เรื่องเล่าผ่านเงากาย (Body Narrative) : เครื่องมือในการจัดกระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสมรรถนะการจัดการสุขภาพระดับปฐมภูมิ กรณีศึกษาตำบลจุน อำเภอจุน จังหวัดพะเยา

Body Narrative: A Participatory Learning Tool for Enhancing Primary Care Management Competency: A Case Study of Chun Sub-district, Chun District, Phayao Province

กนกวรรณ เอี่ยมชัย กศ.ด.* Kanokwan Aiemchai, Ed.D.*

จรัส สิงห์แก้ว พ.บ.* Jaras Singkaew, M.D. *

วิลาวัณย์ เสนารัตน์ วท.ม. Wilawan Senaratana, M.Sc. ****

มัทนา สมบัติวัฒนาเวศ ภ.บ* Muttana Sombutwuttanawet, Pharm.D.,M.P.H.*****

Corresponding author: Email: k_aiemchai@hotmail.com

Received: 6 Dec 2025, Revised: 30 May 2026, Accepted: 18 Jun 2026

บทคัดย่อ

บทความนี้เสนอผลการถอดบทเรียนการใช้เครื่องมือเรื่องเล่าผ่านเงากาย ในการจัดกระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม เพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการสุขภาพระดับปฐมภูมิของภาคีเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ตำบลจุน อำเภอจุน จังหวัดพะเยา โดยที่ภาคีเครือข่ายสุขภาพใช้ประเด็นการจัดการขยะของชุมชนเป็นฐานในการสร้างการเรียนรู้ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แผนที่ร่างกาย (Body Paint) ที่เป็นเครื่องมือหนึ่งของเรื่องเล่าผ่านเงากายและภายใต้กรอบแนวคิดองค์ประกอบ 4P's ได้แก่ หลักการ เป้าหมาย การมีส่วนร่วมและกระบวนการ โดยการดำเนินงานอิงแนวคิดเวชศาสตร์เชิงเรื่องเล่าและการเรียนรู้จากประสบการณ์

ผลการถอดบทเรียนพบว่า เครื่องมือดังกล่าวช่วยส่งเสริมการเรียนรู้เชิงระบบ เป็นเครื่องมือที่เข้าใจง่าย สามารถเชื่อมโยงองค์ความรู้ทางการพยาบาลที่ยังขาดเครื่องมือเชิงกระบวนการในงานพยาบาลชุมชน ที่เชื่อมความรู้วิชาการกับการปฏิบัติของภาคีในพื้นที่อย่างเป็นระบบ สู่การปฏิบัติในบริบทชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรมกระบวนการ

**นักวิชาการอิสระ Email: k_aiemchai@hotmail.com, jarassink@gmail.com*

**Independent Scholar.*

***รองศาสตราจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์ Email: wilawansenaratana@gmail.com*

***Associate Professor, Faculty of Nursing, Panyapiwat Institute of Management*

****เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเชียงม่วน จังหวัดพะเยา Email: muttana15@gmail.com*

****Senior Pharmacist, Chiang Muan Hospital, Phayao.*

เรียนรู้แบบมีส่วนร่วมช่วยเสริมสร้างการทำงานเป็นทีม การสะท้อนคิดร่วมกัน การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการเกิดภาวะผู้นำของภาคีเครือข่าย ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์เชิงประจักษ์ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมและการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยสามารถออกแบบระบบการจัดการขยะที่เชื่อมโยงมิติสุขภาพ สิ่งแวดล้อม และสังคม นำไปสู่การติดตามอย่างต่อเนื่อง และสร้างพฤติกรรมการคัดแยกขยะในครัวเรือนมากกว่าร้อยละ 90

นอกจากนี้ กระบวนการดังกล่าวยังช่วยเสริมพลังอำนาจของชุมชน เสริมสร้างความสัมพันธ์และการสื่อสารระหว่างภาคีเครือข่าย จนสามารถพัฒนาเป็นโมเดล “ระบบจัดการขยะโดยชุมชนมีส่วนร่วม” ซึ่งเป็นต้นแบบการดำเนินงานด้านสุขภาพปฐมภูมิในระดับอำเภอ ผลการถอดบทเรียนนี้สะท้อนให้เห็นว่า เรื่องเล่าผ่านเงากาย เป็นเครื่องมือที่มีศักยภาพในการสนับสนุนบทบาทพยาบาลชุมชน และทีมสุขภาพปฐมภูมิ ในการขับเคลื่อนงานสุขภาพชุมชนอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: เรื่องเล่าผ่านเงากาย กระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม สมรรถนะการจัดการสุขภาพ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

Abstract

This article presents the lessons learned from utilizing Body Narrative as a participatory learning tool to enhance the primary health care management competencies of health network partners in Chun Sub-district, Chun District, Phayao Province, where health network partners used community waste management as a foundational issue for learning. The study utilized Body Paint as a tool within Body Narrative, guided by the 4P’s conceptual framework: Principle, Purpose, Participation, and Process. The implementation was grounded in the concepts of Narrative Medicine and Experiential Learning.

The findings indicated that the tool effectively promoted systems-based learning and was readily understood by users. It addressed a gap in community nursing practice by providing a procedural framework that systematically linked nursing knowledge with the practical experiences of local partners, enabling the translation of academic concepts into concrete community-based actions. Furthermore, the participatory learning process strengthened collaboration among network partners by fostering teamwork, collective reflection, effective communication, and leadership development. This led to tangible outcomes in environmental management and community participation, resulting in the co-design of a waste management system that seamlessly integrated health, environmental, and social dimensions. Furthermore, it established continuous monitoring and increased household waste segregation behaviors to over 90 percent.

Additionally, the process empowered the community, strengthened collaborative relationships, and improved communication among network partners. This led to the development of the “Community-based Participatory Waste Management Model”, which serves as a district-level prototype for primary health care operations. The lessons learned reflect that Body Narrative is a high-potential tool for supporting the roles of community nurses and primary health care teams in driving sustainable community health development.

Key word : Body Narrative, Participatory Learning, Health Management Competency, Primary Care.

บทนำ

การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิในบริบทสังคมร่วมสมัย มิได้มุ่งเน้นเพียงการจัดบริการทางการแพทย์หรือการจัดการเชิงเทคนิคเท่านั้น หากแต่ให้ความสำคัญกับกระบวนการเรียนรู้ การมีส่วนร่วม และการเสริมพลังของชุมชนในการร่วมกำหนดปัญหา แนวทางแก้ไข และทิศทางการพัฒนาสุขภาพของตนเอง เครื่องมือการเรียนรู้ที่สามารถเชื่อมโยงประสบการณ์ชีวิต ความรู้สึก ความคิด และบริบททางสังคมของผู้คนเข้ากับการจัดการสุขภาพเชิงระบบ จึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อการขับเคลื่อนงานสุขภาพปฐมภูมิให้เกิดผลลัพธ์ที่ยั่งยืน

เรื่องเล่าผ่านเงากายเป็นแนวทางหรือเครื่องมือในการวิจัยเชิงคุณภาพและการบำบัด ที่เกิดจากการผสมผสานระหว่างแนวคิดด้าน เวชศาสตร์เรื่องเล่า (Narrative medicine) และ ปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) การเรียนรู้จากประสบการณ์ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ของมนุษย์ผ่าน "ร่างกาย" ซึ่งเป็นเสมือนพื้นที่เก็บความทรงจำ ความเจ็บป่วย และบริบททางสังคม[10]โดยเปิดพื้นที่ให้ผู้เข้าร่วมได้ถ่ายทอดเรื่องราว ประสบการณ์ ความหมาย และความรู้สึกที่เชื่อมโยงกับร่างกาย ชีวิต และปัญหาสุขภาพในบริบทจริงของตนเอง ผ่านการเล่าเรื่อง การสะท้อนคิด และการใช้แผนที่ร่างกายเป็นสื่อกลาง กระบวนการดังกล่าวช่วยให้การเรียนรู้มิได้จำกัดอยู่เพียงระดับปัจเจก หากแต่ขยายไปสู่การเรียนรู้ร่วมกันในระดับกลุ่ม ชุมชน และระบบ ของการจัดกระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม เพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการสุขภาพระดับปฐมภูมิของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ในพื้นที่พื้นที่ตำบลจุน อำเภอจุน จังหวัดพะเยา ซึ่งเป็นพื้นที่ชนบทที่มีบริบททางสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมเฉพาะตัว ปัญหาการจัดการขยะชุมชนถูกหยิบยกขึ้นมาเป็นประเด็นร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชน นำมาเป็นฐาน ในการสร้างการเรียนรู้ กระบวนการเรียนรู้ด้วยเครื่องมือเรื่องเล่าผ่านเงากาย ถูกนำมาใช้เป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมโยงประสบการณ์ของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ผู้นำชุมชน และประชาชน เข้ากับการวิเคราะห์ปัญหา การกำหนดเป้าหมาย การออกแบบกระบวนการทำงาน และการติดตามผลอย่างเป็นระบบ ภายใต้กรอบแนวคิดตามองค์ประกอบ 4P’s ได้แก่ หลักการ เป้าหมาย การมีส่วนร่วม และกระบวนการ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอผลการถอดบทเรียนผลการใช้เครื่องมือเรื่องเล่าผ่านเงากายในการจัดกระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการสุขภาพระดับปฐมภูมิของภาคีเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ตำบลจุน โดยมุ่งอธิบายความเชื่อมโยงของกระบวนการ ตั้งแต่ความเป็นมาและความสำคัญของการใช้เครื่องมือดังกล่าว กระบวนการดำเนินงานที่เกิดขึ้น ผลที่เกิดขึ้นในระดับการเรียนรู้และการทำงานร่วมกัน ตลอดจนผลลัพธ์และผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อชุมชน ทั้งในมิติสุขภาพ สิ่งแวดล้อม สังคม และการเสริมพลังของระบบสุขภาพปฐมภูมิในระดับพื้นที่

การนำเสนอผลการถอดบทเรียนนี้สะท้อนให้เห็นว่า เรื่องเล่าผ่านเงากาย มิได้เป็นเพียงเครื่องมือเชิงกระบวนการ หากแต่เป็นกลไกสำคัญใน

การสร้างความเข้าใจเชิงลึก การสื่อสารเชิงความหมาย และการพัฒนาการจัดการสุขภาพที่มีชุมชนเป็นศูนย์กลาง ซึ่งสามารถต่อยอดสู่การพัฒนานโยบายและการขยายผลการดำเนินงานด้านสุขภาพปฐมภูมิในบริบทพื้นที่อื่นได้อย่างเหมาะสม

เรื่องเล่าผ่านเงากาย (Body Narrative)

เครื่องมือเรื่องเล่าผ่านเงากาย ไม่ได้เกิดจากบุคคลใดบุคคลหนึ่งเพียงคนเดียว แต่เป็นพัฒนาการที่หลอมรวมจากหลายสาขาวิชา[10] มีรากฐานมาจากการให้ความสำคัญกับเรื่องราว ประสบการณ์ และมุมมองส่วนตัวของผู้คนเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ร่างกายและชีวิตของผู้รับบริการ เป็นส่วนหนึ่งของแนวคิดเวชศาสตร์เชิงเรื่องเล่า (Narrative medicine) และการบำบัดด้วยเรื่องเล่า (Narrative therapy) ถูกพัฒนาขึ้นในช่วงทศวรรษที่ 1980 และ 1990 โดย Dr.Rita Charon และเพื่อนร่วมงานที่มหาวิทยาลัยโคลัมเบีย[1] ด้วยการมุ่งเน้นการรับฟัง ทำความเข้าใจ ยอมรับเรื่องราว ประสบการณ์ และมุมมองของผู้ป่วย เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและร่างกายของตนเอง เพื่อพัฒนาความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) และคุณภาพการดูแลสุขภาพ มีจุดมุ่งหมายเพื่อเติมเต็มช่องว่างทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ที่มุ่งเน้นการวินิจฉัยและรักษาโรคโดยตรงโดยอาศัยวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และวิธีการรักษาที่พิสูจน์ได้ เช่น การใช้ยา การผ่าตัด การรังสีรักษา และเคมีบำบัด เพื่อแก้ปัญหาเฉพาะที่เกิดขึ้นกับอวัยวะหรือระบบของร่างกาย เรื่องเล่าผ่านเงากายจึงเป็นกระบวนการที่มาเติมเต็มช่องว่างเหล่านี้ ด้วยการให้ผู้คนใช้ภาษา การเขียน หรือการสื่อสารรูปแบบอื่น ๆ เพื่อบรรยายถึงประสบการณ์ทางกาย ความรู้สึก และความหมายที่บุคคลรับรู้ต่อการเปลี่ยนแปลงร่างกายของตนเองหรือความเจ็บป่วยของตัวเอง[1] การเล่าเรื่องจึงเป็นกิจกรรมพื้นฐานอย่างหนึ่งที่มีฐานคิดมาจาก “เรื่องราว” (Story)[2] เป็นวิธีการหนึ่งที่ทำให้บุคคลเข้าใจตนเอง สังคมและโลกที่อาศัยอยู่ เรื่องราวมีองค์ประกอบหลักที่สำคัญ คือ การลำดับการเล่าเรื่องตามกาลเวลา การแนะนำอย่างมีที่ไปที่มาของบุคคล ตัวละครหรือสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และการให้รายละเอียดทางอารมณ์และความรู้สึกต่อเรื่องนั้น ๆ[3] ในทางปฏิบัติต่อมา ในช่วงปี ค.ศ. 2002 Solomon ซึ่งเป็นนักศิลปะบำบัดและนักวิจัย ในประเทศแอฟริกาใต้ ได้ดึงเอาเรื่องเล่าของร่างกายออกมา จากรากฐานเชื่อมโยงกับเครื่องมือที่เรียกว่า Body mapping ซึ่งมีจุดเริ่มต้นที่ชัดเจน ในโครงการ Memory Box Project โดยที่เครื่องมือนี้ถูกออกแบบมาเพื่อช่วยผู้หญิงที่ติดเชื้อ HIV/AIDS ซึ่งมักเผชิญกับการถูกตีตราทางสังคม ให้สามารถสื่อสารความเจ็บปวดและความหวังของตนเองได้ โดยการวาดโครงร่าง ร่างกายขนาดเท่าตัวจริง แล้วใช้สีหรือสัญลักษณ์วาดลงไปบนจุดต่าง ๆ ของร่างกาย กระบวนการนี้ทำให้เกิด "เรื่องเล่าทางภาพ" (Visual narrative) ที่อธิบายความรู้สึกและประสบการณ์ที่คำพูดทั่วไปอาจอธิบายได้ไม่หมด[10] ในประเทศไทย การใช้เรื่องเล่าในงานสุขภาพเริ่มเป็นที่รู้จักและมีการประยุกต์ใช้ในวงกว้างมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่ทำงานด้านสุขภาวะชุมชนและนักวิชาการที่สนใจด้านสังคมศาสตร์และสุขภาพ มีการจัดอบรมและสัมมนาเกี่ยวกับ "เรื่องเล่า" และ "เวชศาสตร์เชิงเรื่องเล่า" โดยสถาบันหลักด้านสุขภาพหลายแห่ง เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุน

การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และศูนย์จิตตปัญญาศึกษา เพื่อส่งเสริมให้เกิดการสื่อสารสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและมีความเป็นมนุษย์มากขึ้น[4-5] การเล่าเรื่องจึงเป็นการจัดระเบียบ “เรื่องราว” ผ่านมุมความคิดของแต่ละบุคคลรวมถึงองค์กรและหน่วยงาน ก่อนถ่ายทอดออกมาในรูปแบบต่าง ๆ อาทิ การเล่าประสบการณ์ชีวิต นิทาน ภาพเขียน ภาพยนตร์ การเต้น การร้องเพลง การโพสในแพลตฟอร์มสื่อสังคมออนไลน์ ฯลฯ เพื่อมุ่งหวังสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ขณะเดียวกัน การเล่าเรื่องก็เป็น “เลนส์ความคิด” ที่ช่วยให้ผู้เล่าเรื่องเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือ มีพลังและอำนาจโน้มน้าวใจและดึงดูดอารมณ์กลุ่มเป้าหมายให้เกิดการคล้อยตาม[3]

ประโยชน์การนำไปใช้

เครื่องมือเรื่องเล่าผ่านเงากายนี้ ช่วยให้พยาบาลชุมชน รวมถึงบุคลากรสาธารณสุขสามารถเข้าถึงมิติทางสังคม วัฒนธรรม และอารมณ์ของผู้รับบริการที่มีปัญหาสุขภาพ ที่อาจถูกละเลยในการดูแลแบบดั้งเดิม[6] ประโยชน์หลัก ได้แก่

1. สร้างความเข้าใจเชิงลึก ทำให้พยาบาลชุมชนและบุคลากรสาธารณสุขได้เข้าใจบริบทชีวิตที่ซับซ้อนที่ไม่ใช่เพียงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยและชุมชน

2. ส่งเสริมการสื่อสารสุขภาพระหว่างพยาบาลชุมชนและบุคลากรสาธารณสุขและผู้รับบริการหรือผู้ป่วย โดยเป็นเครื่องมือสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในประเด็นที่ซับซ้อนอ่อนไหว หรือมีตราบาป (Stigma) ทางสังคม[7]

3. พัฒนาความเห็นอกเห็นใจ ช่วยให้พยาบาลชุมชนและบุคลากรสาธารณสุขมีความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการและชุมชนมากขึ้น[8]

หลักการสำคัญของเรื่องเล่าผ่านเงากาย

งานสุขภาพชุมชนคือการใช้เรื่องราวและประสบการณ์ส่วนบุคคล เกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยเป็นเครื่องมือในการทำความเข้าใจบริบทชีวิต สร้างความตระหนักรู้ด้านสุขภาพ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างยั่งยืน มีหลักการสำคัญ ดังนี้

1. การยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Person-centered approach) เรื่องเล่าผ่านเงากาย ให้ความสำคัญกับมุมมอง ประสบการณ์ และความหมายที่บุคคลหรือชุมชนมีต่อสุขภาพและความเจ็บป่วยของตนเอง มากกว่าการให้ข้อมูลทางการแพทย์ด้านเดียว

2. การทำความเข้าใจบริบท (Contextual understanding) สุขภาพไม่ได้เกิดจากปัจจัยทางชีววิทยาเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากบริบททางสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม การใช้เรื่องเล่าช่วยให้เข้าใจปัจจัยเหล่านี้เชิงลึก ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการออกแบบกิจกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

3. การเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้คนในชุมชนได้เล่าเรื่องราวของตนเอง ซึ่งเป็นกระบวนการหนึ่งของการเสริมพลังอำนาจ ทำให้พวกเขารู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มี

ความมั่นใจ และสามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพของตนเองและชุมชนได้

4. การสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน (Co-learning) เรื่องเล่าผ่านเงากาย เป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างสมาชิกในชุมชนและบุคลากรทางสาธารณสุข ทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน นำไปสู่การสร้างองค์ความรู้ใหม่ ๆ ในการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตจริง

5. การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (Effective communication) เรื่องเล่าผ่านเงากาย ช่วยให้การสื่อสารข้อมูลสุขภาพมีความน่าสนใจ เข้าใจง่าย และเข้าถึงใจผู้ฟังได้ดีกว่าการให้ข้อมูลเชิงสถิติหรือวิชาการเพียงอย่างเดียว ทำให้ประชาชนสามารถเข้าใจและนำข้อมูลไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ง่ายขึ้น สอดคล้องกับเทคนิค "Teach back" ที่ให้ผู้ฟังเล่ากลับด้วยภาษาของตนเอง

6. การสร้างความสัมพันธ์และความไว้วางใจ (Relationship building) การแบ่งปันเรื่องราวสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้คนในชุมชนและบุคลากรสุขภาพ นำไปสู่ความไว้วางใจและการทำงานร่วมกันเป็นทีมเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน

7. การผลักดันนโยบาย (Policy advocacy) เรื่องเล่าผ่านเงากาย จากประสบการณ์ตรงของชุมชนสามารถใช้เป็นหลักฐานเชิงคุณภาพในการสื่อสารกับผู้กำหนดนโยบาย เพื่อให้เห็นถึงปัญหาและความต้องการที่แท้จริง นำไปสู่การปรับปรุงหรือเสนอนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพของชุมชน

8. ส่งเสริมให้เกิดแนวคิดการสื่อสารเพื่อการเรียนรู้เชิงระบบ ตั้งแต่ต้นน้ำ กลางน้ำและปลายน้ำได้อย่างชัดเจน

วิธีการนำไปใช้

วิธีการหลักในการใช้เครื่องมือเรื่องเล่าผ่านเงากาย ในงานสุขภาพชุมชนมี ดังนี้

1. การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ด้วยการใช้คำถามปลายเปิดที่กระตุ้นให้ผู้รับบริการหรือประชาชนเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับร่างกาย ความเจ็บป่วย หรือประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องของตนเอง

2. การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) การจัดกิจกรรมด้วยวิธีการนี้เป็นการสร้างพื้นที่ปลอดภัยให้สมาชิกในชุมชนได้มีโอกาสแบ่งปันประสบการณ์ร่วมกัน เพื่อสะท้อนปัญหาสุขภาพระดับชุมชน

3. การเขียนบันทึก/ไดอารี่ (Journaling) ด้วยการแนะนำให้ผู้รับบริการบันทึกเรื่องราวหรือความรู้สึกเกี่ยวกับร่างกายของตนเองในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง เช่น การปรับตัวหลังได้รับข้อมูลจากแพทย์ที่ทำการรักษาว่าเป็นโรคมะเร็ง

4. การทำแผนที่ร่างกาย (Body mapping) ใช้การวาดภาพหรือศิลปะอื่น ๆ เป็นสื่อกลางในการถ่ายทอดความรู้สึกหรือประสบการณ์ที่ยากจะอธิบายด้วยคำพูด[9]

การทำแผนที่ร่างกายจึงเป็นวิธีการหนึ่งของเครื่องมือเรื่องเล่าผ่านเงากาย ด้วยการใช้สื่อศิลปะ ที่ใช้ศิลปะเป็นฐาน (Arts-based therapy) ใช้การมีส่วนร่วมเชิงศิลปะ (Arts-based participatory method) ถูกพัฒนาขึ้นโดยได้รับอิทธิพลจากหลายแหล่ง เช่น การบำบัดด้วยศิลปะ (Art therapy) และมานุษยวิทยาทางการแพทย์ ที่ใช้ร่างกายมนุษย์เป็นสัญลักษณ์ในการสื่อประสบการณ์ชีวิต ความรู้สึก

และประเด็นสุขภาพ ผ่านการวาดภาพและการเล่าเรื่อง (Storytelling) วิธีนี้ถูกนำมาใช้ในงานวิจัยด้านสุขภาพทั่วโลก เช่น ในกลุ่มผู้หญิงที่ติดเชื้อ HIV ในแอฟริกาใต้[10] กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง[11] และโครงการพัฒนาชุมชนในประเทศลาตินอเมริกา[12]เครื่องมือนี้ได้รับการยอมรับ จากการนำไปใช้ในโครงการด้านสุขภาพต่าง ๆ โดยเฉพาะในชุมชนที่ได้รับผลกระทบจาก HIV/AIDS ในแอฟริกาใต้ การทำแผนที่ร่างกายเกี่ยวข้องกับการสร้างภาพวาดหรือแผนที่ขนาดเท่าตัวจริงของร่างกายมนุษย์ เพื่อใช้เป็นพื้นที่ในการแสดงออกถึงประสบการณ์ชีวิต ความเจ็บปวด ความทรงจำ และความหวัง ผ่านการวาด การระบายสี หรือการเขียนข้อความลงบนภาพร่างนั้น

การนำมาใช้ในประเทศไทยกระบวนการนี้ยังอยู่ในระยะเริ่มต้น แต่มีศักยภาพสูงในการใช้สร้างการเรียนรู้สุขภาวะชุมชน โดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้หญิง หรือเยาวชนในพื้นที่ ชนบท ที่พบและใช้กันในงานพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิที่เรียกว่า เครื่องมือแผนภูมิร่างกายมนุษย์ (Body paint) มีคุณลักษณะและกระบวนการที่คล้ายคลึงกับการทำแผนที่ร่างกาย (Body mapping) ในต่างประเทศ ได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้ โดยรองศาสตราจารย์นายแพทย์สุรเกียรติ อาชานานุภาพ ในการจัดการเรียนเพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System : DHS) สำหรับทีมนำระดับอำเภอ ในการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะ การบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ ให้แก่ผู้บริหารหน่วยงาน หน่วยบริการ ผู้นำชุมชน และประชาชนให้เข้มแข็ง ควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบสุขภาพและระบบบริการในพื้นที่ของการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ[13] กระบวนการเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยใช้ประเด็นสุขภาพที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ในการขับเคลื่อนระบบ (One District One Project) ทั้งนี้ประเด็นสุขภาพต้องมีเป้าหมายเดียวกันระดับอำเภอ ร่วมกันพัฒนาระบบบริการตามบริบทและความต้องการของชุมชน แนวคิดและแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทย เริ่มมีการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมในช่วงหลังปี พ.ศ. 2550 เป็นต้นมา โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อเชื่อมโยงระบบสุขภาพปฐมภูมิกับชุมชน และท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ[14] โดยการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีความเชื่อมโยงกับหลักการพยาบาลอนามัยชุมชน ในบทบาทของ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลโดยผ่านการดูแลแบบองค์รวม ต่อเนื่อง และผสมผสาน โดยเน้นการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู เครื่องมือเชิงกระบวนการที่เชื่อมโยงวิชาการและการปฏิบัติพยาบาลชุมชน ที่ใช้กันมาอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ เช่น การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) การประเมินสุขภาพชุมชนเชิงลึกด้วยการใช้กระบวนการวินิจฉัยชุมชน โดยรวบรวมข้อมูลปัญหา สิ่งแวดล้อม และวิถีชีวิต รวมถึงการใช้เครื่องมือชุมชนอื่นๆ เช่น เครื่องมือเรียนรู้ชุมชน (Community assessment tools): เครื่องมือ 7 ชิ้น เพื่อให้ชุมชนเข้าใจบริบทตนเอง ประกอบด้วย แผนที่เดินดิน ผังเครือญาติ โครงสร้างองค์กรชุมชน , ระบบสุขภาพชุมชน , ปฏิทินชุมชน , ประวัติศาสตร์ชุมชน และประวัติชีวิต เพื่อให้ภาคีเครือข่ายเข้าใจปัญหา วางแผน และลงมือปฏิบัติร่วมกันอย่างเป็นระบบ การทำงานร่วมกับ

ภาคี (Collaboration): การใช้เวทีประชาคม หรือแนวทางการบริหารพยาบาลในชุมชน เป็นเครื่องมือเชิงกระบวนการในงานพยาบาลชุมชนที่เชื่อมความรู้ทางวิชาการกับการปฏิบัติของภาคีในพื้นที่อย่างเป็นระบบ ช่วยลดความเหลื่อมล้ำและพัฒนาสุขภาวะของประชาชนในพื้นที่โดยเน้นการดูแลที่บ้านและชุมชน ดังนั้นการใช้เครื่องมือแผนภูมิร่างกายมนุษย์จึงเป็นอีกเครื่องมือหนึ่ง ที่ได้ถูกนำมาใช้ให้ เป็นส่วนหนึ่งของโครงการพัฒนาสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ สำหรับทีมนำระดับอำเภอ ด้วยกระบวนการหลัก 4 ขั้นตอนด้วยกัน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การมีประสบการณ์ เริ่มด้วยจัดกลุ่มผู้เรียนหรือผู้เข้าอบรม กลุ่มละ 10 – 12 คน ที่มีประสบการณ์จากการปฏิบัติหรือการสัมผัสรูปธรรมจริง เช่น การสำรวจและวิเคราะห์ชุมชน การศึกษาดูงาน การเรียนรู้จากการปฏิบัติจริงในชีวิตการทำงาน การเสวนาหรือมีปฏิสัมพันธ์กับผู้คนต่าง ๆ การคิดวิเคราะห์ การวางแผน และการลงมือแก้ปัญหาต่าง ๆ

ขั้นตอนที่ 2 การอภิปรายและการสะท้อนคิด ด้วยการนำประสบการณ์จากขั้นตอนที่ 1 มาสะท้อนคิด ด้วยการใคร่ครวญ ไตร่ตรองด้วยตนเอง และการร่วมอภิปรายแลกเปลี่ยนกับกลุ่มคนที่มีประสบการณ์ในกลุ่มร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 3 การตกผลึกความคิดรวบยอด ด้วยการถอดบทเรียนออกมาเป็นความคิดรวบยอด หลักการและความรู้เชิงทฤษฎี กลายเป็นความรู้ที่สามารถนาไปประยุกต์ในใช้ชีวิตและการทำงานต่าง ๆ หลังจากนั้น ผู้เข้าอบรมในกลุ่มร่วมกันฝึกสรุปการเรียนรู้ในพื้นที่เชิงระบบ รวมจนถึงการค้นหาวิธีการที่เหมาะสมกับบริบทและนำกลับไปขยายผลในพื้นที่ของตนเอง โดยใช้แผนภูมิร่างกายของมนุษย์ทุกส่วนแทนกระบวนการคิด ด้วยการเทียบเคียงจากอวัยวะแต่ละส่วนของร่างกาย ร่วมกันสรุปเป็นองค์ประกอบ 4 P's ดังนี้

อวัยวะแต่ละส่วนของร่างกาย (Body Part)	**องค์ประกอบ 4 P's**
1. ศีรษะ (Head) หรือสมอง	Principle (หลักการ) แทนหลักการ หลักวิชา และแนวคิดที่นำมาใช้สนับสนุนแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่ร่วมกันวิเคราะห์และทบทวนสถานการณ์ในพื้นที่จริง
2. หัวใจ (Heart)	Purpose (เป้าหมาย) ใช้ในการตั้งเป้าหมายร่วมกัน
3. แขน 2 ข้างและขาทั้ง 2 ข้าง (Arms& Legs)	Participatory (การมีส่วนร่วม) แทนทีมงาน ภาคีเครือข่าย ที่เป็นกลไกการขับเคลื่อนการร่วมกันแก้ไขปัญหาในพื้นที่
4. ส่วนท้อง (Abdomen)	Process (กระบวนการ) แทนกระบวนการและกิจกรรมการแก้ไขปัญหาตามลำดับ

หลังจากนั้นแต่ละกลุ่มนำเสนอเรื่องเล่าดี ๆ จากผู้แทนพื้นที่ ผู้ฟังใช้หลักฟังด้วยใจ ชื่นชม อภิปราย สะท้อนคิด และ สิ่งที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ของตนเอง

ขั้นตอนที่ 4 การประยุกต์ ด้วยการนำความรู้หรือบทเรียนที่ได้ ไปประยุกต์ในความเป็นจริง ทำให้ได้ประสบการณ์จากการปฏิบัติ นำเข้าสู่กระบวนการเรียนรู้ ในวงรอบใหม่ กลายเป็นวงจร “ทำ-คิด-รู้-ทำ-คิด-รู้....” ไปเรื่อย ๆ ไม่มีวันสิ้นสุด

เห็นได้ว่าการใช้เครื่องมือแผนภูมิร่างกายมนุษย์ ที่เป็นเครื่องมือหนึ่งของเรื่องเล่าผ่านเงากายที่ใช้ในพื้นที่ ในการพัฒนากระบวนการเรียนรู้สำหรับผู้นำ เพื่อเสริมสมรรถนะการจัดการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นกระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมที่แท้จริง สำหรับการจัดกรอบการสรุปการเรียนรู้เชิงระบบอย่างชัดเจนตั้งแต่ต้นน้ำ กลางน้ำ ปลายน้ำ ที่เน้นความร่วมมือร่วมใจและผลงานที่เกิดขึ้น แต่สิ่งที่ต้องระมัดระวังของการใช้เครื่องมือนี้ คือการใช้ความเห็นส่วนตัวหรือความรู้สึกส่วนตัว ต้องร่วมกันดำเนินงานด้วยข้อมูลข้อเท็จจริง และข้อมูลเชิงประจักษ์มีสามารถตรวจสอบได้[15] เรื่องราวทุกเรื่องที่นำเข้าสู่กระบวนการเรียนรู้ จำเป็นต้องมี “แก่น” หรือสาระสำคัญหลัก เนื่องจากแก่นสาระเป็นการแสดงตัวตน อัตลักษณ์และคุณลักษณะพิเศษของเรื่องราว ที่ถ่ายทอดออกไปเพื่อให้ผู้อ่านหรือผู้ฟังเกิดการจดจำ[3]

เปรียบเทียบการใช้เครื่องมือเรื่องเล่าผ่านเงากายและการทำแผนที่ร่างกายในงานสุขภาพชุมชน

คุณลักษณะ	เรื่องเล่าผ่านเงากาย (Body Narrative)	แผนที่ร่างกาย (Body Mapping)
วิธีการหลัก	การเล่าเรื่องด้วยวาจาหรือลายลักษณ์อักษร การสนทนาเชิงลึก เน้นกระบวนการทางภาษาและความหมาย	การวาดภาพระบายสีบนโครงร่างร่างกายขนาดเท่าตัวจริง เน้นการแสดงออกทางศิลปะและสัญลักษณ์
จุดเน้น	ประสบการณ์ส่วนตัว อัตลักษณ์ ความหมายของความเจ็บป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างกายกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรม	ตำแหน่งความเจ็บปวดทางกาย อารมณ์ความทรงจำที่ฝังในร่างกาย การสื่อสารที่ไม่ใช้คำพูด
การนำมาใช้ในงานด้านสุขภาพ	การให้คำปรึกษา การบำบัดด้วยเรื่องเล่า การฝึกอบรมบุคลากรสุขภาพเพื่อพัฒนาความเห็นอกเห็นใจ	การทำงานในชุมชน การสื่อสารกับผู้มีปัญหาการสื่อสาร การสำรวจปัญหาสุขภาพจิตและบาดแผลทางใจ

ผลลัพธ์ของการใช้เครื่องมือเรื่องเล่าผ่านเงากายต่อผู้รับบริการ ประชาชน และชุมชน

ในต่างประเทศมีการนำเรื่องเล่าผ่านเงากายไปใช้ในการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งเพื่อเพิ่มอัตราการตรวจคัดกรอง[16] อีกทั้งการให้ผู้ป่วยใช้เรื่องเล่าผ่านเงากายของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีส่วนสำคัญในการผลักดันนโยบายและงบประมาณด้านสุขภาพในสหรัฐอเมริกา[17] รวมทั้งมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาและบำบัด ในระบบออนไลน์รู้สึกมีพลังและลดความรู้สึกโดดเดี่ยว ในการจัดการกับโรคเรื้อรังที่เป็นตราบาปส่วนตัว[7] ในประเทศไทยที่พบมีการใช้เรื่องเล่าในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)[18] อีกทั้งกระบวนการเล่าเรื่องถูกนำไปใช้ในงานพัฒนาสุขภาพชุมชน เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการผลิตสื่อสุขภาพ ที่สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรม โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม[19] รวมทั้งช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในหมู่บุคลากรทางการแพทย์[4] เห็นได้ว่าการใช้เครื่องมือถูกนำไปใช้ในทุกระดับของระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งในระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ถูกนำมาประยุกต์ใช้ในประเทศไทย ไม่ได้เป็นเพียงแค่เทคนิคการสัมภาษณ์ แต่เป็น "เครื่องมือเชิงยุทธศาสตร์" ที่สะท้อนให้เห็นรอยต่อระหว่างอาการเจ็บปวดทางกาย กับพฤติกรรมสภาพแวดล้อม และระบบบริการสุขภาพ ซึ่งช่วยยกระดับคุณภาพการรักษาพยาบาล ควบคู่ไปกับการเยียวยาจิตใจของทั้งผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข

ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ระบบสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care: PHC) เป็นกลไกสำคัญของระบบสุขภาพ ที่มุ่งให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเป็นธรรมและมีคุณภาพ โดยเน้นความมีส่วนร่วมของชุมชนในการกำหนดทิศทางและดำเนินกิจกรรมสุขภาพด้วยตนเอง[20] แนวคิดนี้ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง ตั้งแต่มีการประชุมที่เมือง Alma-Ata (อัลมา อัลตา) สหภาพโซเวียต (ปัจจุบันอยู่ในประเทศคาซัคสถาน) ปี ค.ศ. 1978 ซึ่งเป็นหมุดหมายสำคัญของการเคลื่อนไหว ที่องค์การอนามัยโลก (WHO) และองค์การยูนิเซฟร่วมได้ร่วมกันประกาศเป็นวาระ “สุขภาพสำหรับทุกคน” (Health for All)[21] ทั้งนี้ก่อนปี ค.ศ. 1978 ระบบสุขภาพของหลายประเทศ มุ่งเน้นบริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล (Curative care) หรือสถานบริการมากกว่าการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ส่งผลให้ประชาชนที่อาศัยในชนบทและกลุ่มเปราะบาง ไม่สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์อย่างเท่าเทียม[22] นำมาสู่การประชุม Alma-Ata Declaration ในปี ค.ศ. 1978 ได้กำหนดหลักการสำคัญของการจัดการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ไว้ 3 ประการดังนี้ 1) สุขภาพเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานที่ทุกคนต้องมีโอกาสเข้าถึง 2) การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นหัวใจของการพัฒนา 3) การพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพต้องดำเนินควบคู่กันไป ในประเทศไทยได้นำแนวคิดนี้มาสู่การประกาศหลักการ “สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 : "Health for All by the Year 2000"[23] ภายหลังองค์การอนามัยโลก ได้ต่อยอดแนวคิดนี้สู่ “Primary Health Care: Now More

Than Ever" (2008) ซึ่งเน้นการจัดระบบบริการสุขภาพให้ยั่งยืน ผ่านการบริหารจัดการแบบบูรณาการและการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ[24] ทศวรรษแรกหลังการประกาศปฏิญญาอัลมา อัลตา ประเทศไทยได้เน้นการเพิ่มบทบาทของประชาชน มีการพัฒนาผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และกลไกการจัดการในชุมชน เพื่อขยายบริการให้เข้าถึงมากขึ้น ส่งผลให้บริการพื้นฐานทางด้านสาธารณสุขมีความครอบคลุมมากขึ้น ทศวรรษที่สอง เป็นระยะที่เร่งการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ และจังหวัดให้มีความครอบคลุมทั่วประเทศ ทำให้บริการทางการแพทย์มีการพัฒนาเพิ่มขึ้นมาก อัตราตายแม่และเด็กลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ทศวรรษที่สามจนถึงปัจจุบันเป็นระยะของการปฏิรูปการเงินการคลังและการบริหารจัดการลักษณะต่าง ๆ เพื่อให้เกิดบริการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น[25]

ระบบสุขภาพปฐมภูมิจึงเป็นการบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน ที่ให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงได้ทั่วถึง ครอบคลุมบริการด้าน การส่งเสริมสุขภาพ (Promotion) การป้องกันโรค (Prevention) การรักษาเบื้องต้น (Curative) และ การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) โดยมุ่งเน้น 3 มิติหลักคือ 1)การมีส่วนร่วมของประชาชน (Community participation) โดยที่ประชาชนเป็นเจ้าของปัญหาและมีบทบาทในการแก้ไขร่วมกัน ตั้งแต่ร่วมวางแผนดำเนินงาน และประเมินผล 2) การบูรณาการบริการสุขภาพ (Integrated health services) ให้เชื่อมโยงบริการด้านสาธารณสุข การศึกษา และสังคม สร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานรัฐ เอกชน และชุมชน และ 3) การพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainability) ที่เน้นความเข้มแข็งของระบบสุขภาพชุมชน [26-27] ในประเทศไทย ได้ถูกนำมาปรับใช้ผ่านหลายกลไกตามลำดับเวลาคือ

1. ยุคการจัดตั้งสถานีอนามัย เริ่มต้นตั้งแต่ พ.ศ. 2520–2530 เพื่อให้ประชาชนในชนบทเข้าถึงบริการพื้นฐานมากขึ้น สถานีอนามัยดำเนินบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพ ดูแลหญิงตั้งครรภ์ ฉีดวัคซีน การเฝ้าระวังโรค และการรักษาโรคพื้นฐาน

2. การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เริ่มต้นในปี พ.ศ. 2521 ทำหน้าที่เฝ้าระวังโรคในชุมชน ถ่ายทอดข้อมูลสุขภาพ สนับสนุนการจัดบริการเชิงรุก[28-29]

3.การขยายงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ ในช่วงยุคแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 5–7 (พ.ศ. 2525–2539) ประเทศไทยเน้นการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน การพัฒนาผู้รับผิดชอบพื้นที่ และการเพิ่มศักยภาพของหน่วยบริการระดับตำบล

4. การปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2545 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สร้างการเปลี่ยนแปลงสำคัญ คือให้บริการปฐมภูมิเป็นการสร้างระบบเครือข่ายบริการทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่จำเป็นโดยไม่ต้องกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย[30] ส่งเสริมศูนย์การดูแลต่อเนื่อง และบริการสุขภาพที่มีชุมชนเป็นฐานด้วยนโยบาย "หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า" ช่วยขยายการเข้าถึงบริการและสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ให้มีบทบาทเด่นชัดมากขึ้น โดยมีกลไกสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)[31]

5. การพัฒนาระบบ Primary Care Cluster (PCC) และคลินิกหมอครอบครัว ช่วงหลังปี พ.ศ. 2558 มีการปฏิรูประบบสุขภาพปฐมภูมิใหม่ โดยสร้างคลินิกหมอครอบครัว และหน่วยบริการปฐมภูมิระดับเครือข่าย (PCC/PCC cluster) การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ ดูแลครอบคลุมประชากรตามพื้นที่รับผิดชอบ

6. มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 มีสาระสำคัญเพื่อจัดระบบสุขภาพปฐมภูมิให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและเป็นธรรม โดยมีกลไกการบริหารจัดการร่วมกันจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน ชุมชน และท้องถิ่น หัวใจสำคัญคือ การให้ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ครบทุกองค์ประกอบของการส่งเสริม ป้องกัน วินิจฉัย รักษา และฟื้นฟู อย่างต่อเนื่องและเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพระดับอื่น ๆ[32]

7. ต่อมาในปี พ.ศ.2562 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศ นโยบาย คลินิกหมอครอบครัว (Family Care Team) เพื่อยกระดับบริการสุขภาพปฐมภูมิให้ครอบคลุมเชิงพื้นที่และเน้นการดูแลต่อเนื่อง[33]

ผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมของการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ประเทศไทยมีพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิมาต่อเนื่องยาวนาน มากกว่า 40 ปี ส่งผลทำให้เกิดผลลัพธ์เชิงประจักษ์ในหลายมิติ ดังนี้

1. ด้านการเข้าถึงบริการและความครอบคลุม หน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หน่วยบริการปฐมภูมิ คลินิกหมอครอบครัว) มีมากกว่า 10,000 แห่งทั่วประเทศ ครอบคลุมทุกตำบล ทำให้อัตราการเข้ารับบริการระดับปฐมภูมิเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องหลังเกิดนโยบาย หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า[34] อีกทั้งลดอุปสรรคเรื่องค่าเดินทางและค่ารักษาของประชาชนในชนบท

2. ด้านสุขภาพประชากร ระบบสุขภาพปฐมภูมิ มีบทบาทสำคัญในการลดปัญหาสุขภาพระดับชาติ เช่น อัตราการเสียชีวิตของทารกและมารดาลดลงอย่างต่อเนื่อง การตรวจครรภ์ครบถ้วนและการเข้าถึงบริการฝากครรภ์คุณภาพ อัตราการฉีดวัคซีนเด็กสูงกว่าร้อยละ 95 ในหลายพื้นที่ การควบคุมโรคติดต่อไม่เรื้อรัง (NCDs) ดีขึ้น โดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง การตรวจคัดกรองโรคสำคัญสูงขึ้น เช่น มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม ที่พบบทบาทชัดเจนในการจัดการการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 เช่น การค้นหาผู้เสี่ยงเชิงรุก การฉีดวัคซีน การดูแลผู้ป่วยแยกกักที่บ้าน (Home isolation)[34-36]

3. ระบบบริการที่เน้นชุมชนและความต่อเนื่อง ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในประเทศไทยเน้นการ บูรณาการหน่วยงาน องค์กรและภาคีเครือข่ายในชุมชน เช่น การทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดงบประมาณและกิจกรรมสุขภาพ การสร้างศูนย์สุขภาพชุมชน การติดตามผู้ป่วยเรื้อรังด้วยการเยี่ยมบ้าน (Home visit) ที่เป็นส่วนหนึ่งของการบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยแพทย์และทีมสหาสาขาวิชาชีพ ได้ออกไปเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน การเพิ่มกำลังคนเวชศาสตร์ครอบครัว นโยบายสร้างแพทย์เวชศาสตร์

ครอบครัว 14,000 คนภายในปี พ.ศ.2570 เพื่อรองรับประชากรทั่วประเทศเป็นนโยบายสำคัญ[37] เป็นต้น

4. การบริหารงานโดยใช้ข้อมูล (Health Data) ระบบข้อมูล เช่น Health Data Center: HDC คือคลังข้อมูลสุขภาพระดับจังหวัด/ประเทศ Java Health Center Information System: JHCIS คือระบบสารสนเทศของหน่วยบริการปฐมภูมิ Epidemiology Dashboard: EPI dashboard แสดงข้อมูลทางระบาดวิทยาที่แสดงภาพรวมสถานการณ์โรคต่าง ๆ ในพื้นที่ เพื่อติดตามการดำเนินงานด้านสุขภาพของประชาชน ทำให้การวางแผนการดูแลสุขภาพของประชาชนได้แม่นยำยิ่งขึ้น

สมรรถนะของผู้นำในการบริหารจัดการระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ผู้นำในระดับทีมระบบสุขภาพปฐมภูมิ ต้องเป็นทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข และบุคลากรวิชาชีพอื่น ๆ มีหน้าที่ ทำงานร่วมกันเพื่อดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบในลักษณะองค์รวม ทั้งนี้ผู้นำระบบสุขภาพปฐมภูมิ จำเป็นต้องมีสมรรถนะหลายด้านเพื่อให้ระบบทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ[38] การพัฒนาสมรรถนะโดยให้ทีมสหสาขาวิชาชีพได้รับการพัฒนาสมรรถนะผู้นำพร้อมกันตาม 4 องค์ประกอบของ Bass ดังนี้ 1) การมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ โดยพัฒนาการฟัง การแสดงความเห็น และให้ร่วมกันกำหนดวิสัยทัศน์และค่านิยมร่วมขององค์กร 2) การกระตุ้นทางปัญญา โดยกระตุ้นแบบมีส่วนร่วมให้เห็นคุณค่าในตนเอง และผู้อื่น 3) การตระหนักถึงความเป็นปัจเจกบุคคล โดยให้พิจารณาจุดเด่น จุดด้อยของงานอดีตจากการแลกเปลี่ยนกับผู้อื่น และให้เรียนรู้จากทีมที่ผ่านการอบรมมาก่อน และ 4) การสร้างแรงบันดาลใจ โดยให้เรียนรู้ทักษะการสื่อสาร การฟังอย่างตั้งใจ และฝึกพัฒนารูปแบบการบริการเพื่อการเปลี่ยนแปลงร่วมกัน กระบวนการพัฒนาที่เน้นให้ตระหนักถึงคุณค่าตนเองและผู้อื่น ทำให้เกิดความเข้าใจกัน และร่วมมือร่วมใจในการทำงานมีความสุข เกิดการพัฒนาทีมและงานได้อย่างต่อเนื่องยั่งยืน[39] ส่วนสมรรถนะอื่นๆที่ควรต้องมีสำหรับผู้นำ เช่น 1) ภาวะผู้นำเชิงระบบ (Systems thinking) ที่ต้องมองเห็นความเชื่อมโยงระหว่างบริการปฐมภูมิเชื่อมโยงไปยังโรงพยาบาลและชุมชน ด้วยการบริหารจัดการทรัพยากรเพื่อประโยชน์สูงสุดของประชาชน 2) การจัดการเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic management) ต้องสามารถวางแผนสุขภาพโดยใช้ข้อมูล กำหนดเป้าหมายและติดตามผลอย่างเป็นระบบ ที่นำไปประสานงานกับทุกภาคส่วนได้ 3) สมรรถนะด้านการทำงานกับชุมชน (Community engagement) ต้องเข้าใจวัฒนธรรมและบริบทพื้นที่ สามารถทำงานร่วมกับผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ในชุมชนได้ โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน 4) ความรู้ทางวิชาชีพด้านปฐมภูมิ เช่น เวชศาสตร์ครอบครัว การจัดการโรคเรื้อรัง การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การดูแลผู้สูงอายุ และการดูแลประคับประคอง 5) นวัตกรรมและเทคโนโลยีสุขภาพ เช่น Telemedicine ระบบฐานข้อมูลสุขภาพ นวัตกรรมบริการชุมชน 6) ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change leadership) การ

ปรับตัวต่อเทคโนโลยีใหม่ การพัฒนาทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงการขับเคลื่อนนโยบายเพื่อสุขภาพในชุมชน

ผลลัพธ์การเรียนรู้ในพื้นที่เชิงระบบด้วยเครื่องมือแผนภูมิร่างกายมนุษย์ในพื้นที่ตำบลจุน อำเภอจุน จังหวัดพะเยา

ตำบลจุน อำเภอจุน จังหวัดพะเยา เป็นพื้นที่ชนบท อยู่ห่างจากตัวจังหวัดพะเยา 50 กิโลเมตร ห่างจากตัวอำเภอจุน 2 กิโลเมตร มีพื้นที่ทั้งหมด 129 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 80,625 ไร่ พื้นที่สำหรับเพื่ออยู่อาศัย 4,421 ไร่ พื้นที่สำหรับที่ทำกิน 24,447 ไร่ พื้นที่ป่า 51,757 ไร่ที่มีประชากรจำนวน 9,307 คน จำนวนครัวเรือนกว่า 4,120 หลังคาเรือน ประกอบด้วย 17 หมู่บ้าน[40] สถานการณ์ขยะของตำบลจุน มีปริมาณขยะเฉลี่ย 11 ตัน/เดือน (132 ตัน/ปี) เป็นประเด็นปัญหา เช่น มีบ่อขยะในเขตป่าสงวนหลายจุด ทำให้ส่งกลิ่นเหม็นและก่อมลภาวะ อีกทั้งประชาชนในพื้นที่มีพฤติกรรม “ทิ้งอย่างเดียว” ขาดความรับผิดชอบต่อการคัดแยกขาดระบบคัดแยกและการกำจัดที่ถูกต้อง ส่งผลให้เทศบาลตำบลจุนต้องแบกรับภาระการเก็บและจัดการเพียงฝ่ายเดียวและใช้งบประมาณที่สูง เทศบาลตำบลจุนได้หยิบยกขึ้นมาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในตำบล โดยเริ่มมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2560 มีการดำเนินการดังนี้

1. ประเด็นยุทธศาสตร์เทศบาลได้กำหนดจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอจุน คือ “อยู่จุนอุ่นใจ ไม่เจ็บ ไม่จน” มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่ดี บ้านเมืองสะอาด มีระบบจัดการขยะที่ดีโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยที่นายกเทศบาลตำบลจุนทำหน้าที่เป็นผู้นำหลักในการขับเคลื่อน

2. ใช้ระบบการบริหารจัดการร่วม จนเกิดความร่วมมือครบถ้วนทุกภาคส่วนในตำบล ประกอบด้วยเทศบาล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน วัด โรงเรียน ชมรมจิตอาสา และประชาชน โดยใช้กลไกการประชาคมหมู่บ้าน ทุกหมู่บ้านเพื่อให้ประชาชนร่วมกันเสนอเป็นมติชุมชน

3. กระบวนการจัดการขยะของตำบลจุน ประกอบด้วย

3.1 การสร้างการมีส่วนร่วมเป็นสิ่งสำคัญในการเริ่มต้น เพื่อให้ร่วมกันสร้าง ผลักดัน ให้เป็นหมู่บ้านต้นแบบด้านคัดแยกขยะ เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ.2560 โดยเจ้าหน้าที่เทศบาล เข้าพื้นที่ให้ความรู้ สอน สาธิต การคัดแยกขยะทุกครัวเรือน ผลการดำเนินการจากหมู่บ้านตัวอย่าง ทำให้ประชาชนมีการคัดแยกและกำจัดเองได้ถึง ร้อยละ 85 คิดเป็นปริมาณขยะที่เทศบาลต้องดำเนินการเก็บลดลงร้อยละ 75

3.2 ดำเนินการปิดบ่อขยะและการฟื้นฟูพื้นที่ โดยใช้กระบวนการประชาคมหมู่บ้านและร่วมกันลงมติปิดบ่อขยะ และได้ทำบันทึกข้อตกลง (MOU) ระหว่างเทศบาลกับผู้นำชุมชน จนสามารถปิดบ่อขยะรวมได้จำนวน 4 หมู่บ้านคือ หมู่ 2, 7, 8 และ 17 หลังจากที่ปิดบ่อขยะแล้วเทศบาลและชุมชนได้ร่วมกันฟื้นฟูพื้นที่ ที่เป็นบ่อขยะที่ปิดไปด้วยการปลูกป่า

3.3 การจัดการขยะระดับครัวเรือน ประกอบด้วยขยะอินทรีย์ ประชาชนในพื้นทีทั้ง 17 หมู่บ้านคัดแยกครบร้อยละ 100 โดยที่แต่ละ

ครัวเรือนจัดทำ เช่น ถังขยะเปียกลดโลกร้อน เสวียน ปุ๋ยหมัก น้ำหมักชีวภาพ การเลี้ยงไส้เดือน นำมาอัดและแปรรูปเป็นภาชนะ/ กระถาง ได้มากกว่า 3,380 ครัวเรือน ส่วนขยะแห้งและขยะทั่วไป เกิดการคัดแยกได้สูงถึงร้อยละ 95 และนำไปบริจาค กลุ่มแม่บ้านนำมาจัดทำเป็นรีไซเคิลโดยนำไปอัดก้อนขยะแยกเป็น 3 ประเภทคือก้อนขาว ก้อนสีและก้อนเชื้อเพลิง

3.4 จัดทำธนาคารขยะหมู่บ้านครบทั้ง 17 หมู่บ้าน มีสมาชิกเข้าร่วม 908 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 30 ทำให้มีเงินทุนหมุนเวียนจำนวน 130,324 บาท ขยะที่ขายได้ถึง 33.67 ตัน

3.5 การจัดการขยะอันตรายและขยะติดเชื้อ ตั้งจุดรวบรวมครบทั้ง 17 หมู่บ้าน หลังจากนั้นเทศบาลรวบรวมส่งไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดพะเยาปีละ 1 ครั้ง ขยะติดเชื้อดำเนินการร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 2 แห่ง จัดจุดพักขยะประมาณ 90 จุดในชุมชน

4. การทำงานเชิงรุกและสร้างวัฒนธรรมใหม่ ด้วย

4.1 การรณรงค์แบบเข้มข้น เจ้าหน้าที่เทศบาลและภาคีเครือข่ายในกลยุทธ์เคาะประตูบ้านสอนแนะนำ สาธิตการคัดแยกรายครัวเรือน อบรมรายกลุ่มและอบรมในโรงเรียน

4.2 การจัดการขยะในงานประเพณี เช่น งานศพ งานแต่ง งานบุญอื่น ๆ มีจุดคัดแยกโดยมีกลุ่มแม่บ้านเข้ามาช่วยบริหารขยะในงานศพ

4.3 การมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม มีการจัดตั้งกลุ่ม “จิตอาสาดอกเอื้องเมืองจุน” ร่วมกับร้านค้าในเขตพื้นที่[21] ร้านลดใช้พลาสติก ในโครงการ “ขยะกระตุกหัวใจ” แปลงขยะเป็นทุนซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์ให้กับโรงพยาบาลจุน จัดตั้งกองทุนขยะสนับสนุนกิจกรรมชุมชน และให้ทุนการศึกษาแก่บุตรหลานของคนในชุมชน

5. การขยายผลระดับอำเภอ ผ่านทางคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอจุน ถ่ายทอดแนวทางไปยัง คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลครบทั้ง 7 ตำบล มีการอบรมผู้นำท้องถิ่นกว่า 86 หมู่บ้าน จนขยายพื้นที่ไปยังตำบลอื่น เช่น เทศบาลห้วยข้าวก่ำ เทศบาลทุ่งรวงทอง จนเกิดหมู่บ้านต้นแบบเพิ่มขึ้นต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ.2561 เป็นต้นมา

6. ผลลัพธ์และความสำเร็จ

6.1 ด้านปริมาณขยะลดลงอย่างต่อเนื่องทุกปี การคัดแยกในระดับครัวเรือนเพิ่มขึ้นจนใกล้เคียง ร้อยละ 100 ทำให้ลดภาระการเก็บขนขยะและงบประมาณของเทศบาล

6.2 ด้านสิ่งแวดล้อม ปิดบ่อขยะไม่ถูกสุขลักษณะครบทุกบ่อในตำบล พื้นที่บ่อขยะที่ถูกปิดได้ร่วมกันฟื้นฟูผืนป่าในพื้นที่ป่าสงวน นำมาสู่การลดมลภาวะทางน้ำ อากาศของพื้นที่ต้นน้ำแม่น้ำจุน

6.3 ด้านสังคมและชุมชน ชาวบ้านมีความตระหนักและพฤติกรรมรับผิดชอบต่อสิ่งแวดล้อมจนเกิดเป็นวัฒนธรรมการคัดแยกขยะในชีวิตประจำวัน และสร้างรายได้และทุนหมุนเวียนจากขยะรีไซเคิล

6.4 รางวัลและการยอมรับ ดังนี้ 1) รางวัลดีเยี่ยมระดับประเทศ ด้านพัฒนาคุณภาพชีวิตวิถีใหม่ พ.ศ.2565 2) รางวัลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดีเด่น พ.ศ.2566–2567 3) รางวัลบุคคล

ดีเด่นด้านสิ่งแวดล้อมระดับจังหวัดและระดับภาค และ 4) หมู่บ้านต้นแบบ Zero Waste ระดับภาค

ตำบลจุนได้สร้าง “ระบบจัดการขยะโดยชุมชนมีส่วนร่วม” ที่สมบูรณ์ โดยผนวกทั้งด้านนโยบาย การมีส่วนร่วมของชุมชน เทคโนโลยีการรีไซเคิล และการรณรงค์ต่อเนื่อง จนสามารถเปลี่ยนปัญหาขยะเรื้อรังให้เป็นโอกาสในการสร้างสุขภาวะและสิ่งแวดล้อมที่ดีขึ้นสำหรับทุกครัวเรือน โมเดลของตำบลจุนชี้ให้เห็นว่า “การจัดการขยะอย่างยั่งยืน” เกิดขึ้นได้จริง หากชุมชนร่วมกันรับผิดชอบและมีผู้นำที่เข้มแข็งผลักดันนโยบายอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นต้นแบบสำคัญของการจัดการสิ่งแวดล้อมในระดับท้องถิ่นของประเทศไทยในปัจจุบัน เมื่อนำเข้าสู่กระบวนการเรียนรู้ของภาคีเครือข่าย ได้ร่วมกันสรุปตามแบบแผนของการใช้เครื่องมือแผนภูมิร่างกายมนุษย์ มีความเห็นร่วมกันว่าเครื่องมือสามารถแปลงข้อมูลต่าง ๆ ที่เป็นเชิงวิชาการสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ทำให้เกิดการคิดอย่างเป็นระบบ เป็นเครื่องมือที่เป็นมิตรกับชุมชน โดยนำไปใช้ในการวิเคราะห์ชุมชน ที่ทำได้ง่ายและเข้าใจได้ง่ายกว่ารูปแบบเดิมที่เคยทำคือการวิเคราะห์จากข้อมูลตารางสถิติต่าง ๆ[15] ได้ดังนี้

1. ศีรษะ (Head) คือ Principle (หลักการ/แนวคิด) ศีรษะหรือสมองแทน “หลักคิด” ที่ใช้กำหนดทิศทางการทำงาน ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของการจัดการขยะพื้นที่ตำบลจุน ทั้งนี้กระบวนการขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพของตำบลจุน มีหลักการสำคัญ ดังนี้

1.1 หลักการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation) ชุมชนต้องเป็นเจ้าของปัญหาและเจ้าของการจัดการขยะ

1.2 หลักการ Zero waste/ Circular economy เป้าหมายของชุมชนที่มีร่วมกันคือลดการสร้างขยะใหม่ เน้นการใช้ซ้ำ สิ่งใดที่สามารถนำไปรีไซเคิลได้ รวมทั้งเทศบาลตำบลจุนรวบรวมขยะในตำบลส่งขายแปรรูปเป็นเชื้อเพลิงให้กับบริษัท SCG ลำปาง

1.3 หลักการสิ่งแวดล้อมยั่งยืน (Sustainability) เป็นการคุ้มครองพื้นที่ต้นน้ำ แม่น้ำจุน จนสามารถปิดบ่อขยะในพื้นที่ป่าได้ครบทุกบ่อ นำไปสู่การฟื้นฟูป่าสงวน

1.4 หลักการสุขาภิบาลชุมชน (Public health principles) ด้วยการคัดแยกขยะตั้งแต่ต้นทางระดับครัวเรือน ลดแหล่งสะสมและแพร่กระจายเชื้อโรค เป็นการส่งเสริมสุขภาพสิ่งแวดล้อม

1.5 หลักการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (พชอ.) ด้วยการใช้ข้อมูลและเวทีประชาคมร่วมวิเคราะห์ปัญหาเชิงระบบครบถ้วนทั้ง 17 หมู่บ้าน

1.6 หลักการ “จัดการปัญหาด้วยคนในพื้นที่” ด้วยการใช้ภูมิปัญญา วิถีชุมชน และความเข้มแข็งของผู้นำ

ศีรษะแสดงถึง แนวคิดหลักหรือความเข้าใจร่วม ที่เป็นรากฐานของการออกแบบระบบจัดการขยะของตำบลจุน

2. หัวใจ (Heart) คือ Purpose (เป้าหมายร่วมกัน) หัวใจสื่อถึง “แรงบันดาลใจ ที่ส่งผลต่อความเชื่อ จนเกิดเป็นคำมั่นสัญญาร่วม” ของประชาชนในตำบลจุน เป้าหมายของตำบลจุนมีดังนี้

2.1 สิ่งแวดล้อมดี บ้านเมืองสะอาด

2.2 ลดขยะที่ต้นทางให้มากที่สุด หวังผลเพื่อลดปัญหาสิ่งแวดล้อมระยะยาว

2.3 ทุกครัวเรือนต้องคัดแยกขยะได้ด้วยตนเอง

2.4 ลดภาระการเก็บขยะของเทศบาลและลดค่าใช้จ่ายจัดการขยะ

2.5 จัดการหมู่บ้านและตำบลเข้าสู่หมู่บ้านปลอดขยะ (Zero Waste Village)

2.6 ปิดบ่อขยะที่ไม่ถูกสุขลักษณะทุกแห่งในพื้นที่ตำบล

2.7 สร้างสุขภาวะสิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิตชุมชนให้ดีขึ้น

หัวใจสื่อถึง แรงผลักดันร่วมของชุมชน ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืน

3. แขน–ขา (Arms & Legs) คือ Participatory (การมีส่วนร่วมของชุมชนทุกภาคส่วน) แขนและขาแทน “กลไกการขับเคลื่อน” ที่เป็นฟันเฟืองของแต่ละภาคส่วน ในการทำงานจริงในพื้นที่ เปรียบเหมือนอวัยวะที่ทำให้ร่างกายเคลื่อนไหวขับเคลื่อนไปได้

3.1 ผู้ที่มีบทบาทสำคัญ (แขน ขาทั้งซ้ายและขวา) ประกอบด้วย

เทศบาลตำบลจุน เป็นผู้นำหลักด้านนโยบายและการดำเนินงาน

ผู้นำท้องที่ ประกอบด้วยกำนันและผู้ใหญ่บ้าน ทั้ง 17 หมู่บ้าน ทำหน้าที่ประสานงานประชาชนในแต่ละหมู่บ้านของตนเอง ด้วยการสื่อสารการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ เข้าพื้นที่ถึงทุกครัวเรือน

กลุ่มจิตอาสา เช่น ชมรมสาวดอกเอื้องเมืองจุน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านร่วมกันรณรงค์และทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 2 แห่งในตำบล รับผิดชอบการจัดการขยะติดเชื้อและสุขาภิบาลชุมชน

วัด โรงเรียน ร้านค้า เข้าร่วมกิจกรรมการลดขยะและการนำมาใช้ซ้ำ

กลุ่มแม่บ้านรีไซเคิล เป็นแกนนำหลักในการคัดแยกขยะในงานบุญ งานศพ

ประชาชนทุกครัวเรือน จัดการการแยกขยะในครัวเรือน

3.2 รูปแบบการมีส่วนร่วม

ใช้กระบวนการประชาคมหมู่บ้านครบถ้วนทั้ง 17 หมู่บ้าน เพื่อร่วมกันกำหนดมติ “ปิดบ่อขยะทุกบ่อในพื้นที่ และให้แต่ละครัวเรือนจัดการขยะด้วยตนเอง ครัวเรือนร่วมจัดการขยะอินทรีย์ได้ครบถ้วนร้อยละ 100

อบรมและให้ความรู้ประชาชนทุกกลุ่มนำไปสู่การมีส่วนร่วมก่อตั้งธนาคารขยะ ครบทั้ง 17 หมู่บ้าน

ภาคีเครือข่ายร่วมกันทำโครงการ เช่น โครงการขยะกระตุกหัวใจ จนสามารถซื้อเครื่องกระตุกหัวใจมอบให้กับโรงพยาบาลจุน ร้านค้าลดการใช้พลาสติก การคัดแยกขยะในงานบุญ งานศพ

แขน–ขา หมายถึง กำลังคน ที่ลงมือทำให้การจัดการขยะเกิดขึ้นจริงในทุกพื้นที่

4. ท้อง (Abdomen) คือ Process (กระบวนการทำงานและกิจกรรมทั้งหมด) ท้องเปรียบเสมือนส่วนที่ย่อยและจัดการสิ่งต่าง ๆ ให้เกิดผลลัพธ์ เช่นเดียวกับ “กระบวนการจัดการขยะ” ที่ต้องครบวงจรคือ

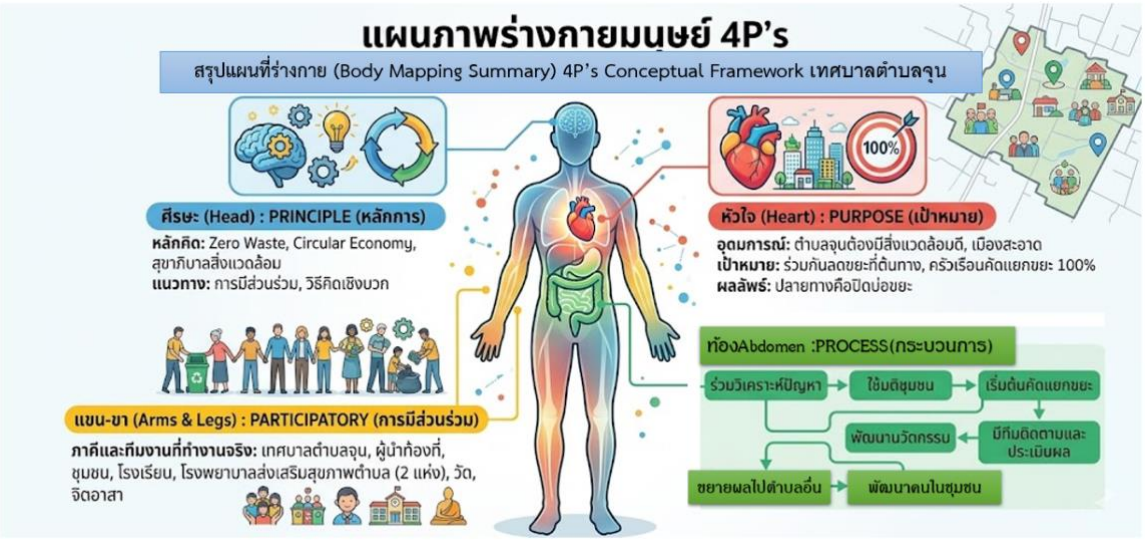
4.1 ใช้กระบวนการหลักประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาด้วยการสำรวจปริมาณขยะและจุดเสี่ยงในตำบล เช่น บ่อขยะในเขตป่าสงวน การประเมินพฤติกรรมการจัดการขยะของประชาชน นำไปสู่การจัดทำฐานข้อมูลขยะทุกหมู่บ้านโดยใช้แผนที่ขยะ 2) จัดทำมติชุมชน ด้วยการใช้กระบวนการประชาคมหมู่บ้านเกิดมติสำคัญ เช่นจัดการขยะโดยชุมชน, ปิดบ่อขยะทุกบ่อในพื้นที่ และมีการลงนามบันทึกข้อตกลงระหว่างเทศบาลและผู้นำชุมชนทั้ง 17 หมู่บ้าน 3) สร้างระบบคัดแยกขยะที่ต้นทาง โดยที่ครัวเรือนทำถังขยะเปียก ปุ๋ยหมัก เสวียน ให้แยกขยะแห้งเป็น 4 ประเภท เทศบาลตั้งจุดรวบรวมขยะอันตราย 17 จุดครบทุกหมู่บ้าน 4) พัฒนานวัตกรรมการจัดการขยะ เช่นอัดก้อนขยะโดยแยกประเภทขยะเป็นก้อนสีขาว, ก้อนหลากสี และก้อนเชื้อเพลิง โดยที่เทศบาลประสานกับบริษัท SCG ลำปาง เข้ามารับขยะที่ธนาคารขยะของตำบล การรีไซเคิลขยะให้เป็นของใช้ เช่น กระถางต้นไม้ จัดตั้งธนาคารขยะที่หลังเทศบาล ชาวบ้านมีรายได้จากการขายขยะ 5) การติดตามและสื่อสาร ด้วยการเยี่ยมบ้านรายครัวเรือน ประชุมหมู่บ้าน คืนข้อมูลทุก 2 เดือน ประชาสัมพันธ์เสียงตามสายก่อนวันเก็บขยะ 6) ประเมินผลและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ตรวจคุณภาพสิ่งแวดล้อม ติดตามบ่อขยะที่ปิดแล้ว ขยายผลไปตำบลอื่นในอำเภอจุน

ท้อง หมายถึง ศูนย์กลางของกระบวนการทั้งหมด ที่เชื่อมหลักการ เป้าหมายและการมีส่วนร่วมให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม

บทสรุปภาพรวมแผนที่ร่างกาย (Body Mapping Summary) เทศบาลตำบลจุน

อวัยวะ	P	ความหมาย	สรุปในบริบทตำบลจุน
ศีรษะ	Principle	หลักคิด แนวทาง วิธีคิด	Zero Waste, Circular Economy, การมีส่วนร่วม, สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม
หัวใจ	Purpose	เป้าหมายร่วม ความเชื่อร่วม	ตำบลจุนต้องมีสิ่งแวดล้อมดี เป็นเมืองสะอาด ร่วมกันลดขยะที่ต้นทาง ครัวเรือนคัดแยกขยะร้อยละ100 ปลายทางคือปิดบ่อขยะ
แขน–ขา	Participatory	ภาคีและทีมงานที่ทำงานจริง	เทศบาลตำบลจุน ผู้นำท้องที่ ชุมชน โรงเรียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 2 แห่ง วัด จิตอาสา
ท้อง	Process	กระบวนการทำงานทั้งหมด	ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา ใช้มติชุมชน เริ่มต้นคัดแยกขยะ พัฒนานวัตกรรมการจัดการขยะ มีทีมติดตามและประเมินผล

สรุปตามภาพประกอบ ดังแสดงตามภาพ แผนที่ร่างกาย (Body Mapping Summary) 4P's Conceptual Framework เทศบาลตำบลจุน



ภาพประกอบ แผนที่ร่างกาย (Body Mapping Summary) 4P's Conceptual Framework เทศบาลตำบลจุน อำเภอจุน จังหวัดพะเยา

บทวิจารณ์

การถอดบทเรียนนี้มีจุดเด่นในด้านการประยุกต์ใช้แนวคิดเชิงกระบวนการจากเวชศาสตร์เชิงเรื่องเล่า และการทำแผนที่ร่างกาย สู่การบริหารจัดการสุขภาพระดับพื้นที่ ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงมิติ "ความหมาย–ประสบการณ์–บริบท" เข้ากับการวางแผนเชิงระบบได้อย่างชัดเจน กระบวนการมีส่วนร่วมถูกออกแบบให้เกิดวงจรคิด–ปฏิบัติ–สะท้อนคิด ทำให้สามารถสังเคราะห์ความรู้โดยใช้ข้อมูลชีวิตจริงของประชาชน ไม่จำกัดเฉพาะข้อมูลตัวเลขหรือรายงานทางราชการ

จุดแข็งสำคัญคือการแปลงแนวคิดทางวิชาการให้ชุมชนเข้าใจง่าย โดยใช้ภาพร่างกายเป็นสัญลักษณ์เชื่อมโยงกับการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดความรู้สึกร่วม ความเป็นเจ้าของ และการลงมือทำจริงของชุมชน อีกทั้งยังเสริมอัตลักษณ์ผู้นำท้องถิ่นในการขับเคลื่อนการจัดการขยะอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม การศึกษาอาศัยข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นหลัก จึงอาจจำเป็นต้องมีการพัฒนาเครื่องมือประเมินผลเชิงปริมาณหรือดัชนีที่สะท้อนประสิทธิผลระยะยาว รวมถึงการศึกษาความยั่งยืนในมิติเศรษฐกิจและต้นทุนของการมีส่วนร่วมในระยะยาว

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

1.พัฒนาตัวชี้วัดเชิงระบบ (System indicators) เช่น ระดับความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย อัตราลดขยะต่อปี และผลกระทบด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อม

2. ขยายผลสู่โรงเรียนและเยาวชน เพื่อสร้าง

ฐานวัฒนธรรมด้านสิ่งแวดล้อมตั้งแต่ระดับครอบครัว

3. ส่งเสริมการใช้ดิจิทัลช่วยเล่าเรื่อง (Digital storytelling) เช่น คลิป Infographic podcast เพื่อขยายการเรียนรู้สู่พื้นที่อื่น

4. พัฒนาเครือข่ายนักวิจัยชุมชน ให้ชุมชนมีบทบาทเป็นผู้เก็บข้อมูล วิเคราะห์ และนำเสนอผลลัพธ์เอง

5. บูรณาการ เวชศาสตร์เชิงเรื่องเล่ากับนโยบายระบบสุขภาพปฐมภูมิ เช่น คลินิกหมอครอบครัว PCC และงานพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) เพื่อเพิ่มคุณภาพการมีส่วนร่วม

องค์ความรู้ที่ได้จากการถอดบทเรียน

จากการดำเนินงานถอดบทเรียนในพื้นที่ตำบลจุน มีองค์ความรู้ที่สังเคราะห์ได้ ดังนี้

1. เรื่องเล่าผ่านเงากายช่วยให้ข้อมูลเชิงลึกด้านสังคม วัฒนธรรมถูกนำมาใช้วิเคราะห์ระบบสุขภาพ มิติเรื่องเล่าและภาพร่างกายช่วยให้เห็น “ความหมายของปัญหา” จากมุมมองชุมชน ซึ่งเป็นฐานสำคัญของการออกแบบนโยบายที่สอดคล้องบริบท

2. เครื่องมือแผนที่ร่างกาย (Body mapping) ช่วยแปลงข้อมูลเชิงวิชาการให้ชุมชนเข้าใจง่าย โครงสร้าง 4P’s ช่วยให้ทุกภาคส่วนมองเห็นระบบเดียวกัน และเข้าใจบทบาทและหน้าที่ของตนในระบบสุขภาพหรือระบบจัดการขยะ

3. การมีส่วนร่วมที่แท้จริงเกิดขึ้นเมื่อชุมชนเป็นเจ้าของปัญหาและกระบวนการเรียนรู้ ผลลัพธ์ที่ชัดเจน เช่น ปิดบ่อขยะ ฟื้นฟูพื้นที่ และคัดแยกขยะครบ 100% เกิดจากการที่ชุมชนร่วมออกแบบและลงมือทำตั้งแต่ต้น

4. การเรียนรู้เชิงระบบ (System learning) เกิดเมื่อมีวงจรสะท้อนคิดอย่างต่อเนื่อง รูปแบบ “ทำ–คิด–รู้–ทำ” ช่วยให้การจัดการขยะและสุขภาพกลายเป็นวัฒนธรรมชุมชน

5. ผู้นำท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญต่อความยั่งยืนของระบบสุขภาพปฐมภูมิและการจัดการสิ่งแวดล้อมเป็นตัวเชื่อมระหว่างนโยบาย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสุขภาพ และประชาชน

บทสรุปและข้อเสนอแนะทางนโยบาย

บทสรุปเชิงวิเคราะห์

การใช้เรื่องเล่าผ่านเงากายในการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพตำบลจุน สามารถผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะในระดับพื้นที่ได้จริง โดยอาศัยข้อมูลจากประสบการณ์ประชาชนเป็นฐาน วิเคราะห์ร่วมกันด้วยองค์ประกอบ 4P’s ทำให้เกิดการออกแบบระบบจัดการขยะที่มีความเชื่อมโยงทั้งด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อม และสังคม นำไปสู่การติดตามอย่างต่อเนื่อง และสร้างวัฒนธรรมการคัดแยกขยะในครัวเรือนกว่าร้อยละ 90 สิ่งนี้สะท้อนว่า “เรื่องเล่าผ่านเงากายและแผนที่ร่างกาย” สามารถเป็นเครื่องมือเชิงนโยบาย (Policy tool) ที่ช่วยให้ชุมชนเห็นภาพรวมระบบ และมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. บรรจุเรื่องเล่าผ่านเงากายและการทำแผนที่ร่างกาย ในคู่มือพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิระดับประเทศ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือเสริมพลังชุมชนและการจัดการข้อมูลเชิงคุณภาพ

2. ผลักดันให้ท้องถิ่นมีงบสนับสนุนกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เช่น เวทีชุมชน การทำแผนที่ร่างกาย การเล่าเรื่องเชิงนโยบาย

3. สร้างระบบพี่เลี้ยงด้านการมีส่วนร่วม (Participatory coaching team) ระดับอำเภอ/ เขตสุขภาพ เพื่อขยายโมเดลตำบลจุนสู่พื้นที่อื่น

4. บูรณาการงานสุขภาพกับงานสิ่งแวดล้อมและการศึกษาในระดับท้องถิ่น เน้นความร่วมมือของเทศบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงเรียน วัดและชุมชน

5. กำหนดตัวชี้วัดด้านการมีส่วนร่วมของประชาชน (Community participation index) เพื่อใช้ประเมินความเข้มแข็งของระบบสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ต่าง ๆ

เอกสารอ้างอิง

1. Charon R. Narrative medicine: honoring the stories of illness. In: Charon R, editor. Telling stories: narrative medicine in clinical practice. New York: Routledge; 2017.
2. Polletta F, Chen PCB, Gharrity B, Gardner BG, Motes A. The sociology of storytelling. Annu Rev Social 2011;37:109–30.
3. เอกรินทร์ พึ่งประชา. ความหมายของเรื่องเล่า [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร; 2014 [อ้างเมื่อ 16 พ.ย. 2568]. จาก: https://www.sac.or.th/portal/th/article/detail/543
4. EveryLIFE Technologies. What is a body map? Benefits, uses, and tips on tracking [Internet]. EveryLIFE Technologies; 2025 [cited 2025 Nov 16]. Available from: https://www.everylifetechnologies.com/content-hub/what-is-a-body-map-benefits-uses-and-tips-on-tracking/
5. JKP Blog. Colouring-in the body: a body mapping activity [Internet]. 2017 [cited 2025 Nov 16]. Available from: https://blog.jkp.com/wp-content/uploads/2017/12/Body-Mapping.pdf
6. Narrative Approaches. Framework for a White/Epston type interview [Internet]. Narrative Approaches; 2010 [cited 2025 Nov 16]. Available from: https://narrativeapproaches.com/resources/narrative-therapy-archive/255-2/]
7. Chonlatit U. Evolution, definitions, and models of health literacy [Internet]. 2015 [cited 2025 Nov 16]. Available from: https://www.chonlatit.com/data/HL/EvolvingDefinitionModelHL.pdf]
8. Black Dog Institute. Body mapping: an arts-based therapy [Internet]. Black Dog Institute; 2023 [cited 2025 Nov 16]. Available from: https://www.blackdoginstitute.org.au/kb-interview-body-mapping/]
9. University of Denver. Body mapping for difficult life experiences [Internet]. Denver: University of Denver; 2021 [cited 2025 Nov 16]. Available from: https://www.du.edu/4D-experience/resources/body-mapping
10. Solomon J. Living with X: A body mapping journey in the time of HIV and AIDS. Johannesburg: Reproductive Health & HIV Research Unit; 2002.
11. De Souza L, Frank AO. Experiences of body mapping in chronic pain: a participatory approach. Pain Med 2019;20(5):935-45.
12. Gastaldo D, Magalhães L, Carrasco C, Davy C. Body-map storytelling as research. Toronto: Centre for Research on Inner City Health; 2012.
13. สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. มิติใหม่แห่งการเรียนรู้: การเรียนรู้ตามธรรมชาติของกลไกสมองเพื่อการเปลี่ยนแปลงพัฒนาตน พัฒนางาน. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.
14. จรัส สิงห์แก้ว, และคณะ. เอกสารประกอบการประชุมผู้แทนทีมเรียนรู้เพื่อหารือหลักสูตรการอบรมทีมเรียนรู้. เชียงใหม่: สำนักบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2565.

15. กนกวรรณ เอี่ยมชัย, มัทนา สมบัติวัฒนาเวศ, วิลาวัณย์ เสนารัตน์, จรัส สิงห์แก้ว. การจัดการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการสุขภาพชุมชนของภาคีเครือข่าย: กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 1. วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ 2567;25(1):111-29.
16. สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. มุมมองผู้รับบริการต่อการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในพื้นที่ต่างวัฒนธรรม [Internet]. สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข; 2013 [cited 2025 Nov 16]. Available from: https://tnaph.org/wp/wp-content/uploads/2018/01/56-3.pdf
17. วิทยาลัยสหวิทยาการ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. กะเทยบันทึก: "รื้อ" ความหมายและตัวตนจากจดหมายเหตุส่วนบุคคลและเรื่องเล่า [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2020 [cited 2025 Nov 16]. Available from: http://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2020/TU_2020_5924030041_8481_16278.pdf
18. สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง. กระบวนการสร้าง Health Literacy ให้กับประชาชน [Internet]. สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง; 2019 [cited 2025 Nov 16]. Available from: https://mwi.anamai.moph.go.th/webupload/migrated/files/mwi/n2097_e5d92f78dad56fd7791407cb6a5b4d9e_article_20191113142633.pdf
19. วิจารณ์ พานิช. รวมเรื่องเล่าจากการประชุมเชิงปฏิบัติการ Narrative Medicine จัดโดยศูนย์จิตตปัญญาศึกษาโรงพยาบาลค่ายสุรนารี [Internet]. 2012 [cited 2025 Nov 16]. Available from: http://km.fsh.mi.th/wp-content/uploads/2012/12/Narrative-medicine.pdf
20. World Health Organization. Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. Geneva: WHO; 1978.
21. UNICEF, World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. Geneva: WHO; 1978.
22. Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. Am J Public Health 2004;94(11):1864–74.
23. Mahler H. The Meaning of "Health for All by the Year 2000". Am J Public Health 2016 Jan;106(1):36-8. doi: 10.2105/AJPH.2016.106136. PMID: 26696287; PMCID: PMC4695953
24. World Health Organization. Primary Health Care: Now More Than Ever. Geneva: WHO; 2008.
25. สุพัตรา ศรีวณิชชากร. สาธารณสุขมูลฐาน ระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว: นิยาม ความหมาย และความเชื่อมโยง. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2552;1:11– 5.
26. Hall JJ, Taylor R. Health for all beyond 2000: The demise of the Alma-Ata Declaration and primary health care in developing countries. Med J Aust 2003;178(1):17–20.
27. Rifkin SB. Examining the links between community participation and health outcomes: a review of the literature. Health Policy Plan 2014;29(Suppl 2):ii98–ii106.
28. Bhumisawasdi P. The role of village health volunteers in Thailand. WHO South-East Asia J Public Health 2018;7(1):24-9.

29. Ministry of Public Health. Thailand Health Volunteers Annual Report 2022. Nonthaburi: MOPH; 2022.
30. Tangcharoensathien V, et al. Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage. Lancet 2018;391:1205–23.
31. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานผลการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2565. กรุงเทพฯ: สปสช.; 2566
32. ราชกิจจานุเบกษา. พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562. 30 เม.ย. 2562; เล่ม 136 ตอนที่ 56ก:165.
33. กระทรวงสาธารณสุข. นโยบายคลินิกหมอครอบครัว (Family Care Team) เพื่อการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2562.
34. National Health Security Office. Universal Coverage Scheme Annual Report 2023. Bangkok: NHSO; 2023.
35. Suriyawongpaisal P, Aekplakorn W. Impact of primary care development on population health outcomes in Thailand. J Public Health 2020;50:832–40.
36. Wibulpolprasert S, et al. Thailand Health Profile 2017–2021. MOPH; 2022.
37. Kanchanachitra C, et al. Strengthening family medicine workforce in Thailand. Educ Prim Care 2019;30(5):279–84.
38. คู่มือการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562. นนทบุรี: กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข.
39. สฤษดิ์เดช เจริญไทย, สุดคนึง ฤทธิ์ลือชัย. การพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิตามปรัชญาการมุ่งเน้นคุณค่าเป็นฐาน. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร 2563;23(2):172-80.
40. เทศบาลตำบลจุน. ข้อมูลเทศบาลตำบลจุน [Internet]. [cited 2025 Nov 8]. Available from: https://chun.go.th/public/list/data/index/menu/1142