



เวทีเสวนาเพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน ครั้งที่ ๑  
**สุขภาพะชุมชนเป็นรากฐานของสุขภาพะทั้งมวล**  
**[Health for All, All for Health]**

**บรรณาธิการ** แพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวณิชชากร

**คณะทำงาน** สมพร ใช้บางยาง | ดวงพร เสงบุญพันธ์  
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)  
ทัศนีย์ ญาณะ | พศุภา บุญบุญ | ผการัตน์ ฤทธิศรีบุญ  
สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน  
เริงวิษญ์ นิลโคตร | ณิชฎา สงวนวงษ์  
ณัฐพัชร ทองคำ | ทวีวรรณ สัมพันธ์สิทธิ์  
สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล  
ชั้นยพร วณิชฤทธา  
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

**พิมพ์ครั้งที่ ๑** สิงหาคม ๒๕๕๔

**จำนวนพิมพ์** ๕๐๐ เล่ม

**พิมพ์ที่** บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด / กรุงเทพฯ  
โทรศัพท์ ๐ ๒๘๘๑ ๕๘๕๐

**จัดพิมพ์และเผยแพร่**

สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

ต.ศาลายา อ.พุทธมณฑล จ.นครปฐม ๗๓๑๖๐

โทรศัพท์ ๐ ๒๔๔๑ ๕๐๔๐ โทรสาร ๐ ๒๔๔๑ ๕๐๔๔

[www.aihd.mahidol.ac.th](http://www.aihd.mahidol.ac.th)

เวทีเสวนา

## “ร่วมพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน” ครั้งที่ ๑

วันอังคารที่ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๕๔

ณ ห้องประชุมบุญศิริ

สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

### วิทยากร :

๑. ศาสตราจารย์ นพ.ประเวศ วะสี  
กรรมการสภามหาวิทยาลัยผู้ทรงคุณวุฒิ
๒. นายชนาวุฒิ ถาวรพราหมณ์  
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลปากพูน
๓. รองศาสตราจารย์ ดร.ขนิษฐา นันทบุตร  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
๔. นายแพทย์นิทัศน์ รวยยวา  
ผู้ตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข

### ผู้ดำเนินการเสวนา :

แพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวิณิชชากร  
ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน

“ การทำงาน  
สาธารณสุขจะทำได้ๆ ไม่ได้  
ต้องพัฒนากันอย่างบูรณาการ  
สุขภาวะไม่ใช่แค่เรื่องของหมอ  
พยาบาล เรื่องของยาใน  
โรงพยาบาลเท่านั้น แต่  
หมายถึงสุขภาวะ ทั้งทางกาย  
ทางจิต ทางสังคม และทาง  
ปัญญา”

# การพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน : สุขภาพชุมชนเป็นรากฐาน ของสุขภาพทั้งหมด



ศาสตราจารย์ นพ.ประเวศ วะสี

ระบบบริการสุขภาพชุมชนเป็นจุดยุทธศาสตร์ที่สำคัญที่สุดของประเทศทุกๆ ด้าน ขออธิบายและยกตัวอย่างให้เห็นชัด ทุกคนจะเห็นความสำคัญ อย่างประเทศอเมริกาซึ่งเป็นประเทศที่ร่ำรวย ใช้งบประมาณเพื่อดูแลสุขภาพสูงถึง ๑๗% ของ GDP เป็นประเทศที่มีเทคโนโลยีสูงที่สุด แต่ไม่มีระบบบริการสุขภาพ ที่จะดูแลคน ๔๐ ล้านคน ไม่มีระบบประกันสุขภาพให้กับประชาชน จึงต้องมีการปฏิรูประบบสุขภาพในที่สุด ถ้าเราทำระบบสุขภาพชุมชนให้ทั่วถึงและทำให้ดี จะเป็นการให้คำตอบ เพราะจะเหลือคนไข้ที่มาโรงพยาบาลน้อยมาก ลดจำนวนผู้ป่วยที่มาโดยไม่จำเป็น เพราะบริการจะอยู่ที่ชุมชนทั้งหมด เพราะเรามีระบบสุขภาพชุมชนเรามีโครงสร้างครบหมด อยู่ที่เราจะเชื่อมโยงให้เป็นระบบได้แค่ไหน เรามีสถานีนามัยหมื่นแห่งทั่วประเทศ ทุกตำบล บางตำบลมี ๒ แห่ง เรามีคน ๘ พันกว่าคน โรงพยาบาลชุมชนทุกอำเภอ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลจังหวัดครบทุกจังหวัด และอื่นๆ อย่างเช่นสถานีนามัย รวมทั้งมหาวิทยาลัย คณะพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ กระจายเต็มไปหมด เรามีพร้อมแต่อยู่ที่การต่อเชื่อมให้เกิดขึ้นเป็นตัวระบบสุขภาพชุมชน ซึ่งเราสามารถตั้งเป้าหมายจากโครงสร้างที่เรามี

## ระบบสุขภาพชุมชน



๑) **สำรวจและช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาส** ทุกตำบล ทุกสังคม เป็นชุมชนที่คนไทยไม่ทอดทิ้งกัน อย่างเช่น นายต. อบต.ปากพูน สำรวจทุกตำบล เจอคนพิการ ๕๑๒ คน มีอาสาสมัครดูแลทุกตำบล เด็กเล็กทุกคนในตำบลเข้าศูนย์เด็กเล็ก ได้เรียนฟรี ได้กินนมฟรีทุกคนทุกวัน หมึงตั้งครรภ์ได้กินนมฟรี เพราะโภชนาการของแม่สำคัญ เพราะฉะนั้นการทำงานสาธารณสุขจะทำใดๆ ไม่ได้ ต้องพัฒนากันอย่างบูรณาการ สุขภาวะ ไม่ใช่แค่เรื่องของหมอ พยาบาล เรื่องของยาในโรงพยาบาลเท่านั้น แต่หมายถึงสุขภาวะ ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางปัญญา อย่างน้อย ๘ เรื่องเข้ามาบูรณาการ เศรษฐกิจ จิตใจ สังคม

วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม สุขภาพ การศึกษา ประชาธิปไตย เชื่อมโยงกัน  
หมดเป็นการพัฒนาแบบบูรณาการ ถ้าเรามีการพัฒนา ก็จะเกิดเมื่อ  
บูรณาการกัน ทำงานแยกส่วนไม่ได้ เอาหน่วยงานเป็นตัวตั้งไม่ได้ ต้อง  
เอาพื้นที่เป็นตัวตั้ง หน่วยงานของประเทศไทยมักแยกส่วน  
เอาหน่วยงานเป็นตัวตั้ง ซึ่งควรจะเอาพื้นที่เป็นตัวตั้ง ถ้าเราตั้งเป้าหมาย  
ที่ระบบสุขภาพชุมชน ทุกตำบล ทุกสังคม เพราะสังคมไทยเป็นสังคมที่  
ไม่ทอดทิ้งกัน การสำรวจว่ามีใครถูกทอดทิ้งบ้าง คนแก่ คนพิการ ใคร  
ถูกทอดทิ้งจัดให้ อสม. ดูแลกองทุน สปสช. ยินดีจ่ายให้ ๔๐ บาท/  
ประชากร เราจะมียศกรเข้ามาช่วยหนุนชุมชนท้องถิ่น ได้แก่ สสส.  
สปสช. สข. เพราะนี่คือยุทธศาสตร์ชาติ

๒) **เศรษฐกิจพอเพียงทุกชุมชน** ถ้ายากจนสุขภาพก็ไม่ดี  
เศรษฐกิจไม่ดี หากทำสุขภาพให้ดี หนี้หลุด ต้นไม้ร่มรื่น ทุกอย่างดีไป  
หมด เศรษฐกิจพอเพียงดีในทุกชุมชนจึงเป็นเรื่องสำคัญ

๓) **การดูแลรักษาโรคที่พบบ่อย** เป็นหัวใจ เบ็บคอ ปวดหัว  
ปวดท้อง เรื่องนี้คนน้อยต้องจัดการดูแลตัวเองให้ได้ Self care การดูแล  
ตัวเอง Family Care การดูแลครอบครัว, Community care การดูแล  
ชุมชน ทั้งหมดเป็น Primary care ที่ต้องสามารถดูแลตัวเอง

๔) **การดูแลควบคุมเบาหวาน ความดันโลหิตสูง** ควบคุมให้  
ได้ เพราะโรคเหล่านี้ส่งภาระของโรคเข้ามาสู่ระบบสุขภาพเต็มไปหมด  
โรค ๑๐๘ สารพัดที่อาจไม่เชื่อว่าทำได้ คุณหมอนิทัศน์ ราชยาว กับ  
นวัตกรรมที่ดี ในการสร้างนักส่งเสริมสุขภาพครอบครัว แต่ละคนมี  
เครื่องมือ ๓ อย่าง มอเตอร์ไซค์ คอมพิวเตอร์ โน้ตบุ๊ก และ  
โทรศัพท์มือถือ สามารถทำงาน บันทึกรักษา ความสูง ความดัน  
เบาหวาน ตรวจเช็คได้ รูปแบบนี้เป็นนวัตกรรม ต้องทำให้หมด ทุกคน  
ทุกตำบลควรมี

๕) การดูแลผู้สูงอายุ ที่มีเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ มาโรงพยาบาล ตลอดเวลา คนแก่จะต้องได้รับการบริการที่บ้าน พยาบาลเยี่ยมบ้านดูแล อาสาสมัครดูแล ที่บ้าน นสค.ที่บ้าน ผู้บริบาล ต้องดูแลที่บ้านได้หมด เวลาคนแก่ไม่สบายต้องดูแลกันที่บ้าน ถ้าทำได้จะเรียกได้ว่าเป็นสวรรค์บนดิน

๖) การควบคุมโรคที่โรงพยาบาลทำไม่ได้ เช่น ไข้เลือดออก หัดนก ซาร์ โรคเหล่านี้ทำไม่ได้ในโรงพยาบาล อย่างศิริราช รามา จุฬา ฯ เพราะการดูแลคนไข้อย่างเดี๋ยวก็น่าจะไม่ไหว แต่ถ้าชุมชนเข้มแข็ง โรคเหล่านั้นก็จะไม่ระบาด

๗) การสร้างเสริมสุขภาพ อะไรดีสำหรับสุขภาพต้องช่วยกันทำ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของอาหาร การออกกำลังกายดี ยกตัวอย่าง เช่น การแพทย์ฉุกเฉิน มีการฝึกคนมากมาย รวมทั้ง อบต. มีการ Stand by รถฉุกเฉินตลอด ๒๔ ชม. แต่ถ้าแพทย์ฉุกเฉินไม่อยู่ หรือรถฉุกเฉินไม่อยู่แล้วจะทำกันอย่างไร

แนวคิดการพูดคุยกันทุกเดือน จากเวทีเรามีผู้ปฏิบัติจากสถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน มีผู้นำชุมชน ผู้นำท้องถิ่น มีสายวิชาการ สนับสนุน มีองค์กรที่จะสนับสนุน อย่างเช่น สสส. สปสช. สช. รวมทั้ง มหาวิทยาลัย เรามีพร้อมหมด เวลาพูดคุยแลกเปลี่ยน เมื่อองค์ประกอบครบจะเคลื่อนอะไรก็ได้ จากประสบการณ์การประชุม กลุ่มสามพราน เดือนละครั้งมากกว่า ๒๐ ปี ในการระดมความคิดเห็น รวมทั้งการปฏิรูปต่างๆ การพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ แล้วออกมาเป็นนโยบายสู่การปฏิบัติ จนออกมาเป็นงานวิจัย



การเริ่มต้นของมหาวิทยาลัยมหิดลให้เริ่มสนับสนุนทางวิชาการและกระตุ้นงานวิจัย ทดลองที่จังหวัดนครปฐมก่อน ประชุมเดือนละครั้ง เชิญผู้เชี่ยวชาญมาร่วมคิด ร่วมทำ มาพูดคุย แล้วก็จะขยับตัวต่อไปได้เรื่อยๆ

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล สามารถสนับสนุนความเข้มแข็งของโรงพยาบาลชุมชนทั้ง ๗-๘ แห่ง ให้เก่งทุกทาง ทั้งทางการบริการ การวิจัย การสอน ต่อไปโรงพยาบาลชุมชนจะเป็นสถานที่ฝึกอบรมคน ฝึกแพทย์ ฝึกพยาบาล อาจารย์อัครินทร์ นิมมานันต์, อาจารย์เชิดชัย นพณิจำรัสเลิศ ลองไปเยี่ยมโรงพยาบาลชุมชน ศิริราชสามารถทำอะไรได้ดีกว่าที่อื่นมาก

วันนี้มีรูปธรรม ตัวอย่างมาเสนอกับทุกท่าน ทั้งในเรื่องการทำงานของท้องถิ่นกับระบบสุขภาพชุมชน ในฐานะนักจัดการ โดยมีนายกปู (นายชนาวุฒิ ถาวรพราหมณ์) ซึ่งเป็นนักจัดการที่ดีที่ทำให้ท้องถิ่นเคลื่อนไหวงานสุขภาพชุมชนได้สำเร็จ ต่อจากนั้นเป็นบทบาทพยาบาลของชุมชนโดย ดร.ชนิษฐา นันทบุตร ที่มีลักษณะการทำงานแบบ ๓ ประสาน คือ อบต. โรงพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ หรือวิทยาลัยพยาบาล รูปแบบการประสาน อบต. เลือกคนส่งไปเรียนพยาบาลโดยออกค่าเล่าเรียน คณะพยาบาลศาสตร์ได้ค่าเล่าเรียนด้วย และโรงพยาบาลชุมชนเข้ามาร่วมด้วย โดยไม่ต้องของบประมาณเพิ่มเติม ใช้งบประมาณจากชุมชนเท่านั้น แต่ใช้การประสานเชื่อมโยงกัน และทุกวันนี้มีการผลิตพยาบาลออกไปแล้ว และพยาบาลที่จบไปทำงานกับชุมชน ใช้เงินเดือนจากท้องถิ่น อบต. และท่านนายแพทย์นิทัศน์ รายยวา จะเล่าของจริงในพื้นที่ที่ทำเรื่องนักสุขภาพครอบครัวที่จังหวัดอุดรธานีให้ฟังถึงความสุข ความสำเร็จในพื้นที่

การเริ่มต้นเดินไปข้างหน้า เรียนรู้จากประสบการณ์ ได้  
แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ได้เห็นสิ่งดีๆ ถ้าได้เริ่มทำจากการปฏิบัติ ก็  
สามารถเคลื่อนต่อไปได้



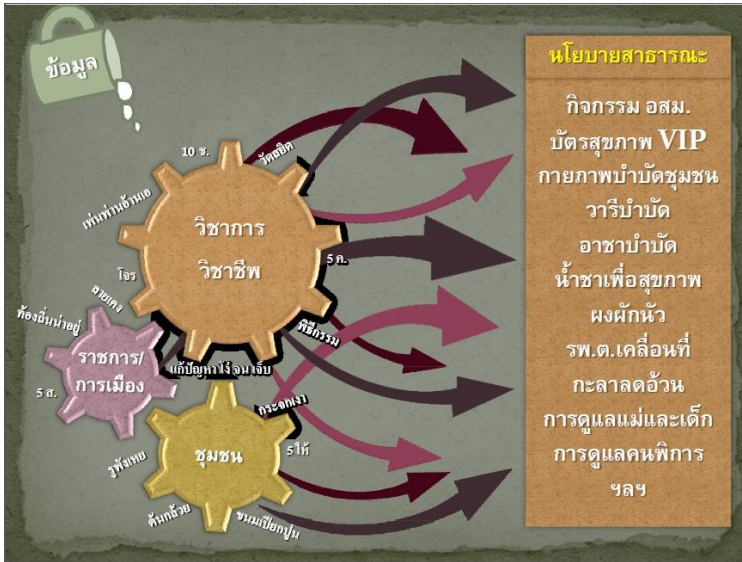
“ระบบสุขภาพไม่มีคำตอบที่สำเร็จรูป ไม่มีภาพที่ตายตัว ถ้าใช้ Imagine และ Integrate ก็จะทำให้เกิดนวัตกรรมทางด้านสุขภาพ แล้วนวัตกรรมเหล่านี้ก็จะเข้าไปอยู่ในวิถีชีวิต แต่ถ้าให้คนที่เข้าใจแต่สุขภาพอย่างเดียวเป็นผู้ออกแบบมันอยู่นอกเหนือวิถีชีวิตของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง กับระบบสุขภาพ การแสวงหาความหมาย โดยใช้คนในชุมชนท้องถิ่น เป็นเรื่องที่จะต้องทำ ต้องตระหนักมากกว่านี้”

## รูปธรรมการทำงานของท้องถิ่น : บทเรียนจากตำบลปากพูน



ธนาวุฒิ ถาวรพราหมณ์  
นายก อบต.ปากพูน จ.นครศรีธรรมราช

ในเรื่องของระบบสุขภาพของท้องถิ่น ที่มีทั้งองค์กร และ บุคลากรที่เป็นทุนทางสังคมที่มีอยู่แล้วในแต่ละองค์กร แต่ละชุมชนมี จิตความสามารถ มีสังคม มีสิ่งแวดล้อม มีปัจจัย ที่เอื้อต่อระบบสุขภาพ ที่ยังไม่มีใครนำทุนเหล่านี้มาบูรณาการ นำมาช่วยกันคิด ช่วยกันคุย ส่วนที่ ๒ คำว่าระบบสุขภาพไม่มีคำตอบที่สำเร็จรูป ไม่มีภาพที่ตายตัว ถ้าใช้ Imagine และ Integrate ก็จะทำให้เกิดนวัตกรรมทางด้านสุขภาพ แล้วนวัตกรรมเหล่านี้ก็จะเข้าไปอยู่ในวิถีชีวิต แต่ถ้าให้คนที่เข้าใจแค่ สุขภาพอย่างเดียวเป็นผู้ออกแบบมันอยู่นอกเหนือวิถีชีวิตของผู้มีส่วน เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ การแสวงหาความหมาย โดยใช้คนในชุมชน ท้องถิ่น เป็นเรื่องที่จะต้องทำต้องตระหนักมากกว่านี้ ส่วนที่ ๓ คือการ สร้างพลังในด้านการสื่อสาร เพราะสุขภาพนั้นเกี่ยวข้องกับคน ตั้งแต่ เกิดจนถึงตาย ที่จะต้องเรียนรู้แลกเปลี่ยน สร้างเครือข่ายจนในที่สุดจะ ทำให้เกิดพลัง



ภาพเครื่องจักรกล ๓ เฟืองเพื่อก่อเกิดนโยบายสาธารณะ

ภาพเครื่องจักรกลชนิดหนึ่งเครื่องนี้มี ๓ เฟืองใหญ่ๆ ด้วยกัน คือ เฟืองตัวแรก เรียกว่า **ปัญญานูภาพ** เป็นเรื่องของวิชาการ วิชาชีพ เฟืองตัวที่สอง เรียกว่า **รัฐานูภาพ** คือเรื่องของการเมืองและราชการ ส่วนเฟืองตัวที่สาม เรียกว่า **สังฆานูภาพ** เป็นเรื่องของคน ชุมชนและสังคม ซึ่งเป็นขุมกำลัง เครื่องจักรชิ้นใหญ่หลายแรงม้า เชื้อเพลิงที่ใช้ นั้นอยู่ในแก้ว ไม่ต้องตั้งเข้า มันคือข้อมูล ซึ่งเป็นเชื้อเพลิง ถ้านำข้อมูลของคนในชุมชนท้องถิ่นใส่เข้าไปในเครื่องยนต์ก็จะสร้างพลังงาน เกิดแรงเหวี่ยงสูงสุด ถึงขั้นนโยบายสาธารณะ สร้างพลังงานแบบนี้ทำให้เกิดนวัตกรรมด้วย เกิดกิจกรรมที่เป็นประโยชน์มากมาย เช่น กิจกรรม อสม. บัตรสุขภาพ VIP กายภาพบำบัดชุมชน วาริบำบัด อาชบำบัด

น้ำชาเพื่อสุขภาพ ผงผักนัวใช้แทนผงชูรส โรงพยาบาลตำบลเคลื่อนที่  
กกลาตอ้วน การดูแลแม่และเด็ก การดูแลคนพิการ ฯลฯ

ระบบฐานข้อมูลชุมชนเข้มแข็ง มีทั้งหมด ๑๐ ระบบด้วยกัน คือ

- ๑) ระบบชุมชนเข้มแข็ง
- ๒) พลังงานชุมชน
- ๓) สวัสดิการชุมชน
- ๔) ความปลอดภัยและสันติภาพ
- ๕) สุขภาพชุมชน
- ๖) การสื่อสารชุมชน
- ๗) การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมและทรัพยากรธรรมชาติ
- ๘) ระบบเศรษฐกิจเข้มแข็ง
- ๙) นโยบายการศึกษาชุมชน
- ๑๐) ระบบการวิจัยและเชื่อมโยงสู่นโยบาย

ข้อมูลที่ใช้ก็คือ **นวัตกรรม** ที่ได้ออกแบบเครื่องมือเรียกว่า **FAP** คือการนำ **Google Earth, GPS** และอื่นๆ แล้วนำมาคุยกันจะทำให้สามารถมองเห็นจุดของปัญหาทั้งหมดของพื้นที่ การรายงานก็จะเห็น ยกตัวอย่างเช่น การเกิดภาวะสุขภาพจิตและภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเกิดในเขตพื้นที่เศรษฐกิจทั้งนั้น ในการเก็บข้อมูลจะเก็บข้อมูลทั้งระดับบุคคล ระดับครอบครัว ระดับสังคม โปรแกรม FAP จะเขียนผังเครือข่ายให้เห็นที่ ตั้งแต่ก่อนเกิด จนกระทั่งแต่งงาน และมีบุตรหลาน นำข้อมูลมาปรึกษาหารือ ลำดับความสำคัญร่วมกันเพื่อให้เกิดกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อคนในชุมชนร่วมกัน

การพูดคุยปรึกษาหารือของคนในชุมชน การดูแลทางสังคม การเยี่ยมเยียนบ้าน จากคนที่ท้องถิ่นส่งไปเรียนแล้วกลับมาช่วยชุมชน การเยี่ยมบ้านผู้พิการหลังการสำรวจ เด็กและเยาวชนที่ได้รับ

การฝึกหัดซึ่งสามารถดูแลคนในครอบครัวได้ มีเครื่องมือที่ทันสมัย การทำวารีบำบัด เด็กอ้วน ผู้สูงอายุ อาชวบำบัด สำหรับเด็กออทิสติก ผู้ที่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง ใช้เวลา ๒-๓ เดือนก็ทำได้ **ชะลอลดความอ้วน** เป็นนวัตกรรมของชุมชนท้องถิ่น ที่สามารถช่วยลดความดันได้ นอกจากลดความอ้วนแล้ว การนำเอาโรคมมาเป็นพลังงาน เชื่อมโยงกับระบบเกษตร การทำน้ำสุขภาพ เช่น น้ำดื่มกับมะละกอดิบ สามารถช่วยล้างไขมันที่เคลือบผนังลำไส้ ผงนัว นับว่าเป็นนวัตกรรม โดยมีสถาบันทางการศึกษารับรองแล้วว่าสามารถช่วยป้องกันโรคได้ **ตัวชี้วัด** ที่กำหนดเองภายใต้เงื่อนไขความต้องการของคนในชุมชนท้องถิ่นเอง

สิ่งเหล่านี้เป็นนวัตกรรม เป็นชุมกำลังที่มีอยู่ในท้องถิ่น โดยอาศัยข้อมูลเป็นเชื้อเพลิง และสามารถสร้างพลังงานอันยิ่งใหญ่ที่สามารถนำมาใช้อย่างเป็นประโยชน์ต่อไป



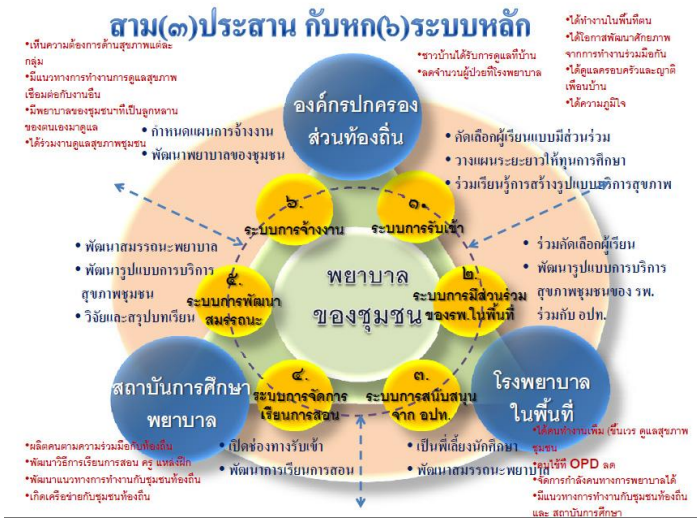
# บทบาท พยาบาลของชุมชน



**รองศาสตราจารย์ ดร.บนิษฐา นันทบุตร  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น**

ตลอด ๑๐ ปีของโครงการการพยาบาลของชุมชนที่เริ่มเป็น  
รูปธรรมของการจัดการหลักสูตรและรับผู้เรียนตั้งแต่ปี ๒๕๔๔ ผลิต  
พยาบาลไปแล้ว ๕ รุ่นทั้งหมด ๑๘๐ กว่าคน และในขณะนี้มีนักศึกษาที่  
เรียนอยู่ในโครงการพยาบาลของชุมชนทั้งหมด ๕๒๐ คน อยู่ใน ๒๘  
สถาบันการศึกษาทางการพยาบาลทั่วประเทศ ทั้งมหาวิทยาลัย วิทยาลัย  
พยาบาล และวิทยาลัยพยาบาลเอกชน ทำงานร่วมกับองค์กรปกครอง  
ท้องถิ่น ๔๒๘ แห่ง และการทำงานร่วมกันคือการมีข้อตกลงความ  
ร่วมมือกับการสร้างพยาบาลของชุมชน ร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน  
ทั่วประเทศ ๒๒๐ แห่ง



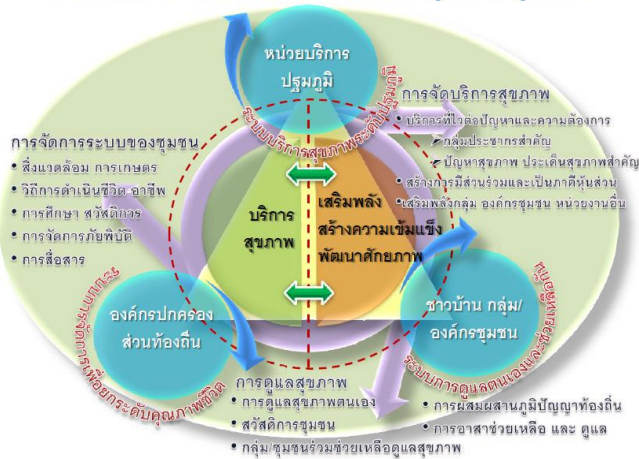


แนวคิดหลักของการทำงานเพื่อสร้างพยาบาลของชุมชนใช้หลักการ ๒ ส่วนคือ หลัก ๓ ประสานกับ ๖ ระบบหลัก ๓ ประสาน คือการทำงานเชื่อมเป็นเนื้อเดียวกันกับ ๓ องค์กรหลัก คือ องค์กรปกครองท้องถิ่น เป็นองค์กรหลัก โรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ และสถานับการศึกษาที่ทำงานร่วมกับโรงพยาบาลในชุมชนมาก่อน มีชุมชนท้องถิ่นเป็นพื้นที่เรียนรู้สำหรับนักศึกษา ทั้ง ๓ องค์กรทำงานต่อเชื่อมกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะเป็นผู้ออกแบบกระบวนการสร้างนักศึกษาที่อยู่ในพื้นที่ให้มีคุณสมบัติที่ชุมชนยอมรับได้ เช่น เป็นคนรักถิ่น มีจิตใจโอบอ้อมอารีย์ มีครอบครัวที่ชอบช่วยเหลือเกื้อกูลผู้อื่น เป็นครอบครัวที่มีส่วนช่วยพัฒนาและเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนท้องถิ่น ทางองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนอกจากให้ทุนการศึกษา จะต้องเข้าร่วมการพัฒนาการเรียนรู้นตนเองกับสถานับการศึกษา และ โรงพยาบาลชุมชนตลอด ๔ ปีตั้งแต่ต้นจนนักศึกษาจบ ท้องถิ่นเป็นพื้นที่เรียนรู้ของ

นักศึกษาทั้งในและนอกหลักสูตร นักศึกษาจะได้แง่คิดในการทำงาน ท้องถิ่นติดตัวไปด้วย โรงพยาบาลชุมชนรับผิดชอบในการเป็นที่เลี้ยง ฝึกในการทำงานกับชุมชน เน้นการสร้างสำนึกความเป็นเจ้าของพื้นที่ ให้กับนักศึกษา ทำงานควบคู่ไปกับสถาบันการศึกษาที่เปิดช่องทางให้ เกิดหลักสูตร และพัฒนานักศึกษาในการเสริมสมรรถนะและสามารถ ทำงานในระบบสุขภาพชุมชนได้ดียิ่งขึ้น

การติดตามประเมินผลการสร้างพยาบาลของชุมชนนั้นเป็นที่ พยายามจากผู้ที่เกี่ยวข้อง ใครงการของทุกฝ่ายไม่ว่า ชุมชนท้องถิ่น โรงพยาบาลในพื้นที่ สถาบันการศึกษา ภาพที่เกิดคือความลงตัวของ การทำงานร่วมกัน ผู้ที่สำเร็จการศึกษาก็ได้อยู่ในระบบของการดูแล สุขภาพชุมชนในประเทศไทยด้วย

### งานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน



งานที่เกี่ยวข้องกับบทบาทพยาบาลของชุมชนมี ๒ ส่วนด้วยกัน คือเป็นส่วนที่อยู่ในโครงสร้างของระบบสุขภาพชุมชนที่การเกาะเกี่ยวกัน ๓ องค์ประกอบคือ ๑) งานบริการสุขภาพปฐมภูมิที่จัด

โดยหน่วยงานสุขภาพปฐมภูมิ ๒) การจัดการสิ่งแวดล้อมที่กระทบกับการดำเนินชีวิตของคนในชุมชน ซึ่งเป็นเรื่องการจัดการขององค์กรปกครองท้องถิ่นที่ผลักดันให้เกิดระบบสุขภาพ และ ๓) กลุ่มของชาวบ้าน กลุ่มองค์กรชุมชนที่เป็นระบบการดูแลตนเองและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ในทุกระดับ ทั้ง ๓ ส่วนนี้พยาบาลของชุมชนไปมีส่วนทำงานด้วย ๒ แบบคือ ส่วนที่หนึ่งไปมีส่วนร่วมแบบการพัฒนา และการจัดบริการสุขภาพโดยตรง ไปดูแลกลุ่มอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลในชุมชน ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยทางจิต เพิ่มบริการที่ครอบคลุมประชาชนในพื้นที่ งานส่วนที่สองที่สำคัญไม่แพ้กันคือ การเข้าไปร่วมงานเสริม ผลักดันให้งานขององค์กรอื่นได้ดำเนินงานและประสบความสำเร็จ ซึ่งการทำงานทั้งในระดับอำเภอและตำบลมีการเชื่อมโยงจากระดับตำบลสู่ระดับอำเภอ คือภาคประชาชน หน้าที่คือหาข้อมูล และ อปท. รพ.สต. ออกแบบการดูแลสุขภาพประชากรกลุ่มสำคัญ ในขณะเดียวกัน ประเด็นที่จะเอื้อคือการมีข้อตกลงในการร่วมมือให้เกิดงานคือเรื่องของข้อมูลและข้อตกลงในความร่วมมือกับกลุ่มต่างๆ ในพื้นที่ มีส่วนช่วยในการขับเคลื่อนเครือข่ายต่างๆ ในการดูแลสุขภาพของประชาชนให้เกิดขึ้น





## การจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุข เพื่อเสริมความเข้มแข็งระบบบริการปฐมภูมิ กับ นักสุขภาพครอบครัว (นสค.)

**นายแพทย์นิทัศน์ รายนวา**  
**ผู้ตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข**

### **ชุมชนสุขภาพ**

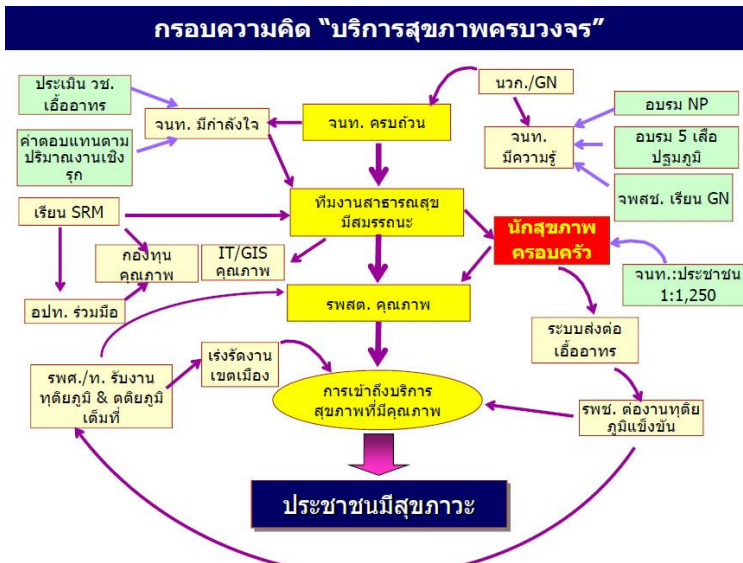
ปฐมภูมิถูกละเลย คือมูลเหตุของปัญหา จากปัญหาที่ซ้ำซากที่เป็นรูปธรรม การเข้าถึงบริการที่ไม่เต็มร้อย ระบบส่งต่อที่ไม่เอื้ออำนวย โรงพยาบาลใหญ่แออัด ประชาชนไม่พึงตนเอง เพราะปฐมภูมิถูกละเลย แต่เมื่อวิเคราะห์ปัญหาแล้ว ปฐมภูมิกลับกลายเป็นสิ่งสุดท้ายที่จะได้รับการดูแล ทั้งที่ขาดทั้งกำลังคน ขาดอิสระในการบริหารจัดการคน และงบประมาณ

ภายใต้แนวคิดการมองว่าอยากให้ประชาชนทุกคนมีญาติเป็นหมอ นักสุขภาพครอบครัว (Family Health Host) นสค. จึงเป็นตัวเล่นใหม่ นักสุขภาพครอบครัวไม่ใช่สิ่งใหม่สำหรับปฐมภูมิ นักสุขภาพครอบครัว คือบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่เป็นจุดเคลื่อน และเป็นตัวเชื่อมให้เกิดระบบสุขภาพ ที่จะไปดูแลประชากร ๑,๒๕๐ คน โดยประมาณ ซึ่งจากระบบนี้ นสค.สามารถทำให้ประชาชนมีความสุขที่ดี คือช่วยดูแลระบบส่งต่อ สามารถทำให้ประชาชนดูแลตนเองได้

ป่วยไข้เล็กน้อยก็สามารถดูแลที่บ้านได้ ช่วงส่งต่อก็จะมึนกับสุขภาพ  
ครอบครัวไปช่วยดูแล เหมือนมีญาติเป็นหมอ

ความสำเร็จทุกวันนี้ ได้ชูธงมาตั้งแต่ต้นว่า พลัง อสม. ในพื้นที่  
ที่เราจัดให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่าง ประชาชน ๕๐ คน กับ อสม.  
๑ คน และประชาชน ๑,๒๕๐ คนเป็นพันธมิตรกับนักสุขภาพ  
ครอบครัว ๑ คนและบทบาทนักสุขภาพครอบครัวต้องดูแลแบบญาติ  
มิตร และแบบองค์กรร่วมให้ได้ทั้งหมด

นักสุขภาพครอบครัวคือ แบทเตอร์อันแรกที่ทำให้เกิดการขยับ  
ลำดับต่อไปคือ หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดจะมาช่วยกันดูแล และ  
โรงพยาบาลชุมชนเป็นที่พึ่งก่อนสุดท้ายที่จะไป โรงพยาบาลศูนย์  
โรงพยาบาลทั่วไปต่อไป



ทุกวันนี้มีนักสุขภาพครอบครัวในพื้นที่อยู่ประมาณ ๓,๐๐๐ คน จะประกอบด้วย ๒-๓ ส่วนคือ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข ส่วนทันตภิบาลยังเป็นคำถามอยู่เพราะการผลิตในทุกวันนี้จำนวนน้อยมาก ดังนั้นในตอนนี้เป็นพื้นที่ผมมี พยาบาลเวชปฏิบัติ ๑,๒๐๐ คน และมีนักวิชาการสาธารณสุข และอื่นๆประมาณ ๑,๘๐๐ คน

**บทบาทนักสุขภาพครอบครัว คือ ๑)** ต้องนับญาติกับประชาชน ได้ **๒)** ต้องกล้าอดทนประสานงาน **๓)** ต้องหาญกล้าเป็นเจ้าของภาพในการทำงานกับชุมชน **๔)** กำลบลบภัยอุปสรรคที่อาจเกิดจากความขัดแย้งทางด้านพฤติกรรม และ **๕)** พัทธ์ชัยชุมชนเข้มแข็ง ซึ่งการทำงานของนักสุขภาพครอบครัวคนเดียวคงไม่สามารถเดินไปได้ ต้องมีที่ปรึกษาให้กับนักสุขภาพครอบครัวในพื้นที่ อย่างเช่นหมอ Family medicine ที่อาจมีได้อบรมแบบเต็มรูปเป็นวุฒิบัตร แต่เป็นหมอทั่วไปที่เป็นที่ปรึกษาให้กับนักสุขภาพครอบครัว แต่ละเดือนลงพื้นที่เยี่ยมเยียนเดือนละ ๒ ครั้ง มีระบบ IT เพื่อเสริมศักยภาพนักสุขภาพครอบครัวในการพัฒนาบริการสุขภาพ ซึ่งภาพของการเปลี่ยนแปลงในเรื่อง นสค. อาจขอเวลาอีก ๑-๒ ปี เพื่อที่จะตอบได้ว่าทิศทางจะเป็นอย่างไร ตอนนี้ยังเป็นการทดลอง ลองผิด ลองถูกเพื่อหาความลงตัวให้ได้ ในเบื้องต้นผู้บริหารต้องสนับสนุนก่อนหากผู้บริหารสนับสนุนแล้วทีมงานก็สามารถที่จะเดินกันไปได้เอง



เสียง  
สะท้อน  
จาก  
เวที

“บริบทนครปฐมเป็นบริบทกึ่งเมือง ดังนั้นการดำเนินในเรื่องต่างๆ จะต่างจากพื้นที่ชนบท หรือพื้นที่ทางอีสาน ซึ่งมันเป็นความแตกต่างทางสังคมและวัฒนธรรม”

## ดร.นพ.ถวัลย์ พบลาภ

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

การพัฒนาเรื่องปฐมภูมิในพื้นที่ เป็นคำตอบที่ดีของจังหวัด แต่การที่จะเคลื่อนให้เกิดผล จากเสียงสะท้อนของทีมาจารย์ นักวิจัยของมหาวิทยาลัยมหิดลจะบอกว่ากลัวพื้นที่นครปฐม จึงไปเลือกพื้นที่อื่นดำเนินการแทน ทั้งนี้ทั้งนั้นจะเรียนว่าบริบทนครปฐมเป็นบริบทกึ่งเมือง ดังนั้นการดำเนินในเรื่องต่างๆ จะต่างจากพื้นที่ชนบท หรือพื้นที่ทางอีสาน ซึ่งมันเป็นความแตกต่างทางสังคม และวัฒนธรรม

ทางจังหวัดนครปฐมมีแผนที่จะปรับยุทธศาสตร์ โดยยินดีที่จะร่วมมือกับสถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียนไปร่วมประเมินเพื่อปรับยุทธศาสตร์ แนวคิดการทำงานปฐมภูมิ และเราเชื่อว่าปฐมภูมิเป็นแนวทางหนึ่งที่จะเป็นคำตอบที่ดี แต่อาจจะไม่ใช่ในระยะสั้นๆ แต่ต้องใช้เวลาในการเกิดผล ขณะนี้จังหวัดนครปฐมมีแผนยุทธศาสตร์ในการพัฒนา ซึ่งได้พื้นที่อำเภอดอนตูม เป็นพื้นที่ที่จะพัฒนาก่อน โดยมีโจทย์ตามที่บอกไปว่า ประชาชนอำเภอดอนตูมมีสุขภาพดีอย่างไร และเห็นอย่างไรถึงจะเรียกว่ามีสุขภาพดี หรือสุขภาพอย่างไรถึงจะเรียกว่าเหมาะสม



ในฐานะของประธานชมรมสาธารณสุขจังหวัด ในวันที่ ๑๐ สิงหาคมนี้เราจะประกาศยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบ และรูปการบริการที่เหมาะสม ๗ ประการให้เหมาะสมไปตามพื้นที่ คือ

๑. ระบบบริการ
๒. ภัยพิบัติต่างๆ
๓. การมีส่วนร่วม
๔. การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ที่มีประสิทธิภาพ
๕. การเงินการคลัง งบประมาณ กองทุนต่างๆ
๖. การพัฒนาบุคลากร เช่น พยาบาล
๗. ระบบ IT ที่กำลังรวบรวม Best Practice เป็นตัวอย่างเพื่อนำเสนอต่อไป

กรอบยุทธศาสตร์เพื่อให้ทั่วประเทศได้วางกรอบของแต่ละจังหวัดซึ่งกรอบทั้ง ๗ ประการนี้ก็จะกลายเป็นภาพรวมของประเทศ การออกแบบระบบบริการก็จะสามารถบริหารจัดการได้ต่อไป

## ศาสตราจารย์ ดร.รุจา ภูไพบูลย์

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ส่วนใหญ่เป็นพยาบาล การทำงานก็ใกล้เคียงกับระบบบริการที่เรียกว่า **ใกล้บ้านใกล้ใจ** ระบบที่เอื้อให้ทำงานคือระบบพี่เลี้ยงมีแล้วแต่ยังไม่เข้มแข็ง ถ้าจะพัฒนาให้เข้มแข็งและสร้างความมั่นใจให้กับเจ้าหน้าที่จะทำให้ทำงานได้อย่างเต็มที่ **คำถาม** ใช้ตัวชี้วัดอะไรสำหรับ **สมรรถนะพื้นฐาน** ในการทำงานของนักสุขภาพครอบครัวที่มีความสามารถเพียงพอที่จะต้องวินิจฉัยและส่งต่อให้ **Family doctor** ซึ่งระบบการทำงานยังมองไม่ชัด น่าจะมีหน้าที่

บทบาทที่มากกว่าแค่การให้คำปรึกษา ที่ต้องทำระบบการทำงานให้  
บูรณาการร่วมกัน

“อยากฝากให้เกิดการช่วยกันพัฒนาให้เติบโตในทางความคิด ปรับความคิด  
ทุกส่วนให้เชื่อมโยงกัน ซึ่งส่วนตัวเชื่อว่าพื้นที่นครปฐม จิตสาธารณะ  
จิตสำนึกเรามี เราทำได้ เพียงแต่เราต้องกลับมามองและมีการปรับ  
ความคิดให้เชื่อมโยงกัน”

## อาจารย์สมชาย รัตนอารี

ผู้อำนวยการ โรงเรียนวัดประชานาถ อำเภอนครชัยศรี

จังหวัดนครปฐมขาดงานเชิงความคิด ขาดการพัฒนางานใน  
เชิงการวางแผน และการเชื่อมกับส่วนต่างๆ อดต. ท้องถิ่นที่จะทำอย่าง  
ท่านนายกปากพูน ยังหาไม่ได้ในพื้นที่นครปฐม ความหวังริบหรี่ เพราะ  
การเมืองท้องถิ่นยังอยู่ในวังวนอำนาจ เป็นสังคมเมืองในภาวะป่วยไข้  
ไม่มีใครดำเนินการให้จริงจัง ส่วนหนึ่งมันเป็นความอับจนทาง  
ปัญญาของพื้นที่จังหวัดนครปฐม จนเกิดความแตกแยกทั้งในระดับ  
ปัญญา และระดับรากหญ้า ซึ่งอยากฝากให้เกิดการช่วยกันพัฒนาให้  
เติบโตในทางความคิด ปรับความคิดทุกส่วนให้เชื่อมโยงกัน ซึ่งส่วนตัว  
เชื่อว่าพื้นที่นครปฐม จิตสาธารณะ จิตสำนึกเรามี เราทำได้ เพียงแต่  
เราต้องกลับมามองและมีการปรับความคิดให้เชื่อมโยงกัน

# นายขวัญเมือง พลอยศรีธรรมชาติ

ประธาน อสม. อำเภอคอนตูม, ประธานสภาตำบลสามง่าม

พยายามทำให้ อสม. เป็นแบบอย่างที่ดี ดูแลตัวเองได้ดี ทำบทบาท อสม. เสริมในการทำงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งจะสามารถให้คำแนะนำชาวบ้านได้ ชาวบ้านจะเชื่อถือ หลายหน่วยงานมาใช้บริการ อสม. เยอะมากอยู่แล้ว ตามบริบทของท้องถิ่น ทางอำเภอ คอนตูมไม่มีความขัดแย้งทางการเมือง ซึ่งนับว่าเป็นเสน่ห์ของพื้นที่ ขอให้การทำงานต้องบูรณาการเพื่อทำให้บรรลุวัตถุประสงค์จริงๆ คงต้องหาเจ้าภาพเพื่อช่วยกันทำงานให้ได้

“การเป็นนักสุขภาพครอบครัวไม่ใช่แค่พื้นฐานจากการพยาบาล ไม่ใช่แค่เน้นส่งเสริมสุขภาพ แต่นักสังคมศาสตร์ หรืออื่นๆ ก็สามารถที่จะช่วยในการดูแลสุขภาพที่กว้างขวางและมีมิติที่ลึกซึ้งขึ้น”

## ศาสตราจารย์ ดร. วีระพงษ์ ปรัชญาสิทธิกุล

คณบดี คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล

โมเดลของนักสุขภาพครอบครัวที่ดีตรงที่ใช้จุดเล็กๆ มาเชื่อมต่อระบบทั้งหมดของสุขภาพ มองว่าเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมีหลายมิติ เช่น เทคโนโลยี สิ่งแวดล้อม และอื่นๆ หากสามารถขยายผลนักสุขภาพครอบครัวให้อยู่ในที่ที่สามารถมองเห็นได้ครบทุกมิติ กระบวนการของการสร้างนักสุขภาพครอบครัวที่จะลึกถึงกับอะไรก็ได้ สามารถทำให้ทุกครอบครัว ทุกชุมชน มีสุขภาพที่แข็งแรง และสามารถบูรณาการได้ครอบคลุม การเป็นนักสุขภาพครอบครัวที่ไม่ใช่แค่พื้นฐานจากการ

พยาบาล ไม่ใช่แค่คนส่งเสริมสุขภาพ แต่นักสังคมศาสตร์ หรืออื่นๆ ก็  
สามารถที่จะช่วยในการดูแลสุขภาพที่กว้างขวางและมีมิติที่ดีขึ้น

## รองศาสตราจารย์ดวงพร คำคุณวัฒน์

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเอเชีย/ประธานกลุ่ม  
ภารกิจวิจัยชุมชน มหาวิทยาลัยมหิดล

งานวิจัยทางด้านสุขภาพมีหลายมิติ เราทำงานวิจัยที่ใช้ชื่อว่า  
นสส. นักสื่อสารสุขภาพ มีหลายเรื่องเข้ามา ให้ชุมชนสื่อสารสุขภาพ  
ด้วยตนเอง โดยใช้ภาษาและวัฒนธรรม ใช้บริบทของพื้นที่ที่เป็น  
เครื่องมือในการสื่อสาร ทำให้คนในชุมชนพูดคุยสุขภาพอย่างเข้าใจ  
และสามารถดูแลรักษาตัวเองได้ดียิ่งขึ้น

เสริมอาจารย์สมชาย รัตนอารี ว่าทางมหาวิทยาลัยมหิดลกำลัง  
ทำงานกันอย่างเต็มที่ กับอำเภอพุทธมณฑล เป็นพื้นที่ที่เรากำลังทำงาน  
กับผู้นำชุมชน บนฐานข้อมูลที่กำลังเก็บข้อมูลทั้งภายในมหิดลและใน  
ชุมชน เราทำงานร่วมกัน ซึ่งกำลังจัดงานร่วมกับชุมชน หาโจทย์  
ร่วมกัน เรียนรู้ซึ่งกันและกัน ชุมชนก็เรียนรู้ มหาวิทยาลัยมหิดล  
นักวิชาการ และคนอื่นๆ ก็เรียนรู้และขับเคลื่อนไปด้วยกัน อย่าเพิ่งหมด  
หวังเพราะพวกเรากำลังช่วยกันขับเคลื่อนกันเต็มที่

## นายแพทย์เชิดชัย นพมณีจรัสเลิศ

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ความสวยงามจากการบูรณาการจาก ๓ ส่วนที่เกี่ยวข้อง  
ท้ายสุดบทเรียนที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดการเรียนรู้ เกิดนวัตกรรม เกิดการ  
แลกเปลี่ยน เกิดโอกาส เห็นถึงข้อมูลที่มีอยู่ในชุมชน ที่มหาวิทยาลัย  
และ โรงเรียนแพทย์ สามารถเชื่อมโยงและนำมาใช้เป็นต้นทุนในการ  
วิเคราะห์ข้อมูลชุมชนอย่างเป็นระบบ โอกาสในการเรียนการสอน ที่จะ  
เข้าสู่ชุมชนอย่างแท้จริง นักวิชาการสามารถนำไปปฏิบัติ และใช้อย่าง  
แท้จริง ปัญหา คือ ประชาชนเข้าถึงวิชาการไม่ได้ นักวิชาการนำไป  
ปฏิบัติไม่ได้ อย่างเชื่อมต่อกันอย่างบูรณาการ คำถาม คือ จะทำให้เกิด  
การเปลี่ยนแปลง และนำไปใช้ที่อื่นได้อย่างไร กำลังพยายามขับเคลื่อน  
R2R ทั่วประเทศ ต้นทุนที่แตกต่าง จึงเกิดความแตกต่างทางบริบท  
ถ้าวิเคราะห์แต่ละพื้นที่ จะมีแก่นที่แต่ละพื้นที่ต้องนำไปศึกษา ควรเริ่ม  
จากคนที่คิดว่าเริ่มได้ ทีมที่พร้อม เรียนรู้ร่วมกัน เรียนรู้จากคนอื่น  
เริ่มต้นจากสิ่งที่มี ถ้าทำได้สำเร็จสังคมก็จะเกิดตัวอย่าง สังคมไทย  
ต้องการตัวอย่าง

## พล.ร.ต.สัมพันธ์ ภูไพบูลย์

ประธาน ชมรมผู้สูงอายุ รพ.ศต.บ้านศาลวัน อ.พุทธรักษา จ.นครปฐม

ผู้สูงอายุเป็นห่วงผู้ไม่สูงอายุ ผู้สูงอายุยังสามารถไปดูแล ไป  
ช่วยเหลือ อสม. ในการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการในพื้นที่ได้ เราทำงาน  
ช่วยเหลือซึ่งกันและกันเสมอ เห็นด้วยกันนักสุขภาพครอบครัว เพราะ  
เราช่วยเหลือผู้อื่นแต่เราไม่เคยเรียนรู้ทางด้านจิตวิทยา นักสุขภาพ  
ครอบครัวอาจจะมาช่วยเสริมตรงส่วนนี้ให้พวกเราได้

## นายสมพร ใ้บบางยาง

อดีตรองปลัดกระทรวงมหาดไทย

คณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

ตั้งแต่วันนี้ต้องเปลี่ยนวิธีคิดของคน เพราะเรายังทำงานและมีวิธีคิดแบบเดิมๆ ที่ไม่สามารถช่วยแก้ไขปัญหา ไม่สามารถช่วยเหลือประชาชนได้ ถ้าการปกครองบ้านเมืองยังรวมอยู่ที่ศูนย์ ต้องช่วยกันคิดและเคลื่อนไปทั้งระบบ ถ้าจะทำงานให้ประสบความสำเร็จต้องเปลี่ยนวิธีคิดให้ได้ ชุมชนก็คือประชาชน ประชาชนต้องเข้มแข็ง และคำนึงถึงความเป็นพลเมือง ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ความเป็นเจ้าของ ชาวบ้านจะมีความหมายมากที่สุด เมื่อประชาชนเข้มแข็ง ระบบสุขภาพก็จะเอื้อต่อกัน

## นายแพทย์อักรินทร์ นิมมานนิตย์

คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

การเปลี่ยนวิธีคิดต้องอาศัยความพร้อมหลายๆ อย่าง ด้านทุนในพื้นที่ การสร้างวัฒนธรรมในการใช้ข้อมูลในพื้นที่ จากตัวอย่างของท่านนายกปากพูน ข้อมูลคืออำนาจ มีพลังมหาศาล ที่สำคัญกว่านั้น การมีความพร้อมอย่างเดียวไม่พอ ต้องมีคนที่เป็น Change agent และ tricker point และเป็นผู้นำที่ไม่ติดในอำนาจ ซึ่งเป็น key of success ความเป็นผู้นำในระดับท้องถิ่นต้องเชื่อมโยงกับอำนาจรัฐส่วนหนึ่ง สำคัญยิ่งถ้ามี นสค. หรือ นสส. เข้าไปช่วย แต่มองว่ายังมี Missing Link ระหว่าง อสม. กับโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งคงต้องคุยกันต่อไปในอนาคต

“ปัญหาคือว่าเราไม่รอที่จะใช้กระบวนการพูดคุยอย่างต่อเนื่องยาวนานได้มากพอ ชอบกระโดดไปหาข้อสรุป ไม่ยอมลงทุนในการพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ไม่ยอมเสียเวลาเพราะคิดว่าไม่สำคัญ”

## อาจารย์ ดร.โสพล ศิริไสย์

สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเอเชีย มหาวิทยาลัยมหิดล

การทำงานกับชุมชนนั้น ใช้วิธีหาคนทำงานเริ่มจากวิธีพูดคุย การหาผีเสื้อตัวเล็กๆ ที่กระพือปีกไม่หยุดนั่นคือคนที่เป็นตัวจริง เสียใจจริง ซึ่งถ้าเจอตัวจริงแล้วกระบวนการจะเคลื่อนไปได้ง่าย ปัญหาคือว่าเราไม่รอที่จะใช้กระบวนการพูดคุยอย่างต่อเนื่องยาวนานได้มากพอ ชอบกระโดดไปหาข้อสรุป ไม่ยอมลงทุนในการพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ไม่ยอมเสียเวลาเพราะคิดว่าไม่สำคัญ กระบวนการพูดคุยเล็กๆ นี้จะทำให้เราเจอคนจริงเสียจริง ควรพยายามพัฒนากระบวนการที่จะค้นหา และสร้างผู้นำการเปลี่ยนแปลง ควรลงทุนกับการแลกเปลี่ยนรู้กับกระบวนการเล็กๆ จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบางอย่างได้ แต่ปัญหาคือเราไม่ใช้ความรู้จากการฟัง ไม่ให้ความสำคัญ ใช้สมองซีกซ้ายมากเกินไป ในที่สุดก็จะเจอทางตัน ลองเสียเวลากับกระบวนการความเป็นมิตรให้คนเกิดการพูดคุย ทำให้ความเข้าใจเห็นใจในมนุษย์ทำให้เกิดความเคารพไว้วางใจซึ่งกันและกัน ให้เทคนิควิธีทั้งหลายมาทีหลัง การทำงานจะง่ายและประสบความสำเร็จ

## ดวงพร เสงบุญพันธ์

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

การทำงานของทั้ง ๓ ท่านเกิดขึ้นจริงในพื้นที่ อย่างเช่น

๑) ศูนย์เรียนรู้ จากพื้นที่ ๓๐ แห่งใน ๘๐๐ ตำบล นายกฤษ (นายธนาวุฒิ ถาวรพราหมณ์) มีองค์กรปกครองท้องถิ่นเป็นเจ้าภาพหลักในการบริหารจัดการเครือข่าย และเรื่องการส่งบุคลากรสุขภาพจากท้องถิ่นไปเรียน

๒) ระบบข้อมูล Family Assistent Program (FAP) มีเครือข่ายระดับตำบลจำนวนหนึ่ง และสสส.ทำคู่ขนานกันไป มีศูนย์ระบบข้อมูลชุมชนในระดับตำบล ๓๐ ศูนย์ ในอนาคตจะแจกอีก ๘๐๐ ศูนย์ มีพื้นที่ทำและใช้ข้อมูลได้อย่างระมัดระวังและเข้าใจ เกิดขึ้นแล้วที่ภาคอีสาน และภาคอื่นกำลังอยู่ในช่วงพัฒนาภายใน ๒ ปี training center ในระบบข้อมูล โปรแกรม TCNAP ระบบนี้สามารถสร้าง Report ได้ เป็นโปรแกรมที่มีส่วนช่วยในการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน

๓) เครือข่ายท้องถิ่น ได้ทำงานกับมหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม มีการปรับระบบบริหารจัดการให้สามารถไปหนุนชุมชนทั้ง ๕๐ ตำบลภายในระยะเวลา ๓ ปี

การทำงานกับชาวบ้านต้องใช้เวลาอย่าเพิ่งหมดกำลังใจ สสส. ในฐานะฝ่ายหนุนเสริม อยากเห็นมหิตลเป็นกำลังหลักให้กับพื้นที่รอบๆ มหิตล และถ้าต้องการดูงานที่ปากปูนจะจัด Agenda ให้เป็นเวลา ๒ ถึง ๓ วัน



# ฝากไว้ เพื่อกำไ้ระบบเคลื่อนตัว ไปข้างหน้า

ศาสตราจารย์ นพ.ประเวศ วะสี

๑) สนับสนุนคุณหมอนิทรรศน์ รายขวา ทำระบบสุขภาพ  
ครบคร้วให้เต็มที ทั้ง ๕ จังหวัด และให้ สปสช.สนับสนุน

๒) สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเอเชีย อาจารย์ดวงพร  
กำนูนวัฒน์ อาจารย์โสพล สิริไสย์ รวมตัวทำเรื่องชุมชน เลือก ๑ ตำบล  
ดูอย่างละเอียด แล้วค่อยเพิ่มไป ๒ ตำบล ๓ ตำบล

๓) ฝากคุณหมออัครินทร์ นิมมานนิตย์ คุณหมอเชิดชัย นพมณี  
จำรัสเลิศ **Review** ของ **Julio Frenk** และอาจารย์จากคณะสาธารณสุข  
ลองคิดว่าถ้ามหาวิทยาลัยมหิดลจะปฏิรูปการผลิตบุคลากรทาง  
สาธารณสุข ถ้าจะปฏิรูปเป็น System Oriented Education จะมีวิธีการ  
อย่างไรและใช้เวลาเท่าไร

๔) ท่านอื่นจะรวมตัวกันทำอะไร แล้วปรึกษากันดูว่าหลังจาก  
ทดลองทำเราจะต่อไปอย่างไรที่จะมีพลัง

# เอกสาร จากเวที

- ๑) รูปธรรมการทำงานของท้องถิ่น : บทเรียนจากตำบลปากพูน  
ชนาวุฒิ ถาวรพราหมณ์ นายก อบต.ปากพูน จ.นครศรีธรรมราช
- ๒) บทบาทพยาบาลของชุมชน รศ.ดร.ขนิษฐา นันทบุตร
- ๓) การจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อเสริมความเข้มแข็งระบบ  
บริการปฐมภูมิ กับ นักสุขภาพครอบครัว (นสค.)  
นายแพทย์นิทัศน์ รวยยาว

## เวที "ร่วมพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน"

วันอังคาร ที่ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๕๕ เวลา ๑๓.๐๐ – ๑๖.๓๐ น.

ณ ห้องประชุมบุญศิริ สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

ที่	ชื่อ-นามสกุล	หน่วยงาน
๑	ศ.นพ.ประเวศ วะสี	มหาวิทยาลัยมหิดล
๒	ศ.คลินิก นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร	มหาวิทยาลัยมหิดล
๓	รศ.นพ.สรนิต ศิลธรรม	รองอธิการบดีศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก.ผอ./
๔	รศ.อนุชาติ พวงสำลี	รองอธิการบดีฝ่ายระบบกายภาพและสิ่งแวดล้อม
๕	นายธนาวุฒิ ถาวรพราหมณ์	นายก อบต.ปากพูน จ.นครศรีธรรมราช
๖	รศ.ดร.ขนิษฐา นันทบุตร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
๗	นพ.นิทัศน์ รายนว	ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
๘	นพ.อักรินทร์ นิมมานนิตย์	คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
๙	นพ.เชิดชัย นพณิจำรัสเลิศ	คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
๑๐	คุณปริญญาระลึก	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๑๑	นางสาวจิราภรณ์ หลาบคำ	สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ
๑๒	นางสาวรวงกนา วรรณราช	สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

### ภาควิชาการ มหาวิทยาลัยมหิดล

ที่	ชื่อ-นามสกุล	หน่วยงาน
๑	ศ.ดร.วีระพงษ์ ปรัชญานาสีทริกุล	คณบดี คณะเทคนิคการแพทย์
๒	ศ.ดร.รุจา ภูไพบูลย์	คณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี
๓	รศ.ดวงพรคำนูนวัฒน์	ผอ.สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเอเชีย
๔	พญ.สุพัทธา ศรีวิเศษชากร	ผอ.สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน.
๕	รศ.ดร.ฉัตรเฉลิม อิศรางกูร ณ อยุธยา	คณะเทคนิคการแพทย์
๖	ผศ.พญ.วิไลรัตน์ นุชประมุข	คณะเทคนิคการแพทย์
๗	นายชาติรี ลุนคำ	คณะเทคนิคการแพทย์
๘	ผศ.ดร.ชชนวนทอง ธนสุกาญจน์	บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

๘	อ.ดร.ศุภลักษณ์ เข็มทอง	คณะกายภาพบำบัด
๑๐	อ.ดร.โสฬส ศิริไสย	สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเอเชีย
๑๑	ผศ.เอี่ยม ทองดี	สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเอเชีย
๑๒	นางประภา คงปัญญา	สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล
๑๓	นางพัศมัย เอกก้านตรง	สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล
๑๔	นางสาวสินี โชติบริบูรณ์	สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล
๑๕	อ.ดร.อริวัฒน์ เจียวิวรรธน์กุล	สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว
๑๖	คุณวิลาวัลย์ จูทรานนท์	ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก
๑๗	คุณจกัญพันธ์ ผ่อล้วน	ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก

#### เครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพ (นครปฐม.สสจ)

ที่	ชื่อ-นามสกุล	หน่วยงาน
๑	ดร.นพ.ถวัลย์ พบลาภ	สาธารณสุขจังหวัดนครปฐม(นายแพทย์)
๒	ทพ.พิศักดิ์ องค์กริมงคล	สาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ทัณฑ์แพทย์เชี่ยวชาญ
๓	นางปฐมพร จันทร์กล้า	หัวหน้างานพัฒนาทรัพยากรบุคคล
๔	นายปริญญา มาลัยเป็ย	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
๕	นายสุนิพล โพธิ์งาม	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

#### เครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ที่	ชื่อ-นามสกุล	หน่วยงาน
๑	นางอัมพาพันธ์ เฟื่องนาเรนท์	อบต.นครปฐม.พุทธมณฑล จ.มหาสวัสดิ์ อ.

### เครือข่ายภาคประชาชน

ที่	ชื่อ-นามสกุล	หน่วยงาน
๑	นายสมชาย รัตนอริ	โรงเรียนประชานาถ อำเภอนครชัยศรี
๒	นางละอ อ้วนไพโรจน์	ประชาชนชมรมผู้สูงอายุ ตำบลแหลมบัว
๓	นางสังวาลย์ ดวงสร้อยทอง	ประชาชนชมรม อสม. ตำบลมหาสวัสดิ์
๔	นายขวัญเมือง พลอยศรีธรรมชาติ	ประชาชน อสมอำเภอคอนตูม.
๕	พล.ร.ต.สัมพันธ์ ภูโพนาลัย	ประชาชนชมรมผู้สูงอายุอำเภอพุทธมณฑล
๖	นายประทุม สวัสดิคินา	ชมรมผู้สูงอายุตำบลมหาสวัสดิ์
๗	นางสาวกัญญาภัก จักวงษ์	ประชาสัมพันธ์ สำนักงานอธิการบดี มมทิดล.
๘	นางธันยพร วณิชฤทธา	นักศึกษาปริญญาเอก คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

### เครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพ (.สท.รพ.สสอ.รพช)

ที่	ชื่อ-นามสกุล	หน่วยงาน
๑	นพ.สุธน อิมประสิทธิ์ชัย	หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม รพ.นครปฐม
๒	นพ.จตุภูมิ นีละศรี	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลนครปฐม
๓	คุณพรรณวดี เต็มทวีสุข	โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง
๔	คุณหทัยรัตน์ ศรีอนุจิต	โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง
๕	นพ.ทินกร ชื่นชม	โรงพยาบาลสามพราน
๖	นายไพบูลย์ มลกล้า	สาธารณสุขอำเภอกำแพงแสน
๗	นายสิน ศรีอินทอง	สาธารณสุขอำเภอคอนตูม
๘	นายวิทยา ทิวถนอม	สาธารณสุขอำเภอสามพราน
๙	นายชาติ ทองดอนเอ	สาธารณสุขอำเภอพุทธมณฑล
๑๐	นางราตรี ภูศรี (ผอ.รพ.สต.)	รพ.สต.มหาสวัสดิ์ CUP พุทธมณฑล
๑๑	นายวิโรจน์ ทองเกลี้ยง (ผอ.รพ.สต.)	รพ.สต.แหลมบัว CUP ห้วยพลู
๑๒	พญ.อัจฉราภรณ์ นีละศรี	รพ.สต.หนองงูเหลือม
๑๓	นายประทุม สวัสดิคินา	ชมรมผู้สูงอายุตำบลมหาสวัสดิ์
๑๔	นายบุญช่วย ศิริเกลี้ยง	สพสช.
๑๕	นายประมวล โนมิตชัยมงคล	สาธารณสุขอำเภอ นครชัยศรี

ภาคร่วมดำเนินการ ทีมสถาบัน และบริหารจัดการ

	ชื่อ-นามสกุล	หน่วยงาน
๑	นางสาวดวงพร เสงบุญพันธ์	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
๒	นายสมพร ไร่บางยาง	คณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
๓	นายเริงวิษณุ นิลโคตร	สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล
๔	นางสาวฉัฐพัชร์ ทองคำ	สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล
๕	นางสาวฉัฐภา สวงวงษ์	สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล
๖	นางสาวทวิวรรณ สัมพันธ์สิทธิ์	สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล
๗	นางทัศนีย์ ญาณะ	สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน
๘	นางสาวศรารัตน์ ฤทธิศรีบุญ	สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน
๙	นางสาวพฤกษา บุกบุญ	สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

พ  
ค  
ค  
ค









