

สรุปทเรียนการดำเนินงาน สำนักงานสนับสนุนการวิจัยระบบสุขภาพ
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (สวรส.อีสาน)

ปี พ.ศ.2547-2551
(ข้อตกลงเลขที่ 52-016)

ขอนแก่น
กันยายน พ.ศ. 2552



คำนำ

เอกสารฉบับนี้ประกอบด้วย 2 ส่วนหลัก คือ ส่วนที่ 1) กระบวนการและกลไกการบริหารจัดการ และ ส่วนที่ 2) ผลผลิตองค์ความรู้ด้านสุขภาพ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งการเรียบเรียงในส่วนที่ 1 นั้นส่วนใหญ่เป็นมุมมอง แนวคิด และประสบการณ์ตรงของผู้จัดการ สำนักงานสนับสนุนการวิจัยระบบสุขภาพ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (สวรส.อีสาน) มหาวิทยาลัยขอนแก่น จากการดำเนินงาน สวรส.อีสาน เป็นระยะเวลา 4 ปี รายละเอียดเนื้อหาบางส่วนเป็นทัศนคติ ความคิดเห็น การวิเคราะห์ ที่เป็นมุมมองของผู้จัดการ ซึ่งไม่หมายความว่า เป็นความคิดเห็นของ สวรส. และ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตลอดจนคณะกรรมการบริหาร สวรส.อีสาน

ด้วยการทำงานภายใต้การสนับสนุนเป็นอย่างดีทั้งจาก มหาวิทยาลัยขอนแก่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตลอดจนองค์กรภาคีเครือข่าย ได้แก่ ศูนย์วิจัย โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ศูนย์วิจัย โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (สพข.) สำนักงานบริหารและพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (สบพป.) กระทรวงสาธารณสุข ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขต 7 นครราชสีมา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขต 9 ขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต่างๆในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะวิชาต่างๆในมหาวิทยาลัยขอนแก่น ภาคีเครือข่ายแผนงานวิจัยพื้นที่ คือ สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ (สวรส.ภาคใต้) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ศูนย์จัดการงานวิจัยระบบสุขภาพภาคตะวันออก (สวรส.ภาคตะวันออก) มหาวิทยาลัยบูรพา และ สถานจัดการวิจัยระบบสุขภาพภาคเหนือ (สวรส.ภาคเหนือ) แผนงานวิจัยระดับพื้นที่ สวรส. และที่สำคัญคือ คณาจารย์ นักวิชาการ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และนักวิจัยพื้นที่ทุกท่าน ที่ทำให้การดำเนินงานของ สวรส.อีสาน มีความราบรื่น และได้รับผลสำเร็จระดับหนึ่ง ในนามของ สวรส.อีสาน ผมขอแสดงความขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ข้อเขียนในรายงานฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์ในการดำเนินงานวิจัยระบบสุขภาพในระดับพื้นที่ต่อไป

ภัทระ แสนไชยสุริยา

ขอนแก่น

กันยายน 2552

บทสรุปผู้บริหาร

มหาวิทยาลัยขอนแก่น ร่วมกับ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) โดยแผนงานวิจัยพื้นที่ ได้จัดตั้ง สำนักงานสนับสนุนการวิจัยระบบสุขภาพ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (สวรส.อีสาน) ซึ่งเป็นความร่วมมืออย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 โดยมหาวิทยาลัยขอนแก่นสนับสนุนด้านกำลังคน สถานที่ สาธารณูปโภค ส่วน สวรส. สนับสนุนด้านงบประมาณ และด้านเทคนิควิชาการ ซึ่งมีการพัฒนาการดำเนินงานเป็นลำดับ ดังนั้นเพื่อเป็นบทเรียนในการดำเนินงานวิจัยระดับพื้นที่ ในรูปแบบภาคีเครือข่าย สวรส.อีสาน ได้สรุปบทเรียน และผลการดำเนินงาน ดังนี้

วิสัยทัศน์ สำนักงานสนับสนุนการวิจัยระบบสุขภาพ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (สวรส.อีสาน)คือ เป็นองค์กรสนับสนุน กลไกการจัดการ การเรียนรู้ ร่วมกับภาคีสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทอีสาน เพื่อให้เกิดดุลยภาพ โยมียุทธศาสตร์ในการดำเนินการ คือ ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาองค์ความรู้และการใช้ประโยชน์ ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาเครือข่าย และ ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาองค์กร

ด้านการบริหารจัดการ สวรส.อีสานเป็นหน่วยงานภายใต้การกำกับของมหาวิทยาลัยขอนแก่น มีคณะกรรมการบริหาร สวรส.อีสาน กำหนดนโยบาย ผลักดันและให้การสนับสนุนการดำเนินงานของ สวรส.อีสาน มีสำนักงานบริหาร บุคลากร ประกอบด้วย ผู้จัดการ และเจ้าหน้าที่สำนักงาน/ เจ้าหน้าที่บริหารวิชาการ ขับเคลื่อนผ่านแผนงานย่อยที่มีนักวิชาการจาก สถาบันการศึกษา ทำงานเชิงประเด็น (issue-based approach) และ ภาคีเครือข่ายพี คือ คือ ศูนย์วิจัย โรงพยาบาลสรรพ สิทธิประสงค์ อุบลราชธานี และ ศูนย์วิจัย โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา ทำงานเชิงพื้นที่ (area-based approach) กิจกรรมหลักภายใต้กรอบยุทธศาสตร์ 3 ด้าน คือ การทบทวนและพัฒนาผังพิสัยการวิจัย การพัฒนาข้อเสนอ โครงการวิจัย ประสานองค์กรแหล่งทุนเพื่อขอรับการสนับสนุนทุน จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้/จัดประชุมวิชาการเพื่อ เผยแพร่ผลงานวิจัย

จากข้อชี้แนะของนายแพทย์วิฑูร พูลเจริญ (อดีตผู้อำนวยการ สวรส.) ให้ใช้ผังพิสัยการวิจัยเป็นกรอบในการวางแผนงาน ดำเนินงาน คณะกรรมการบริหาร สวรส.อีสานได้กำหนดให้ “สุขภาพแรงงานอีสาน” เป็นประเด็นหลักในการทำงาน พัฒนาผังพิสัย ด้วยกระบวนการ ทบทวนสถานการณ์การศึกษาวิจัย และประชุมเชิงปฏิบัติการระดมความคิดจากผู้มีส่วน เกี่ยวข้องทั้งนักวิชาการ และผู้ปฏิบัติ ซึ่งมีขับเคลื่อนงานต่อการจัดตั้งแผนงานย่อย ทั้งนี้ มีปัจจัยหลักในการพิจารณา จัดตั้งแผนงานย่อย คือ มีแหล่งทุนสนับสนุนงบประมาณ มีผู้รับผิดชอบหลัก และมีพื้นที่ปฏิบัติการ ซึ่งระยะการ ดำเนินงาน 4 ปี เกิดแผนงานย่อยทั้งหมด 9 แผนงาน ได้แก่ 1) แผนงานสุขภาพแรงงานอีสาน 2) แผนงานอุบัติเหตุ จราจร จ.อุบลราชธานี 3) แผนงานเครือข่ายบริการสุขภาพปทุมภูมิ 4) แผนงานควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ 5) แผนงานสุราในบริบทอีสาน 6) แผนงานพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขเขต 13 7) แผนงานประเมินผลเพื่อเสริม สมรรถนะ 8) แผนงานระบบข้อมูลสุขภาพระดับพื้นที่ 9) แผนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานในสถานประกอบการ โดยในแต่ละแผนงาน มีผู้จัดการแผนงานเป็นผู้ขับเคลื่อนการดำเนินการ

กระบวนการพัฒนาข้อเสนอโครงการประกอบด้วย การสนับสนุนที่ปรึกษา และกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการนำเสนอ ร่างข้อเสนอโครงการ และการวิพากษ์โดยผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีผู้จัดการแผนงานย่อยเป็นผู้ขับเคลื่อน ในการจัด กระบวนการเพื่อสร้างองค์ความรู้ สวรส.อีสาน มีการดำเนินการ 2 รูปแบบ คือ ผ่านกระบวนการวิจัย และ ผ่าน กระบวนการเรียนรู้จากการปฏิบัติ (การจัดกระบวนการเรียนรู้) ส่วนกระบวนการสร้างเครือข่าย เริ่มด้วยการหาคนต้น เรื่องซึ่ง คือ ผู้จัดการแผนงานย่อย จากนั้นจึงเปิดพื้นที่/เวทีสื่อสารความคิด ร่วมกันเป็นภาคี สร้างงานวิจัย ด้วย สัมพันธภาพที่เกื้อกูลบรรณาณเดียวกัน โดย สวรส.อีสาน สร้างแนวทางหาทุนสนับสนุนการดำเนินงาน

กระบวนการแปลงความรู้สู่การใช้ประโยชน์ มีการปรับกระบวนการทำงานจากผลการวิจัยของผู้ปฏิบัติที่เป็นนักวิจัยพื้นที่ ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อผู้รับบริการ และการประสานกับหน่วยงานหรือองค์กรในพื้นที่ในการขยายพื้นที่ดำเนินงาน

สวรส.อีสาน มีการดำเนินงานในประเด็นการเสริมพลังอำนาจชุมชนค่อนข้างจำกัด เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายที่เป็นภาคี ร่วมงานเป็นหน่วยบริการสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่

การเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลจากกระบวนการจัดการความรู้ของ สวรส.อีสาน คือ การที่นักวิจัยในพื้นที่ได้เรียนรู้ตนเอง เรียนรู้กระบวนการทำงาน ตลอดจนศักยภาพในการจัดกระบวนการพัฒนางานจากหลักฐานเชิงประจักษ์ นอกจากนี้ ยังได้ สร้างนักวิจัยที่มีศักยภาพระดับพื้นที่ และการดำเนินงานแผนงานย่อยได้สร้างและเปิดพื้นที่ให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ประสบการณ์ และวางรากฐานความร่วมมือ นักวิจัยและสมาชิกเครือข่ายได้ขยายพื้นที่ดำเนินการจากผลงานวิจัยที่ได้ พัฒนาขึ้น ขยายเครือข่ายการวิจัยและการเชื่อมกับนักวิชาการในสถาบันการศึกษาอย่างต่อเนื่อง ในส่วนของการประสาน กับแหล่งทุน การดำเนินงานของสวรส.อีสานเป็นส่วนเชื่อมต่อระหว่างนักวิจัยพื้นที่ กับ แหล่งทุนส่วนกลาง

แม้ สวรส.อีสาน มีการจัดทำผังพิสัยการวิจัยเพื่อเป็นกรอบทิศทางในการดำเนินงาน อย่างไรก็ตาม ผังพิสัยการวิจัยนั้นถูก นำไปใช้ในการกำหนดประเด็นการวิจัย และพัฒนาเป็นข้อเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับทุนจากแหล่งทุน ซึ่งเป็นการใช้ ประโยชน์ในระดับหนึ่งเท่านั้น ยังไม่สามารถนำไปสู่การกำหนดทิศทางการใช้องค์ความรู้เพื่อพัฒนาบริการที่ตอบสนอง ปัญหาและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ อนึ่ง งานวิจัยที่ สวรส.อีสานให้การสนับสนุนหรือผลักดัน นั้น เกิดขึ้นสองรูปแบบ คือ งานวิจัยที่สอดคล้องกับประเด็นของ สวรส.อีสาน”สุขภาพแรงงานอีสาน” ซึ่ง สวรส.อีสานสนับสนุนงบประมาณดำเนินงาน และงานวิจัยที่เกิดจากการการริเริ่มของสถาบันเครือข่ายภาคีซึ่งเป็นแหล่งทุน ซึ่งการดำเนินงานสนับสนุนงานวิจัยทั้งสอง ด้านเป็นการหนุนเสริมซึ่งกันและกัน ในการพัฒนานักวิจัยพื้นที่ การขยายเครือข่าย การเคลื่อนย้ายทรัพยากร และการ ระดมทุน

ทั้งนี้หากพิจารณาว่า การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เป็นการพัฒนาที่สนับสนุนต่อการพัฒนาที่ยั่งยืน กล่าวได้ว่า สวรส.อีสาน ได้มีกระบวนการพัฒนาบุคลากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวนหนึ่งกระจายไปเกือบทุกจังหวัด ซึ่งเชื่อว่า ด้วยกระแส การวิจัยจะทำให้นักวิจัยพื้นที่ ที่ร่วมเรียนรู้กับ สวรส.อีสาน มีการทำวิจัยเพื่อพัฒนางานบริการของหน่วยงานหรือองค์กร อย่างต่อเนื่อง

จากการดำเนินงานระยะเวลาสี่ปี สวรส.อีสาน ได้สนับสนุนให้มีการพัฒนาผังพิสัยการวิจัย 3 ผังพิสัย จัดตั้งแผนงานย่อย 9 แผนงาน มีสถาบันภาคีเครือข่าย 16 ภาคี และเครือข่ายพื้นที่ 15 หน่วยงาน มีข้อเสนอโครงการวิจัย จำนวน 55 ข้อเสนอโครงการ มีโครงการที่ได้รับทุนจากสวรส.อีสาน 13 โครงการ รับทุนจากสถาบันภาคีเครือข่าย 22 โครงการ มี เอกสารรายงาน 35 เรื่อง

ส่วนรูปแบบการดำเนินการพัฒนาระบบสุขภาพระดับพื้นที่ระยะต่อไปนั้น เพื่อให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่อง วิสัยทัศน์ พันธกิจ โครงสร้าง และแผนงานของ สวรส.อีสาน ไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากนัก ยกเว้นในส่วนโครงสร้างไม่มี คณะกรรมการบริหารฯ โดยในปัจจุบันเป็นการดำเนินงานภายใต้การกำกับดูแลของรองอธิการบดีฝ่ายวิจัยและถ่ายทอด เทคโนโลยี มหาวิทยาลัยขอนแก่น และมีเครือข่ายนักวิชาการสถาบัน และนักวิจัยพื้นที่เข้าร่วมกิจกรรมตามภารกิจที่ สอดคล้อง

กล่าวโดยสรุป สำนักงานสนับสนุนการวิจัยระบบสุขภาพ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (สวรส.อีสาน) มีการดำเนินงานโดย มุ่งเน้นการพัฒนาคน บนฐานการทำงาน ประสานภารกิจให้เข้ากับระบบงานปกติ ตลอดจนการจัดการเรียนการสอน เป็น การเปิดพื้นที่ให้นักวิชาการมีพื้นที่ปฏิบัติการ ตลอดจนการวางรากฐานการทำงานในพื้นที่ด้วยการทำงานร่วมเป็นเครือข่าย ก่อให้เกิดกลุ่มคนทำงานวิจัยระบบเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ ของประเทศไทย ด้วยกลการประสานความร่วมมือ การระดมทรัพยากรทั้งจากภายในและภายนอก ผสมผสานให้เกิดการพัฒนางานด้วยกระบวนการวิจัย

สารบัญ

	หน้าที่
คำนำ	ก
บทสรุปผู้บริหาร	ข
สารบัญ	ง
ที่มา	1
ส่วนที่ 1 กระบวนการและกลไกการบริหารจัดการ	1
กระบวนการสร้างความรู้	4
กระบวนการสร้างเครือข่าย	4
กระบวนการแปลงความรู้สู่การใช้ประโยชน์	5
กระบวนการเสริมพลังอำนาจชุมชน	5
แผนงาน สุราในบริบทอีสาน	5
แผนงาน สุขภาพแรงงานอีสาน	6
แผนงาน ระบบสุขภาพชุมชนอีสาน	6
แผนงาน การประเมินการดำเนินการพัฒนาระบบสุขภาพระดับพื้นที่	7
การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากกระบวนการจัดการความรู้ของ สวรส.อีสาน	7
ผลลัพธ์ทางวิชาการ	9
การพัฒนารูปแบบการดำเนินการพัฒนาระบบสุขภาพระดับพื้นที่ระยะต่อไป	9
บทเรียนจากการดำเนินงานประเด็นอื่น ๆ	9
บรรณานุกรม	12
ส่วนที่ 2 องค์ความรู้ด้านสุขภาพ	13
ภาคผนวก	I

สรุปบทเรียนการดำเนินงาน สำนักงานสนับสนุนการวิจัยระบบสุขภาพ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (สวรส.อีสาน)
ปี พ.ศ.2547-2551

ที่มา

มหาวิทยาลัยขอนแก่น ร่วมกับ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) โดยแผนงานวิจัยพื้นที่ ได้สนับสนุนการพัฒนาการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยการจัดตั้ง สำนักงานสนับสนุนการวิจัยระบบสุขภาพ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (สวรส.อีสาน) ซึ่งเป็นความร่วมมืออย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ.2539 โดยในระยะแรกเป็นการจัดการในรูปแบบโครงการ ภายหลังเมื่อมีการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก จึงมีการปรับกระบวนการบริหารจัดการ จัดตั้งเป็นหน่วยงาน สวรส.อีสาน โดยมหาวิทยาลัยขอนแก่นสนับสนุนด้านกำลังคน สถานที่ สาธารณูปโภค ส่วน สวรส.สนับสนุนด้านงบประมาณ และด้านเทคนิควิชาการ ซึ่ง สวรส.อีสานได้ดำเนินงานมาจนกระทั่งปี 2551 สวรส.ได้มีประเมินแผนงานวิจัยพื้นที่ จากผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกอีกครั้ง ซึ่งการประเมินครอบคลุมถึงสถาบัน/องค์กรเครือข่ายแผนงานวิจัยพื้นที่ ได้แก่ สวรส.ภาคใต้ สวรส.ภาคเหนือ และสวรส.อีสาน คณะผู้ประเมินได้ชี้แนะว่า ควรยุติการสนับสนุนสถาบัน/องค์กรภาคีเครือข่ายในรูปแบบที่ดำเนินการอยู่ และคณะกรรมการบริหาร สวรส. ได้ให้ความเห็นชอบ ดังนั้นเพื่อเป็นบทเรียนในการดำเนินงานวิจัยระดับพื้นที่ ในรูปแบบภาคีเครือข่าย สวรส.อีสาน ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการสรุปบทเรียน และผลการดำเนินงาน

ส่วนที่ 1 กระบวนการและกลไกการบริหารจัดการ สำนักงานสนับสนุนการวิจัยระบบสุขภาพ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (สวรส.อีสาน)

บทบาทภาคี มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ม.ขอนแก่น) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในฐานะสถาบันการศึกษาชั้นนำของพื้นที่ ได้ให้การสนับสนุนด้านวิชาการ และทรัพยากร ได้แก่ นักวิชาการปฏิบัติงานวิชาการและบริหารจัดการ สวรส.อีสาน อำนวยความสะดวกด้านโครงสร้าง สาธารณูปโภค และติดต่อประสานงานทั้งภายในและภายนอกองค์กร ตลอดจนสนับสนุนงบประมาณการทำวิจัย

ในส่วนของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) นั้น ได้สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน ประสานสถาบันเครือข่ายแหล่งทุน ตลอดจนนักวิชาการ ในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของ สวรส.อีสาน นอกจากนี้ สวรส. ได้จัดเวทีพบปะระหว่าง สวรส.เครือข่ายภูมิภาค ได้แก่ สวรส.ภาคกลาง สวรส.ภาคเหนือ สวรส.ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สวรส.ภาคใต้ และสวรส.อีสาน ถือเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการทำงานระหว่างกันและกัน อีกทั้งยังก่อให้เกิดความร่วมมือระหว่างภูมิภาค

วิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์ การทำงาน

สำนักงานสนับสนุนการวิจัยระบบสุขภาพ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (สวรส.อีสาน) ภายใต้โครงสร้างและการบริหารจัดการใหม่ แบ่งระยะการดำเนินการเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 (ปี พ.ศ. 2547-2550) และระยะที่ 2 (ปี พ.ศ.2550-2551) โดยมีวิสัยทัศน์ คือ เป็นองค์กรสนับสนุนกลไกการจัดการ การเรียนรู้ ร่วมกับภาคีสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทอีสาน เพื่อให้เกิดดุลยภาพ

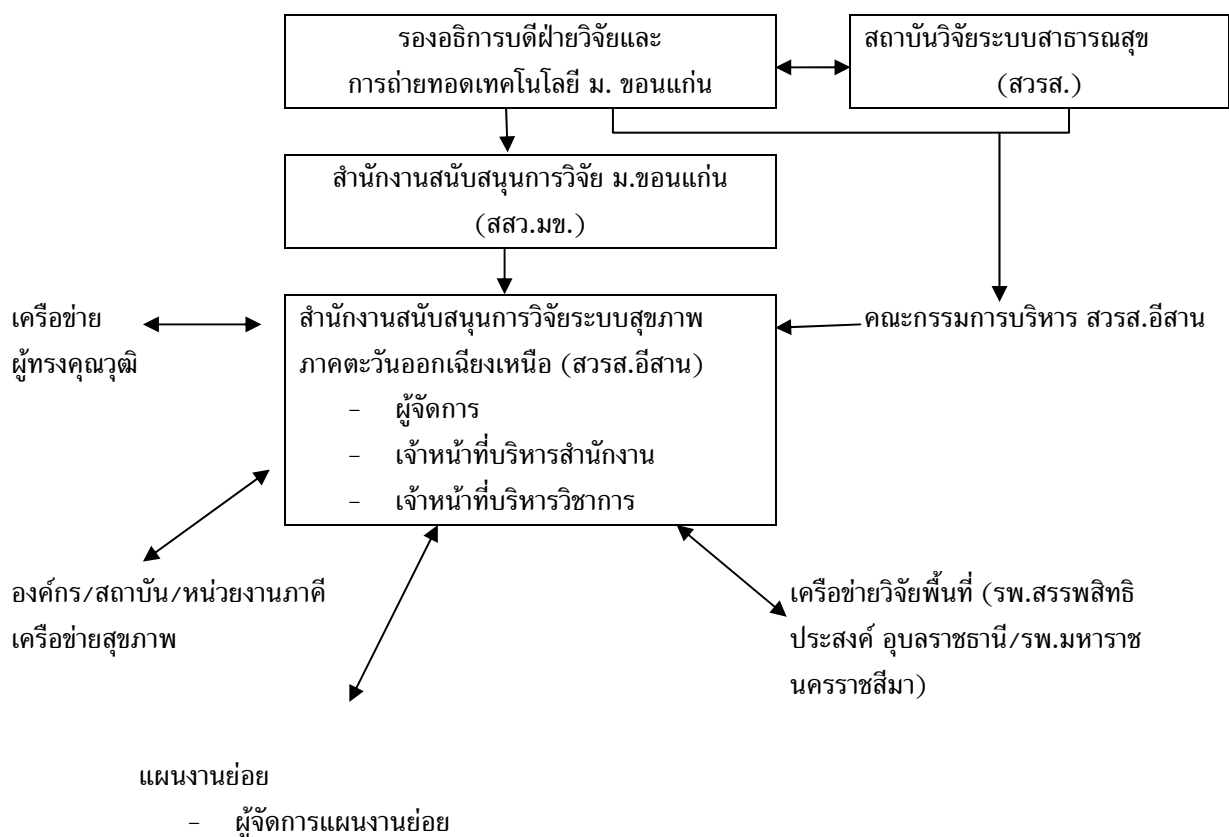
ในส่วนของยุทธศาสตร์การทำงานของ สวรส.อีสานนั้น ยุทธศาสตร์ในปีที่ 1-2 ประกอบด้วย ยุทธศาสตร์ 5 ด้าน คือ สร้างภาคีเครือข่าย สร้างฝั่งพิสัยการวิจัย สร้างองค์ความรู้ ประยุกต์และใช้ประโยชน์จากองค์ความรู้ และมีการบริหารจัดการที่ดี ภายหลังจากการดำเนินงานได้ 2 ปี จึงได้ปรับยุทธศาสตร์ เพื่อให้มีความกระชับและชัดเจนมากขึ้น เหลือ 3 ยุทธศาสตร์ คือ ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาองค์ความรู้และการใช้ประโยชน์ ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาเครือข่าย และยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนางค์กร

โดยภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 1 กิจกรรมหลักประกอบด้วย การทบทวนและพัฒนาฝั่งพิสัยการวิจัย, การพัฒนาข้อเสนอโครงการวิจัย, การจัดสรรทรัพยากรและสร้างโอกาสเข้าถึงแหล่งทรัพยากร ยุทธศาสตร์ที่ 2 กิจกรรมหลักประกอบด้วย

การตั้งกลุ่มเครือข่ายวิจัยระดับพื้นที่ กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่ การทำงานด้านวิชาการ และยุทธศาสตร์ที่ 3 กิจกรรมหลักประกอบด้วย การพัฒนากระบวนการทำงาน การจัดทำฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และการแสวงหาความร่วมมือและสนับสนุนการทำงานของสถาบันภาคีเครือข่าย

โครงสร้างการบริหาร

การบริหารจัดการ สวรส.อีสาน ซึ่งถือเป็นหน่วยงานภายใต้การกำกับของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เสมือนหนึ่งเป็นหน่วยงานภูมิภาค ของ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ดังนั้น การจัดโครงสร้างการบริหาร จึงประกอบด้วย คณะกรรมการบริหาร สวรส.อีสาน. มีองค์ประกอบหลัก คือ ผู้แทน สวรส. ผู้แทน ม.ขอนแก่น และผู้ทรงคุณวุฒิ โดยผู้จัดการ สวรส.อีสาน ทำหน้าที่เป็นเลขานุการ คณะกรรมการบริหารมีหน้าที่หลักในการกำหนดนโยบาย ผลักดันและให้การสนับสนุนการดำเนินงานของ สวรส.อีสาน ผ่านส่วนของสำนักงาน ซึ่งมีบุคลากร ประกอบด้วย ผู้จัดการ และเจ้าหน้าที่สำนักงาน/เจ้าหน้าที่บริหารวิชาการ ทั้งนี้ด้วยแนวคิด กระบวนการทำงาน เชิงประเด็น (issue-based approach) และ เชิงพื้นที่ (area-based approach) โดยการทำงานเชิงประเด็นมีนักวิชาการ จากมหาวิทยาลัยขอนแก่นเป็นแกนหลัก ส่วนการดำเนินงานเชิงพื้นที่ สวรส.อีสาน ได้ประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายพื้นที่ที่มีสัมพันธ์ภาพกันมาอย่างยาวนาน คือ ศูนย์วิจัย โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี และ ศูนย์วิจัย โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา ภายหลัง ศูนย์วิจัย โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา ได้ขยายสร้างเครือข่ายกับ ศูนย์วิจัย โรงพยาบาลสุรินทร์ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ และโรงพยาบาลชัยภูมิ ในพื้นที่สาธารณสุขเขต 13 นอกจากนี้ สวรส.อีสาน ได้ขยายความร่วมมือกับนักวิชาการและผู้ทรงคุณวุฒิทั้งจากหน่วยงานภายในมหาวิทยาลัยขอนแก่น และหน่วยงานนอกมหาวิทยาลัยขอนแก่น ภายใต้สัมพันธภาพที่เท่าเทียมกัน และเกื้อหนุนการทำงานกันและกัน



รูปที่ 1 ผังโครงสร้างการบริหารจัดการ สำนักงานสนับสนุนการวิจัยระบบสุขภาพ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (สวรส.อีสาน)

กิจกรรมการดำเนินงาน สวรส.อีสาน

เพื่อบรรลุเป้าหมายของการจัดตั้งหน่วยงาน สวรส.อีสานได้กำหนดกิจกรรมหลักภายใต้กรอบยุทธศาสตร์ 3 ด้าน คือ การ ทบทวนและพัฒนาผังพิสัยการวิจัย การพัฒนาข้อเสนอโครงการวิจัย ประสานองค์กรแหล่งทุนเพื่อขอรับการสนับสนุน ทุน จัดเวทีหารือประเด็นวิจัยร่วมระหว่างนักวิชาการ ผู้ปฏิบัติ ผู้กำหนดนโยบาย ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้/ จัดประชุมวิชาการ การสนับสนุนการนำเสนอผลการวิจัยในการประชุมวิชาการ/เครือข่ายวิจัย การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ พัฒนาศักยภาพบุคลากร การให้คำปรึกษาด้านวิชาการของหน่วยงาน/องค์กร และการเข้าร่วมการประชุมที่มีประเด็น เกี่ยวข้องกับประเด็นวิจัยของ สวรส.อีสาน

กระบวนการพัฒนาผังพิสัยการวิจัย

จากข้อชี้แนะของนายแพทย์วิพุธ พูลเจริญ (อดีตผู้อำนวยการ สวรส.) ให้ใช้ผังพิสัยการวิจัยเป็นกรอบในการวางแผนงาน ดำเนินงาน จึงมีการกำหนดประเด็นเป็นข้อเสนอในการผังพิสัยการวิจัยสวรส.อีสานไว้ 6 ประเด็นหลัก ประกอบด้วย สุขภาพในระบบการผลิตอ้อยและน้ำตาล, อุบัติเหตุจากรถ ภาชนะวันออกเฉียงเหนือ, สุขภาพคนจนเขตเมือง, เอดส์อีสาน , แรงงานย้ายถิ่นอีสาน, และสถานการณ์ปัญหาการดื่มสุราในพื้นที่อีสาน ทั้งนี้ประเด็นที่กำหนดขึ้นเกิดจากการหารือ ร่วมกันระหว่างนักวิชาการสถาบันการศึกษาที่ทำงานในพื้นที่ ซึ่งพิจารณาจากทั้งรากฐานด้านประเพณีวัฒนธรรมและการ ประกอบอาชีพของประชากรในพื้นที่อีสาน และสถานการณ์สุขภาพในอนาคตที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาประเทศ

กระบวนการจัดตั้งแผนงานย่อย

สวรส.อีสาน ดำเนินงานโดยผ่านโครงสร้างแผนงานย่อยซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามเงื่อนไขการดำเนินการ โดยใน ระยะการดำเนินงาน 4 ปี เกิดแผนงานย่อยทั้งหมด 9 แผนงาน (ปีที่เริ่มดำเนินการ) ได้แก่ 1) แผนงานสุขภาพแรงงาน อีสาน (ปีที่ 1) 2) แผนงานอุบัติเหตุจากรถ จ.อุบลราชธานี (ปีที่ 1) 3) แผนงานเครือข่ายบริการสุขภาพปทุมภูมิ (ปีที่ 1) 4) แผนงานควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ (ปีที่ 1) 5) แผนงานสุราในบริบทอีสาน (ปีที่ 2) 6) แผนงานพัฒนาระบบ บริการสาธารณสุขเขต 13 (ปีที่ 2) 7) แผนงานประเมินผลเพื่อเสริมสมรรถนะ (ปีที่ 2) 8) แผนงานระบบข้อมูลสุขภาพ ระดับพื้นที่ (ปีที่ 2) 9) แผนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานในสถานประกอบการ (ปีที่ 2) โดยในแต่ละแผนงาน มี ผู้จัดการแผนงานเป็นผู้ขับเคลื่อนการดำเนินการ ตั้งแต่การพัฒนาผังพิสัยการวิจัย การพัฒนาข้อเสนอโครงการวิจัย การ หาแหล่งทุนสนับสนุน การดำเนินโครงการ และการเผยแพร่ผลการวิจัย ทั้งนี้ มีปัจจัยหลักในการพิจารณาจัดตั้งแผนงาน ย่อย คือ มีแหล่งทุนสนับสนุนงบประมาณ มีผู้รับผิดชอบหลัก และมีพื้นที่ปฏิบัติการ

กระบวนการพัฒนาข้อเสนอโครงการ

กระบวนการพัฒนาข้อเสนอโครงการ ซึ่งงบประมาณและทรัพยากรในการสนับสนุนกระบวนการขับเคลื่อนการพัฒนา ข้อเสนอโครงการในแต่ละแผนงานย่อยนั้นส่วนหนึ่งมาจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ผ่าน สวรส.อีสาน แต่ ส่วนที่เป็นส่วนหลักมาจากสถาบันภาคีเครือข่าย ได้แก่ สำนักพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพข.) สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สำนักวิจัยและ พัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

กระบวนการพัฒนาข้อเสนอโครงการภายใต้การดำเนินงานของสวรส.อีสานประกอบด้วย การสนับสนุนที่ปรึกษา และ กระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการนำเสนอร่างข้อเสนอโครงการ และการวิพากษ์โดยผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีผู้จัดการแผนงาน ย่อยเป็นผู้ขับเคลื่อน ซึ่งต้องใช้ทรัพยากรและระยะเวลา ส่วนหนึ่งสืบเนื่องจากการดำเนินงานที่มุ่งเน้นนักวิจัยระดับพื้นที่ และให้ความสำคัญหลากหลายครอบคลุมทุกสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง อีกทั้งความพร้อมและศักยภาพของนักวิจัยระดับพื้นที่มี ขีดจำกัด ภายหลังจากการดำเนินการในระยะที่ 1 สวรส.อีสาน จึงได้ปรับกระบวนการพัฒนาข้อเสนอโครงการด้วยการจัดเวที ระดมสมองนักวิชาการ พัฒนารอบการวิจัย กำหนดประเด็นคำถามการวิจัย และมอบหมายให้นักวิชาการที่สนใจพัฒนา

เป็นข้อเสนอโครงการวิจัย ทั้งนี้ นักวิชาการมีโอกาสดูแลหาความร่วมมือกับภาคีนักวิจัยพื้นที่ได้ รวมถึงมีการประกาศให้ผู้สนใจอื่นๆ เข้าร่วม

กระบวนการสร้างความรู้

ในการจัดกระบวนการเพื่อสร้างองค์ความรู้นั้น สวรส.อีสาน มีการดำเนินการ 2 รูปแบบ คือ ผ่านกระบวนการวิจัย และผ่านกระบวนการเรียนรู้จากการปฏิบัติ (การจัดกระบวนการเรียนรู้) ทั้งนี้ ภายใต้กระบวนการวิจัย สวรส.อีสานได้สนับสนุนให้มีการทบทวนสถานการณ์ภาวะสุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งกำหนดประเด็นหลัก 6 ประเด็น ตามสภาพสังคม สิ่งแวดล้อม และผลจากการพัฒนาประเทศ โดยนักวิชาการ ในสถาบันการศึกษา ได้ทำการรวบรวม เอกสารรายงานการวิจัย และเก็บข้อมูลภาคสนามเพิ่มเติม จากนั้นนำเข้าสู่การพิจารณาของ คณะกรรมการบริหาร สวรส.อีสาน เพื่อขอรับความเห็นชอบ ซึ่งภายใต้ข้อจำกัดของทรัพยากรทั้งบุคลากร งบประมาณและระยะเวลา คณะกรรมการบริหารฯ จึงเห็นสมควรสนับสนุนการดำเนินการต่อไปในประเด็น “สุขภาพแรงงานอีสาน”

ในด้านการจัดการ สวรส.อีสาน ได้จัดทำโครงสร้างรองรับเป็น แผนงานย่อย “สุขภาพแรงงานอีสาน” โดยได้ร้องขอให้ ผศ.ดร.ดุชนิ อาวุธวัฒน์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งเป็นผู้ทบทวนสถานการณ์รับเป็นผู้จัดการแผนงานย่อย ภายใต้กรอบผังพิสัยการวิจัยที่พัฒนาขึ้น แผนงานย่อยฯ ได้จัดให้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการหลายครั้งต่อเนื่องกันโดยมีผู้เข้าร่วมเป็นนักวิชาการ ผู้ปฏิบัติ ตลอดจนภาคีที่เกี่ยวข้อง โดยในครั้งแรกเป็นการร่วมกันกำหนดคำถามการวิจัย และมอบหมายผู้รับผิดชอบในการพัฒนาข้อเสนอโครงการวิจัย ซึ่งกระบวนการพัฒนาข้อเสนอฯ ดำเนินการโดยการนำเสนอในเวทีประชุมเชิงปฏิบัติที่มีผู้ทรงคุณวุฒิเข้าร่วมรับฟังและให้ข้อเสนอแนะเพื่อให้ข้อเสนอโครงการวิจัยมีความสมบูรณ์มากขึ้น จากนั้น จึงนำไปสู่การขอรับการพิจารณาสนับสนุนทุน และดำเนินการวิจัยต่อไป นอกเหนือจากการสนับสนุนแผนงานย่อย “สุขภาพแรงงานอีสาน” แล้ว สวรส.อีสาน ได้รับการประสานจาก ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) ให้สนับสนุนการพัฒนาข้อเสนอโครงการเพื่อขอรับทุนสนับสนุนจาก ศวส. ซึ่ง สวรส.อีสาน ได้จัดโครงสร้าง แผนงานย่อย “สุราในบริบทอีสาน” และได้ดำเนินการด้วยกระบวนการเดียวกัน

ส่วนการดำเนินการอีกรูปแบบหนึ่ง คือ การเรียนรู้จากการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการสุขภาพระดับพื้นที่ ด้วยการประสานและสนับสนุนจาก สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพข.) สวรส.อีสาน ได้สนับสนุนให้มีการพัฒนาข้อเสนอและดำเนินการโครงการพัฒนาคุณภาพบริการ โดยผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่เป็นผู้กำหนดประเด็นและกระบวนการในการพัฒนา จากนั้นเข้าร่วมการนำเสนอผลการดำเนินการ ผ่านกระบวนการเรียนรู้เป็นระยะ โดยมีนักวิชาการเข้าร่วมและเอื้อให้เกิดข้อสรุปเชิงสังเคราะห์ เป็นการเชื่อมโยงทฤษฎีกับการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม ทั้งนี้ มีหน่วยงานที่เข้าร่วมกระบวนการจาก จังหวัดเลย จังหวัดชัยภูมิ จังหวัดหนองบัวลำภู จังหวัดอุดรธานี จังหวัดบุรีรัมย์ จังหวัดศรีสะเกษ และจังหวัดอำนาจเจริญ ซึ่งนอกเหนือจากการจัดเวทีเรียนรู้ระหว่างหน่วยงานดังกล่าวแล้ว สวรส.อีสาน ยังได้สนับสนุนให้มีการเผยแพร่ในเวทีประชุมวิชาการในระดับประเทศ

กระบวนการสร้างเครือข่าย

ด้วยลักษณะโครงสร้างสำนักงานของ สวรส.อีสาน ที่มีผู้จัดการ และ เจ้าหน้าที่บริหารสำนักงาน ภายหลังจึงมีเจ้าหน้าที่บริหารวิชาการเพิ่ม รวมเป็น 3 คน การดำเนินงานของ สวรส.อีสาน ต้องพึ่งพาภาคีเครือข่าย ทั้งนักวิชาการ นักปฏิบัติ ตลอดจนองค์กรแหล่งทุนต่างๆ ด้วยกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน และยอมรับในความเห็นที่แตกต่าง ทำให้สวรส.อีสาน สามารถเชื่อมและสร้างเครือข่ายการทำงาน ระหว่างแหล่งทุนกับนักวิชาการ นักวิชาการกับผู้ปฏิบัติ ทั้งนี้ในบางส่วนยังช่วย

หนุนเสริม หน่วยงานหรือองค์กรที่มีบทบาทด้านบริหาร และกำกับติดตามงานด้านสาธารณสุข ซึ่งการดำเนินงานภายใต้โครงสร้างแผนงานย่อยๆทำให้ สวรส.อีสาน มีความยืดหยุ่นในการดำเนินการสร้างเครือข่าย นอกเหนือจากการชักชวนเครือข่ายเดิมที่เป็นนักวิจัยพื้นที่ที่เคยได้รับการสนับสนุนจาก สวรส. ที่เป็นต้นทุนสำคัญในพื้นที่ คือ ศูนย์วิจัย รพ.สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี และ ศูนย์วิจัย รพ.มหาราช นครราชสีมา อีกทั้งนักวิชาการในสถาบันการศึกษาที่มีงานวิจัยในพื้นที่ที่มีเครือข่ายของตนเอง ผสมกับการสนับสนุนของ สวรส.อีสาน ในการพัฒนาฝังพิสัยและข้อเสนอโครงการวิจัย ทำให้ นักวิชาการสามารถขยายเครือข่ายได้มากขึ้น

กล่าวโดยสรุป กระบวนการสร้างเครือข่าย นั้น เริ่มด้วยการหาคนต้นเรื่อง ด้วยการเปิดพื้นที่ จากนั้นรับเป็นภาคี ร่วมสร้างงานวิจัย ทั้งนี้การสร้างและดูแลสัมพันธภาพที่เกื้อกูลบนระนาบเดียวกันมีความสำคัญที่สุด โดยในส่วนของ สวรส.อีสาน ต้องแสวงหาหรือสร้างแนวทางหาทุนสนับสนุนการดำเนินงาน

กระบวนการแปลงความรู้สู่การใช้ประโยชน์

นอกเหนือจาก การปรับกระบวนการทำงานจากผลการวิจัยของผู้ปฏิบัติที่เป็นนักวิจัยพื้นที่ ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อผู้รับบริการ เช่น การให้บริการผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน ในพื้นที่บริการของหน่วยบริการคู่สัญญา โรงพยาบาลหนองบัวขอม เป็นต้น นักวิจัยพื้นที่ได้ประสานกับหน่วยงานหรือองค์กรในพื้นที่ในการขยายพื้นที่ดำเนินงาน เช่น การปรับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ของหน่วยคู่สัญญาโรงพยาบาลลำปลายมาศ เป็นต้น นอกจากนี้ ในส่วนวิชาการ ผลที่ได้จากการดำเนินงานโครงการ ได้เผยแพร่ในเวทีประชุมวิชาการ และตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ ซึ่งเป็นประโยชน์ในการพัฒนางานด้านวิชาการต่อไป

กระบวนการเสริมพลังอำนาจชุมชน

स्วรส.อีสาน มีการดำเนินงานในประเด็นการเสริมพลังอำนาจชุมชนค่อนข้างจำกัด เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายที่เป็นภาคีร่วมงานเป็นหน่วยบริการสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ มีเพียงการถอดบทเรียนจากโครงการเครือข่ายเรียนรู้เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิซึ่งได้รับการสนับสนุนจาก สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน (สพข.) ที่มีกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันกับชุมชน อย่างไรก็ตาม การสนับสนุนของ สวรส.อีสาน ให้น้ำหนักกับผู้ปฏิบัติในพื้นที่ ที่ยึดแนวคิดการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการจัดการปัญหาสุขภาพของพื้นที่

แผนงาน สุราในบริบทอีสาน

จากการที่ สวรส.อีสาน สนับสนุนและได้รับการสนับสนุนการดำเนินโครงการวิจัยในแผนงานย่อย “สุราในบริบทอีสาน” สามารถสรุปสาระหลักได้ว่า สุรา ใน ทศณะและมุมมองของคนอีสานนั้น ถือว่า เป็นสิ่งที่แสดงความหมายของ ความเคารพ (งานบุญประเพณี) การให้เกียรติต่อสัมพันธภาพ สร้างมิตรภาพ นอกจากนี้ส่วนหนึ่งยังถือว่า สุรา มีฤทธิ์ทางด้านสุขภาพ ใช้ในการฟันฟูกำลัง (คนงานโรงสีข้าว) และคลายพิษของสารเคมีที่ใช้ในการเกษตรกรรม (แรงงานไร่อ้อย) ซึ่งมีผลข้างเคียงต่อระบบประสาท

ในส่วนของการควบคุมการบริโภคในระดับชุมชนนั้น แม้ว่า การบังคับใช้กฎหมายค่อนข้างจะเบาบางในการปฏิบัติในระดับพื้นที่ แต่ด้วยสภาวะปัญหาที่สืบเนื่องจากการบริโภคสุราของคนในชุมชน ทำให้ชุมชนบางแห่ง มีการดำเนินการควบคุมการบริโภคสุราในชุมชน ด้วยการริเริ่มจากกลุ่มผู้นำชุมชนที่เห็นปัญหาและมีฉันทามติร่วมกันในการดำเนินการจาก “งานศพปลอดเหล้า” จนกระทั่งสามารถขยายเป็น “จำกัดพื้นที่ในการดื่ม” ด้วยการดำเนินการอย่างต่อเนื่องและ

เข้มแข็ง สามารถก่อให้เกิดค่านิยมในชุมชน ในการลดการใช้ในพิธีกรรมและการบริโภคสุราของผู้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน (รายละเอียดในรายงานการวิจัย)

แผนงาน สุขภาพแรงงานอีสาน

การย้ายถิ่นแรงงานเป็นสิ่งเกิดและมีมาอย่างยาวนานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่มีจำนวนประชากรมากที่สุดในขณะที่เป็นภูมิภาคที่มีรายได้เฉลี่ยต่อหัวประชากรน้อยที่สุด พื้นฐานดั้งเดิมการย้ายถิ่นเกิดขึ้นเนื่องจากปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ภายหลังเมื่อมีการย้ายถิ่นไปอยู่ท้องถิ่นปลายทางจนเกิดเป็นชุมชน อีกทั้ง ความซับซ้อนและหลากหลายของกิจการและงานมีมากขึ้น ระยะหลังจึงมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรมมากขึ้น ดังนั้นในการศึกษาแรงงานย้ายถิ่น จึงศึกษาถึงขอบเขตและประเภทของการย้ายถิ่น ซึ่งมีความแตกต่างระหว่างหน่วยงานภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน และชุมชน ในส่วนของทัศนคติชุมชน พบว่า การย้ายถิ่นมีสองลักษณะใหญ่ๆ คือ แรงงานย้ายถิ่นแบบชั่วคราว โดยไปทำงานต่างถิ่นไม่นานนัก หรือ ไป ๆ กลับ ๆ ระหว่างภูมิภาคกับท้องถิ่นปลายทาง ส่วนอีกลักษณะหนึ่ง คือ การย้ายถิ่นที่ใช้เวลาอยู่ต่างถิ่นนาน กลับมาท้องถิ่นภูมิลำเนาเฉพาะช่วงเวลาเทศกาล หรือ ต้นฤดูการเพาะปลูกและเก็บเกี่ยวเท่านั้น โดยเวลาส่วนใหญ่จะอยู่ที่ท้องถิ่นปลายทาง

สถานการณ์การย้ายถิ่นแรงงาน พบว่า ในระยะแรกนั้นการย้ายถิ่นเกิดสืบเนื่องจากแรงดึงดูดจากการพัฒนาประเทศด้านอุตสาหกรรมซึ่งต้องการแรงงานจำนวนมาก ระยะต่อมาเป็นแรงผลักดันจากพื้นที่ คือ ปัญหาด้านเศรษฐกิจ การขาดแคลนที่ดินทำกิน ผลผลิตการเกษตรที่ตกต่ำ ภาวะหนี้สิน ภายหลังพบว่า การมีเครือข่ายทางสังคมเป็นแรงหนุนให้เพิ่มจำนวนการย้ายถิ่นแรงงานมากขึ้น ซึ่งการตัดสินใจย้ายถิ่นเกิดขึ้นทั้งจากแรงงานเอง ที่มีความรู้ ความสามารถและสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูล หรือได้รับการชักชวนหรือสนับสนุนจากผู้นำชุมชนให้เกิดการย้ายถิ่น และครอบครัวของแรงงาน ซึ่งเป็นความรับผิดชอบของหัวหน้าครอบครัวต้องหารายได้มาจุนเจือครอบครัว

ในส่วนภาวะสุขภาพของแรงงานย้ายถิ่น ส่วนหนึ่งยังคงมีความเสี่ยงในการทำงาน ตลอดจนมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพที่เกิดจากความเชื่อที่ผิด อีกทั้งสภาพที่พักและสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม โรคที่เป็นปัญหาจึงมักเกี่ยวข้องกับสุขวิทยาส่วนบุคคล สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม และอุบัติเหตุที่เกิดจากการทำงาน นอกจากนี้ แรงงานย้ายถิ่นส่วนหนึ่งยังเกิดภาวะเครียดจากความไม่มั่นคงของงาน และถิ่นที่อยู่ใหม่ที่ไม่คุ้นเคย สำหรับการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ นั้น ภายหลังจากการมีระบบประกันสุขภาพ และมีการบังคับใช้ ทำให้แรงงานย้ายถิ่นอีสานสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตาม แรงงานส่วนหนึ่งที่มีการเคลื่อนย้ายบ่อยๆ เช่น แรงงานก่อสร้าง เป็นต้น การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ยังมีข้อจำกัดซึ่งมีประเด็นทั้งในส่วนองแรงงานและนายจ้าง

(รายละเอียดในรายงาน การเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ กรณีศึกษาแรงงานย้ายถิ่น. แผนงานสุขภาพแรงงานอีสาน)

แผนงาน ระบบสุขภาพชุมชนอีสาน

เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายความสำเร็จ คือ การสร้างระบบสุขภาพชุมชน สถาบันวิจัยและพัฒนา ระบบสุขภาพชุมชน (สพข.) ร่วมกับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หน่วยบริการคู่สัญญาปฐมภูมิ และสวรส.อีสาน ได้ร่วมดำเนินงานสร้างและพัฒนาเครือข่ายเรียนรู้ ด้วยการสนับสนุนให้พื้นที่ดำเนินงานโครงการพัฒนางานบริการ เริ่มตั้งแต่การวิเคราะห์สถานการณ์ การกำหนดประเด็นปัญหาและกลุ่มเป้าหมาย การพัฒนามาตรการในการแก้ไขปัญหา ดำเนินการมาตรการ และประเมินผลความสำเร็จ ทั้งนี้ เป็นการร่วมดำเนินการของหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่เดียวกันอย่างน้อยสามแห่ง

เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ระหว่างกันในพื้นที่ โดยมีหน่วยบริการคู่สัญญาเป็นพี่เลี้ยงร่วมกันนักวิชาการจากสถาบันการศึกษา ซึ่งการใช้ “กลไกเครือข่าย” สามารถผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเบื้องต้น คือ ผู้ให้บริการ ที่สะท้อนว่า ได้รู้จักตนเอง ได้รู้จักคนไข้มากขึ้น ซึ่งผลต่อมาก็คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการให้บริการของผู้ให้บริการ อีกทั้งยังทำให้เกิดความราบรื่นความเข้าอกเข้าใจระหว่างหน่วยบริการในการประสานงานส่งต่อผู้ป่วย เน้นอำนวยความสะดวกคุณภาพบริการในส่วนความต่อเนื่องโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางดีขึ้น โดยประเด็นที่เครือข่ายใช้ในการขับเคลื่อนส่วนใหญ่ คือ การป้องกันและดูแลโรคเบาหวาน

แผนงาน การประเมินการดำเนินการพัฒนาระบบสุขภาพระดับพื้นที่

ในกระบวนการประเมินการให้บริการด้านสุขภาพระดับพื้นที่ พบว่า การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทยที่ผ่านมา ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมากต่อหน่วยบริการระดับพื้นที่ นอกจากนี้ยังเกิดผลกระทบต่อระบบบริหารจัดการ ที่สำคัญ คือ ระดับความพร้อมของหน่วยปฏิบัติที่แตกต่างกัน ซึ่งเมื่อต้องบริหารจัดการงบประมาณเอง ภายใต้แรงผลักดันจากนโยบายระดับประเทศในส่วนกลาง และปัญหาเฉพาะพื้นที่ กระบวนการจัดสรรทรัพยากรที่ต้องการการวางแผน และการกำหนดทิศทางร่วมกัน เพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อน อีกทั้งการประสานกับหน่วยบริการเครือข่ายระดับต่างๆ ที่ต้องตามจ่าย ทำให้ต้องมีโครงสร้างงานประกันสุขภาพ เพิ่มขึ้นในหน่วยบริการ ในขณะที่หน่วยงานนโยบายและบริหารจัดการพื้นที่ระดับพื้นที่ คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอต้องปรับบทบาทเป็นผู้นำกำกับติดตาม และสนับสนุนงานด้านวิชาการ ตลอดจนทำหน้าที่เป็นผู้ประสานการบริหารจัดการบริการระดับพื้นที่ระหว่างหน่วยบริการ ด้วยกระบวนการดำเนินการที่อยู่ระหว่างการเปลี่ยนแปลง ซึ่งต้องการการพัฒนาและจัดระบบการทำงานใหม่ จึงทำให้ในบางครั้งเกิดความซ้ำซ้อนของโครงการระหว่างหน่วยบริการ เมื่อต้องส่งไปขอรับความเห็นชอบและอนุมัติจึงไม่สามารถเป็นไปได้ ทำให้การเบิกจ่ายงบประมาณไม่เกิดขึ้นหรือเกิดขึ้นจำกัด เป็นผลให้เกิดงบประมาณเหลือจ่าย ซึ่งบางครั้งถูกนำไปใช้ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ของงบประมาณนั้นๆ

อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาในด้านบวก ถือว่า การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ทำให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการ หน่วยบริหารจัดการ ตลอดจนการสนับสนุนงบประมาณงานสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นรูปธรรม การเกิดสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้หน่วยบริการจำเป็นต้องทำงานบนฐานข้อมูลจริงมากขึ้น แม้ว่า ผลลัพธ์ด้านการบริการ และการรักษาจะยังคงไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงมากนัก แต่มีการวางรากฐานกระบวนการ และระบบสนับสนุนที่ดีขึ้น

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากกระบวนการจัดการความรู้ ของ สวรส.อีสาน

การเปลี่ยนแปลงสำคัญที่เกิดขึ้นต่อเครือข่ายการวิจัย ที่ชัดเจน คือ การเรียนรู้ตนเอง เรียนรู้กระบวนการทำงาน ตลอดจนศักยภาพในการจัดกระบวนการพัฒนางานจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ตลอดจนปรับระบบบริการ และพฤติกรรมบริการ ซึ่งเกิดจากเวทีเครือข่ายเรียนรู้ นอกจากนี้ ยังได้สร้างนักวิจัยที่มีศักยภาพระดับพื้นที่ที่พิจารณาได้จากการที่นักวิจัยเครือข่ายสวรส.อีสาน ได้รับรางวัลจากการประชุมวิชาการระดับต่างๆ อีกทั้งผลจากการวิจัยมีการนำไปขยายผลในพื้นที่ต่อไป นอกจากนี้ การดำเนินงานแผนงานย่อย ได้สร้างและเปิดพื้นที่ให้ผู้จัดการแผนงานย่อย นักวิจัยและผู้สนใจได้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ประสบการณ์ และวางรากฐานความร่วมมือ

ในส่วนของการประสานกับแหล่งทุน การดำเนินงานของสวรส.อีสานเป็นส่วนเชื่อมต่อระหว่างนักวิจัยพื้นที่ กับ แหล่งทุนที่อยู่ส่วนกลาง เช่น การพัฒนาข้อเสนอโครงการในแผนงาน “สุราในบริบทอีสาน” แผนงานย่อย “เครือข่ายเรียนรู้เพื่อพัฒนาบริการปฐมภูมิ” เป็นต้น

สำหรับการพัฒนางานบริการในพื้นที่ นักวิจัยและสมาชิกเครือข่ายได้ขยายพื้นที่ดำเนินการจากผลงานวิจัยที่ได้พัฒนาขึ้น การขยายเครือข่ายการวิจัย การเชื่อมกับนักวิชาการในสถาบันการศึกษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งนอกเหนือจากนักวิชาการจากมหาวิทยาลัยขอนแก่น แล้วยังมีนักวิชาการ จากสถาบันราชภัฏอุดรธานี นักวิชาการจากศูนย์วิจัย สถาบันภาคีเครือข่าย เข้าร่วม

ผลลัพธ์กิจกรรมกระบวนการจัดการความรู้

สวรส.อีสาน ได้จัดการประชุมวิชาการบริการปฐมภูมิ ระดับภูมิภาค ครั้งที่ 1/2550 (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) ณ โรงแรมเจริญธานี ปรีณิเชส จังหวัดขอนแก่น ซึ่งมีผู้เข้าร่วมประชุม 275 คน จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หน่วยบริการคู่สัญญาบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการปฐมภูมิในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นอกจากนี้ได้มีการจัดกระบวนการถอดบทเรียนการดำเนินงานบริการปฐมภูมิอีกครั้งในประเด็นการปรับพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโดยชุมชนมีส่วนร่วมที่พื้นที่โรงพยาบาลลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยมีผู้เข้าร่วมเป็นตัวแทนเครือข่ายเรียนรู้เพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ จำนวนกว่าสามสิบคน มีการจัดเสวนาวิชาการเครือข่ายเรียนรู้เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนปีละครั้ง มีผู้เข้าร่วมประชุมระหว่าง 80-100 คน จากหน่วยงานต่างๆทั้งหน่วยงานบริหาร หน่วยบริการ และสถาบันวิชาการ ซึ่งจากกระบวนการดังกล่าว ทำให้มีการขยายผลการวิจัยไปพื้นที่อื่น เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน การพัฒนากิจกรรมการถอดบทเรียน เป็นต้น

การกำหนดทิศทางและขึ้นำการจัดการความรู้และการวิจัยจากผังพิสัยการวิจัยเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุข และพัฒนาระบบสาธารณสุขพื้นที่ภาคอีสาน

ในการจัดทำผังพิสัยการวิจัย ได้ถูกนำไปใช้ในการกำหนดประเด็นการวิจัย และพัฒนาเป็นข้อเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับทุนจากแหล่งทุน ซึ่งเป็นการใช้ประโยชน์ในระดับหนึ่งเท่านั้น ยังไม่สามารถนำไปสู่การกำหนดทิศทางการใช้องค์ความรู้เพื่อพัฒนาบริการที่ตอบสนองปัญหาและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ การดำเนินงานที่ผ่านมายังคงเป็นส่วนๆในพื้นที่จำเพาะ ที่มีการดำเนินงานวิจัยนั้น

บทบาทและผลกระทบต่อการทำงานของสวรส.อีสานจากวิจัยที่ริเริ่มจากระดับพื้นที่ และงานวิจัยแบบ donor-driven

งานวิจัยที่ สวรส.อีสานให้การสนับสนุนหรือผลักดัน นั้น เกิดขึ้นทั้งสองรูปแบบ คือ งานวิจัยที่สอดคล้องกับประเด็นของสวรส.อีสาน ซึ่ง สวรส.อีสานสนับสนุนงบประมาณดำเนินงาน ได้แก่ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพแรงงานอีสาน ส่วนงานวิจัยที่เกิดจากการริเริ่มของสถาบันเครือข่ายภาคีซึ่งเป็นแหล่งทุน นั้น สวรส.อีสาน ได้รับการสนับสนุนจากหลายหน่วยงานทั้งระดับส่วนกลาง และระดับภูมิภาค ทั้งนี้ การขอรับการสนับสนุนจากแหล่งทุนตามประเด็นที่แหล่งทุนสนใจนั้น มีเป้าประสงค์นอกเหนือจากการพัฒนาและรวบรวมองค์ความรู้เฉพาะพื้นที่แล้ว สวรส.อีสาน ถือเป็นการพัฒนาทรัพยากรและการเพิ่มทุนขององค์กร ทั้งศักยภาพของนักวิชาการ และนักวิจัยพื้นที่ อีกทั้งเป็นโอกาสในการขยายเครือข่ายการทำงาน ทั้งนี้ สวรส.อีสาน ได้กำหนดบทบาทองค์กรว่า ไม่ใช่องค์กรแหล่งทุน แต่เป็นองค์กรประสานและสนับสนุนการวิจัยระบบสาธารณสุขของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ดังนั้น การดำเนินงานสนับสนุนงานวิจัยทั้งสองด้านจึงเป็นความตั้งใจเพื่อให้เกิดการหนุนเสริมซึ่งกันและกัน เป็นทั้งการพัฒนาวิจัยพื้นที่ การขยายเครือข่าย การเคลื่อนย้ายทรัพยากร และการระดมทุน

การใช้ประโยชน์จากกระบวนการวิจัยและผลการวิจัยในการทำงานระดับพื้นที่ และความยั่งยืน

ดังที่กล่าวข้างต้น การทำงานระดับพื้นที่ที่มีทั้งการสร้างองค์ความรู้ที่จำเพาะต่อพื้นที่ ซึ่งถูกนำไปปรับปรุงระบบบริการของแต่ละพื้นที่ อีกทั้งได้ถ่ายทอดและขยายผลการเรียนรู้ไปยังพื้นที่อื่น โดยหน่วยงานที่ทำวิจัยนั้นทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงในการดำเนินการ และหากพิจารณาว่า การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เป็นการพัฒนาที่สนับสนุนต่อการพัฒนาที่ยั่งยืน กล่าวได้ว่า สวรส.อีสาน ได้มีกระบวนการพัฒนาบุคลากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวนหนึ่งกระจายไปเกือบทุกจังหวัด ซึ่งเชื่อว่า ด้วยกระแสการวิจัย ที่หน่วยงานหรือองค์กรหลายแห่งกำหนดไว้เป็นดัชนีชี้วัดขององค์กร จะทำให้นักวิจัยพื้นที่ ที่ร่วมเรียนรู้กับ สวรส.อีสาน มีการทำวิจัยเพื่อพัฒนางานบริการของหน่วยงานหรือองค์กรอย่างต่อเนื่องต่อไป

ปัญหาและอุปสรรค ในการใช้กระบวนการจัดการความรู้ในการดำเนินงานของ สวรส.อีสาน

การใช้กระบวนการจัดการความรู้ในการดำเนินงานนั้น สอดคล้องกับเป้าหมายหลักของ สวรส.อีสาน คือ การพัฒนาคน ซึ่งกระบวนการจัดการความรู้ ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ระหว่างกัน อย่างไรก็ตาม ด้วยข้อจำกัดของงบประมาณ และความสนใจประเด็นเฉพาะ ทำให้การขยายตัวและความต่อเนื่องของกิจกรรมการเรียนรู้เกิดขึ้นจำกัด ซึ่งการที่ สวรส. ได้จัดเวทีการนำเสนอผลงานวิชาการ Routine to Research ถือเป็นเวทีที่จะสร้างความต่อเนื่องให้กับหน่วยงานภาคี เครือข่ายระดับพื้นที่ของ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ผลลัพธ์ทางวิชาการ

สวรส.อีสาน ได้สนับสนุนให้มีการพัฒนาผังพิสัยการวิจัย 3 ผังพิสัย จัดตั้งแผนงานย่อย 9 แผนงาน มีสถาบันภาคี เครือข่าย 16 ภาคี และเครือข่ายพื้นที่ 15 หน่วยงาน มีข้อเสนอโครงการวิจัย จำนวน 55 ข้อเสนอโครงการ มีโครงการที่ได้รับทุนจากสวรส.อีสาน 13 โครงการ ทุนจากสถาบันภาคีเครือข่าย 22 โครงการ มีเอกสารรายงาน 35 เรื่อง (รายละเอียดในภาคผนวก)

การพัฒนารูปแบบการดำเนินการพัฒนาระบบสุขภาพระดับพื้นที่ระยะต่อไป

เพื่อให้การดำเนินงานของสวรส.อีสาน มีความต่อเนื่อง รูปแบบการดำเนินงานของ สวรส.อีสานภายหลังจากเดือนมีนาคม 2552 วิสัยทัศน์ พันธกิจ โครงสร้าง และแผนงานของ สวรส.อีสาน ไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากนัก ยกเว้นในส่วนโครงสร้าง ไม่มีคณะกรรมการบริหารฯ โดยในปัจจุบันเป็นการดำเนินงานภายใต้การกำกับดูแลของรองอธิการบดีฝ่ายวิจัยและถ่ายทอดเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยขอนแก่น และมีเครือข่ายนักวิชาการสถาบัน และนักวิจัยพื้นที่เข้าร่วมกิจกรรมตามภารกิจที่สอดคล้อง (รายละเอียดในภาคผนวก บทสรุปผู้บริหาร/บทคัดย่อ)

บทเรียนจากการดำเนินงานประเด็นอื่น ๆ

- ⊕ สมดุลยนักวิจัย นักจัดการการวิจัย ในกระบวนการทำงาน ทั้งนักจัดการการวิจัย ผู้ประสานงานวิจัย หรือนักวิจัยเอง ต้องมีการรอบแนวคิดเรื่อง การวิจัยเป็นพื้นฐาน แต่บทบาทในการดำเนินการวิจัยนั้นมีความแตกต่างกัน นักวิจัยต้องพิจารณาอย่างลึกซึ้งทั้งในเนื้อหา และระเบียบวิธีวิจัยเพื่อให้ผลการวิจัยมีความถูกต้อง น่าเชื่อถือ หรืออย่างน้อยควร จะลดความคลาดเคลื่อนที่เกิดในการวิจัยนั้นให้น้อยที่สุด ในขณะที่ผู้ประสานงานหรือนักจัดการการวิจัย ไม่เพียงแต่ต้องเข้าใจในเนื้อหาและกระบวนการวิจัย แต่ต้องพิจารณาสถานการณ์ สิ่งแวดล้อม ตลอดจนบริบทในการดำเนินการ ทั้งในประเด็นส่วนบุคคล กลุ่ม หรือชุมชน หรือแม้แต่ประเด็นการเมือง กระแสสังคม โดยใช้หลักทางวิชาการเป็นฐาน ที่สำคัญผู้ประสานงานหรือนักจัดการการวิจัย ต้องไม่หลงบทบาทตนเองที่จะไปทำวิจัยเอง

- ⊕ จุดตั้งต้นจากคน หรือ จากงาน เน้นอนการมีทีมที่ดี ช่วยทำให้งานนั้นมีโอกาสสำเร็จสูง การทำงานกับบุคคลที่มีใจเปิดกว้าง รับฟังความคิดเห็น และพิจารณาและตัดสินใจโดยอยู่บนพื้นฐานของข้อมูล เป็นสิ่งที่กลุ่มนักวิจัย ตลอดจนกลุ่มคนทำงานต้องการ อย่างไรก็ตาม หากเป็นเช่นนั้นการสร้างกลุ่มหรือเครือข่าย ก็จะเป็นไปด้วยความจำกัด บางครั้งการทำงานสามารถเริ่มต้นจากหัวข้อที่ถูกนำเสนอได้เช่นกัน จากนั้นจึงพิจารณาเลือกกลุ่มคนที่มีคุณสมบัติเหมาะสมกับงาน เมื่อทำงานไประยะหนึ่งก็สามารถบอกได้ว่า กลุ่มคนเหล่านั้นสามารถทำงานด้วยกันได้หรือไม่ การมีความคิดหลากหลาย และแตกต่างเป็นสิ่งที่ดี แต่การถือเอาความคิดตนเองเป็นใหญ่และไม่รับฟังผู้อื่นนั้น ถือเป็นลักษณะที่ไม่พึงประสงค์อย่างยิ่งในการทำงานกลุ่ม ที่ต้องการการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง
- ⊕ ข้อจำกัด/ข้อได้เปรียบของผู้แทนเครือข่าย คน กลุ่มคน องค์กร การเริ่มต้นจากกลุ่มคน เครือข่าย หรือองค์กร ที่มีโครงสร้างรองรับ ย่อมมีโอกาสมำให้งานนั้นดำเนินไปได้ต่อเนื่อง ในขณะที่ความเป็นกลุ่มหรือองค์กร อาจเป็นข้อจำกัดในเรื่องการปรับตัวของกลุ่มหรือองค์กร อย่างไรก็ตาม ไม่มีกฎตายตัวว่า การทำงานกับกลุ่ม เครือข่าย หรือ องค์กรจะดีกว่าทำกับบุคคล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะงาน และสิ่งแวดล้อมหรือข้อจำกัดอื่น
- ⊕ นักวิชาการสถาบันการศึกษา และสถานบริการสุขภาพ ในสถานการณ์การปฏิรูประบบราชการ หน่วยงานหลายหน่วยงานที่เคยทำหน้าที่บริการ ต้องปรับมาเป็นหน่วยวิชาการ ในขณะที่หน่วยงานที่เคยเป็นหน่วยวิชาการ ก็ต้องปรับตัวเป็นหน่วยที่ให้บริการได้ จึงนับเป็นโอกาสอันดีที่จะทำให้เกิดการเรียนรู้ระหว่างกัน สถานบริการสาธารณสุขหลายแห่ง มีคณะทำงานวิชาการที่เข้มแข็ง ซึ่งช่วยเสริมหรือต่อยอดกับนักวิชาการในสถาบันการศึกษา ในการพัฒนาองค์ความรู้ การถอดองค์ความรู้ ที่เกิดจากการปฏิบัติ
- ⊕ การหาสมาชิกเครือข่าย จาก คน (snow ball) หรือ จาก เอกสาร หลายครั้งในการดำเนินงาน ความยากอยู่ที่จุดตั้งต้น ถ้าสามารถได้คนที่มีความรู้สูงย่อมทำให้มั่นใจว่างานนั้นจะประสบความสำเร็จในที่สุด อย่างไรก็ตาม การหาสมาชิกเครือข่าย สามารถเริ่มต้นด้วยคำแนะนำจากผู้ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนั้น แต่ในบางครั้ง เมื่อไม่มีผู้รู้จัก ก็ต้องค้นคว้าจากเอกสารเพื่อพิจารณาว่าหน่วยงานใด หรือ บุคคลใดที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับเรื่องที่ต้องการศึกษาวิจัย ซึ่งในทางปฏิบัติทั้งสองวิธีการ สามารถดำเนินการไปด้วยกัน
- ⊕ เปิดพื้นที่ในการนำเสนอและแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อความเข้าใจ การจัดเวทีเสวนาพูดคุยระหว่างกลุ่มคน หรือ หน่วยงาน หรือองค์กรต่างๆ นับว่า เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการแลกเปลี่ยนข้อมูล ตลอดจนเกิดการเรียนรู้ และเข้าใจในองค์กรหรือหน่วยงานอื่นๆที่ไม่ใช่หน่วยงาน หรือองค์กรของตน เวทีเสวนาจึงเป็นสื่อกลางที่เป็นประโยชน์ในการสื่อสารระหว่างกลุ่ม หรือ องค์กรที่มีความหลากหลายในแต่ละประเด็น
- ⊕ เปิดช่องทางความร่วมมือระหว่างเครือข่ายย่อยของ สวรส. การจัดเวทีสร้างการรับรู้และเรียนรู้ระหว่างเครือข่าย สวรส. เป็นโอกาสที่ทำให้เกิดความร่วมมือระหว่างเครือข่าย ทั้งจากส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค
- ⊕ สมรรถนะและศักยภาพของนักวิจัยระดับพื้นที่เป็นข้อจำกัดสำคัญและมักพบในการพัฒนาข้อเสนอโครงการวิจัย โดยนักวิจัยพื้นที่ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการจัดระบบการให้คำปรึกษาที่ต่อเนื่องและใกล้ชิด นอกเหนือจากการจัดกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการ หรือ อบรมเชิงปฏิบัติการ ซึ่งจะเป็นการเพิ่มจำนวนนักวิจัยพื้นที่ที่มีศักยภาพในการวิจัย เช่น การดำเนินการเครือข่ายเรียนรู้หน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นต้น
- ⊕ การผลักดันงานวิจัยพื้นที่ให้เข้าสู่ กระบวนการจัดการเรียนการสอนระดับหลังปริญญา ช่วยให้การวิจัยไหลเลื่อนได้เร็วขึ้น อีกทั้งเป็นการบูรณาการที่ได้ผลทั้งการพัฒนานักศึกษา ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผู้ปฏิบัติการในพื้นที่ที่เข้ามารับการศึกษาต่อเนื่อง
- ⊕ การจัดเวทีระดมสมอง โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนางานด้านวิชาการนั้น ผลผลิตที่เกิดขึ้นไม่เพียงแต่มีประเด็นทางวิชาการ แต่ก่อให้เกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ด้วยความสัมพันธ์ในระนาบเดียวกัน เป็นช่องทางสื่อสาร

ระหว่างหน่วยงานและองค์กรในพื้นที่ สร้างความเข้าใจงานระหว่างกัน กระตุ้น หนุนเสริมให้เกิดความร่วมมือในการทำงานร่วมกัน เป็นผลให้งานมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลมากขึ้น เช่น การเปิดเวทีพัฒนาผังพิสัยการวิจัยและพัฒนา ข้อเสนอโครงการของศูนย์วิจัย รพ.สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข เขต 13 ศูนย์วิจัย รพ.มหาราช นครราชสีมา เป็นต้น

- ⊕ นักวิจัยระดับพื้นที่จำนวนไม่น้อยมีความสนใจและพยายามใช้กระบวนการวิจัยในการแก้ไขปัญหา และพัฒนาการให้บริการของหน่วยงานตนเอง หากมีนักวิชาการที่มีองค์ความรู้ทั้งด้านการวิจัยและเนื้อหาเข้าไปสนับสนุนการทำงาน จะช่วยเร่งกระบวนการพัฒนานั้น ตลอดจนเกิดการเรียนรู้ของทั้งนักวิชาการ และนักวิจัยที่เป็นผู้ปฏิบัติในพื้นที่ ซึ่งจะเป็นอย่างการจัดบริการที่เป็น community of practices ที่ดี นอกจากนี้การเปิดพื้นที่ ให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ บันทึกเป็นองค์ความรู้ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้หรือปฏิบัติ จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการพัฒนาบุคลากรที่มีข้อจำกัดในการเข้าสู่ระบบการศึกษาปกติ ดังเช่น กรณีการดำเนินงานใน แผนงานเครือข่ายบริการปฐมภูมิ เป็นต้น
- ⊕ การดำเนินงานวิจัยในหน่วยงานบริการสุขภาพ หากประเด็นการวิจัยที่สนใจมีความสอดคล้องกันระหว่างนโยบาย ปัญหาของพื้นที่ และความต้องการของนักวิจัยพื้นที่ จะทำให้การดำเนินการนั้นเกิดประโยชน์สูงสุด และมีความเป็นไปได้สูงที่จะได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานหรือองค์กรของนักวิจัยเอง เช่น กรณีแผนงานพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข เขต 13 ที่หน่วยงานร่วมให้การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ เป็นต้น
- ⊕ การดำเนินงานเครือข่ายวิจัย จำเป็นต้องมีการสร้างกิจกรรมสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง โดยผ่านกระบวนการหรือกำหนดประเด็นสนใจ และกิจกรรม ตลอดจนการระดมทรัพยากรสนับสนุน เช่น กรณีแผนงานเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ที่มีการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง จากทั้ง สวรส.อีสาน สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ตลอดจนการพัฒนาโครงการเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของแหล่งทุนในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเครือข่าย จะเป็นการระดมทรัพยากรบุคคลที่มีอยู่ร่วมกันทำงานโดยใช้ประสบการณ์และองค์ความรู้ที่มีการเรียนรู้ร่วมกัน เช่น การดำเนินโครงการพัฒนาหลักสูตรผู้นำท้องถิ่น และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการมีส่วนร่วมพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งได้รับทุนสนับสนุนจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ การประเมินโครงการสร้างศักยภาพการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพของพหุภาคีในการดำเนินการ และพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพในพื้นที่นำร่อง ปีงบประมาณ 2549 ที่ได้รับการสนับสนุนจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาภูมิภาค(ขอนแก่น)
- ⊕ ในการดำเนินงานพัฒนานั้น การมีภาคีภาคส่วนต่างๆที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วมเป็นสิ่งที่ดี อย่างไรก็ตามหากงานพัฒนาดังกล่าว มีส่วนเกี่ยวข้องกับการกิจของหน่วยงาน และมีบุคลากรหรือหน่วยงานที่ไม่เปิดกว้างในการให้ผู้อื่นเข้าร่วมจะทำให้เกิดข้อจำกัดในการร่วมมือดำเนินงาน ประเด็นสำคัญอย่างยิ่งที่ต้องพิจารณา คือ ทำอย่างไรให้กระบวนการที่ สวรส.อีสาน เข้าไปสนับสนุนนั้นไม่ก่อให้เกิดข้อขัดแย้งภายใน และระหว่างหน่วยงาน เช่น กรณีที่ สวรส.อีสานได้พยายามดำเนินการอย่างระมัดระวังในแผนงานพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพระดับพื้นที่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นต้น

กล่าวโดยสรุป สำนักงานสนับสนุนการวิจัยระบบสุขภาพ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (สวรส.อีสาน) มีการดำเนินงานโดยมุ่งเน้นการพัฒนาคน บนฐานการทำงาน ประสานภารกิจให้เข้ากับระบบงานปกติ ตลอดจนการจัดการเรียนการสอน เป็นการเปิดพื้นที่ให้นักวิชาการมีพื้นที่ปฏิบัติการ ตลอดจนการวางรากฐานการทำงานในพื้นที่ด้วยการทำงานร่วมเป็นเครือข่ายก่อให้เกิดกลุ่มคนทำงานวิจัยระบบเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ของประเทศไทย ด้วยกลการประสานความร่วมมือ การระดมทรัพยากรทั้งจากภายในและภายนอกผสมผสานให้เกิดการพัฒนางานด้วยกระบวนการวิจัย

บรรณานุกรม

1. สวรส.อีสาน. สรุปรายงานการทบทวนกรอบประเด็นหลักภาคอีสาน. 2547.
2. สวรส.อีสาน. เอกสารประกอบการประชุม คณะกรรมการบริหาร 18 ตุลาคม 2549.
3. สวรส.อีสาน. เอกสารประกอบการประชุม คณะกรรมการบริหาร 7 สิงหาคม 2550.
4. สวรส.อีสาน. เอกสารประกอบการประชุม คณะกรรมการบริหาร 24 กันยายน 2550.
5. สวรส.อีสาน. เอกสารประกอบการประชุม คณะกรรมการบริหาร 27 พฤษภาคม 2551.

ส่วนที่ 2 องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
(บทสรุปผู้บริหาร/บทคัดย่อรายงาน)

แผนงาน สุขภาพแรงงานอีสาน

ภาวะสุขภาพและการรับบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในภาคการผลิตเกษตรกรรม

กรณีศึกษาตำบลแห่งหนึ่งในภาคอีสาน

ดุชนันท์ อายุวัฒน์

การเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศไทยที่ผ่านมา ทำให้เกิดการขยายตัวของภาคการผลิตต่างๆ แต่แรงงานไทยไม่ให้ความสนใจกับงานที่ไม่ปลอดภัย และเสี่ยงอันตราย จึงเป็นการเปิดโอกาสให้แรงงานข้ามชาติ โดยเฉพาะแรงงานลาวเข้ามาทำงานมากขึ้น งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและการรับบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกแรงงานลาวในภาคการผลิตเกษตรกรรม จำนวน 11 ราย และการสนทนากลุ่มกับผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 7 คน ตลอดจนใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วม เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม 2551- เมษายน 2552 ใช้การพรรณนาวิเคราะห์ (Analytic Descriptive) ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มเป้าหมาย มีอายุระหว่าง 20- 49 ปี สภาพการทำงานปัจจุบัน บางส่วนเข้ามาทำงานในภาคการก่อสร้าง ก่อนมารับจ้างตัดอ้อยและขึ้นอ้อย ในฤดูกาลทำนาทำงานรับจ้างดำนาและเกี่ยวข้าวด้วย แรงงานลาวกลุ่มนี้จำแนกได้ 2 กลุ่ม กลุ่มแรกเข้ามาอยู่เมืองไทยเพียงระยะ 2 - 6 เดือน ส่วนอีกกลุ่มหนึ่งระหว่าง 2 - 20 ปี ทั้งสองกลุ่มเข้ามาเพราะต้องการมาทำงาน สมรสกับคนไทยและย้ายมาอยู่กับครอบครัว อย่างไรก็ตามทั้งสองกลุ่มข้ามแดนเข้าประเทศไทยผ่านทางด่านภาคอีสาน ด้วยการทำบัตรผ่านแดนสำหรับนักท่องเที่ยว แต่ไม่ได้กลับไปต่ออายุบัตร

ภาวะสุขภาพของแรงงานลาวในภาคเกษตร พบว่า เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยเป็นไข้ ไอ ใช้การซื้อยาแผนปัจจุบันและซื้อยาชุดกิน ร่วมกับการพักผ่อนโดยการหยุดงาน เมื่ออาการเจ็บป่วยไม่หายจากการกินยาจึงไปรับบริการที่สถานีนานามัย ทั้งที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพใดๆ แต่ก็มิได้เสียค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ แรงงานลาวที่ใช้บริการตรวจการตั้งครรภ์และคลอดจากโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่โดยเสียค่าใช้จ่าย 600 บาทและ 2,800 บาท ตามลำดับ และบางส่วนเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องรับยา แต่ก็มิได้ปฏิบัติตามเหมาะสมเพราะมีวิถีชีวิตที่ต้องไปทำงานรับจ้าง บางครั้งต้องออกไปทำงานต่างถิ่นด้วย ทำให้ไม่ได้กินยาต่อเนื่อง ทั้งนี้ พบว่า ความเชื่อในการเกิดโรค และการรักษาโรค ค่าใช้จ่ายในการรักษา (ทั้งทางตรง และทางอ้อม) และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร เป็นสาเหตุการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า รัฐบาล ชุมชน และหน่วยงานสุขภาพปทุมภูมิ ควรหาแนวทางการเข้าถึงบริการทั้งเชิงรับ และเชิงรุกด้านสุขภาพแรงงานข้ามชาติที่เป็นจริงต่อไป

คำสำคัญ : ภาวะสุขภาพ, การรับบริการสุขภาพ, แรงงานข้ามชาติ, แรงงานลาว, ภาคเกษตรกรรม

**แนวทางการจัดการต่อผลกระทบจากการประกอบอุตสาหกรรมขนาดเล็กในชนบทที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพและ
ความปลอดภัยของแรงงาน กรณีศึกษา โรงงานประกอบเฟอร์นิเจอร์ไม้**

เสกสรรค์ อรรถวาไสย์

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อ ศึกษาสภาพปัญหาและผลกระทบจากการประกอบอุตสาหกรรมขนาดเล็กในชนบทที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพและความปลอดภัยของแรงงาน ระดับครัวเรือน และระดับชุมชน และกลวิธีดำเนินการของหน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้องจัดการต่อผลกระทบจากการประกอบอุตสาหกรรมขนาดเล็ก ในชนบท กรณีศึกษา โรงงานประกอบเฟอร์นิเจอร์ไม้ เขตอำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย การศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพและข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์ และการใช้ข้อมูลเอกสาร ผลการศึกษาได้แสดงให้เห็นว่า ผลกระทบจากการประกอบโรงงานเฟอร์นิเจอร์ไม้ที่มีต่อแรงงาน ครอบครัว และชุมชน ได้แก่ กระบวนการผลิตที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพและความปลอดภัย ซึ่งแรงงานต้องสัมผัสอยู่ตลอดเวลาและต่อเนื่อง สภาพปัญหาที่พบ ได้แก่ อันตรายจากอุบัติเหตุ อันตรายจากการใช้ส่วนของร่างกายไม่เหมาะสม ปัญหาที่เกิดจากการทำงานโดยตรง และปัญหาสุขภาพจากสภาพแวดล้อมของการทำงาน นอกจากนี้ยังพบว่า ผลกระทบต่อภาวะสุขภาพชุมชน ครอบครัว ทำให้ประชาชนได้รับผลกระทบ คือ *เหตุรำคาญจากควัน* ส่งผลต่อสภาพปัญหาเกี่ยวกับโรคระบบทางเดินหายใจในระยะยาว แนวทางการจัดการต่อผลกระทบจากโรงงานประกอบเฟอร์นิเจอร์ไม้ในชุมชน เจื้อนไขสู่แนวทางการจัดการต่อผลกระทบที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพและความปลอดภัยของแรงงาน สถานประกอบการ และระดับชุมชน โดยหน่วยงาน และภาคีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การจัดการระดับพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เป็นหน่วยงานที่มีบทบาทหน้าที่หลักเพื่อดำเนินการจัดการประสานงาน สนับสนุนงบประมาณ กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เช่น หน่วยงานสาธารณสุข ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาล และหน่วยงานอื่น ได้แก่ สำนักงานคุ้มครองแรงงานและสวัสดิการจังหวัด สำนักงานประกันสังคมจังหวัด และสำนักงานอุตสาหกรรมจังหวัด จะต้องมีบทบาทสะท้อนข้อมูลแก่ชุมชน และจัดการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่

การจัดการระดับนโยบาย 1) ประเด็นที่ต้องแก้ไข คือ ระบบการวินิจฉัยโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ควรเพิ่มให้ครอบคลุมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล สามารถวินิจฉัยโรคจากการทำงาน ให้มีขอบเขตการวินิจฉัยโรคมีบทบาทหน้าที่เพิ่มขึ้น 2) ประเด็นที่ต้องแก้ไข คือ การกำหนดระบบการให้บริการด้านอาชีวอนามัย ปรับปรุงศักยภาพความพร้อมของสถานบริการโดยเฉพาะศูนย์สุขภาพชุมชน ประเด็น สามารถตรวจคัดกรองโดยใช้เครื่องมือทางอาชีวเวชศาสตร์ เช่น ตรวจสมรรถภาพปอด การมองเห็น การได้ยิน และ สมรรถภาพทางร่างกาย

ภาวะสุขภาพของครัวเรือนในภาคเกษตรแบบพอเพียง

นายสุภัทร์ สมอนา

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 2 ประการ คือ 1) ศึกษาภาวะสุขภาพของครัวเรือนที่ทำเกษตรแบบพอเพียง และ 2) ศึกษาเงื่อนไขที่ทำให้ครัวเรือนเข้าสู่การทำเกษตรแบบพอเพียง โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง สัมภาษณ์แบบเจาะลึกทั้งการสัมภาษณ์กลุ่มและสัมภาษณ์รายบุคคล รวมทั้งการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม ผู้ให้สัมภาษณ์ประกอบด้วย ผู้รู้ และผู้ให้ข้อมูลระดับครัวเรือน โดยเลือกครัวเรือนที่มีความแตกต่างกันทางด้านรูปแบบและกิจกรรมการผลิต คือ ครัวเรือนที่ดำเนินชีวิตตามแนวเกษตรแบบพอเพียง และครัวเรือนที่ดำเนินต่างกันคือเกษตรเพื่อการขาย แต่ละครัวเรือนที่เลือกเป็นตัวอย่าง สัมภาษณ์หัวหน้าครัวเรือนที่มีความรู้ในเรื่องที่ศึกษา ซึ่งสามารถเป็นตัวแทนของคำตอบหรือให้ข้อมูลได้ดี พื้นที่ในการศึกษาคือ บ้านถ่อนนา ตำบลอำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี

ผลการวิจัยพบว่า ครัวเรือนที่ศึกษาทำเกษตรแบบพอเพียง มีการสร้างภูมิคุ้มกันของครัวเรือน โดยปลูกพืชและเลี้ยงสัตว์หลากหลายชนิด สามารถนำมาทดแทนและเกื้อกูลกันเมื่อในยามผลผลิตตกต่ำ ลดความเสี่ยงทางเศรษฐกิจ ครัวเรือนมีหลักความมีเหตุผล คือมีการนำปุ๋ยคอกที่เหลือจากการเลี้ยงสัตว์มาใช้ในการปลูกพืช มีการหมุนเวียนภายในระบบการผลิต ทำให้ดินจากที่เคยเสื่อมสภาพ (ยุคที่ 2) กลับมามีความสมบูรณ์อีกครั้ง และครัวเรือนใช้หลักความพอประมาณ โดยระบบการผลิตมีความสมดุลกับแรงงานของครัวเรือน ผลิตตามแรงที่มีอยู่ ไม่มีการขยายหรือเพิ่มปริมาณการผลิตเกินกำลังตามกระแสตลาดภายนอก

ผลจากการทำเกษตรแบบพอเพียง เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ซึ่งครอบคลุมทั้งด้านกาย คือ มีเวลาพักผ่อน มีอิสระร่างกายแข็งแรง ได้ออกกำลังกาย ได้ทำกิจวัตรประจำวัน ไม่เสี่ยงต่อโรคภัย ได้กินของสดที่ปลูก ด้านจิตใจ คือ จิตใจแจ่มใส สุขภาพจิตดี มีความสุข ไม่โลภ สุขใจที่ได้อยู่กับครอบครัว อยู่กับผืนนา ด้านสังคม คือ ญาติพี่น้องมากขึ้น ได้รับการยอมรับจากชุมชน ได้แลกเปลี่ยนความรู้ ได้ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน มีความมั่นคงทางครอบครัว และด้านสิ่งแวดล้อม คือ เกิดความสัมพันธ์อันดีกับธรรมชาติ ดินร่วนซุย น้ำไม่เป็นพิษ สัมผัสอากาศปลอดโปร่ง มีผืนนาอุดมสมบูรณ์ สัตว์และพืชผักในนาปราศจากสารพิษ

สำหรับเงื่อนไขที่ทำให้ครัวเรือนเข้าสู่การทำเกษตรแบบพอเพียงนั้น จุดเปลี่ยนชีวิตของครัวเรือนมาจากบทเรียนความล้มเหลวในการประกอบอาชีพที่ผ่านมา คือ ด้านเศรษฐกิจ และด้านสุขภาพ ซึ่งไม่สามารถเป็นแหล่งคำตอบและพึ่งตนเองได้ การดำเนินตามแนวทางเกษตรแบบพอเพียงประสบความสำเร็จได้นั้น ประกอบด้วย 2 เงื่อนไขสำคัญ คือ 1) ปัจเจกบุคคล ตัวเกษตรกรเป็นคนขยัน ใส่ใจหาความรู้จากสื่อต่างๆ แล้วนำมาประยุกต์ใช้กับการผลิตของครัวเรือน และ 2) การซึมซับแนวคิด ตัวเกษตรกรได้รับแนวคิดจากบรรพบุรุษ แล้วนำมาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต และปฏิบัติให้เป็นรูปธรรม

แผนงาน อุบัติเหตุจราจร

ปัญหาในการเก็บข้อมูลผู้ป่วยอุบัติเหตุ เพื่อนำมาใช้พัฒนาคุณภาพบริการ พบว่า มีความไม่ครบถ้วน ช้ำซ้อน ลำซ้ำ และขาดการเชื่อมต่อระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะข้อมูลของผู้ป่วยใน เช่น สาเหตุการบาดเจ็บ ระยะเวลารอคอยผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนและผลการรักษา ซึ่งการลงบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วนนั้น จะต้องค้นเวาระเบียน เพื่อนำมาเติมข้อมูลส่วนที่ขาด ทำให้เพิ่มภาระงาน และใช้เวลาในการค้นหาและวิเคราะห์ จึงจะนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ได้ ดังนั้น การพัฒนาเพื่อเชื่อมต่อฐานข้อมูลที่มีอยู่เดิมและเพิ่มเติมในประเด็นที่ขาด จะทำให้เกิดความรวดเร็ว ในการวิเคราะห์ข้อมูล จัดทำรายงาน สามารถนำมาใช้ตรวจสอบคุณภาพการบริการ ณ จุดต่างๆ ได้ ทันเหตุการณ์ มีประสิทธิภาพ ลดเวลาของบุคลากรที่ในการค้นหาข้อมูล ลดความซ้ำซ้อนของการเก็บข้อมูลและไม่เพิ่มภาระแก่ผู้ปฏิบัติ ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยอุบัติเหตุเพื่อการเก็บข้อมูลที่ครบถ้วน ได้ผลการวิเคราะห์ ที่ถูกต้องน่าเชื่อถือ ตลอดจนสามารถนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนงานโครงการได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และทันต่อเหตุการณ์

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาระบบฐานข้อมูลและเชื่อมต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงาน

วิธีดำเนินงาน การศึกษาครั้งนี้ เป็นการพัฒนาฐานข้อมูล ในกลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุ ที่รับไว้ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ตั้งแต่พฤษภาคม 2549-กันยายน 2550 การดำเนินงานประกอบด้วย 1) ทบทวนสถานการณ์ โดยจัดประชุมระดมสมองผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ จำนวน 2 ครั้ง ในประเด็น ผู้เก็บและ ผู้ใช้ข้อมูลคือใคร ข้อมูลที่เก็บมีอะไรบ้าง ขั้นตอนในการเก็บและวิเคราะห์ ข้อมูลที่ต้องการเก็บเพิ่ม 2) พัฒนาและปรับปรุง โดยนำข้อมูลจากการทบทวนสถานการณ์มาทำเป็นระบบ soft ware การเก็บข้อมูลผู้ป่วยใน: IPD อบรมเจ้าหน้าที่ในการใช้งาน โปรแกรม จำนวน 2 ครั้ง และนำโปรแกรมไปทดลองใช้ในหน่วยงาน

ผลลัพธ์ พบว่า มีหน่วยงานที่เข้าร่วม 20 หน่วยงาน ผู้เก็บข้อมูล คือ พยาบาล ข้อมูลที่เก็บ คือ ข้อมูลพื้นฐาน เพศ อายุ การเจ็บป่วย การรักษาและผลลัพธ์ ผู้ใช้ข้อมูลคือ เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานซึ่งส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับการเลื่อนตำแหน่ง การเก็บข้อมูลมีทั้งส่วนที่เก็บในรูปแบบกระดาษ คอมพิวเตอร์ หรือทั้งสองส่วน ขั้นตอนในการวิเคราะห์ ส่วนใหญ่ใช้เครื่องคิดเลข ข้อมูลที่ต้องการเพิ่ม เช่น สาเหตุการบาดเจ็บ Glass glow Coma Score แกร็บและจำหน่าย ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน ระยะเวลารอคอยผ่าตัดกระดูกหักแบบเปิด เลือดออกในสมอง บาดเจ็บในช่องท้อง และหลอดเลือด จำนวนการใช้เลือด อาการผิดปกติที่ต้องส่งทำ CT และระยะเวลารอคอยในการทำ CT ผลจากการเชื่อมโยงระบบ พบว่า ระบบฐานข้อมูลที่พัฒนาขึ้นสามารถเชื่อมต่อเข้ากับระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลได้ในส่วนของข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย สิทธิการรักษา และสามารถเชื่อมโยงการอ่านผล CT จากหน่วยงานเอกซเรย์ นอกจากนี้ หอผู้ป่วย แต่ละแห่งสามารถเชื่อมโยงและใช้ข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยร่วมกันได้

สรุปและวิจารณ์ การพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยอุบัติเหตุ โดยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการกำหนดข้อมูลสำคัญของแต่ละหน่วยงาน ช่วยให้สามารถเชื่อมโยงข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ลดขั้นตอนการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล นำไปสู่การพัฒนากระบวนการเก็บข้อมูลผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีความครอบคลุม สะดวกต่อการค้นข้อมูล เพื่อนำมาใช้ในการปรับปรุงและพัฒนา คุณภาพบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ

แผนงาน สุราในบริบทอีสาน

ถนนข้าวเหนียว คุณค่าประเพณีไทย สนุกได้ไร้แอลกอฮอล์

กุลนรี หาญพัฒนชัยกุล

การถอดบทเรียนโครงการ “ถนนข้าวเหนียว คุณค่าประเพณีไทย สนุกได้ไร้แอลกอฮอล์” มีวัตถุประสงค์ คือ 1) เพื่อรวบรวมความรู้ จากกระบวนการทำงาน โครงการ “ถนนข้าวเหนียว : คุณค่าประเพณีไทยสนุกได้ไร้แอลกอฮอล์” เพื่อนำไปเป็นบทเรียนในการในการทำงาน รมรณงค์ดการบริโศคแอลกอฮอล์ 2) เพื่อสังเคราะห์เป็นข้อเสนอแนะ ในการปรับปรุงการดำเนินงาน ในการป้องกันและควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในเทศกาลต่าง ๆ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อที่จะถอดบทเรียนทั้งโครงการ จากกลุ่มตัวอย่าง ประกอบไปด้วย ระดับนโยบาย คือรองผู้ว่าราชการจังหวัดขอนแก่น นายกเทศมนตรี นายแพทย์สาธารณสุข จังหวัด ระดับผู้ดำเนินโครงการ ประกอบด้วย สมาคมหมอนามัย เครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพจังหวัดขอนแก่น เจ้าหน้าที่เทศบาลนครขอนแก่น เครือข่ายเยาวชนเทศบาล คณะอนุกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจังหวัดขอนแก่น กองทุนสำนักงานสร้างเสริมสุขภาพ ผู้เข้าร่วมโครงการ ประกอบด้วย ผู้ประกอบการ ผู้เข้าร่วมโครงการ โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants Selection) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แนวทางการสัมภาษณ์ แนวทางในการสังเกต แนวทางการสนทนากลุ่ม การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา ตามวัตถุประสงค์ คือ การรวบรวมความรู้ จากกระบวนการการทำงานโครงการ “ถนนข้าวเหนียว : คุณค่าประเพณีไทย สนุกได้ไร้แอลกอฮอล์” พบว่า ถนนข้าวเหนียวมีพัฒนาการมาจากการเล่นสงกรานต์ ที่เน้นความสนุกสนาน โดยมีกิจกรรมที่เป็นวัฒนธรรมสมัยใหม่ มีการดื่มแอลกอฮอล์กันมาก โดยเฉพาะในเยาวชน มีพฤติกรรมการละเมิดสิทธิสตรี การลวนลาม การทะเลาะวิวาท ในปี 2548 เครือข่ายส่งเสริมสุขภาพเข้าไปจัดเวทีทางเลือก “สนุกได้ไร้แอลกอฮอล์” และศึกษาข้อมูล พบว่า บริเวณถนนข้าวเหนียว มีการดื่มแอลกอฮอล์กันมากโดยเฉพาะในวัยรุ่น นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ที่เข้าร่วมงานมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์และขัดต่อวัฒนธรรมประเพณีอันดีงาม เช่น การลวนลาม การทะเลาะวิวาท การแต่งกายที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นในปี พ.ศ. 2549 เครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ สมาคมหมอนามัย สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ ได้ผลักดันนโยบายดังกล่าว ผ่านคณะอนุกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางจราจรระดับจังหวัด จึงได้เกิดรูปแบบการจัดงาน “สงกรานต์นี้สนุกได้ไร้แอลกอฮอล์” ดังนี้

ด้านนโยบาย ไม่รับการสนับสนุนจากบริษัทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้เกิดการณรงค์ โครงการ“ถนนข้าวเหนียว : คุณค่าประเพณีไทย สนุกได้ไร้แอลกอฮอล์” โดยรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

ด้านกระบวนการ จากเดิมที่เทศบาลนครขอนแก่นที่รับผิดชอบหลักในการคิด และปฏิบัติ เพียงองค์กรเดียว มีการเปลี่ยนแปลง คือ การมีส่วนร่วมจากหน่วยงานอื่น ๆ เป็นองค์กรเครือข่าย ทำให้เพิ่มศักยภาพในการขับเคลื่อนนโยบาย

ด้านการจัดการ มีการเปลี่ยนแปลงระบบการจัดการ เรื่องงบประมาณโดยการขอสนับสนุนงบประมาณบริษัทอื่น ๆ และให้เครือข่ายส่งเสริมสุขภาพเข้ามามีส่วนร่วม

ด้านกิจกรรม มีการเปลี่ยนแปลง จากการที่เน้นเรื่องความสนุกสนานเพียงอย่างเดียว จัดโดยการให้บริบทของกิจกรรมส่วนใหญ่เป็นการรณรงค์สนุกได้ไร้แอลกอฮอล์ มีการควบคุมการจำหน่าย การดื่มสุรา

ผลลัพธ์ของโครงการ ภายได้ความคาดหวังหลากหลายจากกิจกรรมต่างๆ พบว่า ผลลัพธ์หลักในเรื่องการลดบริโภคแอลกอฮอล์ ยังไม่สามารถยืนยันได้ชัดเจน เนื่องจากยังมีการดื่มก่อนเข้ามาเที่ยวก่อนเข้ามาในงาน แต่ที่

แตกต่างจากที่ผ่านมา คือผู้ที่มีความระมัดระวังมากขึ้นในการตีพิมพ์ ไม่ตีพิมพ์เปิดเผยเช่นเคย เช่นเดียวกับการจำหน่ายแอลกอฮอล์ ไม่มีการตั้งจุดจำหน่ายอย่างเปิดเผย แต่ยังมีการแอบจำหน่ายในบางจุดอยู่ ผลลัพธ์ที่เกิดชัดเจนในโครงการนี้คือ การนำแนวคิดการตลาดการบริโภค และการจำหน่ายแอลกอฮอล์ เข้าไปเป็นนโยบายสาธารณะได้ชัดเจน และสามารถขับเคลื่อนนโยบายสู่แนวปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม ภายใต้ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายจะสามารถดำเนินการอย่างต่อเนื่องได้ต่อไป เนื่องจากการมีภาพพจน์ที่ดีของโครงการทำให้เกิดการยอมรับจากผู้บริหารในระดับจังหวัด ผู้บริหารในระดับท้องถิ่น และประชาชนทั่วไป

ปัจจัยที่สนับสนุนโครงการ คือ การที่ภาคีเครือข่ายสามารถนำเสนอสาระและข้อมูลนำเสนอได้อย่างเป็นระบบ จนสามารถผลักดันให้ผู้บริหารสามารถกำหนดนโยบายที่ชัดเจน และให้การสนับสนุนสู่การปฏิบัติได้

ในขณะเดียวกัน พบว่า มีปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินการ คือ การที่ภาคีไม่สามารถที่จะจูงใจให้ผู้ประกอบการเห็นความสำคัญ และมีส่วนร่วมในโครงการอย่างเต็มที่ตามที่คาดหวัง อีกทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานมีความต้องการให้คงแนวความคิดบรรยากาศของความสุขสนุกสนาน จึงทำให้เกิดการจัดกิจกรรมที่ไม่สอดคล้องกัน

- ข้อเสนอแนะ**
- 1) ควรกำหนดยุทธศาสตร์ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานให้หน่วยงาน ใช้อย่างเป็นแนวปฏิบัติ
 - 2) ขยายการมีส่วนร่วมขององค์กรต่างๆ เช่น ภาคชุมชน ผู้ประกอบการ สื่อมวลชน ศิลปิน อย่างทั่วถึง
 - 3) มีการรณรงค์อย่างต่อเนื่อง ในระดับครอบครัว ชุมชน สถานศึกษา

เส้นทางการเข้าสู่น้ำเมาของเด็กวัยรุ่นในบริบทสังคมวัฒนธรรมอีสาน

กรณีศึกษาชุมชนชนเมือง จังหวัดขอนแก่น

กมลทิพย์ ชลธรรมเนียม

รายงานวิจัยฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของรายงานวิจัยฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของดัชนีพนธ์เรื่องการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเด็กวัยรุ่นโดยชุมชนมีส่วนร่วม กรณีศึกษาชุมชนชนเมือง จังหวัดขอนแก่น ซึ่งการศึกษาในระยะแรกมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเส้นทางการเข้าสู่น้ำเมาของเด็กวัยรุ่นในบริบทสังคมวัฒนธรรมอีสาน

วิธีการวิจัย วิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลหลักคือ เด็กวัยรุ่น และประชาชนในชุมชนชนเมือง จ.ขอนแก่น เก็บข้อมูลด้วยการสังเกต สัมภาษณ์เจาะลึก และบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการcontent analysis

ผลการศึกษา เด็กวัยรุ่น มีเส้นทางเข้าสู่น้ำเมา คือ1) ตัวของเด็กวัยรุ่น กลุ่มเพื่อนและครอบครัว เป็นผู้ชักนำเข้าสู่เส้นทางน้ำเมา เด็กวัยรุ่นเป็นวัยอยากรู้อยากลอง เชื่อเพื่อน มักถูกชักจูงให้ลองดื่ม ด้วยวิธีการเชื้อเชิญ “เป็นเพื่อนกัน ต้องดื่ม , ลองดื่ม ดินะ” หรือ ทำทนาย “ไม่ดื่มอ่อน ไม่กล้า” หรือข่มขู่ “ไม่ดื่ม ไม่รับเข้ากลุ่ม ไม่ต้องมาเป็นเพื่อนกัน ” ซึ่งเด็กมักจะไม่สามารถปฏิเสธเพื่อนได้ ส่วนครอบครัวพบว่าบิดามารดาเป็นตัวผลักดันและป้อนน้ำเมาให้เด็กได้ลองดื่ม2) งานบุญหมอลำ จุดเชื่อมโยงไปสู่การเริ่มดื่ม เด็กวัยรุ่นจากหมู่บ้านอื่นจะรวมกลุ่มกันที่บ้านเพื่อนที่มีหมอลำ ตั้งวงดื่มเหล้า เพิ่มความสนุกสนาน เพื่อนที่ยังไม่เคยดื่ม มักจะถูกชักชวนให้ลองดื่ม 3) วันพิเศษ เช่น วันเกิด จบการศึกษา ต้องฉลองด้วยการดื่มเหล้า วันเหล่านี้เป็นวันที่เด็กรู้สึกว่าเป็นผู้ใหญ่ ดังนั้นเครื่องดื่มที่ใช้เพื่อการฉลองต้องเป็นเหล้าไม่ใช่ น้ำอัดลม4) หอพัก บ้านเพื่อน ร้านค่านอกหมู่บ้านเป็นแหล่งรวมกลุ่ม มั่วสุม ดื่มเหล้า เพราะเป็นสถานที่ที่มิดชิดสามารถหลบผู้คนไม่ให้พบเห็นหรือนำข้อมูลไปบอกบิดามารดาหรือญาติของตนเองได้ 5) รุ่นพี่ (หัวโจกหมู่บ้าน) ป้อนน้ำเมาเข้าสู่รุ่นน้อง (ลูกน้อง) รุ่นน้อง(ลูกน้อง)ที่เข้ามาร่วมแก๊งค์ มักจะเกรงกลัวอิทธิพลของรุ่นพี่ เมื่อรุ่นพี่ชักชวนหรือให้ลองดื่มเหล้า ต้องปฏิบัติตามคำสั่ง 6) เหล้าขาว เบียร์ เป็นชนิดแรกที่เด็กวัยรุ่นได้ดื่ม โดยเฉพาะเบียร์เพราะดื่มง่าย ราคาถูกกว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ชนิดอื่นๆ

จากผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าเด็กวัยรุ่นเข้าสู่การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้หลากหลายเส้นทาง ทั้งตัวเด็กวัยรุ่นเองที่เป็นเงื่อนไขสำคัญในการตัดสินใจเข้าสู่การดื่ม โดยมีสิ่งแวดล้อมอย่างครอบครัว เพื่อน และสภาพของชุมชน งานบุญประเพณี ที่เอื้อให้เด็กวัยรุ่นเข้าสู่การดื่ม ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครอบครัว และชุมชนควรที่จะทำความเข้าใจกับบริบทสังคมวัฒนธรรม การดำเนินชีวิตของเด็กวัยรุ่น และหาแนวทางการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเด็กวัยรุ่นร่วมกัน

พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษา วิทยาลัยสาธารณสุข

ประเสริฐ ประสมรักษ์

การศึกษาพฤติกรรมการดื่มสุรา ในช่วงก่อนและขณะเข้าศึกษา และรูปแบบการจัดการที่เหมาะสมในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาการดื่มสุราของนักศึกษาในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นการ ศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ ด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการใช้แบบสอบถาม ร่วมกับการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิง คุณภาพ โดยใช้การสนทนากลุ่ม (Focus group) ในช่วงเดือน พฤษภาคม - กันยายน พ.ศ.2550 ผลการศึกษาพบว่า

นักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรแห่งนี้จำนวน 552 คน ส่วนใหญ่เคยดื่มสุราร้อยละ 58.15 โดยเริ่มดื่ม ตั้งแต่ก่อนที่จะมาเรียนที่วิทยาลัยร้อยละ 82.87 ส่วนอีกร้อยละ 17.13 เป็นนักดื่มหน้าใหม่ โดยนักศึกษาชายสี่ในห้าเคย ดื่มสุรามาแล้วส่วนนักศึกษาหญิงมีเพียงครึ่งหนึ่งที่เคยดื่มสุรา ซึ่งนักศึกษาหลักสูตรเวชกิจฉุกเฉินและนักศึกษาระดับชั้นปี ที่ 2 มีสัดส่วนผู้ที่เคยดื่มมากที่สุด ส่วนใหญ่ดื่มครั้งสุดท้ายเมื่อ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ดื่มครั้งแรกเมื่ออายุระหว่าง 15-19 ปี สาเหตุส่วนใหญ่ของการดื่มครั้งแรกเนื่องจากอยากทดลอง แต่นักดื่มหน้าเดิม ส่วนใหญ่ดื่มครั้งแรกที่บ้านเพื่อนหรือ ญาติ ซึ่งเริ่มจากการดื่มเบียร์ ส่วนนักดื่มหน้าใหม่ ส่วนใหญ่ดื่มครั้งแรกที่หอพักนอกวิทยาลัย โดยเริ่มจากการดื่มไวน์ แต่ นักศึกษาทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่ดื่มเบียร์บ่อยที่สุด เนื่องจากหาซื้อได้ง่าย แต้นานๆ ครั้งจึงจะดื่ม โดยดื่มน้อยกว่า 1 ขวด ต่อครั้ง มีแหล่งซื้อประจำที่มินิมาร์ท ซูเปอร์มาร์เก็ต และมักดื่มร่วมกับเพื่อน แต่นักดื่มหน้าเดิม มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อครั้ง ระหว่าง 100-300 บาท มักจะดื่มในโอกาสเทศกาล นานๆ ครั้งจะดื่มจนเมา ส่วนนักดื่มหน้าใหม่ มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อ ครั้งต่ำกว่า 100 บาท มักจะดื่มในโอกาสการเข้ากลุ่มเพื่อน ญาติและเข้าสังคม ส่วนใหญ่ไม่เคยเมา ทั้งนี้ทั้งสองกลุ่มส่วน ใหญ่บอกว่าไม่เคยประสบปัญหาจากการดื่ม และปัจจัยที่ทำให้ยังคงดื่มอยู่ในปัจจุบันคือ เพื่อน ส่วนใหญ่เคยหยุดดื่ม มาแล้วช่วงเวลาหนึ่ง เนื่องจากกลัวมีผลเสียต่อสุขภาพ โดยในอนาคตยังไม่แน่ใจว่าตนเองจะดื่มหรือไม่ ส่วนด้านทัศนคติ ต่อการดื่มสุรา ในภาพรวมนักศึกษามีความคิดเห็นต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของนักศึกษาในวิทยาลัยแห่งนี้ ในระดับปาน กลาง ร้อยละ 83.88 มีเพียงร้อยละ 13.41 ที่เห็นว่าเป็นสิ่งที่ไม่ดี โดยเส้นทางการดื่มสุราของนักศึกษาที่เคยดื่มเพราะ ความอยากรู้อยากลอง ต้องการให้เกิดความสนุกสนาน สภาพสังคมที่คนส่วนใหญ่ดื่ม และเลิกดื่มเมื่อมาเรียนในวิทยาลัย เนื่องจากรู้สึกว่าเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะกับวิชาชีพที่เรียน สิ้นเปลือง เสียการเรียน สุขภาพเสื่อม และคนใกล้ชิดรังเกียจ โดย ความรู้สึกที่มีต่อการดื่มสุราครั้งแรก มีผลต่อการกลับมาดื่มอีกครั้งจากการถูกชักชวน หรือมีเรื่อง เศร้าใจ ไม่สบายใจ หรือมีกิจกรรมงานเลี้ยงสังสรรค์ โดยกลุ่มที่มีความรู้สึกด้านบวก จะมีพฤติกรรมดื่มสุราบ้างตามโอกาส ขณะที่กลุ่มที่มี ความรู้สึกด้านลบ ผนวกกับความตั้งใจที่จะเลิกดื่ม มักจะไม่กลับมาดื่มอีก ส่วนนักดื่มหน้าใหม่ สาเหตุที่ดื่มเนื่องจากอยาก ลอง มีเพื่อนดื่มและชักชวนให้ดื่ม และสภาพสังคมเมือง โดยผู้ที่มีความรู้สึกต่อการดื่มครั้งแรกในเชิงบวก แม้จะเคยหยุด ดื่ม แต่การกลับมาดื่มใหม่จะมีโอกาสเพิ่มปริมาณมากขึ้น ทั้งนี้ กิจกรรมที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการดื่มสุรา ได้แก่ การศึกษาวิถี ชุมชนในช่วงการปฐมนิเทศ กิจกรรมรับน้อง ประชุมเชียร์ กิจกรรมกีฬาต่างๆ ลอดซุ้ม การประกวด Freshly night การ พักอยู่หอพักนอกวิทยาลัย การไม่ได้ตรวจหอพักวิทยาลัย งานต่างๆ เช่นฉลองสอบเสร็จ ก่อนออกฝึกงาน กลับมาจาก ฝึกงาน และช่วงที่นักศึกษาออกฝึกงาน ซึ่งนักศึกษาทุนลูกจ้าง มักจะเป็นกลุ่มที่ชักชวนให้กลุ่มน้องๆ ดื่ม อย่างไรก็ตาม ส่วนใหญ่เห็นว่า การจัดกิจกรรมในการป้องกันปัญหาการดื่มสุราของนักศึกษาดำเนินการได้เหมาะสม แต่ก็ยังจะมีผู้ที่ยังคงหาโอกาสดื่ม เนื่องจากมาตรการควบคุม ยังไม่จริงจัง และบทลงโทษไม่รุนแรงพอ ดังนั้น นักศึกษาจึงเสนอแนะให้ เพิ่มมาตรการ กฎระเบียบ ที่เข้มงวดในสถานศึกษา ส่วนในมุมมองของครูอาจารย์คือ เน้นการรณรงค์ในกิจกรรมเสี่ยงต่อ การดื่ม

พฤติกรรมและรูปแบบการดื่มสุราของคณงานในโรงสีข้าว จังหวัดขอนแก่น

Behavior and alcohol drinking pattern of workers in rice mills, Khon kaen Province

กิตติ เหลาสภาพ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมและรูปแบบการดื่มสุรา ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับการดื่มสุรา และผลกระทบของการดื่มสุราที่เกิดกับร่างกาย ครอบครัวและสังคมของคณงานที่ปฏิบัติงานในโรงสีข้าวของจังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างได้แก่คณงานที่ปฏิบัติงานในโรงสีข้าว จังหวัดขอนแก่น จำนวน 380 คนซึ่งได้มาโดยวิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองมีค่าความเที่ยง 0.86 โดยใช้วิธีสัมภาษณ์ด้วยวิธีออลฟาของครอนบาค สถิติที่ใช้ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติสปีเรียสัน

ผลการวิจัยพบว่า คณงานที่ปฏิบัติงานในโรงสีข้าวดื่มสุราร้อยละ 79 เครื่องดื่มที่ดื่มมากที่สุดคือ เบียร์และเหล้าขาว คุณลักษณะส่วนบุคคลโดยเพศชายมีแนวโน้มที่จะดื่มมากกว่าหญิง 2.3 เท่า (OR 2.3, 95%CI=1.2- 4.4) ผู้จบการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษามีแนวโน้มดื่มมากกว่าผู้จบประถมศึกษาหรือต่ำกว่า 2.1 เท่า(OR=2.1 95%CI=1.2-3.7) คนที่ไม่สูดมีแนวโน้มดื่มน้อยกว่าคนสูด(OR= 0.3, 95%CI=0.1-0.5)และคนที่มีโรคประจำตัวมีแนวโน้มดื่มมากกว่าคนไม่มีโรคประจำตัว (OR=0.5, 95%CI=0.3-0.9) ผลกระทบด้านร่างกายเป็นโรคกระเพาะอาหาร ความจำไม่ดี เกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่ ผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อครอบครัวผู้ดื่มมีผลกระทบต่อครอบครัวร้อยละ 47.7 โดยมีการทะเลาะ ต่อกปากต่อกามากที่สุด มีผลกระทบต่องานร้อยละ 19.7 โดยส่วนใหญ่มีปัญหาการขาดงานร้อยละ 18.7 โดยสรุปคณงานในโรงสีมีการดื่มสุราเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะโรงสีขนาดกลางซึ่งเป็นผลจากการบริหารจัดการ ภาวะเปียบ การจ่ายเงินค่าตอบแทนและพฤติกรรมการรวมกลุ่มของคณงาน

ข้อเสนอแนะ ควรมีการส่งเสริมให้มึและใช้กฎระเบียบในโรงสีในโรงสีทุกขนาด โรงสีขนาดใหญ่และเล็กมีรูปแบบการดื่มที่ไม่แตกต่างจากวิธีชุมชนการดำเนินมาตรการแก้ไขปัญหาลังควรทำทั้งชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเจ้าของกิจการ ภาครัฐการ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนส่วนโรงสีขนาดกลางควรมีการบริหารจัดการด้านการจ่ายเงินค่าตอบแทน ลดการรวมกลุ่ม เพื่อลดโอกาสในการดื่มของคณงาน

แรงงานอ้อยกับการดื่มสุรา กรณีศึกษาหมู่บ้านแห่งหนึ่งในภาคอีสาน
Sugarcane labors and alcohol drinking, a case study in a village in northeast, Thailand

อดิเรก เร่งมานะวงษ์

ปัจจุบันภาคอีสาน มีพื้นที่และแรงงานอ้อยมากที่สุดในประเทศ ด้วยสภาพการทำงานที่หนัก เหนื่อยล้า ย่อมเกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพ และดื่มสุรา การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) มิติทางสุขภาพและสังคมของแรงงานอ้อยกับการดื่มสุรา 2) ผลกระทบทางสุขภาพและสังคมของแรงงานอ้อยกับการดื่มสุรา และ 3) ชุมชนกับการจัดการสุขภาพของแรงงานอ้อยกับการดื่มสุรา วิธีการศึกษา ใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ ตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า ผลการศึกษาพบว่า ครอบครัว ร้อยละ 95 เป็นแรงงานอ้อย และร้อยละ 87 ดื่มสุรา แบ่งแรงงานอ้อย ได้เป็น 4 กลุ่ม 1) แรงงานปลูกอ้อย 2) แรงงานบำรุงรักษาอ้อย 3) แรงงานเก็บเกี่ยวอ้อย และ 4) แรงงานส่งอ้อยเข้าโรงงาน และพบว่า แรงงานอ้อย ที่มีค่าใช้จ่ายในการดื่มสุรามากที่สุด คือ แรงงานพ่นยากำจัดวัชพืช คิดเป็น 1 ใน 3 ของรายได้ต่อวัน แรงงานตัดอ้อยหญิง และเด็ก อายุ 13 ปีขึ้นไป ดื่มสุรามากขึ้น เพราะสามารถหาเงินได้เอง แรงงานชั้นอ้อย เอื้อต่อการดื่มสุรา เพราะได้แก้อ้อยให้สุราดื่ม เพื่อกระตุ้นการทำงาน ด้านแรงงานพ่นยากำจัดวัชพืช ซึ่งทำงานหนัก และมีความเสี่ยง ยิ่งเกิดผลกระทบทางสุขภาพและสังคมจากการดื่มสุรามากขึ้น และชุมชนยังไม่มีกลไกในการจัดการสุขภาพของแรงงานอ้อยกับการดื่มสุรา

การดำเนินการควบคุมการบริโภคสุราในชุมชนชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

รัชดา อุษยนิยงค์, วนิดา วิระกุล, ภัทระ แสนไชยสุริยา

สุรา ถูกยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ข้อมูลการเจ็บป่วย การเกิดอุบัติเหตุจราจร การเกิดความรุนแรงในเด็กและสตรี ชี้ให้เห็นว่า สุรามีส่วนเกี่ยวข้องทั้งทางตรงและทางอ้อม ทำให้เกิดการสูญเสียทั้งด้านเศรษฐกิจ และสังคม จากการดำเนินงานของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ผ่านศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) และองค์กรภาคี ก่อให้เกิดขับเคลื่อนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคสุรา ทั้งในระดับปัจเจกบุคคล และชุมชน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการลด ละ เลิกการบริโภคสุรา การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายรูปแบบการควบคุมการบริโภคสุราในระดับชุมชน ตลอดจนกระบวนการ และกลไกที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยวิธีด้านคุณภาพ ด้วยการสัมภาษณ์ การส่งแบบสอบถาม ตลอดจนการสนทนากลุ่ม กับผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัด เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ผู้นำชุมชน ผู้ที่เคยบริโภคสุรา ตลอดจนการสังเกตร้านค้าในชุมชน ผลการศึกษาเบื้องต้นใน 4 จังหวัด กับ 2 ชุมชน พบว่า รูปแบบในการควบคุมการบริโภคสุรา มีทั้งการงดการบริโภคสุราในงานเทศกาลบุญประเพณีต่างๆ การจำกัดพื้นที่การบริโภคสุราโดยเฉพาะในพื้นที่สาธารณะ การจำกัดการจำหน่ายของร้านค้าในชุมชน นอกเหนือจากการดำเนินการตามนโยบายระดับประเทศ เช่น งดเหล้าเข้าพรรษา ในเทศกาลเข้าพรรษา เมาไม่ขับในช่วงเทศกาลวันขึ้นปีใหม่ (งานปีใหม่, งานสงกรานต์) เป็นต้น ในส่วนกระบวนการและกลไกการควบคุมการบริโภคสุราในชุมชนมีจุดเริ่มต้นที่สำคัญ คือ การมีผู้นำชุมชนที่เป็น “active actor” เช่น พระภิกษุที่เป็นที่เคารพนับถือของชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน ปราชญ์ชาวบ้าน เป็นต้น พร้อมกับสร้างกลไกที่เป็นจุดเคลื่อนที่สำคัญ คือ การจัดทำบัญชีค่าใช้จ่ายครัวเรือน ประสิทธิภาพตรงจากปัญหาสุขภาพ และด้วยแรงผลักดันและแรงหนุนเสริมทั้งภายในและภายนอก ได้แก่ การปฏิญาณตนต่อพระศาสนา การมีบุคคลที่เป็นที่นับถือของชุมชนเป็นต้นแบบความสำเร็จในการลด ละ เลิกการบริโภคสุรา การสร้างมาตรการทางสังคม การเกิดกลุ่มเฝ้าระวังติดตามการบริโภคสุราในชุมชน และการเกิดข้อบังคับที่มีบทลงโทษของชุมชนทั้งด้านเศรษฐกิจและด้านสังคม เช่น การตัดสิทธิ์การกู้ยืมในกองทุนต่างๆ การเสียค่าปรับ เป็นต้น และการให้รางวัลสำหรับผู้ที่สามารถเลิกบริโภคสุราได้ และการสร้างคุณค่าแห่งตนของบุคคลที่เลิกบริโภคสุรา นอกจากนี้ การปฏิบัติอย่างต่อเนื่องของชุมชนในงดบริโภคสุราในงานเทศกาลบุญประเพณีที่เกี่ยวข้องกับพิธีกรรมทางศาสนาต่างๆ เป็นแรงเสริมที่สำคัญ จนกระทั่งสามารถขยายไปยังงานรื่นเริง เช่น งานแต่งงาน เป็นต้น เสมือนหนึ่งเป็นค่านิยม และวัตรปฏิบัติ (norm) ในชุมชนนั้น วิธีการเลิกสุรา มีทั้ง การหยุดโดยทันที โดยกำหนดจิตใจให้ตั้งมั่นอยู่กับการเลิกสุรา การลดปริมาณการดื่มเป็นลำดับจนเลิกได้ในที่สุด อย่างไรก็ตาม การจำกัดกลุ่มผู้บริโภคสุรายังไม่ปรากฏชัดเจนนักในระดับชุมชน ซึ่งกลุ่มที่สามารถควบคุมการบริโภคสุราได้ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยกลางคนหรือกลุ่มผู้สูงอายุ ส่วนกลุ่มที่ยังไม่ได้มีส่วนร่วมในการควบคุมมากนัก ได้แก่ กลุ่มวัยแรงงานและกลุ่มวัยรุ่น และพบว่า สองกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ยังคงเป็นปัญหาของพื้นที่อยู่ ดังนั้นควรหาแนวทาง มาตรการและกลไกในการควบคุมกลุ่มเหล่านี้ เพื่อป้องกันปัญหาการเกิดนักดื่มหน้าใหม่ โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นที่อายุที่เริ่มมีน้อยลง

แผนงาน เครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ

โครงการพัฒนาเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

รศ.ดร.นิത്യ ทศนิยม

โครงการพัฒนาเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีเป้าหมายเพื่อรวบรวมและเผยแพร่ องค์ความรู้เกี่ยวกับแนวคิด และหลักการในการให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ และเพื่อพัฒนากระบวนการและกลไก ในการสร้างเครือข่าย

กิจกรรมที่ได้ดำเนินการไปแล้ว มีดังนี้

1. รวบรวมหลักการและแนวคิด การให้บริการปฐมภูมิ
2. สร้างเครือข่ายร่วมกับภาคีต่างๆ ได้แก่

2.1 นักวิชาการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาจารย์ในสาขาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยกระบวนการวิจัยและควบคุมวิทยานิพนธ์ เพื่อพัฒนาความเชี่ยวชาญ

2.2 นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลชุมชน ซึ่งส่วนมากเป็นเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในฟิชียู โดยผ่านหัวข้อการทำวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระ

2.3 สมาชิกชมรมพยาบาลชุมชน ในฐานะเป็นที่ปรึกษาโครงการวิจัยที่ได้รับทุนสนับสนุนจาก สสส.

2.4 โครงการฟิชียูในพื้นที่ที่ได้รับทุนสนับสนุนจาก สปสช. ให้ฟิชียูจัดทำโครงการพัฒนางานของตนเองโดยอิสระ

3. จัดเวทีนำเสนอความก้าวหน้าในการทำวิจัย 2 ครั้ง
4. จัดเวทีจัดทำผังพิสัยการวิจัยของสาขาการพยาบาลชุมชน 1 ครั้ง
5. จัดเวทีนำเสนอประเด็น/หัวข้อการวิจัยในฟิชียู 2 ครั้ง
6. จัดทำ Web board เครือข่ายฟิชียู

แผนการดำเนินงานในระยะต่อไป เนื่องจากระยะเวลาการดำเนินงานในช่วงแรกค่อนข้างสั้น คือประมาณ 4 เดือน (พฤษภาคม – สิงหาคม 2548) จึงทำให้ผลลัพธ์ยังไม่ชัดเจน จึงขอขยายเวลาการดำเนินงานออกไปอีก 1 ปี (ตุลาคม 2548 – กันยายน 2549) เพื่อให้สามารถรวบรวมองค์ความรู้ได้กว้างขวางและครอบคลุมมากขึ้น และจะเป็น ความรู้ที่รวบรวมจากผลการวิจัยของเครือข่าย และกิจกรรมหลักของเครือข่ายจะเป็นเวทีเครือข่ายวิจัยร่วมกับภาคีต่างๆ

โครงการเครือข่ายเรียนรู้เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2550-51)

ประเทศไทยได้วางรากฐาน แนวคิด และการดำเนินงาน “สาธารณสุขมูลฐาน” มาเป็นระยะเวลานาน ความสำเร็จของการดำเนินงานปรากฏเด่นชัด และได้รับการยอมรับจากองค์การอนามัยโลก แนวคิดหลักประการหนึ่งของสาธารณสุขมูลฐาน คือ การพึ่งพาตนเอง (self - reliance) ซึ่งกลไกหลักที่สำคัญ คือ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่เป็นบุคคลในชุมชน เชื่อมประสานระหว่างชุมชน และ หน่วยบริการสาธารณสุข ความเข้มแข็งของอสม. ในการปฏิบัติงานสร้างผลสำเร็จในการพัฒนางานสาธารณสุขในชุมชนหลายประการ

อย่างไรก็ตาม การพัฒนาด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งตกผลึกแนวคิดเรื่อง “ระบบสุขภาพชุมชน” โดยมีหลักคิดด้านการดูแลสุขภาพเป็น 2 แขนงใหญ่ๆ คือ 1)การพึ่งตนเองทั้งระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัวและชุมชน 2)และการพึ่งพาบริการ โดยเฉพาะระบบบริการปฐมภูมิ กอปรกับการพัฒนาด้านการปกครอง ที่กระจายอำนาจการปกครองสู่ท้องถิ่น เกิดหน่วยงาน “องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” ดังนั้น ภาครัฐหลักในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชน จึงประกอบด้วย ชุมชนซึ่งรวมถึงองค์กรชุมชนต่างๆ ได้แก่ บ้าน วัด โรงเรียน กลุ่ม ชมรม ต่างๆ, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาลระดับต่างๆ และองค์การบริหารส่วนตำบล และที่สำคัญ คือ หน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งต้องปรับบทบาทและกระบวนการดำเนินงาน ตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.) ร่วมกับ สำนักงานสนับสนุนการวิจัยระบบสุขภาพ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ(สวรส.อีสาน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ หน่วยคู่สัญญาบริการปฐมภูมิ (Contracting Unit of Primary Care: CUP) อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ เครือข่ายสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จึงได้ดำเนินโครงการ เรียนรู้เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ซึ่งในปัจจุบันเป็นการดำเนินงานในระยะที่ 2 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการจัดบริการปฐมภูมิ โดยผ่านกลไกเครือข่ายการเรียนรู้ อันจะนำไปสู่การพัฒนาความเข้มแข็งของระบบสุขภาพชุมชน ในท้ายที่สุด

ทั้งนี้ การดำเนินการโครงการเครือข่ายเรียนรู้เพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ในระยะที่ 1 นั้นเป็นกิจกรรมการพัฒนาต่อยอดจาก โครงการ “พิชิตในฝัน” ที่เน้นการให้โอกาสหน่วยบริการปฐมภูมิจัดทำโครงการที่สอดคล้องกับความต้องการพื้นที่ด้วยความคิดนอกกรอบเดิมที่มุ่งเน้นเฉพาะโรคและการรักษา เป็นการสร้างสุขภาวะที่มีมิติครอบคลุมทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ

โครงการเครือข่ายเรียนรู้ฯ ระยะที่ 1 มุ่งเน้นการพัฒนากลไกการสร้างเครือข่าย และการจัดตั้งเครือข่าย จากการดำเนินการ สามารถสร้างเครือข่ายเรียนรู้ได้ใน 5 จังหวัด มีประเด็นหลักที่เป็นกรอบการทำงาน คือ โรคเบาหวาน (อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์, อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ, อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี และ จังหวัดหนองบัวลำภู) เครื่องมือการเรียนรู้ชุมชน (อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ) และ แพทย์ทางเลือก การทำงานโดยชุมชนมีส่วนร่วม การพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ และเวชศาสตร์ครอบครัว (จังหวัดหนองบัวลำภู)

ส่วนการดำเนินการระยะที่ 2 มุ่งเน้นการเสริมสร้างความเข้มแข็งเครือข่าย การขยายเครือข่ายและการพัฒนากลไกการเรียนรู้ โดยมุ่งหวังว่า จะนำไปสู่การเกิดชุดความรู้ ตลอดจนการสร้างเสริมสมรรถนะผู้ให้บริการและระบบบริการปฐมภูมิ โดยมีกิจกรรมหลักๆ คือ การเรียนรู้ในพื้นที่ การสนับสนุนด้านวิชาการจากพี่เลี้ยง CUP พี่เลี้ยงจังหวัด และพี่เลี้ยงภูมิภาค การเรียนรู้ระหว่างพื้นที่ในโครงการฯ ผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการ และ การเรียนรู้ในภูมิภาค ผ่านการจัดประชุมวิชาการบริการปฐมภูมิ ระดับภูมิภาค ซึ่งสามารถสรุปการดำเนินการในระยะที่ 2 ได้ดังนี้

วัตถุประสงค์การดำเนินการ

1. เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายเรียนรู้ทั้งในระดับพื้นที่ และระดับภูมิภาค
2. เพื่อพัฒนาศักยภาพของสมาชิกเครือข่ายเรียนรู้ ทั้งในกลุ่มผู้ปฏิบัติ และ พี่เลี้ยง
3. เพื่อผลิตชุดความรู้ในการปฏิบัติงานให้บริการปฐมภูมิในกลุ่มโรคเบาหวาน

การดำเนินงาน

เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องจากดำเนินการระยะที่ 1 การดำเนินการระยะที่ 2 ยังคงดำเนินการสนับสนุนในรูปแบบโครงการพัฒนาของพื้นที่ (project – based approach) และด้วยบทเรียนและการวางรากฐานในระยะที่ 1 ในการดำเนินการระยะที่ 2 จึงพยายามผลักดันกิจกรรมการเรียนรู้ของเครือข่ายให้อยู่ในระบบปกติ โดยพี่เลี้ยงภาคและพี่เลี้ยงจังหวัดลดบทบาทการดำเนินการลง จากการเข้าไปร่วมดำเนินการจัดกระบวนการเรียนรู้ระดับพื้นที่ เป็นการให้คำแนะนำและกระตุ้นผ่านการสื่อสารระยะไกล (โทรศัพท์, อีเมล) ตลอดจนติดตามผ่านเอกสารรายงานความก้าวหน้าโครงการ อย่างไรก็ตาม พี่เลี้ยงภูมิภาคร่วมกับผู้บริหารระดับพื้นที่ ได้เข้าร่วมการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในพื้นที่ 1 ครั้ง และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่ 2 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 เป็นการทบทวนการดำเนินงานระยะที่ 1 และพัฒนาแผนการดำเนินงานระยะที่ 2 และ ครั้งที่ 2 เป็นการสรุปผลผลิตโครงการทั้งในส่วนของระบบบริการและการพัฒนาทรัพยากรบุคคล ตลอดจนบทเรียนการดำเนินงาน อนึ่ง ในการดำเนินการระยะที่ 2 ได้พยายามขยายพื้นที่ดำเนินการ โดยชักชวน จังหวัดชัยภูมิ จังหวัดเลย และจังหวัดยโสธร ผ่านการประชุมชี้แจง การเยี่ยมพื้นที่ และการเชิญให้เข้าร่วมเวทีเครือข่ายเรียนรู้

ในส่วนการพัฒนาพี่เลี้ยง นั้น พี่เลี้ยงจังหวัดและพี่เลี้ยงภาค นอกจากการเยี่ยมพื้นที่เรียนรู้จากการปฏิบัติผ่านการวิเคราะห์และสังเคราะห์ร่วมกันโดยใช้งานของเครือข่ายเป็นบทเรียนแล้ว พี่เลี้ยงเครือข่ายยังได้รับโอกาสให้เข้าร่วมกิจกรรมการอบรมและการประชุมเชิงปฏิบัติการของ สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน เป็นระยะ

ผลการดำเนินงาน

การขยายพื้นที่ดำเนินการ

ในการขยายพื้นที่ดำเนินการ แม้ว่า จะมีความพยายามขยายพื้นที่ไปอีกสามจังหวัด แต่พบว่า มีเพียงจังหวัดชัยภูมิ เท่านั้นที่ขอรับการสนับสนุนการดำเนินโครงการ ส่วนจังหวัดเลยขอเข้าร่วมในฐานะผู้สังเกตการณ์ และจังหวัดยโสธรไม่ได้เข้าร่วมในเครือข่าย ทั้งนี้ เนื่องจากความไม่พร้อมของทีมจังหวัด สืบเนื่องจากการกิจในงานปกติที่มีมากของทีมจังหวัด และอีกส่วนหนึ่งนั้น กิจกรรมการเรียนรู้ได้มีการดำเนินงานบางส่วนในจังหวัด

นอกจากเครือข่ายเรียนรู้ที่ได้รับการสนับสนุนจาก สฟช. แล้ว สวรส.อีสานได้สนับสนุนโครงการวิจัยการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน หน่วยเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลจังหวัดเลย ซึ่งได้ใช้เวทีเครือข่ายเรียนรู้ให้ทีมวิจัยเวชกรรมสังคมเข้ามาแลกเปลี่ยนประสบการณ์และรับรู้การดำเนินงานของหน่วยบริการอื่นๆ ซึ่งได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี

โครงการพัฒนาแนวทางการควบคุมโรค ลดภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยโรคเบาหวาน

พญ.มณฑิรา ศรีพลกรัง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยรายใหม่โรงพยาบาลเลย โดยใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมผ่านกระบวนการกลุ่ม กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเลย ทั้งหมด 19 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ เป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ได้รับการรักษาด้วยยาชนิดรับประทาน อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเลย เพื่อความสะดวกในการเดินทางมาเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตามกำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม บันทึกเทป การสังเกต การจดบันทึกไปพร้อมๆกัน ระหว่างเก็บข้อมูลทำการวิเคราะห์ในแต่ละครั้ง มีการถอดบทเรียนเพื่อปรับปรุงใช้ครั้งถัดไป ซึ่งสามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

รูปแบบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินความรู้ ทักษะ ทักษะ พฤติกรรม ให้ความรู้ ข้อมูล ตามสภาพปัญหา ในประเด็นเกี่ยวกับโรค การรักษา การปฏิบัติตัว การจัดการกับความเครียด การดูแลเท้า หรือปัญหาด้านสังคมอื่นๆ ผ่านกระบวนการกลุ่ม 5 ครั้ง ตามแผนกิจกรรม หลังจากนั้นประเมินผลด้วยแบบประเมินความรู้ ทักษะ พฤติกรรม และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลพบว่า ค่าคะแนนจากแบบสอบถามด้านความรู้ ทักษะและพฤติกรรมหลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเพิ่มขึ้น และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติ

จากการศึกษานี้ส่งผลให้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษามีความรู้สึกในทางที่ดีขึ้น มีความรู้ ความเข้าใจในโรค การปฏิบัติตัว ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเอง สามารถควบคุมอาการของโรค อยู่ร่วมกับการเจ็บป่วยได้ และผู้ศึกษาหรือผู้ที่เกี่ยวข้องในทีมดูแลผู้ป่วยเบาหวานมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนให้ข้อมูล และสามารถชี้แนะทางเกี่ยวกับการศึกษานี้ในงานบริการตั้งข้อเสนอแนะต่อไป

ด้านนโยบาย

1. ควรมีระบบสนับสนุนการปฏิบัติงานต่อเนื่อง เช่น จัดสถานที่เพื่อให้เหมาะกับกิจกรรม ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องได้รับการอบรมเกี่ยวกับกระบวนการกลุ่ม การอบรมการดูแลทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน
2. จัดบริการกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในทุกสถานบริการปฐมภูมิ

ด้านการวิจัย

1. ควรศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานรายเก่า ว่าส่งผลต่อการปรับพฤติกรรมหรือไม่
2. ควรนำบทเรียนและทักษะจากการศึกษานี้ไปศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มผู้ป่วยโรคอื่น
3. ควรนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม เพื่อส่งเสริม สนับสนุนในการดูแลผู้ป่วย
4. การให้ผู้ป่วยเดิมที่สามารถควบคุมโรคได้ดี มาเป็นบุคคลต้นแบบ เพื่อให้เห็นผลและเป็นตัวอย่างที่ดีในการปฏิบัติ

5. การปรับการนัดกลุ่มควรเป็นระยะที่ใกล้ขึ้น เพื่อให้สามารถควบคุมและติดตามพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง

ด้านบริการ

1. จัดให้มีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในคลินิกต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม
2. จัดให้มีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อส่งเสริมศักยภาพให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง
3. จากการศึกษากิจกรรมการปฏิบัติงานเรื่องเบาหวานในปัจจุบัน ยังไม่ครอบคลุมกิจกรรมรูปแบบนี้ ดังนั้นควรจัดอบรมให้เจ้าหน้าที่เพิ่มเติมด้านการใช้กระบวนการกลุ่ม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้

แผนงาน ระบบข้อมูลสุขภาพระดับพื้นที่

โครงการบริหารกระบวนการและเครือข่ายพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพระดับพื้นที่

รศ.นพ.สมพนธ์ ทัศนัย

โครงการ บริหารกระบวนการและเครือข่ายพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพระดับพื้นที่ เป็นความร่วมมือระหว่างแผนงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติ และ สำนักงานสนับสนุนการวิจัยระบบสุขภาพ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (สวรส.อีสาน) โดยมีเป้าหมายเพื่อจัดตั้งเครือข่ายระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และ เป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพของข้อมูลผ่านกลไกการนำเอาข้อมูลไปใช้แก้ไขปัญหา ซึ่งระบบข้อมูลข่าวสารถือเป็นเครื่องมือพื้นฐานในการกำหนดปัญหาและมาตรการแก้ไข ปัญหา ตลอดจนการติดตามและประเมินผลสำเร็จของมาตรการแก้ไขปัญหานั้นที่กำหนดหรือพัฒนาขึ้น ทั้งนี้ในกระบวนการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารดังกล่าวจำเป็นต้องมีภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องมาร่วมกันพัฒนาตั้งแต่เริ่มจัดทำโครงการฯ โดย สวรส.อีสานเป็นหน่วยประสานงานกลางระหว่างพื้นที่ ผู้เชี่ยวชาญ ตลอดจนผู้ใช้ข้อมูลทั้งส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่น ซึ่งกระบวนการหลักในการดำเนินการ ประกอบด้วย 1) การเลือกพื้นที่โดยการประเมินความพร้อมทั้งอุปกรณ์ เครื่องมือ และบุคลากร ความสนใจและการสนับสนุนของบุคลากรระดับต่างๆทั้งระดับบริหาร และระดับปฏิบัติการ 2) การคัดสรรหน่วยงาน ภาคีเครือข่ายร่วมและบุคคลที่เข้าร่วมกระบวนการ 3) การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาเพื่อกำหนดประเด็นปัญหาสุขภาพ ที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม 4) การวิเคราะห์ต้นทุนการดำเนินการและความเป็นไปได้ของการดำเนินงานและการสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายในพื้นที่ 5) การกำหนดเป้าหมายการดำเนินการร่วมกัน การจัดเวทีเพื่อรับฟังข้อคิดเห็น การนำเสนอข้อเสนอโครงการ การเผยแพร่ข้อมูลกระบวนการให้กับบุคลากรและหน่วยงานที่สนใจ การกำหนดโครงสร้างการบริหารจัดการโครงการ การกำหนดบทบาทและการสนับสนุนจากผู้บริหารและผู้กำหนดนโยบายในพื้นที่ ทั้งนี้ ภายหลังจากดำเนินกระบวนการพัฒนาข้อเสนอโครงการแล้วเสร็จ ได้นำส่งต่อ แผนงานระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติ เพื่อพิจารณาให้การสนับสนุนต่อไป ทั้งนี้ปัจจุบันอยู่ระหว่างการพิจารณาของแผนงานฯ

ทั้งนี้ กลไกหลักในการดำเนินการ ประกอบด้วย การสร้างความสมัครใจ กระตุ้นความต้องการพื้นที่ สร้างการมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินการ เพื่อให้เกิดพันธสัญญาระหว่างภาคี การสนับสนุนทรัพยากรด้านวิชาการ สร้างการรับรู้การพัฒนา ระบบข้อมูลต่อผู้บริหารทั้งระดับพื้นที่และส่วนกลาง

และจากการระดมความคิดเห็นร่วมกัน ได้ กำหนดคำสำคัญของระบบข้อมูล คือ open source, simple, single entry, anywhere & anytime เพื่อให้ผู้ปฏิบัติและผู้ใช้ข้อมูลมีความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูล และเนื่องจากระบบข้อมูลมีความเกี่ยวข้องกับหน่วยงานส่วนกลาง ดังนั้นในการดำเนินการจึงได้เชิญผู้บริหารและผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับระบบข้อมูลเข้าร่วมในการให้ข้อคิดเห็นต่อการดำเนินการ ด้วยเทคนิค snow ball ทำให้สามารถประสานและติดต่อกับผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารจัดการข้อมูล และการพัฒนาโปรแกรม ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบข้อมูล นอกเหนือจากการให้ข้อคิดเห็นในการพัฒนา

อนึ่ง การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร ดำเนินการโดยใช้ project-based approach เพื่อให้มีความชัดเจนทั้งโครงสร้างการทำงาน เป้าหมาย กระบวนการดำเนินการ กิจกรรม บทบาทองค์กรที่เกี่ยวข้อง และผู้รับผิดชอบ ตลอดจนเป็นการง่ายต่อสื่อสารกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ตลอดจนการติดตามและสนับสนุนการดำเนินงาน

กล่าวโดยสรุป การดำเนินงานโครงการ บริหารกระบวนการและเครือข่ายพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพระดับพื้นที่ ระยะแรกเป็นการจัดตั้งเครือข่าย และสร้างกลไกให้เกิดการขับเคลื่อนเครือข่ายในการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร โดยปัญหาและประเด็นหลักด้านสุขภาพที่ต้องการแก้ไขเป็นตัวเดินเรื่อง ทั้งนี้การกำหนดปัญหาและประเด็นหลักที่ต้องการแก้ไขปัญหานั้นผ่านกระบวนการค้นหาภาคีที่มีส่วนเกี่ยวข้อง การร่วมกันวางแนวทางการจัดทำโครงการ การจัดทำโครงการโดยรับฟังข้อคิดเห็นจากภาคีภาคส่วนต่างๆ ทั้งในพื้นที่ และส่วนกลาง และการจัดการผ่านโครงการทำให้เห็นโครงสร้างและการทำงานที่ชัดเจน โดยนักวิชาการและผู้บริหารติดตามและให้การสนับสนุนการดำเนินงาน

แผนงาน พัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานในสถานประกอบการ

โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานในสถานประกอบการระยะที่3

โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานในสถานประกอบการ ระยะที่3 เป็นความร่วมมือที่ต่อเนื่องระหว่าง สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย สภาอุตสาหกรรมภาค สภาอุตสาหกรรมจังหวัด และ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เครือข่ายภูมิภาค (ภาคตะวันออก, ภาคเหนือ, ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้) โดยมี สวรส.ภาคตะวันออก เป็นหน่วยงานหลักในการประสานงานระหว่างภูมิภาค โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อขยาย มาตรฐานระบบบริหารคุณภาพชีวิตในสถานประกอบการ (MS-QWL:2004) โดยการสนับสนุนของ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส)

ในการดำเนินงานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มี สำนักงานสนับสนุนการวิจัยระบบสุขภาพ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (สวรส.อีสาน) ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินการโครงการ โดยความร่วมมือ ของ สภาอุตสาหกรรมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สภาอุตสาหกรรมจังหวัดชัยภูมิ สภาอุตสาหกรรมจังหวัดนครราชสีมา สภาอุตสาหกรรมจังหวัดนครพนม ซึ่งเป็นผู้สนับสนุนการดำเนินงานในด้านสถานประกอบการ และ สำนักป้องกันควบคุมโรค ที่ 5 นครราชสีมา, สำนักงานสิ่งแวดล้อมภาค ที่ 11 จังหวัดนครราชสีมา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เป็นผู้สนับสนุนการดำเนินงานด้านที่ปรึกษาระดับภาคและที่ปรึกษาสถานประกอบการ

ในส่วนของที่ปรึกษา มีที่ปรึกษา รวมทั้งสิ้น 12 คน เป็นที่ปรึกษาสังกัด สำนักงานสิ่งแวดล้อมภาคฯ 3 คน สังกัด สำนักป้องกันควบคุมโรคฯ 5 คน สังกัดคณะสาธารณสุขศาสตร์ 1 คน และ สังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม 3 คน

โดยมีสถานประกอบการเข้าร่วมโครงการในระยะเริ่มต้น 34 แห่ง ภายหลังจากการดำเนินการได้ระยะหนึ่ง ได้มีสถานประกอบการขอถอนตัวเนื่องจากความพร้อม ภายหลังเหลือสถานประกอบการที่ร่วมดำเนินการ 30 แห่ง และจากจำนวน 30 แห่ง มีสถานประกอบการที่ขอรับการประเมิน 8 แห่ง ณ ปัจจุบัน มีสถานประกอบการที่ผ่านการรับรอง 1 แห่ง

กระบวนการดำเนินการประกอบด้วย การพัฒนาที่ปรึกษา โดยผ่านการอบรม จากสถาบันเสริมสร้างขีดความสามารถมนุษย์ สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกันของที่ปรึกษาภาคและที่ปรึกษาสถานประกอบการ และการจัดประชุมเพื่อรายงานความก้าวหน้าในการดำเนินการหลายครั้ง ทั้งนี้ จากการประชุมร่วมกันหลายครั้งของที่ปรึกษา ได้มีการพัฒนา คู่มือการดำเนินงานมาตรฐานระบบการบริหารจัดการคุณภาพชีวิตในสถานประกอบการ การคัดเลือกและพัฒนาเครื่องมือในการประเมินสถานะและความเสี่ยงด้านสุขภาพทั้งสี่ด้าน ประกอบด้วย กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ การพัฒนาแบบรายการตรวจสอบความก้าวหน้าในการดำเนินการ (checklist MS-QWL:2004) การจัดทำสไลด์นำเสนอมาตรฐานการบริหารจัดการคุณภาพชีวิตในสถานประกอบการ ซึ่งใช้ในการดำเนินโครงการ นอกจากนี้ ในการดำเนินการช่วงท้าย สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย และสวรส.อีสาน ได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติ การตรวจประเมินภายใน และการเตรียมพร้อมเพื่อขอรับการตรวจประเมินภายนอก โดยผู้เข้าร่วมประกอบด้วย ที่ปรึกษา และผู้แทนสถานประกอบการ

ในส่วนของสถานประกอบการ ได้มีการจัดประชุมชี้แจง เพิ่มเติมจาก สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทยที่ชี้แจงต่อเจ้าของสถานประกอบการ ในการประชุมของสภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย โดยมีการจัดประชุมชี้แจง 3 ครั้ง ที่จังหวัดชัยภูมิ จังหวัดนครราชสีมา และ จังหวัดนครพนม โดยผู้เข้าร่วมประกอบด้วย ผู้แทนสถาบันเสริมสร้างขีดความสามารถทรัพยากรมนุษย์ สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย สภาอุตสาหกรรมภาค สภาอุตสาหกรรมจังหวัด สวรส.อีสาน ที่ปรึกษา และสถานประกอบการ

นอกเหนือจากการติดตามสนับสนุนการดำเนินงานของที่ปรึกษาสถานประกอบการแล้ว ในระดับจังหวัด และ ระดับภาค ได้จัดประชุมเพื่อนำเสนอความก้าวหน้าในการดำเนินการ โดยภายหลังการประชุม และถือเป็นโอกาสการหารือกันเพิ่มเติมระหว่างที่ปรึกษาและสถานประกอบการ นอกเหนือไปจากการนัดหมายที่สถานประกอบการ

ระบบการให้คำปรึกษาและการติดต่อประสานงาน ที่ปรึกษาสถานประกอบการจะมีการติดต่อโดยตรงกับสถานประกอบการ ทั้งที่เป็นเชิงรับ คือ สถานประกอบการร้องขอ และเชิงรุก คือ ที่ปรึกษาแจ้งไปยังสถานประกอบการเพื่อขอติดตามการดำเนินงาน โดยการติดต่อประสานงาน ตลอดจนการให้คำปรึกษา ดำเนินการผ่านระบบโทรศัพท์ ระบบจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (อินเทอร์เน็ตอีเมล) และการพบกันโดยตรง ทั้งนี้ให้เป็นความพร้อมของทั้งสองฝ่าย นอกจากนี้ มีการจัดการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม กล่าวคือ จัดประชุมร่วมกันระหว่างสถานประกอบการที่อยู่ในพื้นที่เดียวกัน ได้แก่ นครราชสีมา ชัยภูมิ และนครพนม ทำให้มีการแลกเปลี่ยน และการเรียนรู้ความก้าวหน้าระหว่างกันและกันของสถานประกอบการ เป็นการกระตุ้นการดำเนินการของสถานประกอบการ และในระหว่างการประชุมหากมีข้อซักถามที่เกี่ยวข้องกับ หน่วยประสานงานระดับภาค คือ สวรส.อีสาน ก็ถือเป็นโอกาสในการตอบข้อซักถามดังกล่าว

ผลการดำเนินการ จากจำนวนสถานประกอบการที่เข้าร่วมโครงการฯ ในภาคอีสานจำนวน 34 แห่ง มีสถานประกอบการถอนตัวเหลือ 30 แห่ง และ ขอรับการตรวจรับรอง 8 แห่ง ผ่านการตรวจรับรอง 1 แห่ง แม้จะมีจำนวนสถานประกอบการจำนวนน้อยที่แจ้งความจำนงค์ขอรับการตรวจประเมิน อย่างไรก็ตาม โดยภาพรวม สถานประกอบการส่วนใหญ่ได้ประโยชน์จากการดำเนินการ โดยเฉพาะเรื่องการสื่อสารระหว่างเจ้าของสถานประกอบการและพนักงาน และระหว่างพนักงานกับพนักงาน เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในองค์กร ทำให้เกิดความเป็นชุมชนในสถานประกอบการมากขึ้น สถานประกอบการแห่งหนึ่ง ระบุว่า ภายหลังจากการดำเนินงานโครงการฯ ทำให้พนักงานดีขึ้นมาก มีความรับผิดชอบมากขึ้น และส่วนร่วมกับการดูแลสถานประกอบการ ซึ่งเป็นไปความคาดหวังของเจ้าของสถานประกอบการ ที่ต้องการให้พนักงานมีความรู้สึกการทำงานในสถานประกอบการเหมือนทำงานอยู่ที่บ้านของตนเอง และจากการพูดคุยกับผู้รับผิดชอบโครงการ ตลอดจนพนักงาน ทุกคนเห็นผลดีของการดำเนินงานโครงการฯ มีสัมพันธภาพระหว่างกันมากขึ้น มีจิตสำนึกต่อองค์กร และจิตสำนึกต่อสังคมร่วมกัน อย่างไรก็ตาม สถานประกอบการส่วนหนึ่ง พบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการเนื่องจาก สถานทางเศรษฐกิจของสถานประกอบการ การลาออกของผู้รับผิดชอบโครงการ ความเหนื่อยล้าจากการทำระบบมาตรฐานอื่น การขาดความเข้าใจต่อโครงการฯอย่างแท้จริงของเจ้าของสถานประกอบการ ตลอดจนการเข้าร่วมโครงการฯไม่ได้เกิดจากความต้องการอย่างแท้จริง ทำให้การดำเนินงานหยุดชะงัก ขอถอนตัวจากโครงการฯ หรือไม่ขอรับการประเมิน เช่นเดียวกัน สถานประกอบการบางแห่งไม่เห็นประโยชน์ของการขอรับรองการประเมินเนื่องจากต้องเสียค่าใช้จ่าย แต่ยินดีที่จะดำเนินงานโครงการฯ เพราะเห็นประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับพนักงานซึ่งส่งผลเป็นลูกโซ่ต่อสถานประกอบการ

ในส่วนของการตรวจรับรองจากภายนอก พบว่า ส่วนใหญ่ มีอุปสรรค เรื่อง เอกสาร เนื่องจากสถานประกอบการส่วนใหญ่ไม่ได้ผ่านระบบมาตรฐานอื่นมาก่อน ทำให้ขาดความรู้ความเข้าใจตลอดจนความชำนาญในการดำเนินการเรื่องเอกสาร นอกจากนี้ การให้ความหมายระหว่าง สถานประกอบการและผู้ตรวจประเมินในบางหัวข้อ ยังไม่ตรงกัน ทำให้เกิดข้อขัดแย้งทางความคิด หรือ การยอมรับผลการตรวจรับรอง เช่น ประเด็นเรื่องผู้ให้คำปรึกษา เป็นต้น

กล่าวโดยสรุป แม้การขยายงานมาตรฐานระบบบริหารจัดการคุณภาพชีวิตในสถานประกอบการ จะไม่ประสบผลสำเร็จในแง่ของการตรวจรับรองมากนัก แต่ได้จุดให้เกิดประกาย ขึ้นในหลายๆสถานประกอบการ สร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเจ้าของสถานประกอบการและพนักงาน และก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่แน่นแฟ้นมากขึ้น นอกจากนี้ในกระบวนการดำเนินการโครงการฯ ได้ส่งผลให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของพนักงานในสถานประกอบการ ในเรื่องต่างๆ เช่น การประเมินความเสี่ยง การทำงานเป็นทีม การสร้างจิตสำนึกต่อองค์กร เป็นต้น

การสนับสนุนการทำงานขององค์กรภาคีเครือข่าย

โครงการประเมินยุทธศาสตร์การดำเนินงานความปลอดภัยด้านอาหาร กระทรวงสาธารณสุข ระยะที่ 1 พ.ศ. 2547 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

มหาวิทยาลัยขอนแก่น ร่วมกับภาคีเครือข่ายได้แก่ งานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ขอนแก่น ศูนย์อนามัยที่ 5 คณะวิชาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี โดยการสนับสนุนของศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยด้านอาหาร ได้ดำเนินการศึกษาและประเมินผลยุทธศาสตร์การดำเนินงานความปลอดภัยด้านอาหาร ระยะที่ 1 พ.ศ. 2547 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความสำเร็จของโครงการปี 2547 ตามตัวชี้วัดความสำเร็จ 29 ข้อในพื้นที่ 11 จังหวัด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดบุรีรัมย์ จังหวัดสุรินทร์ จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดมุกดาหาร จังหวัดสกลนคร จังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดหนองคาย จังหวัดอุดรธานี และจังหวัดขอนแก่น สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยวิธี multistage cluster sampling technique เก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างเดือนมกราคม ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2548 โดยใช้แบบสอบถาม แบบบันทึกข้อมูล และการสัมภาษณ์ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ รวม 61 คน ผู้ประกอบการ 389 คน ผู้บริโภค 3,300 คน และสื่อมวลชน 7 คน สรุปผลการศึกษา ได้ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านการศึกษา มาตรฐาน กฎหมายให้เป็นสากล พบว่า หน่วยงานส่วนกลางที่เกี่ยวข้องได้ผลักดันให้มีการประกาศใช้กฎหมายทั้ง 15 ฉบับ(ตัวชี้วัดข้อ 1) แต่ในระดับท้องถิ่น การออกกฎ ระเบียบ และการบังคับใช้กฎหมาย โดยจังหวัด ตำรวจ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ยังมีข้อจำกัด ตลอดจนการผลักดันให้มีกระบวนการดำเนินงาน อยู่ ในวงจำกัด สาเหตุเนื่องจาก องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น บางแห่งยังไม่มีโครงสร้างกองสาธารณสุขรองรับ ทำให้ขาดบุคลากรที่จะประสานและดำเนินงานในส่วนนี้ แนวทางการแก้ไข คือ ประสานงานและสนับสนุนการดำเนินงานจาก หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัดผ่านการทำงานของคณะกรรมการความปลอดภัยด้านอาหาร ของจังหวัด

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านความเข้มแข็งในการกำกับดูแลให้อาหารปลอดภัย

2.1 การควบคุมการนำเข้า พบว่า จังหวัดที่มีด่านตรวจการนำเข้า ได้ประกาศกำหนดอาหารกลุ่มเสี่ยงที่ต้องแสดง หนังสือรับรองความปลอดภัยขณะนำเข้า(ตัวชี้วัดข้อ 2) และได้ประกาศกำหนดด้านอาหารและยาเพิ่มเติมให้ครอบคลุม พื้นที่เสี่ยง(ตัวชี้วัดข้อ 3) แล้วทุกจังหวัด ซึ่งได้แก่ จังหวัดมุกดาหาร และจังหวัดอุบลราชธานี โดยจัดให้มีระบบการ ตรวจสอบอาหารกลุ่มเสี่ยงที่นำเข้าทุกรายการตามที่ประกาศกำหนด (ตัวชี้วัดข้อ 4) สุ่มตรวจอาหารอย่างสม่ำเสมอ และ ประสานการส่งตรวจกับศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ดำเนินการตรวจ แต่ขณะนี้จังหวัดที่มีด่าน ยังไม่สามารถจัดให้มีระบบตรวจสอบผลิตภัณฑ์นำเข้าด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น ณ ด่านอาหารและยา(ตัวชี้วัดข้อ 5) และยังไม่สามารถจัดให้มีระบบการป้องกันการสำแดงที่ระหว่างกรมศุลกากรและสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

(อย.) (ตัวชี้วัดข้อ 6) และยังไม่สามารถจัดให้มีระบบการตรวจสอบกำกับการนำเข้า และกระจายเภสัชเคมีภัณฑ์ ที่มี ส่วนผสมของสารออกฤทธิ์ 157 รายการ ไปใช้ในทางที่ผิด(ตัวชี้วัดข้อที่ 7) ดังนั้นจึงไม่สามารถระบุได้ว่า อาหารที่นำเข้ามี คุณภาพมาตรฐานตามกฎหมาย(ตัวชี้วัดข้อ 8) อนึ่ง อาหารสดที่มีการนำเข้าจำนวนมาก มีการดำเนินงานสุ่มตรวจเท่านั้น เนื่องจากไม่มีห้องกักเก็บรักษาไว้ชั่วคราวในขณะรอผลวิเคราะห์จากห้องปฏิบัติการ ซึ่งหากไม่สามารถวิเคราะห์และ แสดงผลเพื่อให้ตัดสินใจได้เร็ว อาจเกิดความเสียหายของอาหารได้

สรุปตัวชี้วัดข้อ 5, 6, 7 และ 8 ยังไม่สามารถดำเนินการได้ สาเหตุจาก ณ ด้านตรวจชายแดนยังไม่มีห้องปฏิบัติการตรวจสอบสารปนเปื้อน และไม่มีผลการดำเนินการใช้ชุดตรวจสอบหรือการตรวจสอบโดยวิธีการอื่นๆ ณ ด้านตรวจชายแดนแนวทางแก้ไข คือ จัดตั้งห้องปฏิบัติการ ณ ด้านตรวจชายแดน หรือ หน่วยตรวจวิเคราะห์เคลื่อนที่ประจำจังหวัดชายแดนที่มีการนำเข้า โดยให้หน่วยงานหรือศูนย์วิเคราะห์ภายใต้เครือข่ายของศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์เพื่อเร่งรัดการดำเนินการ และจัดหาสถานที่กักเก็บอาหารสดที่เหมาะสม กรณีที่จำเป็นต้องรอผลการตรวจวิเคราะห์

2.2 การควบคุมการผลิต พบว่า ทุกจังหวัดมีการทบทวนทะเบียนตำรับยาสัตว์ 3 กลุ่มยา(ตัวชี้วัดข้อ 9) มีระบบการตรวจสอบและดำเนินการตามกฎหมายอย่างเข้มงวดกับการผลิต และจำหน่ายยาสัตว์ และเภสัชเคมีภัณฑ์ที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมาย(ตัวชี้วัดข้อ 10) ส่วนสถานที่ผลิตอาหารแปรรูป 54 ประเภท ยังไม่ได้มาตรฐาน GMP ครบทุกแห่ง(ตัวชี้วัดข้อ 11) สถานผลิตอาหารทุกแห่งได้มาตรฐาน) ดังข้อมูลจากการสำรวจ พบว่า ได้มาตรฐาน GMP 90% สาเหตุเนื่องจากไม่ได้รับความร่วมมือหรือตัดสินใจในการปรับปรุงอาคารสถานที่ผลิต เพราะมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูงในการดำเนินการ

สรุปตัวชี้วัดข้อ 11 ยังไม่ประสบผลสำเร็จ แนวทางแก้ไข คือ เพิ่มมาตรการสนับสนุนทางด้านวิชาการและเงินทุนในการพัฒนา เช่น การให้คำปรึกษาผ่านที่ปรึกษาที่มีประสบการณ์ เป็นต้น สร้างกลไกการสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐบางส่วน ตลอดจนสร้างแรงจูงใจในการลดหย่อนภาษีหากมีการพัฒนาอย่างจริงจัง

2.3 การควบคุมการจำหน่าย จากรายงานของงานคุ้มครองผู้บริโภค พบว่า ตลาดสดได้เกณฑ์ตามมาตรฐานเฉลี่ย 44.4% (ตัวชี้วัดข้อ 12 ให้ได้ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 20) อาหารสดปราศจากสารปนเปื้อน 6 ชนิดเฉลี่ย 99.8% (ตัวชี้วัดข้อ 13) อาหารที่จำหน่ายในบริเวณโรงเรียนตรวจพบบอแรกซ์และจุลินทรีย์ เฉลี่ย 1.4% (ตัวชี้วัดข้อ 14 บอแรกซ์ไม่เกิน 10 % และ Coli form ไม่เกิน 20%) สถานที่ปรุงอาหารจำหน่ายได้มาตรฐานตามเกณฑ์มาตรฐานท้องถิ่น ได้มาตรฐานอาหารสะอาดสะอาดร้อยละ CFGT เฉลี่ย 55.6% (ตัวชี้วัดข้อ 15 สถานที่ปรุงได้มาตรฐานไม่น้อยกว่า 45 % ได้มาตรฐาน CFGT ไม่น้อยกว่า 25%) และจากผลการสำรวจซูเปอร์มาร์เก็ต/มินิมาร์ท กลุ่มตัวอย่างพบว่า มีมุมจำหน่ายอาหารที่ได้มาตรฐานอาหารปลอดภัย เพียงร้อยละ 64 (ตัวชี้วัดข้อ 16 ให้ได้ 100%) ส่วนรายงานฉลากผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูปที่จำหน่ายมีเครื่องหมาย อย.ถูกต้อง พบเฉลี่ย 92.4% (ตัวชี้วัดข้อ 17 ให้ได้ 100%)

สรุปตัวชี้วัด 13, 16 และ 17 ยังไม่ประสบผลสำเร็จ แนวทางแก้ไข ประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง เพิ่มมาตรการสนับสนุนทั้งด้านวิชาการและเงินทุนสำหรับแหล่งจำหน่ายที่มีปัญหาเรื่องโครงสร้างโดยเฉพาะตลาด ส่วนสถานปรุงจำหน่ายอาหารควรจะเร่งประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เข้ามามีบทบาทเรื่องการจัดการอาหารปลอดภัยมากขึ้น ทั้งนี้อาจจะออกมาตรการสนับสนุนต่างๆ เช่น การฝึกอบรมความรู้แก่ผู้ประกอบการ การณรงค์ให้ผู้บริโภคใช้บริการในสถานจำหน่ายที่ได้รับป้ายอาหารปลอดภัย ตลอดจนจัดระเบียบสถานที่จำหน่ายอาหาร เป็นต้น

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านการพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค จากการสำรวจผู้บริโภคทั่วไปและเยาวชนที่เป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษา พบว่า รู้จักหรือเคยได้ยินโครงการอาหารปลอดภัยมากกว่า 80% เคยรู้จักหรือเคยเห็นป้าย อย. และป้าย CFGT มากกว่า 80% แต่ป้ายอาหารปลอดภัย ผู้บริโภคทั่วไปรู้จักประมาณ 70% แต่ที่เป็นนักเรียนรู้ถึง 85% ส่วนป้ายตลาดสดน่าซื้อ ผู้บริโภคทั้งสองกลุ่ม รู้ 50% (ตัวชี้วัดข้อ 18 ให้ได้ 70%) ส่วนการได้ข้อมูลข่าวสารผู้บริโภคได้รับมากกว่า 90% (ตัวชี้วัดข้อ 19 ให้ได้ 70%)

สรุปตัวชี้วัดข้อ 18 ยังไม่ประสบความสำเร็จ เพราะมีขั้นตอนหลายขั้นตอนในการกระจายป้ายจากส่วนกลาง ตลอดจนอยู่ในระยะเริ่มต้นของการให้ป้ายตลาดสดน้ำซึ่ ซึ่งตลาดหลายแห่งอยู่ระหว่างการพัฒนาเป็นตลาดสดน้ำซึ่ แนวทางแก้ไข ให้อำนาจระดับจังหวัดโดยผ่านคณะกรรมการความปลอดภัยด้านอาหาร ระดับจังหวัดในการจัดทำและให้ป้ายความปลอดภัยด้านอาหาร และร่วมกับภาคเอกชนและสื่อมวลชนท้องถิ่นประชาสัมพันธ์ป้าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งป้ายตลาดสดน้ำซึ่เพื่อสร้างการรับรู้แก่ผู้บริโภค

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านการพัฒนาบุคลากรและกระบวนการทำงาน พบว่าทุกจังหวัด มีระบบการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการแก้ปัญหาสารปนเปื้อนในอาหาร ทั้งในระดับส่วนกลางและจังหวัด(ตัวชี้วัดข้อ 21) ดังเช่น จังหวัดขอนแก่น มุกดาหาร อุบลราชธานี เป็นต้น มีการจัดระบบการประสานโดยตั้งเป็นคณะกรรมการระดับจังหวัด และมีการจัดประชุมกันทุกเดือน โดยมีรองผู้ว่าราชการจังหวัด 1 คน ที่ได้รับมอบหมายเฉพาะให้เป็นประธาน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เป็นเลขานุการ และมีกรรมการจากภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง แต่ละจังหวัดจัดให้มีระบบสร้างแรงจูงใจแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเป็นรูปธรรม (ตัวชี้วัดข้อ 22) โดยจัดหางบประมาณจากงบ CEO เพื่อเป็นค่าเบี้ยเลี้ยงค่าเดินทาง ให้อำเภอพื้นที่ มีการจัดกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน ให้ทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น การจัดกิจกรรมถ่ายทอดเทคโนโลยีทางห้องปฏิบัติการให้แก่สถาบันการศึกษาในท้องถิ่น และเอกชน(ตัวชี้วัดข้อ 23) โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร่วมกับหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องเป็นผู้ไปให้ความรู้ เช่น เทศบาล ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ เป็นต้น อย่างไรก็ตามความสามารถในการใช้ชุดทดสอบอาหารเบื้องต้นขององค์กรท้องถิ่นและสถาบันการศึกษาในจังหวัด(ตัวชี้วัดข้อ 24) พบว่ายังปฏิบัติได้น้อยมาก สาเหตุอาจเป็นเพราะไม่ได้ให้ความสนใจและกำกับดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่วนการดำเนินการอย่างเข้มงวดกับผู้กระทำผิดกฎหมาย(ตัวชี้วัดข้อ 25) จังหวัดต่างๆ มีการดำเนินการตามบทบัญญัติของกฎหมาย เช่น แจ้งเตือน ปรับ และสั่งปิด เป็นต้น สำหรับจังหวัดที่เป็นแหล่งท่องเที่ยว ทางจังหวัดได้จัดทำมาตรการเฉพาะขึ้นมาเพื่อให้อาหารปลอดภัย(ตัวชี้วัดข้อ 26) ส่วนชุดทดสอบอาหารเบื้องต้น พบว่ายังมีจำหน่ายน้อย และไม่ทั่วถึง รวมทั้งยังขาดการประชาสัมพันธ์ไปสู่ประชาชนที่มีประสิทธิภาพ(ตัวชี้วัดข้อ 27)

สรุปตัวชี้วัดที่ 24 และ 27 ยังไม่ประสบความสำเร็จ แนวทางแก้ไขคือ ประสานและวางแผนการดำเนินงานร่วมกันระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ สถาบันการศึกษา และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดกิจกรรมและการกำกับดูแล โดยต้องมีการรายงานทุกเดือนอย่างสม่ำเสมอต่อคณะกรรมการหรือคณะอนุกรรมการความปลอดภัยด้านอาหารระดับจังหวัด

ยุทธศาสตร์ที่ 5 ด้านการพัฒนาศักยภาพห้องปฏิบัติการ จากผลการสำรวจศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่รับผิดชอบงานตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด 4 แห่งในภาคอีสาน พบว่า ในขณะนี้ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ทั้ง 4 แห่ง สามารถตรวจวิเคราะห์ Chloramphenicol ได้ แต่ยังไม่มีความพร้อมศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ใดที่มีห้องปฏิบัติการดำเนินการตรวจวิเคราะห์ Nitrofurans ได้ อย่างไรก็ตามการตรวจวิเคราะห์ Nitrofurans อยู่ในแผนการดำเนินงานของศูนย์ขอนแก่น และนครราชสีมา โดยขณะนี้ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ทั้งสองแห่งอยู่ระหว่างเตรียมการ และจะสามารถดำเนินการให้บริการในระยะอันใกล้ (ตัวชี้วัดข้อ 28 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีห้องปฏิบัติการที่สามารถให้บริการตรวจ Chloramphenicol และ Nitrofurans ได้อย่างน้อย 1 แห่ง) นอกจากนี้ ยังพบว่า ยังไม่มีที่ห้องปฏิบัติการอาหารและยา ณ ด้านตรวจชายแดนของจังหวัดชายแดนที่มีการนำเข้าอาหารและเภสัชเคมีภัณฑ์ (ตัวชี้วัดข้อ 29 มีห้องปฏิบัติการอาหารและยา(Mini Lab) ณ ด้านตรวจชายแดน อย่างน้อย 1 แห่ง)

สรุปตัวชี้วัดข้อ 28, 29 ยังไม่ประสบความสำเร็จ แนวทางแก้ไข เร่งรัด และสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมการเตรียมความพร้อมในการตรวจวิเคราะห์ให้แล้วเสร็จโดยเร็ว และมีการถ่ายทอดไปสู่บุคลากรจากศูนย์วิทยุการแพทย์ อื่นๆ และเร่งรัดการจัดตั้งห้องปฏิบัติการ ณ ด้านตรวจชายแดน

โครงการอบรม ผู้นำท้องถิ่นกับการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ทิศทางการพัฒนาประเทศได้กำหนดให้มีการกระจายอำนาจการปกครองสู่ท้องถิ่น โดยการจัดตั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการเพิ่มงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานของท้องถิ่นมากขึ้น ตลอดจนถ่ายเทภารกิจจากทบวงกระทรวง กรมต่าง ๆ ให้อยู่ในความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งรวมถึงภารกิจการดูแลและพัฒนาภาวะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ อย่างไรก็ตาม สถานการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในระยะเปลี่ยนผ่าน จึงยังคงมีการพัฒนาความร่วมมือหลากหลายประเด็น และหลายภาคส่วน ทั้งส่วนหน่วยกำกับนโยบายภาครัฐ ตลอดจนสถาบันการศึกษา เพื่อพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการดำเนินการดูแลสุขภาพในพื้นที่ร่วมกับสถานบริการสุขภาพ และหน่วยงานการสนับสนุน กำกับและติดตามงานด้านสาธารณสุข

จากวิสัยทัศน์ของสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2549 ในยุทธศาสตร์ที่ 7 พัฒนาการมีส่วนร่วมจากภาคท้องถิ่น สปสช.ได้มอบหมายให้มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดย สำนักงานสนับสนุนการวิจัยระบบสุขภาพ (สวรส.อีสาน) ดำเนินการพัฒนาหลักสูตรการอบรม ภายใต้โครงการพัฒนาสมรรถนะการมีส่วนร่วมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน คือ หลักสูตรผู้นำท้องถิ่นกับการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีเป้าหมายเพื่อ

1. เสริมสร้างความเข้าใจและรับรู้ เรื่องระบบสุขภาพ และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กับบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
2. พัฒนาศักยภาพในการวิเคราะห์ปัญหาด้านสาธารณสุขระดับพื้นที่ การสร้างวิสัยทัศน์ และพันธกิจในการสร้างหลักประกันสุขภาพในท้องถิ่น

วัตถุประสงค์การประเมิน

เพื่อประเมิน ความครบถ้วนของเนื้อหา และ กระบวนการจัดอบรมหลักสูตรผู้นำท้องถิ่นกับการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

กระบวนการดำเนินการประเมิน

การดำเนินการประเมินหลักสูตร ประกอบด้วย การใช้แบบประเมิน ผู้เข้ารับการอบรม การสังเกตกระบวนการจัดอบรมอย่างมีส่วนร่วม และ การสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม กับผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งประกอบด้วย ผู้แทนสถาบันการศึกษา ผู้แทนหน่วยงานภาครัฐที่ดำเนินงานด้านสาธารณสุขภาคประชาชน ผู้แทนองค์กรในกำกับของรัฐที่ดำเนินงานด้านบริการปฐมภูมิ ผู้แทนสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่ และหน่วยบริการ ที่บทบาทร่วมดำเนินการกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ อยู่ในภาคผนวก)

ในส่วนของการรับฟังข้อคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒินั้น นอกเหนือจากการชี้แจงวัตถุประสงค์การประเมินและประเด็นที่ขอรับฟังความคิดเห็นแล้ว ผู้ประเมินได้นำเสนอ กระบวนการจัดทำหลักสูตร วัตถุประสงค์ เนื้อหาหลักสูตร กระบวนการอบรมฯ วิทยากร กลุ่มผู้เข้ารับการอบรม ตลอดจนบรรยากาศและข้อสังเกต ในกิจกรรมต่างๆของการอบรม จากนั้นเป็นการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ ในประเด็นหลัก สามประเด็น คือ บริบทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คุณลักษณะนายกองค์การการปกครองส่วนท้องถิ่น, ความสอดคล้องและครอบคลุมเนื้อหาหลักสูตรต่อวัตถุประสงค์การอบรม, กระบวนการจัดการอบรม และประเด็นอื่นๆที่ ผู้ทรงคุณวุฒิเห็นว่ามีความสำคัญ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์เนื้อหา จัดหมวดหมู่ตามประเด็นที่กำหนด พิจารณาความสอดคล้อง และความต่างของข้อมูลที่ได้ และนำเสนอโดยการพรรณนาข้อค้นพบ และสรุปเป็นประเด็นหลัก

ผลการประเมินหลักสูตร

เนื้อหาหลักสูตรและกระบวนการจัดอบรมโดยสังเขป

กระบวนการอบรม แบ่งออกเป็นสามระยะ อบรมเชิงปฏิบัติการ / ปฏิบัติงานจัดทำแผนในพื้นที่ / นำเสนอแผนสุขภาพชุมชนและการแลกเปลี่ยน

ระยะที่ หนึ่ง จากวัตถุประสงค์หลักสูตรเพื่อ สร้างการรับรู้และความเข้าใจต่อการสร้างหลักประกันสุขภาพ และบทบาทของท้องถิ่นในการร่วมสร้างหลักประกันสุขภาพ และ การพัฒนาทักษะ การจัดทำแผนบูรณาการโดยใช้แนวคิดเชิงระบบ นั้น การจัดเนื้อหาหลักสูตร ประกอบด้วย การเปิดทัศนด้านสุขภาพ ที่มีมากไปกว่า เรื่อง โรคและการเจ็บป่วย แต่ครอบคลุมถึงมิติทางสังคมอื่นๆ เช่น สิ่งแวดล้อม ภูมิศาสตร์ ประชากร โครงสร้างทางสังคม เป็น ที่มีความเชื่อมโยง จนนำไปสู่ภาวะคุณภาพต่อสุขภาพ

นอกจากนี้ เป็นการให้ข้อมูลเรื่อง แนวคิด และกระบวนการดำเนินงาน การสร้างหลักประกันสุขภาพ ตามกรอบและทิศทาง ของสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การนำเสนอบทเรียนดีๆ จากการดำเนินงาน โรงพยาบาลตำบล จากหน่วยบริการคู่สัญญา อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ การดำเนินงานกองทุนสุขภาพตำบล ของ อบต. สีฐาน จังหวัดยโสธร การดำเนินงานพยาบาลชุมชน อบต. น้ำพอง และ การดำเนินงานของกลุ่มอินแปง ที่มุ่งประเด็นต้นทุนทางสังคมของชุมชน

และเพื่อให้การจัดทำแผน เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้มีการนำเสนอ ฐานข้อมูล และดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพ ซึ่งเป็น ประสพการณ์การดำเนินงานของภาคส่วนสาธารณสุข

การฝึกปฏิบัติ วิเคราะห์สถานการณ์ สร้างวิสัยทัศน์ด้านสุขภาพ ตลอดจนการพัฒนานโยบาย ยุทธศาสตร์ แผนแม่บทชุมชน ด้านสุขภาพ โดยเป็นการระดมความคิดจากสมาชิกผู้เข้ารับการอบรมฯ ที่มาจากจังหวัดเดียวกัน

ระยะที่ สอง ภายหลังจากการได้รับข้อมูลนำเข้า มุมมองใหม่ด้านสุขภาพที่มีความเชื่อมโยงกับปรากฏการณ์ต่างๆในชุมชน แนวคิดเรื่องหลักประกันสุขภาพ ตลอดจนทักษะการจัดทำแผน ผู้เข้ารับการอบรมเดินทางกลับไปพื้นที่ที่ตนเองปฏิบัติงาน รวบรวมข้อมูลทั้งข้อมูลมือสอง และข้อมูลอื่นๆ จัดทำแผนสุขภาพชุมชน ทั้งนี้อบต.ส่วนหนึ่งถือเป็นการจัดทำแผนเพื่อสอดคล้องกับโครงการนำร่อง ที่ สปสช. สนับสนุนเงินสร้างเสริมสุขภาพ ให้ อบต.ดำเนินการ รายละเอียด 37.50 ต่อหัวประชากร จากนั้นเป็นการประชุมร่วมระหว่างนายก และ ปลัด อบต. ที่ผ่านการอบรม เพื่อนำเสนอแผนในระดับจังหวัด เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยน และเป็นการกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้จากกัน ตลอดจนมีนักวิชาการ ทั้งในพื้นที่ และสถาบันการศึกษาเข้าร่วมรับฟังให้ความคิดเห็น โดยผลผลิตจากการประชุม คือ แผนสุขภาพชุมชนในระดับพื้นที่ และ แผนสุขภาพชุมชนระดับจังหวัด ทั้งนี้ อบต. เป็นเจ้าภาพในการดำเนินการ

ระยะที่ สาม เป็นการกลับมาประชุมร่วมกัน ทั้ง นายก และ ปลัด อบต. เพื่อมานำเสนอแผนสุขภาพชุมชน โดย แผนระดับจังหวัดเป็นการนำเสนอด้วยวาจา ส่วนแผนระดับ อบต. เป็นการนำเสนอด้วยโปสเตอร์ ทั้งการนำเสนอด้วยวาจา และโปสเตอร์ ผู้เข้าร่วมประชุม ซึ่งรวมถึง นักวิชาการ ผู้แทน สปสช. ผู้แทนชุมชน ได้ให้ความคิดเห็นต่อแผนงานต่าง

โดยวิทยากร ประกอบด้วย วิทยากรบรรยาย และอภิปราย ได้แก่ นักวิชาการ ผู้แทน สปสช. นายกอบต. สสอ. นพ. สาธารณสุขจังหวัดหรือผู้แทนจังหวัด ส่วน วิทยากรกระบวนการ นักวิชาการ ผู้แทนจังหวัด

ผลประเมินจากผู้เข้ารับการอบรม

จากการใช้แบบประเมินผลการจัดอบรม โดยให้ผู้เข้ารับการอบรมกรอกข้อมูลด้วยตนเอง พบว่า โดยส่วนใหญ่แล้ว ผู้เข้ารับการอบรม ให้คะแนนในด้านบวก ในทุกๆประเด็น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความครอบคลุมของเนื้อหาการจัดอบรม ได้แก่ บทเรียนการทำงานด้านสุขภาพ ตลอดจนวิทยากรที่ให้ความรู้มีความเหมาะสม อย่างไรก็ตาม ประเด็นที่ควรได้รับการปรับปรุง คือ การเพิ่มระยะเวลาการอบรม กิจกรรมการดูงาน เอกสารและสื่อประกอบการอบรมฯ

โครงการพัฒนาบทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

เป็นการดำเนินงานโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนจากการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งการศึกษาวิจัยในระยะที่ 1 นี้เป็นการประเมินศักยภาพและความพร้อมของทั้ง 3 ฝ่าย ได้แก่ ฝ่ายสาธารณสุข ฝ่ายท้องถิ่น และฝ่ายชุมชน โดยมองภาพความพร้อม และบทเรียนของการทำงานร่วมกันรอบด้าน 360 องศา รวมทั้งศึกษาถึงสถานการณ์ และกลไกที่เกิดขึ้น สำหรับพื้นที่เป้าหมายในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือ องค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์ อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุดรธานี ซึ่งเป็นพื้นที่นำร่องในการถ่ายโอนสถานีนานามัย, เทศบาลตำบลหนองสองห้อง ตำบลคำบงหวาน อำเภอมะนัง และ องค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์แดง อำเภอรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย โดยการศึกษาแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ กลุ่มของชุมชน กลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกลุ่มของสาธารณสุข เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก สันทนาการกลุ่ม ตลอดจนข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามและเอกสารรายงานต่างๆ ในกลุ่มของชุมชนนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้นำชุมชนทางการ ผู้นำชุมชนทางธรรมชาติ หรือบุคคลทั่วไปที่รู้ความเคลื่อนไหว/ พัฒนาการของชุมชน กลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เก็บรวบรวมข้อมูลในระดับจังหวัด และระดับตำบล โดยระดับจังหวัด คือ ท้องถิ่นจังหวัด นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด ระดับตำบล คือ นายกเทศบาล/ อบต. ประธานสภาเทศบาล/ อบต. ปลัดเทศบาล/ อบต. และเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุข ส่วนกลุ่มของสาธารณสุข เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งจากระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบล โดยระดับจังหวัด คือ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ระดับอำเภอ คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอ และระดับตำบล คือ หัวหน้าสถานีนานามัย หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้รับมอบหมาย

ผลการศึกษาพบว่า โดยภาพรวม พื้นที่มีรูปธรรมการทำงานร่วมกัน แต่ความเข้มข้นของการมีส่วนร่วมขึ้นกับทักษะ และสัมพันธภาพส่วนบุคคล นอกจากนี้ยังรวมถึงแนวคิดที่เปิดกว้างต่อมิติด้านสุขภาพของทั้งฝ่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และฝ่ายสาธารณสุข เป็นหลักด้วย กลุ่มชุมชนที่เป็นหลักในงานด้านสาธารณสุขยังเป็นกลุ่มของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งมีตำแหน่งและบทบาทหน้าที่รับผิดชอบหลายอย่าง เช่น เป็นผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน หรือสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลด้วย จึงทำให้เป็นที่รู้จักและนับถือของคนในชุมชน และยังประโยชน์ต่อการติดต่อประสานงานได้ทั้งฝ่ายสาธารณสุขและฝ่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

จุดเริ่มต้นของการถ่ายโอนสถานีนานามัยของตำบลนาโพธิ์นั้น เริ่มจากหัวหน้าสถานีนานามัยตำบลนาโพธิ์ก่อน ที่มีแนวคิดในการเปลี่ยนแปลง รวมถึงการใช้สัมพันธภาพส่วนบุคคลกับนายก อบต. ซึ่งการถ่ายโอนนั้นนอกจากจะขึ้นกับฝ่ายสาธารณสุขที่ยินยอมพร้อมใจไปแล้ว ยังขึ้นกับวิสัยทัศน์ของนายก อบต. ด้วยว่าพร้อมจะรับการถ่ายโอนหรือไม่

สำหรับกระบวนการได้มาของแผนชุมชนของทั้ง 3 ตำบลคล้ายคลึงกัน คือ มีการทำประชาคม และนำมารวมกับข้อสัญญาที่ให้ไว้ในช่วงหาเสียง ซึ่งแผนนั้นก็จะต้องตามนโยบายของประเทศ และจังหวัด รวมถึงปัญหาของท้องถิ่นนั้นๆ ด้วย แต่ที่ตำบลโพธิ์แดงจะชัดเจนในเรื่องของการทำแผนชุมชนที่เจ้าหน้าที่สถานีนานามัยเข้าร่วม ในระดับหมู่บ้านมีเวทีประชาคม โดยผู้ใหญ่บ้านเป็นประธาน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการประชาคมเฉพาะคนในหมู่บ้าน ยังขาดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและกลไกการเชื่อมโยงแผนชุมชนระหว่างหมู่บ้าน

ทิศทางการทำงานของแต่ละตำบลจะแตกต่างกัน โดย อบต. โพธิ์แดงที่ชัดเจนจะเป็นเรื่องของการส่งเสริมด้านกีฬา มีการจัดตั้งเป็นชมรมกีฬาขึ้นและสนับสนุนด้านงบประมาณเป็นจำนวนมาก การทำงานกับเจ้าหน้าที่สถานีนานามัยค่อนข้างใกล้ชิดกัน และนายกอบต. คนปัจจุบัน เคยเป็น อสม. มาก่อน อบต. นาโพธิ์ จุดเด่นจะอยู่ที่นายก อบต. มีแนวคิด

เรื่องของการบริหารจัดการงบที่ดี โดยงบ อบต. จะใช้ในการพัฒนาคน ส่วนการพัฒนาด้านอื่นๆ จะหาจากแหล่งทุนภายนอก เช่น การสร้างอุทยานการเรียนรู้ชุมชนที่ประกอบด้วยห้องโสต ICT กีฬา สุขภาพ เช่น สปา ฟิตเนต สระว่ายน้ำ สนามชมมวย เป็นต้น จึงทำให้มีงบประมาณเพิ่มมากขึ้น ตลอดจนมีโครงสร้างรองรับการทำงานร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยแต่งตั้งให้นักพัฒนาชุมชนเป็นผู้ดูแลโครงการสปสช. ซึ่งทำหน้าที่ประสานงานด้านสาธารณสุขร่วมกับเจ้าหน้าที่ของอบต. ที่มีหน้าที่รับผิดชอบงานด้านนี้ด้วย และนอกจากนั้นยังมีกลุ่มแกนนำเยาวชนทำงานร่วมกับองค์กรเอกชนในเรื่องการแก้ปัญหาเสพติด และปัญหาโรคเอดส์ในพื้นที่ ส่วนที่ เทศบาลตำบลหนองสองห้อง นั้นมีกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมที่ตั้งขึ้นโดยเฉพาะ ซึ่งเจ้าหน้าที่ในเทศบาลจะเป็นผู้ประสานงานและคอยสนับสนุนด้านงบประมาณให้กับสถานีนามัย และเข้าร่วมกิจกรรมที่จัดขึ้นแต่ไม่ได้เป็นผู้ปฏิบัติโดยตรง เนื่องจากมีบุคลากรน้อย และแม้ว่า นายกเทศมนตรีคนปัจจุบันเคยเป็นทันตภิบาลมาก่อน แต่ลักษณะการบริหารงานก็ไม่แตกต่างจากที่อื่น โดยภาพรวมแนวคิดของผู้นำทั้ง 3 พื้นที่แตกต่างกันมากในเรื่องของการบริหารจัดการ เช่น นาพู่จะมองหาแหล่งงบประมาณจากแหล่งอื่นเข้ามาเสริม และสนับสนุนด้านสาธารณสุขอย่างเต็มที่ ในขณะที่โพนแพงมองว่ามีงบประมาณที่ไม่เพียงพอต่อการนำมาจัดการด้านสาธารณสุข จึงยังไม่สามารถถ่ายโอนเข้ามาอยู่ได้ เป็นต้น

การทำงานของฝ่ายสาธารณสุข สถานีนามัยตำบลโพนแพง การทำงานของเจ้าหน้าที่สถานีนามัย (สอ.) ค่อนข้างใกล้ชิดกับอบต. ส่วน ศูนย์สุขภาพชุมชนค่ายบกหวาน การประสานแนวความคิดระหว่างหัวหน้าสถานีนามัยและเจ้าหน้าที่ค่อนข้างจำกัด อย่างไรก็ตาม การทำงานก็ได้ผลตามเป้าหมาย สถานีนามัยตำบลนาพู่ หัวหน้าสถานีนามัย มีพื้นฐานสัมพันธ์ภาพที่ดีกับนายกเทศบาล/ อบต. เนื่องจากเป็นเพื่อนกันมาก่อน จึงทำให้การประสานงานต่างๆ ง่ายขึ้น จุดเด่นของนาพู่และโพนแพง คือ เจ้าหน้าที่สามารถขึ้นการทำงานของ อบต. ได้ดี มีการทำงานร่วมกัน และมีสัมพันธ์ภาพที่ดี ส่วนเรื่องของการประสานงานนั้นยังมีข้อจำกัดในเรื่องของการประสานงานกับ สสอ. และ สสจ. เนื่องจากเจ้าหน้าที่มีความเชื่อมั่นในแนวคิดของตัวเอง แต่ลักษณะการทำงานโดยภาพรวมก็ยังไม่แตกต่างจากหน่วยบริการในพื้นที่อื่นๆ

รูปธรรมการทำงานร่วมกัน คือ เป็นการทำงานร่วมกันแบบเฉพาะกิจ หรือเฉพาะงานโครงการ ที่เห็นเด่นชัดจะเป็นงานด้านป้องกันและควบคุมโรค เช่น การป้องกันโรคไข้หวัดนก โรคไข้เลือดออก เป็นต้น การสนับสนุนด้านงบประมาณต่างๆ มาจากเทศบาล/ อบต. แต่ฝ่ายสาธารณสุขเป็นผู้จัดทำโครงการเสนอของบประมาณ ส่วนหน่วยคู่สัญญาบริการปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary Care: CUP) นั้น สนับสนุนด้านวิชาการ ประสานงานเรื่องนโยบาย และงบประมาณในส่วนที่ขาด หรือจัดสรรให้ตามโครงการที่เจ้าหน้าที่สถานีนามัยเสนอ ส่วนการปฏิบัติเป็นหน้าที่ของแต่ละสถานีนามัย ซึ่งถูกมองว่าเจ้าหน้าที่มีทักษะที่ดีในการทำงานร่วมกับชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอยู่แล้ว เนื่องจากอยู่ในพื้นที่

ความคิดเห็นเรื่องการถ่ายโอนของฝ่ายชุมชนนั้น ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความสามารถดูแลงานด้านสาธารณสุขได้ เพราะอยู่ใกล้ชิดกับประชาชน รวมทั้งเงินงบประมาณต่างๆ ก็มาจากส่วนนี้ แต่สิ่งที่ต้องเติมเข้าไปเพื่อการพัฒนาการทำงานร่วมกัน คือ ความรู้และความเข้าใจของฝ่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในงานด้านสาธารณสุข และควรลดเรื่องของการใช้อำนาจที่อาจมีมากเกินไป รวมถึง การจัดเวทีสัมมนาแนวนโยบาย เพื่อชี้แจงบทบาทหน้าที่และช่วยเหลือประชาชนอย่างแท้จริง ไม่คิดหาผลประโยชน์ส่วนตัว

ความคิดเห็นเรื่องการถ่ายโอนของฝ่ายสาธารณสุขนั้น มองว่าปกติก็มีการทำงานและความร่วมมือกันอยู่แล้ว ส่วนการเริ่มต้นแนวคิดเรื่องการถ่ายโอนนั้นเกิดจากการตัดสินใจของเจ้าหน้าที่สถานีนามัยเอง โดยผู้บริหารในระดับอำเภอและจังหวัด จะไม่เข้าไปร่วมด้วยเนื่องจากเห็นว่าเป็นสิ่งที่คนในพื้นที่ต้องดูแลและจัดการกันเอง แต่จะเป็นฝ่าย

สนับสนุนในสิ่งที่ไม่สามารถดำเนินการได้ หรือช่วยในด้านวิชาการ สิ่งที่ทำให้การถ่ายโอนไม่สำเร็จ คือ ฝ่ายสาธารณสุขยังไม่มั่นใจในระบบการบริหารงาน เนื่องจากยังไม่เห็นความชัดเจนในข้อบัญญัติ และสิ่งที่สำคัญคือ แนวคิดของฝ่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จะเน้นผลประโยชน์มากกว่าการทำให้ประชาชนอย่างแท้จริงเหมือนกับฝ่ายสาธารณสุข แต่ผู้บริหาร CUP บางท่านมีข้อกังวลคือ ฝ่ายสาธารณสุขทำงานร่วมกับชุมชนอยู่แล้ว ไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมกับฝ่ายท้องถิ่นก็ได้ เพียงแต่บางกิจกรรมต้องทำร่วมกัน แต่แยกกันอยู่จะดีกว่า และในหลายๆ งานที่ทำนั้นก็เห็นผลดี ซึ่งหากไปอยู่กับท้องถิ่นแล้วจะเกิดข้อบกพร่องหรือไม่ และอยากให้มีการทดลองถ่ายโอนทางพฤตินัยก่อน เพื่อหาแนวทางและข้อจำกัดการทำงานในด้านต่างๆ ส่วนข้อคิดเห็นเพื่อการพัฒนาในการทำงานร่วมกันนั้นมองว่าฝ่ายสาธารณสุขต้องมีความรู้ด้านวิชาการมากขึ้น และรอบรู้ทุกด้านของงานสาธารณสุขในตำบล เพื่อสามารถชี้แนะฝ่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้นอกจากนั้นคือความจริงใจที่จะเข้าไปทำงานร่วมกันเพื่อประโยชน์ของประชาชนอย่างแท้จริงไม่หวังแต่ผลงาน

ความคิดเห็นเรื่องการถ่ายโอนของฝ่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มองว่าในอนาคตฝ่ายสาธารณสุขต้องเข้ามาอยู่กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างแน่นนอน ปฏิเสธไม่ได้ และถ่ายโอนคืนไม่ได้ เพราะมีกฎหมายออกมารองรับแล้ว ซึ่งในปัจจุบันนี้ก็มีการทำงานร่วมกันอยู่แล้ว หากทำงานเพียงฝ่ายเดียวจะทำให้งานไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร เนื่องจากต้องอาศัยด้านวิชาการของฝ่ายสาธารณสุขเข้ามาร่วมด้วย ส่วนฝ่ายท้องถิ่นนั้นจะเป็นผู้ดำเนินการเอง เนื่องจากมีความใกล้ชิดกับประชาชนมากกว่า และที่สำคัญมีความพร้อมทั้งด้านบุคลากรและงบประมาณ ส่วนข้อคิดเห็นเพื่อการพัฒนาในการทำงานร่วมกัน คือ ข้อบัญญัติในการถ่ายโอนเรื่องการบริหารจัดการต้องมีความชัดเจน และผู้บริหารของทั้งสองฝ่ายต้องมีความจริงใจในการถ่ายโอน

ปัญหาและอุปสรรคของการทำงานร่วมกัน คือ อาจเกิดข้อร้องเรียนขึ้นจากการทำงาน ซึ่งจะทำให้ต้องเสียเวลาในการแก้ปัญหาในส่วนนี้ และฝ่ายสาธารณสุขต้องเปิดใจยอมรับข้อร้องเรียนที่อาจเกิดขึ้นได้ และปัญหาที่สำคัญอีกประการคือ การไม่เปิดใจของผู้บริหารในการทำงานร่วมกัน

กล่าวโดยสรุป ทั้ง 3 ฝ่ายมีศักยภาพและความพร้อมที่จะทำงานร่วมกัน เพราะมีจุดมุ่งหมายในการทำงานร่วมกันคือ ประชาชนมีสุขภาพที่ดี เพียงแต่ต้องมีผู้นำที่มีแนวคิดที่พร้อมเปิดใจยอมรับการเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงานในรูปแบบใหม่ๆ และแสวงหาสิ่งใหม่ๆ เพื่อพัฒนาองค์กรให้ดีขึ้น และต้องมีแนวทางหรือข้อบัญญัติการปฏิบัติงานที่ชัดเจน เพื่อให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

อย่างไรก็ตาม สิ่งที่จะต้องเพิ่มเติมเข้าไปเพื่อให้เกิดการพัฒนาการทำงานร่วมกันของทั้ง 3 ฝ่ายนั้น คือ การพัฒนาทักษะการสื่อสาร ทั้งสื่อสารภายในและภายนอกองค์กร/ กลุ่ม พัฒนาความรู้ทั้งส่วนของวิชาการ และโครงสร้างการบริหารงาน ที่ทำให้เกิดความชัดเจน โปร่งใสในการทำงาน การเปิดใจยอมรับการทำงานร่วมกันของทั้งฝ่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และฝ่ายสาธารณสุข นอกจากนั้นควรมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำงานร่วมกันจากทุกภาคส่วน

การทบทวนการผลิตพยาบาลชุมชน อำเภอ น้ำพอง

นายแพทย์เกษม เวชสุทธานนท์
สุรศักดิ์ อธิคมานนท์
ภัทรธรรณ ไชยสุริยา

ความสมดุลของกำลังคนด้านสุขภาพต่อการกิจด้านสุขภาพเป็นปัญหาหลักสำคัญประการหนึ่งในการจัดการระบบสุขภาพ ภายหลังการปฏิรูประบบสุขภาพ ประเด็นดังกล่าวถูกหยิบยกมาเป็นหัวข้อสำคัญ โดยมีความพยายามในระดับประเทศในการแก้ไขปัญหาด้วยการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550-2559 ในขณะที่สถานการณ์ปัจจุบัน นโยบายการจำกัดการเพิ่มจำนวนข้าราชการ การกระจายอำนาจ และการปฏิรูปการจัดบริการระบบสาธารณสุข ทำให้หน่วยงานในพื้นที่มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการบริหารและการดำเนินงานเพื่อให้ทันความเปลี่ยนแปลง โรงพยาบาลน้ำพอง อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ได้ริเริ่มโครงการ “พยาบาลชุมชน” ด้วยแนวคิดการดูแลสุขภาพในพื้นที่ โดยให้พยาบาล 1 คนรับผิดชอบการจัดและประสานบริการสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งด้านส่งเสริม ป้องกัน ดูแลรักษาและฟื้นฟู ตามแนวคิดองค์รวมและใกล้บ้านใกล้ใจ ด้วยผลตอบรับที่ดีจากชุมชน ทำให้มีการพัฒนาต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความยั่งยืน โดยในปี พ.ศ.2545 โรงพยาบาลน้ำพองร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) สถาบันการศึกษา และชุมชน คัดเลือกเด็กนักเรียนในชุมชนรับทุนเข้าศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ โดยมีกิจกรรมเสริมจากหลักสูตรปกติ ซึ่งแนวคิดดังกล่าวได้แพร่กระจายและได้รับการตอบรับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งอื่น ๆ เพื่อเป็นการพัฒนากระบวนการผลิตพยาบาลชุมชน สำนักงานสนับสนุนการวิจัยระบบสุขภาพ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (สวรส.อีสาน) ร่วมกับ โรงพยาบาลน้ำพอง โดยการสนับสนุนของ สำนักงานวิจัยและพัฒนาากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.) จึงได้ดำเนินการทบทวนกระบวนการผลิตพยาบาลชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายกระบวนการและขั้นตอนการผลิตพยาบาลชุมชน วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการผลิตพยาบาลชุมชน และจัดทำข้อเสนอแนะในการพัฒนากระบวนการผลิตเพื่อให้บรรลุเป้าหมายโครงการ

วิธีการศึกษา เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2551 โดยการสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตสถานที่ปฏิบัติงานและการปฏิบัติงานของพยาบาลชุมชน ผู้ให้ข้อมูลหลักประกอบด้วย ฝ่ายนโยบายและบริการ ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำพอง ปลัดเทศบาลตำบลน้ำพอง หัวหน้างานแผนและพัฒนายุทธศาสตร์ โรงพยาบาลน้ำพอง หัวหน้างานเวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลน้ำพอง ฝ่ายปฏิบัติการ ประกอบด้วย พยาบาลโรงพยาบาลน้ำพองที่ปฏิบัติงานในชุมชน (พยาบาลพี่เลี้ยง) จำนวน 5 คน พยาบาลชุมชน(รับทุนองค์การบริหารส่วนตำบลน้ำพอง, ชื่อเดิม ณ ขณะนั้น) จำนวน 3 คน ภาคประชาชน ประกอบด้วย แกนนำชุมชน และประชาชนในพื้นที่ปฏิบัติงานของพยาบาลชุมชน จำนวน 7 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา จัดหมวดหมู่ หาความสัมพันธ์ และนำเสนอโดยการพรรณนา

ผลการศึกษา การคัดเลือกผู้รับทุน กำหนดโควตาเป็น 1 คน ต่อ สองหมู่บ้าน กระบวนการคัดเลือกประกอบด้วย การประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อบุคคล การสรรหาโดยชุมชนและพยาบาลโรงพยาบาลน้ำพองที่ปฏิบัติงานในชุมชน การสอบสัมภาษณ์โดยมีคณะกรรมการประกอบด้วย ผู้แทนฝ่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (องค์กรที่ให้ทุนการศึกษา) ได้แก่ ปลัดอบต.น้ำพอง (ชื่อเดิม ณ ขณะนั้น) ผู้แทนโรงพยาบาลน้ำพอง ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำพอง พยาบาลโรงพยาบาลน้ำพองที่ปฏิบัติงานในชุมชนนั้น ผู้แทนภาคประชาชน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ประธานอสม.หรือผู้แทนประธานกลุ่มแม่บ้าน ประธานชมรมผู้สูงอายุ และผู้ทรงคุณวุฒิในชุมชน โดยมีแนวคิดหลัก คือ เลือกคนดีมากกว่าคนเก่ง

และการตัดสินใจให้เป็นฉันทามติ หลังจากผ่านการคัดเลือก ก่อนเข้าศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้รับทุนได้รับการฝึกปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลน้ำพองเป็นเวลาหนึ่งสัปดาห์เพื่อให้เรียนรู้งานและปรับทัศนคติ

นอกเหนือจากนั้น ได้ช่วยงานชุมชนของพยาบาลโรงพยาบาลน้ำพองปฏิบัติงานชุมชนนั้น ในส่วนการสนับสนุนทุน องค์การบริหารส่วนตำบลน้ำพองได้สนับสนุนทุนการศึกษาตลอดหลักสูตรรวมไม่เกิน 200,000.00 บาท โดยครอบคลุม ค่าเล่าเรียน ค่าใช้จ่ายอื่นที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาและค่าที่พัก โดยทำสัญญาปฏิบัติงานภายหลังจบการศึกษาเป็นระยะเวลา 2 เท่าของเวลาที่เรียน ในกรณีที่เรียนไม่จบให้ชดเชยทุนสองเท่าตามจำนวนเงินทุนที่ได้รับ อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ทุนเน้นย้ำว่า ไม่ต้องการการชดเชยคืน แต่ต้องการคนมาปฏิบัติงาน

กระบวนการพัฒนาพยาบาลชุมชน ในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น นอกเหนือจากการเรียน ตามข้อกำหนดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต แล้ว นักศึกษาพยาบาลชุมชนที่รับทุนจากอบต.น้ำพอง ในช่วงปิดทุกภาค การศึกษา ได้กลับไปฝึกปฏิบัติงานที่ โรงพยาบาลน้ำพองและชุมชนในพื้นที่อบต.น้ำพอง (ชื่อเดิม ณ ขณะนั้น) โดยในช่วง 2 ปีแรกเป็นความสมัครใจ ทั้งนี้ องค์การบริหารส่วนตำบลสนับสนุนเบี้ยเลี้ยงจำนวน 100 บาท ต่อวัน ส่วนช่วง 2 ปีหลัง เป็นไปตามข้อกำหนดหลักสูตร ในส่วนของการกิจกรรมช่วยเรียน นอกเหนือจากระบบการสนับสนุนการเรียนปกติสำหรับ นักศึกษาทั่วไป คือ ระบบอาจารย์ที่ปรึกษา ระบบสายรหัส (พี่รหัส) ชุมชนวิชาการ การทบทวนรายวิชาแล้ว คณะพยาบาล ศาสตร์ ได้จัดอาจารย์ผู้ดูแลเฉพาะสำหรับนักศึกษาพยาบาลชุมชน และมีสายรหัสของนักศึกษาพยาบาลชุมชนด้วย ในส่วน ของพื้นที่ ผู้แทนจากโรงพยาบาลน้ำพอง ได้ติดตามความก้าวหน้าเพื่อสนับสนุนการเรียนของนักศึกษาพยาบาลชุมชน โดย ประชุมร่วมกับนักศึกษาพยาบาลชุมชนและอาจารย์ที่รับผิดชอบนักศึกษาพยาบาลชุมชน เดือนละ 1 ครั้ง ภายหลังจบ การศึกษา บัณฑิตพยาบาลชุมชนส่วนหนึ่งที่ไปรายงานตัวก่อนกับโรงพยาบาลน้ำพอง ได้รับการฝึกปฏิบัติงานที่ โรงพยาบาลน้ำพองเป็นเวลาหนึ่งเดือนเพื่อให้เรียนรู้และคุ้นเคยกับงานในโรงพยาบาล ซึ่งบัณฑิตพยาบาลชุมชนที่ไป รายงานตัวกับเทศบาลลำน้ำพองโดยตรงขาดโอกาสในส่วนนี้ และเพื่อเป็นการรักษาความรู้และทักษะการพยาบาลของ พยาบาลชุมชน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำพอง มีนโยบายให้ พยาบาลชุมชน มาเข้าเวรปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลเดือนละ 4 เวร และในปีแรกของการปฏิบัติงาน พยาบาลโรงพยาบาลน้ำพองยังคงทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงพยาบาลชุมชน เพื่อพัฒนา ทักษะการทำงานในชุมชน และหนุนเสริมการยอมรับและสร้างความเชื่อถือของชุมชน ต่อ บัณฑิตพยาบาลชุมชนที่จบใหม่ โดยตารางการปฏิบัติงานของพยาบาลชุมชนแบ่งออกเป็นสามส่วนหลัก คือ (1)การให้บริการรักษาพยาบาล (2)การเยี่ยม บ้าน และ(3)การดูแลผู้ป่วยส่งกลับจากโรงพยาบาล การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการจัดทำฐานข้อมูลชุมชน และครัวเรือน ในพื้นที่รับผิดชอบ แม้จะได้ปฏิบัติงานตามสัญญาที่เป็นข้อผูกมัด แต่พยาบาลชุมชน ยังไม่ได้รับการบรรจุ ให้เป็นพนักงานเทศบาล เป็นแต่เพียงลูกจ้างตามภารกิจ ทำให้ไม่ได้รับสิทธิต่างๆตามวิชาชีพ และความไม่มั่นคงในหน้าที่ การงาน

สิ่งสำคัญที่เป็นปัจจัยสนับสนุนการทำงานของพยาบาลชุมชน คือ การยอมรับของชุมชนทั้งต่อพยาบาลชุมชนและ ครอบครัวของพยาบาลชุมชน ซึ่งแสดงออกด้วยความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆที่พยาบาลชุมชนชักชวนและการให้ เกียรติต่อครอบครัวของพยาบาลชุมชน รวมถึงการสนับสนุนงบประมาณในการทำกิจกรรมจาก เทศบาลลำน้ำพอง (ชื่อ ปัจจุบัน) นอกจากนี้ การมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมของโรงพยาบาลน้ำพอง และการสนับสนุนจากพยาบาลโรงพยาบาลน้ำ พองที่ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงก็เป็นปัจจัยหนุนเสริมหนึ่งที่สำคัญ เกิดเครือข่ายพยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชนทำให้มีการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้และการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน อย่างไรก็ตาม การพักอาศัยในชุมชน การรับรู้และความเข้าใจของชุมชนต่อ พยาบาลชุมชน ทำให้ภาระงานหลักเป็นเรื่องการรักษาพยาบาลและดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ ชุมชนยังเลือกใช้บริการตามเวลา ที่ชุมชนสะดวกซึ่งหมายถึงนอกเวลาปฏิบัติงาน แม้เป็นภาวะที่ไม่ถูกเงินแรงด่วน ซึ่งหากเกิดความขัดแย้งกันขึ้นจะส่งผล

ต่อการดำเนินงานในชุมชน อันนี้ ด้วยการเป็นบุคลากรของเทศบาล ทำให้ในหลายครั้งถูกมอบหมายงานที่ไม่ตรงกับวิชาชีพ ทำให้เวลาการปฏิบัติงานในชุมชนตามภารกิจลดลง ปัจจัยดังกล่าวนี้ ถือเป็นปัจจัยที่ทำให้พยาบาลชุมชน อาจปฏิบัติงานได้ไม่เต็มประสิทธิภาพและลาออกโดยยินดีขุดใช้ทุนในที่สุด

ข้อเสนอแนะ เพื่อลดทอนปัญหาและป้องกันความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นทั้งระหว่างพยาบาลชุมชน กับ ชุมชน และพยาบาลชุมชนกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ ปัจจุบัน การจัดการบริการในชุมชนให้ถือเป็นบริการพิเศษ โดย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซื้อบริการจากโรงพยาบาล ทั้งนี้อาจจะใช้งบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบล ซึ่งจะทำให้พยาบาลชุมชนเป็นบุคลากรของโรงพยาบาล มีสภาพแวดล้อมการทำงานที่เหมาะสมกับวิชาชีพ นอกจากนี้ ชุมชนอาจจะจัดตั้งเป็นกองทุนสุขภาพชุมชน เพื่อหนุนเสริมการจัดการบริการสุขภาพในชุมชนดังกล่าว

การประเมินโครงการพัฒนาคุณภาพบริการผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ในเขตพื้นที่ สปสช. (ขอนแก่น) ปี 2551

เอดส์ เป็นปัญหาสาธารณสุข ที่มีมิติทั้งด้านการแพทย์ และด้านสังคม ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจในทุกระดับ ประเทศไทย ได้ดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง ภายหลังการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้จัดตั้งกองทุนพัฒนาบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ (กองทุนเอดส์) เพื่อดำเนินกิจกรรมหลัก ดังนี้ คือ 1) การเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ 2) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร 3) การติดตามและประเมินผล โดยสนับสนุนงบประมาณโครงการพัฒนาคุณภาพบริการงานเอดส์ของหน่วยบริการ จากผลการวิเคราะห์ HIVQUAL-T (HIV Quality Thailand) เพื่อพัฒนาการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าว ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น เพื่อเป็นการสนับสนุนการดำเนินงานเอดส์ สปสช.สาขาเขตพื้นที่ (ขอนแก่น) ร่วมกับสำนักงานสนับสนุนการวิจัยระบบสุขภาพ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (สวรส.อีสาน) มหาวิทยาลัยขอนแก่น จึงได้จัดกระบวนการติดตามและทบทวนการดำเนินงานเอดส์ของหน่วยบริการในพื้นที่รับผิดชอบ สปสช.สาขาเขตพื้นที่ (ขอนแก่น) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลสัมฤทธิ์โครงการพัฒนาคุณภาพบริการ และเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค ในการดำเนินงานโครงการพัฒนาคุณภาพบริการ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการทบทวนเอกสาร สทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกจากตัวแทนหน่วยบริการในพื้นที่รับผิดชอบ สปสช.เขตพื้นที่ (ขอนแก่น) ที่ได้รับทุนสนับสนุนจากกองทุนเอดส์ ได้แก่ โรงพยาบาลหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น, โรงพยาบาลบุญรักษ์ จังหวัดอุดรธานี, โรงพยาบาลศรีวิไล จังหวัดหนองคาย, โรงพยาบาลสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม, โรงพยาบาลภูหลวง จังหวัดเลย, โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด และโรงพยาบาลนาแก จังหวัดหนองบัวลำภู ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย เอกสาร รายงานการดำเนินงาน ข้อเสนอโครงการพัฒนาคุณภาพบริการ ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ สปสช.สาขาเขตพื้นที่ (ขอนแก่น) ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ ระดับจังหวัด และผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานเอดส์ ของหน่วยบริการที่ได้รับทุน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการจัดหมวดหมู่ตามประเด็น วิเคราะห์เนื้อหา หาความสัมพันธ์และความเชื่อมโยงตามกรอบแนวคิด และนำเสนอโดยการพรรณนา

ผลการศึกษา พบว่า หน่วยบริการทั้งหมดมีผู้รับผิดชอบงานเอดส์เฉพาะซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ประสานงานหลัก โดยมีคณะกรรมการเอดส์โรงพยาบาลร่วมเป็นคณะทำงาน ภายใต้งานสนับสนุนการทำงานในเชิงนโยบายจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล เนื่องจากงานเอดส์มีความจำเพาะและต้องปกปิดความลับผู้ป่วย ในหน่วยบริการหลายแห่งผู้รับผิดชอบงานต้องเป็นผู้จัดทำข้อมูลหรือระบบฐานข้อมูลเอง มีหน่วยบริการบางแห่งที่มีบุคลากรด้านสารสนเทศของหน่วยงานรับผิดชอบด้านการ การสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนเอดส์ หน่วยบริการได้รับการจัดสรรงบประมาณอยู่ในช่วง 30000-50000 บาท มีหน่วยบริการบางแห่งที่จัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมเพื่อสนับสนุนกิจกรรมในโครงการฯ ในการกำหนดปัญหาเพื่อจัดทำโครงการพัฒนาคุณภาพบริการฯ หน่วยบริการกำหนดปัญหาจากผลการประเมินการให้บริการ โดยโปรแกรม HIV-QUAL-T ซึ่งพบว่าดัชนีชี้วัดที่หน่วยบริการส่วนใหญ่ตกเกณฑ์ คือ การตรวจหาเชื้อซีฟิลิส ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นสตรี นอกจากนี้ หน่วยบริการบางส่วนผลการตรวจหาค่า CD4 และการตรวจ viral load ไม่เป็นตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ ซึ่งสาเหตุเกิดขึ้นเนื่องจาก ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ส่วนหนึ่งจำเป็นต้องไปประกอบอาชีพในต่างพื้นที่ อีกทั้งค่าใช้จ่ายในการตรวจคัดกรองสูงหากต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง นอกจากนี้ ในส่วนการตรวจคัดกรองฯ ในช่วงที่ผ่านมาไม่ได้ถูกกำหนดเป็นนโยบาย กิจกรรมหลักที่หน่วยบริการดำเนินการ คือ การประชุมชี้แจงทีมสหวิชาชีพเพื่อสร้างการรับรู้ต่อผลการประเมินคุณภาพบริการจาก HIV-QUAL-T การจัดอบรมเพื่อให้ความรู้และสร้างความตระหนักในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ การประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อป้ายประชาสัมพันธ์ การพัฒนาคุณภาพข้อมูลและจัดทำระบบฐานข้อมูล นอกจากนี้ ยังประสานการจัดบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กับหน่วยเวชปฏิบัติครอบครัว การจัดอบรมแกนนำเพื่อสร้างทัศนคติและการยอมรับให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อยู่ร่วมในชุมชน ภายหลังจากการดำเนินการ หน่วยบริการสามารถเพิ่มการให้บริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตรวจคัดกรองฯ โดยบางพื้นที่การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มจาก “ศูนย์” เป็น ร้อยละ 92 และการตรวจ VL ได้ ร้อยละ 79 อย่างไรก็ตาม แม้ว่าทุกหน่วยบริการมีการจัดเก็บข้อมูล

เดียวกัน แต่ความเข้มข้นและกระบวนการจัดเก็บมีความต่างกัน ทำให้มีผลต่อคุณภาพของข้อมูล เช่น การประเมินการกินยา ซึ่งมีทั้งการใช้สมุดบันทึก การนับเม็ดยา และการสัมภาษณ์ หน่วยบริการบางแห่งยังใช้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เป็นหลัก เนื่องจากผู้รับบริการไม่ได้เอายามา หรือ ไม่ได้บันทึกในสมุดบันทึกการกินยา เป็นต้น

กล่าวโดยสรุป การบริการงานเอดส์ในหน่วยบริการสุขภาพ มีการปรับเปลี่ยนเป็นระยะทั้งในส่วนโครงสร้างการดำเนินงาน เนื้อหาบริการ ตลอดจนการจัดบริการ เนื่องจากโรคเอดส์ยังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ดังนั้นองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ จึงยังต้องการการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บริการนั้นมีประสิทธิผลและประสิทธิภาพสูงสุด จากการปรับแนวคิด “การจัดเก็บข้อมูลเพื่อรายงาน” เป็น “การจัดเก็บข้อมูลเพื่อใช้ในการพัฒนางาน” ซึ่งสอดคล้องกับกระแส “วิจัยจากงานประจำ” การใช้โปรแกรม HIVQUAL-T เป็นการเริ่มต้นที่ดีในการปรับแนวคิดผู้ให้บริการ อย่างไรก็ตาม ในหลายๆ ส่วนบุคลากรยังต้องการการพัฒนากระบวนการคิดเชิงวิเคราะห์ กระบวนการคิดเป็นระบบ เพื่อกำหนดปัญหาให้ชัดเจน และการใช้ข้อมูลการให้บริการเพื่อ เลือกใช้แนวทางและมาตรการในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

- ⊕ ในการกำหนดปัญหา และการแก้ไขปัญหา แม้หน่วยบริการได้ใช้ข้อมูลจากการประเมินคุณภาพบริการ (โปรแกรม HIV-QUAL-T) ซึ่งช่วยให้กำหนดปัญหาได้ชัดเจนมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ในส่วนการวิเคราะห์สาเหตุปัจจัย และการกำหนดมาตรการแก้ไขปัญหา ยังขาดความเชื่อมโยงที่ชัดเจนกับปัญหา เห็นได้จาก หน่วยบริการส่วนใหญ่ จัดอบรมมาเพื่อแก้ไขปัญหาเป็นหลัก แม้ว่า จะมีทางเลือกอื่น เช่น ด้านการจัดการ เป็นต้น เพื่อบรรเทาและแก้ไขปัญหา
- ⊕ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนระหว่างหน่วยบริการ เพื่อขยายแนวคิดและเผยแพร่กิจกรรมหน่วยบริการที่มีการดำเนินงานได้ดี มีประสิทธิภาพ การแลกเปลี่ยนภายในจังหวัดซึ่งส่วนใหญ่จะอยู่ในบริบทและเงื่อนไขที่คล้ายกัน จะช่วยพัฒนาบริการงานเอดส์ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับพื้นที่ อีกทั้งจะหนุนเสริมความเข้มแข็งเครือข่ายสนับสนุนและประสานการทำงานทั้งในแนวดิ่งและแนวขวางในพื้นที่
- ⊕ สนับสนุนหรือจัดกระบวนการพัฒนาระบบฐานข้อมูลการให้บริการที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อวิเคราะห์สาเหตุปัจจัยของปัญหาการให้บริการ ทั้งนี้อาจเป็นสาเหตุปัจจัยระดับบุคคล หรือ สาเหตุปัจจัยจากระบบที่ขาดประสิทธิภาพ ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาการจัดบริการที่เป็น “บริการพื้นฐาน” สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทุกราย และ “บริการเฉพาะราย” ที่มีความสอดคล้องกับปัญหาและความจำเป็น
- ⊕ สนับสนุนหรือจัดกระบวนการพัฒนาศักยภาพของผู้ให้บริการ ในการวิเคราะห์การบริการเชิงระบบ และการสังเคราะห์ การผสมผสานข้อมูลทั้งข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพในการกำหนดปัญหาเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ

โครงการการทบทวนบทเรียนและจัดทำข้อเสนอการดำเนินงานวิจัยพื้นที่

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

รศ.นพ.สมพนธ์ ทัศนียม

ที่มา จากผลการประเมินแผนงานวิจัยพื้นที่ คณะกรรมการบริหารสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) จึงมีมติ เมื่อ 18 สค.51 ยุติการสนับสนุนหน่วยงานวิจัยพื้นที่ของมหาวิทยาลัยในภูมิภาค จึงเป็นที่มาของการศึกษานี้ว่า หน่วยงานวิจัยพื้นที่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น(มข.) ควรดำเนินการต่อหรือไม่ ถ้าดำเนินการต่อจะเกิดประโยชน์อะไรแก่ใครหรือองค์กรใดบ้าง และงบประมาณดำเนินงานจะมาจากแหล่งใด ข้อมูลที่ได้นี้เป็นเพียงข้อมูลเบื้องต้น สำหรับนำมาประกอบการประชุมเพื่อพิจารณาแนวทางการดำเนินงานต่อไป

วิธีการศึกษา รวบรวมข้อมูลจากเอกสารและการสัมภาษณ์บุคคลต่าง ๆ ดังนี้ 1) สวรส. ได้แก่ คณะกรรมการบริหาร อดีตผู้อำนวยการ และผู้จัดการแผนงานวิจัยพื้นที่ทั้งอดีตและปัจจุบัน 2) มข. ได้แก่ รองอธิการบดีฝ่ายวิจัย อดีตที่ปรึกษา สวรส. อีสาน และคณะทำงาน สวรส. อีสาน 3) เครือข่าย สวรส.อีสาน และ 4) ผู้ทรงคุณวุฒิ

ผลการศึกษา หน่วยงานนี้ตั้งขึ้นโดยสภามข.เป็นผู้อนุมัติ เมื่อ พศ. 2546 มีโครงสร้างชัดเจนเป็นหน่วยประสานงานและสนับสนุนการศึกษาด้านสุขภาพ ให้บุคลากรในพื้นที่ เพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่อีสาน โดยสวรส.เป็นผู้สนับสนุนงบประมาณดำเนินงาน ซึ่งสอดคล้องกับพันธกิจหลักของ มข.ในการรับใช้สังคมในภาคอีสาน สำหรับอาจารย์ที่มาร่วมได้ข้อมูลปัญหาของพื้นที่ เป็นประโยชน์แก่การเรียนการสอนนักศึกษา ทำให้นักศึกษาได้เข้าใจสภาพของพื้นที่อีสาน เมื่อจบการศึกษาไป สามารถที่จะนำความรู้ไปใช้ได้ นอกเหนือจากการเรียนจากตำราของต่างประเทศ ส่วนบุคลากรในพื้นที่ได้รับการพัฒนา และปัญหาพื้นที่ได้รับการแก้ไข

มข.ยินดีรับที่จะสนับสนุนหน่วยงานลักษณะนี้ให้ดำเนินการต่อไปโดยเห็นควรปรับชื่อเป็น “ศูนย์วิจัยระบบสุขภาพ” ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (สวรส. อีสาน) โดยระยะแรกควรทำเพียงบางเรื่อง เพื่อจะได้ใช้งบประมาณไม่มาก พอที่มข.จะจัดให้ได้ เมื่อมีผลงานทางมข.จะสนับสนุนให้เป็นหน่วยงานที่ใหญ่ขึ้นได้ตามเกณฑ์ที่มีอยู่แล้วได้ โดยให้หน่วยงานพยายามช่วยตัวเองให้มากที่สุด ส่วนวิสัยทัศน์ พันธกิจควรมีการร่วมกันกำหนดจากการประชุมระดมความคิด โครงสร้างหน่วยงานควรเป็นตามเดิมที่ได้รับอนุมัติจากสภาแล้ว คณะทำงานควรมีขนาดเล็กจำนวน 3-5 คน ทำหน้าที่ประสานแหล่งทุน นักวิจัยทั้งในและนอกมหาวิทยาลัย พื้นที่ และหน่วยงานควรทำวิจัยเองด้วย แต่ไม่ควรทำงานซ้ำซ้อนกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่มีในมข. ในอนาคตหน่วยงานหรือแหล่งทุนใดที่จะดำเนินการเรื่องสุขภาพสามารถติดต่อเข้ามายังหน่วยงานนี้ได้โดยตรง รวมทั้งสวรส.ด้วย ด้านเครือข่ายที่มีอยู่แล้ว หน่วยควรจะทำงานร่วมกันต่อไป เพื่อให้เครือข่ายมีศักยภาพที่จะสร้างคนรุ่นใหม่ ๆ ต่อไปได้

สรุป หน่วยงานนี้ควรดำเนินการต่อไปโดยการสนับสนุนของมข.ในเบื้องต้น และเลือกทำงานบางเรื่องก่อน

ภาคผนวก

- 1. รายนามคณะกรรมการบริหาร สวรส.อีสาน (พ.ศ. 2547-2550)**
- 2. รายนามคณะกรรมการบริหาร สวรส.อีสาน (พ.ศ. 2550-2552)**
- 3. รายการผลผลิตการดำเนินงาน สวรส.อีสาน ปี พ.ศ.2547-2552**

รายนามคณะกรรมการบริหาร สวรส.อีสาน (พ.ศ. 2547-2550)

- | | |
|--------------------------------|--|
| 1. รศ.ดร.พิศาล ศิริธร | ประธานคณะกรรมการ
รองอธิการบดี ฝ่ายวิจัย ม.ขอนแก่น |
| 2. นพ.ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล | ผู้อำนวยการ สวรส. |
| 3. ผศ.ดร.พิสิษฐ์ เจริญสุดใจ | ผู้อำนวยการ สำนักงานสนับสนุนการวิจัย ม.ขอนแก่น. |
| 4. ผศ.วีระศักดิ์ ชายผา | คณบดี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 5. รศ.นพ.วิชัย โปษยะจินดา | กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ |
| 6. อ.บุญเรือง ถาวรสวัสดิ์ | กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ |
| 7. รศ.นพ.สมพนธ์ ทัศนียม | กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ |
| 8. นพ.วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์ | กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ |
| 9. รศ.จารุวรรณ ธรรมวัฒน์ | กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ |
| 10. นายภัทร แสนไชยสุริยา | เลขานุการ |

รายนามคณะกรรมการบริหาร สวรส.อีสาน (พ.ศ. 2550-2552)

1. รศ.ดร.กิตติชัย ไตรรัตนศิริชัย	ประธานคณะกรรมการ รองอธิการบดีฝ่ายวิจัยและการถ่ายทอดเทคโนโลยี ม.ขอนแก่น
2. นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข	ผู้อำนวยการ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
3. ผศ.ดารณี หอมดี	ผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนการวิจัย ม.ขอนแก่น
4. อาจารย์บุญเรือง ถาวรสวัสดิ์	กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
5. รศ.นพ.สมพนธ์ ทัศนัยม	กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
6. นพ.วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์	กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น
7. นพ.พิเชษฐ ลีละพันธ์เมธา	กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่ (ขอนแก่น)
8. พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร	กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้อำนวยการ สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพข.)
9. นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์	กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้อำนวยการ สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ
10. นพ.วิชัย อัครภาคย์	กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำพอง
11. นายภัทระ แสนไชยสุริยา	เลขานุการ

รายการผลผลิตการดำเนินงาน สวรส.อีสาน ปี พ.ศ.2547-2552

ก. ผังพิสัยการวิจัย

1. ผังพิสัย “ระบบสุขภาพแรงงานอีสาน”
2. ผังพิสัย “สุราในบริบทอีสาน”
3. ผังพิสัย “อุบัติเหตุจราจร”

ข. แผนงาน

1. แผนงาน สุขภาพแรงงานอีสาน
2. แผนงาน สุราในบริบทอีสาน
3. แผนงาน อุบัติเหตุจราจร
4. แผนงาน เครือข่ายบริการปฐมภูมิ
5. แผนงาน การประเมินผลเพื่อเสริมสมรรถนะ
6. แผนงาน ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ระดับพื้นที่
7. แผนงาน ควบคุมและป้องกันโรคเอดส์
8. แผนงานพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข เขต 13
9. แผนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานในสถานประกอบการ

ค. เครือข่ายภาคี

1. สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
2. แผนวิจัยและพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและระบบการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ
3. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)
4. สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ
5. สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.)
6. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
7. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่ (ขอนแก่น)
8. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่ (นครราชสีมา)
9. สถาบันวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ
10. สำนักวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)
11. สถาบันเสริมสร้างขีดความสามารถมนุษย์ สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย (สอท.)
12. สำนักป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา
13. สำนักงานสิ่งแวดล้อมภาค ที่ 11 นครราชสีมา
14. สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ (มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์)
15. สถานจัดการวิจัยระบบสุขภาพภาคเหนือ (มหาวิทยาลัยเชียงใหม่)
16. ศูนย์จัดการงานวิจัยระบบสุขภาพภาคตะวันออก (มหาวิทยาลัยบูรพา)

ง. สรุปงานวิจัย และสนับสนุนการวิจัย สวรส.อีสาน

ลำดับที่	พ.ศ.	ชื่อโครงการ	หัวหน้าโครงการ	แหล่งทุน
1	2548	โครงการประเมินผลยุทธศาสตร์การดำเนินงานความปลอดภัยด้านอาหาร กระทรวงสาธารณสุข ระยะที่ 1 พ.ศ.2547 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	สวรส.อีสาน	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
2	2548	เครือข่ายเรียนรู้เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ หน่วยคู่สัญญาโรงพยาบาลอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ กรณีศึกษาการใช้เครื่องมือเจ็ดขั้นในการเรียนรู้ชุมชน	พญ.ศิริลักษณ์ นิยกิจ	สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช)
3	2548	เครือข่ายเรียนรู้เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ หน่วยคู่สัญญาโรงพยาบาลหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี กรณีศึกษาการควบคุมและป้องกันโรคเบาหวาน	คุณสมบูรณ์ เนื่องชมพู	สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช)
4	2548	เครือข่ายเรียนรู้เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ หน่วยคู่สัญญาโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ กรณีศึกษาการควบคุมและป้องกันโรคเบาหวาน	คุณพรศิริ แซ่เตียว	สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช)
5	2548	เครือข่ายเรียนรู้เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ หน่วยคู่สัญญาโรงพยาบาลลำปลายมาศจังหวัดบุรีรัมย์ กรณีศึกษาการควบคุมและป้องกันโรคเบาหวาน	คุณสุจิตรา สีดาดี	สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช)
6	2548	เครือข่ายเรียนรู้เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดหนองบัวลำภู	คุณปริดา โนนฤทธิ์	สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช)
7	2549	การพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพ	นพ.สมพนธ์ ทัศนียม	สนง.พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร

ลำดับที่	พ.ศ.	ชื่อโครงการ	หัวหน้าโครงการ	แหล่งทุน
		ระดับพื้นที่		สุขภาพ(HISO)
8	2549	MS-QWL ปีที่ 3	สวรส.อีสาน	สภาอุตสาหกรรม
9	2549 -50	ถนนข้าวเหนียว คุณค่าประเพณีไทย สนุกได้ไร้แอลกอฮอล์”	คุณกุลนรี หาญพัฒนชัยกุล ศูนย์บำบัดรักษาเสพติด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จ.ขอนแก่น	สวรส.อีสาน
10	2550	การศึกษาภาวะสุขภาพของครัวเรือนในภาคเกษตรแบบ เศรษฐกิจพอเพียง	นายสุภีร์ สมอนา มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี จ.อุดรธานี	สวรส.อีสาน
11	2550	แนวทางการจัดการต่อผลกระทบจากการประกอบอุตสาหกรรม ขนาดเล็กในชนบทที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพและความ ปลอดภัยของแรงงาน: กรณีศึกษาโรงงานประกอบเฟอร์นิเจอร์ ไม้	นายอุทิศ โสวันนา เสกสรร อรรถวาไสย์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสะพุง อ.วังสะพุง จ.เลย	สวรส.อีสาน
12	2550	มิติทางสังคมและสุขภาพของการดื่มสุราของครอบครัวและ แรงงานไร้อายอีสาน	นายอดิเรก เร่งมานะวงศ์ สถานีอนามัยโอโล อ.ภูเขียว จ.ชัยภูมิ	สวรส.อีสาน
13	2550	พฤติกรรมกรดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	นายประเสริฐ ประสมรักษ์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เลิงนกทา อ.เลิงนกทา	สวรส.อีสาน

ลำดับที่	พ.ศ.	ชื่อโครงการ	หัวหน้าโครงการ	แหล่งทุน
			จ.ยโสธร	
14	2550	พฤติกรรมและรูปแบบการดื่มสุราของคนงานในโรงงานสีข้าว จังหวัดขอนแก่น	นายกิตติ เหลาสู่ภาพ โรงพยาบาลหนองสูงศรี อ.หนองสูงศรี จ.กาฬสินธุ์	สวรส.อีสาน
15	2550	การพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยอุบัติเหตุ	นส.ศศิธร ชำนาญผล โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อ.เมือง จ.อุบลราชธานี	สวรส.อีสาน
16	2550	เส้นทางการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของเด็กวัยรุ่น กรณีศึกษาชุมชนเขตเมือง จังหวัดขอนแก่น	นส.กมลทิพย์ ชลัทธิธรรมนิยม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จ.ขอนแก่น	สวรส.อีสาน
17	2550	ถอดบทเรียนวัฒนธรรมกับสุราในบริบทของอีสาน: กรณีศึกษา งานประเพณีบุญเดือน 4 (บุญผะเหวด)	นายสุทธินันท์ สระทองหน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จ.ขอนแก่น	สวรส.อีสาน
18	2550	โครงการพัฒนาแกนนำสุขภาพเพื่อการเฝ้าระวังและการดูแล ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน: กรณีศึกษาชุมชน หนองผก้าม ตำบลกุดป่อง	พญ.มณฑิรา ศรีพลกรัง โรงพยาบาลเลย อ.เมือง จ.เลย	สวรส.อีสาน
19	2550	การพัฒนาเครือข่ายการเรียนรู้ภัยเบาหวานในหน่วยบริการ ระดับปฐมภูมิ ระยะที่ 2 (หน่วยคู่สัญญา รพ.ลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์)	คุณสุจิตรา สีดาดี	สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ชุมชน (สพช)

ลำดับที่	พ.ศ.	ชื่อโครงการ	หัวหน้าโครงการ	แหล่งทุน
20	2550	การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน (หน่วย คู่สัญญา สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ)	คุณกุลภักดีกานต์ พัทธกิจวงศ์	สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ชุมชน (สพช)
21	2550	เครือข่ายการเรียนรู้หน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดอำนาจเจริญ (หน่วยคู่สัญญา รพ.อำนาจเจริญ/รพ.พนา จังหวัด อำนาจเจริญ)	พญ.ศิริลักษณ์ นียกิจ	สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ชุมชน (สพช)
22	2550	โครงการพัฒนาเครือข่ายเรียนรู้ร่วมกันดูแลทางอยู่อย่างสร้าง สุขพอเพียงของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคแทรกซ้อนเพื่อพัฒนา บริการสุขภาพปฐมภูมิศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) อ.หนองวัว ซอ จ.อุดรธานี	คุณสมบูรณ์ เนื่องชมภู	สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ชุมชน (สพช)
23	2550	โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ "การตรวจคัดกรองมะเร็งปาก มดลูก" (หน่วยคู่สัญญา รพ.หนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ)	คุณจรัส เสนชัย	สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ชุมชน (สพช)
24	2550	โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิ (หน่วยคู่สัญญา สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดหนองบัวลำภู)	คุณปริดา โนนฤทธิ์	สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ชุมชน (สพช)
25	2550	โครงการเครือข่ายเรียนรู้เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2550-2551)	สวรส.อีสาน	สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ชุมชน (สพช)
26	2551	โครงการภาวะสุขภาพและการรับบริการสุขภาพของแรงงานข้าม ชาติ ในภาคการผลิตเกษตรกรรม	ผศ.ดร.ดุชนิ์ อายุวัฒน์ คณะมนุษยศาสตร์ และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	สวรส.อีสาน
27	2551	โครงการปัญหาสุขภาพของกลุ่มหญิงบริการข้ามชาติ	รศ.ดร.วงศา เล่าศิริวงศ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	สวรส.อีสาน
28	2551	การทบทวนบทเรียนและจัดทำข้อเสนอการดำเนินงานวิจัยพื้นที่	รศ.นพ.สมพนธ์ ทัศนียม	สวรส.อีสาน

ลำดับที่	พ.ศ.	ชื่อโครงการ	หัวหน้าโครงการ	แหล่งทุน
		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	
29	2551	การสร้างความหมายเชิงสัญลักษณ์	อ.ปณณิศา วิเศษวิสินธุ์	ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)
30	2551	วัฒนธรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในอีสาน	นพ.จิรวัฒน์ มูลศาสตร์	ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)
31	2551	การประเมินผลระบบบริการ (การใช้บสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค)	สวรส.อีสาน	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
32	2551	การทบทวนการผลิตพยาบาลชุมชน อำเภอโนนน้ำพอง	นายสุรศักดิ์ อธิมานนท์	สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.)
33	2551	การศึกษาแนวทางการควบคุมการดื่มแอลกอฮอล์ในระดับชุมชน	นส.วนิดา วีระกุล	ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)
34	2551	โครงการศึกษาวิจัยการทำงานด้านสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น : การพัฒนาบทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ระยะที่ 1	นส.รัชดา อุษยนิยงค์	สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช)