



# เครือข่ายสุขภาพ ยกระดับชุมชน

บุคลากรด้านสุขภาพไม่ว่าจะเป็น หมอ พยาบาล หรือสมาชิกในส่วนอื่นๆ การเข้าถึงจิตวิญญาณ การรักษาประชาชนอย่างแท้จริง ไม่ใช่เพื่อความมั่นคงทางอาชีพเพียงอย่างเดียว การลงพื้นที่เพื่อเรียนรู้จากชุมชนอย่างต่อเนื่องจึงถือเป็นอีกกลไกหนึ่งในการเรียนรู้วิถีชีวิตของชุมชนและเรียนรู้จากสถานการณ์จริง เพื่อให้เข้าใจคนใช้มากขึ้น และสามารถวางแผนป้องกัน การเจ็บป่วยของประชาชนในระยะยาวได้ นี่เป็นส่วนหนึ่งในหัวข้อสนทนาในวงเสวนา “การพัฒนาการศึกษาบุคลากรสุขภาพในศตวรรษที่ 21” โดย มูลนิธิเพื่อการพัฒนาการศึกษาบุคลากรสุขภาพ (ศสช.) สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง (มฟล.) ร่วมกับ องค์การอนามัยโลก (WHO) และสำนักงาน

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาการเรียนการสอนบุคลากรด้านสุขภาพในรูปแบบใหม่ ที่เน้นใช้ชุมชนเป็นฐาน หรือ เพื่อผลิตบุคลากรด้านสุขภาพในพื้นที่ภาคเหนือให้มีคุณภาพและศักยภาพ ตรงตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (2560-2579) ของกระทรวงสาธารณสุข ที่ต้องเปลี่ยนระบบการสอน เพราะการแพทย์ไทยต้องการหมอรักษาโรคทั่วไปและเชื่อมโยงชุมชนนั้น **นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ** รองประธานกรรมการ ศสช. ให้เหตุผลที่สังคมต้องเร่งขับเคลื่อน การปฏิรูปการศึกษา และหลักสูตรการเรียนการสอนบุคลากรสุขภาพจากการเรียนในห้องเรียน หรือเรียนจากเทคโนโลยีสมัยใหม่ของโรงพยาบาล มาเป็นการเรียนรู้จากชุมชน หรือ ทรานส์

นักศึกษาจำนวนมาก  
ที่อยากมาเรียนแพทย์  
นั้นต้องการสร้าง  
**ความมั่นคงให้ชีวิต**  
มากกว่าเพื่อมา  
รักษาประชาชน

ฟอร์มเมทีฟ เลิร์นนิ่ง เพราะโดยทั่วไปแล้ว ความเจ็บป่วยของประชาชนประมาณ ร้อยละ 90 เป็นปัญหาสุขภาพในชุมชนที่สามารถหายเองได้ ไม่ใช่โรคซับซ้อนที่ต้องอาศัยแพทย์เฉพาะทางในการรักษา แต่การเรียนการสอนของโรงเรียนแพทย์ในปัจจุบันไม่ได้เชื่อมโยงไปถึงชุมชน ขณะที่การเข้าถึงชุมชนจะมีในช่วงหลังจบการศึกษาแล้ว ดังนั้น การเรียนรู้ที่ผ่านมาจึงเป็นการเรียนรู้แบบเป็นส่วนๆ เฉพาะโรค เฉพาะอวัยวะ ไม่ใช่ว่าการเรียนรู้แบบองค์รวมถึงสิ่งที่ไม่ให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพ



การขับเคลื่อนการปฏิรูปสถาบันสู่การพัฒนาการเรียนการสอนบรรลุผลนั้น จึงต้องชี้ให้สังคม และภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เห็นว่าทำไมต้องทำให้เกิดการเรียนด้านสุขภาพที่เข้าถึงชุมชนด้วยการจัดระบบองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องที่มีอยู่ และหาข้อสรุปในการดำเนินการ เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลเผยแพร่แก่เครือข่ายและผู้ที่เกี่ยวข้อง และสื่อไปถึงรัฐบาล สถาบันการศึกษา โรงเรียนแพทย์ ที่มีอำนาจหน้าที่ในการเปลี่ยนแปลงการเรียนการสอน และขับเคลื่อนเชิงนโยบาย

โดยต้องผลักดันทำให้เกิด Policy Commitment เพื่อนำไปสู่การเป็นมติ ครม. แผนสาธารณสุขของชาติต่อไป รวมทั้งช่วยพัฒนาผลักดันให้สถาบันการศึกษาเปลี่ยนแปลงการเรียนการสอน เชื่อมโยงคนที่เกี่ยวข้องกับระบบสาธารณสุขต่างๆ ให้อยู่ในทิศทางเดียวกัน และเกิดผลสัมฤทธิ์ใหม่แก่บุคลากรด้านสุขภาพและกลุ่มเครือข่ายมีขีดความสามารถมากขึ้น พร้อมสร้าง

เครือข่ายที่จะมาช่วยผลักดันในเรื่องนี้อย่างเข้มแข็ง

**รศ.วันชัย ศิริชนะ** อธิการบดีมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง (มฟล.) มองว่า ปัญหาการผลิตแพทย์

ทุกวันนี้ คือ นักศึกษาจำนวนมากที่อยากมาเรียนแพทย์นั้นต้องการสร้างความมั่นคงให้ชีวิตมากกว่าเพื่อมารักษาประชาชน เพราะฉะนั้น จึงเป็นหน้าที่ของมหาวิทยาลัยที่จะต้องปมเพาะนักศึกษาให้มีหัวใจในการบริการประชาชน เป็นแพทย์ที่มีคุณภาพและมีจิตใจของการเป็นแพทย์ที่ดี ดูแลประชาชนในท้องถิ่นรักประชาชนที่รอคอยเขาอยู่

“เราต้องปลูกฝังนักศึกษาแพทย์เหล่านี้ให้ได้ และไม่ให้เขารู้สึกว่าการเป็นแพทย์

ในห้องถิ่นแพทย์ชั้น 2 เราต้องทำให้เขาภูมิใจว่าเขาเป็นคนเก่งและดีจึงอยู่ในพื้นที่และได้รับการยอมรับ ให้เขารู้สึกว่าชีวิตเขามีความหมายสำหรับคนยากจน ความรู้ความสามารถของเขาสามารถช่วยคนชีวิตคนได้ เพราะฉะนั้น เราต้องสร้างระบบการศึกษาแพทย์ที่ทำให้แพทย์ที่



ตั้งใจอยู่ในชุมชน ต้องมีศักดิ์ศรี และมีการส่งเสริม”

**ด้าน ศ.เกียรติคุณ พลโท**

**นพ.นพดล วรอุไร** คณบดีสำนักวิชาแพทยศาสตร์ มฟล. อธิบายว่า แนวทางการเรียนการสอนที่เน้นความเป็นเวชศาสตร์ชุมชน พัฒนาสุขภาพชุมชน บัณฑิตแพทย์ ที่จบมาแล้วมีใจรักชุมชน ซึ่งเป็นการช่วยบรรเทาปัญหาขาดแคลนแพทย์ในชนบทของประเทศทางหนึ่ง

“อย่างจังหวัดเชียงใหม่ลักษณะพิเศษ คือมีกลุ่มชาติพันธุ์ มีคนต่างชาติข้ามพรมแดนเข้ามาและนำโรค ที่น่าสนใจและเป็นปัญหาเข้ามา ซึ่งระบาดเข้ามาจากฝั่งพม่า ฝั่งลาว คนกลุ่มนี้จะมารักษาตัวที่ อ.เชียงแสน และ อ.แม่สาย ในฝั่งไทย โรคเหล่านี้บางโรคไม่เคยมีใน

ประเทศไทย กลุ่มนักศึกษาแพทย์ของเราจะได้เรียนรู้ในเรื่องเหล่านี้เพิ่มขึ้น ส่วนชุมชนหรือชาติพันธุ์ต่างๆ ทางสำนักแพทยศาสตร์จะมีบัณฑิตแพทย์จบเป็นรุ่นแรกในอีก 2 ปีข้างหน้า ซึ่งทางสำนักแพทยศาสตร์จะชักชวนให้มาทำงานต่อ ทำให้เขามีโอกาสย้อนไปเยี่ยมชุมชนที่เขาเคยไปสมัยยังเป็นนักศึกษา และติดตามความก้าวหน้าในการดูแลสุขภาพผู้วยในชุมชนหรือชาติพันธุ์ต่างๆ ได้ต่อเนื่อง ”

**นพ.แดเนียล เอ. เคอร์เทสซ์**

ผู้อำนวยการอนามัยโลกประจำประเทศไทย กล่าวว่า การมีแนวทางการนำการเรียนการสอนบุคลากรด้านสุขภาพในรูปแบบใหม่ที่เน้นใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อผลิตบุคลากรด้านสุขภาพนั้น ต้องมีการปรับหลักสูตรให้ตอบสนองความต้องการของ



สังคม และให้นักศึกษาสามารถมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ด้วย เพราะจะทำให้ให้นักศึกษาแพทย์มีความรู้ความเข้าใจชุมชนและสามารถนำมาปรับใช้ในการทำงานได้ การปฏิรูประบบสาธารณสุขจึงไม่ใช่แค่การเน้นการเพิ่มจำนวนบุคลากรเท่านั้น แต่ต้องสร้างบุคลากรที่เข้าใจเรื่องชุมชนด้วย ซึ่งถือเป็นเรื่องสำคัญมาก

### ด้าน นพ.สมศักดิ์ อรรฆศิลป์

รองปลัด สธ. ระบุว่า การปฏิรูปสถาบันผู้พัฒนาการเรียน การสอนบุคลากรสุขภาพตามแนวคิดทราเนอฟอร์มเมทีฟ เลิร์นนิ่ง จะเป็นตัวเชื่อมในการสร้างระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เข้มแข็ง ตัวอย่างที่เห็นได้ชัด คือ คลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) ที่จะกลายเป็นกลไกช่วยดูแลประชาชนในพื้นที่ได้ครบทุกองค์ประกอบด้านสุขภาพได้ในอนาคต

อย่างแนวทางการสร้างคลินิกหมอครอบครัวให้ครบ 6,500 ทีม ในอีก 10 ปีข้างหน้า โดยคาดว่าจะพลิกโฉมระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยเป็นอย่างมาก เพราะเปรียบได้กับการวางรากฐานการป้องกันเจ็บป่วยในลักษณะ Gate-keeper ที่ประชาชนจะลุกขึ้นมาดูแลสุขภาพของตัวเองกันมาก ผ่านคำแนะนำและการตรวจเบื้องต้น จากบุคลากรด้านสุขภาพของทีมคลินิกหมอครอบครัว

เนื่องจากที่ผ่านมาการดำเนินงานเพื่อป้องกันสุขภาพจากการเจ็บป่วยไม่ค่อยประสบความสำเร็จเท่าที่ควร โดยมีสาเหตุจากปัจจัยสิ่งแวดล้อมต่างๆ รวมไปถึงการที่ประชาชนไม่จริงจัง ที่ส่งผลต่อการป้องกัน นอกจากนี้การที่บุคลากรของแต่ละสาขาได้มาทำงานร่วมกัน เกิดเป็นองค์ความรู้ใหม่ๆ ความเข้าใจที่มีต่อพื้นที่ และการร่วมแรงร่วมใจเพื่อไปสู่เป้าหมายการสร้างสุขภาพให้ประชาชน

ขณะที่ **ทพ.วีระ อิศระธำนันท์**

หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม รพ.แม่จัน ยกตัวอย่างถึงข้อดีของการปฏิรูปการเรียนรู้ในแบบทราเนอฟอร์มเมทีฟ เลิร์นนิ่ง ที่จะเกิดขึ้นในพื้นที่ภาคเหนือ โดยเฉพาะกับกลุ่มชาติพันธุ์ที่เข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้น้อยกว่าประชาชนทั่วไป การลงพื้นที่ของแพทย์ นักศึกษาแพทย์ และกลุ่มสหวิชาชีพ ตามโรงเรียนต่างๆ ที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล อยู่บนภูเขา และช่วยรักษาโดยไม่เลือกว่าใครมีบัตรประชาชนหรือมีสัญชาติ ฉะนั้น ถือว่าเป็นการเรียนรู้การรักษาแบบมีอาชีพ เพราะการเรียนรู้จากชุมชนในพื้นที่จริงจะได้อีกมุมมองหนึ่ง เป็นกระจกอีกด้าน เพราะเรื่องของการรักษาต้องเข้าใจในตัวคน เข้าใจในเบื้องหลังคนที่มารักษา การลงพื้นที่จะทำให้รู้สาเหตุของปัญหาเหล่านั้น

“ถ้าเราให้นักเรียนแพทย์ นักเรียนทันตแพทย์ นักเรียนพยาบาล และนิสิตนักศึกษาในกลุ่มสหวิชาชีพ ลงพื้นที่ ให้เขาทำโครงการในพื้นที่เป็นฐานการเรียนรู้ เมื่อจบแล้วเขาจะเป็นหมอมือจิตวิญญาณที่ดี ที่เข้าใจคนไข้มากขึ้น เราต้องเรียนด้านนี้กันมากขึ้น เพราะนักศึกษาแพทย์หรือนักศึกษาทันตแพทย์บางคนอาจจะมาจากครอบครัวที่มีฐานะ ไม่ลำบาก อาจจะไม่เข้าใจชีวิตผู้คนจริงๆ ที่อยู่ในชนบทว่าเป็นอย่างไร แต่ถ้า เขาได้สัมผัสสัมผัสกับชาวบ้าน ก็จะทำให้เขาเกิดความสงสารเห็นใจ และกลายเป็นหมอมือจิตวิญญาณได้”

ที่สุพรรณบุรี ก็เพื่อให้บุคลากรด้านสุขภาพที่จะเปิดประตูออกสู่วิชาชีพเป็นมืออาชีพทั้งทักษะการรักษาพยาบาล และจิตใจความเป็นผู้ช่วยเยียวยาเพื่อนมนุษย์ด้วยกันอย่างแท้จริง