

บทวิจัย

การถอดบทเรียนโครงการแก้ปัญหาสุขภาพโดยชุมชนเป็นฐาน

นิทรา กิจธีระวุฒิมังษ์* จริญญา แห่งสันติเยะ**

อิตยงวัน ยงยวน*** นิตยาภา นิธิสมบัติ**** ลำเนา อิ่มอ่อง*****

บทคัดย่อ

แนวคิดบริการสุขภาพระดับอำเภอได้นำสู่การปฏิบัติในโครงการแก้ปัญหาสุขภาพโดยชุมชนเป็นฐาน ผ่านการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วนในอำเภอ การดำเนินงานอยู่ในระยะเริ่มต้น ดังนั้นการประเมินการทำงานด้วยการถอดบทเรียนจึงมีความสำคัญ การวิจัยถอดบทเรียนนี้มีวัตถุประสงค์ ดังนี้ 1) เพื่อศึกษากระบวนการทำงานโครงการแก้ปัญหาสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐานของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ พรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม 2558 และ 2) เพื่อค้นหาปัจจัยความสำเร็จ อุปสรรค และข้อเสนอแนะการดำเนินงานโครงการฯ ผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ 1) ภาคประชาชน 2) ภาคท้องถิ่น และ 3) ภาคสาธารณสุข ทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 42 คน เก็บข้อมูลโดยใช้ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่ากระบวนการทำงานของโครงการแก้ปัญหาสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เริ่มจากการรับนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุข โดยผู้นำการเปลี่ยนแปลงเป็นผู้เริ่มต้นของการทำงาน มีการสื่อสารแบบไม่เป็นทางการกับภาคส่วนต่างๆ ในพื้นที่ ทำการค้นหาทุนทางสังคม การค้นหาความจำเป็นทางสุขภาพ ออกแบบวิธีการและกิจกรรมร่วมกัน และออกแบบการติดตามประเมิน ในส่วนของปัจจัยความสำเร็จของกระบวนการวางแผนส่งเสริมสุขภาพในการแก้ปัญหาสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน คือ ภาวะผู้นำ การสื่อสารในทีมสุขภาพอำเภอ การค้นหาทุนทางสังคมของพื้นที่ และการสร้างบทบาทภาคประชาชนในบริการสุขภาพอำเภอ ส่วนอุปสรรค ได้แก่ ความไม่ชัดเจนของบทบาทในการทำงานร่วมกันของแต่ละภาคส่วน และเวลาที่จำกัด และมีข้อเสนอแนะจากการทำงาน คือการจัดให้มีเวทีในการติดตามการทำงานอย่างต่อเนื่อง

ผลการถอดบทเรียนแสดงให้เห็นว่ากระบวนการทำงานของโครงการฯ นี้มีการนำวิธีการค้นหาทุนทางสังคม การค้นหาความจำเป็นทางสุขภาพ และข้อมูลชุมชนมาใช้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมซึ่งแต่เดิมเป็นการทำงานที่เน้นปัญหาสุขภาพในภาคส่วนสาธารณสุข

คำสำคัญ : การถอดบทเรียน โครงการแก้ปัญหาสุขภาพโดยชุมชนเป็นฐาน ทุนสังคม ความจำเป็นทางสุขภาพ

* ผู้รับผิดชอบหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

** อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

*** ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพรหมพิราม

**** พยาบาลชำนาญการ แผนกเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพรหมพิราม

***** สาธารณสุขอำเภอพรหมพิราม

Lessons learned from a community-based health project

Nithra Kitreerawutiwong^{*} Jariya Hangsantea^{**}
Eadyoungone Yongyoan^{***} Nitayapa Nithisombat^{****} Sumnong Aemg-aung^{*****}

Abstract

The concept of a district health system was translated into action by a community health project (CHP) through collaborative of all sectors in a district. This CHP was in the initiation phase, therefore performing an evaluation of lessons learned was crucial. The aims of this study were: 1) to explore the processes of implementing a CHP of Phompiram district health system, Phitsanulok province during 1 January to 31 Decemeber, 2015, and 2) to identify success, barriers and recommendations for implementing CHP. Key informants included: 1) community participants, 2) the local organizational sector, and 3) the healthcare sector who were invited to participate in this project by purposive sampling, with a totally of 42 participants. Data were collected by semi-structured interview questionnaire. Data was analyzed by content analysis.

Results showed that the CHP was initiated from the Ministry of Public Health's policy. The project was made actionable by the change agent who was the key person in translating the policy into practice. The change agent was communicating both informal and formal communications among stakeholders in community, identifying social capital, assessing health needs, designing methods and activities, and establishing an evaluation intervention cover process and outcome indicators. Successful factors regarding the process of health promotion planning in improving health by community based approach were leadership, communication of the district health team, social capital and engaging participants in roles of the district health system. Barriers included the ambiguous roles of inter-collaborations among sectors and time constraints. A recommendation was to provide forum meetings to monitor task continuity.

The contributions of this CHP identify community assets, assess local health needs, and use community data to solve community health problems. This CHP is a participative approach rather than a traditional approach which emphasis on health problem that involves only in health sector.

Key words : Lessons learned, Community-based health project, Social capital, Health needs assessment

^{*} Corresponding Author, Assistant Professor, Faculty of Public Health, Naresuan University

^{**} Lecturer, Faculty of Public Health, Naresuan University

^{***} Community Hospital Director, Phompiram Hospital

^{****} Registered Nurse, Social Medicine Department, Phompiram Hospital

^{*****} Administrator in District Health Office, Phompiram District

บทนำ

บริการสุขภาพระดับอำเภอ คือระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันของทุกภาคส่วนด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการขึ้นชมและการจัดการความรู้ ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้ และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเป้าหมายร่วมเพื่อสุขภาวะของประชาชน¹ ถือเป็นการพัฒนาการต่อเนื่องของการบริหารจัดการเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ การบริหารเขตสุขภาพ และเชื่อมแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ลงสู่พื้นที่ในระดับอำเภอ มีโครงสร้างการบริหารที่ชัดเจน และทรัพยากรเพียงพอต่อการดูแลสุขภาพประชาชน จำนวน 50,000 ถึง 500,000 คน²

ระบบบริการสุขภาพอำเภอจะเป็นส่วนย่อยภายใต้ระบบใหญ่ของประเทศ ดังนั้นบริการสุขภาพระดับอำเภอ จึงมีความสำคัญที่จะสนับสนุนความเข้มแข็ง เพื่อมุ่งสู่การมีสุขภาวะ (Healthy) ของประชาชน สอดคล้องกับ Meessen B. & Malanda B.³ กล่าวว่ากลยุทธ์การบริหารบริการสุขภาพระดับอำเภอ คือจุดสำคัญของการจัดบริการสุขภาพในระดับชาติ โดยจะต้องมีการกระจายอำนาจลงสู่ท้องถิ่น เพื่อบริหารจัดการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ การกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนของโรงพยาบาลชุมชน รวมถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมกันในพื้นที่ของทุกภาคส่วน

กระบวนการทำงานของบริการสุขภาพระดับอำเภอในแต่ละพื้นที่ มีวิธีคิดและกระบวนการที่หลากหลายตามทรัพยากร ศักยภาพ ความจำเป็นทางสุขภาพของกลุ่มประชากร ที่มีปัญหาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ปัจจุบันโครงสร้างที่สนับสนุนการจัดการบริการสุขภาพระดับอำเภอ ของประเทศ

ไทยมีกองทุนสุขภาพตำบล ที่จัดตั้งครบในทุกพื้นที่ มุ่งเน้นการมีส่วนร่วม การเป็นหุ้นส่วนในการดูแลสุขภาพระดับชุมชน ใช้ทุนทางสังคมของพื้นที่ เชื่อมโยงกับกลไกภาครัฐผ่านการทำงานร่วมกันของหน่วยบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประชาชน

จากการทบทวนวรรณกรรม การถอดบทเรียนโครงการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน พบว่าการขยายผลโครงการแก้ปัญหาสุขภาพจากระดับชาติมาสู่ชุมชน มีปัจจัยความสำเร็จ คือ 1) การคัดเลือกคนในพื้นที่มาทำงาน เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้กับคนในพื้นที่ 2) การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพในพื้นที่ 3) การสร้างความเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน 4) การแบ่งปันทรัพยากร และ 5) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างอำเภอ⁴ นอกจากนี้ยังพบการใช้ทุนทางสังคม และการสร้างการเรียนรู้ร่วมกันของคนในชุมชน โดยมีปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ของชุมชน การจัดการความรู้และใช้ความรู้ที่มีอยู่ในตัวบุคคลของคนในพื้นที่การทำงานที่เป็นระบบ การทำประชาคมสุขภาพตำบล และยังมีผู้นำชุมชนที่นับเป็นทุนทางสังคมของพื้นที่⁵ นอกจากนี้พบว่านโยบายของรัฐเป็นกลไกที่สำคัญในการดูแลสุขภาพชุมชน ทุนทางสังคม ที่ออกแบบการทำงานสอดคล้องกับวิถีชีวิต ผ่านการสื่อสาร และการสร้างนโยบายสาธารณะของชุมชน⁶

บริการสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอพรหมพิราม มีการประชุมทำงานร่วมกันของภาคสาธารณสุข ท้องถิ่น และประชาชน มีการประกาศนโยบายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ให้มีความสำคัญกับมิติทางสังคมของบุคคลและครอบครัวที่มีผลต่อสุขภาพร่วมกับมิติทางการแพทย์ในการจัดบริการ

แบบเดิม จากการนำแนวคิดบริการสุขภาพระดับอำเภอ สู่การปฏิบัติในโครงการแก้ปัญหาสุขภาพโดยชุมชนเป็นฐาน ยังไม่มีการถอดบทเรียนวิเคราะห์การดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการถอดบทเรียนกระบวนการจัดทำโครงการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนเพื่อสังเคราะห์กระบวนการทำงานในประเด็น การค้นหาและใช้ทุนทางสังคม การค้นหาความจำเป็นทางสุขภาพ การออกแบบวิธีการและกิจกรรม และการประเมินผล ซึ่งผลจากการศึกษาจะทำให้เจ้าหน้าที่เข้าใจภาพรวมของกระบวนการทำงานใช้เป็นแนวทางในการทำงานร่วมกับชุมชน นำไปสู่การสร้างให้ประชาชน มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ อันจะก่อให้เกิดความยั่งยืนในการทำงานด้านสุขภาพของพื้นที่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษากระบวนการทำงานโครงการแก้ปัญหาสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ในประเด็นการค้นหาและใช้ทุนทางสังคม การค้นหาความจำเป็นทางสุขภาพ การออกแบบวิธีการและกิจกรรม และการประเมินผล
2. เพื่อค้นหาปัจจัยความสำเร็จ อุปสรรค และข้อเสนอแนะการดำเนินงานโครงการแก้ปัญหาสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ออกแบบให้มีการถอดบทเรียนการจัดการความรู้ รวมทั้งการสังเคราะห์บทเรียน โดยถอดบทเรียนเกี่ยวกับกระบวนการดำเนินงานโครงการทั้งระบบ ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ จากการดำเนินการ โดยแนวคิดการถอดบทเรียน และสังเคราะห์องค์ความรู้เป็นกระบวนการเรียนรู้ การสะท้อนกลับของสิ่งที่เกิดขึ้น จะนำมาสู่การได้บทเรียน และบทเรียนที่ได้จะถูกนำมาทบทวน ตรวจสอบ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้ได้ชุดความรู้ที่เป็นต้นทุนทางปัญญานี้จะถูกนำไปปรับใช้ เผยแพร่ให้บุคคลอื่นได้เรียนรู้และประยุกต์ใช้ในการดำเนินกิจกรรมต่อไปอย่างเป็นวงจร⁷ การเรียนรู้ประโยชน์จากบทเรียนนี้ในการดำเนินโครงการต่อไปจะช่วยให้บรรลุเป้าหมายเดิม และเป้าหมายใหม่ที่สูงกว่า เป็นการยกระดับการเรียนรู้ (Second-order Learning) ในการดำเนินงานโครงการแก้ปัญหาสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ต่อไป ดังแสดงในภาพที่ 1

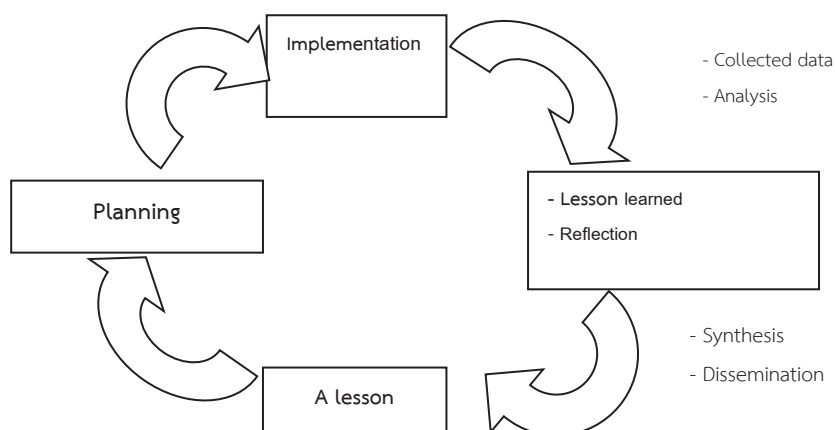


Figure 1 Conceptual framework

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ใช้วิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อถอดบทเรียนการเรียนรู้สุขภาพของบริการสุขภาพระดับอำเภอ หน่วยในการศึกษา คือ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพรหมพิราม โดยคณะผู้วิจัยเลือกตำบลพรหมพิราม อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก เป็นพื้นที่ในการวิจัย เนื่องจากเป็นตำบลที่มีประชากรมากที่สุดของอำเภอพรหมพิราม มีองค์ประกอบขององค์กรหน่วยงาน ที่หลากหลาย ในระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งส่งผลให้ เจ้าหน้าที่ และประชาชน มีประสบการณ์ในการดูแลด้านสุขภาพที่หลากหลาย และยินยอมในการให้คณะผู้วิจัยทำการศึกษา

ผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูลหลักประกอบด้วย 1) ภาคประชาชน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชนและตัวแทนประชาชน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ชมรมเกษตรปลอดสารพิษ จำนวน 31 คน 2) ภาคท้องถิ่น ประกอบด้วย

นายกองค์การบริหารส่วนตำบล และผู้ปฏิบัติงานงานสาธารณสุขในท้องถิ่น จำนวน 3 คน และ 3) ภาคสาธารณสุข ประกอบด้วยผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ผู้รับผิดชอบงานด้านบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ ผู้รับผิดชอบงานด้านบริการปฐมภูมิของสาธารณสุขอำเภอ และหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนของตำบลพรหมพิราม จำนวน 8 คน ทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาอย่างสมัครใจ หลังจากนั้นทำการเชิญเข้าร่วมให้ข้อมูลในการศึกษานี้โดยมีจำนวนผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งสิ้น 42 คน แบ่งเป็นสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 12 คน และสนทนากลุ่ม ทั้งหมด 4 กลุ่ม จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) เครื่องบันทึกเสียง 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และ 3) แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ในการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม ที่ผู้วิจัย

พัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในประเด็นทุนทางสังคม ประกอบด้วย ทุนทางกายภาพ ทุนมนุษย์ ทุนสังคม ทุนทางการเงิน และทุนทางสิ่งแวดล้อม^๙ ความเป็นทางสุขภาพของพื้นที่ เครื่องมือประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (ผู้นำชุมชน ผู้ปฏิบัติงานภาคท้องถิ่นและภาคสาธารณสุข) และการสนทนากลุ่ม (ตัวแทนประชาชน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข และชมรมเกษตรปลอดสารพิษ) ได้รับการตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คนและทำการปรับแก้ไข ข้อความให้เหมาะสม หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักในพื้นที่ใกล้เคียงจากนั้นจึงแก้ไขอีกครั้งก่อนนำไปใช้

ความน่าเชื่อถือของการวิจัย

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบสามเส้าด้วยข้อมูลแบบบุคคล (Person Data Sources Triangulation) และด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (Methodology Triangulation) ด้วยวิธีการ การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม เมื่อดำเนินการเก็บข้อมูลแล้วเสร็จทำการตรวจสอบโดยกลุ่มเพื่อนนักวิจัย (Peer debriefing) ด้วยการตรวจสอบประเด็นที่ได้อภิปรายประเด็นจนได้ข้อตกลงร่วมกัน โดยทำการยืนยันประเด็นร่วมกันระหว่างนักวิจัย 3 คน ประเด็นใดที่มีความเห็นไม่ตรงกันทำการอภิปรายจนเกิดข้อตกลงร่วมกัน และเมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูล ในส่วนของความคงที่ (Dependability) ผู้วิจัยถอดเทปการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย และวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ร่วมกับทีมนักวิจัย และการยืนยันข้อมูล (Confirmability) ผู้วิจัยได้มีการ

รวบรวมเอกสารต่าง ๆ ตลอดการดำเนินการวิจัย เช่น เทปบันทึกเสียง แบบบันทึกที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล และบันทึกภาคสนาม ที่ทำสรุปแนวคิด และการสะท้อนคิดในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเพื่อสามารถอ้างอิงแหล่งข้อมูล และตรวจสอบความถูกต้องซ้ำได้^{๙, 10}

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก ภาคประชาชนที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานของชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน ประธานชมรม ประธานกลุ่มเกษตรกรในชุมชน ภาคท้องถิ่น ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล และผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในท้องถิ่น และภาคสาธารณสุข ประกอบด้วยผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ผู้รับผิดชอบงานด้านบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ ผู้รับผิดชอบงานด้านบริการปฐมภูมิของสาธารณสุขอำเภอ และหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนของตำบลพรหมพิราม จำนวน 12 คน ส่วนการสนทนากลุ่ม กลุ่มละ 7-8 คน จำนวน 4 กลุ่ม รวมผู้สนทนากลุ่ม จำนวน 30 คน ได้แก่ อสม. สมาชิกชมรม และประชาชน เกี่ยวกับการค้นหาและใช้ทุนทางสังคม การค้นหาความจำเป็นทางสุขภาพ การออกแบบวิธีการและกิจกรรม และการประเมินผล ดำเนินการเก็บข้อมูลจนข้อมูลอิ่มตัว โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (COA No. 205/2015) โดยในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยให้ข้อมูลการวิจัยแก่ผู้ให้ข้อมูลหลัก เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ลงนามยินยอมให้ข้อมูลอย่างสมัครใจ และขออนุญาตบันทึกเสียงก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการควบคู่ไปกับการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลภายหลังการเก็บข้อมูลในแต่ละครั้ง เพื่อค้นหาประเด็นที่ไม่ชัดเจนและต้องการสัมภาษณ์เพิ่มเติม การวิเคราะห์ข้อมูลครั้งสุดท้ายหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้นลงใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา¹¹

ผลการวิจัย

อำเภอพรหมพิรามมีกระบวนการทำงานโครงการแก้ปัญหาสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ในประเด็นการค้นหาและใช้ทุนทางสังคม การค้นหาความจำเป็นทางสุขภาพ การออกแบบวิธีการและกิจกรรม และการประเมินผล โดยมีผลการศึกษาดังนี้

เริ่มต้นทำงาน

การทำงานของโครงการแก้ปัญหาสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เริ่มจากการรับนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุข และการเข้าร่วมโครงการ หลังจากนั้นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agent) จะเป็นผู้เริ่มต้นของการทำงาน ทำการสื่อสารแบบไม่เป็นทางการกับภาคส่วนต่างๆ ในพื้นที่ โดยจะมีผู้นำการเปลี่ยนแปลงหลักในแต่ละภาคส่วน (สาธารณสุข ท้องถิ่น กลุ่ม/ชมรม ประชาชน) แลกเปลี่ยนความคิด กำหนดเป้าหมายร่วมกันก่อน จึงตั้งเป็นกลุ่มทีมหลัก (Core team) ต่อมาจึงมีการจัดตั้งคณะทำงานในพื้นที่โดยมีการเชิญท้องถิ่น ประชาชนให้เข้าร่วมการประชุมมีการแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ แบ่งปันทรัพยากร ทั้งความคิดและงบประมาณ ซึ่งแต่เดิมแต่ละหน่วยงานทำงานตาม

บทบาทความรับผิดชอบของตนเอง การทำงานด้านสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ที่ภาคสาธารณสุข รองลงมาคือท้องถิ่น ส่วนผู้นำชุมชน ประชาชน (อสม. เด็กนักเรียนในพื้นที่) เป็นเพียงผู้รับบริการในระบบสุขภาพ แต่หลังจากเข้าร่วมโครงการฯ มีการสื่อสารในเวทีประชุมที่เป็นทางการ ที่เป็นวิธีการกระตุ้นสนับสนุนการทำงาน ด้วยการกระตุ้นให้ผู้นำชุมชน ประชาชน (อสม. เด็กนักเรียนในพื้นที่) มาทำงานด้านสุขภาพร่วมกัน ทั้งนี้สรุปเป็นประเด็นของการเริ่มต้นทำงานโครงการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน คือการยอมรับนโยบาย สถานการณ์ และการเริ่มเก็บข้อมูล

“มีการรับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข DHS มาทำงาน หลังจากนั้นทางมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง มาชวนเข้าร่วมโครงการ 24 DHS ผมเห็นว่าหลักการไปด้วยกันหนุนซึ่งกันและกัน จึงเข้าร่วมโครงการ เมื่อตัดสินใจแล้ว ก็พูดคุยกับ สสอ. นายอำเภอ นายก อบต. พระประธานชมรมต่าง ๆ ในพื้นที่ว่าจะดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่อย่างไรดี ให้เค้าอยู่ดีมีสุข จะทำด้วยกันมั๊ย (1-ชาย-54)”

“การทำงานเริ่มจากรับนโยบาย ก็มีภรนำมาปรับให้เข้ากับบริบทของพื้นที่ ตั้งคณะกรรมการขอความร่วมมือ คราวนี้ ก็ต้องมองให้รอบ คณะกรรมการฯ จะมาจากหลากหลายภาคส่วนมากขึ้นทั้งอำเภอ องค์การบริหารส่วนตำบล และประชาชน (2-หญิง-52)”

“ตอนแรกเข้ามาที่สับสนว่าจะให้ทำอะไรด้านสุขภาพ แต่เมื่อมาทำงานด้วยกัน แล้วพบว่าคนทุกกลุ่มอายุ เศรษฐกิจ ความเป็นอยู่ในตำบลเกี่ยวข้องกัน ได้รู้ว่าสาธารณสุขจะทำอะไรบางอย่างที่สาธารณสุขทำเหมือนกับที่เราจะทำ แต่ไม่รู้จะเริ่มมาคุยกันอย่างไร (3-ชาย-58)”

“เพิ่งรู้ว่าจากท้องถิ่นที่บอกว่ามีหน่วยงานนี้
ที่จะไปขอสนับสนุนงบประมาณ ในการดูแล
ผู้สูงอายุ (2-หญิง-52)”

“หากหมอมจะให้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ ก็ช่วยได้
แต่ต้องดูหน้าเก็บเกี่ยวด้วยนะ พวกฉันต้องไป
ทำงานด้วย (5-หญิง-48)”

“การทำงานของจิตอาสา หรือของประชาชน
ต้องคำนึงถึงการดำรงชีวิต ของพวกเขาด้วย ดังนั้น
ทางท้องถิ่น มีงบประมาณส่วนนี้สามารถช่วยตำบล
เราได้ (3-หญิง-40)”

“ผมได้เห็นข้อมูลของตำบลเราแล้ว ว่ามี
ผู้สูงอายุ ติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง คนพิการ
เท่าไร ก็จะเอาไปประชุม ขอแรง ขอความร่วมมือ
คนในหมู่บ้านให้ช่วยเหลือกัน (4-ชาย-54)”

“ฉันออกไปกับเด็กนักเรียน ช่วยกันเก็บ
ข้อมูลของคนในหมู่บ้านเรา เก็บผ่านแอปเล็ต แล้ว
ถ่ายรูปยิงพิกัดบ้าน มันเร็วดี ขึ้นเสร็จ หมอกับ
ผู้ใหญ่ เห็นเลย (6-หญิง-46)”

ครุ่นคิดกระบวนการ

ขั้นตอนนี้คือการนำข้อมูลจากการเริ่มต้น
ทำงานเข้าสู่ขั้นตอนของการคิด วิเคราะห์ เมื่อรับ
นโยบาย สร้างทีม และสื่อสารการทำงานร่วมกันใน
อำเภอแล้ว จึงมีการมองชุมชนในภาพบวด้วยการ
ค้นหา และใช้ทุนทางสังคมของพื้นที่ ซึ่ง
ประกอบด้วย ทุนมนุษย์ ทุนการเงิน ทุนโครงสร้าง
และทุนวัฒนธรรม (ตารางที่ 1) ทั้งนี้สรุปเป็น
ประเด็นของการคิด วิเคราะห์ คือ การวิเคราะห์ทุน
ทางสังคมของพื้นที่

“ตอนแรกก็มาดูก่อนว่าเรามีติดอะไร
อาจารย์เค้าก็มาช่วยหาทุนของเรา ว่าจะขอความ
ร่วมมือจากใครบ้าง แต่เดิมเราเขียนโครงการฯ ไป
เลย ว่าอยากทำเรื่องนี้ แล้วไปบอกท้องถิ่น เขาก็ให้
เงินมาทำโครงการฯ ทำงานแบบนี้มันเหนื่อย
เหมือนเราทำคนเดียว ประชาชนรอรับบริการ
เยี่ยมบ้าน ญาติก็รอเรา ไม่ได้ช่วยเราในการดูแล
(2-หญิง-52)”

“มาคุยกัน ว่าบ้านเรามีอะไรติดบ้าง แล้วเขา
ก็สรุปบอกเรา (6-หญิง-48)”

“มีการทำแผนที่ทุนสังคม ด้วยการสรุป
ก่อนนำไปใช้ในขั้นตอนการวางแผนโครงการฯ
(2-หญิง-52; 3-หญิง-40; 4-ชาย-50; 6-หญิง-39; 7-
ชาย-65; 6-หญิง-42)”

Table 1 Social capital in Phompiram district: Information from stakeholders

Type of social capital	Name and organization	Supporting activities of social capital in community
Human capital	- Monk	- Vocational training for caregiver - Monk act as a team member in providing home visit regarding mental support
	- Community club such as elderly club, village health volunteer club, local organization sector, chief of community, healthcare provider	- Collaborative in community forum meetings, all stakeholder would like to see every aging person received the appropriate caring and their relatives did not leave them home alone - All stakeholders share their responsibility and mutually support
Financial capital	- Temple	- Financial support
	- Local organization	- Local organization support in building a new house and proving one-baht saving fund for the villager. Local organization invited the banker to train the villager to do account book
Physical capital	- Elderly club	- The elderly set the activities in elderly club
	- Convenient transportation	- Local organization provide the driver to transfer the elderly in participating the elderly club
Cultural capital	- Population	- Training the villager to be the caregiver
		- Share value of the villager are “Gratitude to the elderly” (3-Men-58; 4-Men-48) and “If we caring the elderly, we will not abandon in the future” (5-Female-52;7-Female-66; 8-Female-39)

นอกจากนี้ บทบาทของทุนมนุษย์ในการพัฒนาชุมชนของพื้นที่ พบว่า พระสงฆ์มีบทบาทในการสนับสนุนการทำงานด้านสุขภาพของพื้นที่ ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านการเงิน (การสนับสนุนเงินบริจาค) ด้านเศรษฐกิจ (การสร้างรายได้ให้กับประชาชน) และด้านจิตใจ (การเยี่ยมบ้านดูแลผู้ป่วยติดเตียง และผู้ป่วยระยะสุดท้ายร่วมกับทีมสุขภาพ) เป็นต้น

วิธีการค้นหาความจำเป็นทางสุขภาพโดยใช้กระบวนการการมีส่วนร่วม

ความจำเป็นทางสุขภาพในที่นี้ หมายถึง ความต้องการในบริการที่จำเป็นที่เป็นพื้นฐานของการมีสุขภาพที่ดีของกลุ่มประชากร การค้นหาความจำเป็นทางสุขภาพ เริ่มจากการกำหนดกลุ่มประชากร ที่ต้องการพัฒนาสุขภาพร่วมกัน โดยรวบรวมข้อมูลจากรายงานประจำปีของบริการสุขภาพอำเภอพรหมพิราม (ทั้งโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ) ข้อมูลจากระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Information

System; DHIS) ข้อมูลประชาคม (People forum) จากประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลพรหมพิราม นำเข้าสู่การค้นหาประเด็นสุขภาพ และค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ นำไปสู่การออกแบบวิธีการ และกิจกรรมในโครงการฯ

“ข้อมูลจากรายงานประจำปีของพื้นที่ พบว่า โรค 5 อันดับแรก คือ 1) โรคเบาหวาน 2) โรคความดันโลหิตสูง 3) โรคมะเร็ง (เต้านม ปากมดลูก ตับ ปอด) 4) โรคหัวใจ และ 5) อัมพฤกษ์ อัมพาต เฉลี่ย 3-4 คน/หมู่ และพบว่าผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ไม่มีคนดูแล ปล่อยให้อยู่บ้านคนเดียว ประกอบกับข้อมูล โครงสร้างประชากรของพื้นที่ มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 14.33 ของประชากรทั้งหมด แสดงว่าพื้นที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (2-หญิง-52; 1.1-ชาย-44)”

“พื้นที่เราเข้าโครงการ 24 DHS มีการลง พิกัดบ้านผู้สูงอายุ และข้อมูลครัวเรือน เรานำมา เชื่อมกับระบบ HosXP ของโรงพยาบาล ทำให้ แพทย์เห็นสภาพอาการและบ้านของผู้ป่วย ทำให้ ผู้ป่วยเข้าถึงบริการมากขึ้น ด้วยการส่งยาที่ เหมาะสมประสานผ่าน รพ.สต. การเยี่ยมบ้านของ ทีมหมอครอบครัวในระดับชุมชน ตำบล และอำเภอ ของพื้นที่ (2-หญิง-52)”

“มีการประชาคมหมู่บ้าน สาธารณสุข จะประสานผ่านมาทางผู้ใหญ่บ้าน เรานัดทำกันช่วง ประมาณ หนึ่งทุ่ม ทำงานกินข้าวกินปลา กันเสร็จ มาคุยกัน หมู่บ้านเรา อยากเห็นคนแก่มีสุขภาพดีมี คุณภาพชีวิตที่ดี คนในหมู่บ้านช่วยกันดูแลซึ่งกัน และกัน เพราะอีกหน่อย เราทุกคนก็จะแก่ ได้บุญ จากการช่วยกันตรงนี้แหละ เป็นวัฏจักรกันไป (3-ชาย-58; 4-ชาย-48)” โดยความจำเป็นทางสุขภาพ ของพื้นที่ที่กำหนดร่วมกัน คือ การดูแลผู้สูงอายุติด

บ้าน ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้หรือ ต้องการความช่วยเหลือบางส่วน มีความจำกัดใน การดำเนินชีวิตในสังคม และเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มี โรคเรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้หรือมีภาวะแทรกซ้อนมี หลายโรค และมีกลุ่มอาการสำคัญของผู้สูงอายุที่มี ผลต่อการไปมาได้โดยอิสระ และผู้สูงอายุกลุ่มติด เดียง ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง ในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ต้องการความ ช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายและ/หรือการทำกิจวัตร พื้นฐานประจำวันอื่นและเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรค เรื้อรังหลายโรคและมีภาวะแทรกซ้อน¹²

การออกแบบวิธีการและกิจกรรม

แนวคิดของการออกแบบวิธีการและ กิจกรรมมาจากขั้นตอนของการวางแผนโครงการ แก้ปัญหาสุขภาพของชุมชนคืออยู่ในขั้นตอนของ การวางแผนโดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ ในการนี้ ทีมงานสุขภาพอำเภอ ได้นำข้อมูลทุนทางสังคม ข้อมูลความจำเป็นทางสุขภาพ ของพื้นที่ มา ออกแบบวิธีการและกิจกรรมร่วมกันเพื่อแก้ปัญหา ประเด็นสุขภาพ ซึ่งมีวิธีการทำงานดังนี้ (ตารางที่ 2)

“หมอ (ชื่อคน....) เรียกประชุม ว่าเรามี ข้อมูลแล้วไปถามประชาชนในการประชาคมมาแล้ว จะทำโครงการ ผู้สูงอายุอยู่ดีมีสุขกัน แล้วมา ออกแบบว่าใครจะทำอะไรกัน (3-หญิง-40; 4-ชาย- 54; 6-หญิง-39; 7-ชาย-65)”

“พื้นที่เราจะมีการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยติดเตียง ที่บ้าน อบรมคนดูแลให้ไปเยี่ยมบ้าน ช่วงนั้น

คนดูแลที่เป็นญาติ จะได้พัก ไม่เครียดมาก แล้วก็จะออกแบบบันทึกการทำกิจกรรมที่บ้านไว้ หากมีทีมอื่น (เช่น FCT ระดับตำบล ระดับอำเภอ) มาเยี่ยมบ้าน (2-หญิง-52)”

Table 2 Activities for caring the elderly

Activity	Role	Stakeholder
1. Training caregiver in caring the elderly and homebound	- Assessment health need of the elderly and homebound in the community and training the caregiver	- Healthcare provider - People sector
2. Providing financial, equipment and safety housing	- Support the budget for caregiver, manage the equipment for to help people with disabilities, and support safety environment	- Local organization
3. Supporting economics and mental for relatives	- Vocational training - Visiting elderly and homebound with healthcare provider	- Monk
4. Home visit	- Design the home visit record form in improving information continuity - Record and Monitor symptom of the patient - Home visit - Role clarification of family care team at district, sub-district, and community level to work together	- Healthcare provider - Family care team at district, sub-district, and community level

การออกแบบวิธีการติดตามการทำงาน

การวางแผนโครงการแก้ปัญหาสุขภาพมี การออกแบบวิธีการติดตามการทำงานมีการติดตาม กระบวนการทำงานผ่านการประชุม การติดตาม ผลผลิตของการทำงาน เนื่องจากการศึกษานี้เป็น การถอดบทเรียนการวางแผนโครงการแก้ปัญหา สุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CHP) และถอด บทเรียนกระบวนการ รวมถึงมีการค้นหาปัจจัย ความสำเร็จและอุปสรรค ถือเป็นการประเมิน กระบวนการ ซึ่งในโครงการ CHP จะมีการกำหนด ผลผลิตไว้ โดยจะประเมิน จำนวนเครือข่ายในการ

ทำงาน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ และผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน การดูแลของผู้ดูแล รวมทั้งปัจจัยความสำเร็จ คือ ภาวะผู้นำ การสื่อสาร ในทีมสุขภาพอำเภอ การค้นหาทุนทางสังคมของ พื้นที่ และการสร้างบทบาทภาคประชาชนใน บริการสุขภาพอำเภอ ส่วนอุปสรรค ได้แก่ ความ ชัดเจนของบทบาทในการทำงานร่วมกันของแต่ละ ภาคส่วน และเวลาที่จำกัด และมีข้อเสนอแนะจาก การทำงาน คือการจัดให้มีเวทีในการติดตามการ ทำงานอย่างต่อเนื่อง

“หากทำได้ดี คนดูแลจะรู้สึกว่าเป็นภาระ ดำรงชีวิตอยู่ได้ ไม่ใช่คนดูแลก็แย่ ป่วยตามคนป่วยอีก (7-ชาย-65; 6-หญิง-46)”

“ผู้ป่วยที่ติดเตียงจะช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น พี่เคยทำได้นะ ออกจากโรงพยาบาลมา พักที่บ้านจนเดินได้ เราก็กุมใจ ญาติก็ดีใจ (2-หญิง-52)”

“สิ่งที่เราคิด ต้องดูว่าทีมงานเราทำงานไปด้วยกันหรือไม่ คนเยอะทำความเข้าใจก็เยอะ (2-หญิง-52)”

“ต้องมีจุดเริ่มต้น ว่าพื้นที่เราจะทำอะไร หมอเริ่มก็ได้ ท้องถิ่นเริ่มก็ได้ ผมยินดีให้ความร่วมมือ (4-ชาย-48)” “เรามีของดี แต่เราลืมมองบางที่ไปดูงานเอามาทำก็ไม่สำเร็จ (1.1-ชาย-44)”

“หากเราชวนประชาชนเข้ามาช่วยกันด้านสุขภาพ ให้ความเข้าใจกับเขาดังแต่เริ่มต้น ทำด้วยกัน จะเป็นการดีเขาจะอยู่กับเรา มองความสำเร็จร่วมกัน น่าภูมิใจ ที่พื้นที่เราทำได้ (3-ชาย-58)”

“ต้องบอกให้ชัดเจนว่าใครจะมาช่วยทำอะไรบ้าง จะได้ไม่ทำซ้ำซ้อนกัน (3-หญิง-40; 4-ชาย-54)”

“ไม่ค่อยมีเวลาประชุม แต่ก็อยากให้จัดประชุม แต่ขอให้กระชับ ชัดเจน เข้าใจ เพราะหากไม่ประชุมก็อาจจะไม่เข้าใจกัน (1.1-ชาย-44)”

อภิปรายผลการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการถอดบทเรียนที่แสดงให้เห็นถึงกระบวนการทำงานโครงการแก้ปัญหาสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน โดยจะนำเสนอการอภิปรายตามประเด็นที่ค้นพบ ดังนี้ 1) การเริ่มต้นทำงานโครงการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน คือการยอมรับนโยบาย สถานการณ์ และการเริ่มเก็บ

ข้อมูล 2) การวิเคราะห์ทุนทางสังคมของพื้นที่ 3) ความจำเป็นทางสุขภาพของพื้นที่ที่กำหนดร่วมกัน คือ การดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง และ 4) การวางแผนโครงการแก้ปัญหาสุขภาพมีการออกแบบวิธีการติดตามการทำงาน

การเริ่มต้นทำงานโครงการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน คือการยอมรับนโยบาย สถานการณ์ และการเริ่มเก็บข้อมูล การทำงานของบริการสุขภาพอำเภอ เริ่มต้นจากการนำนโยบายบริการสุขภาพอำเภอมานำปฏิบัติ ด้วยการสร้างทีมงาน และมีการสื่อสารภายในทีมงานทั้งแบบไม่เป็นทางการ และแบบเป็นทางการ โดยมีข้อตกลงของพื้นที่ร่วมกัน ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าการทำงานของพื้นที่เริ่มจากการสื่อสารแบบไม่เป็นทางการก่อน สอดคล้องกับ Miyamoto K., Iwakuma M., & Nakayama T.¹³ ที่กล่าวว่า การจัดโครงการ / กิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพ จะต้องเริ่มจากมิตรภาพ และความเห็นอกเห็นใจ (Empathetic friendships) ผ่านกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชนทั้งในระดับบุคคล และกลุ่ม ต่อมาจึงมีการสื่อสารแบบเป็นทางการ สอดคล้องกับการศึกษาของ พัฒน์ชิตา โยคะนิตย์ และนรินทร์ สังข์รักษา⁵ ที่ทำการถอดบทเรียนการเรียนรู้สุขภาพชุมชน ตำบลหนองสาหร่ายอำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี พบว่ามีการรับนโยบายการจัดบริการสาธารณสุขที่เน้นการส่งเสริม และป้องกันโรคมากกว่าการรักษาหรือซ่อมสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขมาปฏิบัติ ด้วยการนำมาปรับให้เข้ากับบริบทของหนองสาหร่าย มีการปรับการทำงานหาทิศทางและเป้าหมายการทำงานใหม่ด้วยตนเอง ในศึกษานี้คณะกรรมการบริการสุขภาพอำเภอ มาจากหลายภาคส่วน ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข¹ สอดคล้องกับ นิทร

กิจธีระวุฒิมิวงษ์ และวุฒิชัย จริยา¹⁴ ที่กล่าวว่า ระบบสุขภาพ อำเภोजึงมองจากพื้นที่อำเภอเป็นตัวตั้ง โดยมีผลลัพธ์ คือ สุขภาพของประชาชนในอำเภอ ขอบเขตงานกว้างกว่าบริการปฐมภูมิ โดยรวมบริการด่านแรก บริการของโรงพยาบาลที่รับส่งต่อ และบริการทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของทุกหน่วยงานในพื้นที่ด้วย และสอดคล้องกับ Dookie S. & Singh S.¹⁵ ในประเด็นของการทำงานที่เป็นไปตามหลักการของการสาธารณสุขมูลฐานเกี่ยวกับการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคส่วน ต่าง ๆ

การวิเคราะห์ทุนทางสังคมของพื้นที่ การศึกษานี้มีการประเมินทุนทางสังคม ซึ่งเป็นเรื่องของความร่วมมือของคนในชุมชน นำไปสู่การแก้ปัญหาและรับประโยชน์ร่วมกันในประเด็นของการร่วมคิด ซึ่งแต่เดิมพื้นที่จะเริ่มจากข้อมูลทางระบาดวิทยาของภาคสาธารณสุข ทำการค้นหาปัญหาและมุ่งแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ การติดตามผลจึงเป็นการลดอัตราป่วย อัตราตาย มากกว่าการให้ความสำคัญกับกระบวนการแก้ปัญหาสุขภาพ อย่างไรก็ตามจากการที่ปัจจุบันภาครัฐมีทรัพยากรจำกัด การทำงานกับประชาชนชุมชน ต้องให้ความสำคัญกับการสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพร่วมกัน การทำงานแบบใช้พื้นที่เป็นที่ตั้ง (Community based) ต้องเปลี่ยนมาเป็นการสร้างความสัมพันธ์กับชุมชนที่เรียกว่า การพัฒนาชุมชน (Community development) ด้วยการค้นหาทุนสังคมของพื้นที่มาพัฒนาชุมชน ด้วยการระดมคนที่มีความเก่ง ทักษะ ในแต่ละด้าน และทุนของชุมชนในพื้นที่ให้มาทำงานร่วมกัน มองชุมชนเชิงบวกเน้นการพัฒนามากกว่าการแก้ปัญหา ขับเคลื่อนด้วยบุคคล กลุ่ม และทุนในชุมชน^{8,16} ทั้งนี้จากการศึกษาของ Bhuayan S.H.¹⁷ เรื่องการ

วิเคราะห์ทุนสังคมและการพัฒนาชุมชน กรณีศึกษาประเทศอินเดียและบังคลาเทศพบว่า ทุนสังคมเป็นทรัพยากรที่มีประโยชน์ในการเอื้อให้เกิดระดมทรัพยากรในพื้นที่ ทำให้เกิดความร่วมมือ นำไปสู่การสร้างรายได้ การจัดการของชุมชน และสร้างศักยภาพของคนในชุมชน สอดคล้องกับ Eriksson M.¹⁸ ที่กล่าวว่า ทุนสังคม ทำให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคม ข้อกำหนดของสังคม การระดมทรัพยากรที่มี การมีส่วนร่วมของประชาชน ส่งผลต่อสุขภาพ คือ การได้มีส่วนร่วมในการทำงาน มีการเรียนรู้ร่วมกัน และเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็นต้น

ความจำเป็นทางสุขภาพของพื้นที่ที่กำหนดร่วมกัน คือ การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โดยพื้นที่นำข้อมูลจากหลากหลาย ประกอบด้วย 1) ข้อมูลชุมชนจากระบบข้อมูลสุขภาพชุมชนที่มีการลงพิกัดครัวเรือนโดยใช้ความสัมพันธ์ทางภูมิศาสตร์ ที่ตั้งบ้านเรือนเป็นตัวเชื่อมโยงความสัมพันธ์กับข้อมูลอื่นๆ เช่น บ้านผู้สูงอายุ บ้านผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง เพื่อใช้ประโยชน์ในการอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละกรณี ทำให้ผู้ให้บริการเห็นข้อมูลตามสภาพความเป็นจริงทางภูมิศาสตร์ (ระยะทาง) ทางกายภาพ (ความเป็นอยู่สิ่งแวดล้อมรอบตัว) ของผู้สูงอายุและผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจที่เหมาะสมในการส่งมอบบริการ และ กำหนดการจัดสรรทรัพยากรที่จำเป็นให้กับประชาชน 2) ข้อมูลปฐมภูมิที่ได้จากการประชาคม (People forum) ที่ เป็นความจำเป็นทางสุขภาพที่ประชาชนแสดงออก (Express need) ในเวทีประชาคม ถือเป็นการมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา ตลอดจนแนวทางแก้ไขการตัดสินใจเลือกแนวทาง และวางแผนพัฒนาแก้ไขปัญหา และยังเป็นการสร้างพลังอำนาจด้วยการกระตุ้นให้ชาวบ้านร่วมกัน

คิด และ 3) ข้อมูลพฤติกรรมของภาคสาธารณสุขและท้องถิ่น ที่เป็นความจำเป็นทางสุขภาพในความเห็นของเจ้าหน้าที่ (Normative need)¹⁹ สอดคล้องกับการศึกษานี้ที่นำข้อมูลทั้งหมดมาตัดสินใจ ออกแบบโครงการฯ และสอดคล้องกับสายศิริ ด่านวัฒนะ²⁰ ที่ระบุว่าภายใต้ทรัพยากรจำกัด การค้นหาความจำเป็นทางสุขภาพมีความสำคัญ และยังเป็นการคำนึงถึงผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่างๆ ในพื้นที่ ทั้งนี้หากจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ตรงกับความเป็นทางสุขภาพ ใช้ทรัพยากรในพื้นที่ และระดมความร่วมมือจากทุกภาคส่วน จะต้องทำการค้นหาความจำเป็นทางสุขภาพที่รอบด้าน จึงจะทำให้การทำงานโครงการฯ นั้นสำเร็จ อย่างมีประสิทธิภาพ

การวางแผนโครงการแก้ปัญหาสุขภาพ มีการออกแบบวิธีการติดตามการทำงานการออกแบบโครงการฯ พบว่าครอบคลุมปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Social determinant of health; SDOH) ซึ่งเป็นแนวคิดทางสังคมผสมผสานกับการสาธารณสุข²¹ ดังนี้ 1) ความเป็นธรรมทางสุขภาพ ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ที่อยู่ในระยะทางไกลสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ เข้าถึงอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น 2) ที่อยู่อาศัย ที่ดำเนินการโดยผู้ดูแลในเรื่องของความสะอาด และองค์การบริการส่วนตำบล (อบต.) ที่ดูแลเรื่องของที่อยู่อาศัยปลอดภัย 3) การจ้างงานที่ดำเนินการโดย อบต. สนับสนุนงบประมาณค่าตอบแทนผู้ดูแล และภาคศาสนา ที่สร้างอาชีพ ทำให้ผู้ดูแลมีรายได้ และ 4) บริการสุขภาพ ด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ได้รับการดูแลต่อเนื่อง โดยการทำงานเป็นของของทีมงานครอบครัวในระดับตำบล ชุมชน และอำเภอ รวมถึงมีการพัฒนาการดูแลต่อเนื่องของเจ้าหน้าที่ในเรื่องของความ

ต่อเนื่องด้านข้อมูล (Information continuity) เห็นได้ว่าการทำงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ โดยใช้ทุนสังคมของพื้นที่ เป็นการสร้างการมีส่วนร่วมให้ทุกภาคส่วนมีบทบาทในการพัฒนาสุขภาพ (Improving health) ของประชาชนในพื้นที่²² เห็นได้ว่าเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและครอบคลุมกับประชาชนทุกระดับทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตจริงที่ไม่สามารถแยกปัญหาด้านทางสังคมและเศรษฐกิจออกจากปัญหาด้านสุขภาพได้เพราะทุกด้านมีความเชื่อมโยง ส่งผลกระทบซึ่งกันและกัน

ปัจจัยความสำเร็จ /อุปสรรค ดำเนินการอภิปรายแยกในประเด็นดังนี้ ในส่วนของปัจจัยความสำเร็จ คือ ภาวะผู้นำ จุดเริ่มต้นจะต้องมีผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agent) สอดคล้ององค์การอนามัยโลกที่ระบุว่าภาวะผู้นำเป็นหนึ่งในหกองค์ประกอบของระบบสุขภาพ²³ นอกจากนี้ Seims L.R., et al.²⁴ กล่าวว่าภาวะผู้นำมีความสัมพันธ์กับการจัดบริการซึ่งเป็นกระบวนการและผลลัพธ์ทางสุขภาพ นอกจากนี้ปัจจัยความสำเร็จที่พบ คือ การสื่อสารในทีมสุขภาพอำเภอ ซึ่งพบว่าการสื่อสารไม่เป็นทางการและเป็นทางการในการดำเนินการ CHP สอดคล้องกับ Chatora R., et al.²⁵ ที่กล่าวว่า การสื่อสารจากผู้นำไปยังผู้เกี่ยวข้องในทุกภาคส่วน มีความสำคัญ หากมีการสื่อสารที่ดี จะทำให้การประสานงานเป็นไปได้ง่ายในการทำงานโครงการหรือกิจกรรมในอำเภอร่วมกัน ในส่วนของการค้นหาทุนทางสังคมของพื้นที่ การค้นหาทุนทางสังคมของพื้นที่ และการค้นหาความจำเป็นทางสุขภาพที่ครอบคลุมความจำเป็นทางสุขภาพที่กำหนดโดยผู้เชี่ยวชาญ (Normative need) อันจะนำไปสู่การสร้างบทบาทภาคประชาชนในบริการสุขภาพอำเภอ ส่วน

อุปสรรค ได้แก่ ความชัดเจนของบทบาทในการทำงานร่วมกันของแต่ละภาคส่วน และเวลาที่จำกัด สอดคล้องกับ Morgan D.²⁶ ระบุว่าการทำงานแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ใช้ชุมชนเป็นฐานจะเพิ่มบทบาทของภาคส่วนต่างๆในพื้นที่ มีการนำความรู้ ทักษะของแต่ละภาคส่วนมาใช้ในการทำงาน สิ่งท้าทายคือ ความแตกต่างของความคิดของแต่ละภาคส่วน ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพและเวลาที่จำกัด ทั้งนี้ข้อเสนอแนะจากการทำงาน คือ การจัดให้มีเวทีในการติดตามการทำงานอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Awoonor-Williams J.K., et al.⁴ ทำการถอดบทเรียนโครงการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนของประเทศกานา พบว่าปัจจัยความสำเร็จ คือ 1) การคัดเลือกพยาบาลจากคนในพื้นที่ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้กับคนในพื้นที่ 2) จัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพในพื้นที่ 3) การสร้างความเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน 4) การแบ่งปันทรัพยากร และ 5) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างอำเภอ และการศึกษาของ พัฒน์จิตา โยคะนิตย์ และนรินทร์ สังข์รักษา⁵ ทำการถอดบทเรียนการเรียนรู้สุขภาพชุมชน ตำบลหนองสาหร่าย อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ของชุมชนอยู่ดี มีสุข การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพทำให้เกิดการทำงานร่วมกันของชาวบ้าน รวมถึงการจัดการความรู้และใช้ความรู้ที่มีอยู่ในตัวบุคคลของคนหนองสาหร่ายออกมาใช้ในการพัฒนา มีการทำงานที่เป็นระบบ เป็นของตนเอง เกิดประชาคมสุขภาพตำบล และยังมีผู้นำชุมชน ที่เป็นทุนทางสังคมของพื้นที่ และการศึกษาของรัชณี สรรเสริฐ และคณะ²⁷ พบว่า นโยบายและแนวคิดจะสนับสนุนการทำงานในพื้นที่ โดยพื้นที่นำสู่การปฏิบัติด้วยการเชื่อมโยงส่วนต่างๆ ทั้งองค์กรและกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อช่วยเหลือ

คนพิการให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี การถอดบทเรียนนี้เป็นการศึกษากระบวนการในการจัดทำโครงการแก้ปัญหาสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เป็นการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion planning) สอดคล้องกับแนวคิดของ Ewles L. & Simnett I.²⁸ อย่างไรก็ตามการติดตามกระบวนการผลลัพธ์ เป็นสิ่งที่ต้องดำเนินการต่อไป ปัจจัยความสำเร็จอีกประเด็นที่พบคือ การสร้างบทบาทภาคประชาชนในบริการสุขภาพอำเภอ สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติพงศ์ พลเสน และคณะ²⁹ ทำการระบุปัญหาและสังเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัญหาสุขภาพในชุมชน โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ในกลุ่มผู้นำชุมชน ตัวแทนประชาชนจากทุกกลุ่มวัยและข้อมูลครัวเรือน ถือเป็นการสร้างบทบาทของประชาชนในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสุขภาพของพื้นที่อุปสรรค ได้แก่ ความไม่ชัดเจนของบทบาทในการทำงานร่วมกันของแต่ละภาคส่วน และเวลาที่จำกัด สอดคล้องกับการศึกษาของ Anaf J, et al.³⁰ พบว่าปัจจัยสนับสนุนการทำงานร่วมกันของแต่ละภาคส่วน คือ การมีพื้นฐานวิชาชีพที่แตกต่างกัน ส่วนอุปสรรคคือเวลาที่จำกัด

การดำเนินการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน พบว่ามีความแตกต่างจากการดำเนินการแบบดั้งเดิมคือ 1) มีการค้นหาทุนทางสังคมเมื่อเริ่มดำเนินการในระยะแรกของการดำเนินงานประเพณีชุมชน 2) ดำเนินการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาโดยใช้ข้อมูลทางระบาดวิทยา ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ข้อมูลจากประชาชน 3) ตัวชี้วัดให้ความสำคัญกับกระบวนการและผลลัพธ์ และ 4) ถอดบทเรียนการทำงาน เพื่อค้นหาความสำเร็จและอุปสรรค นำไปสู่การเรียนรู้

การถอดบทเรียนโครงการแก้ปัญหาสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ในการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการถอดบทเรียนเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ชุมชนเป็นฐานมีจุดแข็งคือ การเข้าใจประสบการณ์การทำงานเฉพาะของพื้นที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาสุขภาพและทุนทางสังคม อย่างไรก็ตามชุมชนเป็นฐานมีจุดอ่อนคือ เป็นการศึกษาในพื้นที่เดียว ดังนั้นการนำไปประยุกต์ใช้จะต้องคำนึงถึงบริบท วัฒนธรรม ของพื้นที่ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เนื่องจากแต่ละพื้นที่จะมีผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีคุณลักษณะแตกต่างกัน มีทุนสังคมและความจำเป็นทางสุขภาพที่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

ควรนำวิธีการการทำงานกับชุมชนที่เริ่มจากการค้นหาผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agent) ในชุมชน การสื่อสารไม่เป็นทางการและเป็นทางการ การชี้แจงบทบาทของทุกภาคส่วนให้ชัดเจนเพื่อประสานการทำงานร่วมกัน การค้นหาทุนทางสังคมของพื้นที่ และการค้นหาความจำเป็นทางสุขภาพที่ครอบคลุมความจำเป็นของประชาชน (Express need) ความจำเป็นของเจ้าหน้าที่ (Normative need) มาวางแผนการทำงาน เพื่อให้ชุมชนใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน แก้ปัญหาสุขภาพที่ตรงกับความต้องการของชุมชน ประชาชน

มีส่วนร่วม อันจะนำไปสู่ความยั่งยืนในการพัฒนาสุขภาพของชุมชน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1.การศึกษาเชิงปริมาณด้วยการออกแบบการประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพ (Evaluation in health promotion) เพื่อประเมินความสำเร็จของโครงการฯ อันจะทำให้เกิดข้อมูลเชิงประจักษ์

2.การศึกษาเชิงปริมาณผลของทุนทางสังคมต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ

3.การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความยั่งยืนของการดำเนินงานโครงการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

การถอดบทเรียนนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ภายใต้การดำเนินงานโครงการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอเพื่อมุ่งสู่อำเภอสร้างเสริมสุขภาพ (24 DHS)

เอกสารอ้างอิง

1. Bureau of Health Administration. Moving district health system. Nonthaburi: Permanent Secretary Ministry of Public Health [in Thai]; 2014.
2. Tarimo E. Towards a healthy district: Organizing and managing district health systems based on Primary Health Care. Geneva: World Health Organization; 1991.
3. Meessen B., Malanda B. No universal health coverage without strong local health systems. Bulletin of the World Health Organization. 2014; 92: 78-78A.
4. Awoonor-Williams J. K., Sory E. K., Nyongator F. K., Phillips J. F., Wang C., Schmittc M. L. Lessons learned from scaling up a community-based health program in the Upper East Region of northern Ghana. Global Health: Science and Practice. 2013; 1(1): 117-133.
5. Yokanit P, Sungraksa N. Lesson learned from learning community health care of Nongsarai District, Phanomthuan, Khanchanaburi. Silpakorn Educational Research Journal. 2010; 2(1): 132-140 [in Thai].
6. Sitiprichachan P, Pariyaprun P. Community health care system development process: 14 case studies of communities in central region Journal of Public Health Nursing. 2014; 28(1): 1-15 [in Thai].
7. Planoi S. Lesson learned by after action review in monitoring healthy city research and development project. Bangkok: Faculty of Social and Humanity, Mahidol University. ; 2004. [in Thai]
8. Thanasukarn C. Manual for public health officer in improving the tasks of community health fund among local organization and district health network. Bangkok: Faculty of Public Health, Mahidol University. 2010. [in Thai]
9. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. Newbury Park, CA: Sage Publications; 1985.
10. Thurmond V.A. The Point of Triangulation. Journal of Nursing Scholarship. 2001; 33(3): 253-258.
11. Braun V., Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research Psychology. 2006; 3: 77-101.
12. Srivanichakorn S. Caring for elderly people in community. Nonthaburi: Institute of Community Based Health Care Research and Development ; 2009. [in Thai]
13. Miyamoto K., Iwakuma M., Nakayama T. Social capital and health: implication

- for health promotion by lay citizens in Japan. *Global Health Promotion*. 2014; 22(4): 5-19.
14. Kitreerawutiwong N, Jariya W. Implementing district health system based on primary health care approach. *Journal of Nursing and Health Care*. 2015; 33(3): 6-16 [in Thai].
15. Dookie S., Singh S. Primary health services at district level in South Africa: a critique of the primary health care approach. *BMC Family Practice*. 2012; 13: 67-70.
16. McKnight J.L. A Twenty-First Century Map for Healthy Communities and Families. Evanston, IL: Asset-Based Community Development Institute, Institute for Policy Research: Northwestern University; 1996.
17. Bhuiyan S. H. Social Capital and Community Development: An Analysis of Two Cases from India and Bangladesh. *Journal of Asian and African Studies*. 2011; 46(6): 533-545.
18. Eriksson M. Social capital and health implications for health promotion. *Global Health Action*. 2011; 4: 5611. DOI: 10.3402/gha.v4i0.5611.
19. Bradshaw J. A taxonomy of social need. In: McLachlan G., editor. *Problems and progress in medical care*. London: Oxford University Press; 1972.
20. Danwatana S. Health need assessment toolkit. Nonthaburi: Health care reform project; 2009. [in Thai]
21. World Health Organization the Commission on the Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Switzerland: World Health Organization; 2008.
22. LeBan K. How Social Capital in Community Systems Strengthens Health Systems: People, Structures, Processes. 2011 [cited 2015 1 June]; Available from: http://www.coregroup.org/storage/Program_Learning/Community_Health_Workers/Components_of_a_Community_Health_System_final10-12-2011.pdf.
23. World Health Organization. *Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies*. Geneva: World Health Organization; 2010.
24. Seims LR, Alegre JC, Murei L, Bragar J, Thatte N, Kibunga P, et al. Strengthening management and leadership practices to increase health-service delivery in Kenya: an evidence-based approach. *Human Resources for Health* 2012; 10(25) <http://www.human-resources-health.com/content/10/1/25>

25. Chatora R, Tumusiime P. Health Sector Reform and District Health System. Brazzaville: World Health Organization Regional Office for Africa; 2004.
26. Morgan D, Crossley M, Stewart N, Kirk A, Forbes D, D’Arcy C, et al. Evolution of a Community-Based Participatory Approach in a Rural and Remote Dementia Care Research Program. . Progress in Community Health Partnerships : Research, Education, and Action. 2014; 8(3): 337-345.
27. Sansern R, Timsuwan B, Lawang W, Rodchakpai Y, Punnotok R, Chantamitopas C. Intregative rehabilitation of disabilities by apply community based approach in primary care: Lesson learn form Thailand. Journal of Nursing and Education. 2010; 3(2): 99-113 [in Thai].
28. Ewles L., Simnett I. Promoting Health: A Practical Guide. edition t, editor. Edinburgh: Bailliere Tindall 1999.
29. Ponsen K, Silawan T, Pacheun O, N. K. Community Health Problems Identification and Synthesis through Participatory Learning Process. Journal of Public Health, Burapha University. 2016; 11(2): 22-32 [in Thai].
30. Anaf J, Baum F, Freeman T, Labonte R, Javanparast S, Jolley G, et al. Factors shaping intersectoral action in primary health care services. Australian and New Zealand Journal of Public Health. 2014; 38(6): 553-559.

