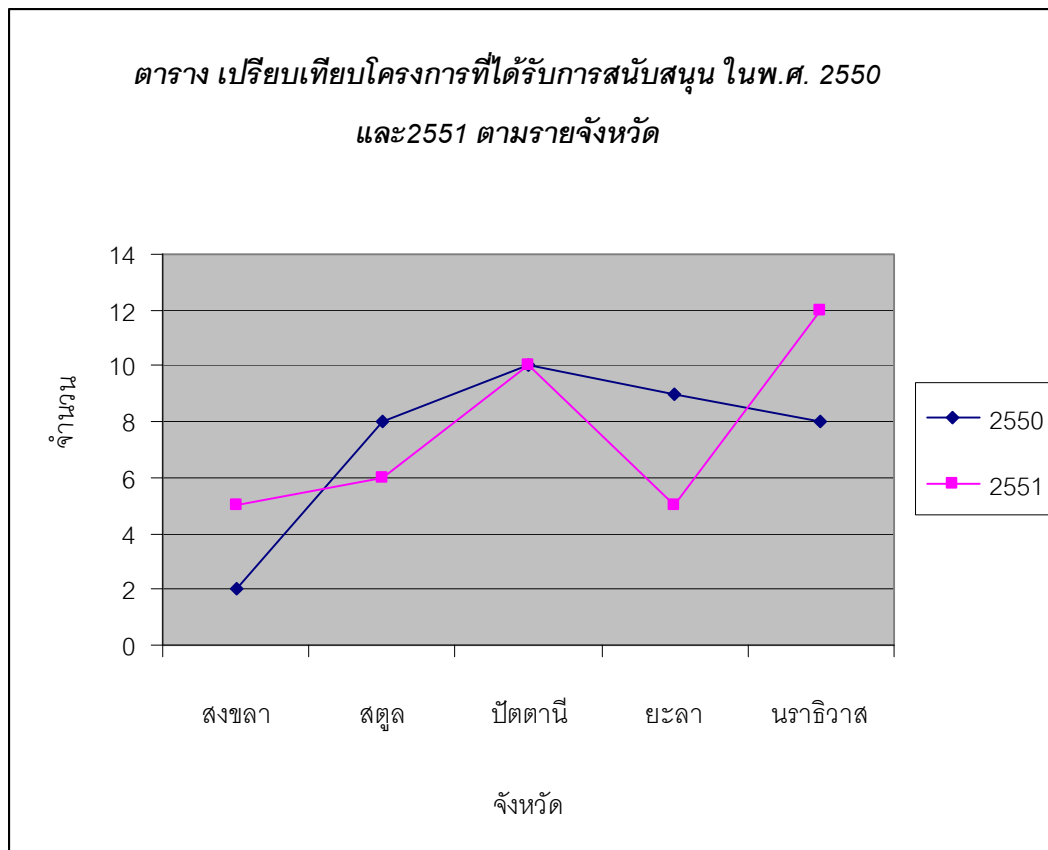
ที่มา : รายงาน 400 E – inspection รายงานประจำปี 2551 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส

ในการรายงานปัญหาโรคเรื้อรัง พบว่า ได้มีความพยายามที่จะคัดกรองโรคเรื้อรัง มีการคัดกรองเพิ่มขึ้นโดยในปี 2551 มีการคัดกรองผู้ป่วยได้มากกว่าปี 2550 แต่อัตราการได้รับการบำบัดรักษาลดลง สิ่งที่น่าสังเกตคือ เป็นคนคนเดิมหรือรายเก่าด้วยหรือไม่ หากเป็นเช่นนั้นข้อมูลที่มีอยู่ก็อาจจะเป็นตัวเลขสะสมมากกว่าการนำเสนอว่าพบรายใหม่และได้รับการคัดกรองถูกต้อง

การสนับสนุนโครงการนวัตกรรมพื้นที่พิเศษ

การสนับสนุนโครงการนวัตกรรมระบบบริการปฐมภูมินี้ ได้รับความร่วมมือจากหลายฝ่าย โดยเฉพาะ สวรส ภาควิชา มหวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง 5 จังหวัด ตลอดจนชุมชนและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องรวมถึง นักวิชาการในพื้นที่ โดยมีพัฒนาการมาตั้งแต่ พ.ศ. 2550 ซึ่งให้การสนับสนุนทั้ง 14 จังหวัดภาคใต้ แต่เมื่อเข้าสู่ระยะที่ 2 ในปี 2551 โครงการนวัตกรรมระบบบริการปฐมภูมิได้ให้การ

สนับสนุนใน 3 จังหวัดชายแดน(ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส) และอีก 4 อำเภอในจังหวัดสงขลา โดยจัดให้เป็นโครงการพื้นที่พิเศษ ระยะเวลาในการดำเนินงานระหว่าง ธันวาคม 2551 ถึง มีนาคม 2552 โดยใช้แนวทางในการจัดการโครงการเช่นเดียวกับในปีที่ 1



แผนภูมิที่ 5 เปรียบเทียบโครงการที่ได้รับการสนับสนุนในปี 2550 และ 2551 ตามรายจังหวัด

จากการดำเนินงานในระยะที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบกับโครงการในระยะที่ 1 จะพบความเปลี่ยนแปลงของการพัฒนาดังนี้

1. โครงการต่อยอด 5 โครงการ โดยมี 4 โครงการขยายการศึกษาให้มีการเพิ่มองค์ความรู้อีก 1 โครงการปรับเปลี่ยนหัวข้อ

2.โครงการที่มีฐานในพื้นที่เดิมแต่เปลี่ยนหัวข้อและเป้าหมายในการดำเนินงาน จำนวน 34 โครงการ ส่วนกลุ่มเป้าหมายยังเป็นกลุ่มเดิม คือ แม่และเด็ก โรคเรื้อรังที่เน้นโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ศาสนาและชุมชน และอื่น ๆ

3. ผลลัพธ์ของโครงการประกอบด้วย

3.1 อนามัยแม่และเด็ก

จากโครงการที่เกี่ยวข้องกับอนามัยแม่และเด็ก ที่ครอบคลุมถึงโครงการที่ดำเนินงานเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของเด็กแรกเกิดจนถึงอายุ 72 เดือน พบว่า ส่วนใหญ่เน้นที่การฝากครรภ์โดยเฉพาะการเพิ่มอัตราการเข้าสู่ระบบบริการตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์

องค์ความรู้ที่เกิดขึ้น อาจจะไม่ใช้องค์ความรู้ใหม่ แต่เป็นการพยายามที่จะค้นหาปัญหาและแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นในพื้นที่ และยังคงอยู่กับปัญหาของงานประจำที่ยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่ภาครัฐกำหนด การวิเคราะห์ปัญหาจึงเน้นที่การพยายามแก้ไขปัญหที่พบอยู่โดยตรงมากกว่าการวิเคราะห์สถานการณ์จริง ซึ่งอาจจะมีผลกระทบถึงความตระหนักต่อปัญหาโดยชุมชน เป็นผลให้ขาดความยั่งยืน ส่วนกรอบแนวคิดเป็นกรอบแนวคิดที่เป็นแบบปฏิบัติที่ประกอบด้วย

- การประชุมชี้แจง
- การจัดอบรม/กิจกรรมการให้ความรู้ เป็นหลัก
- การติดตามประเมินผล(บางโครงการ) ทั้งที่มีรูปแบบและไม่มีรูปแบบ
- ผลที่คาดว่าจะได้รับเป็นการตอบคำถามงานประจำ

ถึงแม้งานด้านอนามัยแม่และเด็กจะเป็นงานที่ยังมีความสำคัญในพื้นที่ก็ตาม แต่กระบวนการในนำเสนอผลการดำเนินงานในโครงการที่ขอรับการสนับสนุนยังไม่พบแนวทางที่จะนำไปใช้ในการแก้ปัญหาได้อย่างแท้จริง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดำเนินงานมองเฉพาะบริบทที่เป็นกรอบงานมากกว่าการเจาะลึกถึงแก่นของปัญหา ปัญหาอนามัยแม่และเด็กในภาคใต้พบว่า การมาฝากครรภ์ล่าช้า ความไม่สม่ำเสมอของการมาฝากครรภ์ หรือ ความรู้สึกที่ไม่ต้องการคลอดที่โรงพยาบาล การไม่เข้าเฝ้าระบบการดูแลของโรงพยาบาล ดังนี้ เป็นต้น ซึ่งปัญหาดังกล่าวได้รับการพิสูจน์โดยงานวิจัยแล้วว่า เป็นสาเหตุหลักของงานอนามัยแม่และเด็ก และที่ผ่านมาทั้งภาครัฐในพื้นที่และภาครัฐในส่วนกลางมีนโยบายกระตุ้นและส่งเสริมแรงจูงใจในการฝากครรภ์และการคลอดที่โรงพยาบาลโดยหวังว่าจะลดอัตราการตายของทั้งมารดาและทารกได้ และที่ผ่านมาในรอบ 5 ปีก็พบว่า มีแนวโน้มของปัญหาที่ลดลง มีเฉพาะบางพื้นที่เท่านั้น ทั้งนี้ อาจมีผลกระทบมาจากเหตุการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัด เป็นองค์ประกอบร่วมด้วย แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาถึงตัวชี้วัด ก็พบว่า อัตราการเข้ามารับบริการของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และตรวจครรภ์ตามมาตรฐานยังไม่ประสบความสำเร็จ ผู้ดำเนินงานโครงการหลายรายที่มีหน้าที่รับผิดชอบงานดังกล่าวจึงมักนำมาเป็นประเด็นที่ต้องดำเนินงานกระตุ้นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของงาน และวิเคราะห์ปัญหาจากประสบการณ์ว่า น่าจะมาจากทั้งตัวของหญิงตั้งครรภ์เอง ครอบครัว และคนที่น่าจะมีอิทธิพลต่อความคิดในชุมชนคือ ผู้นำศาสนา และปราชญ์ในชุมชน กรอบแนวคิดจึงรวมกลุ่มคนดังกล่าวเป็นกลุ่มเป้าหมายที่ต้องมามีส่วนร่วม โดยขาดการวิเคราะห์ว่า บุคคลเหล่านั้นมีอิทธิพลต่อการฝากครรภ์และการคลอดจริงหรือไม่ เนื่องจากในปัจจุบันพบว่า หญิงไทยมุสลิมต้องทำงานนอกบ้านมากขึ้นและส่วนหนึ่งไปทำงานที่อื่น โดยเฉพาะในประเทศเพื่อนบ้าน ส่วนการพยายามให้สามีมีบทบาทรับผิดชอบมากขึ้นก็ถือว่าเป็นสิ่งที่ดี ขณะเดียวกันกลวิธีในการสร้างจิตสำนึกของสามีโดยการสร้างกระแสจากชุมชนโดยผ่านการบอกกล่าว แนะนำและนำเอาบทบาทของสามีที่กำหนดไว้ในคัมภีร์อัลกุรอานมาเป็นแนวคิดและกระตุ้นก็เป็นแนวคิดที่ดี ซึ่งต้องมีการทำอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามการนำเอาสมาชิกในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ผู้ดำเนินงานต้องวิเคราะห์บริบทของชุมชนนั้น ๆ ว่า มีความเข้มแข็งระดับใด มีจุดอ่อนอะไรบ้าง ใครคือผู้นำเชิงจิตวิญญาณที่แท้จริง ก่อนที่จะสรุปว่า ใครคือคนสำคัญคนนั้น ฉะนั้นกระบวนการที่จะต้องนำมาใช้ในการวิเคราะห์

ปัญหา คือ การทำสังคมมิติ(socio-metry) และ การวิเคราะห์สถานการณ์อย่างรวดเร็วที่อาจจะใช้กระบวนการมีส่วนร่วม (Participatory Research Appraisal) ของคนในชุมชน หรือ ใช้การประเมินสถานการณ์อย่างรวดเร็ว (Rapid situation analysis) เพื่อค้นหาแก่นของปัญหาและการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง

การเลือกกระบวนการดำเนินงาน

1.การจัดอบรมให้ความรู้ กระบวนการดำเนินงานอยู่ภายใต้กิจกรรมหลัก คือ การนำกลุ่มเป้าหมายมารับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการตั้งครุฑและการดูแลหญิงตั้งครุฑ โดยบางกลุ่มมีการประเมินความรู้อยากก่อนและหลังการให้ความรู้แต่บางกลุ่มไม่ได้ประเมินความรู้ ส่วนระบบการอบรมทั้งการอบรมรวม ทุกกลุ่มและการอบรมแยกเฉพาะกลุ่ม โดยเน้นเนื้อหาตามทฤษฎี ซึ่งผู้ดำเนินงานยังขาดการวิเคราะห์คุณลักษณะของผู้รับการอบรมเนื่องจากแต่ละกลุ่มที่เกี่ยวข้องจะมีความสนใจที่แตกต่างกัน มีศักยภาพในการรับรู้และเข้าใจต่างกัน รวมทั้งสื่อการสอนที่นำมาใช้และความเหมาะสม นอกจากนี้ กระบวนการในการอบรมก็ไม่ชัดเจน รวมทั้งประเด็นดังกล่าวผู้ดำเนินงานไม่ได้นำเสนอ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งต่อการถอดองค์ความรู้และขยายไปสู่องค์กรอื่น ๆ ที่มีปัญหาคคล้ายคลึงกัน ส่วนในกลุ่มที่เคยมีประสบการณ์เคยมีความรู้ก็จะต้องมีการจัดการที่แตกต่างกันออกไป

2.การดูงาน เป็นแนวคิดที่นิยมปฏิบัติกันมากขึ้น ทั้งนี้เชื่อกันว่า หากหญิงตั้งครุฑ และสามีได้รับทราบกระบวนการที่เกิดขึ้นจะทำให้ลดความวิตกกังวลได้ ทั้งนี้จากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า หญิงตั้งครุฑและญาติที่ปฏิเสธการคลอดที่โรงพยาบาลการคลอด ส่วนใหญ่ไม่เข้าใจกระบวนการบริการที่จะได้รับ รู้สึกถูกทอดทิ้ง กลัวไม่ได้ประกอบพิธีกรรม ดังนั้นเป็นต้น การให้ความรู้และเห็นกระบวนการจะทำให้หญิงตั้งครุฑและญาติเข้าใจมากขึ้น ซึ่งก็ดีกว่าการรับฟังจากผู้อื่นที่อาจจะไม่ทั้งในแง่ดีและแง่ไม่ดี ดังนั้นกระบวนการดูงานเสริมประสบการณ์ตรงนี้จึงเป็นสิ่งที่ดี และควรเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการให้ความรู้แก่หญิงตั้งครุฑและคนทั่วไป

3. การสร้างแรงจูงใจ แนวคิดในการสร้างแรงจูงใจที่ผ่านมามีหลายรูปแบบ ทั้งการให้บริการโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ค่าตอบแทนแก่โต๊ะบิแดดที่ร่วมโครงการและนำหญิงตั้งครุฑมาคลอด การให้อุปกรณ์เครื่องใช้หลังคลอด สิ่งเหล่านี้อาจจะมีมูลค่าไม่มาก แต่ในระยะยาวอาจจะไม่ใช่สิ่งที่ถาวร ทั้งนี้เพราะอาจจะเป็นการสร้างพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องแก่กลุ่มอื่น ๆ ที่นำไปปฏิบัติ การสร้างจิตสำนึกถึงบทบาทของตนเองต่อการเป็นมารดา บิดาหรือเครือญาติน่าจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะยาวที่ถูกต้องกว่า

4. การกระจายสื่อแผ่นพับ อาจจะไม่มีมีความสำคัญเท่ากับ การบรรจุเนื้อหาที่เหมาะสม สามารถสื่อสารกับคนที่ได้รับให้เกิดความสนใจและสร้างความตระหนักให้กับผู้รับสื่อ การกระจายสื่อแผ่นพับเป็นการกระจายสื่อแบบทางเดียว คือ สื่อสารจากผู้ส่งสารไปยังผู้รับปลายทางที่อาจจะใช้หรือไม่ใช่เป้าหมายที่ต้องการก็ได้

5. การประเมินโครงการ มีเฉพาะการประเมินความรู้และความพึงพอใจ ส่วนกระบวนการและผลกระทบอื่น ๆ รวมทั้งการประเมินผลภายในและการประเมินผลภายนอกไม่ได้ดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนเนื่องจากขาดข้อมูลส่วนบุคคล ขาดการวางแผนการประเมินว่าจะดำเนินการประเมินผลในรูปแบบใด และมีขอบเขตการประเมินผลเช่นไร เพราะหากไม่ได้วางกรอบการประเมินไว้ก่อนก็ยากที่จะสรุปว่าโครงการดังกล่าว “ประสบผลสำเร็จ” มากน้อยเพียงใด

3.2 โรคเรื้อรัง-ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน

กลุ่มที่เสนอโครงการ โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ที่ได้รับการสนับสนุน เป็นอันดับรองลงมาจากอนามัยแม่และเด็ก ซึ่งมีเป้าประสงค์ของการดำเนินงานไม่แตกต่างจากโครงการอนามัยแม่และเด็ก กล่าวคือ เป็นการนำเอางานประจำที่ยังปฏิบัติได้ไม่สมบูรณ์หรือยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินผลงานมาเป็นตัวตั้งในการดำเนินงาน ผู้ดำเนินงานพยายามที่จะแก้ไขเพิ่มอัตราการเข้าสู่ระบบการคัดกรองของผู้ที่อายุมากกว่า 35 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยง การกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการดูแลตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยคาดว่าหากได้รับการกระตุ้นจากบุคคลอื่นในชุมชนแล้วจะช่วยให้เพิ่มความตระหนักให้แก่ผู้ป่วยมากขึ้น แต่สิ่งที่ผู้ดำเนินงานส่วนใหญ่มองข้ามไปคือ การวิเคราะห์ชุมชน บริบทและวัฒนธรรมของคนในชุมชน ที่มีแบบแผนการรับประทานที่ส่งเสริมปัจจัยเสี่ยงให้มีมากขึ้น กล่าวคือ ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีปัญหาเรื่องพฤติกรรมการรับประทาน แต่ขณะเดียวกันสังคมรอบ ๆ ของผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงก็ยังมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารคงเดิม เช่น การรับประทานแกงกะทิ การนิยมดื่มน้ำชา กาแฟที่มีรสหวานจัด ผลไม้ในท้องถิ่นที่มีรสหวานเป็นต้น การกระตุ้นที่สำคัญ เป็นต้น อาหารที่เป็นตัวกระตุ้นในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานมีกลไกในความต้องการรับประทานไม่แตกต่างกับผู้ป่วยที่ติดสารเสพติด นั่นคือ ภาวะ ที่สมองติดสารกระตุ้นนั้น ๆ นอกจากนี้ยังมีองค์ประกอบอื่นได้แก่ ความเชื่อและศรัทธาต่อการรักษา ที่บางรายไปรับยาที่โรงพยาบาลเป็นประจำแต่เลือกรับประทานยา/สมุนไพร เป็นต้น ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้ไม่ได้นำมาประกอบในการวางแผนเพื่อการแก้ไขปัญหา การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาซึ่งเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการวางแผนการดำเนินงานเป็นอย่างมาก

การเลือกกระบวนการดำเนินงาน

จากรายงานการดำเนินงาน พบว่า ไม่มีความชัดเจนในกระบวนการดำเนินงาน ว่ากระบวนการแต่ละกระบวนการเป็นเช่นไรและได้รับผลลัพธ์ของการดำเนินงานอย่างไร มีความสัมพันธ์หรือเชื่อมโยงของการดำเนินงานเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่คาดหวังอย่างไร โดยภาพรวม การดำเนินงานสรุปได้ดังนี้

1. การประชุม การประชุมแบบมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการทุกโครงการกำหนดเป็นกิจกรรมที่ดำเนินงานเป็นอันดับแรก วางกรอบแนวทางในการดำเนินงานโดยผู้ดำเนินงานและกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่มาจากชุมชน ผู้ป่วย ผู้นำศาสนา ผู้นำท้องถิ่น อสม อาสาสมัครเด็ก/เยาวชน

2. การอบรมให้ความรู้แก่กลุ่มเสี่ยง ทั้งเรื่องความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ดำเนินการร่วมกัน โดยกลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้ว กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มประชากรทั่วไป นอกจากนี้ยังมีกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ญาติ ผู้นำศาสนา ผู้นำชุมชน ที่ผู้ดำเนินงานโครงการคาดว่าจะมีความเกี่ยวข้องทั้งทางตรงและทางอ้อม

3. สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและคนในชุมชนที่ต่างวัย เช่น เด็ก ผู้นำศาสนา เป็นต้น

4. การเยี่ยมบ้าน เป็นการนำเอาแนวทางในการให้บริการมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย แต่เปลี่ยนกลุ่มผู้ปฏิบัติการซึ่งผู้ปฏิบัติการได้รับการอบรมจากการประชุม 1 ครั้ง ส่วนรายงานการเยี่ยมบ้านทำเป็นรูปแบบที่มีทั้งการเขียนและการเลือกข้อความ(check list)

5. การสร้างสื่อ มีความพยายามที่จะสร้างสื่อโดยผ่านกระบวนการทางศาสนา เช่น การนำเอาองค์ความรู้ในเรื่องโรคความดันเบาหวานมาผสมผสานกับบทสวดขอพร และ บทบัญญัติข้อควรปฏิบัติในศาสนาอิสลาม โดย

ผ่านผู้รู้ทางศาสนาในชุมชนและระดับอำเภอ โดยมีทั้งผ่านการทดลองใช้และนำไปใช้กับกลุ่มเป้าหมายโดยตรงและไม่ได้ทดลองใช้ก่อนสรุปผล

6.การประเมินผล เป็นการประเมินผลในการอบรม การติดตามประเมินผลภาพรวมมีน้อย ซึ่งยังไม่สามารถอธิบายผลของการดำเนินงานและกระบวนการดำเนินงานได้

3.3.ศาสนาและชุมชน และอื่น ๆ

ในกลุ่มศาสนาและชุมชนประกอบด้วย โครงการที่นำเอาวิถีชุมชนและวิถีมุสลิมมาเป็นฐานในการดำเนินงาน ซึ่งผู้ดำเนินงานหลักยังเป็นบุคลากรทางสาธารณสุข และได้พยายามนำเอาหลักการทางศาสนามาศึกษา ทั้งนี้จำเป็นต้องมีความละเอียดรอบคอบอย่างมาก โดยเฉพาะในแง่ปฏิบัติที่บางครั้งยังมีข้อโต้แย้ง เช่น การอาบน้ำละหมาดในขณะอยู่ในโรงพยาบาล หรือ การดูแลปากและฟันตามวิถีมุสลิม อย่างไรก็ตาม พื้นที่ดังกล่าวถึงแม้ส่วนใหญ่จะเป็นผู้นับถือศาสนาอิสลาม แต่สิ่งที่จะต้องคำนึงถึงคือ การดูแลแบบพหุวัฒนธรรมที่เปิดกว้างให้ประชาชนทุกศาสนาสามารถเข้าถึงบริการได้โดยไม่มีการแบ่งแยกหรือเลือกปฏิบัติ

การเลือกกระบวนการดำเนินงาน

1.การประชุม เป็นการประชุมเพื่อชี้แจงให้แก่ผู้เกี่ยวข้องทราบและขอความร่วมมือ โดยมีกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้นำศาสนาและผู้นำชุมชนรวมทั้งประชาชนทั่วไป ส่วนข้อสรุปที่ได้ มีทั้งที่นำไปดำเนินงานและไม่ได้ดำเนินการ

2. การจัดทำเครื่องมือ และการปฏิบัติ โดยการสร้างรูปแบบโครงสร้างเป็นแนวทางในการดำเนินงานประเด็นที่เกี่ยวข้องกับศาสนิกก็ยังต้องมีความละเอียดและเป็นที่ยอมรับของนักวิชาการศาสนา ใต๊ะอิหม่ามและคณะกรรมการมัสยิด ส่วนประชาชนโดยทั่วไปเป็นผู้รับมาปฏิบัติ เพราะเชื่อว่าตนเองมีความรู้ในเรื่องนั้นน้อยกว่าผู้รู้ทางศาสนา พื้นที่ดำเนินงานมีทั้งในมัสยิดโรงพยาบาลและชุมชน และบทบาทหลักในการดำเนินงานคือ ใต๊ะอิหม่ามและคณะกรรมการมัสยิดรวมทั้งบุคลากรสาธารณสุขที่มีความรู้ด้านศาสนาด้วย

3. การสร้างสื่อ และการใช้สื่อเพื่อให้ความรู้ การจัดนิทรรศการ และการประชาสัมพันธ์ โดยผ่านการพิจารณาสื่อต่าง ๆ จากคณะทำงาน ผู้รู้ด้านศาสนา ที่มีการนำเอาบทบัญญัติมาผสมผสาน แต่ก็มีบ้างที่นำเอาหลักการทางศาสนามาเป็นเพียงองค์ประกอบ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับสิ่งที่ต้องการถ่ายทอดผ่านสื่อ ขาดการวิเคราะห์ และสังเคราะห์ โดยเฉพาะด้านพิธีกรรมที่ยังมีข้อถกเถียงกันทั้งเชิงวิชาการและทางศาสนา

4. การประเมินผล การประเมินผลไม่ชัดเจน ขาดข้อมูลของทุกฝ่าย ทั้งผู้เข้าร่วมกิจกรรมและผู้พัฒนากิจกรรม ซึ่งความรู้ที่ได้ยังต้องรอการพิสูจน์และยอมรับจากผู้รู้ทางศาสนาในการชี้แนะ และให้ข้อคิดเห็นเพราะเป็นประเด็นที่ไวต่อความรู้สึกของคนเป็นอย่างยิ่ง การประเมินส่วนใหญ่ขาดการวางแผนไว้ล่วงหน้า

โครงการที่ได้รับการต่อยอดจากระยะที่ 1

โครงการที่ได้รับการสนับสนุน ให้ได้รับกาต่อยอดการดำเนินงาน โดยเรียกว่าเป็นbest practice ที่เกิดขึ้นจากการสนับสนุนในระยะที่ 1 มี 5 โครงการ โดยเป็นโครงการจากจังหวัดนราธิวาส ยะลา ปัตตานีและสตูล โดยมีลักษณะของโครงการที่แตกต่างกันในการดำเนินงาน แต่มีสิ่งที่เหมือนกันคือ การพยายามสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างชุมชน ผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ ได้แก่ การจัดบริการตามวิถีมุสลิม ของโรงพยาบาลจะเน้นที่นำเรื่องของการปฏิบัติศาสนกิจของชาวไทยมุสลิมที่เข้ามารับการรักษาได้สามารถปฏิบัติศาสนกิจได้ เป็นการส่งเสริม

ปัญญาและจิตวิญญาณและจิตใจของผู้ป่วยและญาติที่มีที่ยึดเหนี่ยวจิตใจภายใต้ภาวะความเจ็บป่วย โครงการนี้เป็นการทดลองจัดบริการโดยการร่วมพัฒนารูปแบบโดยผู้นำศาสนาที่มาร่วมคิดในเรื่องศาสนกิจ ผู้ป่วยและญาติ คือ ชุมชน และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานที่ส่วนใหญ่เป็นชาวไทยมุสลิม อย่างไรก็ตามสิ่งที่ต้องคำนึงถึงคือ การดูแลที่เป็นพหุวัฒนธรรมที่จะต้องไม่มีการแยกหรือเลือกปฏิบัติ เพราะผู้ป่วยทุกคนมีศักดิ์เท่าเทียมกันและต้องได้รับการที่เสมอภาค รูปแบบการจัดบริการที่พัฒนาต่อยอดจากการดำเนินงานในระยะที่ 1 ก่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งจะนำไปสู่การเป็นชุมชนแห่งการเรียนรู้

โครงการนี้สอดคล้องกับการบริการที่บุคลากรสาธารณสุขต้องยอมรับว่ากำลังทำงานกับสิ่งมีชีวิตที่ต้องการการดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การดูแลที่ได้รับการปฏิบัติเหมือนเป็นเครื่องมือ ความเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติ การช่วยแก้ปัญหาเป็นสิ่งที่เริ่มเลือนหายไปจากการบริการเนื่องจากปัจจัยหลายอย่างรวมทั้งความรู้สึกหุนหันหรือเมินเฉยที่มักจะได้ยินในข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ ซึ่งทำให้บุคลากรทางสาธารณสุขได้หันกลับมาพิจารณาตนเองและร่วมกันจัดบริการที่มีน้ำใจแห่งความเป็นมนุษย์ในการให้บริการ

โครงการที่พยายามถอดองค์ความรู้ การดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวานในจังหวัดสตูล เป็นอีกโครงการหนึ่งที่พยายามนำเอาแนวคิดการวิจัยเชิงคุณภาพมาช่วยในการค้นหาแก่นของการดูแลภายใต้วิถีชนบทที่ส่วนใหญ่เป็นชาวไทยมุสลิม การพยายามเชื่อมโยงวิถีชีวิตและศาสนาเข้าด้วยกันเป็นตัวอย่างของคนในชุมชนที่มีความตั้งมั่น ซึ่งเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่ผู้ที่มีปัญหาลำบากคลั่งกันนำไปปฏิบัติซึ่งอาจจะได้ผลที่ดีหรือด้อยกว่าก็ได้ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความแตกต่างของบุคคล

โครงการที่พยายามนำเอาศาสนามาเป็นศูนย์กลางในการจัดการสุขภาพโครงการแผนสุขภาพมัสยิดส่งเสริมสุขภาพ โดยเป็นโครงการที่ได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง โครงการนี้พยายามที่จะให้เพิ่มความสำคัญของมัสยิดที่นอกจากจะเป็นสถานที่ประกอบศาสนกิจแล้วยังเพิ่มสำคัญในการเป็นศูนย์กลางการทำแผนสุขภาพ ซึ่งการให้มัสยิดมีความสำคัญมากขึ้นเป็นสิ่งที่ดี แต่การที่จะให้เป็นเพียงสถานที่หรือศูนย์กลางการทำงานเท่านั้นอาจจะไม่ใช่เป้าหมายของการสนับสนุน เพราะอาจจะใช้สถานที่อื่นในการดำเนินงานก็ได้ ดังนั้น ผู้ดำเนินงานต้องให้ความหมายให้ได้ว่า การที่เลือกมัสยิดเพราะอะไร หรือเพราะต้องการสื่อสารว่า ศาสนาเป็นศูนย์กลางของกิจกรรมต่าง ๆ ดังทฤษฎีของเดิร์กไฮม์ที่กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างศาสนาและสังคมและเศรษฐกิจ จากการพยายามที่จะดำเนินงานแผนสุขภาพ พบว่า ผู้ดำเนินงานยังขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ของการได้มาซึ่งข้อมูล เช่น ใครคือกลุ่มที่เข้าร่วมเสวนา แหล่งข้อมูลที่ได้จากข้อมูลปฐมภูมิมาจากแหล่งใด หรือข้อมูลทุติยภูมิมาจากที่ใดมีความน่าเชื่อถือได้เพียงใด และท้ายที่สุด ถึงแม้จะมีการวางแผนและโครงการ แต่ไม่มีระยะเวลาในการเริ่ม และเริ่มอย่างไร ไม่เช่นนั้น การจัดทำแผนนี้ก็ไม่มีประโยชน์ใด ๆ และนวัตกรรมที่พยายามจะนำเสนอในเรื่องการให้ความสำคัญแก่มัสยิดในการจัดทำแผนก็ไม่สามารถอธิบายอะไรได้ว่า ทำไมต้องเป็นมัสยิด กระบวนการอะไรที่คิดว่าต้องวางแผนที่มีมัสยิด ดังนั้นผู้ดำเนินงานต้องอธิบายให้ได้ว่า การจัดทำแผนสุขภาพที่มีมัสยิดเพราะคาดหวังบทบาทของคณะกรรมการมัสยิด และโต๊ะอิหม่ามที่มีต่ออิสลามิกชนที่มาทำละหมาดมีอะไรบ้าง และการมัสยิดของผู้นับถือศาสนาอิสลามโดยเฉพาะวันศุกร์จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของทั้งส่วนบุคคลและชุมชนอย่างไร

อย่างไรก็ตาม ทุกโครงการก็ยังมีแนวทางในการดำเนินงานไม่แตกต่างจากโครงการอื่น ๆ เช่น การประชุมเสวนา การจัดอบรม เป็นต้น แต่การดำเนินงานดังกล่าวได้นำเอากระบวนการวิเคราะห์ สังเคราะห์และเจาะลึกถึง

ปัญหาเป็นข้อมูลในการวางแผน จึงสามารถดำเนินงานได้ตรงประเด็น แต่สิ่งที่จะต้องดำเนินงานที่สำคัญก่อนการนำเอาองค์ความรู้ไปเผยแพร่ในกระบวนการจัดการความรู้คือการตรวจสอบองค์ความรู้ที่ค้นพบ ซึ่งเป็นขั้นตอนที่สำคัญเนื่องจากการสรุปความต้องการถอดจากสิ่งที่พบและตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิว่า สิ่งที่ค้นพบไม่มีความลำเอียงและมีการยืนยันทางวิชาการ

ผลการวิเคราะห์ศักยภาพของผู้ดำเนินงาน

ด้านผู้ดำเนินงาน พบว่า มีผู้ตอบแบบสอบถามเป็นหัวหน้าโครงการมีทั้งสิ้น 37 ราย เป็นเพศชาย 14 ราย และเพศหญิง 23 ราย ส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รองลงมาคือ พยาบาลวิชาชีพมีอายุเฉลี่ย 34 ปี (22- 47 ปี) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คู่

ตารางที่ 12 ข้อมูลทางประชากรของหัวหน้าโครงการ/ผู้ดำเนินงานหลัก

ข้อมูล	จำนวน
เพศ	
ชาย	14
หญิง	23
ตำแหน่ง	
พยาบาลวิชาชีพ	16
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	20
อื่น ๆ	1
สถานภาพสมรส	
โสด	15
คู่	21
ม้าย	1
ระดับการศึกษา	
ต่ำกว่าปริญญาตรี	5
ปริญญาตรีและสูงกว่า	32
ท่านมีกิจกรรมต่อไปนี้อยู่หรือไม่	
หัวหน้าโครงการมีการประชุมเตรียมการจัดกิจกรรม	35
หัวหน้าโครงการมีการมอบหมายหน้าที่ในการจัดกิจกรรม	34
แผนการจัดกิจกรรมครบถ้วนตามโครงการ	32
การใช้จ่ายงบประมาณตรงตามกิจกรรมที่กำหนดไว้ในโครงการหรือไม่	
ตรงตามกิจกรรม	35
ไม่ตรงตามกิจกรรม	33
มีการประชาสัมพันธ์กิจกรรม โดยวิธีใดบ้าง	
ติดป้ายประกาศ	19
การประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อวิทยุ	9
แผ่นพับ แผ่นปลิว	17
จากเจ้าหน้าที่	28
อื่น ๆ	20

การดำเนินงานโครงการ ฯ มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาการพัฒนาระบบบริการในชุมชนให้มีประสิทธิภาพและพัฒนาศักยภาพของผู้ให้บริการในสถานการณ์ความรุนแรงปัจจุบัน

หากจะกล่าวถึงวัตถุประสงค์ของโครงการฯ คือ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการจัดระบบบริการสุขภาพในชุมชนโดยชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและเกิดความยั่งยืนในการดำเนินงานทำให้ประชาชนในชุมชน กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มเป้าหมายมีคุณภาพชีวิตที่ดี ระบบการดูแลมีการวางแผนและการจัดกิจกรรมโดยเน้นที่ปัญหาสุขภาพที่พบในชุมชนนั้น ๆ มากกว่าการรับนโยบายจากส่วนกลางที่อาจจะไม่เข้าใจบริบทความจำเพาะของชุมชน ต้นทุนทางสังคมของชุมชนที่แตกต่างกัน ภาวะเศรษฐกิจในชุมชน การจัดสาธารณูปโภคเพื่อรองรับปัญหาสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยปัญหาเศรษฐกิจ สังคม ระบบการจัดการในชุมชนและความเป็นปัจเจกบุคคล อย่างไรก็ตามต้องสอดคล้องกับนโยบายหลักและนโยบายพื้นที่ การกระตุ้นให้เกิดความยั่งยืนโดยผ่านกระบวนการการมีส่วนร่วมได้รับการยอมรับว่าสามารถนำไปสู่นโยบายสาธารณะในชุมชนได้ และสามารถแก้ไขปัญหได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการมองปัญหาโดยบุคลากรสาธารณสุขที่มองเฉพาะตัวชีวิตที่รัฐบาลกลางเป็นผู้กำหนดจากการศึกษาวัตถุประสงค์ของโครงการ พบดังนี้

สิ่งที่ได้จากโครงการ

1.โครงการที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ผู้สูงอายุ สรุปได้ดังนี้

โรคเรื้อรังความดันโลหิตสูง-ลดระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ

- ลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน
- ยกระดับการทำงานของ อสม ใต้หม่อม ผู้นำศาสนาในชุมชน และเพื่อให้เกิดเป็นศูนย์กลางการดูแล สร้างเครือข่ายแกนนำ
- เพื่อให้ความรู้ในการจัดการดำเนินการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวาน
- ให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง
- การคัดกรองผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวานโดยชุมชน อย่างต่อเนื่อง
- การสร้างสื่อให้ความรู้ ส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกัน

กิจกรรมที่จัดเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ประกอบด้วย

- การจัดประชุม เพื่อให้คำชี้แจงและค้นหาปัญหา
- การให้ความรู้ทั้งในรูปแบบของการสอน ประชุมเชิงปฏิบัติการและการดูงาน
- การสร้างสื่อ /ประชาสัมพันธ์
- ทดลองกิจกรรม เช่น เยี่ยมบ้าน เป็นต้น
- การเสวนากลุ่ม

ผู้สูงอายุ

- แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนที่อยู่แบบพหุวัฒนธรรม
- เครือข่ายความร่วมมือในชุมชนของผู้สูงอายุ
- ส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ สามารถพึ่งพาตนเองได้
- เครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุ

-การส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโดยที่ยืด

การประเมินผล

-ความพึงพอใจ

การประเมินผล

-การประเมินความพึงพอใจ

-ระดับน้ำตาลในเลือด

-ระดับความดันโลหิต

2.อนามัยแม่และเด็ก

-ส่งเสริมทันตสุขภาพในบ้านและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

-การมีส่วนร่วมของชุมชนในการลดการบริโภคอาหารที่เป็นอันตรายต่อทันตสุขภาพ

การฝากครรภ์

-การกระตุ้นให้มาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์

-สร้างเครือข่ายส่งเสริมงานอนามัยแม่และเด็กเครือข่ายเฝ้าระวังสุขภาพอนามัยหญิงตั้งครรภ์ และเด็ก
อายุ 0-6 ปี

-การผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่นกับการตรวจครรภ์

-ส่งเสริมการคลอดที่โรงพยาบาล

-สามีมีส่วนร่วมในการในเรื่องการฝากครรภ์และการคลอด ลดการคลอดที่บ้าน

-การสร้างโรงเรียนพ่อแม่ตามหลักศาสนาอิสลาม

-หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ในการดูแลตนเองและการเลี้ยงลูก

มะเร็ง

-ลดอัตราการเกิดโรคมะเร็ง โดยเพิ่มอัตราการคัดกรอง

-ให้ความรู้

-การมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

เด็ก

-การส่งเสริมพัฒนาการของเด็กให้เหมาะสมกับวัย และพัฒนาเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า

-การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการ

-ลดปัญหาทุพโภชนาการในเด็กและการเฝ้าระวังการเกิดภาวะทุพโภชนาการโดย อสม ผู้นำชุมชน
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อบต

-การส่งเสริมให้คนในชุมชนรัก และเข้าใจเด็กที่มีปัญหาด้านจิตเวช สมอง

-การช่วยเหลือของเล่นเด็ก/เสื้อผ้าเพื่อส่งเสริมพัฒนาการ

การประเมินผล

-การเข้าร่วมกิจกรรม

-ความรู้

3.ชุมชนและศาสนา

- การนำหลักศาสนาใช้ในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน
- การส่งเสริมสุขภาพในมัสยิด
- การยอมรับผู้ป่วยโรคเอดส์ในมัสยิด
- การสร้างทีมสอบสวนโรคเร็ว โดยความร่วมมือ อบต
- แผนสุขภาพชุมชนที่มีมัสยิดเป็นศูนย์กลาง
- โรงพยาบาลตามวิถีอิสลาม

การประเมินผล

- ไม่ชัดเจน

4.กลุ่มวิชาชีพ (พยาบาล หมอนามัย ทันตแพทย์ เกษัชกร อสม)

- ความเชื่อในเรื่องอาหารและการไม่รับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน
- การล้างมือตามแนวทางศาสนาอิสลาม
- การจัดทำคู่มือ อสม เพื่อลดการซ้ำซ้อนของการทำงาน
- การส่งเสริมทันตสาธารณสุขใน 3 จังหวัดชายแดน
- การให้บริการโดยหัวใจมนุษย์

การประเมินผล

- ไม่ชัดเจน

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการประเมินโครงการ

จากข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นคำอธิบายกระบวนการดำเนินงานโครงการ พบว่า

1. ในการจัดการโครงการ ส่วนใหญ่มีความร่วมมือในพื้นที่ ทั้งองค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล ผู้นำศาสนา โรงเรียน มัสยิด กรรมการมัสยิด โรงพยาบาล ตลอดจนนักวิชาการจากมหาวิทยาลัยในพื้นที่ แกนนำภาคประชาชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสาธารณสุขจังหวัด รวมทั้งสถานีอนามัย อสม เยาวชน และผู้สูงอายุ เกษตรกร แลโรงพยาบาลชุมชน

การบอกถึงความร่วมมือที่เกิดขึ้นเป็นส่วนหนึ่งของความคาดหวังต่อโครงการที่นำไปสู่ความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้องอย่างจริงจัง และเห็นภาพความสัมพันธ์ที่น่าจะเกิดขึ้น เป็นการเพิ่มทุนทางสังคมที่เห็นได้เป็นรูปธรรม(4)

“เวลาทำก็บอกหลายหน่วยให้ความร่วม อย่าง อบต โต๊ะอิหม่าม แต่ได้รับความร่วมมือบ้างไม่ได้รับความร่วมมือบ้าง เพราะต่างคนต่างก็มีงาน”

“อสม มาร่วมทุกครั้ง ก็เป็นภาคเรา”

“ให้สามีมาช่วยด้วย เพราะเดิมมีปัญหาว่า สามีไม่สนใจ”

“ที่มีผู้นำศาสนาเพราะอยากให้เขามาทำโครงการเราอยากให้เขามาเพราะ เขาก็เป็นกลุ่มเสี่ยงด้วย”

2.การประเมินผล ส่วนใหญ่ไม่ได้ประเมิน และบางรายยังอยู่ระหว่างการวางแผน มีส่วนน้อยที่เป็นการประเมินภายใน และประเมินความรู้ก่อนและหลังสอน

“เวลาน้อย แต่ทำกิจกรรมยังไม่ทันเลยคะ”

“ว่าจะทำ แต่ยังไม่มีเวลา “

“รอทาง สारวสประเมิน เพราะมีกิจกรรมย่อยมากประเมินยาก ประเมินตามตัวชี้วัด ประเมินผู้เข้าโครงการ ก็เป็นความพึงพอใจ”

“ที่เก็บข้อมูลคือ อัตราป่วยเทียบกับเมื่อปีที่แล้ว แต่ โครงการยังไม่ได้ใช้ในสถานการณ์จริง เพียงแต่เป็นรูปแบบที่ใช้การฝึกซ้อม”

3.บทบาทหน้าที่และการมีส่วนร่วมในโครงการ

การมีส่วนร่วมของกลุ่มภาคี ส่วนใหญ่ไม่ชัดเจนว่า แต่ละกลุ่มที่เข้ามามีส่วนร่วมมีบทบาทอะไรที่ชัดเจน บทบาทที่ชัดเจนของภาคีจึงเป็นการรวมตัวแบบหลวม ๆ เป็นบทบาทเฉพาะในการศึกษารั้วนี้ แต่ในระยะยาวไม่มีความชัดเจน เมื่อลงไปในพื้นที่ พบว่า การมีส่วนร่วมขององค์กรภาคี ส่วนใหญ่มาร่วมในระยะแรก เนื่องจากการดำเนินงานทั้งหมด/ส่วนใหญ่อยู่ภายใต้การควบคุม/จัดการของเจ้าหน้าที่โครงการ/ผู้ดำเนินงาน มีส่วนน้อย (3 โครงการ) ที่มีตารางแสดงบทบาทขององค์กรภาคี

การสร้างเครือข่ายเป็นอีกกระบวนการหนึ่งที่จะนำไปสู่การทำงานอย่างต่อเนื่อง และเป็นเครือข่ายที่เข้มแข็งต่อไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแนวทางดำเนินงานและขยายแนวคิดในระดับราบ

4. การพัฒนาตนเองและการเรียนรู้ด้านใดที่ได้จากการดำเนินงานโครงการ

โครงการนี้มีส่วนในการส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกับชุมชนมากขึ้น ทำให้ผู้ดำเนินโครงการและทีมงานมองปัญหาในเชิงระบบมากขึ้น ปรับวิธีคิดในการทำงาน รวมทั้งการมองภาคีที่มีส่วนร่วมได้เรียนรู้และมีโอกาสเข้าใจซึ่งกันและกันมากขึ้น เรียนรู้และได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับคนต่างพื้นที่ เกิดการเรียนรู้การสร้างงานที่มีคุณภาพมากขึ้น เกิดสิ่งที่ดี ๆ ในชุมชน ได้หันกลับมาช่วยกันคิดแก้ปัญหาสร้างความสามัคคีและเครือข่ายการทำงาน เกิดการค้นพบปัญหาในชุมชนทำให้มองไปยังกลุ่มที่เคยถูกละเลยให้ชุมชนได้เห็นความสำคัญในการร่วมแก้ปัญหา มีความสามัคคีมากขึ้น

“จากที่คนไม่สนใจเด็กกลุ่มนี้ ตอนนี้มีหลายหน่วยงานเข้ามาช่วย แต่ก็ยังมีปัญหาอื่นคือ การติดต่อประสานงาน และแหล่งข้อมูล”

“สิ่งที่เห็นชัดคือ คนที่นี้มีการเปลี่ยนแปลง”

5. ปัญหาและสิ่งที่ต้องการความช่วยเหลือ

ปัญหาที่สำคัญคือ ระยะเวลาในการดำเนินงานสั้นคือ 6 เดือน เนื่องจากมีงานประจำที่จะต้องดำเนินการ บางครั้งมีงานเร่งด่วนในระบบ ทำให้งานไม่ต่อเนื่อง การจัดประชุมแต่ละครั้งเวลาไม่ตรงกัน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของแผนงาน และเนื่องจากคนทำงานหลักคือ หัวหน้าทีม การกระจายงานยังมีปัญหา โดยเฉพาะการสื่อสาร

นอกจากนี้คือ ปัญหาเรื่องการสรุปงาน การเขียนรายงาน ขาดข้อมูลและแหล่งความรู้ที่จะค้นคว้าสิ่งที่ต้องการความช่วยเหลือคือ

1. การติดตามและแนะนำจาก สวรส เป็นระยะ ๆ
2. แหล่งข้อมูลทางวิชาการและการสืบค้น
3. การเขียนรายงาน
4. การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ

สรุปผลคุณภาพของโครงการ

1. ด้านความรู้/แนวคิด

ทุกโครงการมีฐานเริ่มต้นจากปัญหาที่ตนเองพบ ซึ่งเป็นสิ่งที่ดีที่มองเห็นปัญหาจากการปฏิบัติงานและคิดว่าควรได้รับการแก้ไขซึ่งในระบบปกติอาจจะไม่สามารถดำเนินการได้ เนื่องจากขาดทุนสนับสนุนหรือขาดโอกาสในการดำเนินงาน โครงการนวัตกรรม ฯ นี้จะเป็นทางออกที่สำคัญที่ช่วยแก้ปัญหาได้ และด้วยกระบวนการที่ สวรส (ส่วนกลาง) และ สปสช. ดำเนินการคือการพัฒนาและปรับแนวคิดให้เข้าสู่กรอบความเป็นไปได้ของโครงการ โดยการจัดให้มีการปรับปรุงโครงร่างและมีที่ปรึกษาให้ข้อชี้แนะ ทำให้โอกาสในการสำเร็จเกิดขึ้น นอกจากนี้ยังมีความร่วมมือกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง 5 จังหวัดเข้ามามีส่วนร่วมในการรับทราบการดำเนินงานและร่วมติดตามประเมินผลเป็นระยะ ๆ เกิดการประสานงานร่วมกันในพื้นที่มากขึ้น เพราะเป้าหมายหลักคือการพัฒนากระบวนการปฐมนิเทศ และเพิ่มความตระหนักของเจ้าหน้าที่ในการให้บริการที่เหมาะสมกับพื้นที่รวมทั้งการสร้างความรู้ความเข้าใจในชุมชนในช่วงวิกฤติที่ทุกคนเกิดความไม่ไว้วางใจซึ่งกันและกัน การดำเนินงานที่ใช้การสาธารณสุขนำนั้นน่าจะได้ผลดีในเชิงสมานฉันท์ ทั้งในระดับพื้นที่และระดับโลกเป็นที่ยอมรับว่า บุคลากรทางการแพทย์ไม่ใช่เป้าหมายของปัญหา

การพยายามที่จะทำงานเชิงรุกในทุกโครงการที่นำเสนอเป็นสิ่งที่ดี เช่น การพยายามสื่อสารกับผู้นำศาสนาให้มาเป็นส่วนหนึ่งของการจัดการปัญหาสุขภาพในชุมชน ทั้งนี้หากมองในบทบาทของผู้นำศาสนาทุกศาสนา ถือว่าเป็นผู้นำทางจิตวิญญาณ ประชาญ์ โต๊ะบิแด โต๊ะหมอ โต๊ะครู และผู้นำทางธรรมชาติ ที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อ

แนวคิดในชุมชน นอกจากนี้ยังพยายามที่จะให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุข เช่น อบต. ครู ญาติ หรือแม้แต่เด็ก ๆ ในชุมชน สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดภาพการทำงานร่วมกันของคนในชุมชน แต่อาจจะยังไม่ตอบคำถามในเรื่องความยั่งยืนของการดำเนินงาน จึงมักมีคำถามว่า หากลดการสนับสนุนโครงการหรือทาง สรรพ และ สปสช. ไม่สามารถสนับสนุนได้ จะมีความยั่งยืนหรือดำเนินงานต่อไปได้อย่างไร เพราะเป้าหมายของสรรพ ภาคได้มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ นโยบายของสรรพ ส่วนกลาง และ สปสช. คือ การเกิดความยั่งยืนในการแก้ปัญหาสุขภาพระยะยาว การต่อยอดการทำงานหลักการหรือนโยบายที่เป็นตัวเชื่อมโยงและประกันการได้รับการดูแลด้านสุขภาพของประชาชน จิตอาสาที่เกิดในโครงการจะเป็นจิตอาสาที่ยั่งยืนได้อย่างไร

ความร่วมมือที่เกิดขึ้นในขณะที่มีการดำเนินงานเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชุมชน ซึ่งน่าจะบอกทิศทางที่ดี แต่เนื่องจากไม่ได้นำเสนอข้อมูลที่เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์และข้อเท็จจริงว่าก่อนที่จะมีการดำเนินงานนั้นชุมชนเป็นอย่างไรในด้านความสัมพันธ์ แต่นำเสนอเฉพาะสถิติของปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งบางพื้นที่ก็ไม่ได้นำข้อมูลในพื้นที่มาประกอบประกอบในการนำเสนอ แต่เป็นข้อมูลที่ได้จากจังหวัด และเป็นข้อมูลนามธรรม

การนำเอากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนมาใช้เป็นเพียงองค์ประกอบของการดำเนินงานมากกว่าการใช้เป็นหลักหรือจุดตั้งต้นในการแก้ไขปัญหาของชุมชน เพราะจากการดำเนินงานโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในหลายโครงการไม่ได้ตรงกับปัญหาของชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นเพียงส่วนหนึ่งและไม่ได้มีความสำคัญ ดังนั้นผู้ที่นำเอากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนมาใช้ในการดำเนินงานควรจะต้องเข้าใจกระบวนการ วัตถุประสงค์ และการนำผลจากกระบวนการนี้ไปใช้ เพราะไม่อาจคาดเดาได้ว่า คนในชุมชนคิดอย่างไร ใครที่เป็นผู้นำอย่างแท้จริง และเขาต้องการ/คาดหวังอะไร

หากพิจารณาจากการสรุปวัตถุประสงค์ของทุกโครงการ จะพบว่า ส่วนใหญ่มุ่งเน้นที่การลดปัญหาและการเพิ่มประสิทธิภาพหรือผลงานประจำ เป็นหลัก เช่น การลดอัตราเสี่ยงการเกิดโรคความดันโลหิตสูง/เบาหวาน การส่งเสริมสุขภาพปากและฟัน เป็นต้น

ถึงแม้องค์ความรู้ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน อาจจะเป็นความรู้เชิงวิชาการที่ไม่แตกต่างไปจากองค์ความรู้ในเรื่องชุมชนมากนัก แต่สิ่งที่ได้คือ ความพยายามที่จะคิดทำงาน และแก้ปัญหาที่ตนเองประสบ ส่วนกระบวนการในการแก้ไขปัญหาอาจจะยังไม่ครบถ้วน ขาดประสบการณ์ เนื่องจากกรอบแนวคิดเดิมไม่ชัดเจนทำให้แนวทางการดำเนินงานก็ยังไม่สามารถตอบปัญหาในการแก้ไขปัญหาอย่างแท้จริง

2. กิจกรรม/การดำเนินงาน/กระบวนการ

การกำหนดกิจกรรมส่วนใหญ่เป็นการกำหนดกิจกรรมไว้ก่อนโดยผู้ดำเนินงาน เช่น การประชุมแบบมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแท้จริง ก่อนที่จะได้ข้อสรุปถึงปัญหาและเสนอขอรับทุนสนับสนุน ผู้ขอรับการสนับสนุนต้องมีข้อมูลนี้อยู่ระดับหนึ่งแล้ว การประชุมเสวนาเพื่อค้นหาปัญหาจึงไม่เกิดประโยชน์และน่าจะเป็นการประชุมชี้แจงโครงการมากกว่าการค้นหาปัญหา นอกจากนี้กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดเลือก/เชิญเข้ามาเป็นผู้ให้ข้อมูลหรือร่วมคิดร่วมทำ ก็ไม่มีข้อกำหนดว่าเป็นใคร จำนวนเท่าไร แต่เสนอภาพรวมว่า เป็นกลุ่มชุมชนที่มีองค์ประกอบไม่แตกต่างกัน คือ ผู้นำชุมชน ผู้แทนอบต. นายกอบต. หรือนายกเทศมนตรี รวมทั้งการพยายามหาความเชื่อมโยงด้านจิตวิญญาณหรือปัญญา โดยการนำเอากลุ่มผู้นำศาสนา และ ปราชญ์ในชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน แต่สิ่งที่ผู้ดำเนินงานขาดการวิเคราะห์คือ บุคคลเหล่านั้นมองปัญหาด้านสุขภาพจะอย่างไร การให้ข้อมูล

และมุมมองโดยผู้ดำเนินงานอาจจะเป็นวิธีการแก้ไขประเด็นหนึ่ง แต่หากกลุ่มที่เข้ามาเกี่ยวข้องเป็นเพียง “ผู้เข้าร่วม” และเดินเรื่องตามกลไกของผู้ดำเนินงานหลักคือหัวหน้าโครงการ ก็จะไม่เห็นบทบาทของตนเองว่า ควรมีส่วนร่วมในระดับใด และจะช่วยให้สุขภาวะทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณของคนในชุมชนดีขึ้นได้อย่างไร ถึงแม้ว่าโครงการจะมีความพยายามในการจัดตั้งให้มัสยิดเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ก็ตาม แต่การกำหนดบทบาทที่ไม่ชัดเจน ทำให้การใช้พื้นที่มัสยิดในการเป็นศูนย์การเรียนรู้ไม่ชัดเจน ชุมชนหรือกรรมการมัสยิด ตลอดจนหน่วยงานอื่น ๆ ไม่ได้ทำบทบาทตามภารกิจ ของตนเอง แต่ทำตามข้อกำหนดในโครงการ ทำให้ไม่เห็นความยั่งยืนของโครงการ หรือแม้แต่บางโครงการพยายามให้เด็กมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โต๊ะอิหม่ามเป็นผู้ช่วยให้ข้อมูล แต่แท้ที่จริงแล้วคงต้องกลับมามองว่า ทั้งเด็ก โต๊ะอิหม่าม เข้าใจในปัญหาและความสำคัญของตนเองมากน้อยเพียงใด ตนเองมีบทบาทที่จะลดปัญหาสุขภาพและโรคต่าง ๆ ได้อย่างไร

ในการดำเนินงาน บทบาทการทำงานยังเป็นของผู้ที่ได้รับทุนเป็นส่วนใหญ่ โดยจะเป็นทั้งผู้เขียนบท (กิจกรรม) เป็นผู้นำกิจกรรมคือเป็นทั้งวิทยากร ผู้จัด ผู้ประเมิน(บางโครงการไม่มีการประเมิน) เบ็ดเสร็จในคนเดียว ซึ่งหากมองหาความสมบูรณ์คงเป็นไปได้ยาก และไม่สามารถดำเนินงานทุกกิจกรรมเสร็จสิ้นตามวันและเวลาที่กำหนด

การขาดการประเมินสถานการณ์อย่างแท้จริงทำให้หลายโครงการไม่สามารถตอบโจทย์ที่ตนเองตั้งไว้ได้ จึงทำให้หลายโครงการขาดสิ่งที่น่าสนใจไป ถึงแม้โครงการที่ได้รับการยอมรับว่าเป็น best practice เช่น การเสริมสร้างเครือข่ายชุมชนดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตำบลยามู อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี หรือโครงการชุมชนรวมพลังจัดไข้มาลาเรีย ก็ตาม

นอกจากนี้ โครงการส่วนใหญ่ยังขาดการประสานงานกับอาจารย์/ผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้รับมอบหมายให้เป็นที่ปรึกษา การจัดการกระบวนการโดยสวรส. และสปสช. เพื่อให้งานดังกล่าวมีความครอบคลุมมากขึ้นไม่ได้ถูกนำมามีส่วนร่วมในการชี้แนะระหว่างการทำงาน ดังนั้นเมื่อเสร็จสิ้นโครงการ ๆ ทำให้ไม่บรรลุวัตถุประสงค์ หรือพัฒนาศักยภาพของผู้ดำเนินงานอย่างแท้จริง เพราะจำนวนกิจกรรมที่เกิดขึ้นมากมาย หากไม่สามารถตอบวัตถุประสงค์ได้ก็ไม่น่าจะมีประโยชน์ใด ๆ เท่ากับการพยายามวางกรอบแนวคิดและเจาะลึกถึงกิจกรรมนั้น ๆ ในเชิงปริมาณและคุณภาพ

ในแต่ละโครงการยังไม่ได้อธิบายถึงกระบวนการ/กลไกที่นำไปสู่ สิ่งที่ผู้ดำเนินงานคาดหวังว่าเป็น “ความสำเร็จ” ว่าในแต่ละกิจกรรมได้ใช้กระบวนการอะไรบ้าง เพราะน่าจะเป็นสิ่งที่ช่วยให้ชุมชนที่เป้าหมายและชุมชนอื่นได้เรียนรู้ถึงการเกิดความร่วมมือหรือความสำเร็จตามวัตถุประสงค์

3. การประเมินผล

การประเมินผลโครงการ ทั้งจากกลุ่มผู้ดำเนินงานเอง กลุ่มเป้าหมายของโครงการ และผู้เกี่ยวข้อง พบว่ามีน้อยมาก เพราะหลาย ๆ โครงการมุ่งเฉพาะการทำกิจกรรมที่ตนเองวางแผนไว้ แต่สิ่งที่จะตอบคำถามว่า “*ทำแล้วมีการเปลี่ยนแปลงอะไร*” “*อะไรเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จ*” การวัดการเปลี่ยนแปลงบางประการที่ต้องการการทิ้งช่วงเวลา เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เปลี่ยนไป การเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาล ที่ต้องใช้เวลาในการ

ตรวจสอบ ติดตามว่า สิ่งที่คุณดำเนินงานต้องการให้เกิดขึ้นนั้นเกิดขึ้นจากการทำกิจกรรมหรือจากองค์ประกอบอื่น ความยั่งยืนของการดำเนินงานที่หลายฝ่ายถามหา ยังไม่มีคำตอบที่ชัดเจน

ในการประเมินผล มีกลุ่มที่จัดให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมาย ซึ่งเกือบทุกโครงการมีการบรรจุอยู่ด้วย อาจจะต้องถามว่า ความรู้ที่ผู้ดำเนินการให้กับกลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะกลุ่มโรคเรื้อรัง มีความแตกต่างอย่างไรกับความรู้ที่เคยได้รับจากสถานพยาบาลที่เขาเหล่านั้นไปรับบริการ การสร้างกิจกรรมใหม่ ๆ จะช่วยให้ผสม ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือมีความรู้เพิ่มขึ้นจริงหรือ เพราะการประเมินผลความรู้ทันทีที่ให้ความรู้เป็นสิ่งที่ต้องระวัง เพราะส่วนใหญ่มักมีความรู้เปลี่ยนแปลงไป คือ อาจเพิ่มขึ้นหรือลดลง ซึ่งแบบสอบถามไม่มีการนำเสนอว่ามีมาตรฐาน หรือมีการทดสอบความน่าเชื่อถือได้หรือไม่

4. การเขียนรายงาน

รายงานเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่จะนำเสนอว่า ผู้ดำเนินงานนั้นมีกลวิธีอะไรในการจัดการให้โครงการดำเนินไปได้ นอกจากนี้ยังอาจชี้ให้เห็นถึงผลที่ได้รับว่าประสบความสำเร็จหรืออุปสรรคอะไร ผลการดำเนินงานอาจจะไม่เป็นไปตามที่วางแผนไว้ ซึ่งบางคนเข้าใจว่านั่นหมายถึงความล้มเหลวของการดำเนินงาน และจะพยายามที่จะกล่าวถึง ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง ทั้งนี้เพราะผู้ดำเนินงานไม่สามารถคาดการณ์เอาไว้ก่อนได้ ดังนั้นจึงต้องย้อนกลับไปพิจารณาว่า แผนงานที่วางไว้เป็นอย่างไร มีอะไรเป็นจุดอ่อนหรือเพราะเกิดเหตุการณ์ไม่คาดฝันเกิดขึ้น เช่น มีสถานการณ์ที่ตึงเครียดเกิดขึ้นในพื้นที่ โดยเหตุการณ์นั้นเป็นเหตุการณ์ที่ยอมรับได้ การอธิบายปัญหาและข้อบกพร่องที่ทำให้ผลการดำเนินงานไม่ได้เป็นไปตามที่คาดหวังเป็นสิ่งที่ดี เพราะทำให้เกิดการเรียนรู้ที่เป็นประโยชน์สำหรับผู้ดำเนินงานและคนที่อ่านข้อมูล แต่รายงานที่ส่งมาทั้งหมด ในระยะที่ 2 จำนวน 20 เรื่องจาก 39 เรื่อง เป็นรายงานที่ดูเหมือนประสบความสำเร็จไม่มีอุปสรรค มีปัญหาอยู่เพียง ระยะเวลานั้นและเงินสนับสนุนน้อยเท่านั้น

วัตถุประสงค์ของการสนับสนุนโครงการต่าง ๆ นี้ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และนำไปสู่การพัฒนา แต่หากไม่สามารถอธิบายกระบวนการ กลุ่มเป้าหมาย หรือแม้แต่วัตถุประสงค์ของการดำเนินงานนั้นก็ขาดคุณภาพและขาดคุณค่าไปโดยปริยาย ดังนั้นการเขียนรายงานจึงไม่ใช่เพียงแต่การนำเสนอรูปภาพกิจกรรมแต่ต้องบอกให้ได้ถึงเหตุ และ ผล รวมถึงกระบวนการและการวิเคราะห์สิ่งที่เกิดขึ้นทั้งในทางบวกและลบและหากผู้ดำเนินงานสามารถอธิบายปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ ผู้ดำเนินงานนั้นก็จะสามารถพัฒนาตนเองต่อไปได้ เกิดการเรียนรู้และเป็นคนที่มีศักยภาพในที่สุด และยังทำให้ผู้อื่นได้เรียนรู้เพิ่มขึ้นอีกด้วย

นอกจากนี้ยังขาดข้อมูลที่จำเป็น คือ ข้อมูลของกลุ่มเป้าหมาย มีคุณลักษณะอย่างไร เป็นปัญหาอย่างไร มีการเจ็บป่วยอะไร และมีการเปลี่ยนแปลงอะไรเกิดขึ้นหลังจากที่มีการดำเนินงานโครงการ ทำให้ลดความน่าเชื่อถือว่าโครงการนี้ได้ทำกิจกรรมครบถ้วนหรือไม่ และมีการเปลี่ยนแปลงอะไรที่เป็นผลจากการดำเนินงานโครงการ และในบางรายงานเนื้อหา กระบวนการ และผลการดำเนินงาน ไม่ใช่เรื่องเดียวกัน ไม่สอดคล้องกัน

5. การสังเคราะห์นวัตกรรมการที่เกิดขึ้น

โครงการที่นำมาสังเคราะห์ มีทั้งสิ้น 21 โครงการ จากจำนวนทั้งสิ้น 39 โครงการ ทั้งนี้พบว่าโครงการที่ไม่ส่งเอกสารตามเวลามี 18 โครงการ

5.1 การสังเคราะห์กระบวนการพัฒนา

ในการพัฒนาโครงการต่าง ๆ ที่เสนอขอรับการสนับสนุนนั้น พบว่า สวรส ภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาคนเพื่อนำไปสู่การพัฒนางาน โดยจากกระบวนการทัศน์ของการเตรียมความพร้อมของผู้ผ่านการคัดกรองในขั้นต้น เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงานที่เป็น “นวัตกรรม” โดยขั้นตอนแรกผ่านการร่วมพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการแต่งตั้งจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนั้น ๆ และส่วนใหญ่ก็เป็นผู้ดูแลรับผิดชอบงานด้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและ/หรืองานปฐมภูมิของจังหวัดนั้น ๆ นอกจากการมีพื้นฐานในเรื่องความเข้าใจของงานที่รับผิดชอบแล้ว ยังมีศักยภาพในด้านวิชาการและจบการศึกษาอย่างน้อยระดับปริญญาตรีอีกด้วย

หากจะคาดหวังผลของการดำเนินงานโดยการวิเคราะห์ประสิทธิผลของการดำเนินงาน จะต้องพิจารณาองค์ประกอบดังนี้

1. สิ่งที่เป็นปัจจัยนำเข้า ที่ประกอบด้วย

- 1.1. ผู้ทรงคุณวุฒิและที่ปรึกษา
- 1.2. ผู้ดำเนินงาน
- 1.3. งบประมาณที่สนับสนุนการพัฒนา และงบประมาณสนับสนุนโครงการ
- 1.4. กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ที่อาศัยในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดน
- 1.5. ภาครัฐร่วม

2. กระบวนการ

2.1 การจัดการงานวิจัย โดยการให้ความรู้แก่ผู้ดำเนินโครงการที่ผ่านการคัดเลือกในรอบที่ 1 คือ 35 ราย และ 4 วิชาชีพ ซึ่งใช้เวลาในการปรับแนวคิดและกระบวนการดำเนินงาน 2 วัน โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิให้คำชี้แนะ 1 คน ต่อ 5-7 โครงการ

2.2 การใช้เวลาในการทบทวนและปรับเปลี่ยน มีการติดตามหลังจากนั้น ซึ่งพบว่า บางรายก็นำไปให้ที่ปรึกษาโครงการตรวจสอบซ้ำ แต่บางรายด้วยความเร่งรีบจึงขาดการตรวจสอบ และมีการเซ็นสัญญาก่อนที่จะมีการประเมินซ้ำอีกครั้ง กล่าวคือ มีบางโครงการที่ผ่านการพิจารณาในรอบที่ 1 แต่ไม่สามารถเข้าร่วมในการพัฒนาโครงการได้ ซึ่งสิ่งดังกล่าวมีความจำเป็นที่จะละเลยไม่ได้ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ที่เสนอโครงการเข้าใจแนวทางของการสนับสนุนและความสำคัญของการพัฒนาที่จัดให้

ในประเด็นนี้ สิ่งที่พบว่า ขาดความสมบูรณ์คือ การวิเคราะห์สถานการณ์ของพื้นที่ที่เป็นจริง สถานการณ์โรคที่พบ หรือปัญหาสุขภาพที่แท้จริงของพื้นที่ ในที่นี้ผู้แทนจาก สสจ. จะช่วยได้มากในการนำข้อมูลด้านสุขภาพ ในแต่ละพื้นที่มาร่วมวิเคราะห์และวางแผนและหากจะมองเป็นภาพรวมของจังหวัด ก็จะทำให้มีความชัดเจนถึงกระบวนการแก้ปัญหาที่ครอบคลุมและมีทิศทาง ซึ่งเป็นจุดอ่อนที่ สวรส ต้องพิจารณาทบทวน ความเข้มงวดในการให้ความสำคัญกับการร่วมมือนี้เพราะหากละเลยผลงานที่ปรากฏก็จะด้อยคุณภาพ

2.3 กระบวนการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันตามปัญหาของการศึกษา อย่างไรก็ตาม สวรรส ภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำหนดให้แต่ละโครงการมีที่ปรึกษา ประจำ แต่ประเด็นที่ สวรรสภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ต้องปรับปรุงคือ การกำหนดบทบาทของที่ปรึกษาว่า มีบทบาทอะไรบ้าง เช่น การตรวจสอบติดตามโครงการ การให้คำแนะนำในการดำเนินงาน ฯลฯ มากกว่า การมาให้คำปรึกษาในวันที่นำเสนอผลงาน ทั้งนี้พบว่า ผู้ดำเนินโครงการมากกว่าครึ่งหนึ่งของโครงการที่ได้รับการสนับสนุนไม่เคยติดต่อกับที่ปรึกษา ผลการดำเนินงานจึงไม่ตรงกับที่กำหนดไว้ ทั้งนี้จากการส่งรายงานพบว่า รายงานบางส่วน ไม่ได้บอก/อธิบายถึงกระบวนการที่เกิดขึ้น กลุ่มเป้าหมายไม่ชัดเจน ขาดหลักการในการคิด/กำหนดเป้าหมายและปัญหา ทำให้ผลงานที่ปรากฏไม่สามารถจะทำการสังเคราะห์นวัตกรรมได้ เนื่องจากผู้ดำเนินงานไม่สามารถอธิบายได้ว่า สิ่งที่ทำอยู่มีความแตกต่างอย่างไรกับการปฏิบัติงานประจำ กระบวนการทำงานที่เกิดขึ้นแสดงถึงความเป็นพหุวัฒนธรรมได้อย่างไร

ด้านนวัตกรรม โครงการที่นำเสนอมา มี “นวัตกรรม” จริงหรือไม่ คำถามนี้อาจเป็นคำถามที่ต้องการคำตอบที่เด่นชัด หากพิจารณาคำว่า **“นวัตกรรม”** หรือ **“innovation”** เป็นคำที่ใช้แพร่หลายในประเทศไทยมาประมาณ 10 ปี มีความหมายว่า การสร้างสรรค์สิ่งใหม่ การปรับปรุงใหม่ (modernization ,alteration) ซึ่ง อาจไม่ใช่สิ่งใหม่สุด แต่เป็นการพัฒนา/ปรับปรุงสิ่งเก่า ๆ ที่เป็นปัญหาให้นำไปสู่สิ่งใหม่ซึ่งแล้วแต่วัตถุประสงค์ในการใช้งาน แต่ในบางโครงการไม่สามารถชี้ให้เห็นความแตกต่างของการทำงานประจำกับกิจกรรมในโครงการ เช่น กิจกรรมการให้ความรู้ การเยี่ยมบ้านโดย อสม เป็นต้น เพราะหากพิจารณาถึงบทบาทของรัฐในการดูแลสุขภาพคนในชุมชน บทบาทการให้สุขศึกษา ก็เป็นบทบาทของบุคลากรทางการแพทย์อยู่แล้ว ขณะเดียวกัน อสม. ก็มีส่วนในการเชื่อมโยงกิจกรรมในชุมชนที่บุคลากรทางการแพทย์ไม่สามารถจะลึกได้ และ อสม. ก็ได้รับการอบรมในบทบาทของตนเองอยู่เดิม

สิ่งที่ผู้ดำเนินงานหลายฝ่ายพยายามเน้นคือ การมีผู้นำทางศาสนา เด็ก สามเณร ญาติ อบต. เข้ามาร่วมเป็นเครือข่ายหรือแกนนำในการทำงาน แต่กระบวนการในการสร้างเครือข่ายไม่ชัดเจนจึงดูเหมือนการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นเพียงการเติมเต็มองค์ประกอบที่หายไปของโครงการเท่านั้น หากมีการกำหนดบทบาทและติดตามประเมินศักยภาพอย่างมีระบบก็จะทำให้เห็นว่า แนวคิดในเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนและผู้เกี่ยวข้องในชุมชน หรือทุกหน่วยของชุมชนให้ความสำคัญ ในบทบาทที่ตนเองได้รับ และมีความต่อเนื่อง มีความภาคภูมิใจเกิดขึ้น รวมทั้งมีความยั่งยืนโดยได้เข้าเป็นส่วนหนึ่งของแผนสุขภาพชุมชนที่ อบต. ยอมรับและสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ก็ถือว่าเป็นนวัตกรรมได้ และเป็นนวัตกรรมประเภทการปรับปรุงใหม่

โครงการที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นโครงการครบวงจรและเป็นการแสดงให้เห็นพลังการทำงานของทั้งโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่และคนในชุมชน คือ โครงการโรงพยาบาลต้นแบบในงานบริการตามวิถีมุสลิมและวิถีชุมชนโรงพยาบาลจะแนะ ซึ่งมีการพัฒนาต่อยอดมาอย่างต่อเนื่อง และเนื่องจากเป็นนโยบายของผู้อำนวยการโรงพยาบาล โดยมีการปรับปรุงการบริการที่ยึดแนวทางมุสลิมทั้งในเรื่องการ กล่าวคำขอพรจากพระเจ้าเมื่อพบกันของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ซึ่งเป็นการบอกถึงความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน การจัดให้มีการทำสุนัฒนญิงโดยเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลและโต๊ะบิแด การสวดดูอา การละหมาดในโรงพยาบาล และการให้ความรู้โดยแพทย์มุสลิมในการละหมาดวันศุกร์ในห้องละหมาดของโรงพยาบาล อาจกล่าวได้ว่า เป็นการจำลองวิถีชีวิตของชาวมุสลิมมาผสานไว้ใน การดูแลสุขภาพผู้มารับบริการและญาติ รวมทั้งในวิถีชุมชนผ่านตัวแทนคือ โต๊ะบิแดที่เป็นส่วนหนึ่งของผู้นำ

ทางจิตวิญญาณ แต่สิ่งที่ต้องระวังคือ ยังมีวัฒนธรรมอื่นที่มาขอรับบริการที่โรงพยาบาลจะนะ คือ คนต่างศาสนาที่ยังอาศัยอยู่ในพื้นที่หรือเจ้าหน้าที่ที่มีความเชื่อในศาสนาที่แตกต่างที่อาจจะต้องการมีตัวตนอยู่ในชุมชนด้วย ถึงแม้จะเป็นชนกลุ่มน้อยก็ตาม ทั้งนี้คงต้องพิจารณาย้อนกลับไปถึงการมีศักดิ์ศรีและภูมิใจในตนเองของบุคคลต่างวัฒนธรรมด้วย ดังนั้นอาจจะต้องมีแนวทางในกรณีที่มีคนต่างวัฒนธรรมเข้ามาขอรับบริการ ที่จะทำให้เขาเหล่านั้นไม่รู้สึกละแวกและเลือกปฏิบัติ เพราะประเทศไทยยังเป็นประเทศที่มีลักษณะเป็นพหุวัฒนธรรม สิ่งที่โครงการนี้จะต้องมองคือ ความเชื่อ และความแตกต่างกันในเรื่องการตีความในบทบัญญัติของศาสนา ไม่ว่าจะเป็น หะดีษหรือบทบัญญัติในคัมภีร์อัลกุรอาน ที่ ยังต้องมีการยอมรับและเป็นสากล เช่น การอาบน้ำละหมาด (ใช้ทราย หรืออื่น ๆ แทนน้ำ) ในภาวะการเจ็บป่วย เป็นต้น (20, 21)

แนวคิดในการทำให้เกิดความผูกพันในชุมชนโดยส่งเสริมให้เด็กได้มีส่วนร่วมในการดูแลคนในครอบครัว คนในชุมชน เป็นแนวทางที่ดีที่พยายามส่งเสริมวัฒนธรรมชนบท เด็ก ๆ รู้สึกตระหนักในหน้าที่ที่จะต้องดูแลผู้ใหญ่ในชุมชนเพราะผู้ใหญ่เหล่านั้นที่อาจจะป่วยหรือไม่ก็ตามเป็นส่วนหนึ่งของกรอยู่รอดของชุมชน การถ่ายทอดทางวัฒนธรรมที่อาจจะส่งผ่านจากรุ่นสู่รุ่นจะยังคงอยู่ ความกตัญญูต่อผู้ใหญ่เป็นสิ่งชุมชนต้องรักษาและเป็นตัวแทนของความสามัคคีที่น่าจะมีการสืบทอด แต่สิ่งที่ขาดไปจากการดำเนินงาน คือ เด็ก ๆ หรือ คนในชุมชนเหล่านั้นมองเห็นสิ่งที่เขากระทำการอย่างไร การมาร่วมโครงการแล้วเกิดสิ่งที่ต่ออะไรต่อตนเองและชุมชน และวัฒนธรรมเหล่านี้จะสืบทอดหรือส่งต่อความคิดไปยังเด็กคนอื่น ๆ ที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการอย่างไร ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็นส่วนในการช่วยเยียวยาความรู้สึกโดดเดี่ยวในสังคมได้เป็นอย่างดี

มีแนวคิดในการร่วมมือในชุมชนเพื่อป้องกันโรคมาลาเรีย ซึ่งเป็นปัญหาในจังหวัดยะลาซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีการระบาดของมาลาเรียอย่างมากและมีการแพร่ระบาดมากทุก ๆ ปี การพยายามใช้พลังชุมชนให้มองปัญหาของตนเองและช่วยกันแก้ไขเป็นสิ่งที่น่าจะบอกถึงความเข้มแข็งในชุมชนที่มีอยู่เพียงแต่รอการกระตุ้นหรือแรงผลักดัน ซึ่งผู้ดำเนินงานยังไม่ได้อธิบายกระบวนการของความร่วมมือ ชุมชนนี้อาจจะเป็นชุมชนที่มีทุนทางสังคมที่ดีอยู่เดิมในขณะที่ชุมชนอื่นมีน้อยกว่า กระบวนการทางชุมชนแห่งนี้เป็นสิ่งที่น่าจะเป็นตัวอย่างให้แก่หลายชุมชน ที่สามารถดูแลกันได้เมื่อภาครัฐยังเป็นผู้แก้ไขปัญหาไม่ถูกใจหรือความต้องการของชุมชน สิ่งที่รัฐต้องดำเนินการคือ การสนับสนุนให้เกิดชุมชนเช่นนี้ต่อไป แต่รัฐจะต้องไม่เข้าไปจัดการเอง รัฐอาจเป็นเพียงผู้ดูห่าง ๆ และคอยสนับสนุนกิจกรรมอันเป็นในทิศทางบวกต่อไป

ในการส่งเสริมอนามัยแม่และเด็ก สิ่งที่เป็นปัญหางานประจำคือ การฝากครรภ์ล่าช้าทำให้ ไม่บรรลุดัชนีชี้วัดที่กำหนดไว้ การพยายามหากระบวนการให้หญิงตั้งครรภ์เข้าสู่ระบบการดูแลได้เร็วขึ้นทำให้หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์มีโอกาสได้รับการดูแล คัดกรองความผิดปกติได้เร็วขึ้นและหากมีปัญหาที่สามารถวางแผนการแก้ไขได้ทันท่วงที ซึ่งคนที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจถูกชี้ว่าคือ สามี เครือญาติ ผู้นำศาสนา และโตปิแด การทำให้กลุ่มคนเหล่านี้ตื่นตัวและเข้าใจบทบาทของตนเองที่มีต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ให้มีสุขภาพที่ดี จึงถูกนำมาเป็นกลุ่มเป้าหมายที่จะช่วยให้งานอนามัยแม่และเด็กมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งทำให้ชุมชนได้มองเห็นชัดขึ้นว่า สามีควรต้องมีส่วนในการดูแล โดยภาพรวมน่าจะทำให้สามีมีความตระหนักในบทบาทของตนเอง และเป็นไปตามข้อปฏิบัติทางศาสนาในบทบาทของสามี แต่สิ่งที่ต้อง ผู้ดำเนินงานต้องคิดถึงคือ สิ่งเหล่านี้จะเกิดขึ้นในชุมชนและเป็นแบบแผน

ของการปฏิบัติได้อย่างไร ภายหลังสิ้นสุดโครงการ โครงการโรงเรียนพ่อแม่ ฯ ก็ เป็นอีกโครงการที่สามารถเชื่อมต่อแนวคิดได้ และอาจจะนำไปประยุกต์ให้เกิดความยั่งยืนได้

การสร้างสื่อ โดยชุมชนมีส่วนร่วม เป็นสิ่งที่ดี เพราะ เป็นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างสื่อที่ใช้ภาษาและความเข้าใจของชุมชน การสื่อสารเรื่องโรคอาจจะเข้าใจง่ายกว่าการสร้างสื่อโดยนักวิชาการและมีการแทรกบทสวดขอพร ที่จะทำให้อ่านเกิดความปิติ แต่สิ่งดังกล่าวยังไม่ถึงขั้นพิสูจน์ว่าได้ผลจริงหรือไม่ และเป็นที่ยอมรับในทางวิชาการทั้งทางศาสนาและการแพทย์ การได้เครื่องมือนี้เป็นเพียงการเริ่มต้นที่ต้องการการทดลองพิสูจน์ เช่นเดียวกับโครงการการจัดการความรู้เรื่องความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่พยายามถอดบทเรียนการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังทั้ง 2 กลุ่ม มาเป็นต้นแบบการปฏิบัติตน ทั้งการออกกำลังกาย การใช้สมุนไพรช่วยในการดูแลสุขภาพ การเผยแพร่ความรู้ดังกล่าวควรต้องมีการพิสูจน์ในเชิงวิชาการโดยเฉพาะผลการใช้สมุนไพร การปฏิบัติตนของคนต้นแบบจำเป็นต้องศึกษาพฤติกรรมอย่างละเอียด มิฉะนั้นอาจจะทำให้เกิดการแปลพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องนำไปสู่การปฏิบัติในผู้อื่นที่ไม่ได้ผล การมองแต่ข้อดีเป็นสิ่งที่ดี แต่ต้องมองให้บรรลุถึงจุดด้อยที่ซ่อนเร้นอยู่ด้วย ก่อนการขยายผลจึงต้องมีการตรวจสอบและพิสูจน์ทั้งในเชิงวิชาการแพทย์ สังคมศาสตร์การแพทย์และมานุษยวิทยา โดยผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ

ความพยายามที่จะเชื่อมโยงบทบัญญัติในคัมภีร์อัลกุรอานและ ข้อปฏิบัติในหะดีษ ประเด็นสุขภาพอนามัย การล้างมือและการทำความสะอาดพื้น เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยการค้นหาข้อปฏิบัติตามหลักศาสนาเป็นแนวทางให้ความรู้แก่ชุมชน ซึ่งควรจะต้องมีการทดลองปฏิบัติ การยอมรับโดยผู้รู้ทางศาสนาและต้องประเมินผลด้วย ทั้งนี้เพราะบริบทของพื้นที่มีความแตกต่างกัน(22)

การสร้างความตระหนักในชุมชนต่อการดูแลสุขภาพด้วยโอกาส ก็เป็นอีกแนวคิดที่แสดงถึงความพยายามในการกระตุ้นให้ชุมชนเริ่มขาดทุนทางสังคมได้กลับมาค้นหาและส่งเสริมทุนทางสังคมโดยมีประเด็นร่วมที่สำคัญคือเด็กที่มีความบกพร่องทั้งทางสมอง ร่างกาย และจิตใจ แต่สังคมละเลยเพราะส่วนหนึ่งอาจจะเป็นปัญหาที่พ่อแม่ปิดบังเพราะรู้สึกอับอายและหลายคนคิดว่าเป็นเรื่องที่พระเจ้ากำลังทดสอบความศรัทธาและความอดทนของเขาเองต่อพระเจ้าการยอมรับดังกล่าวทำให้เกิดการละเลยที่จะต่อสู้เพื่อการพัฒนาการของเด็ก/ลูกหรือคนในครอบครัว การแปลความของปัญหาถูกละเลยจากการพยายามแก้ไขเป็นการยอมรับ ทำให้เด็กหลายคนไม่ได้รับการพัฒนาตามวัย และบางรายก็เข้าไปกว่าที่จะพัฒนาให้ดีขึ้น อย่างไรก็ตามความพยายามที่จะให้ชุมชนเข้าใจ ค้นหา และหาความช่วยเหลือจากองค์กรภายนอกเป็นสิ่งที่ควรต้องดำเนินการต่อไป เพราะจะทำให้เด็กที่เริ่มมีปัญหาได้รับการพัฒนาและวินิจฉัยได้เร็วขึ้น ลดปัญหาแทรกซ้อนและความพิการที่อาจจะเกิดขึ้น อย่างไรก็ตามโครงการที่ยังต้องมีการพัฒนาทั้งศักยภาพของผู้ดำเนินงาน และการสร้างความร่วมมืออย่างแท้จริงขอชุมชน ทั้งนี้หากไม่มีความช่วยเหลือจากองค์กรภายนอกชุมชนต้องเรียนรู้ที่จะร่วมกันสร้างกระบวนการช่วยเหลือ ซึ่งในพื้นที่จังหวัดดังกล่าวสามารถสร้างเครือข่ายความร่วมมือได้ จากทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการปรับแนวคิดของพ่อแม่ผู้ปกครองและผู้นำศาสนาในการนำเอาแนวคิดทางศาสนาการวิเคราะห์หลักศาสนาเพื่อการแก้ปัญหาที่ยั่งยืน เพราะในชุมชนผู้นำศาสนายังเป็นผู้นำทางจิตวิญญาณและความคิดของคนในชุมชน

3.การนำเสนอผลของการดำเนินงานโครงการ

เนื่องจากโครงการส่วนใหญ่ไม่ได้คำนึงถึงการวัดผล หรือ การประเมินผลโครงการ ฯ ทำให้เป็นที่น่าเสียดายว่า กิจกรรมที่กล่าวว่าเป็นนวัตกรรมนั้นมีคุณค่าและได้รับการยอมรับในชุมชนเพียงใด ยกตัวอย่างเช่น ในโครงการที่พยายามส่งเสริมการตรวจมะเร็งปากมดลูกในหญิงที่เป็นกลุ่มเสี่ยง การจัดการกลุ่มและกระบวนการน่าสนใจ คือ ผู้ดำเนินงานพยายามที่จะทำงานชิ้นนี้ให้เป็นงานวิจัย ขณะเดียวกันการวาทกรรมแนวคิดในการจัดการตัวแปรต่าง ๆ ยังไม่ชัดเจน รวมทั้งเครื่องมือที่ใช้ในการวัดผล และกิจกรรมไม่สามารถนำไปตอบคำถามที่ต้องการได้ กระบวนการจัดการกลุ่มเป้าหมาย พบว่า ไม่มีการจัดการว่ากลุ่มที่เคยรับการตรวจและกลุ่มใหม่คือใคร ต่างกันอย่างไร ทำให้ข้อมูลที่ได้มามีความยากในการจัดการ การให้ผู้ที่มีประสบการณ์ในการตรวจภายในปากมดลูกมาเล่าประสบการณ์ให้เพื่อน ๆ ฟัง เป็นการใช้สื่อการสอนโดยคนและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ตรง

สิ่งที่ผู้ดำเนินงานส่วนใหญ่ละเลยคือ ข้อมูลทางประชากรของกลุ่มเป้าหมายและกลุ่มผู้ที่เข้ามาเกี่ยวข้องทำให้ไม่เห็นภาพปัญหาที่แท้จริง กลุ่มที่เข้ามาร่วมหรือเป็นกลุ่มเป้าหมายมีคุณสมบัติอะไรจึงไม่สามารถตอบคำถามได้ว่า หลังจากดำเนินงานแล้วมีการเปลี่ยนแปลงอะไรเกิดขึ้น

5.สิ่งที่ต้องพัฒนาให้เกิดความยั่งยืน

การพัฒนาให้เกิดความยั่งยืน มองได้ 2 ประเด็นคือ

1. ความยั่งยืนของโครงการ ความต่อเนื่อง
2. ความยั่งยืนของศักยภาพผู้ดำเนินงานและชุมชน

ความยั่งยืนของโครงการและความต่อเนื่อง

ในการจัดให้มีโครงการ พัฒนานวัตกรรมระบบบริการสุขภาพชุมชนพื้นที่พิเศษ (5 จังหวัดชายแดนภาคใต้) สิ่งที่เป็นความคาดหวังคือ การเกิดระบบสุขภาพชุมชนที่ทำให้คนในชุมชนมีสุขภาพที่ดี และได้แบบแผนในการดำเนินงานของโครงการที่ประสบผลสำเร็จได้เป็นต้นแบบแก่ชุมชนอื่น โดยเริ่มจากการดำเนินโครงการที่กระตุ้นให้คนในชุมชนเห็นความสำคัญของสุขภาพและปัญหาด้านสุขภาพ รวมทั้งมองถึงองค์ประกอบของปัญหา และผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงในชุมชน

ข้อดีของการมีโครงการสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ

1.ภายใต้ภาวะวิกฤตที่หลายคนท้อแท้และท้อถอย การจุดประกายความคิดให้เกิดขึ้นเพื่อการดำเนินงานภายใต้ข้อจำกัด เป็นการพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานโดยโครงการทุกโครงการทาง สวรส ได้จัดให้มีที่ปรึกษาเป็นเสมือนผู้ร่วมคิดและคอยระดับประคอง

2.ถึงแม้ชิ้นงานส่วนใหญ่จะมาจากปัญหงานประจำที่ยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายตัวชี้วัดได้ โดยเฉพาะงานอนามัยแม่และเด็ก การคัดกรองผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และมะเร็งในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ แต่ก็เพิ่มความตระหนักที่เป็นเสมือนการพยายามที่จะให้เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ได้เกิดการเรียนรู้ การใช้ข้อมูลที่ถูกต้อง การวิเคราะห์สถานการณ์ และการทำงานเชิงรุก

3. เกิดการเรียนรู้ระหว่างนักวิชาการ ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และชุมชนในอันที่จะร่วมกันสร้างงานและหันมาดูแลปัญหาสุขภาพของตัวเอง ครอบครัว และตนในชุมชน
4. เป็นจุดเริ่มต้นในการร่วมกันขยายแนวคิดและกลุ่มมีการเสวนาประเด็นอื่น ๆ เกิดขึ้นและเป็นช่องทางในการสมานฉันท์ เพราะ บุคลากรสาธารณสุขได้รับการยอมรับว่าเป็นกลุ่มที่เป็นกลางเสมอและมองเห็นสุขภาพของประชาชนเป็นหลัก
5. เป็นการส่งเสริมศักยภาพของผู้ปฏิบัติงาน และแลกเปลี่ยนแนวคิดเชิงวิชาการ
6. เกิดเครือข่ายความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาและความร่วมมือของภาครัฐ และชุมชนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพวิกฤตในภาคได้อย่างสมานฉันท์ด้วยความรู้สึที่เป็นมิตร
7. เกิดการต่อยอดสิ่งที่ดี และสร้างนวัตกรรมใหม่ ๆ ในการส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่
8. สร้างงานวิจัยโดยใช้ฐานของพื้นที่เป็นตัวตั้งและนำไปสู่การวางแผนการแก้ไขปัญหาสุขภาพได้อย่างเหมาะสม
9. ส่งเสริมอัตลักษณ์ของคนที่ย้ายอยู่ในพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมให้สามารถร่วมคิดร่วมทำเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ
10. เกิดการเรียนรู้และเรื่องเล่ามากมายที่ควรมีการถอดบทเรียนเพื่อเป็นบทเรียนให้แก่พื้นที่อื่น
11. ความคงอยู่ของทุนทางสังคม จากการพยายามที่จะนำเอาทุนทางสังคมของพื้นที่มาเป็นส่วนหนึ่งของการแก้ปัญหาทั้งจากความร่วมมือของผู้นำศาสนา องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรวมถึงผู้ป่วยญาติ ชาวบ้าน และเยาวชน ความร่วมมือกันนี้จะทำให้ความขัดแย้งในพื้นที่ลดลงได้และกลับมาเป็นสังคมแห่งปัญญาและจิตวิญญาณต่อไป

ข้อสังเกตที่เกิดขึ้น

ในการสังเคราะห์ โครงการต่าง ๆ ที่ได้รับการสนับสนุน ทั้งสิ้น 39 โครงการ จำแนกตามลักษณะโครงการ แบ่งได้เป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มปัญหาแม่และเด็ก โรคเรื้อรัง(ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน) และ อื่น ๆ พบดังนี้

1. โครงการที่ได้รับการสนับสนุน ในระยะที่ 2 นี้ เป็นโครงการที่เป็นกิจกรรม 33 โครงการ และมีโครงการที่นำเสนอในรูปแบบวิจัย 6 โครงการ
2. การนำเสนอที่มาของโครงการ ส่วนใหญ่เป็นโครงการที่มองจากปัญหางานประจำและความสนใจของตนเองมากกว่าการมองปัญหาและความเป็นจริงของพื้นที่ มีผลให้การวางแผนการดำเนินงานเป็นกรอบที่เกิดจากผู้ดำเนินงานมากกว่าการเกิดจากความต้องการของชุมชน และมีผู้ดำเนินงานเป็นผู้ดำเนินงานทั้งหมด การนำเสนอที่มาของปัญหาหรือความสำคัญของโครงการจึงขาดการวิเคราะห์ประเด็นที่นำไปสู่การแก้ไขปัญหาอย่างแท้จริง
3. การกำหนดวัตถุประสงค์ สืบเนื่องมาจากการมองประเด็นปัญหามาจากการมองปัญหางานประจำที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายหรือตัวชี้วัดมากกว่าการมองปัญหาจากกลุ่มที่แท้จริง ทำให้การตั้ง/กำหนดวัตถุประสงค์มุ่งที่จะจัดกิจกรรมประชุม ให้ความรู้ เพิ่มศักยภาพ สร้างเครือข่าย หรือเพื่อเพิ่มอัตรา/จำนวนผู้มารับบริการในตัวชี้วัดที่งานประจำยังไม่บรรลุเป้าหมาย

4.การกำหนดกิจกรรม เป็นกิจกรรมที่กำหนดโดยผู้ดำเนินงานเอง ซึ่งบางกิจกรรมไม่ได้ตอบสนองการแก้ไขปัญหา ขาดความสอดคล้องในการดำเนินงาน บางกิจกรรมควรเป็นกิจกรรมที่นำไปสู่การแก้ไขปัญหา เช่น กระบวนการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายการเสวนากลุ่มเพื่อค้นหาปัญหา แต่กิจกรรมดังกล่าวกลับเป็นส่วนหนึ่งของการกำหนดโดยผู้ดำเนินงาน ซึ่งเห็นได้จากการกระบวนการที่ผู้ดำเนินงานเป็นผู้ให้ข้อมูลและชี้ให้กลุ่มเป้าหมายที่อาจมีมากกว่า 1 กลุ่มทราบว่า สิ่งที่ผู้ดำเนินงานให้ข้อมูลคือปัญหาและการแก้ไขปัญหาได้ถูกกำหนดกิจกรรมไว้แล้ว ทำให้การมองปัญหาแคบลง กิจกรรมบางกิจกรรมจึงไม่ตอบสนองและการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง

5.การประเมินผล ส่วนใหญ่ไม่มีความชัดเจนในการวัดผลแต่ละกิจกรรม ขาดความเชื่อมโยงของตัวชี้วัดหรือการประเมินที่ไม่สามารถบอกได้ว่า ผลของโครงการที่ดำเนินอยู่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อการแก้ไขปัญหา ในบางโครงการพยายามที่จะปรับให้เป็นงานวิจัย แต่เนื่องจากกรอบแนวคิดไม่ชัดเจน กระบวนการดำเนินงานไม่ชัดเจน ทำให้ผลที่ได้รับไม่สามารถตอบโจทย์งานวิจัยได้ คือขาดการวางแผนก่อนการดำเนินงานจึงทำให้เกิดจุดอ่อนในการดำเนินงานและไม่สามารถปรับเป็นงานวิจัยได้ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ

6. การนำเสนอผลการดำเนินงาน ส่วนใหญ่เป็นการนำเสนอการทำกิจกรรมแต่ยังขาดผลของการดำเนินงานแต่ละกิจกรรม โดยส่วนใหญ่จะบอกถึงบทบาทของตนเองมากกว่าบทบาทของกลุ่ม เป้าหมายและสิ่งที่ชุมชน/กลุ่มเป้าหมายหรือผู้ที่เกี่ยวข้องได้รับหลังจากการสิ้นสุดของโครงการ

7.ทุกโครงการประสบปัญหาระยะเวลาการทำงานสั้นและไม่สามารถดำเนินกิจกรรมได้ครบตามที่ขอรับการสนับสนุน การที่เป็นเช่นนี้ผู้ดำเนินงานให้เหตุผลว่าตนเองและทีมงานที่มียานประจำจึงไม่สามารถบรรลุเป้าหมายได้ ทั้งนี้เพราะผู้ดำเนินงานมองปัญหาดังกล่าวเป็นปัญหาของตนเอง การกำหนดปัญหาและกิจกรรมมองที่ตนเองมากกว่าการมองการแก้ไขปัญหาโดยภาคร่วม ขาดการนำเอาบริบทของชุมชนและทุนทางสังคมมาใช้ในการดำเนินงาน

8. ขาดการติดต่อกับที่ปรึกษาโครงการ เนื่องจากทาง สวรส ภาครัฐ มีการกำหนดให้มีการพัฒนาศักยภาพของผู้ดำเนินงานและมีผู้ทรงคุณวุฒิในระดับพื้นที่เป็นผู้ให้คำปรึกษาและแนะนำตั้งแต่เริ่มการปรับปรุงโครงการแต่พบว่า เกือบทุกโครงการไม่ได้ติดต่อกับที่ปรึกษาโครงการ ทำให้ผลการดำเนินงานด้อยคุณภาพ

9.ขาดการกำหนดบทบาทของที่ปรึกษา ในการดำเนินงานควรมีการติดตามผลโดยที่ปรึกษาเพื่อติดตามว่ากิจกรรมดำเนินไปอย่างไรมีปัญหอะไรหรือไม่

10.ผู้ดำเนินงานยังขาดการค้นคว้าเพิ่มเติมในเชิงวิชาการ การนำเสนอที่เน้นเฉพาะผลการดำเนินงานในบางประเด็นไม่สามารถอธิบายในเชิงวิชาการได้ ซึ่งหากได้นำเอาฐานความรู้เชิงวิชาการมาร่วมในการจัดวางกรอบแนวคิดและอธิบายกระบวนการที่เกิดขึ้นก็จะทำให้ผลงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น

สิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้น

1.เกิดความพยายามในการให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของสมาชิกในชุมชน การสร้างสัมพันธภาพที่ดีเพื่อให้งานเกิดผลสำเร็จ เป็นการเพิ่มทุนทางสังคมที่สำคัญ

2.จากสถานการณ์ปัจจุบัน บนความหวาดระแวงและความท้อแท้กับเหตุการณ์ก็มีคนอีกกลุ่มหนึ่งที่พยายามทำให้เกิดความรู้สึกเป็นมิตรในวัฒนธรรมที่แตกต่าง และส่งเสริมอัตลักษณ์ของชาวไทยมุสลิม

3.ชุมชนเกิดความเข้มแข็ง : การพึ่งพาตนเองในการแก้ปัญหา มากกว่าการรอความช่วยเหลือ เป็นการเพิ่มศักดิ์ศรีและศักยภาพของชุมชน

4.เกิดความศรัทธาต่อเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน ในการที่จะร่วมคิดเพื่อให้เกิดมีสุขภาวะในชุมชน/พื้นที่

5.เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้สถานการณ์จริงในพื้นที่ เปิดโอกาสให้นักวิชาการและองค์กรภายนอกได้มีโอกาสร่วมแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพและปัญหาที่เกี่ยวข้องในมุมมองเชิงวิชาการ

6.กระตุ้นให้บุคลากรทางสาธารณสุขได้พัฒนาองค์ความรู้และเปิดโลกทัศน์ของตนเองในการพัฒนางาน และแก้ปัญหาสุขภาพให้แก่ประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบ

7.กระบวนการในการพัฒนาที่สวรส ภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาเป็นกระบวนการที่ช่วยเสริมให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้ การเกิดแนวคิดใหม่ ๆ เกิดนวัตกรรมใหม่ ๆ ในการจัดบริการ มุมมองที่กว้างมากขึ้น การยอมรับความสามารถและข้อจำกัดทั้งของตนเองและของผู้อื่น

8.เกิดเครือข่ายการทำงานไม่เพียงเฉพาะบุคลากรทางสาธารณสุข แต่มีทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม กลุ่มเด็ก กลุ่มสตรี กลุ่มปราชญ์หรือผู้นำทางธรรมชาติในพื้นที่

ข้อเสนอแนะสำหรับผู้บริหาร

1.สวรส ภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และหน่วยงานภาคีที่ร่วมให้การสนับสนุนควรมีความร่วมมือกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่เกี่ยวข้องในการคัดกรองโครงการทั้งนี้เนื่องจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาด้านสาธารณสุขและสามารถบูรณาการปัญหาและพื้นที่เข้าด้วยกัน เพื่อนำไปสู่การพัฒนาโครงการที่สามารถแก้ไขปัญหาสาธารณสุขภายใต้ภาวะวิกฤตที่เป็นรูปธรรมในระดับพื้นที่มากขึ้น

2.การจัดกระบวนการประเมินสถานการณ์ปัญหา (mapping) ทุกพื้นที่ก่อนการเริ่มกระบวนการสนับสนุนงบประมาณ ซึ่งการทำ mapping นี้ ควรดำเนินการโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยการทำ mapping ทั้งระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด เพื่อให้การเสนอโครงการเป็นการนำปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่มาแก้ไขมากกว่าการดำเนินงานโครงการตามความต้องการของผู้ขอรับการสนับสนุน

3.การพัฒนาโครงการควรต้องมีที่ปรึกษาตั้งแต่เริ่มการพัฒนา ติดตามเป็นระยะ ๆ มีการรายงานความก้าวหน้าทุก 1-2 เดือน

4.การพัฒนาโครงการที่ใช้เวลาสั้นเพียง 3-6 เดือน อาจจะไม่สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ โดยเฉพาะการสร้างเครือข่ายความร่วมมือและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

5.ควรจัดเป็นชุดโครงการของแต่ละจังหวัด เพื่อลดความซ้ำซ้อน และเพิ่มความต่อเนื่องของการดำเนินงาน ทั้งนี้เพราะในแต่ละจังหวัด อาจมีความแตกต่างในเชิงกลุ่มชาติพันธุ์ที่ไม่แตกต่างกัน การมองชุดโครงการของจังหวัด จะทำให้มองเห็นผลลัพธ์และผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้นเป็นรูปธรรมมากขึ้น และเกิดเป็นสังคมของการเรียนรู้และการจัดการความรู้ที่เกิดขึ้นสู่การตรวจสอบข้อเท็จจริงและด้านวิชาการ นำไปสู่การนำความรู้ที่ได้ไปสู่วิธีปฏิบัติและขยายผล พบว่า 25/39 โครงการเป็นการอบรม และมี 21/39 โครงการที่มีการเยี่ยมบ้าน ขณะเดียวกัน 19/39 โครงการใช้กระบวนการเสวนากลุ่มโดยการมีส่วนร่วม 36/39 โครงการไม่มีการประเมินผล และ 29/39 โครงการที่ไม่มีการต่อยอดโครงการ (ดูในภาคผนวก)

6.ควรจะต้องมีการประเมินผลทั้งภายในและภายนอกทุกโครงการเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเกิดงานที่มีคุณภาพเพิ่มขึ้น ทั้งนี้พบว่า โครงการทั้ง 39 โครงการ เป็นโครงการที่บรรลุวัตถุประสงค์ของการศึกษา 20/39 โครงการ การดำเนินงานตรงกลุ่มเป้าหมาย 26/39 โครงการ มีข้อมูลเบื้องต้น 20/39 โครงการ

7.พัฒนาศักยภาพของหัวหน้าโครงการที่ขอรับการสนับสนุน/ในด้านการเขียนรายงาน/บทความทางวิชาการ

8.ควรจะต้องมีการตรวจสอบข้อมูลที่ได้รับ ทั้งนี้เพื่อจะได้ไม่เป็นการลำเอียงและชี้นำสังคมในทางที่ไม่เป็นจริง โดยเฉพาะในกลุ่มที่ต้องการการรักษาความลับและข้อมูลส่วนตัว แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลเหล่านั้นต้องมีการตรวจสอบได้และนำไปสู่กระบวนการเรียนรู้ในชุมชนเพื่อการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นรูปธรรม

9.ในการกำหนดให้โครงการนี้ควรมีลักษณะเป็น “พหุวัฒนธรรม” แต่จากการดำเนินงานโครงการ ไม่ปรากฏความเป็นพหุวัฒนธรรมที่ชัดเจน กระบวนการดังกล่าวเป็นกระบวนการที่สำคัญที่จะตอบโจทย์ที่ว่า การสนับสนุนนี้คาดหวังให้เกิดความร่วมมือระหว่างคนต่างวัฒนธรรมที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เดียวกัน การพยายามแยกวัฒนธรรมออกจากวิถีชุมชนจึงไม่ตรงกับวัตถุประสงค์ของโครงการหลัก เพราะสิ่งที่ปรากฏเป็นการเน้นที่ “วิถีมลายู” และ “วิถีมุสลิม” มากกว่า “พหุวัฒนธรรม”

10.การกำหนดตัวชี้วัดว่า อะไรคือ “นวัตกรรมภายใต้ พหุวัฒนธรรม” ควรต้องชัดเจน มิฉะนั้น จะหลงประเด็นว่า “นวัตกรรม” ที่นำเสนอ ใช้ นวัตกรรม ภายใต้พหุวัฒนธรรมจริง หรือ ซึ่งอาจจะต้องมีเกณฑ์กำหนด ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ที่ดำเนินโครงการได้เข้าใจและมีทิศทางในการปฏิบัติว่า สิ่งที่ตนเองทำ คือ “งานประจำ” หรือ นวัตกรรม ด้วยเหตุผลใด การมีเกณฑ์ตัดสินกลางเป็นความโปร่งใสและเป็นแนวทางของ ธรรมาภิบาลอีกด้วย

ข้อเสนอแนะเพื่อการจัดการความรู้ให้มีประสิทธิภาพ

1.นำโครงการทั้งหมดมาวิเคราะห์โดยคณะกรรมการ/ผู้ทรงคุณวุฒิและพี่เลี้ยงแต่ละจังหวัด เพื่อคัดเลือกและร่วมวางแผนในการดำเนินโครงการต่อยอด

2.จัดกระบวนการติดตามประเมินผลโดยผู้ทรงคุณวุฒิ กำหนดบทบาทผู้ทรงคุณวุฒิ และทีมพี่เลี้ยงในการติดตามรายงาน อย่างน้อยเดือนละครั้งในโครงการระยะสั้น และ 2 เดือนต่อครั้งในโครงการระยะยาว

3.อบรมกระบวนการเขียนรายงาน การสร้างแบบสอบถาม การสร้างสื่อ การประเมินผลโครงการ รวมถึงการทบทวนองค์ความรู้และแนวคิดในเรื่อง “สุขภาวะ” เพื่อจะได้มองปัญหาและแนวทางในการดำเนินงานโครงการได้อย่างครอบคลุมและแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.ประเมินศักยภาพของชุมชนและผู้ดำเนินงาน ก่อนดำเนินงาน

5.มีคณะกรรมการจริยธรรมแต่ละจังหวัดโดยโครงการควรต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมก่อนส่งมาขอรับการพิจารณาทั้งนี้เพื่อป้องกันการปกป้องสิทธิทั้งผู้ดำเนินงานและกลุ่มเป้าหมาย ลดความขัดแย้งที่อาจจะเกิดขึ้นจากการดำเนินงานโครงการได้

6.ลดโครงการที่อิงงานประจำ เช่น โรคความดัน/เบาหวาน อนามัยแม่และเด็ก เนื่องจากที่ผ่านมาได้มีการสนับสนุนเป็นจำนวนมากแล้ว ควรให้พื้นที่มองปัญหาที่พบและต้องการรับการแก้ไข อื่น ๆ เช่น ปัญหาอุจจาระร่วงที่ยังเป็นปัญหาสำคัญและเป็นปัญหาซ้ำซาก การค้นหาเด็กที่มีปัญหาความพิการร่างกาย/ปัญญา

7.การจัดการความรู้หรือนวัตกรรมที่เกิดขึ้นไปสู่ความยั่งยืนที่แท้จริง โดยการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงทั้งในกลุ่มประชาชน ผู้ปฏิบัติงานและผู้ดูแลนโยบายในชุมชน โดยการจัดเก็บข้อมูลสู่ชุมชนเพื่อกระตุ้นความตระหนักของชุมชน รวบรวมนวัตกรรมที่เกิดขึ้นในแต่ละจังหวัดและนำไปสู่การพัฒนาแผนสุขภาพชุมชนและแผนสุขภาพจังหวัด

8.วางแผนทางในการพัฒนาคุณภาพของงานหรือโครงการ โดยกำหนดตัวชี้วัดในการคัดสรรให้เป็นโครงการ Best practice อย่างแท้จริง เพื่อเป็นแนวทางที่จะนำไปสู่การพัฒนาและดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและเป็นโครงการต้นแบบที่มีคุณภาพทั้งด้านวิชาการและด้านการปฏิบัติ เป็นที่ยอมรับและนำไปปรับใช้ในพื้นที่อื่น ๆ

9.ความคุ้มค่าที่เกิดขึ้น โดยพิจารณาความคุ้มค่าที่เกิดจากการลงทุนในการพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ที่ต้องการช่วยเหลือและกำลังใจ ทุนทางสังคมที่เพิ่มขึ้นหรือลดลงในกลุ่มใด ทุนที่เป็นตัวเงินกับโครงการหรือนวัตกรรมที่เกิดขึ้น

สรุป

จากแนวคิดเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในจังหวัด ปัตตานี ยะลา นราธิวาส สตูล และ 4 อำเภอในจังหวัดสงขลา ผ่านกระบวนการนวัตกรรมระบบปฐมภูมิ อย่างต่อเนื่อง 2 ปี ทำให้เกิดการแตกหน่อความคิดและความพยายามที่จะสร้างงานถึงแม้จะมีฐานคิดจากปัญหางานประจำที่อาจจะยังสร้างงานได้ไม่ตรงประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นจริง และเป็นการมองปัญหาโดยชุมชนก็ตาม แต่สิ่งที่คาดหวังคือ การเกิดกระบวนการคิดที่จะมองปัญหาอย่างมีระบบ และมุ่งให้ประชาชนได้รับการบริการแบบองค์รวมทั้งกายจิต สังคมและสิ่งแวดล้อม และปัญญา ชุมชนเกิดการเรียนรู้และเข้าใจบทบาทของตนเองที่มีต่อชุมชนและการแก้ไขปัญหาสุขภาพของสมาชิกในชุมชน บทบาทที่บางครั้งถูกละเลย เช่น ในกลุ่มเด็ก ผู้ชาย สามี เป็นต้น ให้กลุ่มคนเหล่านั้นรู้สึกว่าคุณเองในฐานะหน่วยหนึ่งของชุมชนควรจะต้องร่วมคิดร่วมทำถึงแม้จะยังไม่บรรลุเป้าหมายของบทบาทที่น่าจะเป็นก็ตาม

ฉะนั้น หากมีการส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขและองค์กรในพื้นที่ผ่านการสนับสนุนโครงการนวัตกรรม จะทำให้เกิดกระบวนการขับเคลื่อนเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพะอีกทางหนึ่ง ขณะเดียวกันการยึดมาตรฐานการพัฒนาโครงการเชิงวิชาการยังมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งเช่นกัน และสิ่งที่สำคัญอีกประเด็นหนึ่งคือการนำเอาความที่เกิดขึ้นนี้ไปสู่การปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรมมีการพัฒนาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยมีทีมจัดการความรู้ที่เป็นนักทฤษฎีนักปฏิบัติและนักวิชาการเพราะไม่เช่นนั้น สิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นก็จะถูกละเลยและไม่มีคุณค่าเป็นการลงทุนที่เสียเปล่าทั้งในด้านวิชาการและทุนทางสังคม

บรรณานุกรม

1. อมร รอดคล้าย, สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ, คณะ สยแ. โครงการศึกษาการจัดระบบบริการสุขภาพในวิกฤติ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2549.
2. สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ ภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สรุปผลการดำเนินงานระยะที่ 1. สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 2550.
3. สำนักงานสนับสนุนและพัฒนากการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ. **สรุปสาระสำคัญของแผนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพและความเชื่อมโยงกับนโยบาย 30 บาทรักษาโรคทุกโรค**. กรุงเทพมหานคร 2550 [cited 2552 14 พฤษภาคม]; Available from: <http://www.geocities.com/nkuc1/document/health-ext.doc>.
4. สันติพงษ์ ศิลปสมบูรณ์. นวัตกรรมบริการปฐมภูมิในประเด็นการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง
ลำปาง: สถาบันอนามัย ตำบลลำปางหลวง 2550.
5. ประเวศ วะสี สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์ กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี; 2543.
6. ประเวศ วะสี การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน : สุขภาวะชุมชนเป็นรากฐานของสุขภาพะ กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน 2549.
7. Fagerberg J. The Oxford Handbook of Innovation. agerberg J, David C. Mowery and Richard R. Nelson., editor. Oxford: Oxford University Press; 2004.
8. Hughes TP, Sperry Elmer, . Inventor and Engineer Baltimore: The Johns Hopkins Press; 1971.
9. Rogers EM. *Diffusion of innovations*. New York: Free Press; 1983.
10. บดินทร์ ศิริเกษ. ความหมายของนวัตกรรม
กรุงเทพมหานคร 2522 [cited 2522 2 สิงหาคม]; Available from: <http://learners.in.th/blog/so-jaiyen/260344>.
11. อมรา พงศาพิชญ์. วัฒนธรรม ศาสนา และชาติพันธุ์. 5 ed. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2541.

12. พิมพ์วัลย์ บุญมงคล และสุพจน์ เด่นดวง. ขาดิพันธุ์กับแบบแผนการแสวงหาบริการสุขภาพ. In: วีระศักดิ์ จงสุวิวัฒน์วงศ์, editor. รายงานการประชุมวิชาการพฤติกรรมสุขภาพ ครั้งที่ 4 สังคมวัฒนธรรมกับสุขภาพ; มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์: โอเอส พรินท์ติ้ง; 2539. p. 57-68.
13. ชัยวัฒน์ สถาอานันท์. ขาดิพันธุ์และความขัดแย้ง: มรดกอันตราย ณ จุดเปลี่ยนศตวรรษ. In: จงสุวิวัฒน์วงศ์ ว, editor. รายงานการประชุมวิชาการพฤติกรรมสุขภาพ ครั้งที่ 4 สังคมวัฒนธรรมกับสุขภาพ; มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์: โอเอส พรินท์ติ้ง; 2539. p. 27-38.
14. สุภาพ พัสอ่อง. ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยของชาวใต้. In: วีระศักดิ์ จงสุวิวัฒน์วงศ์, editor. รายงานการประชุมวิชาการพฤติกรรมสุขภาพ ครั้งที่ 4 สังคมวัฒนธรรมกับสุขภาพ; มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์: โอเอส พรินท์ติ้ง; 2539. p. 69-76.
15. ฝ่ายนโยบายและแผน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา. สถิติสาธารณสุข. In: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา, editor. ยะลา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา; 2550.
16. ฝ่ายนโยบายและแผน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา. สถิติสาธารณสุข. In: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา, editor. สงขลา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา; 2551.
17. ฝ่ายนโยบายและแผน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี สถิติสาธารณสุข. In: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี, editor. ปัตตานี 2550.
18. ฝ่ายนโยบายและแผน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล. สถิติสาธารณสุข. In: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล, editor. สตูล: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล; 2550.
19. ฝ่ายนโยบายและแผน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส. สถิติสาธารณสุข. In: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี, editor. นราธิวาส: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส; 2550.
20. อิสมาแอ อาลี, อาศิส พิทักษ์คุมพล, วรวิทย์ บารู จะ, และคณะ ยต. ครอบครัวมุสลิม. ปัตตานี: ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์; 2535.
21. อุทิศ จิตเงิน กค, วนิดา วิระกุล,. สังเคราะห์บทเรียนการทำงานชุมชน. 1 ed. สุพจน์ ญ, editor. นนทบุรี: อากาการพิมพ์; 2550.
22. มานี ชูไทย. อิสลาม:วิถีการดำเนินชีวิตที่พัฒนาคุณภาพชีวิต. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร 2544.

ภาคผนวก

ตารางที่ 13 แสดงจำนวนโครงการและงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนในปีที่ 2

ลำดับที่	เรื่อง	งบประมาณ(บาท)
1	สถานสายใยเครือข่ายพยาบาลเพื่อดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ในพื้นที่พหุวัฒนธรรม	147,500
2	จัดทำสมุดจัดเก็บข้อมูลสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (พันธุ์ใหม่) แบบมีส่วนร่วม จังหวัดชายแดนภาคใต้ ปี พ.ศ.2552	120,600
3	โครงการบูรณาการองค์ความรู้ทบทวนประวัติศาสตร์อิสลามกับการส่งเสริมทันตสุขภาพ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ (กรณีศึกษาใน 6อำเภอ)	146,400
4	โครงการพัฒนากลไกทางวิชาชีพเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรม (ขอถอนโครงการ)	100,000
5	โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้บริบทของท้องถิ่นสถานีอนามัยไธสงเดี่ยว ตำบลบุกิต อำเภอเขาไธสง จังหวัดนครราชสีมา	75,490
6	การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อำเภอเขาไธสง จังหวัดนครราชสีมา	76,550
7	โครงการสร้างแรงจูงใจให้หญิงตั้งครรภ์มารับบริการฝากครรภ์และคลอดในสถานบริการสาธารณสุข อำเภอเขาไธสง จังหวัดนครราชสีมา	133,062
8	โครงการกลุ่มผู้ป่วยชุมชนอาสาดูแลโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนสถานีอนามัยบ้านคูยิ-สถานีอนามัยตำบลลาโละ อำเภอศรีสะเกษ จังหวัดนครราชสีมา	75,300
9	สร้างเครือข่ายให้เข้าถึงแก้ไขปัญหาโรคความดันโลหิตสูง/เบาหวาน สถานีอนามัยตำบลบาศง อำเภอศรีสะเกษ จังหวัดนครราชสีมา	51,400
10	โครงการสร้างผู้นำ(ศาสนา,ชุมชน) สุขภาพ สถานีอนามัยยี่อราแป ตำบลสุวารี อำเภอศรีสะเกษ จังหวัดนครราชสีมา	73,100
11	โครงการสร้างเครือข่ายการค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่สถานีอนามัยตำบลบาศง อำเภอศรีสะเกษ จังหวัดนครราชสีมา	63,630
12	โครงการภูมิปัญญาคุ้มครองกระตุ้นฝากครรภ์ครั้งแรก สถานีอนามัยบ้านมะนังปันยัง	80,000
13	โครงการรวมพลังชุมชนใส่ใจผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ 2552 ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลตรัง อำเภอมายอ จังหวัดปัตตานี	61,500
14	รวมพลังเครือข่ายจิตอาสาสู่การจัดการโรคความดันโลหิตสูง ตำบลเกาะจัน อำเภอมายอ จังหวัดปัตตานี	91,920
15	แนวคิดในการสร้างสุขภาพในพื้นที่ "ศาสนาน(มัสยิด) ศูนย์ส่งเสริมดูแลสุขภาพ(Health care center)"	92,150
16	สุขภาพที่ดีกว่า เพื่อชีวิตที่ดีขึ้นด้วยยางยืด	82,220
17	โครงการรณรงค์และเสริมสร้างปัจจัยที่เอื้อต่อการสร้างภูมิคุ้มกันโรคหัวใจและหลอดเลือดแบบองค์รวม	136,000
18	โครงการเสริมสร้างเครือข่ายชุมชนดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตำบลยามู อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี	107,170

ตารางที่ 13 แสดงจำนวนโครงการและงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนในปีที่ 2

ลำดับที่	เรื่อง	งบประมาณ(บาท)
19	ตามติดกระตุ้นเหมือนญาติมิตร พืชโตเบาหวานผลาญความดัน ป้องกันอัมพฤต อัมพาต : นวัตกรรมกระบวนการกรณีเรียนรู้ตำบลตะลุง อ.สายบุรี จังหวัดปัตตานี	82,700
20	สร้างเครือข่ายเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วตำบลต้นแบบโรงพยาบาลจะนะ อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา	48,200
21	การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพในดูแลหญิงตั้งครรภ์และเด็ก 0-6 ปี เพื่อสุขภาพดี ชีวีแข็งแรง สถานีอนามัยบ้านโคกอัน ตำบลท่าเรือ อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี	65,500
22	เฝ้าระวังและแก้ไขภาวะทุพโภชนาการในเด็กแรกเกิด - 5ปี โดยชุมชนมีส่วนร่วม	58,604
23	การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก - 5 ปี ตำบลพังยาง อำเภอระโนด จังหวัดสงขลา	67,160
24	โครงการพัฒนาเครือข่ายสายใยรักแห่งครอบครัวในชุมชนตำบลท่าแพ อำเภอท่าแพ จังหวัดสตูล ปี 2552	55,300
25	โครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้เหมาะสมกับวัยเด็กอายุแรกเกิด- 72 เดือน โดยชุมชนมีส่วนร่วม จังหวัดสตูล 2551	57,800
26	อาสาสมัครพิทักษ์ด้านนม	51,500
27	รักษ์ห่วงใยใส่ใจแม่ลูกตำบลบาโงย อำเภอรามัน จังหวัดยะลา	50,100
28	ใกล้บ้านใกล้ใจ(เยี่ยมบ้านผู้ป่วยในชุมชน) เปลี่ยนเป็น อสม.คู่ชีวิตและโต๊ะอิหม่ามคนดีช่วยบอกวิธีพิชิตโรคเบาหวาน-ความดัน	124,900
29	หัวใจดวงน้อยคอยดูแลผู้ป่วย ความดัน-เบาหวาน	47,420
30	เอดส์: การตีตราบาปในมิติวัฒนธรรมสุขภาพมุสลิม กรณีศึกษาชุมชนมุสลิมแห่งหนึ่งในจังหวัดปัตตานี	70,000
31	การจัดการความรู้ด้านภูมิปัญญาผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเอง ชุมชนบ้านร่ม อำเภอเมือง จังหวัดยะลา	74,800
32	ชุมชนรวมพลังจัดไข้มาลาเรีย	51,220
33	ถุงนี้เพื่อน้อง	54,000

ตารางที่ 13 แสดงจำนวนโครงการและงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนในปีที่ 2

ลำดับที่	เรื่อง	งบประมาณ(บาท)
34	แต่งงานง่าย ชินาะผิวดำประเพณี) ยาก	87,500
35	โรงพยาบาลต้นแบบในงานบริการสุขภาพตามวิถีชีวิตมุสลิมและวิถีชีวิตชุมชน	123,150
36	มัสยิดส่งเสริมสุขภาพ	136,900
37	ศูนย์การเรียนรู้บูรณาการด้านหญิงคลินิก "หนูน้อยยังรออยู่" สถานีอนามัยตำบลโคกเคียน อำเภอเมืองราชวาสจังหวัดนราธิวาส	141,700
38	โรงเรียนพ่อแม่ในสถานีอนามัยตาหลักศาสนาอิสลาม	97,200
39	คลังความรู้สู่การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในวิถีชุมชนโดยกระบวนการ KM อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล	145,900
40	ความเชื่อเรื่องอาหารที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมมารับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน กรณีศึกษาชาวไทยมุสลิมใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้	110,000

ตารางที่ 14 แสดงการประเมินคุณภาพของโครงการที่ได้รับการสนับสนุนในปีที่ 2

รหัสโครงการ	คุณภาพของโครงการ													
	วัตถุประสงค์		กลุ่มเป้าหมายตามแผน		ข้อมูลเบื้องต้น		วิธีดำเนินการ				ประเมินผล		การนำไปต่อยอด	
	บรรลุ	ไม่บรรลุ	ตรง	ไม่ตรง	มี	ไม่มี	อบรม	เสวนา	ทัศนศึกษา	เยี่ยมบ้าน	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี
51-ช-142	/		/			/		/				/	/	
51-ช-143	/		/			/		/			/		/	
51-ช-144	/			/	/			/				/	/	
51-ช-145		←												→
51-ช-146		/		/		/				/		/		/
51-ช-147		/		/	/		/				/			/
51-ช-148		/	/		/		/			/		/		/
51-ช-149		/	/		/		/					/		/
51-ช-150		/		/		/	/					/		/
51-ช-151		/		/		/		/				/		/
51-ช-152		/	/			/	/			/		/		/
51-ช-153		/	/			/	/					/		/
51-ช-154	/		/			/	/	/		/		/		/
51-ช-155		/	/			/	/	/				/		/
51-ช-156		/		/		/	/					/		/
51-ช-157		/	/			/	/			/		/	/	

ตารางที่ 14 แสดงการประเมินคุณภาพของโครงการที่ได้รับการสนับสนุนในปีที่ 2(ต่อ)

รหัสโครงการ	คุณภาพของโครงการ													
	วัตถุประสงค์		กลุ่มเป้าหมายตามแผน		ข้อมูลเบื้องต้น		วิธีดำเนินการ				ประเมินผล		การนำไปต่อยอด	
	บรรลุ	ไม่บรรลุ	ตรง	ไม่ตรง	มี	ไม่มี	อบรม	เสวนา	ทัศนศึกษา	เยี่ยมบ้าน	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี
51-ช-158		/	/			/	/			/		/		/
51-ช-159	/		/		/			/		/		/	/	
51-ช-160		/		/	/		/			/		/	/	
51-ช-161	/		/		/		/			/	/			/
51-ช-162		/	/		/		/			/		/		/
51-ช-163	/		/		/		/			/		/	/	
51-ช-164	/		/		/		/	/				/		/
51-ช-165		/		/		/	/		/	/		/		/
51-ช-166	/		/		/		/	/		/		/		/
51-ช-167	/		/		/		/					/		/
51-ช-168	/		/			/	/	/		/		/		/
51-ช-169	/			/	/		/			/		/		/
51-ช-170	/		/			/	/			/		/		/
51-ช-171		/		/		/		/				/		/

ตารางที่ 14 แสดงการประเมินคุณภาพของโครงการที่ได้รับการสนับสนุนในปีที่ 2(ต่อ)

รหัสโครงการ	คุณภาพของโครงการ													
	วัตถุประสงค์		กลุ่มเป้าหมายตามแผน		ข้อมูลเบื้องต้น		วิธีดำเนินการ				ประเมินผล		การนำไปต่อยอด	
	บรรลุ	ไม่บรรลุ	ตรง	ไม่ตรง	มี	ไม่มี	อบรม	เสวนา	ทัศนศึกษา	เยี่ยมบ้าน	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี
51-ท-172		/		/	/			/		/		/		/
51-ท-173	/		/		/			/		/		/		/
51-ท-174	/		/		/			/		/		/	/	
51-ท-175		/		/		/	/	/		/		/		/
51-ท-177	/		/			/		/				/	/	
51-ท-178	/		/		/			/	/			/		/
51-ท-179		/		/		/	/	/				/		/
51-ท-180	/		/		/			/		/		/	/	
51-ท-181	/		/		/			/				/	/	
รวม	20	19	26	13	20	19	25	19	2	21	3	36	10	29