

บทความวิจัย

รูปแบบการพัฒนาาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว

The Model Development of Districts' Health Systems on the Thailand-Laos Border

ปัญญา ยงยิ่ง ศศ.ม. (Panya Yongying, M.A.)¹วิชัย เทียนถาวร Ph.D. (Vichai Teinthavorn, Ph.D.)²วสุธร ตันวัฒนกุล Ph.D. (Vasuton Tanvatanakul, Ph.D.)³กาสัก เต๊ะขันหมาก Ph.D. (Kasak Tekhanmag, Ph.D.)⁴พัชชา ใจดี Dr.P.H. (Patchana jaidee, Dr.P.H.)⁵วันสรา ชาวนันนิม Dr.P.H. (Wanasara Chaoniyom, Dr.P.H.)⁶

Received: Jun 15, 2018

Revised: Sep 18, 2018

Accepted: Dec 28, 2018

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงอนาคตโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์และประเมินรูปแบบการพัฒนาาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ดำเนินการวิจัยโดยการศึกษากลุ่มสนทนากลุ่ม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้นำภาคีเครือข่ายการพัฒนาาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว จำนวน 6 อำเภอ ๆ ละ 10 คน รวม 60 คน และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก จากผู้เชี่ยวชาญ 5 สาขา จำนวน 17 คน ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2560-28 กุมภาพันธ์ 2561 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการพัฒนาาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว สามารถจัดเป็นระบบ (Systematic) โดยมีปัจจัยแห่งความสำเร็จหลัก 6 องค์ประกอบสำคัญที่สัมพันธ์เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า 1 องค์ประกอบ คือ 1) การทำงานร่วมกันในระดับอำเภออย่างเข้มแข็ง (Unity of district health team: U) เป็นโอกาสที่มีระเบียบสนับสนุนให้การทำงานเป็นทางการชัดเจนขึ้น กระบวนการ 4 องค์ประกอบ คือ 2) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (Community participation: C) ที่ทำงานด้วยหัวใจที่ “ระเบิดจากข้างใน” จนมีความตระหนักและรู้สึกเป็นเจ้าของ 3) การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development: R) แบบ “พื้มีสองน้องมีหนึ่ง” พึ่งพากันด้วยแรงศรัทธาสามัคคี 4) การชื่นชมการทำงานและการเรียนรู้ร่วมกัน (Appreciation inquiry: A) จากการปฏิบัติแบบ “ฉันทัพันธ์” 5) การให้บริการสุขภาพตามความจำเป็นในบริบทของชุมชน (Essential health care: E) ร่วมกันดูแลผู้อยู่ในภาวะเปราะบางด้วยความเคารพศักดิ์ศรีคุณค่าความเป็นมนุษย์ และ ผลลัพธ์ 1 องค์ประกอบ คือ 6) การมุ่งผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้บริโภค (Customer focus: C) โดยให้ประชาชนร่วมมือปฏิบัติทุกขั้นตอนได้รับรู้ข้อมูลด้วยตนเองจึงเป็น

¹นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา Email: panyay885@gmail.com²ศาสตราจารย์พิเศษ รองอธิการบดี และคณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา Email: vichaitenthavorn@gmail.com³รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา Email: Vasuton@buu.ac.th⁴รองศาสตราจารย์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี Email: tkasak@hotmail.com⁵อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา Email: patchana@ buu.ac.th⁶อาจารย์พิเศษ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา Email: tutasasi@gmail.com^{1,3,5,6} Burapha University, ChonBuri, Thailand, ² University of Phayao, Phayao, Thailand⁴Thepsatri Rajabhat University, Lop Buri, Thailand

พลังให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งจริงจัง ดังนั้น จึงพบว่า ระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ที่พึงประสงค์ในการจัดการสุขภาพสำหรับประชาชนประกอบด้วย 10 องค์ประกอบหลัก 28 องค์ประกอบรอง และ 75 ประเด็นสำคัญ ที่ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน (Consensus) ว่ามีความเหมาะสม ร้อยละ 80.00 มีความเป็นไปได้ในระดับมาก (ค่าฐานนิยมระดับ 4) ขึ้นไป และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Inter-quartile range) ที่ไม่เกิน 1.00 จึงมีความเหมาะสมและมีความเป็นไปได้ในการนำไปสู่การปฏิบัติจริง และปัจจัยเสริมสู่ความสำเร็จอีก 4 องค์ประกอบ คือ 7) การทำหน้าที่ของหัวหน้าทีม (Captaincy: C) 8) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างภาคีเครือข่าย (Communication: C) 9) ความมุ่งมั่นในข้อตกลงร่วมกันของภาคีเครือข่าย (Commitment: C) และ 10) วัฒนธรรมความสัมพันธ์แบบเครือญาติ (Culture: C) = CCCC: 4C ซึ่งระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ที่พึงประสงค์ ซึ่งสามารถเขียนสรุปองค์ประกอบรูปแบบการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ได้ดังนี้ DHS@Thai-Laos' border : 4C+U+CARE+C ข้อเสนอแนะสำหรับหน่วยงานสาธารณสุขระดับนโยบาย ควรสนับสนุนให้นำแนวคิด 4C+U+CARE+C ไปปรับใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอตามบริบทของพื้นที่ชายแดน และในพื้นที่อำเภอปกติ เพื่อเป็นการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และเป็นการยกระดับระบบสุขภาพอำเภอต่อไป

คำสำคัญ: รูปแบบการพัฒนา, ระบบสุขภาพอำเภอ, ชายแดนไทย-ลาว

Abstract

This futuristic study aimed to analyze and assess the model for health care system development in districts on the Thai-Laos borders. Field research technique was used. Focus-group discussions were conducted with 60 leaders of the partaking networks. They were key stakeholders from 6 districts, 10 participants in each group. In-depth interviews were conducted with 17 experts from 5 disciplines. The study was carried out from November 1st, 2017 to February 28th, 2018. Content analysis was used to analyze qualitative data. Descriptive statistics was used (percentage, mode, inter-quartile range) to analyze quantitative data.

Results showed that the model for health care system development in the Thai-Laos border districts, implemented according to applying UCCARE, consisted of 6 elements interconnected with one another systematically. They were: 1) unity of district health team (U), 2) customer focus (C), 3) community participation (C), 4) appreciation inquiry (A), 5) resource sharing (R), and 6) essential health service (E). However, due to differences in geographical and sociocultural and several other contexts of Thai-Laos border, it was found that the appropriate health care systems should have 10 key components, 28 sub-components, and 75 important issues. And 80% agreed about its suitability, high level of possibility (mode level 4 and over), and inter-quartile range was less than 1.00. The 4 key components added in the previous model (CCCC: 4 C): captaincy (C), communication (C), Commitment (C), and Culture (C). Therefore, the Appropriate Thai-Laos Border District Health Care System should be as follows: DHS@Thai-Laos' border: 4C+U+CARE+C.

Keywords: model of development, district health care system, Thai-Lao Borders

บทนำ

พื้นที่อำเภอชายแดนไทย-ลาว ใน 12 จังหวัด เริ่มตั้งแต่จังหวัดเชียงรายจรดจังหวัดอุบลราชธานี มีระยะทางทั้งสิ้น 1,810 กิโลเมตร ซึ่งสามารถเดินทางติดต่อกันไปได้สะดวกเนื่องจากมีช่องทางผ่านแดนถาวรทั้งทางบกและทางน้ำมีสะพานมิตรภาพเชื่อมทั้งสองฝั่ง¹ ทั้งมีการลดขั้นตอนระบบการจัดทำเอกสารผ่านแดนโดยไม่ต้องทำวีซ่าสำหรับนักเดินทางในกลุ่มประเทศประชาคมอาเซียน² ซึ่งคาดว่าจะมีการเคลื่อนย้ายประชากรเพิ่มขึ้น ปัจจัยเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อสถานะสุขภาพของประชากรในพื้นที่ชายแดน³ ที่สำคัญ ได้แก่ ปัญหาโรคติดต่อและโรคอุบัติใหม่ ได้แก่ มาลาเรีย วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เอชไอวี อูจจาระร่วง โรคซาร์ส และไข้หวัดนก และปัญหาอนามัยแม่และเด็กที่เกิดจากขาดการวางแผนครอบครัว ทำให้มีอัตราการตายของมารดาและทารกสูงกว่าเป้าหมายระดับประเทศ⁴ เป็นต้น ในขณะที่เดียวกันก็มีข้อมูลเชิงประจักษ์ว่าหน่วยบริการสาธารณสุขของไทยได้ให้บริการด้านสุขภาพทั้งชาวไทยและชาวลาวโดยไม่กีดกันเชื้อชาติส่วนใหญ่มารับบริการเกี่ยวกับการเจ็บป่วยจากโรคติดต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non- Communicable diseases :NCD) ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น⁵ อันมีผลมาจากพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ความคิด ความเชื่อ และวัฒนธรรมของชาติพันธุ์ที่หลากหลาย การบริโภคอาหารไม่ปลอดภัย การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ ที่เป็นสาเหตุการป่วยและตายที่สำคัญของประชากรในพื้นที่ ซึ่งเครือข่ายสุขภาพทุกภาคส่วนได้ให้ความสนใจและกำลังแสวงหาการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา⁶

ทิศทางและกระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาวที่สำคัญ

จากการศึกษาเรื่องทิศทางและกระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว⁷ โดยการวิจัยเชิงคุณภาพในพื้นที่อำเภอชายแดนไทย-ลาว 6 จังหวัดๆ ละ 1 อำเภอ จำแนกเป็นขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และขนาดเล็ก ขนาดละ 2 อำเภอ คือ อำเภอที่กระทรวงสาธารณสุขประเมินการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) มีผลความสำเร็จอยู่ในระดับสูงที่ทุกองค์ประกอบมีคะแนนประเมินตั้งแต่ 4 ถึง 5 และระดับต่ำคือมีคะแนนตั้งแต่ 3 ลงมา⁸ ขนาดละ 1 อำเภอ ด้วยการสัมภาษณ์ความคิดเห็น

ของกลุ่มภาคีสุขภาพระดับอำเภอตามแนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (DHS:UCCARE)⁹ ทั้ง 6 องค์ประกอบ พบว่าทิศทางและกระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว 1) ด้านการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอต้องการทำงานแบบพหุภาคีมีหน่วยกลางเชื่อมระบบ 2) ด้านการมุ่งผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้บริโภคควรมีการสื่อสารผ่านช่องทางที่หลากหลาย 3) ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายโดยการปรับแนวคิดการทำงานด้วย “ใจ” 4) ด้านการเห็นคุณค่าการทำงานด้วยการอุทิศเวลา เสียสละ ดูแลดูญาติ ยกย่อง ให้เกียรติ เคารพความคิดเห็น เรียนรู้ร่วมกันแบบฉันทน์พี่น้อง 5) ด้านการแบ่งปันทรัพยากรของไทยมีการจัดสรรให้พอเพียงอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม รวมทั้งการแบ่งปันเพื่อสร้างความผูกพันจาก สปป.ลาว และ 6) ด้านการดูแลสุขภาพที่จำเป็นควรจะเริ่มที่การสร้าง “คน” สร้าง “ผู้นำ” เพื่อสร้าง “ระบบสุขภาพชุมชน” ให้เข้มแข็งและยั่งยืน สอดคล้องกับวิถีวัฒนธรรมของชุมชนท้องถิ่น⁷

ซึ่งผู้วิจัยในฐานะนักวิชาการและอาจารย์ในสถาบันอุดมศึกษาการแพทย์และการสาธารณสุข มีความสนใจเรื่องทิศทางและแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว เพื่อนำไปประยุกต์พัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอน ถ่ายทอดความรู้บริการวิชาการแก่สังคม และนำเสนอเป็นแนวทางการพัฒนารูปแบบระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อสังเคราะห์และประเมินรูปแบบการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว

กรอบแนวคิดวิจัย

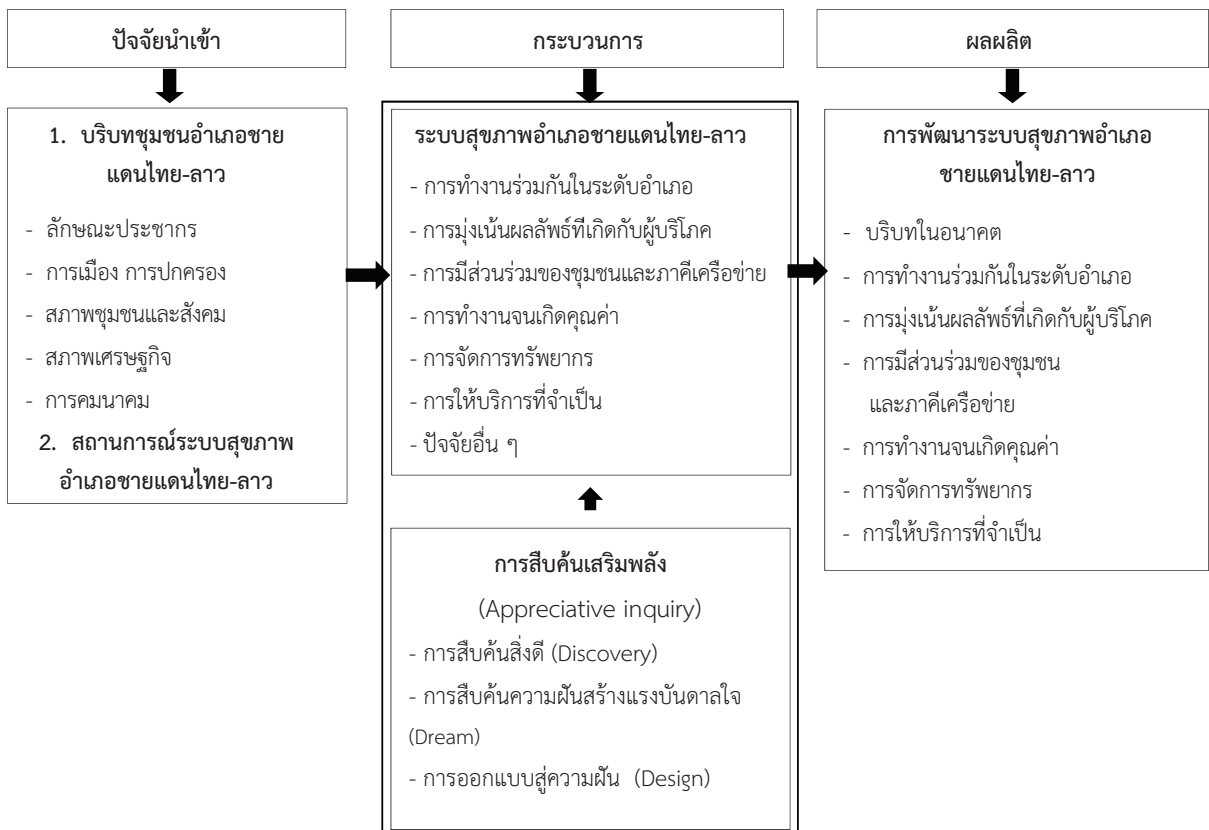
ระบบสุขภาพอำเภอเป็นการทำงานด้านสุขภาพร่วมกันของทุกภาคส่วน ด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ ผ่านกระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งพาตนเองได้ ด้วยความเอื้ออาทรแบบไม่ทอดทิ้งกัน กระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอได้ปรับให้มุ่งเน้นการจัดการคุณภาพทั้งองค์กรโดยการประเมินแบบเสริมพลัง และการให้ความสำคัญกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผู้บริโภค ดังนั้นจึงใช้ UCCARE ที่ประยุกต์จากแนวคิดระบบสุขภาพที่พึ่ง

ประสงค์ของ World Health Organization¹⁰ การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอของ Ashananuphap⁹ และกระบวนการสืบค้นเสริมพลังของ Cooperrider และ Whitney¹¹ เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย (ภาพที่ 1) ดังนี้

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงอนาคตแบบเทคนิค Ethnographic Delphi Future Research (EDFR)¹² โดยเริ่มจาก 1) การสนทนากลุ่มแบบการสืบค้นเสริมพลัง (Appreciative Inquiry: AI)¹¹ เพื่อระดมความคิดเห็นของภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอทั้งระดับจังหวัด อำเภอ ผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญ (Key informant) จำนวน 60 คน ซึ่งเป็นหุ้นส่วนสำคัญในระดับอำเภอ 42 คน (หัวหน้าส่วนราชการระดับอำเภอ หัวหน้าหน่วยบริการสาธารณสุข ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำชุมชน องค์กรเอกชน และประชาชนในพื้นที่) และระดับจังหวัด 18 คน (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ท้องถิ่นจังหวัด และประธาน

ชมรม อสม.จังหวัด) จำนวน 6 อำเภอ 6 จังหวัด จาก 12 จังหวัด เป็นอำเภอขนาดใหญ่ 2 อำเภอ (อำเภอเมืองหนองคาย อำเภอเมืองมุกดาหาร) ขนาดกลาง 2 อำเภอ (อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่าน) และขนาดเล็ก 2 อำเภอ (อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา และอำเภอชาติตระการ จังหวัดพิษณุโลก) 2) สัมภาษณ์เชิงลึกความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญจาก 5 สาขา (การศึกษามาจากสถาบันอุดมศึกษา การพัฒนานโยบายการแพทย์หรือการสาธารณสุข การปกครองและความมั่นคง การปกครองท้องถิ่น วิชาการสาธารณสุข หรือนักพัฒนาเอกชน) จำนวน 17 คน¹³ ด้วยแนวคำถามแบบปลายเปิด (Opened question) ที่สร้างขึ้นจากการสังเคราะห์ผลการวิจัยระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว:ทิศทางและกระบวนการพัฒนา⁷ 3) สังเคราะห์และประเมินความสอดคล้องของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอด้วยแบบสอบถามปลายปิดแบบประมาณค่า (Rating scale) ตามกรอบการพัฒนาระบบ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว

สุขภาพอำเภอ (DHS:UCCARE)⁹ 6 องค์ประกอบ (การทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ การให้ความสำคัญสำคัญกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผู้บริโภค การมีส่วนร่วมของชุมชน การชื่นชมคุณค่าการทำงานและเรียนรู้ร่วมกัน การแบ่งปันทรัพยากร และการบริการดูแลสุขภาพที่จำเป็น) และ 4) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพื้นฐานโดยหาค่าร้อยละ ฐานนิยม (Mode) มัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) ของกลุ่มเพื่อทำการจำแนกข้อมูลหาฉันทามติ (Consensus) และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย

ผลการสังเคราะห์และการประเมินรูปแบบการพัฒนา ระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว โดยการประเมินความสอดคล้องของความคิดเห็นร่วมกันของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้นำภาคีเครือข่ายผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีความเชี่ยวชาญด้าน บริหาร วิชาการ และปฏิบัติการ สามารถนำเสนอรูปแบบการพัฒนา ระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ได้ดังนี้

1. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ : รูปแบบการพัฒนา ระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว

ซึ่งมีรูปแบบที่สามารถจัดเป็นระบบ (Systematic) ได้ดังนี้

1.1 ปัจจัยนำเข้า (Input) ได้แก่ “การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ” (Unity of district health team: U) ซึ่งหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรชุมชน ประชาชน อาสาสมัคร มูลนิธิ สโมสร และภาคส่วนต่างๆ ในอำเภอชายแดนไทย-ลาวส่วนใหญ่จะคุ้นเคยและทำงานประสานกันดี ดังนั้น เมื่อกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายที่เน้นการพัฒนาสุขภาพอำเภอในอำเภอชายแดนไทย-ลาวส่วนใหญ่จึงเห็นว่า “เป็นโอกาส” ในการทำงานร่วมกันในระดับอำเภออย่างเป็นทางการและเป็นรูปธรรมชัดเจนขึ้น มีการทำงานเป็นทีมที่เข้มแข็งเนื่องจากมีความขาดแคลนทรัพยากรที่เป็นข้อจำกัด เหมือนกัน จึงทำให้ตระหนักและรู้สึกมีความเห็นอกเห็นใจห่วงใยเอื้ออาทรกันและกัน ถึงแม้จะมีพันธกิจที่แตกต่างกัน แต่ทุกคนก็ต่างกันเพียงหน้าที่มีเป้าหมายเดียวกัน คือ ประชาชน ดังนั้น จึงใช้ระบบการทำงานแบบเป็นหุ้นส่วนที่ทุกภาคีเป็นเจ้าของร่วมกันรับผิดชอบดำเนินการดูแล แก้ไข

และได้รับผลประโยชน์ร่วมกันแบบ (Win-Win Approach) มีความสัมพันธ์ถักทอเชื่อมโยงกันทั้งแนวดิ่งและแนวราบเพื่อรักษาทีมสุขภาพเก่าเอาไว้พร้อมกับสร้างทีมใหม่ทดแทนเพิ่มเติม

1.2 กระบวนการ (Process) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบที่สัมพันธ์เชื่อมโยงกัน ดังนี้

1.2.1 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (Community participation: C) ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วนสำคัญ คือ 1) มีส่วนร่วมในการวางแผนงาน 2) มีส่วนร่วมดำเนินการ 3) มีส่วนร่วมประเมินผลและเป็นเจ้าของ ซึ่งชุมชนที่อยู่ห่างไกลตามแนวชายแดนไทย-ลาว นั้น มีศักยภาพและมีเอกลักษณ์เฉพาะตัวในการรักษาความเป็นชุมชนของตนเอง ดังนั้น การมีนโยบายที่เน้นการพัฒนา ระบบสุขภาพอำเภอขึ้นโดยบุคคลภายนอกที่ทำหน้าที่เป็นตาคง จัดกระบวนการเพื่อเอื้ออำนวย กระตุ้น ส่งเสริม เต็มพลัง เป็นการสร้างโอกาสให้คนในพื้นที่เป็นตาคง¹⁴ มีความรู้สึกเป็นเจ้าของ ชุมชนได้แสดงบทบาทการวิเคราะห์ปัญหาและร่วมวางแผนแก้ไขด้วยตนเองจนเกิดการระเบิดจากข้างใน มีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ที่ทำงานด้วยหัวใจของทุกคนเหมือนกระแสน้ำไหลไปในทิศทางเดียวกัน จึงจะทรงพลังและประสบความสำเร็จ โดยมีผู้นำเป็นแบบอย่างในการนำพาความดีที่คาดหวังให้คนในชุมชนที่รู้ข้อมูลและปัญหาของตนเองแสดงบทบาทเป็นผู้ประเมินผลการปฏิบัติงานระบบสุขภาพอำเภอ เป็นการสร้างและยกระดับให้ตระหนักถึงคุณค่าตนเองและเป็นที่ยอมรับว่าชุมชนมีศักยภาพที่สามารถร่วมทำงานกับภาครัฐได้อย่างเคียงบ่าเคียงไหล่ ก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและมีความรับผิดชอบในระบบสุขภาพมากยิ่งขึ้น เนื่องจาก “ฉันทำเอง ฉันตรวจสอบและประเมินเอง ดีหรือไม่ดี ฉันรับผลเอง”¹⁵ (ผู้นำเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/เพศชาย, 7 มกราคม 2561)

1.2.2 การจัดสรรทรัพยากร (Resource sharing: R) โดยผู้นำภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ใช้หลักการบริหารทรัพยากร (คน เงิน สิ่งของ) ในเขตปกครองอำเภอแบบบูรณาการภายใต้แนวคิดการทำงานเพื่อสร้างศรัทธาให้ประชาชนประทับใจในการบริการ ของรัฐ และจัดการวางแผนแบ่งปันทรัพยากรแบบ พีสอง น่องมีหนึ่ง ใครมีอะไรก็นำมาช่วยเหลือกันคำว่า ทรัพยากรที่ถือว่าเป็นทุนการ

ดำเนินงานทางสังคมนั้นมีความหมายมากกว่า คน เงิน สิ่งของ หากเริ่มที่การทำงานแบบใจถึงใจอย่างคนมีหัวใจความเป็นมนุษย์ ก็สามารถเข้าไปนั่งในใจประชาชนได้ ดังที่ผู้นำเครือข่ายสุขภาพสาขาสาธารณสุข เพศหญิง อายุ 30 ปี กล่าวว่า

“เรื่องเงินเป็นรอง ใจต้องมาก่อน ถ้าเราเข้าไปนั่งในใจเขาได้ก็จะได้ทุกอย่าง เพราะว่า สิ่งที่ได้ คือ สิ่งที่ได้”¹⁶

และมีการระดมทุนจากภาคเอกชนเพิ่มเติมเพื่อนำมาใช้ในการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอได้แบบเบ็ดเสร็จ รวมทั้งมีการจัดทำศูนย์ข้อมูลระดับอำเภอและจัดงานเพื่อเชิดชูเกียรติคุณ แสดงความขอบคุณผู้มีศรัทธาบริจาคทรัพย์สินเงินทองเพื่อให้สาธารณชนรับทราบ และมีการส่งเสริมการศึกษาดูงานระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว เพื่อยกระดับการพัฒนาให้สูงขึ้นเท่าเทียมกัน

1.2.3 การชื่นชมการทำงานและการเรียนรู้ร่วมกัน (Appreciation inquiry: A) ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วนสำคัญ คือ 1) วิธีการทำงานที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจ 2) วิธีการทำงานที่ก่อให้เกิดความผูกพัน 3) การสร้างวัฒนธรรมการทำงานที่ก่อให้เกิดความผูกพันของภาคีเครือข่ายสุขภาพในอำเภอชายแดนไทย-ลาว ส่วนใหญ่เป็นการเรียนรู้จากการปฏิบัติในพื้นที่ เป็นกระบวนการแบบขึ้นบันไดเวียน คือ ทำไป พูดไป คิดทบทวนไป ให้ความสำคัญกับการเตรียมการก่อนการจัดกิจกรรม (Before Action Review: BAR) และสรุปผลหลังจัดกิจกรรม (After Action Review: AAR) เพื่อให้ได้ผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่ชุมชนเชื่อถือศรัทธาสามารถสื่อสารสร้างแรงบันดาลใจให้คนในชุมชนฟังแล้วเข้าใจ เกิดความเชื่อและชวนให้เกิดการปฏิบัตินำไปสู่การเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพได้ดีภายใต้การเคารพศักดิ์ศรีในคุณค่าความเป็นมนุษย์ที่เป็นพื้นฐานความคิดของภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอที่เชื่อว่าทุกคนมีสิทธิ์เสมอภาคและสามารถเรียนรู้ได้จากวิธีการปฏิบัติจากข้อมูลปัญหาจริงในชุมชน ซึ่งจัดสำหรับคนทุกกลุ่มวัยทั้งในระบบและนอกระบบให้มีบรรยากาศแบบฉันทน์พี่น้อง จะทำให้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง เกิดความรักในชุมชนท้องถิ่นของเธอ สร้างวัฒนธรรมการทำงานที่ก่อให้เกิดความผูกพันด้วยการเริ่มที่การสร้างคนอันเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญในการพัฒนาทุกๆ ด้าน เป็นกลไกที่จะธำรงรักษาไว้ซึ่งทุนทางสังคมด้านอื่นๆ เพื่อนำมาเป็นปัจจัยขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสุขภาพอีกด้วย และการที่มีคนมาร่วมทำงานด้วยจิตอาสาโดย

ไม่หวังสิ่งตอบแทนอื่นใด จึงนับว่าเป็นความดีงามที่สังคมอยากเห็นในโลกยุคปัจจุบัน

1.2.4 การให้บริการสุขภาพตามความจำเป็นในบริบทของชุมชน (Essential Health care: E) ภาวะสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง/หัวใจ/สมอง/หลอดเลือด) ผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ ผู้ยากไร้ ซึ่งเป็นผู้อยู่ในภาวะเปราะบาง เป็นประเด็นร่วมที่ภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ได้ประกาศเป็นวาระเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการเนื่องจากเป็นสาเหตุของการป่วยติดเตียงที่อาจเกิดภาวะฉุนเฉียวและตายหากช่วยเหลือไม่ทัน ที่มีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้น ซึ่งปัจจุบันยังขาดระบบเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง และการปรับแนวคิดสุขภาพดีเริ่มที่ตัวเราเพื่อสร้างให้ผู้นำการเปลี่ยนแปลงเกิดแนวคิดใหม่ว่า สุขภาพดีต้องมีกลยามิตรร่วมคิดร่วมสร้าง เป็นการสร้างโอกาสให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมดำเนินงานระบบสุขภาพโดยการลงมือทำด้วยตนเองซึ่งเป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในชุมชนครอบคลุมทุกมิติ อันจะนำไปสู่การมีสังคมสุขภาวะที่ดีและยั่งยืน ดังที่ผู้นำเครือข่ายสาขาสาธารณสุข (เพศชาย อายุ 47 ปี) กล่าวว่า

“ต่างจากเมื่อก่อนที่มีแต่ทีมสาธารณสุขกับ อสม... พอมีภาคส่วนอื่นมาร่วมทีมด้วยทำให้ได้เพื่อนร่วมงานเพิ่มขึ้น สามารถดูแลประชาชนได้มากกว่าการเจ็บป่วย รวมไปถึงอาชีพรายได้ ที่อยู่อาศัย..”¹⁷

และผู้แทนผู้นำเครือข่ายสาขาการปกครองส่วนท้องถิ่น (เพศชาย อายุ 50 ปี) กล่าวว่า

“ท่านนายกฯ จะเน้นเรื่องสุขภาพและการศึกษา ตั้งแต่วัยเด็กและทุกกลุ่มวัย เวลาลงไปเยี่ยมผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยติดเตียงที่ลูกหลานไปทำงานนอกบ้าน จะมีทีมไปช่วยดูแลอาบน้ำ ปะแป้ง อาหารการกิน ความสะอาด ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม..”¹⁸

1.3 ผลสัมฤทธิ์ (Result)

1.3.1 ผลผลิต (Output) และผลลัพธ์ (Outcome) ได้แก่ การมุ่งผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้บริโภค (Customer focus: C) ภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมทำให้ภาคประชาชนซึ่งเป็นผู้รับบริการได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเองทุกขั้นตอน ตั้งแต่การร่วมเป็น

คณะกรรมการเข้าร่วมประชุมเพื่อเสนอปัญหาความต้องการ การจัดทำแผนเพื่อหาแนวทางพัฒนา การร่วมดำเนินการ การตรวจสอบประเมินผล การดำเนินงานระบบสุขภาพ ที่ทำให้ ประชาชนได้รับรู้ข้อมูลโดยตรงจนเกิดความตระหนักรู้สึกห่วงใย เป็นเจ้าของระบบสุขภาพในชุมชนของตนเอง นำไปสู่การเข้า มามีส่วนร่วมแบบไม่บังคับตาย โดยภาคีเครือข่ายสุขภาพได้ อัญเชิญหลักการทรงงาน ระเบิดจากข้างใน ของในหลวงรัชกาล ที่ 9 มาใช้เป็นแนวปฏิบัติ¹⁹ ซึ่งสอดคล้องกับหลักพุทธวิธีการ แก้ปัญหาแบบอริยสัจ 4 โดยให้คนในชุมชนรู้จัก และเหตุแห่ง ทุกข์ รุ้หน คือ รุ้ทรัพยากรที่เป็นกำลังความสามารถของตนเอง ก่อน แล้วเขาจะรุ้ทาง คือ วิธีการปฏิบัติที่ทำให้ได้พบแสงสว่าง ความสำเร็จด้วยตาใน หรือปัญญาของตนเอง โดยกระบวนการ สื่อสารที่ผู้ส่งสาร (Sender) นำสาร (Message) ไปยังผู้รับสาร (Receiver) โดยผ่านช่องทาง (Chanel) ที่เหมาะสมอย่างมี ประสิทธิภาพ²⁰ ทำให้ข้อมูลมีพลังอำนาจจากพลังข้อมูลกลายเป็นพลังความเปลี่ยนแปลง ดังนั้น การมีช่องทางการรับรู้ของ ประชาชนโดยการคืนข้อมูลให้ชุมชนจึงเป็นวิธีการสะท้อนข้อมูล กลับแบบการสื่อสารสองทางที่สร้างให้เกิดการใช้ข้อมูลเป็น พลังผลักดันให้ประชาชนตัดสินใจในการมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง จริงจังด้วยตนเอง เนื่องจากประชาชนผู้บริโภคเป็นกลไกสำคัญ ในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพและเป็นผู้รับผลประโยชน์ ผลสำเร็จจากการดำเนินงานจึงเป็นทั้งระดับผลผลิต (Out put) และผลลัพธ์ (Out come)

1.3.2 ผลกระทบ (Impact) จากการพัฒนาระบบ สุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ส่งผลให้ประชาชนและสังคม โดยรวมเกิดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพอย่างเข้มแข็ง และจริงจัง สร้างให้ชุมชนเกิดความรักผูกพัน (Community engagement) ตระหนักถึงความรับผิดชอบร่วมกัน เอาใจใส่ แบบเป็นเจ้าของและให้ความสำคัญต่อระบบสุขภาพอำเภอใน พื้นที่ของตนเอง รวมทั้งมีการทำงานเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่าย อย่างเป็นระบบ (Health networking system) อันจะส่งผล ให้เกิดภาคีเครือข่ายร่วมกันสร้างสังคมสุขภาวะที่ดีและยั่งยืน ต่อไป (Health For All-All For Health)

2. ปัจจัยเสริมสู่ความสำเร็จ

จากการประเมินความสอดคล้องในความคิดเห็นร่วมกันของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (Experts judgment) และของผู้นำ ภาคีเครือข่ายสุขภาพที่มีส่วนได้ส่วนเสีย พบว่า นอกจาก 6

องค์ประกอบเดิม ที่มีความสำคัญและจำเป็นซึ่งได้ประยุกต์ ปรับปรุงรายละเอียดดังกล่าวแล้วนั้น ยังมีข้อค้นพบเพิ่มเติมที่ ส่งผลให้กระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย- ลาว ประสบความสำเร็จยิ่งขึ้น อีก 4 องค์ประกอบ ดังนี้

2.1 การทำหน้าที่ของหัวหน้าทีม (Captaincy: C)

ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วนสำคัญ คือ

2.1.1 การนำองค์กรและการจัดการตามหลัก ธรรมชาติของผู้นำ (Leadership & Governance) ผู้นำภาคี เครือข่ายสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ต้องเป็นนักยุทธศาสตร์ ที่มีภาวะผู้นำ สามารถนำองค์กรตามหลักธรรมชาติในการ พัฒนาคูณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่เป้าหมายให้เกิด ประสิทธิภาพอย่างมีประสิทธิภาพ เสมอภาค เท่าเทียมเป็นธรรม และมีคุณสมบัติอีกหลายๆ ด้าน ดังที่ผู้นำภาคีเครือข่ายสาขา การปกครองและความมั่นคง (เพศชาย อายุ 47 ปี) ให้สัมภาษณ์ ไว้ว่า

“ผู้นำต้องมีแรงจูงใจส่วนตัวและมีความรู้อย่างน้อย 5 ศาสตร์ ที่อยู่ในตัวตน คือ 1) การวางแผนยุทธศาสตร์ 2) จิตวิทยาบุคคล 3) วิชาการและการวิจัย 4) การบริหารจัดการ องค์กร และ 5) การสื่อสารและการถ่ายทอดด้วยการพูดและ การเขียนข่าว บทความ หนังสือ...”²¹

และผู้นำภาคีเครือข่ายสาขาการปกครองและความ มั่นคง (เพศชาย อายุ 44 ปี) กล่าวว่า

“ขอให้ทำงานเชิงรุก พูดคุยกันบ่อยๆ คุยกันเรื่อง สุขภาพ จะได้เรื่องความคิดเห็นและการปฏิบัติบำรุงขวัญกำลังใจ นายอำเภอทำเป็นตัวอย่าง ทำให้เห็น พูดแล้วต้องทำ ยิ้มแย้มแจ่มใส...”²²

2.1.2 ความสามารถในการสร้างแรงบันดาลใจ (Inspiration)

1) ผู้นำมีความสามารถในการปรับแนวคิด การทำงาน สร้างแรงบันดาลใจ เหนียวแน่นให้เกิดการทำงานร่วมกันอย่างทรงพลัง เหมือนกระแสน้ำ ดังคำพูดของผู้นำเครือข่าย สาขาการปกครองและความมั่นคง (เพศชาย อายุ 47 ปี) ว่า

“เราต่างกันเพียงหน้าที่ แต่มีเป้าหมายเดียวกัน คือ การดูแลประชาชนคนเดียวกัน ที่ต้องทำงานเกี่ยวข้องกันหลาย ฝ่าย..จึงต้องทำไปพร้อมๆ กัน เหมือนกระแสน้ำที่ไหลไปทิศทาง เดียวกัน แล้วจะมีพลังและพบความสำเร็จ...”²¹

ผู้นำเครือข่ายสาขาการปกครองและความมั่นคง

(เพศชาย อายุ 44 ปี) กล่าวว่า

“..วิธีการทำงานของผู้นำทำให้เกิดผลทางจิตวิทยา ผมไม่ค่อยอยู่ห้องทำงาน นื่องๆ รพส.เห็นเราพาหัวหน้าส่วนราชการเข้าไปหาชาวบ้าน..เขาก็ดีใจที่ผู้นำเบิกทางให้.”²²

2) ผู้นำมีวิธีเสริมสร้างแรงจูงใจในการทำงานสามารถกระตุ้นให้ทีมมีพลังทำงานร่วมกัน ดึงผู้นำเครือข่ายสาขาการปกครองและความมั่นคง (เพศชาย อายุ 59 ปี) กล่าวว่า

“การทำงานก็เหมือนผมเป็นพระเอกโลก เป็นตัวร้าย ตัวโกงก็ได้ พระเอกก็ได้ เวลาเขามาทำงานก็ชื่นชมให้กำลังใจ โอ้โฮ...ผู้ใหญ่ขยันจังเลย คำพูดแค่นี้เดียว กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ขยันกันใหญ่เลย.. เนี่ย! ผมเอากระทิงแดงมาช่วย 2 โหล พอมีขี้ไม่พอเดี๋ยวให้ท่านนายกฯเขาช่วย มันก็จะเป็นท้องถิ่นท้องถิ่นมาช่วยกัน...”²³

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (เพศชาย อายุ 53 ปี) กล่าวว่า

“สิ่งแรกต้องเปลี่ยนระบบความคิดในการทำงานโดยการจัดบริการที่พึงพอใจให้ชาวบ้าน.. ต้องทำหน้าที่เป็นผู้ให้.. ผู้นำต้องทำเป็นตัวอย่าง.. ต้องรู้ว่าบริการอย่างไรจะเกิดความประทับใจ.. เราทำด้วยใจ เราก็ได้น้ำใจจากประชาชน...”²⁴

2.1.3 การทำงานด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanity) การทำงานมวลชนเพื่อให้เกิดความสุขแก่สาธารณชนแบบจิตอาสา หรือทำงานด้วยจิตอาสา นั้น ผู้ทำงานล้วนเป็นผู้ที่มีจิตใจสูง มีคุณธรรม เมตตา กรุณา อุทิศตน เสียสละ ทั้งกำลังกาย กำลังใจ กำลังสติปัญญา หรือแม้กระทั่งกำลังทรัพย์ที่พึงแบ่งปันได้ โดยมีเป้าหมายแบบไม่เลือกเพศ ผิวพรรณ ชนชั้นวรรณะ ดังคำกล่าวของผู้นำเครือข่ายสาขาการปกครองท้องถิ่น (เพศหญิง อายุ 48 ปี) ว่า

“การทำงานทางด้านสุขภาพ ทำให้มีโอกาสได้ดูแล ผู้สูงอายุ ผู้ป่วย ผู้พิการ ที่ขาดการเหลียวแล เป็นการไปให้กำลังใจผู้ป่วย.. พอเห็นว่ามีคนนึกถึงไปเยี่ยมก็ดีใจ..รู้สึกน้ำตาไหลเลย มันเป็นความภาคภูมิใจที่อย่างน้อยเราได้ช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ด้วยกันที่เขาขาดโอกาส แม้แค่นี้ก็จะเป็นความภูมิใจ...”²⁵

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (เพศหญิง อายุ 47 ปี) กล่าวว่า

“ภูมิใจที่ได้เกิดมาเป็นลูกสาธารณสุข มีโอกาสได้ดูแล

ประชาชนตั้งแต่เกิดจนตาย.. ได้ทำโครงการดูแล คนแก่ คนเจ็บ คนป่วย เป็นการช่วยเหลือเขาให้ได้อยู่ในสังคมที่มีสุข และสุดท้ายเราก็ยังได้ไปส่งสะกานให้ผู้ป่วยก่อนสิ้นลม เพื่อส่งให้เขาขึ้นสวรรค์ นี่เป็นความเชื่อแบบบ้านเฮานะคะ .”²⁶

พยาบาลวิชาชีพผู้ให้บริการสุขภาพ (เพศหญิง อายุ 46 ปี) กล่าวว่า

“มันเป็นเรื่องของหัวใจ หัวใจ สัจจมา เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม มันเป็นเรื่องของมวลชนที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ยกตัวอย่าง มีผู้ยากไร้เป็นผู้ป่วยติดเตียง เราก็มองเป็นเรื่องสุขภาพด้วย.. บ้านก็ไม่มีจะอยู่ ก็จะมีชีวิตและสุขอนามัยที่ดีได้อย่างไร”²⁷

2.2 การสื่อสาร (Communication: C)

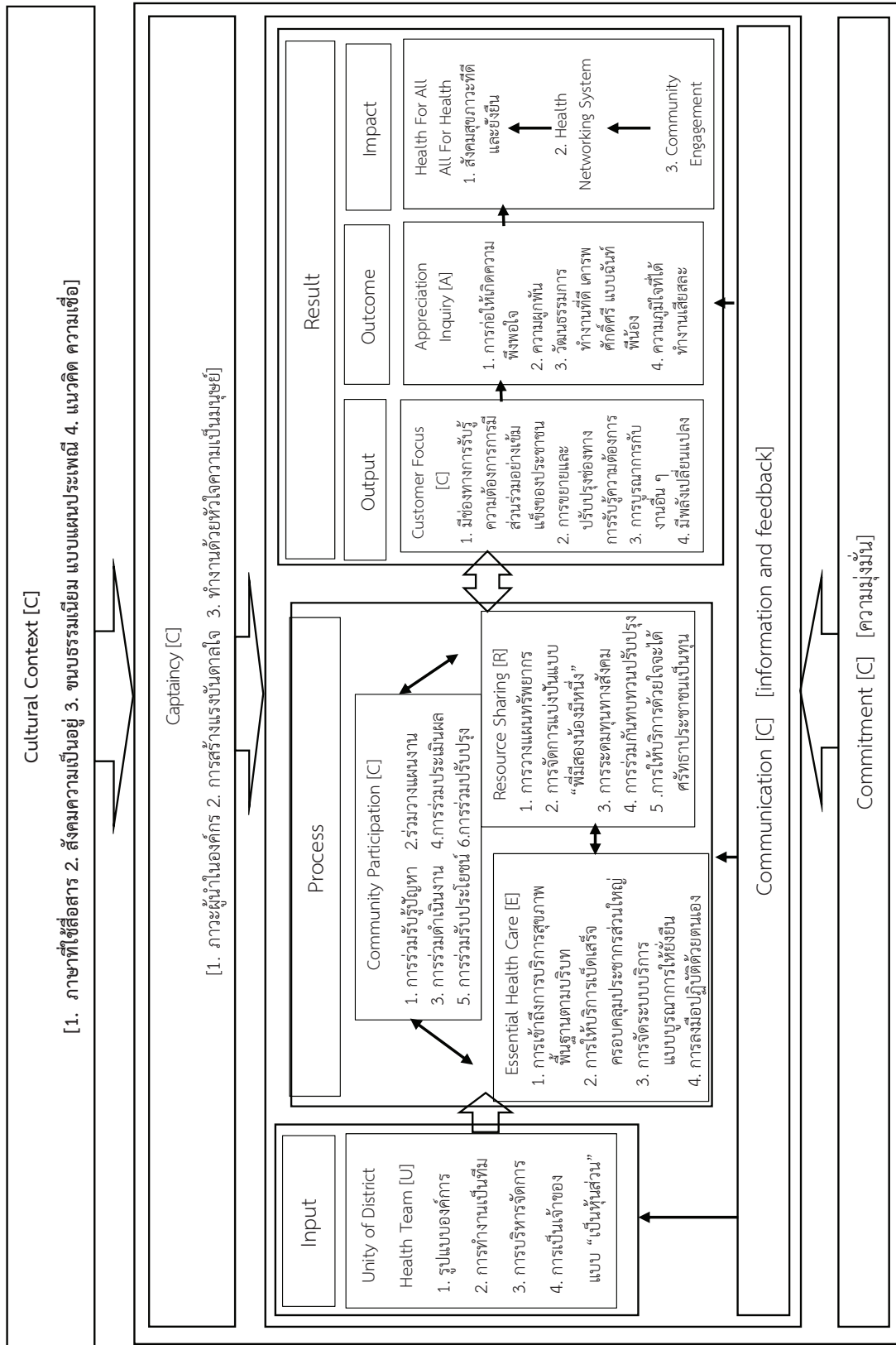
การสื่อสาร เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ทุกอำเภอให้ความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากการทำงานภายใต้ความแตกต่างกันในหลายๆ ด้าน จึงจำเป็นต้องมีระบบการสื่อสาร (SMCR) ที่มีประสิทธิภาพ²⁰ เริ่มด้วยผู้ส่งสาร (Sender: S) ที่มีทักษะสามารถส่งสาร (Message: M) ถ่ายทอดออกไปด้วยวิธีการหรือมีช่องทาง (Chanel: C) ที่เหมาะสม ตรงตามความต้องการของผู้รับสาร (Receiver: R) ทำให้รับรู้ เข้าใจ สามารถนำไปปฏิบัติได้ตามวัตถุประสงค์ และเป็นการสื่อสารสองทาง (Two-way communications) ที่ครบวงจร คือ 1) ส่วนที่เป็นข้อมูลข่าวสาร (Information) ที่ส่งออกไป และ 2) การสะท้อนกลับ (Feedback) ข้อเสนอแนะที่ผู้รับสารแจ้งกลับมาเพื่อเติมเต็มส่วนขาดหรือเพื่อปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

2.3 ความมุ่งมั่น (Commitment: C)

องค์ประกอบสำคัญต่อมา คือ ภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ได้สร้างข้อตกลงที่เป็นพันธสัญญา และมุ่งมั่นที่จะทำงานเพื่อประโยชน์ของชุมชนท้องถิ่นร่วมกันอย่างเข้มแข็ง

2.4 บริบททางวัฒนธรรม (Cultural context: C)

การดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ควรสอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรม ค่านิยม ความเชื่อ วิถีชีวิตความเป็นอยู่ของผู้คนในท้องถิ่นนั้นๆ จึงจะเกิดการมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง เนื่องจากในพื้นที่อำเภอชายแดนไทย-ลาว มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ ความเชื่อ ประเพณีและวัฒนธรรม ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้นำเครือข่ายสาธารณสุข (เพศชาย อายุ 51 ปี) ที่กล่าวว่า



ภาพที่ 2 รูปแบบการพัฒนากระบวนการสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว (DHS@Thai-Laos' border : 4C+U+CARE+C)

“แม้มีหลากหลายชาติพันธุ์ แต่ส่วนใหญ่เป็นคนพื้นเพดั้งเดิม เป็นญาติพี่น้อง หรือไม่ก็อยู่มาจนรู้สึกเป็นญาติพี่น้องไปแล้ว.. ส่วนประเด็นที่รวมใจของชาวเมือง น่าจะเป็นแม่น้ำโขงหรือน้ำของ มันเป็นตัวกำเนิดและมีเรื่องเล่าต่างๆ มากมาย วัฒนธรรมลุ่มน้ำโขงจึงเป็นจุดรวมใจให้คนร่วมมือกันรักกันแบบพี่น้อง”²⁸

ผู้นำเครือข่ายสาขาการปกครองท้องถิ่น (เพศชาย อายุ 45 ปี) กล่าวว่า

“ประเพณีวัฒนธรรมที่เป็นเอกลักษณ์ของเรา คือ ประเพณีบุญผะเหวด หรือเทศน์มหาชาติ ที่เทศบาลเป็นเจ้าภาพจัดขึ้นราวกลางเดือน 4 ของทุกปี มีพี่น้องตำบลหมู่บ้านต่างๆ ทั้งอำเภอมาร่วมทำบุญโดยรับเป็นเจ้าภาพถวายภัตตาหารทั้ง 13 กัณฑ์ ใครมีอะไรก็จะนำมารวมกันที่วัด..”²⁹

ผู้นำเครือข่ายสาขาการปกครองท้องถิ่น (เพศหญิง อายุ 40 ปี)

“ถ้าพูดถึงชาติพันธุ์ของเมืองมุกมีชาวพื้นเมืองถึง 8 เผ่า แข็งแรงที่สุดคือ ภูไท กะเลิง อีสาน ข่า ย้อ มีความเข้มแข็งของจารีตประเพณี ส่วนคนเวียดนามที่มาอยู่บ้านเราเรียกว่าไทใหม่ พูดถึงวัฒนธรรมเมืองมุกดาหารตอนนี้ เรียกว่า เมือง 3 ธรรม คือเมืองธรรมะ เมืองธรรมชาติ และเมืองวัฒนธรรมชนเผ่า.”²⁵

สรุปได้ว่า รูปแบบการพัฒนาาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ได้ตามรูปแบบที่สามารถจัดเป็นระบบ (Systematic) ตามกรอบ UCCARE 6 องค์ประกอบเดิม (ดังได้กล่าวในข้อ 1) และการมีปัจจัยเสริมที่ส่งผลให้กระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ประสบความสำเร็จยิ่งขึ้นอีก 4 องค์ประกอบ (ดังได้กล่าวในข้อ 2) สามารถเขียนเป็นรูปแบบการพัฒนาาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว (DHS@Thai-Laos' border : 4C+U+CARE+C) ดังภาพที่ 2

อภิปรายผลการวิจัย

การสังเคราะห์และประเมินรูปแบบการพัฒนาาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว สามารถนำมาอภิปรายผลถึงประเด็นต่างๆ ดังนี้

1. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ: รูปแบบการพัฒนา ระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว

1.1 ปัจจัยนำเข้า (Input) ได้แก่ การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity of district health team: U) ซึ่งภาคีเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาวส่วนใหญ่จะคุ้นเคยและทำงานประสานกันอยู่แล้วเป็นปกติ ดังนั้น เมื่อระดับนโยบายได้ออกระเบียบกฎหมายสนับสนุนการพัฒนาาระบบสุขภาพอำเภอขึ้น³⁰ อำเภอชายแดนไทย-ลาวส่วนใหญ่จึงเห็นว่าเป็นโอกาสที่จะได้เกิดการดำเนินงานร่วมกันอย่างเป็นทางการ (ที่มีระเบียบรองรับ) และเป็นรูปธรรมชัดเจนขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาแนวทางการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพอำเภอด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพของประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร มานพ คณะโต และกิตติมา โมะเมน³¹ โดยใช้แนวคิด UCARE ที่พบว่า ทีมเครือข่ายสุขภาพอำเภอมีความเป็นไปได้ในการบริหารจัดการและประสานการดำเนินงานร่วมกัน ด้วยความห่วงใยเอื้ออาทรกัน โดยมี ประชาชน เป็นเป้าหมายเดียวกัน รับผิดชอบดำเนินการดูแล แก้ไข และได้รับผลประโยชน์ร่วมกันแบบ (Win-Win Approach) สอดคล้องกับบทสัมภาษณ์นายแพทย์สันติ ลากเบญจกุล ของสุพัตรา ศรีวณิชชากร³² บนเวทีเสวนาเพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน ครั้งที่ 3 เรื่อง โรงพยาบาลกับการขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชนว่า เริ่มด้วยใจ ขับเคลื่อนเครือข่ายเป็นพวง..ทุกอย่างก้าวถ้าสามารถประสานกลายเป็นพวงช่วยกันทำ และมีกลุ่มเป้าหมายเดียวกันก็จะเกิดพลังมหาศาล

1.2 กระบวนการ (Process) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบที่สัมพันธ์เชื่อมโยงกัน ดังนี้

1.2.1 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (Community participation: C) เป็นกระบวนการมีส่วนร่วมการทำงาน “ด้วยหัวใจ” ของภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ที่สร้างให้ประชาชนมีความรู้สึก “เป็นเจ้าของ” และมีความรับผิดชอบในระบบสุขภาพของตนเองจนเกิดการระเบิดจากข้างใน สอดคล้องกับปรากฏการณ์หนึ่งของสุเมธ ตันติเวชกุล¹⁹ เรื่อง ระเบิดจากข้างใน หัวใจแห่งการพัฒนา แนวคิดนี้ตรงกับหลักการทรงงานของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ภูมิพลอดุลยเดช รัชกาลที่ 9 พระองค์ทรงมุ่งเน้นเรื่องการพัฒนาคน ทรงรับสั่งว่า “ต้องระเบิดจากข้างใน นั้นหมายความว่า ต้องสร้างความเข้มแข็งให้คนในชุมชนที่เราเข้าไปพัฒนาให้มีสภาพพร้อมที่จะรับการพัฒนาเสียก่อน แล้วจึงค่อยออกมาสู่สังคมภายนอก มิใช่การนำเอาความเจริญหรือบุคคลจากสังคมภายนอกเข้าไปหาชุมชน หมู่บ้านที่ยังไม่ทันได้

มีโอกาเตรียมตัวหรือตั้งตัว" โดยการสร้างความตระหนักถึงคุณค่าตนเองและยอมรับว่า ชุมชนมีศักยภาพ มีความเชื่อมั่นในความรู้สึกเป็นเจ้าของและมีความรับผิดชอบมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับสุรชัย จุจิวรรณกุล สงครามชัย ลีทองดี และอนุพันธ์ สุวรรณพันธ์³³ พัฒนารูปแบบการจัดการระบบสุขภาพอำเภอด้วยการจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายในพื้นที่อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ 1) การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการเรียนรู้มาเป็นกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยมีการร่วมปฏิบัติจริงในพื้นที่ 2) การสร้างการพัฒนาเครือข่ายและประสานการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในพื้นที่ และ 3) การติดตามประเมินผลการพัฒนาสุขภาพระดับอำเภอ

1.2.2 การจัดสรรทรัพยากร (Resource sharing : R) โดยผู้นำภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ใช้แนวคิดหลักการทำงานเพื่อสร้างศรัทธาในการจัดการวางแผนแบ่งปันทรัพยากรแบบที่มีสอง..น้องมีหนึ่ง และทำงานแบบใจ ถึง ใจ อย่างคนมีหัวใจความเป็นมนุษย์ แล้วจะพบว่าสิ่งที่ให้ คือ สิ่งที่ได้ ส่วนทรัพยากรที่ได้จากการระดมทุนของภาคเอกชนนั้น ภาคสุขภาพฝ่ายอำนวยการได้จัดทำศูนย์ข้อมูลระดับอำเภอและมีการจัดงานเพื่อเชิดชูเกียรติคุณ ตอบแทนผู้มีศรัทธาและเสียสละให้สาธารณชนรับทราบ สอดคล้องกับการศึกษาแนวทางการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพอำเภอด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพของประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร มานพ คณะโต และกิตติมา โมะเมน³¹ โดยใช้แนวคิด UCARE พบว่า การแบ่งปันทรัพยากร การพัฒนาบุคลากร และการทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ควรมีการเชิดชูผู้ปฏิบัติงานเพื่อขวัญกำลังใจเกิดการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิยิ่งขึ้น

1.2.3 การชื่นชมการทำงานและการเรียนรู้ร่วมกัน (Appreciation inquiry: A) การทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายสุขภาพในอำเภอชายแดนไทย-ลาวส่วนใหญ่เป็นการเรียนรู้จากการปฏิบัติ ให้ความสำคัญกับการเตรียมการก่อนการจัดกิจกรรม (Before Action Review: BAR) และสรุปผลหลังจัดกิจกรรม (After Action Review: AAR) ภายใต้การเคารพศักดิ์ศรีในคุณค่าความเป็นมนุษย์ที่เป็นแนวคิดพื้นฐานและบรรยากาศแบบฉันทน์พี่น้อง สร้างให้เกิดความผูกพันและวัฒนธรรมการทำงานที่มี คน เป็น ทูทางสังคม ที่ใช้เป็นกลไกขับเคลื่อนการพัฒนาทุกๆ ด้าน และรักษาไว้ซึ่งทุนทางสังคม

ด้านอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับบุญสืบ โสโสม และคณะ³⁴ ที่ศึกษาเชิงคุณภาพของระบบสุขภาพอำเภอพื้นที่เขตเมือง 8 จังหวัด เรื่องการพัฒนาบริการโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ของเขตบริการสุขภาพที่ 4 พบว่าปัจจัยของความสำเร็จเกิดจากทุนทางสังคมที่มีมาก่อน ได้แก่ ทุนทางความเชื่อทางศาสนาวัฒนธรรมที่ให้คุณค่ากับการช่วยเหลือเอื้ออาทรกัน ความเป็นญาติพี่น้องและเสริมสร้างความรู้สึกร่วมกัน ทัศนคติที่ดี ความเป็นหนึ่งเดียวที่ต้องการเดินไปพร้อมๆ กัน

1.2.4 การให้บริการสุขภาพตามความจำเป็นในบริบทของชุมชน (Essential health care:E)

ภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ส่วนใหญ่ได้ประกาศเรื่อง ภาวะสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง/หัวใจ/สมอง/หลอดเลือด) ผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ ผู้ยากไร้เป็นประเด็นร่วมที่ต้องดำเนินการเป็นวาระเร่งด่วน เนื่องจากเป็นสาเหตุของการป่วยและตายที่มีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้น สอดคล้องกับความคิดเห็นของ นายแพทย์นภดล เสรีรัตน์ ที่สุพรรณบุรีศรีวิชัย³² สัมภาษณ์บนเวทีเสวนาเพื่อการพัฒนาสุขภาพชุมชน ครั้งที่ 3 เรื่อง โรงพยาบาลกับการขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชนว่า “ถามว่าทำไมการทำงานต้องเริ่มจากกระบวนการเยี่ยมบ้าน คิดว่าการดูแลทั้งชีวิต เราไม่สามารถมองเห็นปัญหาเหล่านั้นได้บนโรงพยาบาล นอกจากต้องเข้าไปในชีวิต ของเขาจริงๆ” (นายแพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน/เพศชาย 14 ธันวาคม 2554) ซึ่งปัจจุบันพบว่า หากมีระบบเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เหมาะสมมีประสิทธิภาพอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง จะเป็นการสร้างโอกาสการมีส่วนร่วมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในชุมชนได้ครอบคลุมทุกมิติและเกิดสังคมสุขภาวะที่ดีและยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับวิชัย เทียนถาวร³⁵ ที่วิจัยเชิงคุณภาพเรื่อง การศึกษาการสื่อสารเพื่อการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ การเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง : ศึกษากรณีจังหวัดสิงห์บุรี โดยใช้สื่อสัญลักษณ์ ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี พบว่าเป็นการสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในระดับตำบลใช้ในการคัดกรองกลุ่มเป้าหมาย เพราะเป็นเครื่องมือที่ง่ายทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ สีน่านำมาใช้เป็นสัญลักษณ์มีความคุ้นเคยกับการใช้ชีวิตประจำวันของประชาชน ซึ่งสามารถแบ่งระดับ

ความรุนแรงได้จากมุมมองเห็น ทำให้ผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีความเข้าใจได้ง่าย ส่งผลให้เกิดความตระหนักและใส่ใจสุขภาพของตนเองมากขึ้น

1.3 ผลสัมฤทธิ์ (Result) มี 3 ระดับ ได้แก่ การมุ่งผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้บริโภค (Customer focus: C) ภาคิเครือข่ายสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมการดำเนินงานระบบสุขภาพ จึงทำให้ประชาชนซึ่งเป็นผู้รับบริการได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเองทุกขั้นตอน ทำให้เกิดความตระหนักและรู้สึกห่วงใยเป็นเจ้าของระบบสุขภาพในชุมชนของตนเอง นำไปสู่การเข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจังสอดคล้องกับชดากร ศิริคุณ และวุฒิพงค์ ภัคติกุล³⁶ ที่ประเมินความคิดเห็นต่อการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) ในพื้นที่จังหวัดสกลนคร พบว่า ปัจจัยสำคัญต่อการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ คือ 1) การเสริมสร้างการรับรู้ (perception) เกี่ยวกับนโยบาย รับรู้ต่อปัญหาสังคม (perception of social problem) 2) การกระตุ้นการตอบสนอง (responsiveness) ซึ่งกระบวนการสื่อสารของผู้นำสารไปยังผู้รับสารด้วยช่องทางที่เหมาะสมอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถทำให้ข้อมูลข่าวสารกลายเป็นพลังความเปลี่ยนแปลง ก่อให้เกิดการเร่งรัดปฏิบัติตามนโยบาย หรือตอบสนองต่อการแก้ไขปัญหาของชุมชนได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวิชัย เทียนถาวร²¹ เรื่องการสื่อสารเพื่อการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ การเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ศึกษากรณีจังหวัดสิงห์บุรี พบว่า ผู้ส่งสารมีทักษะในการสื่อสารที่ดี ทำให้ผู้รับสารมีความรู้สึกเป็นกันเอง ทำให้การถ่ายทอดสื่อถึงตัวผู้รับ มีความเข้าใจนำไปปฏิบัติได้ถูกต้อง และที่สำคัญต้องเป็นการสื่อสารแบบสองทางและมีการโต้ตอบแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในทุกขั้นตอน จึงจะทำให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพสูง ซึ่งประชาชนเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ จึงเป็นทั้งผลผลิต (Output) และผลลัพธ์ (Outcome) ส่วนระดับผลกระทบ (Impact) นั้น จากการจัดการระบบสุขภาพร่วมกันของภาคิเครือข่าย สร้างให้เกิดความรักและผูกพันในชุมชน (Community engagement) รู้สึกเป็นเจ้าของหวงแหนเอาใจใส่อย่างจริงจัง เกิดการทำงานเชื่อมโยงสัมพันธ์กันอย่างเป็นระบบ (Health Networking System) อันจะส่งผลให้เกิดการสร้างสังคมสุขภาวะที่ดีอย่างยั่งยืน

2. ปัจจัยเสริมสู่ความสำเร็จ

ข้อค้นพบเพิ่มเติมอีก 4 องค์ประกอบ ที่ส่งผลให้กระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ประสบความสำเร็จยิ่งขึ้น ดังนี้

2.1 การทำหน้าที่ของหัวหน้าทีม (Captaincy: C)

ด้วยการนำองค์กรอย่างมีธรรมาภิบาล (Leadership & governance) ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วนสำคัญ คือ ผู้นำภาคิเครือข่ายสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว 1) ควรเป็นนักยุทธศาสตร์ที่มีภาวะผู้นำและบริหารจัดการตามหลักธรรมาภิบาล (leadership & governance) 2) สามารถสร้างแรงบันดาลใจ (inspiration) เหนี่ยวนำให้คณะกรรมการภาคิเครือข่ายและทีมงานเกิดการทำงานร่วมกันอย่างทรงพลัง และ 3) มีการทำงานด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (humanity) คือ การทำงานแบบให้เกียรติ และเห็นคุณค่าความเป็นมนุษย์อย่างเท่าเทียมกัน

2.2 การสื่อสาร (Communication: C) เป็นหัวใจ

สำคัญที่จะผลักดันให้งานทั้งระบบขับเคลื่อนไปได้ เพราะการสื่อสารเป็นปัจจัยหนึ่งที่ภาคิเครือข่ายสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ทุกอำเภอให้ความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากการทำงานภายใต้ความแตกต่างกันในหลายๆ ด้าน จำเป็นต้องมีระบบการสื่อสาร (SMCR) ที่มีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดการรับรู้ เข้าใจ สามารถนำไปปฏิบัติได้ตามวัตถุประสงค์ และเป็นการสื่อสารสองทาง (Two-way communications) ที่ครบวงจร คือ 1) ส่วนที่เป็นข้อมูลข่าวสารที่ส่งออกไป (Information) และ 2) การสะท้อนกลับ (Feedback) เพื่อข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเติมส่วนขาดหรือปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

2.3 ความมุ่งมั่น (Commitment: C) ภาคิเครือข่าย

สุขภาพอำเภอชายแดนไทยลาว มีความหลากหลายทั้งรัฐ เอกชน ประชาชน และธุรกิจสุขภาพ การบริหารจัดการ การแลกเปลี่ยนรวมทั้งการแบ่งปันทรัพยากร ตลอดจนภารกิจจึงต้องสร้างข้อตกลงที่เป็นพันธสัญญาร่วมกัน และมุ่งมั่นที่จะทำงานเพื่อประโยชน์ของชุมชนท้องถิ่นซึ่งเป็นเป้าหมายร่วมกัน

2.4 บริบททางวัฒนธรรม (Cultural context: C)

การดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ควรสอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรม (Cultural context: C) ตามความเชื่อค่านิยมประเพณีของชุมชนท้องถิ่นที่เอื้ออำนวยต่อการดำเนินงานระบบสุขภาพ

สรุปผล

จากผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว เป็นกระบวนการเชิงระบบตามกรอบ 4C+U+CARE+C 10 องค์ประกอบ ประกอบด้วย 1) การทำงานร่วมกันในระดับอำเภออย่างเข้มแข็ง (Unity of District Health Team:U) เป็นปัจจัยนำเข้า 2) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (Community participation: C) 3) การจัดสรรทรัพยากร (Resource sharing: R) 4) การชื่นชมการทำงานและการเรียนรู้ร่วมกัน (Appreciation Inquiry: A) 5) การให้บริการสุขภาพตามความจำเป็นในบริบทของชุมชน (Essential Health care: E) เป็นกระบวนการ 6) การมุ่งผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้บริโภค (Customer focus: C) เป็นผลสัมฤทธิ์ (Result) ที่มีทั้งผลผลิต (Output) และผลลัพธ์ (Outcome) และหากดำเนินการไปอย่างต่อเนื่องจะเกิดความรักความผูกพันของชุมชน (Community engagement) และการทำงานของเครือข่ายสุขภาพที่เป็นระบบ (Health networking system) ส่งผลให้เกิดผลกระทบ (Impact) ต่อระบบการพัฒนาชุมชน

ท้องถิ่น สู่การสร้างสังคมสุขภาวะที่ดีและยั่งยืน (Health For All, All For Health) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ระเบิดจากข้างใน ที่ปัจจุบันได้ขยายไปทุกพื้นที่ซึ่งทุกอำเภอก็ดำเนินการเหมือนกัน แต่ในพื้นที่อำเภอชายแดนไทย-ลาว แม้ต่างขนาดกันก็มีปัจจัยเสริมให้เกิดความสำเร็จอีก 4 ส่วน คือ 7) การทำหน้าที่ของหัวหน้าทีม (Captaincy: C) คือ ภาวะการนำองค์กรของหัวหน้าทีมที่บริหารงานตามหลักธรรมาภิบาล มีทักษะในการสร้างแรงบันดาลใจให้ทีมทำงานด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ 8) การสื่อสาร (Communication) ที่มีระบบครบวงจรและมีประสิทธิภาพ 9) ความมุ่งมั่นในข้อตกลงร่วมกัน (Commitment: C) ของภาคีเครือข่ายที่มุ่งทำงานเพื่อชุมชนท้องถิ่น และ 10) บริบททางวัฒนธรรม (Cultural context: C) ที่อำเภอชายแดนไทย-ลาวมีเอกลักษณ์และเป็นเอกภาพในวัฒนธรรมแบบพี่น้อง จึงเป็นองค์ประกอบสำคัญที่เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ประสบความสำเร็จยิ่งขึ้น ซึ่งจะส่งผลเป็นประโยชน์ต่อสังคมประเทศชาติโดยรวมต่อไป

References

1. Bureau of Trade and Investment Cooperation. Border crossing in the Thai-Laos border. Bangkok: Department of Foreign Trade Ministry of Commerce; 2013. (in Thai).
2. Manachareon P. Study and development of public health cooperation in the Eastern region for solving public health problems. Bangkok: Diplomatic Management Program, Class 6, 2014, Institute of Foreign Affairs, Devawongworaphot Ministry of Foreign Affairs; 2014. (in Thai).
3. Office of Policy and Strategy. National Health Development Plan No. 11 (2012-2016). Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2012. (in Thai).
4. International Cooperation Agency. Guidelines for border health operations Supports the entry into the ASEAN community. Nonthaburi: Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2014. (in Thai).
5. Office of the Thai Health Security Research and Development Institute, Health Systems Research Institute. The use of health services for Lao patients in Thailand: a case study of the impact on Thai public hospitals; 2012. (in Thai).
6. Yongying P, Tienthavorn V, Tanvatanakul V, Tekhanmak K, Chaoniyom V. Districts Health Systems on the Thailand-Laos Border: Situations and Major Problematic Conditions. Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health.2017;40(2_03):28-40. (in Thai).

7. Yongying P, Tienthavorn V, Tanvatanakul V, Tekhanmak K, Jaidee P, Chaoniyom V. The direction and developing process of Districts' Health Systems on the Thailand-Laos Border. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok* 2019;35(1-1):175-86. (in Thai).
8. Community Health System Research and Development Institute. Evaluation guidelines for developing DHS. Community Health Research and Development Institute Foundation; 2014. (in Thai).
9. Ashananuphap S. District Health System: DHS: Experience the difference. Nonthaburi: Sahamitprinting & Publishing Company; 2014. (in Thai).
10. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: WHO Document Production Services; 2010.
11. Cooperrider DL, Whitney DA. positive revolution in change: Appreciative inquiry. Available from <https://www.researchgate.net/publication/237404587>; 2005.
12. Jensen C. Delphi in Depth: Power Techniques from the Experts Berkeley. Singapore: n.p.; 1996.
13. Kitpridaborisuththi B. Social sciences research methodology. Bangkok: Chamchuri Product printing; 2011. (in Thai).
14. Rattanasajjadharn K, Yamkasikorn M, Thanvatakul V, Suptapan V, et al. Research report on status and strategies for promoting and supporting local wisdom concerning economic self-reliance in the eastern region of Thailand. Nonthaburi: Office of the National Research Council of Thailand; 2003. (in Thai).
15. Health Network Leader, Male Health Volunteer Branch, 46, (interviewed on January 7, 2018). (in Thai).
16. Health Network Leader branch of public health, female, 30, (interviewed on January 19, 2018). (in Thai).
17. Health Network Leader branch of public health, male, 47, (interviewed on January 7, 2018). (in Thai).
18. Health Network Leader branch of locally government, male,34, (interviewed on January 28, 2018). (in Thai).
19. Tantiwetchakul S. Blow from inside Heart of development In His Majesty King Rama 9. Available from <https://mgronline.com/onlinesection/detail/9590000115284>. 2016. (in Thai).
20. Berlo DK. The process of communication. New York: The Free Press;1960.
21. Health Network Leader branch of government and security, male, 47, (interviewed on January 7, 2018). (in Thai).
22. Health Network Leader branch of government and security, male, 44, (interviewed on January 19, 2018). (in Thai).
23. Health Network Leader branch of government and security, male, 59, (interviewed on January 9, 2018). (in Thai).

24. Health Network Leader branch of sub-district health service, male, 53, (interviewed on January 7, 2018). (in Thai).
25. Health Network Leader branch of locally government, female,40, (interviewed on January 17, 2018). (in Thai).
26. Health Network Leader branch of sub-district health service, female, 47, (interviewed on January 17, 2018). (in Thai).
27. Health Network Leader branch of district health service, female, 46, (interviewed on January 7, 2018). (in Thai).
28. Health Network Leader branch of public health, male, 51, (interviewed on January 19, 2018). (in Thai).
29. Health Network Leader branch of locally government, female,45, (interviewed on January 9, 2018). (in Thai).
30. Government Gazette. Office of the Prime Minister's Regulation on the Development of Quality of Life at the Area Level, 2018. (135), Special Episode 54 D; March 9, 2018. (in Thai).
31. Mangchit P. Kanato M. Kittima. Study of guidelines for the development of District health networks. Journal of Faculty of Education Khon Kaen University; 2013. (in Thai).
32. Srivanichakorn S. Hospital and community health system drive. Bangkok: Office of Health Promotion Foundation, Community Health System Research and Development Office, ASEAN Health Development Institute Mahidol University, PA Living Company Limited; 2011. (in Thai).
33. Rujiwankul S, Leethongdee S, Suwanpan A. Develop a district health system management model with participatory learning of local networks: a case study of Khun Han District, Sisaket Province. Journal of Graduate School, Pitchayarat, Ubon Ratchathani Rajabhat University 2015;10(2):117-25. (in Thai).
34. Sosom B, Phrakotphon P, Suvannakha Y, Chaiyarit A, Sithan S, Soisisawat M, Chantapong S. Levels of Quality of Life and Method to Develop Quality of Life in Thai Chronically ill patients. Health Systems Research Institute; 2016. (in Thai).
35. Thienthavorn V. Communication for driving public policy, surveillance, prevention and control Diabetes, high blood pressure Case study in Sing Buri province. Bangkok: Ph.D. Dissertation Program (Political Communication) College of Political Communication Krirk University; 2015. (in Thai).
36. Sirikun C, Phakdeekul W. Assessing opinions on the development of district health service network (DHS) in Sakon Nakhon province. Journal of Community Health Development Khon Kaen University 2014;2(1):1-11. (in Thai).