



สานพลังก้าวข้ามขีดจำกัด สู่ความมั่นคงทาง สุขภาพ

ผู้เขียน:

ภาคีเครือข่ายสุขภาวะภาคใต้
ศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศบ.สต.)

บรรณาธิการ:

ดร.อุพ.วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย ดร.กุลกัต หงส์เขียงนุร
และ ภก.ประเวศ หมัดเส็น

สานพลังก้าวข้ามขีดจำกัดสู่ความมั่นคงทางสุขภาพ

ผู้เขียน ภาคีเครือข่ายสุขภาพภาวะภาคใต้ และศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพ
จังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศบ.สต.)

บรรณาธิการ ดร.นพ.วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย ดร.กุลทัต หงษ์ชยางกูร
และ ภก.ประเวศ หมีดีเส้น

กองบรรณาธิการ ดร.เพ็ญ สุขมาก ผศ.ดร.จุฑารัตน์ สติธิปัญญา
ดร.มুমตาส มีระมาน ดร.ชอพิยะห์ นิมะ
บุญเรือง ขาวนวล และ ฮามีดี๊ะ หวันนุรัตน์

ที่ปรึกษา ผศ.ดร.พงศ์เทพ สุธีรวิฒิ

พิมพ์ครั้งที่ 1 กรกฎาคม 2562 **จำนวน** 1,200 เล่ม

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของสำนักหอสมุดแห่งชาติ National Library of Thailand Cataloging in Publication Data

ภาคีเครือข่ายสุขภาพภาวะภาคใต้.

สานพลังก้าวข้ามขีดจำกัด สู่ความมั่นคงทางสุขภาพ.-- สงขลา : สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2562.

104 หน้า.

1. สุขภาพ. I. ศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศบ.สต.), ผู้แต่งร่วม. II. ชื่อเรื่อง.
613

ISBN 978-616-271-537-2



สำนักบริหารกองทุนสนับสนุน
การวิจัยและสุขภาพ



สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ ม.อ.



สำนักงานคณะกรรมการ
สุขภาพแห่งชาติ



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน
(สถาบันพอเพียง)

จัดพิมพ์และเผยแพร่โดย

สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ชั้น 10 อาคารศูนย์ทรัพยากรการเรียนรู้และอาคารบริหารวิชาการ
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110
โทรศัพท์ 0 7428 2902 โทรสาร 0 7428 2901

องค์กรร่วมสนับสนุน

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
กระทรวงสาธารณสุข (สธ.)
สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน)

ปก/รูปเล่ม ฝนพรช อินทรนิवास

พิมพ์ที่ โฟ-บาร์ด 280/2 หมู่ที่ 6 ถนนปณณกันท์ ตำบลทุ่งใหญ่
อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110 โทรศัพท์ 08 9659 5338
E-mail: fonpat1971@gmail.com

สานพลัง ก้าวข้ามขีดจำกัด... กลไกระบบสุขภาพ แบบมีส่วนร่วม

โดย ภาคีเครือข่ายสุขภาพะภาคใต้

คำนำ

เอกสารฉบับนี้เป็นเอกสารนำเข้าสู่สำหรับงานสร้างสุขภาพได้ ครั้งที่ 11 ปี 2562 “สานพลังก้าวข้ามขีดจำกัดเพื่อภาคใต้แห่งความสุข” ในห้องความมั่นคงทางสุขภาพ : กลไกระบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าร่วมงานเข้าใจและเข้าถึงกลไกต่าง ๆ เหล่านี้ รวมถึง ผู้คน เครือข่าย เครื่องมือ ความรู้ ของทั้ง 4 ส. เพื่อนำไปปรับประยุกต์ใช้ในการทำงานในบริบทของตนได้ ประกอบด้วย 1) สถานการณ์ของกลไกระบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วม 2) ชุดความรู้ นวัตกรรม การพัฒนาศักยภาพ การขยายเครือข่าย และบทเรียน การทำงานเพื่อก้าวข้ามขีดจำกัด ข้ามพื้นที่ ข้ามเครือข่าย ข้ามประเด็น ใน 4 พื้นที่ คือ ละงู ตากใบ ทุ่งตะโก และหลังสวน ซึ่งเป็นกรณีศึกษา ความสำเร็จของพื้นที่ต้นแบบที่ใช้การสานพลังภาคีเครือข่าย สหสาขา โดยอาศัยกลไกหลายระดับเพื่อการขับเคลื่อนประเด็น ปัญหาในพื้นที่ และ 3) ข้อเสนอเชิงการขับเคลื่อนต่อภาคีเครือข่าย ในพื้นที่ และข้อเสนอเชิงนโยบายต่อหน่วยงานส่วนกลางในงาน สร้างสุขภาพได้ ครั้งที่ 11

หวังเป็นอย่างยิ่งว่าการจัดการความรู้ในงานสร้างสุขภาพได้ จะมีส่วนช่วยในการสานพลังภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อยกระดับ การขับเคลื่อนประเด็นวิกฤตสุขภาพะภาคใต้ ทั้งในเชิงพื้นที่และ เชิงนโยบายและนำไปสู่สุขภาพะของคนใต้ได้ในอนาคต

คณะผู้จัดทำ

สารบัญ

1. สถานการณ์กลไกระบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วม	5
2. รูปธรรมความสำเร็จของพื้นที่ต้นแบบ บทเรียนการทำงาน เพื่อก้าวข้ามขีดจำกัด ข้ามพื้นที่ ข้ามเครือข่าย ข้ามประเด็น	24
• กรณีศึกษาพื้นที่อำเภอละงู จังหวัดสตูล : พลัง “DULHEE” วิถีบ้านป่อเจ็ดลูก	24
• กรณีศึกษาพื้นที่อำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส : “บางขุนทองโมเดล” ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ และผู้สูงอายุ โดยชุมชนเป็นฐาน ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง	36
• กรณีศึกษาพื้นที่อำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร : กลไกการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ “ทุ่งตะโกโมเดล”	44
• กรณีศึกษาพื้นที่อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร : กลไกการจัดการระดับตำบลและอำเภอขององค์การบริหารส่วนตำบลบ้านควน และพชอ.หลังสวน	52
3. ข้อเสนอเชิงนโยบายและข้อเสนอเชิงการขับเคลื่อน	64

1. สถานการณ์กลไกระบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ให้ความหมายของสุขภาพไว้เมื่อปี พ.ศ.2491 ว่า “สุขภาพ หมายถึง สภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการดำรงชีวิต อยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข และมีได้หมายความเฉพาะเพียงแต่ การปราศจากโรคและความพิการเท่านั้น” พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 กำหนดนิยามของสุขภาพไว้ว่า “สุขภาพ หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต ปัญญา และสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล”

องค์การอนามัยโลกได้เสนอเรื่อง กระบวนการมีส่วนร่วมเพิ่มเติมในกรอบแนวคิดเรื่องระบบสุขภาพ “6 Building blocks plus” กลายเป็น 7 องค์ประกอบ คือ 1) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership and governance) 2) การเงินการคลังด้านสุขภาพ (Health financing) 3) กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce) 4) ยา เวชภัณฑ์ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Medical products, vaccines and technologies) 5) ระบบข้อมูลสารสนเทศสุขภาพ (Health information system) 6) ระบบบริการสุขภาพ (Service delivery) และ 7) กระบวนการมีส่วนร่วม (Participation)

ในการสร้างสุขภาพจะใช้พื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้สามารถจัดการปัญหาที่มีความแตกต่างหลากหลาย ได้ตามบริบทของพื้นที่และวิถีวัฒนธรรมของประชาชนที่เป็นเจ้าของ

สุขภาพนั้น กลไกที่มีความสำคัญ คือ กลไกระบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่ระดับต่างๆ ตั้งแต่ หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด จนถึงระดับเขต เช่น ทุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพขนาดเล็ก ธรรมนูญสุขภาพ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) สมัชชาสุขภาพ และคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) ของ 4 ส. คือ กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

1.1 กลไกคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.)

เป็นกลไกระดับเขตตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน พ.ศ.2559 ที่มุ่งเน้นการทำงานในลักษณะเครือข่าย โดยใช้พื้นที่ระดับกลุ่มจังหวัดเป็นฐานในการทำงานแบบมีส่วนร่วมซึ่งต้องมีการสานพลังซึ่งกันและกัน ทั้งพลังปัญญาพลังสังคมและพลังรัฐ ในการจัดการประเด็นหรือปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของประชาชนในเขตพื้นที่ มีการกำหนดวิสัยทัศน์ร่วมกับทางสุขภาพของเขตพื้นที่ตนเอง เพื่อให้ตรงกับความต้องการของประชาชนในพื้นที่ และมีการระดมสรรพกำลัง ทั้งองค์ความรู้ ความคิด และทรัพยากรในการขับเคลื่อนร่วมกัน ก่อนจะนำไปปฏิบัติภายใต้กลไกหรือกฎระเบียบตามภารกิจความรับผิดชอบของหน่วยงานของแต่ละคนที่เป็นองค์ประกอบของ กขป. ในพื้นที่ภาคใต้ประกอบด้วยคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขต 11 และคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขต 12 มีรายละเอียดการดำเนินงานดังนี้

คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขต 11
ขับเคลื่อนการดำเนินงานในกลุ่มจังหวัดชุมพร ระนอง กระบี่ พังงา ภูเก็ต นครศรีธรรมราช และสุราษฎร์ธานี ร่วมกันกับภาคีเครือข่ายใน 4 ประเด็น คือ

1. กลุ่มเด็กและเยาวชนมีเป้าประสงค์ คือ “เด็กและเยาวชนมีการเจริญเติบโต สูงดี สมส่วน และมีสติปัญญา” โดยให้ความสำคัญด้านภาวะโภชนาการ พัฒนาการ และการพัฒนาไอคิว
2. กลุ่มคนวัยทำงาน มุ่งสร้างความมั่นคงในชีวิตด้วยเศรษฐกิจพอเพียง เพื่อสุขภาพะบบฐานเกษตรเชิงนิเวศและการท่องเที่ยวโดยชุมชน
3. กลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบาง มุ่งให้ผู้สูงอายุเป็นเสาหลักของสังคม อยู่อย่างมีศักดิ์ศรี มีคุณภาพชีวิตดี ตามสโลแกน “พุดมพลัง อยู่อย่างสง่า ตายอย่างสงบ” ส่วนกลุ่มเปราะบางเน้นการเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐานอย่างทั่วถึง
4. ประเด็นสาธารณสุขทางทะเล มุ่งจัดการสิ่งแวดล้อมทางทะเลที่เอื้อต่อบริบทการดำเนินชีวิตของประชาชน ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ส่งเสริมการท่องเที่ยว รักษาภาพลักษณ์ และบรรยากาศการท่องเที่ยวเชิงคุณภาพที่ยั่งยืน

การขับเคลื่อนงาน มีหลักการ วิธีการ และขั้นตอนหลักในการขับเคลื่อนด้วยการสานพลัง คือ

ขั้นที่ 1 การแสวงหาความรู้ เรียนรู้การสานพลังจากพื้นที่รูปธรรม ดังนี้

ตารางที่ 1 กลุ่มประเด็น พื้นที่ และวิธีการเรียนรู้ กขป.เขต 11

กลุ่มประเด็น	พื้นที่ และวิธีการเรียนรู้
ผู้สูงอายุ และกลุ่มเปราะบาง	เรียนรู้ในพื้นที่ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตวัดมาตุคุณาราม อ.ตะกั่วทุ่ง จ.พังงา
วัยทำงาน	เรียนรู้การสานพลังกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และกลุ่มเกษตรพอเพียง อ.ทุ่งตะโก จ.ชุมพร
เด็ก และเยาวชน	เรียนรู้จากกลุ่มผู้ปฏิบัติของสถานศึกษา ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีผลงานเด่นในจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยประเด็นเด็กและเยาวชนได้ร่วมมือกับศูนย์อนามัยที่ 11 โรงเรียน และภาคีที่เกี่ยวข้อง
การจัดการขยะ และสิ่งแวดล้อมทางทะเล	เรียนรู้วัตกรรมการจัดการขยะของเทศบาลตำบลอ่าวนาง อ.อ่าวนาง จ.กระบี่ การจัดการ “ตำบลไร้รถถัง” ขององค์การบริหารส่วนตำบลบางวัน และการจัดการขยะของ พชอ.เมือง จ.พังงา

ขั้นที่ 2 การสำรวจ แสวงหาภาคี ที่มีการดำเนินกิจกรรมสอดคล้อง โดยแต่ละประเด็นได้จัดทำฐานข้อมูลเครือข่ายในเขตพื้นที่ทั้งที่เป็นหน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรเอกชน และองค์กรชุมชน

ขั้นที่ 3 เลือกพื้นที่เพื่อนำร่องในการขับเคลื่อน การที่ต้องเลือกดำเนินการในบางพื้นที่เพราะ กขป. มีข้อจำกัดทั้งทางด้านกำลังคน งบประมาณ และอุปกรณ์ ในขณะที่คณะกรรมการทุกท่าน

และผู้เกี่ยวข้องต่างคาดหวังผลลัพธ์จากการสานพลังที่เป็นรูปธรรม จึงต้องเลือกดำเนินการในพื้นที่ที่มีศักยภาพพื้นฐานซึ่งพิจารณาจากปัจจัยประกอบหลายประการ เช่น

- 1) เป็นพื้นที่ที่กำลังดำเนินการในประเด็นนั้น ๆ
- 2) ภาคีอื่นที่มีบทบาทเกี่ยวข้องพร้อมร่วมดำเนินการ
- 3) มีแกนนำพร้อมทำหน้าที่ประสานงานภาคีในพื้นที่
- 4) มีงบประมาณ หรือมีความเป็นไปได้ในการได้รับงบประมาณสนับสนุน ฯลฯ

ขั้นที่ 4 การสานพลังภาคีใน กขป. เพื่อสนับสนุนการเคลื่อนประเด็น ประกอบด้วย

- 1) การสานพลังภาคีตระกูล ส. ซึ่งประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เพื่อสานข้อมูลภาคีปฏิบัติการในพื้นที่ต่าง ๆ และแนะนำช่องทางในการขอการสนับสนุนงบประมาณ
- 2) การสานพลังภาคีภาครัฐเพื่อการขับเคลื่อนใน 4 ประเด็นซึ่งมีภาคราชการที่สำคัญและสามารถให้การสนับสนุนการดำเนินงานได้หลายหน่วยงาน เช่น กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) กระทรวงมหาดไทย (งบกลุ่มจังหวัด) กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ องค์กรบริหารส่วนจังหวัด ฯลฯ
- 3) การสานพลังภาคีอื่น โดยทุกภาคส่วนใน กขป. ทั้งจากภาคเอกชน ภาคประชาสังคม ภาควิชาการ ผู้ทรงคุณวุฒิ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และส่วนราชการอื่น ๆ ล้วนสามารถสนับสนุนการขับเคลื่อนประเด็นที่สนใจให้สัมฤทธิ์ผลได้ โดยเฉพาะการสนับสนุนด้านข้อมูลความรู้ งบประมาณ และทรัพยากรที่จำเป็น

ขั้นที่ 5 การถอดบทเรียน จัดการความรู้ และการศึกษาวิจัย เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน

ข้อจำกัดและความท้าทาย

การทำหน้าที่ของ กขป. ที่ผ่านมามีส่วนใหญเป็นการประชุม แม้จะมีการจัดโครงสร้างคณะทำงานและมีแผนปฏิบัติการอย่างชัดเจน แต่การขับเคลื่อนงานในพื้นที่ที่มีข้อจำกัดหลายประการ ประกอบด้วย

- 1) การขาดบุคลากรในการประสานในพื้นที่ปฏิบัติการของแต่ละประเด็น การขาดบุคลากรที่มีศักยภาพและความพร้อมทำให้การสานพลังภาคีเพื่อการขับเคลื่อนงานในพื้นที่ที่ไม่สามารถเป็นจริงได้
- 2) การขาดทรัพยากรและงบประมาณ ในแต่ละปี กขป. จะได้รับงบประมาณจากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ซึ่งมีงบประมาณไม่มากและถูกปรับลดลงทุกปี ส่งผลให้ กขป.ขาดงบประมาณเพื่อการสานพลังในพื้นที่เป้าหมาย
- 3) คณะกรรมการ กขป. ยังไม่หนุนเสริมงาน กขป. อย่างเต็มศักยภาพของตนเอง โดยเฉพาะคณะกรรมการที่เป็นผู้แทนกระทรวง ซึ่งมีภาระงานประจำมาก ไม่ได้เข้าประชุมอย่างต่อเนื่องหรือส่งผู้แทนเข้าร่วมประชุม
- 4) คณะกรรมการและภาคีส่วนใหญ่ยังไม่คุ้นเคยและยังขาดทักษะในการใช้อำนาจอ่อน หนัดการใช้อำนาจในการสั่งการ

คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขต 12

ขับเคลื่อนการดำเนินงานในกลุ่มจังหวัดตรัง พัทลุง สตูล สงขลา ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส ใน 4 ประเด็น และมีแผนปฏิบัติการ 2 ปี (พ.ศ.2562-2563) ในประเด็นต่างๆ คือ

ตารางที่ 2 ประเด็น เป้าประสงค์ ยุทธศาสตร์ และแนวทางการดำเนินงาน กขป. เขต 12

ประเด็น	เป้าประสงค์	ยุทธศาสตร์และแนวทางการดำเนินงาน
1. บุหรี่และปัจจัยเสี่ยง	1. สกัดนักเสพหน้าใหม่และนักเสพหน้าเก่า 2. ลดปัญหากลุ่มผู้ได้รับผลกระทบจากการสูบบุหรี่	1. พัฒนาแหล่งเรียนรู้ ระบบข้อมูลและสารสนเทศ 2. สนับสนุนและพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย 3. พื้นที่ปฏิบัติการต้นแบบระดับอำเภอ 4. การผลักดันเชิงนโยบายสู่ระดับปฏิบัติการ
2. การดูแลสุขภาพตามกลุ่มวัย	1. ลดการตายในหญิงตั้งครรภ์ 2. การเตรียมความพร้อมในภาวะฉุกเฉินและการส่งตัว 3. ถอดบทเรียนต้นแบบระบบการคัดกรอง 4. ปฏิบัติการร่วมกับภาคีความร่วมมือ	Smart Mom 1. ค้นหาคัดกรอง ดูแลกลุ่มเสี่ยง ลงเยี่ยมติดตามผลลัพธ์ 2. สร้างความรู้เรื่องภาวะฉุกเฉิน 3. ค้นหาพื้นที่โมเดลต้นแบบระดับอำเภอและตำบลที่มีรูปธรรมระบบการดูแลสุขภาพในการคัดกรอง 4. เวทีพูดคุยแลกเปลี่ยนกับภาคีความร่วมมือต่างๆ
	เด็กพร้อมจะโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ	Smart Kids มหัศจรรย์ 1,000 วัน สื่อสารสาธารณะ ธรรมนูญชุมชน มาตรการทางกฎหมาย การสร้างความเข้มแข็งให้ครอบครัว

2) การให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายและประชาชน (Customer focus) คือ มีช่องทางในการรับรู้ และเข้าใจความต้องการของประชาชนผู้รับบริการแต่ละกลุ่มและนำมาบูรณาการกับระบบงานต่างๆ ทำให้ประชาชนและผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการทำงานด้านสุขภาพ

3) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (Community participation) เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในระดับอำเภอ ทุกขั้นตอนของการพัฒนา (ร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมดำเนินการ ร่วมประเมินผล) โดยมีเป้าหมายร่วมกัน คือ การทำงานด้านสุขภาพ เพื่อยกระดับการพึ่งตนเอง ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและไม่ทอดทิ้งกัน

4) การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการเอง (Appreciation and quality) เช่น การพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิโดยไม่ทิ้งดูดยต่อความทุกข์ของผู้ป่วย การพัฒนาคุณภาพที่ไม่เน้นเชิงปริมาณเพียงอย่างเดียวแต่ต้องเน้นที่เนื้อหาและคุณภาพบริการที่ประชาชนได้รับร่วมด้วย ผู้รับบริการและประชาชนมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

5) การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and Human development) โดยให้ความสำคัญกับการระดมและการแบ่งปันทรัพยากร ทั้งคน เงิน เครื่องมือ ความรู้ เทคโนโลยี และฐานข้อมูล เพื่อใช้ร่วมกันในภารกิจทางสุขภาพภายใต้การบริหารจัดการที่ดี ส่วนการพัฒนาบุคลากรให้ความสำคัญกับการพัฒนาโดยวิเคราะห์ส่วนขาดและเติมเต็มตามสภาพปัญหาและความต้องการทั้งของบุคคลและหน่วยงานรูปแบบ การพัฒนาทำได้หลากหลายวิธีการ เช่น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การฝึกอบรม การดูงาน การใช้ระบบพี่เลี้ยง เป็นต้น

6) การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential care) เน้นการจัดการปัญหาสุขภาพที่ตอบสนองต่อปัญหาของประชาชนในพื้นที่ สอดคล้องตามบริบทและวัฒนธรรม ครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพ ตามหลักการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ คือ การเข้าถึงบริการ (Accessibility) การให้บริการอย่างต่อเนื่อง (Continuity) การเชื่อมโยงประสาน (Coordination) การให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensiveness) และชุมชนมีส่วนร่วม (Community Participation)



รูปที่ 1 ระบบสุขภาพอำเภอ

การขับเคลื่อนงาน พชอ. ตามแนวทางการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุก ภาคส่วนโดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเป็น เจ้าของและภาวะการนำร่วมกัน เป็นการบริหารจัดการแบบประชาธิปไตย โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริม ให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาพทางกาย จิต และสังคม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืน ด้วยการบูรณาการทรัพยากร ภายใต้อำนาจของพื้นที่ การบูรณาการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) การวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ในพื้นที่ และดำเนินการตามองค์ประกอบ UCCARE ซึ่งกำหนดให้ ทุกอำเภอได้กำหนดประเด็นสุขภาพ (ODOP) อย่างน้อยอำเภอละ 2 ประเด็น เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน มีการบริหารจัดการ ทรัพยากรของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนประเด็นการ พัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่ มีการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ คือ

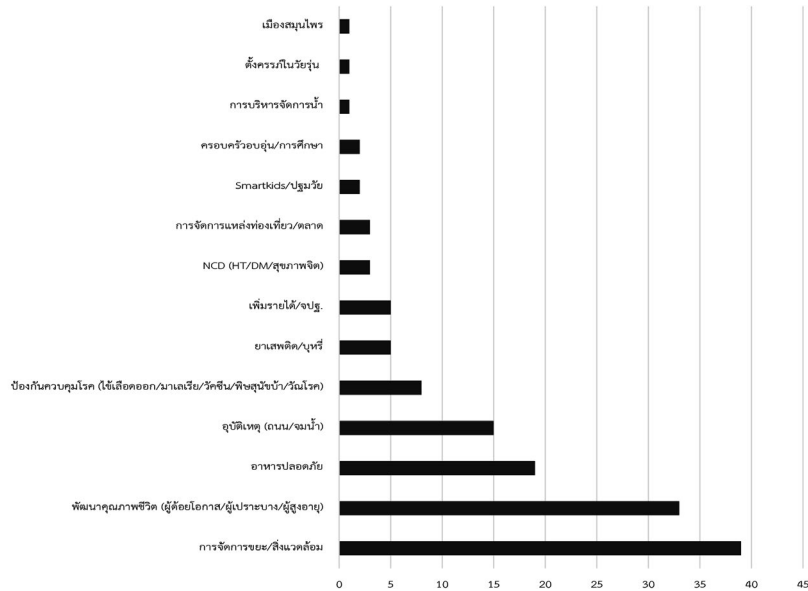
1. ทุกจังหวัดดำเนินการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) อย่างต่อเนื่อง รวมถึงการสนับสนุนให้เกิดเวทีแลกเปลี่ยน เรียนรู้ระหว่างอำเภอและจังหวัด
2. แต่ละอำเภอจัดทำคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ (พชอ.) และคัดเลือกประเด็นการพัฒนา คุณภาพชีวิตอย่างน้อย 2 ประเด็น ตามบริบทของพื้นที่

3. ให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอดำเนินการ สร้างกลไกและพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยการบูรณาการอย่าง มีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน
4. ติดตาม เยี่ยม เสริมพลัง เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และเสริมจุดขาด
5. ประเมินตนเองตามเกณฑ์ UCCARE เพื่อพัฒนาและ ยกกระดับการพัฒนาตามเกณฑ์

พชอ. เขตสุขภาพที่ 11 มีการดำเนินงานในประเด็นการ พัฒนาคุณภาพชีวิตต่าง ๆ อาทิ การดูแลผู้สูงอายุ การกำจัดขยะ และสุขภาพสิ่งแวดล้อม การลดอุบัติเหตุ อาหารปลอดภัย การดูแล แม่และเด็ก วัยรุ่น โรคไม่ติดต่อ ยาเสพติด และโรคติดต่อ

พชอ. เขตสุขภาพที่ 12 มีการอบรมพัฒนาศักยภาพ ทีมเลขานุการ พชอ. ครอบคลุมอำเภอ และมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับเขต ประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ พชอ. เลือ่มากที่สุด 3 อันดับแรก คือ การจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้เปราะบาง ทางสังคม และประเด็นอาหารปลอดภัย

ประเด็น พชอ. เขตสุขภาพที่ 12



รูปที่ 2 ประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต พชอ. เขตสุขภาพที่ 12

1.3 กลไกคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

เป็นกลไกระดับตำบลหรือเทศบาล ที่ทำหน้าที่ในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ หรือ “กองทุนสุขภาพตำบล” ซึ่งเป็นนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นตามบทบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 13(3) มาตรา 18(4) (8) (9) และมาตรา 47 ที่ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้บริหารและดำเนินงานในการสนับสนุนและกำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กร ชุมชน องค์กรเอกชน และภาคเอกชน ที่ไม่มีวัตถุประสงค์มุ่งหากำไร ดำเนินงานและบริหารจัดการเงินได้ตามความเหมาะสม โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ และกำหนดรูปแบบการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น โดยสนับสนุนเงินจัดสรรกระจายรายหัวร่วมกับการสมทบเงิน (Matching fund) ร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล

กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่น องค์กรหรือกลุ่มประชาชน เพื่อให้บุคคลเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อมความเหมาะสมและความต้องการของประชาชนในพื้นที่ การสนับสนุนเงินกองทุนฯ จะสนับสนุนเป็นค่าใช้จ่ายตามแผนงานหรือโครงการและกิจกรรม ตามประเภท 5 ข้อ คือ

1. เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานสาธารณสุข
2. เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดกระบวนการหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคขององค์กรหรือกลุ่มประชาชนหรือหน่วยงานอื่น
3. เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของศูนย์เด็กเล็ก หรือศูนย์ที่ดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาและดูแลเด็กเล็กในชุมชน ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือศูนย์ที่ดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง
4. เพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการบริหารหรือพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ
5. เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขเบื้องต้น กรณีที่เกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติในพื้นที่

ผลการดำเนินงาน

ความครอบคลุมของการดำเนินงานกองทุนฯ เขต 11 (ข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2561) ครอบคลุม 100% เขต 12 ครอบคลุม 99.8% แต่มีปัญหาการดำเนินงานในภาพรวม โดยพบว่าเกิดจากกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะด้านการเงินที่ไม่เอื้อต่อการดำเนินงาน การกีดกันการถูกตรวจสอบจากหน่วยตรวจสอบการประเมินติดตามสนับสนุนการดำเนินงานกองทุนฯ ไม่ครอบคลุมทุกจังหวัด การไม่เข้าใจเจตนารมณ์ที่แท้จริงของกองทุนฯ ขาดการประชาสัมพันธ์กองทุนฯ การมีอยู่ของแหล่งงบประมาณอื่นๆ ในพื้นที่ การเขียนโครงการเพื่อขอใช้งบประมาณกองทุนฯ ศักยภาพและที่มาของคณะกรรมการกองทุนฯ ในขณะที่กองทุนฯ เขต 12 มีเงินสะสม

คงเหลือเป็นจำนวนมาก และการขาดกลไกในการสนับสนุนกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ จึงได้มีการดำเนินการเพื่อแก้ปัญหาตามสภาพปัญหาหรืออุปสรรคของกองทุนฯ ร่วมกับภาคีเครือข่าย อาทิ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และสถาบันการศึกษา ฯลฯ เพื่อให้เกิดการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข การเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น ซึ่งเป็นการมุ่งเน้นให้กองทุนฯ เป็นฐานและเครื่องมือในการดูแลสุขภาพให้กับชุมชน และเป็นทุนหนุนเสริมเพื่อสร้างประโยชน์ด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่

ในปีที่ผ่านมา สปสช. เขต 11 และ 12 มีการดำเนินโครงการร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสถาบันวิชาการในพื้นที่ คือ สถาบันการจัดการระบบสุขภาพมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สจรส.ม.อ.) ในการส่งเสริมให้คนไทยมีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้นภายใต้แผนงานการส่งเสริมกิจกรรมทางกายและการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ภายใต้โครงการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และยาเสพติด ด้วยการเพิ่มศักยภาพของโครงการที่เกี่ยวข้องในกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่นำร่องรวม 70 กองทุน ในเขต 11 นำร่องในอำเภอนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี และอำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร เกิดแผนงานจำนวน 85 แผนงาน มีโครงการพัฒนา 155 โครงการ และมีการติดตามประเมินผลจำนวน 93 โครงการ ส่วนในเขต 12 ได้นำร่องในอำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา อำเภอละงู จังหวัดสตูล อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา และอำเภอเมืองนราธิวาส จังหวัดนราธิวาส จนเกิดแผนงาน จำนวน 158 แผนงาน

มีโครงการพัฒนา 225 โครงการ และมีการติดตามประเมินผล จำนวน 306 โครงการ (ข้อมูล ณ วันที่ 14 กรกฎาคม พ.ศ.2562)

กิจกรรมหลักประกอบด้วย

1. การสร้าง สนับสนุน และพัฒนาทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัดและอำเภอ เพื่อการหนุนเสริมผู้เสนอโครงการทั้งในขั้นตอนการพัฒนาโครงการและการติดตามประเมินผล การดำเนินงานกองทุนฯ
2. การพัฒนาระบบการจัดทำแผนและโครงการด้วยการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาข้อเสนอโครงการ เพื่อจัดทำกรอบแนวคิดของโครงการให้มีความชัดเจน รวมทั้งแนะนำและฝึกปฏิบัติการใช้งานเว็บไซต์เพื่อการจัดการโครงการ
3. การพัฒนาระบบติดตามประเมินผลโครงการ Online ผ่านเว็บไซต์ และการสร้างเครือข่ายการจัดการความรู้และประเมินผลเพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมในการพัฒนากองทุน ตำบล (Developmental Evaluation - DE)

การดำเนินงานดังกล่าว มีผลการดำเนินงานดังนี้

1. มีการผลักดันสนับสนุนให้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่มีแผนงาน โครงการ กิจกรรม ตามวัตถุประสงค์ของกองทุน เช่น โครงการที่เกี่ยวข้องกับการจัดการปัจจัยเสี่ยง สุรา ยาสูบ ยาเสพติด อาหาร และกิจกรรมทางกาย
2. เกิดหลักสูตรการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ สุรา ยาสูบ ยาเสพติด อาหาร และการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ในกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

3. เกิดการพัฒนาศักยภาพกรรมการกองทุนฯ และผู้รับผิดชอบกองทุนฯ ส่งผลให้มีความรู้ความเข้าใจในระเบียบของกองทุนฯ อันจะนำไปสู่การดำเนินกิจกรรมต่างๆ ด้านสุขภาพตามวัตถุประสงค์ของกองทุนฯ ในพื้นที่ได้
4. เกิดเครือข่ายการสนับสนุนด้านวิชาการในการสนับสนุนการทำงานของกองทุนฯ

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของประเภทการสนับสนุน และลักษณะโครงการที่ขอรับการสนับสนุนจากกองทุน

ประเภท	เขต 11	เขต 12
ประเภท 1 สนับสนุนการจัดบริการ สาธารณสุขของหน่วยบริการ/สถาน บริการ/หน่วยงานสาธารณสุข	3,567 (36.6)	3,735 (34)
ประเภท 2 สนับสนุนกิจกรรมสร้าง เสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของ กลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วย งานอื่น	4,266 (43.8)	4,978 (45.3)
ประเภท 3 สนับสนุนการจัดบริการ สาธารณสุขของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก/ ผู้สูงอายุ/คนพิการ	948 (9.7)	1,253 (11.4)
ประเภท 4 สนับสนุนการบริหาร หรือพัฒนากองทุนฯ	810 (8.3)	802 (7.3)
ประเภท 5 สนับสนุนกรณีเกิด โรคระบาดหรือภัยพิบัติ	159 (1.6)	225 (2)

* ข้อมูลตามปีงบประมาณ 2561

2. ธุรกรรมความสำเร็จของพื้นที่ต้นแบบ บทเรียนการทำงานเพื่อก้าวข้ามขีดจำกัด ข้ามพื้นที่ ข้ามเครือข่าย ข้ามประเด็น

กรณีศึกษาพื้นที่อำเภอละงู จังหวัดสตูล :
พลัง “DULHEE” วิถีบ้านบ่อเจ็ดลูก

สถานการณ์

บ้านบ่อเจ็ดลูก (ตลาลาฆาตุโย๊ะ) เป็นชุมชนชายฝั่งทะเลอันดามันที่มีตำนานเล่าขานกันมานานถึงที่มาของบ่อน้ำจำนวน 7 บ่อ ตั้งอยู่ที่หมู่ 1 ตำบลปากน้ำ อำเภอละงู จังหวัดสตูล ประชาชนส่วนใหญ่ของชุมชนประกอบอาชีพประมงชายฝั่งขนาดเล็ก โดยมีเรือหัวโทงเป็นพาหนะ ใช้อวนเป็นเครื่องมือในการจับสัตว์น้ำต่างๆ เช่น อวนกุ้ง อวนปลาทราย อวนถ่วงปลา ลอบดักปลาหมึก รองลงมา มีอาชีพทำการเกษตร มีการปลูกแตงโมซึ่งมีชื่อเสียงมากในเรื่องรสชาติ ความหวาน กรอบ อร่อย และอาชีพเลี้ยงสัตว์ มีโคเป็นสัตว์เลี้ยงหลัก มีแพะบ้าง ส่วนเบ็ด ไก่ เลี้ยงไว้เป็นอาหารในครอบครัว นอกจากนี้ เป็นอาชีพอื่นๆ เช่น รับจ้าง ค้าขาย ชุมชนบ้านบ่อเจ็ดลูกมีวัฒนธรรม การดำรงชีวิตตามวิถีมุสลิมอย่างเคร่งครัด โดยมีโต๊ะอิหม่ามประจำมัสยิด บ้านบ่อเจ็ดลูกเป็นผู้นำ และมีมัสยิดบ้านบ่อเจ็ดลูกเป็นศูนย์กลางแห่งวิถี

มุสลิมของชุมชน มีการแบ่งปัน เอื้ออาทร ช่วยเหลือผู้อ่อนแอกว่า มีความรักสามัคคีของคนในชุมชนบนความเห็นต่างที่มีเป้าหมาย เพื่อชุมชน ซึ่งหมายถึงการถือประโยชน์ของชุมชนเป็นเป้าหมายหลัก

เหตุการณ์สำคัญที่เป็นต้นกำเนิดการเปลี่ยนแปลงในชุมชน บ่อเจ็ดลูก คือ ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2557 มีผู้ป่วยจิตเวชรายหนึ่ง อาละวาดทำลายข้าวของในบ้านของชาวบ้าน ขโมยข้าวของในร้านค้า สร้างความเดือนร้อนเป็นอย่างมากแก่คนในหมู่บ้าน เหตุการณ์ที่เป็นฟางเส้นสุดท้ายที่สร้างความหวาดกลัวให้แก่ชาวบ้านในหมู่บ้าน จนต้องระดมคนมาช่วยกัน คือ ผู้ป่วยรายนี้ได้ปีนเข้าหาลูกสาวชาวบ้าน ในยามกลางคืน จึงเกิดการรวมตัวกันของสมาชิกในหมู่บ้านร่วมพลัง DULHEE¹ จัดตั้ง “สภากาแฟ” ขึ้นครั้งแรกที่ รพ.สต.บ่อเจ็ดลูก โดยทุกคนมีความเห็นร่วมกันว่าเป็นปัญหารุนแรงของชุมชนที่ต้อง รีบช่วยกันหาแนวทางในการแก้ไขและต้องมีผู้รับผิดชอบภายในชุมชน อย่างจริงจัง

“...ผู้ใหญ่ทำพรีอดี เพราะเป็นปัญหาชุมชน ต้องมีคนดูแล จริงๆ จังๆ แลแบบปล่อยๆ เป็นปัญหา ว่าอยากทำให้เค้าทุเลา ไม่สร้างความเดือนร้อนให้ชุมชน...”

ชาวบ้าน

¹ DULHEE หรือ ดูหรี คือ การเอาใจใส่ดูแลกัน การไม่ทอดทิ้งกัน การช่วยเหลือกัน

เมื่อคนในชุมชนมาตั้งวงคุยกันก็พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชรายนี้ เพิ่งออกจากโรงพยาบาลจิตเวชสงขลลา ซึ่งก่อนจะให้กลับบ้านนั้นทาง โรงพยาบาลจิตเวชสงขลลา ได้ประเมินอาการผู้ป่วยก่อนกลับ โดยการให้ ผู้ป่วยตอบคำถามจากแบบสอบถาม ซึ่งผู้ป่วยสามารถตอบคำถามได้ ทั้งหมด แต่ขณะนั้นอยู่ในรถเพื่อเดินทางกลับบ้าน ก็มีอาการพุดจาไม่รู้เรื่อง ตาขวาง จะกระโดดลงจากรถ เมื่อกลับถึงหมู่บ้าน ทางเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขได้ประสานไปยังโรงพยาบาลจิตเวชสงขลลาเพื่อขอให้รับผู้ป่วย ไว้รักษาต่อ โดยแจ้งว่าผู้ป่วยรายนี้ยังไม่หายดีและอาละวาดสร้างความเดือดร้อนให้กับชุมชน ทางโรงพยาบาลจิตเวชสงขลลาแจ้งว่ารับไว้ได้ แต่จะสามารถรับไว้ได้เพียง 2 สัปดาห์ แล้วต้องส่งกลับชุมชนต่อไป

ในปี พ.ศ.2557 ผู้ป่วยจิตเวชรายนี้มีอาการทางจิตเป็นๆ หายๆ และอาละวาดสร้างความเดือดร้อนให้กับชุมชนเป็นอย่างมากจนต้อง ส่งเข้ารับรักษาตัวที่โรงพยาบาลจิตเวชสงขลลาหลายครั้ง กลุ่มสภากาแพ เล่าว่า ครั้งแรกสมาชิกจากสภากาแพไปส่งตัวผู้ป่วยที่โรงพยาบาล จิตเวชสงขลลาแต่เกิดอุบัติเหตุระหว่างทางต้องพาผู้ป่วยเข้ารับรักษาตัว ที่โรงพยาบาลสตูลก่อน ในวันที่ 27 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2557 โรงพยาบาล สตูลส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชสงขลลา วันที่ 17 มีนาคม พ.ศ.2557 ทางโรงพยาบาลจิตเวชสงขลลาแจ้งให้ญาติมารับ กลับบ้าน ทางสภากาแพจึงประชุมเตรียมการแล้วไปรับผู้ป่วยกลับบ้าน ในวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ.2557 ต่อมาในวันที่ 4 เมษายน พ.ศ.2557 ผู้ป่วยจิตเวชมีอาการอีก สมาชิกสภากาแพต้องใช้พลัง “DULHEE” เป็นอย่างสูงเพื่อจะจัดการให้ผู้ป่วยยอมฉีดยาให้อาการสงบและพุดจา รู้เรื่อง ก่อนจะยอมไปรักษาตัวโรงพยาบาลจิตเวชสงขลลาอีกครั้งจนอาการ ดีขึ้นและกลับบ้านได้ในวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ.2557 ซึ่งทุกครั้งผู้ป่วย จะกลับมาที่ชุมชนในสภาพเดิม คือ มีอาการเป็นๆ หายๆ โดยที่พี่ พิง ของชุมชนอันดับแรก คือ โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่และแกนนำสภา กาแพ

“...ตอนกลับมาจากหลังคาแดงไม่มีใครเป็นผู้ปกครอง แต่ตอน กลับจากสงขลลาชุมชนไปรับ พอมีอาการ มันไม่ไปทำปรี๊ด มันไม่กิน มันไม่ฉีดยา มันว่าต้องให้ผู้ใหญ่ฉีดยาก่อน ทีนี้ไปเราต้องออกมาจาก ห้องฉีดยาถือสำคัญไว้ บอกมันว่าเราฉีดยาแล้ว มันถึงยอมฉีดยาคนบ้า เราต้องบ้าด้วย...”

ประธาน อสม.

กระบวนการดำเนินงาน

“สภากาแพ” มีสมาชิกจากกลุ่มต่างๆ ในชุมชน 19 กลุ่ม เช่น กลุ่มสตรี กลุ่มเลี้ยงวัว กลุ่มท่องเที่ยว กลุ่มผู้นำศาสนา กลุ่ม อสม. กลุ่มปลูกผัก กลุ่มสาธารณสุข กลุ่มครู เป็นต้น โดยมีศูนย์กลางอยู่ที่ รพ.สต.บ่อเจ็ดลูก สภากาแพมีการประชุมวาระปกติกันทุกเดือน กรณี ที่มีเหตุการณ์เร่งด่วนสามารถเรียกประชุมได้ตลอด เวลาประชุมเป็นช่วง เวลากลางวันหลังทุกคนเสร็จกิจกรรมกิจส่วนตัว คือ หลังจากละหมาด อีซา ช่วง 20.30 น. เป็นต้นไป สิ่งหนึ่งที่เป็นเครื่องยึดเหนี่ยว คือ จิตวิญญาณอันความเป็นมุสลิม ซึ่งสมาชิกสภากาแพดำเนินงานด้วยความ เชื่ออาทรเห็นผู้ป่วยเป็นพี่เป็นน้อง โดยทุนทางสังคมวัฒนธรรม วิถีมุสลิม เมื่อทำแล้วเกิดความภาคภูมิใจ

แนวทางสื่อสารของสภากาแพบ่อเจ็ดลูกที่สำคัญ คือ การ สื่อสารผ่านกลุ่มต่างๆ ไปยังสมาชิกของกลุ่มในชุมชนบ้านบ่อเจ็ดลูก และภาคีเครือข่าย ทำให้สื่อสารได้รวดเร็วและได้รับความร่วมมือสูง โดยในแต่ละกลุ่มจะมีช่องทางติดต่อตนเอง เช่น ทางไลน์ ทางโทรศัพท์ เป็นต้น ส่วนงบประมาณในการดำเนินงานมาจาก 2 ส่วน คือ ทุนจาก ในชุมชน ได้แก่ ทุนส่วนตัวของสมาชิกในวงกันเองที่ถือชนมกาแพ

มานั่งรับประทานระหว่างคุย เมื่อทำกิจกรรมก็ระดมทุน “DULHEE” จากสมาชิกสภาสภาแพและชาวบ้าน และใช้เงิน “วากัฟ” ของมัสยิด และทุนจากองค์กรภาคีต่างๆ ที่เมื่อมีกิจกรรมต่างๆ สมาชิกสภาสภาแพ ก็จะชวนองค์กรภาคีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเข้ามาช่วยกิจกรรม เช่น อบต. ปากน้ำ โรงพยาบาลละลุ สสอ.ละลุ สกว.ท้องถิ่นสตูล นักเรียน DHML (District Health System Management Learning) ศูนย์สุขภาพจิตที่ 12 โรงพยาบาลสตูล โรงพยาบาลจิตเวชสงขลารา บริษัทไอเอสสภาคจำกัด (มหาชน) เป็นต้น ซึ่งภาคีจะให้การสนับสนุนงบประมาณหรือทรัพยากรอื่นๆ ที่เหมาะสม

“...งบประมาณอันดับแรกจากไปเราเองช่วยกันเรียกรายเงินคนละ 100-200 บาท เพื่อช่วยพาไปหาหมอที่สงขลา ไม่อยากเห็นเค้าเป็น ต้องหาแนวร่วม หาไปเรา (พวกเรา) ที่แหล่งกันได้ หลังจากนั้นหน่วยงานต่างๆ ก็ลงมาดูมาช่วยเวลาทำกิจกรรม...”

แกนนำครูในสภาสภาแพ

เมื่อ “สภาสภาแพ” ตั้งวงคุยพบข้อสังเกตว่า ทุกครั้งที่ออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยรายนี้ยังมีอาการพูดจาไม่รู้เรื่อง หัวเราะคนเดียว นั่งยิ้มคนเดียว ตาขวาง ทีมจิตเวชชุมชนของโรงพยาบาลจิตเวชสงขลารา จึงลงพื้นที่บ้านบ่อเจ็ดลูกร่วมกับทีมโรงพยาบาลละลุ และ รพ.สต. บ้านบ่อเจ็ดลูก เพื่อร่วมกันปรึกษาหารือ หาสาเหตุที่แท้จริงว่า ทำไมผู้ป่วยรายนี้ถึงต้องนอนโรงพยาบาลซ้ำภายในระยะเวลาไม่กี่วันหลังจากกลับมาจากโรงพยาบาลจิตเวช และมองว่าสาเหตุที่ผู้ป่วยมีอาการ

ทางจิตกำเริบซ้ำแล้วซ้ำเล่าเพราะญาติและชุมชนไม่ได้ดูแล สภาสภาแพ จึงร่วมกัน “DULHEE” ผู้ป่วยรายนี้ โดยการระดมการมีส่วนร่วมจากทุกคนในชุมชนมาวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ทบทวนการจัดการครั้งก่อนและวางแผนการจัดการต่อไป ประเมินแผน และสรุปผลการแก้ไขปัญหา เป็นการให้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนผ่านเวทีการประชุมและการประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายนอกชุมชนในการดำเนินการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ โดยเป้าหมายร่วมของชุมชนบ่อเจ็ดลูก คือ ต้องการเป็นชุมชนจัดการตนเอง ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ 6 ด้าน คือ ความปลอดภัย การส่งเสริมอาชีพ สุขภาพ การศึกษา วัฒนธรรม การท่องเที่ยว และการเชื่อมร้อยองค์กร และเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว คือ ให้ผู้ป่วยและครอบครัว หาย สบาย ดูแลตัวเองได้ และเพื่อให้ชุมชน “DULHEE” กัน โดยตัวอย่างการดำเนินงานที่ชุมชนวางแผนกำหนดมาตรการในการแก้ไขปัญหาเรื่องนี้

- ญาติเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วย
- ผู้นำศาสนาประชุมให้ความรู้ แนะนำสั่งสอนผู้เข้าร่วมศาสนพิธีทุกวันศุกร์
- ผู้ใหญ่บ้านรับผิดชอบควบคุม กำกับ ดูแล ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสารเสพติด
- เจ้าหน้าที่ รพ.สต.บ้านบ่อเจ็ดลูกและอาสาสมัครสาธารณสุขรับผิดูแล ติดตามเยี่ยมบ้าน ติดตามการกินยาของผู้ป่วย
- เพื่อนสนิทคอยติดตามพฤติกรรมเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงต่ออาการป่วยของผู้ป่วย เช่น สถานที่ที่เคยเสพยา พฤติกรรมที่ผิดปกติ

- เจ้าหน้าที่ รพ.สต.บ้านบ่อเจ็ดลูกประสานความร่วมมือภาคีเครือข่ายให้ความช่วยเหลือคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและครอบครัว
- ชาวบ้านทุกคนเป็นหูเป็นตา เมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ เช่น ตาขวาง หายใจจากบ้าน จะมีการส่งสัญญาณไปยังสภากาแฟ
- มาตรการการช่วยเหลือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวได้รับทุนสนับสนุนจาก บริษัทโอสถสภาจำกัด (มหาชน) ผ่านทางโรงพยาบาลละงู สำหรับจัดหาเครื่องมือทำการประมงพื้นบ้าน ได้แก่ อวนกุ้ง อุปกรณ์ทำไซปลา และอุปกรณ์เครื่องนอน โดยเมื่อผู้ป่วยและญาติประกอบอาชีพมีรายได้ให้คืนเงินเป็นกองทุนเพื่อดำเนินการช่วยเหลือผู้อื่นต่อไป ส่วน อบต.ปากน้ำสนับสนุนงบประมาณในการสร้างบ้านและชาวบ้านทุกคนระดมกำลังกันสร้างบ้านให้ผู้ป่วย และภาคีอื่นๆ บริจาคเสื้อผ้า เงิน ข้าวสาร ของใช้จำเป็นต่างๆ

ศักยภาพและการขยายเครือข่าย

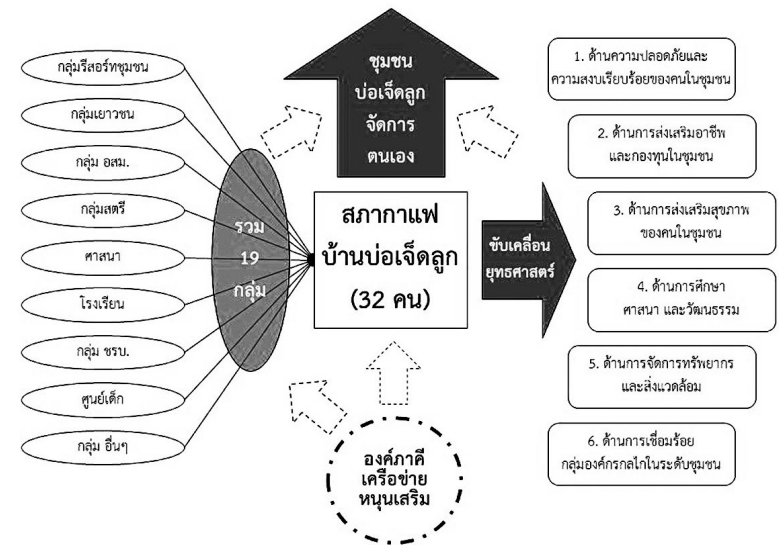
เมื่อมีกิจกรรมต่างๆ ชาวบ้านบ่อเจ็ดลูกจะ “DULHEE” กัน เช่น ช่วยกันออกแรงสร้างบ้านให้ผู้ป่วย ช่วยเป็นหูเป็นตาไม่ให้ผู้ป่วยไปเสพยาบ้า ติดตามดูแลและส่งสัญญาณไปยังสภากาแฟเมื่อผู้ป่วยมีอาการไม่ปกติ ช่วยกันไปส่งไปรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาคเป็นต้น ส่วนการเข้ามามีส่วนร่วมขององค์กรภาคีต่างๆ เริ่มต้นจากสภากาแฟประชุมกันแล้วชักชวนองค์กรภาคีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในและ

นอกพื้นที่เข้าร่วมกิจกรรม ลักษณะการมีส่วนร่วมของหน่วยงานต่างๆ พบว่า ภาคีรัฐมักมีส่วนร่วมในการอำนวยความสะดวก จัดหาทรัพยากรทั้งคนและงบประมาณ โดยงบประมาณนั้นภาครัฐไม่ได้มีงบประมาณโดยตรงแต่ได้ขอการสนับสนุนจากบริษัทห้างร้านหรือคหบดีในอำเภอละงู เช่น บริษัทโอสถสภาจำกัด (มหาชน) ชมรมต่างๆ ในอำเภอละงู เป็นต้น ส่วนการทำงานร่วมกันระหว่างชุมชนบ่อเจ็ดลูกและกลุ่มองค์กรภาคีต่างๆ จะเป็นลักษณะประสานงานเพื่อหาความร่วมมือผ่านการจัดกิจกรรมแต่ละครั้ง ในช่วงปีแรกๆ จะมีผู้ประสานหลักคือ หัวหน้า รพ.สต.บ่อเจ็ดลูก แต่ในปีหลังๆ แคนนำในสภากาแฟ ได้แก่ ประธาน อสม. ผู้ใหญ่บ้าน อิหม่าม ประธานกลุ่มต่างๆ มีบทบาทเป็นผู้ประสานหลักร่วมกัน โดยทุกกิจกรรมมีสภากาแฟเป็นเจ้าภาพหลักโดยการมีส่วนร่วมกับชุมชน

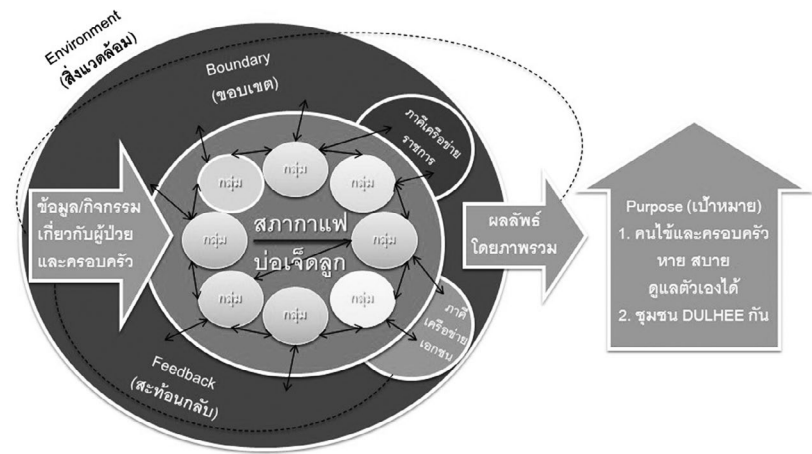
ชุดความรู้และนวัตกรรม

1. การเชื่อมพลังให้เกิด “DULHEE” ต้องทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน ตั้งแต่คิด วางแผน ลงมือปฏิบัติ ปรับปรุงให้ดีขึ้น ร่วมกันรับผลได้ผลเสีย ซึ่งจะทำให้เกิดความ เป็นเจ้าของ และอาศัยการประสานพลังของภาคีเครือข่ายให้เข้มแข็งจะทำให้สำเร็จตามเป้าหมาย
2. สัมพันธภาพของทีมเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด การรับฟังซึ่งกันและกัน การเคารพให้เกียรติกันเป็นสิ่งจำเป็น
3. การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในขณะเกิดอาการก้าวร้าวในชุมชน ต้องฟังความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก และจัดการเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ตามความเหมาะสม

- ชุมชนต้องการให้ผู้ป่วยจิตเวชหายจากโรคและดูแลตัวเองได้ ซึ่งจะทำให้ชาวบ้านในชุมชนไม่เดือดร้อน ดังนั้นหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทุกระดับ ควรศึกษาบริบทของชุมชน วิถีชีวิตของชุมชน เพื่อตั้งศักยภาพของชุมชนในการร่วมกันดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้บรรลุเป้าหมายที่ชุมชนต้องการ
- การเป็นผู้ให้ด้วยใจที่บริสุทธิ์โดยไม่จำเป็นต้องประกาศให้ใครรับรู้ ผู้ให้จะมีความสุขและความสบายใจ



รูปที่ 4 ผังขับเคลื่อนสภากาแฟบ้านบ่อเจ็ดลูก



รูปที่ 3 มุมมองเชิงระบบและกระบวนการดูแลผู้ป่วยในชุมชนร่วมกันของ “DULHEE” วิถีบ้านบ่อเจ็ดลูก

การก้าวข้ามข้อจำกัด

- การเชื่อมั่นในศักยภาพของชุมชน ว่าทุกปัญหาชุมชนจัดการได้ ขึ้นอยู่กับว่าเราจะไปจัดกระบวนการอย่างไร ต่อเนื่องและจริงจังขนาดไหน รู้จักจังหวะ รู้จักคน และรู้จักเวลาที่เหมาะสมอย่างไร
- การเชื่อมั่นในศักยภาพของทีม โดยรับฟังซึ่งกันและกัน ส่งเสริมซึ่งกันและกัน เสริมพลังซึ่งกันและกัน ผู้นำลงมือทำจนผู้ตามเกิดความเชื่อมั่น

ข้อเสนอ

“ขอให้เจอ เอาให้อยู่ ดูให้ครบ จบที่ชุมชน คืนความเป็นคน ให้ผู้ป่วยและครอบครัว”

นพ.วรารุช สุรพฤกษ์

จากการถอดบทเรียนพื้นที่กรณีศึกษาได้มีข้อเสนอเชิงการขับเคลื่อนต่อภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ดังนี้

1. ขอให้เจอ หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิควรประสานความร่วมมือกับชุมชนในการค้นหาและเฝ้าระวังผู้ป่วย ควรให้บริการเชิงรุก เช่น การสื่อสารสาธารณะเรื่องการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อป้องกันความรุนแรง เช่น เมื่อมีอาการแปรปรวนควรทำอย่างไร

2. เอาให้อยู่ โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิควรรักษาให้ผู้ป่วยหายดีและประเมินผู้ป่วยรายบุคคลก่อนจำหน่ายให้เหมาะสมก่อนส่งผู้ป่วยคืนชุมชน และควรประสานกับหน่วยบริการระดับปฐมภูมิในพื้นที่ในการส่งต่อการดูแลตามมาตรฐาน หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิต้องเตรียมชุมชนก่อนส่งคนไข้กลับสู่ชุมชน โดยเบื้องต้นต้องทำให้ชุมชนเข้าใจก่อนว่า “โรคจิตเวชสามารถรักษาให้หายได้ด้วยการรับประทานยาให้ครบ” และชุมชนต้องรู้จักสัญญาณเตือนเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ

3. ดูให้ครบ หน่วยบริการระดับปฐมภูมิควรดูแลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวทั้งเรื่องที่อยู่อาศัย อาหาร เสื้อผ้า อาชีพ เท่าที่จะเป็นไปได้

4. จบที่ชุมชน หน่วยงานภาคีสำคัญต่างๆ เช่น ท้องถิ่น ท้องที่ ควรหนุนเสริมความเข้มแข็งของชุมชนที่มีผู้ป่วยจิตเวช โดยประเมินความเข้มแข็งของชุมชน ทูทางสังคม ความรู้ ทรัพยากร เพื่อเสริมส่วนขาด ในกรณีที่ชุมชนมีกลไกการขับเคลื่อนในหมู่บ้าน และมีความพร้อมของทีมชุมชน ควรพัฒนาศักยภาพของชุมชน โดยชุมชนควรเข้าไปมีส่วนร่วมเป็นพี่เลี้ยงโดยตรง เพื่อให้ชุมชนสามารถเป็นเจ้าของปัญหาและเป็นผู้จัดการปัญหาเอง เมื่อหน่วยบริการระดับปฐมภูมิพัฒนาบทบาทมาถึงระดับนี้ เช่น การเป็นผู้ประสานงานระหว่างชุมชนกับโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ หน่วยบริการระดับปฐมภูมิควรใช้ทุนทางสังคมและภูมิปัญญาชุมชน มาปรับใช้ในการเพิ่มศักยภาพของชุมชนให้เป็นผู้จัดการดูแลผู้ป่วยได้ เช่น เมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติชุมชนจะส่งสัญญาณเตือนกันอย่างไรเพื่อให้คนในชุมชนปลอดภัย หรือชุมชนจะมีวิธีการทำอย่างไรให้คนไข้ได้กินยาต่อเนื่อง เป็นต้น

5. คืนความเป็นคนให้กับผู้ป่วยและครอบครัว หน่วยบริการระดับปฐมภูมิควรค้นหาศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัว ค้นหากิจกรรมที่ส่งเสริมและให้คุณค่ากับผู้ป่วยและครอบครัว

กรณีศึกษาพื้นที่อำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส :
“บางขุนทองโมเดล” ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
และผู้สูงอายุ โดยชุมชนเป็นฐาน ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

“ถ้าขาดความร่วมมือ วันนี้อคงไม่เกิดขึ้น”

สถานการณ์

ตำบลบางขุนทองประกอบด้วย 6 หมู่บ้าน มีประชากรกว่า 5,400 คน ใน 1,079 หลังคาเรือน ประชาชนในตำบลบางขุนทอง มีอาชีพหลัก คือ ทำนา อาชีพเสริม คือ ปลูกผักและผลไม้ จากข้อมูล การขอรับเบี้ยยังชีพ (อบต.บางขุนทอง, 2562) พบว่า มีผู้สูงอายุ 906 คน คนพิการ 214 คน จากการทำงานอย่างหนักขององค์การบริหารส่วนตำบลบางขุนทอง อำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส ในการรวบรวมปัญหาและความต้องการของชาวบ้านในพื้นที่ การสนับสนุน ที่มีประสิทธิภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลตากใบ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และความเข้มแข็งของชุมชน ในการร่วมมือร่วมใจจัดการปัญหาสุขภาพในพื้นที่ นำไปสู่การเกิดขึ้นของศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการและผู้สูงอายุวัดโคกจู ทำหน้าที่ตั้งแต่ส่งเสริมสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุผ่านกิจกรรมต่างๆ ที่จัดขึ้นทุกสัปดาห์ การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย โดยมีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล อาสาสมัคร และชมรมคนพิการลงพื้นที่คัดกรองและประเมินเบื้องต้นและการเยี่ยมบ้าน ซึ่งศูนย์ฟื้นฟูประจำตำบลสามารถรองรับผู้ป่วยที่ไม่ถูกเงิน

หรือรายที่อาการดีขึ้นแล้วแต่ยังต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพเพิ่มเติม และได้สร้างสรรค์นวัตกรรมการดูแลคนพิการและผู้สูงอายุจนได้รับรางวัลการดูแลคนพิการระดับประเทศ

กระบวนการดำเนินงาน

คุณวาสนา กาญจนะ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลตากใบ ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบการดูแลสุขภาพคนพิการสังเกตว่ามีคนพิการประเภท 3 ซึ่งเป็นความพิการทางด้านร่างกายในฐานข้อมูลเป็นจำนวนมาก เมื่อนำเอาข้อมูลความพิการเหล่านั้นมาวิเคราะห์ก็พบว่า เป็นความพิการที่เกิดขึ้นภายหลัง คือ ความพิการจากโรคเรื้อรัง เป็นส่วนใหญ่และมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ในขณะที่ความพิการจากอุบัติเหตุหรือพิการแต่กำเนิดมีไม่มากนัก โดยโรคเรื้อรังที่ทำให้เกิดความพิการ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ซึ่งหากไม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพจะทำให้มีความพิการมากขึ้นจนกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียง ส่วนในกรณีที่สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายให้ดีขึ้นจะสามารถกลับมาทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ จึงได้นำประเด็นเหล่านี้มาหารือในคณะกรรมการดูแลและฟื้นฟูคนพิการอำเภอตากใบ ซึ่งประกอบด้วย เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ในอำเภอตากใบที่ปกติจะมีการประชุมเพื่อพัฒนางานเป็นประจำ 2 เดือนครั้ง เพื่อหาเป้าหมายในการดูแลคนพิการร่วมกันในเครือข่ายสุขภาพ ในระยะแรกเป็นการร่วมกันออกแบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านโดยชุมชน มีการวางแผนเยี่ยมผู้ป่วยติดเตียงและคนพิการในชุมชนโดยมีภาคีเครือข่าย ผู้นำชุมชน และจิตอาสาออกเยี่ยมด้วย ซึ่งถือเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญ คือ ทุกภาคีเครือข่ายและชุมชนได้มองเห็นปัญหาร่วมกัน นับเป็นการเริ่มต้นในการสร้างการมีส่วนร่วมของ

ครอบครัวและชุมชนในการดูแลสุขภาพ และมีการเข้าไปมีส่วนร่วมทำประชาคมทุกตำบลร่วมกับพี่น้องที่ รพ.สต. โดยคืนข้อมูลสุขภาพให้แก่ชุมชนในเวทีประชาคมขององค์การบริหารส่วนตำบลต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลจากการคัดกรองโรคเรื้อรังที่พบมากขึ้นทุกปี กระบวนการดูแลผู้ป่วยเหล่านั้นในโรงพยาบาล และดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเหล่านั้นสามารถดูแลฟื้นฟูตนเองได้ตามสมควร และชวนคิดชวนคุยในการแก้ปัญหาที่ครอบครัวและชุมชนเผชิญอยู่ เช่น การต้องพาผู้ป่วยไปทำกายภาพที่โรงพยาบาลตากใบ ปัญหาความแออัดและรอนานที่โรงพยาบาล ทำให้คิดถึงการทำฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องที่ใกล้บ้านใกล้ใจ สอดคล้องกับวิถีชีวิต ซึ่งนับว่าเป็นโชคดีที่ทางองค์การบริหารส่วนตำบลบางขุนทองและวัดโคกงูให้ความสำคัญและสนใจในประเด็นปัญหาเรื่องนี้เช่นกัน

“...ปกติทุกวันพระญาติโยมก็จะมาที่วัดกันเป็นประจำอยู่แล้ว เมื่อก่อนที่ตรงนั้นก็ว่างๆ ชนมรมผู้สูงอายุก็จะมาขอทำกิจกรรมเป็นครั้งคราว เมื่อเค้าคิดทำศูนย์ขึ้นมา อาตมาก็บอกใช้ที่วัดก็ได้ ปกติก็ไม่ได้ทำอะไร พวกญาติโยมเขาก็มาจัดการกันเอง เห็นมาออกกำลังกายกันอยู่เนืองๆ มีก็ดีนะ คนเข้าวัดมากขึ้น...”

พระครูภัทรธรรม ภาณี เจ้าอาวาสวัดบุญนาราม (วัดโคกงู)

“...จากการลงไปเยี่ยมบ้าน เราได้เห็นผู้ป่วยพิการที่ต้องทำกายภาพบำบัด แต่ไม่สามารถเดินทางไปทำที่โรงพยาบาลได้บ่อยๆ ตามนัด เพราะการเดินทางลำบาก ก็เลยไปไม่ต่อเนื่อง ซึ่งการทำกายภาพบำบัดต้องทำเป็นประจำ ผู้ป่วยก็ไม่ดิ้นรนสักที เจ็บออกๆ แอดๆ ไม่มีโอกาสได้ออกกำลังกายเพราะขาดเครื่องมือเครื่องมือ เราก็คิดว่าทำยังไงให้เขาสามารถทำกายภาพบำบัดได้ที่บ้าน หรืออย่างน้อยก็ใกล้บ้าน ไปทำเวลาไหนก็ได้ ผมพร้อมและเห็นด้วยกับการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการและผู้สูงอายุที่วัดโคกงูแห่งนี้ พี่น้องจะได้มาใช้บริการ และชมรมผู้สูงอายุก็มารวมตัวที่วัดกันประจำอยู่แล้ว หลวงพ่อท่านก็สนับสนุนงบประมาณและระดมทุนทรัพยากรต่างๆ ในการปรับปรุงอีกชาวบ้านก็มาช่วยๆ กัน เรียกว่ามาช่วยกันอย่างเต็มที่ เป็นจุดเริ่มต้นการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อชุมชนเข้มแข็งต่อไป...”

คุณสะสมาน เข็งโต๊ะ นายองค์การบริหารส่วนตำบลบางขุนทอง

จากจุดเริ่มต้นที่เครือข่ายสามารถเพิ่มพลังอำนาจกันและกันเพื่อสร้างความเข้มแข็งที่ยั่งยืน นำไปสู่เสียงสะท้อนของคนในชุมชนเหล่านี้

“...ปกติก็มาที่วัดเป็นประจำทุกวันพระ มีศูนย์นี้พอทำบุญเสร็จก็ได้มาออกกำลังกายกัน พูดคุยสารทุกข์สุกดิบกันไป พวกแม่ๆ ชอบเดี๋ยวนี้มาทุกวันเลย มาตอนไหนก็ได้แต่แม่ชอบมากันเข้าๆ มาทำบุญฟังพระท่านเทศน์ก่อนแล้วก็นั่งคุยกันไปออกกำลังกายกันไป พอลูกหลานใครมารับก็แยกย้ายกันกลับไป...”

แม่มณี เพ็ชรรัตน์ หนึ่งในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

“...แม่ชอบมาเดินแอโรบิกออกกำลังกาย มาประจำไม่เคยขาด เดิมชมรมผู้สูงอายุจะจัดให้ที่วัดนี้เดือนละครึ่ง พอมีศูนย์ได้มาทุกวันเลย บ้านแม่อยู่ไม่ไกลก็เดินกันมา เจอใครก็ชวนๆ กันไป บางคนเป็น อัมพฤกษ์อยู่บนเตียงก็ท้อแท้ซึมเศร้า พอได้ออกวิ่งออกกำลังกายก็ดีขึ้น จนลุกขึ้นมาช่วยเหลือตนเองได้ บางคนที่ย้อเข้าๆ พังๆ ได้แต่นั่งเหงา อยู่แต่ในบ้าน พอได้ออกมาเจอเพื่อนเจอฝูง ได้ออกกำลังกาย สุขภาพ จิตมั่นก็ดี ร่างกายก็แข็งแรง...”

แม่เฉลียง เพชรประหยัด

ชุดความรู้และนวัตกรรม

ภาคีเครือข่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้ร่วมให้การสนับสนุน เช่น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพวัดโคกสูง ซึ่งอยู่ใกล้ๆ กับที่ตั้งศูนย์ ได้สำรวจข้อมูลคนพิการทางด้านร่างกายและผู้สูงอายุในพื้นที่ที่ควรมา ภายภาพบำบัดและประชาสัมพันธ์ให้ชุมชนทราบ จากการมาให้บริการ ของนักกายภาพของโรงพยาบาลทุกสัปดาห์ ทำให้โรงพยาบาล ทราบข้อมูลผู้รับบริการและสามารถจัดเตรียมอุปกรณ์ในการฟื้นฟู สมรรถภาพได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ปัจจุบันมีผู้พิการ และผู้สูงอายุมาใช้บริการเป็นประจำ โดยเฉพาะกลุ่มชมรมผู้สูงอายุ ที่มาทำกิจกรรมยืดเหยียดและออกกำลังกายเป็นประจำ ในช่วงเช้าจะ ช่วยกันกวาดขยะและดูแลอุปกรณ์ต่างๆ ในศูนย์คนละไม้คนละมือ ชาวบ้านได้สร้างสรรค์และใช้ภูมิปัญญาชุมชนในการคิดนวัตกรรม การดูแลคนพิการและผู้สูงอายุจากวัสดุเหลือใช้ภายในบ้าน เช่น จักรยานบดดีมี้อเท้าปั่น อุปกรณ์ยกน้ำหนักทำจากขวดพลาสติกบรรจุ ททราย ยางยืดสำหรับบริหารปอด เชือกบริหารแขนขาที่ผูกไว้กับชื้อบ้าน แฉ่งไข่นวดเท้า อุปกรณ์กำ บีบ คลายเส้น กดจุด จนได้รับรางวัล การดูแลคนพิการระดับประเทศ

ผลจากการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชนทั้ง นายอำเภอ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน นายกองค้การบริหารส่วนท้องถิ่น สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พมจ.) สำนักงาน กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) แกนนำชุมชน และผู้นำศาสนา ทำให้ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการและผู้สูงอายุวัดโคกสูง ตำบลบางขุนทอง กลายเป็น “บางขุนทองโมเดล” และเป็นต้นแบบให้แก่ตำบลต่างๆ ในพื้นที่จนสามารถเปิดศูนย์เพิ่มรวมเป็น 5 ศูนย์กระจายให้บริการชุมชน ในอำเภอตากใบ และกลายเป็นประเด็นในพื้นที่ที่ภาคีต่างๆ และ ประชาชนให้ความสำคัญ จนกระทั่งถูกยกเป็นประเด็นสำคัญของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอตากใบ เรื่องการดูแลคนพิการ ทั้งอำเภอตากใบที่ยืดความต้องการของผู้ป่วยและประชาชนเป็น ศูนย์กลาง โดยการมีส่วนร่วมและแบ่งปันทรัพยากรของเครือข่าย และชุมชน เพื่อให้เกิดคุณค่ากับผู้รับบริการ ชุมชน และผู้ให้บริการ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. การรวบรวมปัญหาและความต้องการของชาวบ้านในพื้นที่ การคืนข้อมูล การประชาคม
2. การเห็นปัญหาร่วมกันโดยการลงเยี่ยมชุมชน
3. สัมพันธภาพที่ดีในภาคีเครือข่าย “หายใจในรูปแบบ เดียวกัน” การเพิ่มพลังอำนาจกันและกัน
4. การปรับบริการให้กลมกลืนกับวิถีชีวิตชาวบ้าน
5. ความมุ่งมั่นในการพัฒนางานและคุณภาพชีวิตของ ประชาชนให้ดีขึ้น

การก้าวข้ามข้อจำกัด

ประเด็นที่มีความละเอียดอ่อน คือ การเข้าใจในบริบทให้ชุมชนมีส่วนร่วม ตั้งแต่การรวบรวมปัญหาและความต้องการ และให้ชุมชนออกแบบและเลือกในสิ่งที่ชุมชนต้องการ ตำบลบางขุนทองเป็นพื้นที่ที่มีทั้งพุทธและมุสลิม แม้จะยังเห็นพี่น้องมุสลิมเข้ามาใช้บริการที่ศูนย์ฯ วัดโคกงูบ้างแต่ก็ไม่มากนัก พอได้มีโอกาสพูดคุย ก็พบว่าบางหมู่บ้าน เช่น หมู่ 6 บ้านยูโย ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลามและมีความอายุที่ต้องเข้าวัด จึงได้ตั้งศูนย์ฟื้นฟูที่มีสยิดหมู่ 6 บ้านยูโย ด้วยเช่นกัน สุดท้ายชุมชนหมู่ 6 บ้านยูโย เลือกที่จะติดตั้งกายอุปกรณ์ที่สำคัญและจำเป็นที่บ้านแทนการติดตั้งที่มีสยิด

“...ที่หมู่ 6 จะมีผู้สูงอายุและคนพิการที่ต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพร่างกายประมาณ 10 กว่าคน เค้าก็อยากให้มีที่มีสยิดด้วย เราก็เลยขยายสาขาไปที่มีสยิด แต่คนมาฟื้นฟูไม่เท่าที่วัด นานๆ เข้า ก็ขอไปติดตั้งที่บ้านสะดวกกว่า สุดท้ายศูนย์ที่มีสยิดก็ยกเลิกไป...”

คุณแวสุณีเย อาแด

พยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกงู

ในส่วนของระบบการซ่อมบำรุงการแก้ไขเครื่องมือสำคัญ ๆ จะแนะนำให้ชมรมผู้สูงอายุที่มาใช้บริการประจำเรียนรู้การบำรุงรักษาเชิงป้องกัน และเมื่อเครื่องมือชำรุดให้แจ้งนักกายภาพบำบัดทันที แม้ชาวบ้านจะช่วยกันดูแล แต่อุปกรณ์บางตัวชาวบ้านไม่สามารถซ่อมเองในชุมชนได้ ต้องส่งให้บริษัทซ่อม โดยทางโรงพยาบาลตากใบ ช่วยติดต่อประสานงานให้ ทำให้บางครั้งเวลาผู้มารับบริการไม่สามารถใช้บริการได้

ข้อเสนอ

ควรมีการพัฒนาต่อยอดในสิ่งที่ชุมชนมีความต้องการ เช่น เรื่องการเพิ่มอุปกรณ์สำหรับออกกำลังกายเพิ่มขึ้น เพื่อเป็นแรงจูงใจให้กลุ่มเสี่ยง วัยหนุ่มสาว และวัยทำงาน มาออกกำลังกายส่งเสริมสุขภาพที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการและผู้สูงอายุวัดโคกงูเพิ่มขึ้น เป็นการใช้เวลาว่างที่มีประโยชน์ขณะรอผู้สูงอายุ โดยการร่วมด้วยช่วยกันระดมทุนปรับปรุงต่อเติมและสรรหาอุปกรณ์อย่างค่อยเป็นค่อยไป

**ในวันนี้ เรามองเห็นกลไกระบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วม
ของชุมชนที่ผลิบานจากการเริ่มคิด เริ่มทำ
เพื่อความมั่นคงทางสุขภาพต่อไป**

กรณีศึกษาพื้นที่อำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร: กลไกการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ “ทุ่งตะโกโมเดล”

“ทุ่งตะโกโมเดล” คนชช + คนชง + คนเชียร์ x คนชวย = คนชิม

การดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในอำเภอทุ่งตะโก โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ทุ่งตะโก มีมติการดำเนินการบูรณาการการมีส่วนร่วมจากภาคีทุกภาคส่วน ในพื้นที่ระดับอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน คริวเรือน ตลอดจนถึงระดับตัวบุคคล โดยใช้รูปแบบ “ทุ่งตะโกโมเดล”

คนชช: คนนั่งหัวโต๊ะ คือ “นายอำเภอ นายก อบท. กำนัน” เป็นคนวางนโยบายการดำเนินงาน ติดตามผลการดำเนินงาน เป็นหัวหน้าทีมในการบริหารและการสั่งการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องในกระบวนการด้านสุขภาพ

คนชง: เจ้าของเรื่องหรือเลขานุการ คือ “สาธารณสุขอำเภอ รพ.สต. อสม.” เป็นผู้มีแนวคิด กระบวนการ องค์กรความรู้ และทักษะในเรื่องนั้นๆ เป็นอย่างดี

คนเชียร์: คนชวนทำ ชื่นชม เสริมพลัง เป็นผู้มีภาวะผู้นำ โดยธรรมชาติ ผู้ที่ชุมชนให้ความเคารพนับถือ ผู้ที่สามารถชักชวนจูงใจ ให้ผู้อื่นยินยอมทำตามได้โดยไม่มีข้อจำกัดหรือข้อแม้ ที่เข้ามาเชียร์ เสริมพลังเพื่อนำให้ชุมชนทำตาม

คนชวย: แม่งานหลัก เป็นผู้ที่กำลังคน เงิน ภูมิปัญญา อาจเป็นคนหรือหน่วยงานที่มีงบประมาณ ทรัพยากร หรือกำลังคน

คนชิม: ประชาชน กลุ่มเป้าหมาย ผู้รับประโยชน์

จากการพิจารณาข้อมูลที่ใช้ร่วมกันที่มีสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุ่งตะโกเป็นสำนักเลขานุการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะกรรมการ พชอ. ทุ่งตะโก มีมติในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส ที่มุ่งหวังให้เกิดผลลัพธ์สู่เป้าหมาย “คนชิม” คือประชาชนในอำเภอทุ่งตะโก

กระบวนการดำเนินงาน

ประธาน พชอ.ทุ่งตะโก ได้มอบหมายให้ทีมเลขานุการ พชอ. ทุ่งตะโก เป็นผู้รับผิดชอบการรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง และติดสังคม จากฐานข้อมูลการบริการของหน่วยงานสาธารณสุข ทั้งจากโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) และจากการสำรวจจากพื้นที่โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีการสำรวจปรับปรุงข้อมูลทุกเดือน เพื่อรวบรวมข้อมูลทั้งระดับบุคคล คริวเรือน ชุมชน หมู่บ้าน ตำบล มาเป็นฐานข้อมูลระดับอำเภอ โดยมีนักวิชาการสาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นผู้วิเคราะห์ประมวลผลเพื่อประกอบการตัดสินใจของคณะกรรมการ พชอ.ทุ่งตะโก

นอกจากฐานข้อมูลที่ได้รับการปรับปรุง วิเคราะห์ และประมวลผล จากภาคส่วนสาธารณสุขและประชาชนแล้ว ประธาน พชอ.ทุ่งตะโก ยังมอบหมายให้ทุกหน่วยงานในระดับอำเภอส่งผู้รับผิดชอบงานข้อมูล ที่ภาคส่วนต่างๆ รับผิดชอบ ได้แก่ นักวิชาการพัฒนาชุมชน นักวิชาการ การเกษตร ปลัดอำเภอผู้รับผิดชอบตำบล ครู กศน.ระดับตำบล ภาคการศึกษา นักพัฒนาชุมชนของเทศบาลและ อบต. เลขาธิการ ชมรมผู้ใหญ่บ้าน และนักวิชาการสาธารณสุข เพื่อจัดทำข้อมูลให้เป็น ฐานเดียวกัน เพื่อให้ประธานและคณะกรรมการ พชอ.ทุ่งตะโก ได้พิจารณาประเด็นที่จะร่วมกันบูรณาการงานในภาพอำเภอ โดยได้ บรรจุกิจกรรมการดำเนินการประเด็นพัฒนา แนวทางดำเนินการ ระยะสั้น และโอกาสพัฒนา ไว้ในวาระการประชุมของหัวหน้า ส่วนราชการ ผู้นำท้องถิ่นและผู้บริหารสถานศึกษาระดับอำเภอทุกเดือน ในระเบียบวาระเพื่อติดตามโดยมอบหมายให้ทีมเลขานุการ พชอ. ทุ่งตะโก เป็นผู้นำเสนอพร้อมเอกสารเพื่อคืนข้อมูลให้กับที่ประชุม หัวหน้าส่วนระดับอำเภอทุกเดือนอย่างต่อเนื่อง ประธาน พชอ.ทุ่งตะโก (นายอำเภอ) ได้ให้ความสำคัญกับระเบียบวาระเพื่อการติดตามนี้อย่าง จริงจังตลอดมา

ชุดความรู้และนวัตกรรม

พชอ.ทุ่งตะโก ได้ใช้กลยุทธ์ในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพ ชีวิต ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส โดยหลักการบูรณาการการมี ส่วนร่วมของทุกภาคส่วนอย่างจริงจัง โดยใช้โครงการ **“เยี่ยมบ้าน ยามเย็นตามศาสตร์พระราชา”** เป็นกระบวนการดำเนินงาน โดยนายอำเภอนัดประชุมหัวหน้าส่วนราชการระดับอำเภอ ผู้นำ ท้องถิ่น ผู้นำท้องที่ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และมอบหมายให้ ปลัดอำเภอฝ่ายสำนักงานการปกครองเป็นผู้รับผิดชอบจัดทำแผน

การเยี่ยมบ้าน โดยกำหนดให้กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ร่วมกับ อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลเป็นผู้ชี้เป้าผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส ในแต่ละหมู่บ้าน หมู่บ้านละ 4 หลังคาเรือน โดยพิจารณา จากผลการเยี่ยมบ้านของฝ่ายสาธารณสุขและการพิจารณาเศรษฐกิจ ของผู้ใหญ่บ้าน เพื่อเป็นมติที่จะเสนอรายชื่อ 4 หลังคาเรือน ให้นายอำเภอและหัวหน้าส่วนราชการลงเยี่ยมบ้าน

เมื่อปลัดอำเภอผู้รับผิดชอบได้กลุ่มเป้าหมายหมู่บ้านละ 4 หลังคาเรือนแล้ว จึงนำมาจัดทำแผนการเยี่ยมบ้านโดยเริ่มเยี่ยมบ้าน ยามเย็นตามศาสตร์พระราชา ช่วงเวลาหลังเลิกงาน (16.00 น.) โดยนายอำเภอพร้อมหัวหน้าส่วนราชการระดับอำเภอ ผู้บริหาร สถานศึกษา ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำท้องที่ และ อสม. พร้อมเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขผู้รับผิดชอบ ไปพร้อมกันที่บ้านกลุ่มเป้าหมาย โดยมี เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ดูแล (Care giver) เป็นผู้บรรยายข้อมูล การเยี่ยมบ้านแต่ละราย พบปะให้กำลังใจและมอบสิ่งสนับสนุนแก่ผู้ถูก เยี่ยม ผู้ดูแล และญาติ นอกจากนี้นายอำเภอยังได้เยี่ยมสำรวจ ห้องน้ำ ห้องครัว ห้องนอน พร้อมบริเวณรอบบ้าน เพื่อมอบหมาย ให้ส่วนราชการต่างๆ ที่รับผิดชอบตามกรอบภารกิจของหน่วยงาน ได้เข้ามาช่วยเหลือดูแลอย่างต่อเนื่อง จนครบ 4 หลังคาเรือน ใช้เวลา โดยเฉลี่ยหลังคาเรือนละประมาณ 30 นาที จนกระทั่งเวลาประมาณ 18.00 น. ทีม พชอ.ทุ่งตะโกพร้อมทีมเยี่ยมบ้านได้รวมตัวกันที่ศาลา หมู่บ้าน เพื่อคืนข้อมูลให้แก่พี่น้องประชาชนในหมู่บ้านนั้น โดยให้ หัวหน้าส่วนราชการระดับอำเภอทุกภาคส่วนเป็นผู้นำเสนอสิ่งที่ได้ พบเห็นและสิ่งที่สามารถให้ความช่วยเหลือสนับสนุนได้ในแต่ละหลังคา เรือนที่ออกเยี่ยมบ้าน จนกระทั่งเวลา 20.00 น. จึงร่วมกันรับประทานอาหารเย็นที่ประชาชนในหมู่บ้านนั้นเป็นผู้นำมาที่ศาลาหมู่บ้าน

จากการดำเนินกระบวนการแบบนี้ได้รับเสียงตอบรับเป็น
อย่างดีในทุกหมู่บ้าน โดยการดำเนินงานรอบแรกใช้ระยะเวลาประมาณ
3 เดือน ก็สามารถเยี่ยมบ้านกลุ่มเป้าหมายได้ครบทั้ง 35 หมู่บ้าน
ใน 4 ตำบล ของอำเภอทุ่งตะโก ซึ่งทีมงานเลขานุการ พชอ.ทุ่งตะโก
และพยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบแต่ละหมู่บ้าน
ได้สรุปข้อมูลผลของการเยี่ยมบ้านรายบุคคล รวมทั้งสิ้น 140 คน
ในรูปแบบการเยี่ยมบ้านตามหลักการ “INHOMESS” จัดทำรูปเล่ม
แยกรายตำบลจำนวน 4 ชุด มอบให้ประธาน พชอ.ทุ่งตะโก เทศบาล/
อบต. รพ.สต. กลุ่มเวชปฏิบัติครอบครัว และเลขานุการ พชอ.ทุ่งตะโก

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอทุ่งตะโกได้ใช้รูปแบบ
การดำเนินการ “**ทุ่งตะโกโมเดล**” อย่างต่อเนื่อง ได้รับการตอบรับและ
ความร่วมมือจากทุกภาคส่วนเป็นอย่างดี ทำให้คุณภาพชีวิตคนทุ่งตะโก
ในทุกกลุ่มวัยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ในระยะดำเนินการต่อไป
เลขานุการ พชอ. กำหนด ผู้ใหญ่บ้าน ได้สำรวจผู้สูงอายุ ตัดบ้าน
ติดเตียง ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส ที่ต้องการการสนับสนุนสิ่งของเครื่องใช้
ที่จำเป็นเฉพาะราย ได้แก่ ผ้าอ้อมสำเร็จรูปสำหรับผู้ใหญ่ ที่นอนลม
ไม้เท้าสี่ขา กระบอกปัสสาวะผู้ชาย รถเข็นผู้พิการ อุปกรณ์ถ่ายอุจจาระ
สำหรับผู้พิการ และสิ่งจำเป็นอื่นๆ ตามความเป็นจริง เพื่อให้ความ
ช่วยเหลือระยะที่ 2 โดยใช้งบประมาณการจัดซื้อจากฝ่ายปกครอง
และงบประมาณยืมยืม ผลการสำรวจพบผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ
จำนวน 96 ราย

ศักยภาพและการขยายเครือข่าย

ได้ขยายการดำเนินงานเพื่อให้สอดคล้องกับระบบงาน
โดยไปเชื่อมต่อในระดับจังหวัดและตำบลด้วย โดยในระดับจังหวัด
ได้มีการแต่งตั้ง**คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด**
(พชจ.) มีขั้นตอนการดำเนินงาน คือ

1. มีการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด
2. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด
ให้มืองค์ประกอบที่มาจากทั้ง 3 ภาคส่วนในระดับจังหวัด
และมีการแบ่งย่อยเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ระดับโซน
3. ประชุมชี้แจงระดับอำเภอ
4. รวบรวมประเด็นคุณภาพชีวิต (One District One Project:
ODOP) ของแต่ละอำเภอ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่เป็น
รูปธรรม
5. รวบรวมแผนดำเนินงานในประเด็นคุณภาพชีวิตของแต่ละ
อำเภอ เพื่อบูรณาการให้เกิดความเชื่อมโยงในแต่ละพื้นที่
เช่น หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด
6. ทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัดลงเยี่ยมเสริมพลัง ชื่นชม พร้อม
สนับสนุนคน เงิน ของ
7. พัฒนาศักยภาพคณะกรรมการและผู้รับผิดชอบในการจัดทำ
รายงานผลการดำเนินงานรายงานทุกไตรมาส
8. คัดเลือกประเด็นสุขภาพของอำเภอที่มีผลงานเด่นมา
นำเสนอและแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อขยายผล
9. กำหนดให้งานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเป็นตัวชี้วัด
การพิจารณาเลื่อนเงินเดือน

ในส่วนขอระดับตำบลก็มีการจัดตั้ง**คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับท้องถิ่น** มีขั้นตอนการดำเนินงาน คือ

1. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับท้องถิ่น
2. ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับท้องถิ่น
3. จัดเตรียมข้อมูล
4. จัดทำแผน
5. วิเคราะห์ชุมชน
6. ค้นหาปัญหา/ประเด็น OTOP (One Tambon One Project)
7. ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ
8. แลกเปลี่ยนเรียนรู้
9. ประเมินผล

การก้าวข้ามข้อจำกัด

ในการดำเนินงาน พบว่า บางพื้นที่ไม่มีภาวะการนำร่วมในพื้นที่ การสื่อสารทำความเข้าใจ และการประชุมชี้แจงคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตไม่ทั่วถึง ไม่ต่อเนื่อง ไม่จริงจัง การจัดการข้อมูลยังไม่ครอบคลุม ข้อมูลขาดคุณภาพ ขาดความเข้าใจเรื่องการจัดการความรู้ การจัดลำดับความสำคัญของประเด็นสุขภาพ พื้นที่ขาดการติดตาม ประเมินผล ไม่เข้าใจวิธีการเยี่ยมเสริมพลัง จึงต้องมีการนำประเด็นคุณภาพชีวิตที่กำหนดของอำเภอไปแปลงสู่การปฏิบัติ ต้องมีการประเมินประสิทธิภาพ การบริหารจัดการงบประมาณ ดำเนินการตามนโยบาย บางพื้นที่ประธาน พชอ. กังวลกับระเบียบการเบิกจ่าย

หรือการจัดสรรงบประมาณล่าช้า ทำให้คณะกรรมการที่รับผิดชอบ ประเด็นสุขภาพไม่สามารถนำงบประมาณมาใช้ได้ทันเวลา ซึ่งถ้าผู้นำให้ความสำคัญและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีคุณภาพก็สามารถเดินต่อไปได้อย่างมั่นคง

ข้อเสนอ

1. ควรมีการทำความเข้าใจให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้รับรู้อย่างทั่วถึง
2. ควรมีการยกระดับให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเป็นนิติบุคคลที่สามารถบริหารจัดการงบประมาณในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพได้แบบเบ็ดเสร็จ
3. ควรให้มีการประเมินผลการดำเนินงานและมีสิ่งจูงใจให้ผู้ที่ มีผลงานเด่นและมีนวัตกรรมที่มีประโยชน์สามารถนำไปใช้ได้ อย่างทั่วถึง

**กรณีศึกษาพื้นที่อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร :
กลไกการจัดการระดับตำบลและอำเภอ
ขององค์การบริหารส่วนตำบลบ้านควน และ พชอ.หลังสวน**

สถานการณ์ ศักยภาพ และการขยายเครือข่าย

ตำบลบ้านควนเป็นชุมชนเก่ามีรากฐานทางวัฒนธรรมที่เสริมสร้างความกลมเกลียวของคนในพื้นที่ โดยเฉพาะประเพณีแข่งเรือ กิจกรรมทางวัฒนธรรมอื่น ๆ และบ้านควนมีประสบการณ์ในการบริหารระบบสุขภาพจากการเข้าร่วมโครงการ “ตำบลสุขภาพะ” และยังเป็นพื้นที่ดำเนินกิจกรรมจากองค์กรภายนอกอื่นอีกหลายหน่วยงาน เช่น โครงการการวิจัยเพื่อพัฒนาท้องถิ่นของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.ฝ่ายวิจัยเพื่อท้องถิ่น) การเสริมความเข้มแข็งของกองทุนสวัสดิการชุมชนจากสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (พอช.) ฯลฯ การดำเนินกิจกรรมตามโครงการดังกล่าว มีส่วนช่วยฝึกการทำงานแบบมีส่วนร่วม ฝึกเขียนข้อเสนอโครงการ เรียนรู้การจัดการโครงการ การจัดการกลุ่ม การเข้าร่วมโครงการดังกล่าวได้สร้างแกนนำด้านสุขภาพในตำบลไว้มากกว่า 100 คน ซึ่งต่อมาได้เป็นพลังสำคัญในการสร้างความเข้มแข็งของภาคประชาชนในตำบล

ความเข้มแข็งของตำบลบ้านควนยังเกิดจากการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ ในพื้นที่ผ่านการประชุมหมู่บ้านต่าง ๆ ในตำบล ซึ่งทุกหมู่บ้านของตำบลบ้านควนจะมีการประชุมเป็นประจำทุกเดือน ซึ่งผู้เข้าร่วมประชุมได้ให้ข้อมูลว่า

“...การประชุมหมู่บ้านเป็นวิถีชีวิตของคนบ้านควน เป็นเรื่องที่ทำกันมานาน ตั้งแต่ช่วงที่กำนันพจน์เป็นกำนัน ท่านมีการประชุมหมู่บ้านตลอด ต่อมาลาออกจากกำนันและได้เป็นนายก อบต.บ้านควน ท่านก็ยังคงมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ใหญ่บ้าน ให้การสนับสนุนงบประมาณในการประชุมหมู่บ้าน และใช้เวทีประชุมหมู่บ้านพูดคุยงานของ อบต.ด้วย...”

ปัญหาสุขภาพในตำบลบ้านควนอาจจำแนกตามกลุ่มประชากรได้ดังนี้

ตารางที่ 4 ปัญหาสุขภาพในตำบลบ้านควน

กลุ่มเป้าหมาย	ปัญหาด้านสุขภาพ	ระบบการดูแล
เด็กปฐมวัย	ช่องปากและฟัน	รพ.สต.และศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
วัยกลางคน	โรคเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพในการประกอบอาชีพในชีวิตประจำวัน	รพ.สต.
ผู้สูงอายุ	โรคเรื้อรัง ติดบ้าน ติดเตียง ติดสังคม	ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน
ผู้พิการ_	การมองเห็น การได้ยิน/ พิการทางกาย/ การเคลื่อนไหว/ พิการทางจิต/ พิการทางสติปัญญา/ การเรียนรู้	กลุ่ม อสม.และ รพ.สต.
การเจ็บป่วยของประชากรที่พบบ่อย	โรกระบบย่อยอาหาร โรกระบบหายใจ โรคผิวหนัง โรกระบบกล้ามเนื้อ โรคตา โรคติดเชื้อและปรสิต เนื้องอกและมะเร็ง	กลุ่ม อสม. รพ.สต. และโรงพยาบาลหลังสวน

ชุดความรู้และนวัตกรรม

ในด้านสุขภาพนั้นจะดำเนินการผ่านเครือข่ายสุขภาพที่มีคณะทำงานและกลไกจากทุกภาคส่วน ทั้งภาคประชาชน ผู้แทนท้องถิ่น ท้องถิ่น และหน่วยงานในพื้นที่ เช่น รพ.สต. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วัด เป็นต้น ภายใต้การบริหารงบประมาณกองทุนท้องถิ่นอย่างเป็นระบบ กระบวนการที่ใช้ คือ

1. การสร้างการรับรู้เกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ มีการประชาสัมพันธ์และสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในกองทุนโดยใช้เวทีสัญจรของ อบต. ซึ่งจะหมุนเวียนไปยังหมู่บ้านต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ เวทีดังกล่าวเป็นการจัดร่วมกับกับผู้ใหญ่บ้านและกรรมการหมู่บ้าน การประชุมสัญจรเปิดโอกาสแก่ประชาชนในการร่วมคิด ร่วมดำเนินการแก้ปัญหาของชุมชนในทุกเรื่อง ไม่ว่าจะเป็นด้านโครงสร้างพื้นฐาน การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ฯลฯ ภายใต้คำขวัญและวิสัยทัศน์ที่ว่า “บ้านคนน่าอยู่ มุ่งสู่การพัฒนาอย่างเป็นระบบ สืบสานวิถีวัฒนธรรมท้องถิ่น เพื่อประชาชนอยู่ดีมีสุข”
2. การมีส่วนร่วมในโครงการของกองทุนฯ มีขั้นตอนที่สำคัญดังนี้
 - 1) ค้นหาปัญหาในหมู่บ้าน
 - 2) ร่างข้อเสนอโครงการ
 - 3) นำเสนอประชาคมหมู่บ้าน
 - 4) เขียนโครงการ โดยมีที่ปรึกษาให้คำแนะนำในขั้นตอนการเขียนโครงการ

กระบวนการดังกล่าวสามารถสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โครงการที่ขอการสนับสนุนจากกองทุนท้องถิ่นตำบลบ้านควนจึงเป็นที่รับรู้และกลั่นกรองโดยที่ประชุม ทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมในโครงการต่างๆ ในระดับสูง ทำให้การพัฒนาที่ อบต.บ้านควนไม่มีความขัดแย้ง

“...จากกระบวนการข้างต้น ทุกโครงการที่เสนอขอเงินกองทุนฯ จึงไม่มีปัญหาว่าไม่ผ่าน เพราะผ่านการกรองมาเรียบร้อยแล้ว จากการพูดคุยจะเห็นการทำงานอย่างมีระบบ มีประชาธิปไตยในการเลือกโครงการในที่ประชุมหมู่บ้าน ยอมรับความคิดเห็นของสมาชิก เคารพเสียงส่วนใหญ่ จึงไม่มีความขัดแย้ง...”

ปัจจัยเงื่อนไขสนับสนุน กองทุนท้องถิ่นตำบลบ้านควนในปัจจุบันมีข้อเสนอโครงการเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะโครงการจากภาคประชาชนและผู้นำชุมชน จากการสนทนากลุ่มกับตัวแทนของหลายหมู่บ้านจำนวนกว่า 10 ท่าน โดยมีประธาน อสม. ผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน เป็นกลุ่มหลัก พบว่า ที่ข้อเสนอโครงการได้งบประมาณจากกองทุนฯ ทุกปี มาจากปัจจัยหลัก 3 ประการ คือ การกระตุ้นของหัวหน้า รพ.สต.ในพื้นที่ การกระตุ้นจากชาวบ้านผู้รับประโยชน์ และการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ขององค์การบริหารตำบลบ้านควนที่เป็นพี่เลี้ยง

การก้าวข้ามข้อจำกัด

สถานการณ์ปัญหาของกองทุนในปัจจุบัน คือ จำนวนโครงการเพิ่มขึ้นในขณะที่เงินกองทุนมีเท่าเดิม ทำให้ยอดเงินของโครงการลดลง เพราะต้องเฉลี่ยกัน ซึ่งได้มีการหาทางออกร่วมกัน คือ

1. นำเงินจากกองทุนอื่นในพื้นที่มาใช้ร่วมกันกับเงินกองทุน
2. แคนนำชุมชนเสนอให้ อบต.เพิ่มงบประมาณ หรือขอรับจาก สปสช. เพิ่มขึ้น
3. จัดงานใหญ่ปีละครั้ง ให้ทุกโครงการมาโชว์ผลงาน เป็นการประเมินผลลัพธ์โครงการต่างๆ เพื่อเป็นข้อมูลในการสนับสนุนในปีต่อไป และทำให้มีข้อมูลในการจัดลำดับความสำคัญของโครงการอีกด้วย

ปัจจัยที่เอื้อในการดำเนินงานของตำบลบ้านควน คือการมีทุนบุคคลที่เกิดจากการกล่อมเกลามาจากโครงการและกิจกรรมต่างๆ อย่างต่อเนื่อง ขณะเดียวกันพื้นที่ยังมีงานประเพณีกิจกรรมทางวัฒนธรรมต่างๆ ทำให้คนในพื้นที่มีความสามัคคี เป็นชุมชนเข้มแข็ง จากฐานทุนดังกล่าวผนวกกับการมีผู้บริหารท้องถิ่นที่มีวิสัยทัศน์เข้าใจงาน มีปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลที่ทุ่มเท ให้ความสำคัญกับงานจัดการกองทุนท้องถิ่น มีเจ้าหน้าที่ช่วยเหลือในงานกองทุนฯ และเป็นที่ปรึกษาแก่ผู้เสนอโครงการ การมีผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) ที่เห็นประโยชน์ของกองทุนในการสร้างเสริมสุขภาพประชาชน คอยกระตุ้น ช่วยเหลือกลุ่ม อสม. ในการเขียนข้อเสนอโครงการ จึงทำให้มีข้อเสนอโครงการจากทุกหมู่บ้าน

เจตนารมณ์หลักของกลไกระบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ทั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) คือ **การมีส่วนร่วมในลักษณะของผู้นำและเจ้าของร่วมกัน** ซึ่งหากคณะกรรมการจากภาคเอกชนและภาคประชาชนเข้าใจเจตนารมณ์ดังกล่าว และมีศักยภาพในการร่วมรับผิดชอบ การดำเนินงานจะมีผลผลิตภาพเพิ่มขึ้น ดังเช่นตัวอย่างรูปธรรมที่นายก้องที่เกิดขึ้นกับ พชอ.ที่อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร

สถานการณ์ ศักยภาพ และการขยายเครือข่าย

โรงพยาบาลหลังสวนเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง ปัจจุบันมีแพทย์เฉพาะทางบริการครอบคลุมทุกสาขารับผิดชอบ 5 อำเภอตอนใต้ของจังหวัดชุมพร เป็นโรงพยาบาลที่ประสบปัญหาด้านการเงินอย่างรุนแรงต่อเนื่องมาหลายปี เนื่องจากนโยบายสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของจังหวัดชุมพรเปิดให้ผู้ป่วยเลือกเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลใดก็ได้โดยไม่ต้องผ่านหน่วยบริการต้นสังกัด เพื่อคัดกรองก่อนส่งต่อ และพฤติกรรมสุขภาพของชาวบ้านที่มักเลือกรักษาที่แพทย์เฉพาะทาง ในขณะที่โรงพยาบาลโดยรอบส่วนใหญ่มีแต่แพทย์ทั่วไป จึงทำให้ผู้ป่วยมารักษาที่แพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาลหลังสวนเป็นจำนวนมาก ประกอบกับประสบปัญหาน้ำท่วมอย่างรุนแรงทำให้มียอดหนี้สะสม ณ เดือนธันวาคม 2557 สูงถึง 85 ล้านบาท ต้องค้างจ่ายค่ายา ค่าจ้างเหมาบริการต่างๆ

วิกฤติด้านการเงินส่งผลให้โรงพยาบาลขาดความน่าเชื่อถือเมื่ออาคารหลังใหม่สร้างแล้วเสร็จ แต่ไม่มีเอกชนเข้าไปเสนอราคาในการปรับปรุงอาคารเพิ่มเติมที่จำเป็นต่อการเปิดให้บริการแก่ประชาชน

ทำให้อาคารไม่สามารถเปิดบริการได้ ต้องทิ้งร้างเป็นเวลาถึง 9 เดือน แต่ด้วยความช่วยเหลือของคุณพงษ์ศักดิ์ ฉิ่งสุวรรณโรจน์ และภาคธุรกิจเอกชนในพื้นที่ที่มีความเชื่อถือต่อคุณพงษ์ศักดิ์ที่เข้าไปช่วยคิด ช่วยสร้างความมั่นใจแก่ผู้รับจ้างในการปรับปรุงอาคาร จึงทำให้อาคารมีความพร้อมเปิดบริการได้ และส่วนหนึ่งได้ปรับเป็นห้องพิเศษที่ทันสมัย ทำให้มีผู้ป่วยเข้าใช้บริการอย่างต่อเนื่อง มีการปรับปรุงอาคารเก่าให้สวยงามโดยไม่ต้องรื้อสร้างใหม่ มีพื้นที่พักผ่อน ศูนย์อาหาร และการจัดหน่วยธุรกิจ (Business unit) ทำให้โรงพยาบาลมีรายได้เดือนละหลายแสนบาท หากเทียบเคียงกับพื้นที่อื่นปรากฏการณ์ที่โรงพยาบาลหลังสวนอาจเป็นเรื่องเหลือเชื่อ แต่สิ่งที่เกิดขึ้นได้สะท้อนพลังปัญญาและพลังด้านการเงินของภาคประชาชนและภาคเอกชนที่หากรู้จักนำมาใช้จะมีพลังมาก



การเข้ามาจับบทบาทในการช่วยพัฒนาโรงพยาบาลมีจุดเริ่มจากวิกฤติน้ำท่วมใหญ่เมื่อปี 2560 ซึ่งเป็นช่วงที่นายดำ ฉิ่งสุวรรณโรจน์ คุณพ่อของคุณพงษ์ศักดิ์มีอาการท้องเสียจน ต้องนำส่งโรงพยาบาลหลังสวน โดยคุณพงษ์ศักดิ์ได้ไปนอนเฝ้าดูอาการที่โรงพยาบาล ในระหว่างนั้นได้เกิดฝนตกหนักน้ำท่วมโรงพยาบาล จนต้องมีการย้าย

ผู้ป่วยหนักน้ำท่วมอย่างโกลาหล ทำให้คุณพ่อของคุณพงษ์ศักดิ์ต้องถูกย้ายถึง 2 ครั้ง คุณพงษ์ศักดิ์ได้เห็นเจ้าหน้าที่พยาบาลที่ต้องลุยน้ำย้ายผู้ป่วยพร้อมกับร้องไห้ เพราะเป็นห่วงลูกที่บ้านพัก ซึ่งถูกน้ำท่วมแต่ไม่สามารถไปดูแลได้เพราะต้องทำหน้าที่ย้ายผู้ป่วยก่อน การได้เห็นความทุ่มเท เสียสละของเจ้าหน้าที่นี้เองที่ทำให้คุณพงษ์ศักดิ์เกิดความเห็นใจและเข้าใจการทำงานของโรงพยาบาล และนำมาซึ่งความตั้งใจในการช่วยเหลือโรงพยาบาลหลังสวน

การก้าวข้ามข้อจำกัด

เนื่องจากการเป็นผู้มีบทบาททางสังคมและเป็นที่ปรึกษาของผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขต 11 จึงได้เสนอขอการก่อสร้างอาคารหลังใหม่ที่เป็นอาคารสูงที่ป้องกันน้ำท่วมได้ คุณพงษ์ศักดิ์และกลุ่มธุรกิจเอกชนได้ร่วมกันช่วยเหลือโรงพยาบาลหลังสวนในการแก้ปัญหาวิกฤติด้านการเงินด้วยการช่วยคิดหาทางออกใหม่ ๆ ด้วยการคิดนอกกรอบ คุณพงษ์ศักดิ์เปรียบเทียบกับระเบียบราชการที่เป็นอุปสรรคต่อการแก้ปัญหา ว่า “เหมือนนกที่อยู่ในกรง ถูกขัง ทำอะไรมากไม่ได้ แต่ตนเป็นประชาชน อยู่นอกกรง คิดนอกกรอบ จึงแก้ปัญหาได้”

การเข้าช่วยเหลือโรงพยาบาลหลังสวนและสนับสนุนกิจกรรมทางสังคมและระบบสุขภาพอื่น ๆ ของภาคเอกชนและภาคประชาชน ตามที่นำเสนอ เกิดจากเงื่อนไขปัจจัยเอื้อหลายประการ ประกอบด้วย

1. การร่วมทุกข์ผจญปัญหาร่วมกันนำมาซึ่งความเข้าใจและจุดประกายความคิด หรือ “มีใจ” ที่จะช่วยเหลือให้คลายทุกข์
2. ความเชื่อถือ เชื่อมือ เชื่อใจ ของกลุ่มคนที่เรียกว่า “คลังสมอง” ที่มีต่อผู้ริเริ่มและผู้นำ

3. การปรับวิธีคิด ปรับ Mindset ของผู้บริหารโรงพยาบาลรัฐ ที่มีต่อภาคเอกชน ภาคประชาชน ที่เปิดรับให้เข้ามาร่วมมือ ให้คำแนะนำ และทำสิ่งใหม่ๆ ในโรงพยาบาล เปรียบเสมือน “การยื่นคอนออกป็นอกกรงให้นกมาเกาะพร้อมฟังเสียงร้อง”
4. ความคิดความเชื่อที่ว่า “ช่วยคน ดีกว่าช่วยวัด ช่วยความคิด สำคัญกว่าช่วยเงิน”

ชุดความรู้และนวัตกรรม

ปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้การดำเนินงาน พชอ. ประสบความสำเร็จ ประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ ดังนี้

1. **ปัจจัยส่วนบุคคล** เป็นปัจจัยเงื่อนไขจากคณะกรรมการ พชอ. แต่ละภาคส่วน ประกอบด้วย
 - 1.1 คณะกรรมการจากส่วนราชการ โดยเฉพาะบทบาทของประธาน (นายอำเภอ) และเลขานุการ (สาธารณสุขอำเภอ) ที่มีคุณลักษณะ ดังนี้
 - 1) เป็นแบบอย่างที่ดี เช่น ประเด็นการจัดการขยะ ประธานจะมีการจัดการขยะทั้งที่บ้าน ที่ทำงาน และเป็นวิทยากรแก่ชุมชน ท้องถิ่น
 - 2) มีความสามารถในการจัดประชุมอย่างสร้างสรรค์ เป็น “กระบวนการประชุม” ใช้ พชอ. เป็นพื้นที่กลางในการปรึกษาหารือ สานพลังความร่วมมือในการขับเคลื่อนประเด็น หลีกเลี่ยงการใช้ที่ประชุม พชอ. เป็น “พื้นที่สั่งการ” แบบการประชุมหัวหน้าส่วนราชการ

- 3) มีความสามารถในการใช้ “อำนาจอ่อน” ใช้ข้อมูล ความรู้ สัมพันธภาพ และการสร้างแรงจูงใจ มากกว่าการใช้ “อำนาจตามกฎหมาย”
- 4) มีทักษะในการคิดเชิงยุทธศาสตร์ การคิดเชิงระบบ และใช้กระบวนการวิจัย การจัดการความรู้
- 5) การทำงานที่มุ่งความสำเร็จของพื้นที่มากกว่าการตอบตัวชี้วัดของส่วนราชการ
- 6) บทบาทของคณะกรรมการที่มาจากภาคเอกชนและภาคประชาชน

2. ปัจจัยเชิงระบบ

การจัดการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและบรรลุผลต้องคิด และดำเนินการเชิงระบบ ซึ่งกระบวนการดังกล่าวยังเป็นจุดอ่อนสำคัญในการดำเนินงานของส่วนใหญ่ที่ให้ความสำคัญกับการทำกิจกรรม โดยขาดการมองอย่างเป็นองค์รวม ในขณะที่ พชอ.ที่มีประสิทธิภาพ จะมีการดำเนินงานที่มีลักษณะดังต่อไปนี้

- 2.1 มีการกำหนดเป้าหมายและคิดเชิงยุทธศาสตร์อย่างเป็นระบบ
- 2.2 มีการใช้ข้อมูล ความรู้ และนวัตกรรมในการแก้ปัญหา
- 2.3 มีกลไกในการสานพลังภาคี โดยเฉพาะวงประชุมที่ให้ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบจากทุกภาคส่วนได้ร่วมหารือ และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
- 2.4 การวางบทบาทของกลไก พชอ.กลาง ในการประสานความร่วมมือ ติดตาม หนุนเสริม เพิ่มพลังท้องถิ่น และชุมชน
- 2.5 การประชุมแบบสร้างสรรค์อย่างสม่ำเสมอ

ข้อเสนอ

พชอ.เป็นกลไกใหม่ที่มีศักยภาพและมีความพร้อมในการขับเคลื่อนงานการสร้างเสริมสุขภาพและแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนในแต่ละอำเภอ แต่ความสำเร็จจะเกิดขึ้นเมื่อคณะกรรมการปรับกระบวนการทัศน์ แนวคิด วิธีการในการจัดการ โดยปรับจากระบบการสั่งการ เป็นการสานพลังให้ทุกภาคส่วนได้มีบทบาทในการร่วมคิดร่วมรับผิดชอบ เป็นผู้ร่วม และเป็นเจ้าของร่วมตามเจตนารมณ์ของ พชอ.

สรุปข้อค้นพบสำคัญจากพื้นที่

ระบบราชการและการจัดการปกครองส่วนท้องถิ่นของประเทศไทยมักจะแยกส่วนความรับผิดชอบ ขาดเอกภาพในการดำเนินงาน ส่งผลให้งานส่วนใหญ่ขาดประสิทธิภาพและไม่บรรลุผลที่ผ่านมารัฐบาลได้พยายามแก้ปัญหาด้วยการออกกฎหมาย ระเบียบ การปฏิบัติที่เน้นการบูรณาการ ตลอดจนสร้างกลไกใหม่ๆ ในการสานพลัง สร้างเอกภาพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดำเนินงานต่างๆ ในส่วนของกลไกการจัดการระบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในปัจจุบันนั้น มีหลายระดับและหลายรูปแบบ ตั้งแต่ระดับชาติถึงระดับท้องถิ่น แต่จากการเรียนรู้ในพื้นที่รูปธรรม พบว่าประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกลไกระดับต่างๆ มีปัจจัยเงื่อนไขร่วมกัน ดังนี้

1. การมีเป้าหมายและยุทธศาสตร์ร่วม
2. การมีสัมพันธภาพที่ดี เป็นกัลยาณมิตรต่อกัน
3. การ “มีใจ” ในสิ่งที่ทำ ตามที่คนในพื้นที่ศึกษามักกล่าวกันว่า “ใจต้องมาก่อน”
4. การใช้ “ปัญญา” ในการทำงาน การประยุกต์ใช้ข้อมูลความรู้ นวัตกรรม แนวทางใหม่ๆ
5. การทำงานที่ใช้ศักยภาพของแต่ละภาคีที่หนุนเสริมให้สอดคล้องเกื้อกูลแก่กัน และทำงานที่ก้าวข้ามข้อจำกัด โดยเฉพาะข้อจำกัดจากบทบาทหน้าที่ขององค์กร ตัวชี้วัด ตลอดจนจนถึงการใช้ทรัพยากรของหน่วยงาน
6. การปฏิบัติการขับเคลื่อนในระดับที่ใหญ่และมีพลังมากพอ “พื้นที่กว้างพอ ปัญญามากพอ มวลชนมากพอ”

หัวใจของการสร้างเสริมสุขภาพประชาชน คือ การที่กลไกทุกระดับต้องมองสุขภาพองค์รวม คิดเป็นระบบ เห็นความเชื่อมโยง และให้ความสำคัญกับกลไกการจัดการที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กัน โดยมีแผนพัฒนาสุขภาพหรือคุณภาพชีวิตจากการมีส่วนร่วมเป็นเครื่องมือในการสานพลังภาคี และนำแผนดังกล่าวสู่การปฏิบัติ และจัดสรรทรัพยากรและงบประมาณสนับสนุน

3. ข้อเสนอเชิงนโยบาย และข้อเสนอเชิงการขับเคลื่อน

ทบทวนข้อเสนอห้องย่อยความมั่นคงทางสุขภาพ :
กลไกระบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วมงานสร้างสุขภาพได้
ปี 2561

เป้าประสงค์ 3 ปี

1. มีการบูรณาการยุทธศาสตร์และแผนแม่บทในการทำงานร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุข สปสช. สสส. และ สช. ในการทำงานแบบมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่
2. ภาคีเครือข่ายในพื้นที่มีความสามารถในการใช้กลไกระบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงาน
3. ภาคีเครือข่ายในพื้นที่และหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข สปสช. สสส. และ สช. สามารถขับเคลื่อนงานที่สอดคล้องกับสถานการณ์และความจำเป็นด้านสุขภาพสำคัญตามบริบทของพื้นที่ร่วมกัน

ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อหน่วยงานส่วนกลาง

1. เสนอให้กระทรวงสาธารณสุข สปสช. สสส. และ สช. มีการบูรณาการยุทธศาสตร์และทำแผนแม่บทในการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานให้เสริมแรงกัน
2. เสนอให้กระทรวงสาธารณสุข สปสช. สสส. และ สช. กระจายอำนาจสู่ระดับเขตและเสริมพลังพื้นที่ด้วยการทำงานแบบมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายอย่างทั่วถึง
3. เสนอให้กระทรวงสาธารณสุข สปสช. สสส. และ สช. ปรับระบบ โครงสร้าง และกลไกในการดำเนินงานให้เอื้อต่อการขับเคลื่อนงานที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่
4. เสนอให้กระทรวงสาธารณสุข สปสช. สสส. และ สช. ผลักดันกระบวนการและกลไกสมัชชาสุขภาพจังหวัดให้เป็นส่วนหนึ่งในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์จังหวัด
5. เสนอให้กระทรวงสาธารณสุข สปสช. สสส. และ สช. กำหนดนโยบายและจัดสรรทรัพยากรเพื่อหนุนเสริมการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาของพื้นที่
6. เสนอให้กระทรวงสาธารณสุข สปสช. สสส. และ สช. หนุนเสริมการขับเคลื่อนงานของชุมชนและภาคีเครือข่ายในพื้นที่ โดยให้ชุมชนเป็นเจ้าของเพื่อให้เกิดความยั่งยืน
7. เสนอให้กระทรวงสาธารณสุข สปสช. สสส. และ สช. พัฒนาระบบสารสนเทศที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของทุกหน่วยงาน เพื่อให้ทุกคนสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ข้อมูลได้

ข้อเสนอเชิงการขับเคลื่อนต่อภาคีเครือข่ายในพื้นที่

1. เสนอให้ภาคีเครือข่ายในพื้นที่และหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข สปสช. สสส. และ สช. ร่วมมือกันในการขับเคลื่อนงานในพื้นที่ โดยใช้กลไกระบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่เชื่อมโยงกันทั้งระดับเขต จังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน ด้วยกระบวนการที่นำไปสู่ความยั่งยืน เช่น ใช้เครื่องมือสมัชชาสุขภาพในการร่วมกันจัดทำแผนสุขภาพเพื่อกำหนดทิศทางในการขับเคลื่อนงานในพื้นที่อย่างบูรณาการ
2. เสนอให้คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) เขต 11 และ 12 สร้างกระบวนการทำงานร่วมด้านสุขภาพในภาพรวมของเขตตามข้อมูลสถานการณ์และความจำเป็นด้านสุขภาพสำคัญของพื้นที่ และต้องมีพื้นที่ปฏิบัติการร่วมแก้ปัญหาของพื้นที่ จำนวน 10 อำเภอ ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และเชื่อมโยงการทำงานผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่อย่างน้อย 100 แห่ง ภายใน 3 ปี

3. เสนอให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สปสช. สสส. สช. ภาคีเครือข่ายภาคประชาชน และหน่วยงานวิชาการในพื้นที่ร่วมพัฒนาศักยภาพกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในพื้นที่นำร่องจำนวน 40 แห่ง ภายใน 3 ปี โดยใช้กระบวนการจัดทำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพของพื้นที่ผ่านเครื่องมือ เช่น การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพโดยชุมชน (CHIA) แผนสุขภาพชุมชน หรือแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ หรือธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ โดยให้ภาคประชาชนและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วม โดยสามารถใช้งบประมาณประเภท 7(4) งบบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
4. เสนอให้ สปสช.เขต ร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เช่น สำนักงานท้องถิ่นจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพภาคประชาชน ส่งเสริมการจัดทำโครงการด้านสุขภาพภายใต้การสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อันเป็นการส่งเสริมการเข้าถึงและใช้กองทุนฯ ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิต
5. เสนอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน โดยการสนับสนุนทรัพยากรและบูรณาการการทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นที่ดำเนินงานในพื้นที่

6. เสนอให้สถาบันวิชาการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในพื้นที่
ด้านการเขียนข้อเสนอโครงการ การจัดการโครงการ และ
การจัดการความรู้

7. เสนอให้สถาบันวิชาการสนับสนุนภาคีเครือข่ายในพื้นที่
ในการติดตามและประเมินผล รวมถึงการถอดบทเรียน
การทำงานในพื้นที่เพื่อนำข้อมูลไปปรับวิธีการดำเนินงาน
ให้มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

เมื่อทบทวนเป้าประสงค์ระยะ 3 ปี ของข้อเสนอห้องย่อย
ความมั่นคงทางสุขภาพ : กลไกระบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในงานสร้าง
สุขภาพได้ปี 2561 พบว่า ในปีที่ผ่านมาภาคีเครือข่ายในพื้นที่และ
หน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข สปสช. สสส. และ สช. มีความ
สามารถในการใช้กลไกระบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงาน
ที่สอดคล้องกับสถานการณ์และความจำเป็นด้านสุขภาพสำคัญ
ตามบริบทของพื้นที่ร่วมกันมากขึ้น ดังตัวอย่างรูปธรรมจาก 4 พื้นที่
ในขณะที่ยังไม่มีการบูรณาการยุทธศาสตร์และแผนแม่บทในการทำงานร่วมกัน
ระหว่างกระทรวงสาธารณสุข สปสช. สสส. และ สช. ในการทำงาน
แบบมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ที่ยังไม่มีรูปธรรมที่ชัดเจนนัก

ด้านข้อเสนอเชิงนโยบายต่อหน่วยงานส่วนกลาง กระทรวง
สาธารณสุข สปสช. สสส. และ สช. ในปีที่ผ่านมาได้มีการปรับระบบ
โครงสร้าง และกลไกในการดำเนินงานให้เอื้อต่อการขับเคลื่อนงาน
ที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ มีการกำหนดนโยบายและจัดสรร
ทรัพยากรเพื่อหนุนเสริมการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกัน
โรคที่เป็นปัญหาของพื้นที่ และมีการหนุนเสริมการขับเคลื่อนงาน

ของชุมชนและภาคีเครือข่ายในพื้นที่โดยให้ชุมชนเป็นเจ้าของเพื่อให้เกิดความยั่งยืน ทั้งผ่านกลไกระบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่ระดับ
ต่างๆ เช่น ทุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพขนาดเล็ก ธรรมนูญสุขภาพ
กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ คณะกรรมการ
พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) สมัชชาสุขภาพ และกรรมการ
เขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) และกลไกระบบสุขภาพแบบมี
ส่วนร่วมใหม่ เช่น พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ ในขณะที่
การบูรณาการยุทธศาสตร์และทำแผนแม่บทในการทำงานร่วมกัน
ระหว่างหน่วยงานให้เสริมแรงกัน การกระจายอำนาจสู่ระดับเขตและ
เสริมพลังพื้นที่ด้วยการทำงานแบบมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายอย่าง
ทั่วถึง การผลักดันกระบวนการและกลไกสมัชชาสุขภาพจังหวัดให้เป็น
ส่วนหนึ่งในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์จังหวัด และการพัฒนาระบบ
สารสนเทศที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของ
ทุกหน่วยงาน เพื่อให้ทุกคนสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ข้อมูลได้
ยังไม่มีรูปธรรมที่ชัดเจนนัก แต่มีการขับเคลื่อนจากภาคีเครือข่ายในพื้นที่
ในการใช้กระบวนการและกลไกสมัชชาสุขภาพจังหวัดให้เป็นส่วนหนึ่ง
ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์จังหวัดและการพัฒนาระบบสารสนเทศ
ที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของทุกหน่วยงาน

ด้านข้อเสนอเชิงการขับเคลื่อนต่อภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ในปี
ที่ผ่านมาภาคีเครือข่ายในพื้นที่ และหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข
สปสช. สสส. และ สช. มีความร่วมมือกันในการขับเคลื่อนงานในพื้นที่
โดยใช้กลไกระบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่เชื่อมโยงกันทั้งระดับเขต
จังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน ด้วยกระบวนการที่นำไปสู่ความยั่งยืน

มีกระบวนการทำงานร่วมด้านสุขภาพในภาพรวมของเขตตามข้อมูล สถานการณ์และความจำเป็นด้านสุขภาพสำคัญของพื้นที่ และมีพื้นที่ ปฏิบัติการร่วมแก้ปัญหาของพื้นที่ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนโดยการสนับสนุน ทรัพยากรและบูรณาการการทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นที่ดำเนินงาน ในพื้นที่ และมีการจัดทำโครงการด้านสุขภาพภายใต้การสนับสนุน จากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เพิ่มขึ้น ดังข้อมูลสถานการณ์ของกลไกระบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วมปี พ.ศ.2562 และตัวอย่างรูปธรรมจาก 4 พื้นที่ และสถาบันวิชาการมีการร่วมกัน พัฒนาศักยภาพกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พัฒนาศักยภาพเครือข่ายในพื้นที่ ด้านการจัดทำแผน การเขียนข้อเสนอ โครงการ การจัดการโครงการ และการจัดการความรู้ การติดตามและ ประเมินผล รวมถึงการถอดบทเรียนการทำงานในพื้นที่เพื่อนำข้อมูล ไปปรับวิธีการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบท ของพื้นที่

ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อหน่วยงานส่วนกลางงานสร้างสุขภาพได้ ปี 2562

1. เสนอให้กระทรวงสาธารณสุข สปสช. สสส. และ สช. มีการบูรณาการยุทธศาสตร์และทำแผนแม่บทในการทำงาน ร่วมกันระหว่างหน่วยงานให้เสริมแรงกัน
2. เสนอให้กระทรวงสาธารณสุข สปสช. สสส. และ สช. กระจายอำนาจสู่ระดับเขตและเสริมพลังพื้นที่ด้วยการทำงาน แบบมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายอย่างทั่วถึง
3. เสนอให้กระทรวงสาธารณสุข สปสช. สสส. และ สช. ผลักดันกระบวนการและกลไกสมัชชาสุขภาพจังหวัดให้เป็น ส่วนหนึ่งในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์จังหวัด
4. เสนอให้กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวง ศึกษาธิการ และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคง ของมนุษย์ เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของคณะกรรมการ พัฒนาศักยภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยการพัฒนา ศักยภาพกรรมการภาคเอกชนและภาคประชาชนในการ ทำหน้าที่ใน พชอ. อย่างต่อเนื่อง
5. เสนอให้กระทรวงสาธารณสุข สปสช. สสส. และ สช. และ สถาบันการศึกษาและวิชาการ ร่วมกันดำเนินโครงการ บูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพระดับพื้นที่ โดยกลไกของแต่ละหน่วยงาน โดยมีการพัฒนาศักยภาพ ทีมกลไกร่วมในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับ พื้นที่ และการนำร่องพื้นที่ดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพะ ในกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จำนวน 14 อำเภอ ใน 14 จังหวัดภาคใต้ จำนวน 280 กองทุน

ข้อเสนอเชิงการขับเคลื่อนต่อภาคีเครือข่ายในพื้นที่งานสร้างสุขภาคใต้ปี 2562

1. เสนอให้คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) เขต 11 และ 12 สร้างกระบวนการทำงานร่วมด้านสุขภาพในภาพรวมของเขตตามข้อมูลสถานการณ์และความจำเป็นด้านสุขภาพสำคัญของพื้นที่ และต้องมีพื้นที่ปฏิบัติการร่วมแก้ปัญหาของพื้นที่ จำนวน 10 อำเภอ ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และเชื่อมโยงการทำงานผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อย่างน้อย 140 แห่ง ภายใน 3 ปี
2. เสนอให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
 - 2.1 มีกระบวนการคัดสรรและเสนอบุคคลที่เหมาะสมจากกลุ่มประชาชนหรือองค์กรชุมชนในการแต่งตั้งผู้แทนภาคประชาชนในคณะกรรมการ พชอ.
 - 2.2 ดำเนินงานตามเจตนารมณ์ของการจัดตั้ง พชอ. โดยเฉพาะด้านการมีส่วนร่วม ผู้นำร่วม และเจ้าของร่วม
 - 2.3 ดำเนินงานที่ยึดโยงกับประชาชน โดยการหนุนเสริมพื้นที่ ชุมชน และองค์กรที่ดำเนินการด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

- 2.4 มีการประชุมคณะกรรมการ พชอ. อย่างสม่ำเสมอ โดยอาจมีการประชุมสัญจรตามความเหมาะสม
 - 2.5 จัดทำแผนปฏิบัติการและระบบในการหนุนเสริมที่ชัดเจนเพื่อขับเคลื่อนนโยบายด้านการพัฒนาระบบสุขภาพและประเด็นของพื้นที่ให้เห็นผลเป็นรูปธรรม
3. เสนอให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ร่วมกับ สปสช. และสถาบันการศึกษาและวิชาการเพิ่มประสิทธิภาพคณะทำงานระดับตำบลและหมู่บ้าน โดยร่วมกันพัฒนาประสิทธิภาพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับหมู่บ้าน (พชม.) และภาคีเครือข่ายสุขภาพ ด้วยการพัฒนาศักยภาพในการจัดทำข้อเสนอโครงการหนุนเสริม ติดตาม และประเมินการดำเนินงานโครงการผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

สานพลังก้าวข้ามขีดจำกัด...
ระบบสุขภาพ-พหุวัฒนธรรม

การจัดบริการสุขภาพ ในพื้นที่พหุวัฒนธรรม ห้าจังหวัดชายแดนภาคใต้

เขียนโดย

ศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศบ.สศ.)

คำนำ

เอกสารฉบับนี้เป็นเอกสารนำเข้าสู่สำหรับงานสร้างสุขภาพได้ครั้งที่ 11 ปี 2562 “สานพลังก้าวข้ามขีดจำกัดเพื่อภาคใต้แห่งความสุข” ในห้วงความมั่นคงทางสุขภาพ ประเด็นย่อยระบบสุขภาพพหุวัฒนธรรม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการขับเคลื่อนการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในประเด็นระบบสุขภาพพหุวัฒนธรรม เพื่อนำไปปรับใช้ในการทำงานด้านการส่งเสริมระบบสุขภาพที่สอดคล้องกับสังคมพหุวัฒนธรรมในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ จังหวัดสงขลา สตูล ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส ซึ่งจะนำไปสู่การจัดระบบบริการสุขภาพให้เกิดประสิทธิภาพ เกิดผลลัพธ์ที่นำไปสู่การแก้ไขปัญหาสุขภาพละในมิติที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตสังคมชายแดนใต้

สารบัญ

1. สถานการณ์ของประเด็นปัญหาการจัดบริการสุขภาพ	77
2. ชุดความรู้และนวัตกรรมที่มีอยู่	81
3. ศักยภาพและการขยายเครือข่าย	83
4. รูปธรรมพื้นที่ต้นแบบ	86
5. ข้อเสนอเชิงนโยบาย	103
6. การก้าวข้ามข้อจำกัดในการจัดการ	104

1. สถานการณ์ของประเด็นปัญหา การจัดบริการสุขภาพ

ห้าจังหวัดชายแดนภาคใต้ ประกอบด้วย จังหวัดสงขลา สตูล ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส มีพื้นที่การปกครอง 56 อำเภอ 411 ตำบล และ 2,816 หมู่บ้าน มีประชากรทั้งสิ้นจำนวน 3,748,287 คน แบ่งเป็นประชากรที่นับถือศาสนาอิสลาม จำนวน 2,871,937 คน (ร้อยละ 76.62) ประชากรที่นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 682,564 คน (ร้อยละ 18.21) และประชากรที่นับถือศาสนาคริสต์และอื่นๆ จำนวน 193,786 คน (ร้อยละ 5.17) และนิยมใช้ภาษามลายูท้องถิ่นแทนการใช้ภาษาไทยในชีวิตประจำวัน อยู่อย่างกระจัดกระจายทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท มีศาสนสถานทั้งหมด จำนวน 3,400 แห่ง ประกอบด้วย วัด จำนวน 788 แห่ง มัสยิด จำนวน 2,362 แห่ง และสถาบันการศึกษาปอเนาะ จำนวน 229 แห่ง จากบริบททางสังคม ภาษา วัฒนธรรม ความเชื่อ วิถีชีวิต ตลอดจนขนบธรรมเนียมประเพณีที่แตกต่างจากพื้นที่อื่น ผลักให้คนในพื้นที่มีความเป็นคนชายขอบ (marginality) ทั้งในแง่ของภูมิศาสตร์ ประวัติศาสตร์ และความรู้ โดยเฉพาะด้านวัฒนธรรมและวิถีชีวิต ที่มีลักษณะเฉพาะที่โดดเด่นเป็นพิเศษ มีการดำรงชีวิตตามความเชื่อ

ความศรัทธา ประเพณีและวัฒนธรรมตามวิถีมุสลิมและวิถีพุทธ ซึ่งมีความสัมพันธ์แนบแน่นกับหลักการตามศาสนาจนไม่สามารถแยกออกจากกันได้ เช่น หลักการศาสนาได้กำหนดแนวทางปฏิบัติในการดำรงชีวิตไว้ทุกมิติ ไม่ว่าจะเป็นมิติด้านเศรษฐกิจการเมือง สังคมและสุขภาพ เป็นต้น

นอกจากนี้ ผลกระทบจากสถานการณ์ความรุนแรงเกิดขึ้นในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้และสี่อำเภอจังหวัดสงขลาตั้งแต่ต้นปี พ.ศ.2547 ต่อเนื่องเป็นต้นมา ส่งผลต่อวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชนในพื้นที่โดยรวม ทั้งในด้านความมั่นคง ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ด้านเศรษฐกิจและคุณภาพชีวิต รวมถึงระบบบริการสุขภาพ ซึ่งนับเป็นความท้าทายในการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขเป็นอย่างมากในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับภาวะวิกฤตที่มีผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตเพิ่มขึ้นจากเหตุการณ์ข้างต้น ผสมกับการบูรณาการวิถีการดำเนินชีวิตของประชาชนในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้เชื่อมโยงและสอดคล้องกับหลักการทางศาสนา ดังนั้นการนำจุดแข็งที่สำคัญอันนี้สู่การขับเคลื่อนงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นธงนำในการจัดบริการที่ใส่ใจในทุกบริบทของวัฒนธรรมจึงเป็นหลักการสำคัญในการดำเนินงานดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่พหุวัฒนธรรมแห่งนี้



ปัจจุบันสถานบริการสุขภาพในพื้นที่ห้าจังหวัดชายแดนภาคใต้บางพื้นที่ได้มีการดำเนินการจัดบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับพื้นที่พหุวัฒนธรรมไปบ้างแล้ว ภายใต้การผลักดันของศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศบ.สต.) เช่น การให้การดูแลหรือตรวจร่างกายผู้ป่วยสตรีชาวมุสลิมที่มีความละเอียดอ่อนต้องมีการปฏิบัติที่จำเพาะเป็นพิเศษ การดูแลอนามัยแม่และเด็ก การดูแลผู้ป่วยขณะรักษาตัวที่โรงพยาบาลในช่วงเดือนรอมฎอน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การจัดให้มีนักการศาสนาในโรงพยาบาล การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

การเข้าสู่น้ำดื่ม การพัฒนาโรงครัวโรงพยาบาลปลอดภัย (ฮาลาล และตอยยิบ) การจัดสถานที่สำหรับปฏิบัติศาสนกิจในโรงพยาบาล (ศาลาละหมาดและห้องปฏิบัติธรรม) และยังมี การจัดบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน เช่น การส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้เดินทางไปประกอบพิธีฮัจญ์และอุมเราะฮ์ การพัฒนาศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพ และศูนย์เรียนรู้ระบบสุขภาพตามวิถีชุมชน เป็นต้น

ในการนี้ ศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศบ.สต.) ร่วมกับสถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สจรส.ม.อ.) จึงจัดโครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรมจังหวัดชายแดนภาคใต้ขึ้น เพื่อเป็นการสร้างความเข้าใจต่อบุคลากรสาธารณสุขในหลักการและวิถีทางศาสนา ต่อการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนที่ถูกต้อง โดยการนำคุณค่าขององค์ความรู้และแนวทางการให้บริการที่ดี อีกทั้งคาดหวังในผลของการนำแนวทางศาสนาทั้งพุทธและอิสลาม มานำเสนอให้กับสังคม เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจในวิถีชีวิตและวิถีการบริการสุขภาพในพหุวัฒนธรรม ลดความไม่เข้าใจด้านสุขภาพและเงื่อนไขของความขัดแย้งในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่มีความทับซ้อนของปัญหามากมาย การสร้างความเข้าใจเรื่องการบริหารสุขภาพในพหุวัฒนธรรมเป็นการนำกระบวนการด้านการแพทย์และสาธารณสุขในการเสริมสร้างสันติภาพไปด้วยกัน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการขับเคลื่อนมติดังกล่าว และนำไปสู่การสร้างข้อเสนอเชิงนโยบายในระดับชาติต่อไป

2. ชุดความรู้และนวัตกรรมที่มีอยู่

2.1 คู่มือแนวปฏิบัติการบริการสุขภาพในพหุวัฒนธรรมสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ : สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สจรส.ม.อ.) ดำเนินงานโครงการการจัดบริการสุขภาพในพหุวัฒนธรรมจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การถอดบทเรียนการแพทย์วิถีอิสลาม และวิถีพุทธ จากสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ รวมทั้งบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการดำเนินงานเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ กระทั่งเกิดเป็นคู่มือแนวปฏิบัติการบริการสุขภาพในพหุวัฒนธรรมสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ (คณะทำงาน : ผศ.ดร.ปรีญา แก้วพิมล, ดร.พาศิตีเมาะ นิมา, นายอิบลฟาน ตอแลมา, นายสะแลแม อาแวนิบรรณาทิการ: นายอิบลฟาน ตอแลมา, ดร.ชอฟิยะห์ นิมะ, 2560)

2.2 คู่มือการจัดบริการสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรมจังหวัดชายแดนภาคใต้ : ศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศบ.สต.) ร่วมกับสถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สจรส.ม.อ.) ดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรมจังหวัดชายแดนภาคใต้

เพื่อเป็นการสร้างความเข้าใจต่อบุคลากรสาธารณสุขในหลักการและวิธีทางศาสนาต่อการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนที่ถูกต้อง โดยริเริ่มดำเนินการจากโรงพยาบาลนาร่องในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ จังหวัดละ 1 แห่ง ประกอบด้วย 1) โรงพยาบาลเทพา จังหวัดสงขลา 2) โรงพยาบาลสตูล จังหวัดสตูล 3) โรงพยาบาลยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี 4) โรงพยาบาลธารโต จังหวัดยะลา 5) โรงพยาบาลรือเสาะ จังหวัดนราธิวาส มีการรวบรวมและวิเคราะห์แนวปฏิบัติในการจัดระบบบริการสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรม จากการศึกษาวิจัยของสถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สจรส.ม.อ.) ที่ดำเนินการถอดบทเรียนผ่านการปฏิบัติงานโดยโรงพยาบาลนาร่องที่เข้าร่วมโครงการ จนเกิดเป็นคู่มือฉบับใหม่ : การจัดบริการสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรมจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้ นายประเวศ หมืดเสน, 2561)

3. ศักยภาพและการขยายเครือข่าย

ศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศบ.สต.) ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้ดำเนินการจัดโครงการปรับปรุงและพัฒนาสถานที่ปฏิบัติศาสนกิจตามความเชื่อความศรัทธาของประชาชนใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2558 เป็นต้นมา โดยดำเนินการจัดสถานที่พัฒนาศาลาละหมาดและสถานที่สำหรับปฏิบัติธรรมให้ผ่านมาตรฐานด้านสิ่งแวดล้อมให้เป็นสัดส่วนและถูกสุขลักษณะ เพื่อเป็นต้นแบบให้กับชุมชน รวมทั้งเป็นสถานที่สำหรับการทำกิจกรรมร่วมกันของผู้ให้บริการและผู้มารับบริการ (ศาสนสถานมีชีวิต) ผลการดำเนินงาน: ปี 2558-2561 มีโรงพยาบาลที่เป็นต้นแบบด้านการพัฒนาสถานที่ปฏิบัติศาสนกิจ จำนวน 35 แห่ง เกิดสิ่งดีงามมากมายในพื้นที่ เช่น มีพื้นที่กลางในการทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และชุมชน เป็นต้น เป็นแหล่งให้ความรู้ทั้งด้านศาสนา และสุขภาพพัฒนาสู่การสร้างสุขภาวะที่ดี ตลอดจนลดช่องว่างระหว่างผู้ให้บริการและประชาชนโดยเน้นความเป็นพหุวัฒนธรรมเพิ่มศักยภาพแก่บุคลากรสาธารณสุขในหลักการและวิธีทางศาสนาต่อการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน (วิถีพุทธเข้าใจมุสลิม วิถีมุสลิมเข้าใจพุทธ) เกิดกิจกรรมการบิณฑบาตบนห่อผู้ป่วยร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย มีการเชิญอิหม่าม/ผู้รู้ศาสนามาให้ความรู้และกล่าวดูอาห์แก่ผู้ป่วย มีกิจกรรมสุนัฒหมู่โดยการดำเนินงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและประชาชน เป็นต้น

อีกทั้งในปีงบประมาณ พ.ศ.2561 ศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศบ.สต.) ร่วมกับสถาบันการจัดการ

ระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สจรส.ม.อ.) จัดโครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรมจังหวัดชายแดนภาคใต้ขึ้น โดยใช้ต้นทุนพื้นที่เดิมที่มีอยู่มาต่อยอดและยกระดับการพัฒนาทางด้านสุขภาพ ดำเนินการโดยนำคู่มือแนวปฏิบัติการบริการสุขภาพในพหุวัฒนธรรมสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ (คณะทำงาน : ผศ.ดร.ปรีชา แก้วพิมล, ดร.พาศิมาะ นิมา, นายอิลฟาน ตอแลมา, นายสะแลแม อาแวนิ บรรณาธิการ : นายอิลฟาน ตอแลมา, ดร.ชอพิยะห์ นิมะ, 2560) มาเป็นแนวทางในการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับพื้นที่พหุวัฒนธรรม เพื่อเป็นการสร้างความเข้าใจต่อบุคลากรสาธารณสุขในหลักการและวิถีทางศาสนาต่อการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนที่ถูกต้อง โดยริเริ่มดำเนินการจากโรงพยาบาลนาร่องในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ จังหวัดละ 1 แห่ง ประกอบด้วย 1) โรงพยาบาลเทพา จังหวัดสงขลา 2) โรงพยาบาลสตูล จังหวัดสตูล 3) โรงพยาบาลยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี 4) โรงพยาบาลธารโต จังหวัดยะลา 5) โรงพยาบาลรือเสาะ จังหวัดนราธิวาส เพื่อเป็นการพัฒนาและยกระดับการให้บริการสุขภาพให้สอดคล้องกับพื้นที่พหุวัฒนธรรมในจังหวัดชายแดนภาคใต้ รวมทั้งมีการถอดบทเรียนขยายแนวทางการปฏิบัติไปสู่โรงพยาบาลอื่นๆ ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ต่อไป ผลจากการดำเนินการถอดบทเรียนผ่านการปฏิบัติงานโดยโรงพยาบาลนาร่องที่เข้าร่วมโครงการ จนเกิดเป็นคู่มือฉบับใหม่ : การจัดการบริการสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรมจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้ นายประเวศ หมัดเส็น, 2561) ขึ้น

ทั้งนี้ ในปีงบประมาณ พ.ศ.2562 ได้พัฒนาต่อยอดพื้นที่ต้นแบบเพิ่มขึ้น จังหวัดละ 2 แห่ง โดยให้โรงพยาบาลนาร่อง 5 โรงพยาบาล ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้การสนับสนุนโรงพยาบาลใหม่ที่เข้าร่วมโครงการฯ ปีงบประมาณ พ.ศ.2562 ประกอบด้วย 1)

โรงพยาบาลเทพา จังหวัดสงขลา เป็นพี่เลี้ยงให้กับโรงพยาบาลสะบ้าย้อย และโรงพยาบาลจะนะ 2) โรงพยาบาลสตูล จังหวัดสตูล เป็นพี่เลี้ยงให้กับโรงพยาบาลทุ่งหว้าและโรงพยาบาลควนกาหลง 3) โรงพยาบาลยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี เป็นพี่เลี้ยงให้กับโรงพยาบาลกะป้อและโรงพยาบาลมายอ 4) โรงพยาบาลธารโต จังหวัดยะลา เป็นพี่เลี้ยงให้กับโรงพยาบาลกรงปินังและโรงพยาบาลพระยูพรายะหา และ 5) โรงพยาบาลรือเสาะ จังหวัดนราธิวาส เป็นพี่เลี้ยงให้กับโรงพยาบาลจะแนะและโรงพยาบาลศรีสาคร ดำเนินงานโดยการนำคู่มือฉบับเก่า (คู่มือแนวปฏิบัติการบริการสุขภาพในพหุวัฒนธรรมสามจังหวัดชายแดนภาคใต้) และฉบับใหม่ (คู่มือการจัดการบริการสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรมจังหวัดชายแดนภาคใต้) โดยมีวิธีการดำเนินงานเหมือนปีที่ผ่านมา ผลที่คาดว่าจะได้รับภายหลังการดำเนินงานโครงการ คือ เกิดคู่มือการจัดการบริการสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรมจังหวัดชายแดนภาคใต้ฉบับใหม่ ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่เป้าหมาย และมีการต่อยอดโรงพยาบาลเป้าหมายขยายออกไปจนครอบคลุมพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้



ห้องสวดมนต์ในโรงพยาบาล



ห้องละมอดในโรงพยาบาล

4. รูปธรรมพื้นที่ต้นแบบ

จากการรวบรวมและวิเคราะห์แนวปฏิบัติในการจัดระบบบริการสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรม ดำเนินการถอดบทเรียนผ่านการปฏิบัติงานโดยโรงพยาบาลนำร่องที่เข้าร่วมโครงการ ในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ จังหวัดละ 1 แห่ง ประกอบด้วย 1) โรงพยาบาลเทพา จังหวัดสงขลา 2) โรงพยาบาลสตูล จังหวัดสตูล 3) โรงพยาบาลยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี 4) โรงพยาบาลธารโต จังหวัดยะลา และ 5) โรงพยาบาลรือเสาะ จังหวัดนราธิวาส ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2560 – เดือนธันวาคม 2561 ภายใต้กระบวนการถอดบทเรียนผ่านการปฏิบัติงานโดยโรงพยาบาลนำร่องที่เข้าร่วมโครงการ โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

แนวปฏิบัติในการจัดระบบบริการสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรม

ประเด็น	คู่มือฉบับใหม่จากการลงมือปฏิบัติของโรงพยาบาล	
	วิถีอิสลาม	วิถีพุทธ
1. การตรวจ/การปฏิบัติพยาบาล ที่ต้องสัมผัสร่างกายหรือถูกเนื้อต้องตัวจากเพศตรงข้าม	1.1 การจัดให้บริการผู้รับบริการทั่วไป 1.1.1 ผู้ให้บริการต้องเป็นเพศเดียวกันกับผู้รับบริการ ถ้าไม่สามารถเลี่ยงได้ ต้องไม่ปฏิบัติพยาบาลสองต่อสอง ต้องมีญาติที่ใกล้ชิดอยู่ด้วยทุกครั้ง	1.1 ระดับฆราวาส: 1.1.1 ไม่ได้มีข้อห้ามในประเด็นการตรวจรักษาหรือการปฏิบัติพยาบาลจากเพศตรงข้าม แต่ต้องถามความประสงค์ของผู้รับบริการในประเด็นการตรวจพิเศษ เช่น การตรวจทางสูติ-นรีเวช

ประเด็น	คู่มือฉบับใหม่จากการลงมือปฏิบัติของโรงพยาบาล	
	วิถีอิสลาม	วิถีพุทธ
	<p>1.1.2 กระทำในสถานที่มิดชิด เช่น การปิดม่าน โดยต้องไม่เปิดเผยร่างกาย หรืออวัยวะให้ผู้อื่น ที่ไม่ใช่ญาติใกล้ชิด</p> <p>1.1.3 ส่งเสริมให้บุคลากรสวมถุงมือกรณีมีความจำเป็นต้องตรวจได้ร่มผ้า กรณีต่างเพศ</p> <p>1.2 การจัดการบริการอนามัยแม่และเด็ก</p> <p>1.2.1 จัดให้แพทย์ผู้ตรวจครรภ์เป็นเพศเดียวกัน โดยตรวจครรภ์ในสถานที่มิดชิด หรือมีม่านปิด หากจำเป็นต้องให้แพทย์ผู้ชายเป็นผู้ตรวจ ต้องถามความสมัครใจของหญิงตั้งครรภ์ก่อน หากยินยอมตรวจ ก็ต้องไม่ปฏิบัติพยาบาลสองต่อสอง ต้องมีพยาบาลหญิงหรือญาติที่ใกล้ชิดอยู่ทุกครั้ง</p> <p>1.2.2 จัดระบบให้คำแนะนำ/สุขภาพตามวิถีอิสลามแก่หญิงตั้งครรภ์</p> <ul style="list-style-type: none"> - โรงเรียนพ่อแม่ : การจัดกิจกรรมให้ความรู้ในหญิงตั้งครรภ์และสามี เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเองในขณะตั้งครรภ์ - ส่งเสริมความรู้ผ่านสื่อต่างๆ แผ่นพับ ตำรา แนวทางปฏิบัติ/การดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ในทัศนะของอิสลาม 	<p>1.2 ระดับนักบวช เช่น แม่ชี พระสงฆ์</p> <p>1.2.1 จัดที่นั่งพิเศษระหว่างรอตรวจ รับประทานพระภิกษุ สามเณร</p> <p>1.2.2 จัดบริการช่องทางพิเศษบริการผู้ป่วยนอก (ตั้งแต่บริการคัดกรอง ห้องบัตร ห้องตรวจ ทำหัตถการ รับประทาน) แก่พระภิกษุ สามเณร</p> <p>1.2.3 ระดับนักบวช เช่น แม่ชี พระสงฆ์ : จำเป็นต้องได้รับการปฏิบัติจากเพศเดียวกัน เช่น ในหน่วยบริการต้องมีบวชพยาบาลทำหน้าที่ดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธ ส่วนแม่ชีก็ควรได้รับการดูแลจากทีมการแพทย์ที่เป็นสตรี (บุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นสตรีไม่สามารถถูกเนื้อต้องตัวของภิกษุ หรือสามเณรได้)</p>

ประเด็น	คู่มือฉบับใหม่จากการลงมือปฏิบัติของโรงพยาบาล	
	วิถีอิสลาม	วิถีพุทธ
	<p>1.2.3 จัดระบบบริการที่เอื้อต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ โดยเปิดให้บริการ Case Early ANC รายใหม่ทุกวัน</p> <p>1.2.4 มีนักวิชาการศาสนา/ผู้นำศาสนา เป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำ ตอบข้อสงสัยประเด็นศาสนากับการดูแลรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล</p> <p>1.2.5 เตรียมความพร้อมเจ้าหน้าที่ ในการเป็นผู้ให้ความรู้และกระตุ้นการสร้าง Health Literacy ในผู้ปกครอง เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพเด็กให้เป็นเด็ก Smart Kids ที่สอดคล้องกับวิถีอิสลาม โดยมีพฤติกรรม 9 ข้อ ดังนี้ <u>ด้านโภชนาการ</u> : 1) เด็กกินนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน (โดยไม่กินน้ำ) อายุครบ 6 เดือนให้กินอาหารตามวัย ควรกินนมแม่นาน 2 ปี หรือมากกว่า 2) หญิงให้นมบุตร และเด็กควรกินผัก ผลไม้ทุกวัน เน้น ปลา ตับ ไข่) <u>ด้านพัฒนาการและวัคซีน</u> : 3) ห้ามเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีตามลำพัง หรือไม่ควรให้เกิน 1-2 ชม./วัน 4) หากพบเด็กที่ชุกชนอยู่ไม่นิ่ง ใจลอย ไม่อดทนรอ ไม่ค่อยพูด ไม่สบตา ไม่เข้าสังคม บอกความต้องการไม่ได้ ควรพาไปพบ</p>	<p>1.2.4 จัดสถานที่พำนักให้การดูแลก่อนและหลังการรักษาเพื่อพักฟื้นของพระภิกษุ สามเณรในโรงพยาบาลที่เป็นสัดส่วน (เนื่องจากพระภิกษุ-สามเณร มีกิจวัตรปฏิบัติแตกต่างกับฆราวาส ย่อมเป็นการไม่เหมาะสมในทางพระวินัยที่พระสงฆ์และฆราวาสจะรวมปะปนในสถานพยาบาลแห่งเดียวกัน)</p> <p>1.2.5 ส่งเสริมให้บุคลากรสวมถุงมือกรณีมีความจำเป็นต้องตรวจไต่ถามผ้า กรณีต่างเพศ</p>

ประเด็น	คู่มือฉบับใหม่จากการลงมือปฏิบัติของโรงพยาบาล	
	วิถีอิสลาม	วิถีพุทธ
	<p>แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 5) เลี้ยงดูเด็กด้วยการให้ กินดี โอบกอด เล่นด้วย เล่นิทานให้ฟัง นอนให้พอ ดูแลช่องปากและฟัน 6) เด็กได้รับการประเมินพัฒนาการและวัคซีนครบตามวัย <u>ด้านฟัน</u> : 7) ทำความสะอาดช่องปากลูกอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ด้วยยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ 8) พาเด็กมารับบริการทันตพลูออไรด์วาณิช ตามนัด และเฝ้าระวังการเกิดฟันผุระยะแรก (White Spot) และ 9) ควบคุมการรับประทานอาหารให้เหมาะสมตามวัย และอาหารที่เสี่ยงกับการเป็นโรคฟันผุ</p> <p>1.2.6 นำวิถีอิสลามให้มีในตัวเจ้าหน้าที่และในโรงพยาบาล เช่น การแต่งกายที่เหมาะสมถูกต้องตามหลักมีบุคลิกภาพที่สอดคล้องกับอิสลาม เช่น การยิม การทักทายด้วยการให้สลาม การขอพร (ดูอาห์) การปฏิบัติดูแลเสมือนญาติมิตรและการสร้างบรรยากาศในโรงพยาบาลให้เอื้อต่อการทำอิบาเดาะห์ (ประกอบศาสนากิจ)</p> <p>1.2.7 บูรณาการร่วมในเนื้อหาหลักสูตรการอบรมก่อนแต่งตั้งงานในศาสนาอิสลาม (กุซูล) ในด้านอาหาร โภชนาการ การมีบุตร การส่งเสริมโภชนาการในเด็ก การดูแลบุตรให้มีคุณภาพ</p>	

ประเด็น	คู่มือฉบับใหม่จากการลงมือปฏิบัติของโรงพยาบาล	
	วิถีอิสลาม	วิถีพุทธ
	<p>1.2.8 ส่งเสริมการจัดกิจกรรมตามหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ โดยเชิญผู้มีความรู้ด้านศาสนามาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้แนวคิดหลักการเลี้ยงดูบุตรตามขนานชนนัสนี้</p> <p>1.2.9 ส่งเสริมให้ผู้นำศาสนามีส่วนร่วมในการรณรงค์หลักโภชนาการเด็กหลักทันตกรรม การสร้างเสริมสุขภาพ พัฒนาการตามวัยในพื้นที่ เช่น การอ่านคู่มือบะห์วันศุกร์ ครูตาดิกานักศึกษาชั้น 7 ที่กำลังกลับมาสอนเด็กตาดิกา กิรออาตี เพื่อให้เกิดกิจกรรมที่เป็นรูปธรรมในโรงเรียน เช่น ให้เด็กทุกคนแปรงฟันก่อนละหมาด การส่งเสริมให้เด็กละหมาดร่วม การบริการอาหารที่มีประโยชน์</p> <p>1.2.10 กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้พ่อแม่มือเก่ามือใหม่ ใต้ะบีเค เพื่อถอดบทเรียนแบบอย่างที่ดีในการเลี้ยงดูบุตร</p> <p>1.2.11 อบรมเชิงปฏิบัติ การค้าปลีกฝึ่งจริยธรรมหลัก 4 อ. 1) อีมาน (ศรัทธา) 2) เอียะซาน (คุณธรรมจริยธรรม) 3) อีบาดะฮ์ (หลักปฏิบัติ) 4) อีสติกอมะห์ (ต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ความยั่งยืน)</p>	
2. การจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการปฏิบัติศาสนกิจ	<p>2.1 การจัดให้บริการผู้รับบริการทั่วไป</p> <p>2.1.1 ภายในอาคาร หรือห้องพักผู้ป่วยควรแสดงทิศของการละหมาด การมีสัญญาณเตือนเมื่อถึงเวลาละหมาด</p>	<p>2.1 การจัดให้บริการผู้รับบริการทั่วไป</p> <p>2.1.1 ส่งเสริม สนับสนุนให้มีกิจกรรมการสวดมนต์ระหว่างรอตรวจ</p>

ประเด็น	คู่มือฉบับใหม่จากการลงมือปฏิบัติของโรงพยาบาล	
	วิถีอิสลาม	วิถีพุทธ
	<p>2.1.2 มีอาคาร/สถานที่ละหมาดที่สะอาด เงียบสงบ และกว้างขวางเพียงพอต่อจำนวนผู้มาใช้บริการ โดยแยกเป็นสัดส่วนระหว่างผู้ชายและผู้หญิง</p> <p>2.1.3 ส่งเสริมการละหมาดบนเตียงในผู้ป่วยที่ต้องพักรักษาตัวอยู่บนเตียง เนื่องจากข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว เช่น การคาสายต่างๆ ตามร่างกาย</p> <p>2.1.4 การจัดให้อุปกรณ์ช่วยด้านการส่งเสริมจิตวิญญาณ เช่น หนังสือ คู่มือบทซิกิร คัมภีร์อัลกุรอาน หนังสือหรือบทความที่เกี่ยวข้องกับศาสนา บริการหนังสือตั้งชื่อตามหลักศาสนา ทั้งพุทธและอิสลาม รวมทั้งบทความที่เกี่ยวข้องกับพุทธศาสนา</p> <p>2.1.5 ส่งเสริม สนับสนุนให้มีการทักทายด้วยภาษาท้องถิ่น/วัฒนธรรมท้องถิ่น/ประเพณีที่สอดคล้องทางศาสนาตามความเหมาะสม และด้วยความสมัครใจ</p> <p>2.1.6 ส่งเสริม สนับสนุนให้มีกิจกรรมการอ่านคู่มือระหว่างรอตรวจ</p>	<p>2.1.2 จัดให้มีหนังสือธรรมะ หรือบทความที่เกี่ยวข้องกับศาสนา</p> <p>2.1.3 จัดห้องพระที่เป็นสัดส่วนและสงบ การจัดตั้งพระพุทธรูปใน ห้องพระให้ผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่นั่งสมาธิตามต้องการความสงบทางใจ</p> <p>2.1.4 ประสานความร่วมมือกับพระสงฆ์ ประยุกต์กิจกรรมต่างๆ ทางศาสนา พุทธ ผนวกให้เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลรักษาในสถานบริการทางสุขภาพ เช่น นิมนต์พระภิกษุร่วมดูแลผู้ป่วย พระให้พร ให้คำปรึกษาสำหรับผู้ป่วยและญาติที่เครียด วิตกกังวลหวาดกลัว หรือมีความทุกข์</p> <p>2.1.5 นิมนต์พระสอนสมาธิให้ผู้ป่วยที่ไม่สามารถนั่งหรือเดินได้ ให้สามารถนอนทำสมาธิบนเตียงได้</p> <p>2.1.6 นิมนต์พระมาบิณฑบาต และการถวายสังฆทาน เอื้อในการจัดหาปัจจัยให้คนไข้ได้ทำบุญ โดยให้ญาติได้ใส่บาตรร่วมกับผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว ให้ญาติทำหน้าที่ใส่บาตรแทน</p> <p>2.1.7 การเปิดเทปเสียงธรรมะ/ซีดีธรรมะ ซึ่งประกอบด้วยบทพุดนา และการทำสมาธิ บทเพลงบรรเลงบทแผ่เมตตา</p>

ประเด็น	คู่มือฉบับใหม่จากการลงมือปฏิบัติของโรงพยาบาล	
	วิถีอิสลาม	วิถีพุทธ
	<p>2.2 การจัดบริการอนามัยแม่และเด็ก</p> <p>2.2.1 จัดมุมอาชานสำหรับทารกแรกเกิด</p> <p>2.2.2 จัดบริการจิตอาสาทำอาชานทารกแรกเกิดในครอบครัวที่ไม่พร้อม</p> <p>2.2.3 รับบริการแจ้งเกิดโดยรับยื่นเอกสาร เพื่อนำส่งทะเบียนราษฎร และนัดวันรับสูติบัตรที่ห้อง UC</p> <p>2.2.4 จัดให้มีคู่มือตั้งชื่อเด็กเกิดใหม่ที่หอผู้ป่วยนรีเวชกรรม</p>	<p>2.2 การจัดบริการอนามัยแม่และเด็ก</p> <p>2.2.1 จัดให้มีคู่มือตั้งชื่อเด็กเกิดใหม่ที่หอผู้ป่วยนรีเวชกรรม</p>
3.การจัดการด้านอาหารฮาลาล	<p>3.1 เน้นอาหารฮาลาลและตอยยิบที่เตรียมจากครัวฮาลาล ถูกหลักการทางศาสนา (ปราศจากสิ่งปนเปื้อนที่เป็นข้อห้าม เช่น สุกร, สิ่งที่มีส่วนผสมจากสุรา) โดยอาหารมีคุณประโยชน์ต่อการรักษาผู้ป่วย</p> <p>3.2 เพื่อเป็นการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลควรกำหนดอาหารปลอดภัย (ฮาลาลและตอยยิบ) เป็นมาตรฐานหลักสำหรับผู้ป่วยที่มารับบริการ</p> <p>3.3 เมนูอาหารตามบริบทชุมชนสำหรับผู้ป่วย โดยยึดหลักสุขภาพดีวิถีธรรม 3 ส : (สวดมนต์สมาธิ สันทนาธรรม) 3อ : (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) 1น : (นาฬิกาชีวิต)</p>	<p>3.1 จัดอาหารถวายการฉันท์อาหารพระภิกษุสามเณร ฉันท์เพลเวลา 11.00 น. และฉันท์ยาที่ไม่กระทบต่อการรักษา</p> <p>3.2 จัดทำปานะสำหรับพระภิกษุ สามเณร</p> <p>3.3 จัดบริการอาหารมังสวิริอาหารเจ แก่ผู้ป่วยที่ต้องการ (แจ้งล่วงหน้า)</p> <p>3.4 เมนูอาหารตามบริบทชุมชนสำหรับผู้ป่วย โดยยึดหลักสุขภาพดีวิถีธรรม 3 ส : (สวดมนต์สมาธิ สันทนาธรรม) 3อ : (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) 1น : (นาฬิกาชีวิต)</p>

ประเด็น	คู่มือฉบับใหม่จากการลงมือปฏิบัติของโรงพยาบาล	
	วิถีอิสลาม	วิถีพุทธ
	<p>3.4 ส่งเสริม สนับสนุนให้มีร้านอาหารจำหน่ายอาหารฮาลาลในโรงพยาบาล</p> <p>3.5 ส่งเสริมและผลักดันครัวอาหารปลอดภัย (ฮาลาลและตอยยิบ) ที่เป็นรูปธรรมขยายออกสู่ชุมชน เช่น โรงเรียนและสถานศึกษา</p>	
4.การบริการสุขภาพในเทศกาลหรือวาระพิเศษทางศาสนา	<p>4.1 การจัดให้บริการผู้รับบริการทั่วไป</p> <p>4.1.1 ส่งเสริมให้ทุกเทศกาล งานบุญ งานประเพณี ให้เป็นเทศกาลที่สามารถปรับวิถีการดูแลตนเองได้ เช่น ในช่วงเทศกาลถือศีลอด</p> <p>4.1.2 จัด/ร่วมพิธีทางศาสนาในวันสำคัญ โดยมีชมรมมุสลิมเป็นแกนหลัก</p> <p>4.1.3 ปรับวิธีการดูแลตนเอง เรื่องการกินยา ในช่วงเทศกาลถือศีลอด (เดือนรอมฎอน) โดยปรับช่วงเวลาเมื่อเช้า เปลี่ยนเป็นเวลาหัวรุ่ง=ซาฮฺ (04.00 น.) เมื่อเที่ยงเปลี่ยนเป็น เวลา เปิดโปซอ (18.30 น.) เมื่อเย็นเปลี่ยนเป็นเวลา เทียงคิน</p> <p>4.1.4 ประกาศเสียงตามสายบอกเวลาละศีลอด</p> <p>4.1.5 ร่วมกับผู้นำศาสนา เชื่อมให้กำลังใจและแจกอาหารเนื่องในวันฮารีรายอ</p>	<p>4.1 การจัดให้บริการผู้รับบริการทั่วไป</p> <p>4.1.1 ส่งเสริมให้ทุกเทศกาล งานบุญ งานประเพณี ให้เป็นเทศกาลที่ปลอดภัยจากอบายมุขและปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ</p> <p>4.1.2 จัด/ร่วมพิธีทางศาสนาในวันสำคัญ โดยมีชมรมพุทธเป็นแกนหลัก</p> <p>4.1.3 มีการจัดกิจกรรมให้บุคลากรร่วมกับผู้รับบริการร่วมทำบุญปีใหม่ เทศกาลสงกรานต์ งานบุญเดือนสิบ และงานประเพณีอื่น ๆ</p>

ประเด็น	คู่มือฉบับใหม่จากการลงมือปฏิบัติของโรงพยาบาล	
	วิถีอิสลาม	วิถีพุทธ
	<p>4.1.6 จัดทำแผนปฏิบัติการควบคุมอาหารเผยแพร่สำหรับผู้ป่วยเบาหวานในช่วงเดือนรอมฎอน</p> <p>4.1.7 จัดให้มีร้านจำหน่ายอาหารชาไฮโร (เริ่มคีลอด) และอาหารละคีลอด</p> <p>4.1.8 จัดอบรมฟื้นฟูความรู้เรื่อง “การดูแลผู้ป่วยช่วงรอมฎอน” แก่เจ้าหน้าที่</p> <p>4.1.9 มีการรณรงค์ความปลอดภัยช่วงเทศกาลฮารีรายอร่วมกับภาคีเครือข่าย</p> <p>4.1.10 ช่วงถือศีลอดและละศีลอด ทางโรงพยาบาลจะงดกิจกรรมรื่นเริง และเตรียมปรับเวลาทำงานให้สอดคล้องกับบริบทช่วงถือศีลอด</p> <p>4.1.11 กรณีเทศกาลฮารีรายอ อนุญาตให้บุคลากรแต่งกายตามประเพณีนิยม และนำอาหารมาเลี้ยงแก่ผู้มารับบริการ</p> <p>1.2 การจัดบริการอนามัยแม่และเด็ก</p> <p>1.2.1 การตรวจภายใน 45 วัน หลังคลอด ถ้าตรงช่วงเดือนเทศกาลการถือศีลอด (เดือนรอมฎอน) หากผู้รับบริการประสงค์ขอเลื่อนนัดได้ เพื่อให้ทำศาสนกิจได้โดยสมบูรณ์</p> <p>1.2.2 มีบริการอินทผาลัมแจกญาติที่มาเฝ้ามารดาคลอดและหลังคลอดตลอดเดือนรอมฎอน</p>	

ประเด็น	คู่มือฉบับใหม่จากการลงมือปฏิบัติของโรงพยาบาล	
	วิถีอิสลาม	วิถีพุทธ
5.กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนท้องถิ่น	<p>5.1 การสร้างเสริมสุขภาพวิถีอิสลามในกลุ่มคนปกติ</p> <p>5.1.1 การส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย (Physical activity) ให้แก่กลุ่มชาย-หญิงมุสลิม ที่ไม่ปะปนกันระหว่างเพศ และปราศจากการใช้ดนตรีมาประกอบการทำกิจกรรมเข้าจังหวะ ยกเว้นเสียงกลอง เป็นที่อนุมัติให้ใช้ได้</p> <p>5.1.2 จัดกิจกรรม “ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาล” อย่างต่อเนื่อง</p> <p>5.1.3 ให้ความรู้ด้านสุขภาพผ่านการอ่านคู่มือะห์ในการละหมาดวันศุกร์, สถานีวิทย์ หรือเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ต่าง ๆ</p> <p>5.1.4 ให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้นำศาสนา ผู้นำท้องถิ่น</p> <p>5.1.5 พัฒนาเป็นมัสยิดส่งเสริมสุขภาพ</p> <p>5.2 การสร้างเสริมสุขภาพวิถีอิสลามในกลุ่มแม่และเด็ก</p> <p>5.2.1 ร่วมมือกับผู้นำศาสนา ร่วมเป็นเครือข่าย ในงานอนามัยแม่และเด็ก โดยจัดอบรมให้ความรู้ด้านศาสนา และสุขภาพ การใช้ชีวิตคู่แก่ชายและหญิงที่จะแต่งงาน และตอนทำพิธีแต่งงานจะมีการนาซีฮัต (ตักเตือน) ให้โอวาทและความรู้ กำชับสิ่งที่เกี่ยวข้อง</p>	<p>5.1 ให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่พระภิกษุสงฆ์ สามเณร และคณะกรรมการวัด</p> <p>5.2 พัฒนาเป็นวัดส่งเสริมสุขภาพ</p> <p>5.3 มีการรณรงค์สุขภาพดีวิถีธรรม ในชุมชน และในหน่วยงาน</p> <p>5.4 ดำเนินกิจกรรมสุขภาพดีวิถีธรรม พุทธ ตามแนวทาง 7 ข้อ คือ 3 ส 3 อ 1 น เพื่อบรรลุเป้าหมาย 5 ด้าน ได้แก่ 1.ด้านจิตวิญญาณ 2.ด้านชีวิต 3.ด้านสติปัญญา 4.ด้านครอบครัว และ 5.ด้านทรัพยากร</p> <p>5.5 การส่งเสริมสุขภาพกายของประชาชนทั่วไป ด้วยการกินอาหารสุก และการออกกำลังกาย การส่งเสริมสุขภาพจิต ด้วยการฝึกจิต ฝึกสมาธิ และการส่งเสริมให้ดำเนินชีวิตใกล้เคียงธรรมชาติและหลีกเลี่ยงอบายมุข</p> <p>5.6 สร้างเสริมสุขภาพวิถีพุทธ นำวิถีพุทธบูรณาการกับสร้างเสริมสุขภาพชุมชนตามกลุ่มโรคหรือกลุ่มวัย โดยเน้นการทำสมาธิบำบัดในกลุ่มผู้สูงอายุ เด็กหญิงตั้งครรภ์ คนไข้โรคเบาหวาน คนไข้โรคความดันโลหิตสูง</p>

ประเด็น	คู่มือฉบับใหม่จากการลงมือปฏิบัติของโรงพยาบาล	
	วิถีอิสลาม	วิถีพุทธ
	<p>กับสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก รวมไปถึงเน้นย้ำให้ฝากครรภ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รพ.สต. หรือที่โรงพยาบาล เป็นต้น</p> <p>5.2.2 สร้างแรงจูงใจให้โต๊ะบีแด หรือผดุงครรภ์โบราณ ปรับบทบาทเป็นผู้ช่วย ส่งต่อหญิงตั้งครรภ์มาคลอดที่โรงพยาบาล และการนวดหลังคลอด</p> <p>5.2.3 ร่วมมือกับเครือข่ายทั้งโต๊ะบีแดหรือผดุงครรภ์โบราณ ผู้นำศาสนาและอสม. ในการดูแลหญิงวัยเจริญพันธุ์หญิงมีครรภ์และหลังคลอด โดยส่งเสริมให้หญิงมีครรภ์มาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ รวมถึงการให้ความรู้/ปรับแนวคิด/ความเชื่อ ที่ไม่สอดคล้องกับหลักศาสนา โดยผู้นำศาสนาเป็นผู้สอน/อธิบาย</p> <p>5.2.4 สนับสนุนให้ชุมชนกำหนดนโยบายสาธารณะของชุมชน (ฮุกุมปากัด) เกี่ยวกับเรื่องงานอนามัยแม่และเด็ก เช่น การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จนถึง 2 ปี การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และสุขภาพ การดูแลทำความสะอาดสุขภาพของปากลูก แปรงฟันให้ลูกอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เป็นต้น</p> <p>5.2.5 จัดกิจกรรมเข้าสูหน้ตหมู่โดยไม่คิดมูลค่า แก่เยาวชนมุสลิมที่ยากจน</p>	

ประเด็น	คู่มือฉบับใหม่จากการลงมือปฏิบัติของโรงพยาบาล	
	วิถีอิสลาม	วิถีพุทธ
	<p>5.2.6 ส่งเสริมและพัฒนาหลักสูตรการเรียน การสอนในโรงเรียนเพื่อบูรณาการให้สอดคล้องกับบริบท หลักความเชื่อทางศาสนา ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ร่วมพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนใน ศพด. เด็ก ป.1-ป.3 ในโรงเรียนนาร่อง - ร่วมพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 7 ในโรงเรียนสอนศาสนา ครุฑาดีกานาร่อง - อบรมเชิงปฏิบัติการ การใช้หลักสูตร สำหรับโรงเรียนและสถานศึกษานาร่อง <p>5.2.7 การสร้างเครือข่ายแก้ปัญหาโภชนาการเด็กและปัญหาสาธารณสุขจากชุมชน</p> <ul style="list-style-type: none"> - แต่งตั้งคณะกรรมการสุขภาพวิวัฒน์ธรรม (สภาสันติสุข) เพื่อร่วมขับเคลื่อนและแก้ไขปัญหา - ส่งเสริมและประสานความร่วมมือกับแกนนำผู้นำสตรีในพื้นที่มาร่วมขับเคลื่อนแก้ไข - คืบข้อมูลการดำเนินงานพัฒนาการเด็กและภาวะโภชนาการเด็กในเวทีประจำเดือนชมรมอิหม่ามประจำอำเภอ 	
6. การบริการสุขภาพ ผู้ป่วยหนัก/ผู้ป่วยระยะสุดท้าย / ผู้เสียชีวิต	<p>6.1 สถานที่</p> <p>6.1.1 จัดบรรยากาศห้องพักให้เหมือนบ้านและให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ดังนี้</p>	<p>6.1 สถานที่</p> <p>6.1.1 จัดบรรยากาศห้องพักให้เหมือนบ้านและให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ดังนี้</p>

ประเด็น	คู่มือฉบับใหม่จากการลงมือปฏิบัติของโรงพยาบาล	
	วิถีอิสลาม	วิถีพุทธ
	<p>1. กรณีมีห้องพิเศษว่าง ย้ายผู้ป่วยไปนอนในห้องพิเศษเพื่ออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สงบและอยู่ท่ามกลางการดูแลญาติฯ</p> <p>2. กรณีที่ห้องพิเศษไม่ว่าง ให้กันมานเตียงให้เป็นสัดส่วนหรือจัดสถานที่ให้ผู้ป่วยอยู่ในมุมที่สงบโดยเลือกเตียงที่อยู่มุม/ริมๆ ของตึกเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความเป็นส่วนตัวและลดการรบกวนจากสิ่งแวดล้อมภายนอก</p> <p>3. เปิดโอกาสให้ญาติเฝ้าและเยี่ยมผู้ป่วยได้โดยไม่มีข้อจำกัด</p> <p>4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตามศาสนกิจตามความเชื่อ/ความศรัทธาตามความเหมาะสม</p> <p>5. เจ้าหน้าที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการประกอบศาสนกิจ</p> <p>6. มีที่พักสำหรับญาติที่อยู่ห่างไกล</p> <p>6.2 ระยะเวลาเตรียมพร้อมต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย</p> <p>6.2.1 จัดท่านอนผู้ป่วยให้หันไปทางกิบละห์ (ทิศที่ตั้งของอัลกะบะฮ์ ในราชอาณาจักรซาอุดีอาระเบีย)</p>	<p>1. กรณีมีห้องพิเศษว่าง ย้ายผู้ป่วยไปนอนในห้องพิเศษเพื่ออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สงบและอยู่ท่ามกลางการดูแลญาติฯ</p> <p>2. กรณีที่ห้องพิเศษไม่ว่าง ให้กันมานเตียงให้เป็นสัดส่วน หรือจัดสถานที่ให้ผู้ป่วยอยู่ในมุมที่สงบ โดยเลือกเตียงที่อยู่มุม/ริมๆ ของตึกเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความเป็นส่วนตัวและลดการรบกวนจากสิ่งแวดล้อมภายนอก</p> <p>3. เปิดโอกาสให้ญาติเฝ้าและเยี่ยมผู้ป่วยได้โดยไม่มีข้อจำกัด</p> <p>4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตามศาสนกิจตามความเชื่อ/ความศรัทธาตามความเหมาะสม</p> <p>5. เจ้าหน้าที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการประกอบศาสนกิจ</p> <p>6. มีที่พักสำหรับญาติที่อยู่ห่างไกล</p> <p>6.2 ระยะเวลาเตรียมพร้อมต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย</p> <p>6.2.1 การน้อมจิตให้ศรัทธาในพระรัตนตรัย และความมั่นใจในศีลหรือความดีที่ได้บำเพ็ญมา หรือการน้อมจิตให้รำลึกถึงสิ่งที่ดีงาม ดังนี้</p>

ประเด็น	คู่มือฉบับใหม่จากการลงมือปฏิบัติของโรงพยาบาล	
	วิถีอิสลาม	วิถีพุทธ
	<p>6.2.2 ถ้าผู้ป่วยมีสติให้พยายามนึกถึงพระเจ้าในทางที่ดี ระลึกไว้ว่าพระเจ้าเป็นผู้ซึ่งมีเมตตาและหวังว่าท่านจะให้อภัยในบาปต่างๆ ที่ทำลงไป ไม่ลงโทษ</p> <p>6.2.3 การปฏิบัติศาสนกิจระหว่างป่วย เช่น การละหมาด แต่มีสติก็สามารถนอนทำได้ บางคนละหมาดกับคิดว่าเราอยู่ชั้นตอนนั้นๆ โดยญาติคอยกระตุ้นและบอกเวลา</p> <p>6.2.4 ให้ญาติสอนปฏิญาณตนให้ผู้ป่วยกล่าวคำว่า “ลาอิลลาฮะ อิลลัลลอฮ์” โดยสอนเบาๆ ที่ข้างหูขวาและไม่เร่งเร็ว เพื่อผู้ป่วยจะเกิดความสงบเพราะคำนี้เป็นคำสุดท้ายจะได้ขึ้นสวรรค์</p> <p>6.2.5 ให้ญาติอ่านคัมภีร์อัลกรุอ่าน บท “ยาซีน” ให้ผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิตฟังไม่ว่าเขาจะรู้สึกตัวหรือไม่ก็ตาม การอ่านคัมภีร์บทนี้พระเจ้าจะส่งความเมตตามายังสถานที่แห่งนั้น ทำให้วิญญาณออกจากร่างอย่างสงบ สบาย ไม่เจ็บปวด</p> <p>6.2.6 เปิดบทอัลกรุอ่านให้ผู้ป่วยฟัง โดยจัดหาอุปกรณ์ ได้แก่ เครื่อง DVD พร้อมแผ่น CD บทสวดมาบริการให้</p>	<p>- พุดซ่างๆ หนูให้ผู้ป่วยนึกถึงพระรัตนตรัย หรือครูบาอาจารย์ที่ผู้ป่วยนับถือ</p> <p>- ให้สวดมนต์อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะบทที่ชวนให้รำลึกถึงองค์คุณหรืออานุภาพแห่งสิ่งศักดิ์สิทธิ์ดังกล่าว</p> <p>- เปิดธรรมะให้ผู้ป่วยฟัง โดยจัดหาอุปกรณ์ ได้แก่ เครื่อง DVD</p> <p>- ให้ผู้ป่วยทำสมาธิภาวนาสวนต่างๆของร่างกาย ตั้งแต่ปลายศีรษะจนถึงปลายเท้า โดยกำหนดใจไปตามอวัยวะโดยนอนและวางแขนไว้ข้างตัว เมื่อกำหนดใจที่ศีรษะก็ให้นึกในใจว่า “ผ่อนคลาย” แล้ว ค่อยๆ เคลื่อนลงไปทีละหน้าผาก คิ้ว คาง ไบหน้า ท้ายทอยไหล่ แขนศอก นิ้ว หน้าอก หน้าท้อง หลัง สะโพก ต้นขา เข่า น่อง ไปจนถึงฝ่าเท้าและนิ้วเท้า ขณะที่บิรกรรมให้กล่อมเนื้อผ่อนคลายที่สุด ไร้ซึ่งการเกร็งหรือหักงอ ส่วนไหนที่เจ็บปวดชัดเจนก็ใช้เวลาานานหน่อย โดยอาจแผ่เมตตาหรือ “พุด” กับอวัยวะส่วนนั้นว่าขอให้หายเจ็บ</p> <p>- ให้ผู้ป่วยนึกถึงคุณงามความดีที่เคยทำมา รวมทั้งคิดแต่สิ่งดี ๆ เรื่องราวดี ๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขใจ</p>

ประเด็น	คู่มือฉบับใหม่จากการลงมือปฏิบัติของโรงพยาบาล	
	วิถีอิสลาม	วิถีพุทธ
	<p>6.2.7 มีการแจ้งข้อมูลอาการผู้ป่วยเป็นระยะ เมื่อผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต โดยเปิดโอกาสให้ญาติเลือกที่จะดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลหรือที่บ้านหากญาติตัดสินใจพากลับไปที่บ้านดูแลจัดการความทุกข์ทรมานให้พร้อมสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นในแต่ละราย</p> <p>6.2.8 กรณีเสียชีวิตที่โรงพยาบาลเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตให้ตามญาติมารับศพให้เร็วที่สุด</p> <p>6.2.9 ไม่อนุญาตให้ชันสูตรศพ ยกเว้นกรณีจำเป็น เช่น การใช้ผลในการพิจารณาคดีความและหลังการเสียชีวิตต้องรายงานแพทย์เวร ดูอาการ 2 ชั่วโมง เพื่อให้แน่ใจว่าเสียชีวิตแน่นอนก่อนนำผู้เสียชีวิตกลับบ้าน</p> <p>6.2.10 ช่วยประสานงานการจัดการศพตามหลักการศาสนาอิสลาม กรณีญาติไม่ประสงค์นำศพกลับ</p>	<p>6.2.2 การช่วยให้ผู้ป่วยลดความห่วงใยและปล่อยวางในสิ่งทั้งปวง ประคองสติและปัญญาให้เห็นว่าไม่มีอะไรที่จะยึดถือไว้ได้ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ร่วมพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติ กรณีที่ผู้ป่วยยังรู้สึกตัวเพื่อประเมินสิ่งที่กังวลใจ เรื่องที่ค้างคาใจ เช่น ภารกิจที่ยังไม่ได้ทำ ภารกิจที่ยังทำไม่แล้วเสร็จได้แก่ งานการที่รับผิดชอบอยู่หนี้สินที่ยังไม่ได้ชำระรวมถึงทรัพย์สินสมบัติที่ยังไม่ได้แบ่งสรรทั้งนี้ควรจัดการให้แล้วเสร็จ - ร่วมพูดคุยกับญาติ กรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกร่างกาย เพื่อประเมินสิ่งที่ค้างคาใจ เช่น ความรู้สึกผิด ความขุ่นเคือง โกรธแค้นความน้อยเนื้อต่ำใจ ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวแม้จะเกิดขึ้นมานานแล้วแต่อาจฝังลึกในยามใกล้เสียชีวิตความรู้สึกดังกล่าวอาจผุดขึ้นมารบกวนจิตใจ และเป็นอุปสรรคต่อการไปสู่สุคติ - ให้ผู้ป่วยและญาติกล่าวขอโทษกรรมต่อกัน หรือทำพิธีขอขมากรรม - พุดให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับความจริงของชีวิตว่าไม่มีอะไรที่ยังแท้ไม่มีอะไรจริง ความพลัดพรากเป็นเรื่องธรรมดาของชีวิตไม่ว่าจะรักและผูกพันแค่ไหน ในที่สุดก็ต้องมีวันพลัดพรากจากกัน - คุย/แนะนำให้ผู้ป่วยปล่อยวางในสิ่งที่กังวลใจ

ประเด็น	คู่มือฉบับใหม่จากการลงมือปฏิบัติของโรงพยาบาล	
	วิถีอิสลาม	วิถีพุทธ
		<p>6.2.3 การช่วยเหลือนผู้ป่วยในช่วงวิกฤติใกล้ตาย ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยประคองจิตของผู้ป่วยให้มีสติปัญญารับรู้สิ่งทั้งหลายตามจริงเพื่อนำไปสู่การวางทุกสิ่งและก้าวสู่ประตูแห่งความตายอย่างสงบ - แนะนำญาติคอยดึงสติผู้ป่วยตลอดเวลาให้ระลึกถึงสิ่งที่เป็นกุศลเนื่องจากผู้ป่วยใกล้ตายนั้นสติจะอ่อนมาก ความรู้สึกตัวจะเลือนรางไม่มีแรงต้านความรู้สึกนึกคิดใดๆ สติจึงอ่อนไหวและกระเพื่อมได้ง่ายหากเราคอยกระตุ้นและประคองสติของผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยสิ้นลมหายใจก็จะนำพาดวงวิญญาณไปสู่สุคติ (ในทางพระพุทธศาสนาถือว่าสภาพของจิตก่อนตายนั่น เป็นตัวกำหนดว่าผู้ป่วยจะไปสู่สุคติหรือทุคติ อากาหรหรือพฤติกรรมของจิตก่อนตายนั้นจัดว่าเป็น “อาสันนกรรม” หรือกรรมใกล้ตายนั้นโดยทั่วไปแล้วอาสันนกรรมย่อมให้ผลก่อนกรรมใดๆ) <p>6.2.4 นิมนต์พระมารับสังฆทานและสันทนาการธรรมในวาระสุดท้ายของชีวิต (ผู้ป่วยหลายรายเสียชีวิตอย่างสงบแต่อีกหลายรายกลับมีชีวิตอยู่ได้จนสามารถกลับบ้านและไปเสียชีวิตที่บ้านอย่างสงบ) ดังนี้</p>

ประเด็น	คู่มือฉบับใหม่จากการลงมือปฏิบัติของโรงพยาบาล	
	วิถีอิสลาม	วิถีพุทธ
		<ul style="list-style-type: none"> - แนะนำญาตินิมนต์พระมาจำเริญอายุ หรือประกอบพิธีกรรมทางศาสนาภายในหอผู้ป่วยได้ตามความเหมาะสม - กรณีที่ญาติไม่สะดวกทางโรงพยาบาลมีเจ้าหน้าที่ช่วยติดต่อประสานทางวัดเพื่อนิมนต์พระมาประกอบพิธีกรรมทางศาสนาตามความต้องการของญาติผู้ป่วย - ช่วยเหลือในพิธีกรรมสงฆ์
	<p>6.3 ระยะเวลาหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย</p> <p>6.3.1 ร่วมเคารพศพของผู้ป่วย ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้อำนวยการโรงพยาบาล คณะกรรมการบริหาร คณะกรรมการ Palliative Care และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลร่วมแสดงความเสียใจและเยี่ยมญาติผู้ป่วย - มอบเงินทำบุญงานศพอย่างน้อย 500 บาทต่อราย - แจกผ้าขาวห่อศพโดยไม่คิดมูลค่า(หากต้องการ) - แจกผ้าแพรคลุมศพโดยไม่คิดมูลค่า(หากต้องการ) <p>6.3.2 ประเมินสภาวะจิตใจจิตและติดตามความเป็นอยู่ของครอบครัวผู้เสียชีวิตในช่วง 2-3 สัปดาห์ หลังการเสียชีวิต หากพบอาการผิดปกติส่งพบนักจิตวิทยาของโรงพยาบาล</p>	<p>6.3 ระยะเวลาหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย</p> <p>6.3.1 ร่วมเคารพศพของผู้ป่วย ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้อำนวยการโรงพยาบาล คณะกรรมการบริหาร คณะกรรมการ Palliative Care และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลร่วมแสดงความเสียใจและเยี่ยมญาติผู้ป่วย - มอบเงินทำบุญงานศพอย่างน้อย 500 บาทต่อราย - แจกผ้าขาวห่อศพโดยไม่คิดมูลค่า(หากต้องการ) - แจกผ้าแพรคลุมศพโดยไม่คิดมูลค่า(หากต้องการ) <p>6.3.2 ประเมินสภาวะจิตใจจิตและติดตามความเป็นอยู่ของครอบครัวผู้เสียชีวิตในช่วง 2-3 สัปดาห์ หลังการเสียชีวิต หากพบอาการผิดปกติส่งพบนักจิตวิทยาของโรงพยาบาล</p>

5. ข้อเสนอเชิงนโยบาย

กระทรวงสาธารณสุข

- 5.1 ผลักดันให้กระทรวงสาธารณสุขนำแนวปฏิบัติการจัดบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับพื้นที่พหุวัฒนธรรมเป็นข้อสั่งการเชิงนโยบายที่กำหนดให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องถือปฏิบัติและเป็นสิทธิ์ประโยชน์ขั้นพื้นที่ประชาชนพึงได้รับในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- 5.2 ผลักดันให้กระทรวงสาธารณสุขมีหลักสูตรปฐมนิเทศการเป็นข้าราชการที่ดี สำหรับบุคลากรสาธารณสุข
- 5.3 กำหนดแนวทางการจัดบริการให้คำนึงถึงผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง เน้นการจัดบริการสุขภาพที่มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตและหลักความเชื่อของประชาชนเฉพาะราย โดยอาศัยเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อความต่อเนื่องและยั่งยืนในการดำเนินงานต่อไป

กระทรวงอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

- 5.4 ผลักดันให้สถาบันอุดมศึกษามีการบรรจุหรือปรับปรุงหลักสูตรการจัดบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับพื้นที่พหุวัฒนธรรมในการเรียนการสอนของสถาบันการศึกษาระดับมหาวิทยาลัยในสาขาที่เกี่ยวข้องกับการจัดการด้านสุขภาพ

6. การก้าวข้ามข้อจำกัดในการจัดการ

- 6.1 เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการด้านสุขภาพก้าวข้ามข้อจำกัดทางศาสนา สืบเนื่องจากการสร้างความเข้าใจให้กับคนทำงาน เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการทำงาน นำไปสู่การขับเคลื่อนการจัดบริการสุขภาพ
- 6.2 ประชาชนเกิดการยอมรับและพึงพอใจต่อการให้บริการจากเจ้าหน้าที่มากขึ้น ส่งผลให้สถานะทางสุขภาพประชาชนในพื้นที่ดีขึ้น
- 6.3 ข้อร้องเรียนจากการรับบริการด้านสุขภาพของผู้ใช้บริการลดลง
- 6.4 ผู้นำศาสนา ผู้นำชุมชน/ท้องถิ่น ภาคประชาชน ประชาสังคม ให้ความร่วมมือกับกิจกรรมของโรงพยาบาลมากขึ้น
- 6.5 ลดช่องว่างระหว่างเจ้าหน้าที่รัฐและประชาชน เสริมภาพลักษณ์หน่วยงานรัฐสู่สายตาประชาชน อีกทั้งยังส่งผลเชิงบวกด้านความมั่นคงในพื้นที่อีกด้วย

สนับสนุนโดย

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
กระทรวงสาธารณสุข
สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน)



สำนักงานกองทุนสนับสนุน
การสร้างเสริมสุขภาพ



สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ ม.อ.



สำนักงานคณะกรรมการ
สุขภาพแห่งชาติ



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



UNIVERSITY OF PUBLIC HEALTH



สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน
(องค์การมหาชน)