

รายงานการวิเคราะห์และสังเคราะห์การเปลี่ยนแปลงและการเรียนรู้ในการพัฒนาระบบ
บริการสุขภาพภายใต้แนวคิดใหม่ : บทเรียนเพื่อการพัฒนา

บทนำ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิใน
ชุมชนอำเภอนาหม่อม ซึ่งประกอบด้วย 4 ตำบลคือ ตำบลพิจิตร ตำบลนาหม่อม ตำบลคลองหรั่ง
และตำบลทุ่งขมิ้น ซึ่งตามหลักการกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ จะเน้นการมีส่วนร่วมของ
ประชาชนและบุคลากรผู้ให้บริการในพื้นที่เป็นสำคัญ มีการปฏิบัติและปรับปรุงการดำเนินงานเป็น
ระยะ โดยบุคลากรในพื้นที่เป็นผู้ดำเนินงานหลัก และมีการประชุมร่วมกับคณะผู้วิจัยเป็นระยะ เพื่อ
วิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางปรับปรุงแก้ไขให้การปฏิบัติงานเป็นไปได้ดีขึ้น เนื่องจากระบบการ
ปฏิบัติงานในการวิจัยครั้งนี้เป็นระบบงานใหม่ตามแนวการปฏิรูประบบสุขภาพที่เน้นคุณภาพ
บริการ ความเท่าเทียมและการเข้าถึงบริการ จึงทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินงานโดย
เฉพาะลักษณะการให้บริการในแต่ละแห่งบริการ จึงเป็นที่น่าสนใจที่จะได้มีการวิเคราะห์การ
เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และจัดทำเป็นบทเรียนเพื่อการเรียนรู้และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
ระดับปฐมภูมิต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานบริการสุขภาพปฐมภูมิใน
ระบบใหม่ที่เกิดจากงานวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ: กรณีศึกษา
อำเภอนาหม่อม
2. เพื่อสังเคราะห์การเรียนรู้ที่เกิดจากงานวิจัย

วิธีการศึกษา

เป็นการนำข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานที่เกิดขึ้น ปัญหาอุปสรรค ตลอดจนการแก้ปัญหา
ที่ได้ดำเนินการไปแล้ว มาวิเคราะห์ความเปลี่ยนแปลง และสังเคราะห์การเรียนรู้ที่เกิดขึ้น ซึ่งข้อมูล
ที่นำมาใช้ได้จากการสนทนากลุ่มกับผู้นำชุมชน ผู้ให้บริการและประชาชนในพื้นที่

ผู้ให้ข้อมูล

ประชาชนในอำเภอนาหม่อม จากทั้ง 4 ตำบล

ผู้ให้บริการ ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วย
บริการระดับปฐมภูมิทั้ง 4 แห่ง

ตัวแทนองค์กรในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข อบต. ผู้ใหญ่บ้าน เป็นต้น
ผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการนำรูปแบบการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ที่ประชาคมอำเภอนาหม่อม ซึ่งประกอบด้วยผู้นำชุมชน บุคลากรทางสุขภาพ และตัวแทนประชาชนได้ตกลงร่วมกัน มาทดลองใช้ในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนตั้งแต่เดือนกันยายน 2545 ถึงมีนาคม 2546 โดยมีบุคลากรทีมสุขภาพทั้งจากโรงพยาบาลนาหม่อม และสถานีอนามัยทั้ง 3 แห่งของอำเภอเป็นผู้ปฏิบัติตามรูปแบบที่กำหนด และมีทีมวิจัยเข้าไปร่วมรับทราบผลการดำเนินงานและร่วมประชุมติดตามประเมินผลและหาแนวทางแก้ไขปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานเป็นระยะ นอกจากนี้ทีมวิจัยได้เข้าไปติดตามประเมินผลจากผู้ให้บริการเช่นกัน การนำเสนอครั้งนี้ จะเป็นการนำเสนอ 2 ส่วนคือ การวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแนวใหม่

1. การวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการดำเนินการภายใต้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม จึงมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นระหว่างกระบวนการ หลายประการ คือ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการดำเนินงาน โครงสร้างบุคคล ลักษณะการให้บริการ และระบบการบันทึก ซึ่งพบว่ามี ความแตกต่างกันในแต่ละหน่วยบริการ อย่างไรก็ตามสามารถสรุปการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในภาพรวมได้ดังนี้

1.1 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการดำเนินงานการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ คือ มีหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (PCU) 4 แห่ง ในอำเภอนาหม่อม ประกอบด้วย หน่วยบริการระดับปฐมภูมิพิจิตร นาหม่อม คลองหรีง และทุ่งขมิ้น โดยหน่วยบริการระดับปฐมภูมิพิจิตร เป็นหน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นใหม่ ดำเนินการภายในโรงพยาบาลนาหม่อม ในขณะที่อีก 3 หน่วยบริการระดับปฐมภูมิเป็นสถานีอนามัยเดิมของอำเภอ ทั้งนี้หน่วยบริการระดับปฐมภูมิทั้ง 4 แห่งจะดำเนินการภายใต้การบริหารจัดการของคณะกรรมการบริหารงานเครือข่ายสถานบริการสุขภาพอำเภอนาหม่อม ซึ่งเป็นองค์กรที่กำหนดนโยบาย ทิศทางการดำเนินการของหน่วย พิจารณาจัดสรรทรัพยากร สร้างแรงจูงใจ ตลอดจนพัฒนาระบบที่เอื้อต่องานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

สำหรับโครงสร้างบุคลากรในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่เดิมเป็นสถานีอนามัย 3 แห่ง คือนาหม่อม คลองหรีงและทุ่งขมิ้น ยังคงใช้โครงสร้างและบุคลากรเดิมของสถานีอนามัย มีเจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุขเป็นหัวหน้า และมีพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลนาหม่อมไปช่วยให้บริการสถานีอนามัยคลองหรีงสถานีอนามัยนาหม่อม สัปดาห์ละ 5 วัน ยกเว้นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิทุ่งขมิ้นไม่มีพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลนาหม่อมไปให้บริการ เนื่องจาก

มีบุคลากรที่จบด้านการพยาบาลอยู่แล้ว และจากการพิจารณาสัดส่วนเจ้าหน้าที่กับจำนวนประชากร พบว่าไม่จำเป็นต้องมีบุคลากรเพิ่มเติม

สำหรับหน่วยบริการระดับปฐมภูมิพิจิตรซึ่งเป็นหน่วยงานใหม่ที่จัดตั้งขึ้น ได้มีการกำหนดโครงสร้าง ขึ้นใหม่ มีจำนวนบุคลากร 4 คน ประกอบด้วยหัวหน้าหน่วยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน และเจ้าพนักงานสาธารณสุข 1 คน

1.2 มีการตั้งคณะกรรมการสุขภาพชุมชนภาคประชาชน โดยมีกำนันตำบลพิจิตรเป็นประธาน และมีผู้แทนประธานเป็นกรรมการ ซึ่งคณะกรรมการชุดนี้มีหน้าที่ร่วมกับบุคลากรทีมสุขภาพในการกำหนดการจัดบริการสุขภาพในชุมชน ร่วมจัดกิจกรรม ตลอดจนจัดหาหรือสนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ และเป้าหมายสำคัญของคณะกรรมการชุดนี้คือ กระตุ้นให้มีการจัดตั้งกองทุนสุขภาพชุมชนในอนาคต ด้วยเหตุผลที่ว่าประชาชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง

1.3 กำหนดลักษณะงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ครอบคลุมทั้งด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและฟื้นฟูสภาพ โดยทุกคนจะมีพื้นที่ในความรับผิดชอบที่ชัดเจน อย่างไรก็ตามจากการติดตามประเมินผลของนักวิจัย พบว่ามีเพียงสถานบริการระดับปฐมภูมิพิจิตรเท่านั้นที่สามารถดำเนินการได้ตามระบบที่กำหนดไว้ สถานบริการระดับปฐมภูมินาหม่อมและคลองหรีง สามารถดำเนินการได้บางส่วน สำหรับสถานบริการระดับปฐมภูมิทุ่งขมิ้นไม่สามารถดำเนินการได้ตามที่กำหนด

1.4 มีการพัฒนาคุณภาพการให้บริการพยาบาล โดยเฉพาะการรักษาเบื้องต้นและการให้บริการอนามัยแม่และเด็ก

1.5 มีความพยายามในการพัฒนาระบบข้อมูลสำหรับหน่วยบริการ PCU และสถานอนามัย แต่การดำเนินการยังไม่สำเร็จเนื่องจากปัญหาด้านโปรแกรม

1.6 มีการกำหนดให้มีทีมติดตามนิเทศการดำเนินงานของสถานบริการระดับปฐมภูมิแต่ละแห่ง แต่พบว่ายังไม่สามารถดำเนินการได้เต็มรูปแบบ จึงได้มีการทบทวนผู้รับผิดชอบงานด้านนี้ แต่จนถึงปัจจุบันก็ยังไม่มีการติดตามนิเทศที่เต็มรูปแบบเกิดขึ้น ซึ่งจากการสอบถามผู้รับผิดชอบ พบว่าการที่ต้องรับผิดชอบดำเนินงานหลายเรื่องในเวลาเดียวกัน และการมีงานเร่งด่วนเข้ามาเป็นระยะ เป็นอุปสรรคสำคัญในการดำเนินงานด้านนี้

1.7 มีการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนและเรียนรู้ระหว่างหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ เรียกว่า PCU สัญจร ทำให้แต่ละแห่งได้เรียนรู้ซึ่งกันและกันมากขึ้น ซึ่งกิจกรรมนี้เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินการ และจากการติดตามงานของทีมนักวิจัยพบว่า การดำเนินการให้บริการของแต่ละหน่วยมีความหลากหลาย แตกต่างกันตามบริบทของท้องที่ จากการประชุมร่วมกันระหว่างทีมนักวิจัยและผู้ปฏิบัติงาน จึงเห็นชอบให้มีกิจกรรมนี้ขึ้น เพื่อสนับสนุนการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน แต่พบว่ายังมี

อุปสรรคในการสัญจรแต่ละที่ เกี่ยวกับจำนวนผู้เข้าร่วมประชุม และในช่วงที่มีนโยบายเร่งด่วน เช่น นโยบายยาเสพติด

1.8 มีการพัฒนาระบบบันทึกข้อมูลครอบครัว (family folder) โดยปรับปรุงจาก PCU ของโรงพยาบาลระนอง และจัดให้มีการเก็บเพิ่มข้อมูลไว้ที่บ้าน ซึ่งพบว่าทุกหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมีความพยายามที่จะให้มีระบบนี้เกิดขึ้น แต่จากการติดตามงานพบว่า มีเพียงหน่วยบริการฯ พิจิตรเท่านั้นที่สามารถดำเนินการได้ตามแผน คือจัดทำแฟ้มครอบครัวและมีเพิ่มข้อมูลให้แก่ครอบครัวได้ครบทุกครอบครัว นอกจากนี้ยังได้มีการจัดทำแผนที่เดินดินได้ครบถ้วน ส่วนหน่วยบริการฯ นาทมอม และคลองหรีงจัดทำได้เพียงบางหมู่บ้าน สำหรับหน่วยบริการฯ หุ้งขมิ้นไม่สามารถดำเนินการใดๆ ได้

จากการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น สามารถวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงได้ดังนี้ คือ การดำเนินการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่อำเภอ นาทมอม สะท้อนถึงความตั้งใจของบุคลากรทีมสุขภาพในอำเภอ นาทมอม ที่มีความพยายามในการจัดระบบบริการให้เป็น “บริการใกล้บ้าน ใกล้ใจ” มากขึ้น เพราะทุกคนตระหนักดีว่า ด้วยลักษณะพื้นที่ที่อยู่ใกล้เคียงเมืองใหญ่และเจริญขนาดใหญ่ ประกอบกับความไม่มั่นใจในคุณภาพบริการ ทำให้ประชาชนในเขตอำเภอ นาทมอม ส่วนใหญ่ไม่สนใจมาใช้บริการในท้องถิ่น จากความรู้ที่ได้รับเป็นระยะ ร่วมกับนโยบายของประเทศ ทำให้ทุกคนต้องการปรับระบบการให้บริการ ซึ่งก็พบว่าจากการทดลองใช้รูปแบบที่ประชาคม นาทมอมร่วมกันกำหนดขึ้นในครั้งนี้ ทำให้ประชาชนหันมาใช้บริการที่ระดับปฐมภูมิมากขึ้น ดังเช่น หน่วยบริการระดับปฐมภูมิคลองหรีง พบว่ามีจำนวนผู้ใช้บริการเพิ่มขึ้นเป็นวันละมากกว่า 10 คน หรือเมื่อมีคลินิกพิเศษ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มีผู้มารับบริการประมาณ 40 คน (เดิมประมาณ 30 คน) ซึ่งสอดคล้องกับคำสัมภาษณ์ของชาวบ้านในบริเวณนั้นว่า “เดี๋ยวนี้มีอะไรก็จะไปคลองหรีง เพราะใกล้กว่า และเดี๋ยวนี้ก็มีน้อง... (พยาบาลวิชาชีพ) มาอยู่แล้ว” เช่นเดียวกับที่ชาวบ้านพิจิตรบอกว่า “มีเจ้าหน้าที่มาเยี่ยมบ่อยขึ้น ทำให้รู้สึกอุ่นใจ” “...มีอะไรฝากน้อง... มาบอกก็ได้”

อย่างไรก็ตามพบว่า การเปลี่ยนแปลงไม่ได้เกิดขึ้นในทุกหน่วยบริการฯ จากการสัมภาษณ์บุคลากรบางคน พบว่ามองไม่เห็นความแตกต่างระหว่างรูปแบบใหม่กับงานที่ทำอยู่เดิม เนื่องจากงานที่กำหนดให้ทำในระบบนี้ ก็ยังคงไว้ซึ่งงานป้องกัน สร้างเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาลและฟื้นฟู เพียงแต่ต้องการเพิ่มการดูแลครอบครัวให้มากขึ้นเท่านั้น เมื่อวิเคราะห์โดยใช้แนวคิดการบริหารองค์กร ซึ่งมีทั้งระบบงาน บุคลากร และสภาพแวดล้อมภายนอก สามารถสรุปปัจจัยที่คาดว่าจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินงานของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ดังนี้

1. นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เป็นแรงผลักดันให้ทุกสถานบริการต้องมีการเปลี่ยนแปลง ทุกแห่งยอมรับว่าการบริการต้องเป็นแบบใกล้บ้าน ใกล้ใจ และต้องมีการให้บริการปฐมภูมิ

มากขึ้น ดังนั้นเมื่อทีมวิจัยได้นำเสนอแนวคิดการจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ส่วนใหญ่ ต่างก็เห็นชอบให้มีการบริการระดับปฐมภูมิ เพียงแต่มีความไม่แน่ใจ หรือมั่นใจว่าจะทำได้ ซึ่งทีมวิจัยได้พยายามลดปัญหาโดยการเตรียมความพร้อมบุคลากรในหลายเรื่อง เช่น การใช้เครื่องมือประเมินชุมชน การศึกษาดูงานด้านสถานบริการระดับปฐมภูมิจากอำเภออื่น การอบรมความรู้พื้นฐานที่จำเป็นในการบริการระดับปฐมภูมิ

2. โครงสร้างการบริหารงานของหน่วยบริการสุขภาพในชุมชนยังอยู่ในระบบเดิม ในขณะที่มีการให้บริการสุขภาพในระบบใหม่ พบว่าในด้านการบริหารจัดการบริการสุขภาพ หน่วยบริการระดับปฐมภูมิทุกแห่งอยู่ภายใต้การบริหารงานของ CUP ซึ่งมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลหม่อมเป็นประธาน แต่เมื่อพิจารณาในเรื่องสายงานบังคับบัญชา พบว่าหัวหน้าหรือบุคลากรในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ 3 แห่ง (ยกเว้นพิจิตร์) อยู่ภายใต้บังคับบัญชาของสาธารณสุขอำเภอ หากผู้บริหารทั้งสองหน่วยไม่สามารถสื่อสารหรือประสานงานได้อย่างชัดเจน ก็นำไปสู่ความสับสนของผู้ปฏิบัติได้

สำหรับหน่วยบริการที่อยู่ใกล้เคียงกับโรงพยาบาลก็อาจเกิดปัญหาในการดำเนินงานได้หากไม่มีการประสานงานให้ชัดเจนระหว่างการดำเนินงานของหน่วยส่งเสริมในโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ ซึ่งสอดคล้องกับข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ คือ นายแพทย์ธีระวัฒน์ กรศิลาปี (2545) ที่ว่า การปฏิบัติงานต้องไม่ซ้ำซ้อนระหว่างโรงพยาบาล กับ PCU โรงพยาบาล ...จริงๆแล้ว PCU ไม่ควรอยู่ในโรงพยาบาล..."

นอกจากนี้ยังพบว่าการจัดให้พยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลไปปฏิบัติงานที่หน่วยบริการระดับปฐมภูมินาหม่อม และคลองหรีง โดยไม่มีระบบการนิเทศที่ชัดเจน ทำให้พยาบาลเกิดความไม่มั่นใจในเรื่องการประเมินผลการปฏิบัติงานและความดีความชอบ ซึ่งหากไม่รีบดำเนินการแก้ไข อาจนำไปสู่ความเบื่อหน่าย และไม่อยากปฏิบัติงานของบุคลากรได้ และท้ายสุดอาจไม่สามารถหาบุคลากรไปปฏิบัติงานที่หน่วยบริการฯ ในอนาคต

3. ความชัดเจนในการกระจายหรือจัดสรรทรัพยากร เช่นการจัดสรรงบประมาณให้แก่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ การสนับสนุนด้านเอกสารแบบฟอร์ม หรือการจัดสรรบุคลากรในการดำเนินงาน ดังจะเห็นได้ว่าบางสถานบริการไม่สามารถดำเนินงานได้ โดยให้เหตุผลว่าบุคลากรไม่เพียงพอ ทั้งที่เมื่อพิจารณาสัดส่วนประชากรแล้ว เป็นไปตามที่รัฐบาลกำหนด ประกอบกับผู้ปฏิบัติอาจมองไม่เห็นถึงความพยายามหรือตั้งใจในการช่วยเหลือของระดับบริหาร ดังคำพูดที่ว่า "คนที่ให้มาก็ไม่สามารถช่วยงานได้เต็มที่"

4. ระบบการติดตามนิเทศ สถานบริการระดับปฐมภูมิทั้ง 4 แห่งต้องการให้มีการนิเทศติดตามงานที่ชัดเจนจาก CUP เพื่อเป็นการสร้างขวัญ และกำลังใจ ตลอดจนจะได้ร่วมรับฟังปัญหา

อุปสรรคหรือร่วมหาทางแก้ไข ปัจจุบันที่มีอยู่จะเป็นการติดตามพูดคุยจากทีมวิจัยเท่านั้น ดังคำพูดที่ว่า "...พออาจารย์ (หมายถึงทีมวิจัย) ไม่มา CUP ก็เงียบเหมือนกัน"

5. แนวคิดและรูปแบบในการทำงานของบุคลากรประจำหน่วยบริการฯ เป็นปัจจัยสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก หากบุคลากรไม่สามารถปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ในการดูแลสุขภาพ จะไม่สามารถทำให้ระบบบริการสุขภาพ "ใกล้บ้าน ใกล้ใจ" มีความเป็นไปได้ เพราะการดำเนินงานเช่นนี้ต้องการบุคลากรที่เข้าใจวิถีชุมชนอย่างแท้จริง ซึ่งไม่สามารถทำให้เกิดขึ้นได้โดยการอบรมเพียงอย่างเดียว (โกมาตร, คณิศร, ราตรี, และวรัญญา, 2545) ดังเช่นบุคลากรในพื้นที่ที่ศึกษากลุ่มหนึ่ง ก็ยังไม่สามารถทำความเข้าใจและเห็นความสำคัญของการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ แม้ว่าจะได้รับการอบรมในเรื่องดังกล่าวมากกว่า 1 ครั้งต่อคน ทำให้บางหน่วยฯ ประสบปัญหาการดำเนินงาน ภายได้เหตุผลที่ว่า ไม่มีเวลา ไม่มีคน ไม่เห็นว่าจะต่างจากงานที่ทำอย่างไร

การเรียนรู้ที่ได้รับ

จากการดำเนินงานบริการสุขภาพตามรูปแบบที่สร้างใหม่นี้ สามารถสรุปเป็นบทเรียนที่สำคัญ ได้ดังนี้

1. การพัฒนาระบบต้องกระทำไปพร้อมๆ กับการพัฒนาบุคลากร ซึ่งการพัฒนาบุคลากรที่จำเป็นก็คือการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์หรือแนวคิดในการทำงาน จากลักษณะข้อมูลสะท้อนว่าหากบุคลากรในหน่วยบริการฯ ยังเคยชินกับงานเดิมๆ และไม่สามารถเปลี่ยนกระบวนทัศน์หรือทัศนคติให้เข้าใจและยอมรับระบบบริการสุขภาพแนวใหม่ แม้ว่าจะได้เข้าร่วมในโครงการพัฒนาหรือเตรียมความพร้อมบุคลากร เป็นระยะก็ตาม ก็ไม่สามารถช่วยให้งานดำเนินการไปได้ จากสถานการณ์นี้สะท้อนให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงใดๆ ก็ไม่สำคัญเท่าการเปลี่ยนแปลงแนวคิดของตัวบุคคล การพัฒนาระบบใหม่ๆ จะดำเนินไปได้ และประสบผลสำเร็จได้หากบุคลากรหรือผู้ปฏิบัติได้เข้ามาเริ่มต้นพร้อมกันกับระบบ มีความเป็นไปได้ยากมากในการพัฒนาระบบที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงนโยบายการบริหารจัดการ สำหรับบุคคลที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ด้วยการให้ความรู้ อาจต้องนำระบบการให้ความดีความชอบมาช่วยในการเปลี่ยนแปลง อีกทั้งผู้บริหารระดับสูงอาจต้องกระทำเป็นแบบอย่าง

2. คุณลักษณะสำคัญของบุคลากรที่จะปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ต้องประกอบด้วย การมีความรู้ตามหลักวิชาชีพ และอื่นๆ ที่มีผลต่อการดูแลผู้ให้บริการ ความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหา รู้จักและเข้ากับชุมชนเป็นอย่างดี มีความคิดสร้างสรรค์ มีมนุษยสัมพันธ์ และทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ตลอดจนมีความเสียสละ และมีใจรักในการบริการ เนื่องจากที่ผ่านมาพบว่าปัญหาสำคัญของระบบบริการสุขภาพระดับ

ปฐมภูมิ คือความไม่ไว้วางใจของผู้ใช้บริการ (โกมาตร, คณิศร, ราตรี, และวรัญญา, 2545) ยิ่งเป็นพื้นที่ที่ประชาชนสามารถเลือกการให้บริการอื่นๆได้ง่าย เช่นอำเภอนานหม่อม ยิ่งต้องการการให้บริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพและเป็นที่ยอมรับหรือไว้วางใจจากประชาชน ดังจะเห็นได้ว่านับแต่มีการเปิดให้บริการการรักษาเบื้องต้นโดยพยาบาลจากโรงพยาบาลในบางหน่วยบริการฯ จะมีผู้มาใช้บริการมากขึ้นสำหรับคลินิกเฉพาะโรค และบริการฝากครรภ์ แต่ก็ยังมีประชาชนบางส่วนไม่มาใช้บริการเพราะยังไม่มั่นใจในบริการ ดังคำบอกเล่าว่า "...ไม่เคยไปใช้บริการหรอก เป็นไหน (อะไร) ก็ไปหาหมอใหญ่ หรือ ม.อ เพราะอยู่ใกล้...ไปทีนั้นดีกว่า..."

3. เทคนิคการสะท้อนการปฏิบัติ (Reflective practice) และการจัดให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างหน่วยบริการ เป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการสร้างความเข้าใจแก่บุคลากรและการพัฒนางาน เพราะทุกคนได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นและความรู้สึกในการปฏิบัติงาน ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ซึ่งกันและกันได้เป็นอย่างดี

4. การนิเทศงานที่ดีต้องมีประเด็นที่นิเทศชัดเจน และมีการสื่อสารระหว่างผู้นิเทศและผู้ที่ได้รับนิเทศ การพัฒนางานหรือระบบจะเป็นได้ดี ต้องอาศัยลักษณะการนิเทศที่เป็นแบบกัลยาณมิตร เป็นที่ปรึกษาและร่วมแก้ปัญหา ทันท่วงทีและเหตุการณ์ องค์ประกอบที่ดีของการนิเทศ คือ ระบบบันทึกข้อมูล การประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและผู้ปฏิบัติ แผนงานหรือโครงการที่เกิดขึ้นใหม่ งบประมาณที่ใช้ ความต่อเนื่องและความสม่ำเสมอตลอดจนปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน นอกจากนี้ควรได้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานด้วยปัจจัยที่วัดความสำเร็จ ซึ่งตัวชี้วัดที่สำคัญ คือ ความพึงพอใจในบริการ อัตราการเจ็บป่วย และความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านของประชาชน

5. การเป็น Change agent ต้องการการเป็นแบบอย่างที่ดี ลักษณะการทำงานเป็นแบบร่วมด้วย ช่วยกัน เพราะการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญคือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการทำงานของบุคลากรที่ต้องอาศัยเวลา ในการยอมรับว่าสถานการณ์ที่เป็นอยู่มีปัญหาที่ต้องการแก้ไข มีแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองและระบบงาน โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ (Shea, Pelletier, Psoter, Stuart, & Verhey, 1999) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ต้องการผู้นำที่เป็นแบบอย่างที่ดี

6. การพูดคุยแลกเปลี่ยนระหว่างผู้ปฏิบัติงานในแต่ละหน่วย เปรียบเสมือนตัวเร่ง ขวัญ และกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน ควรมีการดำเนินการอย่างสม่ำเสมอโดยคณะกรรมการบริหารเครือข่ายสถานบริการฯ เป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการให้เกิดขึ้น

7. การเปลี่ยนแปลงใด ๆ ต้องการเวลา และความพร้อมของบุคลากรอย่างสูง แต่ละหน่วยปฏิบัติงานต้องการเวลาในการละลายพฤติกรรมไม่เท่ากัน ผู้บริหารต้องทำความเข้าใจในบริบทและนำมาใช้ในการตัดสินใจประกอบการบริหารหน่วยงาน การพัฒนาในแต่ละที่ไม่จำเป็นต้องเหมือนกันหมด ควรขึ้นกับความต้องการของแต่ละหน่วยงานเป็นสำคัญ

8. ระบบบริการที่ดีต้องมีความยืดหยุ่นสูง
9. ประชาชนหรือองค์กรในชุมชนส่วนหนึ่งมีศักยภาพสูงในการดูแลสุขภาพตนเอง การเปิดโอกาสให้ประชาชนได้บริหารจัดการเองเรื่องสุขภาพไม่ใช่สิ่งที่ไกลเกินฝัน

สรุป

จากการทดลองใช้รูปแบบการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิภายใต้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านโครงสร้างการดำเนินงาน และลักษณะการให้บริการ บุคลากรระหว่างหน่วยบริการฯ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงาน และเรียนรู้ซึ่งกันและกันมากขึ้น แต่ก็พบว่ามีข้อจำกัดหลายประการ โดยเฉพาะสายงานการบังคับบัญชาและการจัดสรรงบประมาณและทรัพยากร ตลอดจนการนิเทศงาน ทำให้การดำเนินงานในรูปแบบดังกล่าวไม่สามารถดำเนินการได้ครบถ้วนทุกหน่วยบริการฯ แต่ผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น นับเป็นประสบการณ์การเรียนรู้ที่ดีแก่ทีมผู้วิจัยเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพในชุมชน และการทำงานในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, คณิตกร เต็งรัง, ราตรี ปิ่นแก้ว, และวรัญญา เพ็ชรคง. (๒๕๔๕). วิถีชุมชน: คู่มือการเรียนรู้ที่ทำให้งานชุมชนง่าย ได้ผล และสนุก. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข
- ทัศนาศ นุญทอง. (๒๕๔๓). ทิศทางการปฏิรูประบบบริการการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทย. กรุงเทพมหานคร: สภาการพยาบาล.
- ธีรวัฒน์ กรศิลป์ และคณะ. (๒๕๔๓). การประเมินผลกระบวนการดำเนินงานปฏิรูประบบปฐมภูมิในโรงพยาบาลระนอง จังหวัดสงขลา. สงขลา: โรงพยาบาลระนอง สงขลา.
- ยงยุทธ์ พงษ์สุภาพ. (๒๕๔๒). ทางเลือกใหม่ระบบบริการสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง.
- สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. (๒๕๔๔). (ร่าง) กรอบแนวคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์ จำกัด.
- อุไร หัตถกิจและคณะ. (๒๕๔๔). รายงานโครงการวิจัยและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชน: กรณีศึกษาชุมชนภาคใต้. รายงานการวิจัยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- Shea, C.A., Pelletier, L.R., Poster, E.C., Stuart, G.W., & Verhey, M.P. (1999). Advanced practice nursing in psychiatric and mental health care. St Louis, MO: Mosby.