

การจัดการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการ สุขภาพชุมชนของภาคีเครือข่าย: กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 1

กนกวรรณ เอี่ยมชัย, กศ.ด^{1*} มัทนา สมบัติวัฒนาเวช, สม.²
วิลาวัลย์ เสนารัตน์, วท.ม.³ จรัส สิงห์แก้ว, พ.บ.⁴

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม โดยใช้บริบทเป็นฐานและแนวคิดด้านการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมเรียนรู้ ผ่านการปฏิบัติ (Participatory Interactive Learning through Action: PILA) สร้างประโยชน์การเรียนรู้ และสร้างแนวทาง เพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการสุขภาพชุมชนสำหรับภาคีเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 1 ซึ่งเป็นแนวทางการเรียนรู้ที่เกิดจากการปฏิบัติจริงที่สอดคล้องกับบริบทกับการปฏิบัติงานในพื้นที่ที่ร่วมกันขับเคลื่อนการจัดการสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็ง โดยมีกระบวนการเรียนรู้เป็นการเชื่อมประสานการจัดการความรู้ที่ได้จากประสบการณ์ทำจริงเข้ากับความรู้ทางวิชาการ เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน อันจะส่งผลในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนในภาพรวมของประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต, การจัดการระบบสุขภาพชุมชน, ภาคีเครือข่าย, การบริหารจัดการระบบสุขภาพ, การเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม

วันที่รับ: 15 มีนาคม 2567 วันที่แก้ไข: 25 เมษายน 2567 วันที่ตอบรับ: 30 เมษายน 2567

¹ อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* ผู้ติดต่อหลัก อีเมล kanokwan.a@bcnpy.ac.th

² เกษัชกรชำนาญการพิเศษ, โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดพะเยา

³ รองศาสตราจารย์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์

⁴ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางน่อง จังหวัดเชียงใหม่

Participatory interactive learning through action management to enhance the community health management competency of the network community: A case study of health region 1

Kanokwan Aiemchai, Ed.D.^{1*} Muttana Sombutwuttanawet, Pharm.D.²

Wilawan Senaratana, M.Sc.³ Jaras Singkaew, M.D.⁴

Abstract

This article aims to study the learning process utilizing Participatory Interactive Learning through Action (PILA), based on the foundation contexts and concepts from co-thinking, co-action, and collaborative learning principles. The study focuses on improving learning benefits and guidelines for enhancing the competency of community health management among network members in Health Region 1. The PILA process is an experience learning approach that originates from realistic practice, aligning with the context and activities in the field to collectively initiate strengthening community health management. This learning process integrates practical knowledge expanded from experiences with academic knowledge, aiming to enhance the quality of life for the population. Eventually, this contributes to the effective development of community health systems for the comprehensive well-being of the country.

Keywords: Quality of life, Community health system management, Network community, Health system management, Participatory interactive learning through action

Received: Mar 15, 2024 Revised: Apr 25, 2024 Accepted: Apr 30, 2024

¹ Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Phayao, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

* Corresponding author E-mail kanokwan.a@bcnpy.ac.th

² Pharmacist, Senior Professional Level, Chiang Muan Hospital, Phayao province

³ Associate Professor, Panyapiwat Institute of Management

⁴ Family Medicine, Yang Noeng Health Promoting Hospital, Chiang Mai province

บทนำ

ประเทศไทยมีการพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการลงทุนในโครงสร้างพื้นฐานด้านการบริการสุขภาพระดับอำเภอและตำบล ตลอดจนการฝึกอบรมบุคลากรด้านสุขภาพ โดยมีนโยบายที่มุ่งเน้นการเพิ่มขีดความสามารถของประเทศในการฝึกอบรมบุคลากรสุขภาพทุกสาขาวิชาชีพ และการกระจายบุคลากรเหล่านั้นไปยังพื้นที่ชนบทและพื้นที่ขาดแคลน ตั้งแต่ พ.ศ. 2513–2523 (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, วรรณ วิทยาพิภพสกุล, วิชา พาณิชเกษียร, วลัยพร พัทธนฤมล และ แอนน์ มิลส์, 2561) จนนำมาสู่การปฏิรูประบบสุขภาพ ในปี พ.ศ. 2545 เริ่มต้นจากแนวคิดสร้างนำซ่อมถูกนำมาเป็นนโยบายหลักในการพัฒนาระบบสุขภาพ ก่อนมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กลไกการประสานงานในระดับอำเภอมีเป็นระบบอยู่ก่อนแล้วเรียกว่า คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) เป็นเรื่องการติดตามงานและการประสานงานหรือแก้ปัญหาสุขภาพในระดับอำเภอ (สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2550) ซึ่งมีเป้าหมายสูงสุดคือ "ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่ดี" โดยเชื่อมโยงกับโครงสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถบริหารจัดการในภาพรวม ทั้งการวางแผนคน แผนเงิน และแผนงาน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ประสิทธิภาพการบริหารและการบริการดีขึ้น การร่วมบริหารจัดการงบประมาณให้เป็นหน่วยบริการประจำที่เป็นคู่สัญญาในการจัดบริการปฐมภูมิ (contracted unit of primary care: CUP) ตามเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) แต่ส่วนใหญ่เป็นหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดย CUP ในระบบสุขภาพของประเทศไทยได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง แต่สภาพปัญหาและสิ่งท้าทาย เช่น ความเหลื่อมล้ำของการเข้าถึงบริการ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเชื่อมต่อการค้าการลงทุนโลก การเคลื่อนย้ายแรงงาน ยาเวชภัณฑ์และเทคโนโลยีที่มีราคาแพง ล้วนส่งผลกระทบต่อประมาณภาครัฐและคุณภาพบริการ (ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2557; รุ่งเรือง กิจผาติ, 2563)

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายการทำงานระบบสุขภาพอำเภอ (district health system: DHS) เมื่อวันที่ 20 ธันวาคม พ.ศ. 2555 เป็นการประสานพลังร่วมกับหน่วยงานและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สถาบันรับรองคุณภาพสถานบริการ (สรพ.) และสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.) (ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2557) ภายใต้แนวคิดประชาชนเป็นจุดศูนย์กลาง คนไทยมีสุขภาพดี และชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้ไม่ทอดทิ้งกัน ให้เป็นระบบการทำงานเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละพื้นที่ โดยมีเครือข่ายบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ และได้รับความไว้วางใจจากประชาชน โดยปรับกลไกการทำงานเชื่อมโยงไปถึงตำบล หมู่บ้านและชุมชน (สำนักบริหารการสาธารณสุข, 2557) ซึ่งการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพอำเภอได้ต้องทำให้เกิดความเข้มแข็งของแต่ละองค์ประกอบของระบบสุขภาพ โดยเฉพาะการเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรบุคคลในระบบสุขภาพ ด้วยกระบวนการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน

การจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (district health system management learning: DHML) สำหรับทีมในระดับอำเภอ ได้เกิดขึ้นระหว่างปี พ.ศ. 2553-2556 เป็นการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอให้แก่ผู้บริหารหน่วยงาน หน่วยบริการ ผู้นำชุมชน และประชาชนให้เข้มแข็ง ควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบสุขภาพและระบบบริการในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

เป็นการเชื่อมประสานและจัดการความรู้ที่ได้จากประสบการณ์ทำจริงกับความรู้ทางวิชาการ เน้นการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริงด้วยยุทธศาสตร์การเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน และแนวคิด "ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมเรียนรู้" ประกอบด้วย 3 รูปแบบ คือ กระบวนการเรียนรู้หลัก กระบวนการเรียนรู้เสริม และกระบวนการเรียนรู้ของทีมผู้เรียน จำนวน 6 ครั้ง และมีพี่เลี้ยงประจำของศูนย์ประสานงานการจัดการเรียนรู้ช่วยอำนวยความสะดวกการเรียนรู้ของทีมงาน จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเสริมวิชาการให้ทีมงานและช่วยถอดบทเรียนให้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ถึงผลลัพธ์จากการจัดทำโครงการจัดการปัญหาสุขภาพในชุมชน รวมทั้งยัง เป็นการสร้างความร่วมมือร่วมแรงร่วมใจ ลดการแข่งขัน ลดความขัดแย้งในบุคลากร สร้างกำลังใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน เปลี่ยนบรรยากาศการทำงานเป็นการประสานความร่วมมือ ให้เกียรติกัน และชื่นชมผลงานซึ่งกันและกัน นำผลลัพธ์ที่ได้จากการเรียนรู้ในงานที่ปฏิบัติไปพัฒนางานของตนเอง เป็นการช่วยส่งเสริมความเข้มแข็งให้แก่ระบบบริการและเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภออย่างยั่งยืน (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2558)

ผลการดำเนินงานสามารถส่งเสริมสมรรถนะผู้บริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ เห็นความสำคัญในการส่งเสริมและพัฒนาสมรรถนะการบริหารแก่ผู้บริหารและภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอในพื้นที่ แต่ควรปรับแนวคิดและกระบวนการออกแบบการเรียนรู้ ให้สอดคล้องกับบริบทการปฏิบัติงานและเอื้ออำนวยให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันของหุ้นส่วนทางสังคม ที่ร่วมกันขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอให้เข้มแข็งโดยการเชื่อมประสานและจัดการความรู้ที่ได้จากประสบการณ์ทำจริงเข้ากับความรู้ทางวิชาการ และเป็นการเรียนรู้โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน (participatory interactive learning through action: PILA) (วินัย สวัสดิ์วิตร, 2557 อ้างถึงใน ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2557) การจัดกระบวนการเรียนรู้ที่ตอบสนองต่อความต้องการการเรียนรู้ของผู้เรียน ต้องสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่การเรียนรู้และบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด ต้องมีการพัฒนาทีมจัดการเรียนรู้ในด้านเทคนิควิธีการเรียนรู้ที่หลากหลาย เช่น การแลกเปลี่ยนและสะท้อนคิดในประเด็นต่าง ๆ ของการจัดกระบวนการเรียนรู้ทั้งก่อนและหลังจัดการเรียนรู้ การสะท้อนคิด สุนทรียสนทนา แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจากการปฏิบัติการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงการเรียนรู้ โดยใช้บริบทชุมชนเป็นฐานของการเรียนรู้หรือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ที่ต้องมีการกำหนดความต้องการหลักของกระบวนการเรียนรู้ร่วมด้วย (กฤษดา แสงวงศ์ และคณะ, 2559) ทั้งนี้การดำเนินงานได้หยุดชะงักไประยะหนึ่งในช่วง พ.ศ.2564-2565 ที่มีการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโควิด-19 ทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ได้ผ่นสามทีมมุ่งเน้นเข้าไปจัดการระบบสุขภาพชุมชนให้ปลอดภัยจากการแพร่ระบาดของโรค

แนวคิดระบบสุขภาพพระดัดอำเภอ (รสอ.) (district health system: DHS)

องค์การอนามัยโลกได้เสนอแนวคิดระบบสุขภาพพระดัดอำเภอ มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2529 โดยเน้นการสร้างระบบการทำงานร่วมกันของภาคสาธารณสุขกับภาคส่วนต่าง ๆ ระดับอำเภอ ในการจัดการกับปัญหาสุขภาพในชุมชน โดยมีเป้าหมายร่วมกันและบูรณาการทรัพยากรของทุกภาคส่วนให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพ (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2559) จนกระทั่งปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบาย "การจัดการสุขภาพพระดัดอำเภอ" (DHS) เพื่อตอบสนองต่อปัญหาการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพพระดัดอำเภอ คือระบบการทำงานด้านสุขภาพโดยใช้อำเภอเป็นฐาน ที่มีระบบการทำงานด้วยการมองทุกส่วนในระดับอำเภออย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน องค์การภาคีในพื้นที่ เนื่องจากโครงสร้างการบริหารจัดการในระดับอำเภอ มีศักยภาพที่รองรับนโยบายจากส่วนกลางและจังหวัด และจัดการนโยบายไปสู่ระดับปฏิบัติตามความจำเป็น และความต้องการของพื้นที่ ให้เกิดการบูรณาการอย่างสมดุลและพัฒนาบริการปฐมภูมิ ไปพร้อมกัน

การพัฒนากระบวนการบริการในภาพรวมของอำเภอ เป็นการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างเครือข่ายสุขภาพ ได้รับการพัฒนาให้มีขีดความสามารถ สมรรถนะตามลักษณะ “ระบบสุขภาพแบบบูรณาการ (integrated health care system) คือ มีการบูรณาการผสมผสานสถานบริการต่าง ๆ ในระดับอำเภอ เช่น ส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง โรงพยาบาลระดับอำเภอ (โรงพยาบาลชุมชน) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) หน่วยงานเอกชน ระดับตำบล ประกอบด้วย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)/ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.)/สถานบริการสาธารณสุขชุมชน (สสช.) ระดับหมู่บ้านคือศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) วัด โรงเรียน และภาคประชาสังคม เป็นต้น มีความสัมพันธ์กันคือสามารถประสานและเชื่อมโยงกันได้ ผ่านกระบวนการชื่นชมและการจัดการความรู้ด้วยการบูรณาการอย่างเป็นระบบ ไม่มีช่องว่าง ลดความซ้ำซ้อน ทั้งเชิงการบริหารจัดการและการปฏิบัติการทั้งด้านทรัพยากร วัสดุอุปกรณ์ ระบบข้อมูลสารสนเทศและเทคโนโลยี ด้านบุคลากร รวมถึงทีมสหสาขาวิชาชีพ (interdisciplinary team) โดยการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชน มีประเด็นสุขภาพในการขับเคลื่อนระบบ (one district one project) โดยมีเป้าหมายเดียวกันระดับอำเภอ ร่วมกันพัฒนาระบบบริการตามบริบทและความต้องการของชุมชน ส่งผลต่อประสิทธิภาพของหน่วยบริการ (ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร, มานพ คณะโต และ กิตติมา โมะเมน, 2556) มีการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพของประชาชนทั้งอำเภอ ผสมผสานงานสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู เข้าด้วยกันในบริบทของสังคมในพื้นที่อย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง แก่ บุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้สามารถดูแลตนเองได้ (self care) ให้มีสถานะสุขภาพดีขึ้น (health status) สามารถพึ่งตนเองได้ในการดูแลตนเองด้านสุขภาพ เกิดชุมชนเข้มแข็งในการจัดการสุขภาพอย่างยั่งยืน (สำนักบริหารการสาธารณสุข, 2557; สุรีย์ภรณ์ เลิศวัชรสกุล และ สุทธิพร ชมภูศรี, 2557) ระบบสุขภาพอำเภอมีระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. 2560 เป็นเครื่องมือในการดำเนินการ ทั้งนี้ได้ให้ความสำคัญกับการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน ภายใต้แนวคิดระบบสุขภาพอำเภอ โดยมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) เป็นกลไกในการขับเคลื่อนพร้อมทั้งส่งเสริมศักยภาพ คณะกรรมการ พขอ. ให้มีสมรรถนะด้านภาวะผู้นำ สมรรถนะการบริหารจัดการ การสร้างความร่วมมือในการทำงาน สามารถเข้าใจในปัจจัยกำหนดสุขภาพ และสามารถมองภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตได้

การจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (DHML)

การจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ สำหรับทีมในระดับอำเภอ เป็นการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอให้แก่ผู้บริหารหน่วยงานหน่วยบริการ ผู้นำชุมชน และประชาชนให้เข้มแข็ง ควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบสุขภาพและระบบบริการในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง เป็นการเชื่อมประสานและจัดการความรู้ที่ได้จากประสบการณ์ทำจริงกับความรู้ทางวิชาการ เน้นการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริงด้วยยุทธศาสตร์การเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน และ แนวคิด “ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมเรียนรู้ (PILA)” (ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2557) ประกอบด้วย 3 รูปแบบ คือ กระบวนการเรียนรู้หลัก กระบวนการเรียนรู้เสริม และกระบวนการเรียนรู้ของทีมผู้เรียน จำนวน 6 ครั้ง และมีที่เลี้ยงประจำของศูนย์ประสานงานการจัดการเรียนรู้ช่วยอำนวยความสะดวกของทีมงาน จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเสริมวิชาการให้ทีมงานและถอดบทเรียนเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ถึงผลลัพธ์จากการจัดทำโครงการจัดการปัญหาสุขภาพในชุมชน เป็นการสร้างความร่วมมือ ลดการแข่งขัน ลดความขัดแย้งในบุคลากร สร้างกำลังใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน เปลี่ยนบรรยากาศการทำงานเป็นการประสานความร่วมมือ

ให้เกียรติกกัน และชื่นชมผลงานซึ่งกันและกัน นำผลลัพธ์ที่ได้จากการเรียนรู้ในงานที่ปฏิบัติ ไปพัฒนางานของตนเอง เป็นการช่วยเสริมความเข้มแข็งให้แก่ระบบบริการและเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอ อย่างยั่งยืน (สุรเกียรติ อชานานุภาพ, 2557) ที่จะเสริมสร้างแนวคิดหลักการและวิธีการ โดยเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ นักวิชาการและ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ ในการแก้ปัญหาสุขภาพและ สร้างเสริมสุขภาพ โดยมียุทธศาสตร์เฉพาะ 3 ประการ ได้แก่ 1) เพิ่มสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพ อำเภอของทีมนักเรียนรู้และผู้เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง 2) สนับสนุนการดำเนินงานที่ใช้สำหรับการเรียนรู้โดยมี กระบวนการวิธีบริหารจัดการและการวิจัยเพื่อรองรับตามความจำเป็นของการดำเนินโครงการอย่างเป็นระบบ และ 3) ส่งเคราะห์บทเรียนจากประสบการณ์ของกระบวนการเรียนรู้เพื่อเพิ่มสมรรถนะด้านการบริหารจัดการของทีมนักเรียน และกระบวนการบริหารจัดการในการดำเนินโครงการกระบวนการเรียนรู้ในโครงการ

ทั้งนี้ DHML มุ่งเน้นการพัฒนาเสริมสร้างสมรรถนะหลัก (core competencies) 6 สมรรถนะ ได้แก่ การควบคุมตนเอง การมีวิสัยทัศน์ การวางแผน การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง การทำงานเป็นทีม และการรู้จักใช้ เครื่องมือในการบริหารจัดการ และสมรรถนะเงา (shadow competencies) อีก 4 สมรรถนะเหมือนเป็นเงาตามตัว ได้แก่ การสร้างความสัมพันธ์ การสื่อสาร การให้อำนาจ และการสร้างคุณค่า โดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจากการปฏิบัติจริงเพื่อแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพในพื้นที่ของตนเอง (ปิยะนุช พรหมสาขา ณ สกลนคร, จิราพร วรวงศ์, ศิราณี ศรีหาคาศ, ธาณี กล่อมใจ และ พิทยา ศรีเมือง, 2560)

องค์ประกอบที่สำคัญของ DHML

การจัดการกระบวนการเรียนรู้ DHML อยู่บนพื้นฐานกระบวนการจัดการเรียนรู้แบบ context based learning (CBL) คือการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐานของตนเอง ในสถานที่ตนเอง งานของตนเอง คนของตนเองที่รวมทั้งผู้เรียน และผู้สอน เป็นพื้นฐานสำคัญที่ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ หรือเรียกกระบวนการ "ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมเรียนรู้" เพื่อนำไปพัฒนางานของตนเองที่ทำอยู่ ต่างจากการเรียนรู้แบบเดิมที่ปฏิบัติอยู่ คือ การประชุม อบรม เรียนต่อนอกสถานที่ ซึ่งต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูง ใช้เวลามากและบางครั้งความรู้ที่ได้มาอาจไม่เหมาะสมกับงานที่ทำ เพราะต่างบริบทกันกับที่เรียน คือ ใช้คนในพื้นที่มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้งานที่ทำ เพื่อเอาไปพัฒนางานของตนเอง ร่วมกับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผ่านการลงมือปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วม โดยคัดเลือกประเด็นปัญหาสุขภาพในพื้นที่เพื่อดำเนินการแก้ไข (สุรเกียรติ อชานานุภาพ, 2557; ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2557) โครงสร้างสำคัญที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเรียนรู้ ประกอบด้วย 1) ศูนย์ประสานงานและจัดการเรียนรู้ (learning and coordinating center: LCC) 2) พี่เลี้ยง (preceptor: P) 3) แหล่งเรียนรู้ (sources of learning: SL) 4) ทรัพยากรบุคคล (resource persons) เช่น ผู้เชี่ยวชาญหรือผู้บริหารที่มีความรู้ความสามารถในพื้นที่ที่ได้รับเชิญให้เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการเรียน 5) ผู้ปฏิบัติในพื้นที่ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการในพื้นที่ของทีมเรียน และ 6) สถาบันการศึกษา (academic institutions: AI) ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง และผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการเชิญให้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ตามความจำเป็นของประเด็นการเรียนรู้แต่ละครั้งที่ทีมเรียนต้องการ ซึ่งองค์ประกอบสำคัญต้องมีทีมเรียน (learning team: LT) หมายถึง บุคคลใดก็ได้ที่ต้องการเรียนรู้และสนใจแก้ไขปัญหาประเด็นเดียวกัน ได้แก่ บุคลากรจากโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ

ภาคประชาชน ทีมเรียนสามารถเลือกใช้การเรียนรู้ที่หลากหลาย เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้ตามความสนใจของทีมเรียนผ่านศูนย์ประสานงานและจัดการเรียนรู้ และเสนอพื้นที่เพื่อศึกษาดูงานจากแหล่งเรียนรู้ เพื่อประโยชน์ของการดำเนินโครงการของแต่ละทีมเรียน อย่างไรก็ตามการเรียนรู้จำเป็นต้องมีที่ปรึกษาและผู้ให้การสนับสนุนการเรียนรู้เพื่อการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ (กฤษดา แสงดี และคณะ, 2559; ปิยะนุช พรหมสาขา ณ สกลนคร และคณะ, 2560)

กรณีศึกษาการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ เขตสุขภาพที่ 1

กรณีศึกษาเสนอตามแนวคิดและโครงสร้างของการจัดการกระบวนการเรียนรู้ DHML ตามลำดับดังนี้ 1) ที่มาของทีมศูนย์ประสานงานจัดการเรียนรู้ (LCC) เขตสุขภาพที่ 1 2) การแสวงหาทีมเรียนรู้ 3) กระบวนการจัดการเรียนรู้ 4) ผลลัพธ์การเรียนรู้ และ 5) การขับเคลื่อนงานสุขภาพและคุณภาพชีวิตในพื้นที่ (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2557, ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2557)

1. ที่มาของทีมศูนย์ประสานงานจัดการเรียนรู้ (LCC) เขตสุขภาพที่ 1

ทีมศูนย์ประสานงานจัดการเรียนรู้ เขตสุขภาพที่ 1 จากจุดเริ่มต้นมีแนวคิดจากโครงการเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ ที่มีมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2557, ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2557) โดยสมาชิกของทีม LCC ได้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในโครงการดังกล่าว ผลที่ได้รับคือเกิดความเป็นกัลยาณมิตรในทีมและระหว่างทีม และประสบการณ์การเรียนรู้ร่วมกัน ได้เกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบทำให้การดำเนินการขาดความต่อเนื่องและหยุดชะงักไปในช่วงปี พ.ศ. 2564-2565 ที่สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคได้เพิ่มความรุนแรงขึ้น จนสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเริ่มคลี่คลายไปในทางที่ดีขึ้น รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ ที่ปรึกษาโครงการ ได้เป็นผู้ประสานงานหัวหน้าทีมของเขตสุขภาพที่ 1 คือนายแพทย์จรัส สิงห์แก้ว ให้รับเป็นหัวหน้าทีม และแสวงหาทีม LCC แบบผสมผสานคือบุคคลเดิมที่เคยมีประสบการณ์การเรียนรู้ในโครงการ DHML และบุคคลที่ไม่มีประสบการณ์ในโครงการ DHML แต่มีความเชี่ยวชาญด้านการฝึกทักษะเพื่อสร้างสมรรถนะในการทำงานเป็นทีม ร่วมเป็นทีมต่อยอดพัฒนาระบบสุขภาพ ได้ทีม LCC ประกอบด้วย 1) รองศาสตราจารย์วิลาวัลย์ เสนารัตน์ อดีตคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2) นางสาวอักษรา ศิลป์สุข นักวิจัยพัฒนาหมู่บ้านชุมชนเมือง 3) ดร.กนกวรรณ เอี่ยมชัย อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพะเยา และ 4) เกษัชกรหญิงมัทนา สมบัติวัฒนาเวช เกษัชกร โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดพะเยา

2. การแสวงหาทีมเรียนรู้ (LT)

การแสวงหาทีมเรียนรู้ของเขตสุขภาพที่ 1 ได้มาจากการประชุมปรึกษาหารือของทีม LCC มุ่งเน้นให้กระจายไปแต่ละพื้นที่ โดยใช้พื้นที่การทำงานระดับตำบล (พชต.) ทุกตำบลที่ได้รับการคัดเลือกเข้าร่วมการเรียนรู้เป็นการถ่วงดุล โดยทีม LCC เนื่องจาก ทั้ง 4 ตำบล มีคุณสมบัติครบถ้วนตามเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้ครบถ้วน คือ ให้ความสำคัญหลากหลาย แต่ละทีมเรียนต้องครอบคลุมตั้งแต่ผู้นำจากท้องที่ ท้องถิ่น ภาครัฐและภาคประชาชน มีประสบการณ์ทำงานร่วมกันจริงในตำบล ทีมละ 10 คน ต้องมีด้านบุคลากรทั้ง 3 กลุ่มเป้าหมายคือ 1) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในโรงพยาบาลชุมชนที่ตำบลนั้น ๆ ตั้งอยู่ 2) ผู้รับผิดชอบงานระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ 3) ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอที่ตำบลนั้น ๆ ตั้งอยู่ จำนวน 3 คน และอีก 7 คน ให้ทีมตำบล เป็นผู้ถ่วงดุลเข้าร่วมทีม

ตามข้อกำหนด ดังนี้ คือต้องเป็นทีมเรียนที่มีความสนใจ สามารถเข้าร่วมกระบวนการเรียนรู้ อย่างน้อย 3 ครั้ง ใน 5 ครั้ง และระหว่างการเรียนรู้ต้องได้รับการพัฒนาทักษะและมุมมองเชิงทฤษฎีปัญหา ด้วยการปฏิบัติจริงในบริบทที่แตกต่างกัน ของอีก 3 พื้นที่ที่เข้าร่วมเรียนรู้ ด้วยการร่วมกันจัดทำแผน แลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาระบบบริการในชุมชน โดยคัดเลือกประเด็นที่ขับเคลื่อนในตำบลอย่างต่อเนื่องและน่าสนใจ จัดทำเอกสารรายงานผลการเปลี่ยนแปลง ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในระดับตำบลตามบริบท ให้ความร่วมมือในการถอดบทเรียน สะท้อนคิด และปรับปรุง หลักสูตร เผยแพร่ผลงานตามสื่อต่าง ๆ สิ่งที่สำคัญที่สุดที่ทีมเรียนต้องมีความสนใจ เปิดใจ ตั้งใจ ใฝ่การเรียนรู้ สามารถอยู่ร่วม กระบวนการตลอดหลักสูตร ได้ที่ทีมเรียนรู้ 4 ตำบล คือ 1) ตำบลจุน อำเภอจุน จังหวัดพะเยา 2) ตำบลท่ากว้าง อำเภอสาร์ภี จังหวัดเชียงใหม่ 3) ตำบลเมืองแปง อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน และ 4) ตำบลแม่แรง อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน

3. กระบวนการจัดการเรียนรู้

การจัดกระบวนการเรียนรู้เป็นการออกแบบร่วมกันระหว่างทีม LCC และผู้แทนจากทีมเรียนรู้ทั้ง 4 ทีมตั้งแต่ การวางแผนและออกแบบกระบวนการเรียนรู้ เป็นหลักสูตรการเรียนรู้ในพื้นที่จริง (on site) ทั้ง 5 ครั้ง โดย ทีมเรียน ทั้ง 4 ตำบล ต้องมีความสมัครใจและวางแผนร่วมกัน ในการหมุนเวียนการเป็นเจ้าภาพจัดการเรียนรู้ ช่วงเวลาที่จัดแต่ละพื้นที่เว้นระยะห่างครั้งละ 2-3 เดือน มีเงื่อนไขคือทีมเรียนต้องเข้าร่วมการเรียนรู้ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 ของจำนวน ครั้ง ซึ่งเป็นระยะเวลาเพียงพอในการสร้างเสริมทักษะแต่ละด้านจนเกิดการพัฒนาในตัวเอง ทีมงานและชุมชน ทีมเรียน ได้รับการพัฒนาสมรรถนะมากขึ้น ทั้งสมรรถนะหลักและสมรรถนะรอง การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันทั้งในทีมและระหว่างทีม และความคาดหวังที่อยากให้มีการจัดการเรียนรู้ที่ต่อเนื่องกันไป (จรัส สิงห์แก้ว, 2565) โดยการจัดการเรียนรู้แต่ละพื้นที่เกิดจากการวางแผนร่วมกันของทั้ง 4 ตำบล ครั้งแรกใช้พื้นที่กลาง คือ ตำบลเจ็ดยอด อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ วันที่ 16-17 กันยายน พ.ศ. 2565 ครั้งที่ 2 วันที่ 13-14 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 เทศบาลตำบลจุน อำเภอจุน จังหวัดพะเยา วันที่ 8-9 เมษายน พ.ศ. 2566 เทศบาลตำบลแม่แรง อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน ครั้งที่ 4 วันที่ 21-22 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 และเทศบาลตำบลท่ากว้าง อำเภอสาร์ภี จังหวัดเชียงใหม่ เนื้อหาและกิจกรรมการจัดการเรียนรู้ประกอบด้วย

1. การทบทวนเป้าหมายของ คณะกรรมการ พขอ.

2. หลักการสำคัญของการเรียนรู้แบบ PILA ประกอบด้วย ประกอบด้วย 1) กลไกสมอง 3 ส่วน การพัฒนาการใช้สมองมนุษย์ กิจกรรมในการพัฒนาตนเองคือการรับประทานอาหารที่มีคุณค่าต่อสุขภาพและสมอง การออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้ง สัปดาห์ละ 5 วัน การนอนหลับให้ได้ 7-9 ชั่วโมงต่อวัน การบริหารจัดการ การฝึกเล่นเกม การเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ การคิดตีพิมพ์ดีทำดี การลงมือปฏิบัติจริง ที่ส่งผลต่อสุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจและสมอง 2) การฟังอย่างลึกซึ้ง ด้วยกิจกรรมการฝึกฟัง ฝึกสะท้อนคิดด้านบวก การฟังแบบไม่ตัดสิน จากการเล่าเรื่องดี ๆ จากผู้แทนของแต่ละตำบล ผู้ฟังใช้หลักฟังด้วยใจ ซินชม อภิปราย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ สะท้อนคิดจากประสบการณ์ และสิ่งที่จะนำไปใช้ 3) การทำงานเป็นทีมโดยการสร้างมนุษย์สัมพันธ์และฝึกเรียนรู้ พัฒนาสมรรถนะหลัก 6 สมรรถนะ และสมรรถนะรอง 4 สมรรถนะ ด้วยกิจกรรมการเรียนรู้ตามฐานที่กำหนดร่วมกันและนำมาระดมสมอง สะท้อนคิด และสรุปเป็นระบบ ด้วยการฝึกพูด ฝึกการนำเสนอและนำไปขับเคลื่อนในพื้นที่หรืองานที่ตนเองดูแลรับผิดชอบจริง

3. การศึกษาเรียนรู้ในพื้นที่ (a journey of transformative learning) ด้วยการเรียนรู้ประเด็น การพัฒนาคุณภาพชีวิตตามบริบทพื้นที่ ของทีมเรียนรู้ตามทีลงมือปฏิบัติในสถานการณ์จริง ให้ไปสู่กรอบอ้างอิงใหม่ ที่สามารถพิจารณาสิ่งรอบตัว อย่างรอบด้านมากขึ้น (inclusive) แห่ลคมมากขึ้น (discriminating) สามารถเปิดรับ สิ่งใหม่ได้มากขึ้น (open) มีความสามารถในการเปลี่ยนแปลงเชิงอารมณ์มากขึ้น (emotionally capable of change) และมีการคิดทบทวนมากขึ้น (reflective) กรอบอ้างอิงที่มีลักษณะเหล่านี้จะช่วยสร้างความเชื่อ (belief) และความคิดเห็น (opinion) ที่ผ่านการตรวจสอบและสอดคล้องกับความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น (true) หรือมีเหตุผลอัน สมควรมากขึ้น (justified) ซึ่งในท้ายที่สุดนั้น จะนำไปสู่แนวทางการปฏิบัติ (line of action) ในชีวิตของบุคคลต่อไป (Mezirow, 1991) โดยอาสาสมัครของทีมเรียนทั้ง 4 ทีม ออกมาสะท้อนคิดเส้นทางการเปลี่ยนแปลง กลไกการคิดต่อยอด การเรียนรู้ในมิติอื่น

4. การฝึกสรุปการเรียนรู้ในพื้นที่เชิงระบบด้วยเครื่องมือแผนภูมิร่างกายมนุษย์ (body paint) ใช้ในการสรุป การเรียนรู้ ค้นหาวิธีการที่เหมาะสมกับบริบทและนำกลับไปขยายผลในพื้นที่ โดยใช้แผนภูมิร่างกายของมนุษย์ทุกส่วน แทนกระบวนการคิดแต่ละส่วนของร่างกาย ดังนี้ 1) การทบทวนสถานการณ์ปัญหาจากพื้นที่ที่เรียนรู้ด้วยการปฏิบัติจริง เพื่อให้เห็นว่ามีปัญหาที่ต้องต้องการแก้ไขร่วมกัน 2) อวัยวะหัวใจ เป็นการตั้งเป้าหมาย 3) อวัยวะสมอง แทนแนวคิด ที่ต้องการแก้ไขปัญหา ที่ต้องมีหลักการ หลักวิชา แนวคิดมาสนับสนุนแนวทางในการแก้ไขปัญหา 4) อวัยวะ แขน แทนทีมงาน ภาคีเครือข่าย กลไกการขับเคลื่อนการร่วมกันแก้ไขปัญหในพื้นที่ 5) อวัยวะส่วนท้อง แทนกระบวนการ และกิจกรรมการแก้ไขปัญหตามลำดับ 6) อวัยวะ ขา แทน ผลงานที่เกิดขึ้น ซึ่งจะได้เห็นกรอบการสรุปการเรียนรู้ เชิงระบบอย่างชัดเจนตั้งแต่ต้นน้ำ กลางน้ำ ปลายน้ำ ความร่วมมือร่วมใจและผลงานที่เกิดขึ้น สิ่งที่ต้องระมัดระวังของ การใช้เครื่องมือคือความเห็นส่วนตัวหรือความรู้สึกส่วนตัว ต้องร่วมกันดำเนินงานด้วยข้อมูลและข้อเท็จจริง (จรัส สิงห์แก้ว, 2565)

4. ผลลัพธ์การเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม

เสนอตามประเด็นหลัก คือ 4.1) ความเข้าใจการเข้าร่วมการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม 4.2) ผลลัพธ์การเข้าร่วมเรียนรู้ ประกอบด้วยประเด็นย่อยดังนี้ 4.2.1) การรู้จักฟังอย่างลึกซึ้ง 4.2.2) การพัฒนาการใช้ สมองมนุษย์ 4.2.3) การทำงานเป็นทีมโดยการสร้างมนุษย์สัมพันธ์ และเรียนรู้พัฒนาสมรรถนะหลัก 6 สมรรถนะ สมรรถนะรอง 4 สมรรถนะ 4.2.4) การเรียนรู้ประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามบริบทพื้นที่ และ 4.2.5) การฝึกสรุป การเรียนรู้ในพื้นที่เชิงระบบด้วยเครื่องมือแผนภูมิร่างกายมนุษย์ ดังนี้

4.1 ความเข้าใจการเข้าร่วมการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม

ความเข้าใจเกี่ยวกับการเรียนรู้ของทีมเรียน จำแนกได้เป็นสองกลุ่มคือ กลุ่มที่มีความเข้าใจว่าเข้าร่วมเป็นทีม เรียนในการเรียนรู้คือ กลุ่มที่เป็นบุคลากรในองค์กรภาครัฐที่รับผิดชอบเกี่ยวกับงานพัฒนาคุณภาพชีวิต หรือเป็นทีม ซึ่ง เป็นการต่อยอดจากงานที่ทำมาแต่ตั้งแต่ปี 2561-2565 คือ คณะกรรมการ พขอ. เป็นงานที่ได้รับมอบหมาย จากหัวหน้าหน่วยงาน เช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น และถูกคัดเลือกเข้าร่วมโครงการจาก ทีม LCC ที่มีเป้าหมายคือเป็นหมอครอบครัวคนเดียวของ รพ.ป่าซาง ที่ดูแลงานปฐมภูมิมาเพื่อเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ไปปรับใช้

ในงาน สามารถนำกลยุทธ์ไปต่อยอดพัฒนางานในพื้นที่ได้ ทั้งนี้เริ่มมีความเข้าใจและเรียนรู้ในโครงการดีขึ้นในการจัดกระบวนการเรียนรู้ครั้งที่ 2 ที่เทศบาลตำบลจุน อำเภอจุน จังหวัดพะเยา โดยที่กลุ่มนายกเทศมนตรี/ผู้นำท้องถิ่น/ผู้นำท้องที่ ได้เห็นว่า โครงการนี้มีวัตถุประสงค์คือ อยากให้ชุมชนมารวมกัน แก้ไขปัญหาารวมกัน วัตถุประสงค์ของโครงการนี้คือการได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ แลกเปลี่ยนความคิด แต่ละคนความคิดไม่เหมือนกัน ถ้าหากความคิดของตำบลอื่นที่ยังไม่มีสามารถนำมาปรับใช้ในพื้นที่ของตนเองได้ ส่วนกลุ่มที่เข้าร่วมโดยถูกคัดเลือกจากทีมของพื้นที่ทั้ง 4 ตำบล เช่น กลุ่มภาคประชาชนที่ส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มผู้นำชุมชน

กลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ยังไม่มีประสบการณ์ในการทำงานร่วมกับทีม พชต. พยายามเรียนรู้เพื่อนำไปพัฒนาทีมตำบลของตนเอง “มาเพื่อเรียนรู้แนวคิดใหม่ ๆ จะได้นำไปประยุกต์ใช้ในงานที่ทำอยู่” และ “เป็นผู้รับผิดชอบงาน พชอ.ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แต่ประสบการณ์การทำงานกับชุมชนยังน้อย มาเพื่อเรียนรู้สิ่งใหม่ไปปรับใช้ในการทำงาน”(ผู้รับผิดชอบงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดท่านหนึ่ง)

กลุ่มผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ 3 ใน 4 คน มีความเข้าใจเกี่ยวกับการเข้าร่วมการเรียนรู้ เนื่องจากเป็นการต่อยอดจากงานเดิมที่ได้ขับเคลื่อนคณะกรรมการ พชอ. ของอำเภอมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2561 “เป็นงานที่รับผิดชอบในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รวมถึงการคัดเลือกพื้นที่ต้นแบบระดับตำบลในการเป็นตัวแทนอำเภอเพื่อเข้าประกวดระดับจังหวัด” (ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอท่านหนึ่ง) เช่นเดียวกับ

กลุ่มแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เห็นว่ากิจกรรมการเรียนรู้แบบนี้สามารถนำไปปรับใช้ในการทำงานได้เป็นอย่างดี ถึงแม้ว่าภารกิจงานที่รับผิดชอบไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมโครงการได้ทุกครั้ง “เป็นหมอครอบครัวคนเดียวของโรงพยาบาล ดูแลงานปฐมภูมิมาเพื่อเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ไปปรับใช้ในงาน” (แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวท่านหนึ่ง)

กลุ่มผู้นำท้องถิ่น ที่มีความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ ต้องการให้ชุมชนร่วมกันแก้ไขปัญหา ทั้งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แลกเปลี่ยนความคิดจากบริบทจริง สามารถนำมาปรับใช้ในพื้นที่ของตนเองได้ “ดีมากเลย ได้มาเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ได้เห็นแต่ละพื้นที่สามารถนำไปปรับใช้ในพื้นที่ตนเองได้” (นายกเทศบาลตำบลท่านหนึ่ง)

กลุ่มที่เข้าร่วมโครงการที่ถูกคัดเลือกมาจากทีมอำเภอหรือทีมตำบล เช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข ทั้งที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนใหญ่เป็นทีมงานที่เคยร่วมกันขับเคลื่อนงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในตำบล ผ่านโครงการต่าง ๆ เช่น โครงการชุมชนเข้มแข็ง “ถูกคัดเลือกมาโดยทีมนายกองค์การบริหารส่วนตำบลทำหน้าที่เป็นที่เลี้ยว อสม.” และ “เป็นงานชุมชนที่รับผิดชอบและได้รับมอบหมายจาก ผอ.รพ.สต. รวมถึงเคยร่วมงานกับทีมวิทยากรมาแต่เดิม” (พยาบาลวิชาชีพท่านหนึ่ง)

4.2 ผลลัพธ์การเข้าร่วมเรียนรู้

4.2.1) การรู้จักฟังอย่างลึกซึ้ง ทีมเรียน ได้เรียนรู้และฝึกฝนทักษะ จากการเข้าร่วมการเรียนรู้ ด้านการรู้จักฟังอย่างลึกซึ้ง (deep listening) จนสามารถนำมาใช้กับตนเอง ครอบครัว ชุมชน และผู้รับบริการได้เป็นอย่างดี เมื่อได้ผ่านกระบวนการเรียนรู้ การฝึกสติ นำการใช้สติ คิดดีทำดี และการเข้าใจผู้อื่นทำให้ตนเองหยุดคิดก่อนเมื่อเทียบกับลักษณะของการใช้อารมณ์ในอดีต พบว่า เกิดการเปลี่ยนแปลงในตนเองจนเกิดการควบคุมตนเอง ทำให้เป็นคนใจเย็นมากขึ้น สามารถนำไปปรับใช้กับการทำงานได้มากขึ้นด้วยการรับฟังผู้ป่วยและเพื่อนร่วมงานมากขึ้น เกิดการคิดวิเคราะห์

อย่างครบวงจร เข้าใจผู้ป่วยและหาสาเหตุที่แท้จริงของอาการผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งได้รับแรงบันดาลใจในการทำงานกับชุมชน “การฝึกสติ ซึ่งทำให้ตนเองเป็นคนใจเย็นขึ้น” และ “ทำให้เกิดการควบคุมตนเองในการฟังผู้ป่วยมากขึ้น และการคิดวิเคราะห์ให้ครบวงจร” (แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวท่านหนึ่ง)

กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำท้องถิ่น ท้องที่ เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งในตนเอง ทำให้หยุดคิดก่อนลงมือทำ สามารถนำไปปรับใช้กับครอบครัวและหน้าที่การงานได้เป็นอย่างดี “นำไปปรับใช้กับการทำงาน การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทำให้ใจเย็นลง ฟังผู้ป่วยและเพื่อนร่วมงานมากขึ้น” (พยาบาลวิชาชีพท่านหนึ่ง)

ในกลุ่มผู้นำชุมชน ได้นำประเด็นการรับฟังผู้อื่น การประนีประนอมไปใช้ เมื่อประเมินตนเองแล้วมีความใจเย็นมากขึ้น รับฟังปัญหาของลูกบ้านและคนในครอบครัว (ภรรยาและลูก) โดยใช้หลักการประนีประนอมในการปกครอง “ใจเย็นมากขึ้น ในครอบครัวรับฟังภรรยาและลูก จนคนในครอบครัววง ว่าเกิดอะไรขึ้น ฟังปัญหาของลูกบ้านประนีประนอมในการปกครองมากขึ้น” (ผู้นำชุมชนท่านหนึ่ง)

กลุ่มผู้นำท้องถิ่น บางคนที่เคยมีประสบการณ์เป็นพนักงานระดับหัวหน้างาน ของหน่วยงานเอกชน ในระบบโรงงานอุตสาหกรรม มีหน้าที่ต้องดูแลลูกทีมจำนวนมาก และมีความหลากหลายของผู้ประกอบกิจการ ในอดีตการดำเนินชีวิตส่วนตัวและหน้าที่การงานมีความตึงเครียด ใช้ความเด็ดขาดในการทำงานในตำแหน่งหน้าที่ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมายขององค์กร เมื่อเข้าร่วมการเรียนรู้และนำวิธีการใช้สติและการสื่อสารสร้างแรงจูงใจไปใช้ ครั้งแรกนำไปใช้กับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จนสามารถทำให้ผู้ป่วยและญาติความยินยอมเข้ารับการรักษา ต่อมาวางแผนนำไปใช้กับชาวบ้านที่ติดสุราเรื้อรังในชุมชน เพื่อชักจูงเข้าสู่กระบวนการบำบัดและรักษาต่อไป จะเห็นได้ว่า การรู้จักฟังอย่างลึกซึ้งทำให้ช่วงเวลาที่ฟังเป็นการใช้สติอย่างดี คิดดีทำดี ใจเย็นมากขึ้น โดยเฉพาะการถูกปฏิเสธที่เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน มีความเข้าใจผู้อื่นมากขึ้น เข้าใจความเป็นอัตลักษณ์เฉพาะของแต่ละคน และกลุ่มคนที่แตกต่างกัน “เดิมเป็นคนหงุดหงิดง่าย หลังจากได้ ได้นำการใช้สติ คิดดีทำดี และการเข้าใจผู้อื่นทำให้การทำงานราบรื่นและทำให้ทีมเข้าใจด้วยผลงานที่ตนตั้งใจทำจริง” (ประธานกลุ่มในองค์กรชุมชนท่านหนึ่ง)

4.2.2) การพัฒนาการใช้สมองมนุษย์ กิจกรรมการเรียนรู้มีส่วนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตนเองสามารถนำไปใช้ทั้ง 3 ระดับ คือ ตนเอง ครอบครัว และหน้าที่การงาน จากกิจกรรมการพัฒนาการใช้สมองมนุษย์ นำหลักคิดสมองส่วนหน้า การฝึกสติ รวมทั้งการไปเรียนรู้จากอีก 3 พื้นที่ นำมาปรับใช้กับตนเอง กับเพื่อนร่วมงาน รวมทั้งใช้กับผู้ใต้บังคับบัญชาที่ทำงานให้ดียิ่งขึ้น เกิดการเรียนรู้ เข้าใจในตนเอง และสามารถบอกต่อคนใกล้ชิด สามารถนำไปปรับใช้ในการทำงานมากขึ้น โดยเฉพาะกับชุมชน และการเป็นต้นแบบที่ดีกับชาวบ้าน รวมถึงการให้คำปรึกษา ทำให้ได้รับความไว้วางใจจากคนในชุมชนมากขึ้น นำไปสู่การต่อยอดเพื่อพัฒนางานในพื้นที่รับผิดชอบ เช่น โครงการขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงาน องค์กรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องนำเทคนิคไปใช้สร้างเครือข่ายทีมงาน เกิดความยืดหยุ่นกับทีมและเข้าใจผู้อื่นมากขึ้น นำสิ่งที่เรียนรู้มาปรับการทำงานให้เป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมกับทีม บางคนนำไปปรับใช้ในการดูแลตนเองโดยเฉพาะการออกกำลังกาย สมรรถนะความแข็งแรงร่างกายเพิ่มขึ้น ผลพลอยได้จากการออกกำลังกาย ทำให้น้ำหนักตัวลดลงประมาณ 5-6 กิโลกรัม ส่วนการปฏิบัติตัวอื่น ๆ ที่ปรับเปลี่ยนไปพร้อมกันคือการกินอาหารที่มีประโยชน์ เลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ และนำไปใช้ในการดูแลลูก

คุยและให้เวลากับลูกมากขึ้น และเมื่อได้ฝึกปฏิบัติทำให้นิ่งได้มากขึ้น สามารถประเมินตนเองได้ว่า พัฒนาการใช้สมอง จากสมองสุนัข สมองมนุษย์ได้

“คนคิดเร็วทำอะไรเร็วและมักใช้อารมณ์บ่อยครั้ง ทำให้ได้หยุดนิ่ง ฟังมากขึ้น” (ผู้อำนวยการ รพ.สต. ท่านหนึ่ง)

“นำเทคนิคต่าง ๆ มาสร้างเครือข่ายทีมงาน รวมทั้งความสัมพันธ์กับลูกดีขึ้นมาก พุดคุยและให้เวลากับลูกมากขึ้น” (นักวิชาการสาธารณสุขท่านหนึ่ง)

“เดิมมักจะสั่งงานช่วงเวลากลางคืนดึก ๆ ประมาณ 22 น. โดยไม่สนใจเวลาว่าเขาจะทำได้หรือไม่ได้ ต้องมีงานส่ง” และ “นำไปปรับใช้ในการดูแลตนเองโดยเฉพาะการออกกำลังกาย” (ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอท่านหนึ่ง)

4.2.3) การทำงานเป็นทีมโดยการสร้างมนุษย์สัมพันธ์และฝึกเรียนรู้ พัฒนาสมรรถนะหลัก 6

สมรรถนะ และ สมรรถนะรอง 4 สมรรถนะ ทีมเรียนเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน สามารถนำไปใช้ทั้ง 3 ระดับคือ ตนเอง ครอบครัว และหน้าที่การงาน สมรรถนะในการควบคุมตัวเอง การได้มีโอกาสเข้าร่วมการเรียนรู้ เป็นกระบวนการที่พัฒนาให้เกิดการเรียนรู้เท่าทันอารมณ์ของตนเองและควบคุมได้อย่างเหมาะสม ลดอัตราความเป็นตัวตนของตนเองลง มีความยืดหยุ่นในการทำงานมากขึ้น มีความเข้าใจผู้อื่นมากขึ้น การยึดติดความคิดของตนเองลดลง รับฟังผู้อื่นมากขึ้น ส่งเสริมการทำงานร่วมกับผู้อื่น ทั้งในและนอกภาคีเครือข่ายได้มากขึ้น สมรรถนะด้านการมีวิสัยทัศน์ เกิดผลลัพธ์ในทางที่ดีต่อการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติงานทั้งของตนเองและทีมงาน สามารถนำไปเชื่อมโยงกับการบริหารจัดการในทางปฏิบัติ สมรรถนะด้านการวางแผน การนำการเปลี่ยนแปลง สมรรถนะการทำงานเป็นทีม สามารถจัดการปัญหาสุขภาพในพื้นที่ของตนเองได้ สมรรถนะการใช้เครื่องมือการบริหารจัดการ การสร้างทีมงาน และการส่งเสริมการทำงานเป็นทีม

4.2.4) การเรียนรู้ประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามบริบทพื้นที่ตามทีลงมือปฏิบัติจริง การเรียนรู้จากพื้นที่เรียนรู้อื่นสามารถนำไปปรับใช้ในพื้นที่ตนเองได้อย่างเหมาะสม นำกลยุทธ์ไปต่อยอดพัฒนางานในพื้นที่ที่ต้องการให้ฝึกการเป็นผู้นำ ทำงานกับชุมชน เข้าใจชุมชน ได้พัฒนาศักยภาพแล้วนำไปปรับใช้กับงานของตนเองได้ “เป็นหมอครอบครัวที่มารับงานต่อจากรุ่นพี่ เนื่องจากรุ่นพี่ย้ายโรงพยาบาลและรุ่นพี่เล็งเห็นว่า การเข้าร่วมโครงการฯ นี้จะเป็นประโยชน์ในการนำสิ่งที่ได้รับไปประยุกต์ในงาน” (แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวท่านหนึ่ง)

ในทีมเรียนที่ยังไม่มีประสบการณ์การทำงานร่วมกับชุมชน หรือยังไม่เคยเข้าร่วมโครงการ ต้องการการเรียนรู้เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการทำงาน เนื่องจากเป็นเจ้าหน้าที่ของเทศบาลที่รับผิดชอบดูแลงานกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) ฟังเข้ารับตำแหน่งงานที่เทศบาลได้ประมาณ 1 เดือน ยังไม่มีประสบการณ์ทำงานชุมชนมาก่อน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายสร้างให้ชุมชนเข้มแข็ง จึงเป็นการเปิดโลกทัศน์การทำงานร่วมกับชุมชน ทำให้เข้าใจการทำงานชุมชนมากขึ้น ทีมเรียนบางคนนำไปปรับใช้ในองค์กรให้เกิดองค์กรสร้างสุข

การเลือกประเด็นในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชน เกิดจากการนำข้อมูลที่รับฟังจากพื้นที่เรียนรู้ไปแลกเปลี่ยนกับทีมที่มาเรียน และมีความอยากขับเคลื่อนในพื้นที่ของตนเอง ดังเช่นทีมเรียนตำบลเมืองแปง อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน เห็นความสำคัญและเป็นต้นแบบการเรียนรู้ หลังจากการไปเรียนรู้ที่ทีม LCC และทีมตำบลจุน ได้จัดการเรียนรู้ในพื้นที่ตำบลจุน อำเภอจุน จังหวัดพะเยา ทีมตำบลเมืองแปงได้จัดสรรงบประมาณ เพิ่มทีมเรียน

จากพื้นที่ นำทีมของตำบลไปเรียนรู้เพิ่มเติมนอกเหนือจากการจัดการที่ทีม LCC ได้ดำเนินการ โดยประยุกต์ใช้กับโครงการที่รับผิดชอบของตำบล ในการนำทีมนำทั้งหมดของตำบลไปเรียนรู้ในพื้นที่อื่น นอกเหนือจากการไปเรียนรู้จากกิจกรรมโครงการ รวมทั้งทีมตำบลแม่แรง อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน, ทีมตำบลจุน อำเภอจุน จังหวัดพะเยา ได้ทำโครงการเพื่อนำทีมของตำบลไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันในพื้นที่จริง นอกจากนี้สมาชิกทีมเรียนรู้ยังมีความศรัทธาในกระบวนการ PILA นำไปสู่พื้นที่ หรือองค์กรอื่น ๆ คือ อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ครบทุกตำบล

4.2.5) การฝึกสรุปการเรียนรู้ในพื้นที่เชิงระบบด้วยเครื่องมือแผนภูมิร่างกายมนุษย์ (Body paint) การใช้เครื่องมือ body paint มีความเห็นร่วมกันว่า เครื่องมือสามารถแปลงข้อมูลต่าง ๆ ที่เป็นเชิงวิชาการสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ทำให้เกิดการคิดอย่างเป็นระบบ เป็นเครื่องมือที่เป็นมิตรกับชุมชน โดยนำไปใช้ในการวิเคราะห์ชุมชน ที่ทำได้ง่ายและเข้าใจได้ง่ายกว่ารูปแบบเดิมที่เคยทำคือการวิเคราะห์จากข้อมูลตารางสถิติต่าง ๆ ดังตัวอย่างการสรุปการเรียนรู้ของทีมเรียน



แผนภาพที่ 1 ตัวอย่างการสรุปการเรียนรู้ของทีมเรียน

5. การขับเคลื่อนงานสุขภาพและคุณภาพชีวิตในพื้นที่

ทีมเรียนทั้ง 4 ตำบล ที่เข้าร่วมการเรียนรู้ได้คัดเลือกประเด็นสำหรับการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตสำหรับประชาชนในตำบล ส่วนใหญ่คัดเลือกประเด็นที่ขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่องในพื้นที่เป็นหลัก และขับเคลื่อนประเด็นอื่นที่ได้ไปเรียนรู้จากพื้นที่อื่น ดังสรุปผลดังนี้

ตำบลท่ากว้าง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ คัดเลือกประเด็นในการขับเคลื่อนของพื้นที่ ได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุ จากข้อมูลผู้สูงอายุของตำบลท่ากว้าง เพิ่มขึ้นทุกปีอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2565 มีถึง ร้อยละ 31 ประกอบกับการเตรียมการเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ โดยเป็นการทำงานแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย เทศบาล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และทุกฝ่ายในพื้นที่ โดยเทศบาลสนับสนุนงบประมาณในการจัดซื้ออุปกรณ์คัดกรองใช้ในการปฏิบัติงาน รพ.สต. จัดทำหลักสูตรอบรมผู้ดูแล (care givers) ให้กับ อสม.ในตำบลให้ได้ ร้อยละ 100 โดยใช้หลักสูตรอบรม 70 ชั่วโมง ของกรมอนามัย ผู้ฝึกอบรมประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง

การจัดการขยะ ซึ่งเป็นภารกิจของเทศบาล เกิดการเปลี่ยนแปลงในชุมชน ดังนี้ 1) ด้านงบประมาณ เกิดกลไกจัดการขยะแบบพึ่งตนเองมากขึ้น งบประมาณที่ใช้ในการจัดการขยะของตำบลในความรับผิดชอบ 7 หมู่บ้าน

ลดลงจากเดือนละ 50,000 บาท เหลือเดือนละ 30,000 บาท จากกระบวนการประชาคมทำให้ชาวบ้านนำขยะรีไซเคิลไปจัดการเอง 2) เทศบาลพัฒนาคุณค่าขยะรีไซเคิล ทำอ่างล้างภาชนะจากถังน้ำพลาสติกเก่า นำไปใช้สนับสนุนงานของชุมชน ครัวเรือนทั้ง 7 หมู่บ้าน คิดเป็น ร้อยละ 100 ทั้งยังเป็นต้นแบบให้ พชต. เมืองแปง ในตำบลเมืองแปง อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน 3) เกิดกลไกการช่วยเหลือด้วยคุณธรรม เทศบาลเป็นศูนย์กลางนำน้ำดื่มสะอาดเพื่อประชาชนไปช่วยงานพัฒนาในชุมชน โดยเปลี่ยนจากการใช้น้ำดื่มแบบขวดพลาสติก เป็นแบบแก้วพลาสติกที่สามารถรีไซเคิลได้ ลดค่าใช้จ่ายจากเดิมประมาณ 10,000 บาทต่องาน เหลือ 3,000 บาท ดำเนินการครอบคลุมทั้ง 7 หมู่บ้าน ส่งผลให้ประชาชนคัดแยกขยะ และร่วมกันสกัดกั้นขยะที่จะเพิ่มภาระการจัดเก็บขยะในชุมชนไปได้มาก

ตำบลจุน อำเภอจุน จังหวัดพะเยา ได้รับการหนุนเสริมการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจุน ประเด็นในการขับเคลื่อน ได้แก่ การจัดการขยะเป็นการต่อยอดการขับเคลื่อนประเด็นของ พชอ.จุน ที่ขับเคลื่อนมาอย่างต่อเนื่อง ภาคีเครือข่ายที่ดำเนินการร่วมกันขณะนี้ขับเคลื่อนในรูปแบบคณะกรรมการได้ 2 ระดับ คือ พชอ. และ พชต. ผู้นำชุมชน โดยการจัดการเรียนรู้ครั้งที่ 2 จัดขึ้นที่อำเภอจุน จังหวัดพะเยา โดยมีทีมเจ้าหน้าที่ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา ได้เข้าร่วมเรียนรู้ และเริ่มขับเคลื่อนเพิ่มขึ้นอีก 1 อำเภอ คือ อำเภอเชียงคำ การขับเคลื่อนที่เป็นรูปธรรมของตำบลจุน คือ การจัดการขยะที่มีการดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 ผลการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม เช่น ปี พ.ศ. 2562 มีถนนปลอดขยะ 100% ปี พ.ศ. 2563 มอบบ้านพักขยะ จำนวน 54 หลัง คิดเป็น ร้อยละ 60 ปี พ.ศ. 2564 มีบ้านพักขยะ ครัวทั้ง 17 หมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 100 รวม 74 หลัง มีกลุ่มจิตอาสาดอกเอื้องเมืองจุน ช่วยแยกขยะครบทุกหมู่บ้าน รวม 556 คน ปิดบ่อขยะได้ครบ 5 บ่อ หลังจากเข้าร่วมโครงการได้พัฒนา จากการรับฟังความเดือดร้อนของชุมชน คือ การเอื้อสถานที่วางขยะเดิมต้องวางในจุดที่เทศบาลกำหนดเท่านั้น เปลี่ยนเป็นการวางที่หน้าบ้านได้ครอบคลุมชุมชนทั้ง 17 หมู่บ้าน ส่งผลให้เกิดความร่วมมือและการลักลอบทิ้งขยะต่าง ๆ หายไป และเป็นแหล่งเรียนรู้ให้เครือข่าย พชต.เมืองแปง ได้นำไปขยายผลปรับใช้ในตำบลเมืองแปง อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน ได้สำเร็จ

ตำบลแม่แรง อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน การขับเคลื่อนโครงการฯ ในพื้นที่ให้ความสำคัญที่ชุมชนเข้มแข็งดังนั้น ทุกภาคีเครือข่ายในพื้นที่เข้ามาร่วมด้วยช่วยกันในทุกขั้นตอน สถิติอัตราการฆ่าตัวตายไม่มีติดต่อกัน 7 ปี และต่อยอดจากบ้านแสนสุขสู่ตำบลจัดการคุณภาพชีวิตดีเด่นระดับภาคเหนือในปี พ.ศ. 2566

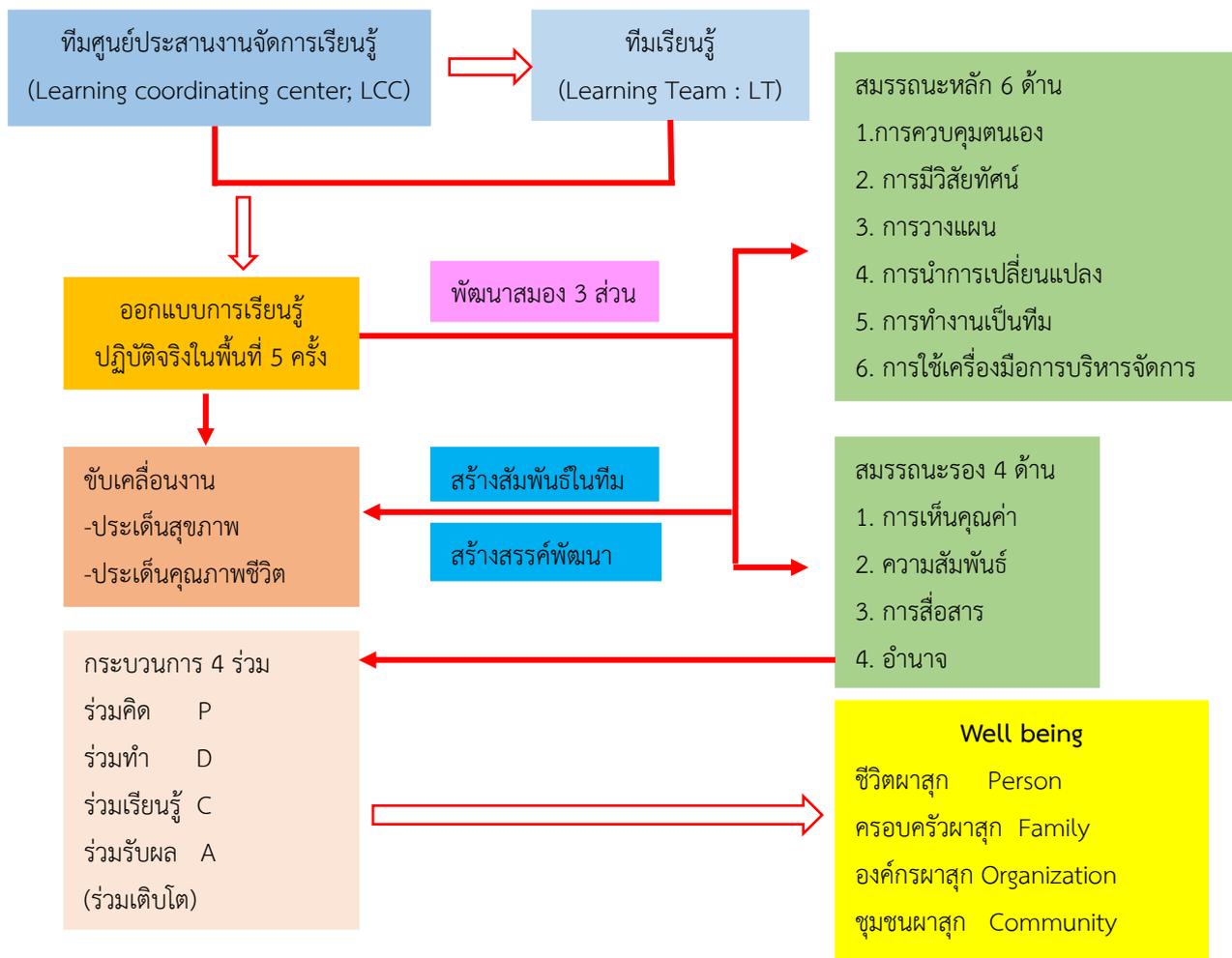
ตำบลเมืองแปง อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน ประเด็นที่ขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง คือ การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในชุมชน และการดูแลหลังการได้บำบัดรักษา ได้นำการเรียนรู้เรื่องการจัดการขยะของเทศบาลตำบลจุน อำเภอจุน จังหวัดพะเยา กับการเรียนรู้เรื่องกลไกสมองมนุษย์ การพัฒนาศักยภาพเครือข่าย นำไปเข้ากระบวนการประชาคมหมู่บ้านทุกหมู่บ้านอย่างครอบคลุม และเริ่มมีการจัดการขยะในหมู่บ้านต่าง ๆ อย่างเป็นรูปธรรม เช่น การคัดแยกขยะในชุมชน การจัดการขยะรีไซเคิล การจัดการขยะพลาสติกด้วยเครื่องอัดไฮดรอลิก นวัตกรรมรีไซเคิล สู่อ่างล้างจานที่ได้จากการเรียนรู้จากเทศบาลตำบลท่ากว้าง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ นอกจากนี้ยังมีการปรับเปลี่ยนสมาชิกทีมเรียนมากที่สุด โดยที่หัวหน้าทีมคือ นายกองค้การบริหารส่วนตำบลเมืองแปง มีแนวคิดคือให้สลับสับเปลี่ยนเพื่อให้เข้ามามีโอกาสในการเรียนรู้ที่จะนำไปร่วมกันเสริมสร้างทีมของตำบลให้เกิดการเรียนรู้ไปด้วยกัน โดยที่สมาชิกทีมเรียนหลักคือนายกองค้การบริหารส่วนตำบล รองนายก กำนัน

ปัจจัยที่ทำให้งานสำเร็จ

ปัจจัยที่ทำให้งานสำเร็จ ทุกคนให้ความสำคัญกับประเด็นหลัก 3 ส่วน คือ 1) “ผู้นำ” ได้แก่ ผู้นำที่ให้ความสำคัญกับทุกคนที่เป็นพี่น้องเล็ก ๆ ในพื้นที่ การเสริมพลังของผู้นำ และการให้คุณค่ากับคนทำงาน การเสริมพลัง โดยการชื่นชมให้กำลังใจ รวมถึงเทคนิคของผู้นำในการนำทีม อาทิ ผู้นำธรรมชาติที่มีวิสัยทัศน์ (ปราชญ์ชุมชน) ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำที่ใช้หลักการบริหารแนวราบซึ่งจะทำให้เข้าถึงง่าย 2) การขับเคลื่อนงานที่เริ่มจากระดับเล็ก ๆ เช่น การขับเคลื่อนของตำบลแม่แรง เป็นการขับเคลื่อนจากระดับเล็ก ๆ คือ ค้อ ซึ่งเป็นหน่วยย่อยของระดับหมู่บ้าน โดย 1 หมู่บ้านจะมี 4 ค้อ ตำบลแม่แรง มีทั้งหมด 43 ค้อ ซึ่งทำให้การบริหารทำได้ง่ายและโอกาสสำเร็จสูง และ 3) การสื่อสารของทีมที่ทำให้เข้าใจและเกิดการบูรณาการร่วมกัน การรับฟังผู้อื่น ความรู้สึกเป็นเจ้าของซึ่งจะทำให้เกิดความร่วมมือในการขับเคลื่อน และการตั้งเป้าหมายที่ไม่สูงเกินไปรวมถึงการเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาและค้อย ๆ ทำตามกำลังของตนไปเรื่อย ๆ ภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ในชุมชน และความหลากหลายของบริบทพื้นที่ ความเข้าใจทุนทางสังคมของบริบทพื้นที่ เช่น บวร (บ้าน วัด โรงเรียน) โดยการบูรณาการสิ่งที่ได้เรียนรู้มาให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ตนเอง

องค์ความรู้ที่เกิดขึ้น

สรุปองค์ความรู้ที่ได้จากการเรียนรู้เพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ เขตสุขภาพที่ 1 ทำให้เกิดองค์ความรู้ที่สำคัญ ประกอบด้วย 1) การได้มาของทีมนุ้ยประสานงานจัดการเรียนรู้ (LCC) 2) การค้นหาทีมเรียนรู้ (LT) 3) กระบวนการจัดการเรียนรู้ 4) ผลลัพธ์การเรียนรู้ ประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงในตนเองตามสมรรถนะหลัก 6 ด้าน คือ 1) การควบคุมตนเอง 2) การมีวิสัยทัศน์ 3) การวางแผน 4) การนำการเปลี่ยนแปลง 5) การทำงานเป็นทีม และ 6) การใช้เครื่องมือการบริหารจัดการ และการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของพื้นที่ ดังแสดงในแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 แสดงองค์ความรู้ที่เกิดขึ้นจากการสร้างกระบวนการเรียนรู้ เขตสุขภาพที่ 1

บทสรุปและวิเคราะห์เพื่อเสนอข้อเสนอแนะทางนโยบาย

กระบวนการ PDLA คือการ “ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมเรียนรู้” มีความโดดเด่นเกี่ยวกับการนำหลักการพัฒนาสมองส่วนหน้า เมื่อกระบวนการพัฒนาเกิดอย่างเต็มที่ส่งผลให้เกิดทักษะการฟังอย่างลึกซึ้ง เกิดการคิดวิเคราะห์ จนถึง การสะท้อนกลับด้วยการไม่ตัดสินผิดหรือถูก แต่เกิดทักษะกระบวนการคิดแบบมุขิตาจิต รู้จักชื่นชมยินดี และมีกรุณาจิต ร่วมชี้แนะข้อเสนอดี ๆ เพื่อต่อยอดการพัฒนา และเกิดทักษะสรุปรวมเป็นพหุปัญญาแลกเปลี่ยนกัน โดยใช้เครื่องมือ body paint เพื่อส่งมอบสิ่งที่สรุปได้ให้ทุกทีมเรียนรู้มุมมองที่หลากหลายและเลือกนำไปต่อยอดการพัฒนาทั้งในมิติ พัฒนาปัจเจก ทีม และองค์กรต่อไป กระบวนการในแต่ละเวทีเรียนรู้ ถูกออกแบบร่วมกันทั้งทีม LCC และทีมเรียนรู้ ที่เป็นเจ้าภาพโดยการมุ่งเน้นการนำโครงการที่ได้ลงมือทำจริงมาเป็นฐานในการเรียนรู้ (area base learning) หลัก ซึ่งมีประโยชน์และสร้างความสนใจให้ผู้ไปเรียนรู้มาก จึงเป็นการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐานของตนเอง

หลังเสร็จสิ้นการจัดกระบวนการเรียนรู้แต่ละครั้ง ทีมวิทยากร LCC มีการทบทวนหลังการปฏิบัติทันที (after action review: AAR) เพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยน เป็นการประเมินผลสิ่งที่ได้และสิ่งที่อยากเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม ให้มีการเติมเต็มในครั้งต่อไป อีกทั้งเป็นการร่วมกัน วิเคราะห์ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และช่องว่างที่ควรได้รับการปรับปรุงพัฒนา ในครั้งต่อไป ตลอดจนความสำเร็จและความโดดเด่นของทีมเรียนเป็นรายบุคคล และรายพื้นที่ เพื่อจะได้หนุนเสริม

ให้นำมาเล่าในการเรียนรู้ในครั้งต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะของการวัดผลประเมินผลแห่งศตวรรษที่ 21 ที่เป็นการวัดผลและประเมินผลแบบการวัดผลเชิงประจักษ์ (constructivist assessment) ตามทฤษฎีการเรียนรู้ (constructivism theory) ที่ผู้เรียนเป็นศูนย์กลางแห่งการเรียนรู้ (experience learning) ด้วยมุมมองที่ว่า ผู้เรียนที่ "ผ่าน" ประสบการณ์สิ่งใดสิ่งหนึ่งมาแล้ว ย่อมมีความรู้ความสามารถที่แท้จริงในเรื่องนั้น ๆ และผู้เรียนที่ได้ "ลงมือทำจริง ๆ" โดยการเรียนรู้ด้วยการปฏิบัติ (learning by doing) มาแล้ว ย่อมสามารถสร้างคุณสมบัติให้เป็นผู้ที่มีบุคลิกลักษณะ "character" ที่ เป็นคน "คิดเป็น ทำเป็น และสามารถแก้ปัญหาได้" (วิจารณ์ พานิช, 2558) โดยทีม LCC ได้เห็นความสำคัญและมีข้อสรุปที่แตกต่างจากโครงการ DHML เดิม ดังนี้

1. การนำหลักคิดเรื่องการพัฒนาสมรรถนะมนุษย์มาขับเคลื่อนในทีมผู้เรียนก่อน และต่อยอดด้วยการสนับสนุนให้สร้างสมรรถนะการควบคุมตนเอง ด้วยการรู้จักเปิดใจฟังอย่างลึกซึ้ง การมีมิติจิตใจชื่นชมยินดี โดยการสะท้อนคิด และมีหลักการสรุปประเด็นโครงการด้วยหลัก 4P1O (PPPPO) คือ purpose วัตถุประสงค์ principle หลักการ participation มีส่วนร่วม process กระบวนการ และ organization องค์กร

2. การสรุปโดยใช้เครื่องมือ body paint ซึ่งเมื่อนำมารวมกับการเรียนรู้ในสถานการณ์จริงของพื้นที่ ทำให้ผู้เรียนเกิดการมองภาพรวมได้ชัดเจนในช่วงเวลาที่มีจำกัดได้เป็นอย่างดี ภายหลังจากมีการเรียนรู้แต่ละพื้นที่ ทีมเรียนรู้ได้มีการต่อยอดประเด็นการพัฒนางานทั้งรายบุคคลและโครงการในพื้นที่หลายโครงการ เช่น การขับเคลื่อนประเด็นการจัดการขยะ และการพัฒนาศักยภาพ อสม. และการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ที่องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองแปง อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน การพัฒนาสมรรถนะทีมจิตอาสากลุ่มดอกเอื้องเมืองจุน อำเภอจุน จังหวัด พะเยา ให้มีความเข้มแข็งมากขึ้น การพัฒนาทีมงานองค์กรครู พัฒนาทักษะการสอนของครู ในศูนย์เด็กเล็กเทศบาลตำบลจุน โดยทีมเรียนรู้ตำบลจุน การพัฒนาศักยภาพ อสม. และการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และเพิ่มคุณภาพการจัดการขยะ โดยทีมเรียนรู้ตำบลท่ากว้าง อำเภอ สารภี จังหวัดเชียงใหม่ และการนำไปขยายผลการพัฒนา ทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลในอำเภอสารภี เป็นต้น โดยมีปัจจัยความสำเร็จที่การมีสมรรถนะความเป็นผู้นำสูง และการเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

3. การพัฒนากระบวนการเรียนรู้ที่ลดระดับจากทีมอำเภอ (พขอ.) ลงมาเป็นทีมตำบล (พขต.) ทำให้การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับตำบล ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของตำบลนั้น ๆ สามารถนำกระบวนการเรียนรู้ไปกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของตนเองได้ เนื่องจากสภาพของพื้นที่ตำบล ที่นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้ง 4 ตำบลที่ได้เข้าร่วมเรียนรู้ จุดเด่นของการเรียนรู้ของทีมระดับตำบลคือ นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น ๆ เป็นประธาน ที่สามารถนำการขับเคลื่อนประเด็นภายใต้คุณภาพชีวิตและผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพระดับตำบล ที่ร่วมกันแก้ไขปัญหาในขอบเขตของตำบลได้ชัดเจน ในการร่วมกันแก้ปัญหาเชิงประเด็นของพื้นที่ เป็นการแก้ไขปัญหาได้ตรงประเด็นอย่างเด่นชัด ดังเช่นคำว่า ทุกข์สุขของคนบ้านเดียวกัน แตกต่างจากการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ ที่มีขอบเขตกว้างและมีบริบททั้งเชิงพื้นที่และเชิงประเด็น ที่มีความหลากหลาย การแก้ไขปัญหาจึงแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและการขับเคลื่อนแบบไร้รอยต่อนั้น ควรมีปัจจัยและกลไกที่ดี ดังนี้

1. ควรมีการเชื่อมโยงโครงการกับหน่วยงานที่รับผิดชอบ การพัฒนาระบบปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งระดับกรม ระดับจังหวัด จนถึงระดับอำเภอ เพื่อให้เห็นความสำคัญที่จะสนับสนุนให้บุคลากรได้เข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและเกิดกลไกสนับสนุน
2. ควรมีสื่อสนับสนุนให้สามารถเรียนรู้ผ่านกลไกผ่านระบบเครือข่ายทางคอมพิวเตอร์ แบบเข้าใจง่าย ไม่ใช่ภาษาที่ยุ่งยากและเป็นศัพท์วิชาการมากเกินไป เพราะทีมเรียนรู้มีความหลากหลายแตกต่างกันมาก เพื่อที่จะได้เรียนรู้ร่วมไปพร้อม ๆ กัน
3. ทีม LCC เขต ควรเป็นทีมที่มีขีดความสามารถในการประสานงาน กับหน่วยงานราชการและส่วนท้องถิ่นได้ดี ควรเป็นผู้ยังมีตำแหน่งหน้าที่และมีบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนงาน พขอ. ทีมตำบล พชต. ในระดับเขต หรือระดับจังหวัด หรือถ้ามีการพัฒนาภายในจังหวัด ทีม LCC ควรเป็นผู้ที่ยังทำงานในระดับจังหวัดนั้น ๆ
4. ควรมีหลักสูตรสร้างทีม LCC ในแต่ละจังหวัดทุกจังหวัด
5. การพัฒนาทักษะการใช้สมองมนุษย์และทักษะการฟังอย่างลึกซึ้ง สามารถนำไปอบรมฝึกอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องการดูแลสุขภาพ คุณภาพชีวิตของประชาชนได้ ดังนั้นถ้ามีการจัดทำหลักสูตรให้วิชาชีพที่เกี่ยวข้องได้สมัครใจรับการอบรมเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ น่าจะเกิดคุณค่าและความสุขในผู้ปฏิบัติงานมากกว่าเดิมมาก เช่น กลุ่มแพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อสม. ชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น
6. การมีสมรรถนะการเป็นผู้นำ เป็นปัจจัยที่ทำให้มีการดำเนินการโครงการในภาพรวม หรือแก้ไขปัญหาของส่วนรวมได้สำเร็จ หากจะมีการพัฒนาศักยภาพความเป็นผู้นำเสริมเข้าในหลักสูตรให้มากขึ้น น่าจะเต็มเต็มโครงการพัฒนาทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่ได้อย่างครบถ้วนได้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- กฤษดา แสงดี, เกษร คงแถม, สุภาเพ็ญ ปาณะวัฒนพิสุทธิ์, จันทิมา นวะมะวัฒน์, วิภาพร สิริธิตาตร์ และ อนงค์ลักษณ์ พันธุ์พรหมธาดา. (2559). การศึกษาการเสริมสร้างสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 25(5), 854-864.
- จรัล สิงห์แก้ว. (2565). การประชุมผู้แทนเรียนรู้ เพื่อหาหรือหลักสูตรการอบรมทีมเรียนรู้ ใน *การประชุมผู้แทนทีมเรียนรู้เพื่อหาหรือหลักสูตรการอบรมทีมเรียนรู้ 30 กรกฎาคม 2565*. เชียงใหม่: สำนักบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร, มานพ คณะโต และ กิตติมา โมะเมน. (2556). การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับ อำเภอ. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 1(3), 17-28.
- ปิยะนุช พรหมสาขา ณ สกลนคร, จิราพร วรวงศ์, ศิราณี ศรีหาภาค, ธาณี กล่อมใจ และ พิทยา ศรีเมือง. (2560). การเรียนรู้การบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ: บทบาทและมุมมองของอาจารย์หรือนักวิชาการ สถาบันการศึกษา. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 26(3), 27-39.

- ยงยุทธ พงษ์สุภาพ. (2557). *การจัดการเรียนเพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System Management Learning: DHML)*. สมุทรสาคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- รุ่งเรือง กิจผาติ. (2563). *ปฏิรูประบบสุขภาพปฐมภูมิ จุดเปลี่ยนด้านสาธารณสุขครั้งสำคัญของประเทศไทย เพื่อประชาชนสุขภาพดี*. เข้าถึงได้จาก <https://www.ahsouth.com/paper/407>
- วิจารณ์ พานิช. (2558) *การวัดผลประเมินผลแห่งศตวรรษที่ 21*. เข้าถึงได้จาก <https://www.gotoknow.org/posts/589130>
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, วรณัน วิทยาพิภพสกุล, วริศา พานิชเกรียงไกร, วลัยพร พัชรนฤมล และ แอนน์ มิลส์. (2561). *การพัฒนาระบบสุขภาพในประเทศไทย: รากฐานสำคัญของการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. กรุงเทพฯ : สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. เข้าถึงได้จาก https://www.thelancet.com/pb-assets/Lancet/pdfs/S0140673618301983_Thai-1517425266757.pdf
- สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. (2558, มีนาคม 16). *แนวทางการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพอำเภอเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนที่ยั่งยืน [เอกสารอิเล็กทรอนิกส์]*. เข้าถึงได้จาก <https://www.slideshare.net/slideshow/ss-45508221/45508221>
- สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. (2559, เมษายน 20). *DHML กระจายอำนาจจัดการสุขภาพอำเภอ [อินเทอร์เน็ต]*. เข้าถึงได้จาก <https://www.thecoverage.info/news/content/90>
- สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. (2557). *ประสบการณ์ร่วมเรียนรู้กับ LCCs & LTs: ความเหมือนที่แตกต่าง. ใน การประชุมติดตามความก้าวหน้าโครงการการเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (district health management Learning-DHML) 26 พฤศจิกายน 2557*. เข้าถึงได้จาก <https://www.slideshare.net/AuampornJunthong/lcctournew26-nov2014-dhtml>
- สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. (2550). *CUP Management การบริหารจัดการเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ*. กรุงเทพฯ: นโม พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- สุรีย์ภรณ์ เลิศวัชรสกุล และ สุทธิพร ชมพูศรี. (2557). *การศึกษากระบวนการจัดการการบริหารงานเครือข่ายสุขภาพอำเภออย่างเป็นเอกภาพ (Unity District Health Team) จังหวัดพะเยา*. พะเยา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา.
- สำนักบริหารการสาธารณสุข. (2557). *การขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (รสอ.) District Health System. (DHS) ฉบับประเทศไทย*. นนทบุรี: โครงการการพัฒนาคลังสนับสนุนเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอเพื่ออำเภอสุขภาพะ มูลนิธิแพทย์ชนบทภายใต้การสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- Mezirow, J. (1991). *Transformative dimensions in adult learning*. San Francisco: Jossey-Bass.