



บทวิเคราะห์เชิงสะท้อน (Reflexive Analysis)

การขับเคลื่อนด้านการสร้างเสริมสุขภาพ
ของวิชาชีพการพยาบาล ตามกรอบแนวคิดและ
ยุทธศาสตร์อนาคตว่า: นัยยะและความหมาย
ต่อการพัฒนาระบบสุขภาพไทยและประเด็นที่ท้าทาย

ฉันทิ์หทัย (อรทัย) อาจอ่ำ

บทวิเคราะห์เชิงสะท้อน (Reflexive Analysis)
การขับเคลื่อนด้านการสร้างเสริมสุขภาพ
ของวิชาชีพการพยาบาล ตามกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์
อนาคตว่า: นัยยะและความหมายต่อ
การพัฒนาระบบสุขภาพไทยและประเด็นที่ท้าทาย

โดย

ฉันทภัทย์ (อรทัย) อาจอ่ำ
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

บทวิเคราะห์นี้เป็นส่วนหนึ่งของ
รายงานการวิจัย ติดตามและประเมินผล
โครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ
ดำเนินการโดยสภาการพยาบาลและองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง

เสนอต่อ
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

30 เมษายน 2560





บทวิเคราะห์เชิงสะท้อน (Reflexive Analysis) การขับเคลื่อนด้านการสร้างเสริมสุขภาพของวิชาชีพการพยาบาล ตามกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์
อนาคตว่า: นโยบายและความหมายต่อการพัฒนาระบบสุขภาพไทยและประเด็น
ที่ทำทนาย ณ ที่นี้ ที่จริงแล้วถือเป็นส่วนหนึ่งของผลงานภายใต้โครงการวิจัย
**ติดตาม และประเมินผล “โครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อ
การสร้างเสริมสุขภาพ”** ที่ดำเนินการโดย สภาการพยาบาล ภายใต้ความร่วมมือ
และการสนับสนุนของสถาบันการศึกษาด้านพยาบาลศาสตร์ จำนวน 5 แห่ง และ
องค์การภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ได้แก่ คณะพยาบาลศาสตร์หลักทั้งใน 5 ภูมิภาค คือ
คณะพยาบาลศาสตร์ ม.มหิดล (ภาคกลาง), ม.บูรพา (ภาคตะวันออก), ม.เชียงใหม่
(ภาคเหนือ), ม.ขอนแก่น (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) และ ม.สงขลานครินทร์ (ภาคใต้)
รวมถึงสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย และเครือข่ายของสมาคมฯ ทั้ง 5 ภาค
และชมรมพยาบาลเฉพาะทางประเภทต่าง ๆ สนับสนุนการทำงานโดยสำนักงาน
กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ดำเนินการเป็นระยะเวลา 3 ปี
ระหว่างกลางปี พ.ศ. 2556 ถึง กลางปี พ.ศ. 2559

ทั้งนี้ โครงการขับเคลื่อนฯ นี้มีวัตถุประสงค์หลักคือ การพัฒนาหรือ
สร้างเสริมสมรรถนะวิชาชีพการพยาบาลให้สามารถทำงานหรือสามารถแสดง
บทบาทด้านการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์อนาคตได้
ทั้งในมิติของการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล/การส่งเสริมศักยภาพของปัจเจกบุคคล,
การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี, การเสริมสร้างความเข้มแข็ง
ของชุมชน, การขับเคลื่อนนโยบายที่เกี่ยวข้อง และการปรับระบบบริการหรือ
ระบบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจากผลการประเมิน พบว่า มีประเด็นต่าง ๆ ที่น่าสนใจ
ในเชิงของการสร้างความรู้ หรือการสืบค้นความรู้ทางสังคม (social inquiry) ที่อยู่

บนพื้นฐานของ “ประสบการณ์” (experiences) หรือ “สาระสำคัญ” (essences) ของการทำงานขับเคลื่อนดังกล่าวด้วย

จึงนำมาสู่การจัดทำบทวิเคราะห์นี้ เพื่อให้มองเห็นปัจจัย-องค์ประกอบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานสร้างเสริมสุขภาพในบริบทสังคมไทยที่มีความยากลำบากได้มากยิ่งขึ้น หรือมีความครอบคลุมขึ้น และยังเป็นการสร้างความรู้ที่เชื่อมโยงกับบทบาทของ สสส. โดยตรงในการส่งเสริม/สนับสนุนให้มีการปรับปรุงการทำงานของพยาบาล หรือบุคลากรสุขภาพวิชาชีพต่าง ๆ ในระบบบริการสุขภาพที่มีความเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพ และ/หรือระบบอื่น ๆ ในเชิงโครงสร้างของประเทศด้วย

ดังนั้น การวิเคราะห้นัยยะและความหมายและประเด็นที่ท้าทายของการขับเคลื่อนการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของวิชาชีพการพยาบาล ณ ที่นี้ จึงเป็นการวิเคราะห์แก่นประเด็นที่สำคัญต่าง ๆ (Thematic Analysis) ที่พบที่มีความเชื่อมโยงกับปัจจัยต่าง ๆ ในระดับระบบและโครงสร้าง ว่าจะสามารถตอบโจทย์ในการพัฒนา หรือเกิดการปรับปรุงระบบบริการสุขภาพ และ/หรือระบบสุขภาพของประเทศได้จริงหรือไม่ มากน้อย เพียงใด อย่างไร และมีแก่นประเด็นอะไรที่ท้าทายที่ควรตระหนักร่วมกัน เพื่อให้การทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของวิชาชีพการพยาบาล และวิชาชีพอื่น ๆ ทั้งในกลุ่มบุคลากรสุขภาพ และที่ไม่ใช่บุคลากรด้านสุขภาพโดยตรง สามารถยกระดับศักยภาพและความสามารถ เพื่อให้สามารถบรรลุผลได้มากยิ่งขึ้น

บทวิเคราะห์นี้ จึงให้ความสำคัญกับประเด็นการสร้างความรู้ที่เชื่อมโยงกับบริบทความเป็นจริงของประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการชี้ให้เห็นถึงประเด็นที่ท้าทายในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ อุตตาวา เพราะอันที่จริงการทำงานสร้างเสริมสุขภาพให้ได้ผลสำเร็จจริง ๆ นั้น ควรจะต้องเป็นการขับเคลื่อนในเชิงนโยบายและการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใน

ระดับระบบและโครงสร้างของสังคม หรือควรมีการขับเคลื่อนการทำงานในระดับมหภาคควบคู่กันไปด้วยตลอดเวลา เพราะสังคมไทยเป็นสังคมที่ขาดความสมดุลของอำนาจระหว่าง 3 ภาคส่วนที่สำคัญคือ ระหว่างภาครัฐ/การเมือง/การปกครอง, ภาคธุรกิจเอกชน/ภาคทุน และภาคประชาชน/ประชาสังคม/ชุมชน จึงทำให้ประเด็นเชิงการสร้างเสริมพลังอำนาจตามกรอบออตตาวานั้น เป็นประเด็นที่ทำทายเป็นอย่างมาก ว่าจะสามารถทำได้จริงหรือไม่หรือโดยใครบ้าง

โดยสรุป บทวิเคราะห์นี้จึงใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงสะท้อน (Reflexive Analysis) การวิเคราะห์แก่นประเด็นหลักที่พบ (Thematic Analysis) และการวิเคราะห์บริบท (Contextual Analysis) ครอบคลุมทั้งบริบทขององค์กร/หน่วยงานบริการสุขภาพ บริบทของท้องถิ่น/พื้นที่ตามภูมิภาค บริบทเชิงนโยบาย บริบทของระบบบริการสุขภาพ และบริบทระบบสุขภาพของประเทศ ที่มีความเชื่อมโยงกับบริบทระบบและโครงสร้างของสังคม อย่างแยกกันไม่ออก และหวังว่าจะเป็นประโยชน์ หรือทำให้ขบวนการสร้างเสริมสุขภาพเกิดการฉุกฉุค และสามารถยกระดับการทำงานสร้างเสริมสุขภาพให้สามารถกระทำการกับปัจจัยทางสังคมที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ (social determinants of health) ได้จริง หรือใกล้เคียงกับความเป็นจริงต่าง ๆ ได้มากยิ่งขึ้น



	หน้า
เกริ่นนำ	1
การสร้างความรู้จากข้อมูลและประสบการณ์การทำงาน: มีหลาย แนวทาง	5
กรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์อนาคตว่าในฐานะกรอบคิดสำคัญในการ สร้างองค์ความรู้ในบริบทการขับเคลื่อนของวิชาชีพการพยาบาล	9
บริบทชีวิตของผู้ป่วย/ผู้รับบริการและบริบทองค์กร/หน่วยงานนำไปสู่ การปรับระบบบริการ แต่ยังขาดการสร้างองค์ความรู้และการปฏิบัติ การให้ครบวงจรของกรอบอนาคตว่า	12
บริบทเชิงนโยบาย ขององค์กร/หน่วยงาน/กระทรวงสาธารณสุข/ ประเทศ ที่ส่งผลต่อการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาล/ บุคลากรสุขภาพวิชาชีพต่าง ๆ และต่อสังคมไทยโดยรวม: ทำทนาย หรือบั่นทอนพลัง?	16
นโยบายใหม่ด้าน Primary Care Cluster (PCC) ของกระทรวงสาธารณสุข กับทิศทางการทำงานเชิงรุกที่ต้องพิจารณาร่วมกัน	20
บทบาทเชิงรุก คือ การกระทำการกับปัจจัยทางสังคม-จิตที่กำหนด สุขภาพและการพัฒนาองค์ความรู้ด้านนี้มีความสำคัญยิ่ง	22
การทำงานเชิงรุกในภาวะที่ยากลำบาก: จะเริ่มต้นจากจุดไหนก่อนดี	28
ใครคือเจ้าภาพการขับเคลื่อนเชิงรุกที่มีศักยภาพมากที่สุด?	31

กรณีตัวอย่าง: การขับเคลื่อนในบริบทที่ยากลำบากในภาคธุรกิจ อุตสาหกรรม	34
การใช้กรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์อุตสาหกรรมในการขับเคลื่อนในภาค ธุรกิจอุตสาหกรรมที่มีความยากลำบากและท้าทาย	37
การฝ่าด่านวัฒนธรรมปัจเจกชนนิยมและความเคยชินต่าง ๆ เป็น ประเด็นเชิงสมรรถนะ/ศักยภาพที่ควรตระหนักร่วมกัน	42
สมรรถนะ/ทักษะการทำงานเชิงรุกของพยาบาลและบุคลากรสุขภาพ สหวิชาชีพในระดับโครงสร้าง/ระดับพื้นที่และการทำงานส่งเสริม ระบบสุขภาพชุมชน	43
การจัดการระบบสุขภาพชุมชนและการบริการเชิงรุกในชุมชน เป็นประเด็น การขับเคลื่อนในเชิงระบบและโครงสร้างที่สำคัญ: ทีมสุขภาพต้องม ีความชัดเจนในบทบาทของตนเอง	46
สรุป	52
เอกสารอ้างอิง	57

บทวิเคราะห์เชิงสะท้อน (Reflexive Analysis) การขับเคลื่อนด้านการสร้างเสริมสุขภาพของ วิชาชีพการพยาบาลตามกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ อนาคตว่า: นโยบายและความหมายต่อการพัฒนา ระบบสุขภาพไทยและประเด็นที่ท้าทาย

เกริ่นนำ

บทวิเคราะห์เชิงสะท้อนนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการสร้างหรือการสืบค้นความรู้ทางสังคม (social inquiry) ที่อยู่บนฐานของประสบการณ์ในการทำงานของโครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ที่ดำเนินการโดยสภาการพยาบาลร่วมกับภาคีเครือข่ายหลายระดับ หลายประเภท ซึ่งทำให้เกิดประสบการณ์ต่าง ๆ (experiences), สาระสำคัญ (essences) และ/หรือการรับรู้ต่าง ๆ (perception) ที่มีความเชื่อมโยงกับแก่นประเด็นสำคัญ และบริบทต่าง ๆ ที่หลากหลาย

ดังนั้น การวิเคราะห์ ณ ที่นี้ จึงให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์เชิงสะท้อน (Reflexive Analysis)¹ (Flyvbjerg, 2001; Day, 2012) และการวิเคราะห์

1 คำว่า การสะท้อน (Reflexivity) และการวิเคราะห์เชิงสะท้อน (Reflexive Analysis) ถือเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเชิงคุณภาพ และมีความหมายหลายอย่าง แล้วแต่การนำไปใช้ในบริบทต่าง ๆ หรือในสาขาวิชาต่าง ๆ เช่น ในสาขาจิตวิทยา, มานุษยวิทยา, สังคมวิทยา ฯลฯ ก็มีความหมายที่ต่างกัน สำหรับในบทความนี้ ต้องการให้หมายถึง มุมมองเชิงสะท้อนอีกด้านหนึ่งของผู้ประเมิน/ผู้วิจัยโครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ที่ให้คุณค่ากับการทำงานสร้างเสริมสุขภาพในเชิงระบบและโครงสร้างหรือการกระทำกับปัจจัยทางสังคมที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health) ที่มีความยากลำบากและเป็นประเด็นที่ท้าทาย และยังเป็นคำที่มีความหมายในเชิงวิธีวิทยา หรือวิธีคิด (Methodological Thinking) ในการมองเรื่อง “การสร้างเสริมสุขภาพ” ที่อาจมีความต่างกันระหว่างนักสังคมศาสตร์ และวิชาชีพการพยาบาล และเพื่อให้เกิดการไหลเวียนของมุมมองต่าง ๆ ในเชิงวิพากษ์ ทั้งนี้ก็เพื่อเป็นวัตถุดิบในการเรียนรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในมุมมองที่แตกต่างหลากหลาย และยังสามารถช่วยทำให้เกิดการถกเถียงเกี่ยวกับประเด็นต่าง ๆ ที่ท้าทายร่วมกัน เพื่อก้าวข้ามมายาคติ (myths) ที่อาจดำรงอยู่ในขบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้วย

แก่นประเด็น (Thematic Analysis) ที่เกิดขึ้นจากการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ รวมถึงวิเคราะห์ประสบการณ์/สาระสำคัญ/การรับรู้ของผู้เกี่ยวข้อง/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียประเภทต่าง ๆ จากมุมมองของผู้ได้รับการประเมินหรือผู้ขับเคลื่อน หรือที่เรียกว่า “คนใน” (Insider’s Perspective) รวมถึงประสบการณ์และการรับรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับ “คุณค่า/ค่านิยมและอำนาจ” (values and power) ที่มีอิทธิพลเหนือภาคการขับเคลื่อนเรื่อง “สุขภาพ” จากมุมมองของผู้ประเมิน/ผู้วิจัย หรือ “คนนอก” (Outsider’s Perspective) ที่ได้มีโอกาสเข้าไปสัมผัสข้อมูลต่าง ๆ ของโครงการ

นอกจากนี้ ยังเป็น**การวิเคราะห์บริบท** (Contextual Analysis) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ที่มุ่งเน้นไปที่การทำความเข้าใจบริบทต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน และ/หรือการขับเคลื่อนต่าง ๆ บนฐานของบริบท ทั้งบริบทของปัจเจกบุคคล, บริบทของกลุ่ม/องค์กร/หน่วยงานบริการสุขภาพ, บริบทของพื้นที่/ท้องถิ่นในมารับผิดชอบของหน่วยบริการสุขภาพ, บริบทของวิชาชีพการพยาบาลที่เชื่อมกับบริบทของบุคลากรสุขภาพวิชาชีพอื่น ๆ, บริบทของระบบบริการสุขภาพที่มีความเชื่อมโยงกับบริบทเชิงนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่มีการเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงสูง และ/หรือบริบทของระบบสุขภาพไทยที่มีความเชื่อมโยงกับระบบและโครงสร้างใหญ่ หรือระบบในระดับมหภาคของสังคมไทย

เนื้อหาสาระของบทวิเคราะห์เชิงสะท้อนที่ผสมผสานเข้ากับการวิเคราะห์แก่นประเด็นที่พบ และการวิเคราะห์บริบทในครั้งนี้ เริ่มต้นด้วยการชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการสร้างความรู้จากประสบการณ์ในการทำงาน และการรับรู้เกี่ยวกับแนวทางต่าง ๆ ในการสร้างความรู้จากข้อมูลที่อยู่ในรูปของ “ประสบการณ์” หรือ “สาระสำคัญของประสบการณ์” ตามด้วยกรอบแนวคิดหลักที่ใช้ในการทำงานของวิชาชีพการพยาบาล ภายใต้โครงการขับเคลื่อนฯ ซึ่งก็คือ “กรอบแนวคิดและ

ยุทธศาสตร์รอดตาย”² พร้อมทั้งหยิบยกประเด็นปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับการปรับระบบบริการ เพราะเป็นเรื่องที่สำคัญมากตามกรอบอดตายที่สามารถสะท้อนให้เห็นว่า “พยาบาล” ได้มีการปรับกระบวนการ/ทัศนคติ/วิธีคิด/วิธีมอง/วิธีการทำงาน/การแสดงบทบาท หรือสมรรถนะใหม่ ๆ ใน “การสร้างเสริมสุขภาพ” ได้หรือไม่ อย่างไรบ้าง ตามด้วยบริบทเชิงนโยบายขององค์กร/หน่วยงาน/กระทรวงสาธารณสุขที่มีนัยสำคัญต่อการแสดงบทบาทของพยาบาลและบุคลากรสุขภาพวิชาชีพอื่น ๆ รวมทั้งบริบทเชิงนโยบายใหม่ล่าสุด ภายใต้การนำของปลัดกระทรวงสาธารณสุขคนใหม่ คือ นโยบาย PCC (Primary Care Cluster) ว่านโยบายนี้มีความสำคัญอย่างไร หรือเชื่อมโยงกับบทบาทของวิชาชีพพยาบาลในบริบทการทำงานในปัจจุบันอย่างไร

นอกจากนี้ บทวิเคราะห์นี้ยังได้ยกตัวอย่างกรณีการขับเคลื่อนในบริบทที่ยากลำบากที่สุดกรณีหนึ่งมาประกอบการถกเถียงอภิปรายด้วย เพื่อสะท้อนให้เห็นว่า การทำงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ ๆ มีประเด็นปัญหาซับซ้อนที่เชื่อมโยงกับเรื่อง “คุณค่า/ค่านิยมและอำนาจ” (values and power) ดังเช่น ภาครัฐกิจอุตสาหกรรม/เขตอุตสาหกรรมในภาคตะวันออก (ซึ่งเป็นพื้นที่การทำงานของโครงการขับเคลื่อนฯ และ สสส.) ด้วยนั้น พบว่ามีประเด็นและแง่มุมต่าง ๆ ที่ขบวนการสร้างเสริมสุขภาพ

2 กรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์รอดตาย คือ กรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ที่ปรากฏอยู่ในกฎบัตรรอดตายด้านการสร้างเสริมสุขภาพ หรือ Ottawa Charter on Health Promotion 1986 ที่ให้ความสำคัญกับการทำงานสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบ และมองปัจจัย-องค์ประกอบ หรือประเด็นต่าง ๆ ที่มีความสำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบและมีความเชื่อมโยงกัน 5 มิติ/ประเด็น คือ คนปัจเจกบุคคล (เน้นการพัฒนาทักษะต่าง ๆ ที่มีความสำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพ), สิ่งแวดล้อม (ทั้งทางกายภาพ/สังคม/วัฒนธรรม/การเมือง ฯลฯ) ที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของประชาชน/ปัจเจกบุคคล/กลุ่มต่าง ๆ, ชุมชน/การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน เพื่อทำให้มีพลังในการขับเคลื่อนในการสร้างเสริมสุขภาพ, นโยบาย/การสร้างหรือกำหนดนโยบายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การสร้างเสริมสุขภาพได้ผลมากยิ่งขึ้น และการปรับระบบบริการและระบบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ประชาชน/ผู้เกี่ยวข้อง/ผู้รับบริการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เป็นต้น

ทั้งหมดน่าจะต้องพิจารณาร่วมกัน ไม่ใช่ปล่อยให้พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/บุคลากรสุขภาพในพื้นที่ต้องเผชิญปัญหาและชะตากรรมโดยลำพัง

ท้ายที่สุด บทวิเคราะห์นี้ต้องการชี้ให้เห็นด้วยว่า การมีบทบาทเชิงรุก (Proactive Role) หรือการแสดงบทบาทในการกระทำการกับปัจจัยทางสังคมที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health) ในระดับระบบสุขภาพของประเทศ และ/หรือในระดับระบบโครงสร้างและกลไกของประเทศหรือของสังคมไทยนั้นเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก และยังมีมุมมองเชิงวิพากษ์ที่สำคัญที่จำเป็นต้องขบคิดร่วมกัน โดยเฉพาะในกรณีพื้นที่ ๆ ต้องเผชิญหน้ากับปัญหาสิ่งแวดล้อม/ความขัดแย้งทางสิ่งแวดล้อมที่รุนแรง ซึ่งเกินเลียดศักยภาพและความสามารถของพยาบาล และ/หรือบุคลากรสุขภาพในพื้นที่จะดำเนินการได้เพียงลำพัง ในกรณีเช่นนี้จะทำอย่างไรหรือสมรรถนะแบบใดที่จำเป็น

ประเด็นท้าทายที่สำคัญอย่างยิ่งคือ ในกรณีที่มีภาวะยากลำบากหรือภาวะกลืนไม่เข้าคายไม่ออก (dilemma) เช่นนี้ ใครจะเป็นเจ้าภาพหลักในการขับเคลื่อน จะเริ่มจากจุดไหนก่อนดี (ตามมิติและกลไกต่าง ๆ ที่กรอบออตตาวาระบุไว้) และสมรรถนะ/ทักษะการทำงานที่สำคัญที่สุดของพยาบาล, บุคลากรสุขภาพวิชาชีพอื่น ๆ และองค์กรภาคีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในสถานการณ์เช่นนี้คืออะไร และเพียงพอหรือไม่ต่อการรับมือกับพลังอำนาจที่เหนือกว่าที่ดำรงอยู่ในทุกอนุของสังคมไทย

การสร้างความรู้จากข้อมูลและประสบการณ์การทำงาน: มีหลายแนวทาง

สำหรับการสืบค้นหรือสร้างความรู้ที่เกิดขึ้นจากการทำงาน/การขับเคลื่อนที่ทำให้เกิด “ประสบการณ์ต่าง ๆ” ขึ้นในครั้งนี้นั้น เป็นการสืบค้น/การสร้างความรู้ทางสังคมที่อยู่บนพื้นฐานของประสบการณ์ในการใช้กรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ถอดดาวาในการทำความเข้าใจประเด็นปัญหาสุขภาพในพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศที่มีบริบทที่ต่างกัน และเป็นการสร้างหรือพัฒนาสมรรถนะของวิชาชีพพยาบาล และการเรียนรู้ร่วมกันบนประเด็นปัญหาดังกล่าวระหว่างสถาบันทางวิชาการและหน่วยงานด้านการปฏิบัติ

ซึ่งในปัจจุบัน หน่วยงานปฏิบัติหรือหน่วยบริการสุขภาพทั้ง 3 ระดับ (ปฐมภูมิ, ทติยภูมิ และตติยภูมิ) ก็มีความพยายามในการสังสมองค์ความรู้ในรูปแบบหรือแนวทางการทำวิจัยที่เรียกว่า **“จากงานประจำสู่งานวิจัย”** (From Routine to Research – R to R) ซึ่งก็คือ การนำสิ่งที่ทำ สิ่งที่มี สิ่งที่เหมาะสมมายกระดับเป็นองค์ความรู้ ซึ่งเราอาจจะเรียกงานวิจัยแนวนี้ว่า **“การวิจัยบนฐานการปฏิบัติ”** (practice-based or action-based research) ก็ได้ หรือจะเรียกว่า **“การวิจัยบนฐานของประสบการณ์”** (experience-based research) หรือการสร้างองค์ความรู้บนฐานของประสบการณ์ (experience-based knowledge) ก็ได้เช่นกัน เพียงแต่ว่าแต่ละแนวทาง แต่ละวิธีการในการสร้างความรู้ (approach) อาจจะมีจุดเน้นที่แตกต่างกันไป

ยกตัวอย่างเช่น การวิจัยจากงานประจำ หรือจากงานประจำสู่การวิจัย (R to R) นั้น เน้นการใช้ข้อมูลที่มีอยู่แล้วในฐานข้อมูลของแต่ละส่วนงานที่ได้จากการจัดทำบันทึก (recording) หรือฐานข้อมูลในรูปแบบต่าง ๆ โดยเฉพาะฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่แต่ละส่วนงานสามารถพัฒนาโปรแกรมต่าง ๆ ในการ

บันทึกข้อมูลขึ้นมาใช้ให้เหมาะสมกับงานของตนเอง/ส่วนงานของตน หรือขึ้นกับลักษณะของแต่ละงานและวัตถุประสงค์ในการใช้ และถ้าเป็นในบริบทของการทำงาน ของพยาบาล/วิชาชีพพยาบาล หรือหน่วยงานบริการสุขภาพที่พยาบาลสังกัดอยู่ก็ ใช้ฐานข้อมูลการทำงานประจำวัน หรือในแต่ละวันจะมีข้อมูลหลายประเภทเกิดขึ้น โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับบริการประเภทต่าง ๆ ซึ่งข้อมูลที่มีอยู่อาจจะอยู่ใน รูปแบบต่าง ๆ ที่หลากหลาย อาทิเช่น บันทึกส่วนตัวของพยาบาล/ผู้ให้บริการ วิชาชีพอื่น ๆ (Memo or Diary), บันทึกทางการแพทย์ (Medical Record), ระเบียบ หรือประวัติการรักษาของผู้รับบริการแต่ละคน ฯลฯ อาทิเช่น ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย โรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน, โรคไต เป็นต้น

ในขณะที่**การวิจัยบนฐานของการปฏิบัติ** (practice-based or action-based research) นั้น จะมีความหมายที่กว้างขึ้น หรือกว้างกว่าคำว่า **“งานประจำ”** (routine work) หรือสิ่งที่ทำอยู่เป็นประจำ เพราะอาจจะไม่ได้ทำเป็นประจำก็ได้หรืออาจจะเป็นการทำงานตามโครงการต่าง ๆ (project-based research) ก็ได้ ทั้งนี้การวิจัยแนวมักมุ่งเน้นไปที่การปฏิบัติ/การกระทำต่าง ๆ ว่าทำอะไร ทำอย่างไร ทำไปทำไม หรือเพราะอะไรจึงทำแบบนั้น ทำแล้วเกิดผลอะไร สิ่งที่เรียนรู้จากการปฏิบัติ/การฝึกฝน/การกระทำต่าง ๆ ที่สำคัญคือ อะไร อะไรคือ จุดแข็ง จุดอ่อน บทเรียนสำคัญ ซึ่งในกรณีของวิชาชีพการพยาบาล หรือของโครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ณ ที่นี้ ก็สามารถมุ่งเน้นไปที่ข้อมูลการปฏิบัติการ/การกระทำต่าง ๆ ในหลาย ๆ ระดับที่เกี่ยวข้องกับผู้คน/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวนมาก/หลายประเภท ว่าแต่ละประเภท แต่ละระดับทำอะไร อย่างไร เพราะอะไร หรือทำไมจึงทำเช่นนั้น และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอะไร อย่างไร เพราะอะไร หรือได้ผลอะไร อย่างไรที่มีสาระสำคัญบ้าง

สำหรับการวิจัยบนฐานของประสบการณ์ (experience-based research) หรือการสร้างความรู้บนฐานของประสบการณ์ (knowledge-based research) หรืออาจจะเรียกว่า “experience-based knowledge” ซึ่งจะมุ่งเน้นไปที่การทำความเข้าใจหรือวิเคราะห์ตัว **“ประสบการณ์”** ที่มีนัยยะและความหมาย และมี **“สาระสำคัญ”** (essences) และมีความเชื่อมโยงหรือขึ้นต่อกันบริบทชีวิตของมนุษย์ที่หลากหลาย (diversified life contexts) ซึ่งเราอาจจะเรียกการวิจัยหรือการสร้างความรู้แนวนี้ด้วยว่า **“การวิจัยแนวปรากฏการณ์วิทยา”** (Phenomenological Research) เหมือนดังที่ Patton (1990, 2002) ได้กล่าวไว้ด้วยว่า จุดมุ่งหมายของการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาสำหรับตัวเขา คือ การวิจัยที่มีข้อสันนิษฐานว่าประสบการณ์ของมนุษย์นั้นเป็นสิ่งที่มีความ **“สาระสำคัญที่แบ่งปันกันได้”** หรือสาระสำคัญต่าง ๆ เหล่านี้ เป็นความหมายหลักที่ควรได้รับการทำความเข้าใจผ่านปรากฏการณ์ใดปรากฏการณ์หนึ่งที่ประสบร่วมกัน ยกตัวอย่างเช่น ปรากฏการณ์ความเหงา/ความรู้สึกโดดเดี่ยว หรือสาระสำคัญของความเหงา/ความรู้สึกโดดเดี่ยว, ปรากฏการณ์หรือสาระสำคัญของการเป็นแม่, ปรากฏการณ์หรือสาระสำคัญของการเป็นสมาชิกคนหนึ่งในโครงการ/แผนงานต่าง ๆ ซึ่ง ณ ที่นี้ขอยกตัวอย่างการเป็นส่วนหนึ่งของโครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ดังนั้น ข้อสันนิษฐานเกี่ยวกับสาระสำคัญ (essences) นี้จึงกลายเป็นคุณลักษณะที่สำคัญของการศึกษาแนวปรากฏการณ์วิทยา

ซึ่งอันที่จริงนั้น ในชีวิตคนเรามีประสบการณ์หรือปรากฏการณ์ต่าง ๆ เกิดขึ้น สามารถครอบคลุมบริบทตั้งแต่เกิดจนตายหรือทุกกลุ่มวัยหรือสามารถสร้างความรู้จากประสบการณ์ได้ในทุกมิติ ทุกขั้นตอนหรือสาระสำคัญของชีวิต ไม่ว่าจะเป็นประสบการณ์การคลอดบุตร, ประสบการณ์หรือสาระสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่, ประสบการณ์การเลี้ยงดูลูก, ประสบการณ์การสร้างการเรียนรู้ด้านต่าง ๆ เช่น ประสบการณ์หรือสาระสำคัญของการเรียน-การสอนภาษาอังกฤษ, ประสบการณ์หรือสาระสำคัญของการปลูกฝังคุณธรรมจริยธรรม

ในครอบครัว/ในโรงเรียน, ประสบการณ์ในการทำงานในโรงงาน, ประสบการณ์ในการทำงานในโรงเรียน, ประสบการณ์ในการผ่าตัดรักษาดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ, ประสบการณ์ในการเฝ้าระวังผู้ป่วยระยะสุดท้าย, ประสบการณ์ในการขอรับบริการด้านการแพทย์สาธารณสุข, ประสบการณ์ในการทำงานเลิกเหล้าบุหรืในสังคมไทย, ประสบการณ์ของสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรงในครอบครัว, ประสบการณ์ของตำรวจตระเวนชายแดนในการเป็นทูตสุขภาพพื้นที่, ประสบการณ์ในการจัดการความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ/ผู้พิการ, ประสบการณ์ในการเผชิญโรคมะเร็ง, ประสบการณ์ในการแวนของเด็กแวน, ประสบการณ์หรือสาระสำคัญของการใช้ชีวิตในต่างแดน/ต่างวัฒนธรรม และอีกมากมายสารพันเรื่องที่สามารถทำได้ เพราะ “ประสบการณ์ของมนุษย์” คือ ความรู้ประเภทหนึ่งหรือดังที่ Husserl กล่าวว่า มันคือแหล่งของความรู้ทั้งหมด (Husserl, 1970) เพราะมันเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับมนุษย์แล้ว มนุษย์จึงได้ “รู้” หรือ “รับรู้” จาก “ประสบการณ์” หรือ “สิ่งที่ประสบ” ขึ้นกับตนเองแล้ว

นอกจากจะเน้นไปที่ประสบการณ์ตามที่กล่าวข้างต้นแล้ว ยังเน้นไปที่สิ่งที่ประสบคล้าย ๆ กันในประสบการณ์ (common experience) หรือสาระสำคัญนั้น ๆ ด้วย เช่น ถ้าต้องการศึกษาว่าผู้เกี่ยวข้องกับการนี้ มีประสบการณ์ในการทำงานภายใต้โครงการขับเคลื่อนฯ ที่ใช้กรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ออกตัวในการทำงานอย่างไร และมีอะไรที่เป็นประสบการณ์ร่วมที่เป็นสาระสำคัญบ้างก็สามารถใช้แนวทางการสร้างความรู้แบบนี้ และมุ่งเน้นไปที่ข้อมูลประสบการณ์หรือสาระสำคัญจากการทำงานร่วมกันของผู้เกี่ยวข้อง หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียประเภทต่าง ๆ เป็นต้น

ยกตัวอย่างเช่น ในกรณีของพื้นที่เรียนรู้/ศูนย์การเรียนรู้หลายแห่งภายใต้โครงการนี้ ที่ให้ความสำคัญกับเรื่องการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการระยะยาวจำนวนมากถึง 3 แห่ง ทั้งในภาคเหนือ (อ.สารภี), ภาคตะวันออก (อ.คลองใหญ่) และ

ภาคใต้ (อ.บางกล่ำ) เราก็สามารถมุ่งเน้นไปที่ประสบการณ์หรือสาระสำคัญที่สมาชิกในโครงการประสบการณ์ร่วมกัน แต่มีบริบทภูมิภาคที่ต่างกัน หรือประสบการณ์/สาระสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการของเจ้าหน้าที่/พยาบาล หรือของผู้ดูแล (Care giver) ว่าประสบกับอะไรที่เป็นสาระสำคัญบ้าง และมีประสบการณ์ร่วมกัน หรือมีลักษณะของประสบการณ์ที่ร่วมกัน (common experience) ในเรื่องนี้อย่างไรบ้าง ซึ่งในกรณีนี้ก็สามารถทำการศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีอายุ อาชีพ บริบทที่แตกต่างกันประมาณ 20-25 คน หรือพื้นที่ละประมาณ 20-25 คน (ขึ้นกับเวลาและงบประมาณด้วย) ซึ่งในการเลือกตัวอย่างก็ต้องใช้กลยุทธ์หรือวิธีการต่าง ๆ ที่หลากหลาย (Patton, 2015) การศึกษาหรือถอดประสบการณ์ตรงนี้จะทำให้ได้องค์ความรู้เพิ่มขึ้นอีกมากมายเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการในระยะยาว ในบริบทที่แตกต่างกันถึง 3 บริบท คือ บริบทของภาคเหนือ, บริบทของภาคตะวันออก, และบริบทของภาคใต้ เป็นต้น

ดังนั้น ข้อมูลที่สำคัญที่สุดก็คือ ข้อมูลประสบการณ์และการรับรู้ และจะต้องเป็นการศึกษาแบบปฐมภูมิ (primary data) หรือเป็นข้อมูลสด/ข้อมูลมือหนึ่ง (first-hand data) เท่านั้น ไม่สามารถใช้ข้อมูลมือสองหรือข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) ได้ สิ่งที่สำคัญที่สุดอีกประการหนึ่งก็คือ การศึกษาวิเคราะห์ทุกแนวทาง/วิธีการในการสร้างความรู้จำเป็นจะต้องมีแนวคิดหลักต่าง ๆ (core concepts) ในการศึกษาและวิเคราะห์ มิเช่นนั้นก็จะไม่สามารถทำความเข้าใจเชิงลึกในเรื่องใด ๆ ได้เลย

กรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์อนาคตในฐานะกรอบแนวคิด สำคัญในการสร้างองค์ความรู้ในบริบทของวิชาชีพการพยาบาล

ดังนั้น เวลาจะนำข้อมูลต่าง ๆ จากโครงการนี้มาวิเคราะห์ เพื่อยกระดับให้เป็นองค์ความรู้ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลงานที่ทำประจำวัน/งานประจำ, ข้อมูลการ

ปฏิบัติการ/การกระทำต่าง ๆ หรือข้อมูลประสบการณ์ก็จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความคิดหลัก (Core Concepts) ในการวิเคราะห์ จึงจะสามารถทำให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ได้ ซึ่งถ้าอนุมานคร่าว ๆ ณ ที่นี้ อาจจะสามารถกล่าวได้ด้วยว่า การทำงานของโครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อเพิ่มสมรรถนะให้กับพยาบาลด้วยกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ออตตาวานี้ ในท้ายที่สุดก็คือ ต้องการให้นักวิชาการ/นักวิจัย/ครู-อาจารย์ผู้ฝึกสอนด้านการพยาบาล, พยาบาลวิชาชีพ, พยาบาลเฉพาะทางประเภทต่าง ๆ รวมถึงนักศึกษาด้านการพยาบาลศาสตร์ สามารถเพิ่มสมรรถนะในทางวิชาการของตน (ทั้งนี้ เพราะจากผลการสำรวจระดับสมรรถนะด้านการวิจัยและการจัดการความรู้ของโครงการฯ พบว่ายังอยู่ในระดับพื้นฐาน)³ หรือการพัฒนาวิชาชีพของตนเองได้ ด้วยการนำกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ออตตาวามาใช้ในการทำงานและการเรียนการสอน โดยเฉพาะการนำมาใช้ในการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของ **ประชาชน/ชุมชน/ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ** และการขับเคลื่อนหรือการออกแบบเพื่อแก้ไขปัญหา หรือเพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการที่หลากหลาย ดังกล่าว รวมถึงการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาสุขภาพในบริบทต่าง ๆ ที่มีความหลากหลาย ที่มีความสลับซับซ้อน/ทับซ้อน/คาบเกี่ยวกัน รวมทั้งมีความเกี่ยวข้องกับทั้งตัวคน/ปัจเจกบุคคล/กลุ่มคน/ชุมชน/สิ่งแวดล้อม/นโยบาย/การปรับระบบบริการ และ/หรือการปรับระบบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง แม้แต่ระบบโครงสร้างของสังคมในระดับมหภาค ดังที่ได้กล่าวไว้แล้วข้างต้น

ซึ่งในขั้นแรกของการทำงานของโครงการฯ นี้ พบว่ายังอยู่ในขั้นของการผลิตเอกสารทางวิชาการ/ชุดการเรียนรู้/คู่มือต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการสร้างการเรียนรู้ และสามารถสร้างการเรียนรู้กับกลุ่มเป้าหมายได้จำนวนหนึ่ง ซึ่งพบว่าเอกสารบางส่วนโดยเฉพาะ “เอกสารนวัตกรรมการสร้าง-

3 ผลการศึกษาระดับสมรรถนะในการสร้างเสริมสุขภาพและการปฏิบัติบทบาทพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบกฎบัตรออตตาวาในบริบทรระดับปฐมภูมิ ทุตติยภูมิ และตติยภูมิ, กันยายน, 2557: หน้า 12.

เสริมสุขภาพ ภายใต้บทบาทของวิชาชีพการพยาบาล” ที่โครงการขับเคลื่อนฯ ผลิดขึ้น ก็ได้้นำแนวทางการวิจัยบนฐานการปฏิบัติการ (action-based or practice-based research) หรือแนวทางการสร้างความรู้บนพื้นฐานของประสบการณ์ (experience-based research/knowledge) มาใช้แล้ว เพราะเป็นเอกสารที่ถอดประสบการณ์ของพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศประมาณ 40 แห่งออกมาเป็นองค์ความรู้ และที่สำคัญคือ ยังมีการใช้กรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ถอดตาวาในการวิเคราะห์สิ่งที่เกิดขึ้น หรือสิ่งที่พยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพประเภทต่าง ๆ ทั้ง 3 ระดับ (ปฐมภูมิ, ทติยภูมิ, ตติยภูมิ) ได้ดำเนินการ/กระทำการมาเป็นระยะเวลาหนึ่งว่าเป็นการทำงานตามกรอบถอดตาวาไปแล้วโดยไม่รู้ตัว เพราะพื้นที่ต่าง ๆ ส่วนใหญ่ได้ทำทั้งเรื่อง 1) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล 2) การสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน 3) การปรับสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี 4) การขับเคลื่อนเชิงนโยบาย และ 5) การปรับระบบบริการและระบบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ตามที่เอกสารของโครงการฯ ได้วิเคราะห์หรือนำเสนอให้เห็น (โปรดดูรายชื่อเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องของโครงการขับเคลื่อนฯ ในรายการเอกสารอ้างอิง)

ดังนั้น การใช้กรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ถอดตาวาในการทำงานและการสร้างองค์ความรู้อย่างต่อเนื่องด้วยแนวคิดดังกล่าว จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งซึ่งตรงจุดนี้พบว่า พยาบาลวิชาชีพจำนวนมากหรือส่วนใหญ่ที่อยู่ในเครือข่ายของโครงการขับเคลื่อนฯ ยังไม่ได้ดำเนินการในการผลิตองค์ความรู้ด้วยกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ถอดตาวาอย่างต่อเนื่องแต่อย่างใด ซึ่งเป็นจุดอ่อนที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งของโครงการฯ ที่ทุกฝ่ายควรตระหนักร่วมกัน และควรมีการเสริมสมรรถนะหรือศักยภาพด้านนี้ให้เข้มข้นขึ้นในการทำงานในระยะต่อไป โดยเฉพาะการเสริมสมรรถนะในการผลิตความรู้ด้วยแนวทางปรากฏการณ์วิทยา หรือการให้ความสำคัญกับปรากฏการณ์ที่เป็น **“ประสบการณ์ที่มีสาระสำคัญ”** ดังที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น

บริบทของผู้ป่วยและบริบทองค์กรนำไปสู่การปรับระบบบริการ แต่ยังขาดการสร้างองค์ความรู้และการปฏิบัติการให้ครบวงจร ตามกรอบออตตาวา

ถึงแม้ว่าแต่ละพื้นที่/องค์กรอาจจะมีน้ำหนักในการทำงานตาม 5 องค์ประกอบ หรือ 5 มิติตามกรอบออตตาวาในระดับที่แตกต่างกัน และทำให้เกิดประสบการณ์ หรือสาระสำคัญที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเพราะเป็นการทำงานที่ขึ้นอยู่กับบริบท (Context-based/context-relevant action/implementation) ของแต่ละพื้นที่ แต่ละองค์กรว่าปัญหาไหนมีความสำคัญมากกว่ากัน อาทิเช่น พื้นที่การทำงานของ รพ.สรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี ที่พบว่าผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดมีการยกเลิกการผ่าตัดหรือเข้ารับการผ่าตัดช้ากว่าที่กำหนดไว้ มีสูงถึงร้อยละ 25 อันเป็นผลมาจากความไม่เข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการผ่าตัด และที่สำคัญคือ การกลัวหรือมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการวางยาสลบในขณะผ่าตัด เพราะกลัวว่าจะไม่ฟื้นจากการวางยาสลบ ทำให้พยาบาลได้พัฒนาศิลินิวิสัยขึ้นมา เพื่อเตรียมผู้ป่วยและญาติให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการวางยาสลบและการผ่าตัด และมีการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และปัญญาหรือความรู้ เพื่อเข้าสู่กระบวนการรับบริการที่มีคุณภาพ หรือยิ่งทำให้ผลการผ่าตัดได้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการของทุกฝ่ายมากยิ่งขึ้น ลดความเสี่ยงและความสับสนซับซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยเฉพาะในระหว่าง การผ่าตัดและหลังการผ่าตัด ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้รับบริการดีขึ้น ซึ่งนับว่าเป็นการปรับระบบบริการที่มีนัยสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ผนวกด้วยการพัฒนา หรือการส่งเสริมความรู้และทักษะของผู้รับบริการและญาติได้ในระดับหนึ่งด้วย (ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอีก 2 ประการของกรอบออตตาวา คือ การปรับระบบบริการ และการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล)

ซึ่งในกรณีนี้ พบว่าได้เกิดประสบการณ์หรือสาระสำคัญ (essences) ในการพัฒนาหรือการปรับระบบบริการขึ้นในทีมงานวิสัญญีที่เกี่ยวข้องของจำนวนประมาณ 10 กว่าท่าน ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่มีคุณค่าในการยกระดับเป็นองค์ความรู้ว่าแต่ละท่านประสบกับอะไรบ้าง ประสบสิ่งนั้นอย่างไร และมีประสบการณ์ หรือสาระสำคัญร่วมกัน (common essences) ในการพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนระบบดังกล่าวอะไรบางอย่างที่มีนัยสำคัญต่อสุขภาพ/ระบบสุขภาพ, ต่อคุณภาพชีวิต และต่อความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น (health/health system, quality of life, and well-being) ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็น **“องค์ความรู้ในการพัฒนาหรือปรับระบบบริการ”** เพื่อแบ่งปันกับพื้นที่/องค์กรอื่น ๆ ในเครือข่ายได้อีกชุดหนึ่งด้วย

สำหรับในกรณีที่เชื่อมโยงกับกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์อนาคตว่าที่มีกลไกหรือองค์ประกอบหรือมิติอื่น ๆ อีกไม่ว่าจะเป็นมิติสิ่งแวดล้อม (หมายถึงสิ่งแวดล้อมทุกประเภท ทั้งกายภาพ/สังคม/วัฒนธรรม/การศึกษา/ศาสนา/การเมือง), มิติการสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน และมิติการขับเคลื่อนเชิงนโยบายก็เช่นกัน ที่มีความสำคัญมาก ซึ่งพบว่าจริง ๆ แล้วก็อาจจะไม่จำเป็นต้องมีการทำงานหรือขับเคลื่อนในองค์ประกอบ/กลไก/มิติอื่น ๆ ดังกล่าวทั้งหมดให้ครบทุกมิติก็ได้ถ้าไม่มีความจำเป็น แต่เมื่อพิจารณาจากข้อมูลและความเป็นจริงในพื้นที่ต่าง ๆ ของโครงการขับเคลื่อนฯ ที่ได้มีโอกาสไปเยี่ยมในขอบเขตทั่วประเทศแล้วพบว่า ไม่ว่าจะต้องการสร้างหรือเพิ่มพูนสมรรถนะพยาบาล/บุคลากรสุขภาพวิชาชีพอื่น ๆ ด้วยประเด็นการขับเคลื่อนในเรื่องอะไรก็ตาม ยกตัวอย่างเช่น เรื่องการลดการดื่มสุรา, การเลิกสูบบุหรี่, การควบคุมโรคเรื้อรัง, การปรับพฤติกรรมสุขภาพ/พฤติกรรมกรรมการบริโภค, การดูแลและสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยที่มีออสโตมีและแผลประเภทต่าง ๆ, การดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการในระยะยาว, การดูแลและสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นผู้สูงอายุและผู้พิการที่บ้าน/ในชุมชน, การดูแลและสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง, การปรับระบบบริการเพื่อผู้ป่วยรอการผ่าตัดด้วยการจัดทำคลินิกวิสัญญี, การป้องกันและคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการส่งเสริมสุขภาพแรงงาน, การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย,

การคัดกรองและช่วยเหลือผู้มีภาวะเครียดและซึมเศร้าในชุมชน, การดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuing Care), การพยาบาลฉุกเฉิน, การส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรในองค์กร/หน่วยงาน, การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่, การสร้างสุขภาพดีด้วยวิถีธรรมชาติบำบัด, การส่งเสริมให้เกิดโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ, การกระทำการกับปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ และการขับเคลื่อนสุขภาพองค์กรรวมในชุมชน ฯลฯ ซึ่งพบว่าประเด็นการทำงานหรือเรื่องงานต่าง ๆ เหล่านี้ส่วนใหญ่หรือเกือบทั้งหมดต้องทำงานในการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมประเภทต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องไปในเวลาเดียวกันด้วยจึงจะได้ผล เพราะสิ่งแวดล้อมประเภทต่าง ๆ มีปฏิสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างแยกกันไม่ออก รวมถึงการขับเคลื่อนในเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ (ซึ่งอาจจะต้องขับเคลื่อนไปจนถึงระดับจังหวัด, ระดับกลุ่มจังหวัด, ระดับภูมิภาค และระดับประเทศ) ยิ่งถ้าเป็นประเด็นการทำงานในเรื่องสุขภาพของแรงงานในสภาพที่มีสิ่งแวดล้อมเลวร้าย ยกตัวอย่างเช่น กรณีของพื้นที่ภาคตะวันออก โดยเฉพาะพื้นที่แหลมฉบัง ที่มีโรงงานอุตสาหกรรมจำนวนมาก ยิ่งต้องมีการขับเคลื่อนในเชิงนโยบาย เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนหรือแก้ไขปัญหาสีเขียวต่าง ๆ ร่วมกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ/มลพิษต่าง ๆ (ซึ่งจะได้พูดถึงเรื่องนี้ในลำดับต่อไปอย่างละเอียดด้วย) รวมถึงประเด็นหรือมิติการสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชนก็เช่นกัน ที่ไม่ว่าจะดำเนินการในเรื่องอะไรหรือประเด็นอะไรก็มักจะต้องทำการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนควบคู่ไปด้วยเสมอ เพราะการดำเนินการแทน/กระทำการแทนทั้งหมด จะไม่ทำให้เกิดการแก้ไขปัญหาได้ในระยะยาวหรือไม่เกิดการพึ่งพาตนเอง และ/หรือไม่เกิดความยั่งยืนในการแก้ไขปัญหา เพราะเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นคนนอก (outsider) ควรให้คนใน (insider) มีบทบาท โดยเจ้าหน้าที่ของรัฐหรือพยาบาล หรือบุคลากรสุขภาพวิชาชีพต่าง ๆ ควรมีบทบาทเป็นเพียงผู้สนับสนุนให้เกิดความเข้มแข็งของชุมชนทุกประเภท หรือทำให้เกิดสิ่งที่เรียกว่า **“ของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน”** ได้อย่างแท้จริง เพียงแต่จะต้องนิยามหรือให้ความหมายคำว่า **“ชุมชน”** ให้ชัดเจนว่าหมายถึงอะไร และควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่อง **“ชุมชน”** ให้มี

ความครอบคลุมหรือเข้าใจความจริงเกี่ยวกับเรื่องนี้ให้มากขึ้น ชัดเจนยิ่งขึ้น⁴ และควรมีการบันทึกกระบวนการในการทำงานเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน และสิ่งที่เกิดขึ้นในกระบวนการทำงานดังกล่าว ตรงนี้ควรเป็นบทบาทของพยาบาลหรือทีมบุคลากรสุขภาพ เพราะน่าจะมีศักยภาพในทางวิชาการมากที่สุดในการบรรดาผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องทั้งหมด

สำหรับในกรณีของทีมงานพยาบาลในคลินิกวิสัญญี รพ.สรรพสิทธิประสงค์ ที่กล่าวมาข้างต้นก็เช่นกัน ถ้าผู้ดำเนินงาน/ทีมพยาบาล/ทีมสหวิชาชีพมีความเข้าใจกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์สอดคล้องอย่างมีความเชื่อมโยงกัน/ครบวงจรก็น่าจะต้องให้ความสำคัญกับประเด็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนหรือการตั้งคำถามในเชิงสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมสุขภาพ/การบริโภคที่ส่งผลกระทบต่อความเจ็บป่วยหรือโรคภัยไข้เจ็บที่ผู้รับบริการเป็นจำนวนมากเผชิญอยู่ จนต้องมาเข้ารับการผ่าตัด ซึ่งก็คือการเป็นมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งสามารถแก้ไขได้ด้วยการผ่าตัด หากเป็นระยะเริ่มต้น (ตามข้อมูลของทีมพยาบาลได้ให้มาในตอนที่เข้าไปเยี่ยมและประเมินผลโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน 2559) แต่ถ้าพยาบาลมีความเข้าใจในความเชื่อมโยงของมิติ-องค์ประกอบต่าง ๆ ของกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์สอดคล้องก็จะสามารถขยายขอบเขตการทำงานหรือทำได้อย่างครอบคลุม/ครบวงจรในทุกมิติ/องค์ประกอบ และอาจจะสามารถทำการศึกษาวิจัยหรือมีการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง (situation analysis) เพื่อประเมินขนาดหรือความรุนแรงของปัญหาก่อนมีการดำเนินการหรือการแทรกแซงต่าง ๆ ในการแก้ไขปัญห (intervention) ก็จะทำให้มีข้อมูลพื้นฐาน

4 ซึ่งตรงนี้มีความสำคัญมาก เพราะจากการประเมินผลโครงการขับเคลื่อนฯ พบว่าพยาบาลจำนวนมากยังคงมองว่า “ชุมชน” มีความหมายถึงเพียงแค่พื้นที่ทางการปกครอง อาทิเช่น ชุมชนระดับตำบลที่มีขอบเขตการปกครอง/จำนวนประชากรจำนวนหนึ่ง เป็นต้น ซึ่งเป็นเพียงแคความหมายเดียวของคำว่า “ชุมชน” เท่านั้น และอันที่จริงนั้นคำนี้มีความหมายที่ทับซ้อนกันทั้งความหมายทางการปกครอง, ทางภูมิศาสตร์-การเมือง, ทางสังคม-วัฒนธรรม-ชาติพันธุ์-ศาสนา-อาชีพ-วิชาชีพ และชุมชนที่มีความสนใจร่วมกัน/มีปัญหาเดียวกัน ฯลฯ ดังนั้นจึงควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องนี้ให้กระจ่าง และมีความระมัดระวังในการนิยามหรือให้ความหมายด้วย

ที่สามารถนำมาใช้ในการวัดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น หรือที่บางคนเรียกว่า Pre-test/Post-test หรือ Pre and Post Evaluation ก็จะเป็นการชี้ให้เห็นว่า พยาบาลได้ทำงานอย่างครบวงจร และมีหลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันการเปลี่ยนแปลง หรือผลของการปฏิบัติการต่าง ๆ ที่สะท้อนความสามารถหรือสมรรถนะในการแก้ไขปัญหาหรือการขับเคลื่อนต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ ครบวงจร และทำให้เกิดการแก้ไข และป้องกันปัญหาได้โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันอย่างชัดเจนอีกด้วย

บริบทเชิงนโยบาย ขององค์กร/หน่วยงาน/กระทรวงสาธารณสุข/ ประเทศที่ส่งผลต่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาล/ บุคลากรสุขภาพวิชาชีพต่าง ๆ และต่อสังคมไทยโดยรวม: ท้าทายหรือบั่นทอนพลัง?

นอกจากนี้ ยังมีประเด็นอื่น ๆ ที่น่าสนใจที่มีความเกี่ยวข้องกับบริบทการทำงานของโครงการนี้ ที่มีความเชื่อมโยงกับบริบทของหน่วยงานต้นสังกัด คือ กระทรวงสาธารณสุข⁵ จากการที่ได้มีโอกาสเข้าไปสัมผัสในพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศ พบว่าองค์กร/หน่วยงาน/หน่วยให้บริการสุขภาพทั้งสามระดับ (ปฐมภูมิ, ทติภูมิ, ตติภูมิ) ยังให้น้ำหนักกับการทำงานตามนโยบายที่สั่งการลงมาจากเบื้องบน หรือโครงสร้างส่วนบนที่มีกรม/กองต่าง ๆ กระจุกตัวอยู่ในส่วนกลางจำนวนมาก ซึ่งแต่ละกรม/กองมีการสั่งการการทำงานจากข้างบนหรือจากส่วนกลางลงไปยังหน่วยงานส่วนภูมิภาค ซึ่งอันที่จริงหน่วยงานในระดับภูมิภาคก็มี

5 อันที่จริงในโครงการนี้มี รพ.ในสังกัดมหาวิทยาลัยอยู่ด้วยจำนวน 5 แห่ง คือ รพ.ศิริราช และรพ.รามาธิบดี สังกัดมหาวิทยาลัยมหิดล, รพ.ของมหาวิทยาลัยบูรพา, รพ.มหาราช ในสังกัดมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และ รพ.สงขลานครินทร์ ในสังกัดมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ซึ่งแน่นอนว่าย่อมมีบริบทที่แตกต่างจาก รพ.ในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุขอย่างมากพอสมควร และอาจจะมึบริบทหลายอย่างที่มีความยืดหยุ่นมากกว่า รพ.ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขอีกด้วย แต่เนื่องจากกลุ่มใหญ่กว่า หรืออีกเกือบ 40 แห่ง ที่ได้มีโอกาสไปเยี่ยม เป็น รพ.ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และประกอบกับมีบริบทเชิงนโยบายที่สำคัญในปัจจุบัน คือ นโยบาย PCC (Primary Care Cluster) บทความนี้จึงเลือกมุ่งเน้นไปที่การวิเคราะห์ รพ.ต่าง ๆ ในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข

ความจำเป็นที่จะต้องทำตามนโยบายที่สั่งการลงมาจากหน่วยงานส่วนบนที่มีอำนาจเหนือกว่าอยู่แล้ว ไม่ว่าจะเป็นนโยบายการควบคุมโรคติดต่อหรือไม่ติดต่อ หรือโรคเรื้อรัง, การตรวจคัดกรองและป้องกันมะเร็งปากมดลูก, การชะลอไตเสื่อม, การดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการในระยะยาว (long-term care), การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care), การดูแลและป้องกันปัญหาด้านจิตเวช, การควบคุมการสูบบุหรี่/คลินิกเลิกบุหรี่, การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และอีกมากมายหลายปัญหา/ประเด็น/โครงการ แต่ตรงนี้ไม่ใช่ประเด็นที่สำคัญ

แต่ประเด็นปัญหาที่สำคัญกว่าก็คือ ในระดับโครงสร้างส่วนบนมีการเปลี่ยนแปลงไปมาสูงมากหรือมีนโยบายที่กลับไปกลับมาบ่อยครั้งมาก อันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงโยกย้ายตำแหน่งของราชการ และการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองที่ยังขาดความมั่นคง (political instability) ของประเทศไทย เมื่อผู้บริหารสูงสุดของกระทรวงคนใหม่เข้ามาก็มักจะมีการสร้างนโยบายใหม่ออกมา แต่พบว่านโยบายหลายอย่าง อาจจะมีการเปลี่ยนหรือปรับแต่ชื่อ แต่ไม่ได้เปลี่ยนเนื้อหาสาระ/มุมมอง/วิธีการทำหรือที่บางคนเรียกว่า “เหล้าเก่าในขวดใหม่” และบ่อยครั้งมักไม่ค่อยได้พิจารณาหรือต่อยอดหรือปรับปรุงจากสิ่งที่เป็นอยู่หรือไม่ค่อยได้พูดถึงว่า ระบบและนโยบายที่เป็นอยู่เดิมเป็นแบบไหนหรือทำไปถึงไหนแล้ว มีจุดแข็ง จุดอ่อนอะไรที่สำคัญ และจะเสริมจุดแข็งอย่างไรให้แข็งแกร่งยิ่งขึ้น จะแก้ไขหรือลดจุดอ่อนตรงไหน ทำได้อย่างไร และความจำเป็นที่ต้องปรับไปสู่ระบบหรือนวัตกรรมหรือนโยบายใหม่ ๆ เป็นเพราะอะไร หรือเหตุผลเบื้องหลังแต่ละเรื่องคืออะไร และมีอยู่หลายครั้งที่ยังไม่ทันได้ดำเนินการตามนโยบายที่มีอยู่หรือทำได้ไม่ถึงไหนก็เกิดการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง และเปลี่ยนตัวผู้บริหารระดับสูงสุดของหน่วยงาน/กระทรวงอีกแล้ว ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงหรือปรับรูปโฉมนโยบายใหม่อีก ทำให้งานไม่สามารถลงลึกได้หรือเจ้าหน้าที่ระดับล่างปรับตัวไม่ค่อยทันต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น (ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์พยาบาล/ผู้เกี่ยวข้อง) ทำให้งานเชิงรุกในชุมชนบรรลุผลได้

ไม่ค่อยมากเท่าที่ควรหรือไม่ได้เกาะติดกับสถานการณ์ปัญหาจริงในพื้นที่ เพราะต้องจัดสรรหรือแบ่งเวลามาทำงานเพื่อตอบสนองต่อนโยบายของเบื้องบนที่มักคิดและสั่งการมาจากข้างบน และมักทำแบบหว่านแหไปทั่วโดยไม่ได้นำมาปรับถึงบริบทเฉพาะของแต่ละพื้นที่แต่อย่างใด คือทำเรื่องเดียวกันแบบหว่านไปทั่วบ่อยครั้งมาก หรือเป็นแบบนี้ในช่วงเวลาที่ผ่านมามานาน (ข้อมูลจากการรับรู้ผ่านการทำงานเป็นผู้ประเมินผลงานสาธารณสุข/การสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. ในช่วงเวลา 15 ปีที่ผ่านมา)

นอกจากนี้ การดำเนินงานต่าง ๆ ตามนโยบายส่วนใหญ่มักจะต้องเป็นการดำเนินการแบบเร่งด่วนหรือเน้นการทำงานเชิงปริมาณ ทำให้เจ้าหน้าที่ไม่ค่อยสนใจบริบทเฉพาะหรือไม่สามารถให้เวลากับการทำความเข้าใจบริบทเฉพาะที่มีความละเอียดอ่อนได้ เพราะต้องทำงานแบบเร่งด่วน เช่น กรณีการรณรงค์แก้ไข ปัญหาเร่งด่วนต่าง ๆ อาทิเช่น ปัญหาใช้เลือดออก, ปัญหาใช้ขวดใหญ่สายพันธุ์ใหม่, ปัญหาใช้ซิก้า/ใช้ขวดนก, ปัญหาโรคฉี่หนู, ปัญหายาเสพติด ฯลฯ ซึ่งปัญหาโรคภัยไข้เจ็บ/โรคทางสังคมที่ระบาดเร็วและรุนแรงเหล่านี้ก็ถือว่าเป็นบริบทที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/บุคลากรสุขภาพวิชาชีพต่าง ๆ จำเป็นต้องจัดสรรเวลาไปทำงานด้านนี้ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นงานเชิงการรณรงค์ระยะสั้นที่ไม่ค่อยนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทั้งในเชิงการเพิ่มพูนสมรรถนะของผู้ปฏิบัติ/ทีมงาน และในเชิงคุณภาพชีวิตหรือการแก้ไขปัญหารากฐานของประชาชนที่เป็นตัวกำหนดที่สำคัญต่อสุขภาพ (social determinants of health) หรือพฤติกรรมสุขภาพต่าง ๆ ที่ต้องการการเปลี่ยนแปลงในเชิงวิถีคิด (ที่ต้องใช้เวลาขับเคลื่อนนานพอสมควร) มากเท่าใดนัก (ข้อมูลจากการสังเกต และการฟังเสียงสะท้อนของหลาย ๆ ฝ่าย/หลาย ๆ พื้นที่จากการประเมินผลโครงการ)

ดังนั้น ประเด็นการเปลี่ยนแปลงหรือความไม่มั่นคงทางการเมืองของประเทศที่มีความเชื่อมโยงกับการทำงานรณรงค์ระยะสั้น จึงมีผลกระทบอย่างมากต่อการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพให้ได้ผลที่ยั่งยืนยาวนาน และอันที่

จริงประเด็นทางการเมืองหรือการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองหรือความไม่มั่นคงทางการเมืองของไทยที่นำไปสู่การเปลี่ยนหรือโยกย้ายตัวผู้บริหารองค์กร/หน่วยงาน และส่งผลกระทบต่อการทำงานแบบต่อเนื่องเป็นระบบดังกล่าวมานี้ ย่อมไม่ได้ส่งผลกระทบต่อเจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุขหรือการทำงานทางด้านการสร้างเสริมสุขภาพเท่านั้น แต่อันที่จริงได้ส่งผลกระทบทั้งเรื่องเศรษฐกิจ, สังคม, การศึกษา และสุขภาพของประชาชนโดยรวมอีกด้วย (วิทยากร เชียงกูล, 2551)

นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงล่าสุดที่สำคัญคือ การเปลี่ยนแปลงตัวบุคคล ที่ดูแลงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพในระดับกระทรวงคือ กรณีการโยกย้าย นพ. สมาน พูตระกูล ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งจากการวิเคราะห์ของหลายฝ่าย พบว่าเป็นผลมาจากการขับเคลื่อนงานด้านการรณรงค์การเลิก หรือการลด/ละ/เลิก หรือควบคุมการดื่มแอลกอฮอล์ของคนในสังคมที่ส่งผลกระทบต่อผลการประกอบการ ต่อภาพลักษณ์ และต่อผลกำไรของภาคธุรกิจด้านนี้ และล่าสุดคือความพยายามในการแก้ไข พ.ร.บ. ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อให้มีบทบาทในการทำงานที่แคบลง และจากการที่ได้มีโอกาสอ่านเอกสารและข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง อาจจะสมารถตีความได้ว่า รัฐบาลต้องการนำงบประมาณของ สสส. กลับเข้าสู่ระบบราชการ หรือให้องค์กร/หน่วยงานภาครัฐนำไปใช้แทน เพราะมองว่าบทบาทการทำงานของ สสส. เป็นบทบาทที่ทับซ้อนกับการทำงานของหน่วยงานภาครัฐ (โปรดดูข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากแหล่งต่าง ๆ จำนวนมากในสื่อทุกประเภท)

ดังนั้น ประเด็นทางการเมือง, พลังอำนาจล้นเกินของภาคธุรกิจ และความคิดการรวบอำนาจหรือการให้ความสำคัญกับพลังอำนาจของระบบราชการแบบรวมศูนย์มากกว่าพลังอำนาจของภาคประชาชน/ชุมชน/ประชาสังคมในการร่วมสร้างสุขภาพ จึงเป็นประเด็นปัญหา-อุปสรรคในเชิงปัจจัยในระดับระบบโครงสร้างและวิธีคิด/วิธมอง/วิธีการทำงานที่บั่นทอน หรืออาจจะทำลายการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของประเทศไทยเป็นอย่างยิ่ง หรือว่าจะเป็นการบั่นทอนมากกว่า

ทำท่ายหรือทำท่ายมากกว่าบั้นทอนก็จะต้องใช้เวลาในการติดตามและประเมินผลร่วมกันต่อไปในระยะยาว

นโยบายใหม่ด้าน Primary Care Cluster (PCC) ของกระทรวงสาธารณสุขกับทิศทางการทำงานเชิงรุก ที่ต้องพิจารณาร่วมกัน

สำหรับบริบทในเชิงโครงสร้างและนโยบายที่มีการเปลี่ยนแปลงล่าสุดในระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ก็คือได้เกิดนโยบาย PCC (Primary Care Cluster) ขึ้นภายใต้การนำของปลัดกระทรวงสาธารณสุขคนใหม่ (นพ.โสภณ เมฆธน) เมื่อประมาณปีกว่าที่ผ่านมาหรืออาจจะนับตั้งแต่มีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนและปฏิรูปด้านระบบบริการ เมื่อวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2559 ก็ได้ (จากเอกสาร “แนวทางการดำเนินงาน Primary Care Cluster สำหรับหน่วยบริการ, จัดทำโดยคณะทำงานขับเคลื่อนและปฏิรูปด้านระบบบริการ มิถุนายน, 2559: 20)

ซึ่งต่อการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายดังกล่าวมาข้างต้นนี้ ในเอกสารระบุว่า มีเป้าประสงค์ที่สำคัญ 4 ประการด้วยกัน แต่สาระหลัก ๆ ก็คือต้องการให้ประชาชนได้รับการบริการและการดูแลจากระบบสุขภาพปฐมภูมิอย่างมีคุณภาพมากขึ้นหรือสามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นระบบด่านหน้าได้มากขึ้นและเป้าประสงค์ที่สำคัญอีกประการหนึ่งก็คือ การเชื่อมโยงระบบบริการทั้ง 3 ระดับ (ปฐมภูมิ, ทติยภูมิ และตติยภูมิ) ผ่านการบูรณาการแผนการให้บริการทุกสาขา (Service Plan) กับระบบบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชากรตามกลุ่มวัย และทำหน้าที่จัดการระบบสุขภาพของชุมชน ซึ่งประเด็นการจัดการระบบสุขภาพของชุมชนนี้ อันที่จริงมีความสำคัญหรือนัยสำคัญต่อพยาบาลหรือพยาบาลชุมชนเป็นอย่างมาก เพราะเป็นภารกิจที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับทั้งแพทย์

เวชศาสตร์ชุมชน, พยาบาลชุมชน และเภสัชกรชุมชน (ดูรายละเอียดเป้าประสงค์ทั้ง 4 ประการในเอกสารดังกล่าว) ซึ่งการมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรืออาจจะกล่าวว่าการใช้ระบบ PCC นี้ จะทำให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีบทบาทมากขึ้น ซึ่งนับว่าเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยที่โครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพหรือพยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเฉพาะทางทุกประเภทที่อยู่ในหน่วยบริการสุขภาพทั้ง 3 ระดับไม่สามารถปฏิเสธหรือละเลยได้แต่อย่างใด **เพราะนโยบายนี้ให้ความสำคัญกับแนวคิดทางสุขภาพหรือการดูแลสุขภาพที่สำคัญ 5 ประการด้วยกัน คือ**

1) **การดูแลเบื้องต้นหรือการดูแลสุขภาพทุกเรื่องตั้งแต่ครั้งแรก** (primary medical care/care on first contact basis)

2) **แนวคิดบริการสุขภาพแบบองค์รวม** (Holistic care) คือการดูแล “คน” ไม่ใช่ดูแล “โรค” โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือทีมสหวิชาชีพจะต้องมองผู้ป่วยทุกมิติครอบคลุมทั้งด้านกาย, ใจ, อารมณ์, สังคม, ปัญญา, จิตวิญญาณ, วัฒนธรรม/ความเชื่อ, เศรษฐกิจ, สิ่งแวดล้อม ฯลฯ และมุ่งเน้นการให้บริการที่มี **ความละเอียดอ่อนหรือมีความเป็นมนุษย์** (humanized health care) และจะต้องปรับสภาพโครงสร้างอาคารและสิ่งแวดล้อมทุกด้านของหน่วยบริการให้มีลักษณะที่ปลอดภัย เป็นมิตร เกื้อกูล และผ่อนคลาย

3) **การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง** (Continuing care) คือ การดูแลทุกระยะตั้งแต่พฤติกรรมการดำเนินชีวิต, การค้นพบความเสี่ยง, การดูแลภาวะความเจ็บป่วย ตลอดจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิตกรณีที่ป่วยโรคร้ายแรง เป็นต้น

4) **การดูแลแบบครอบคลุมผสมผสาน** (Comprehensive care) คือ การดูแลครบถ้วนทุกด้าน ทั้งการดูแลรักษา (treatment), การป้องกัน (prevention), การส่งเสริมสุขภาพ (promotion) และการฟื้นฟู (rehabilitation)

5) **การให้บริการคำปรึกษาและการส่งต่อ** (Consultation and referral system) คือ สามารถให้คำปรึกษาได้ทุกกลุ่มอายุ ทั้งเด็ก, วัยรุ่น, วัยทำงาน, ผู้สูงอายุ ทุกกลุ่มโรค และสามารถให้คำแนะนำได้ก่อนตัดสินใจเข้ารับบริการทาง

การแพทย์จากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางอื่น ๆ และทำหน้าที่ส่งต่อและประสานกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม และติดตามดูแลผลการรักษา ร่วมกับแพทย์เฉพาะทาง เพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย/ผู้รับบริการด้วย (สรุปย่อจากเอกสาร “แนวทางการดำเนินงาน Primary Care Cluster สำหรับหน่วยบริการ”, 2559: หน้า 1-2)

นอกจากนี้ ในเอกสารยังระบุด้วยว่าการทำงานภายใต้แนวทางใหม่นี้ จะต้องเป็นการทำงานแบบทีมสหวิชาชีพ (inter-disciplinary health team) ที่ประกอบไปด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัว, ทันตแพทย์, พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติ, ทันตภิบาล, เภสัชกร, เจ้าพนักงานเภสัชกรรม, นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข, แพทย์แผนไทย/ผู้ช่วยแผนแพทย์ไทย และนักกายภาพบำบัด

สำหรับรูปแบบการบริการในระดับปฐมภูมิ ในเอกสารนี้ระบุว่า มีการจัดบริการ 4-5 ด้านที่สำคัญ คือ 1) การบริการเชิงรับในหน่วยบริการ 2) การดูแลต่อเนื่อง 3) การบริการเชิงรุกในชุมชน 4) การสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมกับชุมชน และ 5) การรับข้อมูลและการให้คำปรึกษาแก่ประชาชน ซึ่งในแต่ละบริการจะมีกิจกรรมหรือบริการย่อยต่าง ๆ จำนวนมาก

บทบาทเชิงรุก คือ การกระทำกับปัจจัยทางสังคม-จิตที่กำหนดสุขภาพและการพัฒนาองค์ความรู้ด้านนี้มีความสำคัญยิ่ง

ซึ่งการวิเคราะห์เชิงสะท้อน ณ ที่นี้จะให้ความสำคัญกับประเด็นการบริการเชิงรุกในชุมชน และการสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมกับชุมชน ที่เอกสารดังกล่าวได้ระบุไว้เพราะพิจารณาว่าเป็นบริการที่มี

ความเชื่อมโยงกับประเด็นสิ่งแวดล้อมเชิงโครงสร้างหรือตัวกำหนดทางสังคมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ (social determinants of health) ที่หัวข้อนี้ให้ความสำคัญและมีความเกี่ยวข้องกับการใช้กรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ ออกตาวาเป็นอย่างมาก

นอกจากนี้ ยังมองด้วยว่าเป็นประเด็นท้าทายในเชิงระบบและโครงสร้างที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของโครงการต่าง ๆ หรือจะเรียกว่าเป็น **“บริบทที่มีความยากลำบากแต่ท้าทาย”** เป็นอย่างมากก็ว่าได้เพราะมีพลังต่าง ๆ ที่เหนือกว่าขบวนการสร้างเสริมสุขภาพของภาคสาธารณะ/ภาคประชาชน อาทิเช่น พลังของภาคธุรกิจเอกชน/ภาคทุนที่แสดงพลังจากฐานเงินทุนที่ตนเองมีอยู่ ซึ่งเป็นพลังอำนาจอย่างมหาศาลในการกำหนดวิถีชีวิต/การดำเนินชีวิต/ความเป็นอยู่ ทั้งด้านการงานและการใช้ชีวิตและการบริโภคของประชากรกลุ่มต่าง ๆ ในสังคมไม่ว่าจะเป็นองค์กร/หน่วยงานที่ทำการผลิตสุรา บุหรี่ อาหาร/อาหารเสริม ยา/เวชภัณฑ์ต่าง ๆ เครื่องดื่มประเภทต่าง ๆ หรือเครื่องอุปโภคบริโภคทั้งมวล ซึ่งองค์กร/หน่วยการผลิตต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนแต่มีพลังอำนาจเหนือรัฐหรือเหนือองค์กร-กลไกของภาครัฐ เหนือภาคชุมชน-ประชาชน-ประชาสังคมทั้งสิ้น

โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พลังอำนาจต่าง ๆ ที่มาในรูปของเทคโนโลยีหรือที่เรียกว่าความก้าวหน้า/ความทันสมัยรูปแบบต่าง ๆ และ/หรือภาคธุรกิจเทคโนโลยีข่าวสาร ที่กำลังมีการแข่งขันผลประโยชน์หรือส่วนแบ่งกันอย่างเข้มข้นมากกว่ายุคใดในประวัติศาสตร์ระหว่างบริษัทยักษ์ใหญ่ทั้งหลาย พลังอำนาจเหล่านี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ภาคการผลิตสินค้าอุตสาหกรรม และภาคธุรกิจพลังงาน ล้วนแต่มีพลังอำนาจเหนือภาครัฐ และภาคประชาชน/ชุมชน/ประชาสังคมด้วยกันทั้งสิ้น และยังเป็นภาคการผลิตที่ก่อผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ไม่ว่าจะเป็น มลพิษ, ชยะ, สารเคมี, ฝุ่นละอองแขวนลอย, การพังทลายของดิน, ภาวะน้ำท่วม, ภาวะแล้ง ที่แสดงให้เห็นถึงการทำลายทั้งดิน, น้ำ, อากาศ,

ป่าไม้ ฯลฯ รวมถึง การสร้างสิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจที่เน้นการบริโภคมากเกินไป (over-consumption) ซึ่งส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ทั้งสิ่งแวดล้อมทางสังคม/ครอบครัว/วัฒนธรรม ที่ทำให้สมาชิกในสังคมไม่ใส่ใจต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัว หรือ มีลักษณะตัวใครตัวมัน แม้แต่คนในครอบครัวเดียวกัน ก็ไม่แยแสต่อกัน นับประสาอะไรกับประเด็นปัญหาทางสังคมที่มีความสลับซับซ้อนมากยิ่งขึ้น ที่เราอยากให้สมาชิกในสังคมมีส่วนร่วมในการร่วมกันแก้ไข

ซึ่งภาวะดังกล่าวมาข้างต้นนี้ ส่งผลทำให้เกิดวัฒนธรรมแบบเฉื่อยเฉื่อย/ไม่แยแสต่อความเป็นไปของสังคม รวมทั้งวัฒนธรรมการบริโภคหรือบริโภคนิยมเกินเลย และวัฒนธรรมการแสพสื่อและเทคโนโลยีอย่างขาดสติ และอีกมากมายที่เป็นผลพวงของปัญหา เช่น การทำร้ายลูกของตนเองเพราะใช้เทคโนโลยีหรือติดการเสพ Facebook หรือการหลงกลวงกันทางช่องทางนี้ ที่พบเห็นได้ในข่าวประจำวันจำนวนมาก ซึ่งหมายถึงว่าภาคประชาชน/ชุมชน/ประชาสังคมก็อยู่ในภาวะอ่อนแรง เพราะตกเป็นเหยื่อของระบบบริโภคนิยม หรือเป็นเหยื่อของพลังอำนาจของระบบการผลิตและการครอบงำของระบบทุนนิยมล้นเกิน (over-capitalism) เหล่านี้อย่างไม่สามารถปฏิเสธได้

ดังนั้น ประเด็นการทำงานเชิงรุกหรือการบริการเชิงรุก การสร้างเครือข่ายและการสร้างการมีส่วนร่วมกับชุมชนและการสร้างองค์ความรู้จากความจริง จึงเป็นประเด็นที่มีความสำคัญมากในภาวะที่ภาคสังคม/ภาคประชาชนอยู่ในภาวะอ่อนแรง ซึ่งพยาบาล/บุคลากรสุขภาพวิชาชีพต่าง ๆ รวมถึงภาคประชาชน/ชุมชน/ประชาสังคมเองจะต้องเข้าใจสภาพดังกล่าวมานี้ด้วย มิเช่นนั้นก็คงจะไม่สามารถกระทำภารกิจดังกล่าวได้ เพราะจำนวนมากยังคงสะท้อนว่า การดำเนินการต่าง ๆ เชิงรุกในชุมชนนั้นทำได้ยากหรือทำไม่สำเร็จ แต่มักไม่ค่อยทราบว่ายากหรือไม่สำเร็จนั้นเป็นเพราะอะไร และส่วนใหญ่เป็นการอธิบายเหตุผลของความไม่สำเร็จจากมุมมองของตนเองมากกว่าเป็นการสืบค้น

ความรู้ด้วยการวิเคราะห์บนพื้นฐานของข้อมูล/ความเป็นจริงหรืออาจจะมีการดำเนินงานในเชิงเทคนิคต่าง ๆ เช่น การตรวจสอบสารเคมีในผัก, ในเลือด, ในผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ แต่พอได้ผลการตรวจมาแล้ว บางทีก็ไม่ได้ประมวลภาพรวมหรือมีการประมวลภาพรวม แต่บางคนก็ไม่ทราบว่าจะต้องดำเนินการอะไร อย่างไรต่อไป หรือทำร่วมกับใคร หรือในกรณีที่เป็นประเด็นที่แหลมคมในพื้นที่ ๆ มีความขัดแย้งระหว่างฝ่ายต่าง ๆ สูง ก็มักจะไม่สามารถทำอะไรได้เพราะปัญหามันหนักมากเกินไปพลังของฝ่ายพยาบาล/สาธารณสุขจะดำเนินการได้แต่เพียงฝ่ายเดียว

นอกจากนี้ ปัญหาต่าง ๆ ที่ไม่ส่งเสริมต่อการมีสุขภาพดี ทั้งสุขภาพของปัจเจกบุคคล สุขภาพของครอบครัว และสุขภาพของชุมชนนั้นก็เพิ่มมากขึ้น และยังมีความสลับซับซ้อนมากขึ้นด้วย ยกตัวอย่างเช่น ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวที่มีความเชื่อมโยงกับปัญหาทางเศรษฐกิจ/ปัญหาทางเพศ/ที่ส่งผลกระทบต่อสภาวะทางจิตใจ หรือต่อปัญหาสุขภาพจิตของคนในครอบครัว จนนำไปสู่ปัญหาความก้าวร้าวรุนแรงต่าง ๆ ในครอบครัว ซึ่งปรากฏการณ์นี้เกิดบ่อยครั้งขึ้น ตามที่มีการรายงานในสื่อในแต่ละวัน อาทิเช่น สามีฆ่าภรรยาเพราะหึงหวง, เพราะเครียดกับปัญหารายได้และค่าใช้จ่ายที่ไม่พอเพียง, ภรรยาฆ่าสามีเพราะทนพฤติกรรมความเจ้าชู้หรือความรุนแรงต่าง ๆ ไม่ไหว, พ่อทำร้ายลูก, ลูกฆ่าพ่อแม่ เพราะมีปัญหาสุขภาพจิตและติดยาเสพติด, การฆ่ายกครัว เพราะทนสภาพความแร้นแค้นในครอบครัวไม่ได้, พี่น้องฆ่ากันตายด้วยเหตุเพียงแค่อเล็กน้อยหรือมีสาเหตุจากการแย่งชิงมรดก ฯลฯ เป็นต้น

ต่อประเด็นปัญหาครอบครัวที่เชื่อมโยงกับประเด็นปัญหาอื่น ๆ อย่างสลับซับซ้อนเช่นนี้ เราจะสร้างการบริการเชิงรุก, การสร้างเครือข่าย และการสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชนเพิ่มขึ้นได้อย่างไร ซึ่งในโครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลนี้ พบว่า มีการดำเนินการเกี่ยวกับการคัดกรองและช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต/ภาวะเครียด/ซึมเศร้าเพียงแค่พื้นที่เดียว (กรณีของ รพ.จิตเวช สงขลานครินทร์)

นอกจากนี้ ยังได้รับข้อมูลมาจากพื้นที่ต่าง ๆ ด้วยว่า พยาบาลด้านจิตเวชยังมีจำนวนน้อยมากเมื่อเทียบกับปัญหาที่มีอยู่ ในเรื่องนี้เราจะต้องทำอะไร และการที่เกิดปรากฏการณ์ต่าง ๆ ดังกล่าวมากขึ้น หรือบ่อยครั้งขึ้นนั้น ส่วนหนึ่งน่าจะมีความเกี่ยวข้องกับความจริงที่ว่าเรายังขาดข้อมูลและความรู้ที่เป็นจริงที่สามารถสะท้อนปัญหาได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน ด้วยใช่หรือไม่? และเราจะทำอะไร/อย่างไรที่จะสามารถแสดงให้เห็นถึงการทำงานเชิงรุกในเรื่องนี้ตรงนี้ จึงเป็นประเด็นการทำงานเชิงรุกที่มีความสำคัญมาก แต่จำนวนบุคลากรก็ยังมีน้อยมาก เราจะใช้กลยุทธ์อะไรในการสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังและการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนเกี่ยวกับเรื่องการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต/ภาวะเครียด/ซึมเศร้าที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาในครอบครัว เป็นต้น

ดังนั้น **ความหมายของการทำงานเชิงรุก หรือการให้บริการเชิงรุก และ/หรือการสร้างเครือข่ายและการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในประเด็นต่าง ๆ จะต้องมีความชัดเจนว่าจะมุ่งเน้นไปที่เรื่องใดบ้าง** โดยเฉพาะในกรณีการทำงานของวิชาชีพการพยาบาลในเรื่องนี้ จะต้องมีความไวต่อปัญหาที่เกิดขึ้น และนำไปสู่การปรับระบบการเรียนการสอน (nursing education system) และระบบการบริการอย่างมีความเชื่อมโยงกัน ซึ่งน่าจะช่วยให้เราสามารถแสดงบทบาทเชิงรุกต่าง ๆ ได้จริง และมีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาที่มีความสลับซับซ้อนมากขึ้นได้จริงตามไปด้วย โดยเฉพาะประเด็นปัญหาทางจิต-สังคม (Psycho-social Issues/Problems) ที่มีความเชื่อมโยงกับปัญหาทางเศรษฐกิจและปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว/ความรุนแรงต่าง ๆ ในครอบครัว ที่ดูเหมือนว่าเรายังขาดองค์ความรู้ที่เชื่อมโยงกับการทำงานตามกรอบอดตาวาที่มีความเชื่อมโยงกับบริบทชีวิต, บริบทของชุมชน/พื้นที่ และ/หรือบริบทความเป็นจริงของประชาชนและชุมชนที่อยู่ภายใต้การครอบงำของอำนาจของระบบทุนนิยม ล้นเกินและวัฒนธรรมต่าง ๆ ตามที่กล่าวมาข้างต้น และประเด็นที่สำคัญอีกประการหนึ่งก็คือ เรามักจะอ้างว่าเราเป็นสังคมพุทธ แต่ในกระบวนการทำงานใน

การเยียวยา/การบำบัดหรือการช่วยเหลือฟื้นฟูผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต/ภาวะเครียด/ซึมเศร้า ยังไม่ค่อยพบว่าเราได้นำเอาหลักปรัชญาของพุทธศาสนามาใช้ ยกเว้นเพียงบางกรณีเช่น การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการเตรียมพร้อมในการเผชิญความตายอย่างสงบที่มีบางเครือข่าย ดังเช่น เครือข่ายพุทธิกา (ภายใต้การสนับสนุนของ สสส. เช่นกัน) ได้นำมาประยุกต์ใช้แล้ว และพบว่ามีพยาบาลที่อยู่ในเครือข่ายวิชาชีพการพยาบาลบางท่านได้เข้าไปรับการอบรมกับเครือข่ายพุทธิกา แต่เป็นการไปเข้าร่วมด้วยตนเองหรือเป็นเพราะมีความสนใจในเรื่องนี้เป็นทุนเดิมอยู่แล้ว และมองว่าตนเองต้องการความรู้ใหม่ ๆ ในการทำงานด้านนี้ และนำมาใช้ในงานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของตนและทีมงานที่ รพ.สงขลา แต่ประเด็นที่สำคัญที่ปรากฏให้เห็น ก็คือ ยังขาดการพัฒนาองค์ความรู้บนพื้นฐานของประสบการณ์ในการบำบัดที่ใช้ความรู้เชิงพุทธปรัชญา หรือ “จิตวิทยาแนวพุทธ” (Buddhist Psychology) ซึ่งอันที่จริงข้อมูลหรือแหล่งความรู้ต่าง ๆ ที่อยู่นอกเครือข่ายฯ ของโครงการขับเคลื่อนฯ เหล่านี้ล้วนแต่มีความสำคัญต่อการยกระดับสมรรถนะในด้านต่าง ๆ ของพยาบาลวิชาชีพ โดยเฉพาะแหล่งความรู้หรือข้อมูลที่ผลิตโดยแผนงาน/โครงการต่าง ๆ ที่ได้รับการสนับสนุนโดย สสส. เช่นเดียวกัน

ดังนั้น ประเด็นการพัฒนาองค์ความรู้บนพื้นฐานของประสบการณ์ในการทำงานและการสร้างเครือข่ายด้านนี้ พร้อม ๆ กับการส่งเสริมศักยภาพหรือการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนยังคงเป็นประเด็นปัญหาและความท้าทายที่สำคัญ ทั้งนี้เพื่อให้พยาบาล/บุคลากรสุขภาพวิชาชีพต่าง ๆ สามารถแสดงบทบาทเชิงรุกได้จริงหรือได้มากขึ้น และมีความสอดคล้องกับบริบทในหลาย ๆ ประเภทและหลาย ๆ ระดับ และถ้าเป็นประเด็นที่มีความสลับซับซ้อนระหว่างจิตของมนุษย์และสังคม ที่เรียกกันว่า “สังคม-จิต” (Psycho-social Issues) ควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาองค์ความรู้บนพื้นฐานของปรัชญาเชิงพุทธหรือจิตวิทยาเชิงพุทธ และการกระทำกับปัจจัยทางสังคม-จิตที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ (Psycho-social Determinants of

Health) ด้วย จะทำให้สามารถพัฒนาฐานวิชาการที่เชื่อมกับบริบทของสังคมไทยได้มากยิ่งขึ้นตามไปด้วย

การทำงานเชิงรุกในภาวะที่ยากลำบาก: จะเริ่มต้นจากจุดไหนก่อนดี

ซึ่งแน่นอนว่า การให้บริการเชิงรับ (reactive services) หรือการรอให้เกิดปัญหาสุขภาพ (ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต) ที่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมประเภทต่าง ๆ และ/หรือการรอให้ประเด็นปัญหาทางจิต-สังคม (Psychosocial Issues) เกิดขึ้นก่อน หรือการรอแก้ปัญหาอยู่ในที่ตั้งของหน่วยงานต่าง ๆ โดยเฉพาะหน่วยงานด้านการบริการสุขภาพ ไม่เพียงแต่ไม่ทันกับปัญหาและความต้องการที่กำลังทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นเท่านั้น แต่ยังทำให้การตามแก้ปัญหาต้องสูญเสียเวลา งบประมาณ พลังกาย พลังใจ และเป็น การเพิ่มภาระต่อหน่วยงานบริการสุขภาพ และ/หรือเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานบริการสุขภาพ และต่อสังคมเป็นอย่างมาก

นอกจากกรณีที่ทำหายนดังกล่าวนี้อีกข้างต้นแล้ว ยังมีกรณีตัวอย่างที่น่าสนใจมากอีกตัวอย่างหนึ่ง คือ กรณีของมาบตาพุด จ.ระยอง (ซึ่งเป็นพื้นที่การทำงานของ สสส. อีกสำนักหนึ่ง และมีความเชื่อมโยงกับประเด็นการทำงานของพยาบาล/โครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลฯ ในพื้นที่ภาคตะวันออกด้วย) ซึ่งพบว่าชุมชนท้องถิ่นไม่สามารถทำอะไรได้ ทั้ง ๆ ที่ปัญหาสิ่งแวดล้อมมีความรุนแรงมาก ไม่ว่าจะเป็นด้านมลพิษทางอากาศจากสารอินทรีย์ระเหย, มลพิษทางอากาศจากการเผาไหม้, มลพิษจากกากของเสียอันตราย, มลพิษทางน้ำ และการกัดเซาะชายฝั่ง ซึ่งล้วนเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ทั้งร่างกายและจิตใจของประชาชน/ชุมชนที่ได้รับผลกระทบ ซึ่งจากการศึกษาของเดชรัตน์ สุขกำเนิดและคณะ (2550) พบว่า ประชาชนในจังหวัดระยองได้รับผลกระทบจากมลพิษต่าง ๆ

ตามที่กล่าวมานี้ และต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพ/สภาวะหลายด้าน ไม่ใช่แค่เรื่องความเสี่ยงต่อโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ เช่น มะเร็ง แต่ประชาชนที่ย้ายถิ่นเข้ามา ยังมีการอยู่อาศัยกันอย่างหนาแน่นแออัด ทำให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคติดต่อต่าง ๆ ได้ง่าย รวมทั้งเกิดปัญหาสังคมและปัญหาต่าง ๆ ของเยาวชนตามมาอีกมากมายด้วย

นอกจากปัญหาโรคติดต่อต่าง ๆ ที่สามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาในสภาวะการอยู่กันอย่างแออัดของแรงงานแล้ว ก็ยังมีปัญหาเรื่องรายได้ที่ไม่แน่นอน เพราะเป็นการจ้างงานชั่วคราว หรือเป็นการทำสัญญารายย่อยและปัญหาต่าง ๆ อีกหลายประการที่มีความเชื่อมโยงกัน ซึ่งชี้ให้เห็นว่า การปล่อยให้เกิดโรงงานอุตสาหกรรม/การพัฒนาอุตสาหกรรมแบบไร้ความรับผิดชอบ หรือไม่แยแสต่อผลกระทบเชิงลบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ทั้งต่อสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และผลกระทบทางสังคมนั้น ถือว่าเป็นการกระทำที่เอารัดเอาเปรียบสังคม เพราะภาคการผลิตของตนได้กำไรสูง แต่ทิ้งภาระให้กับภาคสาธารณะ/สังคม และเป็นปัญหาที่ซับซ้อน/หมกหมม จนเกินการเยียวยาในระดับจุลภาคได้

ดังนั้น ถ้านำกรอบออตตาวามาใช้ในกรณีนี้ ที่เชื่อมกับการกิจตามที่เอกสาร Primary Care Cluster (PCC) กล่าวไว้ข้างต้นว่าจะต้องเป็นการจัดบริการเชิงรุก การสร้างเครือข่ายและการสร้างการมีส่วนร่วมกับชุมชน แต่ประเด็นคำถามสำคัญคือ เราจะเริ่มการให้บริการเชิงรุกในประเด็นนี้ จากจุดไหนหรือทำเรื่องไหนก่อนดี ระหว่างการสร้างเครือข่ายเพื่อให้เกิดการปรับแก้ปัญหาสิ่งแวดล้อม/มลพิษ ซึ่งเป็นสิ่งที่คุกคามต่อสุขภาพและสวัสดิภาพ/ความปลอดภัยของประชาชน และแรงงานที่อยู่ในพื้นที่เป็นอย่างมากและเป็นเรื่องที่รุนแรง เร่งด่วน หรือการให้บริการเชิงรุก ณ ที่นี้ คืออะไร หรือหมายความว่าครอบคลุมถึงอะไรบ้าง? มันคือการบริการตรวจสอบสุขภาพของประชาชนและแรงงานที่อยู่ในพื้นที่ ๆ ได้รับผลกระทบเพื่อนำผลที่ได้จากการตรวจสอบสุขภาพไปใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันใช่หรือไม่? แต่เรื่องนี้ก็เป็นเรื่องที่ทำได้ยากยิ่งเช่นกัน เพราะกลุ่มแรงงานเองก็ไม่ค่อยมีเวลา

เพราะต้องทำงานเป็นกะ (shift work) หรือถึงแม้จะมีการตรวจสุขภาพ ดังกรณีตัวอย่างความขัดแย้งที่เกิดขึ้นที่เหมือนแร่ที่จังหวัดพิจิตรและจังหวัดเลยที่มีการตรวจสุขภาพของประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากการทำเหมือง แต่ผลปรากฏว่าทางฝ่ายเจ้าของเหมืองก็ไม่ยอมรับผลการตรวจสุขภาพดังกล่าว ซึ่งตรงนี้สะท้อนอะไร ทำไมจึงไม่ยอมรับ มันเกิดอะไรขึ้น และทำไมจึงมีการโจมตีกันไปมา รวมทั้งการข่มขู่ทำร้ายกัน ฯลฯ เป็นเพราะวิธีการที่ใช้ไม่ถูกต้องใช่หรือไม่? หรืออะไร? แต่ถ้าจะเริ่มจากการแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมที่เผชิญหน้าอยู่ก็ดูจะเป็นเรื่องที่ยากยิ่งกว่า ดังนั้น การทำงานเชิงรุกในพื้นที่ ๆ มีปัญหาล้อมรอบที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพอย่างรุนแรงเช่นนี้ จึงเป็นประเด็นภาวะยากลำบาก (dilemma) เป็นอย่างมากและเท่าที่ประเมินดูแล้ว เป็นสิ่งที่เกินเลยศักยภาพ/ความสามารถของพยาบาลหรือนุคลากรสุขภาพจะทำได้เพียงลำพัง

ดังนั้น จะเริ่มจากจุดไหนก่อน จะต้องสร้างความเข้มแข็งของชุมชน/ประชาชน (community strengthening) ที่ได้รับผลกระทบก่อน เพื่อให้มีอำนาจในการไปต่อรอง (collective power) กับภาคอุตสาหกรรม/สถานประกอบการที่ก่อมลพิษ เพื่อให้โรงงาน/สถานประกอบการดำเนินการแก้ไขปัญหาและนำไปสู่การกำหนดนโยบายต่าง ๆ ร่วมกัน ยกตัวอย่างเช่น อาจมีการผลักดันให้มีการจัดทำนโยบายลดมลพิษหรือการกำหนดเขตควบคุมมลพิษ ซึ่งต้องมีการลงทุนเพิ่มเติมในด้านโครงสร้างพื้นฐาน/วัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ เพื่อป้องกันการรั่วไหลของสารพิษต่าง ๆ ลงสู่สิ่งแวดล้อม ซึ่งล้วนแต่ต้องใช้งบประมาณหรือต้องลงทุนเพิ่มขึ้น ถ้าเป็นเช่นนี้โรงงานอุตสาหกรรมก็คงไม่ยอมง่าย ๆ ดังที่เกิดขึ้นแล้วในหลาย ๆ พื้นที่ ในกรณีเช่นนี้เราในฐานะบุคลากรสุขภาพจะทำอย่างไรต่อ? ถ้าการขยับทางด้านนโยบายก็ดูจะเจอทางตัน

นี่คือ สิ่งที่สถานบริการสุขภาพในพื้นที่หรือเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ต้องเผชิญ แต่ลำพังใช่หรือไม่ เรา (บุคลากรสุขภาพ) จะทำอะไรได้บ้างกับเรื่องใหญ่ในระดับมหภาคเช่นนี้ ลำพังแต่บทบาทของพยาบาลตัวเล็ก ๆ ในสถานบริการสุขภาพคงจะไม่สามารถไปขับเคลื่อนได้โดยลำพัง หรือถ้าพยาบาลได้รับการพัฒนาสมรรถนะ

จนมีศักยภาพและความสามารถในการขับเคลื่อนได้ ด้วยกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ที่ชัดเจนและมีความประสงค์ที่จะทำ เพราะมองว่าเป็นภารกิจที่ทำหายความสามารถก็เป็นสิ่งที่น่าชื่นชมเป็นอย่างยิ่ง แต่ในความเป็นจริงคาดว่าจะไม่สามารถแสดงบทบาทในการขับเคลื่อนในระดับใหญ่ หรือในกรณีที่ปัญหามีความรุนแรงขนาดนี้ได้เพียงลำพัง หรืออาจจะสามารถทำได้ภายใต้เงื่อนไขใดบ้าง หรือจะต้องเริ่มจากจุดไหนก่อนดี จึงเป็นสิ่งที่น่าจะต้องขบคิดร่วมกันต่อไป โดยเฉพาะหลักสูตรด้านการพยาบาลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมที่อาจจะต้องมีการปรับหรือเพิ่มองค์ประกอบในการเสริมสร้างสมรรถนะในการทำงานเชิงรุกให้มีความสอดคล้องกับปัญหาหรือความเป็นจริงของประเทศไทยให้มากยิ่งขึ้น จะมีความเป็นไปได้หรือไม่? เพราะจากการเข้าไปศึกษาเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับหลักสูตรเฉพาะทางด้านนี้ที่สถาบันการศึกษาต่าง ๆ เปิดสอน ไม่ว่าจะเป็นที่คณะพยาบาลศาสตร์ ม.เชียงใหม่, ม.มหิดล และ ม.บูรพา พบว่า บางแห่งยังให้ความสำคัญกับประเด็นด้านอาชีวอนามัยเพียงอย่างเดียว โดยไม่มีประเด็นด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจจะไม่พอเพียงต่อการทำงานเกี่ยวกับประเด็นอาชีวอนามัยที่มีความเชื่อมโยงกับประเด็นปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

ใครคือเจ้าภาพการขับเคลื่อนเชิงรุกที่มีศักยภาพมากที่สุด?

นอกจากนี้ จากการพิจารณาข้อมูลที่เกี่ยวข้องพบว่า การให้บริการเชิงรุกไปพร้อม ๆ กับการขับเคลื่อนในการปรับปรุงหรือปกป้องสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี และการสร้างระบบสุขภาพชุมชนในกรณีนี้ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการมี key actors ในระดับผู้บริหารหรือต้องเป็นการขับเคลื่อนในบรรดา Key Persons ของหน่วยงานด้านสาธารณสุข/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/กระทรวงสาธารณสุข, กรมโรงงานอุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรม, การนิคมอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย, กรมควบคุมมลพิษ, หน่วยงานที่ดูแลด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมของกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและ

สิ่งแวดล้อม และคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ และถ้าเป็นประเด็นสิ่งแวดล้อมหรือมลพิษที่เกิดจากการพัฒนาพลังงานก็จะต้องมีกระทรวงพลังงานเข้ามาเกี่ยวข้องเพิ่มอีกหนึ่งองค์กรด้วย โดยต้องได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากภาคธุรกิจอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งที่ผ่านมาก็มีความพยายามในการทำงานร่วมกันในระดับหนึ่ง (แต่ยังไม่ใช้ในการทำงานของโครงการขับเคลื่อนพยาบาลวิชาชีพเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพนี้) แต่ก็ยังคงพบว่ายังไม่สามารถฝ่าด่านของพลังอำนาจที่เหนือกว่าหรือแข็งแกร่งกว่าไปได้ และเท่าที่วิเคราะห์ดูพบว่า หน่วยงานภาครัฐยังให้น้ำหนักกับการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ/การขยายตัวของภาคเศรษฐกิจ/ธุรกิจอุตสาหกรรมมากกว่าการให้ความสำคัญหรือน้ำหนักกับประเด็นสิ่งแวดล้อม/การควบคุมมลพิษในระดับที่พอ ๆ กับการพัฒนาหรือการขยายตัวทางเศรษฐกิจ (ดู เดชรัตน์ สุขกำเนิด และคณะ, 2550: หน้า 30-40) ทั้ง ๆ ที่ประเด็นความสมดุลระหว่างการพัฒนาหรือการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ, การดูแลรักษาหรือป้องกันผลกระทบทางสิ่งแวดล้อม/สุขภาพ และการพัฒนามนุษย์และสังคม เป็นประเด็นการพัฒนาที่ยั่งยืนที่ทุกฝ่ายอยากเห็นก็ตาม ซึ่งแสดงว่ายังเป็นเพียงการเขียนไว้อย่างสวยงาม (rhetorically written) แต่ในทางปฏิบัติจริงไม่ได้ให้ความสำคัญมากเท่าใดนัก

ดังนั้น ประเด็นสำคัญคือ จะทำอย่างไร จึงจะสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้จริง สิ่งเหล่านี้ล้วนแต่เป็นประเด็นท้าทายในบริบทสังคมไทย ที่รัฐอ่อนแอ (หรือรัฐกลับไปแสดงบทบาทที่เป็นการสนับสนุนภาคทุน/ธุรกิจอุตสาหกรรมผ่านกลไก-กระบวนการลอบบี้ต่าง ๆ) ขณะที่ภาคสังคม/ชุมชน/ประชาชนก็อ่อนแอ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะองค์กรภาครัฐไม่ได้ให้ความสำคัญกับบทบาทของภาคสังคม/ชุมชน/ประชาชนในการร่วมกันแก้ไขปัญหา หรือนั้นเฉพาะบทบาทและกลไกของราชการเท่านั้น (ดู เดชรัตน์ สุขกำเนิด และคณะ, 2550: 40) แต่ภาคทุน/ภาคธุรกิจอุตสาหกรรมที่แข็งแกร่งอยู่แล้ว และกลับได้รับการหนุนหลัง/สนับสนุนโดยภาครัฐ ทำให้แข็งแกร่งเพิ่มขึ้นไปอีก ในกรณีเช่นนี้จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องใช้กรอบอดตาวาทั้ง 5 มิติในการทำงานกับทุกระดับ หรือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกประเภท/ทุกระดับ

ซึ่งกรอบออตตาวาก็น่าจะช่วยให้ในระดับหนึ่ง ถ้าเราเข้าใจมันอย่างแท้จริงและใช้แบบเกาะติดพร้อมด้วยข้อมูลที่ถูกต้องตลอดเวลา แต่ก็มีประเด็นปัญหาเพิ่มเติมมาให้ขบคิดต่อได้อีก

ประเด็นปัญหาที่สำคัญที่สุดที่เพิ่มเติมมาให้เราต้องขบคิดเพิ่มอีก (นอกจากประเด็นคำถามว่า ใคร/กลไกใดจะเป็นเจ้าภาพในการดำเนินการตามกรอบออตตาวาอย่างจริงจังตามที่กล่าวข้างต้นแล้ว) ก็คือในกรณีที่ภาคราชการที่เกี่ยวข้องทั้งที่อยู่ในระดับโครงสร้างส่วนบน/ระดับนโยบาย/ระดับพื้นที่ ไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานใดยังคงแสดงบทบาทสนับสนุนหรือถ่วงหน่วงองค์การภาคธุรกิจอุตสาหกรรม ไม่ให้ความสำคัญกับบทบาทของภาคสังคม/ชุมชน/ประชาชน และ ไม่ใส่ใจหรือไม่ให้ความสำคัญกับความสมดุลระหว่างเรื่องการพัฒนาเศรษฐกิจ, การรักษาสิ่งแวดล้อม/การป้องกันผลกระทบทางสุขภาพ และการพัฒนามนุษย์และสังคมไปพร้อม ๆ กันด้วย ในกรณีเช่นนี้ เราจะขับเคลื่อนต่อไปอย่างไร หรือเราจำเป็นต้องยอมรับการลดระดับ/ลดขนาดของการขับเคลื่อนลง หรือจำเป็นต้องปรับกลยุทธ์ในการขับเคลื่อนใหม่ เพื่อให้การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นได้จริงในบางเรื่อง/บางด้าน ซึ่งในกรณีนี้บทบาทการเป็นเจ้าภาพในการขับเคลื่อนก็น่าจะต้องหนีไม่พ้นฝ่ายที่ทำงานด้านสุขภาพ/สาธารณสุข เพราะมีข้อมูลด้านผลกระทบต่อสุขภาพ หรืออาจใช้ข้อมูลจากการวิจัยที่ทำโดยหน่วยงาน/สถาบันทางวิชาการต่าง ๆ ซึ่งที่ผ่านมา ทำอะไร/ทำอย่างไรก็ต้องนำสิ่งที่ทำไปมาถอดบทเรียนหรือคลี่ภาพให้เห็นว่าเป็นอย่างไร อะไรสำเร็จ อะไรไม่สำเร็จ ฯลฯ เพื่อยกระดับความสามารถ/สมรรถนะในการทำงานบนฐานของความรู้และบทเรียน และเพื่อให้การขับเคลื่อนต่าง ๆ ของภาครัฐ/ประชาชน/ชุมชนสามารถผนึกกำลังกันได้จริง เกิดผลการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ได้จริงหรือได้มากขึ้นกว่าที่ผ่านมา ซึ่งจำเป็นจะต้องเกาะติดสถานการณ์และข้อมูลอยู่ตลอดเวลา

ด้วยเหตุนี้ พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในฐานะคนเล็กคนน้อย จึงควรผนึกกำลังกับชุมชนฐานรากอย่างใกล้ชิด เรียนรู้บทบาทของชุมชน ให้คุณค่าสังเกตศักยภาพของแต่ละคน/กลุ่ม/องค์กร/กลไกที่เกี่ยวข้อง ไม่ใช่ไปกีดกัน/ปฏิเสธ หรือไม่ยอมรับศักยภาพของประชาชน/ชุมชน ผู้เป็นเจ้าของพื้นที่หรือเจ้าของปัญหา เพราะถ้าเป็นเช่นนี้เราจะไม่สามารถแก้ปัญหาหรือขับเคลื่อนให้บังเกิดผล หรืออาจจะได้แต่ก็ไม่มากเท่าที่ควรจะเป็น

กรณีตัวอย่าง: การขับเคลื่อนในบริบทที่ยากลำบาก ในภาคธุรกิจอุตสาหกรรม

ดังนั้น ในกรณีที่มีความจำเป็นต้องลดระดับการขับเคลื่อนลงมาก็มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเป็นการทำงานในเชิงเทคนิคควบคู่ไปกับการสร้างความสัมพันธ์กับชุมชน/กลุ่ม-องค์กรต่าง ๆ ของชาวบ้าน/ชุมชน เช่น การตรวจสอบสุขภาพเพื่อตรวจคัดกรองโรคบางอย่าง อาทิเช่น เบาหวาน, ความดันโลหิตสูงของแรงงานที่ทำงานอยู่ในโรงงาน แต่ก็ควรจะต้องสังเกตในศักยภาพของแต่ละคนที่เข้ามาใช้บริการ พร้อม ๆ กับการสนทนาพูดคุยเพื่อทำความรู้จักหรือสร้างความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันตลอดเวลาด้วย ไม่ใช่ตรวจแต่สุขภาพ แต่ควรมองหาช่องทางในการทำงานร่วมกันโดยวิเคราะห์หรือสังเกตสิ่งที่แต่ละคนพูดถึงเรื่องสุขภาพของตนเอง, สภาพการทำงานที่เป็นอยู่/วันว่าง/เวลาที่สะดวกในการทำกิจกรรม, บทบาทของสถานประกอบการ หรือเป็นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในด้านความคิดเห็น, ปัญหาและความต้องการในด้านต่าง ๆ, ทัศนคติ, กลุ่ม/องค์กรที่มีอยู่ไปพร้อม ๆ กับการตรวจสอบสุขภาพ หรือการทำงานเชิงเทคนิคไปด้วย ซึ่งก็จะทำให้เกิดความสัมพันธ์กัน รู้จักกันมากขึ้น ได้รับข้อมูลต่าง ๆ ที่จำเป็นในการทำงานร่วมกันหรืออาจกล่าวได้ว่า สามารถบูรณาการเนื้องานต่าง ๆ เข้าด้วยกันอย่างเป็นองค์รวม ก็จะทำให้มองเห็นช่องทางในการทำงาน/การขับเคลื่อนร่วมกัน

มากขึ้น ไม่ใช่ไปคิดแทน ทำแทน และมองไม่เห็นช่องทางหรือมองว่าทุกอย่างยากลำบากไปหมด

ทั้งนี้ พบว่าในโครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลฯ นี้ มีพื้นที่การทำงานของคณะพยาบาลศาสตร์ ม.บูรพา ที่จำเป็นต้องไปเชื่อมกับ รพ.ชลบุรี, รพ.บ้านปึง, รพ.สต. บ้านหนองกรับ อ.บ้านค่าย ระยอง, และ รพ.สมเด็จพระคุณ ศิริราชฯ ซึ่งล้วนแต่ตั้งอยู่ในพื้นที่ ๆ มีความหนาแน่นของโรงงาน/ธุรกิจอุตสาหกรรม โดยเฉพาะ รพ.บ้านปึง และ รพ.สมเด็จพระคุณ ศิริราชฯ ที่ทีมงานหรือเครือข่ายของโครงการขับเคลื่อนฯ ได้ไปเชื่อมกับโรงงานอุตสาหกรรม และต้องทำงานด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมกับกลุ่มแรงงานในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบ และ สสส. ยังสนับสนุนให้ทีมงานอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ ม.บูรพา ดำเนินงานด้านอาชีวอนามัยกับกลุ่มแรงงานในภาคอุตสาหกรรมในพื้นที่ภาคตะวันออก ภายใต้โครงการอาชีวอนามัยอีกโครงการหนึ่งด้วย ในกรณีเช่นนี้ก็จะต้องผนึกกำลังกันระหว่างโครงการต่าง ๆ ที่ สสส.สนับสนุน แต่ประเด็นสำคัญก็คือ จะเชื่อมกันอย่างไรจะสามารถทำได้โดยอัตโนมัติเลยหรือไม่ เพราะอยู่ในองค์กรเดียวกัน ทำเรื่องเดียวกัน ซึ่งในความเป็นจริงนั้น เราก็ทราบดีว่าไม่สามารถเชื่อมโยงกันได้ง่าย ๆ หรือไม่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ เพราะต่างคนต่างมองว่าเป็นการทำงาน/การขับเคลื่อนตามโครงการ (project-based movement) มากกว่าเป็นการทำงานที่ใช้พื้นที่ หรือชุมชนเป็นฐาน (area-based หรือ community-based movement) ตรงนี้ จะปรับอย่างไร เพื่อให้เกิดการผนึกกำลัง, การใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ร่วมกัน และเป็นการทำให้เกิดความสำเร็จที่เป็นรูปธรรมในสถานประกอบการที่มีแรงงานและนายจ้าง/สถานประกอบการที่มีศักยภาพ และมีความสนใจ/ความเอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพและ/หรือมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของแรงงานให้ดีขึ้น โดยทุกฝ่ายจับมือกัน ผนึกกำลังกัน ได้รับประโยชน์ร่วมกัน จะมีความเป็นไปได้ที่จะบูรณาการกันในระดับพื้นที่หรือไม่เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่สำคัญมาก

ซึ่งในรายงานวิจัย ติดตามและประเมินผล “โครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ” เล่มใหญ่ (ฉันทัทย์ (อรทัย) อาจอ่า และคณะ, เมษายน 2560, จำนวนประมาณ 250 หน้า) ตรงที่นำเสนอเกี่ยวกับศักยภาพของศูนย์เรียนรู้ในภาคตะวันออก ก็ได้ชี้ให้เห็นร่วมกันแล้วว่าแรงงานในภาคอุตสาหกรรมส่วนใหญ่มักเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพที่ทาง รพ.จัดขึ้น เพราะต้องทำงานเป็นกะ (shift work) หรือทำงานล่วงเวลาจำนวนมาก ดังนั้นจะเห็นได้ว่า แม้แต่การขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพและคุณภาพชีวิตของแรงงานที่ไม่ได้รับบริการจากรัฐ แต่มีปัญหาสุขภาพต่าง ๆ เพียงแค่ประเด็นนี้ (ไม่ใช่ประเด็นเรื่องสิ่งแวดล้อมที่ใหญ่/ยาก) ก็จะต้องฝ่าด่านต่าง ๆ อีกมากมาย เพราะทางเจ้าของสถานประกอบการก็ไม่ค่อยเห็นความสำคัญหรือไม่ให้ความร่วมมือ โดยเฉพาะสถานประกอบการที่เป็นของสกุลเกาหลีและญี่ปุ่น (เมื่อเปรียบเทียบกับบริษัทสกลูยุโรปที่มีนโยบายด้านสวัสดิการและความปลอดภัยอยู่บ้างแล้ว ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พยาบาลที่ทำงานในพื้นที่) ในกรณีเช่นนี้ แม้ไม่ใช่ความขัดแย้งที่รุนแรงเกี่ยวกับเรื่องสิ่งแวดล้อมหรือปัญหาพิษที่ก่อขึ้นโดยภาคธุรกิจอุตสาหกรรมเหมือนดังที่นำไว้ก่อนหน้านี้ แต่ก็ยังมีความยากลำบากในการขับเคลื่อนอยู่ไม่น้อย และต้องการศักยภาพ/สมรรถนะในระดับสูงมาก โดยเฉพาะศักยภาพ/สมรรถนะในการเจรจา การต่อรอง การนำเสนอข้อมูล เพื่อให้เกิดการตัดสินใจที่ถูกต้องของผู้บริหารระดับสูง ฯลฯ

นอกจากนี้ สมมติว่าถ้าผลการศึกษาวิเคราะห์หรือผลการตรวจสอบสุขภาพของแรงงานออกมาแล้ว พบว่าภาวะสุขภาพของแรงงานมีความเกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมในการทำงาน อาทิเช่น ได้รับผลกระทบจากสารเคมีต่าง ๆ ที่ใช้ในการผลิต, ฝุ่นละออง, เสียงดัง, กลิ่นของสารเคมี, แสงสว่างที่ไม่พอเพียง ซึ่งส่งผลเสียต่อสายตา/การมองเห็น และ/หรือมีความเครียดจากการทำงานหนัก เพราะค่าแรงก็ไม่มาก/ไม่สอดคล้องกับค่าครองชีพ ไม่มีเวลาพักผ่อน เพราะการศึกษาวิจัยบางชิ้นก่อนหน้านี้ก็ได้สะท้อนให้เห็นว่า แรงงานจำนวนมากจำเป็นต้องทำงาน

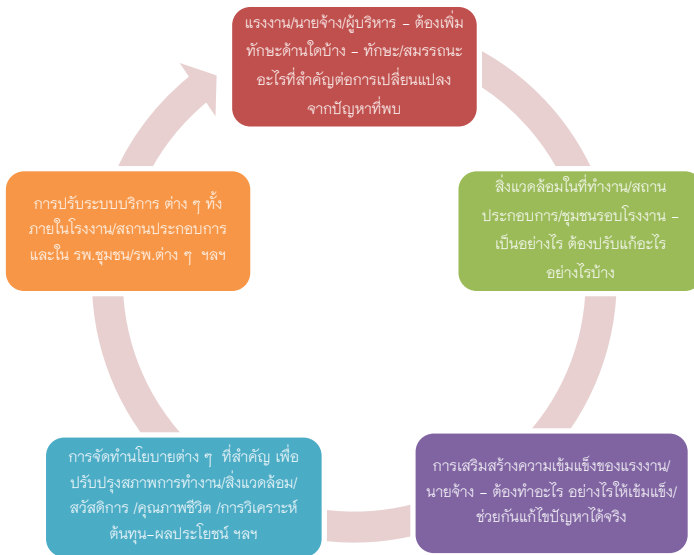
หนัก หรือทำงานมากกว่าหนึ่งกะในหนึ่งวัน หรือต้องทำงานล่วงเวลาสูงถึงร้อยละ 80 (เช่น ฤทัย กาญจนะจิตร และคณะ, 2551) เพื่อให้มีรายได้ที่พอเพียงต่อการใช้จ่ายในภาวะเศรษฐกิจปัจจุบันหรือมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ดังนั้น ในกรณีที่ผลการตรวจออกมาเช่นนี้ควรจะขับเคลื่อนอย่างไรต่อไป ทั้งในเรื่องความเครียดจากการทำงานหนัก และการขาดการจัดสรรเวลาในการพักผ่อน และเรื่องปัญหาสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่กระทบต่อสุขภาพ?

การใช้กรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์อนาคตวาในการขับเคลื่อนใน ภาคธุรกิจอุตสาหกรรมที่มีความยากลำบากและท้าทาย

แต่ไม่ว่าผลการสำรวจหรือผลการตรวจสุขภาพจะออกมาเป็นเช่นไรก็ตาม บริบทการทำงานและบริบทชีวิตของแรงงานดังกล่าวข้างต้น ควรจะได้รับการทำความเข้าใจอย่างมีความสัมพันธ์ หรือมีปฏิสัมพันธ์กับบริบทของสถานประกอบการ/โรงงาน และบริบทของภาคตะวันออกโดยรวมด้วย และถ้ามีปัญหาที่มีความเชื่อมโยงกันหลายประการ เราจะเริ่มจากจุดไหนก่อนดีเพื่อให้เป็นจุดคานงัดที่สำคัญ (leverage point) กล่าวคือทำเรื่องใดเรื่องหนึ่งก่อน แต่ก็จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเรื่องอื่น ๆ ตามมาได้ด้วย ในกรณีเช่นนี้ถ้านำกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์อนาคตวามาใช้ในการขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาก็น่าจะช่วยได้มากขึ้นหรือไม่? เพราะกรอบอนาคตวาจะช่วยทำให้มองเห็นปัจจัย/องค์ประกอบต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับทั้งตัวบุคคล (แรงงาน/นายจ้าง/ผู้บริหาร), สถานประกอบการ/สิ่งแวดล้อมในที่ทำงาน/โรงงาน, การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนคนงาน/แรงงาน/นายจ้าง/ผู้บริหาร, การขับเคลื่อนนโยบายที่เกี่ยวข้องที่สอดคล้องกับปัญหาสำคัญที่พบ และการปรับระบบบริการต่าง ๆ ของโรงงาน/สถานประกอบการ รวมทั้งของสถานบริการสุขภาพในระดับต่าง ๆ อย่างครบวงจร ดังแสดงในแผนภาพด้านล่างนี้

**แผนภาพวงจรการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพพร้อมกับแรงงาน
และสถานประกอบการในภาคธุรกิจอุตสาหกรรม
ตามกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ออตตาวา**



ยกตัวอย่างเช่น ทักษะของบุคคล/แรงงาน/นายจ้าง/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่น ๆ ที่จำเป็นหรือที่ควรจะต้องได้รับการพัฒนามากขึ้น อาทิเช่น ทักษะการดูแลตนเองของแรงงาน, ทักษะการดูแลตนเองของนายจ้าง/หัวหน้างาน (ซึ่งจริง ๆ แล้วตรงนี้จะประเด็นที่สำคัญมาก คือ ทำให้ทุกคนได้รับประโยชน์ร่วมกันหรือที่เรียกว่า win-win ตามที่กล่าวมาแล้วข้างต้น) และการป้องกันปัญหาต่าง ๆ ที่สามารถป้องกันได้ เช่น การใส่เครื่องป้องกันต่าง ๆ ที่จำเป็น, ถ้ามีนโยบายให้เวลาพักผ่อน/ออกกำลังกายอย่างไรจึงจะสามารถทำได้ตามนโยบาย ต้องเสริมทักษะด้านใด ฯลฯ แต่ในความเป็นจริงนั้น การขับเคลื่อนตรงนี้ก็ไม่ใช่จะสามารถทำได้ง่าย ๆ แม้แต่ทางฝ่ายแรงงานเอง (ซึ่งเป็นผู้รับประโยชน์จากการขับเคลื่อนโดยตรงก็ตาม) เพราะการร่วมกันคิดค้นหรือเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ก็ต้องใช้เวลาก็จะทำให้แรงงานเสียเปรียบ ถ้าถูกหักค่าจ้าง ซึ่งถ้าส่งผลกระทบแบบนี้แรงงานมักจะไม่นำเอาด้วยแน่นอน (ในมุมมองของเขาเรื่องปากท้องสำคัญกว่าเรื่องการมี

สุขภาพที่ดี หรือการไม่มีกิน หรือการถูกออกจากงานจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ หรือปากท้องของเขามากกว่าสาเหตุอื่นใด) ซึ่งถ้าเป็นเช่นนี้ก็ต้องขับเคลื่อนในเชิงนโยบายควบคู่กันไป เพื่อให้ทางนายจ้าง/เจ้าของสถานประกอบการ/ผู้บริหายอมเสียเปรียบแทน แต่ต้องใช้กลยุทธ์ win-win ในการสื่อสารที่ทำให้ทุกฝ่ายรู้สึกว่าได้ประโยชน์ หรือไม่มีใครต้องเสียเปรียบใคร ถ้าทำแบบนี้ได้ฝ่ายนายจ้างก็จะยอมให้แรงงานมาเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่ร่วมกันคิดค้นขึ้น โดยไม่หักค่าแรง ยกตัวอย่างเช่น อนุญาตให้เข้าร่วมได้อาทิตย์ละประมาณ 1-2 ชั่วโมง หรือการจัดกิจกรรมเพื่อลดความเครียดจากการทำงานก็เช่นกันเป็นสิ่งที่สำคัญมาก เพราะถ้าแรงงานมีความเครียดมากจะส่งผลต่อการทำงาน/ผลงานที่จะได้รับ และอาจจะต้องเจรจาให้นายจ้าง/เจ้าของสถานประกอบการ ปรับระบบการผลิต/ช่วงเวลาการผลิตหรือมีการจัดสรรทีมงาน/แรงงานในแต่ละชุดใหม่ เพื่อหมุนเวียนกันมาเข้าร่วมกิจกรรมที่จัดขึ้นให้ได้ครบทุกฝ่าย/ทุกคน/ทุกแผนก และจะต้องไม่ส่งผลกระทบต่อการทำงาน/การผลิตหรือผลประโยชน์ของโรงงาน/สถานประกอบการ ด้วยเช่นกัน

สำหรับกรณีที่แรงงานสตรีที่มีบุตร/เด็กเล็กที่ต้องดูแล ก็อาจจะจำเป็นต้องเจรจาให้มีการจัดทำศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขึ้นในโรงงาน/สถานประกอบการ ซึ่งจะต้องมีการลงทุนเพิ่มหรือมีค่าใช้จ่ายเพิ่ม ซึ่งในกรณีเช่นนี้ทางโรงงาน/สถานประกอบการในภาคตะวันออก หรือในพื้นที่ขับเคลื่อนจะยินยอมหรือไม่ ถ้าไม่ยินยอมใครจะเป็นคนจัดทำข้อมูลหรือทำการศึกษาวิเคราะห์ต้นทุน-ผลประโยชน์ เพื่อให้ทางนายจ้าง/เจ้าของสถานประกอบการพิจารณาหรือตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลที่เรียกว่า “Win-Win” อีกเช่นกัน คือ ได้รับผลประโยชน์ร่วมกันทั้งสองฝ่าย ทั้งนายจ้าง/นายทุนและลูกจ้าง/แรงงาน ซึ่งต้องมีความชัดเจนหรือวิเคราะห์อย่างเป็นรูปธรรมว่า ประโยชน์ที่นายจ้างจะได้รับคืออะไร เมื่อแรงงานมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีความเครียดน้อยลง บุตรได้รับการดูแลอย่างดีจากทางโรงงาน/สถานประกอบการ ประโยชน์ที่นายจ้างจะได้รับคืออะไรบ้าง นอกจากได้ “ใจ” ของลูกจ้าง หรือได้ภาพลักษณ์ที่ดีจากแรงงานและสังคม รวมถึงการลดปัญหาการลาออกจากงาน

หรือปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ที่จะทำให้แรงงานสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นใช้หรือไม่ และผลผลิตภาพแรงงานจะเพิ่มขึ้นเท่าไร? ก็จะต้องแสดงให้เห็นชัดเจน ซึ่งที่จริงแล้วสามารถทำการศึกษาวิเคราะห์ต้นทุน-ผลประโยชน์ ให้มีความครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ ได้ทั้งหมดอย่างเป็นระบบอย่างมีความเชื่อมโยงกัน แทนที่จะทำทีละเรื่อง แต่ถ้านายจ้าง/สถานประกอบการต้องการทำเพียงแค่เรื่องเดียวก่อน ก็อาจจะต้องทำเป็นแผนการทำงานหรือการขับเคลื่อนร่วมกันในระยะสั้น/กลาง/ยาว และระบุสิ่งที่ต้องการบรรลุร่วมกันในแต่ละช่วงเวลาโดยเป็นการทำจากเรื่องง่ายที่สุด เกิดขึ้นได้ก่อน เห็นผลที่เป็นรูปธรรม ไปจนถึงเรื่องยากที่สุด ซึ่งก็เกิดขึ้นได้ภายใต้เงื่อนไขพิเศษเท่านั้น ในกรณีเช่นนี้ก็ควรที่จะระบุให้เห็นเงื่อนไขต่าง ๆ ของการพัฒนาหรือการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกันไว้อย่างชัดเจน และที่สำคัญคือ ควรให้มีการสร้างเสริมสุขภาพของฝ่ายผู้บริหารหรือแรงงานในระดับวิชาชีพต่าง ๆ หรือบุคลากรระดับกลางด้วย ไม่ใช่ทำเฉพาะกลุ่มแรงงานระดับล่างเท่านั้น เพราะการมีสุขภาพดีเป็นสิ่งที่ทุกคนทุกกลุ่มมีความปรารถนา

แต่ประเด็นที่สำคัญอีกประเด็นหนึ่ง ในกรณีนี้คือ ใครจะเป็นคนทำการศึกษาวิเคราะห์ในทางวิชาการที่เรียกว่า **“การวิเคราะห์ต้นทุน-ผลประโยชน์” (Cost-Benefit Analysis)** ที่จำเป็นต้องทำ เพราะไม่สามารถพูดลอย ๆ โดยไม่มีการศึกษาวิเคราะห์ต้นทุนที่จะเกิดขึ้น และผลประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นต่อทุกฝ่าย ซึ่งจริง ๆ แล้วฝ่ายนายทุน/เจ้าของสถานประกอบการน่าจะต้องเป็นฝ่ายที่ลงทุนด้านต่าง ๆ เพิ่ม แต่จะยอมหรือไม่ ประเด็นคือจะทำอย่างไรที่จะสื่อสารให้นายทุน/เจ้าของสถานประกอบการเห็นความสำคัญของการวิเคราะห์ต้นทุน-ผลประโยชน์ และที่สำคัญคือ ควรเป็นฝ่ายลงทุนทำการศึกษานี้ และทำอย่างไรจึงจะได้ผลการศึกษาวิเคราะห์ที่ถูกต้อง เชื่อถือได้ ใช้การได้จริง ซึ่งในกรณีนี้ก็อาจจะจำเป็นต้องจ้างนักวิชาการ โดยเฉพาะนักวิชาการที่มีความเป็นกลางหรือไม่เอียงข้างเข้ากับฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง ซึ่งก็จะต้องมีข้อตกลงร่วมกันว่าจะใช้นักวิชาการที่ฝ่ายโรงงาน/นายจ้างจัดหา มา หรือจะใช้นักวิชาการที่ฝ่ายลูกจ้างจัดหา มา หรือว่า

จะเป็นนักวิชาการที่ฝ่ายเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดหามา หรือจะทำการประกาศให้นักวิชาการในมหาวิทยาลัย/สถาบันการศึกษาเสนอโครงการเข้ามา เป็นต้น

ดังนั้น โดยสรุปการขับเคลื่อนเพื่อกำหนดหรือเปลี่ยนแปลงนโยบายและการปฏิบัติต่าง ๆ ร่วมกับภาคธุรกิจเอกชน/ภาคธุรกิจอุตสาหกรรมนั้น ไม่ใช่สิ่งที่จะทำให้เกิดขึ้นได้ง่าย ๆ ในกรณีเช่นนี้ การทำงานตามกรอบอดตาวาของพยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ก็อาจจะจำเป็นต้องเริ่มต้นจากสิ่งที่ยากก่อน เช่น การตรวจสุขภาพบุคคลชั้นพื้นฐาน ที่จะนำไปสู่การจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่าง ๆ เช่น การบริโภคอาหาร, การออกกำลังกาย, BMI/ความอ้วน, การจัดการความเครียด ฯลฯ แต่จะต้องไม่ใช่การทำแทน/คิดแทน/ออกแบบให้ แต่จะต้องให้แรงงานเข้ามาขับเคลื่อนด้วยตนเอง จึงจะได้ผล ในกรณีเช่นนี้ก็ต้องได้รับความร่วมมือหรือการสนับสนุนเป็นอย่างดีจากทางเจ้าของสถานประกอบการ/ผู้บริหารของทางโรงงาน/สถานประกอบการในด้านต่าง ๆ ตามที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

ทั้งนี้ วงจรการทำงานตามกรอบอดตาวาที่นำเสนอไว้ในแผนภาพข้างต้น จะช่วยทำให้ทุกฝ่ายมองเห็นอย่างเป็นระบบและครบวงจรว่า ยังมีเรื่องอะไรที่ต้องทำร่วมกันต่อไปอีกบ้าง (ตามปัญหาที่พบ) จึงควรนำเสนอให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดมองเห็นภาพการทำงานร่วมกันตามกรอบนี้อย่างชัดเจนตั้งแต่ต้น เพื่อให้เกิดพลังร่วม หรือพลังทวีคูณในการขับเคลื่อน (synergy) ซึ่งก็คือการทำเรื่องเสริมสร้างความเข้มแข็ง หรือการสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ซึ่งเป็นแนวคิดการทำงานที่สำคัญมากของกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์อดตาวานั่นเอง

การฝ่าด่านวัฒนธรรมปัจเจกชนนิยมและความเคยชินต่าง ๆ เป็นประเด็น เชิงสมรรถนะ/ศักยภาพที่ควรตระหนักร่วมกัน

แต่ทั้งนี้ พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเองก็ต้องเข้าใจด้วยว่า จริง ๆ แล้ว เราไม่สามารถทำงานแบบเป็นขั้นเป็นตอน หนึ่ง สอง สาม สี่ ห้าได้ แต่ในกระบวนการทำงานในเรื่องที่ท้าทายเช่นนี้ มักจะต้องมีมิติของการเสริมพลังหรือการสร้างเสริมความเข้มแข็งอยู่ตลอดเวลาอยู่แล้ว เพียงแต่ต้องเข้าใจว่ามันคืออะไร นี่คือนิยามสำคัญ เพราะเท่าที่สัมผัสจากการทำงานร่วมกับพยาบาลมาเป็นเวลานาน สังเกตได้ว่าจำนวนมากยังไม่ค่อยเข้าใจ “ความหมาย” ของสิ่งเหล่านี้ เพราะยังคงมองแยกเป็นเรื่อง ๆ ซึ่งอันที่จริงนั้น เมื่อกระบวนการทำงานร่วมกันระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกประเภทเคลื่อนตัวไป มักจะมีเรื่องของ “พลังต่าง ๆ” (power/energy) อยู่ในกระบวนการนั้นตลอดเวลา ทั้งพลังเชิงบวกและเชิงลบ เราต้องรู้จักที่จะสานพลังเชิงบวก ทั้งความคิด/ความคิดเห็นดี ๆ ข้อเสนอดี ๆ การสนับสนุนดี ๆ ของทุกคน เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง หรือการแก้ไขปัญหา ร่วมกัน บนความร่วมมือของทุกฝ่ายให้ได้ แต่ก็ตามที่ชี้ให้เห็นไปข้างต้นหลายครั้งแล้วว่า สิ่งนี้ไม่ใช่เรื่องที่จะสามารถทำให้เกิดขึ้นได้ง่าย ๆ ท่ามกลางวัฒนธรรมของไทยที่มีความเป็นปัจเจกชนนิยมสูง (individualism) วัฒนธรรมความสัมพันธ์ที่ไม่เท่าเทียม (บางคนพูดเสียงดัง/มีคนฟัง บางคนเสียงค่อยหรือพูดไม่ออก ไม่กล้าพูด ไม่มีใครฟัง ฯลฯ) และวัฒนธรรมทอนพลังที่เราเคยชินคือ พอเข้ามาทำงานร่วมกันแล้ว มักจะไม่ค่อยฟังกัน มีลักษณะการยึดติดตัวบุคคล ฟังแค่บางคน (โดยเฉพาะคนที่มีอำนาจเหนือกว่า) ไม่ฟังทั้งหมด และฟังแต่ก็อาจจะไม่ได้ยินหรือไม่เข้าใจว่า สิ่งที่แต่ละคนพูดคืออะไร ต้องการอะไร มีความหมายอะไร มีคุณค่าอะไร ซึ่งจริง ๆ แล้วเรื่องนี้เป็นเรื่องพื้นฐานมาก ๆ แต่ก็เป็นสิ่งที่เราละเลย และมักจะทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมามากมาย คือดูเหมือนเรื่องเล็ก แต่ที่จริงเป็นเรื่องใหญ่มาก เพราะถ้าเราละเลยมักก่อผลในเชิงลบต่าง ๆ มากมายอย่างมหาศาล อย่างไม่น่าเชื่อ และอันที่จริงนี่คือ สมรรถนะ

ที่สำคัญมากที่สุดประการหนึ่งที่บุคลากรสุขภาพทุกประเภทควรมี ซึ่งก็คือ สมรรถนะในการจัดกระบวนการรับฟังซึ่งกันและกันอย่างตั้งใจ เพื่อให้ เกิดพลังร่วมและเกิดความสัมพันธ์รูปแบบใหม่ที่ใส่ใจความคิดเห็น ความรู้สึก ของทุกคนหรือการทำให้ทุกคนรู้สึกว่าคุณค่า และพร้อมที่จะเข้า ร่วมขบวนการสร้างเสริมสุขภาพ

สมรรถนะ/ทักษะการทำงานเชิงรุกของพยาบาลและบุคลากร สุขภาพวิชาชีพในระดับโครงสร้าง/ระดับพื้นที่และการทำงาน ส่งเสริมระบบสุขภาพชุมชน

ดังนั้น ในกระบวนการการขับเคลื่อนหรือการทำงานเชิงรุก พยาบาล/ บุคลากรสุขภาพวิชาชีพต่าง ๆ ทุกระดับจำเป็นต้องมีสมรรถนะหรือทักษะพิเศษ ต่าง ๆ หลายประการ ทั้งทักษะหรือสมรรถนะในการพูดคุย ทักษะการระดมความคิด เห็น ทักษะการฟังอย่างลึกซึ้ง ทักษะการสร้างการมีส่วนร่วม ทักษะการสังเกต ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียประเภทต่าง ๆ ที่มีผลประโยชน์ต่างกัน, ทักษะและความรู้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่เกิดขึ้นตลอดเวลาจากการมีปฏิสัมพันธ์กัน ระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกประเภท, ความรู้และทักษะการวิเคราะห์ ต้นทุนและผลประโยชน์ (ถ้าทำไม่ได้ก็จำเป็นต้องแสวงหาทีมงานผู้รู้/ นักเศรษฐศาสตร์/นักวิเคราะห์ด้านนี้เข้ามาร่วมทีม), ทักษะการทำงานแบบ เชื่อมประสานภาคี, ทักษะหรือสมรรถนะในการเจรจาสื่อสาร/การนำเสนอ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง, ทักษะการสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดการ เปลี่ยนแปลง, ทักษะการจัดกระบวนการกลุ่ม/การจัดเวที/การประชุม ปฏิบัติการต่าง ๆ ที่เอื้ออำนวยให้เกิดการระดมพลังและการเปลี่ยนแปลง ต่าง ๆ เชิงบวก (Facilitation Workshop) และที่สำคัญยิ่งคือ ทักษะการดำรง ชีวิตที่มีผลดีต่อสุขภาพ (รวมถึงประชาชนและตัวบุคลากรสุขภาพเองด้วย)

ทักษะการฟังซึ่งกันและกันอย่างเข้าใจ ทักษะการเป็นผู้นำ และทักษะการ
ผ่านด่านวัฒนธรรมแบบปัจเจกชนนิยม วัฒนธรรมว้าเหว้ยลุ่มคอก วัฒนธรรม
ความฉาบฉวย/การไม่ทำจริง/การไม่มีจิตสำนึกสาธารณะ วัฒนธรรมปากว่า
ตาขยิบ วัฒนธรรมที่ชอบพูดมากกว่าทำ วัฒนธรรมแบบอุปถัมภ์/การเล่น
พรรคเล่นพวก วัฒนธรรม “รู้รักษาตัวรอด เป็นยอดดี” วัฒนธรรม “ข้าใหญ่”
และวัฒนธรรมความเคยชินอื่น ๆ อีกหลายประการที่ต้องแก้ไข เพื่อให้องค์การ
 ต่าง ๆ สามารถก้าวไปสู่การเป็นพลเมืองที่มีคุณภาพให้ได้ (ทิพย์พาพร ตันติสุนทร,
 2556) ซึ่งการที่จะเกิดสิ่งนี้หรือพัฒนาไปสู่ขั้นนั้นได้ ก็จะต้องมีการสร้างวัฒนธรรม
 การทำงานร่วมกันแบบใหม่ ๆ ให้ได้ อาทิเช่น วัฒนธรรมการกล้าคิด กล้าเสี่ยง
 กล้าทำ ไม่ใช้รอแต่นายสั่ง วัฒนธรรมของการเล่าสู่กันฟังและแบ่งปันกัน วัฒนธรรม
 ของการทำงานเป็นทีม วัฒนธรรมที่เป็นมิตรกับความรู้ วัฒนธรรมในการบริหาร
 ทีมงานคนเก่ง และวัฒนธรรมในการสร้างชุมชนของนักปฏิบัติ (Community of
 Practice – COP) (วีระวัฒน์ บัณฑิตามัย, มปป)

ดังนั้น พยาบาล/ทีมสหวิชาชีพในฐานะเป็นผู้นำ หรือผู้สร้างการเปลี่ยนแปลง
 ก็ควรจะต้องสามารถแสดงบทบาทเป็นผู้นำในด้านต่าง ๆ ตามที่กล่าวมาข้างต้น
 นี้ด้วย ทั้งนี้เพื่อให้เกิดวัฒนธรรมการเรียนรู้และการทำงานแบบใหม่ร่วมกันได้
 อย่างแท้จริง อันจะส่งผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพขององค์กร ชุมชน สังคม หรือ
 เกิดบรรยากาศแบบใหม่ สิ่งแวดล้อมแบบใหม่ในการขับเคลื่อนเพื่อการสร้างเสริม
 สุขภาพของสังคมร่วมกันด้วย

นอกจากนี้ การพิจารณาว่าเรามีสมรรถนะหรือทักษะสำคัญ ๆ เหล่านี้
 แล้วหรือยัง มีอะไรแล้วบ้าง ยังไม่มีอะไรบ้าง จึงมีความสำคัญถ้ายังไม่มีจะต้องทำ
 อย่างไร เพียงแค่การอ่านเอกสารที่ได้รับจากโครงการฯ โดยลำพัง สำหรับบางคน/
 บางกลุ่มนั้นวิธีการนี้ยังใช้ได้หรือไม่ หรือพอเพียงที่จะช่วยยกระดับสมรรถนะ/
 ศักยภาพ/ความสามารถได้จริงหรือไม่ ทำอย่างไรจะช่วยเสริมสร้างสมรรถนะ/

ทักษะให้ได้ผลมากยิ่งขึ้น หรือทำอย่างไรจะทำให้เกิดการเรียนรู้/การฝึกฝนด้วยกลยุทธ์ต่าง ๆ ที่ใช้ได้ และที่สำคัญเราต้องตั้งคำถามร่วมกันด้วยว่าเรามีพลังและศักยภาพที่จะทำเรื่องเหล่านี้ร่วมกันหรือไม่ และ/หรือเรามีความมุ่งมั่น/ความตั้งใจ/ภาวะผู้นำที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านคุณภาพชีวิตของประชาชนคนไทย หรือในกรณีที่ยกตัวอย่างมาอภิปรายทั้งหมดในบทความนี้เป็นกรณีที่ยากลำบากมากที่สุดกรณีหนึ่ง เราต้องการจะฝ่าด่านกำแพงใหญ่นี้ร่วมกันจริง ๆ หรือไม่? เพราะอะไร? ถ้าไม่ทำแล้วจะเกิดอะไร?

ทั้งนี้ จากการอ่านเอกสารวิชาการต่าง ๆ ที่ผลิตโดยโครงการขับเคลื่อนฯ โดยเฉพาะชุดการเรียนรู้ที่ 1, ที่ 2, ที่ 3 และที่ 5 และโดยเฉพาะอย่างยิ่งคือ ชุดการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อนี้ หรือประเด็นที่กำลังวิเคราะห์ถกเถียงอยู่นี้ ซึ่งก็คือ ชุดการเรียนรู้ที่ 2 เรื่องภาวะผู้นำและการบริหารจัดการการเปลี่ยนแปลงเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และชุดการเรียนรู้ที่ 5 เรื่องการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม, การปรับระบบบริการสุขภาพ และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ พบว่าเป็นเอกสารที่มีคุณภาพ มีเนื้อหาสาระที่ดีมาก มีการระบุถึงทักษะต่าง ๆ ที่มีความจำเป็นต่อการเป็นพยาบาลนักสร้างเสริมสุขภาพ หรือนักขับเคลื่อนสุขภาพในบริบทต่าง ๆ ยกตัวอย่างเช่น ทักษะการเป็นผู้นำ ทักษะการสื่อสารเพื่อการเปลี่ยนแปลง และทักษะสุนทรียสนทนา หรือในเอกสารเรียกว่า “ทักษะสุนทรียสาธก” ซึ่งทักษะต่าง ๆ เหล่านี้จะต้องมีการฝึกฝน/ปฏิบัติ หรือเรียนรู้จากการฝึกฝนเป็นระยะเวลาหนึ่ง ไม่สามารถเกิดขึ้นได้ด้วยการอ่าน ฟังคนอื่นพูด แต่ต้องลงมือปฏิบัติจนมีความมั่นใจและสามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทต่าง ๆ ที่มีความแตกต่างหลากหลาย

ดังนั้น จึงควรมีการสร้างการเรียนรู้ทักษะ/สมรรถนะต่าง ๆ เหล่านี้ให้กับพยาบาล/ทีมบุคลากรสุขภาพสหวิชาชีพทุกคน เพราะจากการประเมินผลโครงการขับเคลื่อนฯ พบว่า ถ้าพยาบาล/ทีมสุขภาพสหวิชาชีพขาดทักษะ/สมรรถนะเหล่านี้ จะส่งผลทำให้เกิดช่องว่างในการทำงานอย่างน่าเสียดาย และที่จริงจุดอ่อนหรือ

ช่องว่างตรงนี้เป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดสาเหตุหนึ่งที่ทำให้งานสร้างเสริมสุขภาพไม่ประสบผลสำเร็จในระดับที่ต้องการ ซึ่งเป็นสิ่งที่น่าเสียดายเป็นอย่างยิ่ง และอีกประเด็นหนึ่งที่สำคัญเกี่ยวกับเอกสารทางวิชาการที่โครงการผลิตขึ้น ก็คือการขาดตัวอย่างการทำงานในบริบทที่ยากลำบากและท้าทายที่ก้าวข้ามขอบเขตขององค์กร/หน่วยงาน หรือประเด็นการทำงานในการปรับปรุงหรือปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่บ่อนทำลายสุขภาพ อันเป็นผลมาจากการมีอิทธิพลหรือพลังสูงของภาคธุรกิจอุตสาหกรรมโดยมีองค์กรภาครัฐหนุนหลัง

ดังนั้น ตัวอย่างที่บทความนี้ยกมาประกอบการอภิปรายข้างต้น จึงมีนัยสำคัญต่อการยกระดับสมรรถนะในการทำงานของพยาบาลและทีมสหวิชาชีพในบริบทของระบบและโครงสร้างระดับมหภาคที่ยากลำบาก ที่มองว่าถ้าพยาบาล/ทีมสุขภาพมีความตระหนักต่อประเด็นนี้ หรือ มีความกล้าหาญในการทำงานขับเคลื่อนในประเด็นนี้ก็จะยิ่งจะทำให้มีสมรรถนะเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย หรือที่เรียกว่า “เกิดการเรียนรู้จากการลงมือปฏิบัติ” หรือ “ยิ่งทำก็ยิ่งเก่ง” โดยเฉพาะทักษะการทำงานส่งเสริมระบบสุขภาพชุมชน ควรเป็นประเด็นที่ได้รับการพัฒนาบนฐานของการปฏิบัติ หรือจากกรณีตัวอย่างจริงที่ได้จากการทำงาน

การจัดการระบบสุขภาพชุมชนและการบริการเชิงรุก ในชุมชน เป็นประเด็นการขับเคลื่อนในเชิงระบบและโครงสร้าง ที่สำคัญ: ทีมสุขภาพต้องมีความชัดเจนในบทบาทของตนเอง

สำหรับประเด็นการทำงานส่งเสริมระบบสุขภาพชุมชน หรือการจัดการระบบสุขภาพชุมชน และการทำงานด้านการบริการเชิงรุกในชุมชน ที่เอกสาร “แนวทางการดำเนินงาน Primary Care Cluster สำหรับหน่วยบริการ” (หรืออาจเรียกย่อ ๆ ว่า เอกสารนโยบาย PCC) ได้ระบุไว้ นั้น เมื่อพิจารณาแล้วพบว่าเป็นประเด็นการทำงานที่ต้องเกี่ยวข้องกันประเด็นใน

เชิงระบบและโครงสร้างที่ยากลำบาก หรืออันที่จริงสองประเด็นนี้มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกันอย่างแยกออกจากกันได้ยาก แต่ดูเหมือนว่าในเอกสาร PCC ดังกล่าว ก็ไม่ได้ให้ความสำคัญกับประเด็น “การจัดการระบบสุขภาพชุมชน” มากเท่าใดนัก หรืออันที่จริงเป็นการกล่าวไว้เฉย ๆ ลอย ๆ ไม่ได้ให้น้ำหนักกับเรื่องนี้แต่อย่างใด ซึ่งจริง ๆ แล้วเรื่องนี้มีความสำคัญและควรจะต้องให้ความกระจ่าง เพราะมีเช่นนั้นจะขาดบทบาทของชุมชนซึ่งเป็นเจ้าของเรื่อง/เจ้าของปัญหา/เจ้าของสุขภาพ และการไม่ให้น้ำหนักหรือไม่ได้ให้ความกระจ่างไว้ในเอกสารนโยบายจะทำให้เจ้าหน้าที่ของรัฐยังคงมีบทบาทเป็นเพียงผู้ให้บริการ (care provider) หรือ เป็นผู้กระทำการ (Actor) เสียเอง ยังไม่ได้ให้น้ำหนักกับการทำงานเชิงเสริมพลัง หรือหนุนเสริมบทบาทของ “ชุมชนประเภทต่าง ๆ” ให้เป็นผู้กระทำการโดยมีบุคลากรสุขภาพซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นผู้กระตุ้น (Motivator) ผู้สนับสนุน (Supporter) และผู้อำนวยความสะดวกต่าง ๆ (Facilitator) ส่งผลทำให้ประเด็นปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับประเด็นเชิงระบบและโครงสร้าง ซึ่งเป็นเรื่องที่ใหญ่มหาดศาล และต้องการพลังการเปลี่ยนแปลงแบบเชื่อมประสานภาคีทุกภาคส่วน ยังไม่ได้รับการให้ความสนใจอย่างจริงจังหรือมีการแก้ไขแต่อาจจะไม่ตรงจุดหรือไม่สามารถแก้ไขได้มากตามที่ต้องการ ดังนั้น การกำหนดบทบาทของทีมสุขภาพหรือเจ้าหน้าที่รัฐในการทำงานส่งเสริม “การจัดการระบบสุขภาพชุมชน” จึงมีความสำคัญและควรมีความจริงจังเกี่ยวกับเรื่องนี้ ไม่ใช่เขียนไว้เฉย ๆ แต่ไม่ได้ให้น้ำหนัก หรือไม่มีคำอธิบายใด ๆ เลย

สำหรับ การกิจด้านการบริการเชิงรุกในชุมชน พบว่า ในเอกสารนโยบาย PCC ดังกล่าว ได้ระบุไว้หลายบริการ/กิจกรรม/ภารกิจด้วยกัน ซึ่ง ณ ที่นี้ จะขอยกตัวอย่างเพียงบางด้านหรือบางกิจกรรม/ภารกิจเท่านั้น เพราะมีเช่นนั้นจะเป็นเอกสารบทวิเคราะห์ที่ยาวมากเกินไป

สำหรับบริการเชิงรุกที่เลือกขึ้นมาอภิปราย อย่างมีความเชื่อมโยงกับบริบทของระบบบริการสุขภาพ และบริบทการทำงานของพยาบาล และสหวิชาชีพที่น่าสนใจที่หยิบยกมา ณ ที่นี้ ก็คือ **บริการส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการอาหารปลอดภัย, การเฝ้าระวังและป้องกันควบคุมการเกิดโรค ด้านการสร้างเครือข่ายจิตเวชชุมชน, การดูแลด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้แก่ การตรวจประเมินสถานประกอบการ** เช่น การผลิตน้ำดื่ม, น้ำแข็ง, ผลิตภัณฑ์สมุนไพรต่าง ๆ และการบริการเชิงรุกในด้านการประเมินมาตรฐานสุขภาพ เช่น การประเมินตลาด, การประเมินโรงอาหารในโรงเรียน เป็นต้น ซึ่งบริการต่าง ๆ เหล่านี้ ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของการส่งเสริมสุขภาพ หรือ การกระทำกับปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ (socio-economic determinants of health) ซึ่งเป็นเรื่องใหญ่หรือเป็นการขับเคลื่อน/การกระทำกับปัจจัยในเชิงระบบและโครงสร้างของสังคม

ด้วยเหตุนี้ การตรวจประเมินเพียงลำพัง ซึ่งเป็นงานในเชิงเทคนิค ก็คงไม่พอเพียง หรือไม่ก็น่าจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในเชิงนโยบายและการปฏิบัติต่าง ๆ ได้จริง ยกตัวอย่างเช่น ประเด็นการจัดการอาหารปลอดภัยก็เป็นประเด็นตั้งแต่การผลิตในแปลงเกษตรและในโรงงาน ซึ่งเป็นเรื่องที่ประเทศไทยทำกันมาพอสมควรทีเดียว โดยเฉพาะการจัดการผลิตอาหารปลอดภัยจากภาคเกษตรที่พยายามนำเรื่อง เกษตรอินทรีย์ เกษตรกรรมธรรมชาติ เกษตรปลอดภัย สารพิษ เกษตรแบบพอเพียง ฯลฯ มาทดแทนเกษตรเคมี แต่ก็ยังมีสิ่งที่ต้องทำอีกมากมาย โดยเฉพาะการศึกษาติดตามประเมินผลว่าเป็นเกษตรอินทรีย์ หรือการเกษตรปลอดภัย หรือไร้สารเคมีจริงหรือไม่? ซึ่งจากผลการศึกษา/การสำรวจหรือการสุ่มตรวจของหน่วยงานต่าง ๆ อาทิเช่น กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และเครือข่ายเตือนภัยสารเคมีกำจัดศัตรูพืช (THAI-PAN) ในช่วงเวลาสองสามปีที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่า เรายังประสบปัญหาเรื่องสารเคมีตกค้างในผักและผลไม้ที่เกินค่ามาตรฐานทุกครั้งในสัดส่วนที่มากน้อยแตกต่างกันไป ยกตัวอย่างเช่น กรณีล่าสุด

เมื่อวันที่ 24 มกราคม 2560 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, สสส. และเครือข่าย THAI-PAN ได้เผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับผลไม้สดที่มีการตรวจพบสารเคมีตกค้างมากกว่าร้อยละ 50 มากที่สุด คือ ส้ม, แก้วมังกร, ชมพู และลำไย สำหรับผักสดที่มีการตรวจพบว่ามีสารเคมีตกค้างมากที่สุด หรือมากกว่าร้อยละ 50 คือ โหระพา, พริกชี้ฟ้า, คื่นช่าย, ผักชี, ถั่วฝักยาว และมะเขือเทศ เป็นต้น (www.thaihealth.or.th/Content/35102) ดังนั้น ประเด็นนี้จึงเป็นประเด็นใหญ่ที่ท้าทายศักยภาพและความสามารถของขบวนการสร้างเสริมสุขภาพของประเทศไทยเป็นอย่างยิ่ง

นอกจากนี้ การจัดการอาหารปลอดภัยที่มาจากภาคอุตสาหกรรมก็เป็นประเด็นในเชิงระบบและโครงสร้างที่มีความสำคัญไม่แพ้กันแต่อย่างใด เพราะปัจจุบันอาหารที่ประชาชนคนไทยบริโภคมาจากภาคอุตสาหกรรมอาหารในสัดส่วนที่สูงมาก เพราะการผ่านกระบวนการทางอุตสาหกรรมที่ใช้เทคโนโลยีและสารเคมีต่าง ๆ เข้ามาช่วยทำให้ผลผลิตต่าง ๆ จากภาคเกษตรสามารถเก็บไว้ได้นาน ซึ่งปัจจุบันมีอาหารทั้งที่แปรรูปและไม่แปรรูปประเภทต่าง ๆ ประมาณ 12 ประเภท ตามการจำแนกของสภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย⁶ ซึ่งล้วนแต่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันของประชาชนทุกคน/ทุกเพศ/ทุกวัย

สำหรับคนบางส่วน อาจจะมองว่าภารกิจด้านนี้น่าจะเป็นภารกิจของหน่วยงานด้านการเกษตรหรือกระทรวงเกษตรและสหกรณ์การเกษตร และกระทรวงอุตสาหกรรม แต่เมื่อหันมาพิจารณาในความเป็นจริงแล้วพบว่า มีประเด็นเชื่อมโยงมายังหน่วยงานด้านสุขภาพ หรือกระทรวงสาธารณสุขอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เพราะทั้งกระบวนการผลิตและการนำผลผลิตที่ไม่ได้มาตรฐาน

6 ซึ่งอาหารทั้ง 12 ประเภทที่แปรรูปมาจากภาคอุตสาหกรรมอาหารนี้ ประกอบด้วยอาหารทุกประเภทที่เราใช้ในชีวิตประจำวัน ยกตัวอย่างเช่น เนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์, ผลิตภัณฑ์ประมง, ผักและผลไม้สดและแปรรูป, ธัญพืชและผลิตภัณฑ์, เครื่องเทศและเครื่องปรุงรส, นมและผลิตภัณฑ์, เครื่องดื่มทั้งที่มีแอลกอฮอล์และไม่มีแอลกอฮอล์, น้ำตาลและขนมหวาน, ชา กาแฟ โกโก้, น้ำมันและไขมัน และผลิตภัณฑ์เสริมอาหารต่าง ๆ เป็นต้น

อาหารปลอดภัยและหลักโภชนาการไปใช้ในการบริโภค ย่อมทำให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมาอย่างแน่นอน ประกอบกับปัจจุบันโลกเชื่อมต่อกันเป็นหนึ่งเดียว หรือที่เรียกว่า “โลกาภิวัตน์” ที่มีการส่งออกและนำเข้าสินค้าอาหารและเครื่องดื่มจากประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกแบบไร้พรมแดน ดังนั้น เมื่อเกิดปัญหาขึ้นในที่หนึ่งย่อมส่งผลกระทบต่อหลาย ๆ ประเทศในโลกอย่างไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ยกตัวอย่างเช่น กรณีวัวบ้า, นมผงสำหรับเด็ก, เนยถั่ว ฯลฯ ที่มีปัญหาจากแหล่งต้นทาง จนส่งผลกระทบต่อแหล่งปลายทาง/ผู้บริโภคจนทำให้มีผู้เสียชีวิตจำนวนมาก เป็นต้น (www2.thaieurope.net)

ดังนั้น เรื่องนี้จึงมีความเชื่อมโยงกับบทบาทของภาคีรัฐหลายหน่วยงาน รวมถึงบริษัทผู้ผลิตและผู้นำเข้าอาหาร และภาคสาธารณะ หรือประชาชน/ผู้บริโภค ที่ต้องมีความตระหนักต่อปัญหา แต่ก็ไม่สามารถสร้างความตระหนักในภาคสาธารณะได้ง่าย ๆ เพราะสังคมมีความหลากหลาย ประกอบไปด้วยคนหลากหลายกลุ่มหลายประเภท เราจะเริ่มสร้างความตระหนักจากกลุ่มไหนหรือจุดไหนก่อนดี ล้วนแต่เป็นประเด็นในการสร้างการเรียนรู้ให้กับภาคสาธารณะที่ทำทลายเป็นอย่างยิ่ง ในขณะที่การขับเคลื่อนด้านนโยบายสาธารณะร่วมกับภาคการผลิต/บริษัทผู้ผลิตและผู้นำเข้าอาหาร โดยมีบุคลากรด้านสาธารณสุขของภาครัฐเป็นแกนนำย่อมเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่คำถามคือองค์กรภาครัฐที่เกี่ยวข้องมีความตระหนักต่อปัญหานี้ในระดับโครงสร้างหรือยัง? และอีกมากมายคำถาม

สำหรับในกรณีของการประเมินโรงอาหารในโรงเรียน ก็เช่นกัน ที่คงจะไม่ใช้ดำเนินการแค่การตรวจประเมินสภาพโรงอาหาร หรือ มองในเรื่องตัวอาคารและสภาพสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องเท่านั้น แต่ที่จริงควรเป็นการประเมินอย่างรอบด้าน ทั้งคุณภาพอาหาร (คุณค่าทางโภชนาการ, ความสะอาด, ความปลอดภัย ฯลฯ), พฤติกรรมของผู้ปรุงอาหาร/ขายอาหาร พฤติกรรมของผู้บริโภคอาหารและการบริหารจัดการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งระบบด้วย จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมียุทธศาสตร์ประกอบของการทำงานเชิงรุกอื่น ๆ ด้วย และการใช้กรอบ

แนวคิดและยุทธศาสตร์ออกตัวว่า ที่มองสรรพสิ่งหรือกลไก-องค์ประกอบต่าง ๆ เกี่ยวกับสุขภาพอย่างมีความเชื่อมโยงกัน ก็น่าจะเป็นประโยชน์หรือมีคุณค่าอีกเช่นกัน จึงควรนำมาปรับหรือประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์ให้เห็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ว่าใครทำอะไร ทำอย่างไร ส่งผลต่ออะไร (ทั้งผลดีผลเสีย) ต้องทำอะไรหรือปรับปรุงอะไร อย่างไร ทำไปเพื่ออะไร เป็นต้น

ดังนั้น การทำงานขับเคลื่อนเรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพ ไปพร้อม ๆ กับการให้การศึกษา/การเรียนรู้กับพยาบาล/นักศึกษาพยาบาล จึงควรมีความสัมพันธ์หรือให้น้ำหนักกับประเด็นท้าทายต่าง ๆ ดังที่กล่าวมาแล้ว เพราะประเทศไทยมีประเด็นปัญหาในเชิงระบบและโครงสร้างมากจริง ๆ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะเป็นประเทศที่ขาดการวางแผนการพัฒนาอย่างเป็นองค์รวม หรือขาดความเชื่อมโยงกันระหว่างบทบาทขององค์กรภาคส่วนต่าง ๆ หรืออาจจะมีแผนการพัฒนาที่ดี แต่ไม่ได้ปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ หรือมีลักษณะต่างคนต่างทำค่อนข้างสูง ทั้งนี้ เพราะมีปัจจัยที่เป็นปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ จำนวนมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง **การเป็นสังคมรวมศูนย์อำนาจไว้ที่ส่วนกลาง** ประกอบกับ **“มีความเป็นสังคมที่มีข้อยกเว้นมาก”** หรือมีการปฏิบัติต่อกกลุ่มคนต่าง ๆ ไม่เหมือนกัน เพราะมีกลุ่มอภิสิทธิ์ชนจำนวนมาก และการขาดความสมดุลของอำนาจของภาคส่วนหลักทั้ง 3 ภาค (รัฐ/เอกชน/ภาคประชาสังคม) ทำให้การสร้างบรรทัดฐานทางสังคมทำได้ยากมาก ซึ่งอันที่จริงการสร้างเสริมสุขภาพคือ ความพยายามในการสร้างบรรทัดฐานทางสังคมที่สำคัญประการหนึ่ง หรือถ้าทำดี ๆ หรือมีการขับเคลื่อนอย่างมีกลยุทธ์ตามกรอบออกตัวก็น่าจะสามารถนำไปสู่การสร้างบรรทัดฐานทางสังคมและการจัด/ปรับระบบและโครงสร้างต่าง ๆ หรือการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่ต้นทางได้ในหลาย ๆ ด้านไม่ว่าจะเป็นด้านการผลิต, การบริโภค, การศึกษา/การสร้างการเรียนรู้, การจัดการความปลอดภัยและอุบัติเหตุ, การจัดสรรทรัพยากร, การสร้างจริยธรรมในการผลิตและการบริโภค, การสร้างนโยบายสาธารณะ ฯลฯ จึงเป็นภารกิจที่ต้องการพลังการขับเคลื่อนร่วมกันในระดับสูงดังกล่าวมาแล้วข้างต้นหลายครั้ง

ด้วยเหตุนี้ สังคมไทยหรือระบบสุขภาพไทย จึงต้องการกรอบคิดและเครื่องมือที่ทำให้มองเห็น “องค์ापพพ” ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้โดยเฉพาะ การให้ความสำคัญกับบริบทในท้องถิ่น หรือบริบทเฉพาะของพื้นที่ในความรับผิดชอบของสถานบริการสุขภาพแต่ละแห่งที่มีความเกี่ยวข้องกับประชากรกลุ่มต่าง ๆ ที่มีความเชื่อมโยงกับประเด็นในเชิงระบบและโครงสร้าง ทั้งโครงสร้างทางสังคม วัฒนธรรม การเมือง การศึกษา สิ่งแวดล้อม ที่กำกับพวกเขาอยู่ โดยการใช้อกรอบอดตาวาและแนวคิด “การจัดการระบบสุขภาพชุมชน” และการทำงานเชิงรุกร่วมกับชุมชนให้มีความเข้มข้นขึ้น เพราะพบว่าหลายแห่ง/พื้นที่/องค์กรยังเป็นการทำงานตามนโยบายที่เปลี่ยนไปมาจากเบื้องบนเป็นหลัก จึงไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้จริงหรือได้แต่ไม่มาก ทั้งการเปลี่ยนแปลงในเรื่องกระบวนการ/วิธีคิด/วิธีมอง/มุมมอง/วิธีการทำงานของพยาบาลหรือนุคลากรสุขภาพวิชาชีพต่าง ๆ และผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการสร้างเสริมสุขภาพ/ความเป็นอยู่ที่ดี หรือ การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของประชาชน/ชุมชนก็ตาม ยังคงพบว่ายังไม่สามารถทำให้สังคมไทยก้าวพ้นปัญหาในเชิงระบบและโครงสร้างไปได้ หรือ หลายอย่างยังคงเป็นการทำงานกับปัญหาที่ปลายเหตุมากกว่าการกระทำกับปัจจัยทางเศรษฐกิจ-สังคม-การเมืองที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ

สรุป

การขับเคลื่อนด้านการสร้างเสริมสุขภาพในบริบทของวิชาชีพการพยาบาลผ่าน “โครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ” ที่ได้รับการสนับสนุนจาก สสส. นับเป็นการขับเคลื่อนที่มีนัยยะและความหมายต่อการเปลี่ยนแปลง การเรียนรู้ และการฉุูกคิดในหลาย ๆ ด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปลี่ยนกระบวนการ/ทัศนคติ/วิธีคิด/วิธีมอง/วิธีการทำงานและสมรรถนะใหม่ ๆ

ที่มีความจำเป็นในการแสดงบทบาทใหม่ของวิชาชีพการพยาบาล⁷ ที่มีใช้แค่การทำงานด้านหัตถการ ในความหมายเดิม ๆ เช่น ฉีดยา, ทำแผล, เปลี่ยนสายปัสสาวะ, ให้อาหารทางสายยาง, การให้ออกซิเจน ฯลฯ เท่านั้น แต่เป็น **“หัตถการในความหมายใหม่”** ที่มีความเกี่ยวข้องกับทั้งผู้ป่วยและผู้ที่ยังไม่ป่วยหรือประชาชนทั่วไปด้วย

สำหรับการทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยก็ไม่ใช้การดูแลแต่โรคหรือให้ความสำคัญกับตัวโรคเท่านั้น แต่ยังได้ใส่ใจในความรู้สึกและความเป็นอยู่ด้านอื่น ๆ ของผู้ที่เป็นโรคนั้น ๆ ด้วยการทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพหรือการใช้หลักสุขภาพองค์รวม และการดูแลรักษาด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ (holistic care and humanized health care) เพื่อทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ในทุกมิติ ทั้ง มิติกาย, จิตใจ/จิต, อารมณ์, สังคม, ปัญญา และจิตวิญญาณ โดยเฉพาะกรณี การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง, การดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง, การดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการ, การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน, การดูแลผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่, การดูแลผู้ป่วยที่มีแผลออสโตมีและแผลทั่วไป, การดูแลผู้ป่วยวัณโรค, การคัดค้านวัตรกรรมเพื่อดูแลผู้ป่วยที่รอการผ่าตัด/เลื่อนการผ่าตัด, การดูแลอย่างต่อเนื่องและครบวงจร, การพยาบาลฉุกเฉิน ฯลฯ

นอกจากนี้ ยังพบว่าบางแห่งได้มีการปรับกระบวนการทัศน์และปรับระบบในด้านการรักษาพยาบาลด้วยการใช้การแพทย์ทางเลือก/การแพทย์แผนไทยด้วยวิถีธรรมชาติบำบัดไปพร้อม ๆ กับการส่งเสริมบทบาทของชุมชนท้องถิ่นในการเข้ามาร่วมแสดงบทบาทในการสร้างสุขภาพ หรือที่เรียกยุทธศาสตร์นี้ว่า **“ของชุมชน โดยชุมชน และเพื่อชุมชน”** ทำให้ชุมชนมีบทบาทสูงมากในการดูแลรักษาผู้ป่วย และการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะการมีจิตอาสาจำนวนมาก โดยเฉพาะกรณี

7 โปรศำน ผลการประเมินการทำงานของโครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลฯ ได้ใน ฉันทัทย์ (อรทัย) อาจอำ และคณะ, เมษายน, 2560 ประกอบด้วย

ของ รพ.แม่ลาว อ.แม่ลาว จ.เชียงราย ที่พบว่าพยาบาลและทีมสุขภาพได้ทำงานร่วมกันเป็นทีมสหวิชาชีพได้อย่างแท้จริง

สำหรับกรณีของผู้ที่ยังไม่ป่วย หรือมีแนวโน้มว่าจะป่วย วิชาชีพการพยาบาลและทีมสุขภาพแบบสหวิชาชีพก็มีสมรรถนะใหม่ ๆ ในการขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดการป้องกันปัญหา หรือการลดความเสี่ยงต่าง ๆ ที่สามารถลดได้ อาทิ เช่น ความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, โรคไตวายเรื้อรัง, มะเร็งปากมดลูก, ปัญหาความเครียด/สุขภาพจิต/จิตเวช ฯลฯ ด้วยการแสดงบทบาทในการทำงานเชิงรุก, การตรวจคัดกรอง, การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่าง ๆ ทั้งการบริโภคและการออกกำลังกายด้วยการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่าง ๆ ที่หลากหลาย และการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน หรือความพยายามในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ในชุมชนให้ได้มากยิ่งขึ้น บางแห่งคิดค้นวิธีการ/กลยุทธ์ในการทำงานแบบเชื่อมโยงทั้ง 3 ระดับ (ปฐมภูมิ, ทุตติภูมิ และตติยภูมิ) ดังเช่น รพ.ศูนย์ขอนแก่น ทำให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง/ครบวงจร และบางพื้นที่ยังมีการกระทำกับปัจจัยหรือตัวกำหนดทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีต่อสุขภาพอย่างเห็นได้ชัดเจน โดยเฉพาะในกรณีของทีมสุขภาพของ รพ.สต. เขาไม้แก้ว อ.สีเกา จ.ตรัง และ รพ.สต. บ้านห้วยทราย ต.แม่ทา อ.แม่ออน จ.เชียงใหม่ ซึ่งทั้งสองพื้นที่นี้ก็เป็นการทำงานแบบข้ามวิชาชีพ หรือสามารถทำให้เรื่อง “สุขภาพ” กลายเป็นเรื่องของทุกคน ไม่ใช่เฉพาะของวิชาชีพแพทย์, วิชาชีพพยาบาล และ/หรือนักวิชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น

แต่จุดอ่อนที่สำคัญยิ่งของทุกพื้นที่ก็คือ ยังไม่ได้มีการใช้กรอบออตตาวาในการกำกับการทำงานและการสร้างองค์ความรู้ด้วยกรอบคิดและเครื่องมือที่สำคัญนี้มากเท่าใดนัก แต่การที่โครงการฯ ได้เข้าไปทำการถอดประสบการณ์และยกระดับเป็นนวัตกรรมและความรู้ด้วยกรอบออตตาวานั้น ก็นับว่าเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญมาก แต่ประเด็นสำคัญคือจะอย่างไร พื้นที่/หน่วยบริการสุขภาพต่าง ๆ

จึงจะดำเนินการต่อไปด้วยตนเอง เพื่อให้มองเห็นผลของการใช้กรอบออตตาวาแบบวิพากษ์

นอกจากนี้ ยังพบว่า สมรรถนะด้านการสร้างองค์ความรู้ด้วยแนวทาง/มุมมอง/วิธีวิทยาการวิจัยต่าง ๆ ยังเป็นสิ่งที่ต้องพัฒนาอีกมาก โดยเฉพาะการสร้างองค์ความรู้พื้นฐานการทำงาน หรือที่เรียกว่า “การวิจัยแนวปรากฏการณ์วิทยา” ที่เน้นการทำความเข้าใจ “สาระสำคัญ ๆ ของประสบการณ์ร่วมที่เกิดขึ้น” ที่มีความเชื่อมโยงกับบริบทเฉพาะของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดของโครงการเป็นสมรรถนะที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่ควรได้รับการให้ความสำคัญในลำดับต้น ๆ (first priority)

สำหรับกรณีที่ต้องมีบทบาทด้านการส่งเสริมการจัดการระบบสุขภาพชุมชนและการบริการเชิงรุกในชุมชนในหลาย ๆ บริบทตามนโยบาย PCC พบว่า ในความเป็นจริงนั้น บริบทการทำงานร่วมกับภาคธุรกิจอุตสาหกรรม ยังเป็นเรื่องที่ยากลำบากมาก แต่ในมุมมองของทีมสุขภาพอาจจะยังไม่ได้มองว่าเป็นเรื่องที่ท้าทาย เพราะองค์กรภาครัฐอยู่ในสภาพที่อ่อนแอ ถึงแม้จะมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องจำนวนมาก แต่ก็ไม่ได้มีการบังคับใช้อย่างเต็มที่หรือบังคับใช้ไม่ได้ เนื่องด้วยปัจจัย-องค์ประกอบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องที่ซับซ้อน

ดังนั้น การขับเคลื่อนในเชิงระบบและโครงสร้างทั้งมิติทางสังคม-จิตวัฒนธรรม การเมือง สิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสุขภาวะของประชาชน โดยเฉพาะในกรณีที่น่ามายกตัวอย่างไว้ในบทความนี้คือ สุขภาพของแรงงานหรือประชาชนที่ทำงานอยู่ในภาคธุรกิจอุตสาหกรรม และกรณีของการสร้างมาตรฐานอาหารปลอดภัย ที่ทีมงานสุขภาพจะต้องมีความเข้าใจในภาพการเคลื่อนไหวและการเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาประเทศในระดับมหภาคที่เชื่อมโยงลงมายังระดับจุลภาคด้วย หรือการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในเชิงนโยบายและแผนการพัฒนา

โครงสร้างพื้นฐานตั้งแต่ระดับประเทศ ไปจนถึงระดับภาค ระดับจังหวัด ลงไปจนถึงระดับชุมชนอย่างมีความเชื่อมโยงกัน และถ้าเป็นไปได้สิ่งที่เราควรทำอย่างยิ่งคือ ผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข และกลไกสำคัญต่าง ๆ ในระดับประเทศทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมและชุมชนจะต้องเข้าไปกระทำการกับปัจจัยทางสังคมที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ (social determinants of health) ให้ได้ เพราะลำพังแต่วิชาชีพการพยาบาลหรือวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่ง คงจะไม่สามารถกระทำการได้สำเร็จ เพราะเป็นเรื่องของความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ต้องมีการจัดระบบความสัมพันธ์ขึ้นมาใหม่ผ่านการเจรจาต่อรองและการสร้างข้อตกลงใหม่ แต่ก็เป็นเรื่องที่ท้าทายมากกว่าจะทำได้หรือไม่ อย่างไร เพราะพลังอำนาจของภาคทุน/ธุรกิจอุตสาหกรรมมีเหนือกว่าภาคอื่น ๆ ทั้งหมด จึงเกิดคำถามตามมาว่า “สมรรถนะแบบใด” คือสิ่งที่จำเป็นต้องมี โดยเฉพาะสมรรถนะการทำงานแบบไตรภาคี (Tripartite Partnership) เรามีหรือยัง? สิ่งนี้ใช้การได้ในประเทศไทยหรือไม่?

ทั้งนี้ การทำงานและการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพ ตามกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ที่ออกมา ยังคงเป็นกรอบคิดและเครื่องมือที่มีคุณค่าและความหมาย เพียงแต่จะต้องใช้อย่างจริงจัง โดยเฉพาะการปรับกระบวนการ/วิธีคิด/วิธีมอง/วิธีการทำงาน/วิธีการสร้างการเรียนรู้ให้กับพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลรุ่นใหม่ให้เกิดการเรียนรู้ประเด็นปัญหาใหม่ ๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบ รวมถึงการมองประเด็น-องค์ประกอบ-มิติของกรอบออกดวาวอย่างมีความเชื่อมโยงกันให้มากขึ้น แต่ในบริบทของสังคมปัจจุบัน พบว่าการพยาบาลเฉพาะทางด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม, การพยาบาลเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และการพยาบาลเฉพาะทางด้านการสร้างเสริมสุขภาพเอง ควรจะต้องได้รับการให้ความสนใจในการพัฒนาองค์ความรู้ด้านนี้ให้มีความเข้มข้นขึ้น หรือมีความเชื่อมโยงกับบริบทต่าง ๆ ให้มากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง (References)

- กรອງจิต วาทีสาธกกิจ. (บรรณาธิการ). (2552). *ถนน ปชต การส่งเสริมการเลิก บุหรี่ในงานประจำ*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- ชนิษฐา นันทบุตร, กล้าเพชฌัญ โสภบารุง, พรรณิภา ไชยรัตน์, ขวัญสุตา บุญทศ, มยุรี คำอ้อ, สุวีรัตน์ ดาวเรือง, จงกลณี จันทศิริ, เฉลิมเกียรติ แสงวงเจริญ,... อภิญา ลุนนากัน. (2558). *แนวทางการพัฒนานวัตกรรมการสร้างเสริม สุขภาพ พื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการ พยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ*. ม.ป.ท.:ม.ป.พ.. (อัครา).
- ชนิษฐา นันทบุตร. (บรรณาธิการ). (2559). *สรุปรายงานการทดลองใช้หลักสูตร การสร้างเสริมสุขภาพไปทดลองใช้ในพื้นที่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. ม.ป.ท.:ม.ป.พ.. (อัครา).
- คณะทำงานขับเคลื่อนและปฏิรูปด้านระบบบริการ. (2559). *แนวทางการดำเนินงาน Primary Care Cluster สำหรับหน่วยบริการ*. นนทบุรี. กระทรวงสาธารณสุข. มิถุนายน.
- คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (2559). *สรุปรายงานการทดลองใช้ หลักสูตรการสร้างเสริมสุขภาพไปทดลองใช้ในพื้นที่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (อัครา).
- คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (2559). *คู่มือผู้สอน หลักสูตรการ เรียนรู้ภายใต้ศูนย์เรียนรู้นวัตกรรมทางการแพทย์เพื่อการสร้างเสริม สุขภาพในพื้นที่ภาคเหนือ*. เชียงใหม่. คณะพยาบาลศาสตร์.
- คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2559). *คู่มือผู้สอน หลักสูตร การเรียนรู้ภายใต้ศูนย์เรียนรู้นวัตกรรมทางการแพทย์เพื่อการสร้างเสริม สุขภาพในพื้นที่ภาคกลาง*. 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).

ฉันทน์หทัย (อรทัย) อาจ่อ, สุภรต์ จรัสสิทธิ์, กัญญา อภิพรชัยสกุล, ชีรนงค์ สกุลศรี และเบญจมาศ รอดภัย. (2560). รายงานการวิจัย ติดตามและประเมินผลโครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. เมษายน.

ชินฤทัย กาญจนะจิตรา, กาญจนา ตั้งชลทิพย์, ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต, ปังปอนด์ รักอำนวยกิจ, สุภรต์ จรัสสิทธิ์, พอดตา บุญยศิริระณะ, วรณภา อารีย์. (2551). *การศึกษาคุณภาพชีวิตคนทำงานในภาคอุตสาหกรรมและภาคบริการ*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

เดชรัต สุขกำเนิด, ศุภกิจ นันทะวรการ และวิภา ชื่นจิต. (2550). *มลพิษ...สุขภาพ...และอุตสาหกรรมที่มาตาพุด: ปัญหามลพิษ และสุขภาพของประชาชน แนวทางการดำเนินงานของรัฐ และข้อเสนอต่อการแก้ไขปัญหา กรณีพื้นที่อุตสาหกรรม อำเภอเมืองและอำเภอบ้านฉาง ระยอง*. กรุงเทพฯ: มูลนิธินโยบายสุขภาพ.

ทิพย์พาพร ตันติสุนทร. (2556). *การศึกษาเพื่อสร้างพลเมือง*. กรุงเทพฯ: สถาบันนโยบายศึกษา. สนับสนุนโดยมูลนิธิคอนราด อาเดนาวร์. พิมพ์ครั้งที่สอง.

ธีรเดช ฉายอรุณ. (2547). *กรอบแนวคิดการประเมินศักยภาพคณะทำงานในองค์กร*. เอกสารเพื่อการเรียนรู้ในโครงการวิจัยและพัฒนาชีวิตสาธารณะท้องถิ่นที่น่าอยู่. กรุงเทพฯ: ฝ่ายติดตามประเมินผลภายในและสังเคราะห์องค์ความรู้.

ธีรเดช ฉายอรุณ. (2549). *การประเมินผลกับนัยสำคัญที่มีต่อการพัฒนาและการยกระดับคุณค่าการทำงานของสังคมไทย*. เอกสารประกอบการบรรยาย ณ ที่ประชุมนำเสนอ “องค์ความรู้เกี่ยวกับการประเมินผล” จัดโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) วันที่ – เมษายน พ.ศ. 2549 ณ โรงแรมที. เค. พาเลซ ถนนแจ้งวัฒนะ กรุงเทพมหานคร

โรงพยาบาลขอนแก่น. (2557). *แบบรายงานการประเมินตนเอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพฉบับประยุกต์เกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ Health Promoting Hospital, National Quality Criteria: HPHNQC*. ม.ป.ท.: ม.ป.พ. (อัครา).

วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (บรรณาธิการ). (2559). *ชุดการเรียนรู้ที่ 1 การสร้างเสริมสุขภาพ: บทบาทพยาบาล Health Promotion: Role of Nurse*. กรุงเทพฯ: มาตา การพิมพ์ จำกัด.

วรรณภา ศรีธีรรัตน์ และลลวิ ปิยะบัณฑิตกุล. (2559). *แนวทางการพยาบาลสำหรับพยาบาลวิชาชีพในสถานบริการสุขภาพ ระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษา และระดับบัณฑิตศึกษา(ฉบับร่าง) คณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: สำนักสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).

วิจิตร ศรีสุพรรณ, วิลาวัณย์ เสนารัตน์ และชนิษฐา นันทบุตร. (2557). *นวัตกรรมสถานพยาบาล ภายใต้บทบาทของวิชาชีพการพยาบาล โครงการขับเคลื่อนวิชาชีพ*. กรุงเทพฯ: สำนักสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพ 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 และการปฏิบัติบทบาทพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบกฎบัตรฮอตตาว่า ในบริการระดับปฐมภูมิ มัธยมศึกษา และตติยภูมิ*. โครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ. ม.ป.ท.

วิทยากร เชียงกุล. (2551). *การเมือง เศรษฐกิจ สังคมไทย และสถานะของประเทศไทยในระบบโลก (รายงานสภาวะปี 51-52)*. กรุงเทพฯ: ชมรมศึกษาผลงานของวิทยากร เชียงกุล. <https://witayakorclub.wordpress.com/2009/11/14/บทที่-1-การเมือง-เศรษฐกิจ/>

วีระวัฒน์ ปันนิตามัย. (มปป.). *การปรับตัววัฒนธรรมการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง*.
ม.ป.ท.:ม.ป.พ.. (เอกสารอัดสำเนา).

ศิริพร ชัมภลิติต และวงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (บรรณาธิการ). (2559). *ชุดการเรียนรู้ที่ 2 ภาวะผู้นำและการบริหารจัดการ การเปลี่ยนแปลงเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ Leadership and Change Management Towards Health Promotion*. กรุงเทพฯ: มาตา การพิมพ์ จำกัด.

ศิริพร ชัมภลิติต และวงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (บรรณาธิการ). (2559). *ชุดการเรียนรู้ที่ 3 การพัฒนาเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพ Development of Health Promotion Networking*. กรุงเทพฯ: มาตา การพิมพ์ จำกัด.

ศิริพร ชัมภลิติต และวงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (บรรณาธิการ). (2559). *ชุดการเรียนรู้ที่ 5 การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม การปรับระบบบริการสุขภาพ และสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ Building Participatory Healthy Public Policy, Reorienting Health Services and Creating Healthy Environment*. กรุงเทพฯ: มาตา การพิมพ์ จำกัด.

ศิริพร ชัมภลิติต และวงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (บรรณาธิการ). (2559). *ชุดการเรียนรู้ที่ 6 การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล Development of Personal Skills*. กรุงเทพฯ: สำนักสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).

ศิริพร ชัมภลิติต และวงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (บรรณาธิการ). (2559). *ชุดการเรียนรู้ที่ 7 การสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน Strengthening Community*. กรุงเทพฯ: สำนักสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).

ศิริพร ชัมภลิติต. (บรรณาธิการ). (2559). *ชุดการเรียนรู้ที่ 4 การจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ knowledge Management in Health Promotion*. กรุงเทพฯ: สำนักสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).

อรรถัย อัจฉา. (2550). *การประเมินผลเพื่อสร้างเสริมพลังอำนาจ: ทางออกที่ท้าทาย. พิมพ์ครั้งที่ 2. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.*

อรรถัย อัจฉา. (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.

Flyvbjerg, B. (2001). *Making Social Science Matter: Why Social Inquiry Fails and How It Can Succeed Again?* Cambridge: Cambridge University 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. (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods (Second Edition)*. Newbury Park, CA: Sage.

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.

เว็บไซต์ที่เกี่ยวข้อง:

www.thaihealth.or.th

www2.thaieurope.net



สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
ถนนพุทธมณฑลสาย 4 ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170