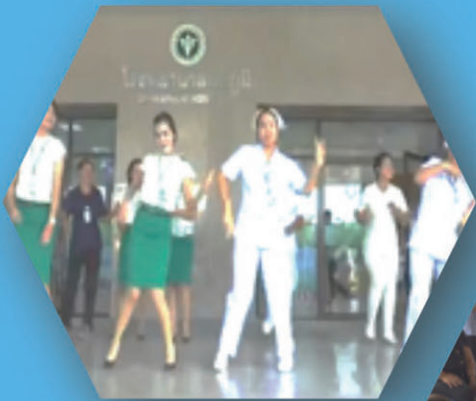




รายงานการวิจัย ติดตามและประเมินผล โครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาล เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ



ฉันทัทัย (อรรถัย) อาจอ้า
สุภรณ์ จรัสสิทธิ
กัญญา อภิพรชัยสกุล
ธีรณรงค์ สกุลศรี
เบญจมาศ รอดภัย

รายงานการวิจัย ติดตามและประเมินผล

โครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาล

เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

โดย

ฉันทกัญ (อรทัย) อาจอ่ำ
สุภรต์ จรัสสิทธิ์
กัญญา อภิพรชัยสกุล
ธีรณรงค์ สกุลศรี
เบญจมาศ รอดภัย

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
ศาลายา นครปฐม 73170

เสนอต่อ

สำนักสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพ (สำนัก 7)
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
วันที่ 25 เมษายน 2560





รายงานการวิจัย ติดตามและประเมินผล เล่มนี้ เป็นผลการประเมินการทำงานของโครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ดำเนินการโดย สภาการพยาบาล แห่งประเทศไทย ภายใต้การสนับสนุนของสำนักสนับสนุน การพัฒนาระบบสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งที่ผ่านมา สำนักสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพ สสส. ให้ความสำคัญกับการเพิ่มพูนสมรรถนะในการแสดงบทบาท ในการสร้างเสริมหรือส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร สุขภาพ และได้ให้การสนับสนุนในการพัฒนาสมรรถนะ ของบุคลากรสุขภาพวิชาชีพอื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข ทันตภิบาล ฯลฯ มาอย่างต่อเนื่องอีกด้วย เพราะ สสส. พิจารณาว่าการปรับกระบวนการทัศน์หรือโลก ทัศน์หรือมุมมองเรื่อง “สุขภาพ” (health) ที่มีความหมายกว้างกว่าคำว่า “โรค” (disease) และ “ความเจ็บป่วย” (illness) ของบุคลากรสุขภาพมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อทิศทางของระบบสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพให้กับประชาชนและชุมชน

สำหรับโครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อ การสร้างเสริมสุขภาพนี้ก็เช่นกัน ที่มุ่งเน้นไปที่การ เพิ่มสมรรถนะในการทำงานด้านการสร้างเสริม สุขภาพให้กับพยาบาลวิชาชีพ และนักศึกษาพยาบาล ตามกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ที่ออออกมา

(Ottawa Charter on Health Promotion 1986) ที่เน้น ความเชื่อมโยงหรือปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล/ปัจเจก บุคคล, ชุมชน, สิ่งแวดล้อม, นโยบาย และการปรับ ระบบบริการต่าง ๆ ซึ่งโครงการนี้ได้ดำเนินงานมา เป็นระยะเวลา 3 ปี (ระหว่างกลางปี พ.ศ. 2556 จนถึงกลางปี พ.ศ. 2559) และได้มีการขยายเวลา การทำงานจนถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560

สำหรับรายงานผลการวิจัย ติดตาม และประเมินผล นี้ ถือเป็นส่วนหนึ่งของการทำงานที่สำคัญของ สสส. และสังคมไทย ที่ต้องการสร้างความรับผิดชอบต่อ สังคม (social accountability) ว่าโครงการที่ได้ให้การ สนับสนุนไปนั้นบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์และ เป้าหมายที่กำหนดไว้ มากน้อย เพียงใด อย่างไร เพราะอะไร คำนึงค่ากับการลงทุนในการทำงานหรือไม่ อย่างไร เพราะอะไร

นอกจากนี้ ยังให้ความสำคัญกับการสร้างหรือ สืบค้นความรู้ทางสังคม (social inquiry) จากการทำงานด้วย ทีมงานประเมินผลจากสถาบันวิจัย ประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งได้รับ มอบหมายให้ทำการศึกษา วิจัย ติดตามและ ประเมินผลในครั้งนี้ รู้สึกเป็นเกียรติอย่างยิ่ง ที่ได้มี โอกาสเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการสร้างความ รับผิดชอบต่อสังคม และการสร้างองค์ความรู้ที่ได้ จากการดำเนินงานในครั้งนี้

ทีมประเมินผล หวังเป็นอย่างยิ่งว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับการทำงานของโครงการนี้จะให้ความสำคัญต่อรายงานเล่มนี้ โดยการหยิบยกข้อค้นพบ และ/หรือ ประเด็นต่าง ๆ ที่สำคัญ ๆ ขึ้นมาพูดคุย ถกเถียงกันในเชิงบวก หรือ มีการนำผลการประเมินนี้ไปใช้ประโยชน์ให้เต็มที่ เพื่อเป็นบทเรียน และเพื่อปรับปรุงการทำงานของโครงการในลักษณะนี้ ที่อาจจะมีการดำเนินการต่อไปอีกในอนาคตอันใกล้ ให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น บรรลุผลสำเร็จที่ต้องการร่วมกันมาก

ยิ่งขึ้น ทั้งนี้ เพื่อบรรลุสู่เป้าหมายปลายทางสุดท้ายที่ทุกฝ่ายต้องการร่วมกัน คือ การมีสุขภาพหรือสุขภาพที่ดีขึ้นของประชาชนและชุมชน ด้วยการแสดงบทบาทเชิงรุก เป็นองค์กรรวม มีความครอบคลุม มีความต่อเนื่อง และมีความเป็นมนุษย์ ของพยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรสุขภาพวิชาชีพอื่น ๆ ในโลกแห่งการเปลี่ยนแปลง ที่มีความสลับซับซ้อนมากยิ่งขึ้นทุกวัน

ฉันทน์หทัย (อรทัย) อาจอ้า

ในนามของทีมวิจัย ติดตามและประเมินผล

25 เมษายน 2560

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการวิจัย ติดตาม และประเมินผล ในครั้งนี้ จะสำเร็จลุล่วงไปไม่ได้เลย ถ้าไม่ได้รับความร่วมมือจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของโครงการนี้ทุกท่าน ทุกระดับ ทุกประเภท ซึ่งคงจะไม่สามารถกล่าววามได้ทั้งหมด ณ ที่นี้ ไม่ว่าจะเป็นทีมงานโครงการในส่วนกลาง ทีมงานในระดับคณะพยาบาลศาสตร์ทั้ง 5 แห่ง ทีมงาน/คณะทำงานระดับภาค ทีมงานแกนหลักในระดับองค์กร/พื้นที่/ศูนย์เรียนรู้ พร้อมกันนี้ ขอแสดงความขอบคุณเป็นพิเศษแด่คณบดีหรือผู้บริหารคณะพยาบาลศาสตร์ทั้ง 5 แห่ง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยบูรพา มหาวิทยาลัยขอนแก่น และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ได้ให้เวลา ข้อมูลและให้การต้อนรับเป็นอย่างดี ศ.เกียรติคุณ ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ รศ.วิลาวัณย์ เสนารัตน์ และคุณจันทร์ทิมา กาญจนะวีระ ผู้รับผิดชอบหลักโครงการขับเคลื่อนฯ ได้กรุณาสละเวลาในการพูดคุยอย่างเป็นกันเอง ให้สัมภาษณ์ และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการทำความเข้าใจการขับเคลื่อนและการทำงานของโครงการเป็นอย่างดี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหลายแห่ง พยาบาลและทีมงานพยาบาลในโรงพยาบาลทุกระดับ หรือที่ทำงานอยู่ในพื้นที่เรียนรู้นวัตกรรมและศูนย์เรียนรู้ต่าง ๆ รวมทั้งผู้นำชุมชน ประชาชน ผู้รับบริการและญาติ อสม.ที่ทีมประเมินผลได้มีโอกาสไปเยี่ยม พูดคุย สนทนา และติดตามการทำงานในพื้นที่ทั่วประเทศทั้งหมด ประมาณเกือบ 50 แห่ง ดังรายนามผู้ให้สัมภาษณ์เชิงคุณภาพ จำนวน 202 รายในภาคผนวกของรายงานเล่มนี้ และผู้ให้ข้อมูลเชิงปริมาณอีก จำนวน 190 ราย จึงขอขอบคุณทุกท่านเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอขอบคุณ สำนักสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพ (สำนัก 7) สสส. โดยเฉพาะอย่างยิ่ง นพ. ชาญวิทย์ วสันต์ธนารัตน์ และคุณวรวรรณ อาภารัตน์ รักษาการผู้อำนวยการ และผู้ช่วยผู้อำนวยการสำนัก 7 ที่กรุณาให้เกียรติทีมงานได้เข้าร่วมในการวิจัย ติดตามและประเมินผลการทำงานในครั้งนี้ ทำให้ทีมงานได้มีโอกาสรับรู้ รับทราบความเคลื่อนไหวต่าง ๆ และได้ดำเนินการกิจที่สำคัญยิ่งต่อการพัฒนาระบบสุขภาพ ซึ่งเป็นสิ่งที่มีคุณค่าและความหมายอย่างยิ่งต่อการมีส่วนร่วมในการปรับปรุงระบบสุขภาพของสังคมไทยร่วมกัน

สุดท้ายนี้ ทีมวิจัย ติดตามและประเมินผล สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล รู้สึกประทับใจและซาบซึ้งในความร่วมมือและบทบาทของทุกท่านในการร่วมสร้างและพัฒนาระบบสุขภาพของสังคมไทย การให้ข้อมูลที่เป็นจริงตรงไปตรงมา การแสดงความคิดเห็นที่มีคุณค่า การสะท้อนบทเรียนและประสบการณ์ในการทำงานเพื่อปรับเปลี่ยนระบบสุขภาพ รวมทั้งสละเวลาอันมีค่าในการนำเสนอผลการทำงาน สะท้อนจุดแข็ง จุดอ่อน ปัญหาอุปสรรคให้ทีมประเมินผลได้รับทราบ ถ้าทีมประเมินผลไม่ได้รับความร่วมมืออย่างดียิ่งจากผู้เกี่ยวข้องทุกท่านดังกล่าวมา รายงานการวิจัย ติดตาม และประเมินผลในครั้งนี้ ก็คงจะไม่สามารถดำเนินการให้เกิดเป็นจริงได้ จึงขอขอบคุณทุกท่านมา ณ ที่นี้ อีกครั้งหนึ่ง ด้วยความจริงใจและประทับใจยิ่ง

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ผลการประเมินโครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาล เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

ชื่อโครงการที่ประเมิน: โครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ดำเนินการโดย สภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย ระยะเวลา 3 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2556-2559 ด้วยจำนวนเงินสนับสนุนทั้งหมด 44.27 ล้านบาท

วัตถุประสงค์หลักและแนวคิดหลักของโครงการ: เพื่อพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ และนักศึกษาพยาบาลในการแสดงบทบาทด้านการสร้างเสริมสุขภาพหรือบทบาทเชิงรุกในการสร้างสุขภาพ ด้วยกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ออตตาวา (Ottawa Charter on Health Promotion, 1986)

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักของโครงการ คือ 1) สภาการพยาบาล และคณะทำงาน/แกนหลักโครงการจำนวน 3 ท่าน 2) คณะพยาบาลศาสตร์จำนวน 5 สถาบัน คือ มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยบูรพา มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ แต่ละคณะ/สถาบัน รับผิดชอบการขับเคลื่อนในระดับภาค ด้วยการใช้กลไกที่เรียกว่า “คณะทำงาน พื้นที่ภาค” ที่ประกอบไปด้วยอาจารย์

แกนหลักในระดับคณะ, ตัวแทนสภาการพยาบาลจังหวัด, หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล, พยาบาล และตัวแทนสมาคมพยาบาลในระดับภาค 3) คณะทำงานทางวิชาการหลัก/ส่วนกลาง และคณะทำงานวิชาการตามผลผลิตที่กำหนดไว้ 4) พยาบาลวิชาชีพในสถานบริการสุขภาพ 3 ระดับ (ปฐมภูมิ, ทติยภูมิ และตติยภูมิ) ที่ได้รับการคัดเลือกจากโครงการ และบางแห่งมีทีมสหวิชาชีพด้วย 5) พื้นที่ถอดบทเรียน/ประสบการณ์ และยกระดับเป็นนวัตกรรมจำนวน 40 แห่ง/พื้นที่ 6) ศูนย์การเรียนรู้/แหล่งเรียนรู้นวัตกรรมจำนวน 29 แห่ง ที่กระจายอยู่ในภูมิภาคต่าง ๆ ภาคละประมาณ 5-8 ศูนย์ คัดเลือกจากข้อ 5 และมีเพิ่มเติมในภายหลังด้วย 7) นักศึกษาด้านการพยาบาลศาสตร์ จากสถาบันการศึกษา 5 แห่ง ที่เข้าร่วมขับเคลื่อนกับโครงการดังกล่าวข้างต้น 8) ประชาชน/ชุมชน-ผู้นำชุมชน/ผู้รับบริการและญาติ/ผู้ป่วย

วิธีการทำงานของโครงการขับเคลื่อน ฯ:

ให้ความสำคัญกับการสำรวจสมรรถนะจากกลุ่มตัวอย่างพยาบาลขนาดใหญ่ และการพัฒนาผลผลิต (outputs) ในรูปของเอกสารทางวิชาการ/ชุดเรียนรู้/คู่มือต่าง ๆ เพื่อนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการสร้างการเรียนรู้ และการสร้างหรือส่งเสริมสมรรถนะ

ให้กับพยาบาลวิชาชีพ และนักศึกษาพยาบาล ผวนกด้วยการจัดเวทีนำเสนอผลการวิเคราะห์การทำงาน/ประสบการณ์ในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลด้วยการใช้กรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ออกดอกดาว่า, การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเวทีถอดบทเรียนจากการทำงานสร้างเสริมสุขภาพในส่วนภูมิภาคและส่วนกลาง, การฝึกอบรมและการจัดให้มีการศึกษาตุงานในพื้นที่การเรียนรู้จำนวน 29 แห่งทั่วประเทศ

วิธีการในการประเมินผล ใช้วิธีวิทยาและวิธีการทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ สำหรับการประเมินเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการศึกษาวิเคราะห์เอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องของโครงการ (documentary analysis) และการวิเคราะห์เชิงสะท้อน (Reflexive Analysis) การเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งปรับประเด็นไปตามบริบทของผู้ให้สัมภาษณ์, การพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการ, การสังเกต, และการเยี่ยมพื้นที่/โรงพยาบาล/องค์กร/เยี่ยมบ้าน/เยี่ยมชุมชนที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสามารถดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกทีมงานโครงการ, พยาบาลวิชาชีพ, ประชาชน/ชุมชน/ผู้รับบริการและญาติ/ผู้ป่วย ในพื้นที่ทำงานของโครงการทั้งหมดทั่วประเทศได้จำนวน 202 คน

สำหรับการประเมินเชิงปริมาณ ใช้วิธีการวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางไขว้ การเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ที่มีเนื้อหาหลักเกี่ยวกับการประเมินความพึงพอใจในด้านต่าง ๆ ครอบคลุมทั้งการพัฒนาสมรรถนะที่ได้รับ, การแสดงบทบาทต่าง ๆ ตามกรอบออกดอกดาว่า, การสนับสนุนของโครงการและองค์กรในการทำงานตามกรอบออกดอกดาว่า ฯลฯ สำหรับผู้ให้ข้อมูลหลักในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ/แบบสอบถาม คือพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานอยู่ในศูนย์การเรียนรู้/แหล่งเรียนรู้วัฒนธรรม และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง

อาทิเช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาล, หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล เป็นต้น ซึ่งสามารถเก็บข้อมูลเชิงปริมาณได้ทั้งสิ้นจำนวน 190 ราย รวมจำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณจำนวน 392 ราย

ขอบเขต/ประเด็นในการประเมิน/การสร้าง

ความรู้ มี 5 ด้านที่สำคัญ คือ 1) กระบวนการในการทำงานของโครงการ โดยเฉพาะกระบวนการพัฒนาสมรรถนะ และกระบวนการมีส่วนร่วม 2) การประเมินผลผลิตตามที่โครงการกำหนดไว้/พัฒนาขึ้น ทั้งด้านปริมาณ คุณภาพและความพอเพียง 3) ผลลัพธ์ในด้านกระบวนการทัศน์และสมรรถนะต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป และปัจจัย/องค์ประกอบที่เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์ สมรรถนะ บทบาทของพยาบาลวิชาชีพและทีมงาน 4) การประเมินประสิทธิภาพที่ได้รับการปรับให้่ง่าย (Simplified Efficiency Evaluation) โดยมุ่งเน้นไปที่ประเด็นต้นทุนต่อหัวของผู้รับประโยชน์ทั้งหมด และ 5) การประเมินความพึงพอใจ จุดแข็ง จุดอ่อน ปัญหาอุปสรรคที่สำคัญจากมุมมองของผู้เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดทุกประเภท ผวนกด้วยการสร้างความรู้ทางสังคม (social inquiry) ด้วยการวิเคราะห์นัยสำคัญของการทำงานและการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาล เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของสภากาพยาบาล ภายใต้กรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ออกดอกดาว่า ที่เชื่อมโยงกับบริบทเฉพาะต่าง ๆ ทั้งบริบทชีวิตของปัจเจกบุคคล/พยาบาลวิชาชีพ, บริบทขององค์กร/หน่วยงาน, บริบทของวิชาชีพพยาบาล, บริบทของระบบบริการของกระทรวงสาธารณสุข และบริบทระบบสุขภาพของประเทศ ที่มีความเชื่อมโยงกับระบบเศรษฐกิจ สังคม การเมือง การศึกษา วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมของประเทศไทย ที่อาจเป็น

ทั้งปัจจัยคุกคาม และประเด็นที่ท้าทายในการร่วมสร้างระบบสุขภาพและสุขภาพของประเทศไทย

ผลการวิจัย ติดตาม และประเมินผล

ผลการประเมินกระบวนการ ในด้าน

กระบวนการพัฒนาสมรรถนะ และกระบวนการในการสร้างการมีส่วนร่วมในการทำงานโครงการในระดับต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลง และกระบวนการมีส่วนร่วมในองค์กร/หน่วยงาน/ศูนย์การเรียนรู้ พบว่า ในช่วงแรก โครงการฯ ให้ความสำคัญกับกระบวนการพัฒนาเครื่องมือต่าง ๆ ที่จะนำไปใช้ในการสร้างสมรรถนะและสร้างการเรียนรู้/การเปลี่ยนแปลงให้กับพยาบาลและนักศึกษาพยาบาล ซึ่งในส่วนนี้ ถือว่าโครงการให้ความสำคัญกับกระบวนการสำรวจสมรรถนะจากกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ และกระบวนการทำให้คู่มือ/เครื่องมือ/เอกสาร/ผลผลิตต่าง ๆ มีคุณภาพด้วยการจัดให้มีการวิพากษ์และปรับแก้หลายครั้ง ทำให้ผลผลิตที่ได้มีคุณภาพ สามารถใช้เป็นเครื่องมือสร้างการเรียนรู้ได้ แต่ประเด็นสำคัญที่ควรตระหนักร่วมกัน คือ วิธีการในการสร้างการเรียนรู้หรือการเพิ่มสมรรถนะควรให้ความสำคัญกับการเรียนรู้จากความเป็นจริง ในชุมชน/ชีวิตจริงของประชาชนให้มากกว่านี้ ไม่ใช่ให้น้ำหนักกับการเรียนจากเอกสารหรือ จากคู่มือ

สำหรับความพยายามในการพัฒนาหรือส่งเสริมสมรรถนะใหม่ในการทำงานเชิงรุก พบว่า เป็นความร่วมมือระหว่างคณะพยาบาลศาสตร์ 5 แห่ง และศูนย์การเรียนรู้จำนวน 29 แห่ง ซึ่งพบว่า หลายพื้นที่ยังมีปัญหาในการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ดำเนินงานของทั้งสองฝ่าย เพราะมีเวลาการทำงานที่ค่อนข้างจำกัด ทำให้ไม่มีแผนการจัดอบรม/การศึกษาดูงานร่วมกันอย่างชัดเจนตั้งแต่แรก แต่ก็สามารถจัดการเรียนรู้ในรูปแบบของการอบรมระยะสั้น

และการศึกษาดูงานในกลุ่มเป้าหมายได้จำนวนหนึ่งหรือประมาณ 396 คน แบ่งเป็นพยาบาลจำนวน 240 คน และนักศึกษาพยาบาลทั้งหมดจำนวน 156 คน แต่ยังไม่ได้ลงลึก จึงควรขยายเข้าสู่ระบบการศึกษาให้ได้

สำหรับประเด็นการสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างคณะทำงานหลักของโครงการ กับคณะพยาบาลศาสตร์ต่าง ๆ พบว่า ส่วนใหญ่สะท้อนว่า ยังไม่ได้มีโอกาสร่วมรับรู้รับทราบตั้งแต่ต้น หรือ ตั้งแต่ขั้นตอนการออกแบบโครงการ ทำให้ไม่สามารถใส่พลังลงไปเต็มที่ สำหรับการสร้างการมีส่วนร่วมในการทำงานระดับภาค พบว่า บทบาทของกลไกต่าง ๆ ตามที่โครงการ ฯ กำหนดไว้ยังไม่ค่อยเข้มข้น เป็นการดำเนินงานตามขั้นตอน หรือ เน้นการทำงานจากบนลงสู่ล่างมากกว่า

แต่สำหรับในองค์กร/หน่วยงาน หรือ หน่วยงานบริการสุขภาพทั้ง 3 ระดับ และ/หรือ ศูนย์การเรียนรู้ที่เข้าร่วมขับเคลื่อนในครั้งนี้ พบอย่างชัดเจนว่า ถ้าองค์กร/หน่วยงาน/ทีมงาน/ศูนย์การเรียนรู้ใดให้ความสำคัญกับกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกคนทุกฝ่ายในหน่วยงาน/องค์กร รวมทั้งการให้ความสำคัญกับบทบาทของผู้รับบริการ/ชุมชน/ประชาชน/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ ก็จะมีคามพึงพอใจมากต่อผลที่เกิดขึ้น และผลงานที่ออกมาก็มีคุณภาพมากตามไปด้วย

โดยเฉพาะการสร้างการมีส่วนร่วมในภาคประชาชน หรือ การเน้นบทบาทของชุมชน จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเรื่องภาวะสุขภาพได้เร็ว ยั่งยืน และพยาบาล/นักศึกษาพยาบาลก็สามารถเรียนรู้ได้เร็วผ่านช่องทางนี้/วิธีการนี้ด้วยเช่นกัน แต่สิ่งที่สำคัญคือที่ผ่านมา โครงการ ฯ ยังไม่ค่อยให้น้ำหนักกับการเรียนรู้จากความเป็นจริงในชุมชนร่วมกับชุมชนมาก

เท่าใดนัก จึงทำให้กระบวนการสร้างการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงยังเป็นไปค่อนข้างช้า ควรให้ความสำคัญหรือเน้นหนักช่องทางนี้ให้มากขึ้น หรือมีความชัดเจนมากขึ้น

ผลผลิตที่ได้ (Outputs) พบว่า โครงการ ฯ สามารถบรรลุผลผลิตตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ 5 ประการ จากที่กำหนดไว้ 7 ประการ ดังนี้คือ

- 1) **หลักสูตรพยาบาลนักรสร้างเสริมสุขภาพ** จำนวน 3 หลักสูตรและการนำไปใช้ในระบบ ซึ่งอันที่จริง เกิดหลักสูตรในระดับพื้นที่/ภูมิภาค ด้วย หรือ ได้มากกว่าจำนวน 3 หลักสูตรที่กำหนดไว้ อย่างไรก็ตาม ประเด็นการนำไปใช้ในระบบ ทางโครงการ ฯ ไม่ได้ระบุไว้ว่า หมายถึงระบบอะไรบ้าง ถ้าหากความรวมถึง ระบบการเรียนการสอนในสถาบันการศึกษาด้วยนั้น พบว่าในส่วนนี้ยังไม่บรรลุ แต่สำหรับการนำไปใช้ในระบบบริการทุกระดับ พบว่า เกิดขึ้นในบางส่วน บางองค์กร แต่ปัญหาคือ องค์กร/หน่วยงาน จำนวนหนึ่งที่เข้าร่วมการขับเคลื่อนไม่ได้รับการสนับสนุนทางการเงินและวิชาการที่พอเพียง และไม่มีแผนการทำงานร่วมกันอย่างชัดเจน จึงทำให้หลักสูตรที่พัฒนาขึ้น ยังอยู่ในเอกสารมากกว่ามีการนำไปใช้จริง
- 2) **นวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้บทบาทของวิชาชีพพยาบาล** ซึ่งเดิมกำหนดไว้จำนวน 25 นวัตกรรม แต่สามารถดำเนินการได้จำนวน 40 นวัตกรรม หรือได้มากกว่าที่กำหนดไว้จำนวน 15 นวัตกรรม ซึ่งเป็นนวัตกรรมที่ได้รับการพัฒนาขึ้นโดยองค์กร/หน่วยงาน/ทีมงานบริการสุขภาพในพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศ จำนวน 18 จังหวัด ประกอบด้วย ภาคกลางและตะวันตก 2 จังหวัด (กรุงเทพ และนครปฐม) ภาคตะวันออก

และกลาง 5 จังหวัด (ชลบุรี, ระยอง, ตราก, สระแก้ว, ลพบุรี) ภาคอีสาน (เหนือ, กลางและใต้) จำนวน 5 จังหวัด (ขอนแก่น, ร้อยเอ็ด, เลย, ยโสธร, อุบลราชธานี) ภาคเหนือ 3 จังหวัด (เชียงใหม่, เชียงราย และลำพูน) และภาคใต้ 3 จังหวัด (สงขลา, ตรัง และพัทลุง) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นประสบการณ์การทำงานของพยาบาลและทีมสหวิชาชีพ หรือ เป็นสิ่งที่องค์กร/หน่วยบริการสุขภาพ/ทีมพยาบาล และสหวิชาชีพทำอยู่แล้ว และโครงการได้นำมาวิเคราะห์สิ่งที่ทำ/สิ่งที่เกิดขึ้น ด้วยกรอบออตตาวา และยกระดับเป็นนวัตกรรม และต่อมาบางส่วนได้รับเลือกเป็นศูนย์การเรียนรู้ให้กับพยาบาล/นักศึกษาพยาบาลด้วย

- 3) **ศูนย์การเรียนรู้จำนวน 25 แห่ง แต่สามารถทำได้จำนวน 29 แห่ง** หรือมากกว่าที่กำหนดไว้ 4 แห่ง พบว่า ศูนย์การเรียนรู้เหล่านี้ได้รับการคัดเลือกจากพื้นที่นวัตกรรมในข้อ 2) ข้างต้น กระจายอยู่ในภาคต่าง ๆ ทั้ง 5 ภาค คือ ภาคกลางและภาคตะวันตก จำนวน 5 ศูนย์, ภาคตะวันออก จำนวน 6 ศูนย์, ภาคอีสาน จำนวน 5 ศูนย์, ภาคเหนือ จำนวน 5 ศูนย์, และภาคใต้ จำนวน 8 ศูนย์ อย่างไรก็ตาม ศูนย์การเรียนรู้เหล่านี้มีศักยภาพ/ความสามารถ/คุณภาพของงานที่แตกต่างกัน หรือ ไม่เท่ากัน โดยเฉพาะศักยภาพในการสร้างการเรียนรู้ที่ขึ้นกับเนื้อหา/ประเด็น/ความลึกซึ้งในสิ่งที่ทำ (insight) ความเข้มข้น รวมถึงความครอบคลุมมิติ/องค์ประกอบต่าง ๆ ของกรอบออตตาวา ถ้ามีความเข้มข้นมาก และ/หรือ มีความสอดคล้องกับสภาพปัญหา/ความต้องการ/บริบทของผู้รับบริการ/ชุมชน ก็จะมีศักยภาพในการสร้างการเปลี่ยนแปลงในเชิงกระบวนการ/ทัศน/โลกทัศน์/ทัศนคติ/มุมมองใหม่ ๆ ให้กับพยาบาล/นักศึกษาพยาบาลได้มากตามไปด้วย ยกตัวอย่างเช่น ศูนย์การ

เรียนรู้การส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยที่มีออสโตมีและ
แผล รพ.ศิริราช, ศูนย์เรียนรู้การดูแลต่อเนื่อง
ของ รพ.รามาศิริ, ศูนย์การเรียนรู้ด้านการ
ป้องกันมะเร็งในสตรี ที่ รพ.สมเด็จฯ ณ ศรีราชา,
ศูนย์การเรียนรู้ที่ รพ.ศูนย์ขอนแก่นที่เน้นความ
เชื่อมโยงของระบบปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ,
ศูนย์การเรียนรู้ด้านธรรมชาติบำบัดและความ
เข้มแข็งของชุมชน ที่ รพ.แม่ลาว อ.แม่ลาว
เชียงราย, ศูนย์การเรียนรู้ด้านการดูแลแบบ
บูรณาการ ที่ รพ.สันป่าตอง อ.สันป่าตอง
เชียงใหม่, ศูนย์การเรียนรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุ
ระยะยาว ที่ รพ.สต.ท่ากว้าง อ.สารภี เชียงใหม่
และ อ.บางกล้า สงขลา, ศูนย์การเรียนรู้ด้านการ
ขับเคลื่อนสุขภาพองค์กรรวม/การกระทำกับ
ปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ ที่ รพ.สต.บ้าน
ห้วยทราย ตำบลแม่ทา และชุมชนตำบลแม่ทา
อ.แม่ออน เชียงใหม่ นอกจากนี้ยังพบว่า
มีหน่วยงาน/องค์กร/ทีมงานที่มีศักยภาพ ผลงาน
โดดเด่นและน่าสนใจ แต่ไม่ได้รับการคัดเลือกให้
เป็นศูนย์การเรียนรู้ มีจำนวน 2 แห่ง คือ รพ.สต.
เขาไม้แก้ว อ.สิเกา จ.ตรัง และ คลินิกวิสัญญี
รพ.สรรพสิทธิ์ประสงค์ อ.เมือง อุบลราชธานี
ซึ่งโครงการฯ ควรให้ความสำคัญด้วย

- 4) **ชุดการเรียนรู้ จำนวน 7 ชุด** มีเนื้อหาครอบคลุม
องค์ประกอบ/มิติต่าง ๆ ตามแนวคิดและ
ยุทธศาสตร์ของกรอบออตตาวา ประกอบด้วย 1)
ด้านการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล 2) ด้านภาวะ
ผู้นำและการบริหารจัดการการเปลี่ยนแปลงเพื่อ
การสร้างเสริมสุขภาพ 3) ด้านการพัฒนา
เครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพ 4) ด้านการ
จัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ 5) ด้าน
การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอย่างมี
ส่วนร่วม, การปรับระบบบริการสุขภาพ และการ
สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 6) ด้านการ
จัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และ

7) ด้านการสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน ซึ่ง
พบว่า เอกสาร/คู่มือ/ชุดการเรียนรู้ต่าง ๆ เหล่านี้
มีคุณภาพในระดับดี ถึงดีมาก และสามารถ
นำไปใช้เป็นเครื่องมือในการสร้างการเรียนรู้และ
การเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์/โลกทัศน์/ทัศนคติ/
วิถีคิด/วิธียองในการทำงานและการแสดง
บทบาทเชิงรุกด้านต่าง ๆ ของพยาบาลวิชาชีพได้
เป็นอย่างดี

- 5) **แนวปฏิบัติ หรือ แนวทางการพยาบาล เพื่อ
การสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพยาบาลวิชาชีพ**
ในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ระดับตติยภูมิ
และระดับตติยภูมิ (ฉบับร่าง) ซึ่งยังอยู่ในระหว่างการ
รวบรวมข้อมูลและประสบการณ์ในการใช้แนวปฏิบัติ
หรือแนวทางที่พัฒนาขึ้นในสถานบริการสุขภาพทั้ง 3
ระดับ ยังไม่สามารถประเมินผลได้

สำหรับ**ผลผลิตที่กำหนดไว้ แต่ยังไม่บรรลุ** มี 2
ประการ คือ 1) ข้อเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อการ
สร้างเสริมสุขภาพในบริบทพยาบาล และ 2) จำนวน
หน่วยงาน/สถานบริการที่สามารถ Benchmarking
กับ Best Practice เนื่องจากระยะเวลาการทำงาน
ของโครงการไม่พอ ต้องขอขยายเวลา แต่จนถึง
ขณะนี้ก็ยังไม่สามารถติดตามผลงานในส่วนนี้ได้

ผลลัพธ์สำคัญที่เกิดขึ้น (Outcomes): มี
ดังนี้คือ

- **การเปลี่ยนแปลงในด้านกระบวนการทัศน์/วิถีคิด/
วิธียอง/วิถีการทำงาน/สมรรถนะ**ในการสร้าง
เสริมสุขภาพและปัจจัย-องค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง
การเปลี่ยนแปลง พบว่า บทบาทการสร้างเสริม
สุขภาพ และการมองความเชื่อมโยงระหว่าง
กลไก-องค์ประกอบต่าง ๆ ทั้งปัจเจกบุคคล,
ชุมชน, สิ่งแวดล้อม, นโยบาย และการปรับระบบ
บริการนั้น พบว่า เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ค่อนข้าง

โดดเด่นในพยาบาลบางกลุ่ม/บางทีม/บางส่วนเท่านั้น ซึ่งในกลุ่มนี้ พบว่า ที่สามารถเกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงวิถีคิด วิถีมอง สมรรถนะ เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ และการแสดงบทบาทเชิงรุกได้ เนื่องจาก มีความมุ่งมั่น/ความตั้งใจ, มีพื้นฐานความรู้เดิมที่ดี, มีทัศนคติต่อโลก/สังคม/มนุษย์/ปัญหาสุขภาพที่กว้าง ไม่ยึดติดกับกรอบคิดแบบเดิม ๆ, มีการแสวงหาความรู้ความเข้าใจใหม่ ๆ อยู่ตลอดเวลา เช่น การศึกษาดูงานในจุดที่ตนเองขาด และนำมาปรับใช้จริง, มีการขับเคลื่อนเรื่องสุขภาพกับภาคีต่าง ๆ ในชุมชน ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ ๆ ร่วมกับภาคี/ชุมชนอยู่เสมอ (กรณีพยาบาล รพ.มหาสารคาม และ รพ.แม่ลาว เชียงราย) และบางส่วนเกิดการเปลี่ยนแปลงได้ เนื่องจากทำงานอยู่ในองค์กร/หน่วยงานที่ผู้นำ/ผู้บริหารระดับสูงสุดขององค์กรมีวิสัยทัศน์, มีนโยบายและทิศทางที่ชัดเจนในการขับเคลื่อนเรื่องสุขภาพ, มีการชี้แนะและการลงมือทำไปในทิศทางที่ทำให้เข้าใจความเชื่อมโยงของระบบทั้งหมด โดยเฉพาะระบบบริการสุขภาพทั้ง 3 ระดับ (ตติยภูมิ, มุติยภูมิ, ปฐมภูมิ) (กรณีพยาบาล รพ.ศูนย์ขอนแก่น) และในอีกส่วนหนึ่งที่สามารถเกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงกระบวนการ ทัศนคติ/วิถีคิด/วิธีการทำงาน/การแสดงบทบาทหรือสมรรถนะใหม่ ๆ ได้ เนื่องจากมีการเรียนรู้จากความเป็นจริง หรือ จากปัญหาและความต้องการ และบริบทต่าง ๆ ของผู้รับบริการ/ผู้ป่วย/ประชาชน/ชุมชนอย่างชัดเจน (กรณี พยาบาล รพ.สรรพสิทธิ์ประสงค์, รพ.สันป่าตอง เชียงใหม่) และบางกรณีที่เกิดการเปลี่ยนแปลงจากการแสดงบทบาทของบุคลากรโครงการขับเคลื่อน ฯ โดยมีการอธิบายและสื่อสารแลกเปลี่ยนกัน (กรณีพยาบาล รพ.มหาสารคาม เชียงใหม่)

- **เกิดการประสานเชื่อมโยงกันเป็นภาคีเครือข่ายประเภทต่าง ๆ** ที่มีความรู้จักกัน ช่วยเหลือ เกื้อกูลกัน หรือ ถวายโอนความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน ทำให้เกิดความสัมพันธ์แบบแนวราบมากขึ้น ทำให้สามารถประสานเชื่อมโยงทรัพยากรประเภทต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นความรู้/ความสามารถ, บุคลากรที่มีความสามารถ/มีใจ/มีความเชี่ยวชาญในด้านต่าง ๆ ในระดับพื้นที่/บริบทเฉพาะระดับพื้นที่ ทั้งระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ระดับกลุ่มจังหวัด หรือเขตสุขภาพ และระดับภาคได้มากขึ้นในระดับหนึ่ง แต่ยังไม่เข้มข้นมากนัก
- **การมีแหล่งเรียนรู้ และพี่เลี้ยงในการศึกษาเรียนรู้นอกห้องเรียนให้กับพยาบาลและนักศึกษาพยาบาล** ทำให้ผู้เรียน/นักศึกษา/พยาบาลมีโอกาสในการเรียนรู้จากของจริง หรือ ชีวิตจริงของประชาชนและชุมชนมากขึ้น ทำให้มีกระบวนการและโลกทัศน์ที่กว้างไกล ไม่ยึดติดกับกรอบคิดแบบเดิม ๆ ทำให้มีสมรรถนะศักยภาพ ความสามารถมากขึ้นในการทำงานเชิงรุก เมื่อจบแล้วไปทำงาน น่าจะสามารถแสดงบทบาทในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง, การสร้างเสริมพลังอำนาจ, การเป็นผู้เชื่อมประสานภาคีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้มากขึ้น

ผลการประเมินประสิทธิภาพ พบว่าโครงการได้รับเงินสนับสนุนมาทั้งหมด จำนวน 44.27 ล้านบาท มีจำนวนผู้รับประโยชน์ทุกประเภท/ทุกระดับจากโครงการ ประมาณ 5,990 คน ดังนั้น ค่าใช้จ่ายต่อหัว จึงเท่ากับ 7,390 บาท (เจ็ดพันสามร้อยเก้าสิบบาทถ้วน) ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่ไม่สูงเกินไปต่อผลผลิตและผลลัพธ์ หรือ สิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะเมื่อเทียบกับการเรียนรู้ในรูปแบบอื่น ๆ ที่พยาบาลอาจต้องไปศึกษาค้นคว้าหาความรู้

เพื่อเพิ่มสมรรถนะด้วยตนเองเป็นราย ๆ ไป ซึ่งเป็นช่องทางหนึ่งที่พยาบาลพยายามทำอยู่แล้ว เช่น การศึกษาค้นคว้าจากระบบออนไลน์, การไปศึกษา/ฝึกอบรมเฉพาะทางด้านต่าง ๆ ที่สถาบันการศึกษาและสภาการพยาบาลจัดขึ้น ซึ่งเป็นช่องทางที่สามารถเพิ่มพูนความรู้และสมรรถนะใหม่ ๆ ในการทำงานได้ แต่พยาบาลก็ไม่ค่อยมีเวลา เพราะภารกิจรัดตัว และการเพิ่มพูนสมรรถนะด้วยช่องทางดังกล่าว อาจจะไม่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์/โลกทัศน์/ทัศนคติ/มุมมองก็ได้ เพราะไม่ได้มุ่งเน้นไปที่กรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์อนาคต และการเรียนรู้ด้วยตนเองแบบเดี่ยว ๆ ไม่สามารถทำให้เกิดขบวนการขับเคลื่อนอย่างเป็นระบบและองค์รวม

ดังนั้น การส่งเสริมการทำงานและการเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่ สสส. ดำเนินการมานี้ จึงถือว่าคุ้มค่ากับการลงทุนในการสร้างหรือพัฒนาสมรรถนะให้กับพยาบาล เพราะนอกจากจะได้เอกสารทางวิชาการที่มีคุณภาพ และเกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบบริการที่สำคัญแล้ว ยังเกิดทุนทางสังคมในรูปของเครือข่ายประเภทต่าง ๆ ขึ้นมาใหม่ด้วย แต่ก็จำเป็นต้องมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายที่มีอยู่จำนวนมากทั่วประเทศ และเกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงลึก หรือ การเปลี่ยนแปลงแบบถอนรากถอนโคน (truly transformed) ได้จริง

จุดแข็ง จุดอ่อน ปัญหาอุปสรรคในการทำงานของโครงการ

- จุดแข็งที่สำคัญ/สิ่งที่ดีของโครงการ/เครือข่าย คือ

1. การผลิตเอกสารวิชาการ และเครื่องมือ/คู่มือการเรียนรู้จำนวนมาก ด้วยความร่วมมือของทีมวิชาการจากสถาบันต่าง ๆ ในเครือข่าย ซึ่งเป็นเอกสารวิชาการที่มีคุณภาพดีและมีความพอเพียงต่อการนำไปใช้ในการสร้างการเรียนรู้/การเปลี่ยนแปลง/การส่งเสริมสมรรถนะและบทบาทใหม่ ๆ ในการทำงานของวิชาชีพพยาบาล
2. การสำรวจสมรรถนะหรือสภาพการทำงาน of พยาบาลด้วยกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ในขอบเขตทั่วประเทศ ทำให้มีองค์ความรู้ หรือฐานข้อมูลภาพรวมเกี่ยวกับระดับสมรรถนะด้านต่าง ๆ ของพยาบาลในขอบเขตทั่วประเทศ
3. การถอดบทเรียนหรือประสบการณ์ในการทำงานของพยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพระดับต่าง ๆ ทั้ง 3 ระดับ (ปฐมภูมิ, ทติภูมิ และตติภูมิ) และยกระดับเป็นองค์ความรู้ และ/หรือ แหล่งเรียนรู้วัตรกรรม ทำให้มีองค์ความรู้ในการทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพที่เชื่อมโยงกับบริบทของแต่ละองค์กร/พื้นที่
4. การให้ความสำคัญกับการยกระดับหรือส่งเสริมแหล่งเรียนรู้วัตรกรรมให้เป็นศูนย์เรียนรู้ในภาคต่าง ๆ จำนวนรวม 28 ศูนย์ ทำให้มีแหล่งเรียนรู้จากโลกที่เป็นจริง/บนฐานความจริง จำแนกเป็นการส่งเสริมสุขภาพในด้านต่าง ๆ เกือบ 20 ด้าน/ประเด็น
5. การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับภาค และระดับประเทศ ทำให้ทีมพยาบาล และ/หรือ บุคลากรสุขภาพของหน่วยงานบริการสุขภาพใน 3 ระดับ ได้มีโอกาสพบปะ และแบ่งปันองค์ความรู้และประสบการณ์จากการทำงานส่งเสริมสุขภาพในบริบทที่หลากหลาย ทำให้เกิดการถ่ายโอนหรือไหลเวียนขององค์ความรู้ใหม่ ๆ และทำให้เกิดความสัมพันธ์

แบบเครือข่ายแนวราบ ที่สามารถเชื่อมโยง-
เกี่ยวเนื่องกันในระดับหนึ่ง

6. การจัดเวทีนำเสนอและถ่ายทอดความ
เคลื่อนไหวเกี่ยวกับการทำงานของโครงการ
และความมุ่งหวังที่ต้องการให้กับสถาบันด้าน
การพยาบาลศาสตร์จำนวนกว่า 80 แห่ง ซึ่ง
ถือเป็นความพยายามในการขยายผลและ
กระจายข่าวสารที่สำคัญ เพื่อให้เกิดการ
เปลี่ยนแปลงอย่างทั่วถึงมากขึ้น
7. พบว่า สถาบันการศึกษาและหน่วยงาน
บริการสุขภาพ ทุกระดับ ทุกประเภท ทั้งคณะ
พยาบาลศาสตร์และหน่วยบริการสุขภาพทั้ง
3 ระดับมีเครือข่ายต่าง ๆ ของตนเองอยู่แล้ว
จำนวนมาก ถ้าให้ความสำคัญกับการทำงาน
แบบเครือข่ายที่มีอยู่แล้ว จะได้ผลมากขึ้น ใช้
ทรัพยากร/บุคลากร/เวลาน้อยลง

■ จุดอ่อน/ปัญหา/อุปสรรค/สิ่งที่ควรปรับปรุง คือ

1. การแบ่งพื้นที่ในความรับผิดชอบของบาง
ภูมิภาค/บางคณะไม่มีความชัดเจน หรือมีการ
ทับซ้อนกัน ไม่ได้ยึดหลักในการแบ่งพื้นที่ตาม
เกณฑ์ของกระทรวงมหาดไทย และตามพื้นที่
ทางภูมิศาสตร์ ทำให้บางคณะ/สถาบันมีพื้นที่
ในความรับผิดชอบจำนวนมาก แต่ไม่สามารถ
เดินทางไปได้ เพราะอยู่ห่างไกลจากพื้นที่
รับผิดชอบหลักของตน
2. การสื่อสารเรื่องกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์
ออดตาวายังมีความไม่ชัดเจน ไม่ได้มีการ
ถกเถียงและแลกเปลี่ยนกันเชิงวิพากษ์อย่าง
เพียงพอที่จะทำให้ประชาคมพยาบาลส่วน
ใหญ่เข้าใจว่า มันแตกต่างจากกรอบแนวคิด
อื่น ๆ อย่างไร และมีความสำคัญอย่างไร มี
ความเชื่อมโยงกันอย่างไร ถ้าเข้าใจและ

นำไปใช้แล้ว จะส่งผลต่ออะไร สิ่งนี้มี
นัยสำคัญอย่างไร

3. ยังมีช่องว่างการสื่อสาร/มีการสื่อสารน้อย
โดยเฉพาะในสถาบันการศึกษา ทำให้การเข้า
ร่วมของคณาจารย์ในคณะพยาบาลศาสตร์ยังมี
จำกัด หรือ กระจุกตัวอยู่ในบางกลุ่ม/บาง
ภาควิชาเท่านั้น ทำให้ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลง
ในสถาบันการศึกษา ที่เป็นสถาบันหลักในการ
สร้างหรือผลิตพยาบาลพันธุ์ใหม่ ที่ใส่ใจด้าน
การส่งเสริมสุขภาพ ภายใต้กรอบแนวคิดและ
ยุทธศาสตร์ออดตาวายังมีนัยสำคัญ หรือยัง
ไม่เกิดมวลวิกฤต (critical mass) ในระดับ
สถาบันหลักด้านพยาบาลศาสตร์ ยังเป็นการ
ทำงานตามโครงการมากกว่าเป็นการ
ขับเคลื่อนทั้งระบบ
4. การเน้นการทำงานแบบเป็นขั้นเป็นตอน หรือ
แบบลงสู่ล่างมากเกินไป (Top-down) ทำ
ให้อย่างไม่เกิดการขับเคลื่อน/การเปลี่ยนแปลง
ในแนวราบมากเท่าที่ควรจะเป็น ทั้ง ๆ ที่
หน่วยงานบริการสุขภาพทุกระดับจำนวนมาก
มีศักยภาพในการสร้างการเปลี่ยนแปลง
ภายในทีมงานของตน แต่ที่ผ่านมา โครงการ
ยังไม่ค่อยให้ความสำคัญกับจุดนี้ ทำให้
พยาบาลจำนวนมากในแต่ละหน่วยงานไม่
ทราบเกี่ยวกับโครงการ
5. ขาดการจัดทำฐานข้อมูลจำนวนผู้รับ
ประโยชน์/ผู้เข้าร่วมกิจกรรมประเภทต่าง ๆ
ของโครงการ ไว้อย่างครบถ้วน ถูกต้อง และ
เชื่อถือได้ ทำให้ไม่มีฐานข้อมูลตั้งต้นในการ
ประเมิน และโครงการ ฯ ไม่ได้ใช้ฐานข้อมูล
จากการสำรวจสมรรถนะในการทำงานอย่าง
ต่อเนื่อง ทำให้ไม่ทราบผลการเปลี่ยนแปลงที่
เกิดขึ้น หรือ ไม่สามารถทำการเปรียบเทียบ
ผลที่เกิดขึ้นระหว่างก่อนและหลังการทำงาน
ของโครงการได้

6. ขาดการวางแผนการทำงาน/การขับเคลื่อนบนฐานข้อมูลที่ได้จากการสำรวจระดับสมรรถนะขนาดใหญ่ หรือ ไม่ได้นำฐานข้อมูลระดับสมรรถนะที่แตกต่างกันมาใช้ในการวางแผนการทำงานในระดับพื้นที่ หรือ ระดับภาคที่มีความแตกต่างกัน
7. พยาบาลจำนวนมาก ยังขาดความมั่นใจในบทบาทด้านการส่งเสริมสุขภาพของตน เพราะหัวหน้างาน/ผู้บริหารองค์กรอีกจำนวนหนึ่งยังไม่ให้การยอมรับและการสนับสนุนเต็มที่ ตามศักยภาพที่มี ทำให้ยังไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงได้จริง
8. รูปแบบการส่งตัวแทน เพื่อเข้าร่วมประชุมหรือเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งในระดับภาคและระดับส่วนกลาง ใช้การไม่ค่อยได้ เพราะผู้เข้าร่วมประชุม/ผู้แทนส่วนใหญ่ไม่ได้นำไปสื่อสารต่อ ทำให้บุคลากรในหน่วยงาน/แผนกเดียวกันยังไม่ทราบเกี่ยวกับโครงการแต่อย่างใด
9. ยังให้ความสำคัญกับการส่งเสริมการมีส่วนร่วม หรือ ให้อำนาจในการสร้างการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกประเภทน้อยไป โดยเฉพาะบทบาทของชุมชนและประชาชน ซึ่งเป็นแหล่งเรียนรู้ที่มีศักยภาพมากที่สุดใน การทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านกระบวนการทัศนและสมรรถนะ
10. ขาดการกระตุ้น การส่งเสริมและติดตามการทำงาน ทำให้เกิดช่องว่างของการสร้างองค์ความรู้ที่ให้ความสำคัญกับอนุกรมเวลา (Time-series) หรือ การศึกษาในระยะยาว (longitudinal study) ที่เรียกว่า **“การเกาะติดประเด็นปัญหาของพื้นที่”** ทำให้เกิดการละเลยประเด็นปัญหาต่าง ๆ ที่สำคัญจากพื้นที่ ที่สามารถนำมาสร้างการเรียนรู้ในประเด็นอื่น ๆ อย่างมีความเชื่อมโยงกันได้อย่างท้าทายและเป็นระบบ ภายใต้กรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์อุตสาหกรรม
11. ข้อมูลในพื้นที่มีมาก แต่พยาบาล/ทีมงาน/ทีมสหวิชาชีพยังไม่ค่อยได้เขียนถ่ายทอด หรือ ยังมีข้อจำกัดในการสร้างหรือผลิตองค์ความรู้ หรือ ยังผูกติดกับกระบวนการทัศนและวิธีการแบบเดิม ๆ ในการสร้าง/ผลิตความรู้ที่เคยทำมา
12. เกณฑ์ในการคัดเลือกนวัตกรรมของบางพื้นที่ ไม่มีความชัดเจน ไม่ได้พิจารณาปัจจัยองค์ประกอบต่าง ๆ อย่างรอบคอบ รอบด้าน ทำให้ได้นวัตกรรมที่ไม่ยั่งยืน ประกอบกับไม่ได้ศึกษาติดตามอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้ไม่ทราบปัจจัยและองค์ประกอบของความไม่ยั่งยืน
13. มีความแตกต่างในการสนับสนุนด้านการเงิน แก่ศูนย์เรียนรู้ บางแห่ง/บางภาคให้การสนับสนุน บางแห่ง/บางภาคไม่ได้ให้การสนับสนุน ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำ หรือการส่งเสริมการพัฒนาที่ไม่เสมอภาค ไม่เท่าเทียมกัน
14. มีปัญหาจริยธรรมในการทำงานร่วมกัน ระหว่างนักวิชาการและนักปฏิบัติในบางพื้นที่/สถาบัน ซึ่งส่งผลต่อการทำงานแบบร่วมมือ

ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการทำงานของโครงการ

1. ในการทำงานในระยะต่อไป ควรให้ความสำคัญในการอุดช่องว่าง หรือ แก้ไขจุดอ่อน/ข้อจำกัดต่าง ๆ ตามที่ระบุไว้ข้างต้น ถ้าทำได้ จะทำให้เกิดผลสำเร็จมากยิ่งขึ้น
2. ควรให้ความสำคัญกับบริบทเฉพาะของสถานบริการสุขภาพที่มีความแตกต่างกันทั้ง 3 ระดับ (ปฐมภูมิ, ทติยภูมิ, ตติยภูมิ) ซึ่งส่งผลต่อการเรียนรู้/การเปลี่ยนแปลง/สมรรถนะ/การแสดงบทบาทที่ต่างกันของพยาบาลที่ทำงานในสถานบริการสุขภาพที่มีบริบทที่ต่างกัันดังกล่าว

โดยเฉพาะสถานบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ ที่มีหลายขนาด หลายสถานะ หรือ มีความแตกต่างกันเป็นอย่างมากแม้ที่อยู่ในประเภทเดียวกัน จึงควรให้ความสำคัญกับบริบทเฉพาะของสถานบริการแต่ละประเภทด้วย

3. ควรให้ความสำคัญกับการขับเคลื่อนร่วมกับผู้นำองค์กร/หัวหน้างาน หรือ สื่อสารเกี่ยวกับความสำคัญของกรอบออตตาวาในระดับผู้บริหาร เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับโครงสร้างที่ส่งผลต่อกระบวนการทัศน์และสมรรถนะของพยาบาลและทีมสหวิชาชีพอย่างเป็นระบบ เหมือนที่ รพ.ศูนย์ขอนแก่น ดำเนินการ
4. ควรให้ความสำคัญในบทบาทของศูนย์เรียนรู้ อย่างจริงจัง มีแผนการทำงานร่วมกันอย่างชัดเจน และมีการสนับสนุนทั้งวิชาการและการเงิน และมีการสร้างองค์ความรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่องบนฐานจริยธรรมทางวิชาการ
5. ควรส่งเสริมการศึกษาวิจัยด้วยแนวทางหรือมุมมองใหม่ ๆ จากประเด็นปัญหาในพื้นที่การทำงานจริง หรือส่งเสริมการผลิตองค์ความรู้ เพื่อส่งเสริมให้ชุมชนท้องถิ่นที่อยู่ในพื้นที่บริการ

ของหน่วยบริการสุขภาพประเภทต่าง ๆ มีความเข้มแข็งยิ่งขึ้น และสามารถติดตามและประเมินผล การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในด้านภาวะสุขภาพและสุขภาพของแต่ละพื้นที่ได้จริง

6. ควรเพิ่มการทำงานแนวราบ หรือ ให้ความสำคัญกับการขับเคลื่อนเรื่องสุขภาพในมิติต่าง ๆ ร่วมกับชุมชน/พื้นที่ พร้อม ๆ กับการส่งเสริมช่องทางการสร้างการเรียนรู้ให้กับพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลที่หลากหลาย เน้นความสำคัญของพื้นที่ให้มากขึ้น
7. ควรให้นักศึกษาได้มีโอกาสเรียนรู้จากของจริง หรือ ฝึกให้มองเรื่องสุขภาพจากประเด็นปัญหา และโจทย์ที่ซับซ้อนในพื้นที่/โลกที่เป็นจริง ยกเลิกการเรียนการสอนแบบท่องจำ ที่เน้นตำรา และห้องสี่เหลี่ยม หันมาเน้นโจทย์การเรียนรู้จากชุมชน โดยมีอาจารย์เป็นเพียงผู้ช่วยตั้งคำถาม/ให้มุมมองเชิงสะท้อน หรือ เป็นผู้เอื้อให้เกิดการเรียนรู้/การเปลี่ยนแปลง/สมรรถนะ/ศักยภาพในการเข้าใจเรื่อง “สุขภาพ” และการทำงานส่งเสริมสุขภาพในความหมายใหม่ และภายใต้บริบทที่ท้าทาย



หน้า

คำนำ	ค
กิตติกรรมประกาศ	จ
บทสรุปย่อสำหรับผู้บริหาร	ฉ
สารบัญตาราง	ถ
สารบัญแผนภาพ	ธ
 ส่วนที่ 1 บทนำ	 1
1.1 ความเป็นมาและเหตุผลของการวิจัย ติดตามและประเมินผล	2
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย ติดตามและประเมินผล	5
1.3 ขอบเขตของการวิจัย ติดตามและประเมินผล	6
1.3.1 ขอบเขตด้านเนื้อหาและประเด็น	6
1.3.2 ขอบเขตด้านกลุ่มเป้าหมาย	7
1.4 แผนและขั้นตอนในการทำงาน	11
1.4.1 ศึกษาและวิเคราะห์เอกสารและสื่อต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง	11
1.4.2 ศึกษาและวิเคราะห์เนื้อหาสาระของหลักสูตร มาตรฐาน คู่มือการสอน แนวทางการปฏิบัติต่าง ๆ	12
1.4.3 จัดทำแนวคำถามในการสัมภาษณ์ระดับลึกของแต่ละกลุ่มเป้าหมาย	12
1.4.4 จัดทำ/ผลิต/ทดสอบแบบสอบถามหรือแบบสัมภาษณ์	12
1.4.5 วางแผนการเก็บข้อมูลหรือการทำงานในภาคสนาม	12
1.4.6 เก็บข้อมูล/การทำงานภาคสนามกับกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ	12
1.4.7 ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ และเขียนรายงานความก้าวหน้า	13
1.4.8 เขียนและปรับปรุงรายงานการประเมินผลฉบับสมบูรณ์	13
1.4.9 นำเสนอผลการประเมิน	13
1.5 ระยะเวลาการทำงานในการวิจัย ติดตามและประเมินผล	13
1.6 ผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	14

ส่วนที่ 2 ระเบียบวิธีวิจัยและวิธีการศึกษา	15
2.1 การทบทวนวรรณกรรมหรือความรู้เกี่ยวกับการประเมินผล	16
2.2 วิธีวิทยาที่ใช้ในการวิจัย ติดตามและประเมินผล	20
2.3 กรอบแนวคิดในการวิจัย ติดตามและประเมินผล	20
2.4 วิธีการในการเก็บข้อมูล	24
2.5 วิธีการเลือกกรณีศึกษาเพื่อทำการวิเคราะห์เชิงลึก	25
2.6 วิธีการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล	28
2.7 วิธีการประเมินประสิทธิภาพของโครงการ	29
2.8 ปัญหาอุปสรรคในการเก็บข้อมูล	29
2.9 การนำเสนอผลการศึกษาวิจัย ติดตามและประเมินผล	30
 ส่วนที่ 3 ผลการศึกษาวิจัย ติดตามและประเมินผล	 33
3.1 ผลการประเมินเชิงคุณภาพ	34
3.1.1 กระบวนการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพตามกรอบออตตาวา	34
3.1.2 ผลผลิตและการบรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้	40
3.1.3 คุณภาพและความพอใจของผลผลิตที่กำหนดไว้ต่อการสร้างสมรรถนะ พยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	51
3.1.4 การให้ความสำคัญกับกระบวนการมีส่วนร่วมของพยาบาลและผู้มีส่วนได้ ส่วนเสียกับผลผลิตและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น	56
3.1.5 การเปลี่ยนแปลงด้านกระบวนการ ทักษะ ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ สมรรถนะ การปฏิบัติของพยาบาล และปัจจัย-องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลง	75
3.1.6 ศักยภาพของศูนย์เรียนรู้/แหล่งเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์	106
3.1.7 ความพึงพอใจ จุดแข็ง จุดอ่อน ปัญหาอุปสรรคจากมุมมองของพยาบาลและ ทีมประเมินผล	141
3.1.8 จุดอ่อน/ปัญหาอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์และบทบาท/สมรรถนะ ของพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพ: มุมมองของนายกสภาการพยาบาล	150
3.2 ผลการประเมินเชิงปริมาณ	151
3.2.1 ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล	152
3.2.2 ความพึงพอใจต่อการได้รับการพัฒนาสมรรถนะด้านต่าง ๆ จากโครงการ	152
3.2.3 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อบทบาทหรือการมีส่วนร่วมในด้านต่าง ๆ ในฐานะพยาบาลนักสร้างเสริมสุขภาพ	154
3.2.4 ความพึงพอใจต่อชุดการเรียนรู้ 7 ชุดที่โครงการพัฒนาขึ้น	157
3.2.5 ความพึงพอใจต่อหลักสูตรพยาบาลนักสร้างเสริมสุขภาพ	157

3.2.6 ความพึงพอใจต่อองค์กร/หน่วยงานที่สังกัดในการแสดงบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบกฎบัตรอตตาวา	158
3.2.7 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการทำงานของโครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลฯ ในมิติต่าง ๆ	158
3.2.8 คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยของพยาบาลต่อองค์กร/หน่วยงานที่สังกัดในการแสดงบทบาทตามกฎบัตรอตตาวา จำแนกตามประเภทสถานบริการสุขภาพ 3 ระดับ	180
3.2.9 คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยของพยาบาลต่อการทำงานสร้างสมรรถนะพยาบาลของโครงการขับเคลื่อนฯ จำแนกตามประเภทสถานบริการสุขภาพ 3 ระดับ	181
3.3 ผลการประเมินประสิทธิภาพแบบง่าย	183
ส่วนที่ 4 สรุปภาพรวม ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ	185
4.1 สรุปภาพรวม: การบรรลุผลตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้	186
4.1.1 สรุปผลการประเมินผลผลิต	186
4.1.2 สรุปผลการประเมินคุณภาพและความพอใจเพียงของผลผลิตที่พัฒนาขึ้น	187
4.1.3 สรุปผลการประเมินกระบวนการพัฒนาสมรรถนะของโครงการ	187
4.1.4 สรุปผลการประเมินกระบวนการมีส่วนร่วม/การให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วม	188
4.1.5 การสร้างการมีส่วนร่วมผ่านเวทีการเรียนรู้ในระดับภาคและเวทีส่วนกลาง	188
4.1.6 การสร้างการมีส่วนร่วมในการทำงานร่วมกับศูนย์การเรียนรู้/หน่วยบริการสุขภาพ	188
4.1.7 การมีส่วนร่วมในการรับรู้เกี่ยวกับการขับเคลื่อนโครงการฯ และวัตถุประสงค์ของโครงการในส่วนของผู้ชม/ประชาชน/ผู้รับบริการ	189
4.1.8 สรุปผลการประเมินการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน/วิธีคิด/วิธีการทำงาน/สมรรถนะในการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ของอตตาวา และปัจจัย-องค์ประกอบที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง	189
4.1.9 สรุปผลการประเมินศักยภาพของศูนย์เรียนรู้	190
4.1.10 สรุปผลการประเมินความพึงพอใจ จุดแข็ง จุดอ่อน ศักยภาพ ข้อจำกัด ปัญหาอุปสรรคในการทำงานของโครงการ	191
4.1.11 สรุปผลการประเมินเชิงปริมาณด้านความพึงพอใจของพยาบาลที่ทำงาน ในสถานบริการสุขภาพที่ต่างกัน 3 ระดับ คือ ระดับปฐมภูมิ, ทติยภูมิ และตติยภูมิ	191
4.1.12 สรุปผลการประเมินประสิทธิภาพของโครงการ	191
4.1.13 จุดแข็งที่สำคัญของโครงการ	191
4.1.14 จุดอ่อน/ปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญของโครงการ	192

4.2 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการทำงานของโครงการในระยะต่อไป	193
4.2.1 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของพยาบาลและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการพัฒนา สมรรถนะ/หลักสูตรพยาบาลนักสร้างเสริมสุขภาพ	193
4.2.2 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่น ๆ ของพยาบาล/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของโครงการ	194
4.2.3 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของทีมประเมินผลและนายกสภาการพยาบาล	195
 เอกสารอ้างอิง	 197
 ภาคผนวก ก. รายชื่อผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ จำแนกตามภูมิภาค	 203
 ภาคผนวก ข. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล	 227
▪ แบบสอบถามพยาบาล/อาจารย์พยาบาล	228
▪ กรอบ/แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก	242

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	ทีมงานพยาบาล องค์กร หรือพื้นที่การทำงานที่มีความโดดเด่นในด้านต่าง ๆ และเหตุผลที่เลือกทำการวิเคราะห์เชิงสะท้อน เพื่อให้เห็นกระบวนการและปัจจัย-องค์ประกอบในการเปลี่ยนกระบวนการทัศน์/วิธิตัด/วิธิมอง/วิธีการทำงานในการสร้างเสริมสุขภาพ	26
ตารางที่ 2	จังหวัดที่มีนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและจำนวนนวัตกรรมรายจังหวัด	43
ตารางที่ 3	ภาพรวมประเด็นการเรียนรู้ที่สำคัญของศูนย์เรียนรู้ในขอบเขตทั่วประเทศและจำนวนศูนย์เรียนรู้ในแต่ละประเด็น	108
ตารางที่ 4	ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล/ผู้ตอบแบบสอบถาม	159
ตารางที่ 5	ความพึงพอใจต่อการได้รับการพัฒนาสมรรถะ 5 ด้าน ตามกรอบออดตาวา	160
ตารางที่ 6	ประเด็นและรายละเอียดของสมรรถนะที่ได้รับการพัฒนาตามกรอบออดตาวา	161
ตารางที่ 7	ความพึงพอใจต่อบทบาทและการมีส่วนร่วมในฐานะพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	164
ตารางที่ 8	ปัญหาอุปสรรคต่อบทบาทการมีส่วนร่วมในฐานะพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ จำแนกตามสถานภาพ/ตำแหน่งการทำงานของพยาบาล	170
ตารางที่ 9	ความพึงพอใจต่อเครื่องมือหรือชุดการเรียนรู้ 7 ชุดที่โครงการฯ พัฒนาขึ้น	171
ตารางที่ 10	ความพึงพอใจของพยาบาลที่เป็นผู้บริหารและปฏิบัติงานต่อชุดการเรียนรู้ที่โครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลพัฒนาขึ้น	173
ตารางที่ 11	ความพึงพอใจของพยาบาล/ผู้ให้ข้อมูลต่อการเข้ารับการอบรมหลักสูตรพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	173
ตารางที่ 12	ความพึงพอใจของพยาบาล/ผู้ให้ข้อมูลต่อองค์กร/หน่วยงานที่สังกัดในการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออดตาวา	176
ตารางที่ 13	ความพึงพอใจต่อการทำงานของ “โครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ”	178

หน้า

ตารางที่ 14	คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยของพยาบาล/ผู้ให้ข้อมูลต่อองค์กร/หน่วยงานที่สังกัด ในการแสดงบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎหมายบัตรออตตาวา จำแนกตาม ประเภทสถานบริการสุขภาพ 3 ระดับ	179
ตารางที่ 15	คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยของพยาบาล/ผู้ให้ข้อมูลต่อการพัฒนาสมรรถนะ พยาบาลของโครงการขับเคลื่อนฯ ในมิติต่าง ๆ จำแนกตามประเภทสถานบริการ สุขภาพ 3 ระดับ	181

สารบัญแนภาพ

หน้า

แผนภาพที่ 1	กรอบแนวคิดในการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย/องค์ประกอบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์ สมรรถนะและการปฏิบัติที่แตกต่างกันของพยาบาล/นักศึกษาพยาบาล	22
แผนภาพที่ 2	กรอบแนวคิดในเชิงการปฏิบัติการของการวิจัย ติดตามและประเมินผล โครงการ (ภาพรวม) (Operational Conceptual Framework)	24
แผนภาพที่ 3	ปัจจัย-องค์ประกอบของการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์ สมรรถนะและการปฏิบัติ/การแสดงบทบาทของพยาบาล รพ.มหาสารคาม	82
แผนภาพที่ 4	ความเชื่อมโยงของประเด็น/สาระหลักของกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ อออดตาวาในการทำงานเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุที่ควรพิจารณาร่วมกัน	88
แผนภาพที่ 5	ปัจจัย-องค์ประกอบของการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์/มุมมอง/ทัศนคติ/สมรรถนะของพยาบาล รพ.ศูนย์ขอนแก่น	90
แผนภาพที่ 6	ปัจจัย-องค์ประกอบของการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์/มุมมอง/การเรียนรู้/การแสดงบทบาท/สมรรถนะของพยาบาล/บุคลากรสุขภาพวิชาชีพต่าง ๆ ของ รพ.สรรพสิทธิประสงค์	96
แผนภาพที่ 7	ปัจจัย-องค์ประกอบของการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์ ทักษะ การปฏิบัติ หรือสมรรถนะของพยาบาลตามกรอบอออดตาวา: กรณีพยาบาล รพ.มหาราช อ.เมือง จ.เชียงใหม่	98
แผนภาพที่ 8	ปัจจัย-องค์ประกอบของการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์ ทักษะ มุมมอง ทักษะ การปฏิบัติ หรือสมรรถนะของพยาบาล: กรณี รพ.แม่ลาว อ.แม่ลาว จ.เชียงราย	101

ส่วนที่

1

บทนำ



บทนำ



1.1

ความเป็นมาและเหตุผลของการวิจัย ติดตามและประเมินผล

เนื่องจากสภาการพยาบาลภายใต้ความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายองค์กรวิชาชีพพยาบาลทั่วประเทศ ได้แก่ เครือข่ายสถาบันการศึกษาพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล ผู้แทนสภาการพยาบาลประจำจังหวัด สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ และเครือข่าย 5 ภาค ชมรมพยาบาลเฉพาะทางฯ ในภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออก และภาคใต้ ได้รับทุนสนับสนุนการดำเนินงานภายใต้ชื่อ “โครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ” จากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในช่วงระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2556 ถึง

เดือนสิงหาคม 2559 ซึ่งถึง ณ ปัจจุบัน โครงการได้ดำเนินงานมาเป็นลำดับและขั้นตอนต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ในข้อเสนอโครงการ และมีแนวโน้มที่จะจำเป็นต้องขอขยายระยะเวลาการดำเนินงาน และ/หรือ การขับเคลื่อน หรือการทำงานต่อในระยะต่อไป เพื่อให้มีความครอบคลุมพยาบาลและพื้นที่ต่าง ๆ ที่กระจายกันอยู่ทั่วประเทศ ด้วยเหตุนี้ จึงมีความจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่จะต้องจัดให้มีการวิจัย ติดตามและประเมินผลว่า ณ ปัจจุบัน โครงการสามารถบรรลุผลตามที่กำหนดไว้ได้หรือไม่ มากน้อยเพียงใด อย่างไร เพราะอะไร

ทั้งนี้ โครงการมีเป้าหมายที่สำคัญ คือ “พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะและมีศักยภาพในการปฏิบัติบทบาทการเป็นนักสร้างสุขภาพในทุก Settings ทุกสถานะสุขภาพ และกลุ่มอายุ” และมีวัตถุประสงค์หลักที่สำคัญ 3 ประการคือ 1) เพื่อพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการสร้างเสริมสุขภาพ 2) เพื่อพัฒนานักศึกษาพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพให้เป็นนักสร้างเสริมสุขภาพ และ 3) เพื่อขับเคลื่อนให้องค์กรวิชาชีพและภาคีเครือข่ายวิชาชีพพยาบาลให้ มีบทบาทโดดเด่นด้านการสร้างเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ โครงการฯ ยังได้ระบุไว้ในเอกสารข้อเสนอของโครงการหน้า 5 ด้วยว่า โครงการดำเนินงานภายใต้แนวคิดการมีส่วนร่วม ดังนี้คือ

“ในการดำเนินโครงการครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมของสมาชิกในวิชาชีพพยาบาลสภาวิชาชีพ ผู้นำทางด้านการศึกษา ผู้นำฝ่ายการพยาบาล ภาคีเครือข่ายองค์กรวิชาชีพสมาคม ชมรม ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมคิดร่วมดำเนินการ โดยใช้ทุนศักยภาพ ในการปฏิบัติการศึกษาวิจัย วิเคราะห์ ค้นหาคนดี งานเด่น และ นวัตกรรม เพื่อนำมาเรียนรู้ร่วมกัน โดยการจัดการความรู้ ภายใต้ความเป็นหุ้นส่วนและเป็นเจ้าของร่วมกัน ตามบริบทของพื้นที่ และระดับของการให้บริการ เพื่อให้เกิดสมรรถนะของพยาบาลนักสร้างเสริมสุขภาพ สร้างนำซ่อมซ่อมแล้วสร้างเพื่อรองรับนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพของประเทศและสุขภาวะของประชาชนคนไทย”

สำหรับในด้านความสำเร็จของโครงการในระยะแรกนี้พบว่า โครงการขับเคลื่อนวิชาชีพพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ได้ระบุตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการฯ ในเชิงผลลัพธ์ (Outputs) ที่สำคัญไว้ 7 ประการด้วยกัน ได้แก่

1. หลักสูตรพยาบาลนักสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 3 หลักสูตรและมีการนำไปใช้ในระบบ
2. นวัตกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 25 เรื่อง
3. ชุดความรู้แนวทางการสร้างเสริมให้เกิด Best Practices ของการส่งเสริมสุขภาพ
4. พื้นที่เรียนรู้ จำนวน 25 พื้นที่ที่สามารถนำเสนอบทเรียนให้เกิดการแลกเปลี่ยนได้อย่างกว้างขวาง
5. แนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพในระบบบริการสุขภาพแต่ละระดับ
6. จำนวนหน่วยงานที่สามารถ Benchmarking กับ Best Practices
7. ข้อเสนอนโยบายสาธารณะเพื่อการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพ

ดังนั้น การวิจัย ติดตามและประเมินผลการทำงานของโครงการในครั้งนี้ จึงได้กำหนดการประเมินความสำเร็จของโครงการทั้งในเชิงเป้าหมาย (Goal) เชิงวัตถุประสงค์ตามที่ระบุไว้หรือเชิงประสิทธิผล (Effectiveness)¹ รวมถึง ในเชิงแนวคิดการทำงาน (Concept) ที่เน้นการมีส่วนร่วมของภาคีที่เกี่ยวข้อง และเชิงผลผลิต (Output) ตามตัวชี้วัดที่โครงการฯ ได้ระบุไว้ดังกล่าวข้างต้นนี้ด้วยว่า ได้ดำเนินการตามที่กำหนดไว้ และ/หรือสามารถบรรลุผลตามที่กำหนดไว้หรือไม่ มากน้อยเพียงใด อย่างไร เพราะอะไร และมีสิ่งใด หรือผลผลิตใดที่ยังไม่บรรลุผล เพราะเหตุใด หรือมีปัจจัยใดที่เกี่ยวข้องบ้าง

¹ ซึ่งก็คือ การประเมินว่าบรรลุผลตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ เพียงใด อย่างไร

อย่างไรก็ตาม การประเมินผลในครั้งนี้ จะไม่ใช่เพียงแค่การนับจำนวน หรือปริมาณของผลผลิตหรือนวัตกรรมที่ระบุไว้ว่าสามารถทำได้ครบถ้วนในเชิงปริมาณหรือไม่เท่านั้น แต่จะทำการวิเคราะห์และสังเคราะห์ในเชิงเนื้อหาสาระด้วยว่า สิ่งที่โครงการฯ ผลิตเหล่านี้ตรงกับนิยามและความหมายของคำว่า **“การสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบออตตาวา”**² หรือไม่ หรือสามารถเป็นผลผลิตที่จะสามารถช่วยทำให้พยาบาลบรรลุสู่การมี **“สมรรถนะ”** (Competency) และ **“ศักยภาพ/ความสามารถ/ขีดความสามารถ”** (Capability) ด้านต่าง ๆ ที่พอเพียงสำหรับการเป็น **“นักสร้างเสริมสุขภาพ”** หรือไม่ โดยเฉพาะหลักสูตรพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นนั้น สามารถนำไปใช้ได้จริงหรือไม่ อย่างไร และ/หรือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการพัฒนาบุคลากรด้านการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพได้จริงหรือไม่ อย่างไร เพราะอะไร รวมทั้งนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ³ ชุดความรู้แนวทางการสร้างเสริมให้เกิด Best Practices ของการส่งเสริมสุขภาพ แนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพในระบบบริการสุขภาพแต่ละระดับ รวมทั้งข้อเสนอเชิงนโยบายสาธารณะเพื่อการขับเคลื่อนวิชาชีพพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพนั้น ได้เสนอให้กับใครบ้าง และเกิดผลอะไร อย่างไร ปัญหาอุปสรรคที่สำคัญคืออะไร แก้ไขอย่างไร สิ่งเหล่านี้ จะได้รับการประเมินทั้งในเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธีการต่าง ๆ ทั้งการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ การวิเคราะห์และสังเคราะห์เอกสาร และการสัมภาษณ์ข้อมูลปฐมภูมิจากผู้เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่ได้รับการคัดเลือกด้วยวิธีการ

และกลยุทธ์ต่าง ๆ แต่ยึดหลักการการกระจายตัว เพื่อให้เกิดความครอบคลุมในเชิงพื้นที่ตามภูมิภาคต่าง ๆ อย่างเหมาะสม

ดังนั้น สิ่งที่มีความสำคัญมากไปกว่า **“ผลผลิต”** (Outputs) ก็คือ **“ผลลัพธ์”** (Outcomes) ซึ่งก็คือ ผลของการนำผลผลิตต่าง ๆ ดังกล่าวไปใช้ในระบบ/องค์กร หรือในบริบทต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในหลาย ๆ ระดับ ซึ่งก็คือพยาบาลวิชาชีพและนักศึกษาพยาบาล (ถ้าสามารถติดตามได้) ซึ่งเป็นผู้รับประโยชน์โดยตรงของโครงการนี้นั้น ได้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงกระบวนการทัศนคติ ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ ทักษะการปฏิบัติ หรืออาจใช้คำศัพท์โดยรวม ก็คือ **“สมรรถนะ”** (Competency) และ **“ศักยภาพ/ความสามารถ/ขีดความสามารถ”** (Capability) เกี่ยวกับคำว่า **“การสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบออตตาวา”** มากน้อย เพียงใด อย่างไร เพราะอะไร ทำงานกับใคร หรือสามารถสร้างเสริมสุขภาพให้กับใครได้บ้าง เป็นคนกลุ่มไหน ทำได้สำเร็จหรือไม่ มีปัจจัยและบริบทแวดล้อมใด (Specific Environmental Context) ที่เกี่ยวข้องบ้าง

นอกจากนี้ การประเมินประสิทธิผล หรือความสำเร็จตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของโครงการ รวมทั้งการประเมินประสิทธิภาพ (คือ การประเมินผลที่ได้ โดยเฉพาะในด้านจำนวนผู้รับประโยชน์ทั้งหมดกับทรัพยากร โดยเฉพาะงบประมาณที่ใช้ไป) และความพึงพอใจในผลต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น รวมทั้งจุดแข็ง จุดอ่อน ปัญหา-อุปสรรค ในมุมมองของภาคีหุ้นส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และ/

² เนื่องจากโครงการฯ ใช้นิยามและความหมายของกฎบัตรออตตาวาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ เมื่อปี พ.ศ. 2529 (Ottawa Charter for Health Promotion 1986)

³ ที่ระบุไว้ในเอกสารข้อเสนอโครงการ คือ จำนวน 25 เรื่อง และอันที่จริง โครงการฯ สามารถทำได้มากกว่าที่ระบุไว้ในเอกสารด้วย หรือรวมทั้งหมดประมาณ 40 เรื่อง ข้อมูลจากเอกสารโครงการเรื่อง “นวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้บทบาทของวิชาชีพพยาบาลจัดทำโดย โครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ, กันยายน, 2557.

หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดกับการดำเนินงานของโครงการในครั้งนี้ ก็มีความสำคัญเช่นกัน ทั้งนี้เพื่อช่วยทำให้ร่วมกันมองหรือพิจารณาภาพรวมของสิ่งที่เกิดขึ้นร่วมกันได้ ซึ่งจะทำให้เกิดพลังในการทำงานร่วมกันต่อไปในอนาคต เพราะยังมีความจำเป็นต้องขยายผลการทำงานออกไปในวงกว้างเนื่องจากมีจำนวนผู้เกี่ยวข้อง และ/หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับโครงการ และ/หรือวิชาชีพพยาบาลอีกจำนวนมากในขอบเขตทั่วประเทศ หรือทั้งหมดมีประมาณ 170,000 คน (ตามที่ระบุไว้ในเอกสารต้นฉบับข้อเสนอโครงการขับเคลื่อนฯ หน้า 4)⁴

ดังนั้นการวิจัย ติดตามและประเมินผลในครั้งนี้ จะมีความครอบคลุมทั้งประเด็นประสิทธิภาพและประสิทธิภาพ ซึ่งก็คือการประเมินการบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ และทรัพยากรที่ใช้ไป ดังกล่าวแล้วข้างต้น รวมทั้งประสิทธิผลในเชิงผลผลิตที่ระบุไว้ในข้อเสนอโครงการ และการประเมินผลลัพธ์ (Outcomes) ที่

เกิดขึ้นในตัวยุทธศาสตร์วิชาชีพ และนักศึกษาพยาบาลที่ผ่านการเรียนการสอน (และ/หรือกำลังเรียนอยู่ในสถาบัน/พื้นที่ต่าง ๆ – ในกรณีที่สามารติดตามตัวได้ ดังกล่าวแล้วข้างต้น) ด้วยหลักสูตรและชุดเครื่องมือต่าง ๆ ที่โครงการขับเคลื่อนฯ ได้สร้างขึ้น รวมถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในตัวยุทธศาสตร์/ผู้รับบริการ/ประชาชน/ชุมชนประเภทต่าง ๆ และการประเมินการใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของโครงการฯ ว่ามีความสัมพันธ์กับระดับความสำเร็จที่แตกต่างกันของแต่ละสถาบัน หรือแต่ละภาค/พื้นที่/องค์กรหรือไม่ อย่างไร รวมทั้งการประเมินจุดแข็ง จุดอ่อน ปัญหาอุปสรรค และความพึงพอใจจากมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่าย เพื่อนำมาใช้ในการสังเคราะห์บทเรียน เพื่อช่วยทำให้การทำงานของโครงการในระยะต่อไปมีศักยภาพหรือบรรลุสิ่งที่ต้องการได้มากยิ่งขึ้น ซึ่งจะเป็นผลดีต่อการพัฒนาและปรับปรุงแนวทางการทำงานเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในบริบทของพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่มากยิ่งขึ้นในโอกาสต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย ติดตามและประเมินผล

1. เพื่อประเมินกระบวนการ ในประเด็นกระบวนการพัฒนาสมรรถนะ กระบวนการมีส่วนร่วมและกระบวนการขับเคลื่อนองค์กรวิชาชีพพยาบาล และเครือข่ายให้มีบทบาทโดดเด่นในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ
2. เพื่อประเมินผลสำเร็จหรือประสิทธิภาพของโครงการตามที่ระบุไว้ในเป้าหมายและวัตถุประสงค์หลักของข้อเสนอโครงการ
3. เพื่อประเมินประสิทธิภาพของโครงการในด้านความคุ้มค่าของการใช้งบประมาณและจำนวนผู้รับประโยชน์ และ/หรือความสามารถในการสร้างความครอบคลุมหรือการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย

⁴ อย่างไรก็ตาม ประเด็นเรื่องจำนวนพยาบาลวิชาชีพนี้ พบว่า มีข้อสงสัย/ข้อถกเถียงกันอยู่พอสมควรว่า ในทางปฏิบัติจริงนั้น หมายถึงใครบ้าง? และมีจำนวนเท่าใดกันแน่ ด้วยเหตุนี้ จึงมีพยาบาลจำนวนหนึ่งเสนอว่า สถานการณ์พยาบาล ควรมีการปรับปรุงตัวเลขนี้ใหม่ เนื่องจากในปัจจุบันมีพยาบาลจำนวนมาก ที่มาขอต่อใบอนุญาต หรือใบประกอบวิชาชีพก็จริง แต่ในความเป็นจริง ไม่ได้ปฏิบัติวิชาชีพด้านนี้แล้ว จำนวนมากมีอาชีพค้าขาย, เป็นเจ้าของร้านหรือกิจการประเภทต่าง ๆ เช่น ร้านขายทอง, ขายยา, ขายวัสดุก่อสร้าง ฯลฯ นอกจากนี้ บางส่วนไปปฏิบัติงานอยู่ต่างประเทศและยังมีพยาบาลอีกจำนวนมากที่เกษียณอายุราชการแล้ว ซึ่งพยาบาลที่ให้ข้อมูลบางท่านประมาณการว่า น่าจะมีพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานจริง ๆ ประมาณ 90,000 กว่ารายเท่านั้น

ที่เป็นผู้รับประโยชน์ประเภทต่าง ๆ และ/หรือ จำนวนผลผลิตต่าง ๆ ที่มีปริมาณหรือจำนวนที่พอเพียง และสอดคล้องกับทรัพยากรหรืองบประมาณที่ใช้ไปกับผลที่เกิดขึ้น

4. เพื่อวิเคราะห์ผลผลิตของโครงการในด้านปริมาณและคุณภาพ หรือเนื้อหาสาระที่สอดคล้องและความพอเพียงต่อการใช้เป็นเครื่องมือในการสร้างการเรียนรู้ และการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการเป็นนักสร้างเสริมสุขภาพ
5. เพื่อประเมินผลลัพธ์สำคัญที่เกิดขึ้นในตัวพยาบาลวิชาชีพ และนักศึกษาพยาบาล โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงด้านกระบวนการทัศนคติ ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะหรือที่เรียกว่าสมรรถนะ และการปฏิบัติ/การแสดงบทบาทด้าน

การสร้างเสริมสุขภาพและปัจจัย/บริบทต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

6. เพื่อติดตามและประเมินจุดแข็ง จุดอ่อน ปัญหา และอุปสรรคต่าง ๆ รวมทั้งความพึงพอใจในการดำเนินงานของโครงการจากทัศนะ มุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่าย ทุกระดับต่อการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ
7. เพื่อวิจัยและสะท้อนบทเรียนในการทำงานในมิติการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่าง ๆ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานร่วมกับความสำเร็จของการทำงานโครงการในระดับสถาบันและพื้นที่ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

1.3 ขอบเขตของการวิจัย ติดตามและประเมินผล

1.3.1 ขอบเขตด้านเนื้อหาและประเด็น

1) **ด้านเป้าหมายและวัตถุประสงค์:** มุ่งเจาะลึกไปที่การประเมิน “**ประสิทธิผล**” (effectiveness) หรือความสำเร็จ ตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ของโครงการในด้านการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาล และการขับเคลื่อนองค์กรวิชาชีพและเครือข่ายวิชาชีพพยาบาล และเสริมด้วยการประเมิน “**ประสิทธิภาพ**” (efficiency) โดยการวัดความคุ้มค่าจากทรัพยากรหรืองบประมาณที่ใช้ไปกับผลที่ได้รับ โดยเฉพาะผลผลิตในเชิงเอกสาร และผลผลิตในเชิงจำนวนคนที่ได้รับประโยชน์จากโครงการ ซึ่งมีอยู่หลายประเภทและอยู่ในระดับต่าง ๆ ทั้งคณาจารย์และนักศึกษาในสถาบันการศึกษา/

คณะพยาบาลศาสตร์ทั่วประเทศ, พยาบาลที่ทำงานอยู่ในสถานบริการสุขภาพหรือโรงพยาบาลในระดับต่าง ๆ ทั้งปฐมภูมิ ทูติยภูมิ และตติยภูมิ และวิชาชีพอื่น ๆ ในระบบบริการ เช่น แพทย์, นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ตลอดจน ผู้รับบริการ/ผู้ป่วย ชุมชน ผู้นำชุมชน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่อยู่ในพื้นที่ ๆ มีการถอดบทเรียนจากประสบการณ์การทำงาน of พยาบาลและทีมสุขภาพ

2) **ด้านกระบวนการ:** มุ่งเจาะลึกไปที่กระบวนการในการพัฒนาสมรรถนะ, กระบวนการในการสร้างผลผลิต, กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมในทุกะดับ, กระบวนการในการสื่อสาร, และ

กระบวนการในการสร้างการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์/โลกทัศน์เกี่ยวกับสุขภาพ และการขับเคลื่อนสุขภาพเชิงรุก

3) ด้านผลลัพธ์: มุ่งเจาะลึกไปที่การประเมินและวิเคราะห์ปริมาณและคุณภาพของผลผลิตต่าง ๆ ที่ได้รับการพัฒนาขึ้นว่ามีปริมาณ/จำนวน และคุณภาพหรือเนื้อหาสาระที่พอเพียงและสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง และ/หรือความสามารถในการนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการสร้างการเปลี่ยนแปลงในเชิงกระบวนการ ทัศนคติ ความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติ ทักษะ หรือที่เรียกว่า สมรรถนะและการปฏิบัติต่าง ๆ ของพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลได้หรือไม่ มากน้อย เพียงใด

4) ด้านผลลัพธ์: มุ่งศึกษาประเด็น “ผลลัพธ์” ในเชิงการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ของพยาบาลวิชาชีพและนักศึกษาพยาบาล ทั้งด้านกระบวนการ ทัศนคติ ความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติ ทักษะ หรือสมรรถนะ และการปฏิบัติ/การแสดงผลงานต่าง ๆ ที่โครงการสนับสนุนให้มีการพัฒนาขึ้น เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วขึ้น และ/หรือมีความสอดคล้องกับกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ ออตตาวา⁵ พร้อมด้วยตัวอย่างรูปธรรม/หลักฐานเชิงประจักษ์ต่าง ๆ ที่สำคัญที่ชี้ให้เห็นว่าได้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านกระบวนการ/โลกทัศน์/ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ และการขับเคลื่อนสุขภาพตามกรอบออตตาวา

5) ด้านการมีส่วนร่วม: มุ่งทำความเข้าใจประเด็นความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่าง การให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วม และ/หรือการสร้าง การมีส่วนร่วมของโครงการและองค์กร/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กับ ความสำเร็จ/ผลลัพธ์/ผลสัมฤทธิ์/ผลการทำงานในด้านต่าง ๆ ของโครงการและของ องค์กร/หน่วยงานบริการสุขภาพ รวมถึงผลงานของ ศูนย์เรียนรู้

6) ด้านความพึงพอใจ จุดแข็ง จุดอ่อน

ปัญหา อุปสรรค: มุ่งให้ความสำคัญกับการประเมิน ประเด็นต่าง ๆ เหล่านี้จากมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกประเภทในระดับต่าง ๆ ทั้งผู้จัดการ ทีมงาน ผู้รับผิดชอบหลัก/คณะทำงานส่วนกลางของ โครงการ แกนหลักของสถาบันหลักที่เกี่ยวข้องทั้ง 5 สถาบัน อาจารย์ผู้ฝึกสอน พยาบาลวิชาชีพ นักศึกษา พยาบาล พื้นที่เรียนรู้/ศูนย์การเรียนรู้ และประชาชน/ ผู้รับประโยชน์/ผู้รับบริการ/ชุมชน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1.3.2 ขอบเขตด้านกลุ่มเป้าหมาย

1) ผู้จัดการโครงการ/ทีมงานผู้รับผิดชอบหลัก/คณะทำงานโครงการ/ผู้ประสานงานโครงการ และ นายกสภาการพยาบาล จำนวนรวม 5 ราย แต่ศึกษาได้ทั้งหมดจำนวน 3 ราย เนื่องจากมีผู้ไม่สะดวกให้ข้อมูล/หาวันว่างตรงกันไม่ได้ จำนวน 2 ราย

2) องค์กรวิชาชีพหลักที่มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรง ได้แก่ สภาการพยาบาล และ องค์กรวิชาชีพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง/ที่เป็นผู้รับประโยชน์ ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการในเครือข่ายของ วิชาชีพพยาบาล ได้แก่ เครือข่ายสถาบันการศึกษา พยาบาลหรือคณะพยาบาลศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับ การทำงานในระยะแรกนี้ ฝ่ายการพยาบาล ผู้แทน สภาการพยาบาลประจำจังหวัด สมาคมพยาบาล แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์และเครือข่าย 5 ภาค ชมรมพยาบาลเฉพาะทางในภาคเหนือ ภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคตะวันออก ภาคกลาง และ ภาคใต้ อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติจริงพบว่าบาง จังหวัดหรือบางพื้นที่ ทีมวิจัยติดตามและประเมินผล ไม่มีโอกาสได้พบกับผู้แทนสภาการพยาบาลประจำ

⁵ ใช้นิยามหรือความหมายของ กรอบออตตาวาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (Ottawa Charter for Health Promotion) เมื่อปี ค.ศ. 1986

จังหวัด และตัวแทนสมาคมพยาบาลในภูมิภาค เนื่องจากคณะพยาบาลฯ ที่รับผิดชอบในพื้นที่นั้น ๆ ยังไม่ได้ให้น้ำหนักกับการทำงานขับเคลื่อนร่วมกับองค์กรวิชาชีพหลัก ๆ เหล่านี้มากเท่าใดนัก หรืออาจจะนั่งอยู่ในคณะทำงานระดับภาค/พื้นที่ แต่ก็ไม่ได้อะไรโอกาสได้พบ จึงทำให้ยังไม่พบบทบาทของผู้แทนองค์กรวิชาชีพเท่าใด หรือยังมีบทบาทน้อย ยกเว้นเพียงพื้นที่การทำงานของคณะพยาบาลศาสตร์ ม.บูรพา ที่ให้ความสำคัญในการทำงานร่วมกับองค์กรวิชาชีพ จึงทำให้ทีมประเมินผลได้มีโอกาสสนทนากับตัวแทนของสมาคมพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และทำให้ได้รับทราบข้อมูลต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อการทำความเข้าใจปัญหาอุปสรรคหรือปัจจัยเชิงโครงสร้างที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนพยาบาลวิชาชีพเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากขึ้น

3) แกนหลักของสถาบันหลักที่เกี่ยวข้องทั้ง 5 สถาบัน ใน 5 ภูมิภาค⁶ ได้แก่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (ได้พบปะพูดคุยและสัมภาษณ์ได้ทั้งหมด จำนวน 3 ราย) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (จำนวนทั้งหมด 10 ราย) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (จำนวน 3 ราย) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (จำนวน 1 ราย) และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (จำนวน 3 ราย) รวมจำนวนแกนหลักของสถาบันขับเคลื่อนหลัก 5 แห่งที่สามารถสัมภาษณ์ได้ทั้งหมดจำนวน 20 ราย

4) แหล่งเรียนรู้วัฒนธรรม/พื้นที่นวัตกรรม/ศูนย์การเรียนรู้ที่มีศักยภาพ ที่กำหนด

ไว้เดิมคือ จะศึกษาภาคละ 2 พื้นที่เป็นอย่างต่ำ แต่ในทางปฏิบัติจริง สามารถศึกษาพื้นที่เรียนรู้/ศูนย์การเรียนรู้/แหล่งเรียนรู้วัฒนธรรม/พื้นที่นวัตกรรมที่มีศักยภาพได้ทั้งหมดจำนวน 42 แห่ง จากจำนวนทั้งหมด 48 แห่งทั่วประเทศ โดยครอบคลุมศูนย์เรียนรู้/แหล่งเรียนรู้วัฒนธรรมในภาคกลาง จำนวน 6 แห่ง (ครบหมดทุกแห่ง) ภาคตะวันออก จำนวน 9 แห่ง (ครบหมดทุกแห่ง) ภาคอีสาน จำนวน 14 แห่ง (จากจำนวนทั้งหมด 17 แห่ง) ภาคเหนือ จำนวน 5 แห่ง (จากจำนวน 7 แห่ง) และภาคใต้ จำนวน 8 แห่ง/แหล่งนวัตกรรม/โครงการ (จากจำนวนทั้งหมด 9 แห่ง/โครงการ)

5) อาจารย์/พยาบาลผู้ฝึกสอน/ผู้ถ่ายทอดประสบการณ์ที่เป็นแกนหลัก ที่มีประสบการณ์ในการสอนวิชาหรือถ่ายทอด แบ่งปันสาระเรียนรู้ด้านต่าง ๆ กระจายตามสถาบันและพื้นที่เรียนรู้ต่าง ๆ อย่างครอบคลุม ซึ่งแต่เดิมกำหนดไว้ว่า จะทำการศึกษา/สัมภาษณ์สถาบันละ หรือภาคละประมาณ 5-8 ท่าน รวมเป็นประมาณ 25-40 ท่าน แต่ในทางปฏิบัติจริง พบว่า มีการทับซ้อนของบทบาท กล่าวคือ อาจารย์ผู้สอน/ผู้ฝึกสอนในสถาบันการศึกษา เป็นคนเดียวกับอาจารย์ที่เป็นแกนขับเคลื่อนหลักระดับคณะและระดับภาคด้วย ประกอบกับ การฝึกสอน/การจัดอบรม/การศึกษาดูงาน แต่ละภูมิภาคสามารถจัดได้เพียงหนึ่งหรือสองครั้งเท่านั้น ดังนั้น เนื่องด้วยเวลาสัมภาษณ์ที่มีจำกัด จึงมุ่งเน้นการศึกษาและเก็บข้อมูลไปที่บทบาทการเป็นแกนขับเคลื่อนหลักระดับคณะและระดับภาค มากกว่าบทบาทในการเป็นผู้ฝึกสอน/ผู้สร้าง

⁶ ได้แก่ ภาคกลาง, ภาคตะวันออก, ภาคอีสาน, ภาคเหนือ และภาคใต้ อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติจริงนั้น พบว่า โครงการฯ ได้มอบหมายให้คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รับผิดชอบพื้นที่จังหวัดในภาคกลาง (ตามการจำแนก หรือแบ่งเขตภูมิภาคตามเขตการปกครองของกระทรวงมหาดไทย) เช่น จ.ลพบุรี จ.ปทุมธานี และ จ.สระแก้ว และจังหวัดอื่น ๆ ที่อยู่ในพื้นที่ภาคตะวันตก เช่น จ.เพชรบุรี, จ.ประจวบคีรีขันธ์ ด้วย แต่ทีมงานของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ไม่สามารถเดินทางมาทำงานในพื้นที่เหล่านี้ จึงทำให้พื้นที่เหล่านี้ ไม่ได้รับโอกาสเข้าร่วมการขับเคลื่อนกับโครงการฯ ด้วย

กระบวนการเรียนรู้ แต่สำหรับกรณีและผู้ฝึกสอนและมีสถานภาพเป็นพยาบาลในหน่วยบริการด้วย ในกรณีนี้ก็สามารถสัมภาษณ์หรือเก็บข้อมูลในฐานะเป็นผู้ฝึกสอนหรือผู้ถ่ายทอดกระบวนการยุทธ์หรือประสบการณ์ในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพได้บ้าง อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติจริงพบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นการเรียนการสอน หรือการเรียนรู้ในระดับลึก หรือในระยะยาวที่ต้องใช้เวลาในการเรียนรู้ เพื่อเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศนด้านสุขภาพและการขับเคลื่อนตามกรอบออตตาวาแต่อย่างใด แต่ส่วนใหญ่เป็นการใช้วิธีการศึกษาดูงาน หรือการมารับฟังข้อมูลในพื้นที่/ศูนย์เรียนรู้ต่าง ๆ ในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ หรือประมาณครึ่งวัน หรือบางแห่งหนึ่งวัน หรือสูงสุดไม่เกิน 5 วัน

6) พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านกระบวนการเรียนรู้ และ/หรือกำลังเรียนรู้ในด้านการสร้างเสริมสุขภาพในมิติต่าง ๆ จากสถาบันหลักต่าง ๆ ทั้ง 5 สถาบันและพื้นที่การเรียนรู้/แหล่งเรียนรู้นวัตกรรมต่าง ๆ ทั้ง 5 ภาค ซึ่งตามที่กำหนดไว้เดิม จะใช้วิธีการสุ่มเลือกจากจำนวนพยาบาลทั้งหมดที่มีอยู่ในฐานข้อมูลของโครงการประมาณ 5% (หรือคิดเป็นจำนวนประมาณ 1,500 คน จากทั้งหมดประมาณ เกือบ 30,000 คน⁷) และเลือกพยาบาลวิชาชีพที่มีความโดดเด่นในการเป็น “นักสร้างเสริมสุขภาพ” เพื่อสะท้อนประสบการณ์ที่มีคุณค่าในการทำงานด้วยกระบวนการทัศน์ใหม่ การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ความยากลำบาก จุดเปลี่ยนและปัจจัยองค์ประกอบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในเชิงลึก แต่ในทางปฏิบัติจริง พบว่า ทางโครงการฯ และ/หรือคณะ

พยาบาล ฯ ที่รับผิดชอบในการผลักดันการทำงานในแต่ละภูมิภาคไม่ได้ทำงานกับพยาบาลที่อยู่ในฐานข้อมูลการสำรวจสมรรถนะในช่วงแรกตลอดเวลา หรือไม่ได้ดำเนินการบนฐานข้อมูลชุดนี้อย่างต่อเนื่อง บางคณะฯ มีการเปลี่ยนกลุ่มเป้าหมายไปตามสถานการณ์ ประกอบกับระยะเวลาการทำงานของโครงการค่อนข้างเร่งหรือกระชั้น แต่มีภารกิจที่ต้องบรรลุค่อนข้างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดทำผลผลิตให้ได้ตามที่ระบุไว้ในข้อเสนอโครงการต่อ สสส. ซึ่งมีผลผลิต (outputs) จำนวนมากและหลายประเภท ดังนั้น เวลาการทำงานส่วนใหญ่ของโครงการฯ ในระยะแรก หรือช่วงเวลาสองปีครึ่ง จึงมุ่งเน้นไปที่การจัดทำผลผลิต (outputs) ซึ่งเป็นภารกิจหรือการขับเคลื่อนในระดับกลุ่มเฉพาะด้วยเหตุผลดังกล่าวมานี้ จึงทำให้ จำนวนของกลุ่มเป้าหมายประเภทนี้ ที่โครงการฯ สามารถเข้าถึงได้มีไม่มาก หรือไม่เป็นไปตามที่ทีมประเมินคาดการณ์ไว้

นอกจากนี้ คณะพยาบาลฯ ที่รับผิดชอบขับเคลื่อนในพื้นที่ของแต่ละภูมิภาคส่วนใหญ่ไม่ได้มีการจัดทำระบบข้อมูลรายชื่อผู้เข้าร่วมเรียนรู้/ผู้รับประโยชน์ที่มีสถานภาพเป็นพยาบาลไว้ด้วย จึงทำให้ข้อมูลในส่วนนี้สูญหาย หรือไม่ครบถ้วน มีเพียงคณะพยาบาลศาสตร์ ม.เชียงใหม่ เท่านั้น ที่มีการจัดทำรายชื่อ หรือฐานข้อมูลรายชื่อผู้เข้าร่วมเวทีประเภทต่าง ๆ ที่ทางคณะพยาบาล มช. จัดขึ้น โดยเฉพาะเวทีใหญ่ครั้งแรกของภาคเหนือ ที่มีรายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จำนวนทั้งหมด 300 กว่าราย ซึ่งทางโครงการประเมินผลฯ ได้รับรายชื่อ

⁷ จากข้อมูลที่ได้รับมาจากโครงการฯ ระบุว่า ทางโครงการฯ ได้เริ่มต้นการทำงานของโครงการฯ โดยการสำรวจสมรรถนะของพยาบาลในภูมิภาคต่าง ๆ ด้วยการใช้วิธีการส่งแบบสอบถามออกไปยังหน่วยงาน หรือหน่วยบริการสุขภาพต่าง ๆ ที่มีพยาบาลทำงานอยู่ทั้งในระดับปฐมภูมิ, ทติยภูมิ และ ตติยภูมิทั่วประเทศ (โดยมีคณะพยาบาล ฯ 5 แห่ง ที่เข้าร่วมโครงการ และกระจายตามภูมิภาคหลักทั้ง 5 ภูมิภาค เป็นผู้รับผิดชอบในการสำรวจของแต่ละภูมิภาค) จำนวนรวมทั้งหมด 30,000 กว่าราย หรือในทางปฏิบัติจริง โครงการฯ สามารถสำรวจสมรรถนะพยาบาลได้จำนวน 29,269 ราย ดังนั้น โครงการประเมินผลฯ จึงใช้ตัวเลขนี้เป็นฐานประชากรในการกำหนดกลุ่มตัวอย่างประมาณ 5% เนื่องจากระยะเวลาการทำงานของโครงการประเมินผล มีเพียง 8 เดือน จึงไม่สามารถศึกษาได้มากกว่านี้

ดังกล่าวมาทั้งหมด และทางโครงการประเมินผลยังได้รับความร่วมมือจากเลขานุการโครงการของคณะพยาบาล มช. ในการช่วยจัดส่งแบบสอบถามของโครงการประเมินผล ไปยังรายชื่อทั้งหมดที่มีอยู่

อย่างไรก็ตาม ในที่สุดทางโครงการฯ ได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาทั้งหมดจากภาคเหนือจำนวน 60 ชุด ซึ่งเมื่อนำมารวมกับที่ทีมประเมินผลนำติดตัวไปด้วยในระหว่างการเข้าเยี่ยมพื้นที่เก็บข้อมูล พร้อมทั้งสนทนาพูดคุย สัมภาษณ์เชิงลึก และขอให้พยาบาลที่เกี่ยวข้องในหน่วยบริการสุขภาพทั้ง 3 ระดับ (ตติยภูมิ, ทติยภูมิ, ปฐมภูมิ) และอาจารย์ในคณะพยาบาลฯ บางส่วนกรอกข้อมูล ทำให้สามารถเก็บข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายกลุ่มนี้ (ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ และอาจารย์คณะพยาบาล ที่ทราบเกี่ยวกับกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์อดีตาวา) ได้ทั้งหมดจำนวน 190 ราย

7) นักศึกษาพยาบาลที่ผ่านกระบวนการเรียนรู้ และ/หรือกำลังเรียนรู้ในด้านการสร้างเสริมสุขภาพในมิติต่าง ๆ จากสถาบันหลักต่าง ๆ ทั้ง 5 สถาบัน ตามที่กำหนดไว้เดิม คือ ประมาณ 40-50 คนต่อสถาบัน รวมเป็นประมาณ 200-250 คน ซึ่งเดิมวางแผนไว้ว่า จะใช้ทั้งการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ สำหรับกลุ่มเป้าหมายกลุ่มนี้: แต่ในทางปฏิบัติจริง พบว่า จำนวนนักศึกษาที่เป็นผู้รับประโยชน์ของโครงการจากทั่วประเทศมีทั้งหมดประมาณ 156 คน เท่านั้น⁸ ประกอบกับการเข้าถึงผู้รับประโยชน์กลุ่มนี้ทำได้ค่อนข้างลำบากมาก

เพราะได้รับการแจ้งข้อมูลจากผู้รับผิดชอบหลักของแต่ละภาคว่า นักศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาไปแล้ว ทำให้ไม่สามารถติดตามได้ ประกอบกับข้อมูลการติดต่อที่ได้รับมาจากทางโครงการฯ ก็มีความคลาดเคลื่อนสูง ทำให้ไม่สามารถติดตามได้ ประกอบกับโครงการฯ ได้จัดอบรมไปนานแล้วจำนวนมากจำข้อมูลไม่ค่อยได้ (ผลจากการติดตามทางโทรศัพท์⁹) จึงไม่สามารถทำการศึกษาหรือประเมินผลการเรียนรู้หรือการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในกลุ่มนี้ได้

8) ตัวแทนของคณะกรรมการกำกับทิศทาง หรือในโครงการนี้เรียกว่า คณะกรรมการบริหารโครงการ ซึ่งเดิมกำหนดไว้ว่า จะทำการศึกษาอย่างน้อยที่สุดประมาณครึ่งหนึ่งของรายชื่อคณะกรรมการที่มีอยู่ทั้งหมด หรือประมาณ 10 ท่าน: ในทางปฏิบัติจริง ทราบว่า บทบาทของคณะกรรมการชุดนี้มีไม่ค่อยมากเท่าใดนัก หรือมีบทบาทน้อยมาก เนื่องจากมีการจัดประชุมเพียงแค่ปีละ 1 ครั้ง ทั้ง ๆ ที่ใช้ชื่อว่า คณะกรรมการบริหารโครงการ (ซึ่งอันที่จริงควรใช้ชื่อว่า คณะกรรมการกำกับทิศทางมากกว่า) และในทางปฏิบัติจริง โครงการฯ ได้จัดตั้งคณะทำงานย่อย ซึ่งทางโครงการฯ เรียกว่า “คณะผู้ทรงคุณวุฒิ” ขึ้นมาอีกชุดหนึ่ง เพื่อเข้ามากำกับขับเคลื่อนและดูแลงานด้านวิชาการ ซึ่งประกอบไปด้วยนักวิชาการที่มีศักยภาพจากคณะพยาบาลฯ ต่าง ๆ และตัวแทนจากสภาการพยาบาล ซึ่งมีสถานภาพเป็นผู้จัดการโครงการฯ ด้วย อย่างไรก็ตาม ทางทีมประเมินผลวางแผนไว้ว่า จะมีการ

⁸ ข้อมูลนี้ ได้จากการคำนวณ จากจำนวนตัวเลขจากหลาย ๆ แหล่ง หรือจากเอกสารหลายชิ้นที่ทีมประเมินผลได้รับมาจากคุณจันทร์ทิมา กาญจนวีระ ซึ่งเป็นผู้ประสานงานของโครงการ

⁹ ทางโครงการประเมินผลฯ ได้รายชื่อนักศึกษามาจากผู้ประสานงานของโครงการ ขับเคลื่อนฯ และได้มอบหมายให้ผู้ประสานงานของโครงการวิจัย ติดตามและประเมินผล และผู้ช่วยนักวิจัยโครงการฯ เป็นผู้ติดต่อ หรือติดตาม เพื่อจัดส่งแบบสอบถามไปให้ แต่ในทางปฏิบัติจริง สามารถติดต่อได้น้อยมาก ซึ่งน่าจะมีเหตุผลที่เกี่ยวกับช่วงเวลาการทำงานของพยาบาล/นักศึกษาพยาบาลไม่แน่นอน ต้องเข้าเวร หรือขึ้นตึกผู้ป่วย ต้องพักผ่อน และเหตุผลใหญ่อีกส่วนหนึ่ง เป็นเพราะข้อมูลที่ได้รับมามีความคลาดเคลื่อน หรือมีความไม่สมบูรณ์

ติดตามสัมภาษณ์ตัวแทนของคณะกรรมการชุดนี้ ประมาณ 2 ท่าน และได้ทำการติดต่อเพื่อสัมภาษณ์แล้ว แต่ได้รับแจ้งว่า โครงการนี้นานมากแล้ว จำข้อมูลไม่ได้แล้ว (ซึ่งส่วนหนึ่ง น่าจะเป็นผลมาจากการที่โครงการนี้ไม่ได้จัดให้มีการประชุม คณะกรรมการชุดนี้ หรือประชุมเพียงแค่ปีละ 1 ครั้ง เท่านั้น ทำให้ผู้ที่ได้รับการติดต่อรู้สึกว่าคุณเองไม่มีข้อมูลที่จะนำมาแบ่งปัน) จึงไม่ได้มีการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในส่วนนี้

9) **ตัวแทน และ/หรือแกนหลักของคณะกรรมการระดับภาคทั้ง 4 ภาค** ซึ่งในทางปฏิบัติจริง พบว่า คณะกรรมการหรือคณะทำงานระดับพื้นที่ภาคส่วนใหญ่ ยังไม่ค่อยได้รับการให้ความสำคัญหรือไม่มีความหมายมากนัก หรือส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีการพูดถึงบทบาทของคณะทำงานระดับพื้นที่ภาค ยกเว้น กรณีของคณะพยาบาลศาสตร์ ม.บูรพา และคณะพยาบาลศาสตร์ ม.เชียงใหม่ ที่มองเห็นบทบาทของคณะทำงานระดับพื้นที่ภาค

อย่างค่อนข้างชัดเจน หรือมีความสำคัญในระดับหนึ่ง นอกจากนี้ **ในทางปฏิบัติจริง** ยังมีการทับซ้อนของตัวบุคคลที่เป็นแกนขับเคลื่อนหลักของคณะ ในขณะเดียวกัน ก็มีบทบาทเป็นอาจารย์ผู้ฝึกสอน/ผู้ถ่ายทอดประสบการณ์/ผู้สร้างกระบวนการเรียนรู้ และยังมีบทบาทเป็นคณะทำงานระดับพื้นที่ภาคด้วย สำหรับ กรณีสมาชิกคณะทำงานระดับพื้นที่ภาค ที่ไม่มีบทบาททับซ้อนมากนัก หรือไม่มีภารกิจหลาย ๆ ด้านพร้อม ๆ กันในโครงการขับเคลื่อนฯ นั้น **ทีมประเมินผลฯ** สามารถสัมภาษณ์ได้เพียงแค่ จำนวน 1 ท่าน เท่านั้นคือตัวแทนสมาคมพยาบาลของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

10) **ตัวแทนชุมชน และ/หรือแกนหลักของกลุ่มประชาชน/ผู้รับบริการ/ผู้รับประโยชน์ในพื้นที่เรียนรู้วัดกรรม และพื้นที่ปฏิบัติการต่าง ๆ** ที่กำหนดไว้เดิม คือ อย่างน้อยที่สุด ประมาณ 50 ท่าน แต่**ในทางปฏิบัติจริง** สามารถศึกษาได้ทั้งหมดจำนวน 103 คน

1.4 แผนและขั้นตอนในการทำงาน

1.4.1 ศึกษาและวิเคราะห์เอกสารและสื่อต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องของโครงการขับเคลื่อนฯ

เอกสารที่โครงการประเมินผลฯ ได้รับมาทั้งหมด ได้แก่ เอกสาร รายงานความก้าวหน้า ปีที่ 1 และ ปีที่ 2, เอกสาร 7 ชุดการเรียนรู้การพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ, เอกสารแนวทางการพัฒนานวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

เฉิงเหนือ, เอกสารนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้บทบาทของวิชาชีพพยาบาล จำนวน 40 นวัตกรรม¹⁰, เอกสารคู่มือการสอนของแต่ละภาค จำนวน 4 เล่ม และ ผลการศึกษาระดับสมรรถนะในการสร้างเสริมสุขภาพและการปฏิบัติ (กันยายน, 2557) รวมทั้งหมดจำนวน 10 รายการ และทำการประมวลภาพรวมของการขับเคลื่อน/สาระสำคัญในแต่ละภาคบนพื้นฐานของการประมวลข้อมูลและวิเคราะห์เอกสารต่าง ๆ เหล่านี้ พร้อมทั้งประเมินจุด

¹⁰ ดู วิจิตร ศรีสุพรรณ, วิลาวัณย์ เสนารัตน์ และชนิษฐา นันทบุตร. (2557). *นวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้บทบาทของวิชาชีพการพยาบาล โครงการขับเคลื่อนวิชาชีพ*. กรุงเทพฯ: สำนักสนับสนุนการพัฒนาสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).

แข็ง/จุดเด่น จุดอ่อน/จุดด้อย ปัญหาอุปสรรค และ
ทำการเปรียบเทียบผลที่เกิดขึ้นระหว่างภาค
(ประมาณ 1 เดือน/ สิงหาคม)

1.4.2 ศึกษาและวิเคราะห์เนื้อหาสาระ ของหลักสูตร มาตรฐาน คู่มือการ สอน แนวทางการปฏิบัติต่าง ๆ

ที่โครงการได้พัฒนาขึ้นว่ามีความพอเพียง
และมีความสอดคล้องกับบริบทเฉพาะของแต่ละ
พื้นที่/สถาบันหลัก และ สอดคล้องกับแนวทางในการ
สร้างเสริมสุขภาพของกฎบัตรออตตาวา (Ottawa
Charter) หรือไม่ มากน้อยเพียงใด และเพื่อใช้ผลการ
วิเคราะห์ดังกล่าวเป็นข้อมูลในการตั้งคำถาม หรือ
การกำหนดแนวคำถามในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก
(In-depth Interview Guideline) และการออกแบบ
เครื่องมือ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์/แบบ สอบถามที่
เกี่ยวข้องของแต่ละกลุ่มเป้าหมายต่อไป (ประมาณ 1
เดือน/กันยายน)

1.4.3 จัดทำแนวคำถามในการสัมภาษณ์ ระดับลึก (In-depth Interview Guideline) ของแต่ละกลุ่มเป้าหมาย

ตามที่ระบุไว้ในข้อ 1.3.2 (ขอบเขตด้าน
กลุ่มเป้าหมาย) ให้มีความสอดคล้องกับบริบทเฉพาะ
ของแต่ละกลุ่มเป้าหมาย (ประมาณ 2 สัปดาห์/ครึ่ง
หลังของเดือนกันยายน)

1.4.4 จัดทำ/ผลิต/ทดสอบแบบสอบถาม หรือแบบสัมภาษณ์ (Questionnaire)

เพื่อใช้เก็บข้อมูลกับกลุ่มเป้าหมายที่เป็น
พยาบาลวิชาชีพ อาจารย์พยาบาล และนักศึกษา

พยาบาล ตามที่ระบุไว้ในข้อ 5-7 ในส่วนที่ 1 ข้างต้น
(ประมาณ 2 สัปดาห์/ครึ่งหลังของเดือนกันยายน)

1.4.5 วางแผนการเก็บข้อมูลหรือการ ทำงานในภาคสนาม

ที่สอดคล้องกับระยะเวลาการทำงานของ
โครงการ **พร้อมกับการติดต่อประสานงาน** โดย
อาจมีการติดต่อประสานงานไว้ล่วงหน้า ในพื้นที่ที่
ได้รับรายชื่อและข้อมูลการติดต่อที่ครบถ้วน/จำ
เป็นมาจากทีมงานโครงการขับเคลื่อนฯ (ประมาณ 2
สัปดาห์/ครึ่งแรกของเดือนตุลาคม)

1.4.6 เก็บข้อมูล/การทำงานภาคสนาม กับกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ

ตามที่กำหนดไว้เดิม จะเป็นการดำเนินการ
ตามความพร้อมของแต่ละกลุ่มเป้าหมาย ในพื้นที่ทั้ง
4 ภาค (ประมาณ 2 เดือนครึ่ง/ครึ่งหลังของเดือน
ตุลาคม-ธันวาคม 2559) แต่ในทางปฏิบัติจริง ได้ทำ
การเก็บข้อมูลรอบแรก ตั้งแต่วันที่ 23 กันยายน 2559
จนถึงกลางเดือนธันวาคม 2559 หรือทั้งหมดประมาณ
3 เดือน และได้วางแผนสำหรับการเก็บข้อมูลรอบ
สองในช่วงระหว่างวันที่ 1-10 มีนาคม 2560 ซึ่งจะ
มุ่งเน้นไปที่การศึกษาการนำแนวทาง (guideline) ไป
ใช้ในบริบทต่าง ๆ โดยจะทำการเลือกศึกษาเพียงแค่
ภาคละ 1-2 หน่วยบริการเท่านั้น เนื่องจากมีเวลา
จำกัด รวมทั้งเก็บข้อมูลเชิงลึกจากคณะกรรมการที่
ปรึกษาของโครงการบางท่าน และคณะทำงานที่เป็น
แกนหลักของโครงการ ที่ยังไม่มีเวลาให้ข้อมูลแก่
โครงการประเมินผลในการเก็บข้อมูลรอบแรก แต่
ผลปรากฏว่า ไม่สามารถดำเนินการได้ เนื่องจาก
หน่วยบริการสุขภาพที่ใช้แนวทาง (guideline) ระบุว่า
ไม่พร้อมให้ข้อมูล หรือแจ้งว่ายังดำเนินการไม่แล้ว
เสร็จ สำหรับคณะทำงานที่เป็นแกนหลักบางท่านที่

ยังไม่ได้ให้ข้อมูล พบว่า ไม่สามารถหาวันเวลาที่ตรงกันได้ และคณะกรรมการที่ปรึกษาโครงการบางท่านที่ติดต่อไป แจ้งว่า โครงการนี้ดำเนินงานนานแล้ว จำข้อมูลไม่ได้แล้ว จึงไม่สามารถให้ข้อมูลได้

1.4.7 ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล
ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ
และเขียนรายงานความก้าวหน้า
ประมาณ 70% (ประมาณ 1 เดือน/
มกราคม 2560)

กิจกรรม	สค.	กย.	ตค.	พย.	ธค.	มค.	กพ.	มีค.	เมษ
	2559					2560			(15)
6. เก็บข้อมูล/การทำงานภาคสนามกับกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ									
7. วิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ และเขียนรายงานความก้าวหน้า									
8. เขียนและปรับปรุงรายงานการประเมิน-ผลแบบสมบูรณ์และนำเสนอต่อ สสส.									

1.6 ผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.6.1 รายงานผลการประเมินโครงการขับเคลื่อนฯ ที่มีเนื้อหาสาระเกี่ยวกับผลผลิตและผลลัพธ์ของการทำงาน ของโครงการ พร้อมด้วยองค์ความรู้ต่าง ๆ ตามที่ระบุไว้ในขอบเขตเนื้อหาอย่างครบถ้วน เพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันผลการทำงานต่อภาคีหุ้นส่วนหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องในระบบสุขภาพและระบบของสังคมไทย เช่น สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) องค์กรประชาสังคมต่าง ๆ และ/หรือภาคสาธารณะ

1.6.2 องค์ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการและปัจจัย-องค์ประกอบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผลการทำงานหรือประสิทธิผลและประสิทธิภาพในการสร้างเสริมสุขภาพในบริบทของพยาบาลในประเทศไทย เพื่อนำไปใช้ในการเปรียบเทียบกับบริบทของวิชาชีพอื่น ๆ ในกลุ่มการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง เพื่อหนุนเสริมองค์ความรู้และบทบาทซึ่งกันและกันได้ดียิ่งขึ้นในโอกาสต่อไป

1.6.3 องค์ความรู้เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมหรือการให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วม/การสร้างการมีส่วนร่วมในการทำงานของโครงการ และผลผลิตและผลลัพธ์/ผลงาน/คุณภาพของงานของแต่ละสถาบัน/

พื้นที่ เพื่อใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันถึงความสำคัญของแนวคิดการมีส่วนร่วม และการให้ความสำคัญกับแนวคิดนี้ในการทำงานในระยะต่อไปของทุกองค์การที่เกี่ยวข้อง ถ้าพบว่าประเด็นนี้มีความสำคัญต่อประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการทำงานร่วมกัน

1.6.4 องค์ความรู้เกี่ยวกับความพึงพอใจ จุดแข็ง จุดอ่อน บทเรียน และปัญหาอุปสรรคจากมุมมองของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายทุกระดับในการขับเคลื่อนพยาบาลวิชาชีพเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อนำไปใช้ในการปรับปรุงการทำงานของโครงการในระยะต่อไป

1.6.5 ผลการวิเคราะห์เชิงสะท้อนนัยยะและความหมายของการทำงานสร้างเสริมสุขภาพในบริบทของพยาบาลและสังคมไทย ที่มีต่อการพัฒนาและปรับปรุงระบบสุขภาพ ที่มีความเชื่อมโยงกับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของกฎบัตรออตตาวาหรือบริบทของสากล (International Context of Health Promotion) เพื่อต่อยอดองค์ความรู้ในด้านการสร้างเสริมสุขภาพให้กับสังคมมนุษย์หรือมวลมนุษยชาติได้ในระดับกว้าง หรือระดับสากลต่อไป

ส่วนที่ **2**

**ระเบียบวิธีวิจัย
และวิธีการศึกษา**



ระเบียบวิธีวิจัยและวิธีการศึกษา



2.1

การทบทวนวรรณกรรมหรือความรู้เกี่ยวกับการประเมินผล

เนื่องจากองค์ความรู้ หรือศาสตร์ด้านการประเมินผล ได้มีพัฒนาการมาเป็นลำดับขั้น และเกี่ยวข้องกับสาขาวิชาต่าง ๆ จำนวนมาก หรืออาจเรียกได้ว่าเป็นการบูรณาการของหลาย ๆ ศาสตร์เข้าด้วยกัน ไม่ว่าจะเป็น มานุษยวิทยา สังคมวิทยา วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี เศรษฐศาสตร์ สาธารณสุข การศึกษา พฤติกรรมศาสตร์ การบริหารรัฐกิจ การศึกษาด้านการพัฒนา (Development Studies) และการบริหารจัดการ/การบริหารธุรกิจ เป็นต้น ในขณะเดียวกัน การประเมินผล ก็กลายเป็นเครื่องมือ (Tool Discipline) ให้กับศาสตร์ต่าง ๆ เหล่านี้ด้วย ทั้งนี้ เพื่อตอบสนองความต้องการเฉพาะของศาสตร์นั้น ๆ (ธีรเดช ฉายอรุณ, 2547, 2549) หรืออาจกล่าวได้ว่า ศาสตร์

ด้านการประเมินผลเป็นศาสตร์ที่มีการขยายตัวเติบโตใน ช่วง 30 กว่าปีมานี้ ที่มีความต่างกันทั้งด้านฐานคิด หรือกระบวนทัศน์ (Paradigm) วิธีคิด/วิธีวิทยา (Methodology) และรูปแบบ (Models) ทั้งนี้ก็เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อ **“คำถามการประเมิน”** ที่มีความลึกซึ้งและสลับซับซ้อนได้มากยิ่งขึ้น ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ **“การประเมินผล”** (Evaluation) ไม่ได้มีสถานภาพเป็นเพียงแค่เทคนิควิธีการ (Methods) อีกต่อไป หากแต่เป็นศาสตร์ใหม่ที่มีลักษณะของความเป็นสหสาขาวิทยาการ (Multi-Inter-Transdisciplinary – MIT)

นอกจากนี้ ยังมีมิติต่าง ๆ (Dimension) ที่การประเมินผล เข้าไปเกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็น มิติของการวัด (Measurement) การตัดสิน/การตัดสินในเชิงคุณค่า (Judgment Or Value Judgment) การกระทำการแทน (Advocacy) การสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) การพัฒนาสมรรถนะ (Capacity Development) การตรวจสอบได้ทางสังคม (Social Accountability) การบริหารจัดการ (Management) การสร้างหรือแสวงหาความรู้ (Knowledge Acquisition) การพัฒนาชุมชน (Community Development) และการพัฒนาตัวแบบ และ/หรือทฤษฎีต่าง ๆ (Model/Theory Development) เป็นต้น

นอกจากนี้ ยังมีประเด็น **“นัยสำคัญของการประเมินจากหลายมุมมอง”** ของภาคีหรือผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) กับเรื่องนั้น ๆ ไม่ว่าจะเป็น มุมมองของความต้องการทางสังคม (Social Demand) มุมมองของผู้ใช้ประโยชน์จากผลการประเมิน (User Perspectives) ซึ่งมีหลายฝ่าย หลายระดับ ทั้งผู้เป็นเจ้าของทุน ผู้บริหารจัดการโครงการ/ทีมงานผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินโครงการ ผู้บริหาร ผู้กำหนดนโยบาย ผู้ถือหุ้น เจ้าหน้าที่ในองค์กร และภาคีหุ้นส่วนประเภทและระดับต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงจากมุมมองของการปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมการทำงาน และ/หรือมุมมองของการพัฒนาหรือยกระดับสถานภาพของศาสตร์ด้านการประเมิน (Scientific Development) เป็นต้น

สำหรับกลุ่มการประเมินกับแนวคิดความต้องการทางสังคมนั้น พบว่า มีฐานคิดที่สำคัญที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 3-4 ฐานคิด/กระบวนทัศน์ด้วยกัน ได้แก่ 1) ฐานคิดเรื่อง การตรวจสอบได้ทางสังคม (Social Accountability) และประสิทธิผล (Effectiveness) ซึ่งมองว่า การดำเนินโครงการต่าง ๆ มักจะต้องใช้ทรัพยากรต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งงบประมาณของ

สังคมหรือภาคสาธารณะ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการตรวจสอบทางสังคม หรือการมีภาระผูกพัน หรือการแสดงความรับผิดชอบต่อสังคมในด้านต่าง ๆ ตั้งแต่ขั้นการตัดสินใจดำเนินโครงการ การออกแบบโครงการ การดำเนินงาน หรือปฏิบัติการของโครงการ ไปจนถึงการประเมินผลโครงการ การรายงานผล การอธิบาย การให้/เปิดเผยข้อมูล การให้เหตุผลที่น่าพอใจสำหรับผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ฯลฯ 2) ฐานคิดในการสร้าง ตรวจสอบ และสืบค้นความรู้ทางสังคม (Social Inquiry) ซึ่งก็คือ การสร้าง ตรวจสอบ สืบค้น และสังเคราะห์ความรู้จากการทำงานของโครงการต่าง ๆ และ 3) ฐานคิดแบบผสมผสาน คือ การผสมผสานระหว่างฐานคิดแรกและฐานคิดที่สอง กล่าวคือ เน้นทั้งการตรวจสอบได้ทางสังคม การประเมินประสิทธิผล หรือความสำเร็จตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ และการแสวงหา สืบค้น ตรวจสอบความรู้เกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ สำหรับกลุ่มฐานคิดการสร้างหรือสืบค้นความรู้ นั้น มักจะมุ่งเน้นไปที่การประเมินเชิงสะท้อนคุณค่า/ความดีงามของโครงการ ผ่านการสร้าง สังเคราะห์ ตรวจสอบความรู้จากการทำโครงการ และนำไปสู่การพัฒนานวัตกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องขึ้นมาใหม่ หรือแม้กระทั่งการพัฒนาทฤษฎีที่อยู่บนฐานของการปฏิบัติ (Action Theory Or Practice-Based Theory) ก็อาจเป็นไปได้เช่นกัน

นอกจากนี้ ก็ยังมีรูปแบบการประเมินผลตามกลุ่มฐานคิดที่กล่าวมาข้างต้น จำนวนมาก ซึ่งจะขอยกตัวอย่างเพียงแค่บางส่วนเท่านั้น โดยเฉพาะการประเมินด้วยรูปแบบ CIPP (Context, Input, Process, Product) ซึ่งเป็นการประเมินที่มีความครอบคลุมทั้งระบบ หรืออาจเรียกว่า เป็นการประเมินเชิงระบบก็ได้ ซึ่งครอบคลุมทั้ง **บริบทและ/หรือสภาวะแวดล้อม** (Context) ในการริเริ่มดำเนินการโครงการ

ซึ่งมักเป็นการพิจารณาถึงที่มา ความสมเหตุสมผล ความเป็นไปได้ ความสอดคล้องของวัตถุประสงค์กับ บริบทที่แวดล้อม ฯลฯ **ปัจจัยนำเข้า** (Input – ครอบคลุมทั้งด้านความรู้ ความคิด/แนวคิด บุคลากร ทรัพยากรต่าง ๆ ฯลฯ) **กระบวนการ** (Process) ซึ่ง มักเน้นไปที่การประเมินจุดแข็ง/จุดเด่น จุดอ่อน/จุด ด้อย ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินโครงการ ฯลฯ สำหรับการประเมินเชิงกระบวนการส่วนใหญ่ มัก เป็นการดำเนินการเพื่อค้นหาจุดบกพร่องของโครงการ เพื่อ นำข้อมูลมาใช้ในการปรับปรุงการดำเนินงาน โครงการในระยะต่อไป และสุดท้าย คือ ผลผลิต/ผล ที่ได้รับ (Product) ซึ่งหมายความรวมถึง ผลผลิตที่ นับได้ (Output) ผลลัพธ์ต่าง ๆ (Outcome) ทั้งที่นับได้ และนับไม่ได้ และผลกระทบ (Impact) ซึ่งหมายถึงทั้ง ผลกระทบเชิงบวก (Positive Impact) ผลกระทบเชิง ลบ (Negative Impact) ผลกระทบรวม (Gross Impact) ผลกระทบสุทธิ (Net Impact) ผลกระทบ ระยะสั้น (Short-Term Impact) และผลกระทบระยะ ยาว (Long-Term Impact) เป็นต้น สำหรับผู้ริเริ่มใน การใช้ตัวแบบหรือรูปแบบ CIPP เป็นคนแรก คือ Stufflebeam (2003)¹¹

นอกจากนี้ ก็ยังมีผลงานหรือองค์ความรู้ด้านการ ประเมินผลที่สำคัญมากอีกหลายรูปแบบ หรือหลาย สำนักคิดด้วยกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลงานของ Michael Quinn Patton (1997a, 1997b) ซึ่งถือว่าเป็น บุคคลที่มีความสำคัญต่อแวดวงการประเมินผลและ การพัฒนาความรู้ด้านนี้อย่างเข้มข้น ซึ่งองค์ความรู้ ที่เขาพัฒนาขึ้นมานั้น มีความสอดคล้องหรือ

เชื่อมโยงกับบริบทของสังคมต่าง ๆ ที่หลากหลาย ทั้งบริบทของประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศ อื่น ๆ ที่ตัวเขาเข้าไปมีประสบการณ์ตรงในการทำ การประเมินผลอย่างกว้างขวาง และผลงานชิ้นหนึ่ง ที่สำคัญมากของเขา ก็คือ การประเมินที่มีจุดเน้นใน การนำไปใช้ประโยชน์ (Utilization-Focused Evaluation) ซึ่งเขาได้ทำการรวบรวมหรือประมวล จุดเน้นในการประเมินผลไว้ทั้งหมดประมาณ 39 จุดเน้นด้วยกัน (Patton, 1997a และอ้างถึงใน อรรถยา อาจอ่ำ, 2549, 2550: 105-110) ยกตัวอย่างเช่น การประเมินที่มีจุดเน้นอยู่ที่การตัดสินใจ (Decision Focus) บริบทการทำงาน (Context Focus) ปัจจัย นำเข้า (Input Focus) การวิเคราะห์ต้นทุน- ผลประโยชน์ (Cost-Benefit Analysis) พัฒนาการ ของโครงการ (Developmental Evaluation) ประสิทธิภาพ (Effectiveness Focus) ประสิทธิภาพ (Efficiency Focus) การปฏิบัติการของโครงการ (Implementation Focus) ผลกระทบ (Impact Focus) การประเมิน ภายใน (Internal Evaluation) การประเมินภายนอก (External Evaluation) และการประเมินผลซึ่งมุ่งเน้น ไปที่การสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment Focus) เป็นต้น

สำหรับการประเมินผลที่มุ่งเน้นไปที่ **“การสร้างเสริม พลังอำนาจเชิงบวก”**¹² (Empowerment Focus) นั้น พบว่า เดวิด เอ็ม เฟตเตอร์แมน (Fetterman, 1993a, 1993b, 1994, 2001 และอ้างถึงใน อรรถยา อาจอ่ำ, 2549, 2550) ได้มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาองค์ ความรู้ด้านนี้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งโดยสาระย่อ ๆ การ

¹¹ แต่ก่อนที่จริงงานของเขาเริ่มต้นขึ้นตั้งแต่ทศวรรษที่ 1960 แต่ได้มีการพัฒนาหรือปรับปรุงองค์ความรู้ด้านนี้มาอย่างต่อเนื่องตลอด ระยะเวลาที่ผ่านมาประมาณเกือบ 60 ปี

¹² คำว่า พลังอำนาจเชิงบวก หรือพลังสร้างสรรค์ ณ ที่นี้ หมายถึง พลังทุกประเภท ทั้งพลังจากภายในตนเองของมนุษย์ เช่น พลังกาย พลังใจ พลังความรู้-ความคิด-ความสามารถ-สติปัญญา-จิตวิญญาณ-จินตนาการ ฯลฯ และพลังจากภายนอกตนเอง ทั้งสิ่งที่นับได้ นับไม่ได้ ทั้งที่เป็นวัตถุ และในรูปแบบอื่น ๆ นอกจากนี้ ยังหมายถึง พลังกลุ่ม พลังชุมชน พลังองค์กร พลังสังคม ที่สามารถทำให้เกิด การเปลี่ยนแปลงเชิงบวก หรือเป็นคุณประโยชน์ต่อผู้เกี่ยวข้อง ทุกฝ่าย ทุกระดับ

ประเมินผลในรูปแบบนี้ เป็นการประเมินผลที่ได้รับ การพัฒนาต่อยอดมาจากแนวคิดและทฤษฎีการ สร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment Concept/Theory) ของนักวิชาการหลาย ๆ ท่าน ผสมผสานกับความรู้ ด้านจิตวิทยาชุมชน (Community Psychology) มานุษยวิทยาวัฒนธรรม (Cultural Anthropology) และการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

ดังนั้น การประเมินผลเพื่อสร้างเสริมพลังอำนาจจึง มีหลายมิติ เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมพลังอำนาจ ด้านต่าง ๆ ด้วยการสร้างการเรียนรู้/การสร้าง ความรู้ (Learning/ Knowledge Acquisition) การ ฝึกอบรม (Training) การให้แสงสว่างทางปัญญา (Enlightenment) การดำเนินการ/กระทำการแทน (Advocacy) และการอำนวยความสะดวก/เอื้ออำนวย ให้เกิดการเรียนรู้ (Facilitation) นอกจากนี้ **ยังเป็นการประเมินที่ใช้ทั้งแนวคิด วิธีวิทยา เทคนิค วิธีการ รูปแบบต่าง ๆ ที่หลากหลาย ใช้ทั้งข้อมูล เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ และใช้ข้อค้นพบ จากการประเมินผลในการที่จะทำให้เกิดการ ปรับปรุงการทำงานและเป็นเครื่องมือที่สามารถ ช่วยทำให้เกิดการตัดสินใจ และ/หรือการกระทำ ของตนเองหรือโครงการที่ทำได้อย่างอิสระ แต่ อยู่กับความจริงที่มีหลายด้านหรือมีหลาย ลักษณะ (พหุลักษณะ)** โดยไม่ต้องรอให้ผู้อื่นมา ประเมิน หรือตัดสินการกระทำของตน สรุปคือ เป็น การประเมินที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตนเอง ของผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินโครงการตลอดเวลา

ดังนั้น การประเมินแนวสร้างพลังอำนาจ (Empowerment Evaluation หรือเรียกย่อ ๆ ว่า EE) จึงเป็นแนวคิดหรือเครื่องมือหนึ่งที่มุ่งเน้นไปที่การ ประเมินตนเองและการสะท้อนกลับ (Self-Evaluation And Reflection) และยังเป็นแนวคิดที่ให้

ความสำคัญกับความซื่อสัตย์ ความสามารถในการ ตรวจสอบซึ่งกันและกันได้ ความรับผิดชอบต่อการ กระทำของตนเอง มีการเรียนรู้จุดแข็ง/จุดเด่น จุดอ่อน/จุดด้อยของตนเอง มีการวิพากษ์วิจารณ์ ตนเอง (Self-Criticism) มีการปรับปรุงตนเอง/ โครงการของตนตลอดเวลา มีการสร้างสิ่งแวดล้อม ที่เป็นมิตรเพื่อเอื้อให้เกิดการแบ่งปันเรียนรู้ซึ่งกันและ กัน สามารถประเมินตนเองได้ ทั้งสิ่งที่สำเร็จ ไม่ สำเร็จ หรือแม้กระทั่งสิ่งที่ล้มเหลวอย่างสิ้นเชิงก็ตาม ก็สามารถนำเข้ามาเป็นบทเรียนที่สำคัญ ไม่ใช่ไม่พูด ถึง หรือปกปิดไว้เหมือนการประเมินผลแบบ ตรวจสอบประเภทต่าง ๆ ที่เป็นการจับผิด ทำให้ผู้ ดำเนินโครงการ/ผู้รับทุนไม่กล้าพูดถึง ทำให้สูญเสีย โอกาสในการสร้างการเรียนรู้จากการทำงานจริงที่มี บริบทซับซ้อน แต่ท้าทาย

นอกจากนี้ การประเมินผลแนว EE ยังมีขั้นตอนใน การทำงานร่วมกันประมาณ 3 ขั้นตอนที่สำคัญด้วย ประกอบด้วย 1) **ขั้นการทบทวนพันธกิจและ วิสัยทัศน์** และผลลัพธ์/ผลหลักต่าง ๆ ว่าสิ่งที่ ต้องการเห็นร่วมกันจริง ๆ คืออะไร และต้องทำอะไร จึงจะบรรลุ ที่ผ่านมามีบรรลุอะไรแล้วบ้าง ไม่บรรลุ เพราะอะไร ฯลฯ 2) **ขั้นการทบทวนและวิเคราะห์ สิ่งที่ทำไปแล้ว สิ่งที่ทำอยู่** หรือการดำเนินกิจกรรม ต่าง ๆ ว่าสอดคล้องกับเป้าหมาย วิสัยทัศน์ พันธกิจ หรือไม่ อย่างไร เพราะอะไร ทำให้มองเห็นจุดแข็ง จุดอ่อนของสิ่งที่ทำร่วมกัน และทำให้มองเห็นว่าควร จะยุบเลิก ปรับเปลี่ยน เพิ่มเติมอะไรบ้าง ฯลฯ และ 3) **ขั้นการวางแผนอนาคตร่วมกัน** ซึ่งจะต้องระบุ กิจกรรมให้ชัดเจน รวมทั้งกลยุทธ์ใหม่ ๆ ในการทำ ให้กิจกรรมเหล่านั้นบรรลุผลที่ต้องการ และการระบุ หลักฐานเชิงประจักษ์ที่จำเป็นต้องใช้ เพื่อยืนยัน ความก้าวหน้าในการดำเนินการว่ากำลังก้าวไปสู่สิ่ง ที่มุ่งหวัง (โปรดอ่านรายละเอียดต่าง ๆ ใน ורתัย อาจอ่า, 2549, 2550 หน้า 36-48)

โดยสรุป อาจกล่าวได้ว่า องค์ความรู้ด้านการประเมินผลนั้นมีที่มา หรือฐานคิด/ฐานคติที่แตกต่างกันหลายกลุ่ม/หลายฐานคิด/หลายสำนักคิด จึงทำให้มีวิธีคิด/วิธีวิทยา เทคนิค วิธีการ และรูปแบบในการประเมินผลที่แตกต่างกันอย่างมากมาหลายทศวรรษ ด้วยเหตุนี้ การนำองค์ความรู้เหล่านี้ไปใช้ในการออกแบบโครงการประเมินผลต่าง ๆ ผู้รับผิดชอบในการออกแบบโครงการฯ จึงควรมีความรู้ที่ลึกซึ้งและกว้างขวางเกี่ยวกับแนวคิดและองค์ความรู้ต่าง ๆ ดังกล่าว และควรรู้ว่าตนเองมีฐานคิดหรือเชื่อในฐานคิดแบบไหน ซึ่งจะทำให้สามารถเลือกใช้แนวคิด วิธี

คิด/วิธีวิทยา เทคนิค วิธีการ รูปแบบต่าง ๆ ได้อย่างสอดคล้องกับสิ่งที่ต้องการประเมิน และ ทำให้การประเมินผลนั้นเกิดประโยชน์ต่อการปรับปรุงการทำงานของโครงการ/แผนงาน องค์กร เครือข่าย และของสังคมได้มากยิ่งขึ้นต่อไป รวมทั้งเกิดประโยชน์ในด้านอื่น ๆ โดยเฉพาะในด้านการตัดสินใจคุณค่า/คุณประโยชน์ของโครงการ/แผนงานต่าง ๆ ว่าควรลงทุนดำเนินการต่อไปหรือยกเลิก และ ด้านการสร้างความรู้จากการทำงาน/การปฏิบัติ (Action-Based Knowledge) เพราะเป็นสิ่งที่สังคมไทยขาดหรือมีจุดอ่อนในเรื่องนี้เป็นอย่างยิ่ง

2.2 วิธีวิทยาที่ใช้ในการวิจัย ติดตามและประเมินผล

ใช้ทั้งกระบวนการทัศน์เชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ เนื่องจากพิจารณาว่า การทราบผลการขับเคลื่อนทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมีความสำคัญที่เท่าเทียมกัน อันที่จริง การพิจารณาผลที่เกิดขึ้นในเชิงปริมาณสำหรับโครงการนี้ มีความสำคัญค่อนข้างมากทีเดียว เพราะเป็นโครงการขนาดใหญ่ที่ใช้งบประมาณจำนวนมาก ดังนั้น ประเด็นความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย และการบรรลุผลในระดับกว้างหรือในสเกลที่ใหญ่ หรือความสามารถในการผนวกหรือครอบคลุมผู้รับประโยชน์จำนวนมาก จึงมีความสำคัญมากพอ ๆ กับการเปลี่ยนแปลงในเชิงลึก ซึ่งต้องใช้วิธีวิทยาหรือมุมมองเชิงคุณภาพเข้ามาช่วยในการสืบค้นการเปลี่ยนแปลงในเชิงลึกดังกล่าว

โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงในด้านโลกทัศน์หรือกระบวนการทัศน์ ทัศนคติ ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการทำงานหรือการแสดงบทบาทตามกรอบยุทธศาสตร์แบบใหม่ของพยาบาล และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงหรือไม่เปลี่ยนแปลงมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับปัจจัย/องค์ประกอบ หรือตัวแปรต่าง ๆ ในหลาย ๆ มิติ และหลาย ๆ ระดับ ซึ่งไม่สามารถทำความเข้าใจหรือเข้าถึงได้ด้วยมุมมองเชิงปริมาณเท่านั้น ในการประเมินครั้งนี้ จึงใช้กระบวนการทัศน์ทั้งสองแบบ เพื่อเข้าถึงความจริงที่มีลักษณะที่แตกต่างกันทั้งสองแบบตามที่อธิบายมาทั้งหมดข้างต้น

2.3 กรอบแนวคิดในการวิจัย ติดตามและประเมินผล

สำหรับการประเมินผลโครงการขับเคลื่อนวิชาชีพพยาบาลในครั้งนี้ ใช้ฐานคิด/ฐานคติ หรือกระบวนการทัศน์แบบผสมผสาน คือ ทั้งแบบการตรวจสอบได้ทางสังคม (Social Accountability) และการสร้าง/

ตรวจสอบ/สืบค้นความรู้ทางสังคม (Social Inquiry) โดยมุ่งเน้นไปที่การประเมินประสิทธิผล (Effectiveness Focus) คือ ความสำเร็จตามเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ว่าสามารถบรรลุได้

มากนัก้อยแค่ไหน อย่างไร เพราะอะไร เกี่ยวข้องกับอะไรบ้าง ซึ่งในเบื้องต้น คาดว่าการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น น่าจะมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน ปัจจัย-องค์ประกอบต่าง ๆ ในหลาย ๆ ระดับ ทั้งปัจจัยระดับปัจเจกบุคคลของพยาบาล/นักศึกษาพยาบาล เช่น อายุ ประสบการณ์และระยะเวลาในการทำงาน/การเรียนรู้ กระบวนการทัศน/มุมมองส่วนบุคคล ความรู้ความเข้าใจที่มีอยู่เดิมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การตีความเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ทัศนคติและการให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพ ความมุ่งมั่น ความตั้งใจจริงในการทำงาน ฯลฯ สำหรับปัจจัยระดับองค์กรและบริบทแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การนำ/ผู้นำ การเป็นตัวอย่าง/ความสามารถในการนำหรือชี้แนวทางของผู้บริหารองค์กร การมีวิสัยทัศน์ นโยบายและการส่งเสริม/สนับสนุนในด้านต่าง ๆ ขององค์กร อย่างชัดเจนเป็นรูปธรรม การสร้างบรรยากาศสิ่งแวดล้อมและกระบวนการเรียนรู้ในองค์กร/หน่วยบริการสุขภาพ การมีตัวอย่างรูปธรรมในการเรียนรู้ การวิเคราะห์และติดตามผลอย่างต่อเนื่อง การมีฐานคิดและฐานวิชาการขององค์กร บริบทองค์กรหรือประเภทของสถานบริการสุขภาพ 3 ระดับที่แตกต่างกัน (ปฐมภูมิ, ทุติยภูมิ และตติยภูมิ) การปรับโครงสร้างเพื่อหนุนเสริมการเปลี่ยนแปลง ฯลฯ นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยบริบทพื้นที่และสิ่งแวดล้อมในการทำงาน และ/หรือปัจจัยระดับโครงสร้าง/พื้นที่/ชุมชน/ผู้รับบริการ ที่แตกต่างกัน ที่ส่งผลต่อการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงด้านกระบวนการทัศน/สมรรถนะ/การแสดงบทบาทที่แตกต่างกัน ได้แก่ ปัญหาสุขภาพและความต้องการของแต่ละพื้นที่/ชุมชนที่ทำให้เกิดการเรียนรู้และการแสดงบทบาทที่แตกต่างกัน การยอมรับของผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการ ฯลฯ และปัจจัยระดับโครงการ/แผนงาน หรือการขับเคลื่อนของโครงการ/แผนงาน ได้แก่ การสื่อสารที่ชัดเจน/เป็นระบบ การ

ให้ความสำคัญกับความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การสนับสนุนที่พอเพียงในด้านทรัพยากร หลักสูตรและเครื่องมือกลไกต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง การให้โอกาส เวลาและสิทธิในการเรียนรู้ และปรับเปลี่ยนนิยามและความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพไปตามบริบทของแต่ละองค์กร/พื้นที่เป็นต้น ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนแต่มีความสัมพันธ์หรือปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และ/หรือส่งผลต่อกันในระดับต่าง ๆ มากน้อยแตกต่างกันไป (โปรดดูแผนภาพที่ 1 ในหน้าถัดไปประกอบด้วย)

นอกจากนี้ ก็จะมีการประเมินประสิทธิภาพ (ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิที่ทำการทบทวนข้อเสนอของโครงการ) ซึ่งในการประเมินครั้งนี้ จะมุ่งเน้นไปที่การประเมินจำนวนผู้รับประโยชน์ และ/หรือผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดกับโครงการ เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนทรัพยากรหรืองบประมาณที่ใช้ไปต่อหัว และประเมินความคุ้มค่ากับสิ่งที่เกิดขึ้น ซึ่งก็คือ การตรวจสอบผลต่าง ๆ ที่ได้ หรือการบรรลุผลในเชิงวัตถุประสงค์และเป้าหมายกับจำนวนของทรัพยากรหรืองบประมาณที่ใช้ไป พร้อม ๆ กับจำนวนผู้เกี่ยวข้อง หรือผู้รับประโยชน์ทั้งหมดนั่นเอง

สำหรับในด้านการสร้าง ตรวจสอบ สืบค้นความรู้จากการทำงานของโครงการ ได้ให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์ความพอเพียงและความสอดคล้องของผลผลิตต่าง ๆ ที่อยู่ในรูปของหลักสูตร เอกสารวิชาการ คู่มือผู้สอนผู้เรียน และแนวทาง (Guideline) ต่าง ๆ ที่โครงการฯ ได้พัฒนาขึ้นว่ามีความสอดคล้องกับบริบทเฉพาะของแต่ละพื้นที่ (Specific Context) รวมถึงการประเมินกระบวนการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และ ความสามารถในการนำผลผลิตต่าง ๆ ดังกล่าวไปใช้ในการสร้างหรือพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพและนักศึกษาพยาบาลให้เป็น “**นักสร้างเสริมสุขภาพ**” นั้นว่าสามารถดำเนินการได้ในระดับ

ใด ผลที่ได้เป็นอย่างไร เพราะอะไร เกี่ยวข้องกับอะไรบ้าง และ/หรือสอดคล้องกับนิยามและความหมายของคำว่า “การสร้างเสริมสุขภาพ” ตามกฎบัตรอตตาวา หรือไม่ อย่างไร เพราะอะไร

และ/หรือมีอะไรที่สามารถต่อยอดจากกรอบแนวคิดของกฎบัตรอตตาวาบ้างหรือไม่ เป็นอย่างไร สำคัญอย่างไร

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย/องค์ประกอบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศนคติ สมรรถนะและการปฏิบัติที่แตกต่างกันของพยาบาล/นักศึกษาพยาบาล

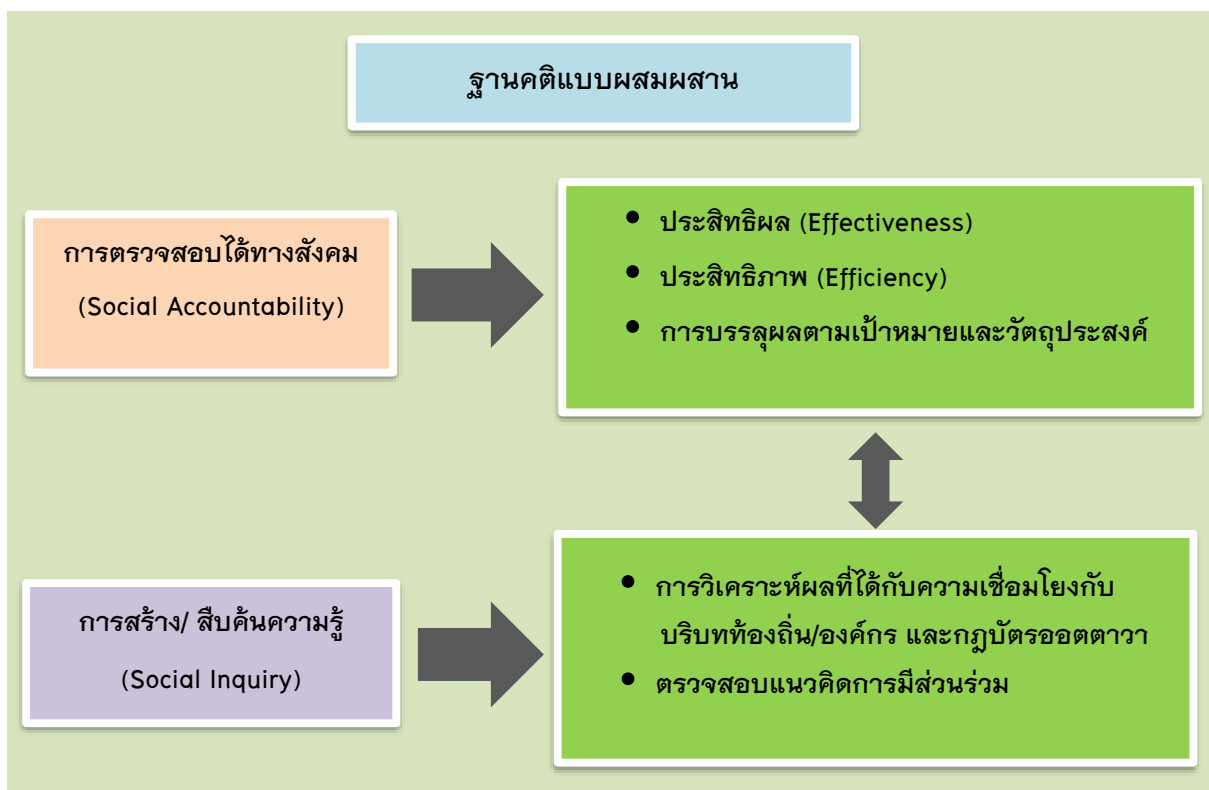


นอกจากนี้ การประเมินในครั้งนี่ยังให้ความสำคัญกับการสร้าง สืบค้น หรือตรวจสอบความรู้ในประเด็นการใช้ “แนวคิดการมีส่วนร่วม” ในการทำงานร่วมกับภาคีต่าง ๆ โดยมีข้อสันนิษฐานเบื้องต้นว่า การให้ความสำคัญกับแนวคิดนี้ในระดับที่แตกต่างกันของแต่ละพื้นที่/สถาบันหลัก/องค์กรหรือหน่วยงานบริการสุขภาพ ก็น่าจะส่งผลต่อผลผลิต ผลลัพธ์ และผล กระทบต่าง ๆ ที่แตกต่างกันของแต่ละพื้นที่/สถาบันหลัก หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ ระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่ต่างกัน น่าจะมีความสัมพันธ์กับผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบต่าง ๆ ทั้งเชิงบวกและเชิงลบที่แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร เพราะอะไร และในกรณีนี้ให้ความสำคัญกับ “แนวคิดการมีส่วนร่วม” ที่แตกต่างกันของแต่ละพื้นที่/สถาบันนั้น เป็นเพราะอะไรหรือเกี่ยวข้องกับปัจจัยใดบ้าง

นอกจากนี้ การประเมินผลในครั้งนี่ยังผนวกหรือบูรณาการ “แนวคิดการประเมินเชิงเสริมพลังอำนาจเชิงบวก” (Empowerment Evaluation – EE) เข้ามาด้วยในระดับหนึ่ง โดยการเปิดโอกาสและพื้นที่ให้ผู้เกี่ยวข้อง หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่าย ทุกระดับ ได้มีโอกาสสะท้อนความคิด ความเห็น ความรู้สึก ความต้องการ ความพึงพอใจ บทเรียน ปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ที่สำคัญที่มีความ

เชื่อมโยงกับบทบาทของตนเอง และบทบาทของผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ ทั้งนี้เพื่อประมวลภาพรวมและนำมาแบ่งปันกันในบรรดาผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด ซึ่งคาดว่าจะช่วยให้ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ทุกระดับสามารถมองเห็นภาพรวมของการขับเคลื่อนของโครงการว่าสามารถเดินมาอยู่ ณ จุดปัจจุบันร่วมกันได้อย่างไร มีอะไรที่ควรสะท้อน เพื่อเป็นบทเรียนหรือการเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งจะนำไปสู่การปรับปรุงการลดข้อจำกัด การแก้ไขปัญหา การจัดอุปสรรค/สิ่งกีดขวางต่าง ๆ เพื่อให้โครงการหรือแผนงานสามารถบรรลุผล และ/หรือเกิดการยกระดับศักยภาพการทำงานให้ได้มากยิ่งขึ้นในโอกาสต่อไป ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ที่มากขึ้นต่อสังคมและส่วนรวม ซึ่งเท่ากับเป็นการยกระดับศักยภาพของสังคมไทยโดยรวมในการทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น มีโรคภัยไข้เจ็บน้อยลง สามารถป้องกันโรคที่ป้องกันได้ เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ของระบบสาธารณสุขและสังคมไทย ทำให้มีเม็ดเงินในการนำไปใช้ในการพัฒนามิติอื่น ๆ ของสังคมได้มากยิ่งขึ้น อาทิเช่น การศึกษา การพัฒนามนุษย์ในมิติต่าง ๆ การช่วยเหลือผู้เสียเปรียบทางสังคม/ผู้ด้อยโอกาส ฯลฯ โดยสามารถแสดงกรอบแนวคิดเชิงปฏิบัติการของการประเมินผลในครั้งนี้ (Operational Conceptual Framework) ในรูปของแผนผัง/แผนภาพที่ 2 (Diagram) ได้ดังนี้คือ

แผนภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในเชิงการปฏิบัติการของการวิจัย ติดตามและประเมินผลโครงการ (ภาพรวม) (Operational Conceptual Framework)



2.4 วิธีการในการเก็บข้อมูล

ใช้วิธีการที่หลากหลาย ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ที่มีความสอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายและสอดคล้องกับประเด็น-เนื้อหาที่ต้องการทำการประเมินของแต่ละกลุ่มเป้าหมาย ตามที่ระบุไว้ในข้อ 1.3.2 เกี่ยวกับขอบเขตของการประเมิน ทั้งขอบเขตในเชิงเนื้อหา และขอบเขตในเชิงกลุ่มเป้าหมาย ข้างต้น **สำหรับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ** ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) การพูดคุยสนทนาอย่างไม่เป็นทางการ (Informal Talk) การสังเกตทั่วไปแบบไม่มีโครงสร้าง (Non-Structured Observation) การสังเกตโดยตรงแบบไม่มีโครงสร้าง (Non-Structured Direct Observation) พร้อมด้วยการเยี่ยมชมพื้นที่ปฏิบัติงานจริง (Site Visit) และการใช้วิธีการทำกรณีศึกษา (Case Study) โดยการเลือกกรณีที่มีความโดดเด่นในมิติต่าง ๆ

(อ่านรายละเอียดในข้อ 2.5) **สำหรับวิธีการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ** ใช้แบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 10 หน้า (ดูในภาคผนวก) ซึ่งมีเนื้อหาหรือข้อคำถามต่าง ๆ เกี่ยวกับการประเมินความพึงพอใจของผู้รับประโยชน์ที่เป็นพยาบาลและอาจารย์พยาบาล/ผู้ฝึกสอน/ผู้สร้างกระบวนการเรียนรู้ ในมิติต่าง ๆ เช่น ความพึงพอใจต่อการได้รับการพัฒนาสมรรถนะและการแสดงบทบาทเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบอนาคต, ความพึงพอใจต่อชุดการเรียนรู้และเอกสารต่าง ๆ ที่โครงการผลิตขึ้น, ความพึงพอใจต่อหลักสูตร/กระบวนการเรียนรู้/การอบรม/การดูงาน, ความพึงพอใจต่อองค์กร-หน่วยงานที่สังกัดในประเด็นการหนุนเสริมการขับเคลื่อนการทำงานตามกรอบอนาคต และความพึงพอใจต่อบทบาทของโครงการขับเคลื่อนฯ ในประเด็นต่าง ๆ

โดยเฉพาะการสื่อสาร, การสร้างความเข้าใจร่วมกัน, การสนับสนุนในด้านต่าง ๆ, การสร้างโอกาสในการเรียนรู้ ฯลฯ และการเปิดโอกาสให้สะท้อนปัญหา อุปสรรค จุดแข็ง จุดอ่อน บทเรียนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นท่ามกลางการทำงานของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องทั้งหมด เพื่อทำความเข้าใจ “ความเป็นทั้งหมด” (Totality) ของเรื่องนี้

อย่างไรก็ตาม สำหรับการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณนี้ ใช้เฉพาะกับกลุ่มเป้าหมายในข้อ 5 – 7 ตามที่ระบุไว้ในส่วนที่ 1 ซึ่งเป็นกลุ่มผู้รับประโยชน์ที่เป็นอาจารย์/ผู้สอน/วิทยากร พยาบาลวิชาชีพและนักศึกษาพยาบาล¹³ เท่านั้น

2.5 วิธีการเลือกกรณีศึกษาเพื่อการวิเคราะห์เชิงลึก

สำหรับการเลือกกรณีศึกษาหรือกรณีที่น่าสนใจเพื่อทำการวิเคราะห์เชิงสะท้อน และการวิเคราะห์แก่นประเด็นหลักในเชิงลึก โดยเฉพาะกรณีการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์/วิสัยทัศน์/วิธิต้อง/วิธีการทำงาน/การเรียนรู้/สมรรถนะในการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาล/ทีมพยาบาล ได้ใช้เกณฑ์ในการเลือกตัวอย่างหรือกรณีศึกษาที่สามารถให้รายละเอียดหรือสามารถสะท้อนกระบวนการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ พร้อมทั้งปัจจัย-องค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง ที่มีความโดดเด่นและมีนัยสำคัญในหลาย ๆ ระดับ (โปรดดูตารางที่ 1 ประกอบด้วย) **ยกตัวอย่างเช่น กรณีของภาคใต้** ที่เลือกองค์กรและพื้นที่การทำงานของ รพ.สต. เขาไม้แก้ว อ.สิเกา จ.ตรัง เนื่องจากเป็นสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ที่มีการทำงานร่วมกับชุมชนอย่างใกล้ชิด ทำให้เกิดระบบสุขภาพของชุมชนที่มีหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นตัวหนุนเสริม นับว่าเป็น community-based health

promotion ที่มีนัยสำคัญและน่าสนใจมากต่อการสร้างการเรียนรู้ ถึงแม้ว่าจะไม่ใช่การนำโดยพยาบาล แต่เป็นการทำงานของทีมนักวิชาการสาธารณสุข/ทีมสหวิชาชีพ ที่ให้ความสำคัญกับบทบาทของชุมชน ทำให้เกิดพลังขับเคลื่อนองค์กรและชุมชน ที่มีศักยภาพและความหมายต่อการสร้างการเรียนรู้ให้กับพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลในการมองเรื่อง “สุขภาพ” แบบองค์รวม หรือเกิดความเข้าใจเรื่อง “สุขภาพ” อย่างมีความเชื่อมโยงกันระหว่างตัวบุคคล ชุมชน สิ่งแวดล้อม นโยบายและระบบบริการ ตามกรอบยุทธศาสตร์ของอนาคตาวาที่ชัดเจนมาก

ในกรณีของภาคเหนือ ยกตัวอย่างเช่น การเลือกทีมงาน/องค์กรและพื้นที่การทำงานของ รพ.แม่ลาว อ.แม่ลาว เชียงราย ซึ่งเป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ เพราะทั้งแพทย์และพยาบาลมีบทบาทในการทำงานเชิงเสริมพลังอำนาจร่วมกับชุมชน

¹³ อย่างไรก็ตาม สำหรับกรณีของนักศึกษาพยาบาลนี้ ในที่สุดทางโครงการฯ ไม่สามารถติดตามได้ในปริมาณที่พอเพียง ต่อการศึกษารายละเอียดจากส่วนใหญ่จบการศึกษาไปแล้ว ทางคณะพยาบาลฯ ที่รับผิดชอบไม่สามารถติดตามได้ สำหรับกรณีบางส่วนที่มีข้อมูล แต่พบว่าข้อมูลที่ได้รับมาไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง เช่น เบอร์โทรศัพท์ผิด ชื่อผิด ไม่สามารถติดต่อได้ และบางส่วนหรือบางพื้นที่ทางโครงการประเมินผลไม่ได้รับความร่วมมือในการให้ข้อมูลการติดต่อที่จำเป็นจากทีมงานผู้รับผิดชอบในระดับคณะ ทำให้ไม่สามารถติดตามได้ จึงเหลือการประเมินด้วยแบบสอบถามเฉพาะพยาบาล และอาจารย์คณะพยาบาลบางส่วนที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรอนาคตาวาเท่านั้น

ท้องถิ่น หรือพื้นที่ให้บริการที่อยู่ในความรับผิดชอบอย่างใกล้ชิด ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมหาศาลในเรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชน เพื่อชุมชนของชุมชนอย่างแท้จริง และกรณีของ รพ.สต. บ้านห้วยทราย ต.แม่ทา อ.แม่ฮอน เชียงใหม่ ที่มีการขับเคลื่อนเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม มีความเชื่อมโยงและมีความเป็นหนึ่งเดียวกันระหว่าง รพ.สต. และชุมชน ซึ่งเป็นกรณีที่เหมาะสมสำหรับการสร้างกระบวนการทัศน์ใหม่ในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพให้กับพยาบาลและวิชาชีพต่าง ๆ เป็นอย่างยิ่ง เพราะเป็นกรณีพื้นที่ ๆ กระทำการกับปัจจัยกำหนดสุขภาพในระดับโครงสร้าง และในบางกรณีได้เลือกพื้นที่การทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่มีการเปลี่ยนแปลงตนเองในเชิงกระบวนการ

ทัศน์ เชิงสมรรถนะใหม่ ๆ ที่จำเป็นสำหรับการเป็นนักสร้างเสริมสุขภาพ และมีผลงานโดดเด่น เช่น กรณีที่ทีมงานพยาบาลของ รพ.ศูนย์ขอนแก่น ซึ่งเป็นองค์กรที่มีนโยบายและการออกแบบกระบวนการทำงานอย่างมีความเชื่อมโยงหรือสานพลังกันระหว่างหน่วยบริการระดับตติยภูมิ ลงไปยังระดับทุติยภูมิ และระดับปฐมภูมิที่มีความชัดเจนมาก ซึ่งเป็นการทำงานเชิงรุกที่ได้ผลในหลาย ๆ ด้านที่มีความน่าสนใจและสำคัญยิ่ง และนโยบายของ รพ.ศูนย์ขอนแก่นทำให้พยาบาลเกิดการปรับกระบวนการทัศน์/วิธีคิด/วิธีมอง/วิธีการทำงาน/การแสดงบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างชัดเจน เป็นต้น

ตารางที่ 1 ทีมงานพยาบาล องค์กรหรือพื้นที่การทำงานที่มีความโดดเด่นในด้านต่าง ๆ และเหตุผลที่เลือกทำการวิเคราะห์เชิงสะท้อน เพื่อให้เห็นกระบวนการและปัจจัย-องค์ประกอบในการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์/วิธีคิด/วิธีมอง/วิธีการทำงานในการสร้างเสริมสุขภาพ

ภูมิภาค	ทีมงาน/องค์กร/พื้นที่การทำงานที่เลือกวิเคราะห์ เพื่อเป็นกรณีตัวอย่างการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์/วิธีมอง/วิธีการทำงาน	เหตุผลที่เลือกทีมงาน/องค์กร/พื้นที่เหล่านี้
● ภาคอีสาน	1) รพ. ศูนย์ขอนแก่น อ.เมือง จ.ขอนแก่น (ระดับตติยภูมิ)	มีความโดดเด่นในด้านการสร้างระบบบริการและการปรับโครงสร้างขององค์กรที่มีความเชื่อมโยงกับระบบบริการปฐมภูมิ และทุติยภูมิอย่างสอดคล้องเชื่อมประสาน และหนุนเสริมซึ่งกันและกันอย่างชัดเจน ทำให้พยาบาลเกิดการเปลี่ยนกระบวนการทัศน์/ทัศนคติ/สมรรถนะในด้านต่าง ๆ
	2) ทีมงานพยาบาลวิชาชีพในคลินิกวิสัญญี รพ.สรรพสิทธิประสงค์ อ.เมือง จ.อุบลราชธานี (ระดับตติยภูมิ)	ความสามารถในการคิดค้น/ปรับปรุงระบบบริการ และการทำงานเชิงเสริมพลัง/เชื่อมโยงระหว่างคลินิกต่าง ๆ ภายใต้นโยบาย “การเป็นโรงพยาบาลปลอดภัย” ทำให้ผู้รับบริการ/ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น และมีศักยภาพในการตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัด/การบริการต่าง ๆ ที่ครบวงจรมากขึ้น (โดยเฉพาะการเลิกบุหรี่) ทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น

ภูมิภาค	ทีมงาน/องค์กร/พื้นที่การทำงานที่เลือกวิเคราะห์ เพื่อเป็นกรณีตัวอย่างการเปลี่ยนแปลงกระบวนการ/วิธีมอง/วิธีการทำงาน	เหตุผลที่เลือกทีมงาน/องค์กร/พื้นที่เหล่านี้
	3) ทีมงานพยาบาล รพ.มหาสารคาม อ.เมือง มหาสารคาม และชุมชน/ประชาคมจังหวัดมหาสารคาม (ระดับตติยภูมิ)	ทีมงานพยาบาลมีความมุ่งมั่น/ตั้งใจ มีการแสวงหาความรู้และการเรียนรู้จากกรณีตัวอย่างต่าง ๆ อยู่เสมอ ทำให้สามารถทำงานขับเคลื่อนสุขภาพทุกด้านที่สะท้อนความรู้ความเข้าใจ สมรรถนะ/ความสามารถเกี่ยวกับการขับเคลื่อนสุขภาพในความหมายของประชาชน/การส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชนและความสามารถในการอธิบายกรอบออตตาวาอย่างชัดเจน เป็นระบบ
● ภาคเหนือ	1) รพ.สต.บ้านห้วยทราย ต.แม่ทา อ.แม่ฮอน จ.เชียงใหม่ และชุมชนตำบลแม่ทา (ระดับปฐมภูมิ)	มีความโดดเด่นในด้าน <u>การขับเคลื่อนสุขภาพองค์กรรวม</u> และความร่วมมือหรือการผนึกกำลังกันระหว่าง รพ.สต.และชุมชนในการสร้างสุขภาพ/การทำงานเชิงระบบ โครงสร้าง, นโยบายและสิ่งแวดล้อม และ/หรือ การกระทำกับตัวกำหนดทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพที่มีนัยสำคัญยิ่ง
	2) รพ.แม่ลาว อ.แม่ลาว จ.เชียงราย และชุมชนอำเภอแม่ลาว (ระดับทุติยภูมิ)	มีความโดดเด่นใน <u>การทำงานเชิงรุกทุกด้าน</u> ทั้งการปรับสิ่งแวดล้อม, การส่งเสริมอาชีพชุมชน, การสร้างรายได้ให้กับองค์กร, การพัฒนาศักยภาพบุคลากร, การประยุกต์ใช้ธรรมชาติบำบัดและการแพทย์ทางเลือกต่าง ๆ ในการรักษา บำบัดฟื้นฟู โดยชุมชนมีส่วนร่วมหรือเป็นฐานการขับเคลื่อนที่สำคัญร่วมกับ รพ. และการมีเครือข่ายจิตอาสาที่เข้มแข็ง ทำให้การแก้ไขปัญหาสุขภาพทำได้ผลดีและรวดเร็ว
	3) รพ.มหาราช อ.เมือง จ.เชียงใหม่ (ระดับตติยภูมิ)	มีความโดดเด่นใน <u>การปรับกระบวนการของพยาบาลและบุคลากร และการปรับระบบบริการ</u> ในการทำงานตามกรอบออตตาวาภายใต้บริบทของการเป็นหน่วยบริการตติยภูมิที่มีการึกจมาก ที่เดิมไม่เข้าใจว่าการสร้างเสริมสุขภาพคืออะไร และทำไมต้องทำเรื่องนี้

ภูมิภาค	ทีมงาน/องค์กร/พื้นที่การทำงานที่ เลือกวิเคราะห์ เพื่อเป็นกรณีตัวอย่าง การเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์/ วิธีมอง/วิธีการทำงาน	เหตุผลที่เลือกทีมงาน/องค์กร/ พื้นที่เหล่านี้
ภาคใต้	1) รพ.สต. เขาไม้แก้ว ต.เขาไม้แก้ว อ. สิเกา จ.ตรัง และชุมชนตำบลเขา ไม้แก้ว (ระดับปฐมภูมิ)	มีบทบาทโดดเด่นในการทำงานเชิงรุก ร่วมกับชุมชน, ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ระหว่าง รพ.สต.และชุมชน, ความสามารถ ในการดึงทรัพยากรจากภาครัฐ/เอกชน, ความเชื่อมโยงระหว่างเรื่องสุขภาพกับ เศรษฐกิจพอเพียง/การส่งเสริมอาชีพและ รายได้/การเป็นแหล่งท่องเที่ยว, สิ่งแวดล้อม ทางกายภาพและสังคม และบริบททาง วัฒนธรรมที่หลากหลายทั้งพุทธและมุสลิม

สำหรับการเลือกกรณีตัวอย่างศูนย์เรียนรู้ (ดูตาราง
ที่ 3 ประกอบด้วย) เพื่อวิเคราะห์ศักยภาพของศูนย์
เรียนรู้ ได้ให้ความสำคัญกับข้อมูลด้านความสามารถ
ในการถ่ายทอด ความครอบคลุมของประเด็น/มิติ
ต่าง ๆ ที่สำคัญ ๆ และความพร้อมของบุคลากรใน
ศูนย์เรียนรู้ในการสร้างการเรียนรู้/การพัฒนา

สมรรถนะด้านต่าง ๆ ให้กับพยาบาล/บุคลากรสุขภาพ
วิชาชีพต่าง ๆ/ทีมสหวิชาชีพ ที่มีความเชื่อมโยงกันใน
ระหว่างทีมงาน ภารกิจที่ทำ ระบบ/โครงสร้างของ
องค์กร และปัจจัยองค์ประกอบต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับบริบท
พื้นที่ในเขตให้บริการทั้งประเภทปฐมภูมิ, ทุติยภูมิ
และตติยภูมิ

2.6 วิธีการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล

สำหรับในส่วนที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการ
วิเคราะห์เอกสาร/สื่อ/อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง
(Documentary and Artifact Analysis) การวิเคราะห์
เนื้อหา (Content Analysis) ที่อิงอยู่กับแนวคิดและ
ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบออตตาวา
(Ottawa Charter 1986) รวมถึง การวิเคราะห์ตัวบท
(Analysis Of Text) หรือการวิเคราะห์แก่นประเด็น
สาระสำคัญที่เกี่ยวข้อง (Thematic Analysis) และ
การวิเคราะห์เชิงสะท้อน (reflexive analysis) เพื่อ
ทำให้โครงการฯ ได้รับมุมมองต่าง ๆ ที่หลากหลาย
ทำให้เกิดแรงบันดาลใจ และถ้าจะมีการดำเนิน
โครงการฯ ในระยะต่อไป จะได้เกิดมุมมองและ

ช่องทางใหม่ ๆ ในการทำงาน หรือไม่ผูกติดการ
ทำงานแบบบนลงสู่ล่าง (top-down) หรือติดอยู่กับ
แบบแผนเดิม ๆ มากเกินไป แต่สามารถมองเห็น
ศักยภาพและข้อจำกัดในมิติต่าง ๆ อย่างครบถ้วน
หรือเกิดการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติ และ/หรือการ
สร้างเสริมพลังอำนาจให้กับตนเอง/องค์กร/โครงการ/
พื้นที่มากขึ้น (empowerment and/or interactive
learning through action)

สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติแบบ
เชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าร้อยละ
ค่าเฉลี่ย (Mean) การแจกแจงความถี่ (Frequency)

และการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางไขว้ (Cross-Tabulation) สำหรับการสังเคราะห์ข้อมูล ใช้วิธีการสังเคราะห์ประเด็นต่าง ๆ ที่มีความสำคัญและมีความเกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้มองเห็นภาพรวมของการขับเคลื่อนในด้านต่าง ๆ ซึ่งการที่จะสังเคราะห์ประเด็นใดนั้น ขึ้นอยู่กับข้อมูลที่จะได้รับมาเป็นหลัก ทั้งข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) และข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ซึ่งผลจากการเก็บข้อมูล พบว่า ประเด็น และ/หรือตัวแปรที่มีความสำคัญต่อการทำงานของโครงการขับเคลื่อนฯ ในครั้งนี้ คือ ประเภทหรือสถานภาพของหน่วยบริการว่า อยู่ในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ หรือตติยภูมิ ซึ่ง

บริบทการทำงานของหน่วยบริการทั้ง 3 ประเภทนี้มีความแตกต่างกัน และส่งผลต่อกระบวนการเรียนรู้ และ/หรือการสร้างกระบวนการเรียนรู้/การเปลี่ยนแปลงเรื่อง “การสร้างเสริมสุขภาพ” หรือมุมมองเกี่ยวกับสุขภาพ และการขับเคลื่อนสุขภาพ ตามกรอบออตตาวา ซึ่งเห็นได้ชัดเจนว่าในแต่ละระดับควรจะมีจุดเน้นของการเรียนรู้สำหรับพยาบาลหรือวิชาชีพต่าง ๆ ในระบบบริการสุขภาพที่แตกต่างกัน ดังนั้น ประเด็นนี้ จึงมีความสำคัญที่ควรได้รับการวิเคราะห์อย่างค่อนข้างละเอียด เพื่อเป็นองค์ความรู้และสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องร่วมกัน

2.7

วิธีการประเมินประสิทธิภาพของโครงการ (Efficiency Evaluation)

ใช้วิธีการประเมินหรือวิเคราะห์แบบง่าย คือ การวัดหรือประเมินเฉพาะความคุ้มค่าในด้านจำนวนผู้รับประโยชน์ทั้งหมดทุกประเภทที่เกี่ยวข้อง เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนทรัพยากร หรืองบประมาณ

ที่ใช้ไป (ประเมินภาพรวม) เพื่อให้มองเห็นต้นทุนต่อหัว หรือค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่ายต่อหัว เมื่อเทียบกับผลที่เกิดขึ้นในบางด้านเท่านั้น

2.8

ปัญหาอุปสรรคในการเก็บข้อมูล

เนื่องจากฐานข้อมูลต่าง ๆ ของโครงการไม่ครบถ้วน โดยเฉพาะรายชื่อผู้รับประโยชน์ของโครงการที่เป็นพยาบาลและนักศึกษาที่เข้าร่วมเรียนรู้ในพื้นที่ต่าง ๆ ของแต่ละภาค ไม่ครบถ้วน (มีรายชื่อ แต่ไม่มีข้อมูลการติดต่อ หรือข้อมูลการติดต่อไม่ถูกต้อง) หรือบางคณะ/สถาบันฯ ไม่ได้บันทึกข้อมูลไว้อย่างเป็นระบบ หรือบางคณะ/สถาบันฯ แจ้งว่าข้อมูลสูญหาย และบางคณะ/สถาบันฯ อาจมีข้อมูลอยู่ แต่ทางโครงการประเมินผลฯ ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลชุดดังกล่าวได้ ยกเว้นกรณีของคณะพยาบาลศาสตร์ ม.เชียงใหม่

ที่มีการบันทึกข้อมูลรายชื่อผู้รับประโยชน์/ผู้เข้าร่วมประชุมเรียนรู้ในระดับภาคไว้ อย่างไรก็ตาม เมื่อส่งแบบสอบถามไป ผลปรากฏว่า ไม่ค่อยได้รับความร่วมมือในการตอบและจัดส่งแบบสอบถามกลับคืนมายังชื่อและที่อยู่ของผู้ประสานงาน ตามที่โครงการประเมินผลฯ ได้จัดเตรียมซองเจ้าหน้าที่ติดตามติดต่อครบถ้วนไว้ให้ หรือได้รับกลับมาในปริมาณที่ต่ำกว่าความคาดหวังหรือตัวเลขประมาณการค่อนข้างมาก จึงทำให้การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามในส่วน of พยาบาลผู้รับประโยชน์และผู้มีส่วน

เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้จำนวนน้อยมาก เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนทั้งหมดที่ระบุไว้ในข้อเสนอโครงการประเมินผล และสำหรับกรณีของนักศึกษาพยาบาล ก็เช่นกัน พบว่า บางคณะ/สถาบันฯ ได้ให้ข้อมูลรายชื่อมา แต่เมื่อทีมงานโครงการประเมินผลได้โทรศัพท์ติดต่อไปหลายหลายครั้ง แต่ก็ไม่สามารถติดต่อได้ เพราะอาจจะมีการเปลี่ยนเบอร์โทรศัพท์ หรือเบอร์อาจไม่ถูกต้อง หรือบางกรณีผู้รับเห็นเบอร์

การติดต่อที่ไม่คุ้นเคยก็ไม่รับสาย เป็นต้น ทำให้ไม่สามารถติดตามได้ หรือติดตามพูดคุยได้บ้างในปริมาณที่น้อยมาก และบางแห่งทางผู้รับผิดชอบหลักในระดับคณะพยาบาลศาสตร์ ไม่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลและติดตามให้ตามที่รับปากไว้ ทำให้การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณประสบความสำเร็จไม่มาก เมื่อเทียบกับแผนที่วางไว้

2.9 การนำเสนอผลการศึกษาวิจัย ติดตามและประเมินผล

เนื่องจากการวิจัย ติดตามและประเมินผลในครั้งนี้ใช้กระบวนการทัศนวิสัยวิทยา วิธีการและข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ และกำหนดจุดเน้นของการประเมินไปที่กระบวนการและวิธีการพัฒนาสมรรถนะตามกรอบออดดารา, กระบวนการมีส่วนร่วม หรือการให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมหรือความเป็นเจ้าของร่วมกัน (ownership) ของผู้เกี่ยวข้องหรือภาคีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของโครงการ และของแกนหลักในระดับคณะ/สถาบันการศึกษา ที่มีบทบาทเป็นแกนขับเคลื่อนหลักในระดับภาคและระดับองค์กร, การบรรลุผลด้านผลผลิต (outputs) ที่กำหนดไว้ และคุณภาพ/ความพอใจของผลผลิตที่พัฒนาขึ้นต่อการนำไปใช้ในการสร้างการเรียนรู้/การเปลี่ยนแปลง, การเปลี่ยนแปลงในเชิงกระบวนการ/ทัศนคติ มุมมอง ทักษะ ทักษะ หรือสมรรถนะ การปฏิบัติ/การแสดงบทบาทในด้านต่าง ๆ ของพยาบาลวิชาชีพที่มีความเชื่อมโยงกับกรอบออดดารา ผ่านกลไกที่สำคัญที่โครงการส่งเสริมหรือพัฒนาขึ้น คือ ศูนย์การเรียนรู้วัฒนธรรมซึ่งมุ่งเน้นไปที่การประเมินและวิเคราะห์ศักยภาพของศูนย์เรียนรู้ในการเป็นแหล่งป่มเพาะหรือเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศนคติ รวมถึง เน้นไปที่การสะท้อนความพึงพอใจ, จุดแข็ง-จุดอ่อน สิ่งที่ดี สิ่งที่ต้องปรับปรุง ปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ จากทัศนะ

และมุมมองของพยาบาลและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด



ดังนั้น การนำเสนอผลการประเมิน ณ ที่นี้ จึงแบ่งการนำเสนอออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ผลการประเมินเชิงคุณภาพ (Qualitative results)

เน้นการนำเสนอผลการศึกษาวิจัยและประเมินบนฐานของข้อมูลและสารสนเทศ ที่ได้รับมาจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการ และการสังเกตทั้งแบบทางตรงและทางอ้อมแบบไม่มีโครงสร้าง กับคณะกรรมการโครงการ, คณะทำงานหลักของโครงการ, แกนขับเคลื่อนหลักในระดับคณะ/สถาบันการศึกษาศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง, พยาบาลวิชาชีพ และผู้เกี่ยวข้อง ที่ทำงานอยู่ในหน่วยบริการสุขภาพระดับต่าง ๆ ครอบคลุมทั้งระดับปฐมภูมิ หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ระดับตำบล, ระดับทุติยภูมิ หรือ รพ.ชุมชน และ รพ.ระดับตติยภูมิ ได้แก่ รพ.ศูนย์ และ รพ.ทั่วไป ในจังหวัดต่าง ๆ ที่อยู่ในพื้นที่การทำงานของคณะ/สถาบันในแต่ละภูมิภาค รวมทั้ง อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้รับบริการ/ผู้ป่วย/ญาติ ผู้นำชุมชน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือตัวแทนชุมชนประเภทต่าง ๆ และประชาชน ซึ่งเป็นผู้รับประโยชน์ หรือได้รับผลกระทบทั้งเชิงบวกและเชิงลบจากการทำงานของพยาบาลและบุคลากรวิชาชีพต่าง ๆ ในระบบบริการสุขภาพ



ผลการประเมินเชิงปริมาณ (Quantitative results) ซึ่งเป็นผลการศึกษาวิจัยและประเมินบนฐานของข้อมูลและสารสนเทศ ที่ได้จากการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม (Questionnaire) กับกลุ่มเป้าหมายหลัก คือ พยาบาลวิชาชีพ และอาจารย์พยาบาล ที่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องกรอบการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของหออดตาวา สำหรับการนำเสนอในส่วนนี้ มีจุดเน้นอยู่ที่ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับประโยชน์ที่เป็นพยาบาลวิชาชีพและอาจารย์พยาบาลที่เข้าร่วมโครงการในมิติหรือประเด็นต่าง ๆ เช่น ความพึงพอใจต่อการได้รับการพัฒนาสมรรถนะตามกรอบหออดตาวา ความพึงพอใจต่อการแสดงบทบาทและการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบหออดตาวา, ความพึงพอใจต่อการทำงานหรือการสนับสนุนขององค์กร/หน่วยงาน เพื่อ

ตอบสนองต่อกรอบของหออดตาวา รวมถึงความพึงพอใจต่อการทำงานของโครงการขับเคลื่อนฯ และข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะต่าง ๆ ของพยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้รับประโยชน์และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง



ผลการประเมินประสิทธิภาพของโครงการ แบบง่าย ซึ่งเป็นการประเมินผลที่ได้ หรือสิ่งที่ได้รับ/สิ่งที่เกิดขึ้น กับทรัพยากรที่ใช้ไป โดยเฉพาะจำนวนเงิน/งบประมาณ ของโครงการขับเคลื่อนฯ ที่ใช้ไปกับจำนวนผู้รับประโยชน์ หรือจำนวนผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดของโครงการ และข้อสังเกตต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

สรุปภาพรวม การบรรลุผลของโครงการตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้และข้อเสนอแนะ พร้อมทั้ง จุดแข็ง/สิ่งที่ดี จุดอ่อน/สิ่งที่ควรปรับปรุง ปัญหา-อุปสรรค : สำหรับในส่วนนี้เป็นการสรุปให้เห็นความเชื่อมโยงระหว่างผลการประเมินเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ และการบรรลุผลของโครงการในภาพรวมตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ของโครงการว่าสามารถบรรลุผลได้มากน้อยแค่ไหน เพียงใด อย่างไร เพราะอะไร รวมทั้งสะท้อน จุดแข็ง จุดอ่อนที่สำคัญเพื่อนำไปใช้ในการปรับปรุงการทำงานของโครงการในระยะต่อไป



ส่วนที่

3

ผลการศึกษาวิจัย ติดตามและประเมินผล



ผลการศึกษาวิจัย ติดตามและประเมินผล



3.1 ผลการประเมินเชิงคุณภาพ

3.1.1 กระบวนการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพตามกรอบออตตาวา (ทั้งระดับโครงการ และที่เชื่อมโยงไปยังระดับภาคทั้ง 5 ภาค)

จากการติดตามและประเมินผลการทำงานของโครงการขับเคลื่อนพยาบาลวิชาชีพเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งมีจุดเน้นอยู่ที่การพัฒนาหรือยกระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพให้สามารถทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างมีความเชื่อมโยงระหว่างปัจเจกบุคคล ชุมชน สิ่งแวดล้อม นโยบายและระบบบริการ ตามกรอบออตตาวานั้น ที่ประเมินฯ พบว่าโครงการฯ ได้ใช้กระบวนการและวิธีการทำงานร่วมกับสถาบันการ

ภาคกลางและกรุงเทพมหานคร ภาคตะวันออกและภาคตะวันตก ภาคอีสาน ภาคเหนือ และภาคใต้ โดยมีคณะพยาบาลศาสตร์ ม.มหิดล เป็นแกนขับเคลื่อนหลักของภาคกลาง ในขณะที่คณะพยาบาลศาสตร์ ม.บูรพา เป็นแกนขับเคลื่อนหลักในภาคตะวันออก และบวบบางจังหวัดของภาคกลาง (ได้แก่ ลพบุรี, ปราจีนบุรี, สระแก้ว) ในขณะที่คณะพยาบาลศาสตร์ ม.ขอนแก่น เป็นแกนขับเคลื่อนหลักของภาคอีสาน ทั้งอีสานเหนือ/กลาง/ใต้ คณะพยาบาลศาสตร์ ม.เชียงใหม่ เป็นแกนขับเคลื่อนหลักของภาคเหนือ และสุดท้ายคือ คณะพยาบาลศาสตร์ ม.สงขลานครินทร์ เป็นแกนขับเคลื่อนหลักของภาคใต้ โดยแต่ละคณะ/สถาบันการศึกษาได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการ หรือส่วนใหญ่เรียกว่า **“คณะทำงานพื้นที่ภาค”** ซึ่งในทางหลักการ หรือตามที่โครงการกำหนดไว้ คือ ควรประกอบไปด้วยตัวแทนสภาการ

พยาบาลจังหวัด, หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลของโรงพยาบาล/หน่วยบริการในพื้นที่, ตัวแทนสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยที่มีเครือข่ายระดับภาค หรืออาจเรียกว่า สมาคมพยาบาลระดับภูมิภาค นอกจากนี้ ก็มีแกนหลักของคณะพยาบาลฯ หรือสถาบันการศึกษาอยู่ในคณะกรรมการชุดนี้ด้วย และโดยหลักการ คณะกรรมการหรือคณะทำงานชุดนี้ควรมียุทธศาสตร์สำคัญในการขับเคลื่อนการทำงานในระดับภาค ซึ่งจริง ๆ แล้วในแต่ละภาคประกอบไปด้วยจำนวนจังหวัดต่าง ๆ จำนวนมาก รวมทั้งจำนวนพยาบาลในแต่ละภาค หรือแต่ละจังหวัด ก็มีจำนวนมากเช่นเดียวกัน ดังนั้น การคิดค้นยุทธศาสตร์/กลยุทธ์/กลวิธีในการขับเคลื่อน เพื่อให้สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่มีอยู่จำนวนมากภายใต้เวลาการทำงานที่มีอยู่อย่างค่อนข้างจำกัด จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งโดยปกติ จะต้องวิเคราะห์ว่าจะเคลื่อนอย่างไร จากไหนไปไหน ด้วยช่องทางใด ใครสัมพันธ์กับใคร ช่องทางหรือวิธีการ/กลยุทธ์ใดที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล หรือจะสามารถใช้เป็นจุดคานงัดของระบบที่เป็นอยู่ได้มากที่สุด หรือช่องทางใดและกลยุทธ์ใด ที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงการส่งเสริมด้านการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลตามกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์อดีตมาได้มากที่สุด หรือมีศักยภาพสูงสุด เพราะคำว่า **“การขับเคลื่อน”** เป็นคำหลัก (keyword) ที่สำคัญมากของโครงการฯ นี้ แต่พบว่า บทบาทการขับเคลื่อนในส่วนนี้ของคณะกรรมการหรือคณะทำงานระดับพื้นที่ภาคยังคงค่อนข้างมีน้อยมาก หรือยังไม่ได้รับการให้ความสำคัญมากเท่าที่ควร หรือยังมองเห็นได้ไม่ค่อยชัดเจน ไม่ว่าจะเป็นพื้นที่ไหนก็ตาม ยกเว้น กรณีของคณะพยาบาลศาสตร์ ม.บูรพา และคณะพยาบาลศาสตร์ ม.เชียงใหม่ ที่ให้ความสำคัญกับกลไกตรงนี้พอสมควร โดยเฉพาะกรณีของคณะพยาบาลศาสตร์ ม.บูรพา เพราะมีการเอ่ยถึงบทบาท ความ

ร่วมมือ การเชื่อมประสาน และมีการนัดหมายให้สัมภาษณ์/พูดคุยกับตัวแทนของสมาคมพยาบาลภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งทำให้ทีมประเมินผล ได้รับข้อมูลด้านปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนและการส่งเสริม หรือการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในระดับภาค และในระบบบริการสุขภาพที่ยังมีอุปสรรคต่าง ๆ อีกหลายประการด้วยไม่ว่าจะเป็นในระดับปฐมนิเทศ, ทักษะ หรือระดับตติยภูมิก็ตาม

อย่างไรก็ตาม ทางโครงการประเมินผลก็พบในเวลาเดียวกันด้วยว่า คณะทำงานโครงการขับเคลื่อนฯ ในส่วนกลาง ได้กำหนดกระบวนการและวิธีการทำงานต่าง ๆ เอาไว้แล้วอย่างเป็นขั้นตอนด้วยเช่นกัน ซึ่งการทำงานที่มีขั้นตอนแบบหนึ่งสองสามในลักษณะนี้ พบว่า มีทั้งข้อดี/จุดแข็ง และข้อเสีย/จุดอ่อน (ซึ่งจะได้กล่าวถึงเรื่องนี้อย่างค่อนข้างละเอียดในหัวข้อที่เกี่ยวกับการประเมินจุดแข็ง จุดอ่อน ปัญหาอุปสรรคของโครงการฯ ในส่วนสุดท้ายของรายงานด้วย) โดยในขั้นแรกโครงการขับเคลื่อนฯ ได้กำหนดให้แต่ละคณะ/สถาบัน ทำการสำรวจระดับสมรรถนะ หรือศึกษาสถานการณ์และบทบาทของพยาบาลในแต่ละภาค (competency survey) ด้วยการใช้เครื่องมือ หรือแบบสอบถามที่คณะผู้ทรงคุณวุฒิและแกนขับเคลื่อนหลักระดับคณะฯ ช่วยกันออกแบบ และ/หรือผ่านกระบวนการออกแบบที่ต้องอิงกับข้อมูลและหลักการทางวิชาการต่าง ๆ พอสมควร ซึ่งภารกิจในส่วนนี้ ทางโครงการฯ จำเป็นต้องดึงการมีส่วนร่วมในการกำหนดกรอบการสำรวจ/การประเมินสถานการณ์และบทบาทของพยาบาล และการให้ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะต่าง ๆ เพื่อปรับปรุงเครื่องมือหรือแบบสอบถามให้มีความถูกต้อง มีความครอบคลุม และมีความชัดเจน สามารถใช้เป็นแบบมาตรฐานในการสำรวจในทุกภูมิภาคได้ ซึ่งกระบวนการหรือขั้นตอนตอนนี้ ต้องใช้เวลาในการทำงานในส่วนนี้

ค่อนข้างพอสมควร และเมื่อแบบสอบถามพร้อมแล้ว ก็มอบหมายให้แต่ละคณะ/สถาบันฯ ของแต่ละพื้นที่ ลงมือทำการสำรวจ ซึ่งทุกสถาบันฯ ใช้วิธีการส่งแบบสอบถามไปยังพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานอยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ, ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ที่มีอยู่จำนวนมากในแต่ละภูมิภาค หรืออาจกล่าวได้ว่า โดยเฉลี่ยภูมิภาคละประมาณ 5,000 คน¹⁴ และเมื่อได้แบบสอบถามกลับมาแล้ว แต่ละคณะ/สถาบันฯ ที่รับผิดชอบต้องนำมาประมวลข้อมูล ซึ่งเป็นกระบวนการหรือขั้นตอนที่ต้องใช้เวลาเป็นอย่างมาก อีกเช่นเดียวกัน เพราะมีรายละเอียดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในการประมวลผลข้อมูล ไม่ว่าจะเป็นการตรวจสอบความครบถ้วน/ถูกต้องของข้อมูลที่ได้รับมา, การจัดทำคู่มือลงรหัส, การลงรหัสและบันทึกข้อมูล, การประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติประเภทต่าง ๆ, การเขียนอธิบายผลที่ได้ ฯลฯ

สำหรับผลผลิตและผลลัพธ์สำคัญที่ได้รับจากการสำรวจหรือศึกษาสถานการณ์และบทบาทของพยาบาลในครั้งนี้ ก็คือ **“ผลการศึกษาระดับสมรรถนะในการสร้างเสริมสุขภาพและการปฏิบัติบทบาทพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบปฏิบัติการรอบรอดตาในบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ”** ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวนี้ ทำให้แต่ละภาค ได้ทราบว่าพยาบาลวิชาชีพในแต่ละภาคทำงานอะไร หรือมีบทบาทอะไรอยู่แล้วบ้าง ทำงานอย่างไร ทำกับใคร และทำอะไรที่เข้าข่ายหรือสอดคล้องกับกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์รอบรอดตาอยู่แล้วบ้าง และหลังจากนั้น ทางทีมงานขับเคลื่อนหลักระดับโครงการฯ และทีมงานของแต่ละสถาบัน ก็ได้ทำการคัดเลือกพื้นที่/กรณี/องค์กร/บุคคล/โครงการ ที่มีความโดดเด่น หรือมีศักยภาพ หรือมีความสอดคล้องกับกรอบรอบรอดตาอย่างมากที่สุด

เพื่อทำการศึกษา ทบทวน วิเคราะห์ ประเมินกรณีนั้น ๆ อย่างรอบด้านในเชิงลึก โดยในขั้นตอนของการศึกษา เก็บข้อมูล ประมวลผลจากประสบการณ์ของแต่ละพื้นที่ ก็เป็นกระบวนการและขั้นตอนที่ต้องใช้เวลาพอสมควรเช่นกัน เพราะต้องมีการสัมภาษณ์ผู้เป็นเจ้าของผลงาน/โครงการ และผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด รวมทั้งมีการเข้าไปศึกษาพื้นที่ปฏิบัติการในระดับชุมชนที่เกี่ยวข้องด้วย สำหรับการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับมาจากพื้นที่/องค์กร-หน่วยงาน/บุคคลทางโครงการฯ ก็ได้ใช้กรอบรอดตาในการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล ประสบการณ์ กิจกรรม สิ่งที่เกิดขึ้นของพื้นที่/องค์กร/โครงการฯ และขั้นตอนต่อมาทางโครงการฯ ก็ได้จัดให้มีการนำเสนอผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์กรณีศึกษาต่าง ๆ จากพื้นที่ต่าง ๆ เพื่อปรับปรุงแก้ไข โดยมีคณะผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อคิดเห็น/มุมมองเชิงวิพากษ์ เพื่อนำไปสู่การแก้ไขด้วย ซึ่งเท่าที่ทราบจากการไปเก็บข้อมูลของแต่ละแห่งพบว่า การวิเคราะห์และสังเคราะห์ประสบการณ์จากพื้นที่นี้ ได้ผ่านการวิพากษ์หลายครั้งด้วยกัน และต่อมาแต่ละสถาบันฯ ได้จัดให้มีการนำเสนอของแต่ละองค์กร-หน่วยงาน เพื่อเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งเวทีระดับภูมิภาคในครั้งนี้ มีจำนวนผู้เข้าร่วมแต่ละเวที/แต่ละภูมิภาค ประมาณ 300-500 คน หรือประมาณการว่า รวมกันทั้งหมดประมาณ 2,000 – 2,500 คน

ต่อมาทางโครงการฯ หรือทีมงานในส่วนกลาง ได้จัดให้มีเวทีนำเสนอรวมอีกครั้งหนึ่ง เพื่อสร้างเวทีการเรียนรู้ข้ามภาค (cross-regional learning forum) โดยเชิญตัวแทนขององค์กร-หน่วยงาน/พื้นที่ ๆ เป็นเจ้าของนวัตกรรม หรือมีบทบาทการทำงานเชิงรุกต่าง ๆ ตามกรอบรอดตา มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในลำดับต่อไป ทางโครงการฯ ได้ทำการรวบรวมกรณีต่าง ๆ เหล่านี้ และได้จัดทำเป็นเอกสารจำนวน 487 หน้า ที่เรียกว่า **“นวัตกรรม**

¹⁴ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างของแต่ละภาค มีดังนี้คือ ภาคอีสาน มีมากที่สุดจำนวน 7,852 ราย ในขณะที่ภาคที่มีกลุ่มตัวอย่างรองลงมาคือ ภาคใต้มีจำนวน 7,463 ราย ตามด้วยภาคเหนือมีจำนวน 5,323 ราย ภาคตะวันออกและภาคตะวันตก จำนวน 4,375 ราย และสุดท้ายคือภาคกลางและกรุงเทพมหานคร จำนวน 4,256 ราย รวมเป็นทั้งหมด 29,269 ราย

การสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้บทบาทของวิชาชีพการพยาบาล โครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาล เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ” (จัดพิมพ์เมื่อกันยายน, 2557)

นอกจากเอกสารนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพฯ เล่มดังกล่าวนี้แล้ว ทีมแกนหลักของโครงการขับเคลื่อนฯ ของแต่ละภูมิภาค ซึ่งประกอบไปด้วยคณาจารย์ ในคณะพยาบาลศาสตร์ทั้ง 5 แห่ง และทีมงานที่ได้รับการคัดเลือกของแต่ละพื้นที่ ยังได้ร่วมกันจัดทำคู่มือการเรียนการสอน หรือที่เรียกว่า **“คู่มือผู้สอน” และ “คู่มือผู้เรียน”** เพื่อใช้ในการอบรม/สร้างการเรียนรู้สำหรับพื้นที่ ๆ มีผลงานการสร้างนวัตกรรมใหม่ ๆ ที่ได้รับการคัดเลือกให้เป็น **“แหล่งเรียนรู้ หรือศูนย์เรียนรู้นวัตกรรม”** ด้วย

นอกจากนี้ ทางโครงการฯ ยังได้จัดทำเอกสาร **“ชุดการเรียนรู้การพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ”** ขึ้นมาอีกจำนวน 7 ชุดการเรียนรู้ เพื่อใช้เป็นหลักสูตรการสร้างเสริมสุขภาพ ที่สามารถจะนำไปใช้ในหน่วยบริการระดับต่าง ๆ ทั้ง 3 ระดับ คือ ระดับปฐมภูมิ, ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ ซึ่งเช่นเดียวกัน ที่พบว่า เพื่อจะได้จัดทำรูปแบบชุดการเรียนรู้ทั้ง 7 เล่มสำเร็จ ก็ต้องผ่านกระบวนการและขั้นตอนต่าง ๆ ในทางวิชาการ และมีการปรับแก้หลายครั้ง เพื่อให้เอกสารมีความถูกต้องตามหลักวิชาการ มีความครอบคลุมมิติต่าง ๆ ของกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ออกดอกผลและประเด็นที่เชื่อมโยง (ทั้งด้านการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล, การสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน, การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม, การปรับระบบบริการสุขภาพ และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ฯลฯ) และสามารถใช้เป็นหลักสูตรหรือชุดการเรียนรู้ เพื่อสร้างการเรียนรู้เกี่ยวกับการขับเคลื่อนสุขภาพในมิติใหม่ ๆ ได้จริง และต่อมาทางแกนหลักในระดับคณะพยาบาลฯ ของแต่ละภูมิภาค ยังได้จัดทำเอกสารเกี่ยวกับ **“แนวทางการพัฒนานวัตกรรม”** ของแต่ละภาค

ขึ้นมาด้วย (ของบางคณะเช่น คณะพยาบาลศาสตร์ ม.ขอนแก่น ได้ทำการจัดพิมพ์เมื่อ ตุลาคม 2558) ซึ่งเป็นเอกสารที่ใช้สำหรับพื้นที่เรียนรู้/ศูนย์การเรียนรู้ในการพัฒนานวัตกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (ซึ่งจะได้กล่าวถึงรายละเอียด และทำการวิเคราะห์คุณภาพและความพอเพียงของเอกสารต่าง ๆ เหล่านี้บางส่วน ว่าจะสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาหรือส่งเสริมสมรรถนะของพยาบาลได้มากน้อยเพียงใด อย่างไร ในหัวข้อผลการประเมินเชิงคุณภาพนี้ด้วย)

ทั้งนี้การทำงานหรือการกำหนดกิจกรรมต่าง ๆ อย่างเป็นขั้นเป็นตอนต่าง ๆ ดังกล่าวมาข้างต้นนั้น พบว่า ข้อดี/จุดแข็ง คือ ทำให้มีความชัดเจนว่า ใครจะต้องทำอะไรก่อนหลัง และแต่ละกิจกรรม มีกรอบเวลากำกับอยู่ ทำให้งานสำเร็จ ลุล่วง หรือได้ผลผลิตตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ เป็นส่วนใหญ่ ยกเว้นเอกสารและข้อตกลงเชิงนโยบายบางส่วน ที่ไม่สามารถดำเนินการได้ เนื่องจากระยะเวลาการทำงานของโครงการฯ สิ้นสุดลงในเดือนกรกฎาคม 2559 แต่ก็อาจกล่าวได้ว่า โครงการฯ สามารถบรรลุผลผลิต (outputs) ที่ต้องการได้เป็นส่วนใหญ่ ยกเว้นเอกสารแนวทางการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับพยาบาลวิชาชีพ ในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ ที่ยังเป็นเพียงฉบับร่าง และต้องรอการทำงานหรือการนำไปใช้จริงในบริบทต่าง ๆ ก่อน จึงจะสามารถนำไปสู่การปรับปรุงอีกครั้งหนึ่งและจัดทำฉบับสมบูรณ์ เพื่อนำไปใช้อย่างเป็นทางการ หรือเพื่อเผยแพร่ในวงกว้างต่อไป

แต่ทั้งนี้การขับเคลื่อนในลักษณะนี้ ก็ยังมีจุดอ่อน/ข้ออ่อนอยู่ด้วยหลายประการ แต่ประเด็น **จุดอ่อนที่สำคัญยิ่ง คือ ทำให้เกิดสภาวะการทำงานแบบบนลงสู่ล่าง (top-down) หรือเกิดความสัมพันธ์แนวตั้งค่อนข้างมาก ทำให้การสื่อสารไม่ทั่วถึง เพราะไม่ได้ใช้พลังของชุมชน**

หรือความเป็นจริงในชุมชน ซึ่งที่จริง “ชุมชน” เป็นแหล่งเรียนรู้ หรือสามารถส่งเสริมและพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลและบุคลากรสุขภาพวิชาชีพต่าง ๆ ได้ดีที่สุดในหรือมากที่สุด เพราะเป็นการเรียนจากของจริง หรือชีวิตจริงของประชาชน/ชุมชน ดังนั้น การทำงานแบบเป็นขั้นเป็นตอนเพียงประการเดียว โดยขาดการใช้วิธีการเสริมพลัง หรือการมองหา หรือระบุจุดคานงัด (leverage point) ที่สำคัญในการเปลี่ยนแปลงควบคู่กันไปด้วย ทำให้เกิดการรอฟลังงานตามขั้นตอน หรือคนจำนวนมากมองว่า เป็นภารกิจหรือพันธกิจของบุคลากรโครงการในระดับส่วนบนเท่านั้น ไม่ได้เป็นโครงการที่ทุกคนสามารถแสดงพลัง หรือช่วยสร้างการเรียนรู้ได้ ซึ่งส่งผลทำให้ ไม่เกิดพลังร่วมในการขับเคลื่อนต่าง ๆ ที่มากพอ หรือยังไม่พอเพียงที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในระดับที่โครงการฯ กำหนดหรือตั้งชื่อโครงการฯ ไว้ว่าเป็น “โครงการขับเคลื่อน”

ดังนั้น ตรงจุดนี้จึงเป็นบทเรียนสำคัญด้วย เช่นเดียวกันว่า ถ้ามีการทำงานในระยะต่อไป ควรทำอย่างไร ถ้าโครงการฯ ให้ความสำคัญกับบทบาทของเครือข่าย และให้ความสำคัญกับข้อมูล หรือมีการจัดสรรทีมงานที่ดูแลติดตามข้อมูลเชิงลึกของแต่ละพื้นที่ด้วย เชื่อว่าจะทำให้เกิดผลลัพธ์ต่าง ๆ อย่างมหาดศาลในเวลาเดียวกันด้วย

นอกจากนี้ การใช้วิธีการเชิญให้พยาบาลจากหน่วยงานต่าง ๆ เข้ามาเรียนรู้ในเวทีต่าง ๆ ซึ่งตามปกติ มักจะไม่สามารถเชิญได้จำนวนมาก หรือสามารถเชิญเพียงแค่ตัวแทนได้แค่แห่งละ 1-5 คนเท่านั้น (เนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณที่กำหนดไว้และภารกิจงานประจำของพยาบาลแต่ละท่าน) ดังนั้น ทางโครงการขับเคลื่อนฯ จึงคาดหวังว่า จะให้ตัวแทนที่ได้มีโอกาสมาเข้ามาร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของโครงการแล้วนำไปถ่ายทอดหรือเผยแพร่ หรือสื่อสารต่อนั้น เท่าที่ประเมินรูปแบบนี้ใช้การไม่ค่อยได้

เพราะส่วนใหญ่ไม่ได้นำไปถ่ายทอดต่อ ทำให้พยาบาลที่อยู่ในหน่วยงานหรือหน่วยบริการสุขภาพประเภทต่าง ๆ ทั้ง 3 ระดับอีกเป็นจำนวนมาก หรือเป็นส่วนใหญ่ ยังไม่ได้รับข้อมูล ข่าวสาร/สารสนเทศ ขุดความรู้ ความเคลื่อนไหวต่าง ๆ ของโครงการฯ หรือได้รับเป็นบางส่วน ซึ่งเป็นส่วนน้อย

สำหรับกลุ่มที่ได้รับข้อมูล ข่าวสาร เอกสาร พบว่า จำนวนมากยังไม่ทราบรายละเอียด หรือความต้องการหลักของการขับเคลื่อนของโครงการฯ โดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวกับการเพิ่มหรือพัฒนาสมรรถนะพยาบาลตามกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ ออกตาวา หรือแม้แต่ผู้ที่ได้มีโอกาสเข้าร่วมเวทีจำนวนมาก ก็ยังไม่สามารถอธิบายได้ว่า กรอบออกตาวา คืออะไร ต้องการอะไร จำนวนมากจำไม่ได้ด้วยซ้ำว่า ได้เข้าร่วมเวทีอะไรบ้าง แต่ละเวทีพูดเรื่องอะไร สำคัญอย่างไร และมีพยาบาลบางส่วนที่ระบุว่า ไม่ค่อยได้ฟัง หรือฟังแต่เฉพาะเรื่องที่ตนเองเกี่ยวข้องหรือสนใจเท่านั้น หรือพยาบาลหลายท่านได้เคยเรียนกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ออกตาวามาแล้วในช่วงที่เรียนปริญญาโทด้านการบริหารงานพยาบาล แต่ส่วนใหญ่บอกว่าลืมไปหมดแล้ว แม้แต่บางท่านที่ใช้กรอบออกตาวาในการทำวิทยานิพนธ์ก็ยังลืมทั้งเรื่องหรือประเด็นที่ทำ และลืมผลการศึกษาของตนเอง หรือไม่ได้นำมาคิดต่อยอดในการทำงานแต่อย่างใด ดังที่พยาบาลท่านหนึ่งได้กล่าวว่า.....

“หนูใช้กรอบออกตาวาในการทำวิทยานิพนธ์ ทำเรื่อง health promotion เกี่ยวกับเรื่องอะไร...ก็จำไม่ได้แล้วค่ะอาจารย์” หรือมีพยาบาลที่สามารถอธิบายจุดเน้นของโครงการฯ ในเรื่องนี้ได้ค่อนข้างน้อยมาก หรือได้ในปริมาณที่ยังน้อย ไม่มีความเชื่อมโยง พูดเป็นส่วน ๆ ไม่สามารถอธิบายความเชื่อมโยงทั้งหมดได้ ซึ่งสิ่งที่เกิดขึ้นตรงนี้ ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการที่โครงการฯ ให้น้ำหนักกับการทำงานแบบบนลงสู่ล่างมากเกินไปดังที่ตั้งข้อสังเกตไว้ข้างต้น หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ ยังไม่ได้ใช้แนวคิดการเสริมพลัง

อำนาจ (empowerment) ในการทำงานและการสื่อสารนัยสำคัญของการขับเคลื่อนโครงการร่วมกันมากเท่าที่ควร ซึ่งส่วนหนึ่งน่าจะมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการที่โครงการ ต้องการบรรลุผลในเชิงผลผลิตจำนวนมาก ภายใต้เวลาที่จำกัด ประกอบกับอาจารย์ในระดับคณะที่เป็นแกนหลักแต่ละท่านก็มีการกิจค่อนข้างมาก ส่วนใหญ่ต้องทำภารกิจทั้งการสอน การวิจัย การให้บริการวิชาการ และการอนุรักษ์ศิลปวัฒนธรรม ในขณะเดียวกัน ก็จะได้เห็นว่า งานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจาก สสส. ยังมีสถานภาพเป็นเพียงงานเสริมงานหนึ่ง ทั้ง ๆ ที่เป็นงานที่มีนัยสำคัญในเชิงการเป็นจุดคานงัดของระบบและกระบวนการทัศน์/โลกทัศน์หลักที่กำลังก่ออยู่ ซึ่งประเด็นนี้เป็นประเด็นที่ทำทลายมาก ที่จะสื่อสารและขับเคลื่อนออกไปอย่างไร จึงจะทำให้องค์ภาพที่เกี่ยวข้องทั้งหมด โดยเฉพาะอาจารย์ในคณะพยาบาลศาสตร์ที่รับผิดชอบเป็นแกนขับเคลื่อนหลักของแต่ละภาค ได้เข้ามาร่วมกระบวนการขบคิด ตั้งคำถาม กำหนดเจตยในการขับเคลื่อนร่วมกัน

ซึ่งในความเป็นจริง ยังคงพบว่า ยังอยู่ในสภาพของการทำงานโครงการภายในกลุ่มคนจำนวนน้อย ยกเว้น บางกรณี หรือบางคณะ ดังเช่น คณะพยาบาลศาสตร์ ม.บูรพา ที่สามารถสร้างการมีส่วนร่วมในระดับคณะได้ค่อนข้างมาก แต่ทั้งนี้ ก็ยังไม่ค่อยมีเวทีโต้แย้งในทางวิชาการ (debate) สำหรับกรณีการประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมพลังอำนาจน้อยไป ก็เช่นเดียวกัน ที่สะท้อนว่า บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับโครงการ ในทุกระดับ ทุกสถานภาพ ยังคงมองแบบแยกส่วน หรือไม่ได้นำกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ของออตตาวามาใช้ในการปฏิบัติจริง หรือชีวิตจริงของตนเองและของโครงการขับเคลื่อนๆ แต่อย่างใด

นอกจากนี้ การที่โครงการฯ ไม่ได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ของออตตาวาในการขับเคลื่อนการทำงานของโครงการฯ นั้นมากเท่าใด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การขับเคลื่อนด้วยแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ (empowerment) แต่ยังคงใช้วิธีการทำงานแบบเป็นชั้นเป็นตอน หรือแบบบนลงสู่ล่างเป็นหลัก (top-down) จึงทำให้บุคลากรที่อยู่ในเครือข่ายจำนวนมากที่อาจจะมีศักยภาพในระดับต่าง ๆ หรือเรื่องต่าง ๆ ยังไม่ได้ใส่พลังลงไปเต็มที่ ทำให้নাเสียหายเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะพยาบาลที่มีความเชื่อมโยงกับชุมชนฐานรากในด้านต่าง ๆ พบว่า ยังไม่ได้รับการหนุนเสริมให้แสดงบทบาทในด้านการสร้างเสริมศักยภาพพื้นฐานของศักยภาพของตนเอง และองค์กร และพื้นที่/ชุมชนในความรับผิดชอบของตนมากเท่าที่ควร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดทำแผนที่ศักยภาพ เพื่อแบ่งปันให้ทราบว่าใครเก่งด้านอะไรอยู่ที่ไหนบ้าง และอาจจะสามารถเชื่อมโยงกันได้เลยโดยไม่ต้องรอการสั่งการจากโครงการฯ แต่พบว่าหลายพื้นที่ยังเป็นลักษณะการรอให้โครงการฯ สั่งการลงมามากกว่า ว่าจะต้องทำอะไรในขั้นตอนต่อไป ทำให้พยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพประเภทต่าง ๆ จำนวนมากไม่ได้รับโอกาสในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเชื่อมโยงกัน หรือยังคงเป็นผู้รอรับการพัฒนาในด้านต่าง ๆ แบบเฉื่อยเฉื่อย (passive) ซึ่งเป็นสิ่งที่น่าเสียหายเป็นอย่างยิ่ง

โดยสรุป โครงการฯ เน้นกระบวนการพัฒนาสมรรถนะที่เป็นการทำตามลำดับขั้นตอนที่กำหนดไว้เป็นหลัก หรือที่เรียกว่า “การพัฒนาแบบบนลงสู่ล่าง” ซึ่งมีทั้งข้อดีและข้อเสีย ข้อดีคือ ทำให้ทำงานได้ครบตามที่กำหนดไว้เป็นส่วนใหญ่ แต่ข้อเสีย คือไม่ทำให้เกิดพลังการขับเคลื่อนในแนวราบ ที่โครงการตั้งชื่อไว้ ดังนั้น ถ้าให้ความสำคัญกับกระบวนการทำงานแบบเสริมพลังอำนาจจากด้านล่าง หรือเพิ่มแรงกระเพื่อมตรงฐานราก

โดยเฉพาะบนฐานของชุมชนที่มีความแตกต่างหลากหลาย และมีความเป็นพหุลักษณ์ (pluralist) สูง จะทำให้องคาพยพที่เกี่ยวข้องทั้งหมด โดยเฉพาะพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลเกิดการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงในเรื่องกระบวนทัศน์/โลกทัศน์/ทัศนคติเกี่ยวกับเรื่อง “สุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ ความเป็นอยู่ที่ดี และการขับเคลื่อนเรื่องสุขภาพ” ได้เร็วกว่า หรือถึงรากถึงโคนมากกว่า

ในลำดับต่อไป จะเป็นการวิเคราะห์เชิงสะท้อนในเรื่อง “ผลผลิต” (outputs) ของโครงการว่าสามารถดำเนินการได้ครบตามที่กำหนดไว้หรือไม่อย่างไร เพราะอะไร

3.1.2 ผลผลิตและการบรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

การนำเสนอในหัวข้อนี้ จะเป็นการนำเสนอผลการดำเนินงานของโครงการฯ ในรูปของผลผลิต (outputs) ต่าง ๆ ตามที่โครงการฯ กำหนดไว้ ซึ่งพบว่า มีผลผลิตหลัก ๆ ที่ต้องการบรรลุทั้งหมด 7 ประการด้วยกัน ประกอบไปด้วย:-

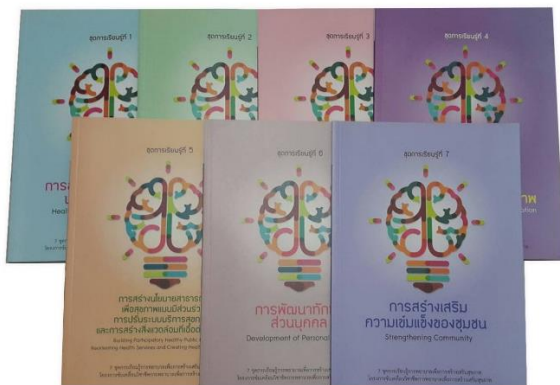
- 1) หลักสูตรพยาบาลนักสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 3 หลักสูตรและมีการนำไปใช้ในระบบ
- 2) นวัตกรรม การสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 25 เรื่อง
- 3) พื้นที่เรียนรู้ จำนวน 25 พื้นที่ที่สามารถนำเสนอบทเรียนให้เกิดการแลกเปลี่ยนได้อย่างกว้างขวาง
- 4) ชุดความรู้แนวทางการสร้างเสริมให้เกิด Best Practices ของการส่งเสริมสุขภาพ
- 5) แนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพในระบบบริการสุขภาพแต่ละระดับ
- 6) จำนวนหน่วยงานที่สามารถ Benchmark กับ Best Practices

7) ข้อเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพ

ซึ่งจากการติดตามและประเมินผล พบว่าโครงการฯ สามารถดำเนินการจัดทำผลผลิตต่าง ๆ ตามที่ระบุไว้เหล่านั้นได้เกือบครบทั้งหมด (ณ วันที่ทำการประเมิน) **ยกเว้น ผลผลิตในลำดับที่ 6 และ 7 ที่ต้องรอ เพราะดำเนินการไม่ทัน** เนื่องจากระยะเวลาของโครงการมีจำกัด แต่ผลผลิตที่ต้องการบรรลุมีจำนวนมาก สำหรับการนำเสนอ ณ ที่นี้ จะกล่าวเกี่ยวกับผลผลิตที่เกิดขึ้นไปตามลำดับดังนี้คือ

ผลผลิตลำดับที่ 1 คือ หลักสูตรพยาบาลนักสร้างเสริมสุขภาพ ที่กำหนดไว้มีจำนวน 3 หลักสูตร และได้ระบุไว้ด้วยว่า จะมีการนำไปใช้ในระบบ สำหรับในทางปฏิบัติจริงนั้น พบว่าในเชิงปริมาณ สามารถดำเนินการได้มากกว่าที่ระบุไว้ หรือมากกว่า 3 หลักสูตร โดยเฉพาะถ้านับรวมชุดการเรียนรู้ จำนวน 7 ชุดด้วย เพราะถือว่าเป็นเนื้อหาหลักสูตรที่สำคัญ แต่สำหรับการที่ระบุว่า จะมีการนำไปใช้ในระบบนั้น พบว่า ในส่วนนี้ ยังมีความไม่ชัดเจนว่า คำว่า “ระบบ” ณ ที่นี้หมายถึงระบบอะไรบ้าง หรือมีความครอบคลุมแค่ไหน อย่างไร หมายถึงรวมถึง ระบบการเรียนการสอนในคณะพยาบาลศาสตร์เฉพาะ 5 แห่ง หรือว่าหมายถึงคณะพยาบาลศาสตร์ทั้งหมดทั่วประเทศด้วยหรือไม่? หรือหมายถึงเฉพาะระบบบริการใน 3 ระดับ คือ ปฐมภูมิ, ทติยภูมิ และตติยภูมิ และระบบการเรียนการสอนของคณะพยาบาลศาสตร์ 5 สถาบัน ที่เข้าร่วมในระยะแรกเท่านั้น ซึ่งประเด็นนี้มีความสำคัญมาก เพราะจากการประเมินพบว่า การนำไปใช้ทั้งในระบบบริการสุขภาพในหน่วยบริการสุขภาพทั้ง 3 ประเภท/ระดับ และระบบการเรียนการสอนในคณะพยาบาลศาสตร์นั้นยังมีน้อยมาก ซึ่งส่วนหนึ่ง

อาจจะเกี่ยวกับเวลาการทำงานของโครงการฯ ที่ค่อนข้างสั้น แต่มีภารกิจและเป้าหมายหลายประการที่ต้องการบรรลุ ตามที่ได้กล่าวไปแล้วหลายครั้ง แต่ส่วนหนึ่งก็อาจจะเป็นเพราะไม่ได้ระบุไว้อย่างชัดเจนว่า คำว่า “การนำไปใช้ในระบบ” ณ ที่นี้มีความหมายครอบคลุมถึงระบบอะไรบ้าง นอกจากนี้ ประเด็นวิธีการ/กลยุทธ์/ช่องทางของการนำไปใช้ในระบบก็มีความสำคัญ เพราะจะต้องพิจารณาร่วมกันว่า การที่จะสามารถนำไปใช้ในระบบได้นั้น จะต้องทำอะไร หรือผ่านช่องทางไหนได้บ้าง



ดังนั้น ในประเด็นนี้จึงยังคงมีข้อที่สามารถถกเถียง หรือพิจารณาร่วมกันอีกหลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คำว่า “ระบบ” ควรให้มีการให้นิยามหรือความหมายไว้อย่างชัดเจนว่าหมายถึงระบบอะไรบ้าง หมายรวมถึง ระบบการศึกษาหรือการเรียนการสอนในสถาบันการศึกษาพยาบาลศาสตร์ทั้งหมดด้วยหรือไม่ ถ้ายังไม่ใช่ควรขยายความให้มีความครอบคลุมในการทำงานของโครงการฯ ในระยะต่อไปด้วยหรือไม่ แต่อันที่จริง ในระยะแรกของการขับเคลื่อนของโครงการฯ นี้ ก็ได้ระบุไว้ด้วยว่า จะมีการสร้างการเรียนรู้กับนักศึกษาพยาบาลในสถาบันการศึกษาต่าง ๆ ด้วย แต่ทีมประเมินฯ พบว่า ส่วนใหญ่ยังเป็นเพียงการจัดกิจกรรมการศึกษาดูงาน หรือการศึกษาพื้นที่เรียนรู้ในระยะเวลาสั้น ๆ เท่านั้น หรือบางแห่งจัดเพียงแค่วันเดียว แต่ก็ยังมีบางแห่ง ที่เข้าไปศึกษาดูงานประมาณ

หนึ่งวันเต็ม และกรณีของพื้นที่การทำงานของภาคเหนือ ที่มีการศึกษาดูงานประมาณ 3 วัน ซึ่งเท่าที่ประเมินดู พบว่า ยังเป็นช่วงระยะเวลาที่ไม่นำไปสู่การปรับหรือเปลี่ยนกระบวนทัศน์/โลกทัศน์/มุมมอง/วิธีมองเรื่อง “สุขภาพ และการแสดงบทบาทเชิงรุก” ได้จริง เพราะวิธีการที่จะช่วยสนับสนุนให้สามารถปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ได้จริง ๆ น่าจะใช้วิธีการลงมือปฏิบัติมากกว่าการฟังหรือการดูเพียงอย่างเดียว และที่สำคัญคือ สิ่งเหล่านี้ยังไม่ถูกบูรณาการเข้าไปในหลักสูตรของคณะ/สถาบันพยาบาลศาสตร์ใด ๆ อย่างเป็นทางการ

อย่างไรก็ตาม ทีมประเมินฯ พบว่า การเรียนการสอนเกี่ยวกับกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ออกตาวานั้น บางสถาบันฯ ได้สอน หรือมีพูดถึงอยู่บ้างแล้วในวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พยาบาลและอาจารย์พยาบาลหลายท่าน) แต่ประเด็นที่สำคัญ (ที่ได้จากการเก็บข้อมูลจากหลายแห่งเช่นกัน) ก็คือ ผู้ผ่านการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ของสถาบันฯ ต่าง ๆ เป็นส่วนใหญ่ มักจะจำไม่ได้ว่า มันคืออะไร มีเนื้อหาอะไร มีความสำคัญอย่างไร

ดังนั้น ถ้าคณะพยาบาลศาสตร์ต่าง ๆ และสภาการพยาบาล มองว่ากรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ออกตาวามีความสำคัญมากต่อการปรับกระบวนทัศน์/โลกทัศน์ /ทัศนคติ มุมมองและกลยุทธ์ในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลและนักศึกษาพยาบาล ก็ควรจะต้องมีความเข้มข้นในการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้ หรือสร้างการเรียนรู้อย่างจริงจัง ตรงจุด ตรงประเด็น โดยให้ความสำคัญกับการเรียนรู้ในชีวิตจริงของประชาชนและชุมชนในพื้นที่ต่าง ๆ ผ่านศูนย์การเรียนรู้ที่สร้างขึ้น หรือผ่านช่องทางอื่น ๆ ที่มีศักยภาพให้มากขึ้น (สำหรับรายละเอียดเกี่ยวกับเรื่องนี้ จะได้กล่าวถึงในหัวข้อต่อ ๆ ไป รวมทั้งในส่วนที่พูดถึง กรณีศึกษาศูนย์การเรียนรู้/พื้นที่ตัวอย่างที่มีศักยภาพในการสร้างการเรียนรู้ด้วย)

โดยสรุป ผลผลิตที่เรียกว่า หลักสูตรพยาบาลนักสร้างเสริมสุขภาพนี้ ในแง่ของปริมาณพบว่า ได้ครบตามที่กำหนดไว้หรือมากกว่าที่กำหนดไว้ แต่ในแง่ของการนำไปใช้ในระบบยังมีข้อสงสัยหรือมีความไม่ชัดเจนว่า หมายถึงระบบอะไรบ้าง จุดเน้นอยู่ที่ไหน ระหว่างระบบบริการในหน่วยบริการสุขภาพทั้งระดับปฐมภูมิ, ทติยภูมิ และตติยภูมิ และ ระบบการศึกษาในสถาบันการศึกษาหรือหมายรวมถึงทั้งสองระบบ ถ้าเป็นในส่วนของระบบบริการสุขภาพ พบว่า มีการนำไปใช้ในสถานบริการสุขภาพบางแห่ง ที่ได้รับเลือกให้เป็นศูนย์เรียนรู้ แต่ก็ใช้เฉพาะกรณีของกลุ่มเป้าหมายที่ทางโครงการขับเคลื่อนกำหนดไว้เท่านั้น ยังไม่ได้ใช้กับกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ ที่ทางสถานบริการสุขภาพมีเครือข่ายเชื่อมโยง หรือเป็นแหล่งฝึก/แหล่งเรียนรู้อยู่แล้ว ดังนั้น จึงควรสื่อสารหรือผลักดันให้นำใช้กับทุกกลุ่มเป้าหมายด้วย และสำหรับระบบในสถาบันการศึกษานั้นพบว่า ยังไม่ได้มีการนำหลักสูตรนี้บรรจุหรือผนวกในหลักสูตรของสถาบันการศึกษาแต่อย่างใด



ผลผลิตลำดับที่ 2 คือ นวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 25 เรื่อง พบว่าโครงการฯ สามารถบรรลุผลได้มากกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ หรือสามารถดำเนินการได้สำเร็จ จำนวน 40 นวัตกรรม¹⁵ โดยสามารถจำแนกได้ดังนี้คือ ภาคกลาง จำนวน 6 นวัตกรรม, ภาคตะวันออก จำนวน 8 นวัตกรรม, ภาคอีสาน จำนวน 15 นวัตกรรม, ภาคเหนือ จำนวน 6 นวัตกรรม และภาคใต้ จำนวน 5 นวัตกรรม ซึ่งนวัตกรรมเหล่านี้หรือต่อมายกระดับเป็นศูนย์เรียนรู้/แหล่งเรียนรู้ ที่เรียกว่า **“แหล่งเรียนรู้นวัตกรรม”** กระจายกันอยู่ในจังหวัดต่าง ๆ ของแต่ละภาค รวมทั้งหมด 18 จังหวัดทั่วประเทศ ดังรายละเอียดรายชื่อจังหวัดที่มีผลงานด้านการคิดค้นนวัตกรรม หรือการดำเนินงานเชิงรุกต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ชุมชน หรืออาจเป็นการปรับระบบบริการของหน่วยบริการสุขภาพทั้ง 3 ระดับ เพื่อให้สามารถเข้าถึงกลุ่ม เป้าหมายหรือทำให้กลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ มีความเป็นอยู่หรือสุขภาพะ (well-being) ที่ดีขึ้น หรือมีทักษะมากขึ้น ฯลฯ ตามปรากฏในตารางด้านล่างนี้

¹⁵ แต่นวัตกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ เป็นสิ่งที่พื้นที่/องค์กร/หน่วยงาน/พยาบาล หรือทีมงานพยาบาล และวิชาชีพอื่น ๆ ในหน่วยบริการต่าง ๆ ทั้ง 3 ระดับ คือ ระดับปฐมภูมิ, ระดับตติยภูมิ และระดับตติยภูมินั้น ดำเนินการอยู่แล้วและทางโครงการขับเคลื่อนฯ ได้ใช้วิธีการถอดบทเรียนจากพื้นที่เหล่านี้ ดังนั้น จึงไม่ใช่สิ่งที่โครงการฯ สร้างหรือพัฒนาขึ้นมาใหม่ และต่อมาโครงการฯ ได้ทำการเขียน และจัดพิมพ์ออกมาเป็นเอกสารในชื่อ “นวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้บทบาทของวิชาชีพการพยาบาล” จำนวนทั้งหมด 457 หน้า

ตารางที่ 2 จังหวัดที่มีนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและจำนวนนวัตกรรมรายจังหวัด

ภูมิภาคต่าง ๆ	จังหวัดที่มีนวัตกรรม	จำนวนนวัตกรรม
■ ภาคกลางและตะวันตก (รับผิดชอบโดยคณะพยาบาลฯ ม.มหิดล)	นครปฐม	3
	กรุงเทพ	3
	รวม 2 จังหวัด	รวม 6 นวัตกรรม
■ ภาคตะวันออก (รับผิดชอบโดยคณะพยาบาลฯ ม.บูรพา)	ชลบุรี	2
	ระยอง	1
	ตราด	2
	สระแก้ว	1
	ฉะเชิงเทรา	2
	รวม 5 จังหวัด	รวม 8 นวัตกรรม
■ ภาคอีสาน (รับผิดชอบโดยคณะพยาบาลฯ ม.ขอนแก่น)	ขอนแก่น	3
	ร้อยเอ็ด	3
	เลย	3
	อุบลราชธานี	3
	ยโสธร	3
	รวม 5 จังหวัด	รวม 15 นวัตกรรม
■ ภาคเหนือ (รับผิดชอบโดยคณะพยาบาลฯ ม.เชียงใหม่)	เชียงใหม่	3
	เชียงราย	1
	ลำพูน	2
	รวม 3 จังหวัด	รวม 6 นวัตกรรม
■ ภาคใต้ (รับผิดชอบโดยคณะพยาบาลฯ ม.สงขลานครินทร์)	สงขลา	3
	ตรัง	1
	พัทลุง	1
	รวม 3 จังหวัด	รวม 5 นวัตกรรม
รวมทั้งหมด ทั้ง 5 ภาค	รวมทั้งหมด 18 จังหวัด	รวม 40 นวัตกรรม

จะเห็นได้ว่า แต่ละภาคมีจำนวนนวัตกรรมไม่เท่ากัน อย่างไรก็ตาม อันที่จริงนั้น ไม่จำเป็นว่าแต่ละคณะ/สถาบันจะต้องสร้างผลผลิตได้เท่ากัน เพราะเป็นการทำงานตามบริบท หรือเป็นไปตามความเป็นจริงที่ได้

จากการสำรวจสถานการณ์และบทบาทของพยาบาลในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพที่เข้าช่วยกรอบยุทธศาสตร์ของออตตาวาตั้งแต่ในช่วงแรก (ตามที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น) และอันที่จริงจากการ

ประเมินและเก็บข้อมูลในพื้นที่นวัตกรรมต่าง ๆ พบว่า จำนวนหรือปริมาณที่ได้รับ ไม่ได้เป็นตัวสะท้อนหรือเครื่องบ่งชี้ว่า คณะพยาบาลศาสตร์ที่รับผิดชอบขับเคลื่อนการทำงานของแต่ละภูมิภาคมีความรับผิดชอบต่อการกิจที่ได้รับมากหรือน้อยกว่ากันแต่อย่างใด แต่ประเด็นสำคัญที่ต้องการชี้ให้เห็น ณ ที่นี้ ก็คือ การขยายผลจากพื้นที่นวัตกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ รวมทั้งการส่งเสริมหรือสนับสนุนให้เป็นศูนย์การเรียนรู้ (ซึ่งได้เกิดขึ้นในระยะต่อมาของการทำงานของโครงการฯ ซึ่งจะได้กล่าวอย่างละเอียดในหัวข้อ ศักยภาพของศูนย์เรียนรู้ในการสร้างการเรียนรู้และการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์) เพราะอันที่จริงประเด็นการขยายผลจากสิ่งที่เกิดขึ้นในเบื้องต้น, ความต่อเนื่อง และคุณภาพของนวัตกรรมมีความสำคัญมากกว่าจำนวนหรือปริมาณของนวัตกรรมที่เกิดขึ้นในแต่ละภาค

ทั้งนี้เนื่องจากทีมประเมินผล พบว่า ในปัจจุบัน บางนวัตกรรมก็ไม่ได้มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ บางนวัตกรรมไม่มีผู้สานต่อ หรือยังหาคนที่ จะเข้ามารับช่วงงานที่บางท่านสร้างไว้ไม่ได้ หรือ บางนวัตกรรมเลิกไปแล้วโดยปริยาย เนื่องจากเป็นนวัตกรรมที่ไม่ได้เกิดจากปัญหา ความต้องการ การมีส่วนร่วมในการคิดค้น/การกำหนดของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ยกตัวอย่างเช่น **นวัตกรรมของจังหวัดระยองและตราด** ในพื้นที่ภาคตะวันออก 2 กรณี คือ กรณีการประยุกต์ใช้ท่าเรือยาวในการออกกำลังกาย และกรณีของนวัตกรรมคู่มือในการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งในพื้นที่ภาคอีสาน ดังเช่น **นวัตกรรมของจังหวัดยโสธร กรณีหมอนวดน้อย เป็นต้น** การที่ไม่มีความต่อเนื่องของนวัตกรรมเหล่านี้ ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจาก ลักษณะของนวัตกรรมเอง ที่เป็นการคิดค้นขึ้นภายใต้สภาวะหรือเงื่อนไขบางประการ ด้วยเวลาอันจำกัด เช่น เพื่อประกวดหรือขอรับรางวัล นวัตกรรมภายใต้โครงการพิเศษของกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น และยังเกี่ยวข้องกับกระบวนการหรือเกณฑ์ในการคัดเลือกนวัตกรรมที่โครงการฯ และคณะพยาบาล ฯ ที่รับผิดชอบเป็นผู้หยิบยกขึ้น

มาพิจารณา โดยไม่มีเกณฑ์การพิจารณาที่ชัดเจน เช่น บางกรณีได้รับการพิจารณาว่าเป็น “นวัตกรรม” เพราะเห็นว่า มีความแปลกใหม่ หรือตนเอง (อาจารย์) ไม่เคยเห็นมาก่อนเท่านั้น แต่ไม่ได้พิจารณาองค์ประกอบหรือเนื้อหาสาระอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างครอบคลุม ยกตัวอย่างเช่น กรณีของการประยุกต์ใช้ท่าเรือยาวในการออกกำลังกายของ รพ.สต.หนองกรับ อ.บ้านค่าย จ.ระยอง ที่พบว่า มีปัจจัยและเงื่อนไขต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องที่ทางผู้รับผิดชอบหลักในระดับคณะ/สถาบันฯ อาจจะไม่ทราบหรือไม่ทันได้พิจารณา อาทิเช่น การที่ท่าเรือยาวจำเป็นต้องได้รับค่าตอบแทนในการแสดงท่าเรือยาว เพราะเป็นอาชีพหรือแหล่งรายได้สำคัญของผู้ประกอบการอาชีพนี้ แต่พบว่าเมื่อทางหน่วยบริการสุขภาพได้เสนอผลงาน เพื่อไปรับรางวัล และ/หรือขอได้รับรางวัลไปแล้ว ก็ไม่ได้มีการติดตามผลอย่างต่อเนื่องในประเด็นปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องแต่อย่างใด ทำให้กิจกรรมหรือนวัตกรรมแบบนี้ไม่สอดคล้องกับบริบทหรือความเป็นจริงของชีวิต เมื่อเป็นเช่นนี้ ก็มักจะอยู่ไม่ได้ หรือไม่มีความยั่งยืน หรือต้องล้มเลิกไป ส่วนหนึ่งเป็นเพราะไม่ได้พิจารณาอย่างรอบคอบ รอบด้าน แต่คิดขึ้นเพื่อส่งประกวดเป็นหลักทำให้ต่อมาพอประสบกับปัญหาอุปสรรค ก็ไม่สามารถดำเนินการต่อไปได้ เพราะไม่ได้มีมาตรการใด ๆ รองรับ และ/หรือไม่ได้เตรียมการไว้ ดังเช่น ผู้ให้ข้อมูลจำนวนหนึ่งที่มีสถานภาพเป็น อสม. และได้ร่วมอยู่ในกิจกรรมการออกกำลังกายด้วยการประยุกต์ใช้ท่าเรือยาวด้วย ได้กล่าวเกี่ยวกับเรื่องนี้ไว้ดังต่อไปนี้ว่า... “ปัญหาอุปสรรคของกลองยาว คือ ต้องไปรื้อคนตี” และอีกท่านหนึ่งกล่าวว่า.... “ไปรื้อคนตี แล้วก็ภาระงานส่วนตัวของเขา” และอีกท่านหนึ่งกล่าวว่า... “เราก็มีการคุยกันบ้างว่า จะทำอย่างไร คณะกลองยาวบางครั้งเขาทำงานกัน แต่ไม่มีค่าตอบแทน เราก็ต้องเข้าใจครอบครัวของเขา จะมีเป็นบางครั้งที่มีค่าตอบแทน เช่นมีคนมาดูงาน ก็จะมีให้บ้าง แต่ไม่ใช่ทุกครั้ง แต่มันจะมีปัญหา เขาต้องใช้ต้องจ่าย” จึงทำ

ให้นวัตกรรมที่ถูกคัดเลือกขึ้นมา เพราะความแปลกใหม่ของมันเพียงประการเดียว จึงไปไม่รอด แต่อันที่จริง นวัตกรรมนี้มีความน่าสนใจมาก เพราะเท่าที่ทางชุมชนสะท้อนให้ฟัง พบว่าเป็นนวัตกรรมที่ผู้สูงอายุประทับใจและเข้าร่วมจำนวนมาก นอกจากนี้ยังเป็นนวัตกรรมที่สะท้อนรากฐานหรือวิถีคิดในเชิงวัฒนธรรมที่เกี่ยวกับการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ ที่ทางโครงการฯ ยังไม่ค่อยให้น้ำหนักกับเรื่องนี้มากเท่าใดนัก ซึ่งจริง ๆ แล้วถ้ามีการศึกษา วิเคราะห์ และติดตามปัจจัยและบริบทต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง (ทั้งที่เอื้อและเป็นอุปสรรคต่อความยั่งยืน) จะทำให้เกิดความยั่งยืนได้อย่างแน่นอน เพราะอยู่บนฐานของวัฒนธรรมของชุมชน และสามารถตอบสนองต่อความต้องการของคนหลายกลุ่ม ทั้งวัยรุ่น วัยทำงาน และผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ ยังพบด้วยว่า บางนวัตกรรมในพื้นที่ภาคใต้ ก็ยังไม่ใช้นวัตกรรมในความหมายของกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ออกตาวามากเท่าใดนัก เพราะเป็นสิ่งที่คณะพยาบาลฯ ดำเนินการอยู่แล้ว และได้มีการขับเคลื่อนตามกรอบออกตาวาอย่างเข้มข้น เพราะเป็นกรอบที่มีความเชื่อมโยงระหว่างการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล การขับเคลื่อนนโยบาย และการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน แต่ประการใด แต่อาจจะมีความหมายในเชิงของการปรับสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพดี และการปรับระบบบริการบ้างเล็กน้อย โดยเฉพาะนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรและผู้ป่วย ที่เรียกว่า **“นวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพองค์กรรวมในหน่วยงาน ของ รพ.สงขลานครินทร์”** ซึ่งจริง ๆ แล้ว พบว่า เป็นการจัดกิจกรรมการแสดงดนตรีตามปกติธรรมดา ไม่ได้มีการขับเคลื่อนเชิงลึก หรือเชิงองค์รวมแต่อย่างใด หรือในอีกกรณีหนึ่ง พบว่าเป็นผลงานการวิจัยของอาจารย์ในคณะพยาบาลฯ ม.สงขลานครินทร์ เกี่ยวกับการทดลอง (PSU Cat and Locked Upright Position) ที่ดำเนินการมาเป็น

ระยะเวลาหนึ่งแล้ว และได้มีการตีพิมพ์เป็นผลงานของตนเอง ก่อนที่จะเริ่มโครงการขับเคลื่อนฯ เสียด้วยซ้ำ หรือกรณีของนวัตกรรมการให้นมแม่ ที่เรียกว่า **“นวัตกรรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กรณีลูกดูดไม่ดี หรือแม่หัวนมสั้น ใหญ่ ยาว”** ของ รพ.สงขลานครินทร์ ก็เช่นกัน ถึงแม้จะเป็นนวัตกรรมที่ช่วยให้แม่ที่มีหัวนมสั้น ใหญ่ ยาว สามารถให้นมลูกได้ดีขึ้น แต่ก็ยังเป็นนวัตกรรมในความหมายที่ค่อนข้างจำกัด เพราะเป็นจุดเปลี่ยนเฉพาะวิธีการช่วยให้นมแม่ได้ดีขึ้น แต่ไม่ได้มีการนำไปสู่การขับเคลื่อนเชิงนโยบาย หรือเชิงการเสริมสร้างความเข้มแข็งของสตรีและชุมชนของสตรี หรือไม่ได้มองอย่างมีความเชื่อมโยงระหว่างเรื่องปัจเจกบุคคล ชุมชน สิ่งแวดล้อม นโยบายและการปรับระบบบริการเท่าใดนัก ทั้ง ๆ ที่จริงแล้วสามารถใช้กรอบออกตาวาในการขับเคลื่อนเรื่องนี้ได้เป็นอย่างดีเช่นกัน เพราะการที่แม่สามารถให้นมบุตรได้ดีขึ้น ย่อมส่งผลต่อสุขภาพที่ดีของเด็ก ซึ่งต้องการงานวิจัยรองรับในระยะยาวพอสมควร นอกจากนี้ ในอีกด้านหนึ่งอาจจะมีสตรีอีกจำนวนมากที่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการนี้ได้ จึงจำเป็นต้องมีการขับเคลื่อน เพื่อเพิ่มพูนทักษะและความรู้ให้กับสตรีที่มีหัวนมสั้น ใหญ่ ยาวมากขึ้น หรือถ่ายทอดความรู้ไปยังกลุ่มสตรีหรือแม่ที่เพิ่งคลอดบุตรในจังหวัดอื่น ๆ ในภาคใต้ รวมทั้ง อาจจะมีการพิจารณาประเด็นอื่น ๆ ที่เชื่อมโยงกับเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Breast Feeding) ให้มีความครอบคลุมด้วย เพราะเท่าที่ทราบ ยังมีปัญหาอุปสรรคอีกมาก โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีที่ทำงานตามโรงงาน หรือสถานประกอบการประเภทต่าง ๆ ที่ยังไม่ให้ความสำคัญกับเรื่องนี้ แต่เนื่องจาก เนื้องาน/นวัตกรรมตามที่กล่าวมาข้างต้นนี้ เน้นการทำงานเชิงเทคนิคเพียงประการเดียว จึงมีศักยภาพในการสร้างการเรียนรู้เกี่ยวกับเรื่อง “การสร้างเสริมสุขภาพ” ในมิติใหม่ที่ค่อนข้างจำกัด หรือยังขาดความเป็นองค์รวมของ

การเป็นแหล่งเรียนรู้หรือศูนย์การเรียนรู้ที่จะสามารถยกระดับสมรรถนะหรือเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์/โลกทัศน์/ทัศนะ/มุมมองของพยาบาลหรือนักศึกษาพยาบาลให้มองเกี่ยวกับเรื่อง “สุขภาพ” และการขับเคลื่อนสุขภาพในสามกลุ่มเป้าหมายนี้ (คือ บุคลากรและผู้ป่วยใน รพ. สงขลานครินทร์, แม่ตั้งครรภ์และคลอดบุตร และแม่ที่มีปัญหาเรื่องหัวนม ที่ทำให้เกิดความยากลำบากในการเลี้ยงดูบุตรให้มีคุณภาพ) ได้ยังไม่มากเท่าใดนัก

โดยสรุป อาจกล่าวได้ว่าโครงการฯ สามารถดำเนินการจัดทำผลผลิตในเรื่องนวัตกรรม การสร้างเสริมสุขภาพ ได้มากกว่าที่กำหนดไว้ หรือได้มากถึง 40 นวัตกรรม จากที่กำหนดไว้เพียงแค่ 25 นวัตกรรม ดังนั้น ในทางปริมาณ ก็สามารถกล่าวสรุปได้ว่า สามารถทำได้สำเร็จเกินเป้าหมาย แต่มีข้อสังเกตเกี่ยวกับการคัดเลือกนวัตกรรมของบางพื้นที่ ๆ เช่น ภาคตะวันออก ที่ รพ.สต. หนองกรับ อ.บ้านค่าย ระยอง และภาคใต้ที่ รพ.สงขลานครินทร์ ที่อาจจะไม่ได้พิจารณาอย่างรอบคอบ และไม่ได้เลือกนวัตกรรมที่มีการขับเคลื่อนมิติต่าง ๆ ตามกรอบของออดตาวาอย่างเข้มข้น

ผลผลิตลำดับที่ 3 คือ พื้นที่เรียนรู้จำนวน 25 พื้นที่ ที่สามารถนำเสนอบทเรียนเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนอย่างกว้างขวางสำหรับพื้นที่เรียนรู้ หรือแหล่งเรียนรู้นวัตกรรมนี้ พบว่า ทางโครงการฯ และแกนหลัก/คณะทำงานของคณะพยาบาลฯ ที่รับผิดชอบในแต่ละภาค ได้ทำการ

พัฒนาหรือยกระดับสถานภาพจากการเป็นพื้นที่ก่อเกิดนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ หรือเป็นการคัดเลือกพื้นที่หรือนวัตกรรมที่มีความโดดเด่นและศักยภาพในมิติต่าง ๆ จากพื้นที่ทั้ง 40 แห่ง โดยแต่เดิม ได้กำหนดไว้ว่า จะจัดให้มีพื้นที่เรียนรู้ หรือศูนย์เรียนรู้ หรือแหล่งเรียนรู้ นวัตกรรมภาคละประมาณ 5 แห่ง รวมทั้งหมด 5 ภาค เป็น 25 แห่ง แต่จากข้อมูลที่มีประเมินผลฯ ได้รับมาจากผู้ประสานงานโครงการ (คุณจันทร์ทิมา กาญจนะวีระ เมื่อวันที่ 23 กันยายน 2559) พบว่า ทางโครงการฯ มีพื้นที่/ศูนย์เรียนรู้ หรือแหล่งเรียนรู้ นวัตกรรมมากกว่าจำนวน 25 แห่ง หรือมีทั้งหมดจำนวน 29 แห่ง โดยที่พื้นที่ภาคใต้ มีจำนวนพื้นที่หรือศูนย์การเรียนรู้ ที่ระบุไว้ในเอกสารมากที่สุด คือ จำนวน 8 แห่ง ขณะที่รองลงมาคือ พื้นที่ภาคตะวันออก มีจำนวน 6 แห่ง สำหรับที่เหลืออีก 3 ภาค (คือภาคกลางและกรุงเทพมหานคร, ภาคอีสาน และภาคเหนือ) มีจำนวนพื้นที่หรือศูนย์การเรียนรู้เท่ากัน คือ ภาคละ 5 แห่ง ทั้งนี้ ทีมประเมินผลฯ ได้มีโอกาสไปติดตามและประเมินผลได้ทั้งหมดจำนวน 26 แห่ง (ขาด 3 แห่ง ซึ่ง 2 แห่ง อยู่ในภาคอีสาน และอีก 1 แห่งอยู่ในภาคใต้)¹⁶ สำหรับในด้านการวิเคราะห์ภารกิจ/บทบาท และศักยภาพของศูนย์การเรียนรู้ หรือแหล่งเรียนรู้ นวัตกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ จะสามารถเป็นแหล่งเรียนรู้ในการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง หรือการเพิ่มพูนสมรรถนะด้านต่าง ๆ ให้กับพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลได้มากน้อย เพียงใด อย่างไรนั้น พบว่า มีประเด็นหรือปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องที่น่าสนใจ ทั้งปัจจัยภายในของศูนย์การเรียนรู้เอง

¹⁶ สำหรับกรณีของภาคอีสาน ที่ทีมประเมินผลฯ ไม่ได้ไปเยี่ยมศูนย์เรียนรู้ 2 แห่งนั้น คือ ศูนย์เรียนรู้ กองทุนสวัสดิการเพื่อสุขภาพระดับตำบล บัวเงิน รพ.สต.บัวเงิน อำเภอน้ำพอง จ.ขอนแก่น และ ศูนย์เรียนรู้ ตำบลปลอดดลูกน้ำยุงลาย รพ.สต. บ้านขอนแก่น อ.เมือง จ.ร้อยเอ็ด สำหรับเหตุผลที่ไม่ได้ไปเยี่ยมหรือติดตามการทำงานของทั้งสองศูนย์ เนื่องจาก การทำงานภาคสนามในรอบแรก มีเวลาน้อย แต่พื้นที่ ๆ ต้องเดินทางไปมีจำนวนมาก และอยู่ห่างไกลกัน จึงไม่สามารถไปได้ทั้งหมด สำหรับกรณีของภาคใต้ คือ ศูนย์เรียนรู้ “การพัฒนาเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสุขภาพ รพ.หาดใหญ่ สงขลา” เนื่องจากได้รับข้อมูลมาจากแกนหลักในระดับคณะพยาบาลฯ มอ. ว่า ไม่ได้มีสถานภาพเป็นศูนย์เรียนรู้ต่อไปแล้ว

ที่เกี่ยวข้องกับตัวพยาบาลและวิชาชีพอื่น ๆ ในหน่วยบริการที่รับผิดชอบนวัตกรรม, ทีมงาน/คณะทำงาน, ภารกิจที่ทำอยู่ประจำ (ปกติ พยาบาลวิชาชีพในทุกระดับ ทั้งระดับปฐมภูมิ, ทติยภูมิ และตติยภูมิ มักจะมีการกิจค่อนข้างมาก โดยเฉพาะในระดับตติยภูมิ จะต้องทำงานหลายประเภท หลายระดับ หลายมิติ) รวมถึง ปัจจัยทรัพยากร, เวลา, การได้รับการสนับสนุนจากองค์กร/หน่วยงานของตนเอง หรือบริบทขององค์กร/หน่วยงานที่พยาบาลสังกัดอยู่ และจากภาคีเครือข่าย/ผู้นำชุมชน/ประชาชน, รวมถึงลักษณะของนวัตกรรมที่ศูนย์ ฯ ใช้ในการสร้างการเรียนรู้ หรือได้รับการคัดเลือกจากคณะพยาบาล ฯ ให้เป็นเครื่องมือการเรียนรู้ และ**ปัจจัยภายนอก** ซึ่งมีความเชื่อมโยงกับทั้งบริบทของท้องถิ่น, บริบทของระบบบริการสุขภาพที่เป็นอยู่และบริบทของกระทรวงสาธารณสุข, บริบทของมหาวิทยาลัย/สถาบันการศึกษาหรือองค์กร-หน่วยงาน, บริบทของโครงการ โดยเฉพาะการสนับสนุนส่งเสริมศูนย์เรียนรู้ทุกด้าน หรือนโยบายของโครงการฯ และทีมอาจารย์จากคณะพยาบาลศาสตร์ทั้ง 5 แห่ง, การเชื่อมประสาน และ/หรือการผลักดัน, การบริหารจัดการของโครงการ, เวลาที่มีจำกัดของโครงการ ฯลฯ พบว่า ปัจจัยเหล่านี้ล้วนแต่มีความเกี่ยวข้องกับศักยภาพของศูนย์เรียนรู้/แหล่งเรียนรู้ว่าจะมีศักยภาพในการเป็น “ศูนย์เรียนรู้/แหล่งเรียนรู้” ได้นานแค่ไหน เพียงใด อย่างไร

นอกจากนี้ ยังพบด้วยว่า คณะพยาบาล-ศาสตร์ หรือแกนหลัก/คณะทำงานของคณะพยาบาลฯ ที่รับผิดชอบอยู่ในแต่ละภาคมีบทบาทและแนวทางการดำเนินงานที่ไม่ค่อยเหมือนกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีของการสนับสนุนทุนในการดำเนินงานให้กับศูนย์เรียนรู้/แหล่งเรียนรู้ ยกตัวอย่างเช่น พบว่า บางแห่งไม่ได้มีการสนับสนุนทุนให้กับศูนย์เรียนรู้/พื้นที่เรียนรู้แต่อย่างใด ในขณะที่บางแห่งมีการสนับสนุนทุนประมาณ 20,000 บาท

ต่อศูนย์ฯ เป็นต้น ซึ่งประเด็นตรงนี้สำคัญมาก เพราะทำให้เกิดความแตกต่าง ความเหลื่อมล้ำกันมากพอสมควร

นอกจากนี้ พบว่า บางแห่งประสบปัญหาเรื่องปฏิสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์ผู้รับผิดชอบในการเข้าไปทำงานในพื้นที่กับทีมงานของหน่วยบริการบางแห่ง ในประเด็นปัญหายาจริยธรรมเกี่ยวกับการผลิตผลงานหรือบทความที่ใช้ข้อมูลจากศูนย์เรียนรู้ แต่ไม่ได้ระบุชื่อสถานที่ของศูนย์เรียนรู้ในบทความ รวมทั้งไม่ได้ใส่ชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน/บทความ ที่เป็นพยาบาลในพื้นที่ ฯ เป็นเจ้าของข้อมูล เป็นต้น ซึ่งประเด็นเหล่านี้ ล้วนแต่มีความสำคัญ หรือส่งผลต่อระดับความสำเร็จของการขับเคลื่อนในแต่ละพื้นที่ อย่างไม่สามารถปฏิเสธได้ หรือทำให้เกิดความไม่ต่อเนื่องของความร่วมมือ ทำให้เกิดภาวะหยุดชะงักในบางช่วง เป็นต้น หรือกรณีการทำงานของทีมงานในระดับคณะและระดับภาค พบว่า บางแห่งสามารถสร้างการมีส่วนร่วมกับบุคลากรในคณะได้ดี หรือเกิดการมีส่วนร่วมอย่างค่อนข้างกว้างขวาง ในขณะที่บางคณะฯ ไม่ได้เปิดให้อาจารย์คนอื่น ๆ ได้รับความรู้ รับทราบ ความเคลื่อนไหวเกี่ยวกับโครงการฯ และพื้นที่เรียนรู้ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ก็ทำให้การเรียนรู้ หรือภาคีเครือข่ายการทำงานยังอยู่ในวงจำกัด หรือเป็นการรับรู้กันเฉพาะในบางท่าน ที่เกี่ยวข้องกับโครงการฯ โดยตรง หรือเป็นวาระของกลุ่มคนเล็ก ๆ เท่านั้น ทำให้ไม่เกิดพลังร่วม หรือบางกรณี พบว่า ได้ให้นักศึกษาปริญญาเอกเข้ามาร่วมทำงาน เช่น การลงศึกษาพื้นที่, การไปเก็บข้อมูล, การไปเยี่ยมพื้นที่เรียนรู้ในบางครั้ง และไม่ได้ไปเยี่ยมพื้นที่อีกเลยหลังจากที่เก็บข้อมูลเสร็จ เป็นต้น บางพื้นที่ เมื่อทีมงานโครงการประเมินผลฯ ติดตามไป หรือเมื่อไปถึงพื้นที่แล้ว ทางทีมงานในพื้นที่ก็จะค่อนข้างสงสัย เป็นอย่างมากว่ามาทำอะไร หรือบางท่านกล่าวว่า โครงการฯ นี้ไม่ได้ยืนยาวคราวมานานแล้ว หรือบางท่านคิดว่า ดำเนินการเสร็จสิ้นไปนานแล้วก็มี

ซึ่งสะท้อนว่าไม่ได้มีการสื่อสารและการส่งเสริมอย่างต่อเนื่อง

สำหรับกรณีการนำเสนอบทเรียน เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนอย่างกว้างขวางนั้น พบว่า บางแห่งที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทุนการดำเนินงานใด ๆ ก็ไม่สามารถสร้างการเรียนรู้ หรือนำเสนอบทเรียน เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนในวงกว้างได้มากเท่าใดนัก ประกอบกับรูปแบบส่วนใหญ่ที่แกนหลักของคณะพยาบาลฯ ในแต่ละภูมิภาค และโครงการขับเคลื่อนฯ ใช้ในการสร้างการเรียนรู้ ก็ยังเป็นเพียง การศึกษาดูงานในระยะสั้น ซึ่งจากการสัมภาษณ์ ผู้เกี่ยวข้องของบางพื้นที่ พบว่า พยาบาลในพื้นที่รับผิดชอบได้สะท้อนว่า นักศึกษาที่เข้ามาเรียนรู้ หรือที่ทางคณะพยาบาลฯ ส่งมา ไม่ได้มีโอกาสเห็นของจริง ยกตัวอย่างเช่น กรณีการเรียนรู้เรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุ หรือการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ของ รพ.สต. ท่ากว้าง อำเภอสารภี จ.เชียงใหม่ พบว่า นักศึกษามาเรียนรู้ในวันที่ไม่มีกิจกรรม ผู้สูงอายุ ก็ทำให้ไม่มีโอกาสได้เห็น หรือไม่ได้สัมผัส หรือไม่ได้พบปะกับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้สูงอายุแต่อย่างใด หรือได้แต่นั่งฟังการนำเสนอของพยาบาล ด้วยสไลด์ ไม่ได้มีโอกาสสัมผัสชีวิตหรือหน้าตาของผู้สูงอายุ ซึ่งไม่น่าจะทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจได้จริง ๆ

อย่างไรก็ตาม พบว่า การจัดให้นักศึกษาพยาบาลได้เข้าร่วมเรียนรู้ในแต่ละพื้นที่นั้นค่อนข้างมีปัญหาในการได้ตัวนักศึกษามาเข้าร่วมกิจกรรมพอสมควร เพราะนักศึกษาส่วนใหญ่ต้องเข้าเรียนวิชาต่าง ๆ ที่ถูกกำหนดไว้แล้ว อนึ่ง การเกิดปัญหานี้ขึ้นส่วนหนึ่งเกี่ยวกับการทำงานของโครงการฯ และทีมงานในระดับคณะพยาบาลฯ ของแต่ละภาค ที่ไม่ได้มีการสื่อสารอย่างพอเพียงกับคณาจารย์คนอื่น ๆ ในคณะฯ หรือในภาควิชาต่าง ๆ หรือยังไม่ได้มีการผลักดัน หรือพูดคุยกันถึงนัยสำคัญของการสร้างพยาบาลพันธุ์ใหม่ เพื่อให้มีสมรรถนะด้านการสร้าง

เสริมสุขภาพตามกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ อุตตาวา และบางพื้นที่พบว่า มีปัญหาเรื่อง การปรับช่วงเวลาหรือปฏิทินการเรียนการสอนของมหาวิทยาลัยตามบริบทของกลุ่มประเทศอาเซียน ทำให้ในช่วงที่โครงการฯ จัดกิจกรรมการอบรม/การเรียนรู้ พบว่า ไม่มีนักศึกษามาเข้าร่วม หรือไม่สามารถหานักศึกษาได้พอเพียง หรือได้มาจำนวนน้อยมาก เพราะตรงกับช่วงปิดเทอม เป็นต้น

ผลผลิตลำดับที่ 4 ชุดความรู้แนว

ทางการสร้างเสริมให้เกิด Best Practices ของการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งน่าจะหมายความว่าครอบคลุมถึง_เอกสารชุดต่าง ๆ ดังต่อไปนี้คือ เอกสารชุดแนวทางการพัฒนานวัตกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ, คู่มือผู้สอน และคู่มือผู้เรียน หรือคู่มือศูนย์การเรียนรู้, และชุดการเรียนรู้ต่าง ๆ ทั้ง 7 ชุดที่ครอบคลุมเรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพ: บทบาทของพยาบาล, ภาวะผู้นำและการบริหารจัดการการเปลี่ยนแปลงเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ, การพัฒนาเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพ, การจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ, การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม และการปรับระบบบริการสุขภาพและการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ, การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล, และเล่มสุดท้าย คือการสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน ซึ่งพบว่า เอกสารทั้งหมดเป็นเอกสารที่มีความสำคัญสำหรับการสร้างการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงด้านกระบวนทัศน์และสมรรถนะให้กับพยาบาลและนักศึกษาพยาบาล โดยเฉพาะสำหรับพยาบาล ที่มีประสบการณ์น่าจะสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้มากด้วยตนเองได้ เพราะมีประสบการณ์การทำงานในด้านต่าง ๆ มาเป็นระยะเวลาหนึ่ง ก็น่าจะมีความเข้าใจได้มากกว่านักศึกษาพยาบาล ที่ยังไม่มีประสบการณ์การทำงาน โดยเฉพาะนักศึกษาชั้นปีที่ 1 และ 2 ซึ่งแน่นอนว่า การสร้างการเรียนรู้ใน

พื้นที่จริง หรือให้มองเห็นความจริงที่เป็นอยู่ก่อน แล้วค่อยกลับมาเสริมความรู้ด้านทฤษฎีด้วยการอ่านเอกสาร ก็น่าจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงกระบวนการทัศน์และสมรรถนะได้มากขึ้น สำหรับปริมาณการจัดพิมพ์เอกสาร และการเผยแพร่ให้ทั่วถึงไปพร้อม ๆ กับการส่งเสริมการเรียนรู้ในรูปแบบและช่องทางต่าง ๆ ที่หลากหลาย ที่เกาะติดกับ “บริบทพื้นที่” ก็เป็นประเด็นที่สำคัญมากเช่นกัน ที่ควรให้ความสำคัญมากยิ่งขึ้น ถ้ามีโอกาสในการขับเคลื่อนเรื่องนี้ในระยะต่อไป

ผลผลิตลำดับที่ 5 แนวปฏิบัติสำหรับ
พยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพในระบบ
บริการสุขภาพแต่ละระดับ (ทั้งระดับปฐมภูมิ, ทุติยภูมิ และตติยภูมิ) ซึ่งเอกสารฉบับที่ทีมประเมินผลได้รับมา ยังคงเป็นเพียงฉบับร่าง ที่ทางโครงการฯ กำลังนำไปใช้ในหน่วยบริการต่าง ๆ ที่มีสถานภาพเป็นศูนย์เรียนรู้ และจะมีการปรับปรุงให้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทาง (guideline) ได้จริงในทุกหน่วยบริการ ภายหลังจากการบันทึกและวิเคราะห์ของผู้ปฏิบัติ หรือพยาบาลที่อยู่ในศูนย์การเรียนรู้ที่เข้าร่วมกระบวนการทดลองใช้แนวทางฯ เล่มนี้ และยังคงอยู่ในระหว่างการติดตามประเมินผลของทีมประเมินผล จึงยังไม่สามารถสรุปหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลผลิตที่ 5 นี้ได้มากนัก ยกเว้นเนื้อหาหรือประเด็นสำคัญที่บรรจุอยู่ในเอกสารเล่มนี้ ซึ่งพบว่ามีทั้งหมด 7 แนวทางด้วยกัน คือ 1) แนวทางการปรับระบบบริการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ในสถานบริการระดับปฐมภูมิ 2) แนวทางการปรับบริการการดูแลต่อเนื่องเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ในสถานบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ 3) แนวทางการปรับระบบบริการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 4) แนวทางการปรับระบบบริการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลระดับ

ตติยภูมิ 5) แนวทางการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล ผู้ให้บริการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ 6) แนวทางการสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ในสถานบริการระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ ระดับตติยภูมิ และในชุมชน และ 7) แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพบุคลากรพยาบาลในสถานบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ ซึ่งถ้าพิจารณาจากชื่อหรือหัวข้อของเอกสาร หรือแนวทางดังกล่าวข้างต้น ก็หมายถึงว่าทางโครงการฯ ให้ความสำคัญกับการปรับระบบบริการในทุกระดับ และถ้าเป็นในระดับตติยภูมิ ก็ให้ความสำคัญกับทั้งแผนกผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน

นอกจากนี้ ก็ยังให้ความสำคัญกับเรื่องการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี รวมทั้งการให้ความสำคัญกับสุขภาพของบุคลากรที่เป็นพยาบาลด้วย ดังนั้นแนวทาง (guideline) ในการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพในบริบทของพยาบาล จึงยังขาดมิติการสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน และการขับเคลื่อนเชิงนโยบายในกรอบของอนาคตว่า (ซึ่งการไม่ได้ผนวกประเด็นหรือมิติทั้งสองนี้ไว้ในเอกสารแนวทาง อาจจะสืบเนื่องมาจากเวลาไม่พอ หรือเป็นประเด็นที่ซับซ้อนที่ต้องใช้เวลาในการจัดทำก็เป็นได้) ทั้งนี้ ทีมประเมินผลฯ ได้มีโอกาสศึกษาเจาะลึกเพียงบางด้าน โดยเฉพาะ กรณีแนวทางการสร้างสิ่งแวดล้อมในชุมชน (หน้า 175) เพราะเป็นสิ่งที่ทีมประเมินผลมีความสนใจ (เพราะเกี่ยวข้องกับบทบาทของชุมชนหรือคนจำนวนมาก ที่มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันอย่างสลับซับซ้อน) และยังเป็นเรื่องที่หัวหน้าทีมประเมินผลมีความเชี่ยวชาญอยู่ในระดับหนึ่ง (บนพื้นฐานของประสบการณ์ในการทำงานส่งเสริมศักยภาพของชุมชนในบริบทของประเทศไทย ที่มีความสลับซับซ้อนเป็นอย่างยิ่ง) และทีมประเมินผลฯ ยังพิจารณาด้วยว่า ประเด็นนี้เป็นประเด็นที่พยาบาล

ควรมีความระมัดระวังเป็นอย่างสูง และไม่ควรมองชุมชนในมุมมองของการให้การพยาบาล ดูแลเยียวยาเท่านั้น แต่ควรจะต้องมองและเข้าใจชุมชนในความหมายใหม่ โดยเฉพาะความหมายในทางสังคม วัฒนธรรมและการเมือง และ/หรือความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่สำคัญยิ่ง นอกจากนี้ก็ไม่ควรมองชุมชนแบบหยุดนิ่ง (static) เพราะเมื่อเวลาผ่านไปแนวทางที่กำหนดไว้อาจจะใช้การไม่ได้ ดังนั้น การเข้าใจชุมชนในลักษณะพลวัต (dynamic) จึงมีความสำคัญยิ่ง

นอกจากนี้ การทำงานสร้างหรือส่งเสริมการมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีของคนในชุมชน (โดยเฉพาะชุมชนที่เป็นพื้นที่ทับซ้อน ทั้งในความหมายในทางภูมิศาสตร์ (เช่น พื้นที่ลุ่มน้ำเดียวกัน, พื้นที่ป่าเขาเดียวกัน, พื้นที่ชายฝั่งทะเลเดียวกัน ฯลฯ) ความหมายในทางการเมืองการปกครองหรือรัฐศาสตร์ (ซึ่งมีหลายระดับที่ทับซ้อนกันในเรื่องการแบ่งเขตแดน หรือการกำหนดขอบเขตพื้นที่ทางกายภาพที่เชื่อมโยงกับความหมายในทางการเมืองการปกครอง เช่น การเป็นพื้นที่ อบต. เทศบาล ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของเมืองที่กำลังขยายตัวไปในทุกขอบเขต ทุกระดับ และยังทับซ้อนกันในเรื่องความสัมพันธ์ทางสังคมวัฒนธรรมอีกด้วย) และรวมความหมายในเชิงสังคมวัฒนธรรมหรือมนุษยวิทยา และสังคมวิทยา ที่มีความสัมพันธ์แบบข้ามเขตแดนหรือข้ามเขตการปกครอง ตามระบบเครือญาติชาติพันธุ์ เพศภาวะ วัย อาชีพ ฯลฯ อีกด้วย ดังนั้น การเขียนแนวทางในส่วนนี้ จึงควรให้ความสำคัญกับการทำความเข้าใจประเด็นต่าง ๆ ที่ซับซ้อนหรือทับซ้อนกันเหล่านี้ให้มาก รวมถึง ควรส่งเสริมหรือเขียนแนวทางให้พยาบาลมีบทบาทเป็นเพียงผู้สนับสนุนกระบวนการเรียนรู้ หรือผู้เอื้ออำนวยความสะดวกหรือผู้กระตุ้น ผู้สนับสนุน ผู้เชื่อมประสานศักยภาพของชุมชน มากกว่าการเป็นผู้กระทำการ (Actor) เสียเอง เพราะจริง ๆ แล้ว ไม่สามารถทำได้ เพราะเป็นคนนอก (outsider) หรือแม้แต่ในกรณีการเป็น

คนใน (insider) เอง ก็ยังคงมีข้อจำกัด ถ้าไม่สามารถวางตัวเป็นกลางได้ ดังนั้น จึงควรให้ความสำคัญกับศักยภาพหรือบทบาทของชุมชน ไม่ควรให้ความสำคัญกับการทำงานตามแนวทางที่กำหนดไว้ของพยาบาลเท่านั้น ไม่ว่าจะเป็นแนวทางหรือกิจกรรมในด้านใด หรือไม่ว่าจะเป็นสิ่งแวดล้อมด้านใดก็ตาม ทั้งด้านกายภาพ ด้านสังคมวัฒนธรรม ด้านเศรษฐกิจ และด้านนโยบาย

โดยสรุป แนวทางการทำงานเพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมในชุมชน ทั้งพยาบาลและบุคลากรสุขภาพอื่น ๆ ควรมีความรู้ความเข้าใจเรื่องทฤษฎีไร้ระเบียบ (chaos theory) ความสัมพันธ์เชิงอำนาจ (power relations) ชุมชนท้องถิ่นในบริบทโลก (local community in global context) และการทำงานเชิงสร้างเสริมพลังอำนาจชุมชน (community empowerment) ความเป็นท้องถิ่นและกระบวนการทำให้เกิดความเป็นท้องถิ่น (localism and localization) และองค์ความรู้อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง อาทิเช่น โลกาภิวัตน์ (globalization) กระบวนการกลายเป็นชายขอบและคนชายขอบ (marginalization and marginalized people) อย่างกระจ่างชัด จึงจะสามารถทำงานสร้างสิ่งแวดล้อมในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพราะชุมชนมีความสลับซับซ้อนเกินกว่าการทำงานอย่างเป็นขั้นเป็นตอนหรือการคิดและมองในกรอบความคิดที่จำกัด

สำหรับผลผลิตลำดับที่ 6 และ 7 นั้น จะต้องรอในลำดับต่อไป เพราะทางโครงการขับเคลื่อนฯ ยังดำเนินการไม่แล้วเสร็จ

3.1.3 คุณภาพและความพอเพียงของ ผลผลิตที่กำหนดไว้ต่อการสร้าง สมรรถนะพยาบาลเพื่อการสร้าง เสริมสุขภาพ

จากการศึกษาและวิเคราะห์เอกสาร หรือ ผลผลิตต่าง ๆ ของโครงการฯ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เอกสารนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้ บทบาทของวิชาชีพพยาบาล (จำนวน 487 หน้า), เอกสารคู่มือผู้สอน และเอกสารคู่มือผู้เรียน ของแต่ละภาค, เอกสารชุดการเรียนรู้ทั้งหมด 7 ชุด ประกอบด้วย ชุดการเรียนรู้ที่ 1 การสร้างเสริมสุขภาพ: บทบาทพยาบาล (จำนวน 110 หน้า) ชุดการเรียนรู้ที่ 2 ภาวะผู้นำและการบริหารจัดการการเปลี่ยนแปลงเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (จำนวน 80 หน้า), ชุดการเรียนรู้ที่ 3 การพัฒนาเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพ (จำนวน 62 หน้า), ชุดการเรียนรู้ที่ 4 การจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (จำนวน 81 หน้า), ชุดการเรียนรู้ที่ 5 การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม การปรับระบบบริการสุขภาพและการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (จำนวน 60 หน้า), ชุดการเรียนรู้ที่ 6 การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (จำนวน 58 หน้า), และ ชุดการเรียนรู้ที่ 7 การสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน (จำนวน 54 หน้า) และเอกสาร แนวทางการพยาบาล เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพยาบาลวิชาชีพในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ (ฉบับร่าง) ซึ่งในลำดับสุดท้ายนี้ ยังเป็นเพียงฉบับร่าง และกำลังอยู่ในระหว่างการนำไปใช้ในหน่วยบริการระดับต่าง ๆ ที่มีสถานภาพเป็นศูนย์เรียนรู้ หรือแหล่งเรียนรู้ นวัตกรรมของโครงการขับเคลื่อนฯ และจะมีการปรับปรุงให้สมบูรณ์อีกครั้งหนึ่ง รวมถึงทำการจัดพิมพ์เพื่อเผยแพร่ต่อไป (ดังได้กล่าวไปแล้วข้างต้น)

อย่างไรก็ตาม สำหรับการวิเคราะห์เชิงสะท้อน (reflexive analysis) เอกสารหรือผลผลิตต่าง ๆ ดังกล่าวมาข้างต้น ณ ที่นี้ ไม่สามารถดำเนินการได้ทั้งหมด เนื่องจากเอกสารมีจำนวนมาก ดังนั้น โครงการประเมินผลฯ จึงเลือกให้ความสำคัญกับ เอกสารที่สำคัญที่สุด 2 ชุด คือ เอกสารชุดนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้บทบาทของวิชาชีพการพยาบาล และเอกสารชุดการเรียนรู้ทั้ง 7 ชุด สำหรับการประเมินคุณภาพของเอกสาร หรือเครื่องมือการเรียนรู้ที่สำคัญ 2 ชุดนี้ ใช้เกณฑ์ความชัดเจนในการสื่อสารกับผู้อ่าน, ความสามารถในการสะท้อนความเป็นจริงต่าง ๆ จากพื้นที่ (โดยเฉพาะกรณีเอกสารนวัตกรรมฯ) รวมถึงความถูกต้องในแง่ของการค้นคว้า การนำเสนอข้อมูล การถกเถียงประเด็นสำคัญ การอ้างอิงในทางวิชาการ ความสามารถในการชี้หรือจุดประเด็นต่าง ๆ (leverage point) ที่ทำให้ผู้อ่านหรือผู้นำไปใช้ประโยชน์ (โดยเฉพาะกลุ่มที่เป็นเป้าหมายสำคัญของโครงการฯ ที่เป็นพยาบาลนักปฏิบัติ และนักศึกษาพยาบาล ซึ่งยังไม่มีประสบการณ์) เกิดการเรียนรู้ การถกคิด และ/หรือการปรับกระบวนการ/โลกทัศน์/ทัศนคติ/มุมมอง/การปฏิบัติของตนเองได้ในระดับหนึ่งด้วยหรือไม่ โดยเริ่มจากการวิเคราะห์เชิงสะท้อน เอกสารนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้บทบาทของวิชาชีพการพยาบาล ที่มีอยู่ทั้งหมดจำนวน 457 หน้าก่อน แต่ทั้งนี้ จะไม่ใช้การวิเคราะห์หรือวิพากษ์ทุกหน้า แต่เป็นการให้มุมมองเชิงสะท้อนภาพรวมมากกว่า ซึ่งโดยทั่วไป พบว่า เอกสารนี้บรรจุเนื้อหาที่มีคุณค่า และมีประโยชน์ต่อการสร้างการเรียนรู้เรื่อง สุขภาพและการขับเคลื่อนสุขภาพในมุมมองใหม่ ๆ หรือส่วนใหญ่เป็นนวัตกรรมตามกรอบอดดตาวา ที่ช่วยทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพที่มีความสลับซับซ้อน (complicated health issues) ซึ่งไม่ใช่เพียงแค่โรคภัยไข้เจ็บ (disease) หรือความเจ็บป่วย (illness) แต่มีความเกี่ยวข้องกับบริบททั้งทางเศรษฐกิจ

สังคม-วัฒนธรรม การเมือง ภูมิศาสตร์ของแต่ละพื้นที่ได้เป็นอย่างดี เพราะเป็นกรณีตัวอย่างจากพื้นที่จริง หรือเป็นเรื่องจริง ที่ได้ดำเนินการไปแล้ว และหลายแห่ง เมื่อทีมประเมินผลเข้าไปเยี่ยมพื้นที่หรือแหล่งเรียนรู้วัฒนธรรมที่บรรจุอยู่ในเอกสารเล่มนี้พบว่า ยังคงดำเนินการตามที่เอกสารระบุไว้อย่างต่อเนื่องอีกด้วย และการที่โครงการขับเคลื่อนฯ ได้ใช้กรอบออตตาวาในการวิเคราะห์สิ่งที่เกิดขึ้นจริงเหล่านี้ ก็ยังทำให้มีความชัดเจนหรือมองเห็นได้อย่างชัดเจนมากขึ้น ในแง่ของปฏิสัมพันธ์หรือความสัมพันธ์กันระหว่างปัจเจกบุคคล ชุมชน สิ่งแวดล้อม นโยบายและระบบบริการ ที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน ซึ่งจุดนี้ น่าจะเป็นจุดสำคัญที่ทำให้พยาบาลและนักศึกษาพยาบาล หรือผู้ใช้ประโยชน์จากหนังสือเล่มนี้ ได้เกิดความเข้าใจในปฏิสัมพันธ์เหล่านี้

นอกจากนี้ ยังพบว่า บทความส่วนใหญ่สามารถนำเสนอความจริงที่ดำรงอยู่ในพื้นที่/หน่วยบริการต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้อง ครอบคลุม มีเพียงบางกรณีหรือบางพื้นที่ หรือบางวัฒนธรรมเท่านั้น ที่ทีมงานผู้เขียนหรือผู้ถ่ายทอด อาจจะไม่ครอบคลุมหรือไม่ครบ หรืออาจจะใช้ชื่อเรื่องที่ยังไม่ตรงกับความเป็นจริง เช่น กรณีของภาคเหนือ ที่บางกรณีใช้ชื่อบทความ หรือชื่อเรื่องที่ค่อนข้างแคบ แต่เมื่อไปสัมผัสความเป็นจริงในพื้นที่ หรือในหน่วยงานนั้น ๆ พบว่า มีความเป็นองค์รวม หรือที่เรียกว่า “**สุขภาพองค์รวม**” หรือมีมิติต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง-ครอบคลุมมากกว่าที่บทความนำเสนอหรือกำหนดชื่อเรื่องไว้ยกตัวอย่างเช่น กรณีของนวัตกรรมการที่ 30 การจัดการที่ดินโดยองค์กรชุมชน ตำบลแม่ทาอำเภอแม่ฮอน จ.เชียงใหม่ ที่พบว่า เป็นการงานเข้าข่ายกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ของออตตาวาในทุกด้าน ทั้งเรื่อง สิ่งแวดล้อม (ทั้งทางกายภาพ สังคม วัฒนธรรม การเมือง), การสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน โดยผู้นำชุมชนและตัว

ชุมชนเอง, การขับเคลื่อนนโยบาย โดยเฉพาะนโยบายที่ดิน เพราะมองว่า “ที่ดิน” เป็นเรื่องที่สำคัญที่สุดต่อสุขภาวะของคนในชุมชน เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร, การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การทำงานกับเยาวชนหรือคนรุ่นใหม่ ทำให้คนกลุ่มนี้กลายเป็นพลังการขับเคลื่อนที่สำคัญของชุมชน และสุดท้าย คือ การปรับระบบบริการ โดยเฉพาะวิถีคิด วิถีมองของบุคลากรสุขภาพที่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ที่มีการเรียนรู้ร่วมกับชุมชนสูง และมีการเอื้อเกื้อกูลซึ่งกันและกันในทุกด้าน ทำให้สามารถทำงานด้านการส่งเสริมหรือสร้างเสริมสุขภาพได้ในทุกมิติ หรือทุกประเด็น

สำหรับในกรณีของ รพ.แม่ลาว อ.แม่ลาว จ.เชียงราย ซึ่งเป็นนวัตกรรมที่ 31 ที่ชื่อเรื่องของบทความ ใช้ชื่อว่า “การสร้างบ้านดินและการสร้างพื้นที่สีเขียวในโรงพยาบาล เพื่อเป็นที่พักในการจัดโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ” แต่ในความเป็นจริงนั้น รพ.แม่ลาวขับเคลื่อนเรื่อง สุขภาพอย่างเป็นองค์รวม ทั้งคนที่ป่วยและไม่ป่วย โดยเน้นบทบาทของชุมชนในทุกด้าน และเน้นการบำบัดดูแลรักษาสุขภาพตามแนวธรรมชาติ หรือใช้องค์ความรู้ต่าง ๆ แบบผสมผสาน ไม่ได้มีแต่เพียงการรักษาตามแบบกระแสหลักเท่านั้น ซึ่งบ้านดินที่สร้างขึ้น เพื่อเป็นที่พักสำหรับผู้มาใช้บริการนั้น ถือเป็นส่วนหนึ่งของความคิดหรือวิถีคิดที่อิงหรือเกื้อกูลกันกับธรรมชาติ หรือไม่ขัดแย้งกับธรรมชาติหรือสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ที่ต้องมีการเกื้อกูลกันระหว่างดิน น้ำ ป่า ต้นไม้ คน และยังมีการจัดบริการโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามวิถีธรรมชาติให้กับบุคคลทั่วไปมาใช้บริการ ไม่ใช่เฉพาะแต่คนในอำเภอแม่ลาว หรือจังหวัดเชียงราย หรือภาคเหนือเท่านั้น แต่หมายถึงจากทั่วประเทศและต่างประเทศด้วย ทำให้ รพ. มีรายได้เข้ามา ทำให้สามารถพึ่งพาตนเองได้ในหลาย ๆ ด้าน และยังทำให้ชุมชนมีรายได้ต่าง ๆ

จากการจัดบริการร่วมกันกับทาง รพ. อีกด้วย และ อันที่จริง กรณีของ รพ.แม่ลาวนี้ การขับเคลื่อนเรื่อง การสร้างเสริมหรือส่งเสริมสุขภาพ ไม่ใช่บทบาทของ พยาบาลเท่านั้น แต่เน้นการทำงานเป็นทีมแบบสห วิชาชีพ ทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข เทคนิคการแพทย์ และ เจ้าหน้าที่ทั้งหมดใน รพ. ล้วนแต่มีบทบาทในการ ทำงานร่วมกัน นับว่าเป็นกรณีตัวอย่างที่น่าสนใจ และมีนัยสำคัญต่อการเรียนรู้ หรือการสร้างการ เรียนรู้ให้กับพยาบาล และนักศึกษาพยาบาล และ บุคลากรสายสุขภาพให้มองและขับเคลื่อนเรื่อง “สุขภาพ” อย่างมีความเชื่อมโยง และมีความเกี่ยว ถัดกันระหว่างหน่วยบริการสุขภาพกับชุมชนท้องถิ่น

นอกจากนี้ ก็อาจจะมีบางบทความที่ยัง สะท้อนความเป็นจริงได้ไม่ถูกต้อง เช่น กรณีของ บทความ “การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณ โรคโรงพยาบาลวังน้ำเย็น : 4 วันเอาอยู่ โรงพยาบาลวังน้ำเย็น อ.วังน้ำเย็น จ.สระแก้ว” ที่มีการอ้างอิงข้อมูลหรือสถิติต่าง ๆ ของทาง รพ. แต่พบว่า ยังเป็นการใช้สถิติที่ไม่ถูกต้อง (หน้า 228) ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อน และความไม่ชัดเจนใน การสื่อสารเรื่องนี้ เป็นต้น และ พบว่า บางพื้นที่/บาง บทความขาดการนำเสนอกรณีตัวอย่างประกอบ เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจได้อย่างชัดเจนมากยิ่งขึ้น

โดยสรุป พบว่า เอกสารนวัตกรรมการ สร้างเสริมสุขภาพ เป็นเอกสารการถอดองค์ความรู้ จากประสบการณ์การทำงานและความจริงที่เกิดขึ้น ในบริบทสังคมไทย ที่มีคุณค่า มีคุณภาพ และมี นัยสำคัญต่อการสร้างการเรียนรู้ หรือการ เปลี่ยนแปลงมุมมองเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพและการ ขับเคลื่อนสุขภาพในมิติใหม่ ทั้งสำหรับพยาบาล นักศึกษาพยาบาล และบุคลากรสุขภาพ/วิชาชีพอื่น ๆ ได้เป็นอย่างดี

สำหรับเอกสารชุดการเรียนรู้ทั้ง 7 ชุด

ก็เช่นกัน ที่พบว่า โดยภาพรวม มีความครอบคลุม ประเด็นต่าง ๆ ตามกรอบออตตาวา และยังมีเพิ่มเติม ขึ้นมาทั้งเรื่อง ภาวะผู้นำและการบริหารจัดการการ เปลี่ยนแปลงเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ, การพัฒนา เครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพ และ การจัดการ ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งในมุมมองของ ผู้ประเมิน มองว่า เป็นชุดการเรียนรู้ที่สำคัญยิ่ง และ ส่วนใหญ่มีการค้นคว้า และการอ้างอิงที่ครอบคลุม มากพอสมควร ยกเว้น เพียงบางเล่มหรือบางชุดการ เรียนรู้ ที่น่าจะมีการปรับปรุง หรือเพิ่มเติมประเด็นที่ ทันสมัยหรือสอดคล้องกับยุคสมัยให้มากขึ้น อาทิ เช่น กรณีของการพัฒนาเครือข่ายการสร้างเสริม สุขภาพ ที่ควรให้ความสำคัญกับเครือข่ายออนไลน์ และเครือข่ายข้ามทวีป ข้ามพรมแดน ประเภทต่าง ๆ ด้วย เพราะปัจจุบันโลกเชื่อมต่อกันเป็นหนึ่งเดียว หรือที่เรียกว่า ความเป็นโลกาภิวัตน์สูง

ดังนั้น เรื่อง “สุขภาพ” (health) จึงไม่ได้ จำกัดขอบเขตอยู่ในเขตภูมิศาสตร์ หรือเขตการเมือง การปกครองอีกต่อไป แต่มีการเชื่อมโยงกันแบบข้าม เขตแดน ข้ามวัฒนธรรม ข้ามเพศ ข้ามชาติพันธุ์ โดย มีประเด็นเศรษฐกิจและเทคโนโลยีเป็นแรงผลัก หรือ ตัวกำหนด (determinant) ที่สำคัญมากในลำดับแรก ๆ รวมทั้งเรื่อง ความรู้ที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง อะไรคือ ความรู้ที่ถูกต้อง, การใช้ยา/การขยายยาออนไลน์ โดยเฉพาะ ยาเสริมความงาม, ยาลดความอ้วนใน บรรดาวัยรุ่น, อาหารเสริมประเภทต่าง ๆ และ ผลิตภัณฑ์อื่น ๆ อีกมากมายที่เป็นอันตรายต่อ สุขภาพ แต่ผู้คนยังขาดความตระหนักและความ ระวังระมัดระวัง สิ่งเหล่านี้กำลังเป็นประเด็นปัญหาทาง สุขภาพที่มาแรง มีความซับซ้อน และมีความเข้มข้น มากยิ่งขึ้น และในความเป็นจริงนั้น ไม่ได้มีแต่ เครือข่ายในทางบวกเท่านั้น แต่ปัจจุบันเครือข่ายทาง ลบ ซึ่งมีอิทธิพลสูงต่อความคิดและพฤติกรรมของ ผู้คน โดยเฉพาะเด็กเยาวชนและวัยรุ่น มีจำนวนมาก

หลากหลายประเภท ดังนั้น การสร้างหรือพัฒนาเครือข่ายจะต้องเข้าใจประเด็นปัญหาที่มีความสลับซับซ้อนเหล่านี้อย่างมีลักษณะที่พลวัต รวมทั้งการสร้างความรู้ที่สอดคล้องกับความจริงที่พลวัต มีความสำคัญยิ่ง เพราะในความเป็นจริงการสร้างเครือข่ายที่มีนัยยะเชิงบวกต่าง ๆ มักประสบปัญหาหรือทำได้ไม่ค่อยสำเร็จ หรือได้แต่ก็ไม่ยั่งยืนมากเท่าใดนัก แต่เราก็กังไม่ค่อยทราบสาเหตุ หรือไม่ทราบว่าการทำไมจึงไม่สำเร็จ เพราะเราไม่สามารถลงลึกไปในวิถีชีวิตของประชาชนและชุมชนที่มีความสลับซับซ้อน และเคลื่อนไหว เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ภายใต้บริบทโลกที่เป็นสังคมยุคดิจิทัล (digital age) ที่มีอิทธิพลสูงต่อความคิด จิตใจ และพฤติกรรมของคนเรา

ดังนั้น ประเด็นปัญหาเรื่องความรู้และการสร้างองค์ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับทุกมิติ/ทุกประเด็นทั้งเรื่อง การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล, การสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน, การสร้างนโยบายสาธารณะ, การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี และการปรับระบบบริการ จึงล้วนแต่มีความสำคัญทั้งสิ้น

ด้วยเหตุนี้ เอกสาร “การจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ” (จำนวน 82 หน้า) ซึ่งเป็นหนึ่งใน 7 ชุดการเรียนรู้ที่โครงการขับเคลื่อนฯผลิตขึ้น จึงมีความสำคัญมาก และควรขบคิด หรือย่อยประเด็นนี้ และให้ความสำคัญในลำดับต้น ๆ เพราะเท่าที่ประเมินดูจากการได้มีโอกาสไปเยี่ยมพื้นที่ต่าง ๆ พบว่า การสร้างหรือผลิตองค์ความรู้ยังคงเป็นจุดอ่อนของหน่วยบริการ/พื้นที่/พยาบาล และวิชาชีพอื่น ๆ ในกลุ่มบุคลากรสุขภาพด้วย ซึ่งมีสาเหตุหรือองค์ประกอบหลายประการด้วยกัน ส่วนหนึ่งเป็นเพราะยังไม่มีข้อมูลชัดเจนหรือขาดความรู้

ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องการผลิตความรู้ เช่น ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการวิจัย (research) และการผลิตความรู้ด้วยช่องทางอื่น ๆ ยกตัวอย่างเช่น การถอดประสบการณ์เป็นองค์ความรู้ (experience-based knowledge)¹⁷ หรืออาจจะเนื่องมาจาก ยังไม่มีความรู้เรื่องวิธีวิทยาและวิธีการในการสร้างความรู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงและมุมมองใหม่ ๆ อย่างมหาศาล ฯลฯ และอีกส่วนหนึ่งเป็นเพราะไม่มีเวลา หรือไม่สามารถจัดสรรเวลาให้กับการพัฒนาหรือสร้างองค์ความรู้ได้มากเท่าที่ควร เพราะพยาบาลจำนวนมาก มีภารกิจรัดตัว ต้องทำงานหลายหน้า และอีกส่วนหนึ่งเป็นเพราะพยาบาลขาดแรงจูงใจในการทำงานเชิงวิชาการ หรือการสร้างองค์ความรู้ที่เชื่อมโยงกับบริบทเฉพาะ และบริบทของท้องถิ่น เพราะถูกรอบำงำด้วยวิธีคิดจากศูนย์กลาง ผ่านกลไกการประเมินต่าง ๆ ที่ยังไม่ค่อยให้ความสำคัญกับบริบทเฉพาะของแต่ละท้องถิ่น หรือแต่ละพื้นที่ และอีกส่วนหนึ่งเป็นเพราะโครงสร้างการจ้างงาน หรือโอกาสความก้าวหน้าในการทำงานภายใต้โครงสร้างและระบบที่เป็นอยู่ ไม่ทำให้เกิดแรงจูงใจในการผลิตผลงานทางวิชาการมากนัก เพราะอัตราเงินเดือนและตำแหน่งตันแต่ประมาณระดับ 7 (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พยาบาลหลายท่าน และตัวแทนสมาคมพยาบาลภาคตะวันออก)

ดังนั้น ตรงนี้จึงเป็นประเด็นความเชื่อมโยงที่สำคัญ ไม่ควรมองแยก ไม่ควรมองเรื่อง การผลิตเครื่องมือหรือเอกสารวิชาการ แยกออกจากบริบทหรือความเป็นจริงของวิชาชีพพยาบาล ภายใต้โครงสร้างที่เป็นอยู่ แต่ควรมองควบคู่กันไป ทั้งการสร้างเสริมสมรรถนะในทางวิชาชีพและวิชาการให้แก่พยาบาล และการสื่อสาร หรือการขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่จะส่งผลต่อผลการ

¹⁷ แต่สิ่งที่พบประการหนึ่งที่สำคัญ ก็คือ การสร้างความรู้จากงานประจำ (Routine to Research หรือ R to R) ซึ่งพบว่า พยาบาลจำนวนมากมีความรู้ความสามารถด้านนี้ และหลายท่านมีผลงานตีพิมพ์ด้วย เช่น พยาบาลที่ รพ.มหาสารคาม, รพ.ศูนย์ขอนแก่น, รพ.สงขลา นครินทร์, รพ.สงขลา, รพ.บ้านปิง และ รพ.สันป่าตอง เป็นต้น

ดำเนินงานหรือผลงานของพยาบาลไปในเวลาเดียวกันด้วย และควรทำสองสิ่งนี้ในลำดับต้น ๆ คือ การส่งเสริมความสามารถในทางวิชาการ และการผลิตผลงานที่มีนัยสำคัญต่อความเป็นวิชาชีพ (ที่ไม่ใช่เพียงแค่การทำแผล, การให้ยา, การฉีดยา, หรือหัตถการต่าง ๆ) ที่สามารถทำงานขับเคลื่อนเรื่องสุขภาพในมิติใหม่, รวมถึงการป้องกันโรค ที่มุ่งเน้นไปที่การพัฒนาหรือส่งเสริมฟื้นฟูความรู้และทักษะของปัจเจกบุคคลและกลุ่มวัย-อาชีพ-เพศภาวะต่าง ๆ, รวมถึงการสร้างเสริมความเข้มแข็งให้กับชุมชน, การขับเคลื่อนเชิงนโยบายในระดับและมิติต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบเชิงบวกต่อการมีสุขภาพที่ดีของประชาชนและชุมชน และการปรับระบบบริการที่เกิดองค์ความรู้ด้านนี้ขึ้นอย่างมากมายเช่นกัน

ดังนั้น จึงควรส่งเสริมสมรรถนะด้านนี้แบบเข้มข้น เพื่อใช้เป็นฐานวิชาการที่แข็งแกร่งที่สามารถนำไปใช้ในการเพิ่มโอกาสและความก้าวหน้าในทางวิชาชีพ รวมทั้งเพิ่มค่าตอบแทนทางวิชาชีพที่สูงขึ้นได้ด้วย ดังนั้น จึงควรให้ความสำคัญกับการถ่ายทอดความรู้เรื่องนี้ ไปพร้อม ๆ กับการเผยแพร่เอกสารให้ทั่วถึง และการสื่อสารให้พยาบาลได้มองเห็นความสำคัญของการทำงานขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาล โดยสภาการพยาบาลและสำนักการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข อย่างเป็นองค์รวม หรือไม่มองแยกส่วน หรือลดทอน แต่มองและขับเคลื่อนอย่างเป็นองค์รวม ทั้งการผลิตเอกสาร/องค์ความรู้ทางวิชาการ การส่งเสริมช่องทางการเรียนรู้ต่าง ๆ การปรับปรุงระบบการสื่อสารหรือการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ผ่านช่องทางต่าง ๆ ที่หลากหลาย และต้องทำให้เกิด “พลังร่วม” (synergy) เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของพยาบาล ในฐานะที่

เป็นบุคลากรสุขภาพที่สำคัญยิ่ง ที่ควรมีคุณภาพชีวิตหรือสุขภาพกาย ใจ อารมณ์ สังคม ปัญญา จิตวิญญาณที่ดี ไปพร้อม ๆ กับการสร้างระบบสุขภาพที่ดีให้กับประชาชนและสังคม

โดยสรุป เอกสารทั้งสองชุดของโครงการขับเคลื่อนฯ ที่ทีมประเมินผล เลือกขึ้นมาศึกษาวิเคราะห์เชิงสะท้อนนี้ เป็นเอกสารที่มีคุณค่าอย่างยิ่งสมควรเผยแพร่ให้ทั่วถึง พร้อมทั้งเน้นการสื่อสารสาระสำคัญ ๆ (essences) ดังกล่าวมาข้างต้นให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายประเภทต่าง ๆ ให้มากที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ในระยะต่อไป โดยเฉพาะพยาบาลทุกประเภทน่าจะสามารถเข้าใจและนำไปใช้ประโยชน์ได้ด้วยตนเอง แต่สำหรับนักศึกษา อาจจะมีส่วนจำกัดในการทำความเข้าใจด้วยตนเองอยู่บ้างในบางเรื่อง โดยเฉพาะเอกสารชุดการเรียนรู้บางเล่มที่มีลักษณะก้าวหน้า หรือมีเนื้อหาซับซ้อนในเรื่องการสร้างนโยบาย หรือต้องมีประสบการณ์ระดับหนึ่งจึงจะเข้าใจได้ (ข้อมูลจากการประเมินของโครงการขับเคลื่อนฯ ในบางพื้นที่ นักศึกษาสะท้อนว่า เอกสารอ่านเข้าใจยาก) นอกจากนี้ ควรเผยแพร่ตามโอกาสและวาระต่าง ๆ ที่ทุกองคคัพพทุกประเภท ทุกระดับสามารถทำได้ ไม่ว่าจะเป็นสภาการพยาบาล (ทั้งส่วนกลาง และตัวแทนในจังหวัดและภูมิภาคต่าง ๆ), คณะพยาบาลศาสตร์ต่าง ๆ ทั่วประเทศ, โรงพยาบาลต่าง ๆ และหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล รวมทั้งพยาบาลที่มีเอกสารและมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการทำงานตามกรอบออตตาวา, สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยและเครือข่ายในทุกภูมิภาค, ชมรมพยาบาลเฉพาะทางด้านต่าง ๆ รวมทั้งชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทยด้วย

3.1.4 การให้ความสำคัญกับกระบวนการ- การมีส่วนร่วมของพยาบาลและผู้ มีส่วนได้ส่วนเสียกับผลผลิตและ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (ระดับโครงการ ที่เชื่อมโยงไปยังภูมิภาค)

สำหรับเรื่องการมีส่วนร่วมนี้ เป็นประเด็นที่สำคัญมาก หรือเป็นจุดเน้นของการสร้างความรู้เกี่ยวกับการทำงานของโครงการ ที่มุ่งเน้นไปที่การถอดความรู้จากประสบการณ์ (experience-based knowledge) ในการขับเคลื่อนการทำงานอีกประการหนึ่งของโครงการการศึกษา วิจัย ติดตามและประเมินผลในครั้งนี้ด้วย เพราะมีข้อสันนิษฐานเบื้องต้นว่า ถ้าทุกองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง หรือบุคลากรของโครงการในทุกประเภท ทุกระดับให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด ก็น่าจะช่วยให้ประสบผลสำเร็จได้มากยิ่งขึ้น ซึ่งอันที่จริง ก็คือ การมีส่วนร่วมของ **“พลังอำนาจเชิงบวก”** (positive power) ที่มีอยู่ในทุกคนที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของโครงการขับเคลื่อนฯ ทั้งของผู้ดำเนินการ/ผู้รับผิดชอบหลัก ผู้รับประโยชน์ และ ผู้เกี่ยวข้อง หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดทุกประเภท ทุกฝ่าย ทุกระดับ ซึ่งสิ่งที่สำคัญ ที่จะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมได้อย่างเต็มที่ ผู้ดำเนินการโครงการ/ผู้รับผิดชอบหลัก จะต้องมีความชัดเจนหรือเข้าใจคำว่า **“พลังการมีส่วนร่วม”** หรือ **“พลังทวีคูณ”** (synergy) หรือนัยสำคัญของการสานพลังและความสามารถของทุกคน ถ้าทำถูกทาง ก็จะทำให้เกิดพลังทวีคูณ ไม่ใช่แค่หนึ่งบวกหนึ่งแล้วเป็นสอง แต่สามารถเป็นหก เป็นแปด เป็นยี่สิบ เป็นต้น ที่สำคัญ ทุกคนที่เกี่ยวข้องต้องให้คุณค่ากับเรื่องนี้ อย่างจริงจังตั้งแต่ต้น นอกจากนี้ จะต้องให้ความสำคัญกับกระบวนการสื่อสารที่ชัดเจนทั้งหมดทุกประเด็นหลัก ทั้งแนวคิดหลัก จุดเน้นของโครงการ เป้าหมายสุดท้ายที่ต้องการเห็นร่วมกัน

อย่างครบถ้วน และควรเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในทุกประเด็นและทุกขั้นตอนของกระบวนการมีส่วนร่วม ตั้งแต่ การร่วมกันคิด ร่วมกันตั้งคำถาม ร่วมกันกำหนดโจทย์ ร่วมกันตัดสินใจ ร่วมกันออกแบบ ร่วมกันแสวงหาทรัพยากรที่จำเป็น ร่วมลงมือดำเนินการ ไปจนถึง ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้/ถอดบทเรียน ร่วมรับประโยชน์ ร่วมติดตามและประเมินผล ร่วมวิเคราะห์และสังเคราะห์ผลที่เกิดขึ้น เป็นต้น

ดังนั้น การประเมินการมีส่วนร่วม หรือกระบวนการมีส่วนร่วม ณ ที่นี้ จึงให้ความสำคัญกับ **คู่ความสัมพันธ์ของกระบวนการมีส่วนร่วม และ มิติต่าง ๆ ของการมีส่วนร่วม** ในแต่ละขั้นตอนหรือกระบวนการทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการออกแบบกระบวนการทำงานร่วมกัน และการตัดสินใจในด้านต่าง ๆ ร่วมกัน อาทิเช่น ด้านวิชาการ ด้านการพัฒนาทีม (ที่มีอยู่ในระดับ/หลายประเภท) ด้านเครือข่าย/การขยายเครือข่าย ด้านข้อมูล/ฐานข้อมูล ฯลฯ ซึ่งจะแบ่งออกไปกลุ่มความสัมพันธ์ต่าง ๆ ดังต่อไปนี้คือ

1) การมีส่วนร่วมระหว่างแกนหลักของโครงการฯ กับคณะกรรมการ/คณะทำงานชุดต่าง ๆ ที่โครงการกำหนดขึ้น รวมถึงคณะกรรมการที่กำกับดูแลงานของโครงการฯ ที่ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ด้วย

2) การมีส่วนร่วมระหว่างผู้รับผิดชอบหลักของโครงการ และคณะทำงาน/ตัวขับเคลื่อนหลักระดับคณะ/สถาบันการศึกษาพยาบาลทั้ง 5 แห่ง และที่ไม่ได้อยู่ในกลุ่มสถาบันหลักทั้ง 5 แห่งนี้

3) การมีส่วนร่วมระหว่างแกนขับเคลื่อนหลักระดับคณะ/สถาบันพยาบาลศาสตร์ของแต่ละคณะกับภาคีหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่อยู่ในคณะฯ ของตนเอง โดยเฉพาะอาจารย์ในภาควิชาต่าง ๆ (faculty staff) และนักศึกษา/ผู้ร่วมขบวนการรุ่นใหม่

4) การมีส่วนร่วมระหว่างแกนขับเคลื่อนหลักระดับคณะ กับ คณะทำงาน หรือคณะกรรมการระดับภูมิภาคที่ตั้งขึ้นมา

5) การมีส่วนร่วมของผู้นำองค์กร/หน่วยงาน/กลุ่มวิชาชีพ ที่มีความสำคัญต่อการทำงานขับเคลื่อนของโครงการฯ ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและทีมบริหารหน่วยบริการสุขภาพ, หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล, ตัวแทนสภาการพยาบาลระดับจังหวัด, ตัวแทนสมาคมพยาบาลในภูมิภาคทั้ง 4 ภูมิภาค

6) การมีส่วนร่วมของพยาบาลและวิชาชีพอื่น ๆ ในองค์กร/หน่วยงาน/หน่วยบริการสุขภาพ ที่ทำงานอยู่ในพื้นที่ ที่เป็นศูนย์เรียนรู้/แหล่งเรียนรู้วัฒนธรรม หรือหน่วยงานที่ได้รับการคัดเลือกเป็นแหล่งสร้าง/พัฒนา/เรียนรู้วัฒนธรรม

7) การมีส่วนร่วมของประชาชน/ผู้รับบริการ/ผู้ป่วย/ญาติ/อสม./ผู้นำชุมชน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือชุมชนที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการสุขภาพประเภทต่าง ๆ ทั้ง 3 ระดับ

● **การมีส่วนร่วมของแกนหลักระดับโครงการกับคณะกรรมการ/คณะทำงานชุดต่าง ๆ ในระดับแผนงาน/โครงการฯ** จากบันทึกการรายงานการประชุม พบว่า โครงการมีการเปิดให้มีการระดมความคิดเห็นต่าง ๆ ในบรรดาทีมงานระดับแกน และคณะทำงาน/คณะกรรมการชุดต่าง ๆ ที่โครงการฯ จัดตั้งขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการร่วมในการกำหนดตัวบุคคลในการทำงานตามภารกิจหรือผลผลิตต่าง ๆ ที่โครงการฯ กำหนดไว้ นอกจากนี้ ก็มีการร่วมกันจัดทำเอกสารหรือผลผลิตต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ในข้อเสนอโครงการฯ จำนวนมาก ซึ่งพบว่ากระบวนการมีส่วนร่วมตรงนี้ เป็นไปอย่างค่อนข้างราบรื่น โครงการฯ สามารถระดมพลังการมีส่วนร่วมได้ในระดับดี มีการจัดตั้งหรือคัดสรรทีมนักวิชาการที่มีศักยภาพจากแต่ละคณะ/สถาบันฯ ที่อยู่ใน

เครือข่าย 5 แห่ง ที่มีศักยภาพ ที่กระจายกันอยู่ตามคณะ/สถาบันฯ ต่าง ๆ จากทุกภูมิภาค ให้มาร่วมกันผลิตองค์ความรู้ในรูปแบบของการถอดบทเรียนจากนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ, ชุดการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพในมิติต่าง ๆ, คู่มือผู้สอน และคู่มือผู้เรียน, แนวทางการพัฒนานวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ, และแนวทางการพยาบาล (Guideline) เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพยาบาลวิชาชีพในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ, ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ (ฉบับร่าง) ซึ่งถือเป็นการระดมสรรพกำลังที่สำคัญในการสร้างความรู้หรือเครื่องมือต่าง ๆ เพื่อนำไปใช้ในการเพิ่มสมรรถนะของพยาบาลและนักศึกษาพยาบาล อย่างไรก็ตาม มีข้อคิดเห็น/ข้อสะท้อนจากผู้เข้าร่วมกระบวนการตรงนี้บางส่วนว่า งานที่ได้รับมอบหมายมาให้ทำนั้นค่อนข้างมีเวลาน้อย หรือกระชั้นชิดมาก ทำให้ยังทำงานได้ไม่ค่อยดีเท่าที่ควร เพราะถ้ามีการวางแผนจากทางคณะทำงานส่วนกลางค่อนข้างดี ก็จะสามารถระดมสรรพกำลังได้มากกว่านี้ หรือสามารถทำงานได้อย่างมีคุณภาพมากกว่านี้

● **การมีส่วนร่วมระหว่างแกนขับเคลื่อนหลักระดับคณะฯ และคณะทำงาน/คณะกรรมการระดับพื้นที่ภาคและสถาบันการศึกษาพยาบาลต่าง ๆ ที่ไม่ใช่สถาบันหลักในระยะแรก** สำหรับกรณีนี้พบว่า คณะพยาบาลศาสตร์บางส่วน ยังไม่ค่อยให้ความสำคัญกับบทบาทของคณะทำงาน/คณะกรรมการระดับพื้นที่ภาคที่ตั้งขึ้นมามากเท่าใดนัก (ซึ่งมีอยู่ภาคละประมาณ 12-20 คน) ยกเว้นเพียงแค่บางแห่ง/บางภาค เช่น แกนขับเคลื่อนหลักของคณะพยาบาลศาสตร์ ม.บูรพา และคณะพยาบาลศาสตร์ ม.เชียงใหม่ ที่ค่อนข้างให้น้ำหนักหรือความสำคัญกับคณะกรรมการหรือคณะทำงานระดับพื้นที่ภาคที่ตั้งขึ้นมา มากกว่าคณะพยาบาลฯ แห่งอื่น ๆ ซึ่งน่าจะเป็นผลมาจากระดับ

ความสัมพันธ์ที่มีอยู่เข้มข้นกว่า และ/หรือบทบาทต่าง ๆ ที่ดำเนินการร่วมกันมา หรือภารกิจการทำงานอื่น ๆ ที่มีอยู่เดิม ที่กำลังดำเนินการร่วมกันอยู่แล้ว ทำให้การทำงานร่วมกันในโครงการนี้ดำเนินไปได้ อย่างอัตโนมัติ หรือสะดวกรวดเร็วขึ้นง่ายดายขึ้น หรือไม่จำเป็นต้องมีการชี้แจงหรือสื่อสารมาก ทำให้ไม่ต้องใช้เวลามาก – เพราะโดยปกติ บุคลากรวิชาชีพพยาบาลนั้น มักจะมีการกิจต่าง ๆ ในมือมากอยู่แล้ว ดังนั้น ถ้ามีเครือข่าย หรือเป็นเครือข่ายการทำงานร่วมกันอยู่แล้ว หรือที่เรียกว่า **“ทุนทางสังคม”** (social capital) ก็จะทำให้การทำงานร่วมกันง่ายขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับคณะ/สถาบันที่อาจจะไม่ค่อยมี **“ทุนทางสังคม”** ประเภทนี้ ก็จะทำให้มองไม่ค่อยเห็นบทบาทของกลไกตรงนี้

นอกจากนี้ ยังมองเห็นได้อย่างค่อนข้างชัดเจนว่า สภาพดังกล่าว ยังทำให้คณะกรรมการหรือคณะทำงานระดับพื้นที่ภาคในสองภูมิภาคนี้ คือ ภาคตะวันออกและภาคเหนือ ก็ค่อนข้างมีบทบาทต่าง ๆ ในการขับเคลื่อนการทำงานในระดับภาคมากตามไปด้วย อย่างไรก็ตาม ก็ยังไม่ใช้บทบาทในระดับที่เป็นการขับเคลื่อนการทำงานแบบขยายผล หรือสร้างกระบวนการเรียนรู้แบบก้าวกระโดดร่วมกัน หรือการร่วมกันถ่ายทอดและขยายผลไปยังพื้นที่ต่าง ๆ ที่ไม่ใช่พื้นที่นวัตกรรมที่โครงการฯ เลือกขึ้นมามากเท่าใดนัก ซึ่งเท่าที่ประเมินดูพบว่า น่าจะมีเหตุผลหรือสาเหตุที่เกี่ยวข้องหลายประการด้วยกัน เหตุผลประการหนึ่งน่าจะเป็นผลมาจากภารกิจที่รัดตัวของคณะทำงานพื้นที่ภาคแต่ละท่าน ที่ต้องดำเนินการกิจงานประจำที่มีมากอยู่แล้ว และอีกส่วนหนึ่งน่าจะเป็นผลมาจากประเด็นการเรียนรู้ที่จำเป็นที่จะต้องมีความสอดคล้องกับบริบทหรือปัญหาและความต้องการของแต่ละคน แต่ละแห่ง แต่ละหน่วยบริการสุขภาพ รวมทั้งการทราบข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับ

ผู้เข้าร่วมเวทีใหญ่ระดับภาคในตอนแรกด้วยว่า แต่ละคนมองเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบออตตาวาอย่างไร เคยได้ยินไหม เข้าใจว่ามันคืออะไร มีประโยชน์ไหม ด้านใด และจะนำไปขยายผลหรือประยุกต์ใช้อย่างไรในหน่วยบริการสุขภาพที่แตกต่างกัน 3 ระดับหรือตามบริบทองค์กร/หน่วยงานของตนอย่างไร ซึ่งพบว่า ทางโครงการไม่ได้มีการเก็บข้อมูลในส่วนนี้ (โดยเฉพาะจากผู้เข้าร่วมเวทีระดับภาค ซึ่งเป็นกลุ่มผู้รับประโยชน์ที่สำคัญ)

สำหรับข้อมูลระดับสมรรถนะตามที่ปรากฏอยู่ในผลการสำรวจเชิงปริมาณในเรื่องระดับสมรรถนะในการสร้างเสริมสุขภาพ¹⁸ นั้น พบว่าไม่มีข้อมูลเชิงคุณภาพดังกล่าวแต่อย่างใด หรือทั้งหมดเป็นการประเมินในเชิงปริมาณเกี่ยวกับสมรรถนะในด้านต่าง ๆ ตามเกณฑ์ที่โครงการฯ กำหนดขึ้น ซึ่งเป็นข้อมูลในภาพรวมของแต่ละภาค ซึ่งอันที่จริงนั้นก็ถือว่าเป็นผลการประเมินที่มีความสำคัญ มีประโยชน์ และมีความน่าสนใจในด้านต่าง ๆ เป็นอย่างมาก โดยเฉพาะข้อค้นพบที่สำคัญเกี่ยวกับสมรรถนะด้านการปฏิบัติกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ที่พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ที่ให้ข้อมูล มีสมรรถนะด้านนี้อยู่ในระดับชำนาญ ในขณะที่ส่วนใหญ่มีสมรรถนะในการบริหารจัดการในการสร้างเสริมสุขภาพ, สมรรถนะในการพัฒนาภาคีเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพ และสมรรถนะในการวิจัยและการจัดการความรู้ อยู่ในระดับพื้นฐานเท่านั้น ซึ่งถ้าตีความข้อมูลตรงนี้ ก็แสดงให้เห็นว่า พยาบาลส่วนใหญ่เป็นนักปฏิบัติ (practitioner/actor) หรือนักทำ (doer) ไม่ใช่ผู้บริหารจัดการ, ไม่ใช่ นักพัฒนาภาคีเครือข่าย และไม่ใช่ นักวิชาการ/นักวิจัย/นักสร้างองค์ความรู้ ซึ่งน่าจะตรงกับความเป็นจริงในบริบทการทำงานของพยาบาล และถ้าสถานการณ์พยาบาลหรือโครงการฯ มองว่าสมรรถนะที่เป็นอยู่หรือการเป็น

¹⁸ จากเอกสาร “ผลการศึกษาระดับสมรรถนะในการสร้างเสริมสุขภาพและการปฏิบัติบทบาทพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบกฎบัตรออตตาวาในบริการระดับปฐมภูมิ พุติภูมิ และตติยภูมิ”, กันยายน, 2557

นักปฏิบัติกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพดังกล่าว¹⁹ เป็นสิ่งที่ไม่พอเพียง หรือยังไม่สามารถทำให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพได้จริง และจำเป็นต้องมีบทบาทในการเป็นนักบริหารจัดการ พร้อมทั้งเป็นนักพัฒนาภาคีเครือข่าย และเป็นนักวิจัย/นักวิชาการ/นักจัดการความรู้ หรือนักสร้างองค์ความรู้ด้วย ก็จะต้องสนับสนุนหรือส่งเสริมกระบวนการในการพัฒนาสมรรถนะในด้านนี้อย่างเต็มที่ หรือให้น้ำหนักกับการส่งเสริมการทำงานในสามบทบาทหรือสามสมรรถนะที่ยังอยู่ในระดับพื้นฐานนี้ให้มากขึ้น และควรเน้นให้มีการออกแบบร่วมกัน และ/หรือมีการสำรวจความต้องการในการยกระดับสมรรถนะแต่ละด้านว่าต้องการด้านไหนแค่ไหน อย่างไร หรือควรมีการสอบถามเพิ่มเติมด้วยว่า ใครต้องการความชำนาญการ หรือความเชี่ยวชาญด้านไหนเพิ่มเติม เพราะอะไร เพราะคงจะไม่สามารถไปคาดหวังให้ทุกคนแสดงสมรรถนะในด้านต่าง ๆ เหล่านี้ได้อย่างเท่าเทียมกันทั้งหมดทุกคน หรืออันที่จริง ไม่จำเป็นว่า พยาบาลทุกคนจำเป็นต้องแสดงบทบาทหรือมีสมรรถนะเหล่านี้เหมือนกันเพราะบริบทการทำงานในสถานบริการ 3 ระดับนั้นก็ค่อนข้างแตกต่างกัน ประกอบกับ เมื่อพิจารณารายละเอียดของกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพทั้ง 9 ด้าน ก็พบว่า ส่วนใหญ่ยังเน้นเฉพาะบทบาทของพยาบาล แต่ยังไม่เน้นบทบาทของผู้รับบริการ/ผู้ป่วย/ญาติ/ชุมชน

ดังนั้น ถ้าต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านบทบาท และทำให้ได้ผลในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน/ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ/ชุมชนมากขึ้น หรือเป็นจริงได้อย่างรวดเร็วขึ้น ก็ควรเพิ่ม

บทบาทของประชาชน/ชุมชนอย่างสอดคล้องกับความจริง หรือควรระบุไว้ในสมรรถนะต่าง ๆ ดังกล่าวมานี้ว่า ควรเป็นการทำงาน หรือแสดงบทบาทร่วมกับประชาชน/ชุมชน/ผู้รับบริการ/ผู้ป่วย และร่วมกับสหวิชาชีพ และ/หรือภาคีเครือข่ายประเภทต่าง ๆ ที่มีอยู่ในชุมชน โดยเฉพาะในเรื่องการวางแผนกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ, การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการทั้งในระดับบุคคล/ครอบครัว/กลุ่มคน/ชุมชน และการจัดทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพและลดความเสี่ยงด้านสุขภาพ จะต้องเป็นการทำงานร่วมกัน หรือเพิ่มบทบาทของประชาชน/ผู้รับบริการให้เสมอหรือเท่าเทียมกับบทบาทของพยาบาลและบุคลากรสุขภาพ เพราะมีเช่นนั้น ก็จะไม่สามารถทำได้สำเร็จ เพราะประชาชนเป็นเจ้าของชีวิตและสุขภาพของตนเอง ถ้าพยาบาลหรือบุคลากรสุขภาพวิชาชีพต่าง ๆ ไปคิดแทน ดำเนินการแทน โดยเฉพาะในผู้ที่ยังไม่ป่วยมาก หรือมีแนวโน้มว่าจะป่วย ถ้ายังไม่ดูแลหรือป้องกันปัญหา และ ถ้าพยาบาลหรือบุคลากรสุขภาพอื่น ๆ ไปดำเนินการแทน หรือมองจากมุมมองของตนเองเป็นหลัก ก็จะไม่สามารถดำเนินการได้สำเร็จอย่างแน่นอน และที่สำคัญคือ ทำให้เห็นตื้นเขินมากด้วย

นอกจากนี้ จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่ได้จากการเยี่ยมพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศ จำนวนเกือบ 50 แห่ง พร้อมด้วยการพูดคุยและการสังเกตพยาบาลและบริบทที่แวดล้อม พบว่า การปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ ของพยาบาล ที่โครงการต้องการสำรวจ/ตรวจสอบ เมื่อได้ผลการศึกษา/ผลสำรวจออกมาแล้วจะทำอะไรหรือไม่ทำอะไร อยู่ในระดับไหน

¹⁹ ซึ่งประกอบไปด้วยภารกิจหรือกิจกรรมประมาณ 9 ด้านด้วยกัน ได้แก่ 1) ประเมินพฤติกรรมและภาวะสุขภาพ, 2) ประเมินสภาพแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ, 3) ตรวจคัดกรองปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยอย่างครอบคลุมทุกด้าน, 4) ให้การวินิจฉัยทางการพยาบาล เพื่อให้บริการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม, 5) วางแผนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับบุคคล/ ครอบครัว/กลุ่มคน/ ชุมชน, 6) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการในระดับบุคคล/ครอบครัว/กลุ่มคน/ชุมชน, 7) สอนและให้ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพแก่บุคคลทั่วไป, 8) จัดทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพและลดความเสี่ยงด้านสุขภาพได้ และสุดท้าย 9) ใช้สื่อต่าง ๆ ในการให้ข้อมูล ความรู้แก่ประชาชนในด้านการสร้างเสริมสุขภาพได้เหมาะสม

จำนวนเท่าใด ก็ไม่ได้หมายถึงว่า พยาบาลที่ทำการกิจต่าง ๆ รายชื่อ ที่โครงการมองว่าเข้าข่ายกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ของออกตาวานั้น จะเข้าใจหรือมองเห็นถึงความเชื่อมโยงระหว่างปัจเจกบุคคล ชุมชน สิ่งแวดล้อม นโยบายและระบบบริการอย่างเป็นองค์รวม ที่มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันอย่างสลับซับซ้อนแต่อย่างใด และเท่าที่ได้ทดสอบ หรือลองให้พยาบาลอธิบายว่ากรอบออกตาวา คืออะไร มีประโยชน์อย่างไรต่อการปรับกระบวนการและบทบาทของตนเอง พบว่า ส่วนใหญ่พูดเป็นข้อ ๆ หรือพูดได้เฉพาะหัวข้อแบบไม่มีความเชื่อมโยง หรือส่วนใหญ่พูดว่า มันคือ การสร้างเสริมสุขภาพ แต่ยังไม่สามารถอธิบายเนื้อหาสาระสำคัญของมันได้อย่างเป็นระบบและมีความเชื่อมโยง²⁰

จึงอาจสรุปได้ด้วยว่า การที่คณะทำงานระดับพื้นที่ภาค ยังมีบทบาทน้อย นอกจากเหตุผลต่าง ๆ ดังกล่าวไปแล้วข้างต้น เหตุผลที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่ไม่ควรมองข้าม ก็คือ การขาดข้อมูลเชิงลึกในการนำมาใช้ในการขับเคลื่อน เพราะข้อมูลที่ทำการสำรวจหรือศึกษาทั้งหมด เป็นข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับระดับสมรรถนะเท่านั้น ซึ่งอันที่จริงข้อมูลเกี่ยวกับแต่ละคน แต่ละพื้นที่ แต่ละหน่วยบริการ มีความสำคัญมาก ควรนำมาใช้ควบคู่กันไป และ/หรือสามารถใช้เป็นข้อมูลการขับเคลื่อนไปพร้อม ๆ กับการถอดประสบการณ์จากแหล่งนวัตกรรม หรือการส่งเสริมการขับเคลื่อนจากแหล่งนวัตกรรมเอง และขยายเครือข่ายออกไป โดยไม่ต้องรอชุดเอกสารการเรียนรู้ ที่ต้องใช้เวลาในการผลิต

ค่อนข้างนาน (จนเวลาโครงการใกล้หมด) แต่เนื่องจากโครงการฯ ให้ความสำคัญกับการทำงานแบบเป็นขั้นเป็นตอนมากกว่าการเปิดพื้นที่การทำงานเชิงรุกจากศักยภาพที่พบในพื้นที่ จึงทำให้แม้แต่ในพื้นที่ถอดประสบการณ์จากการทำงาน และยกระดับเป็นนวัตกรรม หรือแหล่งเรียนรู้นวัตกรรมเอง ก็พบว่า มีพยาบาลอีกจำนวนมาก ที่ไม่ทราบว่าโครงการฯ ทำอะไร ต้องการอะไร คนในพื้นที่เหล่านี้เลยไม่ได้มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนอย่างเต็มพลังที่มี ประกอบกับการให้น้ำหนักหรือบทบาทกับคณะกรรมการ/คณะทำงานระดับพื้นที่ภาคค่อนข้างน้อยด้วย จึงทำให้ไม่เกิดการขับเคลื่อนในระดับภาคได้อย่างแท้จริง

ดังนั้น ถ้าจะมีการทำงานในระยะต่อไป ก็จะต้องให้น้ำหนักกับการทำงานขับเคลื่อนในระดับพื้นที่ และระดับภาค ที่อยู่บนฐานข้อมูลการสำรวจความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะในด้านต่าง ๆ รวมทั้งการให้ความสำคัญกับการปรับภารกิจหรือกิจกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ที่เน้นบทบาทของประชาชน/ผู้รับบริการ/ผู้ป่วย/ชุมชนให้มากขึ้น จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่ต้องการอย่างมหาศาล และที่สำคัญเป็นการลดภาระของพยาบาลที่มีอยู่มากมายลงไปด้วย

สำหรับสถาบันการศึกษาพยาบาล
ศาสตร์อื่น ๆ ที่ไม่ได้อยู่ในกลุ่มแกนขับเคลื่อนหลักของแต่ละภูมิภาค ที่มีอยู่อีกจำนวนมากทั่วประเทศนั้น พบว่า ทางโครงการฯ ได้เชิญมาเข้าร่วมเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่โครงการฯ จัดขึ้น โดยเฉพาะครั้ง

²⁰ ทั้งนี้เพราะทีมประเมินผลฯ ได้ให้พยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพที่ทีมประเมินผลฯ ได้มีโอกาสไปเยี่ยม ลองอธิบายว่ากรอบออกตาวา คืออะไร และทำไมจึงสำคัญต่อการปรับกระบวนการ/โลกทัศน์/ทัศนคติ/มุมมอง/วิธีคิด/วิธีทำงานของพยาบาล พบว่า พยาบาลจำนวนมากยังไม่สามารถอธิบายได้ จำนวนมากแจ้งด้วยว่า ที่จริงก็เคยเรียนตอนระดับปริญญาตรีบ้าง ระดับปริญญาโทบ้าง แต่ก็ลืมไปหมดแล้ว ดังนั้น ประเด็นสำคัญคือ จะสื่อสารอย่างไรให้เข้าใจได้จริง และสามารถนำไปใช้ได้จริง ไม่ใช่ว่าได้เรียนหรือไม่ แต่ประเด็นคือเรียนอย่างไร เข้าใจไหม เห็นความสำคัญหรือไม่ ซึ่งการที่จะเข้าถึงหรือเข้าใจได้อย่างแท้จริง จะต้องเป็นการเรียนรู้จากการลงมือปฏิบัติจริง/ทำจริงในบริบทที่เป็นจริงเท่านั้น เพราะถ้าเรียนแบบการท่องจำในตำรา หรือเรียนอยู่ในห้องเรียนแคบ ๆ ก็จะได้ผลดังที่เห็นอยู่ คือ จำไม่ได้ และไม่ได้นำมาใช้ประโยชน์

ที่จัดเมื่อวันที่ 25-26 พฤษภาคม 2559 ที่โรงแรม มิราเคิล โดยการเชิญสถาบันหรือคณะพยาบาล ศาสตร์ต่าง ๆ ทั้งของรัฐและเอกชน เข้าร่วมเวทีการ เรียนรู้และการถ่ายทอดข้อมูลและนวัตกรรม จำนวน 87 แห่งจากทั่วประเทศ ซึ่งมีจำนวนผู้เข้าร่วมเวทีนี้ ทั้งหมดประมาณ 320 คน (ซึ่งเป็นอาจารย์ด้านการ พยาบาลครึ่งหนึ่ง และพยาบาลวิชาชีพอีกครึ่งหนึ่ง ข้อมูลจากการสัมภาษณ์คุณจันทร์ทิมา กาญจนะวีระ ผู้ประสานงานโครงการเมื่อวันที่ 23 กันยายน 2559 ณ ห้องประชุมสภาการพยาบาล) ซึ่งก็ถือว่าเป็น กิจกรรมขับเคลื่อนเพื่อสร้างการมีส่วนร่วม โดยเฉพาะ การรับรู้ รับทราบแนวคิดหลักของโครงการฯ และความพยายามในการกระตุ้นให้เกิดการสร้างเสริม สมรรถนะของพยาบาลพันธุ์ใหม่ และน่าจะทำให้ ผู้เข้าร่วมบางส่วนเกิดแรงบันดาลใจ แรงคิด การรุดคิด ต่าง ๆ ที่สามารถนำไปปรับใช้ในกระบวนการเรียน การสอนที่เป็นเชิงรุกได้มากขึ้น

● **การมีส่วนร่วมระหว่างแกน ขั้วเคลื่อนหลักระดับคณะ/สถาบันการศึกษา พยาบาลศาสตร์กับสมาชิกในคณะ/สถาบัน ที่เป็นอาจารย์ บุคลากรประเภทต่าง ๆ และ นักศึกษา/คนรุ่นใหม่ที่ร่วมขับเคลื่อนสร้างเสริม สุขภาพ** พบว่า การมีส่วนร่วมในประเภทหรือระดับ นี้ที่ค่อนข้างเข้มข้น คือ การมีส่วนร่วมของคณาจารย์ และบุคลากรอื่น ๆ ของคณะพยาบาลศาสตร์ ม.บูรพา และคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ ม.เชียงใหม่ ดังกล่าวไปแล้วข้างต้น โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของ ผู้บริหาร คณาจารย์ และบุคลากรประเภทต่าง ๆ ของคณะพยาบาลศาสตร์ ม.บูรพานั้น สามารถ มองเห็นได้อย่างค่อนข้างชัดเจน เนื่องจากแกน ขั้วเคลื่อนหลัก หรือประธาน หรือผู้ประสานงาน ระดับคณะให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของผู้มี ส่วนได้ส่วนเสียในระดับคณะ สะท้อนได้จากโครงสร้าง คณะกรรมการ/คณะทำงาน ที่ค่อนข้างมีความ

ครอบคลุม มีจำนวนมาก และยังจัดให้ทีมประเมินผล ได้มีโอกาสในการสัมภาษณ์/สนทนาพูดคุยกับคณะ- ทำงานจำนวนทั้งหมด 10 ท่านด้วย ทำให้ได้ข้อมูล ต่าง ๆ ในหลาย ๆ ระดับ นอกจากนี้ประเด็นที่สำคัญ อีกประการหนึ่ง ก็คือ จำนวนผู้มีส่วนร่วมที่เป็น อาจารย์ที่ทำงานอยู่ในคณะพยาบาล ฯ แต่ละแห่งก็ มีความสำคัญว่า ได้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วม หรือมี บทบาทด้านต่าง ๆ มากน้อยแค่ไหนเพียงใด ซึ่ง ประเด็นนี้มีความสำคัญมาก เนื่องจาก สสส.ได้ให้ การสนับสนุนคณะพยาบาลศาสตร์ในการทำงาน ด้านการสร้างเสริมสุขภาพมาเป็นเวลานาน หรือ นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 เป็นต้นมา ดังนั้นจึงทำให้ทีม ประเมินผลมีข้อสันนิษฐานเบื้องต้นว่า การมีส่วนร่วม ของคณาจารย์ในระดับคณะ/สถาบันฯ ที่เป็นแกน ขั้วเคลื่อนหลักน่าจะจะมีมาก หรือส่วนใหญ่น่าจะทราบ เกี่ยวกับการขับเคลื่อนนี้ หรือสามารถอธิบาย เกี่ยวกับการถอดถอดตาว่าได้เป็นส่วนใหญ่

อย่างไรก็ตาม จากการติดตามประเมินผล และการสนทนาพูดคุย พบว่า คณาจารย์ในคณะ พยาบาลศาสตร์ที่มีส่วนร่วมค่อนข้างมาก ได้แก่ คณะพยาบาลศาสตร์ ม.บูรพา และคณะพยาบาล- ศาสตร์ ม.เชียงใหม่ สำหรับคณะพยาบาลศาสตร์ ม.มหิดล พบว่า มีอาจารย์ที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อน วิชาชีพพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพตาม กรอบถอดตาว่า และ/หรือที่ทราบเกี่ยวกับกรอบ ถอดตาว่าค่อนข้างดี มีประมาณ 30 กว่าท่านจาก ทั้งหมดประมาณ 120 ท่าน (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ แกนขับเคลื่อนหลักระดับคณะของคณะพยาบาลฯ ม. มหิดล) หรือคิดเป็นประมาณหนึ่งส่วนสี่เท่านั้น สำหรับคณะพยาบาลศาสตร์ ม.สงขลานครินทร์ พบว่า การ ขับเคลื่อนงานของโครงการนี้ในระดับคณะ หรือการ สร้างการมีส่วนร่วมในองค์กร ยังไม่ค่อยมีความ เข้มข้นมากเท่าใดนัก แต่พบว่าคณะพยาบาลศาสตร์ ม.สงขลา มีความต่อเนื่องในหลาย ๆ ด้าน จากการ ดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ หรือจากการ ได้รับทุนสนับสนุนการขับเคลื่อนจาก สสส. มาเป็น

เวลานาน สำหรับกรณีของคณะพยาบาลศาสตร์ ม.ขอนแก่น พบว่า มีคณาจารย์ที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนของโครงการ ไม่มากนัก เพราะส่วนใหญ่ให้นักศึกษาปริญญาเอกเป็นผู้เข้าร่วมดำเนินการโครงการ แต่ในความเป็นจริงนั้น คณาจารย์จำนวนมากทราบเกี่ยวกับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ และสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการรอบคอบตรวจได้ (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์คณบดี เมื่อวันที่ 17 ตุลาคม 2559) แต่อาจจะยังไม่ค่อยมีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในคณะมากนัก หรือมีการแบ่งกันเป็นภาควิชา และเป็นกลุ่ม ๆ ที่มีอุปนิสัยใจคอคล้ายกัน สนับสนุนกัน หรือคิดคล้าย ๆ กัน ทำให้ยังไม่ค่อยเกิดพลังขับเคลื่อนแบบทวีคูณ ส่วนหนึ่งน่าจะเป็นผลมาจากปัญหาการสื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน รวมถึงการทำให้มองเห็นความสำคัญของการขับเคลื่อนที่มีนัยสำคัญต่อทิศทางการผลิตพยาบาลพันธุ์ใหม่ รวมถึงประเด็นสไตล์การทำงานของอาจารย์มหาวิทยาลัยจำนวนมากที่เป็นการทำงานตามโครงการ หรือมองว่าเป็นผลประโยชน์ส่วนตัวของคนบางกลุ่ม มากกว่าจะมองว่า นี่คือการระดมความคิดของชาติที่ต้องเป็นการขับเคลื่อนขององค์การที่เกี่ยวข้องทั้งหมด หรือยังไม่ได้มองว่าการเปลี่ยนแปลงนี้มีนัยสำคัญ ควรเป็นวาระร่วมของทุกคน นอกจากนี้ ก็ยังมีประเด็นการให้ความสำคัญกับการขับเคลื่อนในระดับองค์กรอย่างเป็นเนื้อเดียวกันของประชาคมหรือสมาชิกในคณะว่ามีแค่ไหน รวมทั้งการเคารพและการให้การยอมรับซึ่งกันและกัน และความไม่ชัดเจนในการบริหารจัดการโครงการทั้งระดับมหาวิทยาลัยและระดับคณะ ซึ่งประเด็นนี้มีความสำคัญมากทุกฝ่ายควรแก้ไข ควรมีการสื่อสารเพื่อทำให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกคน ทุกระดับ ทุกประเภท รู้สึกว่าตนเองมีส่วนร่วมในด้านใดด้านหนึ่ง โดยเฉพาะประเด็นการสื่อสารให้ทราบอย่างทั่วถึงกันทั้งองค์กร รวมถึงการบริหารจัดการเงินทุนอย่างโปร่งใส ซึ่งหน่วยงานทุนแบบ สสส. เองก็ควรให้ความสำคัญกับกระบวนการสร้าง

การมีส่วนร่วม และปัญหาอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการสร้างการมีส่วนร่วม และควรมีความระมัดระวังในการให้ทุนที่เป็นลักษณะการกระจุกตัว หรือการให้ความสำคัญกับตัวบุคคล หรือซ้ำตัวบุคคลเดิม ๆ มากเกินไป มากกว่าการให้ความสำคัญกับกระบวนการมีส่วนร่วมทั้งหมด นี่คือการอุปสรรคที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งของการขับเคลื่อนการทำงานของ สสส. คือ การกระจุกตัวของการให้ทุนอยู่ในกลุ่มคนบางกลุ่ม หรือบางคนเป็นเวลานาน ทำให้กลไกการทำงานขาดความสมดุล และไม่สามารถสร้างการมีส่วนร่วมได้อย่างทั่วถึงและแท้จริง จึงควรมีความระมัดระวังและมีการปรับแก้จุดอ่อน หรือลดข้อจำกัดต่าง ๆ ลงให้มากที่สุด เท่าที่จะสามารถทำได้

● การมีส่วนร่วมของผู้นำองค์กร/

หน่วยบริการสุขภาพ/กลุ่มวิชาชีพ เช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ทีมบริหารองค์กร หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ตัวแทนสภาการพยาบาลประจำจังหวัด ตัวแทนสมาคมพยาบาลในภูมิภาค ฯลฯ พบว่า การมีส่วนร่วมในระดับนี้ ก็มีความสำคัญมาก โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการทำงานของโครงการ และแนวคิดหลักที่ใช้ในการทำงาน/การขับเคลื่อน ซึ่งจากการติดตามและประเมินผลหน่วยบริการสุขภาพ และพื้นที่ต่าง ๆ ในความรับผิดชอบของหน่วยบริการทั้งสามระดับ คือ ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของบุคคลที่เป็นผู้นำ/ผู้บริหาร/หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล/ตัวแทนสภาการพยาบาลประจำจังหวัด/ตัวแทนสมาคมพยาบาลในภูมิภาคนั้น มีความแตกต่างกันไป

สำหรับภาคกลาง พบว่า ส่วนใหญ่ผู้บริหาร/ผู้นำองค์กร ทราบว่ามีการขับเคลื่อนวิชาชีพพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบตรวจตรวจ และส่วนใหญ่สนับสนุนการทำงานของ

พยาบาล หรือสิ่งที่พยาบาลดำเนินการอยู่ (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพที่ให้ข้อมูลในทุกแห่ง) แต่ก็มีบางแห่งที่กำลังอยู่ในช่วงของการเปลี่ยนตัวหัวหน้าการพยาบาล แต่คาดว่าจะไม่มีปัญหาในการเป็นศูนย์การเรียนรู้ หรือพยาบาลที่ให้สัมภาษณ์คาดว่า จะยังได้รับการสนับสนุนให้เป็นศูนย์หรือแหล่งเรียนรู้วัดกรรมเหมือนเดิม ถึงแม้จะมีการเปลี่ยนตัวหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลก็ตาม เพราะทุกฝ่ายมองว่าเป็นประโยชน์ แต่สำหรับกรณีของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลของภาคกลางนั้น ทีมประเมินผลยังไม่มีโอกาสได้สัมภาษณ์หรือสนทนาด้วยโดยตรง และยังไม่มีโอกาสได้พบตัวแทนสมาคมพยาบาล และ/หรือตัวแทนของสภาการพยาบาล

ประจำจังหวัดในการขับเคลื่อนของภาคกลางแต่อย่างใด ส่วนหนึ่งเป็นเพราะผู้ให้ข้อมูลที่เป็นแกนหลักระดับคณะ ไม่ได้มีการเอ่ยถึง และบางแห่งเมื่อสอบถามพบว่า บทบาทการขับเคลื่อนยังตกอยู่กับทีมแกนหลักของคณะพยาบาลศาสตร์ ม.มหิดล เป็นหลัก ยังไม่ได้ให้นำหนักกับคณะทำงานระดับพื้นที่ภาคที่มีหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หรือตัวแทนของสมาคมพยาบาล หรือตัวแทนสภาการพยาบาล ประจำจังหวัดนั่งอยู่ในคณะทำงานชุดนี้ด้วย นอกจากนี้พยาบาลบางท่านได้ให้ข้อมูลว่า ไม่เคยได้ยินเรื่อง ตัวแทนสภาการพยาบาลประจำจังหวัด หรือไม่เคยมีปฏิสัมพันธ์ด้วย หรือไม่ทราบว่าเป็นใคร เป็นต้น



ภาคตะวันออก พบว่า ตัวแทนสมาคมพยาบาลฯ มีบทบาทหรือเข้าร่วมการขับเคลื่อนในระดับหนึ่งหรือมีความชัดเจนมากกว่าภาคอื่น ๆ อย่างไรก็ตาม ตัวแทนสมาคมพยาบาลภาคตะวันออก ก็สะท้อนว่าการเปลี่ยนแปลงทัศนะ/มุมมอง/ทัศนคติ/สมรรถนะของพยาบาล เพียงวิชาชีพเดียว ไม่พอเพียงพอต่อการปรับระบบบริการสุขภาพ และ/หรือการเสริมสร้างสุขภาพในแนวใหม่ **และยังเสนอด้วยว่า ควรมีการสื่อสารในระดับสภาวิชาชีพ และควรมีการสร้างเสริมสมรรถนะใหม่ในการทำงานให้กับบุคลากรสุขภาพวิชาชีพอื่น ๆ ไปพร้อม ๆ**



กันด้วย หรือควรทำให้เกิดการขับเคลื่อน และการมีส่วนร่วมของทุกวิชาชีพในขบวนการสร้างสุขภาพ นอกจากนี้ ยังเสนอด้วยว่า สภาวิชาชีพหรือสภาการพยาบาล ควรรับฟังข้อมูลต่าง ๆ ในพื้นที่ให้มากกว่าที่เป็นอยู่ ก็จะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในทุกด้านมากขึ้น เป็นต้น เพราะที่ผ่านมา เคยเสนอความคิดเห็นต่าง ๆ แต่ไม่ค่อยได้รับการยอมรับ หรือรับฟัง ทำให้ไม่ยอมเข้าไปมีส่วนร่วม เป็นต้น นอกจากนี้ ยังพบว่า ในทุกหน่วยบริการสุขภาพที่ได้มีโอกาสไปเยี่ยม นั้น ได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้างาน หรือผู้บริหารองค์กรค่อนข้างดี หรือไม่มีปัญหาใด ๆ

เพราะส่วนใหญ่ก็เห็นด้วยว่า การสร้างเสริมสุขภาพมีความสำคัญ สำหรับรายละเอียดอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องจะนำเสนอในหัวข้อเกี่ยวกับข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ภาคอีสานทั้งอีสานเหนือและอีสานใต้

พบว่า ผู้นำองค์กร หรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหรือทีมบริหาร รวมถึงหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลหลายแห่งให้ความสำคัญและความสนใจกับการขับเคลื่อนพยาบาลวิชาชีพเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และเข้ามาร่วมผลักดันหรือสนับสนุนการทำงานในทุกด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง รพ.สรรพสิทธิ์ประสงค์ และ รพ.ศรีเมืองใหม่ จ.อุบล, รพ.ป่าติ้ว ยโสธร, รพ. เกษตรวิสัย จ.ร้อยเอ็ด, รพ. ศูนย์ขอนแก่น (กรณี รพ.ศูนย์ขอนแก่นนี้มีประเด็นรายละเอียดน่าสนใจหลายประการที่สะท้อนปัจจัยกำหนดการขับเคลื่อนและระดับสมรรถนะของพยาบาล ซึ่งจะได้กล่าวในหัวข้อต่อไป) และ รพ.น้ำพอง จ.ขอนแก่น, รพ.มหาสารคาม และ รพ.เอราวัณ จ.เลย เพราะส่วนใหญ่ได้เข้าร่วมในการให้สัมภาษณ์/พูดคุย/ซักถาม/ให้ข้อคิดเห็น/มุมมอง และ/หรือการนำเสนอกระบวนการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลต่าง ๆ เหล่านี้ด้วย แต่ทั้งนี้ก็ยังมีส่วนผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางแห่งที่ไม่ทราบเกี่ยวกับกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ออกตัวด้วยเช่นกัน



สำหรับภาคใต้ พบว่า ผู้บริหาร/ผู้นำองค์กร โดยส่วนใหญ่สนับสนุนกระบวนการทำงานของโครงการ ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นเพราะพยาบาลที่รับผิดชอบการทำงานมีบทบาทโดดเด่น ได้รับการยอมรับและมีการสื่อสารซึ่งกันและกันอย่างดีอยู่ตลอดเวลา นอกจากนี้ พบว่า บางแห่ง ผู้นำ/ผู้บริหารสูงสุดขององค์กรลงมาทำงานขับเคลื่อนด้วยตนเอง เนื่องจากเป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ และประกอบกับพยาบาลยังมีบทบาทค่อนข้างน้อย หรือพยาบาลยังไม่ค่อยเข้าใจการขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชน ทางผู้อำนวยการ รพ.สต. เลยแสดงบทบาทด้วยตนเอง ประกอบกับเป็นคนในพื้นที่ ทำให้รักในท้องถิ่นของตนเอง จึงทุ่มเทการทำงานในการสร้างสุขภาพอย่างเต็มที่ ในขณะที่ยังมีบางแห่งที่ผู้บริหารหัวหน้าการพยาบาลยังมีความไม่เข้าใจ หรือไม่เห็นด้วย หรือยังไม่สนับสนุนกระบวนการทำงาน หรือกระบวนการในการสร้างเสริมสมรรถนะไม่เต็มที่ หรือยังไม่ได้มีส่วนร่วมในโครงการขับเคลื่อนฯ โดยเฉพาะกรณีของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลบางแห่ง ที่ยังไม่ค่อยเข้าใจการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบออกตัว บางแห่ง/บางท่านมองว่า หรือมีคำถาม (ข้อมูลจากการสะท้อนหรือบอกเล่าของพยาบาลเจ้าของนวัตกรรม) ว่าทำไมพยาบาลจึงต้องไปทำอะไรหรือมีบทบาทมากมายอะไรขนาดนั้น เป็นต้น สำหรับบทบาทของสมาคมพยาบาลภาคใต้ พบว่า มีส่วนในการช่วยขับเคลื่อนโครงการฯ พอสมควร แต่ก็ยังไม่เต็มที่ อาจจะเป็นเพราะทางโครงการฯ หรือแกนหลักที่รับผิดชอบในระดับคณะพยาบาลศาสตร์ ม.สงขลานครินทร์เอง ยังไม่ได้ให้บทบาทหรือความสำคัญกับกลไกตรงนี้มากนัก



ภาคเหนือ พบว่า หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลของ รพ.ต่าง ๆ ที่ทำการประเมิน โดยเฉพาะ รพ.มหาราช ให้ความสำคัญกับการขับเคลื่อนเรื่องนี้ อยู่ในระดับสูง ซึ่งตอนแรกไม่เข้าใจว่าทำไมพยาบาล ต้องทำงานเชิงการสร้างเสริมสุขภาพ แต่ต่อมาพบว่า เรื่องนี้มีความสำคัญ เพราะสามารถทำให้ผู้ป่วยมี คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในทุกด้าน จึงให้การสนับสนุน เต็มที่ อย่างไรก็ตาม จากการเยี่ยมพื้นที่การทำงาน ในภาคเหนือ ยังคงพบด้วยว่า บางหน่วยบริการ สุขภาพ อาจจะกำลังเผชิญกับปัญหาอุปสรรคจาก การเปลี่ยนตัวผู้บริหาร/ผู้นำองค์กร หรือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ที่อาจจะส่งผลต่อความไม่ ต่อเนื่องของการทำงานสร้างเสริมสุขภาพในมิติใหม่ ที่อดีตผู้อำนวยการ รพ. และทีมงานสุขภาพทั้งหมด ร่วมมือกันสร้างขึ้นมา เพราะทางผู้บริหารคนใหม่ยัง ไม่ได้แสดงท่าทีสนับสนุนหรือสานต่องานที่มีอยู่ใน ระดับที่ชัดเจนเป็นที่น่าพอใจของบุคลากรทุกฝ่าย และนี่อาจเป็นปัจจัยที่เป็นปัญหาอุปสรรคสำคัญใน การขับเคลื่อนเรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพ ในกรณีที่มี การเปลี่ยนตัวผู้บริหาร หรืออาจได้ผู้บริหารที่เป็น มือใหม่ หรือไม่ใช่คนในท้องถิ่น ก็อาจจะทำให้งาน หยุดชะงัก หรือสะดุดเป็นเวลานานได้เช่นกัน

● **การมีส่วนร่วมของพยาบาลและ วิชาชีพอื่น ๆ ในหน่วยบริการสุขภาพ และ/ หรือแหล่งเรียนรู้วัฒนธรรม** สำหรับคำว่า พยาบาล ณ ที่นี้ มีความหมายครอบคลุมทั้งพยาบาล ที่เป็นเจ้าของนวัตกรรมและต้องมีส่วนร่วมในการ

เป็นศูนย์เรียนรู้ หรือแหล่งเรียนรู้วัฒนธรรมของ โครงการฯ และพยาบาลที่อยู่ในแหล่งเรียนรู้ วัฒนธรรม ที่มีหลายประเภท หลายส่วนงาน จำแนก ไปตามประเภทของหน่วยบริการสุขภาพว่าเป็นระดับ ปฐมภูมิ, ทติยภูมิ หรือตติยภูมิ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พยาบาลที่อยู่ในโรงพยาบาลหรือสถานบริการ สุขภาพระดับตติยภูมิ ซึ่งมีหลายแผนก และมีจำนวน มาก ขึ้นกับขนาดของโรงพยาบาลด้วย นอกจากนี้ ยังหมายความว่าพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ ๆ ได้รับการ คัดเลือก เพื่อถอดประสบการณ์และบทเรียนการ ทำงานและยกระดับเป็นนวัตกรรม แต่ไม่ได้มี สถานภาพเป็นศูนย์เรียนรู้/แหล่งเรียนรู้ สำหรับการมี ส่วนร่วมในข้อนี้ จะมุ่งไปที่การทำความเข้าใจการมี ส่วนร่วม หรือการเปิดให้มีกระบวนการมีส่วนร่วมใน ด้านต่าง ๆ ดังนี้คือ การมีส่วนร่วมในการคิดค้นหรือ กำหนดรูปแบบในการถ่ายทอดความรู้/การอบรม/ การดูงานให้กับพยาบาลและนักศึกษาจากสถาบัน ต่าง ๆ (กรณีที่เป็นศูนย์เรียนรู้ หรือเป็นเจ้าของ วัฒนธรรม) สำหรับพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ ๆ ทาง โครงการขับเคลื่อนฯ เลือกลดบทบาทเรียนหรือถอด ประสบการณ์การทำงานและยกระดับเป็นนวัตกรรม แต่อาจจะไม่ได้รับการคัดเลือกให้เป็นศูนย์เรียนรู้/ แหล่งเรียนรู้วัฒนธรรม จะมุ่งไปที่ประเด็นการมีส่วน ร่วมในการรับรู้/เรียนรู้/การสนับสนุนการขับเคลื่อน แนวคิดการทำงานของโครงการฯ ด้วยกรอบ อออดตาวาและมิติอื่น ๆ รวมถึงการมีส่วนร่วมในการ ขยายผลการทำงาน/แนวคิดหรือกรอบยุทธศาสตร์ อออดตาวา จากการประเมินพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่

ที่เป็นเจ้าของนวัตกรรม และ ได้รับเลือกให้เป็นศูนย์เรียนรู้/แหล่งเรียนรู้นวัตกรรมด้วย ได้รับโอกาสในการร่วมพัฒนาหลักสูตร หรือคู่มือการเรียนรู้ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการถ่ายทอดความรู้เป็นส่วนใหญ่ แต่สำหรับการมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมเรียนรู้กับเวทีส่วนกลางนั้น พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้มีโอกาสเข้าร่วมเรียนรู้ เนื่องจากทางโครงการฯ ให้ส่งตัวแทน เพราะงบประมาณมีจำกัด และเมื่อตัวแทนไปเรียนรู้มาแล้ว มักจะไม่ค่อยได้มีการนำกลับมาสื่อสารต่อว่าได้ไปทำอะไร เห็นอะไร เข้าใจอะไร ส่วนหนึ่งเป็นเพราะภารกิจแต่ละคนมีมากอยู่แล้ว และอีกส่วนหนึ่งเป็นเพราะต้องขึ้นเวร ไม่ค่อยได้เจอกัน หรือกรณีที่ทีมงานมีขนาดใหญ่ (กรณีเป็น รพ.ตติยภูมิ) ก็จะไม่ค่อยได้เฉพาะในบางส่วน หรือกลุ่มเล็ก ๆ ที่ค่อนข้างสนิทสนมกัน หรือมีภารกิจเชื่อมโยงกันโดยตรง หรืออยู่ในแผนกเดียวกันเท่านั้น

แต่สำหรับบางแห่ง พยาบาลจำนวนหนึ่งสะท้อนว่า ไม่มีโอกาสได้เข้าร่วมในการรับรู้/รับทราบความเป็นมาของโครงการตั้งแต่ต้น ถ้าได้ทราบตั้งแต่ต้นว่าโครงการนี้คืออะไร ทำอะไร ต้องการอะไร จะทำให้การทำงานร่วมกันมีประสิทธิภาพหรือได้ผลมากยิ่งขึ้น หรือราบรื่นขึ้น หรือมีพลังการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น ดังที่พยาบาลท่านหนึ่งสะท้อนว่า.... “คือเราควรจะให้ concept หรือวัตถุประสงค์ที่เราตั้งโครงการนี้ขึ้นมา เหมือน participant research มันต้องมีส่วนร่วมตั้งแต่แรก เราต้องเข้าใจเราว่าเรามีอะไร เราเป็นอะไร เราจะช่วยเค้าตรงไหนได้บ้าง ไม่ใช่แค่ว่าตัวเองมีโครงการอยู่แล้ว ให้เราเป็นวิทยากร” (พยาบาลท่านหนึ่งในศูนย์เรียนรู้แห่งหนึ่ง) และอีกท่านหนึ่งสะท้อนว่า.... “คือคิดว่าน่าจะมีการวางแผน และนำผู้ปฏิบัติไปรับรู้ด้วยตั้งแต่ต้น เพราะว่ามาฝึกกับเรา แต่หากทางคณะรู้อย่างเดียวแล้วคิดเองทั้งหมด แล้วค่อยเอามาให้เรา อย่างที่บอก ต้องพยายามยึดตรงคลินิกพอสมควรว่ามีตรงกับกรอบอุตสาหกรรมอย่างไร มันค่อนข้างยากสำหรับเรา

แต่หากเราได้เข้าไปร่วมตั้งแต่แรก มันจะทำให้สมูทมากขึ้น” (พยาบาลอีกท่านหนึ่งจากศูนย์เรียนรู้เดียวกัน) สำหรับพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ ๆ ได้รับเลือกจากโครงการฯ ในการถอดความรู้และประสบการณ์หรือยกระดับเป็นนวัตกรรม แต่ไม่ได้รับเลือกเป็นศูนย์เรียนรู้ พบว่า ยังมีจำนวนมากที่ไม่ทราบว่ามีโครงการฯ เน้นการเรียนรู้ตามกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์อุตสาหกรรม และอีกจำนวนหนึ่งไม่ทราบว่าโครงการฯ นี้ทำอะไร หรือต้องการอะไร ส่วนหนึ่งเป็นเพราะพยาบาลที่ไปร่วมเรียนรู้กับโครงการฯ ไม่ได้นำมาถ่ายทอดหรือสื่อสารต่อ และอีกส่วนหนึ่งเป็นเพราะภารกิจมีมาก จึงไม่ได้เข้าร่วมกับโครงการฯ โดยเฉพาะในกรณีที่พยาบาลที่ทำงานอยู่ใน รพ.ระดับตติยภูมิ ที่มีภารกิจหลายด้านและมีคนใช้ในความดูแลจำนวนมาก จะไม่ค่อยได้เข้าร่วมเรียนรู้ หรือไม่ทราบข่าวคราวการดำเนินงานของโครงการฯ

อย่างไรก็ตาม ประเด็นขนาดของโรงพยาบาลหรือความเป็นสถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ และปริมาณงานที่ต้องรับผิดชอบ ก็ไม่ได้หมายความว่าต้องสูญเสียโอกาส หรือไม่ทราบความเคลื่อนไหวของโครงการฯ หรือแนวคิดและกรอบยุทธศาสตร์อุตสาหกรรมทั้งหมดแต่อย่างใด เพราะในความเป็นจริงพบว่า รพ.ศูนย์ขอนแก่น ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และยังมีสถานภาพเป็น รพ.ศูนย์ของเขตสุขภาพที่ 7 ด้วย แต่พยาบาลในโรงพยาบาลแห่งนี้ ก็มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์อุตสาหกรรมเป็นอย่างดี (ถึงแม้จะมีความแตกต่างกันไปในแต่ละคน หรือมีความรู้ความเข้าใจหลาย ๆ ระดับก็ตาม) และยังมีการขับเคลื่อนการทำงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาพให้กับผู้ป่วย ญาติ ผู้พิการ ผู้สูงอายุ และชุมชน/ประชาชนทั่วไป หรือมีการทำงานในการสร้างเสริม

สุขภาพและคุณภาพชีวิตให้กับประชาชนทั้งที่ป่วยและไม่ป่วย

ทั้งนี้เป็นเพราะนโยบายของผู้บริหารหรือผู้นำน้องมีความชัดเจน จึงนำไปสู่การปรับระบบโครงสร้าง แนวคิด รูปแบบการทำงานและการขับเคลื่อน ที่มีความเชื่อมโยงลงไปยังระบบการดูแลป้องกัน รักษา และฟื้นฟูในระดับปฐมภูมิและชุมชนในพื้นที่รับบริการทั้งของ รพ.ชุมชน และ รพ.สต. ภายใต้ยุทธศาสตร์สร้างความเข้มแข็งระบบบริการ

ตติยภูมิสู่ปฐมภูมิมุ่งให้บริการแบบใกล้บ้านใกล้ใจ (Empowerment of Primary Care) และยุทธศาสตร์

การพัฒนาระบบส่งต่อและสร้างความเข้มแข็งให้โรงพยาบาลในเครือข่ายเขตสุขภาพที่ 7 (Referral System and Networking Strengthening)²¹ ตามที่พยาบาลท่านหนึ่งของ รพ.ศูนย์ขอนแก่นได้เล่าให้ฟังว่า.... “ด้วยนโยบายตอนนั้น คุณหมอวิระพันธ์ เน้นเรื่องนโยบายดูแลคนใช้ทั้งระบบ ก็คงไม่รักษาอย่างเดียวดังนั้นไปฟื้นฟูคนไข้ในชุมชนด้วย เนื่องจากนโยบายออกมาแบบนี้ก็เลยคิดและออกแบบงานบริการพยาบาลว่า How to พยาบาลจะ Walk in เข้าไปใน Community ไปสร้างเสริมฟื้นฟูอย่างไร เริ่มต้นด้วยการทำ Community Assessment ในชุมชน และดึงปัญหาออกมาโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จะพยายามบอกกับน้อง ๆ ทีมงานว่าถ้าเราดูปัจจัยการเจ็บป่วยเราจะสามารถมาก เพราะเราไม่ใช่แพทย์ จึงใช้ concept Community นี้เข้าไปในชุมชน ภายใต้ชื่อพยาบาลตติยภูมิสู่ชุมชนร่วมสร้างสังคมสุขภาวะ แต่ว่าเป็นความท้าทายของการทำงานที่อยู่ที่ รพ.ศูนย์ตติยภูมิ เพราะเราจะคุ้นชินกับเรื่องการรักษา ทำแผล ฉีดยา อยู่ในวอร์ด และเป็นความท้าทายต่อผู้กับวิถีคิดของคนอีกหลายคนที่ไม่ได้คิดแบบเรา แต่เราต่อสู้ด้วยการปฏิบัติ สิ่งที่เราทำมี conflict of interest ด้วย contrast ด้วย เพราะ รพ.ศูนย์

อัตรากำลังพยาบาลขาดแคลน คุณออกไปข้างนอก คุณไปทำอะไร ไปแย่งพื้นที่ของเวชกรรมสังคมหรือเปล่า PCU หรือเปล่า อันนี้คือความท้าทาย” จากข้อความดังกล่าวจะเห็นได้อย่างชัดเจนว่า นโยบายขององค์กรหรือผู้บริหารระดับสูงมีความสำคัญมากที่สุดต่อการทำงานหรือการขับเคลื่อนและนี่คือตัวกำหนดที่สำคัญต่อการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลอย่างเป็นทีมสหวิชาชีพหรือเป็นระบบซึ่งหมายรวมถึงทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข และบุคลากรสุขภาพ วิชาชีพอื่น ๆ หรือตำแหน่งงานอื่น ๆ ที่ทำงานอย่างมีความเชื่อมโยงกัน และมีความเป็นองค์รวม

ซึ่งจากการประเมินและวิเคราะห์พบว่าบริบทของโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นดังกล่าวมาข้างต้นนี้ มีความสอดคล้องกับกรอบออดิตาว่าเป็นอย่างยิ่ง เพราะมีการทำงานทุกมิติ ไม่ว่าจะเป็นด้านการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (รวมถึงการส่งเสริมและพัฒนาทักษะของพยาบาลและวิชาชีพอื่น ๆ ให้สามารถทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพได้มากขึ้น), การสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน, การขับเคลื่อนนโยบาย, การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี และการปรับระบบบริการ และที่สำคัญไม่ใช่เป็นการทำงานหรือการขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสุขภาพของประชาชนหรือชุมชนเท่านั้น แต่ยังมีการปรับเปลี่ยนหรือการขับเคลื่อนอย่างครอบคลุมทั้ง 5 มิติภายในตัวหน่วยบริการสุขภาพหรือบุคลากรขององค์กร ไปพร้อม ๆ กับการขับเคลื่อนการทำงานในชุมชน หรือที่เรียกว่า “การเรียนรู้จากการปฏิบัติ”

ดังนั้น ประเด็นการมีส่วนร่วม และ/หรือการสร้างการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนเรื่อง “การสร้างเสริมสุขภาพ” จึงขึ้นอยู่กับการให้ความสำคัญและการกำหนดเป็นนโยบายของผู้นำหรือผู้บริหาร

²¹ ข้อมูลจากเว็บไซต์ของ รพ.ศูนย์ขอนแก่น www.kkh.go.th หน้า 1 ภายใต้หัวข้อประเด็นยุทธศาสตร์

ระดับสูงขององค์กร หรือหน่วยบริการสุขภาพนั้น ๆ พร้อมทั้งมีการจัดระบบและกลไกสนับสนุนต่าง ๆ ที่ชัดเจน ไม่ว่าจะเป็นการจัดสรรเวลาและภารกิจในการทำงานใหม่ พร้อมทั้งพิจารณาความเชื่อมโยงและการเสริมบทบาทและศักยภาพซึ่งกันและกันระหว่างทีมงานในหน่วยงานย่อย/แผนกต่าง ๆ ขององค์กรหรือโรงพยาบาล, การเวทีพูดคุยแลกเปลี่ยนกันอย่างสม่ำเสมอ, การจัดโครงสร้างใหม่เพื่อรองรับภารกิจที่เพิ่มขึ้นมา ดังเช่น ภารกิจด้านวิชาการ/การพัฒนาหรือการสร้างความรู้ เช่น หน่วยงานวิจัย และการสนับสนุนด้านงบประมาณ และการส่งเสริมการค้นคว้าหาความรู้ใหม่ ด้วยการเข้ารับการอบรม และการเรียนรู้แบบข้ามวิชาชีพ/ข้ามภาค **นี่คือ ตัวแปรหรือปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการสร้างการมีส่วนร่วมให้กับพยาบาลและวิชาชีพอื่น ๆ** ในการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ หรือการขับเคลื่อนตามกรอบออตตาวา คือ การมีนโยบายขององค์กรที่ชัดเจน แต่ประเด็นของ รพ.ศูนย์ขอนแก่นนี้ มีความน่าสนใจเพิ่มเติมด้วยว่า ถึงแม้จะมีนโยบายออกมาอย่างชัดเจน แต่ก็ไม่ได้เป็นการทำงานแบบสั่งการลงมาแบบบนลงล่างแบบตายตัว หรือเป็นการบัญชาการว่าต้องทำแบบนั้นแบบนี้ แต่ได้ให้เกียรติกับทีมงานทั้งหมดทุกระดับในการคิดค้นแนวทางหรือวิธีการทำงานต่าง ๆ ที่จะต้องมีความสอดคล้องกับความเป็นจริงให้มากที่สุด และเน้นการเรียนรู้จากการปฏิบัติ หรือทำงานไปเรียนรู้ไปปรับเปลี่ยนไปตลอดเวลา เพื่อให้สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายประเภทต่าง ๆ ในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล พร้อม ๆ กับการสร้างความรู้ใหม่ ๆ อยู่ตลอดเวลาด้วยเช่นกัน

โดยสรุป การมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ จะเป็นการเข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และบางส่วนได้เข้าร่วมในการถอดบทเรียน/ประสบการณ์การทำงาน และบางส่วนได้ร่วมในการ

ออกแบบกระบวนการเรียนรู้ หรือการออกแบบเนื้อหา/หลักสูตรการอบรมร่วมกับทีมอาจารย์/นักวิชาการของแต่ละภาค แต่พบว่า พยาบาลที่อยู่ในศูนย์เรียนรู้เองจำนวนมาก ยังไม่ทราบเกี่ยวกับการทำงานของโครงการ เพราะไม่ได้มีการสื่อสารต่อหรือไม่ได้ร่วมในการพัฒนานวัตกรรม ดังนั้น รูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมด้วยการใช้วิธีการส่งตัวแทนเข้าร่วมเวทีต่าง ๆ จึงเป็นรูปแบบที่ใช้การไม่ค่อยได้ ควรพิจารณาส่งเสริมการขับเคลื่อนในพื้นที่/องค์กร และให้ความสำคัญกับการเรียนรู้แบบเครือข่ายในพื้นที่มากกว่าการดึงคนเข้ามาที่เวทีส่วนกลาง เพราะจำนวนมากก็จำไม่ได้ว่าไปทำอะไร แต่ละเวทีแตกต่างกันอย่างไร หรือฟังเฉพาะเรื่องที่ตนเองสนใจเท่านั้น

● **การมีส่วนร่วมของชุมชน/ผู้นำชุมชน/ประชาชน/ผู้รับบริการ/ผู้ป่วย/ญาติของผู้รับบริการ** สำหรับคำว่า “ชุมชน” ณ ที่นี้มีความหมายครอบคลุม ทั้งในมิติสังคมวัฒนธรรมหรือความสัมพันธ์ของผู้คนทางสังคมวัฒนธรรมและเครือข่ายประเภทต่าง ๆ ที่ดำรงอยู่, ทางภูมิศาสตร์ และการเมืองการปกครองด้วย แต่ส่วนใหญ่ต้องการให้หมายถึง ชุมชนในเขตบริการหรือความรับผิดชอบของ รพ.ประเภทต่าง ๆ ทั้ง 3 ระดับ คือ ระดับปทุมภูมิ, ทุดยภูมิ และตติยภูมิ ซึ่งกลไกที่สำคัญที่สุดในระดับชุมชนของหน่วยบริการสุขภาพที่อยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข ส่วนใหญ่คือ อสม. หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ถ้าเป็นในเขตเมือง เช่น บริบทของโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร ซึ่งสังกัดมหาวิทยาลัย 2 แห่งคือ รพ.ศิริราช, และ รพ.รามา ฯ และมี รพ.ราชวิถี อีก 1 แห่ง ซึ่งพบว่า กลไกในระดับชุมชนมักจะหมายถึง อสส. หรืออาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเมือง และอาสาสมัครของมูลนิธิต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมูลนิธิป่อเต็กตึ๊ง มูลนิธิร่วมกตัญญู และยังมีอาจ

หมายถึง องค์กรต่าง ๆ ที่ได้รับการสนับสนุนให้ จัดตั้งขึ้นจากทาง รพ.และ/หรือองค์กรชุมชนต่าง ๆ ที่มีการจัดตั้งตนเองหรือมีบทบาทในด้านต่าง ๆ อยู่ แล้ว อาทิเช่น ชมรมจิตอาสาต่าง ๆ, กลุ่มเยาวชน, กลุ่มสตรี, กลุ่มผู้สูงอายุ ฯลฯ และยังหมายถึง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น เทศบาลประเภท ต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเทศบาลตำบล, องค์การ บริหารส่วนตำบล (อบต.) เป็นต้น

สำหรับการประเมินการมีส่วนร่วมของ ชุมชนและประชาชน ณ ที่นี้ต้องการทำความเข้าใจ ว่า ชุมชน และ/หรือประชาชนได้รับการให้บทบาทใน การขับเคลื่อนด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และ/หรือ มีศักยภาพในการขับเคลื่อนสุขภาพอยู่แล้วมากน้อย เพียงใด หรือเข้ามาร่วมในบทบาทใด คนเหล่านี้คือ ใคร และนัยยะความหมายของการเข้ามามีส่วนร่วม ตรงนี้คืออะไร สำคัญอย่างไรต่อการสร้างการเรียนรู้ ให้กับพยาบาลและบุคลากรสุขภาพวิชาชีพอื่น ๆ ทั้งหมด ซึ่งจากการเยี่ยมพื้นที่และพูดคุยกับบุคลากร ของ รพ. โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพ และการเยี่ยม พื้นที่ชุมชนจำนวนหนึ่ง พบว่า โดยส่วนใหญ่ ประชาชน/ชุมชน มีความตื่นตัวต่อเรื่องการสร้าง เสริมสุขภาพ หรือการทำให้ตนเอง/ครอบครัว/ชุมชน มีสุขภาพดี โดยขึ้นอยู่กับจิตสำนึกและความตระหนัก ของผู้นำชุมชน เป็นสำคัญ หรือเป็นปัจจัย/ตัวแปรที่มี ความสำคัญมากที่สุด ยกตัวอย่างเช่น กรณีของ รพ.เขาไม้แก้ว ต.เขาไม้แก้ว อ.สิเกา จ.ตรัง และ กรณีของ รพ.บางกล้า อ.บางกล้า จ.สงขลา และ รพ.งหรา อ.งหรา จ.พัทลุง ในภาคใต้ ที่ พบว่า ชุมชนมีความตระหนักต่อประเด็นปัญหา สุขภาพ และเป็นเจ้าของความคิดในการทำงานแบบ องค์กรรวม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กรณีของตำบลเขาไม้ แก้ว พบว่า ผู้นำและ อสม. มีศักยภาพและบทบาท ในการสร้างสุขภาพ ทั้งด้านสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสิ่งแวดล้อมทางสังคม

เศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรม อย่างมีความ เชื่อมโยงกัน รวมถึงด้านการขับเคลื่อนนโยบาย ร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ, การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน ในพื้นที่ทาง รพ.สต. เขาไม้แก้วเอง ก็มีศักยภาพใน การปรับระบบบริการที่มีความเชื่อมโยงและ สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของ ประชาชนและชุมชน อย่างมองเห็นได้ชัดเจน โดยมี ผู้อำนวยการของ รพ.สต. เป็นแกนขับเคลื่อนหลักใน ทุกด้าน (ซึ่งจะได้กล่าวถึงกรณีนี้อีกครั้งหนึ่ง ในส่วน ที่เป็นการนำเสนอเกี่ยวกับศักยภาพของศูนย์เรียนรู้ ในการสร้างการเรียนรู้หรือการปรับกระบวนการ ให้กับพยาบาลและบุคลากรสุขภาพวิชาชีพต่าง ๆ ด้วย) แต่สำหรับกรณีของ รพ.เขาไม้แก้วและชุมชน เขาไม้แก้ว ณ ที่นี้ สามารถสร้างการเรียนรู้ให้กับ พยาบาลหรือนักศึกษาพยาบาลในการมองเรื่อง สุขภาพอย่างเป็นองค์รวม และสามารถมองเห็นทั้ง 5 มิติของกรอบอดตาวาอย่างมีความเชื่อมโยงกันด้วย

สำหรับ **รพ.บางกล้า อ.บางกล้า สงขลา** พบว่า ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในหลาย ๆ ด้าน หรือ อาจกล่าวได้ว่า ชุมชนเป็นเจ้าของเรื่องในหลาย ๆ ด้าน (sense of community ownership) โดยเฉพาะ การจัดทำศูนย์สร้างเสริมศักยภาพให้กับผู้สูงอายุ โดยการใช้ที่ดินส่วนตัวของคนในชุมชน, การสร้าง อาคารโดยการระดมทุนเอง, การจัดหาวัสดุอุปกรณ์ ต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับการทำกายภาพบำบัดและ การออกกำลังกาย, การจัดกิจกรรมต่าง ๆ โดยผู้นำ ของผู้สูงอายุและองค์กรต่าง ๆ ที่จัดตั้งขึ้น เช่น ชมรม ผู้สูงอายุ เป็นต้น สำหรับ รพ.บางกล้าและชุมชนบาง กล้า จ.สงขลา นี้ มีความโดดเด่นในเรื่อง การสร้าง เสริมความเข้มแข็งของชุมชน, การขับเคลื่อน นโยบาย และการปรับระบบบริการ/ระบบต่าง ๆ ใน ชุมชน

สำหรับ **รพ.งงหรา อ.งงหรา พัทลุง** ก็พบว่า **อสม.** มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังประเภทต่าง ๆ อย่างเข้มแข็ง และ **อสม.** บางส่วนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับศัพท์เทคนิคต่าง ๆ ทางการแพทย์ด้วย ซึ่งในกรณีของ **รพ.งงหรา** นี้พบว่า มีความโดดเด่นในด้านการปรับระบบบริการ, การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน ถ้าโครงการฯ หรือคณะพยาบาลฯ ต้องการใช้พื้นที่ทั้งสองแห่งนี้เป็นพื้นที่การเรียนรู้ ก็สามารถต่อยอดโดยการตั้งประเด็นคำถามให้นักศึกษาพยาบาล หรือพยาบาลวิชาชีพ ได้เรียนรู้และมองเห็นความเชื่อมโยง หรือการทำงานต่อยอดจากมิติต่าง ๆ ของกรอบออตตาวาที่ **รพ.** และชุมชนมีความโดดเด่นอยู่แล้ว เช่น กรณีของ **รพ.** บางกล้าและชุมชนบางกล้า ยังไม่ค่อยให้น้ำหนัก หรือยังไม่ได้ขับเคลื่อน เรื่อง การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีมากเท่าใดนัก ก็สามารถให้นักศึกษาพยาบาล คิดต่อยอดตรงนี้จะสามารถทำได้อย่างไร เมื่อขับเคลื่อนร่วมกับชุมชน หรือกรณีของ **รพ.งงหรา** ก็เช่นกัน ที่สามารถส่งเสริมให้นักศึกษาหรือพยาบาลที่เข้ามาร่วมเรียนรู้ได้ต่อยอดจากสิ่งที่ **รพ.** และชุมชนเป็นหรือทำอยู่แล้ว แต่ยังขาดด้านการขับเคลื่อนนโยบาย และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ก็ทำงานหรือเรียนรู้ร่วมกันบนฐานการทำงานร่วมกันเป็นต้น

สำหรับ **ภาคตะวันออกและจังหวัดชลบุรีและสระแก้ว** พบว่า ชุมชน/ประชาชน/ผู้นำท้องถิ่นในเขตบริการของทั้ง **รพ.ปทุมภูมิ, รพ.หุติยภูมิ** และ **รพ.ระดับตติยภูมิ** มีความตื่นตัว และมีความสนใจในเรื่องสุขภาพ รวมทั้งมีบทบาทหรือมีส่วนร่วมในการร่วมสร้างสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง **กรณีของ รพ.บ้านบึง อ.บ้านบึง จ.ชลบุรี (เรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ ที่เทศบาลตำบลมีบทบาทสูงมาก), รพ.คลองใหญ่ อ.คลองใหญ่ จ.ตราด (การดูแลผู้ป่วยถึงบ้านถึงใจในชุมชน –**

Homeward ที่ อสม.และผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมสูงมาก), และ รพ.สต.ตะกang อ.เมือง จ.ตราด (คูหดูแลสุขภาพที่ประชาชนให้ความสนใจมากในช่วงแรก), รพ.ชลบุรี จ.ชลบุรี (ระบบการพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่ผู้ป่วยและญาติมีบทบาทสูงมากในการดูแลตนเอง), รพ.สมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา อ.ศรีราชา จ.ชลบุรี (สุขภาพสตรี รู้ทันมะเร็ง) ที่มีภาคีการทำงานกว้างขวาง โดยเฉพาะการร่วมมือกับท้องถิ่น และการเปิดพื้นที่การทำงานเชิงรุกในกลุ่มแรงงาน, รพ.พระนารายณ์มหาราช อ.เมือง จ.ลพบุรี และเทศบาลตำบลเขาพระงาม (เครือข่ายร่วมใจดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง) และ รพ.วังน้ำเย็น อ.วังน้ำเย็น จ.สระแก้ว (วัณโรค 4 วันเอาอยู่) ซึ่งศักยภาพและการมีส่วนร่วมของแต่ละแห่ง หรือแต่ละชุมชนไม่เท่ากัน เพราะมีปัจจัย/ตัวแปร/องค์ประกอบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในระดับต่าง ๆ และ/หรือมีปัจจัยบริบทที่แวดล้อมที่แตกต่างกัน



ดังนั้น จึงเป็นความน่าสนใจในเชิงวิชาการ และการสร้างความรู้ร่วมกันด้วยว่า ทำไมจึงเป็นเช่นนั้น ดังนั้น ถ้าจัดให้นักศึกษาและพยาบาล (ภายใต้การดูแลหรือให้คำปรึกษาของอาจารย์ในคณะพยาบาลศาสตร์) ได้เข้ามาร่วมเรียนรู้ และทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับระดับการมีส่วนร่วม หรือความเป็นเจ้าของเรื่องที่มีความแตกต่างกันไปตามบริบท ในมุมมองของประชาชนและชุมชนเหล่านี้ ว่า

เป็นอย่างไรรู้ ก็จะทำให้ได้องค์ความรู้ที่มีความสำคัญยิ่งต่อการขับเคลื่อนเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ และ/หรือต่อการสร้างการเรียนรู้เรื่อง การทำงานตามกรอบออตตาวา เป็นต้น เพราะสิ่งเหล่านี้ ล้วนแต่มีนัยยะและความหมายต่อการสร้างสุขภาพในบริบทของภาคตะวันออก และภาคกลางบางจังหวัดเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะบริบทของภาคตะวันออก ซึ่งเป็นภาคที่มีโรงงานอุตสาหกรรมและมีปัญหาสิ่งแวดล้อม (ซึ่งเป็นปัญหาเชิงโครงสร้าง) ค่อนข้างมากประเด็นนี้จะทำอย่างไร หรือสร้างการเรียนรู้ให้กับพยาบาล/นักศึกษาพยาบาลอย่างไร โดยเฉพาะการออกแบบแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกับสหวิชาชีพ และภาคีภาคส่วนต่าง ๆ ในพื้นที่/ท้องถิ่น เป็นประเด็นที่สำคัญต่อการเรียนรู้/การเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์เป็นอย่างมาก

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือทั้งอีสาน

เหนือและอีสานใต้ สำหรับกรณีของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ทั้งอีสานเหนือและใต้นี้ก็เช่นกัน ที่พบว่า ประชาชน/ชุมชนในหลาย ๆ พื้นที่มีความสนใจ และมีบทบาทในการร่วมสร้างสุขภาพในระดับที่ต่างกัน และที่ทีมประเมินผลได้มีโอกาสเข้าไปเยี่ยมชุมชนบางแห่ง พบว่า พื้นที่การทำงานของ **รพ.น้ำพอง และเทศบาลตำบลน้ำพอง** มีความน่าสนใจเป็นอย่างยิ่ง เพราะที่นี่มีพยาบาลชุมชน ที่ผลิตจากโครงการพยาบาลชุมชน เพื่อชุมชน โดยชุมชน ที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ สสส. ทำให้มองเห็นศักยภาพของชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดระหว่างผู้นำชุมชน พยาบาลชุมชน และ อสม. นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 เป็นต้นมา

นอกจากนี้ ก็ยังมีกรณีของ รพ.สต.โคกงาม

อ.บ้านฝาง จ.ขอนแก่น (กลอนลำพื้นบ้านเพื่อคุ้มครองผู้บริโภค และบทบาทของ อย.น้อย และปราชญ์ชาวบ้าน) ที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน ผู้สูงอายุ ปราชญ์ชาวบ้าน เด็กและเยาวชน ในการขับเคลื่อนเรื่องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการบริโภคอาหาร, การใช้ยา, การให้ความสำคัญกับผักพื้นบ้าน, การคุ้มครองผู้บริโภคในมิติต่าง ๆ โดยให้ความสำคัญกับบทบาทหรือการมีส่วนร่วมหรือความรู้สึกเป็นเจ้าของสุขภาพของตนเอง (sense of belonging) ของกลุ่มเด็กและเยาวชนในชุมชนเป็นอย่างมากด้วย หรือที่เรียกว่า **“อย.น้อย”** ซึ่งมีอยู่ทั้งหมด 250 คน หรือพยายามส่งเสริมและพัฒนาเด็กและเยาวชนให้เข้ามามีบทบาทในการสร้างสุขภาพของตนเองและชุมชนเพิ่มขึ้นทุกปีหรือประมาณปีละ 50 คน ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มคนในชุมชนที่เป็นพลังสำคัญยิ่งในการสร้างสุขภาพ ซึ่งถ้าคณะพยาบาลศาสตร์ มข. หรือโครงการฯ ให้ความสำคัญกับการสร้างความรู้ หรือทำความเข้าใจในเรื่องนี้ให้กับพยาบาลและนักศึกษาพยาบาล ทั้งด้านจุดแข็ง จุดอ่อน ปัญหาอุปสรรค และ/หรือปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็กและเยาวชน (โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมิติวัฒนธรรมของชุมชน) ให้เติบโตเป็นประชากรที่มีคุณภาพ มีสุขภาพดีอย่างเป็นองค์รวม และยังสามารถเป็นพลังสร้างสุขภาพให้กับตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้ด้วย ก็จักเกิดคุณูปการทั้งต่อตัวนักศึกษาพยาบาล, อาจารย์, คณะพยาบาลฯ และโครงการฯ หรือสภากาชาดพยาบาลในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพให้กับประชากรวัยเด็กและเยาวชนและชุมชน ซึ่งเป็นการทำงานในเชิงการป้องกันทางสังคม (social prevention) ที่สำคัญยิ่ง เพราะเด็กและเยาวชนในประเทศไทยส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อปัญหาต่าง ๆ ทั้งยาเสพติด, เพศ, การตั้งครรภ์, การลักขโมย (เพราะขาดคนชี้แนะเส้นทางเดินที่ถูกต้อง, เพราะครอบครัวแตกแยก, เพราะเด็กขาดที่พึ่ง และถูกระงับจากผู้ใหญ่และระบบการศึกษามาเป็นเวลานาน, เพราะอิทธิพลของสื่อ ฯลฯ) รวมทั้ง การใช้ความรุนแรง และถูกระงับด้วยความรุนแรงประเภทต่าง ๆ อันเป็นผลมาจากปัญหาครอบครัว ปัญหาการศึกษา หรือการเรียนรู้ที่เคร่งเครียดในโรงเรียน หรือไม่ได้รับการปฏิบัติอย่างเป็นมนุษย์ที่มีคุณค่าจากระบบการศึกษา เป็นต้น

ดังนั้น ประเด็นการส่งเสริมการเรียนรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพจากการทำงานจริงของแต่ละพื้นที่ ก็เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่มีความสำคัญและน่าสนใจยิ่ง นอกจากพื้นที่ตำบลโคกงาม อ.บ้านฝาง แล้ว พบว่าประชาชนและชุมชนในพื้นที่อื่น ๆ ก็มีความตื่นตัวด้านการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ หรือต้องการเป็นเจ้าของ ถึงแม้จะอยู่ในระดับหรือความเข้มข้นที่แตกต่างกันก็ตาม ไม่ว่าจะเป็นพื้นที่พื้นที่การทำงานของ **รพ.ป่าติ้ว อ.ป่าติ้ว จ.ยโสธร** หรือที่ **รพ.เอราวัณ อ.เอราวัณ จ.เลย** ก็ตาม สำหรับที่ป่าติ้ว พบว่า เทศบาลตำบลมีบทบาทและมีส่วนร่วมเป็นอย่างมากในการร่วมสร้างสุขภาพให้กับกลุ่มผู้สูงอายุ โดยการใช้งบประมาณของเทศบาล และพบว่า เทศบาลตำบลและ รพ.ป่าติ้วมีการทำงานร่วมกันเป็นอย่างดี ซึ่งน่าจะมีการศึกษาวิจัยเชิงลึกหรือเชิงคุณภาพด้วยว่า ศักยภาพหรือความร่วมมือกันในด้านต่าง ๆ เป็นอย่างไรในมุมมองของแต่ละท่าน แต่ละฝ่าย และมีอะไรที่ควรจะมีร่วมกันต่อไป โดยเฉพาะประเด็นการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพดีของผู้สูงอายุ ผู้พิการ และประชาชนในพื้นที่ ยังมีสิ่งที่ต้องทำอีกมาก (ประกอบกับเทศบาลเองก็ยังไม่มีความคิดเรื่องการปรับปรุงสภาพแวดล้อมทางกายภาพด้วย) และเพื่อช่วยกันรักษาความสัมพันธ์หรือความร่วมมือที่ดีนี้ไว้ตราบนานเท่านาน หรือเป็นการปลูกฝังประเพณีการทำงานเชิงสร้างสรรค์ร่วมกันบนฐานของความรู้ที่เป็นจริงอย่างต่อเนื่อง

สำหรับ **รพ.เอราวัณ อ.เอราวัณ จ.เลย** พบว่า มีความพยายามในการขับเคลื่อนเรื่องงานศพปลอดเหล้าและการพนัน ที่ผ่านมาสามารถดำเนินการได้ดีในระดับหนึ่ง (อาทิเช่น ในปี พ.ศ. 2558 มีการจัดงานศพจำนวน 37 งาน สามารถรณรงค์ส่งเสริมการจัดงานปลอดเหล้าและการพนันได้จำนวน 27 งาน) แต่ประเด็นสำคัญ คือ สิ่งนี้ยังไม่

ยั่งยืน หรือไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงบนฐานความต้องการของประชาชนและชุมชนจริง ๆ ยังเป็นการทำงานตามแนวคิดและความหวังดีของทีมสุขภาพในรพ. มากกว่า ประกอบกับมีปัจจัย/เงื่อนไข/ตัวแปรหลายประการที่เกี่ยวกับทั้งฝ่าย รพ. และฝ่ายประชาชน หรือเจ้าของงาน ที่ทีมงานทุกฝ่าย ทุกระดับจำเป็นต้องทำความเข้าใจในเชิงลึก เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการทำงานหรือการขับเคลื่อนต่อ ปัจจัยในฝ่ายประชาชน อาทิเช่น ลูกชายของเจ้าภาพที่จัดงานชอบดื่มสุรา ถึงแม้ว่าผู้เป็นพ่อแม่จะเห็นด้วยกับการงดเหล้าในงาน แต่ลูกชายไม่เห็นด้วย ก็ไม่สามารถงดเหล้าได้ เป็นต้น สำหรับในฝ่ายบุคลากรหรือทีมงานของ รพ. พบว่า ยังมีการศึกษาวิจัยเชิงลึกน้อยไป ทำให้ยังไม่สามารถใช้งานวิชาการเข้ามาช่วยหนุนเสริมการขับเคลื่อน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืน หรือเกิดการเปลี่ยนแปลงจากจิตสำนึกของเจ้าภาพผู้จัดงานศพเอง ไม่ใช่เกิดจากการสั่งการจากภายนอก เป็นต้น

ดังนั้น ถ้าโครงการฯ หรือคณะพยาบาลต้องการสร้างการเรียนรู้ให้กับนักศึกษาและพยาบาลในเรื่องนี้ ก็สามารถนำประเด็นเหล่านี้ไปตั้งคำถามเพื่อให้ร่วมกันขบคิดต่อ และทำการออกแบบการขับเคลื่อนร่วมกับชาวบ้านและชุมชน โดยควรสร้างการเรียนรู้เป็นทีม มีพี่เลี้ยง (mentor) หลาย ๆ ประเภท มีการเตรียมการและวางแผนร่วมกับชุมชน และมีทีมในระดับชุมชนเข้ามาร่วม ทำไป เรียนรู้ไป วิเคราะห์ไปว่าการสร้างสุขภาพในบริบทที่ยากลำบากแบบนี้ เป็นอย่างไร จุดเน้นสำคัญควรอยู่ที่ใด การสร้างสรรค์หรือเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในกรณีนี้ควรเป็นแบบใด หรือจะสามารถสร้างได้อย่างไร ต้องโยนคำถามให้กับประชาชนและชุมชน โจทย์นี้จึงท้าทายมากต่อการเรียนรู้ เพราะเป็นความพยายามในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความคิด และความเคยชิน หรืออาจต้องดำเนินการในมิติที่เกี่ยวกับการพัฒนาส่งเสริมทักษะส่วนบุคคลควบคู่กันไปด้วย หรืออย่างไร

ประเด็นนี้จึงควรได้รับการให้ความสำคัญจากโครงการฯ หรือคณะพยาบาลศาสตร์ที่รับผิดชอบการทำงานหรือการส่งเสริมการเรียนรู้ให้กับพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ภาคเหนือ พบว่า การมีบทบาทหรือมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชนในการสร้างสุขภาพมีความโดดเด่นมากในพื้นที่การทำงานของ **รพ.สต. บ้านห้วยทราย ตำบลแม่ทา อำเภอแม่ฮอน และ รพ.สต.ท่ากว้าง อำเภอสารภี จ.เชียงใหม่ และ พื้นที่การทำงานของ รพ.แม่ลาว อ.แม่ลาว**

จ.เชียงราย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ตำบลแม่ทา อ.แม่ฮอน จ.เชียงใหม่ นั้น พบว่า ชุมชนมีศักยภาพมากในการจัดการกับปัจจัยทางเศรษฐกิจ/สังคมและสิ่งแวดล้อมที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ (หรือที่เรียกรวม ๆ ในภาษาอังกฤษว่า social determinants of health) โดยเฉพาะเรื่องที่ดินและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ รวมทั้งความสามารถในการจัดการกับการสร้างสิ่งแวดล้อมทางสังคมวัฒนธรรมที่สำคัญยิ่ง เพราะมีกลไกต่าง ๆ ในการสร้างหรือพัฒนาสมาชิกในชุมชน โดยเฉพาะคนรุ่นใหม่/เด็กและเยาวชน/วัยรุ่นให้มีวิถีคิด/วิธีมองและมีสำนึกรักท้องถิ่นหรือบ้านเกิดของตน นับว่าเป็นการทำงานเชิงลึกและเชิงการป้องกันปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างได้ผล ที่พยาบาลหรือนุคลากรสุขภาพวิชาชีพต่าง ๆ อาจจะไม่ทันได้คำนึงถึง หรือหลาย ๆ ท่านอาจมองว่าไม่เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ จึงทำให้นุคลากรบางท่านในโครงการขับเคลื่อนฯ ที่ไม่ได้อยู่ในภาคนี้ อาจจะไม่เข้าใจ หรือมองข้าม แต่แท้ที่จริงแล้ว พื้นที่นี้เหมาะสำหรับการสร้างการเรียนรู้ให้กับพยาบาลและนักศึกษาพยาบาล เป็นอย่างยิ่ง เพราะน่าจะสามารถช่วยทำให้เกิดการปรับกระบวนทัศน์ได้อย่างรวดเร็วหรือสิ้นเชิงเกี่ยวกับเรื่อง “สุขภาพ” หรือการสร้างเสริมสุขภาพ หรือการกระทำการกับ

ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมสิ่งแวดล้อมที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ (social determinants of health)



สำหรับกรณีของ รพ.แม่ลาว อ.แม่ลาว จ.เชียงราย ก็เช่นกัน ที่พบว่า บุคลากรของ รพ. และชุมชนในพื้นที่ให้-รับบริการทำงานร่วมกันในทุกด้าน ทุกมิติ จนเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ อย่างมหาศาล โดยเฉพาะการปรับระบบบริการที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของชุมชน และยังสอดคล้องกับวิถีธรรมชาติอีกด้วย ทำให้เกิดการเปิดเปียนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมน้อยลง โดยเฉพาะ การจัดทำบ้านดิน เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของที่พักที่เกื้อกูลกับธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ในโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ ที่ รพ.จัดทำขึ้น เพื่อเป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยประชาชน และชุมชน ไม่ใช่เฉพาะในเขตบริการที่รับผิดชอบ แต่สามารถให้บริการกับประชาชนทั่วไปจากขอบเขตทั่วประเทศ และยังเป็นการสร้างรายได้ให้กับ รพ. ซึ่งกำลังประสบปัญหาทางการเงินได้อีกทางหนึ่งด้วย

ภาคกลาง พบ การมีส่วนร่วมและบทบาทของภาคประชาชน/ชุมชน/ผู้ป่วย/ญาติผู้ป่วย รวมถึงกลุ่ม/องค์กรต่าง ๆ เช่น มูลนิธิ กลุ่มอาสาสมัครหรือจิตอาสาต่าง ๆ จำนวนมาก และเครือข่ายประเภทต่าง ๆ ที่มีอยู่ในเมืองใหญ่อย่างกรุงเทพมหานคร²²

²² ถึงแม้จะมีประเด็นปัญหาต่าง ๆ ตามที่หลาย ๆ ท่านอาจทราบกันดีอยู่แล้ว เกี่ยวกับการขัดกันของผลประโยชน์ของมูลนิธิ/องค์กรบางแห่งที่เกี่ยวข้องกับการกู้ชีพ/กู้ภัยมาเป็นเวลานานพอสมควรแล้วก็ตาม

โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทการทำงานของแผนก การดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuing Care) ของ รพ. รามาธิบดี ที่พบว่า มีเครือข่ายการทำงานร่วมกับ ชุมชน สำนักอนามัย กทม. และกลุ่ม/องค์กรต่าง ๆ ของผู้รับบริการ/ผู้ป่วย และมีประเด็นท้าทายต่าง ๆ เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ และ บริบทการทำงานของศูนย์กู้ชีพบนเรือนทร ร.พ.ราชวิถี ที่มีเครือข่ายหรือช่องทางต่าง ๆ ในการสร้างการเรียนรู้ให้กับพยาบาลและประชาชนทั่วไปอยู่แล้วจำนวนมาก โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวกับหลักสูตรเฉพาะ ทางด้านอุบัติเหตุและภาวะฉุกเฉิน, รวมถึงบริบทการทำงานของแผนกฮอสโตมีและแผล รพ.ศิริราช ที่มีบทบาทในการเสริมสร้างความเข้มแข็งและทำงานร่วมกับชมรมฮอสโตเมทแห่งประเทศไทย ซึ่งยังมี ประเด็นและภารกิจต่าง ๆ ที่ต้องดำเนินการหรือ สร้างความเข้มแข็งร่วมกันอีกมาก



กรณีของการทำงานร่วมกันระหว่าง รพ.สต. มหาสวัสดิ์ อ.พุทธมณฑล จ.นครปฐม และชุมชน/ภาคประชาชน ในประเด็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค ที่พบว่า ชมรม อสม. (ที่มีสมาชิกอยู่ประมาณ 85 คน), กลุ่มผู้สูงอายุ และ กลุ่มผู้นำชุมชนในตำบลมหาสวัสดิ์มีบทบาทอย่างมากในการขับเคลื่อนเรื่องการสร้างสุขภาพในบริบทของความเป็นสังคมแบบกึ่งเมืองกึ่งชนบท ที่มีพลังหรือแรงกระแทกจากภายนอกรุนแรงมาก นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อมและแบบแผนการใช้ที่ดินอย่างมหาศาล หรือเปลี่ยนจากการเกษตร

เป็นเมืองหรือหมู่บ้านจัดสรรต่าง ๆ จำนวนมาก ทำให้เกิดช่องว่างในการสื่อสาร ทำให้พยาบาลและทีมสุขภาพต้องทำงานหนัก จึงเป็นประเด็นท้าทายว่า จะมีการสื่อสารกันอย่างไร เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในระยะเปลี่ยนผ่าน (ที่มีผลประโยชน์หรือแรงจูงใจอื่น ๆ มากกว่าเรื่อง การสร้างสุขภาพร่วมกัน) รวมถึงการดึงการมีส่วนร่วมของชุมชนใหม่ สิ่งเหล่านี้ล้วนแต่เป็นเรื่องที่สามารถสร้างการเรียนรู้ให้กับพยาบาลและนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้เกิดความเข้าใจความหมายของการสร้างสุขภาพในบริบทของชุมชนที่มีความสลับซับซ้อน หรือกำลังเปลี่ยนผ่านไปสู่ความเป็นเมือง ที่มีลักษณะตัวใครตัวมันมากขึ้น ใช่หรือไม่ หรือถ้าเน้นเรื่องการขับเคลื่อนนโยบาย รวมถึงการให้ประชาชนได้รับสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ร่วมกัน โดยเฉพาะ การส่งเสริมการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล การมีโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพประเภทต่าง ๆ ของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน จะสามารถทำได้หรือไม่ ภายใต้บริบทที่ท้าทายดังกล่าว เป็นต้น

โดยสรุป ประชาชน/ชุมชน/ผู้รับบริการ

ส่วนใหญ่มีความตื่นตัว และต้องการเข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนเรื่อง การสร้างสุขภาพ หรือ การสร้างเสริมสุขภาพทั้งของตนเอง/ครอบครัว/กลุ่มประเภทต่าง ๆ/ชุมชนประเภทต่าง ๆ ทั้งในเมืองใหญ่, เมืองในภูมิภาค, เมืองรอง, จังหวัด, อำเภอ, ตำบล, หมู่บ้าน, เขตกึ่งเมืองกึ่งชนบท และหลายแห่ง มีบทบาทและศักยภาพในหลาย ๆ ด้านอยู่แล้ว สามารถเป็นแหล่งเรียนรู้ที่ดีให้กับพยาบาล, นักศึกษาพยาบาล และบุคลากรวิชาชีพอื่น ๆ ได้เป็นอย่างดี ขอเพียงมองเห็น เข้าใจ ทำงานเชิงเสริมพลังซึ่งกันและกัน และร่วมเรียนรู้จากชาวบ้าน/ชุมชน/ประชาชน/ผู้รับบริการประเภทต่าง ๆ ได้เสมอ ไม่ใช่มองว่า ตัวเราเหนือกว่าเขา หรือเขาต้องมาพึ่งเราทุกเรื่องเสมอไป และอย่ามองว่าเขามีแต่ปัญหา ไม่มี

ศักยภาพ และในความเป็นจริง **นี่คือ กระบวนทัศน์ทางสุขภาพที่จำเป็นต้องเปลี่ยน คือ ทำอย่างไรจึงจะมองเห็นศักยภาพของชุมชนและประชาชนพร้อม ๆ กับการเข้าใจข้อจำกัด และการทำงานเชิงเสริมพลังซึ่งกันและกัน ให้มากกว่าการไปสอนเขาด้วยวิธีการแบบเดิม ๆ ที่ใช้ไม่ได้ผลอีกต่อไป** และควรให้พยาบาลและนักศึกษาเรียนรู้จากของจริง ในชีวิตและความเป็นจริงที่สลับซับซ้อนของประชาชนและชุมชนให้มากที่สุด แล้วค่อยเสริมด้วยทฤษฎี คือ ใช้การปฏิบัติจริง/การเรียนรู้จากของจริงในชุมชนเป็นตัวนำ ตามด้วยทฤษฎีน่าจะเป็นช่องทางในการสร้างการเรียนรู้ที่ได้ผลมากกว่า ดังนั้น การทำงานในระยะต่อไป จึงควรให้น้ำหนักกับบทบาทและการมีส่วนร่วมของชุมชน/ประชาชนในการเป็นแหล่งเรียนรู้ให้กับพยาบาล/นักศึกษาพยาบาลมากกว่าการใช้ช่องทางอื่น ๆ

3.1.5 การเปลี่ยนแปลงด้านกระบวน- ทัศน์ ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ สมรรถนะ การปฏิบัติของพยาบาล และ ปัจจัย - องค์ประกอบที่ เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลง

สำหรับการนำเสนอในส่วนนี้ ต้องการสะท้อนให้เห็นกระบวนกรในการเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์/โลกทัศน์/ทัศนคติ/วิธีคิด/วิธีมอง ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ การปฏิบัติ หรือการแสดงบทบาท/สมรรถนะเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ รวมถึงผลที่เกิดขึ้นจากการปรับกระบวนทัศน์/โลกทัศน์/ทัศนคติ/วิธีคิด/วิธีมอง/วิธีทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เกี่ยวกับการใช้กฎบัตรออกติดตาม เพื่อประเมินว่าพยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพทั้ง 3 ระดับ คือ ปฐมภูมิ, ทติยภูมิ และตติยภูมิ

สามารถปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์หรือวิธีคิด/วิธีมอง/วิธีการทำงานเกี่ยวกับ “การขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพ” ได้หรือไม่ อย่างไร เพราะอะไร ซึ่งจะเป็นการนำเสนอโดยการเลือกหรือยกตัวอย่างกรณีต่าง ๆ ที่มีความเชื่อมโยงกับบริบท (ทั้งบริบทชีวิตของพยาบาล บริบทชีวิตของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ บริบทการทำงานในฐานะพยาบาล บริบทองค์กร/หน่วยงานที่สังกัด บริบทพื้นที่/ชุมชนในเขตบริการที่รับผิดชอบ เช่น ปัญหาสุขภาพ นโยบายของจังหวัด/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ชุมชนท้องถิ่น และบริบทของโครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลฯ) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กรณีที่มีความโดดเด่น หรือสามารถปรับเปลี่ยนหรือเปลี่ยนแปลงได้มากนั้นเกี่ยวข้องกับปัจจัย-องค์ประกอบอะไร อย่างไรบ้าง

ซึ่งจากการเยี่ยมพื้นที่ การสัมภาษณ์และการสนทนาพูดคุยกับพยาบาลในพื้นที่การทำงานของโครงการฯ ทั่วประเทศ พบการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในกรณีของ รพ.ตติยภูมิ และทุติยภูมิหลายแห่งในทุกภาค โดยเฉพาะอย่างยิ่ง รพ.ตติยภูมิในภาคอีสาน (3 แห่ง) ภาคเหนือ (1 แห่ง) ภาคตะวันออก (2 แห่ง) ภาคใต้ (1 แห่ง) และภาคกลาง (2 แห่ง) จะมีการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างมากเนื่องจากแต่เดิมจำนวนมากมองว่า ตนเอง/ทีมงานซึ่งเป็นพยาบาล ไม่น่าจะต้องแสดงบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ เพราะอยู่ใน รพ.ระดับตติยภูมิ ซึ่งเน้นการรักษา แต่เนื่องจากมีปัจจัย-องค์ประกอบต่าง ๆ โดยเฉพาะบริบทชีวิตผู้ป่วย และปัญหา/ความต้องการ/พยาธิสภาพของผู้ป่วย จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นได้ และเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นแล้ว ก็ถือว่า เป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญ และนำไปสู่การแสดงบทบาทใหม่ ๆ/สมรรถนะใหม่ ๆ ไม่ได้เน้นแต่การดูแลรักษาโดยมีตนเองหรือทีมสุขภาพเป็นแกนกลาง หรือการมองแบบมิติเดียวอีกต่อไป แต่มองเห็น “ความเป็นองค์รวม” และ “องค์ภาพอื่น ๆ” ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย/การ

เจ็บป่วย/การฟื้นฟูสภาพ/การป้องกันการเจ็บป่วย/การกระทำกับปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดความเจ็บป่วยได้มากขึ้น และ เน้นบทบาทของผู้ป่วย/ญาติ/ครอบครัว/กลุ่มต่าง ๆ/ชุมชนมากขึ้น



สำหรับ **ภาคอีสาน** ที่เกิดการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างมาก ได้แก่ ทีมพยาบาล รพ.มหาสารคาม, รพ.ศูนย์ขอนแก่น, และทีมงานพยาบาล รพ.สรรพสิทธิประสงค์ ที่ จ.อุบลราชธานี ซึ่งทั้ง 3 กรณีนี้ จะได้อธิบายให้เห็นกระบวนการและปัจจัย-องค์ประกอบเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างค่อนข้างละเอียดต่อไป

ภาคเหนือ ได้แก่ รพ.มหาราช เชียงใหม่ ที่พบว่า บุคลากรของโครงการขับเคลื่อนฯ มีบทบาทในการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ/วิถีคิด/วิสัยมอง/วิธีการทำงาน และการแสดงบทบาทใหม่ ๆ ซึ่งจะอธิบายปัจจัย-องค์ประกอบของการเปลี่ยนแปลงอย่างค่อนข้างละเอียดในลำดับต่อไปเช่นกัน

สำหรับ **ภาคตะวันออก** ได้แก่ รพ.ชลบุรี (ผู้ป่วยโรคไต) และ รพ.สมเด็จพระญาณสังวร (การป้องกันมะเร็งในสตรี) ซึ่งพบว่า กรณีของ รพ.ชลบุรี อ.เมือง ชลบุรีนั้น ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง คือ บริบทชีวิตของผู้ป่วยโรคไต ที่มีความยากลำบากในการดำเนินชีวิต ทำให้พยาบาล

ตามไปด้วย หรือบางส่วนแสดงบทบาทด้านการสร้างเสริมสุขภาพอยู่แล้ว แต่ไม่ทราบว่า มันคือ การสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบออตตาวา เป็นต้น

คัดค้านวัฒนธรรมต่าง ๆ เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรคไตมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อาทิเช่น การแต่งเพลง ที่มีเนื้อหาสาระเชิงสร้างสรรค์ พร้อมทำต้นในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ รู้สึกว่าพยาบาลมีความเป็นมิตร ทำให้เกิดการผ่อนคลายทางด้านจิตใจ เป็นต้น และมีการดำเนินการทั้งด้านการบริหารจัดการต่าง ๆ, การปรับระบบบริการ และการส่งเสริมความเข้มแข็งของกลุ่มผู้ป่วย ด้วยการสนับสนุนให้มีการจัดตั้งชมรมเพื่อนโรคไต เพื่อเสริมศักยภาพทั้งตัวผู้ป่วย/ครอบครัว-ญาติ ซึ่งสะท้อนว่าพยาบาลมีความพยายามในการทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย โดยเฉพาะด้านการพัฒนาทักษะผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง

สำหรับ กรณี รพ.สมเด็จพระญาณสังวร อ.ศรีราชา ชลบุรี พยาบาลทำงานด้วยความทุ่มเท มีความตั้งใจจริง มีความมุ่งมั่น มีความปรารถนาอันแรงกล้าที่อยากเห็นประชาชนมีสุขภาพดี มีการทำงานอย่างใกล้ชิดกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการใช้ทรัพยากรของท้องถิ่น มีการปรับกระบวนการทำงานให้เชื่อมประสานกับภาคีต่าง ๆ

ทำให้เกิดการขับเคลื่อนหลายด้าน ไม่ใช่เฉพาะการป้องกันปัญหามะเร็งในสตรีเท่านั้น แต่ครอบคลุมไปถึงประเด็นคุณภาพชีวิตของแรงงานในโรงงาน และการริเริ่มป้องกันปัญหาในกลุ่มความดันโลหิตสูง ที่อาจนำไปสู่โรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจด้วย จึงมีการปรับระบบการให้บริการเป็นเชิงรุก มีการเคลื่อนที่เข้าไปในแหล่งทำงาน/แหล่งที่พักอาศัย ทำให้กลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ เข้าถึงบริการต่าง ๆ มากขึ้น สะดวก รวดเร็วขึ้น สามารถตรวจคัดกรอง และให้คำปรึกษา การกระตุ้น การส่งเสริมเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชน

ภาคใต้ ได้แก่ **รพ.สงขลา** – พบว่า พยาบาล/ทีมพยาบาลทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) มีจิตใจที่ดีมาก มีความรู้ ความสามารถอย่างรอบด้าน ได้รับการยอมรับจากทีมแพทย์ มีการแสวงหาความรู้และนวัตกรรมใหม่ ๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บริการ หรือเสริมศักยภาพของผู้ป่วยให้รับมือกับความเจ็บป่วยด้วยสติ สมาธิ และจิตใจที่เข้มแข็ง และเตรียมการตายอย่างมีคุณภาพ ที่เรียกว่า “มรณานุสติ”, มีการทำงานเป็นทีม หรือมีการสอนงานให้กับทีมงานรุ่นน้อง เพื่อให้สามารถดำรงรักษางานดี ๆ ไว้อย่างต่อเนื่อง ด้วยเหตุนี้ จึงอาจกล่าวได้ว่า การแสวงหา สมรรถนะใหม่ ๆ และ/หรือการแสดงบทบาทใหม่ ๆ ของทีมพยาบาลที่นี่ ก็เพื่อตอบสนองต่อปัญหาและ พยาธิสภาพของผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ดีที่สุด สมบูรณ์ ที่สุดในฐานะมนุษย์ที่อยู่ในวัฏสงสาร “เกิด แก่ เจ็บ ตาย” นั่นเอง เช่นเดียวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นที่สถานบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิที่ **รพ.บางกล่ำ อ.บางกล่ำ สงขลา และ รพ.งขลา อ.งขลา พัทลุง** ซึ่งพบว่า ทีมพยาบาลมีความมุ่งมั่น มีความตั้งใจจริงในการทำงาน และมีความปรารถนาที่จะเห็นคุณภาพชีวิตของประชาชน/ผู้ป่วย/ผู้สูงอายุ/ผู้รับบริการดีขึ้น มีความสุขขึ้น สามารถควบคุมดูแลตนเองได้ และได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว

และชุมชนด้วย จึงได้ดำเนินงานต่าง ๆ ที่จะทำให้กลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ในความรับผิดชอบของตน ได้รับบริการที่ดีขึ้น มีความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักในปัญหาสุขภาพของตนเองมากขึ้น และเข้ามาร่วมขับเคลื่อนในการป้องกันปัญหา (กรณี รพ.งขลา) และเข้าร่วมดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยเรื้อรัง (กรณีของ รพ.บางกล่ำ)

ภาคกลางและกรุงเทพมหานคร ได้แก่ **รพ.ศิริราช และ รพ.รามาธิบดี** สำหรับ **รพ.ศิริราช** พบว่า เป็นหน่วยงาน/คลินิกที่มีพัฒนาการความเป็นมาที่สะท้อนให้เห็นความพยายามในการปรับระบบบริการให้ดีขึ้นอยู่เสมอ, ทีมงาน/พยาบาล มีความรู้-ความสามารถรอบด้าน, มีการแสวงหาความรู้และคิดค้นเทคนิควิธีใหม่ ๆ อยู่เสมอ มีความปรารถนาอยากให้อะไรที่ดีที่สุดกับผู้ป่วย, มีการพัฒนาทักษะผู้ป่วยและญาติ, มีการปรับสิ่งแวดล้อมในหน่วยงาน/คลินิกให้เอื้อต่อการรักษาที่เรียกว่า “humanized health care”, มีการถ่ายทอดงาน/สอนงานระหว่างรุ่นพี่และรุ่นน้องเป็นอย่างดี, มีการสร้างการมีส่วนร่วม หรือให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมในทุกด้านของทีมงาน

สำหรับ **รพ.รามาธิบดี** ก็เช่นกัน ที่พบว่า แผนกการดูแลต่อเนื่อง (Continuing Care) ของ รพ.นี้มีประวัติและพัฒนาการ หรือความเป็นมาอันยาวนาน, พยาบาลและอาจารย์พยาบาลมีการสร้างทีมงานที่เข้มแข็งและถ่ายทอดงานต่อ ๆ กันมา ไม่ขาดช่วง, มีความเชี่ยวชาญด้านการให้คำปรึกษา, มีการจัดอบรมด้านการดูแลต่อเนื่องให้กับนักศึกษาพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของ กทม.อยู่แล้ว และมีการใช้เครื่องมือต่าง ๆ ที่พัฒนาขึ้นอย่างต่อเนื่อง อาทิเช่น แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน (Home Visit Record) ซึ่ง ต่อมา ได้รับการยอมรับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และมีการนำไปขยายผลในพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศ

จึงอาจกล่าวได้ว่า พยาบาลที่นี้มีความตั้งใจดีต่อผู้ป่วย ต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีอย่างครบวงจร ประกอบกับองค์กรมีประเพณีการทำงานเป็นทีม และมีฐานทางวิชาการรองรับ ทำให้สามารถแสดงบทบาทเชิงรุกต่าง ๆ ได้ดี

สำหรับ **สถานบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ ในภาคเหนือ** พบการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญมากที่ **รพ.แม่ลาว อ.แม่ลาว เชียงราย** ซึ่งจะได้สะท้อนกระบวนการเปลี่ยนแปลงและปัจจัย-องค์ประกอบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรณีนี้อย่างค่อนข้างละเอียดในลำดับต่อไปด้วย นอกจากนี้ ก็พบการเปลี่ยนแปลงที่น่าสนใจมากที่ **รพ.สันป่าตอง อ.สันป่าตอง เชียงใหม่** ซึ่งจากการประเมิน พบว่า พยาบาล/ทีมงานมีความมุ่งมั่นในการแสวงหา หรือการคิดค้นสิ่งดี ๆ ให้กับผู้ป่วยที่มีแผลทุกประเภท จนเกิดความเชี่ยวชาญ บางท่านทำงานด้วยใจ ไม่ได้คำนึงถึงผลตอบแทน หรือค่าตอบแทนล่วงเวลาแต่อย่างใด ทั้ง ๆ ที่ต้องทำงานช่วงวันหยุดเสาร์-อาทิตย์และวันหยุดนักขัตฤกษ์ แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยความมุ่งมั่นและความตั้งใจดีนี้เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการทำให้เกิดการคิดค้นและแสวงหาทุกหนทางในการทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และยังให้ความสำคัญกับบทบาทของผู้ป่วย/ญาติ/ครอบครัว/กลุ่ม-องค์กรต่าง ๆ ในชุมชน

นอกจากนี้ ในภาคเหนือ ยังพบกรณีการเปลี่ยนแปลงในระดับปฐมภูมิ ที่มีนัยสำคัญยิ่งต่อการสร้างสุขภาพและสุขภาพะโดยชุมชน ของชุมชนเพื่อชุมชนอย่างแท้จริง ที่ **รพ.สต. บ้านห้วยทราย ต.แม่ทา อ.แม่ออน เชียงใหม่** ที่ทีมงานโครงการขับเคลื่อนฯ บางท่านอาจจะยังไม่ค่อยให้น้ำหนักในการเป็นศูนย์เรียนรู้มากนัก แต่โครงการประเมินผลพบว่า กรณีนี้มีนัยสำคัญมากต่อการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์/วิธิตัด/วิธิมอง/วิธีการทำงานในการ

สร้างสุขภาพ หรือการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรสุขภาพทุกสาขาวิชาชีพ จึงจะนำเสนอให้เห็นกระบวนการทำงาน/กระบวนการเรียนรู้ และกระบวนการเปลี่ยนแปลงของที่นี่ด้วย

ภาคตะวันออก พบการเปลี่ยนแปลงสำคัญในระดับทุติยภูมิที่ **รพ.บ้านบึง อ.บ้านบึง ชลบุรี** ซึ่งพยาบาล ทำงานกับภาคประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสร้างสุขภาพให้กับประชาชนอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะคนพิการ ได้ดำเนินการร่วมกันมาเป็นเวลานานพอสมควรแล้ว จึงอาจกล่าวได้ว่า ในกรณีนี้ นอกจากมีความประสงค์หรือความปรารถนาอันแรงกล้า ที่จะทำให้คนพิการและประชาชน/ผู้รับบริการมีสุขภาพดี หรือมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นแล้ว ยังได้รับการสนับสนุนอย่างเต็มที่จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคี/องค์กรภาคส่วนต่าง ๆ รวมทั้งภาคเอกชน ทำให้การทำงานได้ผลเร็ว ทำให้ทีมงานยิ่งมีกำลังใจในการขับเคลื่อนการทำงานในเรื่องอื่น ๆ ต่อไปด้วย

สำหรับ**ภาคใต้** สถานบริการระดับทุติยภูมิที่มีความน่าสนใจที่กล่าวไปบ้างแล้วข้างต้น คือที่ **รพ.กงหรา อ.กงหรา พัทลุง และ รพ.บางกล่ำ อ.บางกล่ำ สงขลา** สำหรับที่ **รพ.กงหรา พัทลุง** ก็เช่นกันที่พบว่า พยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกรอบออดตาวาอยู่มากพอสมควร ประกอบกับมีศักยภาพและความสามารถมากในการทำงาน มีการขับเคลื่อนภาคี/ชุมชน หรือการสร้างเสริมพลังและศักยภาพของชุมชนในการทำงานแบบเกาะติด มีฐานข้อมูลที่ดีเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และผู้ที่มีแนวโน้มว่าจะป่วย ทำให้เป็นการขับเคลื่อนบนฐานข้อมูล และได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นอย่างดี ทำงานเคียงบ่าเคียงไหล่ร่วมกัน จึงทำให้สามารถสร้างสุขภาพได้ในระดับที่มีนัยสำคัญ มีตัวเลขหรือข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อยืนยันการเปลี่ยนแปลงด้วย เช่นเดียวกับที่ **รพ.บางกล่ำ อ.บางกล่ำ สงขลา** ซึ่งมีความคล้ายคลึง

กันมากกับ รพ.งหวรา ที่พยาบาลมีความมุ่งมั่นมาก และมีการทำงานร่วมกับชุมชนอย่างใกล้ชิด ทำให้สามารถขับเคลื่อนเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพได้มาก และมีบริบทขององค์กรที่สำคัญ คือ รพ. มีหนี้สินในระดับรุนแรง จึงทำให้ต้องมีการปรับตัวสูงมาก ทำให้ทีมงานเกิดการเรียนรู้ และการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็ว โดยเน้นบทบาทและศักยภาพของชุมชน

นอกจากนี้ในภาคใต้ ก็ยังมีกรณีของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ คือ รพ.สต. เขาไม้แก้ว ต.เขาไม้แก้ว อ.สิเกา จ.ตรัง ที่พบว่าทีมงานบุคลากรสุขภาพในระดับปฐมภูมิที่นี้ นำโดยผอ.รพ.สต. ซึ่งเป็นนักวิชาการสาธารณสุข ที่มีความสำนึกในความเป็นคนในท้องถิ่นสูง และต้องการร่วมสร้างสิ่งดี ๆ ให้กับชุมชน โดยมีการเรียนรู้ร่วมกับชุมชนสูงมาก มีการทำงานเคียงบ่าเคียงไหล่กัน จับมือกันขับเคลื่อนชุมชนอย่างเป็นองค์รวม ทำให้เกิด “พลังทวีคูณ” ในการขับเคลื่อนทุกด้าน โดยเฉพาะการร่วมกันกระทำการกับปัจจัยทางเศรษฐกิจ/สังคม/วัฒนธรรม/การเมือง/สิ่งแวดล้อมที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ/ภาวะสุขภาพของประชาชน ทำให้ชุมชนมีฐานะเศรษฐกิจที่ดี มีความพอเพียง มีปัจจัยการดำรงชีวิตที่ครบถ้วน มีแหล่งสร้างรายได้ในครัวเรือนและในชุมชน (การทำเศรษฐกิจพอเพียงและการพัฒนาเป็นแหล่งท่องเที่ยวชุมชน) มีการดูแลตนเอง มีความตระหนักต่อการบริโภคอาหารและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ต่อสุขภาพ และการส่งเสริมการอยู่ร่วมกันอย่างสมานฉันท์ทั้งพุทธและมุสลิม ที่สามารถอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขมาเป็นเวลานาน

สรุป การเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์ฯ เกิดขึ้นในทีมงานพยาบาลที่ทำงานอยู่ในสถานบริการสุขภาพประเภทต่าง ๆ ทุกระดับ ทั้งระดับตติยภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับปฐมภูมิ แต่มีความเข้มข้นแตกต่างกันไป แต่ดูเหมือนว่าที่มี

นัยสำคัญมากที่สุด คือ กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระดับปฐมภูมิที่นำโดยนักวิชาการสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ที่ รพ.สต.เขาไม้แก้ว อ.สิเกา จ.ตรัง และที่ รพ.สต.บ้านห้วยทราย ต.แม่ทา อ.แม่ออน จ.เชียงใหม่ ซึ่งพบว่ากระบวนการมองเรื่องสุขภาพ และการขับเคลื่อนเรื่องสุขภาพของทั้งสองแห่ง มีลักษณะที่คล้ายคลึงกันมาก ในแง่ที่มองว่า สุขภาพคือทุกสิ่ง หรือไม่มีอะไรที่ไม่เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ ทั้งสองแห่งจึงมองทุกอย่างอย่างมีความเชื่อมโยง และทราบเกี่ยวกับกรอบอุตสาหกรรมเป็นอย่างดี หรืออยู่ในระดับดี นอกจากนี้ทั้งที่ ต.แม่ทา และ ต.เขาไม้แก้ว เจ้าหน้าที่ รพ.สต. มีการเรียนรู้ร่วมกับชุมชนสูง เนื่องจากทางชุมชน มีการขับเคลื่อนทุกด้าน หรือมีศักยภาพ-ความสามารถในการกระทำการกับปัจจัยเชิงระบบและโครงสร้างของชุมชนที่เป็นตัวกำหนดภาวะสุขภาพ ดังนั้นโครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาล จึงควรให้ความสำคัญกับการเรียนรู้ร่วมกับชุมชน และร่วมกับวิชาชีพอื่น ๆ โดยเฉพาะวิชาชีพสาธารณสุข จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญขึ้นได้อย่างรวดเร็ว

ในลำดับต่อไปนี่ จะเป็นการนำเสนอผลการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระดับต่าง ๆ ทั้ง 3 ระดับอย่างค่อนข้างละเอียด หรือสะท้อนให้เห็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์/วิสัยทัศน์/วิธิต่างๆ หรือสมรรถนะในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ และปัจจัย-องค์ประกอบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวที่มีความแตกต่างหลากหลายในเชิงบริบท/ปัจจัยหลาย ๆ ระดับที่เกี่ยวข้อง ทั้งปัจจัยบุคคล ปัจจัยองค์กร/หน่วยงาน ปัจจัยบริบทชีวิตของผู้ป่วย/ปัญหาสุขภาพในพื้นที่-ชุมชน และปัจจัยเกี่ยวกับบุคลากรของโครงการขับเคลื่อนฯ ซึ่งเป็น “องค์ความรู้” ที่สำคัญยิ่ง

โดยเป็นการนำเสนอกรณีที่เลือกไว้จำนวน 7 กรณี ครอบคลุมสถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ จำนวน 3 แห่งในภาคอีสาน ได้แก่ 1) รพ.มหาสารคาม 2) รพ.ศูนย์ขอนแก่น และ 3) รพ.สรรพสิทธิ์ประสงค์ อุบลราชธานี ตามด้วยกรณีการเปลี่ยนแปลงในสถานบริการสุขภาพทั้ง 3 ระดับที่ภาคเหนือ คือที่ 4) รพ.มหาสารคาม อ.เมือง จ.เชียงใหม่ (ระดับตติยภูมิ) 5) รพ.แม่ลาว อ.แม่ลาว จ.เชียงราย (ระดับตติยภูมิ) และ 6) รพ.สต.บ้านห้วยทราย ต.แม่ทา อ.แม่ฮอน จ.เชียงใหม่ (ระดับปฐมภูมิ) และสุดท้ายกรณีของภาคใต้ คือ 7) รพ.สต. เขาไม้แก้ว อ.สิเกา จ.ตรัง (ระดับปฐมภูมิ)

อย่างไรก็ตาม พบว่า การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมีระดับหรือความเข้มข้นที่ต่างกัน มีทั้งที่เกี่ยวข้องกับการทำงานหรือการขับเคลื่อนของโครงการขับเคลื่อนฯ โดยตรง หรือบางกรณี พบว่าโครงการขับเคลื่อนฯ มีส่วนในการทำให้เกิดการปรับกระบวนการทัศน์ตามกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ ออตตาวามากยิ่งขึ้น แต่ส่วนใหญ่ พบว่า เป็นการทำงานตามบริบทที่ต้องปรับเปลี่ยนเพื่อให้สามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของคนไข้/ผู้ป่วย/ผู้รับบริการได้มากขึ้น ประกอบกับพยาบาลมีความมุ่งมั่น ความตั้งใจคืออยากเห็นผู้รับบริการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และต่อมาก็พบว่า สิ่งที่ทำอยู่ นั้น เข้าข่ายกรอบแนวคิดหรือยุทธศาสตร์ของออตตาวา หรือเมื่อทางโครงการฯ นำสิ่งที่ทำ หรือประสบการณ์การทำงานของตน/ทีมงานไปวิเคราะห์ ด้วยการใช้อกรอบออตตาวา ก็ยิ่งทำให้มองเห็นหรือเข้าใจปัจจัย-องค์ประกอบต่าง ๆ ของการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเป็นการนำเสนอข้อมูล/ข้อเท็จจริง ด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงสะท้อน (Reflexive Analysis) และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ดังนี้คือ

กรณีของพยาบาลในสถานบริการตติยภูมิในภาคอีสานเหนือและใต้ ได้แก่ รพ.มหาสารคาม, รพ.ศูนย์ขอนแก่น และ รพ.สรรพ

สิทธิ์ประสงค์ พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงในเชิงกระบวนการทัศน์ หรือวิธีคิด/วิธีมองในการทำงานหรือการขับเคลื่อนเรื่อง “สุขภาพและสุขภาวะ” (health and well-being) อย่างค่อนข้างมาก และบางส่วนหรือบางท่านสามารถอธิบายกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ของออตตาวาได้อย่างค่อนข้างชัดเจน โดยเฉพาะที่มีสถานภาพเป็นหัวหน้าทีมพยาบาลและ/หรือมีบทบาทหลักในการขับเคลื่อนหรือปรับเปลี่ยนระบบบริการ และมีการทำงานเสริมสร้างความเข้มแข็งร่วมกับชุมชน/ประชาชน/ผู้ป่วย-ผู้รับบริการอยู่แล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีของพยาบาลของ รพ.มหาสารคาม 2 ท่าน (พว.วัฒนา สว่างศรี และ พว.ฉวีวรรณ เผ่าพันธุ์) ที่มีบทบาทการขับเคลื่อนการทำงานร่วมกับภาคประชาชน/ชุมชนอยู่แล้ว เมื่อได้มีโอกาสไปศึกษาดูงานในพื้นที่การทำงานของ รพ.ศูนย์ขอนแก่น และ รพ.สต. บ้านหนองหิน ในประเด็นต่าง ๆ ทั้งเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care), ผู้สูงอายุ และบทบาทของพยาบาลที่ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพใน รพ.ตติยภูมิ ที่มีความเชื่อมโยงลงไปถึงยังระดับปฐมภูมิ ก็ทำให้เกิดความประทับใจในสิ่งที่มองเห็นเป็นอย่างมาก และพอได้มาทราบเกี่ยวกับกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ ออตตาวาจากโครงการขับเคลื่อนฯ ก็ยิ่งพบว่า มีประโยชน์มาก และทำให้สามารถทำงานในทุกมิติได้อย่างมีความเชื่อมโยง ทั้งด้านการขับเคลื่อนนโยบายร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ในจังหวัด โดยเฉพาะหน่วยงานด้านการปกครอง ทั้งอำเภอ เทศบาลต่าง ๆ, หน่วยงานด้านการศึกษา, หน่วยงานด้านการพัฒนาสังคม/นักสังคมสงเคราะห์ พร้อมทั้งนักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด สามารถทำงานประสานเชื่อมโยกันได้หมด รวมถึงการสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการส่งเสริมการสร้างสิ่งแวดล้อมใหม่และการพัฒนาทีมงานที่เอื้อต่อการทำงานร่วมกัน ที่ประกอบไปด้วยคนจากหลายฝ่าย หลายภาคส่วน

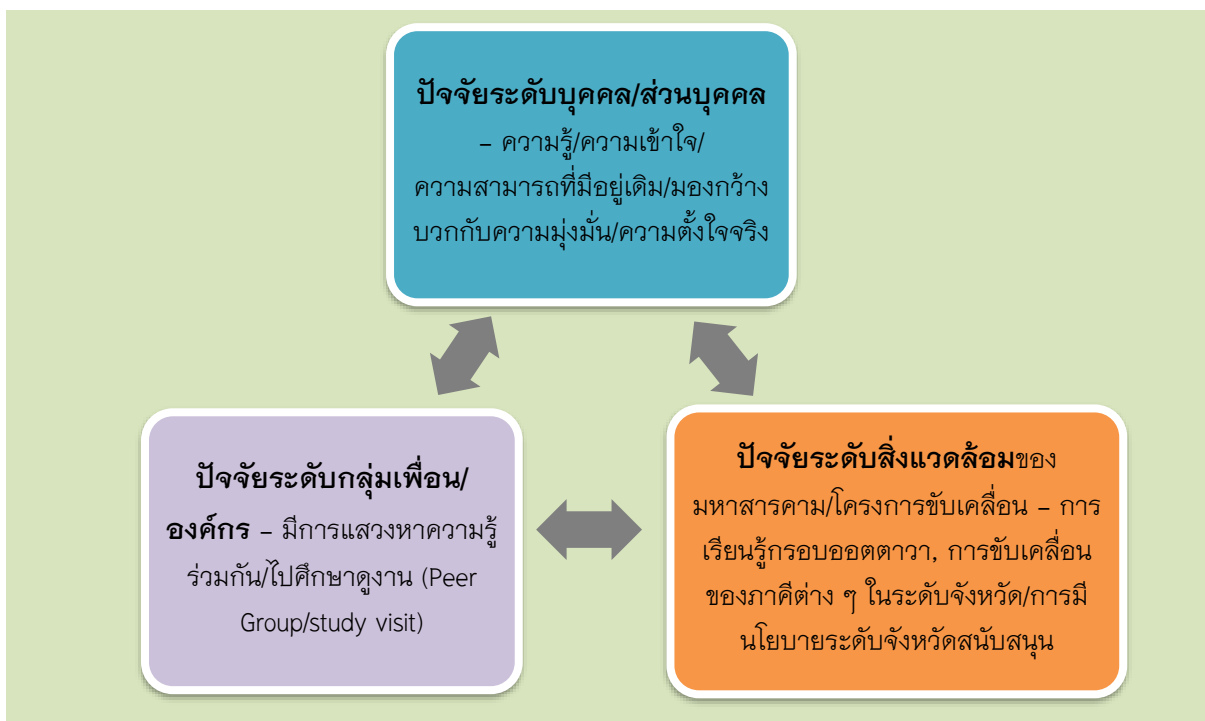
ปัจจุบันมีทีมที่เป็นแกนระดับจังหวัดที่สามารถทำงานเชื่อมโยงกันได้ ที่มาจากภาคส่วนต่าง ๆ ประมาณ 90 คน ทำให้สามารถทำงานได้ทั้งกับกลุ่มเสี่ยง กลุ่มประชาชนทั่วไป, กลุ่มแม่และเด็ก, หญิงตั้งครรภ์, วัยรุ่น, นักเรียน, ผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ป่วย ทั้งด้านเบาหวาน ความดันโลหิตสูง, พิการ, ผู้สูงอายุ/พิการติดบ้านติดเตียง หรือการดูแลระยะยาว ฯลฯ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง **การเรียนรู้และการขยายผลต่อยอดจากตัวแบบที่ดีจาก รพ.สต.เขวาสาน อ.เมือง มหาสารคาม ซึ่งมี รพ.สต. ที่อยู่**
ในเครือข่ายมากถึง 21 แห่ง พร้อมทั้งการทำวิจัยควบคู่กันไปด้วย ทำให้เกิดการปรับระบบบริการอย่างมหาศาล สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ได้อย่างครอบคลุม พร้อมทั้งเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System – DHS) ประกอบกับในปัจจุบัน จ.มหาสารคาม มีข้อตกลงร่วมกันระหว่างกระทรวงมหาดไทย, กระทรวงสาธารณสุข และ สสส. ทำให้มีคณะกรรมการระดับบนเข้ามาหนุนเสริมหรือผลักดันการทำงานอีกระดับหนึ่งด้วย (District Health Board – DHB) ทำให้การขับเคลื่อนสุขภาพของ จ.มหาสารคาม โดยเฉพาะเรื่อง การดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการในระยะยาว (Long Term Care – LTC) และประเด็นอื่น ๆ ที่มีความเชื่อมโยงกันกำลังดำเนินไปด้วยดี องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่าง ๆ โดยเฉพาะเทศบาลเข้ามาเป็นเจ้าภาพในหลาย ๆ ด้าน และมีการจัดตั้งกองทุนกองทุนของเทศบาลเมืองมหาสารคามอีกด้วย (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์คุณวัฒนา สว่างศรี และคุณฉวีวรรณ เป้าพันธุ์ พยาบาลวิชาชีพ รพ.มหาสารคาม, 19 ตุลาคม 2559) จากกรณีนี้ จะเห็นได้ว่า การปรับเปลี่ยนกระบวนการในการทำงานสร้างสุขภาพของพยาบาลทั้งสองท่านและทีมงานอีกจำนวนหนึ่งในโรงพยาบาลมหาสารคาม เกิดขึ้นได้เพราะลักษณะสำคัญส่วนบุคคลของทั้งสองท่าน (personal characteristics) ที่มีความรู้-ความเข้าใจ-

ความสามารถในด้านต่าง ๆ อยู่แล้วในระดับสูง หรือเป็นสิ่งที่มียุติเดิมในตัวตนของแต่ละคนอยู่แล้ว และทั้งสองท่านยังมีความตั้งใจ ความมุ่งมั่น ความต้องการหรือความปรารถนาอันแรงกล้าที่อยากจะเห็นประชาชนมีสุขภาพดี ตรงนี้เป็นปัจจัยผลักดันที่สำคัญที่ทำให้ต้องการแสวงหาวิธีการใหม่ ๆ ในการทำงาน จนนำไปสู่การเดินทางไปศึกษาดูงานองค์กร/พื้นที่ตัวอย่างที่มีศักยภาพ เมื่อมองเห็นศักยภาพและผลงานต่าง ๆ ของกรณีตัวอย่างที่เป็นรูปธรรม ที่สามารถดำเนินการด้านต่าง ๆ อย่างได้ผล ก็ยิ่งทำให้เกิดแรงบันดาลใจและแรงจูงใจในการทำงานในพื้นที่ของตนให้ดียิ่งขึ้น และที่สำคัญคือ ไปศึกษาดูงานมาแล้ว ได้นำมาปรับใช้ในบริบทของตนอย่างได้ผล และเมื่อได้รับโอกาสในการเรียนรู้เรื่องกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ถอดตัวจากโครงการขับเคลื่อนฯ เพิ่มขึ้นไปอีก ก็ยิ่งทำให้มองเห็นช่องทางต่าง ๆ ในการทำงานมากยิ่งขึ้น และเมื่อได้ทำงานเชิงการประสานเชื่อมโยงกับองค์กรภาคส่วนต่าง ๆ ในจังหวัด ก็ยิ่งทำให้มองเห็นความเป็นไปได้ในการขับเคลื่อนสุขภาพด้วยความร่วมมือของทุกภาคส่วน ทั้งองค์กรภาครัฐ เอกชน ประชาสังคม และประชาชน/ชุมชน ดังนั้น จึงอาจกล่าวได้ว่า นี่คือ ปัจจัยองค์ประกอบของการปรับเปลี่ยนกระบวนการที่ ต้องใช้เวลา และ มีปัจจัยผลักดัน (push factors) ปัจจัยหนุนเสริมต่าง ๆ ในหลาย ๆ ระดับ (multi-level supporting factors) แต่ดูเหมือนว่า ปัจจัยระดับปัจเจก (individual-level factors) ซึ่งก็คือ ความรู้ความเข้าใจที่มีอยู่เดิม ความสามารถด้านต่าง ๆ ที่มีอยู่เดิม โดยเฉพาะความสามารถในทางวิชาการ และความต้องการเห็นภาวะสุขภาพที่ดีของประชาชน/ชุมชน (ปัจจัยภายในระดับบุคคล – intra individual level) จะเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในกรณีนี้ บวกกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมขององค์กรและจังหวัดมหาสารคาม (ปัจจัยภายนอกระดับองค์กรและพื้นที่ – external or environmental context in the organizational and area-based level

factors) ที่ช่วยหนุนเสริมให้เกิดการเรียนรู้ การขับเคลื่อน การเปลี่ยนแปลงในการสร้างสุขภาพ และปัจจัยการได้รับโอกาสในการเรียนรู้เรื่องกรอบออตตาวาร่วมกับโครงการขับเคลื่อน (ปัจจัยระดับโครงการ – project-level factors) ก็ยังทำให้มีความชัดเจน มองเห็นเส้นทางในการทำงานเชิงเสริมพลังซึ่งกันและกัน และสามารถคิดหรือมองหรือขับเคลื่อน

อย่างเป็นระบบมากขึ้น ซึ่งสามารถสรุปปัจจัยและองค์ประกอบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสมรรถนะ/การปฏิบัติ และกระบวนการทัศน์ในการมองเรื่องสุขภาพ การแสดงบทบาทเชิงรุก และผลที่เกิดขึ้น ในรูปของแผนภาพของการเปลี่ยนแปลงได้ดังนี้คือ

แผนภาพที่ 3 ปัจจัย-องค์ประกอบของการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์ สมรรถนะและการปฏิบัติ/การแสดงบทบาทของพยาบาล sw.มหาสารคาม



กรณีของพยาบาล รพ.ศูนย์ขอนแก่น
ได้กล่าวว่า อันที่จริง พยาบาลได้ดำเนินการต่าง ๆ ตามกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ออตตาวาอยู่แล้ว เพียงแต่ไม่รู้ว่าเป็นกรอบออตตาวา แต่พอรู้จักกรอบออตตาวา ก็ยิ่งทำให้มีความเข้าใจและมีความชัดเจนมากขึ้น หรือมองว่าแนวคิดและกรอบยุทธศาสตร์มีประโยชน์ ดังที่พยาบาลวิชาชีพชำนาญการท่านหนึ่ง (พว. เพชรารัตน์ ประสารณ์ พยาบาลในวอร์ด) ที่ทำงานในด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยมะเร็ง และที่ผ่านมาได้ให้ความสำคัญกับการสร้าง

เสริมสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งในหลาย ๆ ด้าน โดยเฉพาะการจัดกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายความเครียด การใช้กลุ่มบำบัด การปรับสิ่งแวดล้อมในวอร์ดให้เอื้อหรือเกื้อกูลต่อผู้ป่วย ได้สะท้อนให้ฟังว่า “คือเป็นอะไรที่เราทำอยู่แล้ว เพียงแต่เราไม่รู้ว่ามันคือ Ottawa พยาบาลทุกคนทำเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ แต่เราไม่รู้ว่าเป็นการสร้างนโยบาย นี่คือการสร้างสิ่งแวดล้อม” นอกจากนี้พยาบาลท่านนี้ยังกล่าวเสริมด้วยว่า.... “คือที่ผ่านมาพยาบาลส่วนใหญ่อาจจะไม่รู้ว่ามีสิ่งที่เราทำมา มันคืออะไร มีแนวคิด

อะไร ใช้หลักการอะไร ทำ ๆ ไปอาจจะ lost” ดังนั้น การรู้กรอบขอบตาวา จะช่วยทำให้ตนเองหรือ พยาบาลมีเหตุผลที่ชัดเจนว่าทำไมต้องทำ และทำให้ มีแนวคิดและหลักการที่ชัดเจน ดังเช่นคำพูดที่ว่า...

“ใช้ค่ะ จะได้เห็นหลักการ เห็นแนวคิดชัดเจน”

เนื่องจาก รพ.ศูนย์ขอนแก่น เป็นส่วนหนึ่งของเขตสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข จึงใช้ บริบทนี้ให้เป็นประโยชน์ในการทำงานแบบเชื่อมโยง กันกับหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและทุติย ภูมิอย่างเข้มข้น สำหรับในภาคอีสาน ได้มีการแบ่ง เขตย่อย และมีการกำหนดนโยบายที่สำคัญร่วมกัน ด้วย คือ นโยบายการพัฒนาระบบบริการโดยใช้ Service Plan ทำให้สามารถทำงานไปด้วยกัน พัฒนา ไปด้วยกัน ทำให้ลดภาระของ รพ.ตติยภูมิ หรือคนไม่ ไหลเข้ามาที่ รพ.ตติยภูมิมากจนเกินไป

นอกจากนี้ รพ.ศูนย์ขอนแก่น หรือผู้นำ ขององค์กร ยังเน้นการปรับกระบวนการ/โลกทัศน์ การทำงานแบบบูรณาการ และการทำงานเชิงป้องกัน (prevention) ที่ชัดเจน จึงทำให้พยาบาลเกิดการปรับ กระบวนทัศน์/โลกทัศน์/วิธีคิด/วิธีมองเรื่องสุขภาพ และการให้บริการเป็นอย่างมาก ทั้งนี้ จากการ สะท้อนของหัวหน้าการพยาบาล ดังนี้คือ... “ท่านที่ ปรึกษา คุณหมอวิรัตน์ ทำให้พวกเราเปิดโลกทัศน์ มาก หนึ่ง คือ เรื่องการมอง มองนอกเหนือจากงาน บริการ รพ.ตติยภูมิ มองไปให้ถึงระดับปฐมภูมิ คือ เชิงป้องกัน จะทำยังไงที่ประชาชน จะลดการเข้า มายัง รพ. นี่คือจุดเด่น อีกอันหนึ่ง คือ เรื่องการบูร ณาการ แทนที่ต่างคนต่างทำก็จะมาคุยกัน ใครเป็น เจ้าภาพหลัก ใครเป็นเจ้าภาพร่วม” นอกจากนี้ รพ. ศูนย์ขอนแก่น ยังมีการปรับโครงสร้างของ รพ.ที่ สำคัญ ที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานขับเคลื่อนเรื่องการ สร้างเสริมสุขภาพในระดับชุมชน โดยจัดให้มีรอง หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลชุมชนชั้นตติยภูมิ ซึ่งเป็น โครงสร้างที่แตกต่างจาก รพ.ในสังกัดกระทรวง สาธารณสุขทั่ว ๆ ไป ที่มีเพียงแค่รองหัวหน้ากลุ่ม

การพยาบาลด้านบริการ, ด้านบริหาร และด้านการ พัฒนาบุคลากรเท่านั้น แต่กรณีของ รพ.ศูนย์ ขอนแก่น เป็นกรณีพิเศษมาก ซึ่งเป็นโครงสร้างที่ เกิดขึ้นตั้งแต่สมัยผู้อำนวยการ รพ.คนก่อน (นพ.วิรัตน์ สุพรรณไชยมาตย์ เช่นกัน) ซึ่งทำให้ รพ.ศูนย์ขอนแก่น สามารถขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพอย่างมี ความเชื่อมโยงตั้งแต่ระดับตติยภูมิ ลงไปจนถึงระดับ ปฐมภูมิที่มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น เพราะมีผู้ดูแล รับผิดชอบที่ชัดเจน โดยเฉพาะในการเรื่องการดูแล ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง, การดูแลผู้ป่วยระยะยาว และ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมถึงการส่งเสริม สุขภาพของประชากรกลุ่มต่าง ๆ เช่น ผู้สูงอายุ, วัยรุ่น/เยาวชน ฯลฯ

อย่างไรก็ตาม จากการสัมภาษณ์รอง หน. กลุ่มการพยาบาลด้านนี้ พบว่า โครงสร้างนี้อาจจะ หายไปถ้าบุคลากรท่านดังกล่าวเกษียณไปแล้ว ก็ อาจเป็นไปได้ เพราะยังไม่ใช่โครงสร้างที่กระทรวง สาธารณสุขใช้อยู่ทั่วไป ดังนั้น ถึงแม้จะเป็นส่วนหนึ่ง ของโครงสร้างแล้ว ก็ไม่ได้หมายความว่า สิ่งนั้น จะต้องดำรงอยู่ตลอดไป หรือไม่ใช่ตัวชี้วัดของความ ยั่งยืนเสมอไป ประเด็นที่สำคัญอีกประการหนึ่งของ รพ.ศูนย์ขอนแก่น ก็คือ บุคลากรพยาบาลที่นี่ ที่มี ความรู้ ความเข้าใจ และมีอุดมการณ์ในด้านการ สร้างเสริมสุขภาพที่เข้มแข็งและมีความเข้าใจใน กรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ขอบตาวาจริง ๆ แล้ว นั้น มีประมาณ 15 คน จากจำนวนพยาบาลที่มีอยู่ ทั้งหมดจำนวนประมาณ 1,200 คน ดังนั้น จึงยังมี ภารกิจและประเด็นที่ต้องขับเคลื่อน หรือสร้างการ เรียนรู้ร่วมกันอีกมาก เพราะที่ผ่านมาถึงแม้ ผอ.รพ. จะสนับสนุนหรือมีนโยบายการทำงานด้านการสร้าง เสริมสุขภาพ แต่ก็ไม่ได้เป็นการบังคับ แต่เป็นเพียง การชักชวนเท่านั้น เพราะต้องการให้เกิดการเรียนรู้ และการเปลี่ยนแปลงจากตนเองอย่างมีความสุข

ดังนั้น จึงทำให้พยาบาลอีกจำนวนมากยัง ไม่ได้เข้าร่วม ประกอบกับพยาบาลเองก็มีการกิจ

มาก หรือหลายคนทำงานหนักมากอยู่แล้ว บางส่วนต้องดูแลคนไข้ พร้อม ๆ กับมีบทบาทเป็นอาจารย์พี่เลี้ยงให้กับนักศึกษาพยาบาล หรือเป็นที่เลี้ยงถ่ายทอดงานให้พยาบาลรุ่นน้องที่เข้ามาใหม่ ต้องขึ้นเวร ทำให้เหนื่อย ดังนั้น บริบทการทำงานที่เป็นอยู่จึงไม่ค่อยเอื้อให้มาเข้าร่วมการเรียนรู้ หรือการพัฒนาศักยภาพตัวเองของบุคลากรทำได้ยาก เพราะภารกิจมีมาก/ล้นมือ และจำนวนบุคลากรมีน้อย ทำให้ต้องหาเวลาในการพูดคุยกัน หลายครั้งต้องใช้ช่วงเวลาทานอาหารในการพูดคุยปรึกษากันเกี่ยวกับภารกิจหรือภาระงานต่าง ๆ ที่จำเป็นต้องทำ แต่ไม่ค่อยมีเวลา อาทิเช่น เรื่องการจัดการความรู้ (Knowledge Management) เป็นต้น แต่ทั้งนี้ ทางรองหัวหน้าการพยาบาลชุมชนชั้นตติยภูมิ ก็ได้อธิบายเพิ่มเติมว่า กำลังมีแผนการที่จะขยายแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ของอดีตตติยภูมิในบรรดาพยาบาลที่เหลืออยู่อีกจำนวนมากของโรงพยาบาล ซึ่งมีอยู่ทั้งหมด 14 กลุ่มงาน และจะใช้วิธีการเลือกตัวแทนจากทั้ง 14 กลุ่มงานมาทำงานร่วมกันในโครงการ เนื่องจากไม่สามารถทำทั้งหมดที่เดียวได้ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดศูนย์การเรียนรู้ทางการพยาบาลของแต่ละกลุ่มงาน ซึ่งถ้าสามารถทำได้จริง ก็จะเป็นการเพิ่มจำนวนพยาบาลที่มีศักยภาพในการทำงานตามกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ของอดีตตติยภูมิ หรือทำให้เกิดความทั่วถึงในการพัฒนาพยาบาลในระดับองค์กรอย่างเป็นระบบที่มีความน่าสนใจเป็นอย่างยิ่ง

นอกจากนี้ ยังพบด้วยว่า รพ.ศูนย์ขอนแก่นได้มีการประเมินหรือรับการประเมินการเป็น รพ.ส่งเสริมสุขภาพตามกรอบอดีตตติยภูมิ ที่รับผิดชอบหลักโดยศูนย์สร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลสำหรับหน่วยงานในส่วนกลางที่รับผิดชอบหลักในเรื่องนี้ คือ กรมอนามัย ทั้งนี้ รพ. ได้ดำเนินการในส่วนนี้มาได้ประมาณ 2 ปีแล้ว ซึ่งจากการ

พิจารณาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการประเมินตามกรอบอดีตตติยภูมิ พบว่าเป็นการประเมินทั้งหมด 7 องค์ประกอบ ดังนี้คือ 1) การนำองค์กรและการบริหาร, 2) การวางแผนกลยุทธ์และการบริหารทรัพยากร, 3) การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ, 4) การส่งเสริมสุขภาพบุคลากร และการปรับระบบบริการ 5) การส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้รับบริการ, ครอบครัวและญาติ 6) การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน และ 7) ผลลัพธ์การดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และจากการวิเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้อง (documentary analysis) เช่นกัน พบว่า องค์ประกอบที่ 1-6 เป็นการประเมินทั้งเชิงกระบวนการและวิธีการต่าง ๆ ที่ใช้ในการนำองค์กรและการบริหาร, การวางแผน, การจัดการสิ่งแวดล้อม, การส่งเสริมสุขภาพบุคลากรและการปรับระบบบริการ, การส่งเสริมสุขภาพผู้รับบริการ ครอบครัวและญาติ และกระบวนการ/วิธีการในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนผนวกเข้ากับการประเมินปัจจัยเชิงบริบทต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการ/วิธีการที่ใช้ในระดับหนึ่ง ในขณะที่องค์ประกอบที่ 7 เป็นการประเมินผลลัพธ์ของสิ่งที่เกิดขึ้นในองค์ประกอบต่าง ๆ ที่กล่าวมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์ประกอบที่ 3-6 ซึ่งเป็นการประเมินตามตัวชี้วัด หรือเป็นการประเมินเชิงปริมาณเป็นหลัก (ข้อมูลจากเอกสารแบบรายงานการประเมินตนเอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพฉบับประยุกต์เกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ โรงพยาบาลขอนแก่น ปี 2557) สำหรับด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของการเป็น รพ.ส่งเสริมสุขภาพตามกรอบการประเมินอดีตตติยภูมิของกรมอนามัยนี้ จากการสัมภาษณ์บุคลากรของ รพ. หรือพยาบาลบางท่าน พบว่า ทาง รพ. ค่อนข้างให้ความสำคัญกับการเป็นสถานที่ทำงานที่น่าอยู่หรือน่าทำงาน (Healthy Workplace) ซึ่งที่ผ่านมา ทาง รพ.ผ่าน

เกณฑ์การประเมินในระดับดีมาก ซึ่งจะต้องคงสภาพในระดับดีมากนี้ไว้เป็นระยะเวลา 5 ปี จึงจะได้รับโล่เกียรติยศ²³

อย่างไรก็ตาม พบว่า ในเรื่องกระบวนการประเมิน รพ.ส่งเสริมสุขภาพเองนั้น ก็ยังมีข้อจำกัดหรือปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ อยู่พอสมควร โดยเฉพาะด้านงบประมาณ เนื่องจากบางครั้งทางโรงพยาบาลมีความพร้อมในการขอรับการประเมิน แต่ทางกรมอนามัยหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านนี้โดยตรงไม่มีงบประมาณ หรือไม่สามารถหางบประมาณ ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายด้านต่าง ๆ มาสนับสนุนให้กับผู้ประเมินภายนอกได้ ก็ไม่สามารถทำการประเมินได้ ตามที่โรงพยาบาลท่านหนึ่งได้เล่าให้ฟังว่า “มีการประเมินที่บางครั้งผู้ประเมิน ไม่มีงบประมาณ ไม่มีงบที่ตั้งไว้ แต่เราต้องการประเมิน ก็ไม่สามารถที่จะไป join กันได้ อย่างน้อยก็ต้องมีค่าเครื่องบินที่จะให้เขามา” หรือบางครั้งหน่วยงานที่รับผิดชอบต้องมีการโยกงบประมาณเพื่อให้สามารถมาทำการประเมินได้ เนื่องจากไม่ได้ตั้งงบประมาณไว้ตั้งแต่แรก

ดังนั้น ณ จุดนี้ จะเห็นได้ว่า ยังมีปัจจัย-องค์ประกอบอื่น ๆ ในระดับระบบและโครงสร้างอีกหลายประการที่เกี่ยวข้องกับการเป็น “โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ” ภายใต้บริบทที่มีการทับซ้อน หรือเป็นโครงสร้างที่แบ่งเป็นชั้น ๆ ตั้งแต่ระดับบนลงมาระดับล่าง และพยาบาลเป็นเพียงบุคลากรส่วนหนึ่งของกลไกหรือระบบต่าง ๆ ทั้งหมดที่มีความเกี่ยวข้องกันด้วยเหตุนี้ ประเด็นนี้จึงมีความสำคัญมากที่จะต้องพิจารณาร่วมกันในเชิงวิพากษ์เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งระบบได้จริง ตามที่พยาบาลบางท่านได้

สะท้อนไว้ว่า... “ควรทำทั้งระบบ ไม่ใช่ทำแค่พยาบาล ถ้าคนอื่นหรือวิชาชีพอื่น เขาไม่เปลี่ยน ระบบไม่เปลี่ยน ก็เป็นไปได้ยาก ผู้นำองค์กรสำคัญมาก ถ้าเขาไม่เอาด้วย เราจะไปทำอะไรได้” (พยาบาลท่านหนึ่ง ที่มีบทบาทการทำงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับภาค)

ทั้งนี้ ยังมีข้อสังเกตเพิ่มเติมอีกด้วยว่า ถึงแม้จะมีการใช้กรอบออดิตาในการประเมินการเป็น รพ.ส่งเสริมสุขภาพในมิติต่าง ๆ และมีส่วนประกอบของการประเมินที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับพยาบาล ก็คือ องค์ประกอบที่ 3-6 แต่ทั้งนี้ ก็ไม่ได้หมายถึงว่า การประเมินตามองค์ประกอบนี้จะทำให้พยาบาล (รวมทั้งบุคลากรวิชาชีพอื่น ๆ ใน รพ.) เกิดการปรับกระบวนการ/มุมมอง/วิถีคิด/วิธีมอง/ทัศนคติ หรือเกิดการมองหรือเข้าใจการขับเคลื่อนเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบออดิตาได้โดยอัตโนมัติ ทั้งนี้ เนื่องจากการประเมินตามกรอบออดิตานี้เป็นเพียงภารกิจหนึ่งที่เพิ่มขึ้นมา หรือเป็นการดำเนินงานของศูนย์สร้างเสริมสุขภาพ ที่มีหน้าที่ในการเก็บข้อมูล สถิติ กิจกรรม/โครงการต่าง ๆ ที่แต่ละฝ่ายนำมาใส่ตามกล่องการประเมินของกรอบที่กำหนดไว้ โดยกรมอนามัย เท่านั้น และภายใต้กรอบนี้ พยาบาลก็มีหน้าที่เป็นเพียงแค่ผู้ส่งหรือป้อนข้อมูล-สถิติต่าง ๆ ให้กับฝ่ายที่รับผิดชอบหลักในการทำการประเมิน ซึ่งก็คือ ศูนย์สร้างเสริมสุขภาพ เท่านั้น ซึ่งตรงนี้สอดคล้องกับข้อสังเกตของพยาบาลที่ทำงานขับเคลื่อนเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพในระดับภาค ตามที่นำเสนอไว้ด้านบนอย่างชัดเจน

²³ มีข้อสังเกตว่า ยังเน้นการให้โล่ หรือ ให้รางวัล มากกว่าการตั้งคำถามในเชิงวิชาการอย่างต่อเนื่องว่า จริง ๆ แล้วมีปัจจัย-องค์ประกอบอะไรบ้าง ที่เกี่ยวข้องกับการเป็นสถานที่นำอยู่ทำงาน สิ่งที่เราประเมินได้จริงหรือไม่ และควรเพิ่มกระบวนการในเชิงการสร้างเสริมพลังอำนาจมากขึ้นหรือไม่อย่างไร หรือจะเกาะติดอยู่กับแค่ตัวเลขที่ได้มาเท่านั้น (ซึ่งกระบวนการได้มาซึ่งตัวเลขก็มีปัญหา/ข้อจำกัด ตามที่เราทราบกันคืออยู่ ซึ่งอาจเป็นตัวเลขลง ที่ไม่ได้สะท้อนสภาพความเป็นจริงแต่อย่างใด) รวมถึงประเด็นการสร้างความรู้จากการทำงานในเรื่องนี้อย่างต่อเนื่อง ควรทำอย่างไร เพราะถ้าเป็นการทำตามตัวชี้วัดเป็นเรื่อง ๆ เพียงอย่างเดียว ไปนาน ๆ จะทำให้เกิดความเคยชิน และช่องว่างนี้ ไม่น่าช่วยให้องค์กรกลายเป็น รพ.ส่งเสริมสุขภาพตามกรอบออดิตาได้จริง ดังนั้น กรมอนามัย ในฐานะเป็นเจ้าของเรื่อง ควรมีการลู่คิด และหาวิธีการ/กลยุทธ์ใหม่ ๆ ในการส่งเสริมการเป็น รพ.ส่งเสริมสุขภาพ

นอกจากนี้ การประเมินตามกรอบออตตาวา ที่ดำเนินการอยู่ ยังเป็นการประเมินเป็นด้าน ๆ ที่ไม่มีความเชื่อมโยงกัน หรือยังไม่มี การวิเคราะห์ให้สามารถมองเห็นความเชื่อมโยงระหว่างตัวคน/ปัจเจกบุคคล ว่าเป็นความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม (ทั้งสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และสิ่งแวดล้อมทางสังคมวัฒนธรรมที่แวดล้อมพวกเขาอยู่) ที่มีความเชื่อมโยงไปยังชุมชน (ซึ่งอันที่จริง คำว่า “ชุมชน” มีความหมายหลายอย่าง ไม่ใช่เฉพาะชุมชนในระดับพื้นที่ แต่ยังหมายถึงชุมชนใน รพ. ที่เกิดกลุ่ม/ชมรม/การประสานเชื่อมโยงกันในด้านต่าง ๆ ด้วย) ที่เชื่อมไปยังระบบบริการ และการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย ทั้งภายในโรงพยาบาลเอง และภารกิจที่เกี่ยวข้องกับภายนอกโรงพยาบาล หรือการทำงานในชุมชนแบบมีความเชื่อมโยงในประเด็นใดประเด็นหนึ่งที่มีความชัดเจนและเชื่อมโยงกันทั้ง 5 มิติ ซึ่งจะขอยกตัวอย่างหนึ่งที่มีความสำคัญยิ่งในบริบทสังคมไทย และบริบทของ รพ.ศุภณัฐขอนแก่น ที่มีบทบาทในการขับเคลื่อนเรื่องปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพในอันดับต้น ๆ ของสังคมไทย ซึ่งก็คือ เรื่องการป้องกันหรือการลดอุบัติเหตุ ซึ่งทาง รพ.ศุภณัฐขอนแก่น ก็ได้ระบุไว้ในเอกสารการประเมินตนเอง หรือที่เรียกว่า “แบบรายงานการประเมินตนเอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพฉบับประยุกต์เกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ โรงพยาบาลขอนแก่น ปี 2557”²⁴ ในหน้าที่ 44 ว่า การส่งเสริมป้องกันอุบัติเหตุ เป็นนโยบายสาธารณะที่สำคัญ โดยโรงพยาบาลเน้นการขับเคลื่อนโดยการสวมหมวกนิรภัยและคาดเข็มขัดนิรภัย 100 % รวมถึงการเป็นโรงพยาบาลปลอดบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเอกสารระบุด้วยว่า เป็นการดำเนินงานตามกลยุทธ์ออตตาวา แต่ก็ไม่ได้อธิบายว่าทำอะไร และมองไม่เห็นความเชื่อมโยงในเรื่องการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลในเรื่องนี้ว่า ทำอย่างไร รวมถึงการสร้างหรือปรับสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการ

ปรับเปลี่ยนหรือส่งเสริมพฤติกรรมความปลอดภัย และลดพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือการเลิกพฤติกรรมสูบบุหรี่นั้น ทำอะไร อย่างไร ตลอดจนถึง การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนหรือประชาคมบุคลากรสุขภาพ รพ.ขอนแก่นว่าทำได้ อย่างไร ที่จะเอาชนะปัญหาความปลอดภัย หรือพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ เหล่านี้ รวมไปถึง การปรับระบบบริการสุขภาพ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของบุคลากรว่าทำอะไรในเรื่องนี้ ได้มีการกำหนดเวลาให้มีการดำเนินการร่วมกันในเรื่องนี้ช่วงไหน มีคนเข้าร่วมกี่คน ปัญหาอุปสรรคสำคัญของการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเหล่านี้คืออะไร และต้องปรับระบบต่าง ๆ ให้มีความสอดคล้องหรือเอื้อต่อสิ่งต่าง ๆ ที่ต้องการเห็นร่วมกันอย่างไร แต่ในเอกสารหน้าเดียวกัน กลับระบุเกี่ยวกับการขับเคลื่อนในเรื่องอื่น ๆ อีกหลายเรื่อง ไม่ว่าจะเป็นนโยบาย 5 ส., การจัดกิจกรรมสวดมนต์/กิจกรรมผ้าป่า, การจัดตั้งชมรมรักสุขภาพ และอีกมากมาย หลายกิจกรรม โดยกระจายกิจกรรมไปตามหัวข้อ แต่ไม่ได้วิเคราะห์ความเชื่อมโยงกับเรื่องการป้องกันอุบัติเหตุที่กล่าวไว้ข้างต้น ซึ่งชี้ให้เห็นว่า อันที่จริงนั้น รพ.ศุภณัฐขอนแก่นดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพจำนวนมาก (เหมือนกับรพ. อื่น ๆ ที่ได้มีโอกาสไปเยี่ยมชม แต่ รพ.ศุภณัฐขอนแก่น อาจมีความเข้มข้นมากกว่า) แต่ประเด็นสำคัญ คือ ทุกแห่งทำกิจกรรมมาก แต่ไม่ได้ทำอย่างเป็นระบบ ต่อเนื่อง เชื่อมโยง แต่ทำเป็นเรื่อง ๆ ไม่มีฐานข้อมูลกลุ่มเป้าหมายก่อนและหลังการดำเนินงาน ซึ่งจริง ๆ แล้วเรื่องการป้องกันอุบัติเหตุนี้ เป็นประเด็นที่สำคัญมาก ถ้าสามารถทำในกลุ่มบุคลากรสุขภาพได้สำเร็จ ก็สามารถขยายผลไปยังกลุ่มเป้าหมายภายนอกได้ แต่ดูเหมือนปัญหานี้ ยังไม่สามารถแก้ไขได้ง่าย ๆ ส่วนหนึ่งน่าจะเป็นเพราะบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ยังไม่ได้ใช้กรอบออตตาวาด้วยความเข้าใจที่ถูกต้อง

²⁴ ซึ่งทีมประเมินผลได้รับมาจากรายงานการเสริมสุขภาพของ รพ.ศุภณัฐขอนแก่น เมื่อวันที่ 17 ตุลาคม 2559

จึงจะขออนุญาตยกตัวอย่างเรื่องนี้ ว่าถ้าต้องการใช้กรอบออตตาวาในการขับเคลื่อนต้องทำอย่างไร และทำอย่างไรจึงจะให้พยาบาลและบุคลากรสุขภาพได้เข้าร่วมเรียนรู้ เพื่อการปรับกระบวนการด้วย

กรณีตัวอย่าง การขับเคลื่อนเรื่อง การส่งเสริมป้องกันอุบัติเหตุ ที่อยู่บนฐานการคิด/แนวคิด/ยุทธศาสตร์ของออตตาวา ซึ่งถ้าเป็นการดำเนินการในชุมชนภายใต้กรอบออตตาวา ก็จะต้องวิเคราะห์ว่า อะไรคือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุระหว่าง คน สิ่งแวดล้อม และยานพาหนะที่ใช้อะไรเป็นตัวกำหนดอะไร หรือทั้งสามสิ่งนี้มีความสัมพันธ์กัน ตั้งแต่เรื่อง ศักยภาพหรือความสามารถหรือทักษะของบุคคล/ผู้ขับขี่ (ที่ควรมีความระมัดระวัง, มีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการขับขี่ในภาวะต่าง ๆ, ร่างกายมีความพร้อม, มีความตระหนักต่อความปลอดภัย ฯลฯ) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่กำหนดอยู่ เช่น ความมืด/แสงสว่างไม่พอเพียง, ถนนไม่มีคุณภาพ, มีจุดเสี่ยงจำนวนมาก เช่น โค้งอันตราย, สิ่งกีดขวางบนไหล่ทาง ฯลฯ ดังนั้นเวลาขับเคลื่อนเรื่องนี้ ก็ต้องทำทั้งด้านการเพิ่มทักษะให้กับบุคคล โดยจะต้องวิเคราะห์ว่า คนกลุ่มไหนทำให้เกิดอุบัติเหตุบ่อยที่สุด วัยรุ่นที่ขาดทักษะและดื่มสุราใช้หรือไม่ และคนเหล่านี้มีเครือข่ายใหม่ หรือชุมชนของเขามีศักยภาพคือใคร อยู่ที่ไหน เราจะสร้างกระบวนการเรียนรู้ให้กับชุมชนของคนกลุ่มนี้ หรือวัยรุ่นกลุ่มนี้ได้อย่างไร ตรงนี้จะเป็นจุดเปลี่ยนหรือจุดคานงัดที่สำคัญที่สุดใช้หรือไม่? และเมื่อตกลงว่า จะต้องทำงานกับคนกลุ่มนี้และเครือข่ายของเขา ก็จะต้องเป็นการวางแผนการทำงาน/การขับเคลื่อนร่วมกับเขา ไม่ใช่ไปกำหนดให้เขาทำเท่านั้น แต่ต้องฟังว่า เขาคิดว่าถ้าจะต้องทำเรื่องนี้ ต้องทำอย่างไร เขาเห็นด้วยไหม และเมื่อขับเคลื่อนการทำงานไปได้ระยะหนึ่ง ผลปรากฏว่ายังไม่ค่อยได้ผลหรือได้ผลที่ยังไม่เป็นที่พึงพอใจของทุกฝ่าย เราก็

จะต้องทำการขยายการทำงานเข้าไปในพื้นที่ของระดับของนโยบาย (policy sphere) เราจะต้องทำอะไร กับใคร ทำอย่างไร หรือถ้าจะขับเคลื่อนในเชิงนโยบายกับคนกลุ่มนี้ ต้องทำงานร่วมกับใครบ้าง เช่น โรงเรียน ผู้บริหารสถานศึกษา สถานกีฬา สถานบันเทิง/แหล่งพักผ่อนหย่อนใจ และทำอย่างไรจะให้หน่วยงานต่าง ๆ เหล่านี้มาทำการประสานนโยบายร่วมกันอย่างมีความเชื่อมโยง และมีการเสริมทักษะให้กับกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ที่แต่ละหน่วยรับผิดชอบอยู่ไปพร้อม ๆ กัน อย่างมีความเชื่อมโยง แต่ทั้งหมดนี้จะต้องเป็นการขับเคลื่อนบนฐานข้อมูลที่ต้องการในทุกด้าน ตลอดเวลา หรือมีการศึกษา วิเคราะห์วิจัยติดตามและประเมินผลอยู่ตลอดเวลา โดยเฉพาะด้านทักษะที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มเป้าหมายประเภทต่าง ๆ เป็นอย่างไร มีอะไรบ้าง อะไรคือตัวปัญหาอุปสรรคในการทำงานเพื่อพัฒนาทักษะในการใช้ชีวิตของวัยรุ่นกลุ่มนี้ และจะต้องทำอย่างไรต่อไป การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่กำหนดร่วมกัน ทำได้ไหม หรือได้ผลแค่ไหน และมีประเด็นใดที่มีความสลับซับซ้อนของแต่ละพื้นที่/แต่ละบริบทของกลุ่มเป้าหมาย เป็นต้น และถ้าจำเป็นต้องมีการปรับระบบบริการ หรือระบบการศึกษาเรียนรู้ที่เกี่ยวข้อง ต้องทำอะไร อย่างไร โดยสามารถนำเสนอให้เห็นความเชื่อมโยงของกลไก-องค์ประกอบต่าง ๆ ทั้ง 5 มิติ/ด้าน คือ คน/ปัจเจกบุคคล, สิ่งแวดล้อม, ชุมชน, นโยบาย และระบบบริการ ในรูปแบบภาพที่ 4 ในหน้าถัดไป

ซึ่งอันที่จริง นักขับเคลื่อนสุขภาพ จะต้องเข้าใจวงจร หรือมองเห็นความเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ที่เกี่ยวข้องกับเรื่อง อุบัติเหตุ/การป้องกันแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุ (ตามที่ยกตัวอย่างให้เห็น) และนี่คือสิ่งที่ต้องสร้างการเรียนรู้ให้กับพยาบาล หรือบุคลากรสุขภาพ อย่างเป็นระบบ มีความเชื่อมโยง รวมถึงการเสริมศักยภาพให้บุคลากรสุขภาพมีความสามารถในการวิเคราะห์บริบทที่

เกี่ยวข้อง (relevant contextual analysis) และความ สามารถในการวิเคราะห์ทั้งเชิงปริมาณและเชิง คุณภาพ ที่ช่วยทำให้มองเห็นจุดแข็ง/จุดอ่อนของ ปัจเจกบุคคล, สิ่งแวดล้อม, ชุมชน, นโยบาย และ ระบบบริการที่เกี่ยวข้อง และ/หรือระบบอื่น ๆ ที่ เกี่ยวข้องกับประเด็นการขับเคลื่อนนั้น ๆ ไม่ว่าจะเป็น เรื่อง เป็นการขับเคลื่อนด้านใดก็ตาม ไม่ว่าจะเป็นเรื่อง

การส่งเสริมการออกกำลังกาย เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง ต่าง ๆ ทางสุขภาพในกลุ่มคนประเภทต่าง ๆ อาชีพ ต่าง ๆ วัยต่าง ๆ หรือเรื่องอื่น ๆ ก็สามารถนำแนวคิด และกรอบยุทธศาสตร์ออตตาวา ที่ครอบคลุมทั้ง 5 มิติ คือ บุคคล/ปัจเจกบุคคล, สิ่งแวดล้อม, ชุมชน, นโยบาย และการปรับระบบบริการมาปรับหรือ ประยุกต์ใช้ได้เสมอ

แผนภาพที่ 4 ความเชื่อมโยงของประเด็น/สาระหลักของกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ออตตาวาในการทำงาน เรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุที่ควรพิจารณาร่วมกัน: กรณี SW.ศูนย์ย่นแก่น



แต่ที่ผ่านมา การประเมินต่าง ๆ โดยเฉพาะ กรอบการประเมิน รพ.ส่งเสริมสุขภาพตามกรอบ ออตตาวาที่กรมอนามัยใช้ ก็ไม่ได้เน้นการมองอย่าง มีความเชื่อมโยงดังกล่าวแต่อย่างใด แต่เป็นการ ประเมินตามตัวชี้วัดเป็นเรื่อง ๆ ที่ทีมผู้รับผิดชอบ จะต้องป้อนข้อมูลเชิงปริมาณเป็นหลัก และ กระบวนการที่ใช้อยู่ยังเน้นไปที่ตัวเลขและเอกสาร มากกว่าเน้นการเรียนรู้และการทำงานเชิงระบบที่มี

ความเกี่ยวข้องกันของคาบเกี่ยวทั้งหมดในองค์กร ด้วย เหตุนี้ เมื่อสัมภาษณ์พยาบาลบางท่านจึงไม่ทราบ เกี่ยวกับเรื่องการประเมินการเป็น รพ.ส่งเสริม สุขภาพตามกรอบออตตาวาแต่อย่างใด ทั้ง ๆ ที่อยู่ใน องค์กรเดียวกัน หรือไม่สามารถอธิบายได้ เพราะ ไม่ได้มองว่าเป็นภารกิจของตนเอง ประกอบกับ ระบบการประเมิน ที่นำโดยกรมอนามัย ก็ไม่ได้เน้น กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันแต่อย่างใดด้วย

ดังนั้น การสร้างการเปลี่ยนแปลงในเชิง กระบวนทัศน์ให้กับพยาบาลและบุคลากรวิชาชีพอื่น ๆ ของ รพ.ศุภณัฐขอนแก่น ที่เหลืออยู่อีกจำนวนมาก จึงมีความจำเป็นต้องพิจารณาบริบทเฉพาะของ หน่วยงานในการขับเคลื่อนด้านต่าง ๆ ควบคู่กันไป นอกจากนี้ การพิจารณาความเป็นส่วนหนึ่งของ ระบบการประเมินตามกรอบอุตสาหกรรมที่มีอยู่แล้ว ก็ มีความสำคัญ โดยเฉพาะการขับเคลื่อนใน 14 กลุ่ม งานที่กำลังจะดำเนินการ ควรจะต้องพิจารณา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างการเรียนรู้ในหลาย ๆ ระดับที่น่าเสนอหรือวิเคราะห์ให้เห็นข้างต้นด้วย รวมทั้ง การพิจารณาความเชื่อมโยงระหว่างเรื่อง บุคคล/ปัจเจกบุคคล, ชุมชน, สิ่งแวดล้อม, นโยบาย และการปรับระบบบริการ เพื่อเป็นการเติมเต็มข้อ อ่อนต่าง ๆ ที่ยังมีอยู่ และน่าจะสามารถทำให้เกิด การเรียนรู้ ที่นำไปสู่การปรับกระบวนทัศน์/โลกทัศน์ ได้จริง นอกจากนี้ การสร้างสมรรถนะหรือศักยภาพ ในการวิเคราะห์ความเชื่อมโยงดังกล่าวให้กับ บุคลากรทุกคน ก็น่าจะมีความจำเป็น จะได้สามารถ ทำงานอย่างได้ผลที่เป็นรูปธรรมได้มากขึ้น บนฐาน ของความรู้ที่เป็นระบบ เชื่อถือได้ ไม่ใช่การทำงาน เพื่อตอบสนองแค่ตัวชี้วัด ที่มีข้ออ่อน/ช่องว่างต่าง ๆ ดังได้กล่าวมาแล้ว โดยเฉพาะการมองเป็นส่วน ๆ ที่ ขาดความเชื่อมโยงกัน

โดยสรุป กรณีของพยาบาล รพ.ศุภณัฐ ขอนแก่น ที่เกิดการเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์ ในการมองเรื่องสุขภาพอย่างค่อนข้างมีความ เชื่อมโยง เป็นระบบ และ/หรือมีความรู้ความ เข้าใจเกี่ยวกับกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ อุตสาหกรรม รวมทั้งมีอุดมการณ์ สามารถเป็นแกน ขับเคลื่อนหลัก และเป็นวิทยากรในเรื่องนี้ได้มี ประมาณ 15 คน และพยาบาลกลุ่มนี้ เกิดการ เปลี่ยนแปลงในเชิงกระบวนทัศน์ได้ เป็นผลมาจากการสนับสนุนและผลักดัน หรือการสร้างการเรียนรู้

จากผู้นำองค์กร/ผู้อำนวยการ รพ. ที่มีวิสัยทัศน์และ มีความสามารถในการทำให้มองเห็นความเชื่อมโยง ระหว่างระบบบริการระดับตติยภูมิ ลงไปจนถึงระดับปฐมภูมิ และการทำงานเชิงการป้องกัน และการบูรณาการซึ่งกันและกัน มากกว่าต่างคนต่างทำ และ หลังจากนั้น ได้เกิดการเรียนรู้เสริมจากการทำงาน ส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ทำให้มีบทบาทในการ ทำงานกับปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ มากกว่า ทำงานหรือทำการรักษาพยาบาลเฉพาะแค่อาการ หรือตัวโรคเท่านั้น

โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในประเด็นการป้องกัน การหกล้มในผู้สูงอายุ หรือการสร้างเสริมสุขภาพใน ผู้สูงอายุ, ผู้ป่วยเรื้อรัง, ผู้ป่วยระยะสุดท้าย, ฯลฯ ประกอบกับมีกรอบการประเมินตามแนวคิด อุตสาหกรรมอยู่ด้วย ตามภารกิจที่เชื่อมโยงกับกรม อนามัย ทำให้ทีมงานพยาบาลในส่วนนี้ (จำนวน ประมาณ 15 คน) มองเห็นหรือเข้าใจกรอบแนวคิด และยุทธศาสตร์อุตสาหกรรมได้ในระดับหนึ่ง – ถึงแม้จะ ยังไม่เกิดการทำงานหรือการขับเคลื่อนในประเด็นใด ประเด็นหนึ่งให้มีความชัดเจน ต่อเนื่อง เป็นระบบ มี ฐานข้อมูลวิชาการรองรับ ตามที่กล่าวหรือวิเคราะห์ เชิงสะท้อนให้เห็นแล้วข้างต้นก็ตาม แต่ก็เป็นที่ที่ จะต้องตระหนักร่วมกัน นำมาขบคิดร่วมกัน เพื่อทำ ให้องค์กรหรือรพ.ศุภณัฐขอนแก่น สามารถทำงานใน เชิงการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะการกระทำกับ ปัจจัยเสี่ยง หรือปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อเรื่อง สุขภาพในลำดับต้น ๆ ดังเช่นเรื่อง อุบัติเหตุให้ได้ โดยเฉพาะพยาบาลที่มีโอกาสไปเรียนต่อและกลับมา ทำงาน ที่ดูเหมือนจะเข้าใจกรอบแนวคิดและ ยุทธศาสตร์อุตสาหกรรมมากกว่าบุคลากรในส่วนอื่น ๆ ที่มีภารกิจงานประจำค่อนข้างมาก ที่ยังไม่มีโอกาส ได้เข้ามาร่วมเรียนรู้หรือเสริมศักยภาพในทาง วิชาการ หรือการปรับกระบวนทัศน์มากนัก

ดังนั้น ถ้าบุคลากรในส่วนแกนกลางตรงนี้ และทีมงานที่มีศักยภาพทั้ง 15 คน ให้ความสำคัญ

กับประเด็นการทำงานอย่างเป็นระบบตามกรอบคิด
ออกตัวว่า ตามที่หยิบยกให้เห็นข้างต้นอย่างจริงจัง
จริงใจ ก็เชื่อว่าน่าจะสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลง
ในเชิงกระบวนการทัศนให้กับพยาบาลและบุคลากร
สุขภาพวิชาชีพอื่น ๆ อีกจำนวนมากใน รพ. ได้เรียนรู้

และเกิดการปรับกระบวนการทัศน/มุมมอง/ทัศนคติได้
จริง โดยสามารถนำเสนอปัจจัย/องค์ประกอบของ
การทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงกระบวนการทัศนใน
กลุ่มพยาบาลประมาณ 15 คนใน รพ. ศูนย์ขอนแก่น
ได้ตามรูปภาพ หรือแผนภาพด้านล่างนี้

แผนภาพที่ 5 ปัจจัย/องค์ประกอบของการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน/มุมมอง/ทัศนคติ/สมรรถนะของพยาบาล sw. ศูนย์ขอนแก่น



ในลำดับต่อไป เป็นการนำเสนอกรณี
ของ รพ.สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
สำหรับการเรียนรู้ และ/หรือการปรับกระบวนการทัศน
ของพยาบาลที่ รพ.สรรพสิทธิประสงค์ รวมไปถึง
การนำไปสู่การปรับระบบบริการนั้น พบว่า เป็นการ
ปรับระบบบริการเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและ
ความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ และญาติ/
ครอบครัวที่รอรับการผ่าตัดประเภทต่าง ๆ ซึ่งที่ผ่านมา
มีการเลื่อนนัด หรือยกเลิกการผ่าตัดในสัดส่วนที่
ค่อนข้างสูง (หรือประมาณร้อยละ 25 ของคนไข้ที่มี
นัดรับการผ่าตัดทั้งหมด) จึงทำการสืบค้นและศึกษา

ข้อมูลจากมุมมองของคนไข้และญาติ ทำให้พบว่า
ผู้ป่วยและญาติ/ครอบครัวกลัวการผ่าตัด และการให้
ยาสลบ เพราะกลัวว่าจะไม่ฟื้น จึงนำมาสู่การศึกษา
ข้อมูลต่าง ๆ ของผู้ป่วย/ญาติ/ครอบครัว จนนำไปสู่
การจัดตั้งคลินิกวิสัญญี ในพื้นที่ส่วนหนึ่งของ OPD
เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติที่รอรับ
การผ่าตัดในทุกด้าน ทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการ
ผ่าตัด ครอบคลุมทั้งด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ
การให้ยาสลบ, กระบวนการผ่าตัด, การดูแลรักษา
ตนเองหลังการผ่าตัดและการปรับสิ่งแวดล้อม

สำหรับสิ่งแวดล้อมในคลินิกวิสัญญี ก็มี การจัดสภาพแวดล้อมที่ผ่อนคลาย/เก๋อูล/สะอาด มี เอกสารและอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับการ เรียนรู้หรือการเตรียมพร้อมทั้งด้านกาย, จิตใจ, อารมณ์ความรู้สึก, ความรู้ความเข้าใจให้กับผู้ป่วย และญาติ และที่ผ่านมา **คลินิกวิสัญญียังเป็นแหล่ง เรียนรู้ให้กับพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลจาก สถาบันต่าง ๆ รวมทั้งสมาคมวิสัญญีแห่งประเทศไทย ได้ให้ความสำคัญกับเรื่องนี้ หรือใช้เป็น แก่นประเด็นหลัก (theme) ในการประชุมของ สมาคม** รวมถึงชมรมวิสัญญีพยาบาลหลายจังหวัด เช่น จาก จ.ลำปาง กำลังจะมาศึกษาดูงานด้วย นอกจากนี้ ทีมงานยังได้มีโอกาสไปนำเสนอ ณ ต่างประเทศ และได้รับความสนใจจากผู้เข้าร่วม ประชุมจากประเทศต่าง ๆ เป็นอย่างมาก โดยเฉพาะ จากประเทศสวีเดน

อย่างไรก็ตาม เมื่อถามถึงความรู้ความ เข้าใจเกี่ยวกับกรอบออดิตา และประโยชน์ที่ได้รับ ผลปรากฏว่า พยาบาลที่ส่วนใหญ่ยังไม่ได้ใช้กรอบ ออดิตาในการทำงาน และ/หรือพยาบาลส่วนใหญ่ ยังไม่ทราบเกี่ยวกับกรอบออดิตา หรือไม่มีโอกาส เข้าร่วมการจัดเวทีต่าง ๆ ของโครงการฯ มีเพียงสอง ท่านเท่านั้นที่ได้มีโอกาสเข้าร่วมเรียนรู้ หรือรับรู้ รับทราบเกี่ยวกับกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ ออดิตาที่โครงการจัดเวทีตามวาระและโอกาสต่าง ๆ แต่บางท่านก็ได้มีโอกาสอ่านเอกสารชุดการเรียนรู้ ของโครงการ (ที่ได้รับมาทั้งหมดจำนวน 3 ชุด)²⁵ และเอกสารนวัตกรรมที่ทางโครงการฯ ส่งบุคลากร มาถอดบทเรียนที่คลินิกวิสัญญีโดยใช้กรอบแนวคิด และยุทธศาสตร์ของออดิตาในการวิเคราะห์ และ มองว่าผลการวิเคราะห์การทำงานของพยาบาล วิสัญญีตามกรอบออดิตาดังกล่าว ทำให้มองเห็น ว่างานที่คลินิกวิสัญญีทำอยู่เป็นส่วนหนึ่งของการ

ทำงานตามกรอบออดิตา โดยเฉพาะในเรื่องการ จัดสิ่งแวดล้อมและการทำงานเชิงรุก ดังคำพูดของ พยาบาลท่านหนึ่งที่ว่า... *“ประโยชน์ตรงนี้มีเรารู้มาก ขึ้นว่ากรอบ Ottawa มันครอบคลุมไปถึงตรงไหนบ้าง* *เมื่อก่อนเราอาจไม่รู้ว่าเราทำตามกรอบ Ottawa หรือเปล่า แต่พอเราได้อาจารย์มาชี้ประเด็น ก็เลยฮือ* *เป็นส่วนหนึ่งของกรอบ Ottawa ก็เลยรู้ว่ากรอบ* *Ottawa มันมี 5-6 ข้อ ซึ่งงานของเราอาจไม่อยู่ทุก* *ข้อ แต่เราเป็นส่วนหนึ่งในบางข้อของกรอบ Ottawa* *เช่น เรื่องการจัดสรรสิ่งแวดล้อม ถ้าเรา modify ของ* *เราก็คงไม่ได้ลงไปชุมชนเหมือนกับงานอื่น แต่งาน* *เราตั้งรับอยู่ที่ รพ. แต่ลักษณะงานเป็นงานเชิงรุก”*

อย่างไรก็ตาม พยาบาลหลายท่านทราบ เกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลตามที่สภาการพยาบาล กำหนดไว้ประมาณ 10 บทบาทแล้วพอสมควร ทั้งนี้ พยาบาลหลายท่านก็ได้เล่าให้ฟังด้วยว่า ได้แสดง บทบาทในการเป็นผู้เชื่อมประสานหรือประสานการ ดูแลรักษาพยาบาล (coordinator of care) ผู้ให้ คำปรึกษา (counselor), ผู้ให้ความรู้ (health educator), ผู้ส่งเสริมสุขภาพ (health promoter) และบทบาทอื่น ๆ อีกหลายบทบาทตามที่สภาการพยาบาลได้ระบุไว้ใน เอกสาร ทั้งการเป็นผู้นำแห่งการเปลี่ยนแปลง (change agent) และผู้สร้างเสริมพลังอำนาจ (empowerment agent) ด้วย และยังทำให้มองเห็นการทำงานแบบ ประสานเชื่อมโยงกัน เพื่อทำให้คนไข้หรือผู้ป่วยได้รับ โอกาสที่ดีในเรื่องต่าง ๆ และ/หรือมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ตามที่พยาบาลอีกท่านหนึ่งในคลินิกวิสัญญีได้อธิบาย ว่า.... *“จริง ๆ แล้วที่บอกว่า 10 บทบาทของพยาบาล ที่สภาการพยาบาลได้กำหนดคนนั้นจริง ๆ แล้วเราเอา มาใช้เกือบทุกบทบาทในคลินิกวิสัญญี ตรงที่น้องวัทนา พุดไปเป็นส่วนหนึ่งที่เรากำลัง collaboration คือการ ประสานงาน เชื่อมต่อเครือข่ายกัน เช่น เรามอง คนไข้ที่จะมาสูบบุหรี่ใหม่ คนไข้ที่ต้องมาผ่าตัดอย่าง*

²⁵ ซึ่งได้จัดสรรไว้ตามจุดต่าง ๆ 3 จุด คือ ส่วนกลุ่มการพยาบาล 1 เล่ม, คลินิกวิสัญญี 1 เล่ม และอยู่ที่หน่วยงานกลาง 1 เล่ม

น้อยต้องงด 7-14 วันก่อนการผ่าตัด มิเช่นนั้นจะมี complication ตามมา เราจึงได้ประสานกับทางคลินิก บุหรี เพราะเรามองว่านี่คือโอกาสของคนไข้ที่จะได้ เลิกบุหรี เนื่องจากเป็นตัวทริกเกอร์ที่เขาได้รับการ ผ่าตัด ซึ่งคนไข้มักจะกลัวอยู่แล้วก่อนการผ่าตัด เขาก็จะทำตาม คิดว่า จะเป็นตัวที่เอามากระตุ้นให้เขางด หรือเลิกได้อย่างถาวร” หรือกรณีที่สะท้อนให้เห็น บทบาทอื่น ๆ ดังเช่น การเป็นผู้นำแห่งการเปลี่ยนแปลง ดังเช่นคำพูดดังต่อไปนี้ว่า... “ส่วนของ change agent มีการเปลี่ยนความคิด บทบาทเดิมที่เคยตั้งรับอยู่แต่ห้องผ่าตัด เราทำงานเชิงรุกออกมา ซึ่งการเตรียมการผ่าตัดก็เป็น 1 ใน 3 ขั้นตอนของการให้ยาระงับความรู้สึกที่พยาบาลจะต้องพึงมี 1.การดูแลระยะก่อน ระหว่าง และหลัง เราก็เลยมาเน้นที่บทบาทขององค์กร เพราะคิดว่าถ้าเราเตรียมคนไข้ระหว่างผ่าตัดไม่มีปัญหา ผลออกมาก็จะดี ในเรื่อง input process output ฉะนั้น outcome ต้องดีแน่ ๆ แต่ถ้าไปเตรียมสุดท้าย process ดียังไง ถ้าก่อนไม่ดี มันก็ไม่ดี ฉะนั้นมุมตรงนี้จะเป็นตัวหนึ่งที่จะมาปรับวิธีคิดให้เปลี่ยนแนวคิดใหม่ได้ไหม วิสัยทัศน์จากตั้งรับในหน่วยงานก็ออกมาเชิงรุก และมองบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพให้มันโดดเด่นขึ้นในฐานะที่เป็นพยาบาลอยู่แล้ว.....และในส่วนของการ empowerment เราก็ empowerment ส่วนของทีมงานที่จะต้องให้เขาได้ empower ที่สามารถจัดการได้เอง และมีที่ปรึกษาแบบ consult ด้วย ซึ่งเราพยายามใช้ทุกบทบาท โดยเฉพาะ advanced practitioner พยายามใช้ทั้ง 10 บทบาทเข้าไปในคลินิกที่เราทำอยู่ มีน้องในทีมประมาณเกือบ 20 คนที่หมุนเวียนมาช่วยเรื่องการเตรียมความพร้อม”

ทั้งนี้ มีความเข้มข้นของแต่ละบทบาทแตกต่างกันไปตามบริบทการทำงานของแต่ละท่าน แต่ละแผนก และ/หรือตามบริบทของผู้ป่วย/ผู้รับบริการด้วย โดยเฉพาะพยาบาลที่มีโอกาสเข้า

ร่วมการขับเคลื่อนของโครงการต่าง ๆ ที่ได้รับการสนับสนุนทุนจาก สสส. ในช่วงเวลาที่ผ่านมา อาทิ เช่น การลด/ละ/เลิกบุหรี ซึ่งในกรณีนี้ ก็จะมีการแสดงบทบาทต่าง ๆ ที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าการซ่อมแซมสุขภาพ โดยเฉพาะในเรื่องที่เกี่ยวกับการป้องกันการเจ็บป่วยจากการสูบบุหรี่ ทั้งนี้เป็นเพราะ รพ.สรรพสิทธิประสงค์มีนโยบายการเป็น รพ.ปลอดบุหรี ทำให้ทุกส่วนงานให้ความสำคัญกับเรื่องนี้มาก โดยเฉพาะการป้องกันการติดบุหรีในคนไข้ หรือการป้องกันการเกิดโรคที่ซับซ้อนในคนไข้ หรือผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ ที่เป็นโรคอื่น ๆ อยู่แล้ว เช่น โรคเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, รวมทั้งโรคติดเชื้ออื่น ๆ (แต่ยังไม่ใช้โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่โดยตรง เช่น โรคปอดอุดกั้น เป็นต้น) และผู้รับบริการเหล่านี้ เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งที่เป็นผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน รวมถึงผู้ป่วยที่รอการผ่าตัดที่มาใช้บริการที่คลินิกวิสัญญี ตามที่กล่าวไปแล้วข้างต้น ก็จะได้รับรู้ การกระตุ้น และการสนับสนุนให้เลิกบุหรี และพบว่า จำนวนมากสามารถเลิกบุหรีได้ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัด จำนวนมากสามารถเลิกบุหรีได้ ทำให้ลดความซับซ้อนของโรค (complications) ได้มากขึ้น ตามที่พยาบาลท่านหนึ่งได้เล่าให้ฟังด้วยความภาคภูมิใจว่า... “เราเห็นผลจากการที่เราทำเรื่อง 5A เลิกบุหรีในคนไข้ก่อนผ่าตัดส่งผลทำให้ 1 จากที่เราไม่มีระบบตรงนี้คนไข้หลังผ่าตัดกลับไปบ้านสูบบุหรี่อีก ฉะนั้นเรามีโอกาสเป็นโรคตามมาอีก แต่พอเราส่งเสริมตรงนี้ไป โอกาสที่เขาจะสูบบุหรี่โอกาสที่เขาจะเลิกสูบได้มากขึ้น อันนี้เกี่ยวข้องกับคลินิกวิสัญญีเป็นการป้องกัน health promotion ป้องกันคนไข้ไม่ให้เกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ถ้าเขาเลิกก่อนที่จะป่วย ซึ่งเราเน้นทุกหน่วยใน รพ. ตอนนี้ 5A ก็เข้าไปทุกหน่วยเพื่อคัดกรองและส่งต่อเพื่อให้เลิกเพื่อไม่ให้เกิดโรคและการตายตามมา หรือถ้าเป็นโรคแล้วก็ไม่ให้เป็นรุนแรงมากขึ้น”

นอกจากนี้ ทีมประเมินผล ยังพบว่า ถึงแม้พยาบาลหลายท่าน โดยเฉพาะที่คลินิกวิสัญญี รพ. สรรพสิทธิ์ประสงค์ที่เข้าร่วมการสนทนาพูดคุย จะสะท้อนว่า ปัจจุบันหลายท่านไม่ได้แสดงบทบาทเฉพาะการเป็นเพียงผู้ให้การดูแล (care provider) หรือผู้ให้การดูแลรักษา (care taker) เท่านั้น แต่ได้แสดงบทบาทด้านอื่น ๆ ไปพร้อม ๆ กันในหลาย ๆ บทบาท ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น โดยเฉพาะการเป็นผู้เชื่อมประสานการดูแลรักษา (collaborator/coordinator of care) ผู้นำแห่งการเปลี่ยนแปลง (change agent) และผู้สร้างเสริมพลังอำนาจ (empowerment) ให้กับคนไข้และญาติ แต่ก็ยังคง พบด้วยว่า พยาบาลหลายท่านยังคงมองว่า การส่งเสริมหรือการสร้างเสริมสุขภาพเป็นบทบาทของพยาบาลชุมชนมากกว่า หรืออีกนัยหนึ่ง อาจตีความจากคำพูดได้ว่า ถ้าจะทำการสร้างเสริมสุขภาพให้ได้ผล ควรเป็นการทำงานเชิงรุกในชุมชนมากกว่า ซึ่งก็หมายถึงว่า เป็นการทำงานเพื่อป้องกันการเจ็บป่วย หรือทำงานกับคนที่ยังไม่ป่วยนั่นเอง ดังคำพูดที่ว่า.... “จะเห็นว่าพยาบาลชุมชนจะอยู่ร่วมกับประชาชนอยู่แล้ว ฉะนั้นปัญหาต่าง ๆ ในบทบาทการส่งเสริมสุขภาพพยาบาลชุมชนจะมีความรู้และเข้าใจในบริบทของประชาชนในพื้นที่เขา แต่ถ้าเป็น รพ. ระดับตติยภูมิ เราจะ contact ได้เฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับโรคที่เป็นแค่นี้ แต่จะไปเล่นถึงบทบาทชุมชนเหมือนที่เขาต้องการคิดว่ามันเป็นปัญหาที่ท้าทายมากถ้าจะดูมาตรฐานที่เขาเขียนไว้ แต่บทบาทตรงนี้เห็นด้วยว่าชุมชนต้องเล่น ไม่งั้นพยาบาล PCU พยาบาลที่อยู่ในเวชปฏิบัติจะไม่รู้เลยว่าหน้าที่คุณคืออะไร ทำไมคุณต้องไปส่งเสริมสุขภาพ แล้วจะมารอให้บทบาทของแพทย์เล่นไม่ได้ เพราะแพทย์คือบทบาทของการรักษา ถ้าพยาบาลชุมชนรู้ตัวเองว่าเป็น provider คุณเป็นเหมือน case manager คนหนึ่ง คุณลงไปเล่นแล้วคุณเข้าถึงประชาชน ตรงนี้จะทำให้บทบาทการเข้าถึงการส่งเสริมสุขภาพประชาชนดีขึ้น”

แต่ในอีกแง่หนึ่ง ก็ยังเป็นการสะท้อนด้วยว่า พยาบาลบางส่วนที่ รพ. สรรพสิทธิ์ประสงค์ ยังคงมองเรื่องกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ออกตามาแบ่งออกเป็นเรื่อง ๆ ยังไม่ได้มองว่าสามารถนำมาประยุกต์ใช้ทั้ง 5 มิติ อย่างมีความเชื่อมโยงกันในเรื่องหนึ่ง ๆ หรือประเด็นหนึ่ง ๆ (เหมือนกับที่ยกตัวอย่างให้เห็นเกี่ยวกับการขับเคลื่อนเรื่องการป้องกันอุบัติเหตุของ รพ. ศูนย์ขอนแก่น) สำหรับกรณีของ รพ. สรรพสิทธิ์ประสงค์นี้ จะเห็นได้อย่างชัดเจนว่า กรณีการทำงานของคลินิกวิสัญญีกับคนไข้ที่รอการผ่าตัด อันที่จริงนั้น ถือเป็นการทำงานทั้งด้านการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการดูแลตนเองได้มากขึ้น หรือมีการร่วมมือกับผู้รักษาในการป้องกันความสลับซับซ้อน (complication) ที่จะเกิดขึ้น ตามที่พยาบาลสะท้อนมาข้างต้น และยังสามารถทำการสร้างเสริมความเข้มแข็งของ “ชุมชนคนรอผ่าตัด” ได้ด้วย ถ้าพยาบาลเข้าใจคำว่า “ชุมชน” ในความหมายที่หมายถึงการสื่อสารซึ่งกันและกัน หรือสามารถใช้เครือข่าย/ความเชื่อมโยงของคนไข้และญาติให้เป็นประโยชน์ในการทำงานเรื่องอื่น ๆ ที่มีความเชื่อมโยงกัน โดยที่พยาบาลไม่ต้องเหนื่อยเกินไปเพียงขอให้มีความคิดและข้อมูลเกี่ยวกับคนไข้ ญาติ และครอบครัว และถิ่นที่อยู่ของเขา เพราะคนไข้หลายคน/จำนวนหนึ่งมีถิ่นที่อยู่อาศัยใกล้เคียงกัน มีความสัมพันธ์กันในด้านใดด้านหนึ่ง มีเครือข่ายและเครือข่ายพี่น้อง ที่สามารถสื่อสารซึ่งกันและกันได้ด้วย และสามารถให้ผู้ป่วยที่ผ่านการผ่าตัดแล้ว ที่มีการดูแลตนเองได้ดีมาเป็นวิทยากรให้กับคลินิกได้ด้วย และอาจจะสามารถสนับสนุนด้านต่าง ๆ เพื่อนำไปสู่การจัดตั้งกลุ่ม/องค์กร/ชมรมของพวกเขาในการทำงานเรื่องอื่น ๆ ร่วมกัน หรือเชื่อมโยงกันต่อไปได้ด้วย เช่น กรณีการรณรงค์เรื่องการกินปลาร้าดิบหรือการเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคในผู้ป่วยที่เคยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี หรือมะเร็งท่อน้ำดีที่เป็นขั้นต้น/ไม่รุนแรง และสามารถรอดชีวิตมาได้ด้วยการผ่าตัดที่ รพ. สรรพสิทธิ์ประสงค์ (ตามที่พยาบาลบางท่านได้

เล่าว่า นีวโนถุนน้ำดีและมะเร็งท่อน้ำดีเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญมากที่สุดปัญหาหนึ่งในพื้นที่ เพราะประชาชนบริโภคปลาร้าดิบ และไม่สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคในเรื่องนี้ได้) ก็สามารถสื่อสารกับผู้รอดชีวิตเหล่านี้ เพื่อให้มาทำงานในด้านการรณรงค์ร่วมกับทางโรงพยาบาลตติยภูมิ, รพ.ชุมชน และ/หรือรพ.สต. ในพื้นที่ของคนที่ใช้แต่ละคน เป็นต้น ซึ่งเรื่องนี้ อาจจะนำไปสู่การกำหนดนโยบายร่วมกันของแต่ละพื้นที่ หรือเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลตติยภูมิ, รพ.ชุมชน, และ รพ.สต. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการขับเคลื่อนนโยบายต่าง ๆ ที่มีความสำคัญ ๆ ต่อสุขภาพแบบครบวงจรร่วมกันต่อไป ก็อาจเป็นไปได้ โดยเฉพาะในพื้นที่ ๆ มีความชุกของผู้ป่วยที่บริโภคปลาร้าดิบ หรืออาหารประเภทอื่น ๆ แบบสุก ๆ ดิบ ๆ อื่น ๆ ที่ทำให้มีการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี หรือนีวโนถุนน้ำดีจำนวนมาก²⁶ เป็นต้น

นอกจากนั้น ในเรื่องนี้ อันที่จริง ยังมีการปรับระบบบริการที่มีความเชื่อมโยงกันระหว่างคลินิกประเภทต่าง ๆ ในโรงพยาบาล ทั้งคลินิกวิสัญญี, คลินิกบุหรี และคลินิกจิตเวช ที่สามารถมีความเชื่อมโยงไปยังระบบสุขภาพหรือระบบบริการปฐมภูมิที่อยู่ในเครือข่ายทั้ง 21 แห่ง - ตามที่ทีมงานพยาบาลของ รพ.ได้ให้ข้อมูลไว้ว่ามีการทำงานร่วมกับหน่วยปฐมภูมิ 21 แห่ง โดยเฉพาะในการคัดกรองโรคต่าง ๆ

แต่เท่าที่สังเกต (จากการที่ได้มีโอกาสไปประเมินหน่วยบริการสุขภาพเกือบทุกแห่ง ไม่ใช่เฉพาะที่ รพ.สรรพสิทธิ์ประสงค์เท่านั้น) พบว่า ยังไม่ค่อยมีงานในเชิงการขับเคลื่อนในเชิงนโยบาย และการสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชนอย่างมีความเชื่อมโยงกันกับการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ไปพร้อม ๆ กับการปรับระบบบริการ และ

การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล โดยเฉพาะในกรณีการรณรงค์ หรือการแก้ไข/ปรับเปลี่ยนปัญหาพฤติกรรมบริโภคในระดับชุมชน หรือการกระทำการกับปัจจัยทางสังคม-วัฒนธรรม-สิ่งแวดล้อม ที่เป็นตัวกำหนดภาวะสุขภาพของคนในชุมชน ซึ่งเป็นเรื่องที่ยาก และสลับซับซ้อน ที่ต้องการการทำงานอย่างมีความเชื่อมโยงกันทุกฝ่าย บนฐานข้อมูลที่ถูกต้อง/เชื่อถือได้ และภายใต้กระบวนการทัศนหรือความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ออกตัวอย่างมีความเชื่อมโยงกันทุกมิติ/ทุกกลไก ทั้งคน/ปัจเจกบุคคล, สิ่งแวดล้อม, กลุ่ม/ชุมชน, นโยบาย และการปรับระบบบริการหรือระบบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังนั้น ประเด็นนี้จึงยังคงเป็นประเด็นท้าทายที่จะต้องขบคิดและขับเคลื่อนต่อไป และควรเรียนรู้จากการทำงานของโครงการนี้อย่างแท้จริง

อย่างไรก็ตาม พบว่า มีกรณีของหน่วยบริการสุขภาพที่มีการทำงานแบบเชื่อมโยง หรืออาจกล่าวได้ว่า ทีมสุขภาพ ทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักวิชาการสาธารณสุข และชุมชน ฯลฯ ทำงานตามกรอบออกตัวอย่างมีความเชื่อมโยง เป็นระบบ หรือสามารถทำการขับเคลื่อน และทีมพยาบาลสามารถอธิบายกรอบออกตัวได้อย่างเป็นระบบ ในกรณีของ รพ.แม่ลาว อ.แม่ลาว จ.เชียงราย ที่ดูเหมือนจะมีความเข้าใจในปฏิสัมพันธ์กันอย่างสลับซับซ้อนระหว่างมิติต่าง ๆ ทั้ง 5 มิติ - ซึ่งจะได้สะท้อนนำเสนอให้เห็นเกี่ยวกับกรณีนี้ในลำดับต่อไป ซึ่งเป็นกรณีตัวอย่างการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศนของพยาบาล และ/หรือบุคลากรสุขภาพในสถานบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิของภาคเหนือ

โดยสรุป ในกรณีของ รพ.สรรพสิทธิ์ประสงค์ อุบลราชธานีนั้น พบว่า บริบทของโรงพยาบาลที่เป็น รพ.ปลอดบุหรี และปัจจัยต่าง ๆ

²⁶ ตามการนำเสนอของพยาบาลท่านหนึ่ง เมื่อวันที่ 20 พ.ย. 2559 ณ ห้องประชุมชั้น 3 อาคาร 50 พรรษา มหาวิทยาลัยการณิ รพ.สรรพสิทธิ์ประสงค์ จ.อุบลราชธานี

ที่เกี่ยวกับบริบทการทำงานของพยาบาลในคลินิก วิชาชีพ พร้อมด้วยการผลักดันและความสามารถของหัวหน้างาน มีความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงในเชิงกระบวนการ/ทัศนคติ ความรู้/ความเข้าใจ การปฏิบัติ หรือสมรรถนะของพยาบาลในโรงพยาบาลแห่งนี้ โดยเฉพาะพยาบาลที่ทำงานในคลินิกวิชาชีพที่มีความเชื่อมโยงกับคลินิกอื่น ๆ และการแสดงบทบาทด้านต่าง ๆ มากกว่าการเป็นเพียงแค่ผู้ให้การดูแลรักษาอยู่แล้ว ประกอบกับมีความต้องการในการป้องกันปัญหาความซับซ้อนจากการผ่าตัด และความต้องการให้ผู้ป่วยได้รับบริการทันเวลา เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ประกอบกับบริบทการทำงานแบบเชื่อมโยงกับคลินิกอื่น ๆ ในโรงพยาบาล ที่ทุกคลินิกเน้นการรักษาอย่างเป็นองค์รวม ที่จะทำให้อุณหภูมิชีวิตของผู้ป่วย หรือผู้รับบริการดีขึ้น และในบางส่วนมีความเชื่อมโยงกับระบบบริการปฐมภูมิอยู่แล้วด้วย ด้วยปัจจัยดังกล่าว ทำให้พยาบาลเกิดการเรียนรู้หรือการเปลี่ยนแปลงมุมมองและการแสดงบทบาทการรักษาที่เดิมอาจจะค่อนข้างทำแบบแยกส่วน หรือทำเฉพาะในภารกิจที่รับผิดชอบอยู่ หรือทำเชิงรับอยู่ใน รพ. เท่านั้น แต่ปัจจุบันสามารถมองแบบเชื่อมโยงหรือหนุนเสริมซึ่งกันและกันระหว่างคลินิกต่าง ๆ ใน รพ. มากขึ้น และเน้นการทำงานเชิงรุก เพื่อให้ผู้รับบริการ/ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งสามารถแสดงปัจจัย-องค์ประกอบของการเปลี่ยนแปลงกระบวนการ/ทัศนคติ/มุมมอง/การเรียนรู้/การแสดงบทบาท/สมรรถนะที่เปลี่ยนไปของพยาบาล รพ.สรรพสิทธิประสงค์ประมาณ 30 คน ดังแผนภาพที่ 6 ในหน้าถัดไป

ซึ่งถ้าทีมพยาบาล รพ.สรรพสิทธิประสงค์ได้รับโอกาสในการเรียนรู้ และการชี้ประเด็นต่าง ๆ จากบุคลากรของโครงการขับเคลื่อนฯ มากยิ่งขึ้น และ/หรือ ถ้ามีโอกาสได้ศึกษาเอกสารชุดการเรียนรู้ที่ได้รับไปจากโครงการ ก็น่าจะมีการปรับกระบวนการ/ทัศนคติ/มุมมองเกี่ยวกับความซับซ้อนต่าง ๆ

ระหว่างบุคคล/ปัจเจกบุคคล, สิ่งแวดล้อม, ชุมชน, นโยบาย และการปรับระบบบริการ และ/หรือระบบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องได้อย่างมีความเชื่อมโยงกันได้มากยิ่งขึ้นตามไปด้วย

สำหรับภาคเหนือ ในกรณีของสถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ ขอนำเสนอการวิเคราะห์กรณีของ **รพ.มหาราช จ.เชียงใหม่** ซึ่งเป็น รพ.ในสังกัดมหาวิทยาลัย และในกรณีของสถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ ขอนำเสนอกรณีของ **รพ.แม่ลาว อ.แม่ลาว จ.เชียงราย และ สถานบริการระดับปฐมภูมิ ขอนำเสนอการวิเคราะห์กรณีของ รพ.สต. บ้านห้วยทราย ต.แม่ทา อ.แม่ออน จ.เชียงใหม่**

กรณีพยาบาล รพ.มหาราช อ.เมืองเชียงใหม่ สำหรับกรณีนี้ พบว่า มีบริบทการเรียนรู้การทำงาน การเปลี่ยนแปลง และ/หรือปัจจัย-องค์ประกอบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการ/วิธีการในการสร้างการเปลี่ยนแปลงในเชิงกระบวนการ/ทัศนคติ/โลกทัศน์/ทัศนคติ/สมรรถนะ ที่ค่อนข้างแตกต่างไปจากกรณีของพยาบาล รพ.มหาสารคาม, รพ.ศูนย์ขอนแก่น และ รพ.สรรพสิทธิประสงค์ที่ จ.อุบล ตามที่นำเสนอมาข้างต้นมากพอสมควร เนื่องจากในกรณีของ รพ.มหาราช เชียงใหม่นี้ พบว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมีความเกี่ยวข้องกับการพัฒนาของโครงการขับเคลื่อนฯ หรือบุคลากรของโครงการขับเคลื่อน ที่เป็นแกนขับเคลื่อนหลักในระดับภาค/พื้นที่/คณะพยาบาล-ศาสตร์ ม.เชียงใหม่ อย่างค่อนข้างชัดเจน หรือชัดเจนกว่า 3 กรณีแรกที่กล่าวมาข้างต้น ทั้งนี้เนื่องจาก 3 กรณีที่นำเสนอมาข้างต้น เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในตัวตนของตนเอง หรือพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจ ความสามารถ และมีความมุ่งมั่น/ความตั้งใจในการเรียนรู้เพื่อการปรับระบบบริการให้ดีขึ้นตลอดเวลา โดยการศึกษาค้นคว้าแสวงหาหนทางใหม่ ๆ ด้วย

ตนเอง (กรณีของ รพ.มหาสารคาม) หรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการนำ/ผู้นำสูงสุดขององค์กร และการปรับโครงสร้างองค์กร (กรณี รพ.ศูนย์ขอนแก่น) หรือเกิดจากการนำของหัวหน้าพยาบาล ที่มีวิสัยทัศน์ บริบทการเป็นโรงพยาบาล

ปลอดภัย, ความต้องการป้องกันปัญหาความซับซ้อนจากการรักษา/การผ่าตัด และบริบทการทำงานของคลินิกวิสัญญีที่เชื่อมโยงกับคลินิกอื่น ๆ โดยเน้นการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยทุกประเภท (กรณีของ รพ.สรรพสิทธิ์ประสงค์)

แผนภาพที่ 6 ปัจจัย-องค์ประกอบของการเปลี่ยนแปลงกระบวนการ/มุมมอง/การเรียนรู้/การแสดงผลงาน/สมรรถนะของพยาบาล/บุคลากรสุขภาพวิชาชีพต่าง ๆ ของ รพ.สรรพสิทธิ์ประสงค์



แต่สำหรับ กรณีของ รพ.มหาสาร จ.เชียงใหม่ นี้พบว่า บุคลากรของโครงการขับเคลื่อนฯ มีบทบาทในการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัดเจน โดยเฉพาะบทบาทในด้านการสื่อสารพูดคุย แลกเปลี่ยนมุมมองซึ่งกันและกัน การชี้แจงประเด็นข้อสงสัยต่าง ๆ เกี่ยวกับการทำงานของโครงการฯ ภายใต้กรอบออดดาวา การมีบทบาทเป็นศูนย์เรียนรู้ และการเชิญเข้าร่วมการเรียนรู้ในวาระและโอกาสต่าง ๆ ที่โครงการขับเคลื่อนฯ จัดขึ้น

เพราะแต่เดิมพยาบาลในหน่วยบริการตติยภูมิแห่งนี้ยังไม่ทราบเกี่ยวกับกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ออดดาวา และแต่เดิมมองด้วยว่า ส่วนงานบริการที่ตนเองทำงานอยู่นั้นไม่น่าเกี่ยวข้องกับเรื่องนี้ เพราะไม่ได้ทำเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพโดยตรง แต่เป็นการทำงานกับผู้ป่วยที่มีแผลออสโตมี และอันที่จริง รพ.มหาสาร ก็มีหน่วยงานที่ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพโดยตรง ที่เรียกว่า “ศูนย์สร้างเสริมสุขภาพ”²⁷ อยู่แล้วด้วย ตามที่พยาบาลท่านหนึ่งได้กล่าวว่า “ตอนแรกก็ไม่เข้าใจว่า ทำไมอาจารย์ถึงไม่

²⁷ ซึ่งตั้งขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548–49 โดยการสนับสนุนทุนของ สสส. เช่นกัน – อธิบายเพิ่มเติม ณ จุดนี้ โดยผู้ประเมิน เนื่องจากผู้ประเมินทราบเรื่องนี้ เพราะเป็นผู้ประเมินแผนงานสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียนแพทย์ ที่ได้รับการสนับสนุนจาก สสส. ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547

เอาที่ศูนย์นั้น เรายังไม่ค่อยเข้าใจ เพราะเวลาที่ สสส. เขาเชิญมา ทาง รพ. ก็จะต้องส่งให้หน่วยสร้างเสริม ไปร่วมกับทางพยาบาลที่กรุงเทพ เวลาที่เราไป เค้ก็ จะงงว่า ทำไมถึงเป็นเรามา เพราะความจริงแล้วมัน จะมีกลุ่มทำงานจริง ๆ ตรงนี้อีกกลุ่มหนึ่ง “แต่พอ อาจารย์จากคณะพยาบาลศาสตร์ มช. ซึ่งเป็นแกน ขับเคลื่อนหลักมาอธิบายให้ฟัง ก็เข้าใจมากขึ้นว่าสิ่งที่ทำอยู่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพให้ผู้ป่วย หรือ ให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และการสร้างเสริม สุขภาพนั้นสามารถทำได้ทั้งในขอบเขตของ รพ. และ ภายนอกโรงพยาบาล หรือทำได้หลายที่ ไม่ จำเป็นต้องทำเฉพาะในบริบทของ รพ. เท่านั้น เช่น สามารถทำกับนักโทษในสถานราชทัณฑ์ หรือทำกับ ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ฯลฯ ซึ่งแต่เดิม พยาบาลจำนวนหนึ่งจะเข้าใจว่า ต้องเป็นการทำงาน ในบริบทของสถานบริการสุขภาพเท่านั้น ซึ่งเป็น มุมมองที่แคบมากเกี่ยวกับเรื่อง “การสร้างเสริม สุขภาพ” ดังที่พยาบาลท่านหนึ่งได้กล่าวว่า “ลักษณะงานที่น้องที่หน่วยสร้างเสริมสุขภาพทำ จะ เป็นการออกไปข้างนอกหรือการทำ CSR มากกว่า แต่ของเราเป็นการทำภายใน รพ. แต่เมื่ออาจารย์ได้ อธิบายให้เราฟังว่าความจริงแล้วมันสามารถทำได้ หลายที่ไม่จำเป็นว่าจะต้องเป็นที่ รพ. เราจึงเกิด ความเข้าใจ”

อย่างไรก็ตาม เมื่อถามว่าเคยเรียนรู้ หรือ รับรู้/รับทราบเรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพ และ/หรือ กรอบออตตาวามาก่อนหรือไม่ โดยเฉพาะตอนเป็น นักศึกษาพยาบาล ผลปรากฏว่า พยาบาลแต่ละท่าน ตอบว่า เคยเรียนมาแล้ว แต่ลืมหรือไม่เข้าใจ หรือ เข้าใจไม่ถูกต้อง²⁸ ตามที่พยาบาลอีกท่านหนึ่งได้ สะท้อนให้ฟังว่า... “อาจารย์คณะพยาบาลเค้าจะมี session เรื่อง health promotion อยู่แล้ว และมีสอน

เรื่องกรอบออตตาวา ซึ่งตอนที่เรียนนั้น ยังไม่ค่อย เข้าใจ แต่พอมาถึงตอนนี้ หนูคิดว่าเข้าใจเรื่องนี้มาก ขึ้น แต่ก่อนมองว่าเรื่องกรอบออตตาวา จะต้อง นำไปใช้ทำกับชุมชน” นอกจากนี้ พยาบาลท่านเดิมนี้ ยังกล่าวเสริมต่อไป ซึ่งเป็นการชี้ให้เห็นถึงการ เปลี่ยนแปลงในเชิงกระบวนทัศน์ที่สำคัญ ที่มองเห็น ลู่ทางในการทำให้คนไข้หรือผู้ป่วยทุกกลุ่มโรคมี คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วยว่า... “ส่วนใน รพ. ของ มหาวิทยาลัย อาจจะไม่ค่อยมีใครพูดถึงเรื่องการ สร้างเสริม เขาอาจจะคิดว่าคิดไว้คิดขึ้น วัดความดัน เรื่องการดูแลสุขภาพ อาจจะเป็นส่วนหนึ่งของการ สร้างเสริมบุคลากร แต่ความจริงแล้วมันมีกรอบของ แต่ละกลุ่มของคนไข้ที่สามารถจะเอาไปขยายผลได้ กับทุกกลุ่มโรค จะไปสร้างเสริมเขาได้ในประเด็นไหน อย่างไร”

นอกจากนี้ จากการประเมินผลในครั้งนี้ ยังพบประเด็นที่สำคัญ ๆ เกี่ยวกับศักยภาพของ ทีมงานในฐานะเป็นผู้สร้างการเรียนรู้ หรือการผลิต พยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลแผลผู้ป่วยที่มีช่อง เปิดลำไส้ทางหน้าท้องและการควบคุมการขับถ่าย ไม่ได้ เพราะที่นี้ได้เคยจัดการอบรมพยาบาลเฉพาะ ทางด้านนี้ไปแล้วจำนวน 9 รุ่น ๆ ละประมาณ 20-25 คน ที่จบไปแล้วประมาณ 144 คน แต่ประเด็น สำคัญคือ ที่ผ่านมาในหลักสูตรที่สอน ไม่ได้มีการพูด เรื่อง กรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ของออตตาวาแต่ อย่างใด ดังนั้น การที่โครงการขับเคลื่อนฯ มา ยกกระต๊บบให้เป็นศูนย์เรียนรู้ของโครงการฯ จึงมี ความสำคัญในแง่ของการผนวกกรอบแนวคิดและ ยุทธศาสตร์ออตตาวาเข้ามาในการอบรมตาม หลักสูตรที่มีอยู่แล้วด้วย ดังนั้น ถ้าใช้ช่องทางนี้ก็น่าจะช่วยให้เกิดการขยายตัวของแนวคิดและ ยุทธศาสตร์ของออตตาวาในวิชาชีพพยาบาล หรือใน

²⁸ ซึ่งข้อมูลตรงส่วนนี้ ตรงกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์พูดคุยกับพยาบาลใน รพ.อื่น ๆ อีกหลายแห่งทั่วประเทศ จากการประเมินของ โครงการขับเคลื่อนฯ นี้เช่นกัน

กลุ่มพยาบาลเฉพาะทางด้านออสโตมีและแผลมากยิ่งขึ้น

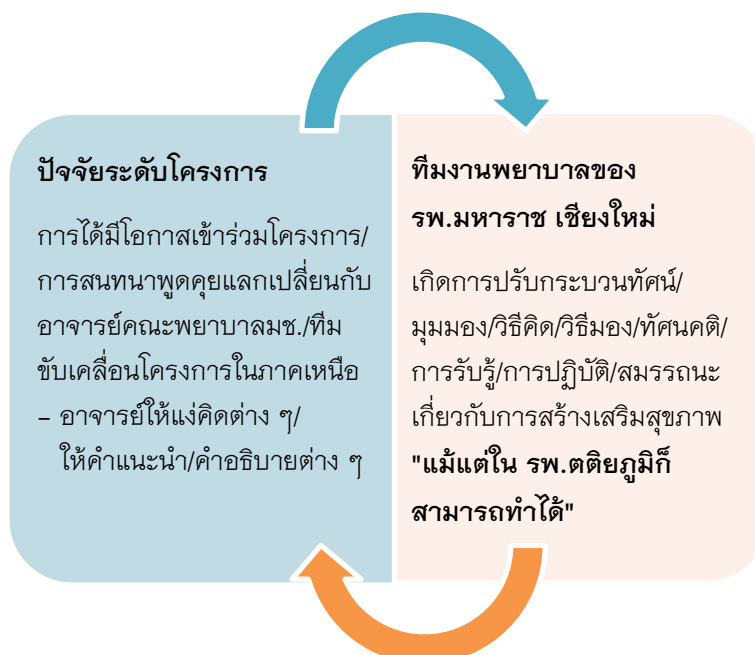
อย่างไรก็ตาม จากการสนทนาพูดคุยพบว่า ยังมีปัญหาอุปสรรคในการทำงานร่วมกันพอสมควร เพราะที่ผ่านมายังไม่ได้มีการวางแผนร่วมกันว่าจะดำเนินการต่าง ๆ ร่วมกันอย่างไร ระหว่างคณะพยาบาลศาสตร์ ม.เชียงใหม่ และทีมงานพยาบาล ของ รพ.มหาราช ว่าจะวางแผนการพัฒนาร่วมกันอย่างไร

สำหรับพยาบาลของ รพ.มหาราช ที่เข้าร่วมโครงการขับเคลื่อนฯ ที่สภากาชาดพยาบาลรับผิดชอบในครั้งนี้ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลเฉพาะทางการดูแลบาดแผลผู้ป่วยที่มีช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ หรือที่เรียกย่อ ๆ ในวงการนี้ว่า “ET Nurse” (Enterostomal Therapy Nurse) ซึ่งจริง ๆ แล้ว รพ.มหาราช มีอยู่ทั้งหมดประมาณ 50 ท่าน แต่ผู้ที่ได้มีโอกาสเข้ามาเรียนรู้ และร่วมเป็นวิทยากรจากส่วนนี้จะมีทั้งหมดประมาณไม่เกิน 10 ท่าน และจากการสังเกตและการวิเคราะห์เชิงสะท้อนจากคำพูดหรือการอธิบายความรู้ความเข้าใจในด้านนี้ พบว่า **จะมีอยู่ประมาณ**

2-3 ท่านเท่านั้นที่สามารถอธิบายได้อย่างค่อนข้างชัดเจน หรือที่สามารถชี้ให้เห็นถึงการเปลี่ยนกระบวนการทัศน/ทัศนคติ/มุมมอง ความรู้ความเข้าใจ ทักษะและการปฏิบัติที่สำคัญ แต่การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญดังกล่าว ยังคงจำกัดอยู่ในกลุ่มคนส่วนน้อย ส่วนหนึ่งน่าจะเป็นเพราะระยะเวลาการทำงานของโครงการขับเคลื่อนฯ ค่อนข้างสั้นหรือกระชั้นมาก ประกอบกับพยาบาลแต่ละท่านมีภารกิจมาก ทำให้ไม่สามารถมาเข้ามาร่วมเรียนรู้และ/หรือเดินทางไปศึกษาดูงานในพื้นที่ต่าง ๆ ของโครงการ ที่มีอยู่ทั้งหมด 5 แห่งได้ หรือไม่สามารถร่วมเป็นวิทยากรได้ (ทั้ง ๆ ที่อาจจะมีความรู้ความเข้าใจในระดับดีก็ตาม)

โดยสรุป สามารถสรุปปัจจัย - องค์ประกอบของการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน/มุมมอง/วิธีคิด/วิธีมองเกี่ยวกับเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ และ/หรือการแสดงบทบาทต่าง ๆ ในการสร้างเสริมสุขภาพของทีมพยาบาล รพ.มหาราช เชียงใหม่ ในรูปแบบภาพได้ดังนี้คือ

แผนภาพที่ 7 ปัจจัย-องค์ประกอบของการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน ทัศนคติ ทักษะ การปฏิบัติ หรือสมรรถนะของพยาบาลตามกรอบออตตาวา: กรณีพยาบาล รพ.มหาราช อ.เมือง จ.เชียงใหม่



สำหรับกรณีต่อไปที่จะนำเสนอ คือ **กรณีของ รพ.แม่ลาว อ.แม่ลาว เชียงราย** ซึ่งเป็น รพ.ทุติยภูมิ ที่ดูแลประชากรประมาณ 33,000 คน ซึ่งพยาบาลและทีมบุคลากรสุขภาพทุกประเภทมีศักยภาพสูงมาก ภายใต้การนำของผู้อำนวยการ รพ. คนก่อนที่อยู่ในตำแหน่งเกือบ 20 ปี และสามารถวิเคราะห์สถานการณ์ด้านสุขภาพในชุมชน/ประชาชน ได้แม่นยำ และได้ให้ความสำคัญกับบทบาทของการแพทย์ทางเลือก การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน/หมอเมือง ศิลปะวัฒนธรรมชุมชน (สะล้อซอ ซึง ดนตรี ค่าว ฯลฯ) และวิธีการบำบัดตามธรรมชาติ ที่มีความเป็น Humanized Health Care เป็นอย่างมาก ครอบคลุมการรักษาดูแลบำบัดทุกด้านทั้งร่างกาย, จิตใจ, อารมณ์, สังคม/ชุมชน, ปัญญา และจิตวิญญาณ และยังฝึกให้เจ้าหน้าที่ของ รพ. มีการทำงานเพื่อส่วนรวม โดยไม่คาดหวังผลประโยชน์ตอบแทน หรือเป็นการทำงานด้วยจิตสาธารณะอย่างแท้จริง ทำให้ทาง รพ. สามารถทำการผ่าตัดต่อกระดูกให้กับผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุ ทั้งหมดประมาณ 4,000 กว่ารายในช่วงเวลาประมาณ 10 ปีที่ผ่านมา โดยไม่มีการติดเชื้อเลยแม้แต่รายเดียว และยังมีการนำประเพณีพื้นบ้าน เช่น การฮ้องขวัญ/เรียกขวัญ มาใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ผ่าตัดต่อกระดูกอีกด้วย โดยทาง รพ. เป็นฝ่ายประสานกับมูลนิธิพิทักษ์ดวงตา และแสวงหาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านจาก รพ.พระมงกุฎ เข้ามาเสริมการทำงานของ รพ. ทำให้สามารถให้บริการได้ในวงกว้าง หรือครอบคลุมผู้รับบริการได้จำนวนมาก โดยไม่ต้องรอนาน สามารถป้องกันปัญหาการพิการจากการสูญเสียดวงตา หรือตาบอดได้อย่างชัดเจน

นอกจากนี้ ทาง รพ.ยังมีการคิดค้นหรือพัฒนานวัตกรรมต่าง ๆ ในการบำบัดรักษากลุ่มผู้ป่วยประเภทต่าง ๆ ทั้งเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, ผู้สูงอายุ, เด็กออทิสติก, เด็กที่มีปัญหาการเรียนรู้ช้า ฯลฯ ซึ่งเป็นการคิดค้นหรือพัฒนาทางเลือกต่าง ๆ ใน

การบำบัดรักษาที่เป็นมิตรกับผู้รับบริการบนฐานของความรู้และประสบการณ์ของทีมนักวิชาการสุขภาพ ที่ผ่านการศึกษาเรียนรู้/การฝึกอบรมในเรื่องการแพทย์ทางเลือก และการพยาบาลเฉพาะทางในด้านต่าง ๆ มาตลอด อย่างต่อเนื่องในช่วงเกือบยี่สิบปีที่ผ่านมา ไม่ว่าจะเป็นด้านครอบครัวบำบัด, สุขคนบำบัด, สมานบำบัด, การภavana, ฤๅษีตัดตน, ผังเข้ม, อาหาร/โภชนาการด้านแมคโครไบโอติกส์ ฯลฯ

นอกจากนี้ ทีมบุคลากรสุขภาพยังให้ความสำคัญกับการพัฒนาหรือเพิ่มทักษะส่วนบุคคลและบทบาทของชุมชนและจิตอาสา ทำให้ปัจจุบัน รพ.มีจิตอาสาจำนวน 700 กว่าคนที่ร่วมกันทำงานเพื่อผู้ป่วย และผู้ที่ยังไม่ป่วย – ซึ่งจิตอาสากลุ่มนี้ไม่ใช่กลุ่มเดียวกับ อสม.แต่เป็นจิตอาสาที่ทำงานได้ทุกอย่างจริง ๆ โดยไม่รับค่าตอบแทนใด ๆ แม้แต่การดูแลสุขอนามัยของผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ทั้งด้านการทำความสะอาด, การเทปัสสาวะ/อุจจาระ, การอาบน้ำให้, การบ้วนอาหาร ฯลฯ ก็สามารทำได้ ตามที่หัวหน้าพยาบาล (คุณมาลี จิตต์) ได้กล่าวว่า.... “อสม.เค้าบอกทำไมได้อย่างจิตอาสา อย่างไปอาบน้ำ สระผม ตัดเล็บ ขมิ้นที่นะคะ อย่างไปเช็คเอี่ยว อสม.เค้าทำไมได้อย่างจิตอาสา พวกเราไม่ได้มีความรู้สูงเลยนะคะอาจารย์ แต่เค้าตั้งใจ บางคนเขียนหนังสือไม่เป็นนะ แต่หนูบอกว่าไม่เป็นไรมาเถอะถ้าใจให้ ได้หมด เอาตามที่เราทำได้ ไปขัดห้องน้ำ ชักผ้าให้ ทำได้หมด”

ทั้งนี้ จิตอาสาในชุมชน ที่ทำงานร่วมกับ รพ.แม่ลาว อย่างใกล้ชิด ครอบคลุมจิตอาสาประเภทต่าง ๆ เกือบทุกด้าน ทั้งจิตอาสาดูแลผู้พิการ (อำเภอแม่ลาวมีผู้พิการประมาณ 700 กว่าคน), จิตอาสาดูแลผู้สูงอายุ/ติดบ้าน/ติดเตียง, จิตอาสาพระสงฆ์ (ดูแลทั้งพระสงฆ์ และคนธรรมดา/ฆราวาสทั่วไป), จิตอาสาดูแลผู้ป่วยมะเร็ง, จิตอาสาดูแลผู้ป่วยวัยทอง, จิตอาสาดูแลผู้ติดเชื้อ ฯลฯ และเหตุผลที่สำคัญประการหนึ่ง ที่ทำให้จิตอาสาชุมชนอำเภอแม่

ลาวมีบทบาทสูงมาอย่างต่อเนื่อง และมีจำนวนมาก ขึ้นเรื่อย ๆ ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการทำงานเสริม ในเชิงจิตวิทยา/จิตใจ คือ ทาง รพ. มีการจัดงาน “ตลาดนัดความดี” เพื่อให้จิตอาสาได้มีโอกาสพบปะ กันและมีการประกาศผลงานและการเชิดชูเกียรติ และความดีของจิตอาสาทุกปี ซึ่งจัดติดต่อกันมา ทั้งหมด 6 ปีแล้ว ประกอบกับนายอำเภอแม่ลาวเอง ก็มีบทบาทเป็นจิตอาสา และทำการเยี่ยมบ้าน ประชาชนด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ จิตอาสายังมีการประชุมร่วมกันทุก 2 เดือน โดยมี นายอำเภอเป็นประธานด้วย

ด้วยเหตุนี้ หัวหน้าทีมพยาบาลและ พยาบาล ของ รพ.แม่ลาว จึงสามารถอธิบายกรอบ แนวคิดและยุทธศาสตร์ออกตัวาวอย่างมีความ เชื่อมโยงและเป็นระบบที่ประสานสอดคล้องกัน ทั้ง 5 มิติ ทั้งเรื่องปัจเจกบุคคล/บุคคล, ชุมชน/กลุ่มคน, สิ่งแวดล้อม, นโยบาย และการปรับระบบบริการ ซึ่ง เป็นการอธิบายบนฐานการทำงานจริงของทีมงาน/ รพ.แม่ลาว ที่มีการปรับบทบาทของ รพ. ไปอย่าง มหาศาลตามที่นำเสนอข้างต้น และทีมบุคลากร สุขภาพใน รพ. แสดงบทบาทเป็นผู้เอื้อกระบวนการ ทำงานและกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน ทำให้ “ชุมชน” มีบทบาทในการขับเคลื่อนสุขภาพ หรือเป็น เจ้าของ “สุขภาพ” องค์กรและสถาบันต่าง ๆ ใน ชุมชน ไม่ว่าจะเป็นวัด ครู นายอำเภอ นายกเหล่า กษชาติ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กลุ่ม/องค์กร/ มูลนิธิต่าง ๆ ฯลฯ เข้ามามีบทบาทและเป็นเจ้าของใน หลายเรื่อง ซึ่งส่วนใหญ่ขับเคลื่อนภารกิจที่สามารถ ทำได้ ด้วยตนเอง หรือใช้ทุน/ทรัพยากรของตัวเอง หรือมีการสมทบทุน/สิ่งของ/อุปกรณ์ให้ทาง รพ. โดย ไม่ต้องรอให้ทาง รพ.สั่งการ แต่เข้ามาร่วมด้วยใจ ด้วยพิจารณาเห็นว่าทาง รพ.มีความต้องการ ยกตัวอย่างเช่น การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ก็สามารถทำได้ ด้วยตัวเอง และเป็นฝ่ายรายงานผลการเยี่ยมบ้านให้ ทาง รพ.ทราบ หรือมีการจัดตั้งศูนย์มิตรภาพบำบัด

ขึ้นในชุมชน หรือวัดต่าง ๆ โดยที่สถาบันสงฆ์ก็มี บทบาทในการเยียวยาผู้ป่วยที่เป็นโรคปวดเมื่อย โรค เครียด ฯลฯ นอกจากนี้ จิตอาสายังมีการเชื่อมโยง กันเป็นเครือข่ายจิตอาสาทั้งอำเภอ มีการตั้งไลน์ กลุ่มในการติดต่อสื่อสารได้อย่างรวดเร็ว เมื่อมีใคร ต้องการความช่วยเหลือ สามารถให้ความช่วยเหลือ ได้อย่างทันการณ์ รวมทั้งเครือข่ายพระสงฆ์/วัด เกือบทุกวัดในอำเภอแม่ลาว เข้ามามีบทบาทในการ หนุนเสริมทุกด้าน โดยเฉพาะการนำของที่ประชาชน ถวาย มาบริจาคให้ทาง รพ.เพื่อนำไปให้กับผู้ป่วยที่มี ฐานะยากจน นอกจากนี้ ผลงานต่าง ๆ ของ รพ.แม่ลาว และชุมชน/หมู่บ้านต่าง ๆ ของ อ.แม่ลาว ยังได้รับ การขยายผลไปสู่อำเภออื่น ๆ ที่อยู่ใกล้เคียงอีกด้วย ปัจจุบันมีศูนย์กายภาพบำบัดที่ดำเนินการโดยชุมชน จำนวนประมาณ 15 ศูนย์ใน 5 อำเภอ

ดังนั้น จึงแสดงให้เห็นว่า การปรับกระบวนการ ทัดนั้นในการมองเรื่อง “สุขภาพ” และ “การขับเคลื่อน สุขภาพ” ในความหมายใหม่ของผู้นำองค์กรและทีม บุคลากรสุขภาพของ รพ.แม่ลาวทั้งหมด จึงมี นัยสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนหรือเปลี่ยนแปลงระบบ โครงสร้าง นโยบาย สิ่งแวดล้อม และท่าที/การ ปฏิบัติ/การแสดงบทบาทด้านต่าง ๆ ของบุคลากร ขององค์กร รวมถึงกระบวนการ-วิธีการทำงานกับ ชุมชน/ประชาชน/ผู้รับบริการอย่างประสาน สอดคล้องกันทุกด้าน ทำให้ชุมชนเกิดความเข้มแข็ง ในทุกด้าน ประชาชน/ชุมชนมีความตระหนักต่อ สุขภาพของตนเอง ให้ความสำคัญในการด้าน การบริโภคอาหารที่ถูกต้อง, การออกกำลังกาย, การตรวจคัดกรองหรือสังเกตสุขภาพของตนเอง, การป้องกันโรคต่าง ๆ ร่วมกัน โดยมีทีมสุขภาพ สหวิชาชีพ ช่วยส่งเสริมศักยภาพในด้านต่าง ๆ ให้ รวมทั้งการดูแลซึ่งกันและกันในชุมชน (ตามที่ นำเสนอข้างต้น) ซึ่งถือว่าเป็นการปรับสิ่งแวดล้อม ทางสังคม-วัฒนธรรมที่มีสำคัญยิ่ง ที่ทำให้คนมี สุขภาพดี ประกอบกับทาง รพ. เอง ก็มีการปรับ

สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ของ รพ.ให้เกื้อกูลต่อการมีสุขภาพดี มีการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ เช่น ไฟฟ้า น้อยลง เพราะปรับอาคาร/ห้องพัก/ห้องทำงาน/เรือนรักษา ฯลฯ เป็นบ้านดินทั้งหมด ซึ่งทำให้เย็น ไม่ต้องใช้ไฟฟ้าหรือเปิดแอร์ ในขณะที่ในช่วงฤดูหนาว บ้านดินกลับช่วยทำให้อากาศภายในอาคารอบอุ่น นอกจากนี้ ทีมงานพยาบาลกำลังเก็บข้อมูลต่าง ๆ เพื่อเป็นการตรวจสอบว่า สิ่งที่ทำมาทั้งหมด บนฐานคิดและนโยบายแบบ “ธรรมชาติบำบัด” และ “การแพทย์ทางเลือกทุกประเภท” สามารถป้องกันโรคต่าง ๆ หรือทำให้โรคที่ป้องกันได้ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ความเครียด ฯลฯ ลดลงหรือไม่ มากน้อยแค่ไหน อย่างไร

ดังนั้น กรณีตัวอย่างจาก รพ.แม่ลาว อ.แม่ลาว จ.เชียงราย นี้ จึงมีนัยสำคัญเป็นอย่างยิ่งว่า การเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์ หรือวิถีคิด/วิถี

มองต่อเรื่อง “สุขภาพ” และเรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพนั้นมีความสำคัญมากแค่ไหน ตรงนี้เป็นแกนกลาง ถ้าเปลี่ยนได้ จะทำให้ทราบว่า จะต้องปรับระบบต่าง ๆ (รวมระบบบริการ) โครงสร้างสิ่งแวดล้อมและนโยบายขององค์กรอย่างไร และจะมองเห็นด้วยว่า บทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพควรอยู่ที่ใคร (ชุมชน/จิตอาสาทุกประเภท) และพยาบาล/ทีมบุคลากรสุขภาพควรทำอะไร หรือให้น้ำหนักกับอะไร และ/หรือควรมีสมรรถนะอะไรบ้าง เพื่อไปเสริมพลังและศักยภาพของประชาชน/ชุมชน/ผู้รับบริการ/องคาพยพต่าง ๆ ในชุมชน จึงอาจแสดงปัจจัย-องค์ประกอบของการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นระบบและเป็นองค์รวมในกรณีของ รพ.แม่ลาว ได้ดังนี้คือ

แผนภาพที่ 8 ปัจจัย-องค์ประกอบของการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์ ทัศนคติ มุมมอง ทักษะ การปฏิบัติ หรือสมรรถนะของพยาบาล: กรณี รพ.แม่ลาว อ.แม่ลาว จ.เชียงราย



ในลำดับต่อไป จะนำเสนอการเปลี่ยนแปลง กระบวนทัศน์/มุมมอง/วิธีการทำงานของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขใน รพ.สต. บ้านห้วยทราย ตำบลแม่ทา อ.แม่ฮอน จ.เชียงใหม่ สำหรับเหตุผลที่เลือกกรณีนี้ เนื่องจาก มีความชัดเจนในการเปลี่ยนแปลง กระบวนทัศน์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. จากการเรียนรู้ร่วมกับชุมชน ที่มีความก้าวหน้าใน ด้านวิถีคิด/วิสัยมอง วิธีการทำงาน/วิธีการพัฒนา ชุมชน ที่มีความเป็นองค์รวม มีความเชื่อมโยง ระหว่างมิติต่าง ๆ ทั้งเรื่องสิ่งแวดล้อม/การใช้ที่ดิน/ การใช้พลังงาน, อาชีพ/การทำมาหากิน, การใช้ชีวิต/ การบริโภค, การให้การศึกษา, การพัฒนาคน, การ พัฒนาชุมชน, การควบคุมและป้องกันโรค ฯลฯ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การสร้างสุขภาวะและความ มั่นคงให้กับชุมชนในด้านต่าง ๆ อย่างครอบคลุม ไม่ว่าจะเป็นเรื่องที่ดิน/การต่อสู้เรื่องที่ดินสำหรับอยู่ อาศัยและทำมาหากิน/การจัดทำโซนนิ่งการใช้ที่ดิน, การเกษตรกรรมแบบยั่งยืน/เกษตรอินทรีย์, การสร้างนโยบายสาธารณะด้านสิ่งแวดล้อมและ การจัดการทรัพยากรน้ำ/ดินป่าไม้, การจัดการพลังงาน อย่างยั่งยืน เช่น การทำแก๊สชีวภาพ, การติดตั้งแผง โซลาร์เซลล์, การส่งเสริมอาชีพอื่น ๆ ที่หลากหลาย ในชุมชน ทำให้ประชาชนมีอาชีพทำตลอดทั้งปี ไม่ต้องย้ายถิ่นไปที่อื่น ทำให้มีความรักผูกพันในชุมชน ของตน ทำให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนของตน ให้ดีขึ้น, การมีเวทีพูดคุยแลกเปลี่ยนกันอย่าง สม่ำเสมอบนฐานวัฒนธรรมที่เรียกว่า “ช่วงก่ากิด” และการมีเวที อบต.สัญจรไปตามหมู่บ้านต่าง ๆ ทำให้สามารถสื่อสารข้อมูลสำคัญซึ่งกันและกันได้อย่าง ทัวถึง ทำให้ประชาชนมีช่องทางในการแสดงความคิดเห็น/ปัญหาและความต้องการ และทำให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาทุกด้าน

นอกจากนี้ ชุมชนตำบลแม่ทายังมีการ ส่งเสริมการเรียนรู้และการพัฒนาเด็กและเยาวชน/ คนรุ่นใหม่ เพื่อป้องกันปัญหาต่าง ๆ อาทิเช่น ยาเสพติด

และเพื่อเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนชุมชนไปใน ทิศทางที่พึงปรารถนาของทุกคน โดยเด็กและ เยาวชนควรจะต้องมีอย่างน้อย 3 สิ่งที่สำคัญ คือ ความรู้ทางวิชาการ, ทักษะชีวิต และความภูมิใจใน รากเหง้าและความเป็นมาของชุมชนแม่ทา ซึ่งจริง ๆ แล้ว ประเด็นนี้เป็นเรื่องที่มีนัยสำคัญต่อทิศทางใน อนาคตและความยั่งยืนของชุมชนเป็นอย่างยิ่ง ซึ่ง สะท้อนให้เห็นว่า ผู้นำมีวิสัยทัศน์และมีความเข้าใจ แนวคิดการพัฒนาที่ยั่งยืน หรือการพัฒนาที่คำนึงถึง คนรุ่นหลังอย่างแท้จริง ดังคำพูดของนายก อบต. ที่ กล่าววว่า... “เมื่อก่อนเราจะเข้าไปทางโรงเรียน พยายามเอาเรื่องบริบทของชุมชน และการอาสา พัฒนาเข้าไปอยู่ในหลักสูตร โดยมีปราชญ์ชาวบ้าน เข้าไปช่วยสอนเรื่องการทำเกษตร เวลาที่มีการ จัดกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งในรูปแบบการออกค่ายซึ่งจะ เน้นเรื่องของการรักชุมชน รู้จักรากเหง้าของชุมชน การภาคภูมิใจในอาชีพของพ่อแม่ที่เป็นเกษตรกร ไม่ว่าจะเป็นการจัดค่ายอะไรก็แล้วแต่ เช่น ค่ายยา เสพติด ก็จะสอดแทรกเรื่องทรัพยากร และความ ภาคภูมิใจของคนแม่ทาเข้าไปด้วย ซึ่งเรามีความหวัง ว่าเด็กต้องได้ 3 อย่าง คือ 1.มีความรู้เรื่องวิชาการ 2. ทักษะชีวิต และ 3.ความภูมิใจในรากเหง้าของคนแม่ ทา จึงเป็นหลักสูตรของคนรักแม่ทา”

ทั้งนี้ “หลักสูตรคนรักแม่ทา” ซึ่งเป็น กลไกและเครื่องมือสำคัญในการสร้างและพัฒนาคน รุ่นใหม่ของชุมชนนี้ ได้มีการจัดมาแล้วประมาณ 6 รุ่น ๆ ละ 60-70 คน แต่ละรุ่นจะมีผู้นำ/แกนนำที่ คอยสานงานต่อ หรือส่งทอดความคิดดี ๆ เพื่อ ตนเอง ครอบครัวและชุมชน ให้กับคนรุ่นต่อ ๆ ไป ซึ่ง ตอนนี้นักเรียนรุ่นใหม่กำลังสนใจเรื่อง “เกษตรอินทรีย์” ซึ่งน่าจะเป็นจุดเปลี่ยน หรือจุดคานงัดที่สำคัญใน การสร้างความเป็นอยู่ที่ดีให้กับคนรุ่นใหม่/ครอบครัว/ ชุมชน ถ้าได้รับการส่งเสริมอย่างครบวงจรทุกด้าน โดยเฉพาะด้านการตลาด และการเชื่อมโยงเครือข่าย กับผู้บริโภคทั้งในท้องถิ่น และระหว่างชนบทกับเมือง

ประเภทต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเครือข่ายออนไลน์ที่กำลังมีพลังในการเชื่อมประสานหรือช่วยให้ผู้ผลิตได้พบกับผู้บริโภค โดยไม่ต้องผ่านพ่อค้าคนกลาง

นอกจากนี้ ชุมชนตำบลแม่ทา, รพ.สต. บ้านห้วยทราย และองค์การบริหารส่วนตำบลแม่ทายังมีความสามารถในการทำให้เรื่อง “สุขภาพ” เป็นเรื่องของทุกคน หรือไม่ได้ผูกขาดไว้ในมือของหมอหรือพยาบาลเท่านั้น ทำให้ทุกคนสนใจเรื่อง การดูแลสุขภาพของตนเอง และสุขภาพของชุมชนอย่างเป็นองค์รวม ไม่ได้ขีดเส้นแบ่งว่านี่เป็นเรื่องของหมอ อันนี้เป็นเรื่องของ อบต. ดังคำพูดที่ว่า “เรามีความโชคดีอย่างหนึ่งที่เราเจอกันบ่อย ประชุมกันบ่อย เราจึงรู้ปัญหาที่แท้จริงของแม่ทา มันคืออะไร และผู้นำเขาทำให้เราเห็นว่าปัญหาที่แท้จริงของเราคืออะไรและพยายามเชื่อมโยงภารกิจแต่ละองค์กรมเชื่อมกันให้ได้ ไม่ใช่ต่างคนต่างทำ ทำให้งานมันเชื่อมโยงกันได้ เป็นหมอกก็พูดเรื่องทรัพยากรได้ หรือผมเองก็สามารถพูดเรื่องสุขภาพได้บางเรื่อง เช่น เรามีข้อมูลจากคุณหมอว่าเดี๋ยวนี้เราเป็นโรคความดันกันเยอะ นอกจากเรื่องการดูแลสุขภาพแล้วเรื่องสุขภาพก็เป็นองค์ประกอบที่สำคัญ เพราะในชุมชนมีเรื่องการสร้างแรงจูงใจแต่ในชุมชนก็ต้องไปสร้างเรื่องนี้ให้มันเกิด”

นอกจากนี้ ชุมชนตำบลแม่ทายังเน้นความสัมพันธ์ในแนวราบ หรือความสัมพันธ์ที่เท่าเทียม ทำให้มีเครือข่ายประเภทต่าง ๆ จำนวนมาก ไม่ว่าจะเป็นเครือข่ายการทำการเกษตรแบบยั่งยืน, เครือข่ายชาวบ้าน, เครือข่ายเด็กและเยาวชน ฯลฯ จนชุมชนกลายเป็นแหล่งเรียนรู้ให้กับหน่วยงานต่าง ๆ โดยเฉพาะสถาบันการศึกษาต่าง ๆ จำนวนมากหลายแห่ง ได้แก่ ม.เชียงใหม่, ม.พะเยา, ม.แม่โจ้, ม.ราชภัฏ, ม.มหิดล, ม.ธรรมศาสตร์ ที่สามารถเข้ามาเรียนรู้หลายด้าน/หลายสาขาวิชา ไม่ว่าจะเป็นสาขาวิชาอะไร ก็สามารถมาเรียนรู้ที่นี้ได้ ทั้งด้านการ

พัฒนาชุมชนอย่างเป็นองค์รวม, การเกษตรกรรม, การแปรรูปผลผลิต, การแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมและมลภาวะ, การดูแลตนเองของประชาชนและการบริโภคอาหารที่ปลอดภัย, การรวมกลุ่ม, ฯลฯ

จึงอาจกล่าวสรุปได้ว่า การเรียนรู้ร่วมกับชุมชน และ/หรือการทำงานอย่างใกล้ชิดกับชุมชน การให้ความสำคัญกับบทบาทของชุมชน การกระทำตัวเป็น “น้ำ” ที่หลอมรวมเป็นหนึ่งเดียวกับชุมชน ทำให้บุคลากรสุขภาพเกิดการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศนคติ/วิธีคิด/วิธีมองเรื่อง “สุขภาพ” ในความหมายของชุมชนอยู่ตลอดเวลา และสามารถปรับตัว ปรับบทบาทมาหนุนเสริมในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านข้อมูลสุขภาพ ด้านการเอื้ออำนาจสถานที่ ดังนั้น ในบริบทที่ชุมชนมีความเข้มแข็ง บุคลากรสุขภาพควรมองเห็นและเข้าใจ “ศักยภาพ” ตรงนี้ เพราะเป็นจุดสำคัญที่จะทำให้เกิดการพัฒนาสมรรถนะในด้านต่าง ๆ ซึ่งเป็นสมรรถนะที่มีความสำคัญต่อความเป็นอยู่ที่ดี หรือสุขภาพของชุมชน

กรณีสุดท้ายที่จะนำเสนอ คือ กรณีสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ของ รพ.สต. เขาไม้แก้ว ต.เขาไม้แก้ว อ.สีเกา จ.ตรัง สำหรับในกรณีนี้ จะมีความคล้ายคลึงกับกรณีของการสร้างเสริมสุขภาพในระดับปฐมภูมิที่ ต.แม่ทา อ.แม่ฮอน เชียงใหม่ เป็นอย่างมาก ที่ชุมชนมีบทบาทนำ หรือเดินนำหน้า รพ.สต. กล่าวคือ ชุมชนมีความตระหนัก มีความเข้มแข็ง มีความตื่นตัวต่อเรื่อง การสร้างสุขภาพและสุขภาพะ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะมีผู้นำ/ผู้ใหญ่บ้าน/องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มีความสำนึกในความเป็นชุมชนเขาไม้แก้ว จึงร่วมมือกับชาวบ้านในการทำการพัฒนาทุกด้าน และสามารถขับเคลื่อนอย่างมีความเชื่อมโยงระหว่างเรื่องเศรษฐกิจกับเรื่องสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจเน้นการมีอยู่มีกิน หรือการพึ่งพาตัวเองในด้านปัจจัยพื้นฐานต่าง ๆ ของทุกครัวเรือน ซึ่งก็คือ การมีผักและปลาไว้บริโภคไม่ได้ขาด และต่อมาได้นำหลักปรัชญา

เศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ด้วย ยิ่งทำให้เกิดการพัฒนา หรือปรับเปลี่ยนที่ดินให้ทำการผลิตในด้านต่าง ๆ เพิ่มขึ้น เพื่อให้พอเพียงต่อการบริโภค และยังมีขายเพื่อนำรายได้เข้าครัวเรือนด้วย ดังคำกล่าวของผู้นำท่านหนึ่งที่ว่า... “หมู่บ้านของเราขับเคลื่อนมาก่อนแล้ว เกี่ยวกับการปลูกผักสวนครัว ผักรั้วกินได้ เลี้ยงปลา เลี้ยงสัตว์ทำนองนี้ หมู่บ้านเราทำมานานแล้ว.... คือดั้งเดิมของวิถีชีวิต หรือว่าบริบทของชุมชน ชาวบ้านก็พยายามที่จะดูแลตนเองในเรื่องของอาหารการกิน ปลูกพืชที่เรากินเอง ที่ปลอดภัย และดีต่อสุขภาพ แล้วก็เป็นการประหยัด ต่อมาก็ต่อยอดเป็นเรื่องหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียง”

นอกจากนี้ ชุมชน/หมู่บ้าน/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพสิ่งแวดล้อม เพราะมองว่า ทั้งเรื่องเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมต้องไปด้วยกัน ถ้าสิ่งแวดล้อมไม่ดี เศรษฐกิจก็ไม่ดี และสุขภาพก็ไม่ดีตามไปด้วย จึงให้ความสำคัญกับการกระทำการกับปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ (social determinants of health) เป็นอย่างมาก ด้วยการจัดทำสวนสาธารณะของชุมชน/หมู่บ้าน เพื่อเป็นแหล่งพักผ่อนหย่อนใจ และเป็นสถานที่ในการออกกำลังกายให้กับคนในชุมชน และยังใช้เป็นที่พักผ่อนและสร้างแรงดึงดูดใจให้กับนักท่องเที่ยวได้ด้วย พร้อมทั้งมีการพัฒนาภูมิทัศน์/ระบบนิเวศน์ และแหล่งท่องเที่ยวทางประวัติศาสตร์ต่าง ๆ ในชุมชนอย่างสวยงาม ตามวิถีของชุมชน ให้ความสำคัญกับการจัดการขยะอย่างเป็นระบบ ด้วยการพึ่งพาตนเอง ใช้วิธีการรณรงค์การแยกขยะ เพื่อนำไปขาย สร้างรายได้พิเศษ และให้มีปริมาณขยะเหลือน้อยที่สุด และใช้วิธีสร้างเตาเผาขยะขนาดเล็กกระจายไปตามคุ้มบ้านหรือเขตบ้าน เพื่อให้ชาวบ้าน/ประชาชนมีการเผาขยะอย่างเป็นที่เป็นทาง

นอกจากนี้ ชุมชนตำบลเขาไม้แก้วยังให้ความสำคัญกับการมีแหล่งแลกเปลี่ยนสินค้าที่มีคุณภาพภายในชุมชน พร้อมทั้งส่งเสริมการขายได้และส่งเสริมสุขภาพ หรือการบริโภคอาหารปลอดภัยไปด้วยในเวลาเดียวกัน ซึ่งเรียกว่า “ตลาดนัดชุมชนคนรักสุขภาพ” จัดขึ้นทุกวันอังคารและวันศุกร์ เปิดให้ชาวบ้านนำสินค้าต่าง ๆ มาขาย โดยเฉพาะผักปลอดสารพิษ อาหารที่ดีต่อสุขภาพ ฯลฯ โดยที่ รพ.สต. และ อสม. ก็จะมีการสุ่มตรวจดูว่ามีสารพิษตกค้างในผักหรืออาหารหรือไม่ รวมทั้งการสุ่มตรวจอาหารประเภทต่าง ๆ ทั้งในงานตลาดนัดสุขภาพ และในช่วงเวลาปกติ เช่น การตรวจสารฟอกขาว, สารบอแรกซ์, น้ำมันใช้ซ้ำ ฯลฯ รวมถึงมีการลงทุนทำโรงผลิตน้ำดื่มที่มีคุณภาพ สะอาด ปลอดภัย และจำหน่ายในราคาถูกให้แก่ชาวบ้านด้วย และกำลังรณรงค์ทั้งด้านการบริโภคอาหาร, การออกกำลังกาย, การดูแลสุขภาพด้วยการนวด/การประคบสมุนไพร ที่นี้ให้ความสำคัญกับการแพทย์แผนไทย มีการจัดพื้นที่ทำสปาและให้บริการแก่ชุมชน ทำให้ รพ.สต. มีรายได้เข้า รพ.เพื่อการพึ่งพาตนเอง ในยามที่กำลังประสบภาวะวิกฤตทางการเงินด้วย มีการจัดตกแต่งบริเวณของ รพ.สต. อย่างสวยงาม เกื้อกูลต่อสุขภาพ ทำให้คนอยากมาใช้บริการ ฯลฯ ทั้งนี้เพื่อการควบคุมโรคเฝ้าระวังไปพร้อม ๆ กันด้วย หรือถ้าเป็นแล้ว ก็มีทางเลือกในการรักษาบำบัดที่ไม่ใช้ยาเพียงอย่างเดียว ซึ่งเมื่อพิจารณาแล้วชุมชนให้ความสำคัญกับเรื่องเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมอย่างเท่าเทียมกัน เพราะมองว่าทั้งสองประเด็นมีความสำคัญเท่ากัน และ/หรือเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่มีความสำคัญเท่าเทียมกัน

การที่ชุมชนประสบผลสำเร็จในหลาย ๆ ด้าน และได้รับรางวัลจำนวนมาก ทั้งการเป็นหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงดีเด่น, ผู้ใหญ่บ้านดีเด่น, คณะกรรมการเขตบ้านดีเด่น, อสม.ดีเด่นระดับชาติ ฯลฯ น่าจะเป็นผลมาจากการที่ผู้นำให้ความสำคัญกับการพัฒนาคนก่อนการพัฒนาวัตถุ หรือทำให้คน

มีคุณภาพก่อนอื่นใด ทำให้สามารถสื่อสารซึ่งกันและกันได้ ประกอบกับมีความเป็นญาติพี่น้องกัน ที่ต้องการเห็นคนในชุมชน/หมู่บ้านมีความเป็นอยู่ที่ดี มีความสามัคคี จึงเน้นการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม หรือทุกคนมีความเป็นเจ้าของร่วมกัน ไม่ใช่เรื่องของใครคนใดคนหนึ่ง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ตัวผู้นำจะต้องทำให้ชาวบ้านดูเป็นตัวอย่างก่อน ต้องลงมือทำก่อน และที่สำคัญคือ ต้องพัฒนาหรือสร้างคนก่อนการสร้างวัตถุ ดังเช่นที่ผู้นำท่านหนึ่งได้กล่าวว่า.... “เขาถามผมอย่างเดียวว่า ทำยังไง ไม่ว่าจะส่งประกวดอะไร ก็ได้ชนะเลิศทุกครั้ง ผมก็ตอบว่า ก่อนที่เราจะสร้างวัตถุอะไรก็ต้องสร้างคนก่อน สร้างตัวบุคคลก่อน สร้างตัวบุคลากร หาตัวผู้นำก่อน เช่น ผมใครทำไม่ทำ ไม่ว่า แต่ผมต้องทำเกี่ยวกับการพัฒนาของหมู่บ้านนี้ เกี่ยวกับการถางหญ้า เก็บขยะ หมู่บ้านผมก็ต้องทำมาก่อน อบต.ก็ต้องทำมาก่อน” และปัจจัยที่สำคัญอีกสามประการ ทำให้ได้สำเร็จ คือ การลงมือทำจริง การสื่อสารอย่างทั่วถึง และมีการเรียนรู้อยู่เสมอ ดังเช่นที่ผู้นำอีกท่านหนึ่งกล่าวว่า... “ผมก็เคยไปดูงานที่อื่นมา แต่ผมมาดูกับบ้านเราไม่เหมือนกัน คำพูดก็พูดได้ทั้งนั้น ดีแบบนี้ เก่งอย่างนี้ แต่ไม่ได้ออกมาจากการกระทำ แต่ว่าของผมกระทำจริง ๆ การแบ่งคัมบ้านก็ชัดเจนและการเรียนรู้ฐานทั้งหมด 10 ฐานก็ทำกันจริง สามารถที่จะพูดสื่อสารกันได้”

ดังนั้น การสร้างการเรียนรู้ให้กับพยาบาล/นักศึกษาพยาบาล หรือบุคลากรสุขภาพสาขาอื่นใด ควรให้ความสำคัญกับการทำความเข้าใจสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ของชุมชนก่อน ๆ ที่จะนำความคิด หรือมุมมองของเราไปใส่ในชุมชน ควรฝึกให้พยาบาล/นักศึกษาพยาบาล/บุคลากรสุขภาพเรียนรู้จัก “**ความหมายของสรรพสิ่งต่าง ๆ**” ที่มีอยู่หรือเป็นอยู่ในชุมชน ก่อนที่จะผลิผลลามาเข้าไปแทรกแซงเรื่องราวต่าง ๆ ในชุมชน แต่ควรมอง ฟัง เรียนรู้ วิเคราะห์ เพื่อทำความเข้าใจ “**ความหมายของกระทำต่าง ๆ ของ**

ชาวบ้าน/ชุมชน” ก่อน เพราะนี่คือ การเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์/โลกทัศน์/ทัศนคติ/ความรู้/ความเข้าใจ/การปฏิบัติ/สมรรถนะ ที่มีความสำคัญมากที่วิชาชีพการพยาบาลและ/หรือบุคลากรสุขภาพวิชาชีพอื่น ๆ ควรให้ความสำคัญ โดยเฉพาะการเรียนรู้การสอนในสาขาวิชาการพยาบาลชุมชน ควรทำความเข้าใจประเด็นพื้นฐานนี้ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับฐานรากได้จริง และควรเล็งมองว่า “สุขภาพ” คือ เรื่องโรคภัยไข้เจ็บเท่านั้น เพราะถ้าบุคลากรสุขภาพเข้าใจเรื่อง สุขภาพในมุมมองของประชาชน และชุมชนได้ จะสามารถร่วมสร้างสุขภาพหรือร่วมมือกับประชาชน/ชุมชนอย่างได้ผลดี โดยไม่ต้องเหนื่อย เพราะไม่ต้องไปวิ่งตามแก้ปัญหาเป็นเรื่อง ๆ หรือเป็นคน ๆ แต่สามารถทำงานเชิงการขับเคลื่อนในระดับระบบ โครงสร้าง กลไก นโยบาย สิ่งแวดล้อมได้อย่างง่ายดาย เพียงแค่การปรับกระบวนทัศน์/วิธีคิด/วิธิมอง **ที่สำคัญที่สุด คือ การมองเห็นและเข้าใจ “ศักยภาพและข้อจำกัดของชุมชน/ประชาชนตามความเป็นจริง”**

ถ้าชาวบ้าน/ชุมชนเก่งในเรื่องใดอยู่แล้ว ก็แสดงบทบาทในเชิงหนุนเสริม หรือเอื้ออำนวย ความสะดวกให้ชุมชนเป็นทัพหน้าในการขับเคลื่อน หรือการแสดงผล หรือการเป็นผู้กระทำการ (actor) ถ้าชุมชน/ชาวบ้านมีข้อจำกัด/ข้ออ่อนในเรื่องใด หรือต้องการให้ช่วยเสริม หรือช่วยแก้ไขในข้อจำกัดในเรื่องใด ก็ให้ทำเรื่องนั้น (ไม่ต้องไปทำแทนทุกเรื่อง) เช่น การตรวจและวิเคราะห์เชิงเทคนิคต่าง ๆ ทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory Investigation) ไม่ว่าจะ เป็นตรวจเลือด, ตรวจสารเคมี, ตรวจอื่น ๆ ที่จำเป็นที่ชาวบ้านไม่สามารถทำได้ เจ้าหน้าที่ก็สามารถดำเนินการตรวจนี้ได้ หรือถ้าเรื่องใดสามารถถ่ายทอดความรู้สู่ชุมชน/ประชาชนได้ หรือฝึกให้เขาทำได้ เช่น ที่ให้ อสม.ทำอยู่แล้วในหลายเรื่อง ก็ให้เขาทำ แต่สิ่งที่สำคัญที่สุดที่พบว่า ยังมีจุดอ่อนในทุกแห่ง ก็คือการสร้างหรือพัฒนาองค์ความรู้ทางวิชาการที่

สอดคล้องกับความจริงและใช้ได้ ซึ่งพยาบาล/ทีมสุขภาพควรทำหน้าที่ตรงนี้ เพราะชาวบ้านส่วนใหญ่ไม่ถนัดตรงนี้ ดังนั้น การฝึกกำลังกันบนหนทางและวิธีการ/แนวทางที่ถูกต้อง จึงมีความสำคัญยิ่ง **เพราะที่จริงการสร้างเสริมสุขภาพ หรือการสร้าง “สุขภาพและสุขภาวะ” (health and well-being) ก็คือเรื่อง การสร้าง หรือพัฒนา หรือส่งเสริม “การดำเนินชีวิตของประชาชน” ให้มีคุณภาพ มีความสุข ความเป็นอยู่ที่ดี ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บนั่นเอง**

ในลำดับต่อไป จะเป็นการนำเสนอผลการวิเคราะห์ศักยภาพของศูนย์เรียนรู้/แหล่งเรียนรู้ ที่มีบทบาทในการสร้างการเรียนรู้ และการส่งเสริมการปรับกระบวนการทัศน์/วิธีคิด/วิธีมอง/วิธีการทำงาน/สมรรถนะใหม่ ๆ ซึ่งโครงการฯ ได้สนับสนุนให้มีการดำเนินการมาได้ระดับหนึ่งแล้ว

3.1.6 ศักยภาพของศูนย์เรียนรู้/แหล่งเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์/วิธีคิด/วิธีมอง/วิธีการทำงานและสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ศักยภาพของศูนย์เรียนรู้ หรือแหล่งเรียนรู้นวัตกรรม ณ ที่นี้ จะให้ความสำคัญกับการพิจารณาความพร้อมในด้านต่าง ๆ ของศูนย์เรียนรู้ หรือการเป็นแหล่งเรียนรู้ ที่เป็นการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน ศักยภาพ ข้อจำกัด ปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ พร้อมทั้งการชูประเด็นสำคัญ ที่เชื่อมโยงกับบริบทของแต่ละแห่ง โดยเฉพาะบริบทของชุมชน/พื้นที่แวดล้อมที่มีนัยสำคัญต่อการเรียนรู้ครอบคลุมทั้งด้านตัวองค์ความรู้ที่มีอยู่/ประเด็นการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้อง, ความพร้อม/การจัดสรรเวลาของ

วิทยากร/ผู้สอน/ผู้ถ่ายทอดแนวคิดและยุทธศาสตร์ การขับเคลื่อน, สถานที่/พื้นที่/ชุมชนในพื้นที่เรียนรู้, เอกสาร/เครื่องมือ/อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จำเป็น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความสำคัญของประเด็นการเรียนรู้ที่จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนในเชิงกระบวนการทัศน์/โลกทัศน์/ทัศนคติ/วิธีคิด/วิธีมอง ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ การปฏิบัติ สมรรถนะต่าง ๆ เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ออตตาวา ซึ่งคงจะไม่สามารถลงรายละเอียดได้ทั้งหมดทุกศูนย์ จึงใช้วิธีการเลือกขึ้นมานำเสนอเป็นกรณีศึกษา (ตามที่อธิบายไว้ในส่วนที่ 1 และ 2 ข้างต้น) แต่ก็พยายามให้มีความครอบคลุมศูนย์เรียนรู้อื่น ๆ ที่ไม่ได้เลือกเป็นกรณีศึกษาด้วย แต่อาจจะไม่ได้ให้ภาพเกี่ยวกับศูนย์เหล่านั้นอย่างละเอียด

จากการพิจารณาประเด็นการเรียนรู้ ที่แต่ละศูนย์เรียนรู้นำเสนอหรือมีศักยภาพในการสร้างการเรียนรู้ให้กับพยาบาลหรือนักศึกษาพยาบาลพบว่า สามารถสรุปภาพรวมประเด็นการเรียนรู้ต่าง ๆ ในขอบเขตทั่วประเทศจากทั้งหมด 29 ศูนย์ ได้ดังนี้คือ ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ/พฤติกรรมกรรมการบริโภค มีทั้งหมดจำนวน 3 ศูนย์ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพประชากรกลุ่ม/วัยต่าง ๆ เช่น ผู้สูงอายุ, ผู้พิการ มีจำนวน 3 ศูนย์, ด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยที่มีออสโตมีและแผล มีจำนวน 3 ศูนย์, ด้านการควบคุมโรคเรื้อรัง มีทั้งหมดจำนวน 2 ศูนย์, ด้านการปรับระบบบริการในการดูแลผู้ป่วย (วัณโรค และไต) มีจำนวน 2 ศูนย์, ด้านการป้องกันมะเร็ง มีจำนวน 1 ศูนย์, ด้านการปรับระบบบริการตติยภูมิที่มีความเชื่อมโยงกับระบบทุติยภูมิและปฐมภูมิ มีจำนวน 1 ศูนย์, ด้านการบำบัดรักษาด้วยวิถีธรรมชาติ/การแพทย์ทางเลือก และการขับเคลื่อนชุมชนอย่างเป็นองค์รวม จำนวน 1 ศูนย์, ด้านการขับเคลื่อนสุขภาพองค์รวม จำนวน 1 ศูนย์ - แต่

โครงการประเมินผลพบว่า มีอีกหนึ่งพื้นที่ ๆ ได้ไปเยี่ยม ที่มีการขับเคลื่อนสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม และมีศักยภาพในการสร้างการเรียนรู้ แต่ไม่ได้รับเลือกเป็นศูนย์เรียนรู้จากโครงการขับเคลื่อนฯ มีอีก 1 แห่ง คือ ที่ รพ.สต.เขาไม้แก้ว อ.สิเกา จ.ตรัง และทีมประเมินผลต้องการนำเสนอไว้ ณ ที่นี้ด้วย เพราะมีนโยบายและความหมายต่อการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ของพยาบาลและบุคลากรสุขภาพวิชาชีพต่าง ๆ เป็นอย่างมาก - จึงรวมเป็น 2 แห่ง, ด้านคลินิกการเล็กบุหรีและการเป็นองค์กรปลอดบุหรี จำนวน 1 ศูนย์, ด้านการพยาบาลจิตเวช จำนวน 1 ศูนย์, ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง จำนวน 1 ศูนย์, ด้านการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านด้วย Home Ward จำนวน 1 ศูนย์, ด้านการดูแลต่อเนื่อง (Continuing Care) จำนวน 1 ศูนย์ และด้านการพยาบาลฉุกเฉินจำนวน 1 ศูนย์

สำหรับที่เหลืออีกจำนวน 5 ศูนย์ แบ่งเป็น เรื่อง นวัตกรรมกรให้นมแม่ 1 ศูนย์ สุขภาพองค์รวมของบุคลากร 1 ศูนย์ ซึ่งศูนย์การเรียนรู้ทั้ง 2 แห่งนี้ ในมุมมองของทีมประเมินผล ยังไม่ใช่ศูนย์การเรียนรู้ที่มีความโดดเด่น ที่จะทำให้พยาบาลหรือนักศึกษาพยาบาลเกิดการปรับเปลี่ยนหรือเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์/วิธีคิด/วิธีมอง/มุมมอง/วิธีการทำงานเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในบริบทที่สลับซับซ้อนได้มากเท่าใดนัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปรับกระบวนการทัศน์ตามกรอบอดตาวา ส่วนหนึ่งอาจจะเป็นเพราะศูนย์เรียนรู้ด้าน นวัตกรรมกรให้นมแม่ เป็นการปรับในเชิงทักษะที่ไม่ค่อยมีความซับซ้อน และยังไม่ค่อยเห็นการขับเคลื่อนในประเด็นอื่น ๆ ที่มีความ

เชื่อมโยงกัน โดยเฉพาะการทำงานกับชุมชน และปัจจัยกำหนดสุขภาพในเชิงนโยบาย สำหรับเรื่อง **สุขภาพของบุคลากรนั้น** สิ่งของทีมประเมินผลได้รับทราบ เป็นการจัดการแสดงดนตรีในตึก และเปิดให้ผู้ป่วย/ญาติ/ครอบครัวสามารถเข้ามามีส่วนร่วมกิจกรรมได้ รวมทั้งบุคลากรที่ทำงานอยู่ในคณะแพทยศาสตร์ และพยาบาลศาสตร์ สามารถเข้ามามีส่วนร่วมแสดงดนตรีให้กับผู้ป่วยได้ด้วย ถ้ามีความสามารถ ซึ่งเป็นเรื่องที่ไม่ค่อนข้างง่าย ไม่ซับซ้อน หรือไม่สามารทำให้เกิดการปรับกระบวนการทัศน์ที่มองเห็นความเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปัจเจกบุคคล, ชุมชน, สิ่งแวดล้อม, นโยบาย และระบบบริการ/ระบบการศึกษาอย่างสลับซับซ้อน แต่อันที่จริงนั้น การขับเคลื่อนเรื่องนี้มีความสำคัญ เพราะเป็นเหมือนกับการปรับระบบบริการและสิ่งแวดล้อมในการรักษาให้มีความเกื้อกูล/มีความเป็นมิตร/มีสุนทรียภาพ แต่สิ่งที่ทางคณะพยาบาลศาสตร์ มอ. ดำเนินการยังเป็นการดำเนินงานแบบง่าย ๆ ไม่ได้ครอบคลุมมิติต่าง ๆ ของกรอบอดตาวาและไม่มีฐานวิชาการรองรับ ซึ่งไม่น่าจะสามารถทำให้พยาบาล/นักศึกษาพยาบาลเกิดการเรียนรู้ และการเปลี่ยนแปลงวิธีคิด/วิธีมอง/มุมมองได้มากเท่าใดนัก นอกจากนั้น ยังมีอีกจำนวน 3 ศูนย์ที่โครงการกำหนดให้เป็นศูนย์เรียนรู้ แต่ทีมประเมินผลไม่ได้มีโอกาสไปเยี่ยม จึงไม่สามารถอธิบายได้ จึงขออนุญาตตัดออกไป โดยสามารถแสดงประเด็นการเรียนรู้ที่โดดเด่นของโครงการขับเคลื่อนฯ ได้ทั้งหมดจำนวน 16 ประเด็น/ด้าน ครอบคลุมศูนย์เรียนรู้ทั้งหมดจำนวน 24 แห่ง ดังนี้คือ

ตารางที่ 3 ภาพรวมประเด็นการเรียนรู้ที่สำคัญของศูนย์เรียนรู้ในขอบเขตทั่วประเทศและ
จำนวนศูนย์เรียนรู้ในแต่ละประเด็น

ประเด็นการเรียนรู้ที่สำคัญของศูนย์การเรียนรู้/พื้นที่การเรียนรู้	สถานที่/อำเภอ/จังหวัด	รวมจำนวนศูนย์เรียนรู้ทั้งหมด
1. ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ/ พฤติกรรมกรรมการบริโภค (จำนวนรวม 2 ศูนย์)	รพ.สต.มหาสวัสดิ์ อ.พุทธมณฑล จ.นครปฐม	1
	รพ.สต.ตะกวง อ.เมือง จ.ตราด	1
2. ด้านการสร้างเสริมสุขภาพประชากร วัย/ประเภทต่าง ๆ เช่น ผู้สูงอายุ, คนพิการ (จำนวน 3 ศูนย์เรียนรู้)	รพ.บ้านบึง อ.บ้านบึง จ. ชลบุรี	1
	รพ.สต. ท่ากว้าง ต.ท่ากว้าง อ.สารภี เชียงใหม่	1
	รพ.บางกล่ำ อ.บางกล่ำ จ.สงขลา	1
3. ด้านการควบคุมโรคเรื้อรัง (Chronic Diseases Control) (จำนวน 2 ศูนย์)	รพ.พุทธมณฑล อ.พุทธมณฑล จ.นครปฐม	1
	รพ.งะหวา อ.งะหวา จ.พัทลุง	1
4. ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ/การพัฒนา คุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีออสโตมีและ แผล (จำนวน 3 ศูนย์)	รพ. ศิริราช กรุงเทพฯ	1
	รพ. สันป่าตอง อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่	1
	รพ.มหาราช อ.เมือง จ.เชียงใหม่	1
5. ด้านการปรับระบบการรักษาพยาบาล เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น (วัณโรค และ โรคไต) (จำนวน 2 ศูนย์)	รพ.วังน้ำเย็น อ.วังน้ำเย็น จ.สระแก้ว	1
	รพ.ชลบุรี อ.เมือง จ.ชลบุรี	1

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ประเด็นการเรียนรู้ที่สำคัญของศูนย์การเรียนรู้/พื้นที่เรียนรู้	สถานที่/อำเภอ/จังหวัด	รวมจำนวนศูนย์เรียนรู้ทั้งหมด
6. ด้านการขับเคลื่อนสุขภาพองค์กรรวม/การกระทำกับปัจจัยหรือตัวกำหนดทางสังคมต่อสุขภาพ (จำนวน 2 ศูนย์)	รพ.สต. บ้านห้วยทราย ต. แม่ทา อ.แม่ฮอน จ.เชียงใหม่	1
	รพ.สต. เขาไม้แก้ว ต.เขาไม้แก้ว อ. สิเกา จ.ตรัง	1
7. ด้านการบำบัดดูแลรักษาแนว ธรรมชาติ/การแพทย์ทางเลือก และ ขับเคลื่อนชุมชนอย่างเป็นองค์กรรวม (จำนวน 1 ศูนย์)	รพ.แม่ลาว อ.แม่ลาว จ.เชียงราย	1
8. ด้านการปรับระบบองค์กรเพื่อให้ สอดคล้องกับการขับเคลื่อนสุขภาพทั้ง 3 ระดับ (ตติยภูมิ, ทติยภูมิ, ปฐมภูมิ) (จำนวน 1 ศูนย์)	รพ.ศูนย์ขอนแก่น อ.เมือง จ.ขอนแก่น	1
9. ด้านการปรับสิ่งแวดล้อมในองค์กร/ โรงพยาบาลเพื่อเอื้อต่อการมีสุขภาพที่ ดีของผู้ป่วยและบุคลากร (จำนวน 1 ศูนย์)	รพ.สงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา	1
10. ด้านการป้องกันมะเร็งปากมดลูกใน สตรีกลุ่มต่าง ๆ (Cancer Prevention)	รพ.สมเด็จพระ ฌ ศรีราชา อ.ศรีราชา จ.ชลบุรี	1
11. ด้านการเลิกบุหรี่/คลินิกเลิกบุหรี่ (Smoking Cessation)	รพ.เกษตรวิสัย อ.เกษตรวิสัย จ.ร้อยเอ็ด	1
12. ด้านการคัดกรองและช่วยเหลือผู้มี ภาวะเครียดและซึมเศร้าในชุมชน (Mental Health Promotion)	รพ.จิตเวชสงขลานครินทร์ อ.เมือง จ.สงขลา	1
13. ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ ประคับประคอง (Palliative Care)	รพ.สงขลา อ.เมือง จ.สงขลา	1
14. ด้านการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน (Home Ward)	รพ.คลองใหญ่ อ.คลองใหญ่ จ.ตราด	1

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ประเด็นการเรียนรู้ที่สำคัญของศูนย์การเรียนรู้/พื้นที่เรียนรู้	สถานที่/อำเภอ/จังหวัด	รวมจำนวนศูนย์เรียนรู้ทั้งหมด
15. ด้านการดูแลต่อเนื่อง (Continuing Care)	รพ.รามาธิบดี กรุงเทพฯ	1
16. ด้านการพยาบาลฉุกเฉิน (Emergency Nursing)	รพ.ราชวิถี กรุงเทพฯ	1
จำนวนประเด็นการเรียนรู้ รวม 16 ด้าน	จำนวนจังหวัดที่เกี่ยวข้อง รวม 14 จังหวัด	จำนวนศูนย์เรียนรู้ รวม 24 แห่ง

สำหรับการวิเคราะห์ศักยภาพในการเป็นศูนย์เรียนรู้ ที่นี้ จะเป็นการวิเคราะห์เรียงลำดับตามประเด็นการเรียนรู้ที่มีความเชื่อมโยงกับจุดเน้นของแต่ละศูนย์การเรียนรู้ ตามที่นำเสนอในตารางข้างต้น โดยเริ่มจากประเด็นการเรียนรู้ในการปรับพฤติกรรม สุขภาพ และ/หรือพฤติกรรมมารีโอด

● ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สุขภาพ/พฤติกรรมมารีโอด

สำหรับกรณีศูนย์เรียนรู้ด้านการปรับพฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมมารีโอดของ **รพ.สต.มหาสวัสดิ์ อ.พุทธมณฑล นครปฐม** นั้น พบว่า เป็นศูนย์เรียนรู้ที่ตั้งอยู่ในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท มีความสำคัญในแง่ของการเปลี่ยนแปลงจากชุมชนเดิม ที่เคยเป็นชุมชนเกษตร ที่ชาวบ้าน/ชุมชนมีความสัมพันธ์กันทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และการเมือง หรือมีความเชื่อมโยงกันในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านความเป็นเครือญาติ การทำกิจกรรมต่าง ๆ ทางการเพาะปลูก, กิจกรรมทางศาสนา/วัฒนธรรม/การเมือง, และกิจกรรมอื่น ๆ ของชุมชนร่วมกันในระดับหนึ่ง และมีการสื่อสารแบบเผชิญหน้า (face to face) หรือการติดต่อไปมาหาสู่กันที่ค่อนข้างมาก แต่

ปัจจุบันระบบต่าง ๆ เปลี่ยนแปลงไป การสื่อสารกันแบบพบปะหน้ากันก็น้อยลง และปัจจุบันกำลังอยู่ในช่วงการเปลี่ยนแปลงอย่างมหาศาล เนื่องจากมีการซื้อขายที่ดิน หรือการเปลี่ยนมือการถือครองที่ดิน รวมถึงการใช้ประโยชน์ในที่ดินที่เปลี่ยนแปลงไป มีบ้านเรือนเพิ่มขึ้น มีประชาชนจากภายนอกย้ายเข้ามาอยู่ มีหมู่บ้านจัดสรรต่าง ๆ เพิ่มขึ้นจำนวนมาก ทำให้ประชากรจากพื้นที่อื่น ๆ/จังหวัดอื่น ๆ ย้ายเข้ามาอยู่จำนวนมาก ซึ่งผู้ที่ย้ายเข้ามาตั้งถิ่นฐานใหม่ เหล่านี้มักไม่ทราบความเป็นมาของชุมชน รวมทั้งมีสถานประกอบการเชิงพาณิชย์/โรงงานประเภทต่าง ๆ เพิ่มขึ้นในพื้นที่ด้วย

ดังนั้น ในเชิงของบริบทการทำงานและการเรียนรู้เกี่ยวกับเรื่อง การส่งเสริมสุขภาพ หรือในกรณีนี้ ณ ปัจจุบัน เน้นเรื่องการปรับพฤติกรรมมารีโอด ด้วยมาตรการ 3 ไม่ คือ ไม่ดื่ม ไม่จิ้ม ไม่เติม คือ ไม่ดื่ม น้ำอัดลม ไม่จิ้มพริกกระเทียม และไม่เติมเครื่องปรุงรสต่าง ๆ หรือลดการบริโภคอาหารที่มีรสหวาน มัน และเค็มจัด ซึ่งทาง รพ.สต. หรือบุคลากรสุขภาพในสถานบริการของรัฐ มองว่า นอกจากจะทำให้สุขภาพดี หรือลดความเสี่ยงจากโรคต่าง ๆ ที่ป้องกันได้ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไต ฯลฯ ได้แล้ว ยังเป็นการลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นอีกด้วย

สำหรับการทำงานหรือการขับเคลื่อนเรื่องนี้ที่ผ่านมา ทาง รพ.สต. โดยพยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกท่านในโรงพยาบาล ได้ขับเคลื่อนการทำงานร่วมกับสาธารณสุขอำเภอ สาธารณสุขจังหวัด อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และแกนนำต่าง ๆ ในชุมชน และภาคเอกชน หรือร้านอาหารที่รับจัดงานเลี้ยง เพื่อไม่ให้เกิดการเสิร์ฟน้ำอัดลม นอกจากนี้ยังทำงานกับกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ จำนวนมากหลายประเภททั้งเด็ก/เยาวชนอายุ 6-12 ปี, ผู้ใหญ่วัยทำงาน, ผู้สูงอายุ, และผู้ป่วยเรื้อรัง (โดยเฉพาะผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง, เบาหวาน, หัวใจ) แต่ก็ยังคงพบว่าประชาชนจำนวนมากยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคดังกล่าวได้ง่าย ๆ และจำนวนมากยังไม่เห็นด้วย หรือไม่พอใจจากเจ้าภาพจัดงาน (เช่น งานบวช, งานแต่งงาน, งานศพ ฯลฯ) ที่ไม่จัดบริการน้ำหวาน น้ำอัดลม หรือเครื่องปรุงรสต่าง ๆ โดยเฉพาะ น้ำปลาพริก ไว้ให้

ดังนั้น ประเด็นนี้จึง**เป็นความท้าทายหรือเป็นจุดแข็งในการสร้างการเรียนรู้** เพราะตัวโจทย์ก็ท้าทายมาก เนื่องจากการทำงานกับกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ หลายกลุ่ม ซึ่งในความเป็นจริงจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้จริงหรือไม่ หรือจะยั่งยืนหรือไม่ หรือเลิกได้เป็นบางช่วง เป็นเพราะอะไร ประกอบกับ รพ.สต.มหาสวัสดิ์ ตั้งอยู่ในชุมชน ที่มีบริบทที่มีความท้าทายหรือกำลังมีการเปลี่ยนแปลงเป็นชุมชนเมือง ที่มีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมทุกด้าน (ทั้งด้านสังคม วัฒนธรรม กายภาพ) อย่างมหาศาล ดังได้กล่าวไปแล้วข้างต้น ประกอบกับ การสร้างเสริมสุขภาพในเรื่องนี้ จะเป็นการเข้าไปเกี่ยวข้องกับความสุข, ความเป็นส่วนตัว/พื้นที่ส่วนตัว หรือสิทธิในการบริโภคของปัจเจกบุคคลแต่ละคน ที่มีความเคยชินหรือความชอบเป็นการส่วนตัวมานาน จึงมีความน่าสนใจและมีความสำคัญยิ่งว่า พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และ/หรือนักศึกษาพยาบาลจะออกแบบกระบวนการทำงาน

หรือกระบวนการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับเรื่องนี้ได้อย่างไร หรือจะทำอะไร อย่างไร กับใคร ที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้จริง จะฝ่าด่านพื้นที่ความเป็นส่วนตัวของปัจเจกบุคคล (private sphere) ได้อย่างไร? ที่จะสามารถทำให้พยาบาล/นักศึกษาพยาบาลเกิดการเรียนรู้ หรือการปรับกระบวนการทัศน/วิธีคิด/วิธีมอง/มุมมอง/วิธีการทำงานในการสร้างเสริมสุขภาพในบริบทที่ท้าทาย โดยเน้นบทบาทของปัจเจกบุคคล/กลุ่ม/ครอบครัว/องค์กรในชุมชน (ที่มีความแตกต่างหลากหลาย) ประกอบกับบุคลากรที่รพ.สต. มหาสวัสดิ์เองก็มีความรักในชุมชน มีความกระตือรือร้นและมีความรับผิดชอบต่องานเชิงท้าทายค่อนข้างสูง เพราะกำลังพยายามเข้าไปทำความเข้าใจกับชุมชนประเภทต่าง ๆ ที่กำลังเกิดขึ้นใหม่ เช่น หมู่บ้านจัดสรร จำนวนมาก โดยจะมีการจัดกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ และการให้ความรู้เกี่ยวกับสิทธิ หน้าที่/ความรับผิดชอบ และโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ซึ่งจะทำให้พยาบาล หรือนักศึกษาพยาบาล ได้มีโอกาสเรียนรู้เกี่ยวกับการสร้างความสัมพันธ์กับชุมชนแบบใหม่ ซึ่งประเด็นสำคัญที่จะได้เรียนรู้ คือ จะฝ่าด่าน “ความเป็นตัวใครตัวมัน” (individualism) หรือ “ความแปลกหน้าซึ่งกันและกัน” (alienation) และ “พื้นที่ความเป็นส่วนตัว” (private sphere) ไปได้อย่างไร และ เท่าที่ประเมินดู ทีมงานที่นี้ สามารถเป็นพี่เลี้ยงให้กับพยาบาล และนักศึกษาพยาบาลที่จะเข้ามาเรียนรู้ในพื้นที่นี้ได้ในระดับดีพอสมควร

สำหรับ**จุดอ่อน หรือข้ออ่อน** ของ รพ.สต. มหาสวัสดิ์ อาจจะเกี่ยวกับสถานที่ในการพบปะ/การประชุม เพราะสถานที่ค่อนข้างแคบ แต่ก็มีส่วนที่โล่ง ที่สามารถจัดทำเป็นสถานที่พบปะเรียนรู้ หรือกรณีที่มีการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน ก็สามารถปรับพื้นที่โล่ง ให้เป็นพื้นที่จัดทำกิจกรรมร่วมกันได้ สำหรับข้ออ่อน/ข้อสังเกตอื่น ๆ อาจจะเป็นเรื่อง การออกแบบกระบวนการเปลี่ยนแปลง การศึกษาวิจัย

หรือการสร้างความรู้เกี่ยวกับประเด็นปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการขับเคลื่อนเรื่องนี้ ที่ทีมงานอาจจะยังต้องพึ่งพานักวิชาการ หรืออาจารย์จากสถาบัน การศึกษาภายนอกมาช่วยเสริม เพื่อให้พยาบาล และนักศึกษาพยาบาลได้รับการเสริมสมรรถนะ หรือศักยภาพในเรื่อง การสร้างความรู้/การผลิตองค์ความรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้ด้วย เพราะการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมไม่ใช่เรื่องง่ายต้องใช้เวลา, ต้องมีการ ผลักดัน/การเสริมพลังอำนาจเชิงบวก/การใช้กลยุทธ์ ต่าง ๆ เพื่อให้ประชาชนเกิดความตระหนักและ เปลี่ยนด้วยตัวเอง และต้องมีผลการประเมินที่เชื่อถือ ได้, ต้องมีการศึกษาวิจัยในเชิงลึก, ต้องขับเคลื่อน จากคนกลุ่มคนเล็ก ๆ ที่มีศักยภาพ/ที่อาจกำลัง ประสบปัญหาสุขภาพ และมีความสนใจเข้าร่วม กิจกรรม เสร็จแล้ว จึงมีการขยายไปยังกลุ่มคนอื่น ๆ หรืออาจทำในเชิงการทดลองหรือมีกลุ่มทดลอง หรือการแข่งขันกันระหว่างผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมสร้าง เสริมสุขภาพ (Program Intervention) กับผู้ที่เป็นกลุ่ม ควบคุมที่ไม่ได้เข้าโปรแกรม กลุ่มละประมาณ 20-25 คน ที่มีคุณลักษณะต่าง ๆ กัน เช่น อาชีพต่างกัน ช่วงอายุต่างกัน เป็นต้น และมีการออกแบบกิจกรรม อย่างเป็นระบบ และมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นหรือไม่ อย่างไร ในด้านใดบ้าง ซึ่งทั้งหมดที่กล่าวมานี้ สามารถนำกรอบ ออตตาวามาปรับใช้ได้ทุกมิติ ไม่ว่าจะเป็นมิติการ เสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน/กลุ่มเป้าหมาย จะทำได้อย่างไร การปรับสิ่งแวดล้อมเพื่อเสริมให้ เกิดการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ได้เร็ว ขึ้น/ได้ผลมากขึ้น จะทำอะไร หรือทำได้อย่างไร การผลักดันนโยบายอะไรบางอย่างที่สำคัญ/เกี่ยวข้อง เพื่อหนุนเสริมการเปลี่ยนแปลงให้ได้ผลมากขึ้น และ การปรับระบบบริการที่สอดคล้องกันคืออะไร เช่น การทำงานเชิงรุกรูปแบบใหม่ ๆ พร้อม ๆ กับ กระบวนการที่เคลื่อนไป ควรเป็นอย่างไร เป็นต้น

ดังนั้น จริง ๆ แล้ว เราไม่สามารถทำการ ขับเคลื่อนหรือสร้างการเปลี่ยนแปลงแบบเหมารวม

หรือครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ หลาย ๆ กลุ่มที่มี ลักษณะ/ภูมิหลังที่ต่างกันจำนวนมาก หรือทำแบบ ห้วนแหในทุกลุ่ม ในเวลาเดียวกันได้ แต่จะต้องมี ลักษณะที่เฉพาะเจาะจง (focused group) และมีการ ทำงานในเชิงการวิจัยปฏิบัติการ ประเด็นคำถาม สำคัญ คือ การดำเนินการในลักษณะนี้จะสร้างการ เรียนรู้ให้กับพยาบาล/นักศึกษาพยาบาลได้หรือไม่ อย่างไร ควรมีการฟังเสียงผู้เรียน หรือให้ผู้เรียนร่วม ออกแบบกระบวนการเรียนรู้ด้วย เพราะถ้าไม่ได้ ดำเนินการในลักษณะการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ก็จะไม่ มีหลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันอย่างเป็นระบบ ซึ่งจาก การที่ได้มีโอกาสไปเยี่ยมพื้นที่การดำเนินงานต่าง ๆ ภายใต้โครงการขับเคลื่อนฯ นี้ในขอบเขตทั่วประเทศ พบว่า การออกแบบกระบวนการเปลี่ยนแปลงและ การสร้างความรู้ควบคู่กันไปนี้ ถือเป็นจุดอ่อนที่ สำคัญที่สุด ที่พบในเกือบทุกศูนย์เรียนรู้ ไม่ว่าศูนย์ เรียนรู้เหล่านั้น จะมีสถานภาพเป็นสถานบริการ สุขภาพในระดับไหนก็ตาม (ปฐมภูมิ, ทติยภูมิ และ ตติยภูมิ)

ดังนั้น ประเด็นนี้จึงมีความสำคัญมากที่ ควรขบคิด/ตระหนัก/ถกเถียงกัน เพื่อให้การทำงาน และการสร้างการเรียนรู้/การเพิ่มสมรรถนะไปใน ทิศทางที่ถูกต้องมากขึ้น เพราะจากผลการศึกษาระดับ สมรรถนะในการสร้างเสริมสุขภาพฯ ของพยาบาล วิชาชีพทั่วประเทศที่จัดทำโดยโครงการขับเคลื่อนฯ เมื่อเดือนกันยายน 2557 (หน้า 12) ก็ได้ระบุไว้ว่า สมรรถนะด้านการวิจัยและการจัดการความรู้ ทุก สมรรถนะย่อยอยู่ในระดับพื้นฐาน ไม่มีระดับชำนาญ และเชี่ยวชาญเลย ดังนั้นทุกศูนย์เรียนรู้จึงควรให้ ความสำคัญกับประเด็นนี้ในลำดับต้น ๆ

โดยสรุป รพ.สต.มหาสวัสดิ์ อ.พุทธ-มณฑล นครปฐม มีศักยภาพในการเป็นศูนย์การ เรียนรู้ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ/ พฤติกรรมบริโภคในระดับดี เนื่องจากบริบทชุมชน

เอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ และจะทำให้ผู้เรียนเกิด การปรับกระบวนการทัศนคติ/วิธีคิด/วิธีมอง/วิธีการทำงาน ตามกรอบออดตาวาได้ แต่ควรมีการปรับการ ออกแบบกระบวนการเปลี่ยนแปลงตามที่กล่าว มาแล้ว ภายใต้กรอบออดตาวา เพื่อให้พยาบาล/ นักศึกษาพยาบาลได้เกิดการเรียนรู้ในบทบาทของ การเป็นผู้สนับสนุน (supporter) หรือผู้นำการ เปลี่ยนแปลง และ/หรือการเป็นผู้สร้างเสริมพลัง อำนาจ (empowerment and/or change agent) ซึ่งเป็นบทบาทที่มีความสำคัญมากในการทำงานเพื่อ ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ/ พฤติกรรมการบริโภค ซึ่งเป็นเรื่องส่วนตัว/พื้นที่ ส่วนตัว ที่ไม่สามารถดำเนินการให้เกิดขึ้นได้ง่าย ๆ ภายในเวลาอันสั้น ถ้าพยาบาลไม่ได้ใช้แนวทางการ สร้างเสริมพลังอำนาจ

สำหรับกรณีของ รพ.ตะกวง อ.เมือง จ.ตราด ซึ่งเป็นศูนย์เรียนรู้ด้านการปรับพฤติกรรม สุขภาพของโครงการฯ อีกแห่งหนึ่งนั้น พบว่า แต่เดิม ได้ดำเนินการนวัตกรรมที่เรียกว่า “คู่มือการดูแลสุขภาพ” ซึ่งเป็นการจับคู่ดูแลสุขภาพซึ่งกันและกัน เริ่มจาก อสม.จับคู่กับชาวบ้าน และชาวบ้านกับ ชาวบ้านด้วยกันเอง ขยายวงออกไป คู่มือแต่ละคู่มือจะ คอยดักเตือนกันในการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย เป็นหลัก แต่ ณ ปัจจุบัน (วันที่ทีม ประเมินผลไปเยี่ยมพื้นที่/โครงการ คือ วันที่ 9 พฤศจิกายน 2559) พบว่า ไม่ได้มีการดำเนินการในเรื่อง “คู่มือดูแลสุขภาพ” แล้ว ซึ่งได้รับคำอธิบายจาก เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และแกนนำชุมชน/ชาวบ้านที่ เกี่ยวข้องว่า ปัจจุบัน รพ.สต. ต้องทำโครงการต่าง ๆ จำนวนมาก/มีภารกิจมากทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นงาน ประจำ งานขจร ไม่ว่าจะเป็นเรื่องอะไรก็ตาม เช่น เรื่องเศรษฐกิจพอเพียง, ไข่เลือดออก, ไข่ชิก้า, ยา เสพติด/บำบัดผู้ป่วย, การดูแลผู้สูงอายุ/ผู้พิการระยะ ยาว รวมทั้งงานด้านพัสดุ, งานเอกสาร/ข้อมูล แต่ คนทำงานมีน้อย ทำให้บางครั้งเกิดความเหนื่อยล้า

หรือความท้อ ตามที่พยาบาลที่รับผิดชอบในการ พัฒนานวัตกรรม “คู่มือดูแลสุขภาพ” ได้กล่าวว่า..... “ไม่ได้ทำ แต่ตอนนี้เรากำลังจะทำ เพราะว่าเราเริ่ม คัดกรองกัน และจะทำกันต่ออีก จะเป็นโครงการ บางที่อาจจะมีการชบเซาบ้าง โดยที่ว่าบางที่ก็เริ่มท้อ บ้าง” ประกอบกับชาวบ้านเองก็มีภารกิจมากด้วย เช่นกัน เพราะส่วนใหญ่มีอาชีพตัดยาง พอประมาณ บ่ายสามหรือสี่โมงต้องไปตัดยาง บางครัวเรือนก็ กรีดยางตอนกลางคืน แต่ก่อนไม่มีอาชีพกรีดยาง แต่ ปัจจุบันทำอาชีพนี้กันเป็นจำนวนมาก หรือเป็นอาชีพ หลักของคนในชุมชน ทำให้ไม่ค่อยได้มีเวลามาพูดคุย กันเรื่องสุขภาพ เพราะเวลาไม่ตรงกัน

แต่ก่อน ถ้ามีการดำเนินการเรื่อง การ ส่งเสริมสุขภาพ ก็มักจะเป็นการเดินแอโรบิค แต่ ต่อมาปรับเป็นการเดิน, การวิ่ง, การเดินสูลาสูป หรือมีการทำงานไปพร้อมกันด้วย ซึ่งชาวบ้าน/ผู้นำที่ ให้ข้อมูลมองว่า “การทำงาน” เป็นออกกำลังกาย หรือการออกกำลังกายในตัวอยู่แล้ว เช่น การทำสวน ครัว การปลูกพืชผัก/ผลไม้ต่าง ๆ ไร่กินและไร่ขาย ถือว่าเป็นการออกกำลังกายในตัวด้วย แต่ เนื่องจากทุกคนมีภาระงานเยอะมาก ทั้งงานส่วนตัว และงานส่วนรวม ก็เลยให้ความสำคัญกับงานก่อน ซึ่งพอทำงานมาก ก็ทำให้เกิดความเครียด ดังเช่น คำพูดที่ว่า.... “วันนี้ความดันสูง เรื่องความดันไม่ว่า เราจะดูแลสุขภาพของเราดีขนาดไหน แต่ภาระหน้าที่ งานเยอะมาก เครียดทุกเรื่อง” ดังนั้น ดูเหมือนว่า เรื่อง การดูแลสุขภาพจิตใจ/การจัดการความเครียด จะเป็นประเด็นที่มีความสำคัญมากสำหรับ รพ.สต. ตะกวง และชุมชนตำบลตะกวง ทั้งสำหรับเจ้าหน้าที่, ผู้นำชุมชน อสม. และชาวบ้าน เพราะจากข้อมูล พบว่า ชุมชนนี้ทำงานหลายด้าน หลายโครงการ หรือรับนโยบายต่าง ๆ มาจากจังหวัดหลายเรื่อง ไม่ ว่าจะเป็นเรื่องอะไรก็ตาม

ทั้งนี้เนื่องจากผู้นำชุมชนเป็นคนที่มีความ ห่วงใยต่อความเป็นอยู่ของคนในชุมชน อยากเห็น

ชุมชนของตนดี เลยรับโครงการต่าง ๆ มาจากจังหวัด หรือองค์กรต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นโครงการอะไรก็ตาม ไม่เคยปฏิเสธ ด้วยความที่อยากเห็นชุมชน/หมู่บ้าน กลับมารักกันเหมือนเดิม ดังคำพูดของผู้นำท่านหนึ่งที่กล่าวว่า... “คือระบบในวิถีชุมชน วิถีชีวิตของชาวบ้าน แต่ก่อนนั้นเป็นระบบของเครือญาติเอื้ออาทรกัน มีอะไรก็แบ่งกินกัน แต่ปัจจุบันเหมือนกับว่าต่างคนต่างอยู่ ต่างคนก็ต่างทำมาหากิน ระบบที่จะมาร่วมคิด ร่วมทำก็ห่างกันไป นายกก็ยึดแนวของในหลวงว่า สังคมที่ว่าจะแข็งแรง เข้มแข็งได้ก็คือเราต้องรวมกันเป็นหนึ่งเท่านั้น และเราก็ถ้อยทีถ้อยอาศัยกัน เป็นการลดปัญหาเรื่องของการกระทบกระทั่งกัน ทำให้เรามาร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับประโยชน์ร่วมกัน”

ดังนั้น จริง ๆ แล้ว ชุมชนตำบลตะกวง มีความปรารถนาที่จะพัฒนาชุมชนของตนในทุกด้าน ทั้งเรื่อง สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี (health and well-being) แต่ประเด็นสำคัญ คือ ทำมาก/ทำหลายเรื่อง แต่ไม่มีทีมวิชาการคอยช่วยในการวิเคราะห์ ติดตามผล หรือขาดฐานวิชาการสนับสนุนในการขับเคลื่อน ประกอบกับ รพ.สต.เองก็ต้องทำงานขึ้นตามนโยบายส่วนบนจำนวนมาก ทำให้ไม่มีเวลาในการติดตามข้อมูลแต่ละเรื่อง หรืออาจจะติดตามบ้าง แต่ไม่ได้มีการนำมาวิเคราะห์ หรืออาจจะยังไม่ถนัดในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพก็เป็นได้ ทำให้ไม่ได้มีการสะท้อนบริบทต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องออกมา และทำให้ไม่ทราบว่าตอนนี้ชุมชนอยู่ ณ จุดไหน ประสพผลสำเร็จอะไรแล้วบ้าง อะไรที่ยังไม่สำเร็จ ปัญหาอุปสรรคสำคัญคืออะไร จะแก้ไขอย่างไร เป็นต้น

ดังนั้น ถ้าทางโครงการฯ ต้องการให้เป็นศูนย์เรียนรู้ ควรให้ความสำคัญกับประเด็นปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องดังกล่าวมานี้ โดยเฉพาะประเด็นที่ว่า จะทำอย่างไรให้เกิดความยั่งยืน หรือเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้จริงบนฐานข้อมูล และองค์ความรู้ทางวิชาการที่ถูกต้อง และควรให้ความสำคัญกับการจัดการความเครียด จะทำได้

อย่างไร เหล่านี้เป็นประเด็นคำถามที่ควรถามชุมชนร่วมกัน และเรียนรู้จากจุดนี้ น่าจะเป็นประโยชน์

โดยสรุป จึงควรเป็นการสร้างการเรียนรู้ หรือฝึกให้พยาบาล/นักศึกษาเรียนรู้เกี่ยวกับบริบทของชุมชน และบริบทของ รพ.สต. ในการทำงาน สร้างเสริมสุขภาพภายใต้โครงสร้างของระบบราชการ และโครงสร้างรัฐส่วนกลาง ที่มีอำนาจเหนือ แต่มีจุดอ่อนหลายประการ จึงควรฝึกให้นักศึกษาตั้งคำถาม การเรียนรู้ให้แหลมคม จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ในด้านกระบวนการทัศน/วิธีคิด/วิธีมอง/มุมมอง/วิธีการทำงานสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับประชาชน/ชุมชนได้มากขึ้น รวมถึงการฝึกให้พยาบาล/นักศึกษาทำการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาประเด็นที่มีความสลับซับซ้อนเกี่ยวกับเรื่องนี้ โดยเฉพาะมุมมองเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมสุขภาพของชาวบ้าน จากมุมมองของชุมชน/ชาวบ้านเอง ควรเป็นการศึกษาเชิงลึก หรืออาจทำในเชิงการถอดบทเรียนเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมสุขภาพ หรือพฤติกรรมการดูแลตัวเองของกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ จะทำให้ได้ความรู้และประสบการณ์มากมาย ลำดับต่อไป จะเป็นการนำเสนอประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพประชากรวัยต่าง ๆ หรือประเภทต่าง ๆ โดยเฉพาะการสร้างเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ/ผู้พิการ/ผู้ป่วยเรื้อรังที่สูงอายุ

● การสร้างเสริมสุขภาพ ประชากรวัย/ประเภทต่าง ๆ โดยเฉพาะ ผู้สูงอายุ/ผู้พิการ

สำหรับประเด็นการเรียนรู้ หรือการสร้างสมรรถนะให้กับพยาบาล และนักศึกษาพยาบาล ในประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพให้กับประชากรวัยต่าง ๆ หรือประเภทต่าง ๆ โดยเฉพาะเรื่อง สุขภาพของผู้สูงอายุและผู้พิการ นี้ พบว่า มีความน่าสนใจ ที่

เชื่อมโยงกับศักยภาพของศูนย์เรียนรู้ในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะ ศูนย์เรียนรู้ที่ รพ.สต. ต.ท่ากว้าง อ.สารภี เชียงใหม่ และ ศูนย์เรียนรู้ที่ รพ.บางกล้า อ.บางกล้า จ.สงขลา ที่มีความคล้ายคลึงกันในแง่ของการทำงานสร้างเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ/ผู้สูงวัยเหมือนกัน และมีความคล้ายคลึงกันในแง่ของการให้บทบาทกับชุมชนในการขับเคลื่อนเรื่องนี้

ดังนั้น พยาบาลและนักศึกษาพยาบาล จะได้เรียนรู้ ในประเด็น บทบาทของชุมชน โดยเฉพาะ บทบาทของตัวผู้สูงอายุ/กลุ่มผู้สูงอายุเอง จะมีความชัดเจนมากที่ รพ.สต.ท่ากว้าง อ.สารภี เชียงใหม่ เพราะผู้สูงอายุที่นี่มีความรู้ ความสามารถ ความกระตือรือร้น ความสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเองและกลุ่มของตน และการรวมกลุ่มกันในการแสดงศักยภาพและความสามารถของตนในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย, การประยุกต์ใช้ท่าออกกำลังกายต่าง ๆ ที่อยู่บนพื้นฐานของศิลปวัฒนธรรมพื้นบ้าน เช่น การรำกลองยาว, การฟ้อนเล็บ ฯลฯ

นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่ยังมีความรู้เรื่องสมุนไพร การทำยาประเภตต่าง ๆ และที่สำคัญ คือ ผู้สูงอายุสามารถสร้างสุขภาพได้ด้วยตนเอง หรือมีการดูแลตัวเองอย่างดี ทั้งด้านการบริโภคอาหาร ที่ทุกคน/ทุกบ้าน มีผักพื้นบ้านสำหรับการบริโภคในแต่ละวัน หรือที่เรียกว่า “กินปลาเป็นหลัก กินผักเป็นยา” ทำให้ได้รับสารอาหารที่จำเป็นอย่างครบถ้วนในแต่ละวัน ไม่มีสารเคมี เพราะเป็นผักที่ปลูกเอง และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่นี่ถือจักรยาน หรือเดินไปมาในหมู่บ้านเป็นส่วนใหญ่ ทำให้ได้เคลื่อนไหวร่างกายตลอดเวลา ทำให้มีโรคประจำตัว หรือโรคที่ป้องกันได้ ดังเช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไต น้อยมาก และส่วนใหญ่มีอายุเกิน 80 ปี

ดังนั้น การสร้างการเรียนรู้ให้กับพยาบาล หรือนักศึกษาพยาบาล จึงควรเน้นหนักไปที่การทำ

ความเข้าใจศักยภาพหรือความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ที่อาจจะมีบริบทครอบครัวและปัจจัยสนับสนุนต่าง ๆ ที่แตกต่างกัน รวมทั้งปัจจัยในระดับปัจเจกบุคคลของผู้สูงอายุเอง เช่น ความตระหนักต่อเรื่องการดูแลสุขภาพ ซึ่งทั้งหมดนี้มีความสำคัญต่อการทำความเข้าใจเรื่องการดูแลตนเอง (self-care) ของผู้สูงอายุที่มีช่วงวัยที่แตกต่างกัน คือ ผู้สูงอายุวัยต้น (60-70 ปี) ผู้สูงอายุวัยกลาง (70-80 ปี) และผู้สูงอายุวัยปลาย (ตั้งแต่ 80 ปี เป็นต้นไป) ถ้าสามารถสร้างการเรียนรู้ และ/หรือ ทำการศึกษาริ้วยตรงนี้ได้ จะทำให้ได้ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตและสุขภาพของผู้สูงอายุในบริบทของตำบลท่ากว้าง และอำเภอสารภี ที่สามารถนำมาใช้ในการเรียนการสอนได้อย่างต่อเนื่อง ครบวงจรต่อไป

สำหรับกรณีของ รพ.บางกล้า อ.บางกล้า จ.สงขลา พบว่า ที่นี่ก็มีความน่าสนใจในหลายเรื่อง โดยเฉพาะ ประเด็นการฟื้นฟูผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุโดยบทบาทของชุมชน ทั้งนี้เนื่องจาก ในปี 2556 รพ.บางกล้าประสบปัญหาวิกฤตทางการเงินในระดับ 7 จึงทำข้อตกลงกับ รพ.หาดใหญ่ในการรับคนไข้จาก รพ.หาดใหญ่มาฟื้นฟูในชุมชน หรืออาจจะเรียกว่า “หน่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟูของ รพ.หาดใหญ่” หรือจะเรียกว่าเป็น Ward หนึ่งของ รพ.หาดใหญ่ก็ได้ แต่เป็นการทำนอก รพ. หรือทำในชุมชน

นอกจากนี้ รพ.หาดใหญ่ ยังส่งคนมาอบรมด้านกายภาพบำบัดให้ด้วย จากการทำเรื่องนี้ทำให้ รพ.บางกล้า ฟื้นฟูวิกฤตทางการเงิน ในขณะที่ชุมชนและผู้สูงอายุ ก็มีบทบาทสูงเช่นกัน โดยเฉพาะ อบต. และเทศบาล ได้ให้ความร่วมมือกับทาง รพ. เป็นอย่างดี ทำให้สามารถระดมทรัพยากรของชุมชน และมีการร่วมกันแสวงหาทรัพยากรในการสร้างศูนย์หรือที่จัดกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งงบประมาณ, วัสดุต่าง ๆ เช่น อิฐ, หิน, ดิน, ทรายจากร้านค้าต่าง ๆ ใน

อำเภอ รวมถึง การจัดหาและพัฒนาเครื่องใช้ไม้สอยต่าง ๆ ในการบำบัดฟื้นฟูร่างกาย และการรักษาโรคต่าง ๆ ดังเช่น เครื่องนวดเท้าที่ทำจากกะลามะพร้าว, รวบรวมสำหรับการฝึกเดินของผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องเส้นเลือด, ผู้ป่วยที่ผ่าตัดข้อเข่า/การผ่าตัดหลังหรือไขสันหลัง (spinal cord), การได้รับบาดเจ็บจากการหกล้ม, อัมพฤกษ์/อัมพาต เป็นต้น

นอกจากนี้ โรคที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็น ก็คือ โรคเมื่อย โรคปวดหลัง โรคเกี่ยวกับกระดูกและข้อต่าง ๆ ฯลฯ ดังนั้น การมีศูนย์การดูแลรักษาฟื้นฟูสุขภาพในชุมชนจึงมีความจำเป็น นอกจากนี้ ยังมีความน่าสนใจในแง่ของการขับเคลื่อนของนายอำเภอที่มีการประกาศเป็นนโยบาย หรือวาระสำคัญของอำเภอบางกล้า ในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงในระยะยาว

อย่างไรก็ตาม มีข้อสังเกตว่า 1) การจัดกิจกรรมที่ศูนย์ชุมชน ฯ อาจจะไม่ค่อยสม่ำเสมอเท่าที่ควร ซึ่งต้องรอการสืบค้นต่อไปว่ามีปัจจัยใดที่เกี่ยวข้องกับความสม่ำเสมอหรือไม่สม่ำเสมอบ้าง 2) การทำงานกับกลุ่มผู้สูงอายุปกติ อาจจะยังไม่ค่อยเด่นชัด หรือไม่ค่อยมีการพูดถึงมากเท่าใดนัก ซึ่งจะต้องสืบค้น หรือศึกษาต่อไปว่า ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ไม่ป่วย หรือไม่ติดบ้าน ติดเตียงนั้น ได้ดำเนินการในเรื่องอะไร อย่างไร ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพองค์กรรวมไปแล้วบ้าง รวมทั้งบทบาทของครอบครัว/ญาติ/ลูกหลานของผู้สูงอายุเอง เป็นอย่างไร ทาง รพ.บางกล้า ได้ให้ความสำคัญกับบทบาทของครอบครัว/ญาติ/ลูกหลานมานานแล้วแต่ไหน เพียงใด อย่างไร เพราะอะไร ประเด็นเหล่านี้สามารถนำมาใช้เป็นประเด็นการเรียนรู้ หรือสร้างการเรียนรู้ให้กับพยาบาล/นักศึกษาพยาบาลได้ดี จะทำให้เกิดการปรับกระบวนการทัศน์/วิสัยทัศน์/วิสัยทัศน์/วิธีการส่งเสริมสุขภาพได้มาก และอยู่บนฐานความเป็นจริงของผู้รับบริการ/ชุมชนด้วย

โดยสรุป รพ.บางกล้า มีศักยภาพในการเป็นแหล่งเรียนรู้ โดยเฉพาะในประเด็นการ

ฟื้นฟูและการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียง หรือการทำให้ผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียงเข้าถึงบริการต่าง ๆ ที่จำเป็นมากขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้ **กรณีของ รพ.บางกล้า ยังเป็นรูปแบบการทำงานที่ทำให้มองเห็นความเชื่อมโยงระหว่างเรื่อง ชุมชน, นโยบาย และการปรับระบบบริการตามกรอบออดดารา อย่างค่อนข้างชัดเจน** แต่อาจจะจำเป็นต้องเสริมตรงประเด็นการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล ซึ่งพบว่า มีบุคคล/ปัจเจกบุคคล ที่เกี่ยวข้องหลายประเภททั้งตัวผู้ป่วย/ผู้สูงอายุ, ญาติ/ลูกหลาน, อาสาสมัครในชุมชน, นักกายภาพบำบัดในชุมชน ฯลฯ ดังนั้น ประเด็นที่สำคัญคือ จะทำการพัฒนาทักษะอะไร, อย่างไร กับใคร เป็นจำนวนเท่าไร ภายใต้เวลาเท่าไร และควรให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมศักยภาพของชุมชน (community empowerment) และมีการประเมินผลตรงนี้ด้วยว่า ชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองในด้านใดได้แล้วบ้าง และยังขาดด้านใดอีกบ้าง ที่ควรได้รับการส่งเสริม เพื่อให้ครอบครัวและชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้จริงและเกิดความยั่งยืนในการส่งเสริมการสร้างสุขภาพโดยชุมชน

สำหรับที่ **รพ.บ้านบึง อ.บ้านบึง จ.**

ชลบุรี มีความโดดเด่นมากในด้านกระบวนการทำงานร่วมกับชุมชน และการให้บทบาทกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งเทศบาลเมืองและเทศบาลตำบลในการขับเคลื่อนเรื่องสุขภาพ โดยเฉพาะการสร้างเสริมสุขภาพให้กับคนพิการ และปัจจุบันกำลังจะทำเรื่อง สุขภาพของคนทำงานในสถานประกอบการอีกด้วย นอกจากนี้ รพ.บ้านบึง ยังมีศูนย์การแพทย์ชุมชน (CMU – Community Medical Unit) ซึ่งทีมงานที่ทำงานด้านคนพิการ ก็สังกัดหรือทำงานอยู่ในศูนย์แพทย์ชุมชน และจากการพูดคุยกับพยาบาลผู้รับผิดชอบหลักของการทำงานด้านนี้ (คุณพรเพ็ญ ภัทรการ) ทำให้ทราบว่า รพ.บ้านบึง หรือศูนย์การแพทย์ชุมชนมีการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบไปด้วย แพทย์, พยาบาล, ทันตแพทย์,

นักโภชนาการ และแพทย์แผนไทยด้วย ซึ่งเป็นประเด็นการเรียนรู้ที่สำคัญสำหรับพยาบาลและนักศึกษาพยาบาล เพราะปัจจุบัน ปัญหาสุขภาพของประชากรทุกกลุ่มวัย/ทุกประเภทมีความซับซ้อน จึงไม่สามารถทำงานแบบวิชาชีพใดวิชาชีพมันได้ แต่ต้องทำงานแบบประสานเชื่อมโยงกันเป็นทีมสหวิชาชีพ

นอกจากนี้ รพ.บ้านบึง ยังมีศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (COC – Continuity of Care) และจากการพูดคุยกับพยาบาล ได้สะท้อนให้ฟังว่า ที่ อ.บ้านบึง ไม่มีปัญหางบประมาณ เพราะผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการจัดสรรหรือลงขันเงินเดือน/เงินส่วนตัว เพื่อทำงานให้กับส่วนรวม ในสัดส่วน 60% (เก็บไว้ใช้ส่วนตัวเพียงแค่ 40%)²⁹ นอกจากนี้ ยังมีการระดมทุนจากภาคเอกชน และมีกองทุนตำบลเป็นเงินหลายล้านบาท รวมทั้งยังมีกองทุนผู้ยากไร้ ที่ร่วมกันจัดตั้งขึ้นด้วย

ดังนั้น การสร้างการเรียนรู้ให้กับพยาบาล และนักศึกษาพยาบาล ณ ศูนย์การเรียนรู้แห่งนี้ จะทำให้พยาบาลเข้าใจปัจจัยและองค์ประกอบต่าง ๆ ของการขับเคลื่อนสุขภาพตามกรอบออตตาวาได้ค่อนข้างดี เพราะมีการทำงานทั้งในเชิงนโยบาย, การสร้างความเข้มแข็งของชุมชน (แต่สำหรับประเด็นนี้ควรมีการศึกษาในเชิงลึกต่าง ๆ ให้มากขึ้น), การปรับระบบบริการ และการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล แต่สำหรับข้ออ่อน ก็อาจจะเหมือนกับที่อื่น ๆ คือ ยังไม่ได้มีการประมวลผลการขับเคลื่อนอย่างเป็นระบบในเชิงขององค์ความรู้ ที่มีกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ หรือการใช้กรอบออตตาวาในการทำงานและการสร้างองค์ความรู้ ที่มีความชัดเจน ซึ่งเป็นจุดอ่อนที่พบในทุกพื้นที่การทำงานของโครงการฯ ไม่ใช่เฉพาะที่ รพ.บ้านบึงเท่านั้น

● ด้านการควบคุมโรคเรื้อรัง/ การชะลอภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย

สำหรับการสร้างการเรียนรู้ในด้านการควบคุมโรคเรื้อรัง มีกรณีตัวอย่าง หรือศูนย์การเรียนรู้ในโครงการนี้จำนวน 2 แห่ง คือ ศูนย์การเรียนรู้ที่ รพ.พุทธรักษา อ.พุทธรักษา นครปฐม และที่ รพ.กงหรา อ.กงหรา จ.พัทลุง ซึ่งทั้งสองแห่งมีสถานภาพเป็น รพ.ชุมชน หรือรพ.ระดับทุติยภูมิ จากการได้มีโอกาสพบปะ สนทนา และเยี่ยมเยียนทั้งสองศูนย์ พบว่า ทั้งสองแห่งมีศักยภาพในการสร้างการเรียนรู้ หรือการเปลี่ยนแปลงในเชิงกระบวนการ/ทัศนคติ/วิธีคิด/วิธีมอง/วิธีการทำงานสร้างเสริมสุขภาพให้กับพยาบาล และนักศึกษาพยาบาลที่เข้ามาร่วมเรียนรู้ได้ในระดับหนึ่ง โดยเฉพาะในประเด็นการควบคุมโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, โรคไต, หอบหืด โดยการส่งเสริมบทบาทของผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล และอาสาสมัครในชุมชน

สำหรับ รพ.พุทธรักษา พบว่า มี รพ.สต. ในเครือข่ายจำนวน 5 แห่ง แต่ละแห่งมีบริบททางสังคมวัฒนธรรมที่ใกล้เคียงกัน แต่ว่าแต่ละแห่งมีศักยภาพหรือความสามารถหรือจุดเด่นในการขับเคลื่อนสุขภาพที่แตกต่างกันไป เช่น ที่ รพ.สต. คลองโยง 1 มีอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่เก่งและที่นี้ทำเรื่องการลดการบริโภคเกลือร่วมกับสถาบันโภชนาการ ม.มหิดล ในขณะที่ รพ.สต. คลองโยง 2 มีจุดเด่นในการเป็นต้นแบบในการลดปัญหาโรคไตหรือไตวายเรื้อรัง (Chronic Kidney Diseases – CKD) เนื่องจาก พบว่า ชุมชน/ประชาชนในเขตที่รับผิดชอบของ รพ. มีการใช้ยาลูกกลอนในปริมาณมาก และทำ

²⁹ เป็นประเด็นที่ค่อนข้างแปลกมาก น่าศึกษา ติดตามต่อไปว่า เป็นเพราะเหตุใดจึงระดมเงินส่วนตัว เพื่อทำประโยชน์ส่วนรวมในสัดส่วนที่สูงมาก หรือสูงกว่าการนำไปใช้เพื่อผลประโยชน์ส่วนตัว ซึ่งอาจจะมียปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในเชิงบวกและเชิงลบก็ได้ เชิงบวก เช่น มีความตระหนักต่อประเด็นปัญหาของส่วนรวม, มีคุณธรรม/จริยธรรมสูง, มีฐานะดีแล้ว หรืออาจจะมียปัจจัยเชิงลบ เช่น ต้องการรักษารูปลักษณ์ไว้นานเท่านั้น เพราะการได้มาอยู่ในตำแหน่งนี้มีผลประโยชน์ต่างตอบแทนสูง ฯลฯ

ให้มีผลเสียต่อไต หรือทำให้ไตวาย สำหรับ รพ.สต. วัดสุวรรณ ให้ความสำคัญกับการแพทย์ทางเลือก และลดการใช้ยา ซึ่งที่นี่ก็มีปัญหาการใช้ยาสมุนไพร ในปริมาณมากหรือเกินความจำเป็น และไม่ได้อยู่ภายใต้การควบคุมของแพทย์แผนไทยแต่อย่างใด สำหรับ รพ.สต.บ้านสาละวัน เน้นการออกกำลังกาย ด้วยการใช้อุปกรณ์ดัดตน และสุดท้าย คือ รพ.สต. มหาสวัสดิ์ เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หรือพฤติกรรมกรบริโภคน้ำอัดลมและเครื่องปรุงรสต่าง ๆ ภายใต้บริบทที่ทำนาย คือ การเป็นชุมชน กึ่งเมืองกึ่งชนบท ที่มีความซับซ้อน ตามที่ได้นำเสนอไปแล้วในประเด็นการปรับพฤติกรรมสุขภาพ แต่อันที่จริงนั้น ทุกแห่งทุกชุมชนกำลังอยู่ในช่วงการเปลี่ยนผ่านเป็นชุมชนเมืองด้วยกันทั้งสิ้น

ดังนั้น ความหลากหลายของการทำกิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ภายใต้บริบทของการเป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท จะทำให้นักศึกษาพยาบาล/พยาบาลวิชาชีพสามารถเรียนรู้ได้ในหลาย ๆ ด้าน หลาย ๆ มิติ หลาย ๆ ประเด็น และที่สำคัญคือ การสร้างการเรียนรู้ให้ครบวงจร โดยเฉพาะการสร้างองค์ความรู้ และการติดตามประเมินผล ควรมีการสอนในด้านนี้ด้วย เพราะเป็นจุดอ่อนของทุกพื้นที่/ทุกศูนย์การเรียนรู้

โดยสรุป รพ.พุทธมณฑล เน้นไปที่การลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของผู้ป่วยในด้านการชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การเกิดต่อกระดูก, การเกิดไตวายเรื้อรัง, การป้องกันการเกิดแผลที่เท้า นอกจากนี้ รพ.พุทธมณฑล ยังให้ความสำคัญกับการทำงานเชิงเครือข่าย และการทำงานแบบสหวิชาชีพ ซึ่งมีทั้งแพทย์, พยาบาล, เภสัชกร, เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล, ผู้ช่วยคนไข้/ผู้ป่วย ฯลฯ และเน้นการสร้างความรู้ จากการทำงาน เพราะมีข้อมูลจำนวนมาก โดยเฉพาะ การทำวิจัยจากงานประจำ (From Routine to Research – R to R)

สำหรับ รพ.กงหรา อ.กงหรา จ.พัทลุง

พบว่า เน้นการทำงานด้านการคัดกรอง และการควบคุมโรคเรื้อรัง หรือป้องกันการเกิดโรคเรื้อรัง และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากการเป็นโรคเรื้อรัง ร่วมกับทีมงาน อสม. หรืออาสาสมัครในชุมชนที่มีความเข้มแข็งค่อนข้างมาก อสม.บางท่านรู้และเข้าใจศัพท์เทคนิคต่าง ๆ ทางการแพทย์และการพยาบาลอยู่ในระดับดีหรือใช้การได้ บางหมู่บ้าน/บางตำบลเน้นการออกกำลังกายด้วยแอโรบิค และบางแห่งเน้นการส่งเสริมการใช้แรง ด้วยการปลูกผักไว้บริโภคเอง และการจัดการการชะลอไตเสื่อมจากโรคเรื้อรัง ด้วยการใช้ 7 มาตรการที่สำคัญ ที่ได้รับการอบรมมา ได้แก่ 1) การเฝ้าระวัง การติดตามและการคัดกรองโรคและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง เพื่อเชื่อมโยงการให้บริการระดับชุมชนและสถานบริการ 2) การสร้างความตระหนัก ในระดับประชากรและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ 3) การเสริมสร้างสิ่งแวดล้อมลดเสี่ยง และการจัดการโรคไตเรื้อรังโดยชุมชน 4) การให้คำปรึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5) การพัฒนาคุณภาพการบริการ 6) การเสริมสร้างศักยภาพผู้ดำเนินงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับให้มีความเข้มแข็ง และ 7) การกำกับ ติดตาม และประเมินผล และมีระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ

ทั้งนี้ อ.กงหรา มีประชากรทั้งหมดจำนวนประมาณ 30,000 กว่าคน กระจายอยู่ในเขต ตำบล/อบต. จำนวน 5 แห่ง และ 5 เทศบาลตำบล ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพ หรือการป้องกันโรคที่ไม่ติดต่อ และได้ร่วมกันทำกองทุนโรคเรื้อรังหรือกองทุนสุขภาพตำบล โดยที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสมทบเข้ากองทุนนี้ประมาณ 20% เพื่อใช้เป็นกลไกในการส่งเสริมการทำงานที่เรียกว่า “ชุมชนช่วยเหลือชุมชน” โดยมีคณะกรรมการกองทุนที่ประกอบไปด้วย ตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, จนท.สาธารณสุข, ผู้นำชุมชน

หรือแกนนำประเภทต่าง ๆ ปัจจุบันกองทุนนี้มีเงินเหลืออยู่ประมาณ 80,000 กว่าบาท และศักยภาพที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ ชาวบ้าน/ชุมชน/แกนนำในพื้นที่นี้มีความสามารถในการเขียนโครงการ เพื่อของบประมาณจากแหล่งทุนต่าง ๆ เช่น สปสช. มาทำโครงการต่าง ๆ ซึ่งในขณะที่ไปเยี่ยมพื้นที่ ทางเครือข่ายแกนนำได้เล่าว่า ได้เสนอเรื่องไปที่ สปสช. เพื่อขอไปศึกษาดูงานประมาณ 50,000 บาท สำหรับแกนนำ ที่ทำงานขับเคลื่อนสุขภาพชุมชนประมาณ 90 กว่าคน

สำหรับการสร้างการเรียนรู้ให้กับพยาบาล และนักศึกษาพยาบาล ควรเน้นการเรียนรู้บทบาทของชุมชน ที่เชื่อมโยงกับการใช้ 7 มาตรการสำคัญในการชะลอไตเสื่อม เพื่อให้เกิดการปรับกระบวนการทัศน/วิธีคิด/วิธีมอง/วิธีการในการสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน ที่มีความเชื่อมโยงกับการปรับระบบบริการ และการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลในด้านต่าง ๆ รวมไปถึงการสร้างสิ่งแวดล้อมลดเสี่ยงว่าสามารถทำได้จริงหรือไม่ อย่างไร เพราะอะไร สิ่งเหล่านี้จะทำให้เกิดการเรียนรู้ได้มาก จึงควรมีจุดเน้นในการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับบริบทหรือความเป็นจริงของ รพ.สต. และชุมชนอำเภอองครักษ์ พัทลุง ตามที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้น

● ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ/การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีฮอสโตมิและแผล และการดูแล/ป้องกันแผลกดทับ

สำหรับการสร้างเสริมสุขภาพ และ/หรือการส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยที่มีฮอสโตมิและแผลประเภทต่าง ๆ พบว่า มีทั้งหมด 3 ศูนย์เรียนรู้ ในกรุงเทพหรือส่วนกลาง จำนวน 1 ศูนย์เรียนรู้ คือ ที่ รพ.ศิริราช และศูนย์เรียนรู้ในภาคเหนืออีกจำนวน 2 ศูนย์ คือ ที่ รพ.มหาราช

อ.เมือง จ.เชียงใหม่ และที่ รพ.สันป่าตอง อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ สำหรับสองแห่งแรกมีสถานภาพ เป็น รพ.ของมหาวิทยาลัย ในขณะที่ศูนย์ที่ 3 มีสถานภาพเป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ/รพ.ชุมชน แต่ทั้ง 3 แห่ง พบว่า มีศักยภาพในด้านต่าง ๆ ที่แตกต่างกันไป ตามระยะเวลาการทำงานหรือการก่อตั้งศูนย์/คลินิก ซึ่งพบว่า คลินิกฮอสโตมิ ของรพ.ศิริราชนั้น ตั้งมาตั้งนานแล้ว หรือตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 ซึ่งที่ผ่านมา หรือตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 ได้จัดอบรมหลักสูตรเฉพาะทางด้านฮอสโตมิและแผลให้กับพยาบาลจากทั่วประเทศมาแล้วทั้งหมดจำนวน 16 รุ่น ๆ ละประมาณ 25 คน รวมเป็นจำนวนพยาบาลที่ผ่านการอบรมด้านนี้แล้ว ประมาณ 400 กว่าคน และที่สำคัญ คือ มีการพัฒนาที่ทีมงานอย่างต่อเนื่อง เน้นการมีส่วนร่วมของทีมงานในทุกด้าน และการสอนงานให้กับทีมงานรุ่นน้อง (Peer Coaching) ให้มีความเข้มแข็ง หรือรับต่องานได้อย่างสอดคล้องกัน ไม่มีการสะดุด ถึงแม้ทีมงานรุ่นก่อนที่อาวุโส จะเกษียณอายุงานไปแล้วก็ตาม แต่งานที่ริเริ่มหรือสร้างไว้ก็ยังคงดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง หรือมีความยั่งยืน

ดังนั้น บุคลากรในคลินิกฮอสโตมิที่ รพ.ศิริราช จึงมีศักยภาพและมีประสบการณ์สูงมาก โดยเฉพาะศักยภาพด้านการให้คำปรึกษาหารือ (Counseling) เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจสภาพร่างกายจิตใจอารมณ์ของตนเอง และทีมงานยังมีมุมมองเชิงลึกเกี่ยวกับมนุษย์และสังคม หรือเชิงสุขภาพองค์รวมเกี่ยวกับผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมอยู่เป็นทุนเดิมอยู่แล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ป่วยที่มีฮอสโตมิและแผล ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งประเภทต่าง ๆ โดยเฉพาะมะเร็งลำไส้ที่มีความทุกข์ทรมานอยู่แล้ว

ดังนั้น การดูแลจึงต้องมีความละเอียดอ่อน และได้ให้ความสำคัญกับศักยภาพในการดูแลตัวเองของผู้ป่วยและญาติ ตั้งแต่ก่อนการมีแผล หรือก่อน

การผ่าตัดเปิดหน้าท้อง เพราะมองว่าการเตรียมผู้ป่วยให้มีความพร้อมทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม/ครอบครัว/ญาติ และสติปัญญา มีความสำคัญมาก และ/หรือการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ สุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ของตนเองของผู้ป่วย มีความสำคัญมาก

นอกจากนี้ ยังพบว่า ที่คลินิกออสโตมี แห่งนี้ยังมีการปรับสภาพแวดล้อมในคลินิกให้ดู สะอาด มีความเป็นมิตรและผ่อนคลาย ด้วยการเพิ่ม สีลันในคลินิก ซึ่งเป็นห้องขนาดเล็กให้มีความเหมาะสม ในการให้บริการ กับผู้ป่วยมากขึ้น โดยที่ผู้ป่วยที่มี ฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างดีได้เข้ามามีส่วนร่วมใน การปรับตกแต่งสิ่งแวดล้อม ด้วยการเป็นผู้สนับสนุน งบประมาณในการตกแต่งห้องหรือคลินิกให้ดูสวยงาม มีสีลัน ไม่เหงาหงอย (เพราะผู้ป่วยมีความเหงา/ หงอย หรือมีความทุกข์ หรือจิตใจที่หดหู่อยู่แล้ว)

นอกจากนี้ ทีมงานพยาบาลในคลินิก ออสโตมีและแผลของ รพ.ศิริราช ยังสนับสนุนให้ ผู้ป่วยมีการเชื่อมโยง หรือรวมตัวกันเป็นกลุ่ม/องค์กร ที่เรียกว่า **“ชมรมออสโตเมทแห่งประเทศไทย”** เพื่อดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกันด้วย ปัจจุบันมี สมาชิกประมาณ 100 กว่าคน และกำลังเจรจา ต่อรองในการขอรับสิทธิในการเบิกจ่ายอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จำเป็นจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) อีกด้วย และทางพยาบาลเฉพาะทางด้าน ออสโตมีและแผลเอง ก็มีการรวมกลุ่มหรือเชื่อมโยง กันในรูปของชมรม ที่เรียกว่า **“ชมรมพยาบาล เฉพาะทางออสโตมีและแผล”** ซึ่งปัจจุบันมีสมาชิก ประมาณ 500 กว่าคนทั่วประเทศ มีการเชื่อมโยงกัน ด้วยการใช้อินเทอร์เน็ตประเภทต่าง ๆ ที่ หลากหลาย ทั้ง Facebook และไลน์ ทำให้สามารถ ส่งต่อคนไข้/ผู้ป่วยไปรับบริการกับพยาบาลที่ผ่าน การอบรมด้านออสโตมีและแผลในพื้นที่นั้น ๆ ที่ คนไข้อาศัยอยู่ ทำให้คนไข้/ผู้ป่วยและญาติไม่ต้อง เดินทางไกลระหว่างจังหวัดหรือระหว่างภูมิภาค ทำ

ให้ได้รับความสะดวกสบายมากขึ้น และสามารถ เข้าถึงบริการได้เร็วขึ้น ซึ่งอันที่จริง ประเด็นการ ส่งเสริมให้มีชมรมออสโตเมท และการมีชมรม พยาบาลเฉพาะทางด้านนี้ ถือเป็นส่วนหนึ่งของการ เสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนตามกรอบ ออตตาวา

สำหรับ คำว่า “ชุมชน” ณ ที่นี้ หมายถึง ชุมชนของคนที่มีปัญหาเดียวกัน และทำงานในเรื่อง ที่คล้ายคลึงกัน หรือเรื่องเดียวกัน มาเชื่อมโยงกัน เป็นเครือข่ายและชุมชน ที่มีการสื่อสารซึ่งกันและกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่ง เท่าที่วิเคราะห์ดู พบว่า ยังมีความจำเป็นต้อง เสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนคนออสโตมีและ แผล และคนทำงานหรือพยาบาลที่ทำงานด้านนี้อีก หลายเรื่อง ซึ่งน่าจะมีความเกี่ยวข้องกับเรื่อง การ ขับเคลื่อนนโยบาย โดยเฉพาะนโยบายของ สปสช. ในการดูแลหรือการให้สิทธิเพิ่มเติมกับคนไข้กลุ่มนี้ รวมถึงการสนับสนุนด้านต่าง ๆ ในทางสังคม วัฒนธรรม เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีออสโตมีและแผลมี คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และที่จริงแล้ว ในการสร้างการ เรียนรู้ให้กับพยาบาลและนักศึกษาพยาบาล ควรมี การสื่อสารหรือถ่ายทอดเกี่ยวกับประเด็นต่าง ๆ เหล่านี้ด้วย เพราะทุกอย่างที่กล่าวมาข้างต้นนี้ ล้วน แต่มีความสำคัญต่อการทำความเข้าใจกรอบแนวคิด และยุทธศาสตร์ออตตาวาอย่างมีความเชื่อมโยงกัน ระหว่าง ปัจเจกบุคคล, สิ่งแวดล้อม, ชุมชน, นโยบาย และการปรับระบบบริการ

สำหรับกรณีของ รพ.มหาราช จ.เชียงใหม่ ที่ทำเรื่อง การพัฒนาเชิงระบบในการป้องกันและ ดูแลแผลกดทับ และ รพ.สันป่าตอง อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ ที่ทำเรื่อง การดูแลแผล Ileostomy แบบบูรณาการ ก็เช่นกัน ที่พบว่า ทีมงานมีศักยภาพ ในด้านต่าง ๆ เช่นเดียวกับคลินิกออสโตมีและแผล รพ.ศิริราช โดยเฉพาะที่ รพ.สันป่าตอง พบว่า ได้มี

การปรับระบบการให้บริการที่มีความชัดเจนมาก โดยเฉพาะในด้านการปรับระบบงบประมาณ (มีการจัดสรรงบประมาณเพิ่มขึ้น เพื่อใช้ยาที่มีคุณภาพมากขึ้น) ด้านอาหารและโภชนาการ (เปลี่ยนทั้งประเภทและวิธีการให้อาหาร ทำให้คนไข้ดีขึ้น), การให้ยา/การใส่ยา (รู้จักหวั่นในการใส่ยา ทำให้ลดค่าใช้จ่ายจากการใช้ยาครั้งหนึ่ง), การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลให้กับผู้ป่วย/คนไข้ในการดูแลตนเอง โดยมีทีมพยาบาลหนุนเสริมอย่างมีความชัดเจน ทีมงานมีความรู้ความสามารถ และมีความทุ่มเทในการทำงานเป็นอย่างมาก พยาบาลบางท่าน (คุณวิลาวรรณ กันทะลี) มีการทำงานและการเยี่ยมบ้านทุกวันหยุดเสาร์/อาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์ โดยไม่คำนึงถึงเรื่อง ค่าตอบแทน หรือรายได้เสริม หรือค่าล่วงเวลาใด ๆ ทั้งสิ้น นับว่าเป็นการให้การดูแลรักษาพยาบาลภายใต้แนวคิด humanized health care อย่างแท้จริง ทำให้คนไข้และญาติ/ครอบครัว/ชุมชนมีความพึงพอใจ และคนไข้/ญาติได้ทำการเผยแพร่ข้อมูล หรือแนะนำให้คนไข้จากที่ต่าง ๆ มาใช้บริการ รวมทั้งคนไข้ที่หายแล้ว ได้เข้ามาทำงานเป็นจิตอาสาให้ รพ. อีกด้วยทำให้ รพ. มีชื่อเสียง

ทั้งนี้ **รพ. สันป่าตอง อ. สันป่าตอง เชียงใหม่** ยังเป็นแม่ข่ายในโซน 3 ได้มีการถ่ายทอดความรู้ความสามารถในการดูแลแผลประเภทต่าง ๆ ให้กับพยาบาล หรือรพ. อื่น ๆ ในพื้นที่ใกล้เคียง ซึ่งมีอยู่ทั้งหมดประมาณ 7 แห่งอีกด้วย ซึ่งที่ผ่านมาได้จัดอบรมให้กับพยาบาลไปแล้วแต่ละ 2 คน ทั้งนี้ ก่อนการอบรม ก็ได้มีการวางแผนร่วมกัน และการศึกษาข้อมูลต่าง ๆ ที่จำเป็นล่วงหน้า ปัจจุบัน มี รพ. ฝาง, รพ. สันทราย, รพ. จอมทอง เป็น node ในการเรียนรู้และการทำงานแบบเชื่อมโยงกัน นอกจากนี้ ยังมีทีมงานจาก รพ. แม่ฮ่องสอน และ รพ. อุตรธานี มาศึกษาดูงาน ทำให้เกิดการแพร่กระจายของความรู้และศักยภาพในการดูแลคนไข้ด้านนี้ออกไปในวงกว้าง นับว่าเป็นอานิสงส์ของการทำงานเชิงเครือข่าย หรือแม้แต่ รพ. นครพิงค์ ซึ่ง

เป็น รพ. ศูนย์ของภาคเหนือ ก็ยังส่งต่อคนไข้ที่มีปัญหาเรื่องแผลซับซ้อนมารักษาที่ รพ. สันป่าตอง อีกด้วย

นอกจากนี้ รพ. สันป่าตอง ยังให้ความสำคัญกับการทำงานส่งเสริมสุขภาพพร้อมกับ รพ. สต. ในเครือข่ายทุกแห่ง และได้มีการพัฒนา รพ. สต. ให้มีศักยภาพในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะการพัฒนาระบบ Home Ward เพื่อรองรับการเป็นสังคมผู้สูงอายุ ที่มีคนไข้ติดเตียงจำนวนมาก และจะมีเพิ่มขึ้นอีกด้วย และมีการใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ ให้เป็นประโยชน์ เช่น การจัดตั้งไลน์กลุ่มประเภทต่าง ๆ จำนวนมาก ทำให้สามารถสื่อสารกันได้อย่างทันท่วงที ซึ่งถ้าพยาบาลหรือนักศึกษาพยาบาล ที่ได้มีโอกาสเข้ามาร่วมเรียนรู้ที่นี่ นอกจากจะได้รับความรู้ความสามารถที่ทันสมัยเกี่ยวกับระบบต่าง ๆ ที่มีการปรับไปค่อนข้างมาก ก็ยังจะได้รับแรงบันดาลใจในการทำงานที่เสียสละ หรือได้มีโอกาสเห็นและซึมซับ “การเป็นตัวอย่างที่ดี” จากพยาบาลรุ่นพี่ที่นี่ไปอีกด้วย

โดยสรุป คลินิกออสโตมีและแผล รพ. ศิริราช กรุงเทพ, รพ. มหาราช เชียงใหม่ และ รพ. สันป่าตอง จ. เชียงใหม่ มีความเหมาะสมในการเป็นศูนย์เรียนรู้ด้านนี้ให้กับพยาบาลและนักศึกษาพยาบาล เป็นอย่างมาก เพราะที่ทีมงานพยาบาลและวิชาชีพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องของทั้ง 3 แห่ง/ศูนย์ มีความเข้มแข็ง มีความรู้ ความสามารถ มีความเข้าใจในเรื่องสุขภาพองค์รวม มีจิตใจที่ดี มีการทำงานเป็นทีม และ/หรืออาจกล่าวได้ว่า มีศักยภาพทุกด้าน ถึงแม้สถานที่ในคลินิกของ รพ. ศิริราช อาจจะคับแคบไปหน่อย แต่ก็ไม่ใช้ประเด็นสำคัญ และที่สำคัญคือ สิ่งที่มีทีมงานสะท้อนไว้ ซึ่งก็คือการวางแผนร่วมกัน และการประสานงานล่วงหน้าอย่างเป็นระบบ และการเปิดให้ทีมงานเข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบกระบวนการเรียนรู้ต่าง ๆ ร่วมกันตั้งแต่แรก จะทำให้ทีมงานมีความเข้าใจในวัตถุประสงค์และแนวคิดของ

โครงการขับเคลื่อนฯ และถ้ายิ่งเข้าใจที่มากขึ้น ก็ยิ่งจะสามารถทำให้โครงการขับเคลื่อนฯ บรรลุวัตถุประสงค์ได้มากขึ้นตามไปด้วย

● ด้านการปรับระบบการรักษาพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ซึ่งมีทั้งหมดจำนวน 2 ศูนย์ คือ ที่ รพ. ชลบุรี อ.เมือง จ.ชลบุรี จำนวน 1 แห่ง (ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง) และที่ รพ.วังน้ำเย็น อ.วังน้ำเย็น จ.สระแก้ว อีกจำนวน 1 แห่ง (ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อหรือมีอาการแทรกซ้อน) ซึ่งแห่งแรกเป็นโรงพยาบาลศูนย์ของจังหวัดชลบุรี และภาคตะวันออก แห่งที่สองเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคกลาง สำหรับ รพ.ชลบุรี ทำเรื่อง การดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบเคลื่อนไหวไปมาได้อย่างต่อเนื่อง (CAPD – Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis) ในขณะที่ รพ.วังน้ำเย็น ทำเรื่อง การปรับระบบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งแต่เดิมคนไข้ หรือผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ หรือมีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ต้องนอนพักรักษาตัวอยู่ใน รพ. เป็นระยะเวลา 14 วัน ซึ่งเป็นระยะเวลาที่นานเกินไป โดยไม่มีความจำเป็นทำให้คนไข้เบื่อหน่าย เหน็ดเหนื่อย เพราะญาติก็ไม่ค่อยมาเยี่ยม เนื่องจากญาติต้องทำงาน หรือติดภารกิจต่าง ๆ ฯลฯ

ดังนั้น การปรับระบบบริการเพื่อผู้ป่วยและญาติในสถานบริการทั้งสองแห่งนี้ จึงมีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ของผู้ป่วยทั้งสองประเภทเป็นอย่างมาก สำหรับในกรณีการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ด้วยการฟอกไตทางช่องท้องของ รพ.ชลบุรี นั้น ประเด็นสำคัญ คือ การทำอย่างไรให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในทุกด้าน มีความทุกข์ทรมานน้อยลง ถ้าเป็นไม่รุนแรงมาก ก็ยัง

สามารถทำงานได้ตามปกติ หรือสามารถดำเนินชีวิตได้ตาม ปกติ ไม่ต้องเป็นภาระของใคร ดังนั้น ทีมพยาบาลจึงจำเป็นต้องคิดค้นนวัตกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ดีอย่างเป็นองค์รวมทั้งด้านกาย, ใจ, อารมณ์, สังคม/ครอบครัว/ญาติ และด้านสติปัญญา เช่น การแต่งเพลงสำหรับการออกกำลังกาย ที่มีเนื้อหาสร้างสรรค์ ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการดูแลตนเอง และไม่เบื่อหน่ายในการออกกำลังกาย เป็นต้น

สำหรับการเป็นศูนย์เรียนรู้ให้กับโครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลฯ นั้น ที่ผ่านมา ได้มีการจัดอบรมหลักสูตร 4 วัน เป็นการเรียนทฤษฎี 1 วัน การศึกษาดูงานในตึกผู้ป่วย CAPD 2 วัน และดูงานในศูนย์เรียนรู้ในภาคตะวันออกที่อยู่ในเครือข่ายของโครงการฯ อีกจำนวน 1 วัน ซึ่งได้พาผู้เข้าอบรมไปดูงานจำนวน 4 แห่ง คือ ที่ รพ.บ้านบึง, รพ.สมเด็จพระศรีราชา, รพ.คลองใหญ่ และ รพ.ชลบุรี มีผู้เข้าร่วมอบรมจำนวน 60 คน มาจาก รพ.ทั้ง 4 แห่ง ะละ 15 คน นอกจากนี้ ทางพยาบาลในศูนย์เรียนรู้ยังให้ข้อมูลด้วยว่า ทาง รพ.พระปกเกล้า กำลังจะเปิดหลักสูตรเฉพาะทางด้าน CAPD รุ่นแรกด้วย ซึ่งจะทำให้พยาบาลมีแหล่งเรียนรู้ด้านนี้เพิ่มขึ้น

นอกจากนี้ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ ม.บูรพา ยังเข้ามาทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดกับศูนย์การเรียนรู้แห่งนี้ด้วย ซึ่งจากการสนทนากับอาจารย์ท่านนี้ (อ.อังคณา) ได้ยืนยันว่า การทำงานของทีมงาน CAPD ทั้งแพทย์ พยาบาลของ รพ.ชลบุรี ด้วยความร่วมมือกับคณะพยาบาลศาสตร์ ม.บูรพา เป็นสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย/ประชาชนผู้รับบริการและคณะพยาบาลฯ เป็นอย่างมาก เพราะเป็นการทำงานร่วมกันแบบ Win-Win ด้านผู้ป่วยจะได้รับการดูแลแบบครบวงจร ได้พัฒนาทักษะการดูแลตนเอง (self-care) ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย/ผู้รับบริการและผู้ให้บริการดีขึ้น เพราะมีการส่งต่อไปยังสถานบริการสุขภาพที่อยู่ในเครือข่าย/ในพื้นที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย ทำให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ด้าน

สถาบันวิชาการ ก็ได้ประโยชน์ในทางวิชาการ มีการจัดหลักสูตรอบรมระยะสั้นร่วมกัน และการวิจัยร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ทำให้สามารถพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ ๆ ได้ตลอดเวลา เพราะได้นำกรณีต่าง ๆ ที่พบมาใช้ในการเรียนการสอนด้วย และตอนนี้กำลังจะมีการขยายผลการดูแลแบบครบวงจรไปยัง รพ. บางละมุง

สำหรับกรณีของ รพ.วังน้ำเย็น อ.วังน้ำเย็น จ.สระแก้ว พบว่า สามารถลดเวลาการอยู่ใน รพ. ของผู้ป่วย โดยไม่จำเป็น ทำให้ลดภาระด้านค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ทั้งของ รพ. และของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เกี่ยวกับสถานที่/อุปกรณ์/ห้องพักผู้ป่วย/อาหาร/ยา และค่าจ้างบุคลากร หรือช่วยลดเวลาการทำงานของบุคลากรลง เพราะปกติบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล ต้องทำงานหนัก หรือมีภาระงานที่เกินกว่าที่ร่างกาย/จิตใจจะแบกได้อยู่แล้ว เพราะชั่วโมงการทำงานสูง, พักผ่อนน้อย, การทำงานในชั่วโมงเร่งด่วนหรือการดูแลผู้ป่วยวิกฤตประเภทต่าง ๆ มีมาก และประเด็นสำคัญที่สุดประการหนึ่ง คือ ถ้าคนไข้อยู่ใน รพ. นาน ก็มีความเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อให้กับบุคลากรและผู้ป่วยคนอื่น ๆ สูงตามไปด้วย เพราะผู้ป่วยจำนวนมากไม่ทราบว่าทำอะไร บางทีก็เดินไปมา มีการไอจาม มีการถุยน้ำลายหากเสลดไปทั่วก็มี ซึ่งที่ผ่านมาก็มีเจ้าหน้าที่ติดเชื้อวัณโรคจากคนไข้มาแล้ว

สำหรับในส่วนของผู้ป่วย ก็เช่นกัน ที่ส่วนใหญ่ไม่ชอบอยู่ใน รพ. นาน และเคยมีกรณีคนไข้พยายามฆ่าตัวตายด้วย ดังนั้น การที่คนไข้ได้กลับบ้านเร็วขึ้น ก็ยิ่งทำให้สุขภาพจิตดีขึ้น ยิ้มแย้มแจ่มใสมากขึ้น สำหรับการกินยา ก็ใช้ระบบการติดตามสังเกตและดูแลต่อเนื่อง (DOT – Daily Observed Treatment) ด้วย อสม. ซึ่งสามารถติดตามการกินยาได้อย่างใกล้ชิด

ทั้งนี้ รพ.วังน้ำเย็น มี อสม. ที่ทำหน้าที่นี้จำนวนมาก เพราะช่วงที่ผ่านมาประมาณ 4-5 ปี ได้มีการจัดอบรมให้มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคและการดูแลการกินยา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ ครบทุกหมู่บ้าน สำหรับพยาบาลที่มีความรู้ในการทำงานด้านนี้มีทั้งหมดประมาณ 40 คน

สำหรับการปรับระบบบริการของ รพ. วังน้ำเย็น เป็นการทำงานร่วมกันเป็นทีมอย่างใกล้ชิดระหว่างแพทย์, พยาบาล, เภสัชกร, นักโภชนาการ, นักระบาดวิทยา และ อสม. ซึ่งการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพแบบบูรณาการนี้ ถือเป็นจุดแข็ง/จุดเด่นของ รพ.วังน้ำเย็น ที่พยาบาลหรือนักศึกษาพยาบาลสามารถมาเรียนรู้ได้ เพราะโดยปกติ การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพที่มีการเชื่อมประสานกันอย่างชัดเจนนี้ จะค่อนข้างหาได้ไม่มากนัก

สำหรับรูปแบบการดูแลรักษาเพียง 4 วัน จะประกอบไปด้วย **วันที่ 1** คือ การให้ความรู้กับคนไข้เกี่ยวกับโรคที่เขาเผชิญอยู่ **วันที่ 2** เป็นภารกิจของเภสัชกร มาให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องยารักษาวัณโรคและการกินยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีความสำคัญมาก เพราะยาวัณโรคมีจำนวนมาก ถ้าตกหล่น หรือกินไม่ครบ โรคจะไม่หาย หรือเกิดการดื้อยาได้ **วันที่ 3** เป็นการประเมินซ้ำว่า คนไข้/ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เรื่องโรคและเรื่องยาเพียงพอหรือยัง หรือดีพอหรือยัง **วันที่ 4** ทีมดูแลคนไข้ (Patient Care Team – PCT) ทั้งหมด ประกอบด้วยแพทย์, พยาบาล, เภสัชกร, นักโภชนาการ ทำการประเมินความพร้อมของคนไข้ และผู้ดูแล และพิจารณาด้วยว่า ผู้ดูแลเป็นใคร มีความรู้ความเข้าใจพอเพียงไหม ถ้าพบว่า ยังไม่พร้อม ก็จะให้พักอยู่ใน รพ. ต่อไปอีก แต่ถ้ามีความพร้อมแล้ว ก็จะทำกาจำหน่ายออกจาก รพ. (discharge)

นอกจากนี้ รพ.วังน้ำเย็น ยังมีจุดแข็งที่สำคัญอีกประการหนึ่ง ซึ่งเป็นการทำงานทาง

เศรษฐกิจสังคม หรือปัจจัยทางสังคมที่เป็นตัวกำหนดทางสุขภาพที่สำคัญ คือ การมีกองทุนช่วยเหลือประเภทต่าง ๆ หลายกองทุน อาทิเช่น กองทุนผู้ด้อยโอกาส รพ.วังน้ำเย็น, กองทุนพระเทพฯลฯ เนื่องจากคนไข้/ผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่ มักมีฐานะยากจน หรือประมาณร้อยละ 90 ยากจน ซึ่งน่าจะเกี่ยวกับปัจจัยด้านสุขภาพ/สิ่งแวดล้อม/ที่อยู่อาศัย และพฤติกรรมสุขภาพ และ/หรือพฤติกรรมการทำงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น การทำงานหนัก, การมีภาวะเครียด ทำให้ต้องดื่มสุรา/แอลกอฮอล์, การโยกย้ายที่อยู่อาศัยบ่อยครั้ง เนื่องจากไม่มีความมั่นคงทั้งการงานและที่อยู่อาศัย, การอยู่ในที่อยู่อาศัยที่ไม่ถูกสุขลักษณะ/แออัด/มีภาวะเครียด เนื่องจากต้องทำงานหนัก แต่รายได้น้อย ไม่พอเพียงต่อการใช้จ่าย หรือต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระดับหนึ่ง เป็นต้น

ถ้าพยาบาล/นักศึกษาพยาบาล ได้มีโอกาสมาเรียนรู้อย่างครบถ้วน หรือมองทุกอย่างเหล่านี้อย่างเป็นองค์รวม หรือมองว่าทุกอย่างมีความเชื่อมโยงกัน ก็จะทำให้เข้าใจเรื่อง “ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมที่เป็นตัวกำหนดภาวะสุขภาพ” (social determinants of health) หรือในกรณีนี้ คือ การเป็นวัณโรค ที่เกี่ยวกับปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคม และสิ่งแวดล้อม ได้เป็นอย่างดี ซึ่งโดยปกติ ทาง รพ.วังน้ำเย็น ก็เป็นแหล่งศึกษาเรียนรู้/ดูงาน/ฝึกงานของพยาบาล และ/หรือนุคลากรสุขภาพวิชาชีพต่าง ๆ อยู่แล้วจำนวนมาก อาทิเช่น สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคเขต 6 (สคร. 6) ประกอบกับ รพ.วังน้ำเย็น ก็มีสถานภาพเป็นศูนย์ประสานงานการเรียนรู้ทั้งเรื่องวัณโรคและคนพิการด้วย ซึ่งที่ผ่านมา ก็มีหน่วยงานต่าง ๆ มาศึกษาเรียนรู้/ดูงาน เช่น จาก รพ.สุพรรณบุรี, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), กระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น

โดยสรุป คลินิกโรคไต รพ.ชลบุรี และ รพ.วังน้ำเย็น จึงมีความพร้อมในการเป็นแหล่งเรียนรู้

ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคไต และผู้ป่วยวัณโรค ตามลำดับ โดยเฉพาะในประเด็นการปรับระบบบริการตามกรอบออตตาวาได้อย่างชัดเจน และถ้าทีมงานที่เกี่ยวข้องใน รพ.ทั้งสองแห่ง จะมีการเพิ่มการถ่ายทอด/การสร้างการเรียนรู้เกี่ยวกับการทำงานส่งเสริมสุขภาพให้ผู้ป่วยให้ครบตามกรอบออตตาวา ทั้งมิติการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล, การผลักดันนโยบาย และการปรับสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ก็จักเป็นคุณูปการอย่างยิ่งต่อการสร้างการเรียนรู้ให้กับพยาบาล/นักศึกษาพยาบาล ตามกรอบออตตาวาได้ครบทุกมิติที่เกี่ยวข้อง

● ด้านการขับเคลื่อนสุขภาพองค์รวม และ/หรือการกระทำกับปัจจัยหรือตัวกำหนดทางสังคมต่อสุขภาพ (Holistic Health/Social Determinants of Health)

การขับเคลื่อนการทำงานด้านการสร้างสุขภาพองค์รวม และ/หรือการกระทำต่าง ๆ กับปัจจัยกำหนดสุขภาพ หรือตัวกำหนดทางสังคมต่อสุขภาพ (Social Determinants of Health) ที่สำคัญและน่าสนใจมาก มีทั้งหมดจำนวน 2 ศูนย์ คือ ที่ รพ.สต. บ้านห้วยทราย ต.แม่ทา อ.แม่อน จ. เชียงใหม่ และ ที่ รพ.สต. เขาไม้แก้ว ต.เขาไม้แก้ว อ.สิเกา จ.ตรัง อย่างไรก็ตาม สำหรับกรณีของ รพ.สต.เขาไม้แก้วนั้น อันที่จริง ทางโครงการขับเคลื่อนฯ ไม่ได้เลือกให้เป็นศูนย์การเรียนรู้ แต่ที่มประเมินผลโครงการฯ พิจารณาแล้วเห็นว่า พื้นที่นี้มีความสำคัญและมีศักยภาพมากในการสร้างการเรียนรู้ให้กับพยาบาล/นักศึกษาพยาบาล และบุคลากรสุขภาพวิชาชีพอื่น ๆ ในการมองเรื่องสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม หรืออันที่จริงเรื่อง “สุขภาพ” มีความเกี่ยวข้องกับมิติทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การเมือง และ/หรือเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพ/สังคม/วัฒนธรรม/

การเมืองอย่างแยกกันไม่ออก โดยเฉพาะพื้นที่ทั้งสองแห่งนี้ มีการดำเนินการต่าง ๆ กับปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การเมือง การศึกษา สิ่งแวดล้อม ที่เป็นตัวกำหนดภาวะสุขภาพของประชาชนในความหมายที่กว้างกว่าแค่เรื่อง โรคภัยไข้เจ็บทางกายภาพ โดยเฉพาะการมีภาวะเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมที่ดีสำหรับทุกคน ทุกครัวเรือน ทำให้ทุกคนมีรายได้ พึ่งพาตนเองได้ ไม่เครียด ไม่มีปัญหาสุขภาพทั้งกายและใจ สำหรับเรื่องสิ่งแวดล้อม ก็เช่นกัน ที่พบว่า ทั้ง รพ.สต.บ้านห้วยทราย และชุมชนตำบลแม่ทา อ.แม่ฮอน เชียงใหม่ และ รพ.สต.เขาไม้แก้ว และชุมชนตำบลเขาไม้แก้ว อ.สิเกา จ.ตรัง มีการรักษาสีเขียวและอากาศบริสุทธิ์ น้ำ ป่าอากาศอย่างชัดเจน ทำให้คนรักท้องถิ่น มีการทำมาหากินอยู่ในท้องถิ่น ทำให้ประชาชนไม่ต้องย้ายถิ่นไปทำงานที่อื่น ทำให้ครอบครัวได้อยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขและอบอุ่น และมีความผูกพันกับชุมชน ทำให้ชุมชนมีกำลังในการพัฒนาร่วมกันในทุกด้าน

นอกจากนี้ ทาง **อบต. และชุมชนตำบลแม่ทา** ยังส่งเสริมให้เด็กและเยาวชนเรียนรู้เกี่ยวกับรากเหง้าหรือความเป็นมาทางประวัติศาสตร์ของชุมชนของตน ทำให้เกิดความรักและความหวงแหนในชุมชน/อัตลักษณ์ของชุมชน และร่วมมือกันพัฒนาชุมชน หรือร่วมมือกันทำประโยชน์ทั้งต่อตนเองและส่วนรวม ทำให้ปัญหาเสียดสีมีน้อยมาก หรือแทบไม่มีเลย โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ รพ.สต.บ้านห้วยทราย และชุมชนแม่ทา จะให้ความสำคัญกับการสร้างคนรุ่นใหม่ โดยมี **“หลักสูตรคนรักแม่ทา”** ทำให้มีกำลังคน/ทุนมนุษย์/บุคลากรที่มีคุณภาพในการสืบทอดงานของชุมชน ทำให้เกิดความยั่งยืน ที่นักวิชาการด้านการพัฒนา หรือคนส่วนใหญ่แสวงหาหรือต้องการได้ยินเรื่อง “ความยั่งยืน”

สำหรับ **รพ.สต. เขาไม้แก้ว และชุมชนเขาไม้แก้ว อ.สิเกา จ.ตรัง** ได้ให้ความสำคัญกับการมีรายได้ที่มั่นคง รวมทั้งการมีสิ่งอุปโภคบริโภค

อย่างครบถ้วน ทุกครัวเรือนมีสวนครัว ทำให้ไม่มีค่าใช้จ่าย หรือค่าใช้จ่ายในการซื้อพืชผักอาหารไม่สูงมากนัก เพราะสามารถพึ่งพาตนเองได้

นอกจากนี้ ชุมชนเขาไม้แก้ว ยังมีความน่าสนใจในการเป็นชุมชนพหุวัฒนธรรม ที่มีทั้งพุทธ มุสลิม ที่อยู่ร่วมกันมาเป็นเวลานาน ทำให้ชุมชนมีความสามัคคี เกื้อกูลกัน โดยไม่แบ่งแยกศาสนา จึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจในการปรับกระบวนการพัฒนาการมองเรื่อง **“สุขภาพของสังคม” (social health)** ที่เป็นตัวกำหนดความอยู่ดีมีสุขของคนในชุมชนด้วย เพราะถ้ามีความขัดแย้งแตกแยก ชุมชนก็ไม่เกิดการพัฒนา

ดังนั้น การส่งเสริมเรื่องการมีรายได้ ทั้งจากการเลือกวิถีเศรษฐกิจพอเพียง, การผลิตหรือการเพาะปลูกที่หลากหลาย และการส่งเสริม หรือการพัฒนาพื้นที่ให้เป็นแหล่งท่องเที่ยว รวมทั้งการส่งเสริมความสมานฉันท์ทางวัฒนธรรม และการเป็นแหล่งศึกษาเรียนรู้ในด้านต่าง ๆ ให้กับหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งสองแห่ง จึงมีนัยสำคัญมาก ต่อการช่วยสร้างความรู้ ความเข้าใจ หรือทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับคำว่า **“ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ” (social determinants of health)** ที่โครงการขับเคลื่อนฯ และ สสส. เองก็ต้องการให้บุคลากรสุขภาพทุกวิชาชีพมีความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องนี้อย่างชัดเจน ลึกซึ้ง จะได้ไม่มองเรื่องสุขภาพและโรคภัยไข้เจ็บ แยกออกจากบริบทที่แวดล้อมมนุษย์/ปัจเจกบุคคล/ครอบครัว/ชุมชน/สังคม

ดังนั้น ทั้งสองแห่ง จึงเหมาะกับการเป็นแหล่งเรียนรู้ของพยาบาล และนักศึกษาพยาบาล เป็นอย่างมาก แต่ควรเป็นการเรียนรู้ที่ให้ความสำคัญกับบทบาทของประชาชนและชุมชน ใช้โจทย์และคำถามที่ดีในการสร้างการเรียนรู้ ประกอบกับการใช้วิธีการสังเกต, การฟัง การบรรยายของชาวบ้าน/ชุมชน และมอบหมายให้

ทำการวิเคราะห์ความเชื่อมโยงระหว่างสิ่งที่ชาวบ้าน และชุมชนทำ/กิจวัตรประจำวันของประชาชน สิ่งที นักศึกษาหรือพยาบาลสังเกตเห็น กับความเกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพกาย, สุขภาพใจ, สุขภาพทางอารมณ์, สุขภาพทางสังคม, และสุขภาพทางปัญญาของ ประชากรที่มีอายุ/วัย-เพศ-ศาสนาที่แตกต่างกัน เป็นต้น

โดยสรุป ในการสร้างการเรียนรู้ควรใช้ ใจทย์และคำถามที่ดี ไม่ควรเป็นการเรียนรู้แบบสั่ง สอน แต่สนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง และ เกิดความเข้าใจ หรือแสงสว่างทางปัญญาด้วย ตนเอง (self-enlightenment) โดยมีอาจารย์เป็นผู้ เลี้ยง เป็นผู้ร่วมเรียนรู้ หรือเป็นผู้ช่วยตั้งคำถาม/ให้ ข้อสังเกต หรือเป็นผู้เกื้อกูลให้เกิดกระบวนการ เรียนรู้ในเชิงวิพากษ์ด้วยตนเองตลอดเวลา จะทำให้ เกิดการเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์/ทัศนคติ/มุมมอง/ วิธีคิด/วิธีมอง และวิธีการทำงาน หรือสมรรถนะใน ด้านต่าง ๆ เพิ่มขึ้น หรือสามารถทำให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงแบบถอนรากถอนโคนได้จริง (radically truly transformed)

● ด้านการดูแลรักษาบำบัดแนว ธรรมชาติ/การแพทย์ทางเลือก และการ ขับเคลื่อนชุมชนอย่างเป็นองค์รวม

มีจำนวน 1 ศูนย์ คือ ที่ **รพ.แม่ลาว อ. แม่ลาว จ.เชียงราย** สำหรับที่นี่ มีความน่าสนใจ หลายด้าน และที่สำคัญคือ การมีศักยภาพในด้าน ต่าง ๆ ของการเป็นศูนย์เรียนรู้ที่ครบวงจร เพราะมี การขับเคลื่อนการทำงานที่ประสานเชื่อมโยงกับ ชุมชน หรือเน้นบทบาทของชุมชน หรือมองเห็น คุณค่าและศักยภาพของชุมชนในทุกด้านอย่าง ชัดเจน ทำให้มีจิตอาสา หรืออาสาสมัครในการ ทำงานขับเคลื่อนสุขภาพร่วมกับ รพ. และภาคีต่าง ๆ

จำนวนมากถึง 700 กว่าคน ครอบคลุมประเด็น และ/ หรือกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ทั้งจิตอาสาดูแล ผู้สูงอายุ , ผู้ติดเชื้, ผู้ป่วยมะเร็ง, จิตอาสาให้คำปรึกษา ด้านวัยทอง, จิตอาสาที่เป็นพระสงฆ์, เป็นเยาวชน, เป็น อบปร., หมอเมือง, กลุ่มดนตรีพื้นบ้าน ฯลฯ นอกจากนี้ กลุ่มต่าง ๆ เหล่านี้ยังมีการเชื่อมโยงกัน เป็นเครือข่ายที่เรียกว่า **“เครือข่ายสุขภาพดีอำเภอ แม่ลาว”** ซึ่งมีการจัดงานต่าง ๆ ร่วมกัน โดยเฉพาะ การจัด **“มหกรรมตลาดนัดคนดีมีจิตอาสา”** เป็น ประจำทุกปี ซึ่งมีการมอบรางวัลเชิดชูเกียรติ หรือ ประกาศความดี เพื่อส่งเสริมคนทำความดี และเป็น การให้กำลังใจในการทำความดีต่อไป อย่างไม่ย่อท้อ ด้วย

นอกจากนี้ ที่ผ่านมารพ.แม่ลาว ยัง สามารถทำการขับเคลื่อนเรื่องสุขภาพ หรือการ ให้บริการต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็ว โดยไม่ต้องเสีย ค่าใช้จ่าย โดยร่วมกับองค์กรอาสาต่าง ๆ ในระดับ จังหวัด อาทิเช่น ร่วมมือกับสโมสโรตารีเชียงราย, มูลนิธิพิทักษ์ดวงตาประชาชน, และศูนย์พิทักษ์ ดวงตา รพ.แม่ลาว ฯลฯ เพื่อทำการผ่าตัดต้อกระจก ให้กับผู้ป่วยได้มากถึงจำนวน 4,000 กว่ารายใน ช่วงเวลาเกือบสิบปีที่ผ่านมา โดยไม่มีการติดเชื้เลย แม้แต่รายเดียว และหลังผ่าตัด ยังใช้กระบวนการ ทางวัฒนธรรมของชุมชนเข้ามาเสริมด้วยวิธีการที่ เรียกว่า “การฮ้องขวัญ” หรือ “เรียกขวัญ” ให้กับ ผู้สูงอายุ/ผู้เข้ารับการผ่าตัดทุกท่าน ซึ่งเป็นการ ทำงานในเชิงจิตวิทยาและสังคมวัฒนธรรม (Psycho-social-cultural treatment) ที่มีความน่าสนใจยิ่ง

นอกจากนี้ ยังพบว่า ทีมสุขภาพสห วิชาชีพของ รพ. แม่ลาว มีความเข้มแข็งและมีความรู้ เกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือก หรือการบำบัดรักษา แบบธรรมชาติอย่างเป็นองค์รวมเป็นอย่างดี ไม่ว่าจะเป็น ด้านอาหารสุขภาพแนวแม็คโครไบโอติกส์, ด้าน ดุลยภาพบำบัดเพื่อสุขภาพ เช่น การภาวนา, สมาธิ บำบัด, ดนตรีบำบัด, สุคนธบำบัด, การนวดประเภท ต่าง ๆ, ด้านการฝังเข็ม, ฯลฯ ซึ่งบุคลากรส่วนหนึ่ง

ผ่านการอบรมเฉพาะทาง ด้านการแพทย์ทางเลือก จากกรมการแพทย์แผนไทย นำโดย ผู้อำนวยการ รพ. ท่านก่อน ที่เพิ่งเกษียณอายุราชการไปเมื่อปี พ.ศ. 2558 (นพ. เกียรติชาย จิระมหาวิทยากุล) ซึ่งเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญยิ่งในการพัฒนาองค์กร ร่วมกับทีมงานที่มีศักยภาพทุกวิชาชีพในองค์กร

นอกจากนี้ ทาง รพ. ยังมีการสนับสนุนหรือส่งเสริมให้ชุมชนจัดทำ **“ศูนย์มิตรภาพบำบัด”** ขึ้นในชุมชน ซึ่งส่วนใหญ่ใช้สถานที่ของวัดเป็นที่ทำกิจกรรม โดยเฉพาะการจัดให้มีการทำกายภาพบำบัดให้กับผู้สูงอายุที่มีปัญหาครอบคลุมทั้งอำเภอ ซึ่งมีทั้งหมดจำนวน 15 ศูนย์ นอกจากนี้ก็มีการทำ Home Ward Care ให้กับผู้สูงอายุและผู้พิการที่ติดบ้านติดเตียง ซึ่งมีอยู่ทั้งหมดประมาณ 30 กว่ารายด้วย และ ยังมีการจัดบริการ **“โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยหลักธรรมชาติบำบัด”** ให้กับประชาชนทั่วไปในขอบเขตทั่วประเทศอีกด้วย โดยได้มีการจัดทำที่พักแบบธรรมชาติ หรือที่เรียกว่า **“บ้านดิน”** ไว้เป็นที่พักสำหรับผู้มาใช้บริการ ทั้งนี้ เพื่อให้สอดคล้องกับวิถีธรรมชาติอย่างเป็นองค์รวม ซึ่งสามารถรับผู้สนใจในการบำบัดรักษาตามวิถีธรรมชาติได้ครั้งละ 30-60 คน ทำให้ รพ.มีรายได้เข้ามาใช้จ่ายหมุนเวียนใน รพ. อีกทางหนึ่ง ซึ่งเป็นการช่วยลดภาระหรือความตึงเครียดด้านค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ของ รพ.ที่มีค่อนข้างสูงอีกทางหนึ่งด้วย

นอกจากนี้ ที่ผ่านมา รพ. และชุมชนใกล้เคียง ยังได้เป็นแหล่งเรียนรู้ให้กับนักศึกษาสาขาวิชาต่าง ๆ จำนวนมาก โดยเฉพาะนักศึกษาแพทย์และกายภาพบำบัด ดังนั้น ถ้าพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลได้มีโอกาสเข้ามาร่วมเรียนรู้ เพื่อปรับกระบวนการทัศน์ในการมองเรื่อง **“สุขภาพ”** จากศูนย์เรียนรู้แห่งนี้ จะทำให้มองเห็นแนวคิดและความรู้เชิงบูรณาการข้ามสาขา (integrated or interdisciplinary knowledge) ใหม่ ๆ ในการดูแลสุขภาพ และการป้องกันปัญหาสุขภาพ และมองเห็นกลไก

ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่อง **“การสร้างเสริมสุขภาพ”** ในระดับชุมชน บนความร่วมมือและความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันระหว่างภาคี/สถาบันสำคัญต่าง ๆ ในชุมชนทั้ง ชาวบ้าน/ครอบครัว/หมู่บ้าน-ชุมชน, วัด/สถาบันศาสนา, โรงเรียน และ รพ. อย่างมีความเชื่อมโยงกัน ตามที่เรียกกันติดปากที่ชื่อว่า **“บ.ว.ร.ร.”** (บ้าน, วัด, โรงเรียน และโรงพยาบาล)

● ด้านการปรับระบบโครงสร้างองค์กรเพื่อส่งเสริมการทำงานแบบเชื่อมโยงกับระบบการบริการทั้ง 3 ระดับ คือ ระดับตติยภูมิ, ทติยภูมิ และปฐมภูมิ

สำหรับการปรับระบบขององค์กร และ/หรือระบบบริการสุขภาพที่มีความเชื่อมโยงกันทั้ง 3 ระดับทั้ง ตติยภูมิ, ทติยภูมิ และปฐมภูมิ ที่มีความโดดเด่นเป็นอย่างมากในโครงการนี้ มีเพียงจำนวน 1 ศูนย์ คือ ศูนย์การเรียนรู้ ที่ **รพ.ศูนย์ขอนแก่น อ.เมือง ขอนแก่น** ซึ่งเป็น รพ.ที่มีบุคลากรลักษณะและการขับเคลื่อนที่ค่อนข้างพิเศษ หรือมีความแตกต่างจากสถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมิอื่น ๆ ที่เคยพบมา เนื่องจากองค์กรนี้มีภาวะผู้นำ (leadership) ที่มีวิสัยทัศน์ มโนนโยบาย มียุทธศาสตร์การขับเคลื่อน และมีแนวคิดค่อนข้างชัดเจนในการเชื่อมโยงระบบบริการทั้งสามระดับเข้าด้วยกันของผู้อำนวยการ รพ. (นพ.วิระพันธุ์ สุพรรณไชยมาตย์) ซึ่งเป็นผู้ที่วางรากฐานด้านต่าง ๆ ให้กับองค์กรและทีมงานของ รพ. ไม่ว่าจะเป็น แพทย์, พยาบาล, เภสัชกร, ทันตแพทย์, นักวิชาการสาธารณสุข, นักโภชนาการ, นักกายภาพบำบัด, เทคนิคการแพทย์, ฯลฯ อย่างชัดเจน เป็นองค์รวม มีลักษณะการบูรณาการสหสาขาวิชาชีพในการทำงานร่วมกัน ไม่แยกส่วน และ ยังมองแบบเชื่อมโยง เพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ/ชุมชนให้มากที่สุดเท่าที่จะมากได้

ด้วยเหตุนี้ รพ.จึงมีการปรับโครงสร้างองค์กรเพื่อรองรับการขับเคลื่อนหรือการทำงานส่งเสริมสุขภาพ หรือการทำงานเชิงรุกในระดับชุมชนอย่างมีความเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพในระดับทุติยภูมิ และระดับปฐมภูมิอย่างชัดเจน และให้ความสำคัญกับการทำงานเชิงการสร้างเสริมพลังอำนาจ (empowerment) เพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิและชุมชนในเขตบริการมีความเข้มแข็ง สามารถพึ่งพาตนเองได้ และสามารถให้บริการแบบใกล้บ้านใกล้ใจได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น โดยได้จัดให้มีตำแหน่ง รองหัวหน้าพยาบาลด้านการพยาบาลชุมชนชั้นตติยภูมิมาดูแลรับผิดชอบงานด้านนี้ ทำให้ รพ.ศูนย์ขอนแก่น มีโครงสร้างการทำงานที่ไม่เหมือน รพ.ระดับตติยภูมิอื่น ๆ หรือมีบุคลิกพิเศษที่แตกต่างไปจาก รพ.ทั่ว ๆ ไป ที่น่าจะศึกษาเรียนรู้เป็นอย่างยิ่ง

ดังนั้น ถ้าพยาบาลหรือนักศึกษาพยาบาลได้มีโอกาสเข้ามาร่วมเรียนรู้ที่ศูนย์แห่งนี้ ก็น่าจะทำให้เกิดการปรับกระบวนการทัศน์/วิสัยทัศน์/วิธมอง/มุมมองเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ ที่มีความเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพของชุมชนได้เป็นอย่างดี การทำให้พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลมองเห็นความเชื่อมโยงของระบบดังกล่าวมีนัยสำคัญมาก เพราะจะได้ไม่เน้นแต่การรักษาอยู่ในโรงพยาบาล แต่มีโอกาสกระทำการกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพด้วย และจะได้มองหาสาเหตุต่าง ๆ ในการทำงานแบบนอกกรอบได้ด้วย และที่สำคัญ คือ การมองเห็นพลังของปัจเจกบุคคล/กลุ่มคนประเภทต่าง ๆ ในชุมชน ไม่ใช่มองเห็นแต่ปัญหา และที่ผ่านมามักถูกสอนให้เข้าไปคิดแทน ทำแทนอยู่ตลอดเวลา ซึ่งส่วนใหญ่มักไม่ได้ผล เพราะปัญหาในปัจจุบันใหญ่กว่าที่จะทำเพียงคนเดียว หรือใช้มุมมองแบบนักสุขภาพศึกษา (health education) ในความหมายเดิม ๆ ที่ค่อนข้างมองปัญหาสุขภาพของปัจเจกบุคคล/กลุ่มคน แยกออกจากบริบทเชิงโครงสร้างทางสังคม-วัฒนธรรมที่กำกับอยู่

ถ้าพยาบาลจากที่ต่าง ๆ และนักศึกษาพยาบาลได้มีโอกาสมาเรียนรู้ ณ ศูนย์แห่งนี้ น่าจะสามารถปรับบทบาทในด้านต่าง ๆ ของตนเองได้ หรือถึงแม้ไม่ได้ทำด้วยตนเอง ก็น่าจะสามารถแสดงบทบาทเชิงส่งเสริมพลังของทุกฝ่าย ทุกภาคส่วนได้ โดยเฉพาะการประสานเชื่อมโยงทั้งพลังกาย พลังใจ พลังความรู้ พลังองค์กร พลังสังคม และพลังชุมชนได้มากขึ้น ทำให้ปัญหาสุขภาพได้รับการแก้ไข หรือได้รับการป้องกันในทิศทางที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น ด้วยพลังของทุกฝ่าย ไม่ใช่การตั้งรับอยู่แต่ใน รพ.ที่มีความแออัด, ความกดดัน และความเครียด และน่าจะเล็งมองปัญหาแบบชีวการแพทย์เพียงมุมมองเดียว แต่สามารถมองเห็นปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมและนิเวศวิทยาที่เกี่ยวข้องได้มากขึ้น ซึ่งน่าจะสร้างมวลวิกฤต (critical mass) ให้กับวงการพยาบาล และวงการแพทย์สาธารณสุขได้มากขึ้นตามไปด้วย

● ด้านการปรับสิ่งแวดล้อมในองค์กรเพื่อให้เอื้อต่อการรักษาเยียวผู้ป่วยและการสร้างเสริมสุขภาพบุคลากร (Creating supportive environment for patients and health personnel in hospital)

มีศูนย์เรียนรู้ด้านนี้ จำนวน 1 ศูนย์ คือ ที่ **รพ.สงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา** ซึ่งที่ผ่านมา การปรับสิ่งแวดล้อมที่นี่ มักเป็นการปรับด้านบรรยากาศ หรือการสร้างบรรยากาศทางวัฒนธรรม/การเกื้อกูลกันด้วยศิลปะวัฒนธรรม ด้วยการจัดกิจกรรมการแสดงดนตรี ซึ่งเป็นการจัดแสดงช่วงบ่ายทุกวันราชการ หรือส่วนใหญ่จัดระหว่างเวลา 12.00-18.00 น. ประมาณ 1 ชั่วโมง เพื่อให้ผู้ป่วย (ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยหลังการผ่าตัด) ได้เกิดความรู้สึกที่ผ่อนคลายหรือเป็นการบำบัดเยียวทางด้านจิตใจให้กับผู้ป่วย ซึ่งเชื่อว่าทำให้ผู้ป่วย

สามารถฟื้นตัวได้เร็ว เพราะโดยปกติพยาบาลหรือทีมสุขภาพมักจะไม่ค่อยมีเวลาในการดูแลด้านจิตใจให้กับคนไข้ หรือจริง ๆ แล้ว ปกติจะดูแลเฉพาะทางร่างกายเท่านั้น ดังนั้น การจัดบริการแสดงดนตรีในตึกผู้ป่วย (จัดที่ตึกเฉลิมพระบารมีชั้น 7) จึงเป็นการบำบัดด้านจิตใจได้ทางหนึ่ง และเป็นการทำงานหรือการจัดกิจกรรม ที่มีความเชื่อมโยงกับคณะกรรมการด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) ที่มีคณะกรรมการมาจากคณะแพทยศาสตร์และคณะพยาบาลศาสตร์ด้วย

นอกจากนี้ บุคลากรสุขภาพของ รพ. สงขลานครินทร์ ยังมีการจัดตั้งชมรมต่าง ๆ อีกหลายประเภทด้วย อาทิเช่น ชมรมดนตรีไทย, ชมรมไวโอลิน, ชมรมร้องเพลงประสานเสียง ฯลฯ และมีการออกกำลังกายหรือการนวดแบบมณีเวช (ซึ่งเป็นการกายบริหารง่าย ๆ ประมาณ 5 ท่า ที่ช่วยให้ร่างกายเกิดการปรับสมดุล/ความสมดุลในด้านต่าง ๆ ทั้งกาย, จิตใจ, อารมณ์ ฯลฯ) สำหรับการจัดอบรมให้กับพยาบาลและนักศึกษาพยาบาล ได้จัดไปกลุ่มละ 1 รุ่น ๆ ละประมาณ 25-30 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการพาชมสถานที่ นอกจากนี้ ยังมีโรงพยาบาลต่าง ๆ มาดูงานด้วย อาทิเช่น รพ.กรุงเทพหาดใหญ่, รพ.หาดใหญ่, รพ.ราษฎร์ยินดี เป็นต้น

สำหรับศูนย์นี้ เท่าที่ประเมินดู อาจจะยังไม่ค่อยมีจุดเด่นหรือศักยภาพในการสร้างการเรียนรู้เพื่อปรับกระบวนการทัศน/วิคิด/วิธีมอง/มุมมองด้านการสร้างเสริมสุขภาพให้กับพยาบาล/นักศึกษาพยาบาลได้มากเท่าใดนัก เนื่องจาก ยังไม่ได้ทำการขับเคลื่อนตามกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ ออกดารา หรือมารู้จักกรอบออกดารา ภายหลังจากที่อาจารย์ที่คณะพยาบาลศาสตร์ มอ.มาบอก หรือมาทำการวิเคราะห์ แต่ก็ยังไม่ได้มีการขับเคลื่อนมากเท่าใด เพราะถ้าทำจริง ๆ จะต้องมีการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบว่า ทำให้เกิดอะไรขึ้นบ้าง การปรับสิ่งแวดล้อมเท่านี้เพียงพอหรือไม่ หรืออาจจะจำเป็นต้องมีการขับเคลื่อนในเชิงนโยบาย หรือการ

ทำให้ชุมชน/ประชาคมของ รพ.สงขลานครินทร์ มีความเข้มแข็ง มีการสืบทอดกิจกรรม มีการสร้างแนวร่วมเพิ่ม หรือมีการศึกษาวิจัยในส่วนของนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์/คณะแพทยศาสตร์ว่ามองเรื่องนี้อย่างไร ประเด็นการส่งเสริมหรือบำบัดเยียวยาทางจิตใจ ทำได้จริงหรือไม่ อย่างไร และตรงนี้จะนำไปสู่การปรับเรื่องหลักสูตรการเรียนการสอนด้านสังคม-จิตวิทยา หรือไม่ และควรขยายผลไปยังตึกอื่น ๆ หรือไม่ นอกจากนี้ ยังพบว่า ปัจจุบันการทำกิจกรรมแบบนี้ ก็มีอยู่ทั่วไป หรือสามารถพบเห็นได้ในโรงพยาบาลต่าง ๆ หลายแห่งทั่วประเทศ เช่น ที่ รพ.ศูนย์การแพทย์ ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ องครักษ์, รพ.จุฬารัตน์, รพ. รามาธิบดี ฯลฯ แต่ประเด็นสำคัญ คือ มันเป็นการสร้างเสริมสุขภาพในมิติไหน อย่างไร ยังไม่มีข้อมูล

นอกจากนี้ ยังเป็นการจัดบริการตามปกติ ไม่ใช้การขับเคลื่อนเชิงรุก หรือการทำงานที่เกี่ยวข้องกับทั้งประเด็นการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ), การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน (ซึ่ง ณ ที่นี้ หมายถึง ชุมชนของผู้ให้และผู้รับ บริการในบริบทย่อยต่าง ๆ), การขับเคลื่อนนโยบาย และการปรับระบบบริการมากเท่าใด แต่ก็อาจจะได้ในแง่ของการปรับสิ่งแวดล้อมที่เกื้อกูลกันหรือเป็นบรรยากาศของสุนทรียภาพ ซึ่งก็เป็นสิ่งที่ดี แต่ควรมีการศึกษาวิจัยรองรับ

นอกจากนี้ สำหรับที่นี้ อาจจะมีข้อดีในการเปิดพื้นที่ให้บุคลากรทั้งแพทย์, พยาบาล, วิชาชีพอื่น ๆ และญาติผู้ป่วย ได้แสดงศักยภาพและความสามารถที่ตนเองมี เพื่อทำให้บรรยากาศในตึกผู้ป่วยและในองค์กรมีความอ่อนโยน ละเมียดละไมมากยิ่งขึ้น ซึ่งจริง ๆ แล้ว การจัดกิจกรรมต่าง ๆ ของที่นี่ก็มีความเหมาะสม มีความน่าสนใจ แต่อาจจะยังขาดการทำงานเชิงระบบ และที่สำคัญเคยมีการประเมินผลเพียง 1 ครั้ง แต่ไม่ได้ดำเนินการอีก โดยเฉพาะในประเด็นคำถามที่เกี่ยวกับการสร้างสิ่งแวดล้อมและการปรับระบบบริการ ที่เกื้อกูลต่อ

ผู้ป่วยและบุคลากรในองค์กรนี้ว่า เป็นอย่างไร ทำให้เกิดผลอะไร กับใคร หรือใครได้รับประโยชน์อะไร อย่างไร และควรทำอะไรเพิ่มเติมอีกบ้าง – กล่าวคือ ควรมีหลักฐานเชิงประจักษ์ต่าง ๆ ยืนยันการทำงานในการปรับสิ่งแวดล้อมและการปรับระบบบริการให้มากขึ้น จึงจะสามารถเป็นศูนย์เรียนรู้ที่จะช่วยทำให้เกิดการปรับกระบวนการ/วิธีคิด/วิธีมอง/มุมมองต่าง ๆ ให้กับพยาบาล และนักศึกษาพยาบาล หรือบุคลากรสุขภาพวิชาชีพอื่น ๆ ตามกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ที่เรายึดถือได้จริง

● ด้านการป้องกันมะเร็งในสตรี (Cancer Prevention) และประเด็นอื่น ๆ ที่ศูนย์ รพ.สมเด็จพระ ศรีราชา มีศักยภาพ ในการสร้างการเรียนรู้

สำหรับประเด็นการป้องกันมะเร็งในสตรี พบว่า ที่ศูนย์การเรียนรู้ รพ.สมเด็จพระ ศรีราชา อ. ศรีราชา จ.ชลบุรี แห่งนี้ได้ทำการขับเคลื่อนเรื่องนี้เป็นเวลานานพอสมควร และปัจจุบัน ถือว่าประสบความสำเร็จ เพราะได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือเทศบาลต่าง ๆ เช่น เทศบาลศรีราชา, เทศบาลแหลมฉบัง และเทศบาลสุรศักดิ์ แต่ละแห่งมีความสนใจเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ ไม่ใช่เฉพาะเรื่องการป้องกันมะเร็ง แต่อีกหลาย ๆ เรื่อง โดยเฉพาะด้านการส่งเสริมการออกกำลังกาย, การตรวจสุขภาพ

ทั้งนี้เทศบาลบางแห่งยังได้จัดทำสวนสาธารณะหรือสวนสุขภาพฟรีนรมย์ เพื่อให้ประชาชนเข้ามาใช้บริการ และยังมีการศึกษาติดตามประเมินผล โดยทีมพยาบาลที่รับผิดชอบอีกด้วย และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งยังสามารถจัดสรรงบประมาณหรือค่าใช้จ่ายในการดูแลด้านสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่การดูแลของตนอีกด้วย ซึ่ง

ตรงนี้ก็จะเป็นประเด็นการเรียนรู้ที่สำคัญมากเช่นกันว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละแห่งมีนโยบายต่อการสร้างเสริมสุขภาพอย่างไรบ้าง

นอกจากนี้ ทางศูนย์การเรียนรู้ หรือทีมพยาบาล รพ.สมเด็จพระ ศรีราชา ยังให้ความสำคัญกับการขยายงานในมิติอื่น ๆ โดยเฉพาะประเด็นการป้องกันการเกิด stroke หรือการให้ความสำคัญกับกลุ่มว่าที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) หรือประชาชนที่เริ่มมีภาวะความดันโลหิตสูง แต่อาจจะยังไม่ให้ความสำคัญกับการควบคุมไม่ให้ เป็นมากขึ้น ซึ่งที่ผ่านมา กลุ่มนี้ยังไม่ค่อยได้รับความรู้หรือการแทรกแซงต่าง ๆ (intervention) จากหน่วยงานใด ๆ ทำให้นำไปสู่การเป็นโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ และที่ผ่านมา ทางกระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานด้านสุขภาพต่าง ๆ ให้ความสำคัญกับการรับมือกับภาวะ stroke โดยรณรงค์เรื่อง FAST (Face, Arm, Speech and Time) หรือการให้ความรู้หรือวิธีการรับมือเมื่อเกิดภาวะ stroke แล้ว คือ การดูใบหน้าที่บิดเบี้ยวหรือไม่, แขนขาอ่อนแรงหรือไม่, พูดไม่ชัด หรือมีลิ้นห้อยหรือไม่ และเวลา คือ ต้องรีบไป รพ.ให้ทันภายในช่วงเวลาที่กำหนดไว้แต่ยังไม่ค่อยเน้นภาวะก่อน stroke

ดังนั้น ศูนย์เรียนรู้แห่งนี้ จึงให้ความสำคัญกับเรื่องนี้ และจะทำเรื่องนี้กับประชากรในกลุ่มนี้ ซึ่งมีอยู่จำนวนมาก หรือให้ความสำคัญกับประเด็นนี้มากพอ ๆ กับการป้องกันมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมในสตรี หรือแม้แต่ในกลุ่มบุคลากรสุขภาพ เช่น แพทย์, พยาบาล, ฯลฯ ที่ทำงานด้านสุขภาพ แต่สุขภาพก็ไม่ดี ซึ่งศูนย์ฯ ก็ให้ความสำคัญกับประเด็นสุขภาพของบุคลากรวิชาชีพต่าง ๆ ด้วย รวมทั้งแพทย์และพยาบาลที่ทำงานหนัก บริโภคอาหารไม่เป็นเวลาและมีปัญหาความเครียดด้วย

นอกจากนี้ ศูนย์เรียนรู้แห่งนี้ยังให้ความสำคัญในการทำงานส่งเสริมสุขภาพให้กับประชากรกลุ่มแรงงานในโรงงานอุตสาหกรรม เพราะที่จริง

กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่เข้าถึงบริการต่าง ๆ ที่ทาง รพ.จัดให้ค่อนข้างยาก เพราะต้องทำงานแบบ 2 กะ (shift work) ทำให้ไม่ค่อยมาใช้บริการ ดังนั้น ทาง รพ. จึงจำเป็นต้องทำงานเชิงรุก หรือประสาน/เชื่อมโยงกับทางสถานประกอบการประเภทต่าง ๆ จำนวนมาก โดยเฉพาะในพื้นที่เทศบาลแหลมฉบัง ซึ่งก็พบว่าสถานประกอบการมีนโยบายต่อเรื่องสุขภาพที่ต่างกัน ยกตัวอย่างเช่น ถ้าเป็นสถานประกอบการของชาวยุโรป มักจะให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของพนักงาน/แรงงานมากกว่าบริษัท/สถานประกอบการที่เป็นของชาวญี่ปุ่น ซึ่งข้อมูลตรงนี้ มีความท้าทายในเชิงการสร้างการเรียนรู้จากการทำงานขับเคลื่อนเรื่องสุขภาพตามกรอบออตตาวา เป็นอย่างมาก

ถ้าทีมงานมีความเข้าใจความเชื่อมโยงระหว่างเรื่องมิติปัจเจกบุคคล มิติชุมชน มิติสิ่งแวดล้อม มิตินโยบายและมิติระบบบริการ ซึ่งระบบบริการ ณ ที่นี้ ก็ไม่จำเป็นต้องเป็นระบบบริการของ รพ.เท่านั้น แต่อาจจะเป็นระบบบริการของหน่วยบริการสุขภาพ ที่สถานประกอบการลงทุนดำเนินการเองก็เป็นได้

นอกจากนี้ ทีมพยาบาลของศูนย์แห่งนี้ ยังได้ให้ข้อมูลกับทีมประเมินผลด้วยว่า บริบทของ อ. ศรีราชา และ จ.ชลบุรี เป็นบริบทของสังคมอุตสาหกรรม ที่มีแรงงานย้ายถิ่นมาจากภูมิภาคต่าง ๆ โดยเฉพาะภาคอีสาน เพื่อมาทำงานในพื้นที่จำนวนมาก และจากการเยี่ยมชมศึกษาพื้นที่และการทำงานด้านการป้องกันมะเร็งเชิงรุก ทำให้พบว่า ผู้หญิงหรือแรงงานอีสานจำนวนมากที่มาตรวจสุขภาพมีปัญหาตกขาวจำนวนมาก และน่าจะมีความสัมพันธ์กับการบริโภคปลาร้า หรือส้มตำที่ใส่ปลาร้า ซึ่งปลาร้าที่ศรีราชา เป็นปลาร้าที่ใส่สารเร่ง เพื่อให้ทันกับความต้องการในการบริโภค หรือสามารถใช้ได้ภายใน 3 เดือน (ซึ่งปกติ ปลาร้าต้องใช้เวลาในการหมักเป็นปี จึงจะใช้งานได้ แต่ปัจจุบันได้เปลี่ยนไปแล้ว เพราะต้องให้ทันกับปริมาณการบริโภคที่เพิ่มขึ้น) ตามที่

พยาบาลผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนให้ฟังว่า “แม่ค้าเล่าให้ฟังว่า ถ้าจะมานั่งหมักกันปีนึง ก็จนตาย ไม่ทันขาย เพราะคนอีสาน อพยพมาทำงานที่นี้กันเยอะ พนักงานจะมานั่งเรื่องตกขาวเยอะ พอตกขาวเยอะก็จะไปกินยาสตรี หมอเลี้ยง ยาโบราณ ฯลฯ แล้วก็ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพต่อไปเรื่อย ๆ โดยที่ตัวเองไม่รู้เลย.....แล้วคนกลุ่มนี้ พอให้เขาหยุดกินปลาร้า เขาก็จะดีขึ้น เราบอกให้เขาลองหยุด แล้วโทรมาบอกว่าเป็นอย่างไร” ดังนั้น บริบทการทำงานส่งเสริมสุขภาพให้กับประชากรสตรีกลุ่มนี้ จึงมีความท้าทายและน่าสนใจเป็นอย่างยิ่ง

นอกจากนี้ ทีมงานพยาบาลที่นี้ยังมีความใฝ่รู้ หรือต้องการแสวงหาความรู้ หรือพยายามส่งเสริมสมรรถนะให้กับตนเอง/ทีมงานอยู่ตลอดเวลา เช่น การไปเรียนฝึกอบรมด้านพยาบาลอาชีวอนามัย (Occupational Health Nurse) ซึ่งเป็นหลักสูตร 10 วัน 60 ชั่วโมง ที่จัดโดยอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ ม.บูรพา และได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เช่นกัน ซึ่งที่ผ่านมา ก็มีพยาบาลจากศูนย์การเรียนรู้แห่งนี้ ได้ไปเข้ารับการฝึกอบรมแล้วประมาณ 3-4 คน โดยเสียค่าใช้จ่ายคนละประมาณ 3,000-5,000 บาท

นอกจากนี้ ศูนย์การเรียนรู้แห่งนี้ ยังมีบทบาทในการสร้างเสริมสมรรถนะหรือถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ในการทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพตามกรอบออตตาวาให้กับนักศึกษา ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพอยู่แล้ว ทั้งแพทย์ และพยาบาล โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาลที่เรียนสาขาเวชศาสตร์ชุมชน, เวชปฏิบัติ และเวชศาสตร์ครอบครัวจากสถาบันต่าง ๆ ทั้งนักศึกษาระดับปริญญาตรี และปริญญาโท ประกอบกับ รพ.สมเด็จพระศรีราชา ก็ยังขับเคลื่อนเรื่องต่าง ๆ อีกหลายด้าน อาทิเช่น ด้านการป้องกันเอดส์ หรือ HIV จากแม่สู่ลูก (ซึ่งที่ผ่านมา รพ. สมเด็จพระศรีราชา ได้รับรางวัลในการ

ทำงานด้านนี้ด้วย) ด้านการรณรงค์ป้องกันและรักษา วัณโรค ซึ่งมีบุคลากรหรือแพทย์ที่เชี่ยวชาญเรื่อง ปอดและวัณโรค และความพร้อมด้านอื่น ๆ เช่น รถ เอกซเรย์เคลื่อนที่ และประเด็นที่สำคัญอีกประการ หนึ่ง คือ รพ.สมเด็จพระ ญ ศรีราชา และทีมส่งเสริม สุขภาพ เน้นการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ ซึ่งจะสามารถทำให้พยาบาล/นักศึกษาพยาบาล มีข้อ ได้เปรียบในการเรียนรู้การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ ในบริบทที่ท้าทาย หรือบริบทแวดล้อมของการเป็น เมืองอุตสาหกรรม ซึ่งน่าจะเสริมการเรียนรู้ หรือสร้างเสริมสมรรถนะใหม่ ๆ ให้กับพยาบาลได้ เพิ่มมากขึ้นอีกหลายด้าน โดยเฉพาะด้านอาชีพวนา มัยและสิ่งแวดล้อม

● ด้านการเลิกบุหรี่/คลินิกเลิก บุหรี่ (Smoking Cessation/Clinic)

สำหรับการเลิกบุหรี่ ถือว่าเป็นประเด็นที่ สำคัญอีกประเด็นหนึ่งของการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสูบ บุหรี่ ซึ่งพบว่า **รพ.เกษตรวิสัย อ.เกษตรวิสัย จ.ร้อยเอ็ด** มีศักยภาพ และมีความน่าสนใจในการ ขับเคลื่อนทั้งองค์กร หรือประกาศให้ รพ.เกษตรวิสัย เป็น รพ.ปลอดบุหรี่ ซึ่งที่ผ่านมาได้มีการขับเคลื่อนใน หลาย ๆ ด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การพัฒนา ศักยภาพของบุคลากร หรือทีมสุขภาพ โดยเฉพาะ พยาบาลให้สามารถทำงานด้านการส่งเสริมการเลิก บุหรี่ และการจัดตั้งคลินิกเลิกบุหรี่ขึ้นมาใน รพ. เพื่อให้ คำปรึกษาและการคัดกรองกระบวนการต่าง ๆ ในการ ส่งเสริมการเลิกบุหรี่อย่างมืออาชีพ ด้วยการส่ง บุคลากร/พยาบาลไปเข้ารับการอบรม และยังเชิญ วิทยากร หรือผู้เชี่ยวชาญด้านนี้มาให้ความรู้และ พัฒนาศักยภาพด้วย ปัจจุบันมีพยาบาลที่ค่อนข้าง เชี่ยวชาญ หรือสามารถทำงานด้านนี้ได้หลายคน

สำหรับกระบวนการ/วิธีการ/ขั้นตอนที่ใช้ คือ หลัก 5 A (Ask – ถาม, Advise – แนะนำ, Assess – ประเมินความพร้อมเพื่อเตรียมในการช่วยเหลือให้เลิก, Assist – ช่วยเหลือ, Arrange to follow-up – ติดตาม ผล) ซึ่งมีรายละเอียดต่าง ๆ ในแต่ละขั้นตอน ที่ ต้องการการฝึกฝนเพื่อให้เกิดความชำนาญ หรือมี ความเป็นมืออาชีพ ได้รับการยอมรับ หรือสามารถ แสดงบทบาทในการเป็นผู้กระตุ้นให้สามารถเลิก บุหรี่ได้จริง (โปรดดูรายละเอียดใน กรองจิต วาที สาธกกิจ (บก.), 2554) ซึ่งเท่าที่อ่านจากเอกสารเล่ม นี้ พบว่า ไม่ใช่เรื่องง่าย เพราะเป็นการทำงานเชิง การสื่อสาร และเชิงจิตวิทยา

ดังนั้น ถ้าพยาบาลหรือนักศึกษาพยาบาล ที่สนใจเรื่องนี้ เข้ามาร่วมเรียนรู้ หรือใช้เป็นที่ฝึกงาน ก็น่าจะได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการ เลิกบุหรี่ ซึ่งจริง ๆ แล้ว ก็ไม่สามารถเรียนรู้ได้ใน ระยะเวลาอันสั้น แต่ต้องมีการฝึกฝนเป็นเวลานาน พอสมควร จึงจะสามารถซึมซับทักษะ และเทคนิค ต่าง ๆ ที่จำเป็นได้มากขึ้น

ดังนั้น จึงควรมีการจัดหลักสูตรการเรียนรู้ ที่มีความยืดหยุ่นไปตามบริบทของผู้เรียนและผู้สอน ควรกำหนดระยะเวลาการเรียนรู้ให้เหมาะสม ควรให้ ได้ฝึกปฏิบัติจริงโดยมีพยาบาลที่เลี้ยงคอยสังเกต คอยบันทึก คอยสะท้อน เพื่อยกระดับศักยภาพและ ทักษะของผู้เรียน/ผู้ฝึก

นอกจากนี้ ควรมีการติดตามและประเมินผล และการศึกษาวิจัยด้วยวิธีวิทยาและกลยุทธ์ต่าง ๆ ซึ่งก็ควรมีการพูดคุยหรือสื่อสารประเด็นนี้ในบรรดา พยาบาล หรือนักศึกษาพยาบาลที่เข้ามาเรียนรู้ด้วย เพราะที่ผ่านมา ตามที่ได้กล่าวไปข้างต้นหลายครั้ง แล้วว่า การศึกษาวิจัยและการติดตามประเมินผล ยังเป็นข้ออ่อนที่สำคัญของทุกพื้นที่/ศูนย์เรียนรู้ และ ถ้านักศึกษาพยาบาล/พยาบาลวิชาชีพ ไม่ได้รับการ ปลุกฝัง หรือให้ความรู้/สมรรถนะเกี่ยวกับเรื่องการ วิจัยด้วยมุมมอง/แนวทางใหม่ ๆ (new or innovative

research approaches) ก็คงจะไม่สามารถสร้างความรู้เกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ ได้ และก็จะกลายเป็นข้ออ่อนแบบนี้ตลอดไป เพราะไม่มีการเน้นย้ำหรือให้ความสำคัญกับเรื่องการสร้างความรู้มากเท่าใดนัก

● ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต โดยการคัดกรองและช่วยเหลือผู้มีภาวะ เครียดและซึมเศร้าในชุมชน

เป็นการดำเนินงานโดยทีมงานจิตเวช รพ.

จิตเวชสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
ซึ่ง รพ.จิตเวช ๓ แห่งนี้รับผิดชอบ/ดูแลประชาชน/ผู้รับบริการในพื้นที่ต่าง ๆ ในภาคใต้ตอนล่างทั้งหมดจำนวน 7 จังหวัด ได้แก่ พัทลุง ตรัง สงขลา สตูล ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส ซึ่งมีพยาบาลจิตเวชหรือพยาบาลที่ผ่านการอบรมด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่ประมาณเกือบ 200 คน ทั้งนี้ จากการได้มีโอกาสพูดคุยสนทนากับทีมงานจิตเวช รพ.จิตเวชสงขลานครินทร์ (จำนวน 6 ราย ซึ่งทั้งหมดเป็นพยาบาลจิตเวช) พบว่า ทีมงานส่วนใหญ่ ไม่ค่อยทราบเกี่ยวกับการดำเนินงานที่ผ่านมาของโครงการขับเคลื่อนฯ หรือระหว่างแกนหลัก/ผู้รับผิดชอบหลักในองค์กร ที่เชื่อมกับโครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลฯ และทีมงานจากคณะพยาบาลศาสตร์ ม.สงขลานครินทร์ หรือแม้แต่ในเรื่องการยกระดับสถานภาพการทำงานของที่นี่ให้เป็นศูนย์การเรียนรู้หรือแหล่งฝึกให้กับพยาบาล/นักศึกษาพยาบาล ก็ไม่ทราบ หรือทราบเพียงน้อยนิดมาก บางท่านทราบแต่เพียงว่า มีป้ายชื่อศูนย์เรียนรู้มาติด, มีเอกสารมาบ้าง แต่ก็ยังไม่ได้อ่าน หรือแม้แต่เล่ม “นวัตกรรม” ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับนวัตกรรมต่าง ๆ ขององค์กร/หน่วยงานสุขภาพในภาคใต้จำนวน 5 นวัตกรรม ก็ยังไม่ได้อ่าน ทำให้ไม่ทราบรายละเอียด หรือไม่รู้เนื้อหา และ/หรือไม่ทราบว่าทางศูนย์เรียนรู้ที่ตั้งขึ้น

มีข้อตกลงอะไรร่วมกันกับทางคณะพยาบาลศาสตร์มอ. หรือต้องการบรรลุวัตถุประสงค์อะไร หรือในเรื่องใดบ้าง

อย่างไรก็ตาม ส่วนหนึ่งเป็นเพราะผู้รับผิดชอบหลักในการทำงานเรื่องนี้ (ซึ่งมีตำแหน่งเป็นหัวหน้างานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน) ร่วมกับโครงการขับเคลื่อนฯ ได้ลาไปเข้ารับการอบรมหลักสูตรระยะสั้นด้านการควบคุมการติดเชื้อ (Infectious Control: IC) ที่กรุงเทพมหานคร และภายหลังจากสำเร็จหลักสูตรการอบรมระยะสั้น น่าจะมีการเปลี่ยนงานไปทำด้านการควบคุมการติดเชื้อ (Infectious Control) หรือเปลี่ยนแผนกไปเลย

สำหรับการจัดอบรมให้กับพยาบาลและนักศึกษา เพื่อให้เรียนรู้เกี่ยวกับกรอบออดิตาในงานจิตเวชนั้น พบว่า เท่าที่ทราบ ทีมงานแจ้งว่ายังไม่น่าจะมีการจัดอบรมภายใต้โครงการนี้ (แต่ดูเหมือนทีมงานไม่ทราบข้อมูลมากกว่า) แต่ได้แจ้งว่า โดยปกติแล้ว รพ.จิตเวชสงขลานครินทร์ มีการจัดอบรมหรือเป็นแหล่งฝึกด้านจิตเวช/สุขภาพจิตให้กับนักศึกษาพยาบาลจากหลาย ๆ สถาบันอยู่แล้ว อาทิ เช่น ม.นราธิวาส, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี และ ม.ทักษิณ แต่ไม่ได้ใช้กรอบออดิตาในการสร้างการเรียนรู้/การอบรมเกี่ยวกับเรื่องนี้แต่อย่างใด

สำหรับเรื่องกรอบออดิตาในมุมมองหรือความรู้ความเข้าใจของพยาบาลจิตเวชที่เข้าร่วมพูดคุยนั้น พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ค่อยทราบ หรือจำไม่ค่อยได้ว่ามีเนื้อหาสาระอะไรบ้าง หรือมีความสำคัญอย่างไรต่อการปรับกระบวนการทัศน์/วิสัยทัศน์/วิธิตด/วิธิมอง/มุมมอง/ทัศนคติในการมองเรื่อง “สุขภาพ” ซึ่งอันที่จริงนั้น ส่วนใหญ่ระบุว่าเคยเรียน หรือเคยได้ยินมาแต่ไม่ทราบเนื้อหาสาระ/จำไม่ได้ บางคนตอบว่ามักก็คือ “การส่งเสริมสุขภาพ” (promotion) หรือเป็นการตอบแบบกำปั้นทุบดิน และปรากฏว่าบางท่านได้ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย ตอนศึกษาระดับ

ปริญญาโทด้วย แต่ก็จำไม่ได้ว่ามีเนื้อหาสาระอะไร หรือใช้อย่างไร

อย่างไรก็ตาม พบว่า มีพยาบาลบางท่านที่ทราบเกี่ยวกับสาระสำคัญของกรอบออตตาวาว่า มีทั้งหมด 5 ประเด็นหลัก แต่พยาบาลจิตเวชท่านนี้ก็ไม่ได้มองแบบเชื่อมโยงระหว่างมิติ/องค์ประกอบทั้ง 5 ด้าน ทั้งด้านปัจเจกบุคคล ชุมชน สิ่งแวดล้อม นโยบาย และการปรับระบบบริการ แต่มองเป็นเรื่อง ๆ หรือมองเป็นด้าน ๆ บางท่านได้กล่าวว่า การขับเคลื่อนนโยบาย/การสร้างนโยบายตามกรอบออตตาวา เป็นหน้าที่หรือบทบาทหรือภารกิจของผู้บริหาร พยาบาลมีบทบาทแค่การป้อนข้อมูล หรือเตรียมข้อมูลต่าง ๆ ให้กับทีมผู้บริหารเท่านั้น ตามที่ท่านหนึ่งกล่าวว่า.... “เราก็ไม่ได้ตระหนักว่า จะใช้ได้ทั้งหมด 4-5 ข้อ เพราะบางข้อก็เกินกว่าผู้ปฏิบัติจะนำมาใช้ เช่นในเรื่องนโยบาย เราก็ไม่สามารถที่จะไปดัดให้เกิดนโยบายได้ ถ้าหากว่าในเรื่องของชุมชน เราก็พอจะทำได้ในบทบาทของพยาบาล และในเรื่องของทักษะ เหมือนว่าพัฒนาทักษะ เราก็สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ ก็คงไม่ได้ทั้งหมด...เพราะว่าในมุมมองของเรา นโยบายคือเป็นเรื่องลักษณะของผู้บริหาร มีข้อมูลบางอย่างที่เรากระตุ้นให้เกิดโครงการสักโครงการ เราก็ได้แค่เสนอข้อมูลที่เป็นข้อมูลเชิงสถิติ เราก็เคยเสนอ แต่ก็ต้องใช้พลังเยอะ” ซึ่งในกรณีนี้ จะเห็นได้ว่า พยาบาลจิตเวชยังคงมองว่า ตนเองทำได้ในเรื่องข้อมูล หรือการผลักดันโครงการโดยการใช้ข้อมูลที่มีอยู่ แต่ยังไม่ถึงกับผลักดันให้เกิดนโยบาย ที่อยู่บนฐานการทำงานโครงการดังกล่าวแต่อย่างใด และนี่คือประเด็นสำคัญที่ควรจะมีการขบคิดร่วมกันว่าจะสามารถเสริมสมรรถนะให้พยาบาลจิตเวชทำงานในเชิงนโยบายได้อย่างไร

ในขณะที่บางท่าน มองว่า กรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ออตตาวา ก็คือ การทำเรื่อง “คุณภาพ” หรือมันคือ การทำงานอย่างมีคุณภาพ

หรือการดูแลผู้รับบริการอย่างมีคุณภาพ ดังคำพูดที่ว่า.... “ใน field ของจิตเวช เราเน้นเรื่องอะไร เราก็เอามา link กับออตตาวา จะ cover ไปด้วยกัน ประเด็นของสุขภาพทั้งกายและจิต ก็ต้อง cover อยู่แล้วในเรื่องของพวกนี้ และเมื่อไหร่ที่เราดึงเข้ามา ก็เหมือนเราทำเรื่องคุณภาพ เมื่อไหร่ที่เราทำ ISO ก็ทำเรื่องคุณภาพ ทำ HA ก็เรื่องคุณภาพ เพียงแต่เราจะเอาไปใส่ในหมวดไหน หมวดกลมหรือหมวดแบน คือวิธีการก็เรื่องของคุณภาพทั้งนั้น....ซึ่งก็คือการทำเรื่องคุณภาพในการดูแลผู้รับบริการ” ซึ่งจริง ๆ แล้วเรื่องนี้ก็มีความสำคัญและน่าสนใจเป็นอย่างยิ่ง เพียงแต่อาจจะยังไม่ครอบคลุมเนื้อหาสาระทั้งหมดของกรอบออตตาวา หรือถ้าจะให้มีความหมายมากขึ้น ทีมงานน่าจะมีการพูดคุยถกเถียงกัน ในการนำกรอบออตตาวามาบูรณาการในการทำงานอย่างมีคุณภาพ จะดีมาก หรือมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น หรือเพื่อแสดงให้เห็นด้วยว่า ได้สามารถบูรณาการกรอบออตตาวาเข้าไปในระบบการทำงานเรื่องจิตเวช รวมถึงระบบการประกันคุณภาพการทำงานตามตัวชี้วัดต่าง ๆ ที่มีอยู่ด้วย หรืออาจจะจำเป็นต้องมีการปรับตัวชี้วัดให้สอดคล้องกับระบบที่เปลี่ยนไป และไม่เกิดความล้าสมัยของระบบการประเมินต่าง ๆ ที่ทับซ้อนกันอยู่ ถ้าทำได้ จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งภายใต้บริบทการทำงานที่มีระบบการประเมินจำนวนมาก ที่ทำให้เวลาการทำงานน้อยลง เพราะต้องรอรับการประเมินหลายคณะ

สำหรับเรื่อง การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนนั้น พยาบาลผู้ให้ข้อมูลท่านเดียวกันนี้ชี้ว่า ปัจจุบัน ทีมงานจิตเวชของ รพ.สงขลานครินทร์ ได้มีการดำเนินการต่าง ๆ ในการป้องกันหรือคัดกรองปัญหาจิตเวช หรือปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนอยู่แล้วบ้าง แต่ก็อาจจะยังไม่ค่อยเข้มข้นมากนัก

สำหรับแนวทางในการทำงานกับชุมชน (working approach) เน้นการเสริมพลังเชิงบวก หรือใช้ทุนทางสังคม/ทุนมนุษย์ หรือสิ่งดี ๆ ที่มี

อยู่แล้วในชุมชนให้เป็นประโยชน์ในการทำงานร่วมกัน โดยเฉพาะการเน้นความสำคัญของบทบาทของสถาบันต่าง ๆ ในชุมชน ทั้งวัด, มัสยิด, โบสถ์, โรงเรียน, ผู้นำ และศิลปวัฒนธรรม เป็นต้น

นอกจากนี้ ที่ผ่านมารพ.จิตเวชสงขลาคยังจัดอบรมเรื่อง “การเยียวยา” ด้วย ซึ่งมีทั้งการเยียวยาตามวิถีพุทธ และวิถีอิสลาม เพราะเป็นสิ่งสำคัญมากสำหรับพื้นที่ในภาคใต้ตอนล่างที่ต้องเผชิญกับปัญหาความรุนแรง และปัญหาวิกฤตภัยพิบัติทั้งภัยพิบัติจากธรรมชาติและจากน้ำมือของมนุษย์บ่อยครั้ง และยังมีการจัดอบรมให้กับ อสม.ให้มีความสามารถในการคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตหรือปัญหาทางจิตเวช หรือที่เรียกว่า “การคัดกรองภาวะซึมเศร้าในชุมชน” ซึ่งที่ผ่านมาได้ทำการพัฒนาองค์ความรู้และเครื่องมือทางวิชาการต่าง ๆ เพื่อให้สามารถคัดกรองผู้มีภาวะซึมเศร้า ได้มากขึ้น หรือดีขึ้น รวมทั้งการพัฒนา “หลักสูตรการปฐมพยาบาลทางด้านจิตใจ” บนฐานของการระดมสมอง และการถอดบทเรียนและประสบการณ์ของเจ้าหน้าที่/พยาบาลจิตเวช-สุขภาพจิต ที่ทำงานอยู่ใน รพ.ประเภทต่าง ๆ จำนวน 37 แห่งในพื้นที่ภาคใต้ที่รับผิดชอบ ด้วยการใช้แนวคิด EASE (Engagement, Assessment, Skill, and Education) ซึ่งที่จริงประเด็นนี้มีความน่าสนใจมาก ถ้านำกรอบถอดดาวเข้ามาผนวกหรือบูรณาการในการทำงาน จะทำให้เกิดองค์ความรู้อย่างเป็นระบบขึ้นอีกมากมายทีเดียว

นอกจากการทำงานด้านจิตเวชชุมชนและการพัฒนาศักยภาพด้านวิชาการ/องค์ความรู้/เครื่องมือต่าง ๆ ให้กับทีมงานและเครือข่ายแล้ว ยังทำงานในประเด็นจิตเวชผู้สูงอายุ, จิตเวชในภาวะวิกฤต ทั้งวิกฤตทางธรรมชาติและวิกฤตจากน้ำมือของมนุษย์ และจิตเวชในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส

โดยเฉพาะผู้ด้อยโอกาสที่อยู่ในสถานสงเคราะห์บ้านลีลล อ.ลีลล จ.นครศรีธรรมราช

สำหรับการทำงานกับผู้ด้อยโอกาส ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจิตเวช จะเน้นการเสริมศักยภาพในด้านการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันให้กับผู้ด้อยโอกาสเหล่านี้ ในเรื่อง การเตรียมอาหารและกินอาหาร, การทำความสะอาด, การแปรงฟัน, การทำงานบ้าน, การอาบน้ำ, การพักผ่อนหย่อนใจ ฯลฯ เพื่อให้สามารถพึ่งพาตนเองได้ และบางคนสามารถช่วยเหลือเพื่อนได้ด้วย เนื่องจากส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพจิตและมีสภาพเป็นสูงอายุแล้ว ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จึงจำเป็นต้องเสริมศักยภาพในด้านนี้ เพื่อให้สุขภาพของของผู้ป่วยจิตเวชซึ่งเป็นผู้ด้อยโอกาสดีขึ้น และสภาพแวดล้อมในสถานสงเคราะห์แห่งนี้ก็ดีขึ้นตามไปด้วย เพราะที่ผ่านมา เจ้าหน้าที่ของสถานสงเคราะห์แห่งนี้มีน้อยมาก แต่มีผู้รับบริการจำนวนมาก ทำให้เกิดสภาพที่แออัด และไม่ได้มีการเสริมศักยภาพให้ผู้รับบริการสามารถดูแลตนเอง หรือช่วยแบ่งเบาภาระของหน่วยงานได้ และสำหรับผู้ป่วยจิตเวชบางส่วนที่มีศักยภาพในด้านต่าง ๆ ก็เสริมศักยภาพให้สามารถทำงานตำแหน่งต่าง ๆ ในสถานสงเคราะห์ หรือทำงานข้างนอกได้ด้วย เช่น งานทำสวน งานในสำนักงาน งานทำความสะอาด ฯลฯ

สำหรับในด้านศักยภาพในการเป็นศูนย์การเรียนรู้ หรือเป็นแหล่งเรียนรู้ให้กับพยาบาลและนักศึกษาในด้านสุขภาพจิตตามกรอบถอดดาวนั้น ควรมีการยกระดับศักยภาพหรือสมรรถนะด้านนี้ตามที่กล่าวไปบ้างแล้วข้างต้นว่า ควรจะบูรณาการกรอบถอดดาวในทุกเรื่อง/ทุกภารกิจ ไม่ว่าจะเป็นการดูแลรักษา การป้องกันปัญหาจิตเวช/สุขภาพจิต และการฟื้นฟูเยียวยา รวมถึงในการพัฒนาองค์ความรู้ และเสริมศักยภาพทางวิชาการ ก็สามารถนำกรอบถอดดาวทั้ง 5 ด้านเข้ามาใช้อย่างเชื่อมโยง ทั้งในเรื่องจิตเวชชุมชน, จิตเวชในภาวะวิกฤต/ภัยพิบัติ,

จิตเวชผู้สูงอายุ, จิตเวชผู้ด้อยโอกาส และการส่งเสริมสุขภาพจิต หรือการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ในชุมชน ถ้านำมาบูรณาการได้ จะทำให้มีศักยภาพในการสร้างการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงกระบวนการคิดในการมองเรื่องสุขภาพ และการขับเคลื่อนสุขภาพในประเด็นสุขภาพจิตและจิตเวชให้กับพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลได้เป็นอย่างดี

นอกจากนี้ ทีมประเมิณผล ยังได้มีโอกาสสนทนากับคุณชัยวัฒน์ พุทธสโร ซึ่งเป็นหัวหน้างานสุขภาพจิตชุมชน ที่ลาศึกษาเฉพาะทางด้านการควบคุมการติดเชื้อ (Infectious Control) ที่อยู่ที่คณะพยาบาลศาสตร์ รพ.ศิริราช ซึ่งจากการสนทนาพูดคุย สรุปได้ว่า ที่ผ่านมาจากทาง รพ.จิตเวชสงขลานครินทร์ ได้มีโอกาสร่วมทำคู่มือการเรียนรู้ร่วมกับอาจารย์จากคณะพยาบาลศาสตร์ มอ. และมีการจัดอบรมให้กับนักศึกษาประมาณ 1 วัน และพยาบาลจากจังหวัดต่าง ๆ ประมาณ 5 วัน แต่ก็มีปัญหาอุปสรรคในการวางแผนการทำงานร่วมกัน ยังทำได้ไม่ดี เพราะมีเวลาน้อย และทางคุณชัยวัฒน์ ได้ให้คำแนะนำความพึงพอใจต่อการทำงานของคณะพยาบาลศาสตร์ มอ. ประมาณ 8-9 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 ซึ่งคุณชัยวัฒน์ อธิบายว่าส่วนหนึ่งเป็นเพราะไม่ค่อยได้ติดต่อสัมพันธ์กันมากเท่าใด ทั้งนี้ คุณชัยวัฒน์ได้แจ้งให้ทราบด้วยว่า งานของ รพ.จิตเวชในด้านการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในประชาชนประเภทต่าง ๆ นี้สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายประเภทต่าง ๆ ได้เกินกว่าร้อยละ 60 ของผู้ที่อยู่ในเขต และได้แจ้งข้อมูลด้วยว่า ผู้สูงอายุทุกรายในเขต 12 ที่มี 7 จังหวัดในความรับผิดชอบได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ด้วยเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น ซึ่งอสม. ก็สามารถทำได้ แต่สำหรับงานสุขภาพจิต/จิตเวชในภาคใต้ 7 จังหวัดที่สำคัญคือ การอบรมแพทย์จบใหม่ที่เข้ามาทำงานใน รพ.ชุมชน เพื่อให้มีความรู้ด้านสุขภาพจิต/จิตเวชเพื่อให้สามารถวินิจฉัยปัญหาด้านนี้ได้ และเพื่อลดปัญหาต่าง ๆ ในการ

วินิจฉัย ที่อาจเกิดขึ้นได้ ซึ่งที่ผ่านมาก็ได้เคยเกิดปัญหาความผิดพลาดขึ้นแล้ว ดังนั้น ภารกิจของทีมงาน รพ.จิตเวชสงขลานครินทร์ จึงมีมากมายด้าน โดยเฉพาะภารกิจในการสร้างการเรียนรู้ด้านนี้ให้กับพยาบาล/บุคลากรสุขภาพวิชาชีพอื่น ๆ นั้นเป็นภารกิจที่ทำเป็นปกติอยู่แล้ว

● ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care)

ศูนย์เรียนรู้ที่มีความโดดเด่น และมีศักยภาพมากในการทำงานและการสร้างการเรียนรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง คือ ศูนย์การเรียนรู้ที่ รพ.สงขลา อ.เมือง จ.สงขลา ซึ่งจากการประเมิน พบว่า ผู้รับผิดชอบหลัก หรือหัวหน้าทีมงาน (พว. กัลยา แซ่ชิด) มีศักยภาพมาก มีความทุ่มเทสูงมาก มีการแสวงหาทรัพยากร และความร่วมมือจากทุกภาคส่วน มีความรอบรู้ในเรื่องที่มีความสำคัญต่อการดูแลแบบประคับประคอง เพราะที่ผ่านมาก็ได้มีการแสวงหาความรู้/องค์ความรู้ และการส่งเสริมสมรรถนะใหม่ ๆ ในการทำงานด้วยตนเอง โดยการไปเข้ารับการอบรมเฉพาะทางด้านต่าง ๆ เช่น ด้านการให้คำปรึกษา, ด้านจิตเวช ฯลฯ ที่จัดโดยสถาบันต่าง ๆ ทั้งสถาบันวิชาการด้านการแพทย์พยาบาล, สถาบันทางศาสนา (ที่มีหลักสูตรการภาวนา, การทำมรณานุสติ) ทั้งใน จ.สงขลา, กรุงเทพฯ และที่สถาบันอื่น ๆ ในภูมิภาคต่าง ๆ เช่น ที่ จ.ขอนแก่น เป็นต้น ทำให้มีความรู้ในด้านการเฝ้าระวังรักษาแบบประคับประคองอย่างเป็นองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ปัญญา และจิตวิญญาณ ทั้งนี้ ก็เพื่อให้สามารถ “ดูแลผู้ป่วยให้ลดความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย” ให้มากที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้

นอกจากนี้ ผู้รับผิดชอบหลัก ณ ศูนย์เรียนรู้แห่งนี้ ยังมีการพัฒนาทีมงานขึ้นมารองรับการ

ทำงานที่เพิ่มขึ้น หรือมีปัญหาความต้องการมากขึ้น อย่างชัดเจน ปัจจุบันมีทีมพยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative Care Nurse) ประมาณ 16 คน ซึ่งจะมีการประชุมเพื่อขยายแนวคิดต่าง ๆ และเสริมศักยภาพซึ่งกันและกัน ทุกวันพฤหัสบดีของสัปดาห์ที่ 2 นอกจากนี้ ก็ยังมีเครือข่าย รพ. ชุมชนอีกจำนวน 6 แห่งที่ต้องดูแล รพ.สต. และศูนย์สุขภาพชุมชนอีกประมาณ 24 แห่ง เพราะปัจจุบันผู้ป่วยมะเร็งมีเพิ่มขึ้นทั้งเพศหญิงและชาย และวัยต่าง ๆ หรือแม้แต่อายุไม่มาก หรือ อายุประมาณ 30 กว่า ก็เป็นมะเร็งแล้ว ซึ่งจะต้องพัฒนาทีมงานให้ทัน แต่ก็ยังมีข้อจำกัดอยู่บ้าง โดยเฉพาะในระดับหัวหน้างาน/หรือหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ที่ยังไม่ค่อยมีความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทใหม่ ๆ ของพยาบาลมากเท่าใดนัก ซึ่งก็จะต้องพูดคุย/เจรจา/สื่อสารกันต่อไป และปัจจุบัน ก็กำลังมีการอบรมด้าน Narrative Medicine ร่วมกับ นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ จากสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพด้วย ซึ่งเป็นการพัฒนาศักยภาพตนเองด้านการสร้างความรู้ที่สำคัญมาก

ดังนั้น ถ้าพยาบาลและนักศึกษาพยาบาล เข้ามาร่วมเรียนรู้ ณ ศูนย์แห่งนี้ ก็จะได้รับโอกาสในการฝึกฝนร่วมกับทีมงานในด้านทักษะการดูแล, ทักษะการปฏิบัติต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย, ทักษะการให้คำปรึกษา/ทักษะการสื่อสาร ทักษะการบำบัดทางด้านจิตใจ และการสร้างความรู้ด้วยวิธีวิทยาใหม่ ๆ แต่อาจจะยังมีข้อจำกัดในเรื่องของจำนวนทีมงาน/บุคลากร ที่จะสามารถเป็นวิทยากรได้ ที่มีภารกิจงานประจำค่อนข้างมาก และยังต้องมีการขึ้นเวรดูแลผู้ป่วย ที่มีจำนวนมากอีกด้วย แต่โดยปกติที่ รพ. สงขลา ก็เป็นแหล่งฝึกให้กับพยาบาล/สหวิชาชีพอยู่แล้ว ซึ่งต้องฝึกประมาณ 3 สัปดาห์ สำหรับหลักสูตรจะมีอยู่ประมาณ 8 module ด้วยกัน คือ 1. การจัดการความเจ็บปวด (pain management) 2. แนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Concept) 3. การประเมินสภาพผู้ป่วย (Patient Assessment) 4.

จริยธรรม (Ethical Issues) 5. มุมมองด้านสังคม-จิตวิทยา (Psycho-social Perspectives) 6. การดูแลในชั่วโมงสุดท้ายของชีวิต (Final Hour/Last Hour) 7. การสื่อสาร (Communication) และ 8. การควบคุมอาการ (Symptoms Control)

ดังนั้น ถ้าจะมีการส่งนักศึกษาหรือพยาบาลมาเรียนรู้ ณ ที่แห่งนี้ จึงควรมีการพูดคุยและวางแผนร่วมกันล่วงหน้าอย่างเป็นระบบ เพื่อไม่ให้เป็นการกระทบกับทีมงานมากเกินไป หรือไม่เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย/ผู้รับบริการด้วย และทำให้นักศึกษา/พยาบาลได้รับความรู้และโอกาสในการฝึกปฏิบัติอย่างพอเพียงและเหมาะสมด้วย จึงจะทำให้เกิดการเรียนรู้ หรือการปรับกระบวนการทัศน์/ทัศนคติ/วิธีคิด/วิธีมองเกี่ยวกับ “การสร้างเสริมสุขภาพ หรือการส่งเสริมการมีคุณภาพ ชีวิตที่ดี” ในบริบทการทำงานกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่มีภาวะซับซ้อน/ภาวะซึมเศร้าต่าง ๆ (MDD – Major Depressive Disorder) ไปตามพัฒนาการของโรค ที่จำเป็นต้องได้รับการฝึกฝนเป็นเวลานานพอสมควร หรือไม่สามารเรียนรู้อะไรได้ในเวลารวดเร็ว หรือเพียงแค่วันหนึ่ง หรือสองวันเท่านั้น จึงจำเป็นต้องมีการวางแผนร่วมกันล่วงหน้า หรือ กำหนดช่วงเวลาที่เหมาะสมร่วมกัน

● ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน (Home Ward Care)

สำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการในชุมชน (Home Ward) ในโครงการขับเคลื่อนฯ นี้ มีศูนย์การเรียนรู้ที่มีศักยภาพโดดเด่น อยู่ที่ **รพ.คลองใหญ่ อ.คลองใหญ่ จ.ตราด** (รพ.ขนาด 30 เตียง) ซึ่งที่ผ่านมาได้ทำการขับเคลื่อนหลายด้าน เพื่อให้ชุมชน/ครอบครัว/ญาติของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สามารถดูแลตนเอง หรือพึ่งพาตนเองได้ในระดับหนึ่ง โดย

สามารถอยู่ในชุมชนหรือในบ้าน/ครอบครัวของตนเองได้ โดยได้รับการสนับสนุนด้านต่าง ๆ จากทาง รพ.และภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ทั้งนี้ การจัดให้ผู้ป่วยเรื้อรัง/ผู้สูงอายุ/ผู้พิการสามารถอยู่ในบ้านหรือในชุมชนได้โดยได้รับการดูแลจากญาติ/ผู้ดูแลประเภทต่าง ๆ นั้น จะต้องมียุทธวิธีต่าง ๆ ช่วย ไม่ว่าจะเป็นเครื่องดูดเสมหะ, ถังออกซิเจน, เตียงนอน/ ที่นอนกันแผลกดทับ, อุปกรณ์ให้อาหารทางสายยาง, อุปกรณ์สวนปัสสาวะ ฯลฯ ซึ่งที่ผ่านมาทาง รพ. ต้องจัดทำผ้าป่า เพื่อจัดทำ “ธนาคารอุปกรณ์” โดยได้รับเงินผ้าป่ามาจำนวน 1.2 ล้านบาท เมื่อปี พ.ศ. 2552

การที่ รพ.คลองใหญ่ ต้องทำโครงการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังแบบ Home Ward นี้ เป็นเพราะ รพ.มีขนาดเล็ก ไม่สามารถรองรับปัญหาได้ ประกอบกับในปัจจุบัน มีจำนวนผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุและผู้พิการเพิ่มขึ้น ส่วนหนึ่งเกี่ยวกับการที่สังคมเปลี่ยนผ่านเป็นสังคมผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านอัมพฤกษ์/อัมพาต/โรคเรื้อรังอื่น ๆ ก็เพิ่มตามไปด้วย และอีกส่วนหนึ่งเกี่ยวกับบริบทของสังคมไทยที่มีปัญหาอุบัติเหตุ ทำให้การพิการจากอุบัติเหตุมีเพิ่มขึ้น รวมทั้งโรคภัยไข้เจ็บอื่น ๆ ที่นำไปสู่ความพิการได้ ถ้ารักษาไม่ทัน อาทิเช่น โรคไข้มองอักเสบ เป็นต้น ในขณะที่จำนวนบุคลากรสุขภาพมีน้อย หรือไม่พอเพียงกับปัญหาและความต้องการ จึงจำเป็นต้องทำ Home Ward

ทั้งนี้ รพ.คลองใหญ่ ได้ทำการฝึกอบรมผู้ดูแล (Care Givers) จำนวนมาก ได้รับความร่วมมือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับดี ปัจจุบันดูแลผู้ป่วยติดบ้าน/ติดเตียงที่อยู่ในชุมชน ในพื้นที่รับผิดชอบประมาณ 20 หมู่บ้าน ใน 3 ตำบล จึงเป็นพื้นที่ ๆ มีความหลากหลาย หรือมีบริบทที่น่าสนใจ หรือมีศักยภาพในการเป็นศูนย์เรียนรู้ หรือสร้างการเรียนรู้ด้านการดูแลผู้ป่วย/ผู้พิการ/ผู้สูงอายุในระยะยาวโดยมีครอบครัวและชุมชนเป็นฐานให้กับพยาบาล/นักศึกษาพยาบาล แต่ควรมีการส่งเสริมการ

ศึกษากิจอย่างต่อเนื่อง เพราะที่จริงแล้ว ระบบการดูแลผู้ป่วย/ผู้พิการ/ผู้สูงอายุโดยมีครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ณ ที่นี้ เป็นการขับเคลื่อนทั้งอำเภอ จึงมีประเด็นปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องค่อนข้างมาก เพราะแต่ละตำบล/แต่ละชุมชน/แต่ละครอบครัว/แต่ละคนมีศักยภาพและความพร้อมที่แตกต่างกัน ดังนั้น การประเมินศักยภาพ ความสามารถและความต้องการอย่างละเอียดของผู้เกี่ยวข้อง หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่าย มีความสำคัญมาก ไม่ว่าจะเป็นผู้ดูแลที่เป็นคนในครอบครัว, ผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มรับจ้าง (มีผู้ดูแลที่เป็นชาวเขมร จำนวนหนึ่งด้วย) ควรมีการจัดหลักสูตรพัฒนาผู้ดูแล ที่มีลักษณะเฉพาะเจาะจง เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทเฉพาะให้มากขึ้นด้วย

● ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuing Care)

สำหรับการประเด็นการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องนี้ พบว่า ศูนย์การเรียนรู้ที่ รพ.รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร มีศักยภาพในการสร้างการเรียนรู้ด้านนี้ให้กับพยาบาล และนักศึกษาพยาบาล เพราะเป็นการทำงานเป็นทีมพยาบาล มีทั้งหมด 7 ทีม ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านสูติ-นรีเวช, อายุรกรรม, ศัลยกรรม, กระดูก, เด็ก, หู/ตา/คอ/จมูก, มะเร็ง, การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง รวมทั้งหมดประมาณ 28 คน ทุกทีมมีความชำนาญการในการให้คำปรึกษาหารือ (Counseling) ให้ความ สำคัญกับเรื่อง Primary Care, Home Care, Holistic Care, Self-Care และ มีการทำงานอย่างเป็นระบบ มีข้อมูลรายละเอียดต่าง ๆ มากเกี่ยวกับผู้ป่วย/ผู้รับ บริการ/ชุมชน/เครือข่าย เพราะมีเครื่องมือที่ดีในการบันทึกข้อมูล – ยกตัวอย่างเช่น ที่ผ่านมา ได้ทำการพัฒนาแบบ

บันทึกการเยี่ยมบ้าน (Home Visit Record) อย่างเป็นระบบ และได้มาตรฐาน จนกระทั่งทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้นำไปประยุกต์ใช้ในขอบเขตทั่วประเทศด้วย เพราะเป็นแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านที่มีความครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับบริการที่เป็นเป้าหมายประเภทต่าง ๆ ถึง 5 กลุ่ม/ประเภทด้วยกัน ประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้ป่วยที่สามารถเยี่ยมรักษาให้หายขาดได้ (Curative) 2) กลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ 3) ผู้ป่วยเรื้อรังและมีการไร้ความสามารถเล็กน้อย (Mild Chronic Disability) 4) ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเรื้อรัง-นอนติดเตียง และมีความพิการรุนแรง (Extreme Disability) และ 5) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of Life Care) ทำให้มีข้อมูลที่น่าสนใจ และมีนัยสำคัญต่อการเรียนรู้สำหรับพยาบาล/นักศึกษาพยาบาลได้มาก

นอกจากนี้ ทีมงานของศูนย์ ฯ ยังมีความเชี่ยวชาญในการทำงานกับกลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์และมาคลอดที่ รพ.โดยมีการทำงานเชิงเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) เพื่อให้เกิดการตัดสินใจที่ดีในการดำเนินชีวิต หรือมีการยอมรับการคุมกำเนิดในขณะที่ยังไม่พร้อมในหลาย ๆ ด้าน เพื่อที่จะสามารถสร้างฐานะ หรือมีงานทำก่อน ทำให้คุณภาพชีวิตของเด็กผู้หญิงที่กลายเป็น “แม่” ดีขึ้น ซึ่งอันที่จริงนั้นการทำงานเชิงเสริมพลัง (Empowerment) เป็นประเด็นที่สำคัญมากของการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบออตตาวา แต่ทีมงานยังไม่ค่อยมีความรู้เกี่ยวกับกรอบออตตาวามากเท่าใดนัก หรือยังไม่ค่อยเข้าใจกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ของออตตาวา ที่มี 5 มิติ คือ ปัจเจกบุคคล/ทักษะบุคคล, ชุมชน, สิ่งแวดล้อม, การขับเคลื่อน/จัดทำนโยบาย และการปรับระบบบริการ ถ้าทีมงานมีความเข้าใจในเรื่องนี้ น่าจะสามารถขยายผลการทำงานได้อีกมาก โดยเฉพาะในเรื่อง การทำงานกับกลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ ทั้งในเชิงการป้องกันปัญหา/การเสริมความเข้มแข็ง (ที่

ดำเนินการอยู่บ้างแล้ว ภายใต้แนวคิดการเสริมพลังอำนาจ), การผลักดันนโยบาย และการปรับระบบบริการให้มีความเข้มข้นยิ่งขึ้น หรือเป็นการทำงานเชิงรุกในเรื่องนี้ร่วมกับภาคีต่าง ๆ ได้มากขึ้น

อย่างไรก็ตาม พบว่า แผนการดูแลต่อเนื่อง รพ.รามาธิบดี ได้มีการทำงานเชิงการประสานกับภาคีหุ้นส่วนต่าง ๆ หลายภาคีอยู่แล้ว ยกตัวอย่างเช่น การประสานเชื่อมโยงกับศูนย์บริการสาธารณสุขของสำนักงานเขต กรุงเทพมหานคร จำนวนถึง 60 ศูนย์ เพราะ กทม. ดูแลด้านการสาธารณสุขมูลฐานและการดูแลเยี่ยมบ้านในเขตกรุงเทพมหานคร จึงจำเป็นต้องประสานเชื่อมโยงกัน เพื่อให้มีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในเขตต่าง ๆ ในความรับผิดชอบของศูนย์สาธารณสุขแต่ละแห่ง และที่ผ่านมามีงานแผนการดูแลต่อเนื่อง รพ.รามาฯ ยังได้ทำการอบรมเรื่อง “การดูแลต่อเนื่อง” ให้กับพยาบาลของศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ไปแล้ว ประมาณ 3 รุ่น ๆ ละ 60 คน

นอกจากนี้ ที่ผ่านมา ศูนย์การเรียนรู้ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่องนี้ ยังมีบทบาทในการเป็นศูนย์เรียนรู้หรือจัดอบรมให้กับพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลจากสถาบัน/องค์กรต่าง ๆ เป็นจำนวนมากอยู่แล้ว ดังนั้น จึงมีความพร้อมทุกด้าน ทั้งทีมวิทยากร สถานที่ ประเด็นการเรียนรู้ แหล่งฝึกในชุมชน แต่สำหรับประเด็นที่ว่า แหล่งเรียนรู้นี้จะสามารถทำให้พยาบาล/นักศึกษาพยาบาลเกิดการปรับกระบวนทัศน์/วิถีคิด/วิธียอมรับ/วิธีการในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีความเชื่อมโยงระหว่างปัจเจกบุคคล, ชุมชน, สิ่งแวดล้อม, นโยบาย, และระบบบริการตามกรอบออตตาวา ได้มากนักน้อยเพียงใดนั้น เป็นประเด็นที่จะต้องพูดคุยหรือนำขึ้นถึงความสำคัญของประเด็นนี้ให้มากขึ้น เพราะที่ผ่านมายังไม่ได้ใช้กรอบออตตาวาในการทำงาน แต่อาจจะสามารถทำการวิเคราะห์ประเด็นใหม่ ๆ ต่าง ๆ ที่พบในขณะทำงาน (new emerging issues) โดยการใช้กรอบออตตาวาก็ได้

● ด้านการพยาบาล/การแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Nursing/Medical Services System)

สำหรับในโครงการขับเคลื่อนฯ นี้ มีศูนย์การเรียนรู้ด้านการพยาบาลฉุกเฉิน ซึ่งถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของระบบการแพทย์และการพยาบาลฉุกเฉิน (Emergency Medical Services System - EMS) จำนวน 1 แห่ง คือ ศูนย์กู้ชีพนเรนทร รพ.ราชวิถี กรุงเทพมหานคร ซึ่งจริง ๆ แล้ว ศูนย์กู้ชีพ-นเรนทรนี้ ตั้งขึ้นอย่างเป็นทางการ เมื่อวันที่ 10 มีนาคม พ.ศ. 2538 หรือประมาณเกือบ 22 ปีมาแล้ว โดยได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจาก มูลนิธิร่วมกตัญญู, มูลนิธิป่อเต็กตึ๊ง, และสถาบันการแพทย์ด้านอุบัติเหตุและสาธารณภัย กรมการแพทย์ และได้รับการสนับสนุนทางการเงินจากมูลนิธิโรงพยาบาล-ราชวิถี มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็ว ณ ที่เกิดเหตุ และมีการลำเลียงนำส่งที่ถูกวิธีไปยังหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลที่เหมาะสม

ทั้งนี้ ศูนย์นเรนทรฯ มีเครือข่ายการทำงานร่วมกับศูนย์ต่าง ๆ อีกประมาณ 5 ศูนย์ คือ ศูนย์กู้ชีพรามาริบัติ, ศูนย์กู้ชีพ รพ. พระมงกุฎเกล้า, ศูนย์ช่วยเหลือฉุกเฉินของ รพ. พญาไท 2, รพ.กรุงเทพ และ รพ.ปิยะเวท และยังทำงานร่วมกับเครือข่ายอาสาสมัครต่าง ๆ อีกส่วนหนึ่ง ได้แก่ ศูนย์วิทยุพระรามเกล้า, ศูนย์วิทยุ R-COMM กรุงเทพ และ ศูนย์วิทยุซาลี กรุงเทพ สำหรับพื้นที่บริการของศูนย์กู้ชีพนเรนทร คือ พื้นที่โซน 8 ของกรุงเทพมหานคร ครอบคลุมพื้นที่ทั้งหมดประมาณ 75 ตร.กม. ของเขตพญาไท, ดินแดง, ห้วยขวาง, บางซื่อ, ราชเทวี, วังทองหลาง, จตุจักร (บางส่วน) และ ลาดพร้าว (บางส่วน) ที่ผ่านมามีการดำเนินการได้ดี สามารถช่วยเหลือหรือกู้ชีพได้ในอัตราที่สูง ทำให้ได้รับการยอมรับ และต่อมากกระทรวงสาธารณสุข ได้นำ

รูปแบบของศูนย์นเรนทรฯ ไปใช้ในการทำงานหรือขยายผลในขอบเขตทั่วประเทศที่เรียกว่า “ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน” (EMS)

สำหรับพยาบาลที่ทำงานด้านการแพทย์และพยาบาลฉุกเฉิน ณ ศูนย์นเรนทรฯ นี้ มีทั้งหมดประมาณ 30 กว่าท่าน ซึ่งเป็นการทำงานแบบ part-time เพราะส่วนใหญ่หรือเกือบทั้งหมดเป็นพยาบาลที่ทำงานอยู่ในหน่วยฉุกเฉินภายในโรงพยาบาล (ER) และส่วนใหญ่ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางด้านอุบัติเหตุฉุกเฉิน 4 เดือนของสภาการพยาบาลมาแล้ว เพราะหลักสูตรที่เรียนในระดับปริญญาตรีไม่มีวิชาการช่วยเหลือฉุกเฉิน และไม่มีเรื่องระบบ EMS

นอกจากนี้ ทีมกู้ชีพฉุกเฉินส่วนใหญ่ หรือประมาณร้อยละ 75 หรือสามในสี่เป็นผู้หญิง ผู้ชายมีเพียงร้อยละ 25 ที่ผ่านมา ศูนย์นเรนทรฯ และทีมแพทย์-พยาบาลและบุคลากรกู้ชีพต่าง ๆ ได้จัดอบรมให้ความรู้กับบุคคล/กลุ่มบุคคล หรือบุคลากรสุขภาพประเภทต่าง ๆ ด้านระบบบริการการแพทย์และพยาบาลฉุกเฉินจำนวนมาก มีทั้งแพทย์และพยาบาล โดยเฉพาะนักศึกษาพยาบาลจากสถาบันต่าง ๆ ได้แก่ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกทม. กรุงเทพมหานคร, คณะพยาบาลศาสตร์รามาริบัติ/รพ.พยาบาลรามาริบัติ, บุคลากรจาก รพ.ต่าง ๆ ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้, รพ.ในภูมิภาคอีกจำนวนหนึ่ง, เจ้าหน้าที่ฉุกเฉินของศูนย์เอราวัณ กรุงเทพมหานคร และที่สำคัญมากด้วยเช่นกัน คือ การอบรมหรือเสริมศักยภาพด้านการกู้ชีพให้กับอาสาสมัครประเภทต่าง ๆ จำนวนมาก โดยเฉพาะอาสาสมัครในระดับชุมชน เพราะจากการวิจัยพบว่าอาสาสมัครในระดับชุมชน มีความสำคัญมากต่อการกู้ชีพหรือช่วยเหลือชีวิต เพราะส่วนใหญ่จะมีบทบาทในการปั๊มหัวใจรอ จนกว่าทีมแพทย์และพยาบาลฉุกเฉินจะไปถึงพื้นที่

ดังนั้น ที่ผ่านมา ทางทีมพยาบาลและศูนย์นเรนทร จึงให้ความสำคัญกับการทำงานเชิงเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน หรืออาสาสมัครในชุมชนให้สามารถทำการปฏิบัติการกู้ฟื้นคืนชีพ (CPR) ได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งญาติของคนที่ไข้/ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง ก็ได้รับการอบรมหรือเสริมศักยภาพในการช่วยเหลือชีวิตด้วย สำหรับเนื้อหาการอบรม นอกจากเน้นเรื่องการกู้ฟื้นคืนชีพแล้ว ยังเน้นเรื่องการคิด, วิเคราะห์ และการตัดสินใจที่ถูกต้องในภาวะฉุกเฉิน โดยเฉพาะการตัดสินใจของแพทย์ มีความสำคัญมากที่สุด

สำหรับภายใต้การทำงานของโครงการขับเคลื่อนพยาบาลวิชาชีพ นี้ พบว่า ได้มีการจัดอบรมไปจำนวน 2 ครั้ง หรือ 2 รุ่น คือ นักศึกษาพยาบาลจากสถาบันต่าง ๆ จำนวน 1 รุ่น 60 คน และพยาบาลจากโรงพยาบาลต่าง ๆ อีกจำนวน 1 รุ่น จำนวน 60 คน รวมเป็นทั้งหมดจำนวน 120 คน ซึ่งพยาบาลที่ให้ข้อมูล ได้สะท้อนให้ฟังว่า จากการสังเกตพยาบาลที่เข้ารับการอบรม พบว่า ทำให้พยาบาลเข้าใจงานด้านการช่วยเหลือหรือการกู้ชีพฉุกเฉินมากขึ้น แต่สำหรับนักศึกษาพยาบาล พบว่า ยังมีความจำเป็นต้องเรียนรู้เรื่องอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องอีกมาก จึงจะเข้าใจ หรือสามารถทำงานด้านนี้ได้

สำหรับทีมวิทยากร พบว่า พยาบาลทั้ง 30 คนมีความสามารถในการเป็นวิทยากรได้ทุกคน แต่ก็มีความเข้มข้นที่ต่างกัน แต่ประเด็นสำคัญคือ ทีมงานไม่ค่อยมีเวลา เพราะทุกคนต้องทำงานในห้อง ER และยังต้องทำงานที่ศูนย์นเรนทรด้วย พยาบาลส่วนใหญ่ทำงานหนัก และมีเวลาพักผ่อนน้อย แต่ถ้าจำเป็นต้องถ่ายทอดความรู้ด้านนี้ ก็ยินดีให้ความร่วมมือ และยังได้สะท้อนด้วยว่า นโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับสถานภาพของพยาบาลในระบบการแพทย์ และพยาบาลฉุกเฉินนี้มีความสำคัญมากต่อศักยภาพการทำงาน และมองว่าพยาบาลที่ชอบหรือมีความถนัดงานด้านนี้ ควรได้รับโอกาสและการ

ยอมรับให้สามารถทำงานตรงนี้ได้ต่อไปได้ ตรงกับที่พยาบาลยังต้องการทำงานตรงนี้อยู่

นอกจากนี้ ทีมงานยังขอฝากคำถามสำคัญไว้ด้วยว่า **อยากทราบว่าสถานการณ์พยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมด จะส่งเสริมพยาบาลในระบบการแพทย์และการพยาบาลฉุกเฉินนี้ไปในทิศทางใด? ทำอย่างไรจึงจะได้รับการส่งเสริม, คัดกรองด้านสวัสดิภาพและความเป็นอยู่ และได้รับการยอมรับในสถานภาพการทำงาน ถึงแม้ในปัจจุบันจะมี paramedic จำนวนมากแล้วก็ตาม แต่พยาบาลก็ยังมีค่าและความจำเป็นอยู่ เพราะถึงอย่างไร ก็มีศักยภาพที่ต่างกัน จึงควรได้รับการสนับสนุนให้สามารถทำงานตรงนี้ได้ต่อไปได้ ถ้าพยาบาลต้องการทำงานในด้านนี้ต่อไป**

ในลำดับต่อไป จะเป็นการนำเสนอผลการประเมินด้านความพึงพอใจ จุดแข็ง จุดอ่อน ปัญหาอุปสรรคในการทำงานของโครงการขับเคลื่อนฯ จากมุมมองของพยาบาล/ผู้รับประโยชน์/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียประเภทต่าง ๆ ที่ทีมประเมินผลได้รวบรวมไว้

3.1.7 ความพึงพอใจ จุดแข็ง จุดอ่อน ปัญหาอุปสรรคจากมุมมองของพยาบาล และทีมประเมินผล

โดยภาพรวมในด้านความพึงพอใจ พบว่า สามารถจำแนกผู้เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระดับ และประเภทต่าง ๆ ออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ ตามระดับความพึงพอใจที่สามารถแบ่งเป็น ความพึงพอใจในระดับมาก และอีกกลุ่มหนึ่งมีความพึงพอใจในระดับปานกลาง สำหรับกลุ่มที่มีความพึงพอใจในระดับมากและมากที่สุด ส่วนใหญ่เป็นทีมงานขับเคลื่อนของโครงการ อาทิเช่น คณะทำงานโครงการฯ ที่ประกอบไปด้วย ผู้จัดการ, ผู้ช่วยผู้จัดการ และผู้ประสานงาน และคณะทำงาน/คณะกรรมการระดับคณะ ซึ่งส่วนใหญ่สะท้อนว่า

ทำให้ได้มีโอกาสทำงานร่วมกันในเรื่องที่ใหญ่หรือมีคุณค่าต่อวิชาชีพและต่อสังคม สามารถผลิตผลงานทางวิชาการต่าง ๆ โดยเฉพาะชุดการเรียนรู้และเอกสารนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นหลักสูตรการเรียนการสอน หรือประกอบการสร้างการเรียนรู้ได้

นอกจากนี้ ยังทำให้เกิดการทำงานเชิงเครือข่าย ทำให้รู้จักกัน ช่วยเหลือกัน เกื้อกูลกัน และสามารถทำงานวิจัยต่าง ๆ ร่วมกันได้ด้วย โดยเฉพาะระหว่างคณะพยาบาลศาสตร์ กับพื้นที่/รพ./หน่วยบริการสุขภาพทั้ง 3 ระดับ ทำให้มีผลงานในเชิงวิชาการร่วมกัน แต่สำหรับกลุ่มนี้ ก็ยังคงมองว่า ยังมีจุดอ่อน/ข้ออ่อน อีกหลายประการเช่นกัน เช่น การแต่งตั้งหรือการชักชวนทีมงาน/คณาจารย์ให้เข้ามาเกี่ยวข้องยังไม่เปิดกว้างมากเท่าที่ควร เช่น คณะกรรมการ/คณะทำงานขับเคลื่อนในระดับคณะ ยังคงกระจุกตัวอยู่ในกลุ่มที่ทำงาน/สอนทางด้านการบริหารการพยาบาล หรือมาจากภาควิชาการบริหารพยาบาล เป็นหลัก ยังไม่ได้เชิญชวนอาจารย์จากภาควิชาต่าง ๆ มาเข้าร่วมได้ทั้งหมด

สิ่งที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ พยาบาลมีจำนวนมาก ทำให้การสื่อสารกันยังไม่ทั่วถึง หรือสื่อสารได้เพียงบางกลุ่ม ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวตัวช้า แต่ก็จำเป็นจะต้องมีการเปลี่ยนแปลง อยู่ที่ได้เดิมไม่ได้ เพราะโลกเปลี่ยนไปแล้ว แต่ปัญหาคือ พยาบาลยังเคลื่อนไหวได้ช้าเพราะเป็นประชาคม/กลุ่มวิชาชีพที่ค่อนข้างใหญ่ ตามที่ผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นคณะทำงานของโครงการบางท่านสะท้อนไว้ว่า.... “เราจะหยุดอยู่ที่เดิมไม่ได้เพราะโลกมันเปลี่ยนแล้ว พยาบาลเราจะคิดอะไรได้ก่อนใคร แต่ว่าเราจะเคลื่อนไหวช้า เพราะเราคนหมู่มากเคลื่อนที่จะช้า”

สำหรับกลุ่มที่มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง และบางส่วนมีความพึงพอใจน้อยหรือไม่มีมีความพึงพอใจเลยนั้น เพราะบางส่วนไม่ทราบเกี่ยวกับการขับเคลื่อนหรือความเคลื่อนไหว

ของโครงการฯ ตั้งแต่แรก กล่าวคือ ไม่ทราบที่มาที่ไป เพราะบางแห่งพยาบาลที่ไปเข้าร่วมประชุม ไม่ได้นำมาถ่ายทอดต่อ ทำให้ไม่ทราบความเคลื่อนไหวหรือสาระสำคัญของโครงการ ฯ จึงไม่สามารถระบุความพึงพอใจได้ ซึ่งในกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลที่ทำงานอยู่ใน รพ.ต่าง ๆ ทั้ง 3 ระดับ โดยเฉพาะ รพ.ระดับปฐมภูมิ ที่หลายแห่งยังคงสะท้อนว่า ทางอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ยังไม่ค่อยเข้าใจคำว่า “สุขภาพ” และ การขับเคลื่อนสุขภาพในความหมายที่กว้าง บางส่วนสะท้อนว่า ทีมอาจารย์ไม่ได้อธิบายกระบวนการทำงานทั้งหมดให้ทราบ แต่เป็นการสื่อสารเฉพาะบางเรื่องเท่านั้น ทำให้ไม่ทราบว่าโครงการฯ ต้องการอะไรในภาพรวม และบางแห่งมาทราบเมื่อเกือบจบโครงการ หรือเมื่อต้องเข้าไปมีบทบาทเป็นศูนย์เรียนรู้ หรือต้องให้ความร่วมมือในการจัดอบรมหรือเป็นแหล่งฝึกของนักศึกษา/พยาบาล เป็นต้น จึงทำให้มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง เพราะไม่ทราบความเป็นมาตั้งแต่แรก ซึ่งสามารถจำแนกจุดแข็ง จุดอ่อน และปัญหา/อุปสรรคต่าง ๆ ได้ ดังนี้คือ

จุดแข็ง/จุดเด่น/สิ่งที่ดีของโครงการที่ควรขยายเพิ่มขึ้น/ทำให้ดียิ่งขึ้น

- ทำให้เกิดผลผลิตจำนวนมาก (outputs) อาทิเช่น ผลการศึกษาระดับสมรรถนะในการสร้างเสริมสุขภาพและการปฏิบัติบทบาทพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบกฎบัตรฮอตตาวาในบริการระดับปฐมภูมิ, ทติยภูมิ และตติยภูมิจำนวน 29,000 กว่ารายทั่วประเทศ, ผลการวิเคราะห์และรวบรวมนวัตกรรมจากประสบการณ์การทำงานในพื้นที่ต่าง ๆ ด้วยกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ฮอตตาวา จำนวนทั้งหมด 40 กว่านวัตกรรม, ชุดการเรียนรู้ 7 ชุด ที่สามารถนำมาใช้ในการสร้างการเรียนรู้ให้กับพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลได้ดี, คู่มือ

ผู้สอน และคู่มือผู้เรียนของศูนย์เรียนรู้ฐานนวัตกรรม, ศูนย์เรียนรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในด้านต่าง ๆ ถึงจำนวน 16 ด้าน/ประเด็น ครอบคลุมศูนย์เรียนรู้จำนวน 28 ศูนย์ทั่วประเทศ แต่ก็มีบางศูนย์ ที่ยังมีศักยภาพในการสร้างการเรียนรู้ได้ไม่มากนัก เพราะเป็นนวัตกรรมที่อาจจะยังไม่สอดคล้องกับความจริง ซึ่งจะได้กล่าวต่อไปในหัวข้อจุดอ่อน/ข้ออ่อน

■ **ทำให้เกิดศูนย์การเรียนรู้ และ/หรือ แหล่งเรียนรู้ฐานนวัตกรรมจำนวนมากถึง 25-40 แห่ง** กระจายไปทั่วประเทศ ซึ่งเป็นแหล่งเรียนรู้ที่มีจุดเน้นในประเด็นต่าง ๆ ประมาณเกือบ 20 ด้าน ครอบคลุมทั้งด้านการขับเคลื่อนสุขภาพองค์รวม, การกระทำการกับปัจจัยทางสังคมต่อภาวะสุขภาพ (social determinants of health), การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการในระยะยาว, การควบคุมโรคเรื้อรัง, การปรับระบบบริการสุขภาพทั้ง 3 ระดับ อย่างมีความเชื่อมโยง, การปรับระบบบริการเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตและวัณโรค, การดูแลรักษาด้วยธรรมชาติบำบัด, การปรับพฤติกรรมสุขภาพ/พฤติกรรมการบริโภค, การดูแลและป้องกันแผลกดทับ, การเลิกบุหรี่/คลินิกเลิกบุหรี่, คลินิกวิสัญญีเพื่อความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติ, การพยาบาลฉุกเฉิน, การดูแลอย่างต่อเนื่อง, การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง และการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง/ผู้พิการ/ผู้สูงอายุในชุมชน (Home Ward) เป็นต้น ทำให้พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลมีแหล่งเรียนรู้จากความจริง เพื่อการปรับกระบวนการทัศน์/วิธีคิด/วิธีมอง/มุมมองเรื่อง สุขภาพ, ความเจ็บป่วย, โรคภัยไข้เจ็บ, คุณภาพชีวิต/ความเป็นอยู่ที่ดี และการขับเคลื่อนสุขภาพ/การสร้างเสริมสุขภาพในมิติและบริบทต่าง ๆ ที่มีความ สำคัญยิ่ง

■ **ทำให้เกิดการเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายการทำงาน** การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีการถ่ายทอดประสบการณ์ในด้านต่าง ๆ ให้แก่กันและกัน ทำให้เกิดความสัมพันธ์แบบแนวราบ, มุมมองที่กว้างขึ้น รู้มากขึ้น มีแหล่ง

เรียนรู้ ที่ไม่ใช่ห้องสี่เหลี่ยมแคบ ๆ เท่านั้น ทำให้เข้าใจเกี่ยวกับความซับซ้อนต่าง ๆ เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพหรือเข้าใจ “ความเป็นจริงที่สลับซับซ้อน” เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของประชาชน/ประชากรกลุ่มต่าง ๆ, ชุมชน, และผู้ป่วย/ผู้รับบริการมากขึ้น และเข้าใจบทบาทของประชาชน/ชุมชน/ผู้ป่วย/ผู้รับบริการในการเป็นผู้ร่วมสร้างสุขภาพมากขึ้นในระดับหนึ่งด้วย

■ **ทำให้เกิดโอกาสในการทำงานร่วมกันระหว่างนักวิชาการในสถาบันการศึกษา (ที่มีความรู้ด้านทฤษฎี) กับนักปฏิบัติ หรือผู้ปฏิบัติในพื้นที่/หน่วยงานปฏิบัติ ที่มีข้อมูลและประสบการณ์จริง** - ถ้ามีการให้เกียรติซึ่งกันและกันว่าแต่ละฝ่ายมีจุดแข็งหรือศักยภาพที่ต่างกัน เคารพซึ่งกันและกัน ประสานร่วมมือกันโดยยึดหลักจริยธรรมในการทำงานร่วมกันอย่างเคร่งครัด จะทำให้เกิดพลังวิวิธคุณ (synergy) ในการสร้างผลงานต่าง ๆ โดยเฉพาะการผลิตองค์ความรู้ที่ขึ้นอยู่กับบริบทของสังคมไทย (context-dependent knowledge) ที่มีความสำคัญยิ่ง และสามารถนำมาใช้สอนหรือสร้างการเรียนรู้ให้กับนักศึกษาพยาบาล, พยาบาล และบุคลากรสุขภาพวิชาชีพอื่น ๆ ในขอบเขตทั่วประเทศที่มีนัยสำคัญ หรือมีความหมายต่อการเปลี่ยนแปลงระบบบริการสุขภาพและระบบสุขภาพของประเทศไทยเป็นอย่างยิ่ง

■ **ทำให้คณะพยาบาลศาสตร์หรือสถาบันการศึกษาด้านพยาบาลศาสตร์อีกจำนวนมากในขอบเขตทั่วประเทศ ทั้งของรัฐและเอกชน ได้มีโอกาสเข้ามารับรู้** รับทราบเกี่ยวกับกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์อนาคตว่าได้ในระดับหนึ่ง ซึ่งจะต้องมีการขยายผลการดำเนินงานในส่วนนี้ต่อไป เพราะที่ผ่านมา ยังได้รับโอกาสเพียงแค่การรับรู้เกี่ยวกับการทำงานของโครงการแบบคร่าว ๆ แต่ยังไม่มีโอกาสเรียนรู้ร่วมกับศูนย์การเรียนรู้ต่าง ๆ ในเชิงลึก เพราะเวลาการทำงานของโครงการมีจำกัด ประกอบกับมีสถาบันฯ ด้านนี้จำนวนมาก หรือมากถึง 80 กว่าแห่ง

■ **ทำให้พยาบาลส่วนหนึ่งจากหน่วยบริการสุขภาพทั้ง 3 ระดับ** (ปฐมภูมิ, ทติยภูมิ, และตติยภูมิ) และบุคลากรสุขภาพวิชาชีพอื่น ๆ (เช่น แพทย์, นักวิชาการสาธารณสุข, เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน, นักกายภาพบำบัด, นักโภชนาการ, ทันตภิบาล) อีกจำนวนหนึ่งได้รับการถ่ายทอด และ/หรือสื่อสารเกี่ยวกับกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์อนาคตที่มียุทธศาสตร์สำคัญต่อการปรับกระบวนการ/วิธีคิด/วิธีมอง/วิธีการทำงานในเรื่อง “สุขภาพ”, การมองความเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพ และการขับเคลื่อนสุขภาพด้วยกรอบยุทธศาสตร์ที่มีความเป็นองค์รวมระหว่างปัจเจกบุคคล, ชุมชน, สิ่งแวดล้อม, นโยบายและระบบบริการ ซึ่งถึงแม้จะเป็นกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ที่มีมานานแล้ว และทางกระทรวงสาธารณสุข (โดยเฉพาะกรมอนามัย) ก็ได้นำมาใช้ในการกำหนดกรอบการประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ แต่ที่ผ่านมา พบว่า พยาบาลและบุคลากรสุขภาพจำนวนมากยังไม่ทราบถึงความสำคัญของกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ดังกล่าว หรือยังคงมองแบบแยกส่วน หรืออาจทราบแต่ก็ยังมองเป็นประเด็นที่แยกออกจากกัน หรือบางส่วนพอทราบบ้าง แต่ก็ไม่ได้นำมาใช้ในการทำงานแต่อย่างใด และจำนวนหนึ่งเคยเรียนมาแล้ว หรือเคยได้ยินตอนเรียนปริญญาตรี/ปริญญาโท แต่ก็ลืมหมดแล้ว เป็นต้น ดังนั้น การได้มีโอกาสกลับมาทบทวนเรื่องนี้อีกครั้งจึงน่าจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทิศทางการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพต่อไปในอนาคต

■ **ทำให้ชุมชนท้องถิ่น และ/หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกลไกสำคัญ ๆ ในระดับชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำนวนหนึ่ง ได้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมเรียนรู้เกี่ยวกับกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์อนาคต** รวมทั้งได้มีโอกาสเรียนรู้เกี่ยวกับประเด็นต่าง ๆ เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพชีวิต

(แม้แต่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย) ที่มีความสำคัญหลายประเด็น/หลายด้านด้วยกัน ไม่ว่าจะเป็นการดูแลรักษาสุขภาพแบบองค์รวม/แนวธรรมชาติบำบัด, การกระทำการกับปัจจัยทางสังคมที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ, การปรับพฤติกรรมสุขภาพ/พฤติกรรมกรบิโรค, การควบคุมโรคเรื้อรัง, การพัฒนาระบบการให้บริการที่มีความเชื่อมโยงกันทั้งระดับปฐมภูมิ-ทุติยภูมิ-ตติยภูมิ, การปรับระบบบริการในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/โรคไต, การดูแลรักษาผู้สูงอายุ/ผู้พิการในระยะยาวโดยบทบาทของครอบครัวและชุมชน, การป้องกันมะเร็งปากมดลูกและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ และอีกมากมายหลายประเด็นที่ล้วนแต่มีความสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนทิศทางการทำงานเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ หรือทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวนมาก มองเห็นว่าเรื่อง สุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน ไม่ใช่อยู่ในขอบรั้วของโรงพยาบาลเท่านั้น

■ **ทำให้ประชาชน/ชุมชน/ผู้รับบริการ/ญาติผู้ป่วย ได้รับโอกาสในการเข้ามาร่วมเรียนรู้ประเด็นต่าง ๆ ที่มีความสำคัญต่อสุขภาพของตนเอง และได้รับการบริการที่ดีขึ้น** สอดคล้องกับบริบทเฉพาะ และ/หรือปัญหาและความต้องการของแต่ละคน แต่ละกลุ่ม แต่ละชุมชน มากขึ้น โดยเฉพาะกรณีของการขับเคลื่อนสุขภาพองค์รวม/สุขภาพะและระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS – District Health System) ของบางอำเภอ/บางจังหวัด ดังเช่นขอนแก่น, มหาสารคาม, เชียงใหม่, เชียงราย, ลพบุรีพบว่า ได้รับการทำให้เข้มแข็งมากขึ้น สามารถบูรณาการกันได้มากขึ้น โดยมีพยาบาลที่ได้รับความรู้จากโครงการฯ เป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมประสาน โดยเฉพาะกรณีของทีมงานพยาบาล รพ.มหาสารคาม และ รพ.ขอนแก่น ที่ทำงานร่วมกับประชาชน/ชุมชน/ประชาสังคมได้อย่างมีแผนและกลยุทธ์ และทำงานได้ผลมากขึ้น

จุดอ่อน/ข้ออ่อน/ปัญหาอุปสรรค/สิ่งที่ควรปรับปรุง

■ กระบวนทัศน์/โลกทัศน์/วิธีคิด/วิธีมองเกี่ยวกับ “การสร้างเสริมสุขภาพ” และกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์อนาคตของแกนหลักระดับคณะ/ระดับภาควิชาบางส่วนยังไม่ชัดเจน พบว่า ยังเป็นประเด็นที่สำคัญว่า คณาจารย์อีกจำนวนมากมีความเข้าใจในเรื่องการขับเคลื่อนสุขภาพตามกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์อนาคตอย่างแท้จริงหรือไม่ หรือเกิดการเปลี่ยนแปลงในบางส่วน/บางด้าน หรือยังไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างแท้จริง (truly transformed) เพราะจากเสียงสะท้อนของบางพื้นที่/ศูนย์เรียนรู้บางแห่งที่สะท้อนว่า บางที่อาจารย์ยังไม่เข้าใจ หรือมองว่า “สิ่งที่ชุมชนทำ” หรือ “สิ่งที่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิดำเนินการอยู่” ไม่เกี่ยวกับพยาบาล เป็นต้น

แต่ที่จริง ในมุมมองของพื้นที่ หรือคนทำงานในพื้นที่มองว่า พื้นที่ของตนเองสามารถสร้างการเรียนรู้ให้กับพยาบาล/นักศึกษาพยาบาล และ/หรือบุคลากรสุขภาพวิชาชีพอื่น ๆ ได้เป็นอย่างดี เพราะเป็นการทำงานในเชิงระบบโครงสร้างทางเศรษฐกิจ, สังคม, วัฒนธรรม, การเมือง, และสิ่งแวดล้อม หรือการกระทำกับตัวกำหนดทางสังคมต่อสุขภาพ (social determinants of health) ที่สำคัญยิ่ง แต่ยังคงขาดโอกาสในการถกประเด็นเหล่านี้ร่วมกับอาจารย์ หรือที่จริงจำนวนมากยังไม่กล้าแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องนี้มากนัก เพราะต้องดูท่าทีของอาจารย์ที่รับผิดชอบด้วยว่าจะยอมรับฟังความคิดเห็นที่แตกต่างหรือไม่ ซึ่งเป็นสิ่งที่น่าเสียดาย เพราะทำให้นักศึกษาพยาบาลและพยาบาลขาดโอกาสในการเข้ามาร่วมเรียนรู้ในพื้นที่ดังกล่าว เพราะบุคลากร/อาจารย์บางท่านมองว่า เป็นการทำเรื่อง การจัดการที่ดินเท่านั้น หรือบางแห่งสะท้อนว่า อาจารย์ยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพองค์รวม หรือยังมองไม่เห็น

ความเชื่อมโยงของประเด็นและเนื้อหาสาระต่าง ๆ ที่รพ.บางแห่งทำอยู่ แต่สามารถหยิบยกขึ้นมาเพียงแคบบางส่วนเท่านั้น ทำให้อาจารย์บางท่านยังไม่เข้าใจว่าการจัดการที่ดินมาเกี่ยวข้องกับโครงการนี้ได้อย่างไร หรือบางท่านสะท้อนว่าอาจารย์ยังไม่เข้าใจบทบาทของชุมชนในมิติต่าง ๆ มากเท่าที่ควร หรือยังต้องการให้ทางชุมชนทำตามความคิดเห็น/ความต้องการของตน มากกว่าที่จะมองหรือเรียนรู้จากความเป็นจริงที่เป็นอยู่ในชุมชน เป็นต้น

■ การแบ่งพื้นที่รับผิดชอบของบางภูมิภาค/บางสถาบันยังขาดหลักเกณฑ์ที่ถูกต้อง/ชัดเจนในการพิจารณา พบว่า กรณีการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบของภาคกลาง, ภาคตะวันตก และภาคตะวันออก ระหว่างคณะพยาบาลศาสตร์ ม.มหิดล และคณะพยาบาลศาสตร์ ม.บูรพา ยังมีลักษณะลักลั่นไม่ลงตัว ขาดหลักเกณฑ์/หลักการในเชิงวิชาการเท่าที่พิจารณาได้ พบว่า ไม่ใช้การแบ่งตามเขตพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ และ/หรือทางการเมืองการปกครองของกระทรวงมหาดไทย ทำให้พื้นที่ภาคกลางบางส่วน และพื้นที่ภาคตะวันตกอีกบางส่วนกลายเป็นความรับผิดชอบของคณะพยาบาลศาสตร์ ม.บูรพา ซึ่งต้องรับผิดชอบการทำงานในพื้นที่ภาคตะวันออกอยู่แล้ว การแบ่งพื้นที่รับผิดชอบดังกล่าวทำให้บางพื้นที่/บางจังหวัดขาดโอกาส หรือไม่ได้รับโอกาสในการเข้าร่วมขับเคลื่อนกับโครงการ เพราะบางจังหวัดอยู่ห่างไกล หรือไม่ได้อยู่ในโซนพื้นที่ของภาคตะวันออก แต่อยู่ในพื้นที่โซนตะวันตก ทำให้ไม่สามารถเดินทางไปทำงานได้ เพราะพื้นที่รับผิดชอบมีจำนวนมากเกินไปหรือกว้างเกินไป และน่าจะมี ความเกี่ยวข้องกับการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนที่เท่าเทียมกันหมดทุกภาค (ไม่ได้พิจารณาจากจำนวนพื้นที่ในความรับผิดชอบ) และภารกิจที่มากอยู่แล้วของทีมนขับเคลื่อนหลักของคณะพยาบาลศาสตร์ ม.บูรพา จึงทำให้พื้นที่หลายแห่งหลุดออกไป หรือไม่ได้รับการติดตามสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

■ **การคัดเลือกพื้นที่นวัตกรรม เพื่อ** ทำการศึกษาวិเคราะห์ด้วยกรอบออตตาวาของ บางแห่ง ขาดการพิจารณารายละเอียดต่าง ๆ ที่ เกี่ยวข้องอย่างรอบด้าน พบว่า บางพื้นที่ได้รับการ คัดเลือกให้เป็นพื้นที่ถอดบทเรียน หรือยกระดับเป็น นวัตกรรมหรือแหล่งเรียนรู้นวัตกรรม ตามกรอบ แนวคิดและยุทธศาสตร์ของออตตาวา เนื่องจากมีชื่อ เรียกที่ค่อนข้างแปลก หรือมีความแปลกใหม่ในเชิง ของการนำวัฒนธรรมพื้นบ้านเข้ามาเชื่อมโยง หรือนำมา ใช้ในการขับเคลื่อนเรื่องสุขภาพ หรือนำมาใช้ภายใต้ บริบทของการประกวด/แข่งขันเพื่อรับรางวัลตาม นโยบายพิเศษบางช่วงเวลา หรือบางปีของกระทรวง สาธารณสุข

แต่ในความเป็นจริงนั้น นวัตกรรมหรือ กิจกรรมเหล่านี้ อาจจะไม่มีความยั่งยืน ไม่ได้มีการ ทำงานในเชิงลึก หรือไม่ได้มีการดำเนินงานต่อ หลังจากได้รับรางวัล ทำให้ไม่สามารถเป็นแหล่ง เรียนรู้ภายใต้นวัตกรรมที่เลือกขึ้นมาได้ แต่อันที่จริง นั้น พื้นที่นั้น ๆ อาจจะมีประเด็นอื่น ๆ อีกที่น่าสนใจ หรือมีบริบทในการทำงานที่ท้าทาย แต่ทางอาจารย์ ที่รับผิดชอบในการคัดเลือกนวัตกรรม อาจจะไม่ได้อธิบายกันมาศึกษา หรือไม่ได้นำมาศึกษาวิเคราะห์ อย่างต่อเนื่อง จึงทำให้งานหยุดชะงักไป หรือบาง พื้นที่เป็นการเลือกผลงานของอาจารย์ในคณะ พยาบาลศาสตร์ ที่ได้มาจากการวิจัย ซึ่งเป็นการ วิจัยที่ผ่านมาระยะหนึ่งแล้ว และอันที่จริง ไม่ใช่การ ขับเคลื่อนสุขภาพในความหมายของกรอบแนวคิด และยุทธศาสตร์ของออตตาวา เท่าใดนัก แต่ก็ถูก ระบุว่าป็นศูนย์การเรียนรู้ จึงทำให้ศูนย์เรียนรู้ที่ ได้รับการยกระดับมาจากนวัตกรรมที่ผ่านการ คัดเลือกด้วยเกณฑ์ที่ไม่ชัดเจน ยังไม่ค่อยมีความโดดเด่น ในการสร้างการเรียนรู้ หรือการปรับเปลี่ยน กระบวนทัศน์/วิธีคิด/วิธีมอง/วิธีการทำงาน/สมรรถนะ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพมากเท่าใดนัก

■ **การสร้างการมีส่วนร่วมในระดับ** คณะ/สถาบันการศึกษาพยาบาลศาสตร์ยังมี ข้อจำกัดหรือมีลักษณะกระจุกตัวอยู่ในบางกลุ่ม/ บางส่วน พบว่า ในคณะพยาบาลศาสตร์ต่าง ๆ ส่วน ใหญ่ ยังเป็นการขับเคลื่อนเฉพาะในบางกลุ่ม/บาง ภาควิชาเท่านั้น โดยเฉพาะ ภาควิชาการบริหารการ พยาบาล และภาควิชาพยาบาลชุมชน แกนขับเคลื่อน หลักในระดับคณะ ยังไม่ได้เชิญชวน หรือสร้างการมี ส่วนร่วมอย่างทั่วถึงทุกภาควิชา หรือทั้งระบบ (ยกเว้นกรณีของคณะพยาบาลศาสตร์ ม.บูรพา ที่ พยายามสร้างการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง) ทำให้ ยังไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างทั่วถึงทั้งระบบหรือ ทั้งองค์กรในคณะพยาบาลศาสตร์ และบางสถาบันฯ พบว่า บุคลากรมีความขัดแย้ง หรือมีความไม่ลงรอย กันอยู่แล้วในเรื่องต่าง ๆ ในช่วงที่ผ่านมา จึงทำให้เป็น การขับเคลื่อนเฉพาะจุด เฉพาะกลุ่ม ยังไม่สามารถ สื่อสารกันแบบตรงไปตรงมา และ/หรือยังไม่สามารถ ขยายผลออกไปในภาควิชาอื่น ๆ ได้มากเท่าใดนัก

■ **การบริหารจัดการโครงการ ยังไม่** ค่อยให้ความสำคัญกับการจัดทำฐานข้อมูลผู้รับ ประโยชน์/ผู้เข้าร่วมโครงการประเภทต่าง ๆ ทำให้ ข้อมูลคลาดเคลื่อน, ไม่ครบถ้วน, ไม่ถูกต้อง, ไม่ สามารถติดตามได้, ขาดข้อมูลภาพรวมผู้รับประโยชน์ ของโครงการ อาทิเช่น ข้อมูลผู้เข้าร่วมประชุม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเวทีต่าง ๆ ทั้งเวทีระดับภาค, เวที ระดับคณะ/สถาบัน/องค์กร/หน่วยงาน หรือโครงการ ย่อยต่าง ๆ, เวทีระดับโครงการที่ทีมทำงานส่วนกลาง เป็นผู้จัด

■ **ยังขาดการนำข้อมูลหรือผลการ** วิเคราะห์ และผลการศึกษา/ประเมินระดับ สมรรถนะของแต่ละภาคมาใช้ประโยชน์ในการ ทำงานอย่างต่อเนื่อง พบว่า โครงการได้จัดให้มี การศึกษาเชิงปริมาณ เพื่อประเมินระดับสมรรถนะ พยาบาลจำนวนมากในขอบเขตทั่วประเทศ ในช่วง

แรก ซึ่งพบว่า การศึกษาเชิงปริมาณเพื่อประเมินสมรรถนะดังกล่าวนี้ มีผู้ตอบแบบสอบถามของแต่ละภาคจำนวนมาก หรือ รวมทั้งหมดทั่วประเทศแล้ว สูงถึงเกือบ 30,000 ราย และเป็นการนำเสนอผลการประเมินในภาพรวม แต่ทางคณะ/สถาบันของแต่ละภาค ยังไม่ได้นำข้อมูลผู้ตอบแบบสอบถามตรงนี้มาวิเคราะห์จำแนกประเภท หรือแบ่งกลุ่มว่า เป็นใคร อยู่ที่ไหน จำนวนเท่าใด พยาบาลเหล่านี้มีสมรรถนะอยู่ในระดับใด และไม่ได้จัดทำรายชื่อผู้ให้ข้อมูล เพื่อนำข้อมูลเหล่านี้มาใช้ประโยชน์ในการวางแผนการขับเคลื่อนต่อ ยกเว้น กรณีที่ได้รับเลือกให้เป็นแหล่งเรียนรู้นวัตกรรม หรือเป็นศูนย์เรียนรู้เท่านั้น ทำให้การทำงานกับกลุ่มเป้าหมายของบางภาค-บางพื้นที่ ไม่มีความต่อเนื่อง ไม่สามารถติดตามและประเมินพัฒนาการในเชิงการเรียนรู้และสมรรถนะที่เพิ่มขึ้น โดยอยู่บนฐานของการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังการดำเนินโครงการได้

■ **ยังมีช่องว่างของการสื่อสารในบรรดาทีมงาน/พยาบาลที่โครงการเชิญเข้าร่วมเรียนรู้** พบว่า โครงการไม่สามารถเชิญพยาบาลเข้าร่วมเรียนรู้ได้ทั้งหมด เพราะมีข้อจำกัดด้านเวลาและงบประมาณ ประกอบกับพยาบาลก็มีจำนวนมากด้วย ดังนั้น โครงการ/คณะ/สถาบัน จึงจำเป็นต้องเชิญเฉพาะหัวหน้าทีม หรือแกนหลักของสถานบริการสุขภาพแต่ละแห่งมาเข้าร่วมเวที หรือกิจกรรมต่าง ๆ ที่โครงการจัดขึ้นทั้งในระดับภาค (จัดโดยคณะพยาบาลที่รับผิดชอบการทำงานในแต่ละภูมิภาค) และระดับประเทศ (จัดโดยคณะทำงานส่วนกลางที่กรุงเทพฯ) แต่พบว่า รูปแบบนี้ใช้การไม่ค่อยได้มากเท่าใดนัก เพราะผู้ที่ได้รับโอกาสเข้าร่วมเรียนรู้ส่วนใหญ่ไม่ได้มีการนำไปสื่อสารต่อในทีมงาน/หน่วยงาน/องค์กรของตนเท่าใดนัก จึงไม่ช่วยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง หรือการเคลื่อนไหวไปพร้อม ๆ กันในแต่ละหน่วยบริการสุขภาพ โดยเฉพาะกรณีที่เป็น รพ.ตติยภูมิ ที่มีขนาดใหญ่ และมีทีมงาน/

บุคลากรจำนวนมากหลายแผนก/กลุ่มงาน ทำให้ไม่สามารถสื่อสารได้ทั่วถึง ประกอบกับภารกิจของพยาบาลแต่ละท่านก็มีมากด้วย เมื่อไปติดตามและประเมินผล พบว่า พยาบาลในหน่วยบริการตติยภูมิส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าโครงการนี้ทำอะไร ต้องการอะไร จุดเน้นอยู่ที่ไหน และการที่จะไปคาดหวังให้หัวหน้าทีม/แกนหลักที่มาเข้าร่วมประชุมไปสื่อสารต่อ ก็ไม่ใช่เรื่องง่าย เพราะแต่ละคนมีภารกิจมากดังกล่าวแล้ว

ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการผลักดันอย่างต่อเนื่อง หรือควรมีทีมวิชาการ หรือทีมงานติดตามและประเมินผลภายในของโครงการฯ เข้าไปติดตามประเมินผลตามศูนย์เรียนรู้ หรือหน่วยบริการต่าง ๆ ที่มีพยาบาลทำงานอยู่จำนวนมาก และมีความสำคัญในเชิงการเปลี่ยนแปลงกระบวนการ/วิธีคิด/วิธีมอง/วิธีการทำงาน/สมรรถนะด้านต่าง ๆ เพราะจะส่งผลต่อผู้รับบริการเป็นอย่างมาก หรืออาจเป็นการทำงานในเชิงการส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงในเชิงลึก และเชิงการขยายผลในแต่ละหน่วยบริการ จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้มากขึ้น

■ **ยังมีช่องว่างการสื่อสาร, การถกประเด็นที่สำคัญ, การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันระหว่างบุคลากร/คณะทำงานส่วนกลาง/แกนหลักของโครงการกับแกนขับเคลื่อนหลักในระดับภาค และระหว่างแกนขับเคลื่อนหลักในระดับภาคด้วยตนเอง** พบว่า การสื่อสาร/การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการถกเถียง หรือการโต้แย้งประเด็นสำคัญ ๆ ในทางวิชาการ (academic debate) มีความสำคัญมาก แต่พบว่าบุคลากรของโครงการฯ ในระดับต่าง ๆ ยังไม่ค่อยได้มีเวลาและโอกาสในการถกเถียงในเชิงวิชาการ เพราะต่างฝ่ายต่างมีภารกิจที่ต้องทำ หรือส่วนใหญ่เป็นการสื่อสารเพื่อทำงาน/ผลผลิตสำเร็จตามที่กำหนดไว้ ดังนั้น จึงไม่ค่อยมีเวลาถกเถียงประเด็นในทางวิชาการ ยกตัวอย่างเช่น กรณีที่มีความสงสัย

เกี่ยวกับการจัดการที่ดิน/การทำบ้านดินว่าเกี่ยวข้องกับ การสร้างเสริมสุขภาพอย่างไร เพราะบุคลากร ของโครงการส่วนใหญ่ก็ไม่มีเวลาศึกษาเอกสารของ พื้นที่อื่น ๆ ที่อยู่ในโครงการ ฯ และ/หรือไม่ได้มี โอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนมุมมองซึ่งกันและกันใน ประเด็นที่แหลมคมเท่าใดนัก

■ **การจัดสรรเงินทุนสนับสนุนการทำงานให้กับศูนย์เรียนรู้ยังมีความไม่เท่าเทียม/ปฏิบัติไม่เหมือนกัน** พบว่า บางคณะ/สถาบันฯ มีการจัดสรรเงินทุนสนับสนุนการทำงาน หรือการเป็น แหล่งเรียนรู้ให้กับศูนย์การเรียนรู้ในรูปของเงินอุดหนุน หรือเป็นเงินก้อนที่มีนัยสำคัญต่อการกิจที่ เพิ่มขึ้นของศูนย์เรียนรู้ แต่บางคณะ/สถาบัน ไม่ได้ จัดสรรเงินทุนสนับสนุนดังกล่าวแต่อย่างใด หรือมี การมอบภารกิจให้ทำ แต่ไม่มีการสนับสนุนเงินทุน หรือเงินอุดหนุน แต่อาจจะมอบให้ในลักษณะค่าวิทยากรเป็นรายชั่วโมง และมีการจัดค่าอาหารว่าง ให้ผู้เข้าอบรม แต่ไม่ใช่เงินอุดหนุนหรือเงินสมทบ ให้กับศูนย์เรียนรู้ ทำให้เครือข่ายบางส่วนไม่พอใจ และถอนตัวออกไป การปฏิบัติที่แตกต่างกันดังกล่าว ยังทำให้เกิดความไม่เสมอภาค ไม่เท่าเทียม และ/หรือทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำขึ้นในโครงการ และการปฏิบัติที่ไม่เท่าเทียมดังกล่าว น่าจะมีส่วนทำให้อัตถภาพและความพร้อมของศูนย์เรียนรู้แต่ละแห่ง หรือของแต่ละภาค มีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะ ศูนย์เรียนรู้ที่เคยได้รับการอุดหนุนจากโครงการอื่น ๆ แต่ไม่ได้รับการอุดหนุนจากโครงการขับเคลื่อนฯ

■ **ระดับศักยภาพที่ยังไม่พอเพียงของศูนย์การเรียนรู้บางแห่ง** พบว่า ยังมีศูนย์เรียนรู้อีกจำนวนหนึ่ง ที่ยังมีศักยภาพในการสร้างการเปลี่ยนแปลงในเชิงกระบวนการ/วิถีคิด/วิธียอมรับ หรือการสร้างการเรียนรู้/สมรรถนะให้กับพยาบาลและ นักศึกษาพยาบาลในการมองเรื่องสุขภาพและการขับเคลื่อนสุขภาพตามกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ของออตตาวาได้ไม่มากนัก ส่วนหนึ่งเป็นเพราะ

พยาบาลที่รับผิดชอบอยู่ในศูนย์การเรียนรู้ดังกล่าว ก็ยังไม่มีความชัดเจนในการสร้างการเรียนรู้ในเรื่องนี้ ได้มากนัก และอีกส่วนหนึ่งน่าจะเกี่ยวกับการเลือก เป็นพื้นที่ถอดบทเรียน หรือการยก ระดับเป็น นวัตกรรมการเรียนรู้หรือเป็นแหล่งเรียนรู้ฐานนวัตกรรม ตั้งแต่แรก ที่อาจจะไม่ได้มีการพิจารณาอย่างรอบด้าน ทำให้ยังไม่ใช้พื้นที่ ๆ มีการส่งเสริมประสบการณ์ ในการทำงาน หรือการคิดค้นนวัตกรรมใหม่ ๆ เพื่อ ขับเคลื่อนสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม ไม่ว่าจะเป็นใน มิติของการพัฒนาทักษะของปัจเจกบุคคล/กลุ่ม บุคคล, การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน, การ ปรับสิ่งแวดล้อมเพื่อเอื้อต่อการมีสุขภาพดี, การ ขับเคลื่อนนโยบาย และการปรับระบบบริการก็ตาม เลยทำให้ศูนย์เรียนรู้ดังกล่าว มีศักยภาพในการสร้าง การเปลี่ยนแปลงได้ไม่มากเท่าใดนัก

■ **ขาดการสนับสนุนทางวิชาการ และการติดตามผลการทำงานในพื้นที่/องค์กรต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง** พบว่า การทำงานของแกนหลักใน ระดับคณะของบางภูมิภาค ยังเป็นการทำงานแบบ โครงการปกติ หรือแบบروتิน (routine) หรือเป็นแบบ ทำไปตามภารกิจที่กำหนดไว้ให้เสร็จ ดังนั้น สิ่งที่เกิดขึ้นในบางภาคจึงยังไม่ใช่ “การขับเคลื่อน” ใน ความหมายที่โครงการเขียนไว้มากเท่าใดนัก เพราะ ยังมีการสื่อสารที่ไม่ชัดเจน ในขณะที่แกนขับเคลื่อนหลักระดับภาคของบางภูมิภาค ยังไม่ค่อยมีมุมมองเชิง การเสริมพลังอำนาจ (empowerment) หรือไม่ได้ไป ช่วยสนับสนุน ส่งเสริมสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นอยู่ในหน่วย บริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดการขยายผลและการ เปลี่ยนแปลงในแต่ละหน่วย แต่ละองค์กร แต่ละพื้นที่ ซึ่งส่วนหนึ่งน่าจะเป็นผลมาจากวิถีคิด/วิธียอมรับ, ความรู้ ความเข้าใจและคุณภาพของแกนขับเคลื่อนหลักเอง ที่ ยังไม่เข้าใจเรื่อง การขับเคลื่อนและการสร้างเสริม พลังอำนาจ และยังไม่เข้าใจกรอบแนวคิดและ ยุทธศาสตร์ออตตาวาในระดับที่จะสามารถนำ แนวคิดและยุทธศาสตร์ดังกล่าวมาปรับหรือ

ประยุกต์ใช้ในการขับเคลื่อนของโครงการฯ เพราะถ้าสามารถนำมาปรับหรือประยุกต์ใช้ได้จริง/เต็มที่ จะทำให้เกิดผลที่แตกต่างอย่างชัดเจน ถึงแม้จะไม่ใช่จุดเน้นของโครงการฯ ในระยะแรกนี้ก็ตาม

■ **ขาดการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ออตตาวาในการขับเคลื่อนการทำงานของตัวโครงการขับเคลื่อนฯ เอง** ซึ่ง ณ ที่นี้หมายถึงว่า โครงการฯ ตั้งเป้าที่จะถ่ายทอดกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ออตตาวาให้กับเฉพาะพยาบาล/นักศึกษาพยาบาล แต่อันที่จริงนั้นเราสามารถประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดนี้ในการทำงานของโครงการฯ ได้ตลอดเวลาด้วยเช่นกัน เพราะการทำงานของโครงการขับเคลื่อนนี้มีความเกี่ยวข้องกับทั้งเรื่องปัจเจกบุคคล (ซึ่งมีหลายประเภท ทั้งบุคลากรโครงการ/แกนขับเคลื่อนระดับคณะ/คณะทำงานระดับภาค ฯลฯ แต่ละกลุ่มควรมีทักษะอะไรในการขับเคลื่อน), ชุมชน (ซึ่งหมายถึง ชุมชนของพยาบาลประเภทต่าง ๆ ที่มีการสื่อสารกันอยู่แล้ว เป็นใครอยู่ที่ไหนบ้าง เช่น เครือข่ายประเภทต่าง ๆ ของพยาบาลและพยาบาลเฉพาะทาง เป็นต้น ถ้าโครงการระบุความหมายของคำว่า “ชุมชนของพยาบาล” ให้ชัดเจนตั้งแต่แรก จะทำให้เกิดการขับเคลื่อนในเครือข่ายต่าง ๆ ไปพร้อม ๆ กับการสร้างผลผลิต), หรือประเด็นสิ่งแวดล้อม (สิ่งแวดล้อมของโครงการฯ ในระดับต่าง ๆ เป็นอย่างไร โดยเฉพาะสิ่งแวดล้อมทางสังคม/วัฒนธรรม เราจะสามารถสื่อสารกันเพื่อปรับสิ่งแวดล้อมของโครงการ และสิ่งแวดล้อมของแกนขับเคลื่อนหลักได้อย่างไร เช่น กรณีบางคณะ/บางพื้นที่ ๆ ที่มีปัญหาภายในองค์กร จะทำอย่างไร จึงจะสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงานร่วมกันของบุคลากรในองค์กร/ภาควิชาต่าง ๆ เป็นต้น), รวมถึงประเด็นนโยบาย (ควรมีนโยบายอะไร ที่จะทำให้อะไรสิ่งแวดล้อมในองค์กรดีขึ้น เป็นต้น) และการปรับระบบต่าง ๆ ในองค์กร ก็เช่นกัน ถ้าบุคลากรโครงการมองเห็นและเข้าใจ และสามารถนำแนวคิด

และยุทธศาสตร์ออตตาวามาปรับหรือประยุกต์ใช้ในการทำงานในทุกระดับ โดยเฉพาะในกลุ่มที่เป็นแกนหลักทุกระดับ ทั้งระดับแผนงาน/โครงการ, ระดับคณะ/สถาบัน, ระดับหน่วยงาน/หน่วยบริการสุขภาพ, ระดับชุมชนพื้นที่ทางการปกครอง-ภูมิศาสตร์จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมหาศาล

สำหรับคำว่า “การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน” ในกรอบออตตาวาก็เช่นกัน ที่สามารถนำมาคิดต่อได้มาก ซึ่งคำว่า “ชุมชน” ในบริบทของตัวโครงการ หมายถึง ชุมชนของพยาบาลที่มีค่านิยมร่วมกันและมีการสื่อสารซึ่งกันและกันในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อให้สามารถบรรลุสู่เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของโครงการร่วมกัน ประกอบกับเป็นชุมชนพยาบาลที่มีหลายระดับ หลายประเภท จะทำอย่างไรจึงจะทำให้พยาบาล/นักศึกษาพยาบาล/หัวหน้าการพยาบาล/ตัวแทนสภาการพยาบาลประจำจังหวัด/สมาคมพยาบาลระดับภาค/ตัวแทนชมรมพยาบาลเฉพาะทาง ฯลฯ ซึ่งแต่ละส่วน แต่ละกลุ่ม ก็มีชุมชนของตน ที่มีการสื่อสารซึ่งกันและกันอยู่แล้ว (communication) ได้เข้ามารับรู้ รับทราบเกี่ยวกับเรื่องนี้ คือ มองให้เห็นความเชื่อมโยงกันเป็นชุมชนและเครือข่ายของกลไกหลัก ๆ เหล่านี้ ก็จะทำให้เกิดการออกแบบกระบวนการที่สามารถเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและเครือข่ายเหล่านี้ได้อย่างรวดเร็วมากขึ้น ถูกจุดและตรงเป้าหมายมากขึ้น และควรมีการฟังเสียงของคนเหล่านี้ว่าเขามองว่าอย่างไร ควรขับเคลื่อนอย่างไร อะไรคือจุดแข็ง จุดอ่อนที่เป็นอยู่ ฯลฯ และจะทำอย่างไร จึงจะทำให้เกิดการขับเคลื่อนในเชิงนโยบาย หรือเพิ่มการให้น้ำหนักหรือความสำคัญต่อกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ออตตาวามากขึ้นในบรรดาทุก องค์กร เครือข่ายต่าง ๆ เหล่านี้ และยังมีประเด็นการปรับระบบการบริหารจัดการ และระบบบริการต่าง ๆ ของแต่ละกลไก จะทำได้อย่างไร ยกตัวอย่างเช่น กรณีของชมรมพยาบาลเฉพาะทางประเภทต่าง ๆ ที่มีอยู่

จำนวนมาก ปัจจุบันชมรมพยาบาลเฉพาะทางต่าง ๆ เหล่านี้มีการเชื่อมโยงกันอยู่แล้วในรูปแบบใดบ้าง ชมรมต่าง ๆ เหล่านี้ให้ความสำคัญกับเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ อุตตาวาหรือยัง เป็นอย่างไร จะต้องสื่อสารอะไร ออกไป เพื่อให้เกิดการเพิ่มทักษะ (ทั้งของพยาบาลเฉพาะทางเอง และของผู้รับบริการ/ประชาชน/ชุมชน), รวมถึงประเด็นการปรับระบบบริการ, การขับเคลื่อนเชิงนโยบาย, การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนพยาบาลเฉพาะทาง และการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่เชื่อมต่อกับพยาบาลเฉพาะทางเอง และต่อผู้รับบริการของแต่ละกลุ่ม/แต่ละประเภท เป็นต้น

■ ขาดความชัดเจนในการใช้แนวทาง

(Guideline) ในขณะที่ทีมประเมินผลได้เข้าไปติดตามและประเมินผลการทำงานของบางพื้นที่นั้น พบว่า ทีมงานพยาบาลได้แจ้งให้ทราบว่า กำลังอยู่ในช่วงที่อาจารย์ของทางคณะพยาบาลฯ ได้แจ้งว่าให้เลือกใช้แนวทาง หรือที่เรียกว่า **“แนวทางการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพยาบาลวิชาชีพในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ” (ฉบับร่าง)** แต่ก็ยังขาดความชัดเจน เพราะส่วนใหญ่ไม่ทราบว่า จะต้องทำอะไร อย่างไร ภารกิจที่ต้องทำมีอะไรบ้าง และมีบางพื้นที่ที่มีความรู้สึกว่าการใช้แนวทางฯ ดังกล่าว เป็นเรื่องที่ค่อนข้างยุ่งยาก เพราะต้องมีการบันทึก การวิเคราะห์ผลที่ได้ ฯลฯ แต่ยังไม่มีความชัดเจนว่าต้องทำอะไร อย่างไร ทำให้ทีมประเมินผลไม่สามารถติดตามผลการดำเนินงานในส่วนนี้ได้

■ ยังมีช่องว่างในการสืบทอดงาน/นวัตกรรม หรือการทำให้เกิดความยั่งยืนของสิ่งที่ริเริ่ม หรือการดำเนินการร่วมกัน พบว่า ในบางหน่วยบริการสุขภาพ ถึงแม้สิ่งที่ดำเนินการร่วมกัน หรือนวัตกรรมที่ริเริ่มขึ้น จะเป็นสิ่งที่ดีมีคุณค่า แต่

ถ้าไม่มีการเตรียมการอย่างดี หรือไม่มีการทำงานเป็นทีมที่เข้มแข็ง ขาดการสื่อสารซึ่งกันและกันอย่างพอเพียง จะทำให้กลายเป็นเรื่องของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ทำให้ไม่เกิดความต่อเนื่อง/ไม่ยั่งยืน ยกตัวอย่างเช่น เวลามีการเปลี่ยนหรือโยกย้ายสถานที่ทำงาน จะไม่มีใครทราบข้อมูลเกี่ยวกับนวัตกรรมที่พัฒนาขึ้น ทำให้งานหายไป ซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในหน่วยบริการสุขภาพ/พื้นที่ต่าง ๆ จำนวนหนึ่ง ซึ่งเป็นสิ่งที่น่าเสียดาย

3.1.8 จุดอ่อน/ปัญหาอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศนและบทบาท/สมรรถนะของพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพ: มุมมองของนายกสภาการพยาบาล

นอกจากนี้ยังมีจุดอ่อน และปัญหาอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน/บทบาท/สมรรถนะของพยาบาลในมุมมองของนายกสภาการพยาบาลด้วย มีดังนี้คือ

1. พยาบาลจำนวนหนึ่งยังมีความเข้าใจว่า การสร้างเสริมสุขภาพ ทำได้เฉพาะในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเท่านั้น แทนที่จะมองว่าสามารถดำเนินการได้ในทุกระดับ และทุกกลุ่มประชากร ตั้งแต่เกิดจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

2. หลักสูตรการสร้างเสริมสุขภาพ และ/หรือการเรียนการสอนเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในสถาบันการศึกษา/คณะพยาบาลศาสตร์ต่าง ๆ ยังมีความแตกต่างกันมาก บางแห่งมีรายวิชา 1-3 หน่วยกิต บางแห่งเป็นการเรียนการสอนแบบบูรณาการเนื้อหาเข้าไปในรายวิชาต่าง ๆ ทำให้ยังไม่มีความมาตรฐาน และการประเมินผลภาพรวมในเชิงปริมาณทำได้ยาก

3. หลักสูตรการสร้างเสริมสุขภาพ ยังได้รับการให้ความสำคัญจากสถาบันการศึกษาต่าง ๆ ในระดับปานกลาง จึงจำเป็นต้องมีการกำหนดเกณฑ์ขั้นต่ำให้หลักสูตรพยาบาลศาสตร์ทั้งระดับปริญญาตรี และหลังปริญญาตรี มีหน่วยกิตขั้นต่ำของการเรียนการสอนด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

4. ยังไม่มีการวัดความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพในการสอบรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ทำให้สถาบันการศึกษาบางแห่งยังไม่ค่อยให้ความสนใจกับการเรียนการสอนเรื่องนี้ ดังนั้น ในการสอบรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ควรมีการสอบเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพด้วย จะทำให้สถาบันการศึกษาสนใจเรื่องนี้มากขึ้น และจะต้องมี

การระบุว่าเป็นสมรรถนะ (competency) หนึ่งที่สำคัญของวิชาชีพการพยาบาล

5. ยังไม่มีหลักสูตรเฉพาะทางด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับวิชาชีพการพยาบาล หรือกำลังดำเนินการอยู่ ถ้าเรื่องนี้สำเร็จ ก็น่าจะสามารถผลิตพยาบาลด้านนี้ได้เพิ่มขึ้น

6. ศูนย์การเรียนรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพยาบาล ยังมีจำนวนไม่มากพอ ควรพัฒนาพื้นที่/หน่วยบริการสุขภาพระดับต่าง ๆ ที่มีศักยภาพให้เป็นศูนย์การเรียนรู้เพิ่มขึ้น และควรมีการใช้ประโยชน์อย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง และทำให้พยาบาล/นักศึกษาพยาบาลเข้าถึงให้มากที่สุด

3.2 ผลการประเมินเชิงปริมาณ

ในลำดับต่อไปนี้เป็น การนำเสนอผลการประเมินเชิงปริมาณ ซึ่งได้ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามของอาจารย์พยาบาล/หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล/หัวหน้าแผนก และพยาบาลจากพื้นที่การทำงานของโครงการฯ ที่ให้ความร่วมมือหรือยินดีในการตอบแบบสอบถามจากทั้ง 5 ภูมิภาค ซึ่งบางประเด็นคำถาม ก็มีผู้ตอบแบบสอบถามสูงสุดครบตามจำนวน 190 ราย ซึ่งเป็นจำนวนแบบสอบถามที่ได้รับมา และผ่านการคัดเลือก หรือตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้ว หรือต้องมีความสมบูรณ์ของข้อมูลไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 จึงจะนำแบบสอบถามดังกล่าวมาประมวลข้อมูลและใช้ในการวิเคราะห์ แต่ในบางประเด็นคำถาม ก็มีผู้ตอบไม่ครบทั้ง 190 ราย หรือไม่ได้ระบุข้อมูล ยกตัวอย่างเช่น เรื่องเพศ ผู้ตอบแบบสอบถามบางคนก็ไม่ได้ระบุ จึงใช้ค่าร้อยละตามความจริง โดยไม่ได้นำข้อมูลที่หายไปมาคิดด้วย (valid percentage)

ดังนั้น ในการนำเสนอข้อมูลนี้ จึงเป็นการนำเสนอข้อมูลจากความเป็นจริง และการคิดค่าร้อยละ ก็คิดจากความจริง (valid percent) ไม่ได้คิดจากจำนวนแบบสอบถามทั้งหมดที่ผ่านการคัดกรอง/ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล แต่คิดจากจำนวนผู้ตอบในแต่ละข้อ ซึ่งบางข้อก็มีผู้ระบุข้อมูลไม่ครบ หรือข้อมูลหายไป ครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล, การได้รับการพัฒนาสมรรถนะด้านต่าง ๆ จากโครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลฯ รวมถึงความพึงพอใจต่อสมรรถนะดังกล่าว, ที่เหลือนอกนั้น เป็นการประเมินหรือสอบถามความพึงพอใจต่อบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปของตนเอง รวมถึงความพึงพอใจต่อชุดการเรียนรู้ที่โครงการพัฒนาขึ้น, ความพึงพอใจต่อหลักสูตรพยาบาลนักรสร้างเสริมสุขภาพ, ความพึงพอใจต่อการทำงานของหน่วยงาน/องค์กรที่สังกัดในบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์อนาคตฯ และความพึงพอใจ

ต่อโครงการขับเคลื่อนพยาบาลวิชาชีพเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

นอกจากนี้ ยังนำเสนอผลการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออกตรวจของหน่วยงาน/องค์กรที่สังกัด และของโครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลฯ จำแนกตามประเภทของสถานบริการสุขภาพที่สังกัด 3 ระดับ/ประเภท คือ ระดับปฐมภูมิ, ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิด้วย

นอกจากนี้ ผลการประเมินเชิงปริมาณในส่วนนี้ ยังประกอบด้วย ผลการประเมินประสิทธิภาพแบบง่าย (simplified efficiency evaluation) ด้วยการพิจารณาจำนวนงบประมาณที่โครงการฯ ได้รับมาทั้งหมดหารด้วยจำนวนผู้รับประโยชน์ทุกประเภทของโครงการฯ ซึ่งทำให้มองเห็น ต้นทุนต่อหัว เมื่อเทียบกับสิ่งที่เกิดขึ้นในโครงการ หรือความคุ้มค่าในการลงทุนดำเนินโครงการครั้งนี้

โดยมีรายละเอียดผลการประเมินในประเด็น/มิติต่าง ๆ ดังกล่าวมาทั้งหมดข้างต้น ดังนี้คือ

3.2.1 ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

คุณลักษณะทั่วไป หรือข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูล ในส่วนนี้นำเสนอเกี่ยวกับ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา ตำแหน่งงานในปัจจุบัน และภูมิภาค สำหรับเพศของผู้ให้ข้อมูลพบว่า เกือบทั้งหมดระบุว่าเพศหญิงร้อยละ 96.8 เพศชายมีเพียงร้อยละ 3.2 สถานภาพสมรสของผู้ให้ข้อมูล พบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสแต่งงานอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 63.3 รองลงมาเป็นโสด ร้อยละ 28.7 หย่า/ แยกทาง/ เลิกกัน ร้อยละ 5.3 และหม้ายร้อยละ 2.7 สำหรับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ระบุว่าสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท ร้อยละ 44.4

รองลงมาคือระดับปริญญาตรี ร้อยละ 48.1 สำหรับกลุ่มที่ระบุว่าสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาเอกมีร้อยละ 5.8 และเมื่อพิจารณาภูมิภาคของผู้ให้ข้อมูลพบว่า กลุ่มใหญ่ที่สุด หรือร้อยละ 31.7 เป็นผู้ให้ข้อมูลจากภาคเหนือ รองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 28.6 ตามด้วยภาคตะวันออก ร้อยละ 24.3 ภาคใต้ร้อยละ 9.5 ขณะที่ภาคกลางมีน้อยที่สุดเพียงแค่ร้อยละ 5.8 (ตารางที่ 4)

3.2.2 ความพึงพอใจต่อการได้รับการพัฒนาสมรรถนะด้านต่าง ๆ จากโครงการ

การได้รับการพัฒนาสมรรถนะในด้านต่าง ๆ จากโครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ แบ่ง ออกเป็น 5 ด้าน/มิติ คือ 1) ด้านการสร้าง/จัดทำนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ 2) ด้านการสร้าง/ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี 3) ด้านการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน 4) ด้านการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และ 5) ด้านการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ

สำหรับการได้รับการพัฒนาสมรรถนะทั้ง 5 ด้านนี้ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มใหญ่ หรือมากกว่า 3 ใน 4 ไม่ตอบหรือไม่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการได้รับการพัฒนาสมรรถนะทั้ง 5 ด้าน ซึ่งอาจจะหมายถึงว่า ผู้ให้ข้อมูลไม่ได้รับการพัฒนาสมรรถนะในด้านต่าง ๆ เหล่านี้จากทางโครงการขับเคลื่อนฯ แต่อย่างใด จึงไม่สามารถระบุหรือให้คำตอบได้

สำหรับผู้ตอบว่าได้รับการพัฒนาสมรรถนะ ตามที่โครงการประเมินผลฯ ระบุให้ตอบหัวข้อที่ได้รับการพัฒนาสมรรถนะได้จำนวนสูงสุด 3 หัวข้อ (ซึ่งผู้ตอบอาจจะระบุเพียง 1 หัวข้อ หรือ 2 หัวข้อ หรือทั้ง 3 หัวข้อก็ได้) พร้อมทั้งให้คะแนนความพึงพอใจในประเด็นที่ได้รับการพัฒนาสมรรถนะ ตารางที่ 5 เป็นคะแนนความพึงพอใจของ

การได้รับพัฒนาสมรรถนะในหัวข้อที่ 1 พบว่า ส่วนใหญ่ระบุว่ามีความพึงพอใจต่อการได้รับการพัฒนาสมรรถนะทั้ง 5 ด้าน อยู่ในระดับมาก ประมาณร้อยละ 25 – 36 รองลงมาคือกลุ่มที่ระบุว่าได้รับความพึงพอใจมากที่สุดร้อยละ 12 – 18 และพบว่า มีผู้ที่ตอบว่าพึงพอใจน้อยและน้อยที่สุดอยู่ด้วย (ตารางที่ 5)

ผู้ให้ข้อมูลหรือผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่กล่าวว่าประโยชน์ที่ได้จากการได้รับการพัฒนาสมรรถนะในด้านต่าง ๆ คือ การที่ตนเองได้รับการพัฒนาศักยภาพจากการเข้าร่วมการอบรมที่โครงการฯ หรือคณะทำงานในพื้นที่จัดขึ้น ประโยชน์อื่น ๆ ที่ได้จากการพัฒนาศักยภาพ/สมรรถนะ สามารถจำแนกตามประเภทสมรรถนะที่ได้รับการพัฒนา (ตารางที่ 6) ได้แก่

● สมรรถนะด้านการสร้าง/จัดทำ

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ผู้ตอบแบบสอบถามระบุว่าได้นำความรู้ที่ได้จากการพัฒนาสมรรถนะในด้านนี้ ไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาศักยภาพของตนเอง และบางส่วนระบุว่า ได้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่โครงการฯ และคณะทำงานในพื้นที่จัดขึ้น (ร้อยละ 23.2) สำหรับกลุ่มที่ตอบว่า ได้นำข้อมูล/ความรู้ที่ได้รับไปใช้ประโยชน์ต่อในด้านต่าง ๆ มีร้อยละ 23.2 ขณะที่ผู้ที่ระบุว่า ได้ร่วมกำหนดนโยบายสาธารณะเฉพาะเรื่อง/ประเด็น เช่น การออกกำลังกาย การจัดทำพื้นที่ปลอดบุหรี่ การส่งเสริมการปลูกผักปลอดสารพิษ ฯลฯ มีร้อยละ 8.9 ด้านการพัฒนา/ส่งเสริมการทำงานเชิงรุก มีร้อยละ 8.1 เพิ่มศักยภาพด้านการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง ร้อยละ 6.9 นอกจากนี้ ผู้ตอบแบบสอบถามบางส่วนระบุว่า ได้รับประโยชน์หรือความรู้ด้านการมีส่วนร่วมกับชุมชน ด้านการสื่อสาร และด้านการสร้างเครือข่ายร่วมทำงาน เป็นต้น

● สมรรถนะด้านการสร้าง/ปรับปรุง

สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ผู้ให้ข้อมูลระบุว่ามีการนำความรู้ที่ได้จากการพัฒนาสมรรถนะ

ในด้านนี้ไปใช้ประโยชน์ในด้านต่าง ๆ ซึ่งประโยชน์จากการพัฒนาสมรรถนะด้านนี้ในอันดับแรก คือ ได้รับการอบรมต่าง ๆ เพื่อพัฒนาศักยภาพของตนเอง (ร้อยละ 27.7) รองลงมา คือ ด้านการทำงานเชิงรุก (ร้อยละ 19.5) การพัฒนางานในองค์กร ได้แก่ การบริหารจัดการงานในองค์กร การประสานงาน การจัดสภาพแวดล้อมในองค์กร (ร้อยละ 16.9) การนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ต่าง ๆ (ร้อยละ 14.7) การจัดทำนโยบายสาธารณะเฉพาะเรื่อง/เฉพาะด้าน (ร้อยละ 9.5) การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (ร้อยละ 4.8) การจัดกลุ่มให้ความรู้ (ร้อยละ 2.6) นอกจากนี้ได้รับประโยชน์ด้านการสร้างเครือข่าย การมีส่วนร่วมในการร่าง/กำหนดนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพขององค์กร อีกประมาณร้อยละ 1

● สมรรถนะด้านการเสริมสร้างความ

เข้มแข็งของชุมชน ได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพตนเอง/ได้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่โครงการฯ และคณะทำงานในพื้นที่จัดขึ้น (ร้อยละ 29.8) ด้านการทำงานเชิงรุก (ร้อยละ 24.7) การจัดกลุ่มให้ความรู้ (ร้อยละ 10.7) การใช้ข้อมูลเพื่อพัฒนางานในชุมชน (ร้อยละ 7.4) การมีส่วนร่วมกับชุมชนและการสร้างเครือข่าย (ร้อยละ 6) การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง และได้มีส่วนร่วมในการร่าง/กำหนดนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพขององค์กร (ร้อยละ 3.3) และมีบ้างในเรื่องการสื่อสาร

● สมรรถนะด้านการพัฒนาทักษะ

ส่วนบุคคล ผู้ตอบแบบสอบถามได้นำความรู้ที่ได้จากการพัฒนาสมรรถนะในด้านนี้ ไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาศักยภาพของตนเอง จากการได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่โครงการฯ และคณะทำงานในพื้นที่จัดขึ้น (ร้อยละ 37.3) บางส่วนระบุว่า ทักษะที่ได้รับเป็นประโยชน์ต่อการทำงานเชิงรุก (ร้อยละ 17.1) ทักษะการจัดกลุ่มให้ความรู้กับผู้มารับบริการ (ร้อยละ 11.5) ทักษะด้านการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (ร้อยละ 7.8) ทักษะการใช้ข้อมูลของโครงการฯ (ร้อยละ

ละ 7.4) นอกจากนี้ ยังได้ทักษะการมีส่วนร่วมในการร่าง/กำหนดนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพขององค์กร และทักษะการสร้างเครือข่ายอีกด้วย

● สมรรถนะด้านการปรับระบบบริการ

สุขภาพ สิ่งที่เป็นประโยชน์ที่เด่นชัด คือ การได้รับการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพของตนเองในการนำไปใช้ในการปรับระบบบริการ และได้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่โครงการฯ และคณะทำงานในพื้นที่จัดขึ้น (ร้อยละ 19.3) ร่วมพัฒนางาน/ระบบงานในองค์กร (ร้อยละ 18.8) ด้านการทำงานเชิงรุก การสร้างเครือข่าย และการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ต่อไป (ร้อยละ 12.7) นอกจากนี้ยังได้ประโยชน์ในเรื่องของการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง และการมีส่วนร่วมกับชุมชนอีกด้วย

3.2.3 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อบทบาทหรือการมีส่วนร่วมในด้านต่าง ๆ ในฐานะพยาบาลนักสร้างเสริมสุขภาพ

การมีบทบาทหรือมีส่วนร่วมด้านการสร้างหรือพัฒนา/จัดทำนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ณ ที่นี้ เป็นการประเมินจากสภาพที่เป็นอยู่จริง หรือเป็นบทบาทและการมีส่วนร่วมในด้านนี้ของพยาบาลผู้ให้ข้อมูล ในช่วงที่ผ่านมาในการทำงานของตน ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ด้าน หรือ 5 องค์ประกอบ คือ 1) ร่วมระบุปัจจัยกำหนดสุขภาพ ครอบคลุมปัจจัยทางชีวภาพ, ปัจจัยทางการเมือง, ปัจจัยทางพฤติกรรม, ปัจจัยทางวัฒนธรรม, ปัจจัยทางสังคม, ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม และปัจจัยทางเศรษฐกิจ มีการเฝ้าระวังการควบคุมกำกับ ติดตามและประเมินผล 2) ร่วมพัฒนา/จัดทำระบบข้อมูลทางสุขภาพที่รองรับกระบวนการประเมินผลกระทบของนโยบาย 3) ร่วมชี้แนะหรือผลักดันนโยบายสุขภาพในหน่วยบริการตามความรับผิดชอบของตน 4) ร่วมประสานงานกับ

ผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพทั้งระดับบุคคล/ครอบครัว/ องค์กรชุมชน/ หน่วยงานภาครัฐและเอกชนเพื่อสร้างบริการ สุขภาพที่เป็นมิตรและเกิดผลลัพธ์ต่อภาวะสุขภาพ และ 5) ร่วมสร้าง/พัฒนา/ส่งเสริมทางเลือกที่ง่ายและสะดวกเพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบายสาธารณะขององค์กร/หน่วยงาน/สังคม

ผลการประเมินความพึงพอใจต่อบทบาทหรือการมีส่วนร่วมในการจัดทำนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ทั้ง 5 ด้าน หรือ 5 องค์ประกอบดังกล่าวข้างต้น พบว่า ในเกือบทุกองค์ประกอบ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ ระบุว่า มีส่วนร่วมในระดับมากและปานกลาง หรือมีความพึงพอใจต่อบทบาทหรือการมีส่วนร่วมในระดับมากและปานกลาง (ตารางที่ 7)

● ความพึงพอใจต่อบทบาทหรือการมีส่วนร่วมในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

สำหรับบทบาทหรือการมีส่วนร่วมในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี แบ่งออกเป็น 3 ด้าน/มิติ คือ 1) ร่วมสร้าง/พัฒนา/ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ทั้งสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติหรือสิ่งแวดล้อมที่มนุษย์สร้างขึ้น ให้กับบุคคล ครอบครัว กลุ่มหรือชุมชน ตามปัญหาและความต้องการ ที่สอดคล้องตามบริบท วิถีชีวิต วัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม การทำงาน 2) ร่วมจัดกิจกรรม/โครงการที่เน้นการปรับรูปแบบการดำเนินชีวิตให้กับประชาชน และการทำงานให้มีความปลอดภัย พึงพอใจ และมีความสุข 3) ร่วมจัดกิจกรรม/โครงการประเมินผลกระทบของสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ

ผลการประเมินทั้ง 3 ด้าน/มิติ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ระบุว่ามีความพึงพอใจต่อบทบาทหรือการมีส่วนร่วมในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีทั้ง 3 ด้าน/มิติ อยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 7)

● **ความพึงพอใจต่อบทบาทหรือการมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน**

บทบาทหรือการมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน แบ่งออกเป็น 3 มิติ คือ 1) ร่วมสร้าง/ส่งเสริม/พัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดปัญหาสุขภาพ วางแผน และการตัดสินใจ หาแนวทางการจัดการกับปัญหาสุขภาพ โดยใช้แนวทางที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรม และภูมิปัญญาที่มีอยู่ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพดี 2) ร่วมเสริมสร้างพลังอำนาจและทำให้ชุมชนรู้สึกเป็นเจ้าของ/มีความเป็นเจ้าของเพื่อให้ชุมชนจัดการตนเองในการมีสุขภาพดี 3) ร่วมให้ข้อมูล/ข่าวสาร จัดการความรู้ สนับสนุนให้ชุมชนใช้ทรัพยากรบุคคลและทรัพยากรอื่น ๆ ที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อให้ชุมชนจัดการตนเองในการมีสุขภาพดี

ผลการประเมินความพึงพอใจต่อบทบาทหรือการมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนทั้ง 3 มิติ/ด้าน พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ระบุว่ามีส่วนร่วมในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนทั้ง 3 ด้าน หรือมีความพึงพอใจในระดับมากต่อบทบาทหรือการมีส่วนร่วมดังกล่าว (ตารางที่ 7)

● **ความพึงพอใจต่อบทบาทหรือการมีส่วนร่วมในการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล**

บทบาทหรือการมีส่วนร่วมในการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล แบ่งออกเป็น 5 ด้าน/มิติ คือ 1) เผยแพร่ข้อมูลด้านสุขภาพโดยใช้เทคโนโลยีที่บุคคล/ครอบครัว/ชุมชน สามารถเข้าถึงได้ เช่น นวัตกรรม/สื่อ/ชุดกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ 2) ร่วม/พัฒนาทักษะชีวิตให้กับบุคคล/ครอบครัว/ชุมชน ให้มีความพร้อมในแต่ละช่วงวัย ให้สามารถปรับตัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรค การเผชิญกับโรคในพื้นที่ที่รับผิดชอบ 3) ร่วม/สนับสนุนให้มีการพัฒนาศักยภาพผู้นำ/แกนนำ การสร้างเสริมสุขภาพ

4) ร่วม/จัดโครงการหรือกิจกรรมที่สร้างโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่อการควบคุมสุขภาพ และจัดการกับสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพ

ผลการประเมินทั้ง 5 ด้าน/มิติ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ระบุว่ามีความพึงพอใจต่อบทบาทหรือการมีส่วนร่วมในการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลทั้ง 5 ด้านอยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 7)

● **ความพึงพอใจต่อบทบาทหรือการมีส่วนร่วมในการปรับระบบบริการสุขภาพ**

บทบาทหรือการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ มี 8 ด้าน/มิติ ดังนี้คือ 1) ร่วม/จัดระบบบริการสุขภาพให้การสร้างเสริมสุขภาพครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมายและเข้าถึงได้ง่าย 2) ร่วม/ประสานความร่วมมือระหว่าง บุคคล/ครอบครัว/ชุมชน/หน่วยงาน/องค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องเพื่อสนองตอบต่อเป้าหมายการจัดระบบบริการสุขภาพ 3) ร่วม/สนับสนุนให้มีการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพเพื่อสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม 4) ร่วม/สร้างความร่วมมือกับเครือข่ายอื่นที่นอกเหนือภาคีเครือข่ายสุขภาพเพื่อร่วมจัดบริการสุขภาพให้ครอบคลุมความต้องการทั้งมิติทางสังคมและวัฒนธรรม 5) ร่วมทำ หรือสนับสนุนการหาฐานข้อมูลภาวะสุขภาพทุนทางสังคม เครือข่ายในพื้นที่ 6) ร่วมทำหรือสนับสนุนการหาฐานข้อมูลทุนทางสังคม/ เครือข่ายและแหล่งประโยชน์ในพื้นที่ 7) ร่วมทำ หรือสนับสนุนให้มีการใช้ผลการวิจัยหรือทำการวิจัยเพื่อพัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้มีมุมมององค์รวมในการสร้างเสริมสุขภาพ 8) ร่วมทำ หรือสนับสนุนให้มีการใช้ผลการวิจัยหรือทำการวิจัยเพื่อปรับเปลี่ยนองค์กร/หน่วยงาน/ การจัดการงบประมาณ/ กำลังคน เพื่อเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ

ผลการประเมินความพึงพอใจต่อบทบาทหรือการมีส่วนร่วมในการปรับระบบบริการสุขภาพ

ทั้ง 8 ด้าน พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ระบุว่ามีความพึงพอใจต่อบทบาทหรือการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพทั้ง 8 ด้านในระดับปานกลาง และ มาก ตามลำดับ โดยความพึงพอใจในด้านร่วมทำ หรือสนับสนุนให้มีการใช้ผลการวิจัย หรือทำการวิจัยเพื่อพัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้มีความมององค์รวมในการสร้างเสริมสุขภาพ ความพึงพอใจด้านร่วมทำ หรือสนับสนุนให้มีการใช้ผลการวิจัย หรือทำการวิจัยเพื่อปรับเปลี่ยนองค์กร/ หน่วยงาน/ การจัดการงบประมาณ/ กำลังคน เพื่อเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ ความพึงพอใจด้านร่วม/ สร้างความร่วมมือกับเครือข่ายอื่นที่นอกเหนือภาคีเครือข่ายสุขภาพเพื่อร่วมจัดบริการสุขภาพให้ครอบคลุมความต้องการทั้งมิติทางสังคมและวัฒนธรรม และ ความพึงพอใจด้านร่วมทำ หรือสนับสนุนการทำฐานข้อมูลภาวะสุขภาพ ทูทางสังคม เครือข่ายในพื้นที่ ที่ผู้ให้ข้อมูลระบุว่ายังมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง หรือมีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ขณะที่อีก 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่วม/ จัดระบบบริการสุขภาพให้การสร้างเสริมสุขภาพครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมายและเข้าถึงได้ง่าย ด้านร่วม/ ประสานความร่วมมือระหว่าง บุคคล/ ครอบครัว/ ชุมชน/ หน่วยงาน/ องค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องเพื่อสนองตอบต่อเป้าหมายการจัดระบบบริการสุขภาพ ด้านร่วม/ สนับสนุนให้มีการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพเพื่อสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม และด้านร่วมทำหรือสนับสนุนการทำฐานข้อมูลทูทางสังคม/ เครือข่าย และแหล่งประโยชน์ในพื้นที่ มีความพึงพอใจส่วนใหญ่ในระดับมาก (ตารางที่ 7)

■ สำหรับปัญหาอุปสรรคในการทำงาน และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานใน 5 ประเด็นของผู้ให้ข้อมูล หรือพยาบาลทั้งในตำแหน่งผู้บริหารงานและผู้ปฏิบัติงาน ระบุว่ามีความสำคัญคือ ปัญหาการขาดแคลนบุคลากร ซึ่งพบในทุก

ตำแหน่งที่ต้องรับผิดชอบ ทั้งในกลุ่มผู้บริหารและกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้บริหาร ระบุว่าปัญหาการขาดแคลนบุคลากรเป็นปัญหาอุปสรรคสำคัญต่อการทำงานด้านการสร้างหรือพัฒนา/ จัดทำนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

■ สำหรับผู้ปฏิบัติงาน ระบุว่าปัญหาอุปสรรคที่สำคัญในการสร้างหรือพัฒนา/ จัดทำนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ได้แก่ การสื่อสาร การจัดทำข้อมูลเพื่อจัดทำยุทธศาสตร์ การเห็นความสำคัญของบทบาทหน้าที่ของทีมงานเป็นอันดับแรก และการสร้างเครือข่ายในการจัดทำนโยบาย

■ สำหรับการทำงานด้านการสร้าง/ ปรับสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี พบอุปสรรคสำคัญได้แก่ ปัญหาการร่วมมือกับกลุ่มเป้าหมาย และปัญหาการจัดทำข้อมูล

■ ปัญหาอุปสรรคสำคัญต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ได้แก่ ด้านการสร้างเครือข่าย และ การขาดแคลนบุคลากร

■ สำหรับปัญหาอุปสรรคสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ การจัดทำข้อมูล การขาดแคลนบุคลากร และให้ความสำคัญของงาน/ภารกิจในตำแหน่งหน้าที่ของทีมงาน ซึ่งหลายครั้ง พบว่าต้องทำงาน/ภารกิจอื่น ๆ ไม่ได้ทำงานในหน้าที่ของตนเป็นอันดับแรก

■ สำหรับปัญหาและอุปสรรคที่พยาบาลทั้งที่อยู่ในตำแหน่งบริหารและในระดับปฏิบัติงานระบุคล้ายกัน คือ การยังไม่ทราบบทบาทในการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพในแต่ละด้าน (ตารางที่ 8) ซึ่งข้อมูลตรงนี้มีค่าสำคัญมาก เพราะแสดงให้เห็นว่า พยาบาลทั้งสองระดับยังไม่ทราบว่า บทบาทด้านการสร้างเสริมสุขภาพของตนนั้นเป็นอย่างไร หรือต้องทำอะไร

3.2.4 ความพึงพอใจต่อชุดการเรียนรู้ 7 ชุดที่โครงการพัฒนาขึ้น

ชุดการเรียนรู้ 7 ชุดที่โครงการพัฒนาขึ้น ได้แก่ ชุดการเรียนรู้ที่ 1 การสร้างเสริมสุขภาพ: บทบาทพยาบาล ชุดการเรียนรู้ที่ 2 ภาวะผู้นำและการบริหารจัดการ การเปลี่ยนแปลงเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ชุดการเรียนรู้ที่ 3 การพัฒนาเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพ ชุดการเรียนรู้ที่ 4 การจัดการความรู้ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ชุดการเรียนรู้ที่ 5 การสร้างนโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม การปรับระบบบริการสุขภาพ และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ชุดการเรียนรู้ที่ 6 การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และ ชุดการเรียนรู้ที่ 7 การสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน

ผลการประเมินพบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ ระบุว่ามีความพึงพอใจต่อชุดการเรียนรู้ทั้ง 7 ชุด ในระดับมากทั้ง 7 ชุดการเรียนรู้ (ตารางที่ 9)

ในขณะที่พยาบาลทั้งในตำแหน่งผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานที่เคยอ่านชุดการเรียนรู้ทั้ง 7 ชุด ได้ให้คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยต่อชุดการเรียนรู้ในระดับปานกลางถึงมาก โดยให้คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจระดับมาก ในชุดการเรียนรู้ที่ 1 การสร้างเสริมสุขภาพ: บทบาทพยาบาล (คะแนนความพึงพอใจเท่ากันทั้งในระดับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน คือ 4.13 คะแนน) ชุดการเรียนรู้ที่ 6 การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (ผู้บริหารมีคะแนนความพึงพอใจ ที่ระดับ 4.03 คะแนน ซึ่งต่ำกว่าผู้ปฏิบัติงานที่มีคะแนนความพึงพอใจที่ 4.06 คะแนน หรือสูงกว่าผู้บริหารเล็กน้อย) และชุดการเรียนรู้ที่ 4 การจัดการความรู้ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (ผู้บริหารมีคะแนนความพึงพอใจ 3.92 คะแนน และผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจที่ 3.97 คะแนน หรือมากกว่าผู้บริหารเล็กน้อย) (ตารางที่ 10)

3.2.5 ความพึงพอใจต่อหลักสูตรพยาบาล นักสร้างเสริมสุขภาพ

การประเมินความพึงพอใจต่อการเข้ารับการอบรมหลักสูตรพยาบาลนักสร้างเสริมสุขภาพ แบ่งออกเป็นมิติต่าง ๆ 13 ด้าน/มิติ ได้แก่ 1) การได้รับความรู้และทักษะใหม่ ๆ เกี่ยวกับสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพที่ได้รับ 2) แนวคิดและหลักการเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรอตตาวา 3) เนื้อหาหลักสูตรการอบรมช่วยสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบมากขึ้น 4) ได้รับความรู้และทักษะ/สมรรถนะที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในบริบทการทำงานของท่าน 5) กระบวนการเรียน/การสอน/การอบรมทำให้เรียนรู้ได้เร็ว/ชัดเจน 6) ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนานวัตกรรม ทำให้เกิดศักยภาพใหม่ในการทำงาน 7) ได้มีโอกาสในการระบุ/บอกปัญหาและความต้องการในการทำงาน ทำให้สามารถปรับปรุงการทำงานในองค์กรให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น 8) ได้รับการพัฒนาสมรรถนะในด้านต่าง ๆ ที่ไม่เคยมีมาก่อน 9) ได้รับประโยชน์ในด้านต่าง ๆ หลายด้านที่ไม่คาดคิดมาก่อน เช่น การมีเครือข่ายเพิ่มขึ้น, การทำงานเป็นทีม, การสร้างผลงานใหม่ ๆ ฯลฯ 10) พื้นที่การเรียนรู้/ประเด็นในการเรียนรู้มีความชัดเจน/เป็นประโยชน์ต่อการปรับเปลี่ยนมุมมองและบทบาทของพยาบาล 11) วิทยากรในการอบรม/อาจารย์ผู้สอนมีความรู้ความสามารถและให้คำแนะนำต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการแสดงบทบาทด้านการสร้างเสริมสุขภาพ 12) เอกสารประกอบการอบรม/คู่มือต่าง ๆ/ชุดการเรียนรู้ ที่จำเป็นมีความพอเพียง สอดคล้องและมีประโยชน์ และสุดท้าย 13) ความพึงพอใจในภาพรวมต่อการเข้ารับการอบรมทุกครั้ง

ผลการประเมินพบว่าผู้ให้ข้อมูลมีความพึงพอใจในระดับมากทั้ง 13 ด้าน (ตารางที่ 11)

3.2.6 ความพึงพอใจต่อองค์กร/หน่วยงานที่สังกัดในการแสดงบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบกฎบัตรออตตาวา

การประเมินความพึงพอใจต่อองค์กร/หน่วยงานที่สังกัดในการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวาแบ่งออกเป็น 5 ด้าน/มิติ ได้แก่ 1) บทบาทของผู้นำ/การนำองค์กร/การมีตัวแบบที่ชัดเจน ต่อการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา 2) การกำหนด/ประกาศนโยบายและระบบสนับสนุนต่าง ๆ ที่ชัดเจนขององค์กร/หน่วยงาน ต่อแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา 3) องค์กร/หน่วยงานมีการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกคน/ทุกแผนก/ทุกภาควิชา ต่อแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวาอย่างสม่ำเสมอ 4) องค์กร/หน่วยงานมีกลไกในการรับฟังความคิดเห็น และ/หรือการส่งเสริมการทำงานในแนวราบ ทำให้มีช่องว่างในการสื่อสารซึ่งกันและกันน้อย/สามารถสร้างพลังองค์กรได้มากทุกระดับ ทุกส่วนงาน ทุกประเภทของบุคลากร และ 5) องค์กร/หน่วยงานมีการติดตามประเมินผล และส่งเสริมด้านต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวาประสบผลสำเร็จได้มากยิ่งขึ้น/รวดเร็วขึ้น

ผลการประเมินพบว่าผู้ให้ข้อมูลมีความพึงพอใจต่อองค์กร/หน่วยงานของตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวาทั้ง 5 ด้าน ดังกล่าวดังนี้คือ ผู้ให้ข้อมูลเกือบ 1 ใน 5 (ประมาณร้อยละ 37-39) มีความพึงพอใจในระดับมาก ทั้ง 5 ด้าน รองลงมามีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 30-32) และมีประมาณร้อยละ 13-14 ที่ไม่ตอบ หรือไม่ประสงค์ที่จะระบุว่ามีความพึงพอใจต่อองค์กร/หน่วยงานของตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพ

ตามกฎบัตรออตตาวาในระดับใด ซึ่งอาจจะสามารถบ่งชี้ได้ว่า ยังมีพยาบาล/ทีมงานพยาบาลอีกจำนวนหนึ่งที่ทำงานอยู่ในองค์กร/หน่วยงานบริการสุขภาพที่ยังไม่มีนโยบายที่ชัดเจนต่อเรื่องการแสดงบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบกฎบัตรออตตาวา หรือยังไม่รู้จักกรอบกฎบัตรออตตาวา ซึ่งก็สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ทีมประเมินผลได้รับมา จากการได้มีโอกาสไปเยี่ยมพื้นที่/องค์กร/หน่วยงานบริการสุขภาพจำนวนเกือบ 50 แห่ง และพบว่าจำนวนหนึ่งยังไม่ทราบเกี่ยวกับกรอบออตตาวา หรือไม่ได้มองว่ากรอบออตตาวามีความสำคัญต่อการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ (ตารางที่ 12)

สำหรับพยาบาลทั้งที่เป็นผู้บริหารและผูปฏิบัติงาน ที่ระบุว่ามีความพึงพอใจต่อองค์กร/หน่วยงานที่สังกัดในการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวาทั้ง 5 ด้าน/มิติ อยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ระหว่าง 3.29-3.40 (กลุ่มผู้บริหาร) ขณะที่ผู้ปฏิบัติงานมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ระหว่าง 3.60 - 3.66 คะแนน (ตารางที่ 13)

3.2.7 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการทำงานของโครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในมิติต่าง ๆ

สำหรับการประเมินความพึงพอใจต่อการทำงานของ “โครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ” โดยสภาการพยาบาล แบ่งออกเป็น 9 ด้าน ได้แก่ 1) โครงการฯ มีการสื่อสารที่ชัดเจนเป็นระบบ ต่อเนื่อง/สม่ำเสมอ 2) โครงการฯ มีความสำคัญกับการสร้างความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในบรรดาผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด 3) โครงการฯ ให้ความสำคัญกับการค้นหา/ระบุตัวบุคคล/กลุ่มบุคคล และ/หรือพื้นที่ ๆ

มีศักยภาพในการส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ/ทัศนะ/ทักษะ/กระบวนการทัศนเกี่ยวกับเรื่อง “สุขภาพ” 4) โครงการฯ ให้การสนับสนุนที่เพียงพอในด้านทรัพยากรต่าง ๆ เช่น หลักสูตร คู่มือการเรียนรู้, งบประมาณ, ผู้เชี่ยวชาญ/นักวิชาการ, วิทยากร, กำลังใจ 5) โครงการฯ มีกลไกต่าง ๆ ที่จำเป็นในการสนับสนุนการทำงาน/การรับฟังความคิดเห็น/การขยายผล/การเชื่อมเครือข่ายการเรียนรู้/การติดตามประเมินผลเชิงสร้างสรรค์ 6) โครงการฯ ให้โอกาสและสิทธิในการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนนิยามและความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพไปตามบริบทของแต่ละองค์กร/พื้นที่/แผนก/สาขาวิชา 7) โครงการฯ มีเวที หรือส่งเสริมการจัดเวทีประเภทต่าง ๆ เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำเสนอผลงานอย่างกว้างขวาง/ข้ามพื้นที่/ข้ามภูมิภาคอย่างสม่ำเสมอ 8) โครงการฯ สามารถเข้าถึงหรือพยายามเข้าถึงพยาบาลประเภทต่าง ๆ ที่กระจายตัวอยู่ทั่วประเทศได้อย่างครอบคลุม/เสมอภาค/เท่าเทียม และ 9) โครงการฯ มีช่องทางหรือเปิดช่องทางการสื่อสารด้วยวิธีการและรูปแบบต่าง ๆ ที่หลากหลาย ทำให้มีช่องว่างในการสื่อสารกันน้อย

ผลการประเมิน พบว่า พยาบาลผู้ให้ข้อมูลมีความพึงพอใจต่อการทำงานของ “โครงการ

ขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ” ทั้ง 9 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง และ ระดับมากทั้ง 8 ด้าน ซึ่งพยาบาลผู้ให้ข้อมูลที่มีความพึงพอใจในระดับปานกลางมากที่สุดในหัวข้อต่อไปนี้ ได้แก่ 1) โครงการฯ ให้การสนับสนุนที่เพียงพอในด้านทรัพยากรต่าง ๆ เช่น หลักสูตร คู่มือการเรียนรู้, งบประมาณ, ผู้เชี่ยวชาญ/นักวิชาการ, วิทยากร, กำลังใจ 2) โครงการฯ มีเวที หรือส่งเสริมการจัดเวทีประเภทต่าง ๆ เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำเสนอผลงานอย่างกว้างขวาง/ข้ามพื้นที่/ข้ามภูมิภาคอย่างสม่ำเสมอ 3) โครงการฯ สามารถเข้าถึงหรือพยายามเข้าถึงพยาบาลประเภทต่าง ๆ ที่กระจายตัวอยู่ทั่วประเทศได้อย่างครอบคลุม/เสมอภาค/เท่าเทียม 4) โครงการฯ มีช่องทางหรือเปิดช่องทางการสื่อสารด้วยวิธีการและรูปแบบต่าง ๆ ที่หลากหลาย ทำให้มีช่องว่างในการสื่อสารกันน้อย ซึ่งกระจายอยู่ระหว่างร้อยละ 32-46 ที่เหลืออีก 5 ด้าน ผู้ให้ข้อมูลมีความพึงพอใจในระดับมาก เป็นสัดส่วนที่สูงที่สุด และยังมีประมาณร้อยละ 15-18 ที่ไม่ระบุว่ามีความพึงพอใจต่อการทำงานของโครงการฯ อยู่ในระดับใด (ประมาณ 29-33 คน) ซึ่งแสดงว่า เป็นกลุ่มที่ไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการทำงานของโครงการฯ แต่อย่างใด (ตารางที่ 13)

ตารางที่ 4 ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

(Valid percent)		
ลักษณะส่วนบุคคล	ร้อยละ	จำนวน
เพศ		
ชาย	3.2	6
หญิง	96.8	182
สถานภาพสมรส		
โสด	28.7	54
สมรสอยู่ด้วยกัน	63.3	119
หม้าย	2.7	5
หย่า/ แยกทาง/ เลิกกัน	5.3	10

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	ร้อยละ	จำนวน
การศึกษาสูงสุด		
ปริญญาตรี	48.1	91
ปริญญาโท	44.4	84
ปริญญาเอก	5.8	11
อื่น ๆ	1.6	3
ตำแหน่งงานปัจจุบัน		
ผู้บริหาร/หัวหน้างาน	29.6	55
ผู้ปฏิบัติงานในด้านต่าง ๆ	52.7	98
อื่น ๆ	17.7	33
ภูมิภาค		
กรุงเทพฯ และภาคกลาง	5.8	11
ภาคเหนือ	31.7	60
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	28.6	54
ภาคตะวันออก	24.3	46
ภาคใต้	9.5	18

ตารางที่ 5 ความพึงพอใจต่อการได้รับการพัฒนาสมรรถนะ 5 ด้าน ตามกรอบออตตาวา

การได้รับการพัฒนาสมรรถนะตามกรอบออตตาวา 5 ด้าน	ร้อยละ	จำนวน
1. สมรรถนะด้านการสร้าง/จัดทำนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ		
น้อยที่สุด	0.5	1
น้อย	2.1	4
ปานกลาง	12.1	23
มาก	31.1	59
มากที่สุด	15.8	30
ไม่ตอบ/ไม่ระบุ	38.4	73
2. สมรรถนะด้านการสร้าง/ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี		
น้อยที่สุด	1.1	2
น้อย	1.6	3
ปานกลาง	10.0	19
มาก	36.3	69
มากที่สุด	12.1	23
ไม่ตอบ/ไม่ระบุ	38.9	74

ตารางที่ 5 (ต่อ)

การได้รับการพัฒนาสมรรถนะตามกรอบอุตสาหกรรม 5 ด้าน	ร้อยละ	จำนวน
3. สมรรถนะด้านการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน		
น้อยที่สุด	0.5	1
น้อย	2.6	5
ปานกลาง	11.6	22
มาก	25.3	48
มากที่สุด	15.8	30
ไม่ตอบ/ไม่ระบุ	44.2	84
4. สมรรถนะด้านการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล		
น้อยที่สุด	0.5	1
น้อย	0.5	1
ปานกลาง	7.4	14
มาก	33.2	63
มากที่สุด	17.9	34
ไม่ตอบ/ไม่ระบุ	40.5	77
5. สมรรถนะด้านการปรับระบบบริการสุขภาพ		
น้อยที่สุด	0.5	1
น้อย	0.5	1
ปานกลาง	13.2	25
มาก	28.9	55
มากที่สุด	11.6	22
ไม่ตอบ/ไม่ระบุ	45.3	86

ตารางที่ 6 ประเด็นและรายละเอียดของสมรรถนะที่ได้รับการพัฒนาตามกรอบอุตสาหกรรม

ประเด็นและรายละเอียดของสมรรถนะที่ได้รับการพัฒนา	ร้อยละ	จำนวน
1. สมรรถนะด้านการสร้าง/จัดทำนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ		
ได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพตนเอง/ ได้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่โครงการฯ และคณะทำงานในพื้นที่จัดขึ้น	23.2	57
การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์	14.6	36
ได้มีส่วนร่วมในการร่าง/กำหนดนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพขององค์กร	14.2	35
นโยบายสาธารณะเฉพาะเรื่อง (การออกกำลังกาย พื้นที่ปลอดบุหรี่ ฝากปลอดสารพิษ ฯลฯ)	8.9	22
ด้านการทำงานเชิงรุก	8.1	20
การพัฒนางานในองค์กร (การบริหารจัดการงานในองค์กร การประสานงานการจัดสภาพแวดล้อมในองค์กร)	7.3	18
ผู้นำการเปลี่ยนแปลง	6.9	17

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ประเด็นและรายละเอียดของสมรรถนะที่ได้รับการพัฒนา	ร้อยละ	จำนวน
การจัดกลุ่มให้ความรู้	5.3	13
การมีส่วนร่วมกับชุมชน	4.5	11
การสื่อสาร	3.3	8
การสร้างเครือข่าย	3.3	8
การดูแลโดยองค์กรรวม	0.4	1
2. สมรรถนะด้านการสร้าง/ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี		
ได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพตนเอง/ได้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่ โครงการฯ และคณะทำงานในพื้นที่จัดขึ้น	27.7	64
ด้านการทำงานเชิงรุก	19.5	45
การพัฒนางานในองค์กร (การบริหารจัดการงานในองค์กร การประสานงาน การจัดสภาพแวดล้อมในองค์กร)	16.9	39
การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์	14.7	34
นโยบายสาธารณะเฉพาะเรื่อง	9.5	22
ผู้นำการเปลี่ยนแปลง	4.8	11
การจัดกลุ่มให้ความรู้	2.6	6
การสร้างเครือข่าย	1.7	4
ได้มีส่วนร่วมในการร่าง/กำหนดนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพขององค์กร	1.3	3
การมีส่วนร่วมกับชุมชน	0.9	2
การสื่อสาร	0.4	1
3. สมรรถนะด้านการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน		
ได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพตนเอง/ได้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่โครงการฯ และคณะทำงานในพื้นที่จัดขึ้น	29.8	64
การทำงานเชิงรุก	24.7	53
การจัดกลุ่มให้ความรู้	10.7	23
การใช้ข้อมูล	7.4	16
การมีส่วนร่วมกับชุมชน	6.0	13
การสร้างเครือข่าย	6.0	13
ผู้นำการเปลี่ยนแปลง	4.2	9
ได้มีส่วนร่วมในการร่าง/กำหนดนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพขององค์กร	4.2	9
นโยบายสาธารณะเฉพาะเรื่อง	3.3	7
การพัฒนางานในองค์กร (การบริหารจัดการงานในองค์กร การประสานงาน การจัดสภาพแวดล้อมในองค์กร)	3.3	7
การสื่อสาร	0.5	1

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ประเด็นและรายละเอียดของสมรรถนะที่ได้รับการพัฒนา	ร้อยละ	จำนวน
4. สมรรถนะด้านการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล		
ได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพตนเอง/ ได้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่ โครงการฯ และคณะทำงานในพื้นที่จัดขึ้น	37.3	81
การทำงานเชิงรุก	17.1	37
การจัดกลุ่มให้ความรู้	11.5	25
การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง	7.8	17
การใช้ข้อมูลประเภทต่าง ๆ	7.4	16
นโยบายสาธารณะเฉพาะเรื่อง	6.9	15
การพัฒนางานในองค์กร (การบริหารจัดการงานในองค์กร การประสานงาน การจัดสภาพแวดล้อมในองค์กร)	6.9	15
ได้มีส่วนร่วมในการร่าง/กำหนดนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพขององค์กร	1.8	4
การสร้างเครือข่าย	1.8	4
การสื่อสาร	0.9	2
การมีส่วนร่วมกับชุมชน	0.5	1
5. สมรรถนะด้านการปรับระบบบริการสุขภาพ		
ได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพตนเอง/ ได้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่ โครงการฯ และคณะทำงานในพื้นที่จัดขึ้น	19.3	38
การพัฒนางานในองค์กร (การบริหารจัดการงานในองค์กร การประสานงาน การจัดสภาพแวดล้อมในองค์กร)	18.8	37
การทำงานเชิงรุก	15.7	31
การสร้างเครือข่าย	15.2	30
การใช้ข้อมูล	12.7	25
การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง	9.6	19
การมีส่วนร่วมกับชุมชน	5.1	10
นโยบายสาธารณะเฉพาะเรื่อง	2.0	4
ได้มีส่วนร่วมในการร่าง/กำหนดนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพขององค์กร	1.0	2
การสื่อสาร	0.5	1

ตารางที่ 7 ความพึงพอใจต่อบทบาทและการมีส่วนร่วมในฐานะพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

ความพึงพอใจต่อบทบาทหรือการมีส่วนร่วมในฐานะพยาบาล เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	ร้อยละ	จำนวน
1. บทบาทหรือการมีส่วนร่วมด้านการสร้างหรือพัฒนา/จัดทำนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ		
1.1 ร่วมระบุปัจจัยกำหนดสุขภาพ ครอบคลุมปัจจัยทางชีวภาพ, ปัจจัยทางการเมือง, ปัจจัยทางพฤติกรรม, ปัจจัยทางวัฒนธรรม, ปัจจัยทางสังคม, ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม และปัจจัยทางเศรษฐกิจ มีการเฝ้าระวังการควบคุมกำกับ ติดตามและประเมินผล		
น้อยที่สุด	3.7	7
น้อย	10.5	20
ปานกลาง	33.7	64
มาก	35.8	68
มากที่สุด	11.1	21
ไม่ตอบ	5.3	10
1.2 ร่วมพัฒนา/จัดทำระบบข้อมูลทางสุขภาพที่รองรับกระบวนการประเมินผลกระทบของนโยบาย		
น้อยที่สุด	4.7	9
น้อย	15.3	29
ปานกลาง	27.9	53
มาก	33.7	64
มากที่สุด	13.2	25
ไม่ตอบ	5.3	10
1.3 ร่วมชี้นำหรือผลักดันนโยบายสุขภาพในหน่วยบริการตามความรับผิดชอบของตน		
น้อยที่สุด	3.2	6
น้อย	8.4	16
ปานกลาง	22.6	43
มาก	43.7	83
มากที่สุด	17.4	33
ไม่ตอบ	4.7	9
1.4 ร่วมประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพทั้งระดับบุคคล/ ครอบครัว/ องค์กรชุมชน/ หน่วยงานภาครัฐและเอกชนเพื่อสร้างบริการ สุขภาพที่เป็นมิตรและเกิดผลลัพธ์ต่อภาวะสุขภาพ		
น้อยที่สุด	1.1	2
น้อย	5.8	11
ปานกลาง	26.8	51
มาก	38.4	73
มากที่สุด	23.7	45
ไม่ตอบ	4.2	8

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ความพึงพอใจต่อบทบาทหรือการมีส่วนร่วมในฐานะพยาบาล เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	ร้อยละ	จำนวน
1.5 ร่วมสร้าง/พัฒนา/ส่งเสริมทางเลือกที่ง่ายและสะดวกเพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบายสาธารณะของ องค์กร/หน่วยงาน/สังคม		
น้อยที่สุด	1.6	3
น้อย	11.1	21
ปานกลาง	31.6	60
มาก	35.3	67
มากที่สุด	16.3	31
ไม่ตอบ	4.2	8
2. บทบาทหรือการมีส่วนร่วมด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี		
2.1 ร่วมสร้าง/พัฒนา/ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ทั้งสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติ หรือ สิ่งแวดล้อมที่มนุษย์สร้างขึ้น ให้กับบุคคล ครอบครัว กลุ่มหรือชุมชน ตามปัญหาและความต้องการ ที่สอดคล้องตามบริบท วิถีชีวิต วัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม การทำงาน		
น้อยที่สุด	2.1	4
น้อย	7.9	15
ปานกลาง	28.4	54
มาก	41.1	78
มากที่สุด	17.4	33
ไม่ตอบ	3.2	6
2.2 ร่วมจัดกิจกรรม/ โครงการที่เน้นการปรับรูปแบบการดำเนินชีวิตให้กับประชาชนและการทำงานให้มี ความปลอดภัย พึงพอใจ และมีความสุข		
น้อยที่สุด	2.6	5
น้อย	9.5	18
ปานกลาง	30.5	58
มาก	38.9	74
มากที่สุด	13.2	25
ไม่ตอบ	5.3	10
2.3 ร่วมจัดกิจกรรม/โครงการประเมินผลกระทบของสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ		
น้อยที่สุด	5.8	11
น้อย	13.7	26
ปานกลาง	31.6	60
มาก	33.7	64
มากที่สุด	9.5	18
ไม่ตอบ	5.8	11

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ความพึงพอใจต่อบทบาทหรือการมีส่วนร่วมในฐานะพยาบาล เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	ร้อยละ	จำนวน
3. บทบาทหรือการมีส่วนร่วมด้านการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน		
3.1 ร่วมสร้าง/ส่งเสริม/พัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดปัญหาสุขภาพ วางแผน และการตัดสินใจ หาแนวทางการจัดการกับปัญหาสุขภาพ โดยใช้แนวทางที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรม และภูมิปัญญาที่มีอยู่ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพดี		
น้อยที่สุด	3.7	7
น้อย	13.7	26
ปานกลาง	25.3	48
มาก	35.8	68
มากที่สุด	15.8	30
ไม่ตอบ	5.8	11
3.2 ร่วมเสริมสร้างพลังอำนาจและทำให้ชุมชนรู้สึกเป็นเจ้าของ/มีความเป็นเจ้าของเพื่อให้ชุมชนจัดการตนเองในการมีสุขภาพดี		
น้อยที่สุด	5.3	10
น้อย	10.5	20
ปานกลาง	28.4	54
มาก	36.3	69
มากที่สุด	13.2	25
ไม่ตอบ	6.3	12
3.3 ร่วมให้ข้อมูล/ข่าวสาร จัดการความรู้ สนับสนุนให้ชุมชนใช้ทรัพยากรบุคคลและทรัพยากรอื่น ๆ ที่มีอยู่ในชุมชนเพื่อให้ชุมชนจัดการตนเองในการมีสุขภาพดี		
น้อยที่สุด	3.2	6
น้อย	10.0	19
ปานกลาง	25.3	48
มาก	37.9	72
มากที่สุด	17.9	34
ไม่ตอบ	5.8	11
4. บทบาทหรือการมีส่วนร่วมด้านการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล		
4.1 เผยแพร่ข้อมูลด้านสุขภาพโดยใช้เทคโนโลยีที่บุคคล/ ครอบครัว/ ชุมชน สามารถเข้าถึงได้ เช่น นวัตกรรม/ สื่อ/ ชุมติกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ		
น้อยที่สุด	3.2	6
น้อย	8.4	16
ปานกลาง	22.6	43
มาก	40.0	76
มากที่สุด	21.1	40
ไม่ตอบ	4.7	9

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ความพึงพอใจต่อบทบาทหรือการมีส่วนร่วมในฐานะพยาบาล เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	ร้อยละ	จำนวน
4.2 ร่วม/พัฒนาทักษะชีวิตให้กับบุคคล/ ครอบครัว/ ชุมชน ให้มีความพร้อมในแต่ละช่วงวัย ให้สามารถปรับตัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือเกิดการบาดเจ็บ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรค การเผชิญกับโรคในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบ		
น้อยที่สุด	2.1	4
น้อย	8.4	16
ปานกลาง	20.0	38
มาก	42.1	80
มากที่สุด	22.6	43
ไม่ตอบ	4.7	9
4.3 ร่วม/สนับสนุนให้มีการพัฒนาศักยภาพผู้นำ/แกนนำการสร้างเสริมสุขภาพ		
น้อยที่สุด	2.6	5
น้อย	8.4	16
ปานกลาง	19.5	37
มาก	39.5	75
มากที่สุด	24.7	47
ไม่ตอบ	5.3	10
4.4 ร่วม/จัดโครงการหรือกิจกรรมที่สร้างโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่อการควบคุมสุขภาพ และจัดการกับสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพ		
น้อยที่สุด	2.6	5
น้อย	10.5	20
ปานกลาง	26.8	51
มาก	39.5	75
มากที่สุด	15.3	29
ไม่ตอบ	5.3	10
5. บทบาทหรือการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ		
5.1 ร่วม/จัดระบบบริการสุขภาพให้การสร้างเสริมสุขภาพครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมายและเข้าถึงได้ง่าย		
น้อยที่สุด	3.7	7
น้อย	11.1	21
ปานกลาง	30.0	57
มาก	31.1	59
มากที่สุด	18.4	35
ไม่ตอบ	5.8	11

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ความพึงพอใจต่อบทบาทหรือการมีส่วนร่วมในฐานะพยาบาล เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	ร้อยละ	จำนวน
5.2 ร่วม/ประสานความร่วมมือระหว่าง บุคคล/ ครอบครัว/ ชุมชน/ หน่วยงาน/ องค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน ที่เกี่ยวข้องเพื่อสนองตอบต่อเป้าหมายการจัดระบบบริการสุขภาพ		
น้อยที่สุด	2.6	5
น้อย	11.1	21
ปานกลาง	26.8	51
มาก	37.4	71
มากที่สุด	15.3	29
ไม่ตอบ	6.8	13
5.3 ร่วม/สนับสนุนให้มีการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพเพื่อสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม		
น้อยที่สุด	2.6	5
น้อย	9.5	18
ปานกลาง	25.8	49
มาก	34.7	66
มากที่สุด	20.5	39
ไม่ตอบ	6.8	13
5.4 ร่วม/สร้างความร่วมมือกับเครือข่ายอื่นที่นอกเหนือภาคีเครือข่ายสุขภาพเพื่อร่วมจัดบริการสุขภาพให้ ครอบคลุมความต้องการทั้งมิติทางสังคมและวัฒนธรรม		
น้อยที่สุด	2.1	4
น้อย	13.2	25
ปานกลาง	34.2	65
มาก	30.0	57
มากที่สุด	13.2	25
ไม่ตอบ	7.4	14
5.5 ร่วมทำ หรือสนับสนุนการทำฐานข้อมูลภาวะสุขภาพ ทูทางสังคม เครือข่ายในพื้นที่		
น้อยที่สุด	6.8	13
น้อย	14.2	27
ปานกลาง	30.5	58
มาก	28.4	54
มากที่สุด	11.6	22
ไม่ตอบ	7.9	15

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ความพึงพอใจต่อบทบาทหรือการมีส่วนร่วมในฐานะพยาบาล เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	ร้อยละ	จำนวน
5.6 ร่วมทำหรือสนับสนุนการทำฐานข้อมูลทุนทางสังคม/เครือข่าย และแหล่งประโยชน์ในพื้นที่		
น้อยที่สุด	6.8	13
น้อย	14.2	27
ปานกลาง	30.0	57
มาก	31.6	60
มากที่สุด	10.0	19
ไม่ตอบ	7.4	14
5.7 ร่วมทำ หรือสนับสนุนให้มีการใช้ผลการวิจัยหรือทำการวิจัยเพื่อพัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้มีมุมมอง องค์รวมในการสร้างเสริมสุขภาพ		
น้อยที่สุด	5.3	10
น้อย	16.3	31
ปานกลาง	28.4	54
มาก	27.9	53
มากที่สุด	14.7	28
ไม่ตอบ	7.4	14
5.8 ร่วมทำ หรือสนับสนุนให้มีการใช้ผลการวิจัยหรือทำการวิจัยเพื่อปรับเปลี่ยนองค์กร/ หน่วยงาน/ การจัดการงบประมาณ/ กำลังคน เพื่อเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ		
น้อยที่สุด	5.3	10
น้อย	14.2	27
ปานกลาง	32.1	61
มาก	27.9	53
มากที่สุด	13.2	25
ไม่ตอบ	7.4	14

**ตารางที่ 8 ปัญหาอุปสรรคต่อบทบาทและการมีส่วนร่วมในฐานะพยาบาล
เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ จำแนกตามสถานภาพ/ตำแหน่งการทำงานของพยาบาล**

บทบาทและการมีส่วนร่วมในฐานะ พยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	ปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ	
	ผู้บริหาร	ผู้ปฏิบัติงาน
1. การสร้างหรือพัฒนา/จัดทำนโยบาย สาธารณะเพื่อสุขภาพ	▪ ขาดแคลนบุคลากร ▪ การจัดทำข้อมูล ไม่ค่อยตรงกับความจริง ▪ บุคลากรไม่ทราบบทบาทของตนเอง	▪ การสื่อสาร ▪ การจัดทำข้อมูล ▪ การจัดทำยุทธศาสตร์ ▪ การเห็นความสำคัญของบทบาทหน้าที่เป็นอันดับแรก ▪ การสร้างเครือข่าย ไม่สามารถทำได้ง่าย ๆ ▪ ไม่ทราบบทบาท
2. การสร้าง/ปรับสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี	▪ ขาดแคลนบุคลากร ▪ ให้ความสำคัญกับงานในตำแหน่งหน้าที่เป็นอันดับแรก	▪ การจัดทำข้อมูล ▪ การสร้างความร่วมมือกับกลุ่มเป้าหมาย
3. การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน		▪ การสร้างเครือข่าย ▪ การขาดแคลนบุคลากร
4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล	▪ ไม่ทราบบทบาทด้านนี้	▪ ไม่ทราบบทบาทด้านนี้ว่าต้องทำอะไรบ้าง
5. การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ	▪ ให้ความสำคัญกับงานในตำแหน่งหน้าที่เป็นอันดับแรก ▪ ไม่ทราบบทบาทด้านนี้	▪ ให้ความสำคัญงานในตำแหน่งหน้าที่เป็นอันดับแรก ▪ การจัดทำข้อมูล ▪ ขาดแคลนบุคลากร ▪ ไม่ทราบบทบาทด้านนี้

ตารางที่ 9 ความพึงพอใจต่อเครื่องมือหรือชุดการเรียนรู้ 7 ชุดที่โครงการฯ พัฒนาขึ้น

ชุดการเรียนรู้จำนวน 7 ชุดที่โครงการพัฒนาขึ้น	ร้อยละ	จำนวน
ชุดการเรียนรู้ที่ 1 การสร้างเสริมสุขภาพ: บทบาทพยาบาล		
น้อยที่สุด	1.1	2
น้อย	9.5	18
ปานกลาง	42.6	81
มาก	23.7	45
มากที่สุด	1.1	2
ไม่เคยอ่าน/ ไม่เคยเห็นชุดการเรียนรู้	23.2	44
ชุดการเรียนรู้ที่ 2 ภาวะผู้นำและการบริหารจัดการการเปลี่ยนแปลงเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ		
น้อยที่สุด	1.6	3
น้อย	18.4	35
ปานกลาง	40.0	76
มาก	15.3	29
มากที่สุด	1.6	3
ไม่เคยอ่าน/ ไม่เคยเห็นชุดการเรียนรู้	24.7	47
ชุดการเรียนรู้ที่ 3 การพัฒนาเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพ		
น้อยที่สุด	1.1	2
น้อย	2.6	5
ปานกลาง	16.3	31
มาก	41.1	78
มากที่สุด	15.3	29
ไม่เคยอ่าน/ ไม่เคยเห็นชุดการเรียนรู้	23.7	45
ชุดการเรียนรู้ที่ 4 การจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ		
น้อยที่สุด	1.6	3
น้อย	14.2	27
ปานกลาง	44.2	84
มาก	16.3	31
มากที่สุด	1.6	3
ไม่เคยอ่าน/ ไม่เคยเห็นชุดการเรียนรู้	23.7	45

ตารางที่ 9 (ต่อ)

ชุดการเรียนรู้จำนวน 7 ชุดที่โครงการพัฒนาขึ้น	ร้อยละ	จำนวน
ชุดการเรียนรู้ที่ 5 การสร้างนโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม การปรับระบบบริการสุขภาพ และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ		
น้อยที่สุด	3.7	7
น้อย	15.3	29
ปานกลาง	41.6	79
มาก	15.8	30
มากที่สุด	3.7	7
ไม่เคยอ่าน/ ไม่เคยเห็นชุดการเรียนรู้	23.7	45
ชุดการเรียนรู้ที่ 6 การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล		
น้อยที่สุด	1.6	3
น้อย	11.1	21
ปานกลาง	43.7	83
มาก	20.5	39
มากที่สุด	1.6	3
ไม่เคยอ่าน/ ไม่เคยเห็นชุดการเรียนรู้	23.2	44
ชุดการเรียนรู้ที่ 7 การสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน		
น้อยที่สุด	0.5	1
น้อย	3.7	7
ปานกลาง	13.2	25
มาก	41.1	78
มากที่สุด	17.9	34
ไม่เคยอ่าน/ ไม่เคยเห็นชุดการเรียนรู้	23.7	45

ตารางที่ 10 ความพึงพอใจของพยาบาลที่เป็นผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานต่อชุดการเรียนรู้
ที่โครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลพัฒนานั้น

ชุดการเรียนรู้จำนวน 7 ชุดที่โครงการพัฒนานั้น	คะแนนเฉลี่ย (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	
	ผู้บริหาร	ผู้ปฏิบัติงาน
ชุดการเรียนรู้ที่ 1 การสร้างเสริมสุขภาพ: บทบาทพยาบาล	4.13	4.13
ชุดการเรียนรู้ที่ 2 ภาวะผู้นำและการบริหารจัดการ การเปลี่ยนแปลงเพื่อ การสร้างเสริมสุขภาพ	3.95	3.84
ชุดการเรียนรู้ที่ 3 การพัฒนาเครือข่าย การสร้างเสริมสุขภาพ	3.74	3.85
ชุดการเรียนรู้ที่ 4 การจัดการความรู้ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	3.92	3.97
ชุดการเรียนรู้ที่ 5 การสร้างนโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพแบบมี ส่วนร่วม การปรับระบบบริการสุขภาพ และการสร้างสิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อสุขภาพ	3.82	3.87
ชุดการเรียนรู้ที่ 6 การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล	4.03	4.06
ชุดการเรียนรู้ที่ 7 การสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน	3.87	3.90

ตารางที่ 11 ความพึงพอใจของพยาบาล/ผู้ให้ข้อมูลต่อการเข้ารับการอบรม
หลักสูตรพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

ความพึงพอใจต่อการเข้ารับการอบรม หลักสูตรพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	ร้อยละ	จำนวน
1. ได้รับความรู้และทักษะใหม่ ๆ เกี่ยวกับสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ		
น้อยที่สุด	-	-
น้อย	0.9	1
ปานกลาง	16.4	19
มาก	52.6	61
มากที่สุด	30.2	35
2. ได้รับทราบแนวคิดและหลักการเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎหมายที่ตรา		
น้อยที่สุด	-	-
น้อย	1.7	2
ปานกลาง	17.4	20
มาก	48.7	56
มากที่สุด	32.2	37

ตารางที่ 11 (ต่อ)

ความพึงพอใจต่อการเข้ารับการอบรม หลักสูตรพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	ร้อยละ	จำนวน
3. เนื้อหาหลักสูตรการอบรมช่วยสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบมากขึ้น		
น้อยที่สุด	–	–
น้อย	0.9	1
ปานกลาง	18.3	21
มาก	49.6	57
มากที่สุด	31.3	36
4. ได้รับความรู้และทักษะ/สมรรถนะที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในบริบทการทำงานของท่าน		
น้อยที่สุด	–	–
น้อย	0.9	1
ปานกลาง	18.3	21
มาก	52.2	60
มากที่สุด	28.7	33
5. กระบวนการเรียน/การสอน/การอบรมทำให้เรียนรู้ได้เร็ว/ชัดเจน		
น้อยที่สุด	–	–
น้อย	0.9	1
ปานกลาง	29.6	34
มาก	53.9	62
มากที่สุด	15.7	18
6. ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนานวัตกรรม ทำให้เกิดศักยภาพใหม่ในการทำงาน		
น้อยที่สุด	–	–
น้อย	1.7	2
ปานกลาง	27.8	32
มาก	49.6	57
มากที่สุด	20.9	24
7. ได้มีโอกาสในการระบุ/บอกปัญหาและความต้องการในการทำงาน ทำให้สามารถปรับปรุงการทำงานในองค์กรให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น		
น้อยที่สุด	0.9	1
น้อย	3.5	4
ปานกลาง	30.7	35
มาก	43.9	50
มากที่สุด	21.1	24

ตารางที่ 11 (ต่อ)

ความพึงพอใจต่อการเข้ารับการอบรม หลักสูตรพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	ร้อยละ	จำนวน
8. ได้รับการพัฒนาสมรรถนะในด้านต่าง ๆ ที่ไม่เคยมีมาก่อน		
น้อยที่สุด	0.9	1
น้อย	2.6	3
ปานกลาง	33.9	39
มาก	46.1	53
มากที่สุด	16.5	19
9. ได้รับประโยชน์ในด้านต่าง ๆ หลายด้านที่ไม่คาดคิดมาก่อน เช่น การมีเครือข่ายเพิ่มขึ้น, การทำงานเป็นทีม, การสร้างผลงานใหม่ ๆ ฯลฯ		
น้อยที่สุด	0.9	1
น้อย	1.7	2
ปานกลาง	26.1	30
มาก	40.9	47
มากที่สุด	30.4	35
10. พื้นที่การเรียนรู้/ประเด็นในการเรียนรู้มีความชัดเจน/เป็นประโยชน์ต่อการปรับเปลี่ยนมุมมองและ บทบาทของพยาบาล		
น้อยที่สุด	-	-
น้อย	1.8	2
ปานกลาง	25.4	29
มาก	47.4	54
มากที่สุด	25.4	29
11. วิทยากรในการอบรม/อาจารย์ผู้สอนมีความรู้ความสามารถและให้คำแนะนำต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อ การแสดงบทบาทด้านการสร้างเสริมสุขภาพ		
น้อยที่สุด	-	-
น้อย	1.2	1
ปานกลาง	19.5	16
มาก	50.0	41
มากที่สุด	29.3	24
14. เอกสารประกอบการอบรม/คู่มือต่าง ๆ/ชุดการเรียนรู้ ที่จำเป็นมีความพอเพียง สอดคล้อง และมีประโยชน์		
น้อยที่สุด	-	-
น้อย	1.7	2
ปานกลาง	22.6	26
มาก	52.2	60
มากที่สุด	23.5	27

ตารางที่ 11 (ต่อ)

ความพึงพอใจต่อการเข้ารับการอบรม หลักสูตรพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	ร้อยละ	จำนวน
15. ความพึงพอใจในภาพรวมต่อการเข้ารับการอบรม/การเรียนรู้/การดูงานทุกครั้ง		
น้อยที่สุด	-	-
น้อย	0.9	1
ปานกลาง	21.2	24
มาก	53.1	60
มากที่สุด	24.8	28

ตารางที่ 12 ความพึงพอใจของพยาบาล/ผู้ให้ข้อมูลต่อองค์กร/หน่วยงานที่สังกัด
ในการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรอตตาวา

ความพึงพอใจของพยาบาลต่อองค์กร/หน่วยงานที่สังกัด ในการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรอตตาวา	ร้อยละ	จำนวน
1. บทบาทของผู้นำ/การนำองค์กร/การมีตัวแบบที่ชัดเจนต่อการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรอตตาวา		
น้อยที่สุด	1.1	2
น้อย	5.8	11
ปานกลาง	32.1	61
มาก	37.9	72
มากที่สุด	9.5	18
ไม่ตอบ	13.7	26
2. การกำหนด/ประกาศนโยบายและระบบสนับสนุนต่าง ๆ ที่ชัดเจนขององค์กร/หน่วยงาน ต่อแนวทางสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรอตตาวา		
น้อยที่สุด	1.6	3
น้อย	6.8	13
ปานกลาง	32.1	61
มาก	38.4	73
มากที่สุด	7.9	15
ไม่ตอบ	13.2	25

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ความพึงพอใจของพยาบาลต่อองค์กร/หน่วยงานที่สังกัด ในการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออกตรา	ร้อยละ	จำนวน
3. องค์กร/หน่วยงานมีการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกคน/ ทุกแผนก/ทุกภาควิชา ต่อแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออกตราอย่างสม่ำเสมอ		
น้อยที่สุด	1.6	3
น้อย	7.4	14
ปานกลาง	30.0	57
มาก	38.9	74
มากที่สุด	8.9	17
ไม่ตอบ	13.2	25
4. องค์กร/หน่วยงานมีกลไกในการรับฟังความคิดเห็น และ/หรือการส่งเสริมการทำงานในแนวราบ ทำให้มี ช่องว่างในการสื่อสารซึ่งกันและกันน้อย/สามารถสร้างพลังองค์กรได้มากทุกระดับ ทุกส่วนงาน ทุกประเภทของบุคลากร		
น้อยที่สุด	1.1	2
น้อย	6.8	13
ปานกลาง	31.1	59
มาก	37.4	71
มากที่สุด	10.5	20
ไม่ตอบ	13.2	25
5. องค์กร/หน่วยงานมีการติดตาม ประเมินผล และส่งเสริมด้านต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การสร้าง เสริมสุขภาพตามกฎบัตรออกตราประสบผลสำเร็จได้มากยิ่งขึ้น/เร็วขึ้น		
น้อยที่สุด	0.9	1
น้อย	1.1	2
ปานกลาง	7.4	14
มาก	31.6	60
มากที่สุด	37.4	71
ไม่ตอบ	9.5	18

ตารางที่ 13 ความพึงพอใจต่อการทำงานของ “โครงการขับเคลื่อนวิชาชีพพยาบาล
เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ”

ความพึงพอใจต่อการทำงานของโครงการฯ ในมิติต่าง ๆ	ร้อยละ	จำนวน
1. โครงการฯ มีการสื่อสารที่ชัดเจนเป็นระบบต่อเนื่อง/สม่ำเสมอ		
น้อยที่สุด	1.6	3
น้อย	4.7	9
ปานกลาง	31.1	59
มาก	36.3	69
มากที่สุด	8.9	17
ไม่ตอบ	17.4	33
2. โครงการฯ ให้ความสำคัญกับการสร้างความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในบรรดาผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด		
น้อยที่สุด	0.5	1
น้อย	4.2	8
ปานกลาง	29.5	56
มาก	41.6	79
มากที่สุด	8.9	17
ไม่ตอบ	15.3	29
3. โครงการฯ ให้ความสำคัญกับการค้นหา/ระบุตัวบุคคล/กลุ่มบุคคล และ/หรือพื้นที่ ๆ มีศักยภาพในการส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ/ทัศนะ/ทักษะ/กระบวนการทัศนเกี่ยวกับเรื่อง “สุขภาพ”		
น้อยที่สุด	1.1	2
น้อย	3.7	7
ปานกลาง	26.8	51
มาก	38.9	74
มากที่สุด	14.2	27
ไม่ตอบ	15.3	29
4. โครงการฯ ให้การสนับสนุนที่เพียงพอในด้านทรัพยากรต่าง ๆ เช่น หลักสูตร คู่มือการเรียนรู้, งบประมาณ, ผู้เชี่ยวชาญ/นักวิชาการ, วิทยากร, กำลังใจ ฯ		
น้อยที่สุด	1.6	3
น้อย	6.8	13
ปานกลาง	31.6	60
มาก	30.5	58
มากที่สุด	14.2	27
ไม่ตอบ	15.3	29

ตารางที่ 13 (ต่อ)

ความพึงพอใจต่อการทำงานของโครงการฯ ในมิติต่าง ๆ	ร้อยละ	จำนวน
5. โครงการฯ มีกลไกต่าง ๆ ที่จำเป็นในการสนับสนุนการทำงาน/การรับฟังความคิดเห็น/การขยายผล/การเชื่อมเครือข่ายการเรียนรู้/การติดตามประเมินผลเชิงสร้างสรรค์ ฯลฯ		
น้อยที่สุด	1.6	3
น้อย	4.7	9
ปานกลาง	31.1	59
มาก	35.8	68
มากที่สุด	11.6	22
ไม่ตอบ	15.3	29
6. โครงการฯ ให้โอกาสและสิทธิในการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนนิยามและความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพไปตามบริบทของแต่ละองค์กร/พื้นที่/แผนก/สาขาวิชา		
น้อยที่สุด	5.8	11
น้อย	30.5	58
ปานกลาง	37.4	71
มาก	11.1	21
มากที่สุด	15.3	29
ไม่ตอบ	5.8	11
7. โครงการฯ มีเวที หรือส่งเสริมการจัดเวทีประเภทต่าง ๆ เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำเสนอผลงานอย่างกว้างขวาง/ข้ามพื้นที่/ข้ามภูมิภาคอย่างสม่ำเสมอ		
น้อยที่สุด	1.1	2
น้อย	7.9	15
ปานกลาง	32.1	61
มาก	31.1	59
มากที่สุด	12.6	24
ไม่ตอบ	15.3	29
8. โครงการฯ สามารถเข้าถึงหรือพยายามเข้าถึงพยาบาลประเภทต่าง ๆ ที่กระจายตัวอยู่ทั่วประเทศได้อย่างครอบคลุม/เสมอภาค/เท่าเทียม		
น้อยที่สุด	1.1	2
น้อย	8.9	17
ปานกลาง	36.8	70
มาก	27.9	53
มากที่สุด	10.0	19
ไม่ตอบ	15.3	29

ตารางที่ 13 (ต่อ)

ความพึงพอใจต่อการทำงานของโครงการฯ ในมิติต่าง ๆ	ร้อยละ	จำนวน
9. โครงการฯ มีช่องทางหรือเปิดช่องทางในการสื่อสารด้วยวิธีการและรูปแบบต่าง ๆ ที่หลากหลาย ทำให้มีช่องว่างในการสื่อสารกันน้อย		
น้อยที่สุด	1.6	3
น้อย	6.3	12
ปานกลาง	40.5	77
มาก	25.3	48
มากที่สุด	9.5	18
ไม่ตอบ	16.8	32

3.2.8 คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยของพยาบาลต่อองค์กร/หน่วยงานที่สังกัดในการแสดงบทบาทตามกฎบัตรออกตัวว่า จำแนกตามประเภทสถานบริการสุขภาพ 3 ระดับ

นอกจากนี้ ยังได้ทำการประเมินความพึงพอใจของพยาบาล/หัวหน้าพยาบาล ต่อองค์กร/หน่วยงานที่ตนเองสังกัด ในการแสดงบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออกตัวว่าในมิติต่าง ๆ เช่น บทบาทของผู้นำองค์กร, การประกาศนโยบายขององค์กรและการจัดระบบสนับสนุนต่าง ๆ ในการทำงาน, การสร้างบรรยากาศการเรียนรู้และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกคน/ทุกแผนก, การมีกลไกในการแสดงความคิดเห็นและการสร้าง

ความสัมพันธ์ในแนวราบ และการจัดให้มีการติดตาม ประเมินผล พร้อมทั้งส่งเสริมการทำงานด้านต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นผลการประเมินความพึงพอใจ ที่จำแนกตามประเภทสถานบริการสุขภาพที่พยาบาลทำงานอยู่ และมีบทบาทการทำงานที่ต่างกัน 3 ระดับ หรือ 3 ประเภทด้วยกัน คือ ระดับปฐมภูมิ, ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ ซึ่งพบว่าพยาบาลที่ทำงานอยู่ในหน่วยบริการทุติยภูมิมีความพึงพอใจต่อหน่วยงาน/องค์กรของตน มากกว่าพยาบาลที่อยู่ในระดับปฐมภูมิ และระดับตติยภูมิในทุกประเด็น ซึ่งน่าจะเป็นผลมาจากการเป็น รพ.ชุมชน และบริบทของ รพ.ชุมชนมีความสอดคล้องกับการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพมากที่สุด เพราะมีพยาบาลชุมชนทำงานอยู่มากที่สุด เมื่อเทียบกับ หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และระดับตติยภูมิ (ตารางที่ 14)

ตารางที่ 14 คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยของพยาบาล/ผู้ให้ข้อมูลต่อองค์กร/หน่วยงานที่สังกัดในการแสดงบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรอตตาวา จำแนกตามประเภทสถานบริการสุขภาพ 3 ระดับ

ความพึงพอใจต่อองค์กร/หน่วยงาน ในการแสดงบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ ตามกฎบัตรอตตาวา	คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)		
	ระดับปฐมภูมิ	ระดับทุติยภูมิ	ระดับตติยภูมิ
1. บทบาทของผู้นำ/การนำองค์กร/การมีตัวแบบที่ชัดเจน ต่อการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรอตตาวา	3.41	3.56	3.48
2. การกำหนด/ประกาศนโยบายและระบบสนับสนุนต่าง ๆ ที่ชัดเจนขององค์กร/หน่วยงาน ต่อแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรอตตาวา	3.41	3.71	3.38
3. องค์กร/หน่วยงานมีการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกคน/ทุกแผนก/ทุกภาควิชา ต่อแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรอตตาวาอย่างสม่ำเสมอ	3.52	3.62	3.35
4. องค์กร/หน่วยงานมีกลไกในการรับฟังความคิดเห็น และ/หรือการส่งเสริมการทำงานในแนวราบ ทำให้มีช่องว่างในการสื่อสารซึ่งกันและกันน้อย/สามารถสร้างพลังองค์กรได้มากทุกระดับ ทุกส่วนงาน ทุกประเภทของบุคลากร	3.55	3.59	3.48
5. องค์กร/หน่วยงานมีการติดตาม ประเมินผล และส่งเสริมด้านต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องส่งผลให้การสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรอตตาวาประสบผลสำเร็จได้มากยิ่งขึ้น/เร็วขึ้น	3.55	3.59	3.38

3.2.9 คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยของพยาบาลต่อการทำงานสร้างสมรรถนะพยาบาลของโครงการขับเคลื่อนฯ จำแนกตามประเภทสถานบริการสุขภาพ 3 ระดับ

นอกจากนี้ ยังได้ทำการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการทำงานสร้างสมรรถนะพยาบาลของโครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาล

เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ในมิติต่าง ๆ ด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะในด้านการสื่อสารที่ชัดเจน/เป็นระบบ/ต่อเนื่อง/สม่ำเสมอกับเครือข่าย, การให้ความสำคัญกับการสร้างความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรอตตาวา ก่อนการดำเนินโครงการ, การให้ความสำคัญกับการค้นหาหรือระบุตัวบุคคล/องค์กร/พื้นที่ ๆ มีศักยภาพในการเปลี่ยนแปลง, การให้การสนับสนุนด้านต่าง ๆ อย่างพอเพียง ทั้งทรัพยากรบุคคล/งบประมาณ, เอกสาร/คู่มือ/วิชาการ, การมีกลไกต่าง ๆ ที่จำเป็นในการ

สนับสนุนการทำงาน/การรับฟังความคิดเห็น/การเชื่อมเครือข่าย/การขยายผล, การให้โอกาสและสิทธิต่าง ๆ ในการเรียนรู้/การทำงานร่วมกัน, การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้ามภูมิภาค/ภาควิชา/การส่งเสริมการนำเสนอผลงาน/ความก้าวหน้าของงาน, การเข้าถึงพยาบาล หรือกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ที่กระจายกันอยู่ทั่วประเทศ, และการเปิดช่องทางต่าง ๆ ในการสื่อสารซึ่งกันและกันอย่างทั่วถึง เพื่อให้โครงการฯ มีช่องว่างการสื่อสารซึ่งกันและกันน้อยที่สุด ซึ่งผลการประเมินความพึงพอใจในด้านนี้ มีข้อค้นพบเช่นเดียวกันกับข้างต้น คือ พบว่า พยาบาลที่

ทำงานอยู่ในหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ มีความพึงพอใจเฉลี่ยสูงกว่า พยาบาลที่ทำงานอยู่ในระดับปฐมภูมิและระดับตติยภูมิในทุกประเด็น/ทุกรายการที่ทำการประเมินข้างต้น ซึ่งก็น่าจะมีเหตุผลเดียวกัน คือ พยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ หรือรพ.ชุมชน มีภารกิจที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของโครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลฯ โดยตรง ทำให้ได้รับประโยชน์มากกว่ากลุ่มอื่น และสามารถประเมินหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับการทำงานของโครงการฯ ได้มากกว่าพยาบาลในอีกสองกลุ่ม (ตารางที่ 15)

ตารางที่ 15 คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยของพยาบาล/ผู้ให้ข้อมูลต่อการดำเนินงานสร้างสมรรถนะพยาบาลของโครงการขับเคลื่อนฯ จำแนกตามประเภทสถานบริการสุขภาพ 3 ระดับ

ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานสร้างสมรรถนะของโครงการขับเคลื่อนฯ ในมิติต่าง ๆ	คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)		
	ระดับปฐมภูมิ	ระดับทุติยภูมิ	ระดับตติยภูมิ
1. โครงการฯ มีการสื่อสารที่ชัดเจนเป็นระบบต่อเนื่อง/สม่ำเสมอ	3.31	3.61	3.44
2. โครงการฯ ให้ความสำคัญกับการสร้างความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในบรรดาผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด	3.46	3.71	3.48
3. โครงการฯ ให้ความสำคัญกับการค้นหา/ระบุตัวบุคคล/กลุ่มบุคคล และ/หรือพื้นที่ ๆ มีศักยภาพในการส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ/ทัศนะ/ทักษะ/กระบวนทัศน์เกี่ยวกับเรื่อง “สุขภาพ”	3.62	3.71	3.58
4. โครงการฯ ให้การสนับสนุนที่เพียงพอในด้านทรัพยากรต่าง ๆ เช่น หลักสูตร คู่มือการเรียนรู้, งบประมาณ, ผู้เชี่ยวชาญ/นักวิชาการ, วิทยากร, กำลังใจ	3.35	3.62	3.43
5. โครงการฯ มีกลไกต่าง ๆ ที่จำเป็นในการสนับสนุนการทำงาน/การรับฟังความคิดเห็น/การขยายผล/การเชื่อมเครือข่ายการเรียนรู้/การติดตามประเมินผลเชิงสร้างสรรค์ ฯลฯ	3.35	3.74	3.35

ตารางที่ 15 (ต่อ)

ความพึงพอใจต่อการทำงานสร้างสมรรถนะ ของโครงการขับเคลื่อนฯ ในมิติต่าง ๆ	คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)		
	ระดับ ปฐมภูมิ	ระดับ ทุติยภูมิ	ระดับ ตติยภูมิ
6. โครงการฯ <u>ให้โอกาสและสิทธิในการเรียนรู้และปรับเปลี่ยน นิยามและความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพไปตาม บริบทของแต่ละองค์กร/พื้นที่/แผนก/สาขาวิชา</u>	3.42	3.65	3.48
7. โครงการฯ <u>มีเวที หรือส่งเสริมการจัดเวทีประเภทต่าง ๆ เพื่อ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำเสนอผลงานอย่างกว้างขวาง/ ข้ามพื้นที่/ข้ามภูมิภาคอย่างสม่ำเสมอ</u>	3.15	3.50	3.40
8. โครงการฯ <u>สามารถเข้าถึงหรือพยายามเข้าถึงพยาบาล ประเภทต่าง ๆ ที่กระจายตัวอยู่ทั่วประเทศได้อย่าง ครอบคลุม/เสมอภาค/เท่าเทียม</u>	3.12	3.38	3.33
9. โครงการฯ <u>มีช่องทางหรือเปิดช่องทางในการสื่อสารด้วย วิธีการและรูปแบบต่าง ๆ ที่หลากหลาย ทำให้มีช่องว่างใน การสื่อสารกันน้อย</u>	3.19	3.38	3.21

3.3

ผลการประเมินประสิทธิภาพแบบง่าย (Simplified Efficiency Evaluation)

การประเมินประสิทธิภาพ ณ ที่นี้ เป็นการประเมินแบบง่ายเพื่อทราบต้นทุน หรือค่าใช้จ่ายต่อหัวของผู้รับประโยชน์เท่านั้น โดยการคำนวณจากเงินสนับสนุนที่โครงการขับเคลื่อนฯ ได้รับมาทั้งหมดหารด้วยจำนวนผู้รับประโยชน์ทั้งหมดทุกประเภท และทุกวาระโอกาสสำคัญของโครงการ อาทิเช่น การจัดประชุมประเภทต่าง ๆ ทั้งในระดับส่วนกลางและระดับภาค, การจัดอบรม/ศึกษาดูงาน รวมถึงการเข้าร่วมเวที/กิจกรรมการพัฒนาหลักสูตร ทั้งนี้ การคำนวณจำนวนผู้รับประโยชน์ ส่วนใหญ่เป็นการ

ใช้ตัวเลขประมาณการ หรือค่าเฉลี่ยที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงที่ได้จากการเยี่ยมพื้นที่ ทั้งนี้ เนื่องจากทางโครงการฯ ไม่ได้จัดทำฐานข้อมูลไว้ หรือข้อมูลที่มีอยู่ไม่ครบถ้วน ไม่สามารถนำมาใช้ได้ เนื่องจากมีความคลาดเคลื่อนสูง จึงจำเป็นต้องใช้ตัวเลขประมาณการ หรือค่าเฉลี่ยกระจายไปตามพื้นที่ และตามกิจกรรม/เวทีสำคัญที่จัด โดยสามารถแบ่งผู้รับประโยชน์ (Beneficiaries) เป็นประเภทต่าง ๆ และตัวเลขเฉลี่ยของแต่ละประเภท ได้ดังนี้คือ

- จำนวนอาจารย์ทั้งหมด 50 คน x 5 สถาบัน = 250 คน
- จำนวนนักศึกษาทั้งหมด 40 คน x 5 สถาบัน = 200 คน
- จำนวนพยาบาลจากพื้นที่นวัตกรรมและศูนย์การเรียนรู้ที่เข้าร่วมการถอดบทเรียน และร่วมเรียนรู้ในโอกาสต่าง ๆ ประมาณ 10 คน x 40 แห่ง = 400 คน
- จำนวนพยาบาล/ภาคีหุ้นส่วนที่เข้าร่วมเวทีเรียนรู้ระดับภาค ประมาณ 400 คน x 5 ภาค/พื้นที่ = 2,000 คน
- จำนวนพยาบาล/ภาคีหุ้นส่วนที่เข้าร่วมเวทีการเรียนรู้ในระดับประเทศ (จัดโดยทีมงานส่วนกลาง) ประมาณ 300 คน x 5 ครั้ง = 1,500 คน
- จำนวนสถาบันการศึกษาที่ไม่ได้อยู่ในแผนงานโดยตรง แต่ได้รับเชิญเข้าร่วมการจัดกิจกรรม เพื่อถ่ายทอดผลการดำเนินงานของโครงการ/แลกเปลี่ยนเรียนรู้ จำนวน 84 สถาบัน x 10 คน = 840 คน
- จำนวนประชาชน/ผู้รับบริการ/ชุมชน รวมทั้งเจ้าหน้าที่ปกครอง/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ที่เข้าร่วมเรียนรู้ ประมาณ 10 คน x 40 แห่ง/พื้นที่ = 400 คน
- จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จากพื้นที่นวัตกรรม ประมาณ 10 คน x 40 แห่ง/พื้นที่ = 400 คน

รวมผู้รับประโยชน์ทั้งหมด

$$= 250+200+400+2,000+1,500+840+400+400 = 5,990 \text{ คน}$$

$$\text{เงินทุนที่ได้รับมาทั้งหมด จำนวน} = 44.27 \text{ ล้านบาท}$$

$$\frac{\text{ดังนั้น ต้นทุนตัวหัวผู้รับประโยชน์ เท่ากับ} \quad 44,270,000 \text{ ล้านบาท}}{5,990 \text{ คน}}$$

สรุปค่าใช้จ่าย ประมาณ 7,390.65 บาท หรือ 7,390 บาท ต่อหัวของผู้รับประโยชน์

ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่ไม่สูงเกินไปต่อผลผลิตและผลลัพธ์ หรือ สิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะเมื่อเทียบกับการเรียนรู้ในรูปแบบอื่น ๆ ที่พยาบาลอาจต้องไปศึกษาค้นคว้าหาความรู้เพื่อเพิ่มสมรรถนะด้วยตนเองเป็นราย ๆ ไป ซึ่งเป็นช่องทางหนึ่งที่พยาบาลพยายามทำอยู่แล้ว เช่น การศึกษาค้นคว้าจากระบบออนไลน์, การไปศึกษา/ฝึกอบรมเฉพาะทางด้านต่าง ๆ ที่สถาบันการศึกษาและสภาการพยาบาลจัดขึ้น ซึ่งเป็นช่องทางที่สามารถเพิ่มพูนความรู้และสมรรถนะ

ใหม่ ๆ ในการทำงานได้ แต่พยาบาลก็ไม่ค่อยมีเวลา เพราะภารกิจรัดตัว และการเพิ่มพูนสมรรถนะด้วยช่องทางดังกล่าว อาจจะไม่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์/โลกทัศน์/ทัศนคติ/มุมมองก็ได้ เพราะไม่ได้มุ่งเน้นไปที่กรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์อนาคตาว และการเรียนรู้ด้วยตนเองแบบเดี่ยว ๆ ไม่สามารถทำให้เกิดพลังของขบวนการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบและองค์รวม

ส่วนที่

4

สรุปภาพรวม ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะ



สรุปภาพรวม ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ



4.1

สรุปผลการประเมิน: การบรรลุเป้าหมายและ วัตถุประสงค์ของโครงการ

4.1.1. สรุปผลการประเมินผลผลิต (Outputs)

ผลผลิตที่โครงการขับเคลื่อนฯ ได้ทำ
ข้อตกลงไว้กับ สสส. ประกอบไปด้วย ผลผลิต
ทั้งหมด 7 ประการ พบว่า สำเร็จแล้วทั้งสิ้นจำนวน
4 ผลผลิต ได้แก่ 1) หลักสูตรพยาบาลนักสร้างเสริม
สุขภาพจำนวน 3 หลักสูตร แต่สามารถทำได้
มากกว่าที่กำหนดไว้ 2) นวัตกรรมการสร้างเสริม
สุขภาพ จำนวน 25 เรื่อง ซึ่งทำได้มากกว่าที่กำหนดไว้
หรือได้มากถึง 40 นวัตกรรม 3) พื้นที่เรียนรู้ จำนวน
25 พื้นที่ ซึ่งสามารถทำได้มากกว่าที่กำหนดไว้ หรือ

ได้ถึง 29 ศูนย์ และ 4) ชุดความรู้แนวทางเพื่อ
ส่งเสริมให้เกิด Best Practices ของการส่งเสริม
สุขภาพ จำนวนทั้งหมด 7 ชุดเรียนรู้ ทำได้ครบ
ทั้งหมด และผนวกแนวทางการพัฒนานวัตกรรมของ
บางพื้นที่/บางภาคด้วย

สำหรับผลผลิตที่เหลืออีก 3 ประการ
คือ 1) แนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลในการสร้างเสริม
สุขภาพในระบบบริการสุขภาพแต่ละระดับ พบว่า
กำลังอยู่ในช่วงการดำเนินงาน ยังไม่แล้วเสร็จ 2)
จำนวนหน่วยงานที่สามารถ Benchmarking กับ Best
Practices ยังดำเนินการไม่แล้วเสร็จ หรือกำลังอยู่ใน
ระหว่างการดำเนินการ และ 3) ข้อเสนอนโยบาย

สาธารณะเพื่อการขับเคลื่อนวิชาชีพพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพ ยังไม่ได้ดำเนินการหรืออาจจะกำลังดำเนินการ ดังนั้น ในแง่ของผลผลิตที่กำหนดไว้ อาจกล่าวได้ว่า สำเร็จเกินครึ่ง หรือประมาณ 70%

4.1.2 สรุปผลการประเมินคุณภาพและความพอเพียงของผลผลิตที่พัฒนาขึ้น

พบว่า เอกสารทางวิชาการและเครื่องมือการเรียนรู้ต่าง ๆ ที่โครงการฯ ผลิตหรือพัฒนาขึ้นมีคุณภาพและความพอเพียงต่อการนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการสร้างการเรียนรู้และน่าจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ในระดับดี ยกเว้นเพียงแค่บางกรณี หรือบางเรื่องเท่านั้น ที่อาจจะยังมีคุณภาพในระดับปานกลาง เพราะข้อมูลบางส่วนยังคลาดเคลื่อนหรือไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงในพื้นที่ หรือเป็นเอกสารที่อาจจะให้มุมมองที่ค่อนข้างจำกัด เช่น กรณีการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ที่ยังเน้นบทบาทของพยาบาลหรือบุคลากรสุขภาพ มากกว่าการเน้นบทบาทของชุมชน เป็นต้น แต่โดยรวม นับว่าเป็นเอกสารที่ดี มีคุณค่า มีประโยชน์สมควรเผยแพร่ในวงกว้าง

สำหรับประเด็นอื่น ๆ ที่ได้มีการประเมินในเชิงคุณภาพที่ผนวกเพิ่มเข้ามา ได้แก่ การประเมินกระบวนการพัฒนาสมรรถนะของโครงการ, การประเมินกระบวนการมีส่วนร่วมหรือการให้ความสำคัญกับกระบวนการมีส่วนร่วมของกลไกต่าง ๆ ของโครงการทุกระดับ, การเปลี่ยนแปลงด้านกระบวนการทัศน/วิสัยทัศน์/วิธีการทำงาน/สมรรถนะของพยาบาล, การประเมินศักยภาพของศูนย์การเรียนรู้ในการเป็นแหล่งเรียนรู้ตามกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ของอดีตตาวา และสุดท้ายคือ การประเมินความพึงพอใจ จุดแข็ง จุดอ่อน ปัญหา/

อุปสรรคในการทำงานของโครงการจากมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดทุกประเภทของโครงการ ซึ่งมีทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ แต่การประเมินความพึงพอใจในเชิงปริมาณ มุ่งเน้นเฉพาะการประเมินกลุ่มพยาบาล ที่เป็นผู้รับประโยชน์โดยตรง นอกจากนี้ ก็มีการประเมินในเชิงประสิทธิภาพแบบง่าย สิ่งเหล่านี้เป็นประเด็นการประเมินที่บรรจุไว้ในข้อเสนอโครงการวิจัย ติดตามและประเมินผลที่เสนอต่อ สสส. ซึ่งจะทำให้การสรุปย่อผลการประเมินเป็นรายข้อดังนี้คือ

4.1.3 สรุปผลการประเมินกระบวนการพัฒนาสมรรถนะของโครงการ

พบว่า โครงการมีความพยายามในการสร้างผลผลิต หรือเครื่องมือต่าง ๆ ในการสร้างการเรียนรู้หรือการเพิ่มสมรรถนะให้พอเพียงก่อน จึงมุ่งเน้นไปที่การสร้างผลผลิต สำหรับด้านกระบวนการในการสร้างผลผลิตดังกล่าว ได้มีการระดมพลังหรือความรู้ความสามารถจากบุคลากรของสถาบันการศึกษาด้านพยาบาลศาสตร์จำนวน 5 แห่ง ที่กระจายไปตามภูมิภาคทั้ง 5 ภาค คือ ภาคกลาง, ภาคตะวันออก, ภาคอีสานเหนือ/กลาง/ใต้, ภาคเหนือ และภาคใต้ และหลังจากนั้น จึงสร้างการเรียนรู้ด้วยการจัดเวทีประเภทต่าง ๆ ทั้งในระดับภาคและระดับประเทศ ซึ่งเป็นการสร้างการเรียนรู้ได้ในระดับหนึ่ง แต่ยังไม่มากนัก เพราะเป็นเวทีในระดับกว้าง ที่ใช้เวลาค่อนข้างสั้น นอกจากนี้ ก็มีการจัดอบรมระยะสั้นและการดูงานระหว่าง 1-3 วัน ให้กับพยาบาลจำนวน 240 คน และนักศึกษาพยาบาลได้จำนวน 156 คน รวมเป็นผู้รับประโยชน์โดยตรงจำนวน 396 คน เนื่องจากโครงการเหลือเวลาน้อยในการสร้างสมรรถนะในเชิงลึก

4.1.4 สรุปผลการประเมินกระบวนการมีส่วนร่วม/การให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วม

พบว่า คณะทำงานกลางของโครงการให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมในการคิด, การวิพากษ์ และ/หรือการระดมความคิดเห็นในการจัดทำเอกสารทางวิชาการ/ผลผลิตต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเอกสารชุดการเรียนรู้ เอกสารนวัตกรรม การสร้างเสริมสุขภาพ, เอกสารคู่มือการเรียนการสอน และเอกสารแนวทางการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ ซึ่งถือว่าเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญในการทำให้เอกสารวิชาการเหล่านี้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากโครงการมีคำหลักที่สำคัญ คือ “การขับเคลื่อน” ซึ่งต้องการการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด ทุกประเภท ทุกระดับ โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของคณะพยาบาลศาสตร์ที่เป็นแกนหลักของแต่ละภูมิภาค มีความสำคัญยิ่ง ต่อประเด็นนี้ พบว่า คณะทำงานโครงการในส่วนกลาง ยังให้ความสำคัญกับการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะพยาบาลศาสตร์ต่าง ๆ ตั้งแต่ต้นยังไม่มากนัก ซึ่งบางส่วนสะท้อนว่า ไม่ได้มีส่วนร่วมในการออกแบบโครงการตั้งแต่ต้น สำหรับในระดับคณะพยาบาลศาสตร์เอง พบว่ามีจำนวนหนึ่งให้ความสำคัญกับการสร้างการมีส่วนร่วมในระดับคณะ/สถาบันของตนเอง แต่อีกจำนวนหนึ่งยังไม่ค่อยให้ความสำคัญกับการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมในคณะ/สถาบันของตนมากเท่าใดนัก ทำให้การขับเคลื่อนยังไม่กว้างหรือยังมีการกระจุกตัวอยู่ในกลุ่มแกนบางกลุ่ม หรือบางภาควิชา เช่น ภาควิชาการบริหารการพยาบาล และภาควิชาการพยาบาลชุมชนเท่านั้น

4.1.5 การสร้างการมีส่วนร่วมผ่านเวทีการเรียนรู้ในระดับภาคและเวทีส่วนกลาง

พบว่า เป็นความพยายามที่จะให้ครอบคลุมแกนหลักของแต่ละองค์กร/หน่วยงานบริการสุขภาพระดับต่าง ๆ ที่มีผลงานด้านการส่งเสริมสุขภาพอยู่แล้วระดับหนึ่ง ซึ่งพบว่า ในระดับภาค แต่ละภาคสามารถสร้างการมีส่วนร่วมในการรับรู้ เรียนรู้เกี่ยวกับการทำงานของโครงการ และเกี่ยวกับนวัตกรรมของพื้นที่ต่าง ๆ ได้ประมาณ 200-400 กว่าคนต่อภาค สำหรับการจัดเวทีใหญ่ในส่วนกลางที่เป็นความรับผิดชอบของคณะทำงานโครงการส่วนกลางนั้น พบว่า สามารถสร้างการมีส่วนร่วมในการเรียนรู้กรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์อนาคตว่าได้ในระดับหนึ่ง เนื่องจากเป็นเวทีใหญ่ และมีความไม่ชัดเจนในการจัดกระบวนการเรียนรู้ในบางครั้งบางเวที

4.1.6 การสร้างการมีส่วนร่วมในการทำงานร่วมกับศูนย์การเรียนรู้/หน่วยบริการสุขภาพ

พบว่ายังมีเสียงสะท้อนจากศูนย์การเรียนรู้จำนวนหนึ่งว่า ยังขาดการวางแผนร่วมกันในการจัดอบรม/การจัดศึกษาดูงาน หรือ ทราบแบบกระชั้นชิดมาก ทำให้เตรียมการได้ไม่ครบถ้วน หรือ บางส่วนแจ้งว่า ไม่ทราบวัตถุประสงค์หรือความต้องการที่แท้จริงของโครงการ แต่สำหรับภายในศูนย์เรียนรู้เองนั้น พบว่า พยาบาลและทีมงานสหวิชาชีพที่มีการดำเนินงานต่าง ๆ ของตนเองในด้านต่าง ๆ อยู่แล้วนั้น พบว่า ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการทำงานแบบมีส่วนร่วมอยู่แล้ว และมีข้อค้นพบที่ชัดเจนว่า ถ้าองค์กร/หน่วยงาน/ศูนย์

เรียนรู้ให้มีความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของทีมงานทุกระดับ/ทุกประเภท ผลงานต่าง ๆ ที่ออกมา ก็มักจะได้อะไรดี/ผลสำเร็จที่ชัดเจนตามไปด้วย อาทิเช่น (เรียงลำดับตามความเข้มข้นของการมีส่วนร่วมและผลงานที่ปรากฏ) กรณีของ รพ.แม่ลาว เชียงราย, คลินิกออสโตมี รพ.ศิริราช, แผนกการดูแลต่อเนื่อง รพ. รามาธิบดี, คลินิกวิสัญญี รพ.สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี, รพ.ศูนย์ขอนแก่น, รพ.มหาสารคาม, รพ.สต.บ้านห้วยทราย ต.แม่ทา อ.แม่ฮอน เชียงใหม่, รพ.สต.เขาไม้แก้ว อ.สิเกา ตรัง, รพ.ป่าติ้ว ยโสธร, รพ.สันป่าตอง เชียงใหม่, รพ.สต. ท่ากว้าง อ.สารภี เชียงใหม่, คลินิกโรคไต รพ.ชลบุรี, รพ.สมเด็จพระนเรศวรมหาราช อ.ศรีราชา ชลบุรี, รพ.บ้านบึง อ.บ้านบึง ชลบุรี, รพ.คลองใหญ่ จ.ตราด, รพ.วังน้ำเย็น อ.วังน้ำเย็น จ.สระแก้ว, รพ.บางกล้า จ.สงขลา, รพ.สงขลา จ.สงขลา, รพ.งขลา พัทลุง และ รพ.เอราวัณ อ.เอราวัณ จ.เลย

4.1.7 การมีส่วนร่วมในการรับรู้เกี่ยวกับการขับเคลื่อนโครงการฯ และวัตถุประสงค์ของโครงการในส่วน of ชุมชน/ประชาชน/ผู้รับบริการ

พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าโครงการขับเคลื่อนฯ ทำอะไร ต้องการอะไร แต่ทราบเกี่ยวกับการกิจและผลงานของหน่วยบริการสุขภาพทั้งในระดับปฐมภูมิ, ทติยภูมิ และตติยภูมิที่ตนเองเชื่อมโยงอยู่ หรือตนเองมีบทบาทอยู่แล้ว ซึ่งคนกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีสถานภาพเป็น อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) และเป็นผู้นำในท้องถิ่น หรือมีสถานภาพอยู่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งไม่ทราบเกี่ยวกับกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ ออิตาว่า และความสำคัญของแนวคิดนี้

4.1.8. สรุปผลการประเมินการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์/วิธีคิด/วิธีการทำงาน/สมรรถนะในการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ของออิตาว่า และปัจจัย-องค์ประกอบที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

พบว่า เกิดการเปลี่ยนแปลงในทีมงานพยาบาล/พยาบาลวิชาชีพบางส่วน ที่ทำงานอยู่ในสถานบริการสุขภาพทั้ง 3 ระดับ และบางแห่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพทั้งในระดับกว้างและลึก การเปลี่ยนแปลงในระดับตติยภูมิ ได้แก่ ทีมงานพยาบาล รพ. มหาสารคามจำนวนหนึ่ง เนื่องจากมีความมุ่งมั่น/ความตั้งใจในการทำงานเพื่อประชาชน/ชุมชน, มีความรู้ความเข้าใจ/ฐานวิชาการเดิมอยู่แล้ว, และได้รับแนวคิดออิตาว่าเพิ่มจากโครงการฯ, ทีมงานพยาบาลชุมชน รพ.ขอนแก่นจำนวนหนึ่ง เนื่องจากบริบทองค์กรเป็นปัจจัยสำคัญ ทั้งวิสัยทัศน์ของผู้นำ, นโยบาย และการปรับโครงสร้างองค์กรที่เอื้อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง, ทีมงานพยาบาล รพ.มหาสารคาม เชียงใหม่จำนวนหนึ่ง เนื่องจากได้รับคำอธิบายจากทีมงานโครงการของคณะพยาบาลศาสตร์ ม.เชียงใหม่ หรือบุคลากรของโครงการขับเคลื่อนฯ มีบทบาททำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง/มีการสนทนาแลกเปลี่ยนกัน, ทีมงานพยาบาลในคลินิกออสโตมีและแผล รพ.ศิริราช เนื่องจากมีประวัติความเป็นมาของคลินิกยาวนาน ที่สะท้อนให้เห็นความต้องการ/ความมุ่งมั่นที่จะตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย/บริบทชีวิตผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมาน, ทีมงานพยาบาลดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวนหนึ่งใน รพ. สงขลา เนื่องจากมีความตั้งใจ/ความมุ่งมั่นในการ

ทำงาน, มีความต้องการตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีจิตใจที่เมตตา, มีการแสวงหาความรู้ใหม่ ๆ และคิดค้นหนทางในการให้สิ่งที่ดีที่สุดกับผู้ป่วย และ**ทีมงานพยาบาลในคลินิกวิสัญญีบางส่วน รพ.สรรพสิทธิประสงค์** เนื่องจากมีปัญหาการเลื่อนนัดในการผ่าตัดของผู้ป่วยในสัดส่วนที่สูง ทำให้ต้องการปรับปรุงระบบบริการให้สามารถตอบสนองต่อปัญหาดังกล่าว และทีมงานมีความตั้งใจ/ความมุ่งมั่นเป็นต้น

การเปลี่ยนแปลงกระบวนการ/วิธีคิด/วิธีการทำงาน/บทบาทและสมรรถนะในระดับทุติยภูมิ พบที่ **รพ.แม่ลาว อ.แม่ลาว เชียงราย** เนื่องจากมีประวัติความเป็นมาขององค์กรที่ต้องการปรับทิศทางการให้บริการ, เน้นการบำบัดตามวิถีธรรมชาติ, มีความรู้ความเข้าใจเรื่องกรอบออตตาวา, สนใจศึกษาวิเคราะห์/มีความรู้ความสามารถสูง/เรียนรู้ได้เร็ว, มีการทำงานร่วมกับชุมชนอย่างใกล้ชิด ทำให้เกิดการเรียนรู้ตลอดเวลา จากความเป็นจริงในชุมชน **ทีมงานพยาบาล รพ.สันป่าตอง อ.สันป่าตอง เชียงใหม่** เนื่องจากมีความมุ่งมั่น/ตั้งใจ และบริบทชีวิตและปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ, **ทีมงานพยาบาล รพ.พุทธมณฑล นครปฐม** เนื่องจากมีความมุ่งมั่น/ตั้งใจ, มีฐานความรู้ทางวิชาการ, บริบทของชุมชนที่มีผู้ป่วยเรื้อรังจำนวนมาก **ทีมงาน/พยาบาล รพ.ก่งหรา อ.ก่งหรา พัทลุง** เนื่องจากมีความมุ่งมั่น/ตั้งใจ/สนใจเอาใจใส่ต่อปัญหาจากการทำงาน และมีความรู้ทางวิชาการ **ทีมงาน/พยาบาล รพ.บางกล่ำ อ.บางกล่ำ สงขลา** เนื่องจากองค์กรมีปัญหาทางการเงิน ทำให้ต้องคิดค้น/แสวงหาหนทางใหม่ ๆ ในการทำงาน โดยเฉพาะการทำงานร่วมกับชุมชน

สำหรับการเปลี่ยนแปลงใน รพ.ระดับปฐมภูมิ หรือ รพ.สต. พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

จำนวนหนึ่ง โดยเฉพาะที่ รพ.สต.บ้านห้วยทราย ต.แม่ทา อ.แม่ทา เชียงใหม่ และ รพ.สต. เขาไม้แก้ว อ.สิเกา จ.ตรัง ที่มีการทำงานอย่างใกล้ชิดอยู่กับชุมชน และมีการเรียนรู้ร่วมกับชุมชนตลอดเวลาในระดับสูง รวมทั้งมีความเข้าใจในบริบทของชุมชน จึงมักจะมีกระบวนการ/วิธีคิด/วิธีมองเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ/การขับเคลื่อนสุขภาพ/การสร้างเสริมสุขภาพที่กว้าง และสอดคล้องกับความจริง และมีความเข้าใจในความเชื่อมโยงระหว่างเรื่อง “**สุขภาพกับความเป็นอยู่ที่ดี**” (health and well-being) ในมุมมองของประชาชน/ชุมชนอยู่แล้ว และมักจะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ออตตาวาอยู่แล้วในระดับหนึ่งด้วยเช่นกัน หรือบางส่วนมีความเข้าใจเป็นอย่างดี ซึ่งคนกลุ่มนี้มักจะไม่ใช่พยาบาล แต่เป็นนักวิชาการ สาธารณสุข หรือเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน

4.1.9. สรุปผลการประเมินศักยภาพของศูนย์เรียนรู้

พบว่า ส่วนใหญ่หรือเกือบทั้งหมดมีศักยภาพในการเป็นศูนย์เรียนรู้ หรือแหล่งเรียนรู้ นวัตกรรมให้กับพยาบาลและนักศึกษาพยาบาล เพราะอยู่กับความเป็นจริง หรือโลกที่เป็นจริงของผู้ป่วย ผู้รับบริการ ประชาชน/ชุมชนอยู่แล้ว แต่อาจจะต้องมีการเสริมหรือถักทอประเด็นความเชื่อมโยงมิติต่าง ๆ ระหว่างปัจเจกบุคคล, ชุมชน, สิ่งแวดล้อม, นโยบาย และการปรับระบบบริการให้มากขึ้น และมีการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ หรือให้ความสำคัญกับการสร้างองค์ความรู้จากการทำงานและประสบการณ์ในการทำงานให้มากขึ้น เพราะเป็นจุดอ่อนของทุกแห่ง

4.1.10. สรุปผลการประเมินความพึงพอใจ จุดแข็ง จุดอ่อน ศักยภาพ ข้อจำกัด ปัญหาอุปสรรคในการทำงานของโครงการ

โดยภาพรวมพบว่า คณะทำงานของโครงการ/แกนขับเคลื่อนหลักในระดับต่าง ๆ โดยเฉพาะในส่วนกลาง, ระดับคณะ/สถาบันการศึกษาพยาบาลศาสตร์ และระดับผู้รับผิดชอบหลัก/แกนหลักของศูนย์เรียนรู้/พยาบาลที่รับประโยชน์และ/หรือทราบข้อมูลเกี่ยวกับการทำงานของโครงการฯ **ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อสิ่งที่เกิดขึ้น หรือสิ่งที่ได้ดำเนินการร่วมกัน ในระดับมาก** ยกเว้นเพียงแค่บางประเด็นย่อย ที่พบว่า ยังมีความพึงพอใจไม่มากนัก อาทิเช่น การเตรียมการและการวางแผนร่วมกันในการจัดอบรมของศูนย์เรียนรู้ที่ไม่ได้มีการเตรียมการร่วมกันอย่างพอเพียง, การสนับสนุนงบประมาณให้กับศูนย์การเรียนรู้ที่ยังมีความแตกต่างเหลื่อมล้ำกันค่อนข้างมาก, ยังขาดการสนับสนุนทางวิชาการและการติดตามผลการทำงานอย่างต่อเนื่อง, การผลิตผลงานทางวิชาการร่วมกันระหว่างสถาบันการศึกษาและหน่วยปฏิบัติยังมีปัญหาจริยธรรมในบางจุด, การสื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับจุดเน้นของโครงการ รวมถึงจุดมุ่งหมายและเป้าประสงค์สูงสุดของโครงการยังไม่ชัดเจนในหลาย ๆ วาระ/โอกาสทำให้ขาดพลังร่วมจากพยาบาลและภาคีต่าง ๆ อีกจำนวนมาก

4.1.11. สรุปผลการประเมินเชิงปริมาณ ด้านความพึงพอใจของพยาบาลที่ทำงานในสถานบริการสุขภาพที่ต่างกัน 3 ระดับ คือ ระดับปฐมภูมิ, ทุติยภูมิ และตติยภูมิ

พบว่า มีความพึงพอใจต่อองค์กร/หน่วยงานที่สังกัดในการแสดงบทบาทการขับเคลื่อนการสร้าง

เสริมสุขภาพตามกรอบอดตาวา และต่อการทำงาน ofโครงการขับเคลื่อนฯ ที่ไม่แตกต่างกันมากเท่าใดนัก หรือมีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจที่ไม่ต่างกันมากเท่าใด อย่างไรก็ตาม พบว่า พยาบาลในสถานบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อทั้งสองเรื่อง สูงกว่าพยาบาลที่ทำงานในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและระดับตติยภูมิอย่างค่อนข้างชัดเจน

4.1.12. สรุปผลการประเมินประสิทธิภาพของโครงการ

พบว่า โครงการได้รับการสนับสนุนทุนจำนวน 44.27 ล้านบาท มีจำนวนผู้รับประโยชน์ทุกประเภทประมาณ 5,990 คน ดังนั้น ค่าใช้จ่ายต่อหัวของผู้รับประโยชน์ทั้งหมดโดยประมาณเท่ากับ 7,390 บาท ซึ่งนับว่าเป็นการลงทุนที่คุ้มค่า เพราะได้ผลิตผลเอกสารทางวิชาการที่มีคุณค่าจำนวนมาก และสิ่งที่สำคัญ คือ เกิดการถอดประสบการณ์และยกระดับเป็นนวัตกรรม, เกิดศูนย์การเรียนรู้และเครือข่ายการทำงาน/การเรียนรู้การสอน, ความสัมพันธ์ในแนวราบที่ทำให้เกิดพลังขับเคลื่อนในระดับหนึ่ง ที่จะต้องมีการทำงานร่วมกันต่อไป

4.1.13. จุดแข็งที่สำคัญของโครงการ

คือ ผลผลิตหรือเอกสารทางวิชาการที่ผลิตขึ้นจำนวนมาก โดยเฉพาะชุดการเรียนรู้เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพทั้ง 7 ชุด และเอกสารนวัตกรรม ที่ได้จากการถอดองค์ความรู้จากประสบการณ์ของพื้นที่การทำงานและยกระดับเป็นนวัตกรรม และการส่งเสริมให้หน่วยงาน/องค์กรจำนวนหนึ่งเป็นศูนย์การเรียนรู้/แหล่งเรียนรู้ให้กับพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลในมิติ/ด้านต่าง ๆ มากถึง 16-17 ด้าน ในขอบเขตทั่วประเทศ ซึ่งเป็นการก่อให้เกิดพื้นที่สำคัญที่อาจารย์/นักวิจัย/นักวิชาการ

ในสถาบันการศึกษา (ที่มีองค์ความรู้ทางทฤษฎี) จะได้มีโอกาสมาพบปะเรียนรู้ร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นนักปฏิบัติ ที่มีข้อมูล มีประสบการณ์จริงจากการทำงาน จะทำให้เกิดการเชื่อมต่อกัน การเสริมหรือฝึกกำลังกัน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ทำให้สามารถพัฒนาองค์ความรู้ทางวิชาการบนฐานของการปฏิบัติ/ข้อมูล/ปัญหาความต้องการต่าง ๆ ของประชาชน/ผู้รับบริการ และ/หรือบนฐานของประสบการณ์ ที่มีนัยสำคัญต่อสังคมไทยได้ต่อไป และจุดเด่นที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ เป็นโครงการที่ขับเคลื่อนโดยสภาการพยาบาล ซึ่งเป็นกลไกหลักของวงการพยาบาล

4.1.14. จุดอ่อน/ปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญของโครงการ

คือ กระบวนทัศน์/วิธีคิด/วิธีมอง/มุมมองของอาจารย์ในสถาบันการศึกษาพยาบาลศาสตร์จำนวนมากยังไม่เปลี่ยน, การที่ไม่ได้เปิดให้แกนหลักระดับคณะ/สถาบันมีส่วนร่วมในการออกแบบโครงการร่วมกันตั้งแต่ต้น, การเข้าร่วมของคณาจารย์ในระดับคณะ/สถาบันการศึกษายังมีน้อยหรือจำกัดเฉพาะบางภาควิชาเท่านั้น, การแบ่งพื้นที่การทำงานในระดับภาคบางส่วน ไม่ได้ยึดเกณฑ์ของกระทรวงมหาดไทยและสภาพทางภูมิศาสตร์ ทำให้เกิดความลักลั่น/ตกรุ่น, การที่ไม่ได้จัดทำฐานข้อมูลผู้รับประโยชน์ประเภทต่าง ๆ ไว้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน ทำให้ไม่มีข้อมูล baseline ในการติดตามและประเมินผลที่พอเพียง, การสนับสนุนทางการเงินให้กับศูนย์เรียนรู้ไม่เท่ากันไม่เหมือนกัน ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำ, การขาดกลไกการติดตาม

หรือการสนับสนุนทางวิชาการให้กับศูนย์การเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง, การให้ความสำคัญกับการทำงานแบบบนลงสู่ล่างหรือการทำงานเป็นขั้นเป็นตอนค่อนข้างมาก แต่ยังให้ความสำคัญกับการทำงานเชิงการขับเคลื่อนและเชิงการสร้างเสริมพลังอำนาจเชิงบวกแบบแนวราบค่อนข้างน้อย และการขาดการขยายผลหรือสนับสนุนให้แก่หลักจากหน่วยบริการสุขภาพประเภทต่าง ๆ ทำการสื่อสารหรือขับเคลื่อนในกลุ่มพยาบาลที่มีจำนวนมากของแต่ละองค์กรให้มีความเข้าใจในกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ออกตัวว่า, ยังมีช่องว่างการสื่อสารในหลาย ๆ ระดับ/หลาย ๆ กลุ่ม, การปรับหลักสูตรด้านการสร้างเสริมสุขภาพในสถาบันผลิตพยาบาล ยังไม่ได้มีการดำเนินการหรือสื่อสารกันอย่างจริงจัง ทำให้ยังมีความแตกต่างกันมาก, สถาบันการศึกษาด้านพยาบาลศาสตร์ยังไม่ให้ความสำคัญกับเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพในลำดับต้น ๆ ยังเป็นเพียงแค่ระดับกลาง ๆ และเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ ยังไม่ใช่ข้อกำหนด (requirement) ของการสอบเพื่อขอรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ฯลฯ ทำให้โครงการฯ ยังไม่สามารถสร้างมวลวิกฤต (critical mass) ได้ในระดับที่มากพอสมควร รวมถึงการสร้างการเรียนรู้ให้กับพยาบาล/นักศึกษาพยาบาลโดยการให้ความสำคัญกับบทบาทของประชาชน/ชุมชนยังมีน้อย หรือยังมีการสร้างการเรียนรู้ร่วมกับประชาชน/ชุมชนน้อยเกินไป หรือประเมินบทบาทของประชาชน/ชุมชนในการร่วมสร้างการเรียนรู้, การเปลี่ยนแปลงและการสร้างสุขภาพ หรือสุขภาพจะร่วมกันน้อยเกินไป ซึ่งควรปรับเปลี่ยนจุดนี้ และควรจะต้องขับเคลื่อนต่อไปอีก เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ และผลกระทบเชิงบวกได้มากขึ้นและทั่วถึงขึ้น

4.2

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการทำงานของโครงการในระยะต่อไป

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการทำงานของโครงการในระยะต่อไป แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ 1) ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะของพยาบาลต่อการพัฒนาสมรรถนะและหลักสูตรพยาบาลนักสร้างเสริมสุขภาพ 2) ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะอื่น ๆ ของพยาบาล/ผู้รับประโยชน์ต่อการขับเคลื่อนของโครงการในระยะต่อไป และ 3) ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะของทีมประเมินผลและนายกสภาการพยาบาล

4.2.1. ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของพยาบาลและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการพัฒนาสมรรถนะ/หลักสูตรพยาบาลนักสร้างเสริมสุขภาพ

การนำเสนอ ณ ที่นี้ พยายามรักษาภาษาเดิมของผู้ตอบแต่ละรายไว้ เพื่อให้ได้ข้อมูล และสาระสำคัญต่าง ๆ อย่างครบถ้วน รวมถึงได้สรรพคุณจากภาษาต้นฉบับของพยาบาลและอาจารย์พยาบาลผู้รับประโยชน์ หรือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรงของโครงการฯ ซึ่งมีข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่าง ๆ ดังต่อไปนี้คือ

1. น่าจะมีการจัดเวที หรือนำความรู้ KM เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ สอดแทรกไปในการจัดอบรมของพยาบาล โดยเฉพาะกฎ Ottawa ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในทุกสถานปฏิบัติงานของพยาบาล
2. ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้พยาบาลได้เข้ารับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือก การแพทย์ผสมผสานให้มากขึ้น

3. การติดตามและประเมินผลการทำงานของโครงการฯ ไม่ควรทิ้งไว้นานเกินไป จนลืมรายละเอียดเนื้อหา หากเป็นไปได้ควรประเมินเป็นระยะ ๆ

4. การนำแนวทางการพยาบาลไปใช้บางครั้งไม่สอดคล้องกับสภาพผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนและต้องการการดูแลที่ต้องใช้ความรู้ในเชิงลึกมากกว่าแนวทางที่มี ดังนั้นการถอดบทเรียนจากพยาบาลผู้ให้บริการจึงมีความสำคัญและนำมาปรับปรุงแนวทางให้ดีขึ้นได้อีก เป็นการต่อยอดความรู้และได้นวัตกรรมใหม่ๆ

5. การเรียนรู้ต้องดูเนื้อหาสาระของงานในพื้นที่ หรือ หน่วยงาน จะทำให้เกิดความชัดเจน และสามารถสร้างแรงบันดาลใจในการทำงานได้มากขึ้น

6. การอบรมเน้นชุมชน แต่ผู้เข้าอบรมทำงานอยู่ในสถานบริการสุขภาพระดับ รพ.ตติยภูมิ ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานในชุมชนค่อนข้างน้อย

7. ควรมีการจัดประชุมวิชาการในการสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยความรู้ ทักษะใหม่ๆ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และหลักธรรมชาติบำบัดอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการสร้างสุขภาพที่ดีมากขึ้น ลดการใช้ยา ควรจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (KM) ด้านการนำกฎ Ottawa ไปใช้ทุกปี

8. คือตนเองไม่เข้าใจคำถามค่ะว่าการอบรมที่ว่า ระยะเวลาตั้งแต่เมื่อไหร่ เนื่องจากโครงการที่ทำมีจำนวนมาก และการอบรมในหัวข้อเรื่อง หลักสูตรพยาบาลนักสร้างเสริมสุขภาพ โดยตรงไม่เคยเข้าร่วมอบรมมาก่อนค่ะ แต่ถ้าเป็นการประชุมในงานที่รับผิดชอบคือ 5 กลุ่มวัย ทุกงาน

มีการประชุมในระดับอำเภอและจังหวัดค่ะ แต่ถ้าจัดอบรมนอกจังหวัด ไม่เคยเข้าร่วมค่ะ การอบรมหลักสูตรนี้เท่าที่ทราบเรื่องจะมาถึงแค่ในระดับโรงพยาบาล ส่วน รพ.สต. จะมีน้อยมาก หรือไม่ก็จำกัดจำนวนคนเข้าร่วมอบรม ทำให้พยาบาล รพ.สต. ไม่สามารถเข้าร่วมอบรมได้ทุกคนและที่สำคัญคืออัตรากำลังของพยาบาลที่ทำงานอยู่ในชุมชนมีไม่เพียงพอต่อจำนวนประชากรอัตราเดิม 1:2500 คน มันมากเกินไป พยาบาล 1 คน ต้องรับผิดชอบงานรักษา พื้นฟูมากขึ้นทุกกลุ่มวัย ดังนั้นงานส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นเรื่องยากที่จะทำให้ทั่วถึงในสภาวะสังคมปัจจุบัน อัตราพยาบาล 1 คน ต่อประชากรน่าจะเป็น 1:1250 คน

9. ได้รูปแบบและ Idea ดีมาก, องค์การด้านการพยาบาล/คณะพยาบาลศาสตร์ยอมรับ ในการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลในรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ

10. ในการสรุปบทเรียนสุดท้ายที่ต้องส่งอาจารย์ค่อนข้างสับสนในการตอบประเด็นต่าง ๆ และทำไม่ทันเวลา ในช่วงที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้หรือทำกิจกรรมกลุ่ม

11. เป็นโครงการที่ดีมาก ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกระบวนการทำงาน ควรมีการพัฒนาต่อเนื่องสม่ำเสมอ และครอบคลุมทุกพื้นที่

12. ควรเพิ่มเติมแหล่งเรียนรู้ และในการจัดการเรียนรู้ให้มีความหลากหลายของพื้นที่ และแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพตามบริบทของแต่ละพื้นที่

13. ไม่ได้เข้าอบรม เป็นเพียงเข้ามาช่วยเหลือใน phase สุดท้ายเมื่อมีนักศึกษา มาศึกษา

14. ได้เรียนรู้บนหอผู้ป่วยเท่านั้น และได้เข้าร่วมประชุม แต่ไม่ได้เข้าอบรม เพราะฉะนั้นการตอบแบบสอบถามจึงทำได้ไม่ดีนัก ถ้าจะตัดออกก็น่าจะทำได้

15. ยังไม่เคยได้รับการอบรม ถ้าจะดีมากควรให้ รพ.สต. เข้าร่วมด้วยค่ะ เนื่องจากบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่ รพ.สต. ก็มีผลสำคัญมากในการสร้างเสริมสุขภาพประชาชน

16. อยากให้เห็นภาพในการปฏิบัติจริงมากกว่านี้โดยเรียนรู้ประสบการณ์จากการเริ่มต้นริเริ่มในกระบวนการ และอยากเรียนรู้ในบริบทของเอกชนจากประสบการณ์สร้างเสริมสุขภาพ อยากให้มีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เพราะในการทำงานของพยาบาลมีการนำกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย แต่พยาบาลอาจจะยังไม่สามารถดึงสมรรถภาพเหล่านี้ออกมาแสดงกับสหวิชาชีพได้ เพื่อเป็นการดึงสมรรถภาพที่มีอยู่ อยากให้มีการจัดกิจกรรมที่ทำให้เห็นถึงการนำไปใช้แบบรูปธรรม ซึ่งอาจจะออกมาในรูปแบบการออกแบบการดูแลสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยและสามารถนำไปใช้จริงได้

17. เอกสารคู่มือชุดการเรียนรู้ เป็นเอกสารที่มีจำนวนหน้าและเล่มใหญ่มากทำให้ไม่สามารถที่จะนำไปอ่านได้สะดวก ไม่น่าสนใจที่จะอ่านควรทำให้เป็นเล่มบาง ๆ แยกเป็นแต่ละชุดการเรียนรู้จะน่าสนใจและได้ประโยชน์มากกว่า

4.2.2. ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่น ๆ ของพยาบาล/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของโครงการ

1. ควรชี้แจงรายละเอียดโครงการให้ชัดเจนตั้งแต่ต้น/ทุกครั้งที่มีการสื่อสารกัน

2. ควรเพิ่มเติมคณาจารย์ในการได้รับการพัฒนาสมรรถนะสร้างเสริมสุขภาพให้ครบทุกภาควิชา

3. ควรพัฒนาฝึกอบรมทักษะพยาบาลในด้านต่าง ๆ ที่มีความจำเป็นต่อการทำงานสร้างเสริมสุขภาพให้มากขึ้นและตรงประเด็น

4. ควรให้ความสนใจในเรื่อง ความก้าวหน้าของวิชาชีพพยาบาลในการทำงานด้วย
5. กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ควรแตกต่างกันตามบริบทในแต่ละพื้นที่
6. ควรมีนโยบายสนับสนุนด้านการสร้างเสริมสุขภาพอย่างชัดเจน
7. ควรสนับสนุนการทำงานเป็นทีม
8. กำหนดให้งานสร้างเสริมสุขภาพเป็นอันดับหนึ่ง (first priority)
9. กำหนดให้มีค่าตอบแทนของพยาบาลชุมชนให้เหมาะสมด้วย
10. เพิ่มอัตรากำลังให้พอเพียงกับปัญหาและความต้องการของประชาชน/ชุมชน
11. สนับสนุนการนำทฤษฎีหรือหลักการที่เรียนมาปรับใช้ในการทำงานให้ได้
12. เพิ่มเติมเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพในหลักสูตรพยาบาลในระดับต่าง ๆ
13. สนับสนุนด้านวิชาการให้มากขึ้น/ต่อเนื่องขึ้น
14. พัฒนาช่องทางการเรียนรู้และการสื่อสารเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพให้มากขึ้น
15. ขยายการจัดอบรม/สื่อสารกับพยาบาลให้ครอบคลุมทั่วประเทศ เพื่อให้เข้าใจแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎหมายบัตรออกตรา

4.2.3. ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของ ทีมประเมินผลและเลขาธิการ สภาการพยาบาล

1. ในการทำงานในระยะต่อไป ควรให้ความสำคัญในการอุดช่องว่าง หรือแก้ไขจุดอ่อน/ข้อจำกัดต่าง ๆ ตามที่ระบุรายละเอียดไว้ข้างต้น ถ้าทำได้ จะทำให้เกิดผลสำเร็จมากยิ่งขึ้นในทุกด้าน และ สสส. ควรเน้นความสำคัญของการขยายตัวของ

แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพและกรอบออตตาวา ในองค์กร/สถาบันการศึกษาให้ครบทุกภาควิชา

2. ควรให้ความสำคัญกับบริบทเฉพาะของสถานบริการสุขภาพที่มีความแตกต่างกันทั้ง 3 ระดับ (ปฐมภูมิ, ทติยภูมิ, ตติยภูมิ) ซึ่งส่งผลต่อการเรียนรู้/การเปลี่ยนแปลง/สมรรถนะ/การแสดงบทบาทที่ต่างกันของพยาบาลที่ทำงานในสถานบริการสุขภาพที่มีบริบทที่ต่างกันดังกล่าว โดยเฉพาะสถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ ที่มีหลายขนาด หลายสภาวะ หรือมีความแตกต่างกันเป็นอย่างมากแม้แต่ที่อยู่ในประเภทเดียวกันก็ตาม จึงควรให้ความสำคัญกับบริบทเฉพาะของแต่ละประเภท จะทำให้เกิดการเรียนรู้/การเปลี่ยนแปลงสมรรถนะ/การแสดงบทบาทได้มากขึ้น เพราะสอดคล้องกับบริบทการทำงานและการนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง

3. ควรให้ความสำคัญกับการขับเคลื่อนร่วมกับผู้นำองค์กร/ผู้อำนวยการสถานบริการสุขภาพ/หัวหน้างาน หรือสื่อสารเกี่ยวกับความสำคัญของกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ออตตาวาในระดับผู้บริหาร เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับโครงสร้างที่ส่งผลต่อกระบวนการทัศน์ของพยาบาลและทีมสหวิชาชีพอย่างเป็นระบบ ตามที่ รพ.ศูนย์ขอนแก่น ดำเนินการ

4. ควรให้ความสำคัญในบทบาทของกลไกขับเคลื่อนต่าง ๆ ทั้งตัวแทนสภาการพยาบาลประจำจังหวัด, สมาคมพยาบาลระดับภาค, สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, ชมรมพยาบาลเฉพาะทางประเภทต่าง ๆ, เครือข่ายประเภทต่าง ๆ ของพยาบาล/หน่วยงานบริการสุขภาพในพื้นที่ที่มีอยู่จำนวนมากทุกระดับ เพราะเป็นทุนทางสังคม (social capital) ที่จะช่วยทำให้เกิดการขยายผล/การขยายเครือข่ายความร่วมมือต่าง ๆ มากขึ้น/เร็วขึ้น/เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายประเภทต่าง ๆ ได้มากขึ้น

5. ควรให้ความสำคัญในบทบาทของศูนย์เรียนรู้และชุมชนท้องถิ่นในพื้นที่อย่างจริงจัง มีแผนการทำงานร่วมกันอย่างชัดเจน และมีการสนับสนุนทั้งวิชาการและการเงิน และมีการสร้างองค์ความรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่องบนฐานของจริยธรรมทางวิชาการ/ความเป็นภาคร่วมทำงานที่เข้มแข็ง ต่อเนื่อง วัดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ได้จริง

6. ควรส่งเสริมการศึกษาวิจัยด้วยแนวทางหรือมุมมองใหม่ ๆ จากประเด็นปัญหาในพื้นที่การทำงานจริง หรือส่งเสริมการผลิตองค์ความรู้ เพื่อส่งเสริมให้ชุมชนท้องถิ่นที่อยู่ในพื้นที่บริการของหน่วยบริการสุขภาพประเภทต่าง ๆ มีความเข้มแข็งยิ่งขึ้น และสามารถติดตามและประเมินการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในด้านภาวะสุขภาพและสภาวะของแต่ละพื้นที่ได้จริง

7. ควรเพิ่มการทำงานแนวราบ หรือให้ความสำคัญกับการขับเคลื่อนเรื่องสุขภาพในมิติต่าง ๆ ร่วมกับชุมชน/พื้นที่ พร้อม ๆ กับการส่งเสริมช่องทางสร้างการเรียนรู้ให้กับพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลที่หลากหลาย เน้นความสำคัญของพื้นที่ให้มากขึ้น

8. ควรกำหนดให้มีการสอบความรู้และการปฏิบัติด้านการสร้างเสริมสุขภาพในการสอบรับ

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หรือทำให้เรื่องนี้เป็นสมรรถนะหนึ่งในวิชาชีพ จะทำให้สถาบันการศึกษาพยาบาลศาสตร์ให้ความสำคัญกับเรื่องนี้มากขึ้น

9. ควรมีการกำหนดเกณฑ์ขั้นต่ำ หรือหน่วยกิตขั้นต่ำในการเรียนการสอนด้านการสร้างเสริมสุขภาพในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ทั่วประเทศ ทั้งในระดับปริญญาตรี และหลังปริญญาตรีจะทำให้หลักสูตรมีมาตรฐานสามารถประเมินได้อย่างเป็นระบบ

10. ควรมีการจัดทำหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อเพิ่มมวลวิกฤต (critical mass) ให้กับวิชาชีพพยาบาล และระบบสุขภาพของประเทศ ควรให้นักศึกษาได้มีโอกาสเรียนรู้จากของจริง หรือฝึกให้มองเรื่องสุขภาพจากประเด็นปัญหาที่ซับซ้อนในพื้นที่/โลกที่เป็นจริง ยกเลิกการเรียนการสอนแบบท่องจำ ที่เน้นตำรา และห้องสี่เหลี่ยม หันมาเน้นโจทย์การเรียนรู้จากชุมชน โดยมีอาจารย์เป็นเพียงผู้ช่วยตั้งคำถาม/ให้มุมมองเชิงสะท้อน หรือเป็นผู้เอื้อให้เกิดการเรียนรู้/การเปลี่ยนแปลง/สมรรถนะ/ศักยภาพในการเข้าใจเรื่อง “สุขภาพ” ในความหมายใหม่

เอกสารอ้างอิง (References)



เอกสารอ้างอิง (References)

- กรองจิต วาทีสาธกกิจ. (บรรณาธิการ). (2552). *ถนน ปชต การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- ชนิษฐา นันทบุตร, กล้าเพชฌุ โชคบำรุง, พรรณิภา ไชยรัตน์, ขวัญสุตา บุญทศ, มยุรี คำอ้อ, สุวีรัตน์ ดาวเรือง, จงกลณี จันทศิริ, เฉลิมเกียรติ แสงวงเจริญ,...อภิญญา ลุนนากัน. (2558). *แนวทางการพัฒนานวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ พื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ*. ม.ป.ท.:ม.ป.พ.. (อัดสำเนา).
- ชนิษฐา นันทบุตร. (บรรณาธิการ). (2559). *สรุปรายงานการทดลองใช้หลักสูตรการสร้างเสริมสุขภาพไปทดลองใช้ในพื้นที่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. ม.ป.ท.:ม.ป.พ.. (อัดสำเนา).
- คณะทำงานขับเคลื่อนและปฏิรูปด้านระบบบริการ. (2559). *แนวทางการดำเนินงาน Primary Care Cluster สำหรับหน่วยบริการ*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข. มิถุนายน.
- คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (2559). *สรุปรายงานการทดลองใช้หลักสูตรการสร้างเสริมสุขภาพไปทดลองใช้ในพื้นที่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (อัดสำเนา).
- คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (2559). *คู่มือผู้สอน หลักสูตรการเรียนรู้ภายใต้ศูนยเรียนรู้ นวัตกรรมทางการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ภาคเหนือ*. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์.
- คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2559). *คู่มือผู้สอน หลักสูตรการเรียนรู้ภายใต้ศูนยเรียนรู้ นวัตกรรมทางการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ภาคกลาง*. นครปฐม: คณะพยาบาลศาสตร์.
- คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2559). *รายงานการนำหลักสูตรการสร้างเสริมสุขภาพไปทดลองใช้ในพื้นที่ภาคกลาง*. นครปฐม: คณะพยาบาลศาสตร์.
- โครงการขับเคลื่อนวิชาชีพพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ สภาการพยาบาล. (2557). *รายงานความก้าวหน้า โครงการขับเคลื่อนวิชาชีพพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ปีที่ 1 (กันยายน 2556 – กันยายน 2557)*. นนทบุรี: โครงการขับเคลื่อนวิชาชีพพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ สภาการพยาบาล. (อัดสำเนา).

- โครงการขับเคลื่อนวิชาชีพพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ สภาการพยาบาล. (2559). *รายงานความก้าวหน้า โครงการขับเคลื่อนวิชาชีพพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ปีที่ 2 (ตุลาคม 2557 – มกราคม 2559)*. นนทบุรี: โครงการขับเคลื่อนวิชาชีพพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ สภาการพยาบาล. (อัดสำเนา).
- โครงการขับเคลื่อนวิชาชีพพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ สภาการพยาบาล. (2559). *รายงานความก้าวหน้า โครงการขับเคลื่อนวิชาชีพพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 5 (กุมภาพันธ์ 2559–สิงหาคม 2559)*. นนทบุรี: โครงการขับเคลื่อนวิชาชีพพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ สภาการพยาบาล. (อัดสำเนา).
- โครงการขับเคลื่อนวิชาชีพพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ สภาการพยาบาล. (2559). *โครงการขับเคลื่อนวิชาชีพพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (1 กันยายน 2556 – 31 สิงหาคม 2559)*. นนทบุรี: โครงการขับเคลื่อนวิชาชีพพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ สภาการพยาบาล. (อัดสำเนา).
- ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา, กาญจนา ตั้งชลทิพย์, ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต, ปังปอนด์ รักอำนวยกิจ, สุภรต์ จรัสสิทธิ์, พอลดา บุญยศิริระณะ, วรรณภา อารีย์. (2551). *การศึกษาคูณภาพชีวิตคนทำงานในภาคอุตสาหกรรมและภาคบริการ*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เดชรัตน์ สุขกำเนิด, ศุภกิจ นันทะวรการ และวิภาว ชื่นจิต. (2550). *มลพิษ...สุขภาพ...และอุตสาหกรรมที่มาตาพุด: ปัญหามลพิษ และสุขภาพของประชาชน แนวทางการดำเนินงานของรัฐ และข้อเสนอต่อการแก้ไข ปัญหา กรณีพื้นที่อุตสาหกรรม อำเภอเมืองและอำเภอบ้านฉาง ระยอง*. กรุงเทพฯ: มูลนิธินโยบายสุขภาพ.
- ธีรเดช ฉายอรุณ. (2547). *กรอบแนวคิดการประเมินศักยภาพคณะทำงานในองค์กร*. เอกสารเพื่อการเรียนรู้ในโครงการวิจัยและพัฒนาชีวิตสาธารณะท้องถิ่นที่น่าอยู่. กรุงเทพฯ: ฝ่ายติดตามประเมินผลภายในและสังเคราะห์องค์ความรู้.
- ธีรเดช ฉายอรุณ. (2549). *การประเมินผลกับนัยสำคัญที่มีต่อการพัฒนาและการยกระดับคุณค่าการทำงาน ของสังคมไทย*. เอกสารประกอบการบรรยาย ณ ที่ประชุมนำเสนอ “องค์ความรู้เกี่ยวกับการประเมินผล” จัดโดย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). วันที่ – เมษายน พ.ศ. 2549 ณ โรงแรมที. เค. พาเลซ ถนนแจ้งวัฒนะ กรุงเทพมหานคร
- โรงพยาบาลขอนแก่น. (2557). *แบบรายงานการประเมินตนเอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพฉบับประยุกต์ เกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ Health Promoting Hospital, National Quality Criteria: HPHNQC*. ม.ป.ท.:ม.ป.พ.. (อัดสำเนา).
- วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (บรรณาธิการ). (2559). *ชุดการเรียนรู้ที่ 1 การสร้างเสริมสุขภาพ: บทบาทพยาบาล Health Promotion: Role of Nurse*. กรุงเทพฯ: มาตา การพิมพ์ จำกัด.

- วรรณภา ศรีธีรรัตน์ และลัษวี ปิยะบัณฑิตกุล. (2559). *แนวทางการพยาบาลสำหรับพยาบาลวิชาชีพในสถานบริการสุขภาพ ระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษา และระดับตติยภูมิ(ฉบับร่าง) คณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).
- วิจิตร ศรีสุพรรณ, วิลาวัณย์ เสนารัตน์ และชนิษฐา นันทบุตร. (2557). *นวัตกรรมสถานพยาบาล ภายใต้บทบาทของวิชาชีพการพยาบาล โครงการขับเคลื่อนวิชาชีพ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).
- วิจิตร ศรีสุพรรณ, วิลาวัณย์ เสนารัตน์ และชนิษฐา นันทบุตร. (บรรณาธิการ). (2557). *นวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้บทบาทของวิชาชีพการพยาบาล โครงการขับเคลื่อนวิชาชีพ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ม.ป.ท.:ม.ป.พ.
- วิจิตร ศรีสุพรรณ, วิลาวัณย์ เสนารัตน์ และชนิษฐา นันทบุตร.(บรรณาธิการ). (2557). *ผลการศึกษาระดับสมรรถนะในการสร้างเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติบทบาทพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบกฎบัตรออกดาดา ในบริการระดับปฐมภูมิ มัธยมศึกษา และตติยภูมิ. โครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ*. ม.ป.ท.
- ศิริพร ชัมภลิต และ วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (บรรณาธิการ). (2559). *ชุดการเรียนรู้ที่ 2 ภาวะผู้นำและการบริหารจัดการ การเปลี่ยนแปลงเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ Leadership and Change Management Towards Health Promotion*. กรุงเทพฯ: มาตา การพิมพ์ จำกัด.
- ศิริพร ชัมภลิต และวงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (บรรณาธิการ). (2559). *ชุดการเรียนรู้ที่ 3 การพัฒนาเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพ Development of Health Promotion Networking*. กรุงเทพฯ: มาตา การพิมพ์ จำกัด.
- ศิริพร ชัมภลิต และวงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (บรรณาธิการ). (2559). *ชุดการเรียนรู้ที่ 5 การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม การปรับระบบบริการสุขภาพ และสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ Building Participatory Healthy Public Policy, Reorienting Health Services an Creating Healthy Environment*. กรุงเทพฯ: มาตา การพิมพ์ จำกัด.
- ศิริพร ชัมภลิต และวงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (บรรณาธิการ). (2559). *ชุดการเรียนรู้ที่ 6 การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล Development of Personal Skills*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).
- ศิริพร ชัมภลิต และวงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร.(บรรณาธิการ). (2559). *ชุดการเรียนรู้ที่ 7 การสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน Strengthening Community*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).

- ศิริพร ชัมภลลิขิต. (2559). (บรรณาธิการ). *ชุดการเรียนรู้ที่ 4 การจัดการความรู้ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ knowledge Management in Health Promotion*. กรุงเทพฯ: สำนักสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).
- อรทัย อาจอ่ำ. (2550). *การประเมินผลเพื่อสร้างเสริมพลังอำนาจ: ทางออกที่ท้าทาย. พิมพ์ครั้งที่ 2. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล*.
- อรทัย อาจอ่ำ. (2549). *การประเมินผลเพื่อสร้างเสริมพลังอำนาจ: ทางออกที่ท้าทาย. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข*.
- Fetterman, D.M. (1993b). "Theme for the 1993 Annual Meeting: Empowerment Evaluation". *Evaluation Practice*, 14 (1), pp. 115–117.
- Fetterman, D.M. (1994). *Empowerment Evaluation. American Evaluation Association Presidential Address. Evaluation Practice*, 15 (1), pp. 1–15.
- Fetterman, D.M. (2001). *Foundations of Empowerment Evaluation*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Fetterman, D.M. (Ed.) (1993a). *Speaking the Language of Power: Communication, Collaboration, and Advocacy*. London, England: Falmer Press.
- Husserl, E. (1970). *The Crisis of European Sciences and Transcendental Phenomenology*. Translated with An Introduction by David Carr. Evanston: Northwestern University Press.
- Ottawa Charter for Health Promotion. The First International Conference on Health Promotion, Ottawa, Canada, 1986.
- Patton, M. Q. (1997a). *Toward distinguishing empowerment evaluation and placing it in a larger context. Evaluation Practice*, 18 (2), 1477–163.
- Patton, M.Q. (1997b). *Utilization-focused evaluation, new century edition*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative Research and Evaluation Methods: Integrating Theory and Practice*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Stufflebeam, D. (2003). The CIPP model of evaluation. In T. Kellaghan, D. Stufflebeam & L. Wingate (Eds.), *Springer international handbooks of education: International handbook of educational evaluation*. Retrieved from http://www.credreference.com.ezproxy.lib.ucalgary.ca/entry/spredv/the_cipp_model_a_summary.



ภาคผนวก ก.
รายชื่อผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ
จำแนกตามภูมิภาค



ภาคผนวก ก.

รายชื่อผู้ให้สัมภาษณ์เชิงคุณภาพ ภาคกลาง

โครงการวิจัย ติดตามและประเมินผลโครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

ระหว่างวันที่ 23, 26–28 กันยายน 2559 และ 8–9 ธันวาคม 2559

วัน/เดือน/ปี	ชื่อผู้ให้ข้อมูล	ตำแหน่ง/สถานภาพ	หน่วยงาน	นวัตกรรม/ศูนย์เรียนรู้	หมายเหตุ
23 ก.ย. 59 13.30–16.00 น.	1. คุณจันทร์ทิมา กาญจนะวีระ	ผู้ประสานงานโครงการ ฯ	สภาการพยาบาล	คณะทำงานส่วนกลางของ โครงการขับเคลื่อน ฯ	
26 ก.ย. 59 13.30–16.00 น.	2. รศ.ดร.พองคำ ดิลกสกุลชัย	ประธานคณะทำงาน พื้นที่ภาคกลางและ กรุงเทพ	คณะพยาบาลศาสตร์ ม.มหิดล	คณะทำงานระดับพื้นที่ภาค	
	3. ผศ.ดร. ปิยะธิดา นาตะเกษียร	คณะทำงาน/เลขานุการ	คณะพยาบาลศาสตร์ ม.มหิดล	คณะทำงานระดับพื้นที่ภาค	
	4. ผศ.ดร. วลัยยา ธรรมพนิชวัฒน์	คณะทำงาน	คณะพยาบาลศาสตร์ ม.มหิดล	คณะทำงานระดับพื้นที่ภาค	
28 ก.ย. 59 09.00–11.00 น.	5. คุณสมยงค์ พุ่งสาร (พยาบาลวิชาชีพ)	เจ้าของนวัตกรรม/ วิทยากร	รพ.สต.มหาสวัสดิ์ ต.มหาสวัสดิ์ อ.พุทธมณฑล นครปฐม	ศูนย์เรียนรู้ด้านการปรับ พฤติกรรมสุขภาพ/ พฤติกรรมมาริโศ	
28 ก.ย. 59 13.30–16.00 น.	6. คุณนิทยา ธนอมศักดิ์ศรี (พยาบาลวิชาชีพ)	เจ้าของนวัตกรรม/ วิทยากร	รพ.พุทธมณฑล อ.พุทธมณฑล นครปฐม	ศูนย์เรียนรู้ด้านการควบคุม โรคเรื้อรัง	
8 ธ.ค. 59	7. อ.สมทรง จุไรทัศน์ย์ (พยาบาลวิชาชีพ)	เจ้าของนวัตกรรม/ วิทยากร	ฝ่ายดูแลต่อเนื่อง รพ.รามธิบดี	ศูนย์เรียนรู้ด้านการดูแล อย่างต่อเนื่อง	

วัน/เดือน/ปี	ชื่อผู้ให้ข้อมูล	ตำแหน่ง/สถานภาพ	หน่วยงาน	นวัตกรรม/ศูนย์เรียนรู้	หมายเหตุ
09.00–11.00 น.	8. คุณลินีนุช ขำดี (พยาบาลวิชาชีพ)	ทีมงานในศูนย์เรียนรู้	ฝ่ายดูแลต่อเนื่อง รพ.รามธิบดี	ศูนย์เรียนรู้ด้านการดูแล อย่างต่อเนื่อง	
	9. คุณสุวิมล วัชรรัตน์ (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ)	ทีมงานในศูนย์เรียนรู้/ วิทยากร	ฝ่ายดูแลต่อเนื่อง รพ.รามธิบดี	ศูนย์เรียนรู้ด้านการดูแล อย่างต่อเนื่อง	
8 ธ.ค. 59 13.30–16.00 น.	10. คุณนภน้อย ศรีนวลมาก (รองนายก อบต.)	เข้าร่วมเวทีเรียนรู้	รพ.สต.คลองนกระทุ ด.คลอง นกระทุ อ.บางเลน นครปฐม	ศูนย์เรียนรู้ด้านการดูแล ผู้สูงอายุ	
	11. คุณพิมพ์ฉัตร โชติจิตติกุลธรรม (พยาบาลวิชาชีพ)	เจ้าของนวัตกรรม	รพ.สต.คลองนกระทุ	ศูนย์เรียนรู้ด้านการดูแล ผู้สูงอายุ	
	12. คุณบุญชู ศรีชัยนาท (ผู้อำนวยการ รพ.สต.)	เจ้าของนวัตกรรม	รพ.สต.คลองนกระทุ	ศูนย์เรียนรู้ด้านการดูแล ผู้สูงอายุ	
	13. คุณสุกัญญา ศรีสุวรรณภัทร (อาสาสมัคร)	ทีมงาน	รพ.สต.คลองนกระทุ	ศูนย์เรียนรู้ด้านการดูแล ผู้สูงอายุ	
	14. อสม. และผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน	กลุ่มเป้าหมายในการ ทำงานของ รพ.สต.	รพ.สต.คลองนกระทุ	ศูนย์เรียนรู้ด้านการดูแล ผู้สูงอายุ	สังเกตการณ์การ ทำงานร่วมกัน/ การประชุมระหว่าง อสม.,ผู้ดูแล ผู้สูงอายุ และทีม พยาบาล
9 ธ.ค. 59 09.00–11.00 น.	15. คุณอุบล ยี่เพง (พยาบาลวิชาชีพ)	ผู้ร่วมริเริ่ม/พัฒนาศูนย์ นเรนทร	ศูนย์กู้ชีพนเรนทร รพ.ราชวิถี	ศูนย์เรียนรู้ด้านการพยาบาล ฉุกเฉิน	

ภาคกลาง จำนวนผู้ให้ข้อมูลรวมทั้งหมด 15 คน แบ่งเป็นคณะทำงานโครงการขับเคลื่อน ฯ/คณะทำงานระดับพื้นที่ภาคกลางและกรุงเทพมหานครจำนวน 4 คน (มีสถานภาพเป็นอาจารย์
ด้วย 3 คน) พยาบาลวิชาชีพจำนวน 7 คน ผอ.รพ.สต./เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 1 คน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล/อสม. จำนวน 3 คน

รายชื่อผู้ให้ข้อมูล ภาคเหนือ

โครงการวิจัย ติดตามและประเมินผลโครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

ระหว่างวันที่ 25-28 ตุลาคม 2559

วัน/เดือน/ปี	ชื่อผู้ให้ข้อมูล	ตำแหน่ง/สถานภาพ	หน่วยงาน	นวัตกรรม/ศูนย์เรียนรู้	หมายเหตุ
25 ต.ค. 59 9.30-11.30	1. คุณสุวิทย์ พงษ์กิจสมบัติ (พยาบาลวิชาชีพ)	ผู้มีส่วนร่วมในการ พัฒนานวัตกรรม	รพ.มหาราชนครเชียงใหม่	ศูนย์เรียนรู้ด้านการส่งเสริม สุขภาพผู้ป่วยที่มีออสโตมีและ แผล	
	2. คุณศิริลักษณ์ ศิริปัญญาวัฒน์ (พยาบาลวิชาชีพ)	ทีมงาน	รพ.มหาราชนครเชียงใหม่	ศูนย์เรียนรู้ “-----”	
	3. คุณพรรณงาม พิมพ์ชู (พยาบาลวิชาชีพ)	ทีมงาน	รพ.มหาราชนครเชียงใหม่	ศูนย์เรียนรู้ “-----”	
	4. คุณธีรพันธ์ สิงห์เฉลิม (พยาบาลวิชาชีพ)	ทีมงาน	รพ.มหาราชนครเชียงใหม่	ศูนย์เรียนรู้ “-----”	
25 ต.ค. 59 14.00-17.00 น.	5. คุณชฎารัตน์ เกื้อสุข (ผู้อำนวยการ. รพ.สต/ นักวิชาการสาธารณสุข)	ผู้สืบทอดนวัตกรรม	รพ.สต.ท่ากว้าง อ.สารภี เชียงใหม่	ศูนย์เรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาว	
	6. กำนันจิตกัญญา วัฒนวงศ์จิตร (กำนัน)	องค์กรภาคีเครือข่าย/ ผู้นำท้องถิ่น	รพ.สต.ท่ากว้าง อ.สารภี		ภาคีเครือข่าย/ ชุมชน
	7. คุณเรือน เราผ่อง	ผู้สูงอายุ/ผู้รับประโยชน์	รพ.สต.ท่ากว้าง อ.สารภี		
	8. คุณจันทร์ทา ทองชาติ	ผู้รับประโยชน์	รพ.สต.ท่ากว้าง อ.สารภี		
	9. คุณจันทร์ดา อนุหวัน	ผู้รับประโยชน์	รพ.สต.ท่ากว้าง อ.สารภี		
	10. คุณแสงหล้า ไชยวรรณ	ผู้รับประโยชน์	รพ.สต.ท่ากว้าง อ.สารภี		

วัน/เดือน/ปี	ชื่อผู้ให้ข้อมูล	ตำแหน่ง/สถานภาพ	หน่วยงาน	นวัตกรรม/ศูนย์เรียนรู้	หมายเหตุ
	11. คุณดี บุญมา	ผู้รับประโยชน์	รพ.สต.ท่ากว้าง อ.สารภี		
	12. คุณจิราภรณ์ เกาตุ่น	ผู้ประสานงาน	รพ.สต.ท่ากว้าง อ.สารภี		
	13. คุณณภัทร ยาลินดา	ผู้ประสานงาน	รพ.สต.ท่ากว้าง อ.สารภี		
	14. คุณพัชรภรณ์ บุญเกิด	ผู้ประสานงาน	รพ.สต.ท่ากว้าง อ.สารภี	ศูนย์เรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาว	
26 ต.ค. 59 09.00–11.30 น.	15. รศ.ดร.วิลาวัลย์ เสนารัตน์ (ข้าราชการเกษียณ)	คณะทำงานโครงการ ขับเคลื่อนฯ	สภากรพยาบาล ฯ/สมาคม พยาบาลภาคเหนือ/คณะพยาบาล ศาสตร์ ม.เชียงใหม่	คณะทำงานระดับโครงการ ขับเคลื่อนฯ	
26 ต.ค. 59 14.00–17.00 น.	16. คุณทัศนีย์ คำดา (ผู้อำนวยการ รพ.สต./ พยาบาลวิชาชีพ)	ผู้อำนวยการ รพ.สต./ ร่วมพัฒนานวัตกรรม ร่วมกับชุมชน	รพ.สต.บ้านห้วยทราย ต.แม่ทา อ.แม่ฮอน เชียงใหม่	ศูนย์เรียนรู้ด้านสุขภาพองค์ รวม/การกระทำการกับปัจจัย ทางสังคมกำหนดสุขภาพ	
	17. คุณกนกศักดิ์ ดวงแก้ว (นายก อบต.)	นายก อบต.	รพ.สต.บ้านห้วยทราย ต.แม่ทา อ. แม่ฮอน เชียงใหม่	ศูนย์เรียนรู้ “-----”	<u>ภาคีเครือข่าย/ ชุมชน</u>
27 ต.ค. 59 09.00–11.30 น.	18. ศ.ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ (ข้าราชการเกษียณ)	ผู้รับผิดชอบหลัก โครงการ ฯ/กรรมการ สภากรพยาบาล	สภากรพยาบาล/อดีตอาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ ม.เชียงใหม่	หัวหน้าโครงการขับเคลื่อน วิชาชีพการพยาบาล ฯ	
27 ต.ค. 59 13.00–15.00 น.	19. ศ.ดร.อารีวรรณ กลั่นกลิ่น (อาจารย์พยาบาล)	ประธานคณะทำงาน ระดับภาค/แกน ขับเคลื่อนหลักในคณะ	คณะพยาบาลศาสตร์ ม.เชียงใหม่	คณะทำงานระดับพื้นที่ภาค/ โครงการขับเคลื่อนฯ	
	20. คุณวิไลพรรณ ใจวิไล (ผู้ประสานงาน)	เลขานุการคณะทำงาน	คณะพยาบาลศาสตร์ ม.เชียงใหม่	คณะทำงานระดับภาค	

วัน/เดือน/ปี	ชื่อผู้ให้ข้อมูล	ตำแหน่ง/สถานภาพ	หน่วยงาน	นวัตกรรม/ศูนย์เรียนรู้	หมายเหตุ
28 ต.ค. 59 09.00–11.30 น.	21. คุณประณีตศิลป์ เซาว์ลักษณ์สกุล (พยาบาลวิชาชีพ)	หน.ฝ่ายการพยาบาล/ เจ้าของนวัตกรรม	รพ.สันป่าตอง อ.สันป่าตอง เชียงใหม่	ศูนย์เรียนรู้ด้านการดูแลแผล แบบบูรณาการ	
28 ต.ค. 59 09.00–11.30 น.	22. คุณวิรัชรา ชมพูนุช (พยาบาลวิชาชีพ)	ทีมงาน/วิทยากร	รพ.สันป่าตอง อ.สันป่าตอง เชียงใหม่	ศูนย์เรียนรู้ “-----”	
28 ต.ค. 59 09.00–11.30 น.	23. คุณจารุพร ตามสัตย์ (พยาบาลวิชาชีพ)	ทีมงาน	รพ.สันป่าตอง	ศูนย์เรียนรู้ “-----”	
28 ต.ค. 59 09.00–11.30 น.	24. คุณวิลาวรรณ กันทะลี (พยาบาลวิชาชีพ)	ทีมงาน	รพ.สันป่าตอง	ศูนย์เรียนรู้ “-----”	
28 ต.ค. 59 14.00–16.30 น.	25. คุณมาลีจิตร ชัยเนตร (พยาบาลวิชาชีพ)	ทีมงานในการพัฒนา นวัตกรรม	โรงพยาบาลแม่ลาว อ.แม่ลาว จ.เชียงราย	ศูนย์เรียนรู้ด้านธรรมชาติ บำบัดและสุขภาพองค์รวม	
28 ต.ค. 59 14.00–16.30 น.	26. คุณรุ่งลาวัลย์ กาวีละ (พยาบาลวิชาชีพ)	ทีมงานในการพัฒนา นวัตกรรม	โรงพยาบาลแม่ลาว อ.แม่ลาว จ.เชียงราย	ศูนย์เรียนรู้ “-----”	

ภาคเหนือ สรุปจำนวนผู้ให้สัมภาษณ์เชิงคุณภาพ 26 คน แบ่งเป็น อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์จำนวน 1 คน

(ซึ่งมีสถานภาพเป็นทีมงานระดับโครงการ หรือ ประธานคณะทำงาน ฯ ระดับภาคด้วย) ทีมงานโครงการส่วนกลาง จำนวน 2 คน ทีมงานโครงการระดับภาคจำนวน 1 คน พยาบาลจำนวน 10 คน ผู้อำนวยการ รพ.สต. 2 คน ภาควิชาเครือข่าย/ชุมชน/ประชาชน/อสม./องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/กำนัน จำนวน 10 คน

รายชื่อผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก ภาคตะวันออก

โครงการวิจัย ติดตามและประเมินผลโครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

ระหว่างวันที่ 7-10, 28-29 พฤศจิกายน 2559

วัน/เดือน/ปี	ชื่อบุคคลที่ให้ข้อมูล	ตำแหน่ง/สถานภาพ	หน่วยงาน	นวัตกรรม/ศูนย์เรียนรู้	หมายเหตุ
7 พ.ย. 59 10.30-13.00 น.	1. รศ.ดร.นุจรี ชัยมงคล คณบดี	คณบดี	คณะพยาบาลศาสตร์ ม.บูรพา	คณะทำงานระดับภาค	มาร่วมให้ข้อมูล และรับฟังการ ประเมินผล
	2. รศ.ดร.สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ	ประธานคณะทำงาน ระดับภาคฯ	คณะพยาบาลศาสตร์ ม.บูรพา	คณะทำงานระดับภาค	
	3. ผศ.ดร.สมสมัย รัตนกริฑากุล	ผู้ทำงานและเลขานุการ	คณะพยาบาลศาสตร์ ม.บูรพา	คณะทำงานระดับภาค	
	4. ผศ.ดร.ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์	ทีมงานขับเคลื่อน	คณะพยาบาลศาสตร์ ม.บูรพา	คณะทำงานระดับภาค	
	5. ผศ.ดร.ยุวดี สีสันนาวิระ	ทีมงานขับเคลื่อน	คณะพยาบาลศาสตร์ ม.บูรพา	คณะทำงานระดับภาค	
	6. ผศ.ดร.ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี	ทีมงานขับเคลื่อน	คณะพยาบาลศาสตร์ ม.บูรพา	คณะทำงานระดับภาค	
	7. นางสาววาสนา ชัมเทียม	คณะทำงานและ ผู้ช่วยเลขานุการ	คณะพยาบาลศาสตร์ ม.บูรพา	คณะทำงานระดับภาค	
	8. นายณณมิตร รอดโสภา	คณะทำงานและ ผู้ช่วยเลขานุการ	คณะพยาบาลศาสตร์ ม.บูรพา	คณะทำงานระดับภาค	
7 พ.ย. 59 14.00-15.00 น.	9. นางจันทนา พงษ์สมบุญณ์ (ข้าราชการเกษียณ)	อดีตหัวหน้าฝ่ายการ พยาบาล รพ.ชลบุรี และ อดีตนายกสมาคม พยาบาลภาคตะวันออก	สมาคมพยาบาลภาคตะวันออก	อดีตคณะทำงานระดับภาค ตะวันออก	

วัน/เดือน/ปี	ชื่อบุคคลที่ให้ข้อมูล	ตำแหน่ง/สถานภาพ	หน่วยงาน	นวัตกรรม/ศูนย์เรียนรู้	หมายเหตุ
7 พ.ย. 59 15.00–16.00 น.	10. นางสาวชนทอง สุขผ่อง (พยาบาลวิชาชีพ)	พยาบาล/ผู้เรียน/ ผู้เข้า รับการอบรม	รพ.ในสังกัดมหาวิทยาลัยบูรพา		
8 พ.ย. 59 9.30–11.00 น.	11. นางนราภรณ์ วงษ์แก้ว	พยาบาลวิชาชีพ/เจ้าของ นวัตกรรม	คลินิกโรคไต รพ.ชลบุรี	ศูนย์เรียนรู้ ด้านการสร้าง เสริมสุขภาพผู้ป่วยไตวาย	
	12. นางวัชรีย์ รัตนวงศ์	พยาบาลวิชาชีพ/ทีมงาน	คลินิกโรคไต รพ.ชลบุรี		
	13. นางวราภรณ์ ยูปิยะ	พี่เลี้ยง/ผู้ช่วยพยาบาล	คณะพยาบาลศาสตร์ ม.บูรพา		
8 พ.ย. 59 11.30–13.30 น.	14. นางสาวสุรภา สุขสวัสดิ์	พยาบาลวิชาชีพ/เจ้าของ นวัตกรรม	รพ.สมเด็จพระ ญ ศรีราชา	ศูนย์เรียนรู้ด้านการป้องกัน ปัญหาเริมเืองปากมดลูก	
8 พ.ย. 59 14.30–15.30 น.	15. นางวชิรา ลิ้มเจริญชัย	หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล	รพ.บ้านบึง ชลบุรี	ศูนย์เรียนรู้ด้านการสร้าง เสริมสุขภาพผู้พิการ	
	16. คุณพรเพ็ญ ภัทรการ	พยาบาลวิชาชีพ/เจ้าของ นวัตกรรม	รพ.บ้านบึง ชลบุรี	ศูนย์เรียนรู้ด้านการสร้าง เสริมสุขภาพผู้พิการ	
9 พ.ย. 59 9.00–12.00 น.	17. นางมีนา พรหมสุภา	พยาบาลวิชาชีพ/ทีมงาน ในศูนย์เรียนรู้	รพ.คลองใหญ่ อ.คลองใหญ่ จ.ตราด	ศูนย์เรียนรู้ด้านการดูแล ผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน (Home Ward)	
	18. คุณพรทิพย์ ดวงกระสินธุ์	พยาบาลวิชาชีพ/ทีมงาน	รพ.คลองใหญ่		
	19. คุณวันเพ็ญ จรุงศิลป์	พยาบาลวิชาชีพ/ทีมงาน	รพ.คลองใหญ่		
	20. คุณอวยพร ทองตัน	พยาบาลวิชาชีพ/ทีมงาน	รพ.คลองใหญ่		
	21. คุณธนพร โภคกุล	พยาบาลวิชาชีพ/ทีมงาน	รพ.คลองใหญ่		
	22. จอ.ณัฐพงษ์ อำนวยศิลป์	ทีมสนับสนุน/อปท.	ฝ่ายสาธารณสุขเทศบาล ต.คลองใหญ่		
	23. คุณบุญธรรม นิ้มมาก	อสม.	รพ.คลองใหญ่		

วัน/เดือน/ปี	ชื่อบุคคลที่ให้ข้อมูล	ตำแหน่ง/สถานภาพ	หน่วยงาน	นวัตกรรม/ศูนย์เรียนรู้	หมายเหตุ
	24. คุณพนิดา อินทรเกษตร	อสม.	รพ.คลองใหญ่		
	25. คุณวลัยพร บุญคู่	อสม.	รพ.คลองใหญ่		
	26. คุณบรรจบ ศรีเจ็ก	อสม.	รพ.คลองใหญ่		
9 พ.ย. 59 14.00–16.00 น.	27. นางสาวสุรรัตน์ คงสติ	พยาบาลวิชาชีพ/เจ้าของ นวัตกรรม	รพ.สต.ตะกวด อ.เมือง จ.ตราด	ศูนย์เรียนรู้ด้านการปรับ พฤติกรรมสุขภาพ	
	28. นายสมทรง บุญล้อม	ประธาน อสม.			
	29. นายอำนาจ อภิบาลศรี	อสม.			
	30. นางสาวมาลัย อภิบาลศรี	อสม.			
	31. นางสุพัตรา ยิ้มแฉล้ม	อสม.			
10 พ.ย. 59 10.00–14.00 น.	32. นางสาวนิธิดา วิเชียรทอง	พยาบาลวิชาชีพ/เจ้าของ นวัตกรรม	รพ.สต.บ้านหนองกรับ อ.บ้านค่าย จ. ระยอง	ศูนย์เรียนรู้ด้านการปรับ พฤติกรรมสุขภาพ	
	33. นายสมพงษ์ เวชมาตา	ผู้ใหญ่บ้าน			
	34. คุณทองสุข วิทยาลัย	อสม.			
	35. คุณลักษณะวัลย์ มาหโพธิกุล	อสม.			
	36. คุณนงเยาว์ ตั้งพิริยะกุล	อสม.			
	37. คุณชุตติกาญจน์ ประดับผล	อสม.			
	38. คุณอัญชลี สมนานสินธุ์	อสม.			
28 พ.ย.59 10.30–12.30 น.	39. นางศศิธร วัตรศรี	พยาบาลวิชาชีพ/ทีม ทำงาน	รพ.พระนารายณ์มหาราช	เครือข่ายร่วมใจดูแลผู้ป่วย เรื้อรัง	
	40. นางกมลรัตน์ อัมพวา	พยาบาลวิชาชีพ/ทีมงาน	เทศบาล ต.เขาพระงาม		

วัน/เดือน/ปี	ชื่อบุคคลที่ให้ข้อมูล	ตำแหน่ง/สถานภาพ	หน่วยงาน	นวัตกรรม/ศูนย์เรียนรู้	หมายเหตุ
	41. นางภทริตา สดสรณโน	พยาบาลวิชาชีพ/ทีมงาน	เทศบาล ต.เขาพระงาม		
	42. นางวิไลวรรณ สุขเกษม	พยาบาลวิชาชีพ/ทีมงาน	รพ.พระนารายณ์มหาราช		
	43. นางอัจฉรา มั่นหาญ	ทีมงาน/เครือข่าย	เทศบาล ต.เขาพระงาม		
	44. น.ส.ศิริวัลย์ หมอนทอง	อสม.	เทศบาล ต.เขาพระงาม		
28 พ.ย. 15.00–17.00 น.	45. นางยุพิน ครุชัย	เจ้าของนวัตกรรม/ หัวหน้าทีมงาน	รพ.สต.ท่ามะนาว อ.ชัยบาดาล ลพบุรี		
	46. นส.สมจิตร จันทศิริ	อสม.	รพ.สต.ท่ามะนาว		
	47. นางแอ้ว รักชาติ	อสม.	รพ.สต.ท่ามะนาว		
	48. น.ส.อัญชลี พรหมโตตร	อสม.	รพ.สต.ท่ามะนาว		
	49. นายราเชนทร์ นิเมศิริ	อสม.	รพ.สต.ท่ามะนาว		
29 พ.ย. 59 9.30–12.30 น.	50. นางจันทร์นิภา เกตตรา	หัวหน้าทีมงาน/ เจ้าของนวัตกรรม/ พยาบาลวิชาชีพ	รพ.วังน้ำเย็น อ.วังน้ำเย็น จ.สระแก้ว	ศูนย์เรียนรู้ด้านการปรับ ระบบบริการ	
	51. นางน้ำค้าง พรหมเสน	พยาบาลวิชาชีพ/ทีมงาน/ วิทยากร			
	52. นางพลอยลดา รักสกุล	พยาบาลวิชาชีพ/ทีมงาน/ วิทยากร			

วัน/เดือน/ปี	ชื่อบุคคลที่ให้ข้อมูล	ตำแหน่ง/สถานภาพ	หน่วยงาน	นวัตกรรม/ศูนย์เรียนรู้	หมายเหตุ
	53. น.ส.ราตรี เนื่อนุ่น	พยาบาลวิชาชีพ/ทีมงาน/ วิทยากร			
	54. นางสมคิด สิงห์โต	อสม DOT./ผู้ดูแลผู้ป่วย			

ภาคตะวันออก บวก จังหวัดลพบุรีและสระแก้ว รวมจำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 54 ราย แบ่งเป็น คณบดี/ผู้บริหารคณะพยาบาลศาสตร์ ม.บูรพาจำนวน 1 ราย คณะทำงานระดับพื้นที่ภาคจำนวน 8 ราย พยาบาลวิชาชีพ/เจ้าของนวัตกรรม/วิทยากรศูนย์เรียนรู้ จำนวน 21 ราย พี่เลี้ยง/ผู้ช่วยพยาบาลจำนวน 1 ราย ผู้เรียนรู้นวัตกรรม/ผู้เข้าอบรมหลักสูตรพยาบาลนักสร้างเสริมสุขภาพจำนวน 1 ราย ภาควิชาเครือข่าย/ชุมชน/อสม./องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 22 ราย

รายชื่อผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก ภาคใต้

โครงการวิจัย ติดตามและประเมินผลโครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

ระหว่างวันที่ 10-13 ตุลาคม และ 17 พฤศจิกายน 2559

วัน/เดือน/ปี	ชื่อบุคคลที่ให้ข้อมูล	ตำแหน่ง/สถานภาพ	หน่วยงาน	นวัตกรรม/ศูนย์เรียนรู้	หมายเหตุ
10 ต.ค. 59	1. คุณกัณตวรรณ มากวิจิตร	หัวหน้าพยาบาลจิตเวช	รพ.จิตเวชสงขลานครินทร์	ศูนย์เรียนรู้ด้านการพยาบาลจิตเวช	
	2. คุณสุภาภรณ์ เดชดี	พยาบาลจิตเวช	รพ.จิตเวชสงขลานครินทร์		
	3. คุณกัญญา วิจิตพันธ์	พยาบาลจิตเวช	รพ.จิตเวชสงขลานครินทร์		
	4. คุณนิบัตริยะ จิงา	พยาบาลจิตเวช	รพ.จิตเวชสงขลานครินทร์		
	5. คุณประกอบ ขุนทอง	พยาบาลจิตเวช	รพ.จิตเวชสงขลานครินทร์		
	6. คุณบรรณวิทย์ เพชรสุวรรณ	พยาบาลจิตเวช	รพ.จิตเวชสงขลานครินทร์		
10 ต.ค. 59	7. คุณสุภัทร เพ็ชรการ	พยาบาลวิชาชีพ/เจ้าของ นวัตกรรม/วิทยากร	รพ.บางกล่ำ อ.บางกล่ำ สงขลา	ศูนย์เรียนรู้ด้านการดูแล ผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังใน ชุมชน	
	8. คุณอะมีนา ซิดีอักษร	อสม.	รพ.บางกล่ำ		
	9. คุณทวีพร ลัญเบญหมัด	อสม.	รพ.บางกล่ำ		
11 ต.ค. 59	10. รศ.ดร.อรัญญา เซาวลิต (คณบดี)	ประธานคณะทำงาน พื้นที่ภาคใต้	คณะพยาบาลศาสตร์ มอ.	คณะทำงานระดับพื้นที่ภาค	
	11. ผศ.ดร.ทัศนีย์ นะแสง	เลขานุการ/อาจารย์/ คณะทำงาน ฯ	คณะพยาบาลศาสตร์ มอ.	คณะทำงานระดับพื้นที่ภาค	
	12. ผศ.ดร.พัชรี คงจักรพันธ์	อาจารย์/คณะทำงาน	คณะพยาบาลศาสตร์ มอ.	คณะทำงานระดับพื้นที่ภาค	

วัน/เดือน/ปี	ชื่อบุคคลที่ให้ข้อมูล	ตำแหน่ง/สถานภาพ	หน่วยงาน	นวัตกรรม/ศูนย์เรียนรู้	หมายเหตุ
11 ต.ค. 59	13. ผศ.ดร.ศศิธร พุ่มดวง 14. ผศ.ดร.โสเพ็ญ ชูนวน 15. ผศ.ดร.ศศิกันต์ กาละ 16. ผศ.ดร.สุนันทา ย่างวิเศษเศรษฐ	อาจารย์/เจ้าของ นวัตกรรม/คณะทำงาน	รพ.สงขลานครินทร์	ศูนย์เรียนรู้นวัตกรรม PSU Cat and Locked Upright Position และศูนย์เรียนรู้การ สร้างเสริมเสริมสุขภาพ ผู้ป่วย/บุคลากร	
11 ต.ค. 59	17. คุณประดัด ธรรมโชติเต	พยาบาล/เจ้าของ นวัตกรรม/วิทยากร	รพ.สงขลานครินทร์	ศูนย์เรียนรู้ด้านการส่งเสริม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กรณี ดูดไม่ดี หรือหัวนมสั้น ใหญ่ ยาว	
11 ต.ค. 59	18. คุณยุพา แก้วมณี	พยาบาล/เจ้าของ นวัตกรรม/วิทยากร	รพ.สงขลานครินทร์	ศูนย์เรียนรู้ด้านการสร้าง เสริมสุขภาพแบบองค์รวมใน หน่วยงาน	
12 ต.ค. 59	19. คุณกัลยา แซ่ซิด	พยาบาล/เจ้าของ นวัตกรรม/วิทยากร	รพ.สงขลา อ.เมือง สงขลา	ศูนย์เรียนรู้ด้านการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ ประคับประคอง	
12 ต.ค. 59	20. คุณสุดา ขำนุรักษ์	พยาบาล/เจ้าของ นวัตกรรม/วิทยากร	รพ.งหว. อ.งหว. พัทลุง	ศูนย์เรียนรู้ด้านการดูแล ผู้ป่วยเรื้อรังโดยชุมชนมี ส่วนร่วม	
	21. คุณสุนิศา คงเกียง	อสม.			
	22. คุณสมศรี พุ่มนวล	อสม.			
	23. คุณปาริชาติ พุ่มนวล	อสม.			
	24. คุณสกุณา ช่วยเทศ	อสม.			

วัน/เดือน/ปี	ชื่อบุคคลที่ให้ข้อมูล	ตำแหน่ง/สถานภาพ	หน่วยงาน	นวัตกรรม/ศูนย์เรียนรู้	หมายเหตุ
13 ต.ค. 59	25. คุณสมพล เสียมไหม	ผู้อำนวยการ รพ.สต. / วิทยากร/นักวิชาการ สาธารณสุข	รพ. สต. เขาไม้แก้ว อ.สิเกา จ.ตรัง	ศูนย์เรียนรู้ด้านการ ขับเคลื่อนสุขภาพในชุมชน/ การกระทำกับปัจจัยทาง เศรษฐกิจ-สังคมที่กำหนด สุขภาพ	
	36. นายโชคดี อัยกัม	ผู้ใหญ่บ้าน			
	37. นายวรรณวิทย์ มากนคร	อสม.			
	38. นางจิตติมา อุন্নตา	อสม.			
	39. นายวิโรจน์ (ไม่ทราบนามสกุล)	อสม.			
17 พ.ย. 59	40. นายชัยวัฒน์ พุทธิสโร	พยาบาลเจ้าของ นวัตกรรม/หัวหน้างาน สุขภาพจิตชุมชน/ วิทยากร	รพ.จิตเวชสงขลานครินทร์ อ.เมือง สงขลา	ศูนย์เรียนรู้ด้านการพยาบาล จิตเวช/การคัดกรองปัญหา สุขภาพจิต	สัมภาษณ์ที่ กรุงเทพมหานคร/ รพ.ศิริราช

หมายเหตุ รวมจำนวนผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพของภาคใต้ทั้งหมด 30 ราย แบ่งเป็น คณะทำงานระดับพื้นที่ภาคใต้ จำนวน 3 ราย, อาจารย์พยาบาล/เจ้าของนวัตกรรมจำนวน 4 ราย
พยาบาลวิชาชีพ/วิทยากรในศูนย์เรียนรู้/แหล่งเรียนรู้นวัตกรรมจำนวน 6 ราย, พยาบาลจิตเวชจำนวน 7 ราย, ภาควิชาเครือข่าย/ชุมชน/
อสม./องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 10 ราย

รายชื่อผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (อีสานตอนเหนือ)
 โครงการวิจัย ติดตามและประเมินผลโครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ
 ระหว่างวันที่ 17-21 ตุลาคม 2559

วัน/เดือน/ปี	ชื่อบุคคลที่ให้ข้อมูล	ตำแหน่ง/สถานภาพ	หน่วยงาน	นวัตกรรม/ศูนย์เรียนรู้	หมายเหตุ
17 ต.ค. 59 8.30-11.20 น.	ผศ.ดร.กล้าเผชิญ โชคบำรุง	☐ ผู้รับผิดชอบหลักการทำงานโครงการฯ ในภาคอีสาน ☐ คณะทำงานพื้นที่ภาคอีสาน ☐ วิทยากรฐานเรียนรู้ที่ 1: การพัฒนาหลักสูตรและการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพ ว่าด้วยการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในการประชุมวันที่ 24-26 พฤษภาคม 2559 ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	คณะทำงานส่วนพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	
17 ต.ค. 59 12.00-13.00 น.	ผศ.ดร.เสาวมาศ คุณล้าน เกื่อนนาดี	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ม.ขอนแก่น	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น		

วัน/เดือน/ปี	ชื่อบุคคลที่ให้ข้อมูล	ตำแหน่ง/สถานภาพ	หน่วยงาน	นวัตกรรม/ศูนย์เรียนรู้	หมายเหตุ
17 ต.ค. 59 13.40–14.50 น.	คุณจรีพร บวรบดุงกิตติ	หัวหน้าการพยาบาล รพ.ขอนแก่น	โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น อ.เมือง ขอนแก่น	นวัตกรรม “พยาบาลผู้สร้าง สุขภาวะชุมชน”	
17 ต.ค. 59 15.00–15.20 น.	นางเพชรภรณ์ ประสารน้า	– พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ – พยาบาลผู้ผ่านการ อบรม	โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น อ.เมือง ขอนแก่น	นวัตกรรม “พยาบาลผู้สร้าง สุขภาวะชุมชน”	
17 ต.ค. 59 16.30–17.50 น.	ดร.จกกลณี จันทศิริ พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ	เจ้าของนวัตกรรม “พยาบาลผู้สร้างสุข ภาวะชุมชน” วิทยากรฐานเรียนรู้ที่ 1: การพัฒนาหลักสูตรและ การเรียนรู้การสร้าง เสริมสุขภาพว่าด้วย การสร้างนโยบาย สาธารณะเพื่อสุขภาพ ในการประชุมวันที่ 24– 26 พฤษภาคม 2559 ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น	โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น อ.เมือง ขอนแก่น	นวัตกรรม “พยาบาลผู้สร้าง สุขภาวะชุมชน”	

วัน/เดือน/ปี	ชื่อบุคคลที่ให้ข้อมูล	ตำแหน่ง/สถานภาพ	หน่วยงาน	นวัตกรรม/ศูนย์เรียนรู้	หมายเหตุ
18 ต.ค. 59 9.00–11.00 น.	1. นางดอกไม้ ทองสัญญ 2. นางสาว รุ่งเรือง 3. นางนารี สร้อยคำ 4. นางน้ำฝน พลพงษ์ 5. นางทองสัน สุโพธิชัย 6. ขนิษฐา พิมพ์เรือง 7. นางสาวสุดา อ่อนเหลา 8. นางเบญจมาศ แข็งขยัน 9. คุณแซม ปู่คาน 10. คุณสมพิศ กงแก้ว 11. คุณละไม 12. นายธงชัย แก้วแสงใส 13. นางเบญจมาศ วีระวงษ์ 14. คุณสุخي ธิวิวงศ์ 15. นางเต็ม บุปผาไท 16. นางสาวนิตยา อินทะสร้อย 17. นางสุรวิรัตน์ ดาวเรือง	พยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน นอกนั้นมีสถานภาพเป็น อสม. ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน และเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขจาก เทศบาลตำบลน้ำพอง	พื้นที่ชุมชน เทศบาลตำบลน้ำพอง : ซึ่งเป็นเครือข่ายการทำงานของ รพ.น้ำพอง และ รพ.ศูนย์ขอนแก่น	นวัตกรรม พยาบาลชุมชน: งานสร้างสุขภาวะชุมชน อย่างยั่งยืน	
18 ต.ค. 59 11.30–12.40 น.	1. นางสุรวิรัตน์ ดาวเรือง 2. คุณรุ่งอรุณ 3. คุณสุภาพร 4. คุณละมุล เกตุสาคร 5. คุณปราณี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญ การ และคณะบริหาร กลุ่มการพยาบาล	รพ.น้ำพอง อ.น้ำพอง จ.ขอนแก่น	นวัตกรรม พยาบาลชุมชน: งานสร้างสุขภาวะชุมชน อย่างยั่งยืน	

วัน/เดือน/ปี	ชื่อบุคคลที่ให้ข้อมูล	ตำแหน่ง/สถานภาพ	หน่วยงาน	นวัตกรรม/ศูนย์เรียนรู้	หมายเหตุ
	6. คุณเชิยรรักษ์ 7. คุณดารณี 8. คุณรา 9. คุณจันทร์โท ชื่นใจ 10. คุณอรรธรณ คำโอ้				
18 ต.ค. 59 14.15–16.00 น.	1. นางพรพิมล เกตุดาว 2. นายวรชาติ พรธนะ 3. คุณดาวเรือง วรจักร 4. คุณพ่อบุญเกิด เหล่าพรรณนา 5. นายคตเพชร 6. นายบุญรอด งามบุญ	1. ผู้อำนวยการ รพ.สต. ตำบลโคกงาม และลำดับ ที่ 2-6 เป็นเจ้าพนักงาน สาธารณสุขปฏิบัติงาน, เจ้าพนักงานสาธารณสุข ชุมชน, ประธาน อสม., ปราชญ์ชาวบ้าน นวัตกรรม ลำไ้บ้าน คุ้มครองผู้บริโภค	รพ.สต.โคกงาม อ.บ้านฝาง จ.ขอนแก่น	นวัตกรรม หมอลำพื้นบ้าน คุ้มครองผู้บริโภค	
19 ต.ค. 59 9.15–11.30 น.	1. นพ.สำเริง โปตาพล 2. คุณอุไรลักษณ์ แสนพิมล 3. คุณสายทอง ราชศรี 4. น.ส.อภิญา ลุนนากัน 5. คุณอารมณ์ ธีรคำ	1. ผอ.โรงพยาบาลเกษตร วิสัย 2. หัวหน้ากลุ่มงานเวช ปฏิบัติครอบครัวและ ปฏิบัติปฐมภูมิ 3. พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	โรงพยาบาลเกษตรวิสัย อ.เกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด	นวัตกรรม โรงพยาบาล ปลอดบุหรี่ 100%	

วัน/เดือน/ปี	ชื่อบุคคลที่ให้ข้อมูล	ตำแหน่ง/สถานภาพ	หน่วยงาน	นวัตกรรม/ศูนย์เรียนรู้	หมายเหตุ
		4. พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ 5. หัวหน้ากลุ่มการ พยาบาล			
19 ต.ค. 59 14.40–15.40 น.	1. นางวัฒนา สว่างศรี 2. นางฉวีวรรณ เผ่าพันธุ์	พยาบาลจากแหล่ง เรียนรู้ในโครงการ ขับเคลื่อนการพยาบาล เพื่อการสร้างเสริม สุขภาพ ในงานประชุม วันที่ 24– 26 พฤษภาคม 2559 ที่มิราเคิล แกรนด์	โรงพยาบาลมหาสารคาม อ.เมือง มหาสารคาม	เข้าร่วมเรียนรู้กับโครงการ/ ไม่มีนวัตกรรม	
20 ต.ค. 59 9.30–12.00 น.	1. นายวิชัย ผลิตนนท์เกียรติ 2. คุณสุทิน ผลิตนนท์เกียรติ 3. นางสาวเพ็ญวิไล ฤทัยประเสริฐศรี 4. นางขวัญ มีรักดีกุล 5. นางกรรณิกา ริงคะสาร 6. นางสาวศรากร พรหมดีดี 7. นางสาวสุภาภรณ์ อุตสาหะ 8. นายโกศล ประดิษฐ์แท้ 9. นายปริญญาพร อยู่สุข 10. นายประจวบ มะมะเบ 11. นายสมจันท์ อสุร	1. ผอ.รพ. 2. พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ 3. นักวิชาการสาธารณสุข- สุขชำนาญการ 4. พยาบาลวิชาชีพ 5. พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ 6. นักวิชาการสาธารณสุข- สุขชำนาญการ 7. หัวหน้าพยาบาล	โรงพยาบาลชุมชนเอราวัณ อ.เอราวัณ จังหวัดเลย	นวัตกรรม งานศพปลอด เหล้า	

วัน/เดือน/ปี	ชื่อบุคคลที่ให้ข้อมูล	ตำแหน่ง/สถานภาพ	หน่วยงาน	นวัตกรรม/ศูนย์เรียนรู้	หมายเหตุ
	12. นายอภิชาติ สบู่แก้ว 13. นายอุเทน แสงนาโก 14. นายอุดม ทับทิมไสย์ 15. นายวิทยา สีหะบุญจันทร์ 16. นางกานดาพร ประภาษา 17. นางบุญจันทร์ แก้งตาภา 18. นางฉวี สุเสนา 19. นางเวียงคำ สุระนายนัย 20. นายสงกรานต์ สมนึก	8. ผอ.รพ.สต.ห้วยป่าน 9. ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 10. นายกเทศบาลผาอินทร์แปลง 11. ผู้ใหญ่บ้านหมู่ 12 12. สสอ.เอราวัณ 13. ปลัดเทศบาลตำบลเอราวัณ 14. ผช.ผู้ใหญ่บ้านหมู่ 3 15. ผช.ผู้ใหญ่บ้านหมู่ 13			
20 ต.ค. 59 14.30–16.15 น.	1. นางปรียาร์ตน์ อากแก้ว 2. นายธีรัช นัตศรี 3. นางยินดี ศิริเกษ 4. นางสุธารัตน์ สารโมคา 5. คุณมัลลิกา ศรีตณชัย 6. นายมนตรี เมืองจันทิก 7. นางรัศมี ผิวกลม 8. นางปาริฉัตร จันทรดำ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 9. นางสุภาวดี ผิวกลม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ลำดับที่ 1 เป็นรองผู้อำนวยการโรงเรียนและลำดับที่ 2-8 เป็นครู/อาจารย์ในโรงเรียนชุมชนวังสะพุง	โรงเรียนชุมชนวังสะพุง โรงพยาบาลวังสะพุง อ.วังสะพุง จังหวัดเลย	โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	

วัน/เดือน/ปี	ชื่อบุคคลที่ให้ข้อมูล	ตำแหน่ง/สถานภาพ	หน่วยงาน	นวัตกรรม/ศูนย์เรียนรู้	หมายเหตุ
21 ต.ค. 59 10.00–11.30 น.	1. นางร่มแพร ศิริโสภณ 2. คุณจิรากร (ไม่ทราบนามสกุล) 3. คุณสุทธวิพรรณ ปรีชา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญ การ และพยาบาล วิชาชีพ	โรงพยาบาลเลย อ.เมือง จ.เลย	นวัตกรรม สวัสดิการด้าน สุขภาพเพื่อการสร้างเสริม สุขภาพบุคลากร	

หมายเหตุ จำนวนผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพของภาคอีสานตอนบนทั้งหมดจำนวน 77 ราย แบ่งเป็น คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์จำนวน 1 ราย, อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์จำนวน 1 ราย, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 2 ราย, หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลจำนวน 2 ราย, รองหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล จำนวน 1 ราย, พยาบาลวิชาชีพ/เจ้าของนวัตกรรม/วิทยากรศูนย์เรียนรู้จำนวน 26 ราย, ผอ.รพ.สต.จำนวน 1 ราย, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนจำนวน 5 ราย, ครู/อาจารย์จำนวน 8 ราย, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ชุมชน/ภาคีเครือข่ายสุขภาพ/ปราชญ์ชาวบ้าน/อสม. จำนวน 30 ราย

รายชื่อผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (อีสานตอนใต้)

โครงการวิจัย ติดตามและประเมินผลโครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

ระหว่างวันที่ 20-23 พฤศจิกายน 2559

วัน/เดือน/ปี	ชื่อบุคคลที่ให้ข้อมูล	ตำแหน่ง/สถานภาพ	หน่วยงาน	นวัตกรรม/ศูนย์เรียนรู้	หมายเหตุ
20 พ.ย. 59 9.00-12.00 น.	1. คุณศิริทิพย์ สงวนวงศ์วาน 2. แพทย์หญิงกรรณา ระจินดา 3. นางทัศนีย์ บุญวานิตย์ 4. นางสุมาลี หัวคำ 5. นางอมรา ลิ้นแสน 6. นางลักขณา จันดีสาร 7. นางสมจิตต์ ศรีเจริญ 8. นางสาวกฤษฎาภรณ์ ประกอบแสง 9. นางกัลยา อุ๋นรัตน์ 10. นางวันทนี ทองหนู 11. นางสาวอรชร มาวาทชุม 12. นางสาวสิริมนต์ คำริห์ 13. นางสาวนุจรีย์ ไสสมบัติ	ลำดับที่ 1 เป็นหัวหน้า กลุ่มการพยาบาล และ ลำดับที่ 2-13 เป็น พยาบาลวิชาชีพ	รพ.สรรพสิทธิประสงค์ อ.เมือง อุบลราชธานี	นวัตกรรม สุขกายสบาย ใจเมื่อใกล้วิสัญญี	
20 พ.ย. 59 13.00-16.00	1. นายแพทย์ณัฐนนท์ พิระภาณุรักษ์ 2. คุณสงกรานต์ ยอดศิริ 3. นายอนุรักษ์ อนุสนธิ์ 4. นางนวลฉวี ศรีคำ	ลำดับที่ 1 เป็นผู้อำนวยการ การโรงพยาบาล และ ลำดับที่ 2-8 เป็น	โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ อ.ศรีเมืองใหม่ อุบลราชธานี	นวัตกรรม ปิงปอง จราจรชีวิต 7 สี เพื่อ ปรับเปลี่ยนสุขภาพใน ประชาชน	

วัน/เดือน/ปี	ชื่อบุคคลที่ให้ข้อมูล	ตำแหน่ง/สถานภาพ	หน่วยงาน	นวัตกรรม/ศูนย์เรียนรู้	หมายเหตุ
	5. นางสาวนันทพร คุณพรหม 6. นางจรัญรัตน์ แจ่มจันทร์ 7. นางสาวสิรินทร สุมานนท์ 8. นางเพ็ญพักตร์ พิมพ์จันทร์	พยาบาลวิชาชีพ และ นักวิชาการสาธารณสุข			
22 พ.ย. 59 9.00-12.00 น.	คุณอุไรวรรณ สายตรง	พยาบาลวิชาชีพ	รพ.สต.โพนเมือง ต.โพนเมือง อ.เหล่า เสือโก้ก อุดรราชธานี	นวัตกรรม กล้อง มัลติจรรยา	
22 พ.ย. 59 13.30-16.00 น.	1. คุณวิภาดา เชื้อสุโขโรบล 2. คุณนาถฤดี สุสีลศิริ 3. นางสาวศุภลักษณ์ คำทอง 4. นางสาวเพ็ญประกาย สร้อยคำ 5. นางวิลาวัลย์ สุพรรณกลาง 6. นางสาวรินดา บุญปก 7. นางสาวสุกานดา ตรีแสน 8. นางสาวสุลลิกษณ์ นาคา	ลำดับที่ 1 เป็นรอง หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ประธานชมรมรักษ์ สุขภาพ และท่านอื่น ๆ เป็นพยาบาลวิชาชีพ และ เจ้าหน้าที่จากส่วนงาน ต่าง ๆ ของ รพ. เช่น ฝ่าย การเงิน ฯลฯ	โรงพยาบาลยโสธร อ.เมือง ยโสธร	นวัตกรรม ชมรมรักษ์ สุขภาพ	
23 พ.ย. 59 8.30-11.00 น.	คุณพัชรินทร์ พูลทวี	พยาบาลวิชาชีพ/ผู้เข้ามา รับงานต่อ แต่ไม่ได้ทำ เรื่องนวัตกรรมหมอนวด น้อยแล้ว	รพ.สต.สามแยก อ.เลิงนกทา ยโสธร	นวัตกรรม หมอนวดน้อย	

วัน/เดือน/ปี	ชื่อบุคคลที่ให้ข้อมูล	ตำแหน่ง/สถานภาพ	หน่วยงาน	นวัตกรรม/ศูนย์เรียนรู้	หมายเหตุ
23 พ.ย. 59 13.00-15.00 น.	1. คุณพยอม โพธิ์แสน 2. พยาบาลกลุ่มการพยาบาล จำนวน 3 ท่าน 3. ตัวแทนเทศบาล จำนวน 2 ท่าน 4. ตัวแทน กศน. จำนวน 1 ท่าน 5. ผู้สูงอายุ จำนวน 7 ท่าน	ผู้อำนวยการ รพ.ป่าต้ว	โรงพยาบาลป่าต้ว อ.ป่าต้ว ยโสธร	นวัตกรรม โรงเรียน ผู้สูงอายุ	

รวมผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพของภาคอีสานใต้ ประมาณ 45 ราย แบ่งเป็น ผอ.โรงพยาบาลจำนวน 2 ราย, หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล/รองหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลจำนวน 2 ราย, พยาบาลวิชาชีพ/เจ้าของนวัตกรรม/วิทยากรจำนวน 28 ราย, แพทย์จำนวน 1 ราย, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ภาคีเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่/อสม./ชุมชน จำนวน 5 ราย, ผู้สูงอายุ/ผู้รับประโยชน์โดยตรงจากสถานบริการสุขภาพ จำนวน 7 ราย

ภาคผนวก ๗.
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล



ภาคผนวก V.

แบบสอบถามนี้ใช้สำหรับพยาบาล/อาจารย์พยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ

ลำดับที่แบบสอบถาม _____ (สำหรับเจ้าหน้าที่โครงการ)

แบบสอบถาม

โครงการวิจัย ติดตามและประเมินผล

โครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

ดำเนินการโดย

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

สนับสนุนโดย

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

ตุลาคม 2559

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย ติดตามและประเมินผล แผนงานขับเคลื่อนวิชาชีพพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ที่ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ข้อมูลและความคิดเห็นต่าง ๆ ของท่านมีความสำคัญต่อการนำไปใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงการทำงานของแผนงานให้ได้ผลมากยิ่งขึ้นในระยะต่อไป

ดังนั้น จึงขอความกรุณาจากท่านในการกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกหน้า ทุกส่วน ทุกข้อ ตามความเป็นจริง ซึ่งแบบสอบถามนี้มีทั้งหมดจำนวน 13 หน้า ประกอบด้วยเนื้อหาต่าง ๆ ทั้งหมดจำนวน 7 ส่วน **ส่วนที่ 1** เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้กรอกข้อมูล **ส่วนที่ 2** เป็นคำถามเกี่ยวกับการได้รับการพัฒนาสมรรถนะ/ศักยภาพ/ความสามารถด้านการสร้างเสริมสุขภาพ **ส่วนที่ 3** เป็นการประเมินความพึงพอใจของท่านต่อการมีส่วนร่วมหรือการแสดงบทบาทในด้านต่าง ๆ เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ **ส่วนที่ 4** การประเมินความพึงพอใจของท่านต่อชุดการเรียนรู้ **ส่วนที่ 5** การประเมินความพึงพอใจของท่านต่อการเข้าร่วมอบรมหลักสูตรพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ **ส่วนที่ 6** การประเมินความพึงพอใจของท่านต่อการทำงานขององค์กร/หน่วยงานที่ท่านสังกัด และ **ส่วนที่ 7** การประเมินความพึงพอใจของท่านต่อการทำงานของแผนงาน/โครงการขับเคลื่อนวิชาชีพพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

โครงการวิจัย ติดตามและประเมินผล ฯ ขอขอบคุณทุกท่านที่กรุณาให้ความสำคัญกับการกรอกข้อมูลด้วยความระมัดระวัง ทั้งนี้ เพื่อความถูกต้องของข้อมูล และประโยชน์ในการนำไปใช้ในการปรับปรุงการทำงานของเครือข่ายของวิชาชีพพยาบาล เพื่อประโยชน์ต่อส่วนรวม และสุดท้ายเพื่อการมีสุขภาพที่ดีของประชาชนไทยโดยถ้วนหน้าในลำดับต่อไป

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ ที่ท่านคิดว่าเหมาะสมที่สุด หรือเติมข้อมูลลงในช่องว่าง

1.1 เพศ ☐ 1.ชาย ☐ 2. หญิง 3. ไม่ประสงค์ระบุ

1.2 อายุปี

1.3 สถานภาพสมรส

- ☐ 1. โสด ☐ 2. สมรส/อยู่ด้วยกันฉันท์สามีภรรยา
☐ 3. หม้าย ☐ 4. หย่า/แยกทาง/เลิกกัน ☐ 5. ไม่ประสงค์ระบุ

1.4 ระดับการศึกษาสูงสุด หรือ ระดับที่กำลังศึกษาอยู่ ณ ปัจจุบัน

- ☐ 1. ปริญญาตรี ☐ 2. ปริญญาโท
☐ 3. ปริญญาเอก ☐ 4. อื่น ๆ (โปรดระบุ) _____

1.5 ตำแหน่งงาน/สถานภาพปัจจุบัน

- ☐ 1. ผู้บริหาร/ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล/ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล/ หัวหน้ากองการพยาบาล/
 หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล
 /หัวหน้าตึก
☐ 2. ผู้ปฏิบัติ/ พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง (APN)/ พยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยบริการ
☐ 3. อื่น ๆ (โปรดระบุ) _____

1.6 สถานที่ทำงาน ปัจจุบัน โปรดระบุชื่อ คณะ/สถาบัน/รพ./สถานบริการ _____

ตำบล _____ อำเภอ _____ จังหวัด _____

กรณีเป็นสถานบริการ กรุณาระบุประเภทของสถานบริการ (ปฐมภูมิ, ทติยภูมิ, ตติยภูมิ)

1.7 กรณีทำงานในโรงพยาบาล กรุณาระบุแผนกที่ทำงานปัจจุบัน

- | | |
|--|---|
| ☐ 1. การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว
และชุมชน/งานเวชศาสตร์ครอบครัว/
งานเวชกรรมสังคม | ☐ 7. การพยาบาลสูติ-นารีเวช |
| ☐ 2. การพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน | ☐ 8. การพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม |
| ☐ 3. การพยาบาลผู้ป่วยนอก | ☐ 9. การพยาบาลวิสัญญี |
| ☐ 4. การพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม | ☐ 10. การพยาบาลห้องผ่าตัด |
| ☐ 5. การพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม | ☐ 11. การพยาบาลผู้ป่วยหนัก |
| ☐ 6. การพยาบาลห้องคลอด | ☐ 12. การพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะทาง
เช่น มะเร็ง โรคหัวใจ เป็นต้น |
| | ☐ 13. การพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน |
| | ☐ 14. อื่น ๆ ระบุ _____ |

- 1.8 จำนวนปีของการปฏิบัติงานในบทบาทพยาบาล/อาจารย์พยาบาล (โปรดระบุจำนวนปีที่ทำงาน ตั้งแต่สำเร็จการศึกษาจนถึงปัจจุบัน) เป็นระยะเวลา _____ ปี _____ เดือน
- 1.9 ท่านเข้ามาเกี่ยวข้องกับโครงการขับเคลื่อนพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ได้อย่างไร (กรุณาระบุอย่างละเอียด) _____
- 1.10 ท่านทราบจุดมุ่งหมายสูงสุดของโครงการหรือไม่ อย่างไร (กรุณาระบุ) _____

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการได้รับการพัฒนาสมรรถนะในด้านต่าง ๆ

- 2.1 การประเมินความพึงพอใจต่อการได้รับการพัฒนาสมรรถนะในด้านต่าง ๆ เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ (จากการที่ท่านเข้ามาเกี่ยวข้องกับโครงการทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม)

สมรรถนะในด้านต่าง ๆ ที่ท่านได้รับการพัฒนา (โปรดระบุรูปธรรม/สิ่งที่ท่านได้รับการพัฒนาที่ท่านมองว่ามีความสำคัญ ในมิติต่าง ๆ 3 ลำดับแรก)	โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับระดับความพึงพอใจต่อระดับสมรรถนะที่ท่านได้รับการพัฒนา/ส่งเสริม/สนับสนุน				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
1. สมรรถนะด้านการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (โปรดระบุสมรรถนะที่เป็นรูปธรรม 3 ลำดับที่สำคัญที่สุด) 1) _____ 2) _____ 3) _____					
2. สมรรถนะด้านการสร้าง/ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี 1) _____ 2) _____ 3) _____					
3. สมรรถนะด้านการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน 1) _____ 2) _____ 3) _____					

สมรรถนะในด้านต่าง ๆ ที่ท่านได้รับการพัฒนา (โปรดระบุรูปธรรม/สิ่งที่ท่านได้รับการพัฒนา ที่ท่านมองว่ามีความสำคัญ ในมิติต่าง ๆ 3 ลำดับแรก)	โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับระดับความพึงพอใจ ต่อระดับสมรรถนะที่ท่านได้รับการพัฒนา/ส่งเสริม/สนับสนุน				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
4. สมรรถนะด้านการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล 1) _____ 2) _____ 3) _____					
5. สมรรถนะด้านการปรับเปลี่ยนระบบบริการ สุขภาพ 1) _____ 2) _____ 3) _____					

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม และ/หรือ การแสดงบทบาทพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

3.1 กรุณาประเมินความพึงพอใจของท่านต่อการมีส่วนร่วม และ/หรือ การแสดงบทบาทต่าง ๆ ของการเป็น
พยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

การมีส่วนร่วม และ/หรือ การแสดงบทบาทต่าง ๆ ในการเป็นพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	โปรด ✓ ในช่องความพึงพอใจที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด					ถ้าท่านไม่มีส่วนร่วมหรือไม่ได้ดำเนินการ/ไม่มีบทบาทในด้านใด กรุณาเขียน หรือ อธิบายเหตุผล/เงื่อนไข/ปัญหา-อุปสรรคต่าง ๆ ในช่องนี้
	ความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมในด้านต่าง ๆ 5 ระดับ					
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)	
การสร้างหรือพัฒนา/จัดทำนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ						
1.1 ร่วมระบุปัจจัยกำหนดสุขภาพ ครอบครัว ปัจจัยทางชีวภาพ, ปัจจัยทางการเมือง, ปัจจัยทางพฤติกรรม, ปัจจัยทางวัฒนธรรม, ปัจจัยทางสังคม, ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม และ ปัจจัยทางเศรษฐกิจ มีการเฝ้าระวัง การควบคุมกำกับ ติดตามและประเมินผล						
1.2 ร่วมพัฒนา/จัดทำระบบข้อมูลทางสุขภาพที่รองรับกระบวนการประเมินผลกระทบของนโยบาย						

การมีส่วนร่วม และ/หรือ การแสดงบทบาทต่าง ๆ ในการเป็นพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	โปรด ✓ ในช่องความพึงพอใจที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด					ถ้าท่านไม่มีส่วนร่วมหรือไม่ได้ดำเนินการ/ไม่มีบทบาทในด้านใด กรุณาเขียน หรือ อธิบายเหตุผล/เงื่อนไข/ปัญหา-อุปสรรคต่าง ๆ ในช่องนี้
	ความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมในด้านต่าง ๆ 5 ระดับ					
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)	
1.3 ร่วมชี้แนะหรือผลักดันนโยบายสุขภาพในหน่วยบริการตามความรับผิดชอบของตน						
1.4 ร่วมประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพทั้งระดับบุคคล/ ครอบครัว/ องค์กร ชุมชน/ หน่วยงานภาครัฐและเอกชนเพื่อสร้างบริการ สุขภาพที่เป็นมิตรและเกิดผลลัพธ์ต่อภาวะสุขภาพ						
1.5 ร่วมสร้าง/พัฒนา/ส่งเสริมทางเลือกที่ง่ายและสะดวกเพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบายสาธารณะขององค์กร/หน่วยงาน/สังคม						
การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี						
2.1 ร่วมสร้าง/พัฒนา/ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ทั้งสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติ หรือสิ่งแวดล้อมที่มนุษย์สร้างขึ้นให้กับบุคคล ครอบครัว กลุ่มหรือชุมชน ตามปัญหาและความต้องการ ที่สอดคล้องตามบริบท วิถีชีวิต วัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยมการทำงาน						
2.2 ร่วมจัดกิจกรรม/ โครงการที่เน้นการปรับรูปแบบการดำเนินชีวิตให้กับประชาชนและการทำงานให้มีความปลอดภัย พึงพอใจ และมีความสุข						
2.3 ร่วมจัดกิจกรรม/โครงการประเมินผลกระทบของสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ						
การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน						
3.1 ร่วมสร้าง/ส่งเสริม/พัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดปัญหาสุขภาพ วางแผน และการตัดสินใจ หาแนวทางการจัดการกับปัญหาสุขภาพ โดยใช้						

การมีส่วนร่วม และ/หรือ การแสดงบทบาทต่าง ๆ ในการเป็นพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	โปรด ✓ ในช่องความพึงพอใจที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด					ถ้าท่านไม่มีส่วนร่วมหรือไม่ได้ดำเนินการ/ไม่มีบทบาทในด้านใด กรุณาเขียน หรือ อธิบายเหตุผล/เงื่อนไข/ปัญหา-อุปสรรคต่าง ๆ ในช่องนี้
	ความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมในด้านต่าง ๆ 5 ระดับ					
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)	
แนวทางที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรม และภูมิปัญญาที่มีอยู่ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพดี						
3.2 ร่วมเสริมสร้างพลังอำนาจและทำให้ชุมชนรู้สึกเป็นเจ้าของ/มีความเป็นเจ้าของเพื่อให้ชุมชนจัดการตนเองในการมีสุขภาพดี						
3.3 ร่วมให้ข้อมูล/ข่าวสาร จัดการความรู้ สนับสนุนให้ชุมชนใช้ทรัพยากรบุคคลและทรัพยากรอื่น ๆ ที่มีอยู่ในชุมชนเพื่อให้ชุมชนจัดการตนเองในการมีสุขภาพดี						
4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล						
4.1 เผยแพร่ข้อมูลด้านสุขภาพโดยใช้เทคโนโลยีที่บุคคล/ ครอบครัว/ ชุมชน สามารถเข้าถึงได้ เช่น นวัตกรรม/ สื่อ/ ชุดกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ						
4.2 ร่วม/ พัฒนาทักษะชีวิตให้กับบุคคล/ ครอบครัว/ ชุมชน ให้มีความพร้อมในแต่ละช่วงวัย ให้สามารถปรับตัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือเกิดการบาดเจ็บ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรค การเผชิญกับโรคในพื้นที่ที่รับผิดชอบ						
4.3 ร่วม/ สนับสนุนให้มีการพัฒนาศักยภาพผู้นำ/ แกนนำ การสร้างเสริมสุขภาพ						
4.4 ร่วม/จัดโครงการหรือกิจกรรมที่สร้างโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่อการควบคุมสุขภาพ และจัดการกับสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ						

การมีส่วนร่วม และ/หรือ การแสดงบทบาทต่าง ๆ ในการเป็นพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	โปรด ✓ ในช่องความพึงพอใจที่ ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด					ถ้าท่านไม่มีส่วนร่วมหรือ ไม่ได้ดำเนินการ/ไม่มี บทบาทในด้านใด กรุณา เขียน หรือ อธิบายเหตุผล/ เงื่อนไข/ปัญหา-อุปสรรค ต่าง ๆ ในช่องนี้
	ความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วม ในด้านต่าง ๆ 5 ระดับ					
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปาน กลาง (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)	
5. การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ						
5.1 ร่วม/ จัดระบบบริการสุขภาพให้การสร้าง เสริมสุขภาพครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมายและ เข้าถึงได้ง่าย						
5.2 ร่วม/ ประสานความร่วมมือระหว่าง บุคคล/ ครอบครัว/ ชุมชน/ หน่วยงาน/ องค์กรทั้ง ภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องเพื่อสนองตอบ ต่อเป้าหมายการจัดระบบบริการสุขภาพ						
5.3 ร่วม/ สนับสนุนให้มีการพัฒนาเครือข่าย สุขภาพเพื่อสร้างรูปแบบการสร้างเสริม สุขภาพแบบมีส่วนร่วม						
5.4 ร่วม/ สร้างความร่วมมือกับเครือข่ายอื่นที่ นอกเหนือภาคีเครือข่ายสุขภาพเพื่อร่วม จัดบริการสุขภาพให้ครอบคลุมความต้องการ ทั้งมิติทางสังคมและวัฒนธรรม						
5.5 ร่วมทำ หรือ สนับสนุนการทำฐานข้อมูลภาวะ สุขภาพ ทูทางสังคม เครือข่ายในพื้นที่						
5.6 ร่วมทำหรือสนับสนุนการทำฐานข้อมูลทุน ทางสังคม/ เครือข่าย และแหล่งประโยชน์ใน พื้นที่						
5.7 ร่วมทำ หรือสนับสนุนให้มีการใช้ผลการวิจัย หรือทำการวิจัยเพื่อพัฒนาสมรรถนะบุคลากร ให้มีมุมมององค์รวมในการสร้างเสริมสุขภาพ						
5.8 ร่วมทำ หรือสนับสนุนให้มีการใช้ผลการวิจัย หรือทำการวิจัยเพื่อปรับเปลี่ยนองค์กร/ หน่วยงาน/ การจัดการงบประมาณ/ กำลังคน เพื่อเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ						

3.2 บทบาทของท่านดังต่อไปนี้เปลี่ยนแปลงไปหรือไม่ หลังจากเข้าร่วมโครงการฯ (กรุณาจัดลำดับความสำคัญบทบาทของท่าน โดยการใส่หมายเลข ถ้าสำคัญมากที่สุดใส่หมายเลข 1 หรือระบุสัดส่วนเวลาที่ท่านใช้ในช่องที่ 3 (ตัวอย่างเช่น 50%, 30%, 20%) ถ้าท่านไม่ได้แสดงบทบาทไหน ก็ไม่ต้องระบุหมายเลข หรือปล่อยว่างไว้)

บทบาทด้านต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป (1)	กรุณาระบุอันดับ บทบาทของท่าน โดย การใส่หมายเลขเรียง ลำดับตามความสำคัญ ของบทบาทในปัจจุบันใน ช่องนี้ ตามความเป็นจริง (2)	กรุณาระบุเหตุผลของการแสดง บทบาทดังกล่าวในปัจจุบัน/ เนื่องจากอะไรหรือทำไม? (3)
1. บทบาทการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงเชิงรุก (proactive change agent)		
2. บทบาทการเป็นผู้ให้คำปรึกษาด้านต่าง ๆ (consultant)		
3. บทบาทการเป็นผู้สนับสนุน/ชี้แนะ/กระทำการแทน (advocator)		
4. บทบาทการเป็นผู้ดูแล (care giver/provider)		
5. บทบาทการเป็นผู้ประสานการดูแล (coordinator of care)		
6. บทบาทการเป็นผู้เสริมพลังอำนาจ (empowerment agent)		
7. บทบาทการเป็นผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ (health educator)		
8. บทบาทการเป็นผู้สื่อสารสุขภาพ (health communicator)		
9. บทบาทการเป็นบุคคลต้นแบบ/บุคคล ตัวอย่าง (role model)		
10. บทบาทการเป็นผู้นำสมาชิกในวิชาชีพ		

ส่วนที่ 4 ข้อมูลความพึงพอใจต่อชุดการเรียนรู้

4.1 กรุณาประเมินความพึงพอใจของท่านต่อชุดการเรียนรู้ 7 ชุดที่โครงการ ฯ พัฒนาขึ้น

ชุดการเรียนรู้จำนวน 7 ชุด	ความพึงพอใจ 5 ระดับ					ถ้าท่านไม่เคยอ่าน/ไม่เคยเห็นชุดการเรียนรู้เรื่องใด กรุณาใส่เครื่องหมาย x ในช่องนี้ (0)
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)	
ชุดการเรียนรู้ที่ 1 การสร้างเสริมสุขภาพ: บทบาทพยาบาล						
ชุดการเรียนรู้ที่ 2 ภาวะผู้นำและการบริหารจัดการ การเปลี่ยนแปลง เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ						
ชุดการเรียนรู้ที่ 3 การพัฒนาเครือข่าย การสร้างเสริมสุขภาพ						
ชุดการเรียนรู้ที่ 4 การจัดการความรู้ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ						
ชุดการเรียนรู้ที่ 5 การสร้างนโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม การปรับระบบบริการสุขภาพ และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ						
ชุดการเรียนรู้ที่ 6 การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล						
ชุดการเรียนรู้ที่ 7 การสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน						

ส่วนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการเข้ารับการอบรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

5.1 หลักสูตรพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพที่ท่านเคยเข้ารับการอบรมมีทั้งหมดจำนวนกี่ครั้ง?

- ☐ 1. ไม่เคยอบรม ☐ 2. อบรม จำนวน _____ ครั้ง โปรดระบายละเอียดสูงสุดจำนวน 3 ครั้ง
- ครั้งที่ 1 อบรมเรื่อง/ สถานที่ _____
- ประโยชน์ที่ได้รับและการนำไปใช้
1. _____
2. _____
- ครั้งที่ 2 อบรมเรื่อง/ สถานที่ _____
- ประโยชน์ที่ได้รับและการนำไปใช้
1. _____
2. _____
- ครั้งที่ 3 อบรมเรื่อง/ สถานที่ _____
- ประโยชน์ที่ได้รับและการนำไปใช้
1. _____
2. _____

- 5.2 กรุณาประเมินความพึงพอใจของท่านต่อการเข้ารับการอบรมหลักสูตรพยาบาลนักสร้างเสริมสุขภาพ
 ช่างต้น (กรณีที่ท่านมีความประสงค์จะแบ่งปันข้อมูล/รายละเอียด/ให้ข้อเสนอแนะ กรุณาระบุ ในข้อ 5.3
 ด้านล่างด้วย)

ความพึงพอใจต่อมิติต่าง ๆ ของการเข้ารับการอบรม หลักสูตรพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	ความพึงพอใจ 5 ระดับ				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
1. ความรู้และทักษะใหม่ ๆ เกี่ยวกับสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพที่ได้รับ					
2. แนวคิดและหลักการเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎหมาย ออกตรวจ					
3. เนื้อหาหลักสูตรการอบรมช่วยสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ และการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบมากขึ้น					
4. ได้รับความรู้และทักษะ/สมรรถนะที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ในบริบทการทำงานของท่าน					
5. กระบวนการเรียน/การสอน/การอบรมทำให้เรียนรู้ได้เร็ว/ชัดเจน					
6. ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนานวัตกรรม ทำให้เกิดศักยภาพใหม่ใน การทำงาน					
7. ได้มีโอกาสในการระบุ/บอกปัญหาและความต้องการในการ ทำงาน ทำให้สามารถปรับปรุงการทำงานในองค์กรให้มี คุณภาพมากยิ่งขึ้น					
8. ได้รับการพัฒนาสมรรถนะในด้านต่าง ๆ ที่ไม่เคยมีมาก่อน					
9. ได้รับประโยชน์ในด้านต่าง ๆ หลายด้านที่ไม่คาดคิดมาก่อน เช่น การมีเครือข่ายเพิ่มขึ้น, การทำงานเป็นทีม, การสร้างผลงาน ใหม่ ๆ ฯลฯ					
10. พื้นที่การเรียนรู้/ประเด็นในการเรียนรู้มีความชัดเจน/เป็น ประโยชน์ต่อการปรับเปลี่ยนมุมมองและบทบาทของพยาบาล					
11. วิทยากรในการอบรม/อาจารย์ผู้สอนมีความรู้ความสามารถ และให้คำแนะนำต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการแสดงบทบาท ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ					
12. เอกสารประกอบการอบรม/คู่มือต่าง ๆ/ชุดการเรียนรู้ ที่จำเป็น มีความพอเพียง สอดคล้อง และมีประโยชน์					
13. ความพึงพอใจในภาพรวมต่อการเข้ารับการอบรมทุกครั้ง					

5.3 ข้อเสนอแนะต่าง ๆ เพิ่มเติม

ส่วนที่ 6 ข้อมูลความพึงพอใจต่อองค์กร/หน่วยงานของท่านในการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎหมายบัตรออตตาวา

6.1 กรุณาประเมินความพึงพอใจของท่านต่อบทบาทขององค์กร/หน่วยงานของท่านในการแสดงบทบาทด้านการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎหมายบัตรออตตาวา

ความพึงพอใจต่อองค์กร/หน่วยงานในการแสดงบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎหมายบัตรออตตาวา	ความพึงพอใจ 5 ระดับ				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
1. บทบาทของผู้นำ/การนำองค์กร/การมีตัวแบบที่ชัดเจนต่อการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎหมายบัตรออตตาวา					
2. การกำหนด/ประกาศนโยบายและระบบสนับสนุนต่าง ๆ ที่ชัดเจนขององค์กร/หน่วยงาน ต่อแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎหมายบัตรออตตาวา					
3. องค์กร/หน่วยงานมีการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกคน/ทุกแผนก/ทุกภาควิชา ต่อแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎหมายบัตรออตตาวาอย่างสม่ำเสมอ					
4. องค์กร/หน่วยงานมีกลไกในการรับฟังความคิดเห็น และ/หรือ การส่งเสริมการทำงานในแนวราบ ทำให้มีช่องว่างในการสื่อสารซึ่งกันและกันน้อย/สามารถสร้างพลังองค์กรได้มากทุกระดับ ทุกส่วนงาน ทุกประเภทของบุคลากร					
5. องค์กร/หน่วยงานมีการติดตาม ประเมินผล และส่งเสริมด้านต่าง ๆอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การสร้างเสริมสุขภาพตามกฎหมายบัตรออตตาวาประสบผลสำเร็จได้มากยิ่งขึ้น/เร็วขึ้น					

ส่วนที่ 7 ข้อมูลความพึงพอใจของท่านต่อการทำงานของโครงการขับเคลื่อนพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

7.1 กรุณาประเมินความพึงพอใจของท่านต่อการทำงานของ “โครงการขับเคลื่อนวิชาชีพพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ” ตามที่ท่านรับรู้

ความพึงพอใจต่อการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพ ของโครงการ/แผนงานในมิติต่าง ๆ	ความพึงพอใจ 5 ระดับ				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
1. โครงการฯ มีการสื่อสารที่ชัดเจนเป็นระบบ ต่อเนื่อง/ สม่ำเสมอ					
2. โครงการฯ ให้ความสำคัญกับการสร้างความเข้าใจ ร่วมกันเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในบรรดา ผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด					
3. โครงการฯ ให้ความสำคัญกับการค้นหา/ระบุตัวบุคคล/ กลุ่มบุคคล และ/หรือ พื้นที่ ๆ มีศักยภาพในการส่งเสริม ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ/ทัศนะ/ทักษะ/กระบวน ทัศน์เกี่ยวกับเรื่อง “สุขภาพ”					
4. โครงการฯ ให้การสนับสนุนที่เพียงพอในด้านทรัพยากร ต่าง ๆ เช่น หลักสูตร คู่มือการเรียนรู้, งบประมาณ, ผู้เชี่ยวชาญ/นักวิชาการ, วิทยากร, กำลังใจ ฯ					
5. โครงการฯ มีกลไกต่าง ๆ ที่จำเป็นในการสนับสนุนการ ทำงาน/การรับฟังความคิดเห็น/การขยายผล/การเชื่อม เครือข่ายการเรียนรู้/การติดตามประเมินผลเชิง สร้างสรรค์ ฯลฯ					
6. โครงการฯ ให้โอกาสและสิทธิในการเรียนรู้และ ปรับเปลี่ยนนิยามและความหมายของการสร้างเสริม สุขภาพไปตามบริบทของแต่ละองค์กร/พื้นที่/แผนก/ สาขาวิชา					
7. โครงการฯ มีเวที หรือ ส่งเสริมการจัดเวทีประเภทต่าง ๆ เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำเสนอผลงานอย่าง กว้างขวาง/ข้ามพื้นที่/ข้ามภูมิภาคอย่างสม่ำเสมอ					
8. โครงการฯ สามารถเข้าถึงหรือพยายามเข้าถึงพยาบาล ประเภทต่าง ๆ ที่กระจายตัวอยู่ทั่วประเทศได้อย่าง ครอบคลุม/เสมอภาค/เท่าเทียม					

ความพึงพอใจต่อการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพ ของโครงการ/แผนงานในมิติต่าง ๆ	ความพึงพอใจ 5 ระดับ				
	มาก ที่สุด (5)	มาก (4)	ปาน กลาง (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)
9. โครงการฯ มีช่องทางหรือเปิดช่องทางในการสื่อสารด้วย วิธีการและรูปแบบต่าง ๆ ที่หลากหลาย ทำให้มีช่องว่าง ในการสื่อสารกันน้อย					

8. ปัญหาและอุปสรรคสำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ในส่วนที่เกี่ยวกับประชาชน/ชุมชน/ผู้รับบริการ (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ 1. ผู้รับบริการ/ประชาชน/ชุมชนยังไม่ค่อยสนใจเกี่ยวกับ “การสร้างเสริมสุขภาพ”
- ☐ 2. ผู้รับบริการ/ประชาชน/ชุมชนมีความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพในความหมายเดิม (เน้นเรื่องการรักษาโรค มากกว่า การป้องกัน)
- ☐ 3. ผู้รับบริการ/ประชาชน/ชุมชน ไม่ยินดีเข้าร่วมเป็นพื้นที่การเรียนรู้/กรณีตัวอย่างการเรียนรู้
เนื่องจาก_____
- ☐ 4. อื่น ๆ (โปรดระบุ)_____

9. ข้อเสนอแนะต่าง ๆ เพิ่มเติมที่จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาสมรรถนะพยาบาล และ/หรือ ต่อการขับเคลื่อนเรื่องนี้ในระยะต่อไปของแผนงาน ฯ

10. ท่านยินดีหรือไม่ ถ้าจะมีการติดต่อจากบุคลากรของโครงการประเมินผล ฯ เพื่อพูดคุย/สนทนาเกี่ยวกับการขับเคลื่อนวิชาชีพพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ในมุมมองของท่านในเชิงลึก ซึ่งเป็นการพูดคุย/สนทนาที่มีคุณค่าหรือเป็นประโยชน์ต่อการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของเครือข่ายพยาบาลต่อไปในอนาคต

☐ ยินดี และสามารถติดต่อท่านได้ที่ ชื่อ-นามสกุล _____

โทรศัพท์ _____ LINEID _____

Email _____

☐ ไม่ยินดี เนื่องจาก _____

วันเดือนปี ที่กรอกข้อมูล _____

กรณีที่ท่านต้องการให้ข้อมูลเพิ่มเติมทางโทรศัพท์หรืออีเมล

ท่านสามารถติดต่อกับเจ้าหน้าที่ของโครงการฯ ได้ที่

1. คุณเบญจมาศ รอดภัย ผู้ประสานงานโครงการฯ โทร. _____ Email: _____
2. คุณสุภรต์ จรัสสิทธิ์ นักวิจัยโครงการฯ โทร. _____ Email: _____

ขอขอบคุณท่านเป็นอย่างสูง ที่กรุณาสละเวลาและให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

แนวคำถามในการสัมภาษณ์ระดับลึก

(In-depth Interview Guideline: IIG)

โครงการวิจัย ติดตามและประเมินผลโครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

สนับสนุนโดย

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

คำชี้แจงเบื้องต้น : แนวคำถามในการสัมภาษณ์ระดับลึกนี้ สามารถใช้ได้กับทุกกลุ่มเป้าหมาย แต่ในทางปฏิบัติจริง จะมีการปรับแนวคำถามให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะแต่ละกลุ่มด้วย หรือ มีคำถามเจาะลึกตามบริบทของแต่ละกลุ่ม ยกตัวอย่างเช่น ถ้าเป็นการสัมภาษณ์แกนหลักระดับแผนงาน จะมุ่งเน้นไปที่การประเมินความพึงพอใจ จุดอ่อน จุดแข็ง ปัญหาอุปสรรคของการขับเคลื่อนในระดับแผนงาน หรือ ถ้าเป็นการสัมภาษณ์แกนหลักระดับคณะ และระดับภาค จะเป็นการมุ่งเน้นไปที่การสะท้อนความพึงพอใจ จุดอ่อน จุดแข็ง ปัญหา-อุปสรรค ในระดับคณะและระดับภาค และ ระดับศูนย์การเรียนรู้/พื้นที่การเรียนรู้ เป็นต้น

A. การประเมิน/สอบถาม/พูดคุยเกี่ยวกับ ความพึงพอใจในด้านต่าง ๆ ระดับแผนงาน/ระดับคณะ/ระดับพื้นที่การเรียนรู้

1. ความพึงพอใจต่อการขับเคลื่อน และ/หรือ กระบวนการขับเคลื่อนของแผนงาน/โครงการในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะ การสื่อสารที่ชัดเจน ครบถ้วน ต่อเนื่อง/สม่ำเสมอ เป็นระบบ ครอบคลุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียประเภทต่าง ๆ, การคัดเลือกคณะพยาบาล, การคัดเลือกแกนหลักระดับคณะ/ระดับภาค ฯลฯ
2. ความพึงพอใจต่อการทำงานอย่างครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ที่กำหนดไว้: มีความครอบคลุมหรือไม่ มากน้อย แค่ไหน อย่างไร
3. ความพึงพอใจต่อการสร้างการมีส่วนร่วมของแกนหลักในระดับแผนงาน ระดับภาค ระดับคณะ และ/หรือ ความพึงพอใจต่อการให้ความสำคัญกับการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดในระบบสุขภาพที่เกี่ยวกับพยาบาล และวิชาชีพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง - และตัวท่านมีส่วนร่วมในเรื่องอะไรบ้าง? (เช่น การพัฒนาหลักสูตร/คู่มือการสอน, การเลือกพื้นที่การเรียนรู้, การจัดกระบวนการเรียนรู้, การพัฒนานวัตกรรม, การกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้เข้าอบรม, การคัดเลือกผู้เข้าอบรม/คุณสมบัติ/การสอบถามความสมัครใจ, การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้, การแสวงหาทรัพยากร, ร่วมพัฒนาทักษะด้านต่าง ๆ, ร่วมปรับเปลี่ยน/เสนอแนะทิศทางการทำงาน, ร่วมในการตัดสินใจด้านต่าง ๆ ฯลฯ) และ/หรือ มีอะไรบ้างที่ท่านมองว่า ท่านควรได้รับบทบาท หรือ มีส่วนร่วม แต่ยังไม่ได้เข้าร่วม หรือ ได้แต่ไม่เต็มที่ ทำไม เพราะอะไร?
4. ความพึงพอใจต่อการสนับสนุน หรือการได้รับการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ จากแผนงาน (ความรู้, วิชาการต่าง ๆ, อุปกรณ์ คู่มือ/เครื่องมือ, เงิน/งบประมาณ, กลไกต่าง ๆ ที่จำเป็น เช่น ศูนย์การเรียนรู้, เครือข่าย ฯลฯ)

5. ความพึงพอใจในความยืดหยุ่น/ความใจกว้างตามบริบทการทำงานของผู้นำ/ผู้เกี่ยวข้องในระดับต่าง ๆ
 6. ความพึงพอใจในด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น กลยุทธ์/ยุทธศาสตร์ในการทำงาน, การติดตามเยี่ยมเยียน ให้กำลังใจ การส่งเสริมในด้านต่าง ๆ ฯลฯ
 7. ความพึงพอใจต่อตนเอง และ/หรือ บทบาทของตนเองของผู้ให้ข้อมูล : ได้เรียนรู้อะไร เกิดการเปลี่ยนแปลงอะไร อะไรที่อยากให้เกิดกับตนเอง แต่ยังไม่เกิด เพราะอะไร : ท่านคิดว่าตัวท่านมีศักยภาพหรือสมรรถนะในด้านใดที่โดดเด่น หรือ เป็นบทบาทที่ท่านมีความพึงพอใจและความถนัดมากที่สุด
- B. ความพึงพอใจต่อผลต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น (ทั้งผลผลิต ผลลัพธ์ ผลกระทบ ทั้งผลกระทบเชิงบวกและเชิงลบ ผลกระทบทั้งในระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว)
8. ความพึงพอใจต่อผลผลิตต่าง ๆ ที่กำหนดไว้/วางแผนไว้ – ได้ครบถ้วนตามความมุ่งหวังหรือไม่อย่างไร เพราะอะไร (ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ)
 9. ความพึงพอใจต่อผลลัพธ์ และ/หรือ สมรรถนะ/ศักยภาพต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในผู้เกี่ยวข้อง/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย/ผู้ปฏิบัติการทั้งหมด ทุกระดับ ทุกฝ่าย และ/หรือ บทบาทต่าง ๆ ที่เปลี่ยนไป ทั้งในตัวอาจารย์/ผู้สอน/วิทยากร, นักศึกษา/ผู้เรียน/ผู้เข้าอบรม/พยาบาลวิชาชีพ, รพ. ที่เกี่ยวข้อง, ฝ่ายการพยาบาล, ชมรมพยาบาลเฉพาะทาง, ตัวแทนสภาการพยาบาลระดับจังหวัด, สมาคมพยาบาล, พื้นที่การเรียนรู้/ศูนย์การเรียนรู้, ประชาชน/ผู้รับบริการ/ชุมชนในพื้นที่การทำงาน และ/หรือ ผู้รับประโยชน์ประเภทต่าง ๆ
 10. ความพึงพอใจต่อผลกระทบต่าง ๆ ทั้งที่คาดหวัง และมีได้คาดหวัง หรือ ผลกระทบต่าง ๆ ที่ไม่ได้ตั้งใจให้เกิด ก็เกิดขึ้น (ทั้งเชิงบวกและเชิงลบ)
- C. อะไรคือจุดแข็งที่สุดขององค์การพหุทั้งหมดที่เกี่ยวข้อง (จุดแข็งที่ปรากฏ ท่ามกลางการขับเคลื่อน/การเปลี่ยนแปลง) ทั้งในมิติต่าง ๆ และระดับต่าง ๆ โครงการ/แผนงาน, สภาการพยาบาล, คณะ/องค์กร/หน่วยงาน, คณะกรรมการระดับภาค, ผู้แทนสภาการพยาบาลระดับจังหวัด, พื้นที่เรียนรู้/ศูนย์การเรียนรู้, อาจารย์/ผู้สอน/วิทยากร, ผู้เรียน/นักศึกษา/ผู้เข้าอบรม, คู่มือการสอน/ชุดการเรียนรู้, กระบวนการ/วิธีการต่าง ๆ ที่ใช้
- D. อะไรคือจุดอ่อนที่สุดที่พบ/ที่ปรากฏขององค์การพหุทั้งหมดที่เกี่ยวข้อง ทั้งระดับโครงการ/แผนงาน สภาการพยาบาล, สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ฯ และเครือข่ายระดับภาค, คณะพยาบาลศาสตร์ที่เป็นแกนหลักระดับภาค, พื้นที่เรียนรู้/ศูนย์การเรียนรู้ของแต่ละภาค, อาจารย์/ผู้สอน/วิทยากร, ผู้เรียน/นักศึกษา/ผู้เข้ารับการอบรม/พยาบาลวิชาชีพ, คณะกรรมการระดับภาค, ผู้แทนสภาการพยาบาลระดับจังหวัด, ชมรมพยาบาลเฉพาะทาง, กระบวนการ-วิธีการต่าง ๆ ที่ใช้ ฯลฯ

E. ปัญหา/อุปสรรคที่สำคัญของการเปลี่ยนแปลง และ/หรือ การเปลี่ยนกระบวนทัศน์ และ/หรือ ปัจจัย เงื่อนไข องค์ประกอบต่าง ๆ ของการเปลี่ยนบทบาทเป็นนักสร้างเสริมสุขภาพในมุมมองของท่าน (Health Promoter) คืออะไร? เป็นอย่างไร? อะไรสำคัญกว่าอะไร?

11. ปัจจัยระดับบุคคลของผู้เรียน/ผู้เข้ารับการอบรม เช่น อายุ ประสบการณ์ ทักษะคิดต่อการสร้างเสริมสุขภาพ กระบวนทัศน์เดิม ความรู้ความเข้าใจที่มีอยู่เดิม บริบทการทำงาน ลักษณะส่วนบุคคลอื่น ๆ เช่น ความใจกว้าง การยอมรับแนวคิดใหม่ ฯลฯ
12. ปัจจัยระดับบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้สอน/อาจารย์/วิทยากร เช่น ความรู้ความสามารถในการถ่ายทอด, ประสบการณ์เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบออดิตาว่า, การมีตัวอย่างรูปธรรมประกอบการสอน/การอบรม, ความชัดเจนในการสื่อสารกรอบแนวคิดตามกฎบัตรออดิตาว่า, การสนับสนุนให้มีการปฏิบัติจริงประกอบการเรียนรู้ ฯลฯ
13. ปัจจัยระดับองค์กร/หน่วยงาน (ทั้งหน่วยงานที่เป็นคณะพยาบาล และ หน่วยงานที่เป็นหน่วยบริการ/ร.พ. ประเภทและระดับต่าง ๆ) อาทิเช่น การนำองค์กร/ศักยภาพของผู้นำ, การขาดอาจารย์/ผู้สอน/วิทยากรที่มีศักยภาพ หรือมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในด้านต่าง ๆ ตามกรอบออดิตาว่า หรือ มีปริมาณอาจารย์กระบวนทัศน์ใหม่น้อย หรือไม่พอเพียง, การมีหรือขาดนโยบายสนับสนุนให้จัดสรรเวลาในการทำงานตามบทบาทใหม่, การมีหรือขาดฐานวิชาการรองรับ, การมีหรือขาดการวิเคราะห์และติดตามผลอย่างต่อเนื่อง, การผูกติดกับทำงานตามรู้ที่เดิม, การสนับสนุนด้านต่าง ๆ ที่พอเพียงขององค์กร/หน่วยงาน, นโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และ/หรือ การสอนด้านนี้, การกิจใหม่ไม่สอดคล้องกับบริบทการทำงานที่เป็นอยู่จริงขององค์กร/หน่วยงาน ฯลฯ
14. ปัจจัยระดับพื้นที่การเรียนรู้/ศูนย์การเรียนรู้ เช่น ปัญหาสุขภาพหรือบริบทของพื้นที่การเรียนรู้ หรือ พื้นที่ ๆ กำหนดไว้สำหรับการเรียนรู้ยังมีข้อจำกัดด้านต่าง ๆ หรือ ขาดความชัดเจนในการสร้างการเรียนรู้ตามกรอบออดิตาว่า หรือ ความชัดเจนหรือไม่ชัดเจนของประเด็นที่ใช้ในการสร้างการเรียนรู้ หรือ เลือกขึ้นมาใช้ในการสร้างการเรียนรู้ ฯลฯ
15. ปัจจัยระดับแผนงาน/โครงการ อาทิเช่น การสื่อสารหรือการให้ข้อมูลที่พอเพียงกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด, การสื่อสารอย่างเป็นระบบ ต่อเนื่อง สม่ำเสมอ, การรับฟังความคิดเห็นต่าง ๆ และ/หรือ แนวทางการทำงานที่แตกต่าง ฯลฯ

F. ประสิทธิภาพในการทำงานของโครงการ/คณะพยาบาล/เครือข่ายระดับภาค (ขอข้อมูลพื้นฐานต่าง ๆ ที่สำคัญ/จำเป็นสำหรับการประเมินประสิทธิภาพ ให้ครบถ้วน)

16. จำนวนผู้รับประโยชน์ทั้งหมดทุกประเภทของแต่ละพื้นที่
17. จำนวนงบประมาณที่ได้รับการจัดสรร และงบประมาณที่ใช้ไปของแต่ละพื้นที่/คณะ/เครือข่ายระดับภาคในช่วงเวลา 3 ปีที่ผ่านมา
18. จำนวนแกนหลัก/อาจารย์/ผู้สอน/วิทยากรกระบวนทัศน์ใหม่ที่มีทั้งหมดของแต่ละพื้นที่/คณะ/เครือข่ายระดับภาค
19. จำนวนนวัตกรรมของแต่ละพื้นที่/แต่ละจังหวัด/แต่ละภาค (ก่อนเลือกมานำเสนอ)

20. ความครอบคลุม และ/หรือ ความสามารถในการเข้าถึงกลุ่มต่าง ๆ อย่างเท่าเทียมโดยเฉพาะ
พยาบาลวิชาชีพที่กระจายตัวกันอยู่ในพื้นที่/ร.พ./สถานบริการต่าง ๆ จำนวนมาก ใช้วิธีการสื่อสาร
อย่างไร ทั้งถึงใหม่ ครอบคลุมได้ทั้งหมดเท่าไร
21. ความสามารถในการสร้างการเปลี่ยนแปลงแบบก้าวกระโดด หรือ การขยายตัวของแนวคิดการ
สร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้เวลาที่จำกัด ได้อย่างรวดเร็ว พอเพียง หรือไม่ หรือ ศักยภาพในการ
สร้างมวลวิกฤต (critical mass)





สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ถนนพุทธมณฑลสาย 4 ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม