R2R : Routine to Research

สยบงานจำเจด้วย**การวิจัย** สู่โลกใหม่ของ**งานประจำ**

R2R : Routine to Research
สยบงานจำเจด้วยการวิจัย สู่โลกใหม่ของงานประจำ

ISBN
พิมพ์ครั้งที่ 1 กรกฎาคม 2551

ที่ปรึกษา ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช
นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์
นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข

บรรณาธิการ ผศ.ดร.จรวยพร ศรีศศลักษณ์
อภิญญา ตันทวีวงศ์

กองบรรณาธิการ วราภรณ์ พันธุ์พงศ์
กิติมาภรณ์ จิตราทร
ธนาทิพ ฉัตรภูติ
ณปภัช สกุลกิตติ์เดชา
สุธิดา วงษ์อนันต์
รัตนา พงษ์วานิชอนันต์
วิภาวี พงษ์ปิ่น
กุสุมา โพธิ์ศรี

ประสานงาน วรรณพร บุญเรือง

ศิลปกรรม อาภาพรรณ สายยศ

จัดพิมพ์โดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
อาคาร 3 ชั้น 5 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 0-2951-1286-95
Website http:// www.hsri.or.th

ราคา 250 บาท

ภาคีเครือข่าย R2R

กระทรวงสาธารณสุข
สถาบันพระบรมราชชนก (สบช.)
คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (กสพท.)
มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.)
สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม (สคส.)
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.)
สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.)
สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.)
ชมรมโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป
ชมรมโรงพยาบาลชุมชน
ชมรมแพทย์ชนบท
ชมรมนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด
ชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย
ชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย
สมาคมหมออนามัย

คำนำ

ผมเคยทำงานอยู่โรงพยาบาลชุมชนเมื่อสิบกว่าปีที่ผ่านมา ช่วงนั้นมีพี่บางคนบอกว่า ผมนั่งทับทรัพย์สมบัติที่มีค่ามหาศาล หากรู้จักใช้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้คนอย่างมาก ด้วยความที่ไม่มีทั้งความฉลาดและความเฉลียวมากพอ ผมจึงต้องถามกลับไปด้วยคำถาม (โง่ๆ) ว่า “พี่หมายความว่าอะไรครับ”

ผมเชื่อมั่นเสมอว่า “ความโง่” ย่อมมาก่อน “ความฉลาด” และคำถามโง่ ๆ ของผมทำให้ผมได้เรียนรู้ว่า ทรัพย์สมบัติที่มีค่าที่แพทย์รุ่นพี่เอ่ยถึงนั่นก็คือ ข้อมูลต่าง ๆ ที่มีอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นข้อมูลที่ผมจะหยิบใช้เมื่อไรก็ได้ แต่ที่ผ่านมาก็ได้แต่ทำรายงานส่งให้คนอื่น ซึ่งไม่รู้ว่าเขาจะใช้หรือไม่และประชาชนในอำเภอผมจะได้ประโยชน์อะไร

ความสนใจที่จะหาความหมายจากข้อมูลที่มีอยู่ ทำให้เกิดการเรียนรู้ในประเด็นอื่น ๆ ตามมาอีกมากมาย

หนึ่ง คือ ข้อมูลนั่นมีอยู่ทุกแห่งหนทั้งที่ตัวคนไข้ ญาติคนไข้ เจ้าหน้าที่ทุก ๆ ระดับ ไล่เรียงมาตั้งแต่ยามเฝ้าโรงพยาบาล จนกระทั่งถึงคุณหมอตลอดจนบันทึกต่าง ๆ ที่มี ฯลฯ

สอง ข้อมูลช่วยสะท้อนว่าสิ่งต่าง ๆ ดำเนินไปอย่างไร ดังนั้น ข้อมูลจึงช่วยสะท้อนปัญหาของระบบ และเป็นพื้นฐานสำคัญในการนำไปสู่วิธีการแก้ไขปัญหาด้วย

สาม การจัดการข้อมูลเป็นพื้นฐานสำหรับการสร้างและจัดการความรู้ และนำไปสู่การแก้ไขปัญหาอย่างชาญฉลาดในที่สุด

หนังสือเล่มนี้เป็นข้อมูลอีกชุดหนึ่งที่น่าสนใจ โดยเป็นข้อมูลที่นำเสนอผ่านการเล่าเรื่องที่ทำให้เห็นชีวิตของผู้คนในวงการสุขภาพที่สถานพยาบาลในระดับที่แตกต่างกัน ตั้งแต่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ลงไป

จนถึงศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นเรื่องราวที่นอกจากต้องการนำเสนอข้อมูลแล้ว ยังต้องการสร้างแรงบันดาลใจให้ผู้คนเห็นความสำคัญของการจัดการข้อมูลอย่างเป็นระบบ ผ่านกระบวนการที่เรียกกันว่า “งานวิจัย” ในลักษณะที่ทำให้เกิดความรู้ใหม่ ๆ โดยมีเป้าหมายที่สำคัญที่สุดคือ การแก้ไขปัญหาต่าง ๆ และนำไปสู่คุณภาพงานที่ดีขึ้น ซึ่งหมายถึงการที่ประชาชนได้รับบริการและมีสุขภาพที่ดีขึ้นนั่นเอง งานวิจัยที่ยกระดับคุณภาพงานประจำให้ดีขึ้นนี้คนยุคปัจจุบันเรียกว่า R2R

การได้ทำงานโดยมีโอกาสเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เป็นความสุขอย่างหนึ่งของผู้คน ช่วยหล่อเลี้ยงชีวิตของผู้คนเหล่านั้นให้มีกำลังกายและกำลังใจในการทำงานอย่างไม่เหน็ดเหนื่อย จนนำไปสู่ความสำเร็จของงานอย่างต่อเนื่อง ทำให้องค์กรมีชีวิตและสามารถปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไป ชีวิตของผู้คนและองค์กรเหล่านี้ ทุกท่านสามารถหาอ่านได้จากหนังสือเล่มนี้

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ดีใจที่มีโอกาสได้สนับสนุนการเผยแพร่สิ่งดี ๆ ที่เป็นมากกว่า “ความรู้” เหล่านี้ เพราะมีทุกท่านที่เป็นตัวละครที่เดินเรื่องราวดี ๆ ในแต่ละกรณีศึกษา เราจึงมีสิ่งดี ๆ ที่สามารถเผยแพร่ให้ทุกคนได้มีโอกาสชื่นชมในความสำเร็จ และอยากเป็นส่วนหนึ่งของความสำเร็จนี้ในอนาคต

ขอชื่นชม แสดงความยินดี และให้กำลังใจกับทุก ๆ ความสำเร็จครับ

นายแพทย์พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข
ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สารบัญ

คำนำ			4
ภาค 1	**ตั้งหลักที่ความคิด**		9
	R2R...อย่าสำคัญ (ผิด) ว่าเป็นเป้าหมาย ศาสตราจารย์นายแพทย์วิจารณ์ พานิช		**11**
	ถึงเวลาคืนอำนาจการร่วมสร้างความรู้ให้ผู้ปฏิบัติด้วย R2R นายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์		**27**
	R2R : ความสุขจากการเรียนรู้ที่ไม่หยุดนิ่ง นายแพทย์อัครินทร์ นิมมานนิตย์		**27**
ภาค 2	**ตั้งต้นลงมือปฏิบัติ**		39
	กรณีที่ 1	โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม สิ่งงดงามที่งอกเงยจากกองทุกข์เรื้อรัง	49
	กรณีที่ 2	โรงพยาบาลยโสธร จังหวัดยโสธร ที่นี่...เราวิจัยแบบไม่มีใบสั่ง!	79
	กรณีที่ 3	โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพมหานคร ยิ้มออกถ้วนหน้าเพราะ R2R หนุนนำ	101
	กรณีที่ 4	สถานีอนามัยบ้านเม็ง จังหวัดขอนแก่น พลิกปัญหาสร้างอนาคต “ชุมชนคนเย็บผ้า”	123
	กรณีที่ 5	โรงพยาบาลแก่งหางแมว จังหวัดจันทบุรี “มีอะไร ในมะเร็ง?”	143
	กรณีที่ 6	ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ “พลังเสี่ยว” ไร้เทียมทานเมื่องานวิจัยเติมเต็ม	163
ปิดท้าย	**ตั้งวงสนทนา** อนาคต R2R ในองค์การแบบไทย ๆ จะไปทางไหน		189

ภาค 1

ตั้งหลักที่ความคิด

มาตรฐานไม่ได้มีไว้ให้ยึดถือ แต่มีไว้ให้ทำลายเพื่อไปสู่มาตรฐานที่ดีกว่า ฉะนั้น SOP จึงไม่ได้มีอยู่ตัวเดียว แต่มี SOP 1, 2, 3, 4 เรื่อยไป

"R2R"
...อย่าสำคัญ (ผิด) ว่าเป็นเป้าหมาย

ศาสตราจารย์นายแพทย์วิจารณ์ พานิช

คนส่วนใหญ่มักเข้าใจว่า งานประจำก็คืองานที่มีคนกำหนดว่าให้ทำอย่างนั้นอย่างนี้ นั่นคือ มีสิ่งที่เรียกว่า "มาตรฐานการทำงาน"

การทำงานแบบนี้เปรียบเสมือนการทำงานแบบเครื่องจักร แวดวงการทำงานด้านสุขภาพหรือสาธารณสุขไม่อาจทำงานด้วยวิธีนี้ได้ เพราะสภาพแวดล้อม เงื่อนไข เทคโนโลยี ความรู้ ฯลฯ เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา งานประจำจึงต้องได้รับการพัฒนาขึ้นไปเรื่อย ๆ ไม่อาจทำแบบงานซ้ำซาก

วิธีคิดในโลกสมัยใหม่นั้นเขาบอกว่า **"มาตรฐาน"** ซึ่งในภาษาอังกฤษใช้คำว่า SOP (Standard Operating Procedure) ไม่มีตายตัว ในมุมมองของผมเองนั้น มาตรฐานไม่ได้มีไว้ให้ยึดถือ แต่มีไว้ให้ทำลายเพื่อไปสู่มาตรฐานที่ดีกว่า ฉะนั้น SOP จึงไม่ได้มีอยู่ตัวเดียว แต่มี SOP 1,2,3,4 เรื่อยไป และสิ่งที่จะมาทำลาย SOP นั้นก็คือ R2R หรือการวิจัยโดยใช้งานประจำนั่นเอง

เราต้องการกลับสภาพของการทำงานประจำที่ทำให้ชีวิตอับเฉามาเป็นการทำงานประจำแล้วชีวิตรุ่งเรือง สดใสซาบซ่า สนุก มีความสุข ด้วยเหตุนี้ R2R จึงมีความหมายต่อการพัฒนาคน เพราะคนที่ทำงานประจำเป็นผู้ที่ลงมือทำ เป็นผู้เรียนรู้ เป็นผู้สร้างความรู้ คนเหล่านี้จึงฉลาดและเก่งขึ้นเรื่อย ๆ

R2R จะเป็นตัวสร้างการเปลี่ยนแปลงขึ้นในบ้านเมืองของเราและในวงการสาธารณสุข เพราะสามารถเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงานและพัฒนาคนทำงาน แทนที่จะทำงานแบบซังกะตาย กลายเป็นทำงานแล้วมีความสุข เกิดความภูมิใจ และสร้างความรู้ในเรื่องที่ตัวเองทำงานขึ้นมา โดยตลอดเวลาที่ทำงานก็จะมีการสร้างความรู้ ซึ่งทำให้งานนั้นได้รับการพัฒนาตลอดเวลาเหมือนกัน

R2R ย่อมาจาก Routine to Research แปลว่าพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย

หลักคิดเกี่ยวกับ R2R นั้นเชื่อว่ามีอยู่หลากหลาย แต่สำหรับตัวผมเอง วัตถุประสงค์ของ R2R ก็คือ การใช้ข้อมูลและประสบการณ์จากงานการทำงานประจำธรรมดา ๆ ทั่ว ๆ ไป ในการสร้างความรู้

อย่างไรก็ตาม นั่นเป็นความหมายในเชิงตัวหนังสือเท่านั้น ความจริงแล้ว R2R ยังมีความหมายที่ลึกซึ้งกว่านั้นมาก

คนที่ทำงานประจำนั้น เมื่อทำงานไปนาน ๆ จะเบื่อหน่าย และกลายเป็นเครื่องจักร ชีวิตไม่มีคุณค่า ที่ว่า "ทำงานเป็นเครื่องจักร" แปลว่าไม่ต้องคิด ทำงานไปวัน ๆ หนึ่ง ฉะนั้น ยิ่งนานก็ยิ่งเบื่อ คนที่ตกอยู่สภาพอย่างนั้น ถ้าพูดกันแรง ๆ ก็ต้องบอกว่าเหมือนคนที่ตกนรกทั้งเป็น ทั้งที่มนุษย์ทุกชีวิตล้วนมีคุณค่า

R2R เป็นการทำให้งานประจำกลายเป็นงานสร้างความรู้หรือเป็นงานวิจัย ซึ่งจะทำให้การทำงานประจำกลายเป็นงานที่มีคุณค่า ยิ่งทำงานนานก็ยิ่งมีปัญญา ยิ่งเกิดความรู้ และยิ่งมีประเด็นที่จะทำให้เกิดความภาคภูมิใจได้มากขึ้นเรื่อย ๆ จึงยิ่งทำให้ได้รับความนับถือจากคนอื่นมากขึ้นเป็นลำดับ

ประโยชน์จากการทำ R2R นั้น ครึ่งหนึ่งเกิดกับการพัฒนางาน ส่วนอีกครึ่งหนึ่งเกิดกับคนทำงานนั่นเอง เพราะคน ๆ นั้นจะเข้าใจสิ่งต่าง ๆ

มากขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งจากความรู้ที่มาจากการทดลองปฏิบัติของตัวเอง และจากความรู้ในเชิงทฤษฎี ที่มีการแลกเปลี่ยนกับคนโน้นคนนี้ หรือไปอ่าน ไปค้นคว้ามา

> "ประโยชน์จากการทำ R2R นั้น ครึ่งหนึ่งเกิดกับการพัฒนางาน ส่วนอีกครึ่งหนึ่งเกิดกับคนทำงานนั่นเอง"

เมื่อเกือบ 10 ปีมาแล้ว อาจารย์มหาวิทยาลัยคนหนึ่งไปทำวิจัยกับคนงานในโรงงานทอผ้า พบว่า คนงานหญิงคนหนึ่งเริ่มทำงานในโรงงานทอผ้าเมื่ออายุ 18 ปี เย็บจักรจนอายุ 45 ปี รวมแล้วเกือบ 30 ปี ต่อมาแกถูกให้ออกจากงานเพราะตาไม่ค่อยดีแล้ว มือไม้ก็ไม่ไวเหมือนสมัยสาว ๆ เวลาหลายสิบปีที่ผ่านมานี้แกทำงานได้อย่างเดียวคือเย็บจักร นี่เป็นสภาพที่เราลดคุณค่าของมนุษย์ไปเป็นเพียงผู้เดินเครื่องจักร หรือผู้ถีบจักรเย็บผ้าเท่านั้นเอง ทั้งที่เวลาเท่า ๆ กันนี้ มนุษย์ควรเรียนรู้อะไรอีกมาก

แม้สมมุติว่าคนงานคนนั้นเป็นคนที่หัวทื่อสักหน่อย แต่ถ้ามีการพัฒนาจากงานประจำที่ทำอยู่ แกก็ย่อมสามารถเรียนรู้อะไรได้มากมาย เช่น อาจรู้วิธีเย็บจักรที่ดีขึ้น หรืออาจเปลี่ยนจากการเย็บจักรไปทำงานอย่างอื่น ทำให้ชีวิตดีขึ้นกว่านั้นได้อีกมาก ถ้าเจ้าของโรงงานใจกว้าง นำเด็กรุ่นใหม่เข้ามาทำแทน แล้วให้แกเรียนรู้ต่อเพื่อไปทำงานที่ยากขึ้น นั่นคือการออกแบบงานให้เกิดมูลค่าเพิ่ม (value added) มากยิ่งขึ้น ซึ่งจะทำให้บริษัทหรือโรงงานของเขาได้กำไรมากขึ้นด้วย แต่ทั้งหมดนี้จะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อมีบรรยากาศของการเปลี่ยนแปลง ถ้าเกือบ 30 ปี ยังขายแต่กางเกงยีนส์ โรงงานนี้ก็ไม่เจริญ

นี่คือตัวอย่างที่สะท้อนให้เห็นว่า เราต้องเปลี่ยนวิธีคิดใหม่กับการทำงานประจำเพื่อให้สอดคล้องกับศักยภาพของความเป็นมนุษย์ ต้องเห็นคุณค่าของมนุษย์มากขึ้น ต้องเห็นว่างานทั้งหลายนั้นไม่มีอะไรคงที่ ต้องคิดใหม่และปรับเปลี่ยนอยู่ตลอดเวลา แนวคิดเช่นนี้นำไปใช้ได้กับทุกเรื่อง

> “R2R อาจเป็นชื่อที่ทำให้คนเข้าใจผิดได้ง่าย เพราะคิดว่าหัวใจของเรื่องนี้คือการทำวิจัย ซึ่งเป็นคำที่ทำให้คนบางกลุ่มเดินหนี”

อย่าไปจำกัดตัวเองเหมือนเช่นโรงงานเย็บผ้าแห่งนี้ ที่เขาจำกัดตัวเองว่าทำธุรกิจเย็บผ้า แล้วใส่คนลงไปกับการเย็บผ้าหลายสิบปี ทำอยู่อย่างนั้น ซึ่งมันทำให้มนุษย์เราหมดคุณค่าความเป็นมนุษย์ลงไปอย่างน่าเสียดาย

ชื่อ R2R นั้น เป็นคำที่คิดกันขึ้นมาเองในประเทศไทย เพื่อที่จะไปหนุนให้เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการ ในระดับที่ทำงานแบบ routine ได้เกิดความกล้า ได้มีโอกาส หรือได้รับการชื่นชม จากการที่สร้างความรู้ขึ้นมาพัฒนางานของตัวเอง

เพราะฉะนั้น คำถามที่ว่า R2R ใช้ได้กับงานด้านสาธารณสุขเท่านั้นหรือใช้ได้ทุกเรื่อง คำตอบก็คือใช้ได้ทุกเรื่อง

อย่างไรก็ตาม แม้ผมเป็นคนตั้งชื่อนี้ขึ้นมาเอง แต่มาถึงตอนนี้คิดว่า R2R อาจเป็นชื่อที่ทำให้คนเข้าใจผิดได้ง่าย เพราะคิดว่าหัวใจของเรื่องนี้คือการทำวิจัย ซึ่งเป็นคำที่ทำให้คนบางกลุ่มเดินหนี เพราะกลัวเรื่องการวิจัยเนื่องจากคิดว่าเป็นเรื่องยาก

คำว่า การวิจัย หรือ research นั้นเป็นคำที่ฟังดูโก้ ถ้ามีผลงานวิจัยคนก็มักเอาไปเป็นผลงานวิชาการเพื่อใช้เลื่อนตำแหน่ง เลื่อนขั้นได้ แต่การวิจัยแบบ R2R นั้นเป็นงานวิจัยแบบง่าย ๆ เพราะหัวใจจริง ๆ ไม่ได้อยู่ที่การวิจัย แต่อยู่ที่การพัฒนางาน โดยจัดกระบวนการให้เกิดการเรียนรู้อีกเพียงเล็กน้อยก็สามารถทำให้กระบวนการพัฒนางานเกิดงานวิจัยที่สร้างความรู้ออกมาอย่างชัดเจนได้ คนทำก็มีความภูมิใจ ไปเล่าให้คนอื่นฟังได้อย่างเป็นระบบ เขียนออกมาได้ และได้รับผลประโยชน์ทุกฝ่าย เพราะคนทำงานในหลายหน่วยงานเองต่างก็ต้องการตัวผลงานหรือการวิจัยอย่างเป็นรูปธรรมสำหรับที่จะไปเลื่อนระดับ ซี หรือเลื่อนตำแหน่ง แต่ที่สำคัญกว่านั้น

คือคนที่ทำ R2R จะคิดเก่งขึ้น และสื่อสารให้คนอื่นฟังได้ดีขึ้น เพราะฉะนั้นกระบวนการนี้จึงทำให้คนเก่งขึ้นโดยตัวของเขาเอง

ดังนั้น ชื่อ R2R จึงมีข้อดีอยู่ แต่ถ้าไม่ระวังก็อาจเข้าใจผิดแล้วก็ไปหลงติดอยู่กับคำว่า "วิจัย" ทั้ง ๆ ที่หัวใจของ R2R คือการพัฒนางานไปพร้อมกับการพัฒนาคน อย่างที่ได้กล่าวไปแล้ว

ที่ผ่านมามักมีคำถามว่างานวิจัยแบบไหนที่ถือว่าเป็น R2R ผมคิดว่าคำตอบนั้นไม่ตายตัว แต่ละหน่วยงานต้องนิยามเอาเองให้เหมาะสมต่อสถานการณ์ และความต้องการของตน

อย่างไรก็ตาม ผมจะลองให้คำตอบของผม ซึ่งไม่รับรองว่าถูกต้อง...แต่รับรองได้ว่าไม่ครบถ้วน

หลักในการพิจารณาว่างานศึกษาเรื่องใดเรื่องหนึ่งเป็น R2R หรือไม่ให้ดูจาก 4 ส่วน ได้แก่

- **โจทย์วิจัย** คำถามวิจัยของงาน R2R ต้องมาจากงานประจำ เป็นการแก้ปัญหาหรือพัฒนางานประจำ
- **ผู้ทำวิจัย** ต้องเป็นผู้ทำงานประจำนั้นเองและเป็นผู้แสดงบทบาทหลักของการวิจัย
- **ผลลัพธ์ของการวิจัย** ต้องวัดที่ผลที่เกิดต่อตัวผู้ป่วยหรือบริการที่มีผลต่อผู้ป่วยโดยตรง ไม่ใช่วัดที่ตัวชี้วัดทุติยภูมิเท่านั้น เช่น ระดับสารต่าง ๆ ในร่างกายหรือผลการตรวจพิเศษต่าง ๆ
- **การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์** ผลการวิจัยต้องวนกลับไปก่อผลเปลี่ยนแปลงต่อการให้บริการผู้ป่วยโดยตรง หรือต่อการจัดบริการผู้ป่วย

ตัวอย่างการเริ่มต้นงานวิจัยง่าย ๆ ในแบบฉบับ R2R

ผลของการลดขั้นตอนการทำแผลต่อการบรรเทาความเจ็บปวดระหว่างการทำแผลในผู้ป่วยแผลไหม้ ที่โรงพยาบาลราชบุรี

ขั้นเริ่มต้นการวิจัย

1. สังเกตจากปัญหาการปฏิบัติงานว่าช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยแผลไหม้ (burns) มีระดับความเจ็บปวดมากที่สุด คือ ช่วงการทำแผล

2. เพื่อยืนยันว่าสิ่งที่สังเกตเป็นความจริง พยาบาลเริ่มสังเกต และบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบด้วย VAS บันทึกระดับความเจ็บปวดในระยะพัก ระยะก่อนทำแผล ระหว่างการทำแผล หลังทำแผลเสร็จทันที และหลังทำแผลเสร็จประมาณ 30 นาที เป็นเวลา 3 วัน (practice trigger หรือ problem focused) โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยจำนวน 10 คน

3. ผลลัพธ์จากขั้นตอนที่ 2 ทำให้ได้งานวิจัยแบบสำรวจ 1 เรื่อง ที่บอกถึงรูปแบบและระดับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยแผลไหม้ ช่วงท้ายของขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อยืนยันสิ่งที่ค้นพบ และใช้อภิปรายผลการศึกษา เรียกว่าเป็น knowledge triggers

ขั้นกลางของการวิจัย

ระบุความจำเป็นของการหาวิธีการปฏิบัติเพื่อช่วยลดความเจ็บปวดระหว่างการทำแผลด้วยวิธีการลดขั้นตอนการทำแผลจาก 7 ขั้นตอน เป็น 6 ขั้นตอน เพื่อลดระยะเวลาของการทำแผล ใช้กลุ่มตัวอย่าง 10 คน ได้รับการทดลองทั้ง 2 อย่าง สลับกันไปเป็นเวลา 2 วัน โดยบันทึกผลได้ดังนี้

ผู้ป่วย	วันที่	เวลา	วิธีทำแผล
1	1	เช้า	7 ขั้นตอน
		บ่าย	6 ขั้นตอน
	2	เช้า	6 ขั้นตอน
		บ่าย	7 ขั้นตอน
2	1	เช้า	6 ขั้นตอน
		บ่าย	7 ขั้นตอน
	2	เช้า	7 ขั้นตอน
		บ่าย	6 ขั้นตอน

นอกจากนี้ ได้เก็บข้อมูลระดับความเจ็บปวดก่อน ระหว่าง และหลังการทำแผล แล้วเปรียบเทียบระดับของความเจ็บปวดแต่ละระยะระหว่างการทำแผลด้วยวิธีการ 2 อย่าง คือ แบบ 6 ขั้นตอน และ 7 ขั้นตอน

ผลลัพธ์ของขั้นตอนนี้

ได้งานวิจัยเชิงการทดลอง 1 เรื่อง ที่ทำแล้วแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยได้โดยตรง และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติได้ทันที เหมือนงานพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

การทำ R2R ให้ได้ผลดีต้องการแรงเสริม 2 ส่วน

ส่วนที่หนึ่ง คือ บรรยากาศในที่ทำงาน ถ้าที่ทำงานบอกว่า SOP กำหนดให้ทำอะไรแล้วต้องทำให้เหมือนทุกอย่าง ห้ามเปลี่ยนแปลง นี่คือบรรยากาศแบบควบคุมสั่งการ ใช้อำนาจ และกำหนดให้ SOP ตายตัว อย่างนี้ R2R ทำได้ยาก ไม่มีประโยชน์ เพราะ R2R จะเป็นตัวเปลี่ยนแปลงทุกอย่างไปเรื่อย ๆ ฉะนั้น บรรยากาศของการเปิดกว้างให้มีการริเริ่มสร้างสรรค์จะเป็นเงื่อนไขที่สำคัญ หากขาดสิ่งนี้ R2R ก็ทำได้ยาก หรือทำไม่ได้เลย

ส่วนที่สอง คือ แรงหนุนจากผู้บริหาร ผู้บริหารที่รู้จักชม ท้าทาย หรือตั้งคำถามว่าเราทำงานดีได้ยิ่งกว่าที่ทำอยู่นี้หรือเปล่า จะช่วยกระตุ้นให้เกิด R2R เช่น ระยะเวลาที่คนไข้รอจ่ายยาเฉลี่ยอยู่ที่ 15 นาที แต่ในความเป็นจริง คนไข้ที่รอยามีตั้งแต่รอ 5 นาที ไปจนถึง 1 ชั่วโมง ถ้าผู้บริหารตั้งคำถามว่า อย่าให้ถึงชั่วโมงได้ไหม เอาสูงสุดให้เหลือแค่ 30 นาที จะทำได้หรือไม่ ลองค้นหาดูว่าพวกที่ต้องรอ 30 – 60 นาที เป็นพวกไหนบ้าง ทำไมถึงต้องรอนานขนาดนั้น แล้วไปหาวิธีปรับตรงนั้น เพื่อให้คนไข้ได้ประโยชน์ เมื่อทำสำเร็จผู้บริหารก็แสดงความชื่นชม จัดเลี้ยงฉลอง หรือ ถ้าผู้บริหารขยันเล่าถึงความเคลื่อนไหวในที่ทำงานให้ที่โน่นที่นี่ฟังอยู่เรื่อย ๆ ก็จะทำให้ทีมงานที่ทำ R2R มีกำลังใจและเห็นคุณค่าของตัวเอง รวมทั้งเห็นคุณค่าของการริเริ่มสร้างสรรค์

นอกจากนี้ ในบทความวิชาการเกี่ยวกับเรื่องของ **การจัดองค์กรเรียนรู้** (learning organization) ที่ตีพิมพ์ในวารสาร Havard Business Review ยังเชื่อมโยงมาใช้กับเรื่องของ R2R ได้

ในบทความนี้ระบุว่า ตัวชี้วัดว่าองค์กรใดเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้หรือไม่ ให้ดูที่ 3 ปัจจัย ได้แก่

หนึ่ง สภาพแวดล้อม (environment) คือ มีบรรยากาศขององค์กรที่เปิดช่องให้คนใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ไม่บังคับว่าสิ่งต่าง ๆ จะต้องคงที่ตายตัว

สอง กิจกรรม (activity) มีการจัดกิจกรรมในลักษณะเป็นกระบวนการช่วยจับประเด็นมาสร้างความรู้ให้ยกระดับขึ้นไป

สาม ภาวะผู้นำ (leadership) มีผู้นำที่เข้าไปสนับสนุน ท้าท้าย หรือชักชวนอย่างมีศิลปะ เพื่อไม่ให้คนในที่ทำงานตกใจ ไม่กล้า เกิดความรู้สึกว่าเป็นเรื่องที่ยากเกินไป

ที่จริงทั้ง 3 ข้อที่ว่าเป็นเรื่องสำคัญนี้ สามารถคิดได้เองโดยใช้สามัญสำนึก ถือได้ว่าเป็นหลักการทั่วไป ไม่ได้เป็นของแปลกประหลาดอะไร และ 3 ปัจจัยนี้ถือว่ามีสถานะเป็นปัจจัยเอื้อ แต่ไม่ใช่ปัจจัยหลักที่ทำให้เกิด R2R ขึ้นมาได้เองโดยตรง

R2R นั้น หัวใจอยู่ที่คนที่ทำงานประจำที่ต้องการพัฒนางานของตัวให้ดีขึ้น แล้วก็ใช้กระบวนการเพื่อคิดหาวิธี โดยมุ่งตอบคำถามว่า **ทำอย่างไร** (how) เพื่อให้งานในจุดนั้นทำได้ดีขึ้น

เริ่มต้นคิดหัวข้อวิจัย ทำได้อย่างไร ?

1. **ความไม่พอใจในสิ่งที่ปฏิบัติอยู่ในปัจจุบัน**
   ให้เอากิเลสของตนเป็นที่ตั้งโจทย์ อย่าทำตัวเป็นพวก “ทองไม่รู้ร้อน”
   - สำรวจว่างานที่ทำอยู่ในปัจจุบันมีอะไรที่เป็นปัญหา
   - ถ้าไม่มีปัญหาแล้ว การปฏิบัติแบบเดิม ๆ ที่ทำ สามารถปรับให้ดีขึ้นได้หรือไม่
   - ถ้ารู้สึกว่าดีแล้ว ทำให้ดีกว่านี้ได้หรือไม่
2. **ความพอใจหรือเป้าหมายขององค์กร** ซึ่งรวมถึงผู้ป่วยและครอบครัว
   ให้เอากิเลสของคนอื่นมาเป็นที่ตั้งโจทย์
   - วิจัยที่ดี ต้องมีคนต้องการ
   - วิจัยที่ดี ต้องแก้ปัญหาให้คนที่เกี่ยวข้องได้
   - การวิเคราะห์ความต้องการของผู้เกี่ยวข้องจะทำให้ได้รับการสนับสนุนที่ดี เช่น เงิน เวลา นโยบายในการเปลี่ยนแปลง เป็นต้น
3. **การอ่านวารสารและงานวิจัยที่ตีพิมพ์แล้ว**
   ปัจจุบันเราไม่ได้เริ่มต้นจากศูนย์แล้ว การศึกษางานของคนอื่น ๆ บ้างจึงเป็นเรื่องสำคัญ โดยศึกษาว่า
   - ใครทำอะไร?
   - ทำไปถึงไหน?
   - ช่องว่างอยู่ตรงไหน?

   สำหรับหลักในการทบทวนวรรณกรรมเพื่อหาหัวข้อวิจัยนั้น ได้แก่ ใครทำ? ทำอะไร? ได้อะไร? ควรทำอะไรต่อ?
4. **การพบปะพูดคุยหรือการสื่อสารกับบุคคลอื่น ๆ** ทั้งเป็นการส่วนตัว หรือในการประชุมวิชาการต่าง ๆ
5. **การทำวิจัยซ้ำ** (Replication of studies) เช่น ทำซ้ำใน settings อื่น ๆ
6. **ตั้งโจทย์จากทฤษฎี** เพื่อเป็นการพิสูจน์ทฤษฎีต่าง ๆ

ก่อนจะเริ่มต้นทำ R2R ลองมาวิเคราะห์ตนเองกันดูสักหน่อยไหม ว่าท่านอยู่ในกลุ่มใดในคน 5 กลุ่มนี้

กลุ่ม 1 เก็บข้อมูลเอาไว้บ้างแล้ว แต่ยังไม่รู้ว่าจะทำอะไรต่อไป

กลุ่ม 2 มีโครงการวิจัยหรือมีหัวข้ออยู่แล้ว แต่ยังไม่ได้เริ่มทำ

กลุ่ม 3 สนใจที่จะทำงานวิจัยมาก แต่ยังไม่มีโครงการแน่นอน

กลุ่ม 4 สนใจที่จะทำวิจัยพอควร แต่ไม่ค่อยแน่ใจว่าจะทำได้หรือไม่

กลุ่ม 5 ไม่ต้องการทำวิจัยเลย คิดว่ายุ่งยากและไม่สนใจ

ไม่ว่าอยู่ในกลุ่มใด ท่านก็สามารถทำงานวิจัยได้สำเร็จทั้งสิ้น เพียงแต่อาศัยวิธีการเริ่มต้นที่ไม่เหมือนกัน และอาจใช้เวลาต่างกัน

กลุ่ม 1 เก็บข้อมูลมาบ้างแล้ว เริ่มต้นโดยลองเอาข้อมูลเดิมมาพิจารณา แล้วดูว่าเราจะใช้ประโยชน์อะไรได้บ้าง การวิจัยอาจเป็นแบบการทำสำรวจ (survey) เพื่อดูอุบัติการณ์ของปัญหาบางอย่าง

กลุ่ม 2 มีโครงการวิจัยหรือมีหัวข้ออยู่แล้ว แต่ยังไม่ได้เริ่มทำ เริ่มต้นโดยการปรับโครงการเดิม ด้วยการเขียนให้ชัดเจนขึ้น มีการทบทวนเอกสารมากขึ้น และส่งขอทุนวิจัย

กลุ่ม 3 สนใจมาก แต่ไม่รู้ว่าจะเริ่มต้นอย่างไร เริ่มต้นจากการมองดูปัญหาใกล้ตัว วิเคราะห์ปัญหาให้ชัด แล้วพัฒนาโครงการตามขั้นตอน

กลุ่ม 4 สนใจพอควร แต่ยังไม่ค่อยแน่ใจว่าจะทำได้หรือไม่ เริ่มต้นที่การอ่านเอกสารที่เกี่ยวข้องมาก ๆ เพื่อกระตุ้นให้คิดได้ ศึกษาบทเรียนของผู้อื่นทั้งทางตรงและทางอ้อม เพื่อให้เกิดการต่อยอดความคิดของตนเอง

กลุ่ม 5 ไม่ต้องการทำวิจัยเลย คิดว่ายุ่งยากและไม่สนใจ เริ่มต้นจากการลองคิดใหม่อีกครั้ง และลองหาทางทำงานวิชาการประเภทอื่น ๆ ที่เทียบเคียงกัน เช่น งานทบทวนงานวิจัย หรือโครงการใช้ผลการวิจัย (research utilization)

งานวิจัยนั้นเป็น "กระบวนการ" การดำเนินการทุกอย่างเป็นไปตามขั้นตอน และแต่ละขั้นตอนมีกิจกรรมที่แตกต่างกัน ดังนี้

กิจกรรม	ขั้นตอน
1. ระบุหัวข้อหรือปัญหาการวิจัย และทบทวนวรรณกรรม 2. กำหนดตัวแปรของการวิจัยและ วิธีวัดตัวแปร 3. กำหนดระเบียบวิธีวิจัย 4. กำหนดประชากรและกลุ่ม ตัวอย่างในการวิจัย และ เขียนโครงร่าง	การคิดและเขียนโครงร่าง
5. ดำเนินการเก็บข้อมูล 6. วิเคราะห์ข้อมูล	ลงมือทำ
7. เขียนรายงานการวิจัย 8. เผยแพร่งานวิจัย	คิด วิเคราะห์ผล เขียนรายงาน

เมื่อตัดสินใจเริ่มต้น ก้าวแรกมักเป็นก้าวที่ต้องการผู้ช่วยเหลือ ส่วนก้าวต่อ ๆ ไปเป็นก้าวที่ต้องการ "เพื่อนคู่หู" ซึ่งการทำวิจัยเป็นอีกกลวิธีหนึ่งที่จะทำให้เกิดความสำเร็จ

เคล็ดลับลดอุปสรรคสำหรับ R2R (1)

คำนวณขนาดตัวอย่างมาได้อย่างไร ???

Intervention เชื่อถือได้แค่ไหน ???

ฯลฯ

คำถามจากนักวิชาการเช่นที่ยกตัวอย่างข้างต้นนี้อาจบั่นทอนกำลังใจของนักปฏิบัติที่กำลังริเริ่มทำวิจัยใหม่ ๆ ทำให้เบื่อหน่าย และไม่อยากทำวิจัย

แนวทางต่อไปนี้อาจเป็นทางออกที่ดี

- พบกันคนละครึ่งทาง
- พยายามผลักดันให้นักปฏิบัติมองงานที่ทำอยู่ประจำวันเป็นงานวิจัย
- งานพัฒนาคุณภาพที่ทำอยู่ ถ้าหากเก็บข้อมูลดี ๆ รายงานผลให้เป็น และใช้สถิติเปรียบเทียบให้ถูกต้องก็สามารถรายงานในลักษณะของงานวิจัยได้

สิ่งที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) มุ่งสนับสนุนให้เกิดขึ้นในวงการสาธารณสุขของประเทศไทย ก็คือ การทำ R2R ด้วยความเข้าใจที่ถูกต้อง เพราะไม่ว่าเรื่องอะไรก็ตาม ต่างมีทั้งด้านบวกและลบ ให้ได้ทั้งคุณและโทษ ซึ่งโทษส่วนใหญ่มักเกิดจากความเข้าใจผิดหรือหลงผิด จนนำไปใช้ผิด เหมือนไฟหรือไฟฟ้า ถ้าเราใช้ถูกก็มีประโยชน์มหาศาล แต่เมื่อใช้ผิดก็ช็อต ไหม้บ้าน กลายเป็นด้านลบ

R2R นั้นก็เช่นเดียวกัน ถ้าหากคนเข้าใจผิดและนำไปใช้ในทางที่ผิด จะยิ่งทำให้คนกลัวหรือปฏิเสธ ไม่ได้ประโยชน์ จึงต้องให้ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งว่า จุดสำคัญของ R2R นั้นไม่ใช่เป้าหมาย แต่ R2R เป็นเครื่องมือเพื่อพัฒนางานประจำ และพัฒนาคนที่ทำงานประจำให้เติบโต เก่งขึ้น

เคล็ดลับลดอุปสรรคสำหรับ R2R (2)

หาก **ผู้บริหารด้านการวิจัยขององค์กร** ให้การสนับสนุนในสิ่งต่อไปนี้ จะช่วยให้อุปสรรคลดน้อยถอยลง

1. เข้าใจธรรมชาติงานวิจัยทางคลินิกของนักปฏิบัติ
2. นักปฏิบัติอยู่กับการปฏิบัติ ต้องเอื้อให้สามารถใช้การปฏิบัติ และการแก้ปัญหาการปฏิบัติประจำวันพัฒนาไปเป็นการวิจัย
3. ต้องเข้าใจว่านักปฏิบัติที่ยังไม่เคยทำวิจัยเองอาจไม่คล่องตัวเรื่องการใช้สถิติในกระบวนการวิจัย ดังนั้น ต้องช่วยหาที่ปรึกษาทางด้านนี้
4. ต้องเปิดไฟเขียวให้ทุก ๆ เรื่อง ไม่จู้จี้เกินไป และต้องยอมรับความไม่สมบูรณ์บางอย่างได้
5. ตระหนักเสมอว่าถ้าไม่มีการเริ่มต้นงานที่ 1 ก็จะไม่มีงานที่ 2,3,4......ตามมา

ฉลาดขึ้น มีความกล้าทดลองสิ่งใหม่ ๆ มากขึ้น เกิดความมั่นใจตัวเอง แล้วพอทำไปด้วยกันก็ได้รู้ว่าเพื่อนคนนี้เขาก็เก่ง นำมาซึ่งความเคารพต่อกันและกัน คนในที่ทำงานจึงเกิดทั้งความมั่นใจในตัวเองและรู้จักเคารพคนอื่นไปพร้อมกัน ถ้าทุกคนเป็นอย่างนั้น ที่ทำงานก็จะมีความสุข แทนที่ว่าคนทำงานประจำไปเรื่อย ๆ โดยไม่คิดทำ R2R ผ่านไป 5 ปี 7 ปี ก็กลายเป็นเครื่องจักร จิตใจแห้งแล้ง มองเพื่อนร่วมงานก็คิดว่าไม่มีใครเก่ง ชีวิตตัวเองก็ไม่มีอะไรเปลี่ยนแปลง ไม่มีอะไรที่สนุกสนานท้าทาย สุดท้ายชีวิตจึงลงเอยด้วยความอับเฉา

> “ถ้าเมื่อไรคนบอกว่าต้องทำ R2R หรือวัดกันว่าที่องค์กรของคุณมีการทำ R2R หรือเปล่า เมื่อนั้นก็จะมี R2R หลอกๆ หรือ R2R เก๋ๆ เต็มบ้านเต็มเมือง”

ความเข้าใจผิดต่อ R2R ที่ผมกังวลมากที่สุดคือจะมีคนเอา R2R ไปเป็นตัวเป้าหมาย เรียกว่า **“คุณต้องทำ R2R นะ”** แล้วก็นำ R2R ไปเป็นตัวชี้วัดว่าคุณทำ R2R หรือเปล่า ถ้าเป็นไปแบบนี้ ผมกลัวที่สุด เพราะมันเป็นสิ่งที่ผิด

ถ้าเมื่อไรคนบอกว่าต้องทำ R2R หรือวัดกันว่าที่องค์กรของคุณมีการทำ R2R หรือเปล่า เมื่อนั้นก็จะมี R2R หลอก ๆ หรือ R2R เก๋ ๆ เต็มบ้านเต็มเมือง ในบ้านเมืองเรามีเรื่องเก๋เต็มไปหมด เนื่องจากความเข้าใจผิดจนมีการกำหนดกฎเกณฑ์ผิด ๆ ขึ้นมา คนก็ต้องเอาใจนายจึงทำให้มีขึ้น แต่ที่มีนั้นไม่ใช่ของจริงจึงไม่ได้ประโยชน์

ฉะนั้น ต้องทำความเข้าใจให้ถูกต้องก่อนเป็นอันดับแรกว่า **R2R เป็นเครื่องมือไม่ใช่เป้าหมาย** คำว่า “เครื่องมือ” แปลว่าเราไม่ต้องสนใจมัน เช่น เราจะสร้างบ้าน แน่นอนว่าเราต้องใช้ค้อน สิ่ว ตะปู เป็นเครื่องมือ แต่จุดสนใจของเราอยู่ที่เป้าหมายคือการเกิดตัวบ้านที่ดีน่าภาคภูมิใจอยู่แล้วมีความสุข

เมื่อนำ R2R ไปใช้ การชี้วัดผลให้ดูตรงที่ว่า งานประจำพัฒนาขึ้นเรื่อย ๆ หรือไม่ ตัวคนที่ทำงานในองค์กรนี้เขามีความสุข มีความภูมิใจ เขากล้าที่จะลองสิ่งใหม่ ๆ ปรับปรุงตัวเอง และเรียนรู้ไปเรื่อย ๆ หรือไม่

ตรงนั้นต่างหากคือหัวใจ ✌

ถึงเวลาคืนอำนาจ การร่วมสร้างความรู้ ให้กับผู้ปฏิบัติ ด้วย R2R

นายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์

เรื่องของการวิจัยนั้น แท้ที่จริงก็เป็นกิจกรรมทางวิชาการอย่างหนึ่ง แต่ถูกทำให้กลายเป็นเรื่องของผู้เชี่ยวชาญและผูกขาดโดยผู้เชี่ยวชาญ เพราะเป็นส่วนหนึ่งของระบบอุตสาหกรรมความรู้ที่ผู้เชี่ยวชาญทำหน้าที่ผลิตความรู้ มหาชนทำหน้าที่บริโภคความรู้ โดยไม่มีบทบาทในการผลิตและการสร้างความรู้สักเท่าไร

เวลาที่เราทำวิจัย วัตถุประสงค์มีอยู่ด้วยกัน 3 ด้าน

วัตถุประสงค์ที่หนึ่ง คือ เพื่อสร้างความรู้ใหม่ เรียกว่า ใช้งานวิจัยเป็นเครื่องมือในการติดความรู้ (knowledge generating tools)

วัตถุประสงค์ที่สอง คือ เพื่อสอนให้รู้จักการคิดเป็นระบบ ตอบโจทย์ที่ตนเองตั้งขึ้น ด้วยวิธีการที่ตนเองตอบได้ (educational tools)

วัตถุประสงค์ที่สาม คือ เป็นเครื่องมือเสริมพลังอำนาจให้กับคน (empowering tools) หมายถึงว่า ครั้งหนึ่งคุณยืนอยู่ต่อหน้าปรากฏการณ์แล้วไม่เคยรู้จัก มองหน้ามันแล้วก็ยังไม่เข้าใจ นี่เป็นสภาวะของผู้ไร้อำนาจ แต่สมมุติว่าคุณเห็นปรากฏการณ์นั้นด้วยสายตาที่ทะลุเฉือนผ่านปรากฏการณ์ที่อยู่ผิวหน้า ลงไปหามูลเหตุความเชื่อมโยงกันได้ของสิ่งนั้น ๆ และเห็นว่า อ้อ สิ่งนั้นเป็นอย่างนั้นเพราะมันมีบริบทปัจจัยรายล้อมอยู่ คุณก็จะเป็นคนที่มีพลังขึ้น

แนวคิดหลักของ R2R นั้น มีเป้าหมายเพื่อที่จะปฏิวัติกระบวนการการเรียนรู้และการสร้างความรู้ โดยมุ่งไปที่การทำลายมายาคติสำคัญ 3 เรื่อง คือ

หนึ่ง งานวิจัยเป็นเรื่องยาก ซึ่งในความเป็นจริง มันอาจมีทั้งที่ยากและง่าย แต่ที่ผ่านมาได้ถูกทำให้ยากเกินไป

สอง งานวิจัยเป็นเรื่องใหญ่ ต้องมีโครงการ และมีการเขียนขอทุนซึ่งมักผ่านขั้นตอนยุ่งยาก

สาม งานวิจัยเป็นเรื่องของคนอื่น เจ้าหน้าที่ที่ทำงานอยู่ในระบบสาธารณสุขนั้นไม่มีตำแหน่งเจ้าหน้าที่ทำวิจัยโดยตรง ถึงแม้ว่าโดยทั่วไปจะต้องเขียนงานวิชาการกันอยู่บ้าง แต่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมักมีฐานะเป็นเพียงแค่ผู้ช่วยนักวิจัย โดยเป็นพนักงานเก็บข้อมูลให้กับนักวิจัยตามมหาวิทยาลัย ความจริงบทบาทของผู้ช่วยนักวิจัยนั้นต้องช่วยเขาออกแบบและพัฒนาเครื่องมือที่จะใช้ในการวิจัย เก็บข้อมูล เสร็จแล้วก็ส่งให้เขาเขียนวิเคราะห์

R2R เข้ามารื้อความคิด 3 เรื่องนี้ ที่ทำให้เห็นว่าวิจัยเป็นเรื่องใหญ่ เรื่องยาก จนกลายเป็นว่าความรู้ต้องมาจากที่อื่น หรือไม่เช่นนั้น ความรู้ก็ต้องอาศัยคนอื่นมาสร้างให้

R2R จะทำให้การสร้างหรือการผลิตความรู้เกิดขึ้นได้ทุกหนทุกแห่ง ทำให้ทุกที่เป็นองค์กรที่เรียนรู้ได้ด้วยตนเอง โดยใช้การวิจัยเป็นเครื่องมือการเรียนรู้

เจ้าหน้าที่ที่ไปทำงานในชนบทนั้น ถ้าไปด้วยอุดมการณ์อย่างเดียว ผมเชื่อว่าอยู่ได้ไม่เกิน 3 ปีก็ท้อแล้ว เพราะงานที่ทำนั้นเป็นเรื่องยาก และมีอุปสรรคมาก ถึงที่สุดมันก็หมดความท้าทายไปโดยปริยาย แต่ถ้าพวกเขาสามารถผลิตความรู้ได้ มีสถานะเป็นผู้สร้างความรู้ เขาจะสามารถทำงานต่อไปอย่างไม่จบไม่สิ้น เพราะว่าการทำงานได้นำพาเขาไปค้นหาคำถามใหม่ ๆ กระตุ้นความอยากรู้อยากเห็น และนำไปสู่การเรียนรู้เรื่องใหม่ ๆ อยู่ตลอดเวลา

โจทย์ในเรื่องนี้อยู่ตรงที่ว่า ทำอย่างไรเราถึงจะสร้างกระบวนการที่ทำให้เจ้าหน้าที่ตัวเล็กตัวน้อยทุกคนที่อยู่ในระบบสาธารณสุขกลายเป็นคนที่สามารถสร้างความรู้ และมีความภูมิใจที่จะทำงานด้วยความรู้ที่ตนสร้างขึ้น ไม่ได้ทำหน้าที่เป็นแค่ผู้เสพความรู้สำเร็จรูปจากที่อื่น แต่ทำหน้าที่สร้างความรู้ จนสามารถอุ้มชูงานของตนเองได้ด้วยความรู้ที่ตนเองมี คิด และวิจัย สามารถใช้ความสามารถในการสร้างความรู้ความเข้าใจใหม่ที่จะทำให้การทำงานสนุกขึ้น

> "เจ้าหน้าที่ที่ไปทำงานในชนบทนั้น ถ้าไปด้วยอุดมการณ์อย่างเดียว ผมเชื่อว่าอยู่ได้ไม่เกิน 3 ปี ก็ท้อแล้ว เพราะงานที่ทำนั้นเป็นเรื่องยาก มีอุปสรรคเยอะ ถึงที่สุดมันก็หมดความท้าทายไปโดยปริยาย"

ปรัชญาของ R2R ก็คือ การคืนอำนาจให้กับคนในท้องที่ คืนสถานะของการเป็นผู้สร้างความรู้ จากเดิมที่เคยเป็นผู้เสพความรู้ และคืนศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ให้เขา

การสนับสนุนให้คนในระบบสาธารณสุขหันมาให้ความสนใจในเรื่องของ R2R นั้น ผมมองว่ามีเหตุปัจจัยอย่างน้อยที่สุดใน 3 ระดับ

หนึ่ง คือ สภาพของสังคมทั่วไปในปัจจุบันนั้นเป็นสังคมความรู้สำเร็จรูป เราถูกปลูกฝังและเลี้ยมสอนมาให้มีบทบาทเป็น "ผู้บริโภคความรู้สำเร็จรูป" ด้วยเหตุนี้ หนังสือประเภท how to ถึงขายดี มันกลายเป็นว่าคนอื่นเขาคิดมาแล้ว ความรู้นั้นสำเร็จรูปแล้ว ขนาดเรื่องการเลี้ยงลูก คุณยังไม่ต้องไปคุยกับลูกเลย แค่คุณไปอ่านหนังสือแทนเท่านั้น คุณเลี้ยงลูกให้เป็นอัจฉริยะได้ แต่คุณต้องไปซื้อหนังสืออัจฉริยะสร้างได้ คุณไม่ต้องรู้จักลูกหรอก ไปรู้จัก "หนูดี" แทนก็พอ

สอง สถาบันหรือระบบงานของเราเป็นระบบที่ปฏิบัติต่อผู้คนที่เป็นฟันเฟืองตัวเล็กตัวน้อยโดยทำให้เขาไม่มีความใฝ่ฝัน เพราะเราคิดสำเร็จรูป

> สภาพของสังคมทั่วไปในปัจจุบันนั้นเป็นสังคมความรู้สำเร็จรูป เราถูกปลูกฝัง ถูกเสี้ยมสอนมาให้เป็น "ผู้บริโภคความรู้สำเร็จรูป" ด้วยเหตุนี้หนังสือประเภท how to ถึงขายดี

ให้เขาหมด ไล่แต่ "ตัวชี้วัด" กันอย่างเดียว จนคนเหล่านี้เรียนรู้ว่าชาตินี้ขอสู้ตายถวายชีวิตให้กับตัวชี้วัด

สาม ชีวิตการทำงานทุกเมื่อเชื่อวันของคนที่อยู่ในระบบนั้นขาดสิ่งแวดล้อมที่ช่วยกระตุ้นการเรียนรู้ หรือแรงผลักดันให้ไปค้นคว้าศึกษาวิจัย ข้อมูลที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเก็บ เขาไม่ได้เป็นคนใช้ เพราะทำเพื่อส่งเข้ากระทรวง ถ้ามีภาระงานมาก การคิดงานวิจัยขึ้นมาก็แปลว่าเพิ่มงานให้กับตนเอง เหล่านี้ทำให้การสร้างงานวิจัยในงานประจำกลายเป็นเรื่องยาก

สิ่งที่จะทำให้เรื่องนี้มีความเป็นไปได้ อยู่ที่การทำแนวคิดให้ชัดเจนว่า

...R2R คืออะไร

...การสร้างและนำเสนอตัวอย่างที่มีความเป็นไปได้

...และสุดท้ายคือ การมีนโยบายสนับสนุน โดยเปิดพื้นที่ให้เรื่องเหล่านี้สามารถทำได้ในระบบงานประจำ

ที่สำนักงานวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.) เราทำงานวิจัยในเรื่องของกระบวนการฝึกนักวิจัยในพื้นที่ ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ในระดับปลายแถว หรือเจ้าหน้าที่ตัวเล็กตัวน้อยที่อยู่ตามสถานีอนามัย

เมื่อเปรียบเทียบกับคนกลุ่มอื่น ๆ ในระบบ ถือว่าคนเหล่านี้มีโอกาสน้อยสำหรับการได้ฝึกฝนด้านการทำงานวิจัย ซ้ำภาระงานประจำก็ล้นมือ ทำงานอยู่ในชนบท ต้องเดินทางไปเยี่ยมบ้าน ต้องทำงานควบคุมโรค

เดี๋ยวก็ไข้หวัดนกมา ไข้เลือดออก ฉี่หนู ฯลฯ ชีวิตเขามีเรื่องเหล่านี้นัวเนียเต็มไปหมด จึงเป็นความท้าทายว่าจะทำอย่างไรให้คนเหล่านี้สามารถเรียนรู้และพัฒนากระบวนการทำงานขึ้นในลักษณะที่เรียกว่า on the job training ขึ้นมา เพื่อให้ "งานวิจัย" กับ "งานประจำ" เดินเคียงกันไปข้างหน้าเหมือนกับขา 2 ข้าง

"ทำอย่างไรให้คนเหล่านี้สามารถเรียนรู้และพัฒนากระบวนการทำงานขึ้นในลักษณะที่เรียกว่า on the job training ขึ้นมา เพื่อให้ "งานวิจัย" กับ "งานประจำ" เดินเคียงกันไปข้างหน้าเหมือนกับขา 2 ข้าง"

รายละเอียดคร่าว ๆ ในกระบวนการฝึกนักวิจัยที่เราทำอยู่ ก็คือ ให้เขาส่งโครงการมา และเราจะคัดเลือกเอาประเด็นที่น่าสนใจเท่านั้นมาพัฒนาเป็นโครงการวิจัยที่จะลงมือฝึกทำจริง จากนั้น เราจะเริ่มทำกระบวนการฝึกอบรมให้ โดยฝึกให้หัดคิดกระบวนการวิจัยอย่างง่าย ๆ และเป็นขั้นเป็นตอน จนได้ตัวโครงร่างวิจัย ซึ่งไม่ได้หวังว่ามันจะเป็นโครงร่างสมบูรณ์ เมื่อใครก็ตามเขียนโครงร่างวิจัยขึ้นมา ถ้านั่นเป็นงานวิจัยชิ้นแรก ๆ หากจะรอจนสมบูรณ์ก็สายเกินไปแล้ว และเอาเข้าจริงก็ไม่รู้ว่า "ความสมบูรณ์" ที่ว่านั้นคืออะไรด้วย ต้องให้เขาไปลองทำวิจัย พอผ่านกระบวนการทำวิจัยครบวงจรแล้ว ย้อนกลับมาดูว่าทำไมเราจึงเคี่ยวเข็ญให้ทำโครงร่างวิจัย เขาจะเข้าใจว่า อ๋อ...ก็เพราะว่าถ้าไม่ทำแบบนี้ เวลาลงไปเก็บข้อมูลและวิเคราะห์มันจะเจอปัญหา นี่คือการเรียนรู้จากภาคปฏิบัติ

อย่างที่เล่าไว้ตอนต้นว่าคนที่มารับการอบรมกับเรานั้นต่างก็มีงานประจำมากมาย ผมได้คิดวิธีการว่า เราให้เขามาฝึกงานที่สำนักงานของเรา 2 ครั้งในรอบปี โดยมาอยู่ที่นี่ 2 อาทิตย์ คล้าย ๆ กับการอินเทิร์น (intern) โดยเป็นระบบอินเทิร์นวิจัย เราเอาเขามาขัง เข้าแคมป์กินนอนกับเราที่ตึกสวนสุขภาพ ข้างสนามกีฬาในกระทรวงสาธารณสุข ออกไปไหนไม่ได้

> “ ปัญหาของงานวิจัยเชิงคุณภาพที่พบโดยทั่วไปคือ ตอนเก็บข้อมูลมันสนุก อุ้ย...ได้ไปคุยแบบนั้น เล่ากันเป็นตุเป็นตะ แต่มักจะมาตายตอนเขียนกับตอนวิเคราะห์ไม่ออก ”

ร้านรวงหรือทีวีก็ไม่มี ได้แต่ทำงานกัน คุยกัน เขียน คิด กลับไปเก็บข้อมูลในพื้นที่ แล้วเอาขึ้นมาถกกัน

ปัญหาของงานวิจัยเชิงคุณภาพที่พบโดยทั่วไป คือ ตอนเก็บข้อมูลมันสนุก อุ้ย...ได้ไปคุยแบบนั้นแบบนี้ เล่ากันเป็นตุเป็นตะ แต่มักจะมาตายตอนเขียนกับตอนวิเคราะห์ไม่ออก ว่าข้อมูลที่เก็บมาเยอะแยะนั้นแปลความหมายได้ว่าอย่างไร จึงไม่สามารถยกระดับข้อมูลขึ้นมาเป็นความรู้ได้ นี่เป็นโจทย์ใหญ่ของงานวิจัยเชิงคุณภาพ

แต่สำหรับการทำงานวิจัยเชิงปริมาณนั้นแตกต่างกัน ในทัศนะของผม การวิจัยเชิงปริมาณง่ายกว่า คือ คิดโจทย์ขึ้นมา มีกรอบทฤษฎีชัดเจน มีตัวแปร จากนั้น เจ้าหน้าที่ที่ช่วยวิจัยก็ไปช่วยกันเก็บข้อมูลขึ้นมา เสร็จแล้วก็เอาข้อมูลใส่เข้าไปในโปรแกรมสำเร็จรูป ปึ๊บ...ออกมาให้อ่านได้ว่าเปอร์เซ็นต์เท่านั้นเท่านี้ แต่การวิจัยเชิงคุณภาพไม่ได้ง่ายขนาดนั้น เพราะมันเป็นการตีความ และทำความเข้าใจปรากฏการณ์ หนักไปที่การเอาข้อมูลไปถก

วิธีการวิเคราะห์เชิงคุณภาพที่เราใช้ที่นี่ เราจะให้วิเคราะห์ในลักษณะ 3 ขา คือ ประเด็นคำถามวิจัย ข้อมูลที่ได้มา และแนวคิดทฤษฎี ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ที่มาอบรมขาดองค์ประกอบส่วนสุดท้ายนี้ เราก็ให้การบ้าน คือให้ไปอ่าน แล้วกลับมาถกกัน พอถกจนได้ประเด็นแล้วจึงนำข้อมูลมาลองเขียน

เมื่อได้ประเด็นแล้ว ก็ไม่ใช่ว่าจะง่ายไปเสียทีเดียว เพราะตอนเขียนก็มักเขียนไม่ค่อยออก เราต้องมาฝึกการเขียน ถ้าใครได้อ่านรายงานวิจัยของสำนักเราจะเห็นว่าเน้นเรื่องลีลาการเขียน ซึ่งเหมือนกับออกไปในเชิง

มนุษยศาสตร์ คืออ่านแล้วไม่ได้แค่ความรู้ แต่ต้องได้ความรู้สึกด้วย เช่น การทำงานเป็นอย่างไร สิ่งที่เขาไปพบเห็นเป็นอย่างไร ฯลฯ

การที่เราเน้นทั้งความรู้และความรู้สึกเป็นเพราะเวลาเราทำงานกับชุมชน เราต้องฝึกให้เขามีความรู้สึกกับความทุกข์และความเป็นมนุษย์ รู้สึกถึงความบีบคั้นที่คนเจ็บป่วยเขาต้องเผชิญ เราผสมผสานศาสตร์การวิจัยกับศิลปะการเขียนค่อนข้างมาก

หลายกรณีที่นำมาเล่าสู่กันฟังในหนังสือเล่มนี้ เป็นสิ่งที่งอกงามขึ้นมาจากกระบวนการฝึกอบรมที่เล่าข้างต้น ซึ่งผมคิดว่าไม่น่าจะเรียกว่าความสำเร็จ แต่น่าจะเรียกว่าทำให้เรามองเห็น “ความเป็นไปได้” ในเรื่องของการทำ R2R มากกว่า

อย่างกรณีของ **ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองกุงศรี จ.กาฬสินธุ์ ศิริมา โคตตาแสง** คนที่ทำเรื่อง “เสี่ยว help group” เป็นเจ้าหน้าที่อนามัยอยู่ที่นั่น เขาไม่เคยเรียนวิจัย แต่มาอบรมด้วยความอยากรู้อยากเห็นและมีจิตใจทุ่มเทให้กับงาน

เขาเอางานที่ทำอยู่แล้วมาเป็นประเด็นวิจัย คือเขามีผู้ป่วยเบาหวานในหมู่บ้านจำนวนมาก และยังดูแลได้ไม่ดี ในต่างประเทศนั้นได้มีการสร้างสิ่งที่เรียกว่าเป็น “self help group” ศิริมา ก็เลยคิดทำเรื่อง “เสี่ยว help group” ขึ้นมา

ที่จริงแล้วคนอีสานเขาไม่มีแนวคิดเรื่องตัวเอง (self) แนวคิด self help group นั้น มุ่งเน้นที่เรื่องตัวตนของตนเองเกินไป ขณะที่คนอีสานเขาอยู่กันด้วยเสี่ยว ผูกพันกับเพื่อน ศิริมาเลยไปทำโครงการที่ประยุกต์ขึ้นมาใหม่ในชื่อ “เสี่ยว help group” ด้วยความปรารถนาดี แต่พอเขาเอาโครงการนี้เข้ามาเสนอเราเพื่อที่จะทำวิจัย เราก็ตั้งคำถามเขามากมายทำให้เขาต้องไปค้นคว้าเพิ่มเติม จนพบว่าสิ่งที่เขาทำไปนับว่าไร้เดียงสามากเมื่อพิจารณาจากวัฒนธรรมท้องถิ่น เพราะคิดเอาเองว่า “เสี่ยว” เป็น

> เขาต้องไปค้นคว้าเพิ่มเติมจนพบว่าสิ่งที่เขาทำไปนับว่าไร้เดียงสามากเมื่อพิจารณาจากวัฒนธรรมท้องถิ่น เพราะคิดเอาเองว่า "เสี่ยว" เป็นแบบนั้นแบบนี้ก็ได้

แบบนั้นแบบนี้ก็ได้ แต่พอเขาค้นสืบสาวเรื่องเสี่ยวของท้องถิ่น ลักษณะทางวัฒนธรรมของชาวบ้าน ความผูกพันระหว่างเสี่ยวอย่างที่เขาเรียกว่า "เสี่ยวต่อเสี่ยวตายแทนกันได้" เขาเกิดความรู้สึกว่า สิ่งที่เขาทำไปก่อนหน้าที่จะมาค้นคว้าเพิ่มเติมนั้นขาดความรู้ชุดหนึ่ง จากนั้น ศิริมา ก็ใช้กระบวนการวิจัย โดยไปค้นคว้าและเปรียบเทียบขึ้นมาให้เห็นว่าแนวคิดที่เขาออกแบบไปแล้ว กับสิ่งที่เขาไปค้นคว้าและวิจัยพบภายหลังจะเอามาบูรณาการกันได้หรือไม่ อย่างไร ทำให้เกิดเป็นโครงการใหม่ขึ้นในพื้นที่

ตอนที่คิดโครงการ เสี่ยว help group ขึ้นมาครั้งแรก ศิริมา เล่าว่า นั่งๆ รถอยู่ ก็นึกขึ้นมาได้ และคิดว่าต้องทำเลย เพราะนึกว่าจะทำง่ายและได้ผลตามเป้าหมาย ปรากฏว่า เปล่าเลย และความจริงนั้นอาจจับคู่เสี่ยวระหว่างคนเป็นเบาหวานกับคนไม่เป็นเบาหวานก็ได้ เพราะถ้าเขาถูกจริตกัน คนไม่เป็นเบาหวานเขาก็จะดูแลคนเป็นเบาหวานเอง เวลามาโรงพยาบาลบางทีก็ชวนกันมา หรือถ้าเป็นเสี่ยวเบาหวานทั้งคู่ก็ยิ่งดี นอกจากนี้ เวลามาโรงพยาบาล คนไข้เขาไม่ได้มาหาหมออย่างเดียว แต่ยังได้เจอเพื่อนเสี่ยวด้วย ซึ่งจะทำให้ชีวิตของการดูแลรักษาตนเองนั้นไม่โดดเดี่ยวเปลี่ยวเหงาเกินไป เพราะเป็นคนที่ดูแลรู้ใจกัน คุยภาษาเดียวกันได้

ในงานวิจัยของต่างประเทศมีมากมายที่พบว่า ผู้ป่วยเรื้อรังที่เคยป่วยด้วยโรคเดียวกันหรือป่วยด้วยโรคคล้ายกัน และได้มาคุยกันจะช่วยผู้ป่วยได้มากกว่าเจ้าหน้าที่แนะนำเสียอีก เพราะว่าเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ไม่รู้จริง แต่ความรู้อยู่ในตัวผู้ป่วย เช่น พ่อแม่ของเด็กที่ป็นโรคออทิสซึ่มพาลูก

ไปหาหมอ สิ่งที่หมอแนะนำอาจไม่เข้ากับปัญหาของพ่อแม่ เพราะมันไม่ใช่ปัญหาของเขา หมอเขาเปิดตำรา แม้แต่ลูกตัวเองเคยเลี้ยงหรือเปล่าก็ไม่รู้ แล้วจะมาแนะนำการเลี้ยงเด็กพิเศษได้จริงหรือ ต่อเมื่อให้พ่อแม่ไปนั่งคุยกับคนที่มีลูกเป็นเด็กพิเศษที่โตแล้วจึงได้แนวทางที่ช่วยเขาได้จริง

> “ต้องให้รื้อโครงการใหม่ เขาก็โกรธเหมือนกันนะ แต่ความที่สมัครมาแล้วหรืออะไรสักอย่าง เขาก็อยู่ในสภาพที่เรียกว่า “กลืนเลือด” ทำนองว่า “เอ้า...กูจะลองกับมึงดูสักตั้ง””

อีกกรณีหนึ่ง เป็นงานวิจัยของ **คุณสุวิทย์ อินนามมา นักวิชาการ สถานีอนามัยบ้านเม็ง อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น** ซึ่งพื้นที่นี้มีแรงงานนอกระบบจำนวนมาก และที่ผ่านมาก็มีคนมาทำวิจัยมากพอสมควรแล้วในประเด็นต่าง ๆ รวมทั้งเรื่องสุขภาพ เพราะอาชีพเย็บผ้าเป็นอาชีพที่ทำให้มีโอกาสเกิดโรคบางโรคมากกว่าคนทั่วไป เช่น โรคกระเพาะปัสสาวะอักเสบ เพราะว่าเวลาเย็บผ้าเขามีรายได้แบบคิดต่อชิ้น จึงค่อยไม่ยอมลุก พอปวดปัสสาวะก็คิดว่าเสียเวลา ทนอั้นปัสสาวะไปเรื่อย ๆ เป็นต้น

ตอนแรก สุวิทย์ คิดจะนำโครงการที่ตัวเองทำอยู่มาทำวิจัยในแนวประเมินผล โดยจะทำเป็นวิจัยเชิงปริมาณ เราได้บอกว่าที่นี่ไม่ฝึกเรื่องเชิงปริมาณ เลยต้องให้รื้อโครงการใหม่ เขาก็โกรธเหมือนกันนะ แต่ความที่สมัครมาแล้วหรืออะไรสักอย่าง เขาก็อยู่ในสภาพที่เรียกว่า “กลืนเลือด” ทำนองว่า “เอ้า...กูจะลองกับมึงดูสักตั้ง”

จากนั้น เราก็ให้อ่านหนังสือ ตั้งคำถาม ลงเก็บข้อมูล ถ้านี่เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณก็จะมีการวางกรอบไว้เบ็ดเสร็จก่อน และผู้วิจัยก็จะสนใจเฉพาะขอบเขตที่วางกรอบไว้ แต่งานวิจัยเชิงคุณภาพนั้นไม่ใช่ ถ้าจะไปทำความเข้าใจกับปรากฏการณ์เรื่องนี้ สุวิทย์ ก็ต้องลงไปคลุกคลี ขยายวงการเรียนรู้ออกไป ในที่สุด จากเดิมที่เขาเคยเห็นเพียงแค่ว่าการเย็บผ้า

ของชาวบ้านนั้นเป็นเหตุผลทางเศรษฐกิจ ทำไปเพื่อความอยู่รอดอย่างเดียว เขาก็สืบสาวจนไปเจอว่ามันมีความเป็นมาทางเชิงประวัติศาสตร์ และมีความภาคภูมิใจของคนในท้องถิ่นที่ได้มีอาชีพนี้ ฉะนั้น จึงมีกระบวนการทำให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บที่ไม่ถูกพูดถึง เพราะว่าส่วนหนึ่งมันเป็นความสัมพันธ์ในลักษณะของครอบครัวและเครือญาติที่ทำให้ชาวบ้านไม่อยากพูดถึงเรื่องบางเรื่อง เช่น ความเจ็บป่วยที่เกิดจากการเย็บผ้าเหมือนเกรงใจกัน เรียกว่ามีเงื่อนไขความสัมพันธ์ทางสังคมเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย พอลงไปค้นคว้า สุวิทย์ได้เรียนรู้อย่างลึกกับกรณีเหล่านั้น ทำให้เขาเติบโตขึ้น และมาช่วยเป็นพี่เลี้ยงนักวิจัยรุ่นที่ 2 ให้เรา

เวลาเราฝึกการวิจัยเชิงคุณภาพ ตอนที่สอนเรื่องหลักการ ขั้นตอนแนวคิด จะให้แค่พอรู้เพื่อให้ไปลงมือทำได้ พอทำแล้ว ย้อนกลับมาดูขั้นตอนใหม่ ทีนี้ก็จะทะลุปรุโปร่ง เหมือนกับเราเรียนศิลปะแขนงต่าง ๆ เช่น เรียนแกะสลักไม้ ขั้นแรก คือ ไปเลือกไม้ให้มีขนาดและลวดลายที่เหมาะ จากนั้นก็นำหลักการแกะสลักไม้ไปลองทำจริง พอสลักเสร็จหนึ่งชิ้น กลับมาอ่านหลักการจะพบว่าเริ่มเข้าใจ การวิจัยเชิงคุณภาพก็ทำนองเดียวกัน คือ ไม่ใช่การเรียนจากหลักการเพื่อไปประยุกต์ใช้กับเหตุการณ์ แต่มันเรียนจากเหตุการณ์แล้วค่อยสะท้อนหลักการขึ้นมาจากวิธีการที่ไปลองทำดู

กรณีของ **คุณพรหมมาศ ปฏิสังข์** ที่ **สถานีอนามัยแก่งหางแมว จ.จันทบุรี** ยิ่งน่าสนใจ เพราะเป็นผู้ชายแต่ไปทำวิจัยเรื่องผู้หญิงที่เป็นมะเร็งปากมดลูก เดิมทีเดียว พรหมมาศ มีประสบการณ์เล็ก ๆ น้อย ๆ กับผู้คนที่เป็นมะเร็ง แต่เขาไม่ได้สนใจอะไรลึกซึ้ง ต่อมา เมื่อมาเข้าหลักสูตรวิจัยเชิงคุณภาพ ตอนแรกเขาตั้งใจว่าจะทำวิจัยเรื่องมะเร็งกล่องเสียงจากกรณีผู้ป่วยที่เขารู้จักดี แต่สายเกินไป เพราะผู้ป่วยเสียชีวิตไปก่อน เขาเลยคิดว่าถ้าอย่างนั้นก็ไปศึกษามะเร็งชนิดที่พบมากในพื้นที่ก็แล้วกัน พอสืบค้นดูปรากฏว่ามีกรณีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกหลายราย เขาจึงเลือกขึ้นมาจำนวนหนึ่ง จากนั้นก็ลงไปศึกษาอย่างลึก

กรณีนี้ผู้วิจัยได้เรียนรู้มากมาย เพราะทำให้เขารู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งมีแง่มุมมากกว่าที่เขาเคยรู้ เช่น สามีกลับมาอยากหลับนอนด้วยแต่ไม่สามารถทำได้เพราะภรรยาเป็นมะเร็งปากมดลูก จนลงเอยด้วยการซ้อมภรรยา เป็นต้น เรื่องราวชีวิตในมุ้งของผู้หญิงนั้น เขาไม่บอกเล่ากับใครหรอก อย่าว่าแต่บอกผู้ชายเลยกับเพื่อนผู้หญิงก็ยังไม่บอก พรหมมาศจึงต้องเทียวเข้าเทียวออกชุมชน ใช้ทั้งการสังเกตลักษณะการนอน ที่นอน ที่อยู่ สังเกตแม้กระทั่งเรื่องของกลิ่นว่ามะเร็งมันมีกลิ่นไหม เวลาที่ป่วยมีอะไรเลอะออกมาหรือเปล่า ต้องหาทางซักถามพูดคุย จนถึงช่วงที่เขามาฝึกงานที่นี่ บ่นคำเดียวเลยว่าเจาะข้อมูลไม่ได้ แต่เขาก็คุยไปเรื่อย เข้าไปชุมชนบ่อย ๆ จนตอนหลังได้เรื่องราวมาทั้งหมด

กรณีของพรหมมาศนี้ เห็นได้ชัดว่า การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง และการทำความเข้าใจกับคำว่า “ความทุกข์” หรือ human suffering นั้น สามารถเปลี่ยนแปลงชีวิตของคนทำงานสุขภาพได้ จากมองในมุมของการดูแลให้เขาได้คีโมหรือให้เขาได้ผ่าตัด มาเป็นว่าคุณกำลังดูความทุกข์ของมนุษย์คนหนึ่งที่ทุกข์สุด ๆ จะว่าเป็นแบบเจ็บปวดก็ยังไม่ใช่ มันเป็นความทุกข์ที่คุณแบ่งปันกับคนอื่นไม่ได้ และพรหมมาศก็เขียนรายงานออกมาได้ดีทีเดียว

จะเห็นว่ากรณีเหล่านี้เป็นกระบวนการทำวิจัยที่ไม่ได้มีที่มาแบบคิดไว้ชัดเจนว่า โห...เรื่องนี้ต้องไปทำ หรือต้องมีหลักการ เหตุผลมากมาย แต่บางทีมันก็เริ่มต้นจากแค่ เออ...ดูน่าสนใจดี ก็เลยลองทำดู อาจไม่ได้คิดอะไรมากหรือคิดอะไรไม่ค่อยชัด ซ้ำสุดท้ายก็อาจยังงง ๆ อยู่ด้วยซ้ำไป

กรณีเหล่านี้จึงไม่ใช่การนำเสนอเรื่องราวเพื่อสดุดีความสำเร็จ แต่สิ่งที่สะท้อนอยู่ในเรื่องราวเหล่านี้คือ ถ้ามีวิธีการที่ดี ได้เรียนรู้ได้จากงานที่ทำอยู่ และได้เติบโตจากกระบวนการที่ทำโดยใช้งานวิจัย มันอาจจะพบได้ทั้งความสำเร็จ ความล้มเหลว และอาจยังมีโจทย์ที่ยังตอบไม่ได้

แต่กระบวนการแบบนี้จะทำให้เขาเติบโตไปได้ทุกวัน

> “
> จากเดิมที่เคยทำไป “แบบโง่ ๆ” ว่ากันอย่างนั้น แต่เมื่อทำ R2R จึงได้มาเห็นในวันหนึ่งว่า โอ้โห ที่แท้มันเป็นแบบนี้ เพราะความซับซ้อนต่างๆ มันปรากฏให้เห็นอยู่ตรงหน้า
> ”

คุณค่าที่แท้จริงของ R2R นั้น ไม่ได้อยู่ที่การทำให้งานลดลง แต่มันช่วยให้ความเป็นมนุษย์เกิดสมบูรณ์เต็มเปี่ยม ในฐานะของคนที่คิดได้ ทำเป็น เรื่องที่แต่เดิมไม่เข้าใจ ปัจจุบันเกิดความเข้าใจ จากเดิมที่เคยทำไป “แบบโง่ ๆ” ว่ากันอย่างนั้น แต่เมื่อทำ R2R จึงได้มาเห็นในวันหนึ่งว่า โอ้โห ที่แท้มันเป็นแบบนี้ เพราะความซับซ้อนต่าง ๆ มันปรากฏให้เห็นอยู่ตรงหน้า

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการทำ R2R นำไปสู่ความสุข แต่อย่าเข้าใจว่าทำแล้วจะสบายขึ้น งานมันจะไม่เบาลงหรอก กลับยิ่งหนัก แต่ R2R จะช่วยให้มีแรงเพื่อทำงานหนักต่อไปได้ เพราะเกิดกำลังใจที่จะทำ

อย่าลืมว่าเราเป็นคน ไม่ใช่ควายที่ใครสั่งให้ทำงานหนักแล้วต้องไปทำ การที่คนมีความรู้ยอมทุ่มเททำงานหนัก เป็นเพราะเขารู้ว่าเรื่องที่ทำนั้นสำคัญอย่างไร

สิ่งนี้เองที่จะนำไปสู่ความสุข ซึ่งไม่ใช่สุขในแบบของความสุขสบาย แต่เป็นการเข้าถึงความสุขแบบที่เกิดเป็นความปิติ

และจากจุดนี้ เมื่อจะทำงานอะไรต่อไปก็ย่อมมีพลัง...

R2R : ความสุขจากการเรียนรู้ที่ไม่หยุดนิ่ง

นายแพทย์อัครินทร์ นิมมานนิตย์

ในการบริการใดๆก็ตาม หากผู้รับบริการสามารถเลือกได้ สิ่งที่ผู้รับบริการคำนึงถึงเป็นอันดับต้นๆ ก็คือ **"คุณภาพ"** โดยเฉพาะการบริการด้านสุขภาพ ซึ่งเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและชีวิต คงไม่มีผู้ใดปฏิเสธได้ว่าต้องการให้ตนเองหรือบุคคลอันเป็นที่รักได้รับการบริการที่ดี ทันสมัย และเหมาะสมกับความเจ็บป่วยที่สุด ดังนั้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพต้องคำนึงถึงคุณภาพของงานที่ให้บริการซึ่งมีอยู่หลายมิติ เช่น การบริการและสถานบริการนั้นเป็นที่ยอมรับ ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการบริการได้สะดวก มีบริการให้ในเวลาและสถานที่ที่เหมาะสม ถูกต้องตามหลักวิชาการ มีหลักฐานว่าได้ผลลัพธ์ที่ดี และใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่า ปลอดภัย และมีการเคารพในสิทธิผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งเมื่อพิจารณาแล้วจะเห็นว่าการที่จะเรียกการบริการใดๆ ว่ามีคุณภาพ การบริการนั้นควรมีการปรับปรุงพัฒนาในมิติต่างๆ เพื่อให้ทันสมัยอยู่ตลอดเวลา

จากแผนการพัฒนางานวิจัยของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ซึ่งเริ่มต้นขึ้นเมื่อประมาณ 4 ปีก่อน (ปี พ.ศ.2546) โดยมุ่งเป้าให้เกิดประสิทธิภาพและความเชื่อมโยงของการวิจัยทั้ง 3 ด้านของคณะฯ อันได้แก่ Biomedical Research การวิจัยทางคลินิกรวมทั้งทางด้าน Clinical Trials และการบริการสุขภาพ ปัญหาสำคัญที่ผู้บริหารคณะฯในขณะนั้น

เห็นตรงกันในการขับเคลื่อนไปสู่ความสำเร็จของการพัฒนางานวิจัย คือ การบริหารจัดการวิจัย (research management) จึงเกิดการดำเนินการเพื่อพัฒนาบุคลากรที่มีความสามารถบริหารจัดการวิจัย และสร้างหน่วยบริหารจัดการวิจัยที่มีประสิทธิภาพขึ้น ผู้บริหารคณะฯ ในขณะนั้นจึงได้เชิญผู้เชี่ยวชาญด้านบริหารจัดการวิจัย จากมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) มาเป็นที่ปรึกษา และร่วมกันวางแผนเพื่อดำเนินการสู่เป้าหมายที่ต้องการ และร่วมกันจัดตั้ง **โครงการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (Routine to Research Project : R2R)** ขึ้น เพื่อพัฒนาการวิจัยบริการสุขภาพ โดยมีแนวคิดว่าการทำงานหรือการบริการจำต้องมีการพัฒนาและการพัฒนาที่ดีนั้นควรมีรากฐานมาจากหลักฐานทางการวิจัย กล่าวคือมีเหตุผลรองรับในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงต่างๆ การบริการต้องมีการพัฒนาตลอดเวลาทั้งนี้ เพราะความรู้เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา อีกทั้งวิธีการรักษาผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยมิได้เป็นความจริงที่มีข้อสรุปแน่นอน ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการสังเกตและนำข้อสรุปจากการวิจัยมาปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลาเช่นกัน หรืออาจมองได้ว่าเป็นโชคดีที่ผู้ปฏิบัติงานประจำจะสามารถสร้างงานวิจัยประเภทนี้ได้อย่างต่อเนื่องเพราะ **“R2R ก็คือรูปแบบหนึ่งของการผสมผสานระหว่างการพัฒนาคุณภาพและการวิจัย”**

ในระยะเริ่มแรกของโครงการ R2R ที่ศิริราช มุ่งเน้นที่การพัฒนาฐานเดิมที่สำคัญในการพัฒนาปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วย คือ การรวมกลุ่มสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ ฯลฯ หรือที่เรียกว่า care team เพื่อทำงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลตามมาตรฐานจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พ.ร.พ.) ซึ่งโรงพยาบาลศิริราชได้รับการรับรองตั้งแต่ปี พ.ศ.2545 เหตุที่เห็นว่ากลุ่ม care team นี้เป็นฐานเดิมหรือต้นทุนที่สำคัญสำหรับการทำงาน R2R ก็เพราะว่าการทำงานของ Care Team นั้นส่วนใหญ่ใช้รูปแบบของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

(Continuous Quality Improvement ; CQI) หากพิจารณาอย่างถี่ถ้วนก็จะพบว่าการทำงาน CQI นั้นเริ่มจากการทบทวนหาหลักฐานอ้างอิงหรือตัวอย่างที่ดีเยี่ยมมาวางแผนการพัฒนาเพื่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ จากนั้นก็ลองนำวิธีพัฒนานั้นมาใช้จริง และที่สำคัญต้องมีการตรวจสอบผลลัพธ์ว่าเป็นจริงตามที่คาดไว้หรือไม่ เมื่อได้ผลดีก็นำมาใช้ในหน่วยงานนั้น ๆ และยังอาจขยายผลไปใช้ข้ามหน่วยงานได้อีกด้วย ซึ่งกระบวนการนี้คล้ายกับการทำงานวิจัยอย่างมาก หากมีการสนับสนุนที่เหมาะสม บุคลากรที่มีประสบการณ์ในการทำงาน CQI ก็น่าจะสามารถพัฒนาการเป็นการวิจัยได้อย่างรวดเร็ว ทั้งยังสร้างโอกาสให้บุคลากรที่ทำงานพัฒนาคุณภาพสามารถสร้างผลงานให้กับตนเองและหน่วยงานอีกด้วย

> “หากมีการสนับสนุนที่เหมาะสม บุคลากรที่มีประสบการณ์ในการทำงาน CQI ก็น่าจะสามารถพัฒนาการเป็นการวิจัยได้อย่างรวดเร็ว”

โครงสร้างของโครงการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยที่คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ประกอบด้วย

1. **สำนักงานโครงการฯ**
2. **คณะทำงาน 2 ชุด** ได้แก่

2.1 ทีมบริหารงานกลาง (core team) ซึ่งเป็นกลุ่มอาจารย์แพทย์ที่ให้เวลาทำงานกับโครงการอย่างมาก รองคณบดีฝ่ายวิจัย รองคณบดีฝ่ายพัฒนาคุณภาพ และที่ปรึกษาจากมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

2.2 คณะทำงานที่เรียกว่า cluster facilitators หรือกลุ่มอาจารย์แพทย์และพยาบาลที่มีความรู้ด้านการวิจัย ซึ่งทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการให้กับทีมผู้เริ่มคิดทำวิจัย

3. คณะกรรมการ 2 ชุด ได้แก่

3.1 คณะกรรมการดำเนินการ ประกอบด้วย หัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือ งานจัดการความรู้ งานบริหารทรัพยากรสุขภาพ งานพัฒนาคุณภาพ และ งานวิจัยและวิชาการฝ่ายการพยาบาล เพื่อสื่อสารร่วมกันทำงานขับเคลื่อนงานทั่วทั้งองค์กร

3.2 คณะกรรมการนโยบาย ประกอบด้วย ผู้บริหารระดับสูงของคณะแพทยศาสตร์ เพื่อช่วยให้แนวทางในการดำเนินการชัดเจน และเป็นผู้สื่อสารถึงทิศทางการพัฒนาองค์กรที่คณะฯ ต้องการ

การทำงานที่ผ่านมาของโครงการ R2R **ได้ดำเนินการเชิงรุกโดยใช้แนวทางการจัดการความรู้มาประยุกต์ออกแบบเป็นกิจกรรมหลากหลาย** มุ่งเป้าให้เกิดความตื่นตัว ความสนใจ และการเห็นคุณค่าของการทำงานวิจัยจากงานประจำในหน่วยงานต่าง ๆ และมีกิจกรรมที่ส่งเสริมการเรียนรู้เพื่อพัฒนาโครงร่างการวิจัยที่ได้คุณภาพดี และส่งเสริมการทำงานวิจัยได้สำเร็จจริงตามเป้าหมาย

จากการทำงาน 4 ปีที่ผ่านมาทำให้ทราบว่า การนำการจัดการความรู้มาใช้นั้นสามารถปฏิบัติได้ผลดีจริง ๆ กิจกรรมที่จัดขึ้นอย่างสม่ำเสมอคือ การจัดให้มีการเล่าเรื่องแห่งความสำเร็จ (success story telling) ซึ่งสามารถเร้าอารมณ์ให้ผู้ฟังได้ซาบซึ้ง เกิดความฮึกเหิมที่จะเริ่มทำงานวิจัยจากงานประจำ นอกจากนี้ success story telling ยังเป็นเครื่องมือที่สามารถสื่อสารเรื่องที่ซับซ้อนได้ดีมาก เช่น เรื่องระเบียบวิธีวิจัยต่าง ๆ นั้น เมื่อเชิญทีมวิจัยที่สามารถทำงานวิจัยได้เป็นอย่างดีมาเล่าให้กับกลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อพัฒนาโครงร่างการวิจัย พบว่าสามารถสื่อสารได้ดีมาก เนื่องจากเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ตรง เคยผ่านปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ มาก่อน ทั้งยังทำให้ผู้เล่าและผู้ฟังได้รู้จักกัน เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ อีกด้วย ช่วยขจัด **"ความกลัวการวิจัย"** ซึ่งพบในบุคลากรที่ปฏิบัติ

งานประจำส่วนใหญ่ แม้แต่ในคณะแพทยศาสตร์ก็ตามให้กล้าตั้งคำถาม แสวงหาคำตอบ กล้าสร้างความเปลี่ยนแปลงอันเอื้อประโยชน์ต่อ**"การพัฒนา"** ไม่รู้จบ

นอกจากนี้ โครงการ R2R ที่ศิริราชยังอำนวยความสะดวกในการประสานผู้ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนางานวิจัยจากงานประจำทั้งภายในและภายนอกคณะฯด้วย อาทิ สถานส่งเสริมการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ และคณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นต้น เพื่อร่วมพัฒนางานวิจัยที่มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพงานประจำและสร้างผลงานวิจัยอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังดูแลการให้ทุนสนับสนุนโครงการวิจัยประเภทนี้อีกด้วย

> “
> กิจกรรมที่จัดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ คือ การจัดให้มีการเล่าเรื่องแห่งความสำเร็จ (success story telling) ซึ่งสามารถเร้าอารมณ์ให้ผู้ฟังได้ซาบซึ้ง เกิดความฮึกเหิมที่จะเริ่มทำงานวิจัยจากงานประจำ
> ”

มีคำถามที่พบบ่อยๆว่า **"ทำ R2R แล้วได้อะไรบ้าง"** จากประสบการณ์การทำงานที่ศิริราชสามารถตอบอย่างมีหลักฐานตัวอย่างจริงได้ว่า "ได้" หลายอย่าง

"ได้" แรกคือผู้ป่วยหรือผู้รับบริการได้รับบริการที่ดีขึ้น มีมาตรฐานและมีการพัฒนาต่อเนื่องตลอดเวลา **"ได้" ที่สองคือหน่วยงาน**ที่มีการทำการวิจัยก็ได้รับผลดีด้วย เช่น ภาระงานเบาลง ผู้ปฏิบัติงานทำงานได้สะดวกสบายขึ้น ลดค่าใช้จ่ายของหน่วยงาน เป็นต้น และ **"ได้" ที่สำคัญที่สุดคือ ผู้ที่ร่วมในกระบวนการทั้งหมด** ทั้งผู้สร้างงานวิจัยและผู้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้แบ่งปันประสบการณ์ในกิจกรรมต่างๆ เนื่องจากเป็นผู้ที่ได้รับการฝึกฝนพัฒนาตนเอง ฝึกฝนการคิดวิเคราะห์แสวงหาคำตอบอย่างเป็นระบบ หรือได้ **"เรียนรู้ผ่านกระบวนการทำงานวิจัย"**

> “การเขียนรายงานเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะสื่อสารความรู้ที่ได้นี้ไปยังที่ต่างๆ”

จาก “ได้” ที่สำคัญที่สุดอย่างหลังนี้เองทำให้โครงพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลได้รับรางวัลชนะเลิศในการประกวดโครงการระดับนานาชาติ Asian Hospital Management ในสาขาการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ปี ค.ศ.2007 และเป็นโรงพยาบาลภาครัฐแห่งแรกและแห่งเดียวในประเทศไทยที่ได้รับรางวัลนี้ในปัจจุบัน ซึ่งเป็นสิ่งยืนยันว่า **“แนวคิดการเรียนรู้ผ่านกระบวนการทำงานวิจัย”** เป็นที่ยอมรับในระดับสากล กล่าวโดยสรุปคือ **“R2R เป็นกระบวนการพัฒนาคน และพัฒนางานนั่นเอง”**

ในเวลานี้มีผู้พยายามให้นิยามของการทำงานแบบ R2R หลายนิยาม ซึ่งโดยส่วนตัวผมยังไม่เห็นนิยามใดดีเท่ากับนิยามของ **ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช** อย่างไรก็ดีมี**ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคในการส่งเสริมการทำ R2R** ที่ผมต้องขอกล่าวในที่นี้

อันดับแรกคือ *R2R เป็นรูปแบบระเบียบวิธีวิจัยวิธีหนึ่ง* ซึ่งแท้จริงแล้ว **“R2R ไม่ใช่ระเบียบวิธีวิจัย”** การทำ R2R นั้นไม่ยึดว่าต้องใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบหนึ่งแบบใดเท่านั้น และจะใช้การวิจัยเชิงปริมาณหรือคุณภาพก็ได้ แต่ต้องใช้ให้เหมาะสมกับคำถามที่ต้องการคำตอบ

อันดับที่สองคืองาน *R2R ไม่ใช่การวิจัยที่แท้จริงและไม่ต้องเขียนรายงานก็ได้* ซึ่งไม่ถูกต้องเพราะ **“R2R เป็นการวิจัยที่แท้จริงและรายงานผลการวิจัยเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง”** งาน R2R นั้นเป็นการวิจัยที่มีคำถามมาจากการทำงานประจำ มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาให้งานประจำนั้นดีขึ้นและต้องมีการวางแผนและการดำเนินการวิจัยที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ เพื่อให้ได้คำตอบที่เชื่อถือได้มากที่สุด เพื่อนำมาใช้พัฒนางาน พัฒนาการดูแลผู้ป่วยของเราเอง และการเขียนรายงานเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะสื่อสารความรู้ที่ได้นี้ไปยังที่ต่าง ๆ ไม่ว่าการเปลี่ยนแปลงหรือการพัฒนานั้นจะได้

ผลดีหรือไม่ ถ้าได้ผลดีก็ทำให้ที่อื่นๆ ได้เรียนรู้และประยุกต์ใช้ได้ หากไม่ได้ผลที่อื่นๆ ก็จะได้ไม่ต้องสิ้นเปลืองเวลา และทรัพยากรในการทำวิจัยซ้ำอีก

หากงาน R2R ขาดการเขียนรายงานผลการวิจัยก็คงไม่แตกต่างจากการทำงานแบบ CQI มากนัก และการเขียนยังเป็นการสร้างผลงาน สร้างคุณค่าให้กับทีมวิจัยอีกด้วย ทั้งนี้ มีตัวอย่างจริงที่เกิดขึ้นแล้วของการรายงานผลการวิจัย R2R ที่ศิริราช ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารทั้งภายในประเทศและในระดับสากล ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผลงานวิจัยแบบ R2R นั้นเป็นที่น่าสนใจและเป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติเช่นเดียวกันกับแนวคิดกระบวนการเรียนรู้ผ่านกระบวนการทำวิจัย

4 ปีของโครงการ R2R ที่ศิริราช **ได้รับการตอบรับเป็นอย่างดีจากบุคลากรเกือบทุกระดับ** มีกลุ่มผู้วิจัยและหัวหน้าโครงการวิจัยที่เป็นอาจารย์แพทย์ แพทย์ประจำบ้าน พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และล่าสุดเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยที่สนใจทำ R2R ทั้งนี้ มีโครงการวิจัยที่ได้รับการอนุมัติทุนสนับสนุนแล้วมากกว่า 70 โครงการ ซึ่งโครงการเหล่านี้ได้ผ่านการประเมินอย่างเข้มข้นตามระเบียบวิธีวิจัยที่ดีและต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคนอีกด้วย และมีผู้สนใจรวมกลุ่มเป็นทีมงานพัฒนาโครงการวิจัย R2R รวมเกือบ 150 โครงการ

งานวิจัยที่สำเร็จแล้วเกือบทั้งหมดไม่เพียงสามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้จริง เกิดการพัฒนางานประจำ รวมทั้งได้รับการเผยแพร่หลายผลงานได้รับรางวัลสร้างชื่อเสียงให้กับทีมวิจัย หน่วยงานและคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลอย่างต่อเนื่อง แต่เหนือสิ่งอื่นใดคือ R2R สร้างความสุขให้กับผู้ปฏิบัติงาน เกิดการรวมกลุ่ม สร้างความสามัคคีเสริมพลัง สร้างสรรค์และพัฒนา

นั่นคือความสุขจากการเรียนรู้ที่ไม่หยุดนิ่งอย่างแท้จริง

ภาค 2

ตั้งต้นลงมือปฏิบัติ

โรงพยาบาลปลาปาก
จังหวัดนครพนม
สิ่งงดงามที่งอกเงย
จากกองทุกข์เรื้อรัง

ผ่านมาเกือบ 6 ปีกับการป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ร่างกายผ่ายผอมอ่อนแรงทั้งที่ก่อนหน้านั้น **ดำรงชัย หนูปัทยา** เคยเป็นชายหนุ่มฉกรรจ์มีน้ำหนักตัวถึง 65 กิโลกรัม แต่ตอนนี้เหลือเพียง 54 กิโลกรัม เคราะห์ซ้ำกรรมซัดให้ต้องอาศัยอยู่กับแม่เพียงลำพัง ทั้งฐานะก็ไม่สู้จะดีนัก แล้วยังต้องมาทุกข์ทรมานกับโรคร้าย

หลังทดท้อจนเคยคิดฆ่าตัวตาย แต่วันนี้ดำรงชัยกลับมามีกำลังใจที่เข้มแข็ง ใช้ชีวิตให้มีความสุขอยู่กับโรคร้ายได้ด้วยความเข้าใจ

ดำรงชัย อดีตทหารเกณฑ์ที่ค่ายพระยอดเมืองขวาง จังหวัดนครพนม เข้ามารับบริการฟอกเลือดที่ **โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม** เมื่อปลายปี 2545 หลังจากที่รู้ตัวว่าป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และผ่านมือหมอมาหลายโรงพยาบาล ทั้งโรงพยาบาลทหารและโรงพยาบาลจังหวัด จนสุดท้ายมาหยุดอยู่ที่โรงพยาบาลอำเภอปลาปาก

เขาเล่าถึงอาการเริ่มต้นของการป่วยเป็นโรคว่า

“มีอาการเหนื่อยง่าย น้ำหนักลด ร่างกายผิดปกติคือเวลานอนตอนกลางคืนจะเป็นตะคริว ท้องเสียรุนแรง ก็พยายามตรวจเช็คร่างกายตัวเอง ไปหาหมอที่โรงพยาบาลทหารเขาก็บอกว่าพักผ่อนไม่เพียงพอ เพราะช่วงนั้นผมทำงานหนัก เข้าไปตรวจที่โรงพยาบาลจังหวัด เขาก็ไม่ได้บอกว่าเป็นโรคไต

แต่สภาพร่างกายของผมมันทรุดโทรมลงมาก อาการก็หนักขึ้นเรื่อยๆ ผิวดำซีด ตัวก็บวม จนสุดท้ายแล้วโรงพยาบาลนครพนมจึงบอกว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย คือรักษาไม่หายแล้ว”

นอนอยู่โรงพยาบาลนครพนม 1 สัปดาห์ หมอก็ให้กลับบ้าน จากนั้นแม่ก็พาไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลค่ายพระยอดเมืองขวาง ก่อนที่จะถูกส่งตัวไปยังโรงพยาบาลค่ายกฤษสีวะรา จ.สกลนคร หมอต้องเจาะคอเพื่อดูดเอาของเสียออก เพราะน้ำท่วมปอด ร่างกายอ่อนแรงมากจนชีพจรหยุดเต้น หลังจากที่นอนสลบไสลไม่รู้สึกตัวอยู่ 3 วัน แต่สุดท้ายเขาก็รอดมาได้

“หมอเก่งมากที่เอาชีวิตผมคืนมาได้ ผมไม่คิดว่าตัวเองจะรอด รู้สึกทุรนทุรายจะตายอย่างเดียว อยู่ที่โรงพยาบาลค่ายกฤษสีวะรา ประมาณ 1 สัปดาห์ เขาก็ส่งตัวมาที่โรงพยาบาลปลาปาก เพราะค่าใช้จ่ายถูกกว่า ที่ค่ายกฤษสีวะรา ฟอกเลือดครั้งละ 3,000 บาท ผมเบิกไม่ได้ ต้องจ่ายทุกบาททุกสตางค์ พอมาที่นี่จ่ายแค่ครั้งละ 1,000 บาท”

นั่นคืออัตราค่าบริการเมื่อ 5 ปีที่แล้ว แต่สำหรับปัจจุบันนี้ทางโรงพยาบาลปลาปากคิดค่าบริการแค่ครั้งละ 500 บาทเท่านั้น ถ้าวันไหนมีการเปลี่ยนอุปกรณ์ตัวใหม่ก็ขอเก็บค่าอุปกรณ์ด้วย รวมเป็น 1,500 บาท เดือนหนึ่งๆ ผู้ป่วยแต่ละรายต้องมาฟอกเลือด 8 ครั้ง รวมแล้วก็ประมาณ 4,000 บาทต่อเดือน ซึ่งก็ถือว่ามากพอสมควรสำหรับผู้ป่วยชาวบ้านธรรมดาที่เขาต้องแบกรับรายจ่ายนี้ไปตลอดชีวิต ยกเว้นผู้ป่วยกลุ่มที่เข้าข่ายเปลี่ยนถ่ายไตได้ เพราะโรคนี้เป็นโรคที่ไตเสื่อมหรือสูญเสียหน้าที่อย่างถาวร

ข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขเมื่อปี 2540 พบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจำนวน 331.6 คนต่อประชากรหนึ่งล้านคน ผู้ป่วยเหล่านี้จะต้องเผชิญกับความทุกข์กับการที่ไตไม่สามารถขับถ่ายของเสียออกจากร่างกายได้ ถ้าไตเสื่อมอย่างถาวรก็จะเกิดอาการอย่างรวดเร็วและรุนแรง จนเมื่อไตเสื่อมถึงระยะสุดท้ายคือ ‘ไตวาย’ ของเสียก็จะคั่งภายในเวลาสั้นๆ เพราะไตจะทำงานน้อยกว่า 5 เปอร์เซ็นต์ของที่ต้องทำ

"ท่ามกลางรายละเอียดซับซ้อนในชีวิตมากมายที่ผู้ป่วยไตวายจะต้องฝ่าฟันไปให้ได้ เพื่อรักษาสมดุลของร่างกายและจิตใจ ให้ตัวเองมีพลังที่จะสามารถดำรงชีวิตอยู่ต่อไปให้ยืนยาวที่สุด ปัญหาหลักๆ ที่ต้องเผชิญก็คือภาระค่าใช้จ่ายที่ต้องแบกรับ และบางกรณีก็เลือกเอาความตายแทนการจ่ายค่ารักษาพยาบาลอย่างไม่รู้จบสิ้น"

■ สุพัฒน์ สมจิตรสกุล หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลปลาปาก ผู้รับบทบาทเป็นหัวหน้าทีมวิจัย

การเยียวยารักษาโรคไตวายต้องใช้วิธีบำบัดทดแทนไตด้วยเทคโนโลยีต่าง ๆ ซึ่งมีอยู่ 3 วิธีคือ การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาชนิดถาวร (Continuous Ambulatory Perineal Dialysis : CAPD) การปลูกถ่ายไต (Kidney transplantation) และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) แม้ทั้ง 3 วิธีนี้จะสามารถทดแทนกันได้แต่ก็ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง

ท่ามกลางรายละเอียดซับซ้อนในชีวิตมากมายที่ผู้ป่วยไตวายจะต้องฝ่าฟันไปให้ได้ เพื่อรักษาสมดุลของร่างกายและจิตใจให้ตัวเองมีพลังที่จะสามารถดำรงชีวิตอยู่ต่อไปให้ยืนยาวที่สุด ปัญหาหลัก ๆ ที่ต้องเผชิญก็คือภาระค่าใช้จ่ายที่ต้องแบกรับ และบางกรณีก็เลือกเอาความตายแทนการจ่ายค่ารักษาพยาบาลอย่างไม่รู้จบสิ้น

ดังที่ **สุพัฒน์ สมจิตรสกุล** หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลปลาปาก เล่าว่า

“

ชาวบ้านมีความคิดว่าหน่วยฟอกไตก็เหมือนร้านสระผม คือปกติผู้ป่วยโรคไตจะมีของเสียคั่งเยอะ เขาก็มาฟอกไตเอาของเสียออก เหมือนไปร้านสระผมให้มันสะอาด ที่นี่จึงทำเหมือนระบบโรงงาน เหมือนการทำงานของเครื่องจักร จนในที่สุด เราก็เกิดการตั้งคำถามว่า เราไม่เห็นอะไรเลยว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มาฟอกไตเป็นอย่างไร

”

“มีผู้ป่วยรายหนึ่งที่มาฟอกไตกับเรา แกเป็นชาวนา วันหนึ่งผมเห็นลูกหลานยืนล้อมหน้าล้อมหลัง และได้ยินเสียงแกบอกว่าไม่ฟอกแล้ว พอแล้ว ผมก็เข้าไปหา แกก็หันมาถามผมว่าฟอกไตแล้วมันหายไหม ผมก็บอกว่าไม่หาย ต้องฟอกอยู่อย่างนี้ แกก็บอกว่าถ้าอย่างนั้นก็หยุดฟอก ผมก็เลยลองสืบเรื่องดูว่าเป็นเพราะอะไร ก็ได้รู้ว่าแกขายวัวหมดไปหลายตัวแล้วเพื่อเอาเงินมาฟอกไต แล้ววันนั้นที่เห็นลูกหลานมารุมห้อมล้อมก็เพราะจะให้แกเซ็นใบที่นาให้ จะขายที่นามารักษา แต่แกไม่ยอมให้ขาย แล้วสุดท้ายแกก็ตายจริง ๆ”

โรงพยาบาลปลาปาก อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม เป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง เปิดทำการมาตั้งแต่ปี 2527 มีหน่วยไตเทียมเพื่อให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเมื่อปี 2545 จากเดิมที่มีเครื่องบริการ 2 เครื่อง ต่อมาเพิ่มจำนวนเป็น 8 เครื่อง

แม้สามารถให้บริการผู้ป่วยได้ตามแผนการรักษาของแพทย์ที่ผู้ป่วยต้องได้รับการฟอกเลือดสัปดาห์ละ 2 ครั้ง โดยเปิดบริการทุกวัน (ยกเว้นวันอาทิตย์) วันละ 3 รอบ ตั้งแต่เวลา 06.00–20.00 น. แต่ผู้ป่วยบางรายก็ยังมีภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับการฟอกเลือด เช่น ความดันโลหิตต่ำ ความดัน

■ ผู้ป่วยโรคไตวายที่เข้ามารับการฟอกเลือด

โลหิตสูง ปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน เป็นตะคริว และอื่นๆ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนระยะที่เป็นอันตรายถึงชีวิตได้ และการบริการก็มุ่งเน้นไปที่การฟอกเลือดและต้องทำเวลาให้ทันกับช่วงเวลาของแต่ละรอบ การให้ข้อมูลหรือคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องการดูแลผู้ป่วยจึงยังจำกัดอยู่เพียงแค่เรื่องที่เกี่ยวข้องกับอาการที่ตรวจพบในขณะนั้นหรือตามที่ผู้ป่วยบอก ทำให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีผลการควบคุมโรคที่ไม่เหมาะสม

จากปัญหาที่พบภายใต้เงื่อนไขการให้บริการในลักษณะดังกล่าว ได้มีผู้ป่วยบางรายหายหน้าไปบ้าง เสียชีวิตที่บ้านบ้าง จึงนำมาสู่คำถามที่ว่า "พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มาฟอกไตเป็นอย่างไร" และกลายมาเป็นเป็นโจทย์ของการวิจัยเรื่อง **'การพัฒนาแนวทางการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่มารับบริการในหน่วยไตเทียม**

โรงพยาบาลปลาปาก' ที่สุพัฒน์รับบทบาทเป็นหัวหน้าทีมวิจัย ด้วยความตั้งใจว่าจะนำความรู้ที่อยู่ไปช่วยชะลอโรคให้กับผู้ป่วย

"ชาวบ้านมีความคิดว่าหน่วยฟอกไตก็เหมือนร้านสระผม คือปกติผู้ป่วยโรคไตจะมีของเสียคั่งเยอะ เขาก็มาฟอกไตเอาของเสียออก เหมือนไปร้านสระผมให้มันสะอาด ที่นี่จึงทำเหมือนระบบโรงงาน เหมือนการทำงานของเครื่องจักร จนในที่สุด เราก็เกิดการตั้งคำถามว่า เราไม่เห็นอะไรเลยว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มาฟอกไตเป็นอย่างไร" สุพัฒน์เล่าถึงความคิดเบื้องหลัง

แรงบันดาลใจที่ทำให้สุพัฒน์อยากจะทำวิจัยก็คือปัญหาจากการทำงานที่ได้เห็นปรากฏการณ์ผู้ป่วยโรคไตเสียชีวิต ทำให้อยากรู้ว่าตัวผู้ป่วยเองนั้นคิดอย่างไร

แต่เมื่อได้ลงไปศึกษาอย่างจริงจังแล้วก็พบว่า ใช่ว่าจะสามารถล่วงรู้ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยได้โดยง่าย

ในตอนแรกทีมงานวิจัยใช้วิธีทำกระบวนการกลุ่ม คือนัดผู้ป่วยมานั่งคุยกันเป็นกลุ่มโดยไม่ได้จำกัดขอบเขตให้เขาพูด อาจพูดคุยถึงปัญหาของผู้ป่วย อาหารการกิน ชีวิตความเป็นอยู่ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ได้รับฟังปัญหาและรับรู้ถึงวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วย แต่พบว่าวิธีดังกล่าวไม่ช่วยให้บรรลุตามวัตถุประสงค์

กรรณิการ์ รัชอินทร์ พยาบาลไตเทียม หนึ่งในทีมวิจัยที่มีส่วนร่วมในการทำกระบวนการ กลุ่มกล่าวถึงสาเหตุว่า

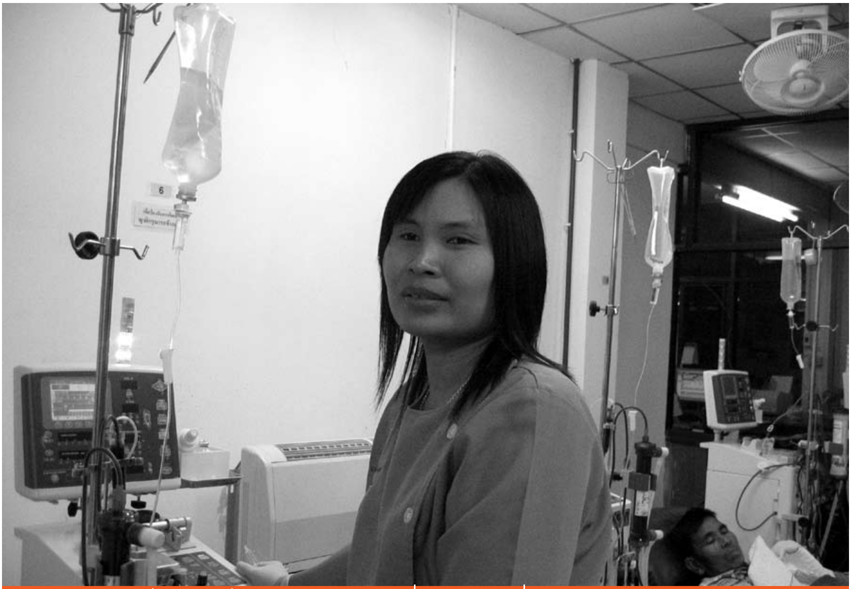
■ ดำรงชัย หนูปัทยา

> การที่เราเดินเข้าไปหาไปพูดคุยกับชาวบ้านมันแตกต่างจากการที่ชาวบ้านเดินเข้ามาหาเราที่โรงพยาบาล ถ้าเขามาที่โรงพยาบาลเขาจะไม่ค่อยบอกเราตรงๆ ขนาดเราลงไปนั่งคุยกับเขายังต้องคุยหลายครั้งกว่าที่เขาจะเล่าเรื่องราวชีวิตออกมา หรือกว่าเขาจะไว้ใจเรา แรกๆ พอเราถาม เขาก็จะตอบสั้นๆ แค่ที่เราถาม หรือบางทีก็บ่ายเบี่ยง ตอบไม่ตรงบ้าง พอเราคุยไปนานๆ ก็ได้รู้ว่าบางอย่างเขาไม่บอกเรา

“วิธีที่ว่านั้น เรื่องราวของผู้ป่วยออกมาไม่มาก บางครั้งเรายุติการคุยลงไม่ได้ ผู้ป่วยเขาจะคุยไปเรื่อย เรื่องราวมันเยอะ และคงเพราะมันเป็นโรคระยะสุดท้ายของเขาด้วย ความคิดของผู้ป่วยนั้นไม่เหมือนกัน ผู้ป่วยที่หมดหวังเขาก็จะบอกว่ากินไปเลย อยากกินอะไรก็กิน เช่น เราแนะนำว่าไม่ให้สูบบุหรี่ เพราะมันจะทำให้หลอดเลือดแข็ง กล้ามเนื้อหัวใจก็จะแข็งด้วย แต่เขาก็บอกว่ามันเป็นความสุขของเขา ตอนนี้ก็ยังสูบแต่ไม่เห็นเป็นอะไรเลย ถ้าเราให้กลุ่มผู้ป่วยที่เขาปฏิบัติตัวดีแล้วมานั่งคุยด้วยก็อาจจะมีบางคนทำตาม”

ด้านสุพัฒน์เองนั้น บอกว่า

“ผู้ป่วยไตวายเขาจะเป็นคนที่มีเรื่องราวเยอะ ทำกระบวนการกลุ่มไม่ได้ เพราะทุกคนจะแย่งกันคุยเรื่องราวของตัวเองที่เต็มไปด้วยความทุกข์และความยากลำบากในการจัดการชีวิต ปกติการคุย 1 ชั่วโมง นี่ก็เต็มที่แล้ว แต่นี่คุยกัน 2-3 ชั่วโมง เพราะว่าทุกคนมีเรื่องอยากเล่า”



■ กรรณิการ์ รัชอินทร์ พยาบาลไตเทียม หนึ่งในทีมวิจัยที่มีส่วนร่วมในการทำกระบวนการกลุ่มและการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเชิงลึก

เมื่อกระบวนการกลุ่มไม่ได้ผลก็เลยปรับวิธีการเก็บข้อมูลใหม่ โดยใช้วิธีสัมภาษณ์เชิงลึก ทีมงานจะเข้าไปศึกษาชีวิตผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งก็จะมีเรื่องราวแตกต่างกัน

"คนที่มีชีวิตที่ดีมันก็มี คนที่ชีวิตสิ้นหวังก็มี การสัมภาษณ์เชิงลึกมีข้อดีคือ ตัวเจ้าหน้าที่จะได้เข้าถึงผู้ป่วยอย่างลึก รู้รายละเอียดหมดทุกอย่าง เห็นเรื่องราวชีวิตว่าผู้ป่วยคนนี้เป็นอย่างไร มีลูกกี่คน ใครเป็นคนดูแล ซึ่งแต่เดิมเจ้าหน้าที่อาจไม่เคยใส่ใจ การเก็บข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพมันทำให้รู้สึกในชีวิตว่าชีวิตเขาเป็นอย่างไร มีความยุ่งยากอะไร ผู้ป่วยรายหนึ่งโทรศัพท์มาขอลาตายกับผม เพราะชีวิตเขายุ่งยาก ต้องอาศัยรถคนอื่นมาโรงพยาบาล ภรรยาและลูกๆ ก็ไม่ได้ดูแล ต้องมาเองลำพัง อีกรายหนึ่งมีลูกเป็นข้าราชการหมดทุกคน มีสิทธิ์เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ เงินค่าใช้จ่ายก็มี แต่ขาดการดูแลด้านจิตใจ ซึ่งทั้ง 2 รายนี้ก็เสียชีวิตไปในที่สุด" คุณสุพัฒน์กล่าว

กรรณิการ์ เล่าเพิ่มเติมถึงเทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึกว่า

“วิธีการถอดเรื่องราวชีวิตของผู้ป่วยทีละราย ก็มีการไปเยี่ยมถึงบ้านบ้าง ต้องใช้การฟังให้มาก ตอนแรกเราก็ถามคำถามปลายเปิดก่อน ให้เขาพูดให้เราฟัง เราก็นั่งฟัง พยักหน้าตาม ไม่พูดเสริม ถ้ามีคำถามก็เก็บไว้ในใจก่อน แล้ววันหลังค่อยกลับไปคุยใหม่ เพราะว่าจะต้องค่อยๆ พูดค่อยๆ คุย ไป วันแรกอาจจะไม่ได้อะไรมาก ต้องไปหลายๆ ครั้ง คุยสัก 3-4 ครั้งก็ได้ข้อมูลพอสมควร การที่เราเดินเข้าไปหาไปพูดคุยกับชาวบ้านมันแตกต่างจากการที่ชาวบ้านเดินเข้ามาหาเราที่โรงพยาบาล ถ้าเขามาที่โรงพยาบาลเขาจะไม่ค่อยบอกเราตรงๆ ขนาดเราลงไปนั่งคุยกับเขายังต้องคุยหลายครั้งกว่าที่เขาจะเล่าเรื่องราวชีวิตออกมา หรือกว่าเขาจะไว้ใจเรา แรกๆ พอเราถาม เขาก็จะตอบสั้นๆ แค่ที่เราถาม หรือบางทีก็บ่ายเบี่ยง ตอบไม่ตรงบ้าง พอเราคุยไปนานๆ ก็ได้รู้ว่าบางอย่างเขาไม่บอกเรา อย่างเช่น เรื่องอาหารการกิน บางคนที่ความดันสูงมากๆ กินยาที่คุณหมอให้ก็ไม่ลด พอเราถามว่ากินเค็มไหม เขาก็บอกว่าไม่ได้กินเค็ม แต่ว่าชอบกินแกงหน่อไม้ แล้วถามว่าแกงหน่อไม้ใส่อะไร ก็ใส่ปลาร้า ต้องพูดคุยกันหลายๆ ครั้ง เขาถึงจะให้ข้อมูลในส่วนนี้”

ส่วน **พรรณทิวา สมจิตรสกุล** หนึ่งในทีมวิจัยที่มีส่วนร่วมในการสัมภาษณ์ผู้ป่วย เล่าว่า

“ผู้ป่วยไตวายที่เขามีความทุกข์ เขาก็เกิดความเห็นใจซึ่งกันและกัน และจะมีปัญหาเรื่องเศรษฐกิจมากกว่า เวลาคุยแทนที่จะได้ประเด็นเรื่องการปฏิบัติตัว การดูแลตัวเอง กลับไม่ได้ ไปได้เรื่องทางเศรษฐกิจ ไม่มีรถ ไม่มีเงินมาหาหมอ เราก็จัดกลุ่มผู้ป่วยที่เขาอยู่

■ พรรณทิวา สมจิตรสกุล พยาบาลไตเทียม หนึ่งในทีมวิจัยอีกคนหนึ่งที่มีส่วนร่วมในการทำกระบวนการกลุ่มและการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเชิงลึก

เส้นทางเดียวกันให้เขาตกลงกันว่ามารถคันเดียวกันได้หรือเปล่า แล้วเขาก็มากันเป็นกลุ่ม ได้พูดคุยกันด้วย เวลาที่ผู้ป่วยเขาคุยกัน เขาจะได้กำลังใจกลับมา"

จากเรื่องราวที่ทีมงานช่วยกันเล่านี้จะเห็นว่าการวิจัยทำให้ทีมเจ้าหน้าที่ได้เรียนรู้ว่าระบบการให้คำแนะนำแบบเดิมเป็นปัญหาต่อการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย และการเก็บข้อมูลเพื่อแก้ไขปัญหาโดยใช้กระบวนการกลุ่มก็ไม่เป็นผล จึงได้ปรับเปลี่ยนมาเป็นการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยทีละราย จำนวน 12 คน ญาติผู้ป่วย 12 คน และพยาบาลที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย 2 คน ในระหว่างการสัมภาษณ์ก็ได้มีการตรวจสอบข้อมูลโดยการประชุมกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการเป็นระยะ ๆ ทำให้มีการเรียนรู้ระหว่างผู้ให้บริการ คือ แพทย์ พยาบาล พนักงาน และผู้ที่เกี่ยวข้อง และได้ร่วมกันปรับเปลี่ยนและประเมินผลตลอดการวิจัย เกิดกระบวนการเรียนรู้ซึ่งกันและกันระหว่างผู้วิจัย เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ผู้ป่วยและญาติ มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ร่วมกันพัฒนาระบบบริการที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยและศักยภาพของหน่วยบริการ อย่างเช่นการปรับรอบการให้บริการ ปรับเปลี่ยนวิธีการให้ความรู้ ให้ข้อมูลเรื่องการดูแลตนเองของป่วยในลักษณะที่มีความเท่าเทียมกันระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ

หัวหน้าทีมวิจัย คือ สุพัฒน์ ได้กล่าวถึงความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการทำวิจัยครั้งนี้ว่า

"ตั้งแต่เริ่มทำมาก็ทำ ๆ หยุด ๆ รายงานเขียนไม่ออก แต่การทำงานมันก็หมุนไปเรื่อย ๆ เพราะผลที่ออกมาแต่ละครั้งเราจะเอามาปรับ อย่างเช่น ผลที่พบว่าผู้ป่วยไม่มีเงิน เราก็นำผลนี้ไปนำเสนอต่อผู้บริหาร เราสามารถปรับให้บริการของเราสอดคล้องกับชีวิตและวิถีชาวบ้านได้

เรื่องการปรับรอบให้บริการนี่ผมว่าดี เห็นโรงพยาบาลข้างเคียงเขายังทำงานกันแปดโมงเช้าอยู่เลย ขณะที่เราแต่เดิมก็ทำตั้งแต่หกโมงเช้า แล้วปรับ

> ตั้งแต่เริ่มทำมาก็ทำๆ หยุดๆ รายงานเขียนไม่ออก แต่การทำงานมันก็หมุนไปเรื่อยๆ เพราะผลที่ออกมาแต่ละครั้งเราจะเอามาปรับ อย่างเช่น ผลที่พบว่าผู้ป่วยไม่มีเงิน เราก็นำผลนี้ไปนำเสนอต่อผู้บริหาร เราสามารถปรับให้บริการของเราสอดคล้องกับชีวิตและวิถีชาวบ้านได้

มาเป็นตีสอง ทุกวันนี้ปรับมาเป็นตีสี่ ตอนนี้มี 3 รอบ ก่อนที่จะปรับเราจะมีการคุยกับผู้ป่วยตลอด และต้องคุยกับคนทั้งหมด รวมทั้งผู้อำนวยการด้วย”

การปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริการส่วนหนึ่งมาจากข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วย ในเรื่องการเดินทางของผู้ป่วยแต่เดิมบางคนใช้เส้นทางเดียวกันแต่มารถคนละคัน อยู่หมู่บ้านเดียวกันแต่ได้รับการให้บริการคนละรอบ ก็มีการปรับเปลี่ยนมาให้บริการรอบเดียวกัน คือจัดให้เขาเป็นคิวเดียวกัน ซึ่งก็สามารถช่วยผู้ป่วยให้ประหยัดค่ารถได้ ถือเป็นการลดภาระให้เขาอีกทางหนึ่ง

“ถ้าเขามารอบแรกก็จะเสร็จประมาณ 7–8 โมง เขาก็กลับไปทำงานได้ ผู้ป่วยก็บอกว่าถ้าได้มารอบนี้เขาจะมีความสุขเพราะสามารถกลับไปทำงานหาเลี้ยงครอบครัวได้ หรือเขาไม่ต้องลางานเพื่อมารักษากับเรา การบริการในห้องนี้ก็เป็นที่พอใจของเขา บางรายเขาก็เห็นใจเรา เพราะเราก็ทำงานดึก เวลาอยู่กับครอบครัวก็มีน้อยอยู่แล้วยังต้องตื่นแต่เช้าเพื่อมาลงเข็มให้ผู้ป่วย” กรรณิการ์กล่าว

นอกจากนั้นแล้วการวิจัยยังทำให้มีการจัดกลุ่มผู้ป่วยโรคไตวาย เพื่อจัดระบบการให้ความรู้และการดูแลที่เหมาะสม ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละ

> “
>
> การวิจัยยังทำให้มีการจัดกลุ่มผู้ป่วยโรคไตวาย เพื่อจัดระบบการให้ความรู้และการดูแลที่เหมาะสม ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละกลุ่ม โดยแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มมีความหวัง กลุ่มเข้าใจ และกลุ่มสิ้นหวัง
>
> ”

กลุ่ม โดยแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ **กลุ่มมีความหวัง กลุ่มเข้าใจ และกลุ่มสิ้นหวัง**

“กลุ่มที่เข้าใจนี้ดีตรงที่เวลาเขาคุยกับผู้ป่วยด้วยกัน เขาจะถ่ายทอดประสบการณ์ที่ทำให้มีกำลังใจขึ้น เพราะกลุ่มนี้เขาเปลี่ยนถ่ายไตไม่ได้ ต้องอยู่ไปวันๆ แต่มีความน่าสนใจตรงที่ว่าเขาสามารถอยู่กับมันได้ ตอนแรกเราแบ่งแค่กลุ่มเข้าใจกับกลุ่มสิ้นหวัง แต่พอจริงๆ แล้วพบว่ามันจะมีความต่างกันอยู่ เพราะกลุ่มที่เขามีหวังเขาสามารถเปลี่ยนถ่ายไตได้ เขาจะปรับตัว มีความหวังว่าตัวเองจะหาย มันต่างกับกลุ่มที่เข้าใจและกลุ่มสิ้นหวัง การแบ่งกลุ่มผู้ป่วยลักษณะนี้เป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนมาก เราต้องค่อยๆ ให้เขาพูดคุย ถ้าเราเปิดเขาก็จะเปิดกับเรา” สุพัฒน์ เล่า

ในระหว่างที่ทำการวิจัยผู้ป่วยบางรายอาจอยู่ในกลุ่มสิ้นหวัง แต่ก็ไม่แน่ว่าเมื่อเวลาผ่านไปเขาอาจปรับตัวปรับใจขึ้นมาอยู่ในกลุ่มที่เข้าใจก็ได้ หากอยู่ในปัจจัยแวดล้อมที่ดี หรือสามารถปลุกพลังชีวิตของตัวเองขึ้นมาได้ ดังเช่นกรณีของดำรงชัย

“ครอบครัวผมมีฐานะยากจน ตอนแรกญาติๆ ก็ช่วยเหลือ แต่พอรู้ว่าโรคนี้มันเรื้อรังรักษาไม่หาย เขาก็หายไปหมด ผมต้องต่อสู้อยู่กับแม่ตามลำพัง ผมเคยคิดฆ่าตัวตายหนีปัญหา กำลังจะใช้เชือกผูกคอตัวเอง แต่แม่มาเห็นก่อน แม่ก็บอกว่ามันจะเป็นบาป กว่าจะเกิดเป็นคนมาได้ ให้มันตายของมันไปเอง พอเห็นน้ำตาของแม่ผมก็เลยหยุด ผมบอกว่าผมจะสู้”

หลังจากนั้นดำรงชัยก็หอบสังขารตัวเองไปหาหน่วยงานต่าง ๆ ที่คิดว่าจะให้ความช่วยเหลือแก่เขาได้ นับตั้งแต่ผู้ใหญ่บ้าน อบต. ที่ว่าการอำเภอ สำนักงาน สส. นายกเหล่ากาชาด

“ผมไม่ใช่คนเก่งแต่ผมเป็นคนที่ใช้ความคิดไม่หยุดนิ่ง ก็คิดหาลู่ทางเอง พอเขาบอกว่าต้องประชุมก่อน หรือต้องรอโน่นรอนี่ ผมก็ไม่หยุดอยู่แค่นั้น แล้วเขาก็ช่วยแบบฉุกเฉิน เอาของไปให้ที่บ้าน ให้เงินฉุกเฉินมา 5,000 บาท เข้าไปหาประชาสงเคราะห์จังหวัด เขาก็ช่วยเป็นเงินฉุกเฉินมาอีก 2,000 บาท แต่เงินค่าฟอกไตมันต้องจ่ายตลอด เดือนหนึ่งก็ 8,000 บาท เพราะตอนนั้นมันครั้งละ 1,000 แม่ผมก็หาเงินคนเดียว เป็นหนี้ทางโรงพยาบาลหมื่นกว่าบาท จนเขาบอกว่าไม่มีค่ารักษาที่จะจ่ายสำรองให้แล้ว ผมก็ปล่อยตัวเองไปอีกพักหนึ่ง นาน ๆ จะมาฟอกที”

ดำรงชัยเคยแม้กระทั่งขออาศัยรถสิบล้อเข้ากรุงเทพฯ เพื่อขอรับความช่วยเหลือจากศิริราชมูลนิธิ โรงพยาบาลสงฆ์ และสำนักพระราชวัง แต่เขาก็ได้รับแค่ค่ารถกลับบ้าน จนในที่สุดก็ไปขอออกข่าวกับหนังสือพิมพ์ไทยรัฐ และเมื่อจนตรอกจริง ๆ ก็ชวนแม่ไปออกรายการข่าวช่อง 5 หลังจากสู้มาเกือบปี ในที่สุดประชาสัมพันธ์จังหวัดจึงได้ติดต่อไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แล้วมีคำสั่งมาว่าให้เขาไปฟอกไตได้ฟรีตลอด

แม่ของดำรงชัยเสียชีวิตไปเมื่อปี 2548 ทุกวันนี้ดำรงชัยดูแลตัวเองด้วยการถือศีลห้า สวดมนต์ภาวนา นั่งสมาธิ พยายามใช้บั้นปลายชีวิตให้มีความสุขที่สุด ไม่ได้คิดว่าตัวเองจะอยู่ต่อไปได้อีกกี่ปี แต่จะอยู่กับปัจจุบันนี้ให้ได้ เอาความใกล้จะตายมาเป็นครูสอนตัวเอง ไม่ท้อกับชีวิตและกล้าเผชิญกับมัน

“กายผมป่วยแต่ผมไม่อยากให้ใจป่วย ผมต้องรักษาใจตัวเอง เพราะตอนนี้ผมไม่มีใครแล้ว” เขากล่าว

ณ ปัจจุบันนี้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้ให้การคุ้มครองผู้ป่วยโรคไตเฉพาะการฟอกเลือดทางหน้าท้องแล้ว และกำลังกระจายไปยัง

โรงพยาบาลจังหวัด เพื่อให้อย่างน้อยมี 1 โรงพยาบาลในจังหวัดที่ให้บริการฟอกเลือดทางหน้าท้อง เพื่อที่ผู้ป่วยจะได้ใช้บริการฟรี

"ตอนนี้โรงพยาบาลนครพนมก็รับเข้าโครงการแล้ว ศูนย์ใหญ่ที่สุดที่อยู่ใกล้เราตอนนี้คือโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น ซึ่งใครที่เข้าข่ายต้องฟอกเลือดเราก็จะแนะนำให้ไปฟอกเลือดทางหน้าท้องก่อน เพื่อจะได้ใช้สิทธิ 30 บาท แต่ผู้ป่วยเขาบอกว่าเขาชอบแบบฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมากกว่า เพราะว่าการฟอกเลือดทางหน้าท้องเขาต้องดูแลตัวเองทุกอย่าง แต่แบบนี้เราดูแลให้ทุกอย่าง ผู้ป่วยแค่มานอนเฉย ๆ" กรรณิการ์ กล่าว

ผู้ป่วยบางคนก็ยังคงได้แต่รอคอยความหวังและตั้งคำถามว่าทำไมรัฐบาลไม่ให้ความคุ้มครองผู้ป่วยโรคไต เพราะเขาก็ไม่ได้น่ารังเกียจอะไร ยังเดินเหินได้ ยังมีคุณค่าในสังคม พวกเขายังรอและยังหวังว่าบัตร 30 บาทจะสามารถคุ้มครองพวกเขาได้ เพราะมันไม่ไหวจริง ๆ เหมือนที่ดำรงชัยว่า

"ต้องขายหมดทุกสิ่งทุกอย่าง ชาวนามีวัวมีควายก็ต้องขาย พอเงินหมดเขาก็ตาย"

ในส่วนของการให้บริการของหน่วยไตเทียมในโรงพยาบาลปลาปาก ดำรงชัยบอกว่าเจ้าหน้าที่มีความเป็นกันเองมาก เหมือนพี่เหมือนน้อง เข้าใจว่าผู้ป่วยเป็นอย่างไร และจะไม่เอาสิ่งที่เขาเจ็บปวดนั้นมาพูดตอกย้ำ

"ผมได้กำลังใจจากพี่พยาบาลที่นี่ละ ตอนนั้นผมแทบจะไม่กล้ามองหน้าใคร แต่พี่เขาบอกว่าให้อดทนสู้ ให้เข้มแข็ง ผมก็เลยสู้ เจ้าหน้าที่ที่นี่มีส่วนมาก ๆ ทั้งคุณหมอและพยาบาล ผมได้รับการช่วยเหลือตลอด"

การทำวิจัยของทีมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลปลาปากนับว่ามีส่วนเป็นอย่างมากในการเอื้อให้เกิดการพัฒนางานประจำให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ได้เข้าใจวิถีของผู้ป่วยมากขึ้น เข้าใจรากฐานของปัญหาว่าเขาเจ็บป่วยด้วยโรคนี้เพราะอะไร สิ่งที่เขาต้องเผชิญอยู่คืออะไรบ้าง แล้วนำมาพิจารณาว่าเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบนั้นจะต้องเข้าไปให้ความช่วยเหลือตรงจุดไหน รวมถึงเรื่องการปรับปรุงระบบการให้บริการด้วย ซึ่งสุพัฒน์ได้กล่าวถึงเรื่องนี้ไว้ว่า

> ข้อดีของการวิจัยนี้คือเราเอาข้อมูลมาพูดคุยกัน ไม่ใช่คุยจากความรู้สึก เราใช้ข้อมูลที่เราเก็บมาอย่างเป็นระบบ จากการประชุมกลุ่ม จากการสัมภาษณ์ เวลาเราไปคุยกับทีมอื่นๆ ในโรงพยาบาลเราไม่ได้เอาคำบ่นไปพูด สมัยแรกๆ ที่ทำเรื่องเบาหวานก็จะมีแต่คำบ่นว่าเจ้าหน้าที่พูดไม่เพราะ มันก็ทำอะไรไม่ได้ แต่พอเราเอาข้อมูลจากกระบวนการนี้ไปคุย ซึ่งเราใช้คำว่าวิจัย ข้อมูลจากการวิจัยบอกว่า... "ก็จะทำให้เขาหยุดฟัง"

"ข้อดีของการวิจัยนี้คือเราเอาข้อมูลมาพูดคุยกัน ไม่ใช่คุยจากความรู้สึก เราใช้ข้อมูลที่เราเก็บมาอย่างเป็นระบบ จากการประชุมกลุ่ม จากการสัมภาษณ์ เวลาเราไปคุยกับทีมอื่นๆ ในโรงพยาบาลเราไม่ได้เอาคำบ่นไปพูด สมัยแรกๆ ที่ทำเรื่องเบาหวานก็จะมีแต่คำบ่นว่าเจ้าหน้าที่พูดไม่เพราะ มันก็ทำอะไรไม่ได้ แต่พอเราเอาข้อมูลจากกระบวนการนี้ไปคุย ซึ่งเราใช้คำว่าวิจัย ข้อมูลจากการวิจัยบอกว่า... ก็จะทำให้เขาหยุดฟัง แล้วผู้บริหารเขาก็เห็นประโยชน์จากการใช้ข้อมูล ซึ่งมันเป็นข้อเท็จจริงที่ถูกเก็บมาอย่างเป็นระบบ การใช้คำว่าวิจัยมันทำให้มีความน่าเชื่อถือในตัวของมันอยู่แล้ว เราก็ใช้ข้อมูลนี้นำไปสู่การปรับเปลี่ยนการทำงานให้มันดีขึ้น ถ้าเป็นวิธีการอื่นผมคิดว่ามันจะมีข้อด้อยในเรื่องความน่าเชื่อถือของข้อมูล"

งานวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาแนวทางการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายชิ้นนี้ตีพิมพ์ออกมาเมื่อปี 2549 แต่จริงๆ แล้วคุณสุพัฒน์และทีมงานเคยทำวิจัยเรื่อง **'การพัฒนาระบบการให้บริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม'** ซึ่งเริ่มมาตั้งแต่ปี 2539 โดยคุณสุพัฒน์ได้รับแรงบันดาลใจเกี่ยวกับการทำวิจัยเชิงคุณภาพ

“

ลองคุยกับญาติว่า ลองให้เขาทำอะไรบ้างจะดีไหม ตอนแรกญาติก็ไม่ยอม แต่สุดท้ายก็ยอมปลดโซ่แล้วให้แกออกมาลองกวาดบ้าน จากที่เคยกวาดบนยุ้งข้าวที่ตัวเองอยู่ก็มากวาดบนบ้าน ต่อมาก็กวาดลานบ้าน ตอนเช้าๆ คนในบ้านก็ให้จูงควายไปเลี้ยงที่นา ตอนเย็นๆ ก็จูงกลับมาบ้าน ตอนที่ผมไปเยี่ยมนั้นแกอายุประมาณ 50 ปี ตอนนี้เสียชีวิตแล้ว ผมนำเรื่องนี้ไปเล่าให้อาจารย์นิตย์ฟัง อาจารย์บอกว่านี่แหละคือพลังอำนาจที่มีอยู่ในตัวคนทุกคน ทุกคนมีพลังมีศักยภาพที่จะดูแลตัวเองได้ ไม่ใช่ว่าผู้ป่วยจะต้องขึ้นอยู่กับเรา

”

มาจาก **อาจารย์นิตย์ ทัศนิยม** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในช่วงที่ไปเรียนต่อปริญญาโทตั้งแต่ปี 2535 ซึ่งก่อนหน้านั้นสุพัฒน์เล่าว่าเคยทำงานในลักษณะที่ทำตามนโยบาย ให้รณรงค์อะไรก็ทำโดยไม่ได้มองจากฐานคิดของชาวบ้าน แต่การได้ไปเรียนต่อด้านการพยาบาลชุมชน ที่ขอนแก่นได้เรียนรู้จากทั้งอาจารย์นิตย์ และ **หม่อมราชวงศ์อคิน รพีพัฒน์** ซึ่งท่านสอนให้คิดเป็น คิดให้เท่ากัน นับเป็นจุดเปลี่ยนทางความคิด ดังที่เขายกตัวอย่างว่า

“ครั้งหนึ่งผมเคยไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานซึ่งเป็นแผลที่เท้า ผมก็ไปถามเขาว่าทำไมไม่ดูแลตัวเอง ชาวบ้านก็บอกว่าแกไม่ดูแลตัวเองหรอก แกอยู่คนเดียว เป็นผู้หญิงและชอบเล่นไพ่ ผมโมโหมาก เราไปเยี่ยมเขาอย่างดี สอนทุกอย่างดีหมด ผมก็ไปบอกอาจารย์ อาจารย์บอกว่าคุณกลับไปคุยกับเขาดี ๆ ไปคุยเรื่องราวชีวิตของเขา เมื่อผมกลับไปคุย ก็รู้ว่าแกมีลูกชายคนหนึ่งแต่ลูกชายไม่ได้อยู่ด้วย แค่ส่งเงินมาให้ ชีวิตแกต้องพึ่งคนข้างบ้าน การจะมีเพื่อนก็คือต้องไปเล่นไพ่ ชีวิตก็อยู่กับวงไพ่ ทำให้ได้พักผ่อนน้อย บางวันก็นอนบ้าง

ไม่นอนบ้าง พอได้คุยกับผู้ป่วยมาก ๆ ความที่เคยยึดตัวเองเป็นหลักมันก็ค่อย ๆ ลดลง ๆ และเริ่มเข้าใจ”

หลังจากนั้นมาคุณสุพัฒน์ก็หันไปศึกษาแนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วมและได้นำมาใช้ในการทำวิจัยที่โรงพยาบาลปลาปาก สุพัฒน์เล่าว่าพอกลับมาทำงานก็อยากทำงานในเชิงคุณภาพ จึงมีแนวคิดเรื่องการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน ทำโครงการเป็นเชิงการวิจัยเล็ก ๆ เชิงปริมาณคล้ายกับเป็นการทดสอบ แบ่งสายกันเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อทดลองแนวคิดเรื่องนี้ แล้วเขาก็ได้เห็นพลังแห่งชีวิตของผู้ป่วยรายหนึ่งที่ทำให้ประทับใจมาถึงทุกวันนี้

“แกเป็นผู้ป่วยจิตเวช ต้องอยู่บนยุ้งข้าว เพราะญาติ ๆ คิดว่าแกเป็นบ้า คือทั้งเป็นเบาหวานและมีปัญหาทางจิตด้วย ไม่ค่อยกินยา อาการก็กำเริบทั้งสองอย่าง บางครั้งก็จะถูกล่ามโซ่ พอเราเข้าไปคุยกับญาติแกก็จะโวยวาย แขนขาก็ปกติ เดินไปเดินมาได้ จึงลองคุยกับญาติว่า ลองให้เขาทำอะไรบ้างจะดีไหม ตอนแรกญาติก็ไม่ยอม แต่สุดท้ายก็ยอมปลดโซ่แล้วให้แกออกมาลองกวาดบ้าน จากที่เคยกวาดบนยุ้งข้าวที่ตัวเองอยู่ก็มากวาดบนบ้าน ต่อมาก็กวาดลานบ้าน ตอนเช้า ๆ คนในบ้านก็ให้จูงควายไปเลี้ยงที่นา ตอนเย็น ๆ ก็จูงกลับมาบ้าน ตอนที่ผมไปเยี่ยมนั้นแกอายุประมาณ 50 ปี ตอนนี้เสียชีวิตแล้ว ผมนำเรื่องนี้ไปเล่าให้อาจารย์นิตย์ฟัง อาจารย์บอกว่านี่แหละคือพลังอำนาจที่มีอยู่ในตัวคนทุกคน ทุกคนมีพลังมีศักยภาพที่จะดูแลตัวเองได้ ไม่ใช่ว่าผู้ป่วยจะต้องขึ้นอยู่กับเรา”

และในที่สุดก็เกิดกระบวนการทำงาน จากเดิมที่เคยมองตัวเองเป็นหลักก็เปลี่ยนมาเป็นมองผู้ป่วยเป็นหลัก เกิดการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการให้บริการในคลินิกเบาหวาน จากการมองเห็นปัญหาว่าผู้ป่วยดูแลตัวเองไม่ดี ควบคุมอาหารและระดับน้ำตาลไม่ได้ จึงใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อนั่งคุยกับผู้ป่วย โดยใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที และข้อจำกัดของกลุ่มไม่เกิน 15 คน

"ผู้ป่วยเขาอาจจะบอกว่ากินมะพร้าวอ่อนเพื่อรักษาเบาหวานเราก็ฟังได้ เขาเอาสมุนไพรมารักษาเราก็ฟังได้ เขากินเหล้าก่อนมาตรวจเราก็ฟังได้ นี่คือคำว่ารับฟัง แล้วมันทำให้เกิดความเท่าเทียมกัน เขาก็อยากจะเล่าให้เราฟัง แต่เราจะมีวิธีการเข้าหาเขา ว่าสิ่งไหนถูกสิ่งไหนผิด โดยในกระบวนการกลุ่มมันจะจัดการเองอยู่แล้ว เช่น บางคนในกลุ่มมีความเชื่อว่าใช้สับปะรดคว้านไส้ออกเอาเบียร์ใส่ลงไปแล้วดื่มทำให้ลดน้ำตาลได้ ซึ่งเขารู้ด้วยตัวเอง เขาก็เล่าให้เพื่อนฟัง เพื่อนในกลุ่มก็บอกว่าตัวเองเคยทำแต่มันไม่ดีขึ้นภายในกลุ่มสอนกันเองมันดีกว่าเราไปสอนเขา ถ้าเราไปบอกว่าไม่ดีนะ จำกัดความคิดเขา ถามว่าเขาฟังไหม เขาฟัง แต่เขาก็จะกลับไปทำเหมือนเดิมเพราะเขายังค้างคาใจ เราต้องเปิดโอกาสให้กลุ่มที่เขามีประสบการณ์เป็นคนพูดขึ้นมา"

สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการทำงานคลุกคลีกับผู้ป่วยทำให้สุพัฒน์มีความเชื่อว่าการแสวงหาคำตอบเพื่อนำไปสู่บริการที่ดีและแก้ปัญหาความทุกข์ให้แก่ผู้ป่วยได้จริงนั้น ไม่ได้อยู่ไกลตัว

"ผู้ป่วยทุกคนมีความรู้มากกว่าเรา เขามีประสบการณ์ในการเป็นโรคมา 20-30 ปี แต่เราเรียนเบาหวานมาอย่างเก่งก็ไม่ถึงเดือน ความรู้ที่ได้มาเขียนตำราเป็นความรู้ที่ได้มาจากผู้ป่วย ไม่ใช่ความรู้จากเรา อาการต่าง ๆ ที่สรุปมานั้นก็มาจากความรู้ของผู้ป่วย ไม่ใช่หมอเป็นเอง กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ป่วยยังได้ช่วยพัฒนาคนทำงานด้วย อย่างเช่น น้องในทีมงานบางคนตอนแรก ๆ เขาก็จะเกร็ง และรู้สึกว่าทำไมเราไม่สอนผู้ป่วยไปเลยว่าอันนี้มันผิด แต่หลัง ๆ มาเขาก็เริ่มเข้าใจ"

นอกจากนั้น เขายังเพิ่มเติมด้วยว่า มีผู้ป่วยบางรายขอเข้ามาร่วมคุยด้วย บางคนก็ติดการพูดคุย บางคนมาโรงพยาบาลแค่ครั้งเดียวแล้วพลัดเข้ามาในกลุ่มคุยเขาก็ขอรักษาที่นี่ ไม่อยากไปรักษาที่อื่น เพราะอยากเข้ากลุ่มคุย ตอนแรกจะคุยเฉพาะปัญหาของผู้ป่วย แต่พอคุยไปสักระยะหนึ่งความเท่าเทียมกันก็จะเกิดขึ้น เพราะเริ่มมีเสียงสะท้อนจากผู้ป่วยในกลุ่มเรื่องการ

“

ผู้ป่วยทุกคนมีความรู้มากกว่าเรา เขามีประสบการณ์ในการเป็นโรคมา 20-30 ปี แต่เราเรียนเบาหวานมาอย่างเก่งก็ไม่ถึงเดือน ความรู้ที่ได้มาเขียนตำราเป็นความรู้ที่ได้มาจากผู้ป่วย ไม่ใช่ความรู้จากเรา อาการต่างๆ ที่สรุปมานั้นก็มาจากความรู้ของผู้ป่วย ไม่ใช่หมอเป็นเอง กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ป่วยยังได้ช่วยพัฒนาคนทำงานด้วย อย่างเช่นน้องในทีมงานบางคนตอนแรกๆ เขาก็จะเกร็ง และรู้สึกว่าทำไมเราไม่สอนผู้ป่วยไปเลยว่าอันนี้มันผิด แต่หลังๆ มาเขาก็เริ่มเข้าใจ

”

ทำงานของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลว่า ทำไมคุณหมอห้องบัตรพูดไม่เพราะ ทำไมคุณหมอที่มาตรวจมาสาย ซึ่งตอนนั้นทีมทำงานก็เริ่มเรียนรู้ที่จะรับฟังเสียงผู้ป่วยแล้ว

ในฐานะคนรับรู้ข้อมูล ทางทีมวิจัยนำเรื่องนี้ไปคุยกับห้องบัตร ห้องเจาะเลือด ห้องยา ว่าจะปรับปรุงบริการอย่างไรให้ดีขึ้นกว่าเดิม จนในที่สุดก็มีการปรับเวลาการให้บริการ และแยกคลินิกเบาหวานออกจากกลุ่มผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งก็เป็นผลดีกับทั้งผู้ป่วยและผู้ให้บริการ แผนกผู้ป่วยทั่วไปจะว่างมากขึ้น และกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานก็มีกิจกรรมให้ทำร่วมกันซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการพูดคุยกัน

นับว่ากระบวนการกลุ่มเป็นวิธีที่เหมาะสมสำหรับใช้ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันทั้งระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเองและระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ จนชาวบ้านถามว่า ทำไมไม่ไปทำกระบวนการกลุ่มแบบนี้กับคนอื่นๆ ในหมู่บ้านของเขาบ้าง นอกเหนือจากกลุ่มคนที่เป็นเบาหวาน

นั่นเป็นที่มาให้เกิดการทำ **โครงการเกี่ยวกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ที่ตำบลหนองฮี** ขึ้นมาอีกหนึ่งโครงการ ในปี 2545 โดยให้ชาวบ้านคิดกันเองว่ากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของเขาคืออะไร และกิจกรรมที่ชาวบ้านคิดออกมาได้ก็คือ การรวมกลุ่มสานตะกร้า เพราะกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในความหมายของชาวบ้านคือการรวมกลุ่ม ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนเห็นทุกข์สุขกันและกัน ซึ่งนอกจากจะได้ทั้งในเรื่องของจิตใจและสังคมแล้วยังมีรายได้เสริมอีกด้วย จนถึงทุกวันนี้ชาวตำบลหนองฮีก็ยังมีการรวมกลุ่มกันอย่างเหนียวแน่น

"กิจกรรมนี้มันเกิดขึ้นโดยธรรมชาติ เราเพียงแค่ไปให้แนวคิดว่าเขามีพลัง เขาสามารถรวมกลุ่มกันได้" สุพัฒน์ กล่าว

ประมาณปี 2548 **แพทย์หญิงวรัทยา ราชบัญดิษฐ์** ซึ่งปัจจุบันนี้ดำรงตำแหน่งรักษาการผู้อำนวยการโรงพยาบาลปลาปาก เข้ามาเชื่อมต่อการทำงานด้วยการทำเรื่องการพัฒนาระบบ พัฒนาคนทำงาน โดยทำโครงการเรื่องการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในระดับสถานีอนามัย ซึ่งก็กลายเป็นการทำวิจัยอีกชิ้นหนึ่ง จากการเป็นแพทย์ประจำที่ดูแลคลินิกเบาหวาน และได้เห็นปัญหาว่าผู้ป่วยคลินิกเบาหวานมีจำนวนมาก ทำให้เจ้าหน้าที่บริการผู้ป่วยด้วยเวลาจำกัด นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังมีความยากลำบากในการเดินทางมาโรงพยาบาลตั้งแต่เช้าและเสียเวลาทั้งวัน จึงมีการพูดคุยกันกับทีมผู้ปฏิบัติและผู้บริหารเพื่อคิดหาระบบที่จะมารองรับการแก้ปัญหา

แพทย์หญิงวรัทยา อธิบายถึงที่มาของโครงการนี้ว่า

"คิดว่าน่าจะมีสถานบริการที่ดูแลเบาหวานต่อเนื่องได้ใกล้บ้าน ก็เลยคิดถึงสถานีอนามัย จึงเริ่มต้นทำตอนนั้น มีการเตรียมทีมที่จะดูแลผู้ป่วยต่อ เตรียมระบบการส่งต่อและระบบการดูแลผู้ป่วยให้ต่อเนื่อง รวมทั้งข้อมูลต่าง ๆ และระบบสนับสนุนของโรงพยาบาลต่อสถานีอนามัย เริ่มตั้งแต่เตรียมความ

■ แพทย์หญิงวรัทยา ราชบัณดิษฐ์ รักษาการผู้อำนวยการโรงพยาบาลปลาปาก ผู้รับผิดชอบโครงการเรื่องการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในระดับสถานีอนามัย

พร้อมเรื่องการยอมรับของเจ้าหน้าที่ก่อน เพราะมันเป็นการเพิ่มภาระงานให้กับเจ้าหน้าที่อนามัย ก็ต้องให้เขายอมรับก่อนว่าเราทำเพื่อผู้ป่วย พอเขายอมรับแล้วก็เป็นเรื่องของนโยบาย แล้วก็เอาเจ้าหน้าที่เข้ามาอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วย ทั้งความรู้ ทฤษฎี และข้อปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย ใช้เวลาอบรมอยู่ประมาณ 3 เดือนก่อนที่เราจะประเมินว่าเขาพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วย แล้วค่อยส่งผู้ป่วยออกไปที่อนามัย ก็ประมาณต้นปี 49”

ในการส่งผู้ป่วยออกไปนั้นมีเกณฑ์ในการคัดเลือก คนไหนที่มีภาวะน่าเป็นห่วงจะไม่ส่งไป และผู้ป่วยต้องสมัครใจเอง เน้นกลุ่มผู้ป่วยที่เดินทางมาไม่สะดวก เมื่อส่งไปแล้วยังมีระบบติดตาม โดยช่วงแรก ๆ ทีมของโรงพยาบาล ทั้งหมอและพยาบาลที่ดูแลคลินิกเบาหวานจะออกไปเป็นพี่เลี้ยง หลังจากนั้นก็มีระบบนิเทศติดตาม และมีการประชุมทีมที่ดูแลเบาหวาน เพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์และปัญหาในการทำงาน

“

มีความภูมิใจที่ได้ร่วมทำ ได้รู้ว่าการทำวิจัยนั้นมันไม่จำเป็นต้องมีรายงานเป็นเอกสารออกมา แล้วมาเขียนอ้างอิงอย่างนั้นอย่างนี้ แต่การวิจัยมันอยู่ในการทำงานของเรามากกว่า ถ้าให้มานั่งเขียนอาจจะทำไม่เป็น แต่ผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยได้จากการพยายามปรับการทำงานของเราอันนั้นมันดีกว่ามาก ประสิทธิผลที่มันออกมาคือความรู้สึกที่ผู้ป่วยมีต่อเราหรือเรามีต่อผู้ป่วยมันได้มากกว่า และมันส่งผลไปถึงโรงพยาบาลด้วย

”

การพัฒนาระบบในลักษณะนี้มีข้อดีคือ สะดวกต่อผู้ป่วยในเรื่องการเดินทาง สามารถเดินมาเจาะเลือดที่สถานีอนามัยแล้วเดินกลับไปกินข้าวที่บ้านได้ ทำให้กลมกลืนเป็นธรรมชาติไปกับวิถีชีวิต ถ้าหากต้องมาที่โรงพยาบาลผู้ป่วยอาจต้องตื่นตั้งแต่ตีสี่ และเมื่อมาถึงแล้วก็ต้องรอ กว่าจะเสร็จก็ประมาณเที่ยงวัน นอกจากนี้ยังลดปัญหาเรื่องการขาดนัด ขาดยา โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เดินทางมาลำบาก ซึ่งบางคนเลือกขาดยาไปเลย แต่พอมีบริการใกล้บ้านได้ช่วยลดปัญหาเหล่านี้ให้แก่ผู้ป่วย ขณะเดียวกัน ทางโรงพยาบาลเองก็ลดความหนาแน่นของผู้ป่วยที่มารักษาในแต่ละวัน ทำให้เจ้าหน้าที่มีเวลาดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

จากที่ตอนแรกมีการนำร่องที่ตำบลโคกสูงก่อน ตอนนี้ที่อำเภอปลาปากมีคลินิกเบาหวานระดับสถานีอนามัยถึง 8 จากทั้งหมด 9 แห่งแล้ว

“จากผลการวิจัยที่ผ่านมา ทำให้เราสามารถนำข้อมูลจากการวิจัยมาพัฒนาระบบ โดยเฉพาะส่วนใหญ่งานวิจัยที่ทำจะเป็นลักษณะของการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) คือ เป็นการพัฒนาระบบไปพร้อมกับการวิจัย เห็นผลเป็นรูปธรรมว่าหลังจากเราทำเรื่องนี้แล้วเราวางระบบงานได้ดีขึ้น” แพทย์หญิงวรัทยากล่าว

กว่า 20 ปี ตั้งแต่ที่โรงพยาบาลปลาปากเปิดให้บริการ กว่าจะพัฒนาระบบงานบริการให้มีคุณภาพ สอดรับกับความต้องการของผู้ป่วย สอดคล้องและเข้าใจในวิถีชีวิตของชาวชนบทซึ่งเป็นประชาชนผู้มารับบริการ เจ้าหน้าที่ของที่นี่ได้ผ่านการเรียนรู้จากปัญหาในหน้าที่การงานที่ทำอยู่เป็นประจำทุกเมื่อเชื่อวัน

เรื่องราวทุกอย่างที่ทางทีมงานร่วมกันทำวิจัยมีความต่อเนื่องและเชื่อมโยงกัน ไม่ได้เกิดจากความอยากจะเอาเรื่องใดเรื่องหนึ่งมาทำ แต่พวกเขาทำเพราะเห็นปัญหาของงาน เอาสิ่งนี้เป็นแกนกลางในการเรียนรู้ ทุกเรื่องที่ทำ ทั้งเรื่องเบาหวาน เรื่องพัฒนาระบบบริการไปสู่สถานีอนามัย เรื่องกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการทำเรื่องไต เริ่มต้นจากปัญหาทั้งหมด

พรรณทิวา เล่าถึงความรู้สึกในการทำงานจากวันแรกที่เข้ามาจนถึงวันนี้ว่า

“มีความภูมิใจที่ได้ร่วมทำ ได้รู้ว่าการทำวิจัยนั้นมันไม่จำเป็นต้องมีรายงานเป็นเอกสารออกมา แล้วมาเขียนอ้างอิงอย่างนั้นอย่างนี้ แต่การวิจัยมันอยู่ในการทำงานของเรามากกว่า ถ้าให้มานั่งเขียนอาจจะทำไม่เป็น แต่ผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยได้จากการพยายามปรับการทำงานของเราอันนั้นมันดีกว่ามาก ประสิทธิผลที่มันออกมาคือความรู้สึกที่ผู้ป่วยมีต่อเราหรือเรามีต่อผู้ป่วยมันได้มากกว่า และมันส่งผลไปถึงโรงพยาบาลด้วย น้องที่เข้ามาใหม่ได้สัมผัสกับเราสัมผัสกับผู้ป่วยเขาก็จะได้ความรู้สึกนี้ด้วย เขารู้สึกเห็นใจผู้ป่วยโดยที่เราก็ไม่ได้สอน แต่เขาดูการปฏิบัติงานของเรา และผู้ป่วยก็สามารถจะบอกเราได้ว่าวันนี้เขาไปทำอะไรผิดมา ต่างคนต่างคุยกันได้”

สำหรับตัวของสุพัฒน์ เขาเล่าถึงหลักในการทำวิจัยของตัวเองว่า

“ผมใช้หลักการของ Rapid Assessment and Respond คือ ทำแล้วคืน ซึ่งมันพัฒนามาจาก RAP : Rapid Assessment Process คือกระบวนการประเมินพิจารณาแบบรวดเร็ว จากเดิมการวิจัยเชิงคุณภาพจะเป็นการวิจัยที่ยาก ต้องใช้นักวิจัยเป็นเครื่องมือ นักวิจัยต้องพัฒนาทักษะใน

การเข้าถึงข้อมูลที่ตรงพอสมควร มีอคติน้อยที่สุด แต่กระบวนการ RAP มันดีตรงที่ใช้กระบวนการทำงานเป็นทีม เวลาเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเมื่อเราได้ข้อมูลมาแล้ว ทุกคนจะมีข้อด้อยหรืออคติในการเก็บข้อมูลแต่ข้อมูลจะถูกตรวจสอบเมื่อเรานำข้อมูลของแต่ละคนมาต่อกันในแต่ละครั้ง ซึ่งจากเดิมการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจะลงไปเก็บคนเดียวเป็นส่วนใหญ่ ถ้าเราทำเป็นทีมจะเกิดการตรวจสอบข้อมูล มีการยันข้อมูลกัน ทำให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ และเก็บข้อมูลได้เร็วขึ้น เพราะการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพต้องใช้เวลานาน และการทำวิจัยต้องมีการคืนข้อมูล ไม่เช่นนั้นสิ่งที่ทำออกมามันก็เป็นแค่หนังสือเล่มหนึ่งแต่ไม่ได้ทำให้คนอื่นรับรู้”

ส่วนปัญหาหรือสิ่งท้าทายในการทำวิจัย สุพัฒน์ ได้สรุปไว้ 5 เรื่อง

สิ่งแรก คือ การเข้าถึงปัญหา ตัวคนวิจัยที่กระโจนเข้าสู่การวิจัยโดยไม่เห็นปัญหา มีแต่ความอยากจะเข้าไม่ถึงปัญหา ทำให้ทีมที่เข้ามาร่วมนั้นไม่เต็มที่ด้วย และการที่จะทำให้ทีมเข้าถึงปัญหาร่วมกันก็เป็นเรื่องยากที่ต้องใช้เวลา

สิ่งที่สอง คือ ทักษะ ทุกคนมักจะคิดว่าตัวเองทำเป็น เรียนจบปริญญาโทมาแล้วคิดว่าทำวิจัยได้ ทั้งที่จริงแล้วอาจไม่ใช่เช่นนั้น นอกจากนี้การทำวิจัยเหมือนกับการปฏิบัติธรรม กล่าวคือ เวลานั่งสมาธิต้องมีคนที่รู้จริงคอยนำทาง เพราะเขารู้ว่าจะต้องอยู่กับมันอย่างไร ควบคุมอย่างไร ตัวนักวิจัยถ้ามีอาจารย์ที่ไม่เหมาะก็ทำให้หลงทางได้

สิ่งที่สาม คือ การนำผลการวิจัยไปใช้ ผลการวิจัยเป็นการสรุปจากความคิดของตัวเอง เมื่อทำวิจัยเสร็จแล้วยังต้องนำข้อมูลไปตรวจสอบผู้ที่เกี่ยวข้องก่อนว่าสิ่งที่ตนเองคิดนั้นถูกต้องหรือไม่ เป็นการส่งคืนข้อมูลเพื่อเกิดการหมุน นำไปสู่การปรับปรุงไปเรื่อย ๆ

สิ่งที่สี่ คือ การนำเสนอต่อที่สาธารณะ ผู้วิจัยไม่จำเป็นต้องนำเสนองานวิจัยทั้งหมด ควรวิเคราะห์ก่อนว่าตนต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเรื่องใด แล้วจึงคัดเลือกข้อมูลส่วนที่เกี่ยวข้องไปนำเสนอ ดังนั้น ผู้บริหารจะ

“

ผมรู้สึกดีกับทุกเรื่องที่ผมทำวิจัย รู้สึกว่าทุกคนมีพระคุณต่อผม ผมยกมือไหว้ผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างสนิทใจ เพราะเขาคือผู้ให้ความรู้ ทุกวันนี้ก็นับถือกันเสมือนผมเป็นลูกเป็นหลาน ตายจากกันไปก็หลายคน สิ่งที่เป็นพลังใจให้ทำงานก็คือเราเห็นความงอกงามของผู้ป่วย ถึงแม้บางคนจะตายไปแล้วแต่ก่อนตายเขาก็ได้ก้าวผ่านความยุ่งยากในชีวิตมาได้

”

ไม่ได้รับรู้ข้อมูลการวิจัยทั้งหมด แต่ตัวนักวิจัยต้องรู้ทั้งหมด

สิ่งสุดท้าย คือ การเขียนรายงานการวิจัย แต่ละคนต้องค้นหาสไตล์การเขียนของตัวเองให้ได้ว่าจะมีขั้นตอนการเรียบเรียงความคิดอย่างไรเพื่อให้นำเสนอข้อมูลและความคิดได้สมบูรณ์ที่สุด

“ผมรู้สึกดีกับทุกเรื่องที่ผมทำวิจัย รู้สึกว่าทุกคนมีพระคุณต่อผม ผมยกมือไหว้ผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างสนิทใจ เพราะเขาคือผู้ให้ความรู้ ทุกวันนี้ก็นับถือกันเสมือนผมเป็นลูกเป็นหลาน ตายจากกันไปก็หลายคน สิ่งที่เป็นพลังใจให้ทำงานก็คือเราเห็นความงอกงามของผู้ป่วย ถึงแม้บางคนจะตายไปแล้วแต่ก่อนตายเขาก็ได้ก้าวผ่านความยุ่งยากในชีวิตมาได้”

และประเด็นที่เขาตกผลึกจากการทำวิจัยในงานประจำอย่างต่อเนื่องในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ก็คือมุมมองที่เห็นว่า การวิจัยนั้นคือวิถีสู่การดับทุกข์

ทั้งนี้ สุพัฒน์ เคยบวชเรียนกับ หลวงปู่คำพัน โฆสปัญโญ วัดพระธาตุมหาชัย จังหวัดนครพนม มาก่อน อาจเป็นเพราะพื้นฐานความรู้ความเข้าใจในหลักธรรมที่เคยศึกษาและปฏิบัติมาทำให้เขาเชื่อมโยงปรากฏการณ์

> “
> การวิจัยเป็นเรื่องของอริยสัจสี่ เพราะจริงๆ แล้วมันคือราก เดียวกัน คือไปหาทุกข์ก่อน แต่ส่วนใหญ่คนที่ทำวิจัยจะไปหา มรรคเลย มองผลไว้ล่วงหน้า มันทำให้เข้าไม่ถึงทุกข์ เข้าไม่ถึง ปัญหา แล้วมองว่าการวิจัยเป็นเรื่องยาก...
> ”

ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตซึ่งรวมถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในการทำงานไปสู่เหตุปัจจัยที่ทำให้มันเป็นเช่นที่เห็น แล้วค้นหาวิธีการอันเหมาะสมที่จะดับปัญหาในระดับรากฐาน ทำให้เขามองเรื่องของการวิจัยในงานประจำในแง่มุมนี้

“การวิจัยเป็นเรื่องของอริยสัจสี่ เพราะจริง ๆ แล้วมันคือรากเดียวกัน คือไปหาทุกข์ก่อน แต่ส่วนใหญ่คนที่ทำวิจัยจะไปหามรรคเลย มองผลไว้ล่วงหน้า มันทำให้เข้าไม่ถึงทุกข์ เข้าไม่ถึงปัญหา แล้วมองว่าการวิจัยเป็นเรื่องยาก ถ้าทำวิจัยแบบนี้ก็เหมือนกับคุณไปซื้อเสื้อผ้า ถ้าคุณเห็นว่ากางเกงตัวนี้สวย เสื้อตัวนี้สวย แล้วคุณก็ซื้อมาใส่โดยลืมไปว่าคุณไม่ได้วัดองค์ทรงเอวของตัวเอง มันก็ทำให้ได้สิ่งที่ไม่พอดีกับตัวคุณ มันไม่เข้ากับตัวคุณ แล้วคุณก็มองว่างานวิจัยมีปัญหา ที่จริงแล้วกระบวนการคิดของคุณนั่นแหละมีปัญหา เพราะคุณเข้าไม่ถึงราก ถ้าเข้าถึงรากของปัญหา วิธีการมันจะออกมาเองตามธรรมชาติของมัน เมื่อคนมองเห็นทุกข์ แล้วก็จะนำไปสู่สมุทัย นิโรธ มรรค คือมองเห็นทางที่จะนำไปสู่การแก้ปัญหาหรือการดับทุกข์”

ปิดท้ายด้วยแง่คิดสะกิดใจ แม้จะผ่านประสบการณ์การทำงานประจำให้เป็นงานวิจัยมาหลายปี แต่สุพัฒน์ยอมรับว่าเพิ่งได้ยินชื่อ R2R เมื่อเร็ว ๆ นี้นี่เอง

“เพิ่งมาได้ยินเรื่อง R2R ปีนี้นี่เอง อยากให้ระวังไว้ว่า ถ้ามันกลายเป็นกระแส ก็จะถูกสั่งให้ทำ พอทำงานวิจัยโดยที่ไม่ได้เข้าถึงปัญหาที่แท้จริงมันก็

กลายเป็นว่าเอาอะไรมาแปะ ๆ แล้วกลายเป็นเล่มออกมาเล่มหนึ่ง และจะทำให้เกิดเป็นความทุกข์แก่คนทำงาน

"ที่จริงการวิจัยมันเป็นแค่เครื่องมือหนึ่งที่จะนำไปใช้ในการทำงานให้ดีขึ้น เป็นเครื่องมือหนึ่งที่ทำให้เข้าถึงทุกข์เข้าถึงปัญหา ถ้ายังไม่เห็นรากของปัญหาที่แท้จริง เห็นแค่ปรากฏการณ์ที่มันเกิดขึ้น...

"ด้วยเหตุนี้จึงต้องระวัง ไม่เช่นนั้นแล้ว R2R ที่บอกว่าเป็น 'Routine to Research' มันจะกลายเป็น 'Research to Routine' คือทำงานวิจัยให้เป็นงานประจำ"

โรงพยาบาลยโสธร

ที่นี่ เราวิจัยแบบ **“ไม่มีใบสั่ง”!**

ภาพผู้ป่วยชายหญิงสามสี่รายที่นอนอยู่บนเตียงภายใน ไอ ซี ยู ศัลย์ฯ หรือ หอผู้ป่วยหนักตึกศัลยกรรม โรงพยาบาลยโสธร บ่ายวันนั้น ดูเผินๆ อาจไม่ต่างไปจากบรรยากาศในหอผู้ป่วยหนักของโรงพยาบาลทั่วไป

ทว่า หากสังเกตให้ถี่ถ้วน จะเห็นว่าในห้องนั้นมีป้ายแผ่นหนึ่งติดไว้เหนือเตียงผู้ป่วยทุกเตียง

ป้ายนั้นทำด้วยกระดาษโปสเตอร์พื้นสีฟ้าสด ภายในเป็นรูปวงกลมมีเส้นรัศมีตัดกันโดยรอบ แบ่งพื้นที่ในวงกลมนั้นเป็น 12 ช่อง ตามเวลาบนหน้าปัดนาฬิกา โดยใช้สีขาวสลับกับสีชมพูและสีม่วง พร้อมกับมีข้อความระบุในแต่ละช่องสลับกันไปเช่นเดียวกัน

“24 น. นอนหงาย 2 น.ตะแคงซ้าย 4 น .นอนหงาย 6 น.ตะแคงขวา...”

และทุกสองชั่วโมงตามเวลาที่ระบุ พยาบาลเวรก็จะเข้าไปพลิกตัวผู้ป่วยที่ยังนอนอย่างไม่รู้สึกตัวเพื่อเปลี่ยนท่าให้ตามข้อความในป้ายเหล่านั้น ซึ่งพวกเขาเรียกมันว่า นาฬิกาพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย

"เอาเรื่องนี้มาทำเพราะช่วยแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ง่ายและเกิดเยอะกับคนไข้ไอซียู ที่สำคัญคือเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นเพราะคุณภาพการพยาบาล ซึ่งเป็นเรื่องที่ป้องกันได้ถึง 95 เปอร์เซ็นต์"

ธิติมา โคตรพันธ์ พยาบาลแผนกไอซียู ศัลยกรรม ของโรงพยาบาลยโสธร เล่าให้ฟังถึงวิธีแก้ปัญหาการดูแลผู้ป่วยในบ่ายวันหนึ่ง ท่ามกลางเพื่อนร่วมงานของเธอที่นั่งล้อมเป็นวง ทุกคนอยู่ในเครื่องแบบสีชมพู ซ่อนผมไว้ในผ้าคลุมทั้งชายและหญิง

เธออธิบายว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในแผนกนี้ ส่วนใหญ่เป็นคนที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน และมีอัตราการเสียชีวิตสูง ดังนั้นการดูแลเพื่อไม่ให้เกิดแผลกดทับซึ่งมักจะเกิดกับผู้ป่วยที่ต้องนอนนาน ๆ จึงเป็นเรื่องที่สำคัญและถือเป็นงานท้าทายด้วย เพราะนั่นคือสิ่งที่สะท้อนถึงคุณภาพการบริการ ซึ่งเธอและเพื่อน ๆ ต่างก็เข้าสู่กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง อันเป็นนโยบายของโรงพยาบาลตั้งแต่เมื่อ 3 ปีที่ผ่านมา

หลังจากพบปัจจัยเสี่ยง ไม่ว่าจะเป็นสภาพผู้ป่วย ผิวหนัง การขาดสารอาหาร การช่วยเหลือตนเองไม่ได้ แรงกดและแรงเสียดทาน เธอและเพื่อน ๆ จึงช่วยกันคิดรูปแบบการดูแลขึ้นมา

"เริ่มทำแผนภูมิก้างปลาดูว่าสาเหตุมันเกิดจากอะไร จากอุปกรณ์หรือจากสภาพแวดล้อม ก็พบว่ามันไม่ชัดเจนในการดูแลคนไข้ แม้แต่คำว่า "การดูแล" ก็ไม่ได้มีการระบุเฉพาะเจาะจง เช่น ดูแลผิวหนัง ก็ไม่รู้จะดูอย่างไร จากนั้น เราก็คิดออกมาเป็นข้อ ๆ"

ในที่สุดก็ได้ข้อสรุปว่าในเรื่องของการดูแลผิวหนังเพื่อป้องกันแผลกดทับให้คนไข้ ให้ทำด้วยการทาโลชั่น น้ำมัน หรือวาสลิน นอกจากนี้ยังช่วยกันออกแบบระบบดูแลท่านอนของผู้ป่วยที่ยังไม่รู้สึกตัว ซึ่งเป็นอีกเรื่องหนึ่งที่สำคัญยิ่งยวด

“ที่ผ่านมา เราเช็คไม่ได้ว่าแต่ละวันผู้ป่วยถูกพลิกตัวไปกี่ครั้ง ทุก 2 ชั่วโมงหรือเปล่า ก็เลยคิดนวัตกรรม คือ นาฬิกาพลิกตะแคงตัว ติดไว้ที่หัวเตียง เพื่อช่วยบอกให้ชัดเจนว่า เวลาเท่านี้ต้องพลิกซ้ายหรือพลิกขวา ทำให้เราดูได้ง่ายขึ้นว่าคนไข้แต่ละคนได้รับการพลิกตะแคงอย่างถูกต้องหรือยัง”

เพื่อให้เกิดการป้องกันแผลกดทับอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น พวกเธอยังได้หาอุปกรณ์เสริมเพื่อลดแรงเฉือน แรงเสียดทาน โดยการออกแบบ **ผ้ารองยกตัวผู้ป่วย** แทนวิธีดึงหรือลากเมื่อต้องเปลี่ยนท่าให้

“การยกผู้ป่วยโดยใช้พยาบาลสี่คนเป็นไปได้ยากที่จะไม่ให้เกิดการดึงหรือลาก เราจึงป้องกันด้วยการทำผ้ารองยกตัว เพราะไม่งั้นเวลาดึงปุ๊บบางทีตัวจะครูดกับเตียง ลากเท้าลากอะไรไปสัมผัส คนไข้จะเป็นแผลง่าย เราก็ขอความร่วมมือกับแผนกซักฟอก บอกขนาดให้เขาตัดเย็บให้ คลุมตั้งแต่ศีรษะมาถึงปลายเท้า เพราะว่าจะกันได้ทั้งตัว พลิกตัวก็ง่าย ใช้ผ้าแทนการยก ไม่ต้องจับตัวผู้ป่วย”

นอกจากนี้ ยังมีวิธีดูแลผ้าปูเตียงให้เรียบตึงชนิดที่หลายคนอาจจะนึกไม่ถึง

“ผิวหนังคนไข้ไอซียูส่วนมากขาดสารอาหาร จึงมักบวม และเป็นรอยตามผ้าปูที่ยับ ๆ ช่วงแรกทำได้ยาก เพราะบางทีเป็นเตียงไม้ พอเราใช้มือสอดเก็บผ้าปู บางคนก็เล็บฉีกบ้าง เสี้ยนตำบ้าง จึงไม่ค่อยมีใครอยากทำ ก็เลยเอาไม้พายมาช่วยในการสอดเก็บผ้า”

■ ‘ไม้พาย’ อุปกรณ์ช่วยปูเตียง

หลังการค้นพบที่น่ายินดี ไม้พายสำหรับทำอาหารที่จับได้เหมาะมืออันละสิบห้าบาท จึงถูกนำมาใช้งานที่หอผู้ป่วยหนักแห่งนี้ในเวลาต่อมา

ยังมีเรื่องเล่าที่น่าสนใจจากธิติมาอีกหลายเรื่อง รวมทั้ง เรื่องที่เธอทดลองเอาหินก้อนกลมเกลี้ยงสีเหลืองอำพันไปแช่เย็นแล้วก็ทดลองประคบบนรอยแผลผู้ป่วยรายหนึ่ง ก่อนที่จะพบว่ามันจางหายไปในวันรุ่งขึ้น ซึ่งพิสูจน์ให้เห็นว่า การประคบเย็นช่วยลดความรุนแรงของแผลกดทับได้ระดับหนึ่ง

ไม่ใช่ธิติมาคนเดียวที่ต้องคอยสังเกตปัญหา และคิดค้นวิธีแก้ไขอย่างเป็นเหตุเป็นผลและเป็นขั้นตอน เพราะความยุ่งยากของผู้ป่วยที่ต้องนอนนิ่งอยู่บนเตียงไม่ใช่มีแค่แผลกดทับเท่านั้น โดยเฉพาะคนที่หายใจเองไม่ได้และต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ

ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจไว้นานกว่า 48 ชั่วโมง คนไข้จะเพิ่มโอกาสการเกิดปอดอักเสบ ซึ่งนั่นหมายถึงยิ่งเพิ่มอัตราการเสียชีวิต เพิ่มวันนอนในโรงพยาบาล และเพิ่มค่าใช้จ่ายอย่างเลี่ยงไม่ได้เลย

เมื่อเป็นเช่นนี้ พยาบาลในแผนก นำโดย **ฐิรพร อัศวศรุต** จึงได้ร่วมมือกันหาวิธีการต่าง ๆ ที่จะช่วยชีวิตผู้ป่วยหนักให้ได้ผลดีที่สุด ทั้งการประยุกต์อุปกรณ์วัดความดันภายใน cuff ของท่อหลอดลมคอให้สะดวกต่อการพกพาและใช้งาน โดยที่ให้ผลการวัดค่าความดันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งยังประหยัดค่าใช้จ่าย รวมทั้งหาแนวทางปฏิบัติทางคลินิกเพื่อจะหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยให้เร็วที่สุด ด้วยการประชุมทบทวนองค์ความรู้และความเข้าใจต่อการใช้แนวปฏิบัติ ซึ่งได้ทำให้เกิดความชัดเจนมากขึ้นและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

ขณะที่ **นิรมล จันทรศิริ** ผู้มีหน้าที่สรุปตัวเลขจำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อจากการใช้อุปกรณ์ตัวนี้ด้วยความวิตกกังวล ก็พยายามค้นหาแนวทางปฏิบัติเพื่อลดโอกาสที่ผู้ป่วยจะเกิดภาวะปอดอักเสบ ซึ่งปรากฏว่าวิธีที่เธอทดลองใช้แล้วได้ผลมีดังนี้

การใช้สำลีหกก้อนร่วมกับการใช้เครื่องมือดูดเสมหะหรือน้ำลาย (suction) จากเดิมที่ใช้ซ้ำกันเพียงสองก้อน, การใช้เครื่องดูดเสมหะ และให้อาหารทางสายยางอย่างถูกต้องทุกขั้นตอน, การใส่ท่อช่วยหายใจ และล้างมือตามหลักสุขอนามัยอย่างเคร่งครัด, การจัดท่านอนโดยให้นอนราบน้อยที่สุด และจัดท่อ circuit ให้ต่ำกว่าระดับท่อช่วยหายใจ รวมถึงการดูแลความสะอาดในช่องปากด้วย แปรงสีฟัน วาสลินทาปาก และหลอดฉีดยา

"ตอนคิดไม่เหนื่อย แต่เวลาทำเหนื่อยนะคะ แล้วเวลาส่งยอดผู้ป่วยที่ติดเชื้อทีไร...ใจแป้ว เรารู้สึกว่าเราทำเต็มที่ แต่ยอดก็ยังคงสูง" เธอเล่า

นอกจากนี้ เพื่อน ๆ ที่เห็นปัญหาร่วมกันก็ยังช่วยคิดหาวิธีเก็บปลายสายเครื่องดูดเสมหะด้วยการทำปลอกสวมอย่างง่ายจากสายเครื่องดูดเสมหะที่หมดสภาพแล้วและนำมาแยกสีตามการใช้งาน หรือการหาอุปกรณ์ปิดข้อต่อ ventilator ขณะทำการดูดเสมหะ

และแม้แต่ถุงน้ำเกลือที่ใช้แล้วก็ยังถูกดัดแปลงเป็นถุงมือยักษ์ที่เย็บหุ้มด้วยผ้า เพื่อสวมเก็บนิ้วมือให้ผู้ป่วยรายที่ชอบดึงสายอุปกรณ์ต่าง ๆ ออก

จากร่างกายขณะที่อยู่ระหว่างการรักษา มีการคิดค้นสายยึดท่อเจาะคอชนิดปรับความยาวได้ซึ่งทำจากวัสดุเหลือใช้ รวมทั้งผ้ารัดหน้าท้องบรรเทาอาการปวดแผลหลังผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งทำจากผ้าด้ายดิบและแถบติดตีนตุ๊กแกที่ออกแบบโดย **ลัดดา คำแดง**

สิ่งประดิษฐ์ทำมือหลายชิ้นอาศัยกำลังหลักคือ **เปี่ยมจิตต์ สัพโส** พยาบาลที่ใช้ความสามารถในการตัดเย็บและจักรเย็บผ้าที่บ้านให้เป็นประโยชน์ โดยที่มีเพื่อนๆ คอยให้คำแนะนำเพื่อให้ได้อุปกรณ์เสริมที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด

ทั้งหมดนี้เกิดขึ้นภายใต้การสนับสนุนของหัวหน้าแผนก คือ ฐิรพร ผู้ซึ่งกล่าวสรุปในตอนท้ายด้วยน้ำเสียงเรียบๆ ทว่าแฝงด้วยความภาคภูมิใจ

"น้องๆ พยายามขวนขวายที่จะรู้ ที่มีชิ้นงานออกมาเพราะส่วนหนึ่งคือตัวเขาเอง สองโดยทีม สามคือบรรยากาศในการทำงาน เป็นทีมที่สนับสนุนกันเอง และยังได้รับคำแนะนำจากการนิเทศงานด้วยโดยส่วนตัว เรื่องของการประสบผลสำเร็จในการทำงาน เฉพาะต่อหน้าเราคือ คนไข้ปลอดภัย ที่สำคัญเราสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนให้เขาได้

ผลที่เราไม่คาดหวังคือ การที่นำผลงานของเราเผยแพร่ไปให้คนอื่นรู้ว่าเรากำลังทำอะไรกันอยู่ ซึ่งอาจจะดีหรือไม่ดีเท่ากับที่อื่น แต่เป็นความภาคภูมิใจว่าเราพยายามที่จะทำ ไม่ได้หยุดนิ่ง"

■ เนตรชนก ฤทธิ์ทรงเมือง น้องใหม่ไอซียูศัลย์ แสดงอุปกรณ์วัดความดันภายใน cuff ของท่อหลอดลมคอที่ปรับปรุงให้สะดวกต่อการพกพาและใช้งาน ราคาถูก

> เรื่องของการประสบผลสำเร็จในการทำงาน เฉพาะต่อหน้าเราคือคนไข้ปลอดภัย ที่สำคัญเราสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนให้เขาได้ ผลที่เราไม่คาดหวังคือ การที่นำผลงานของเราเผยแพร่ไปให้คนอื่นรู้ว่าเรากำลังทำอะไรกันอยู่ ซึ่งอาจจะดีหรือไม่ดีเท่ากับที่อื่น แต่เป็นความภาคภูมิใจว่าเราพยายามที่จะทำ ไม่ได้หยุดนิ่ง

“เราเน้นที่ว่าใครสนใจ แต่ไม่เน้นว่าใครต้องทำ”

นั่นเป็นคำกล่าวของ **ดร.นิภาพร ลครวงศ์** พยาบาลแผนกจิตเวช โรงพยาบาลยโสธร เจ้าของรอยยิ้มและแววตาที่เปี่ยมด้วยมิตรภาพ

ในวันนี้ กับวัยเพียง 30 ปีเศษ เธอเป็นทั้งผู้สนับสนุนและผู้ประสานงานในการกระตุ้นให้พี่น้องพยาบาล แพทย์ และเพื่อนร่วมวิชาชีพในโรงพยาบาลยโสธร ใช้ความรู้ผ่านกระบวนการวิจัยเพื่อแก้ไขปัญหา โดยเฉพาะประเด็นที่พบบ่อยในงานประจำ

กลุ่มการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม คือทีมงานหนึ่งที่เธอและหลายคนภาคภูมิใจ

เธอเล่าว่า จากบทเรียนครั้งที่จบการศึกษาปริญญาโทด้านจิตวิทยาการให้คำปรึกษาจากมหาวิทยาลัยขอนแก่น ประมาณปี 2541-2542 เคยมีเพื่อนร่วมงานที่นี่ขอร้องให้ช่วยทำวิจัยด้วยความรู้สึกเป็นทุกข์ ทั้งที่เวลานั้นองค์กรก็ให้การสนับสนุนอย่างเป็นระบบ แต่งานวิจัยกลับถูกมองว่าเป็นเรื่องที่ยากและเครียด

ดังนั้นในปี 2549 อันเป็นจังหวะเวลาที่ผู้บริหารหลายคนมีมุมมองตรงกันว่า งานวิจัยมีความจำเป็น ต่อการพัฒนางานในองค์กร และเป็นเครื่องมือหนึ่งที่สนับสนุนให้เกิดมาตรฐานบริการที่ดีซึ่งเป็นวิสัยทัศน์ของ

> “
> เราจะเน้นการทำโดยไม่ให้คนทำรู้สึกว่าถูกบังคับ เพราะเราอยากให้เกิดความยั่งยืน ดังนั้นสิ่งที่สำคัญในตอนนี้น่าจะเป็นเรื่องทัศนคติ คือ มีใจอยากทำก่อน
> ”

โรงพยาบาลอยู่แล้ว ในฐานะที่มีความเข้าใจธรรมชาติของงานวิจัย และเป็นบุคคลหนึ่งที่มีทัศนคติสร้างความสุขในการทำงาน เธอจึงได้เข้ามามีส่วนร่วมส่งเสริมและเป็นผู้ประสานงานอย่างเป็นธรรมชาติ

“ตัวเองติดทุนที่นี่อยู่แล้วดังนั้น คิดว่าถ้าพอช่วยอะไรได้ก็ทำค่ะ”

เธอเปิดใจว่า ไม่อยากให้แนวคิดการทำงานวิจัยเกิดขึ้นมาบนฐานอำนาจ ผ่านการสั่งการ เพราะจะไม่ยั่งยืนเช่นเดียวกันกับนโยบายรัฐหลายเรื่องที่เคยล้มเหลวมาแล้ว

“มองว่าเป็นการทำงานอย่างมีความหมาย ไม่ใช่ว่าตื่นมาแล้วก็ทำงานไป มันน่าจะเป็นเรื่องของการพัฒนาตัวคนทำงานนั้น เรามีปัญหาจากงานประจำของเราแล้วเราก็แก้ปัญหาของเราโดยใช้กระบวนการวิจัยเข้ามา งานวิจัยมันทำให้คนคิดเป็นระบบมากขึ้น เป็นเหตุและเป็นผลมากขึ้น กระบวนการทำงานช่วยขัดเกลาจิตใจของคน”

อย่างไรก็ตาม การสร้างทัศนคติเรื่องนี้กับกลุ่มพยาบาลซึ่งคุ้นเคยกับการรับคำสั่งแพทย์เพื่อให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยเทคนิคต่าง ๆ ในขณะที่มีภาระงานประจำมากอยู่แล้ว ก็มีความจำเป็นต้องใช้เวลาไม่น้อย

“ก่อนที่จะเข้าไปทำงานกับใคร เราต้องทำให้เขามีความสุขเสียก่อน แต่ไม่ใช่หมายถึงการที่เราต้องไปบอกว่า ต้องอย่างนั้นอย่างนี้ เราค่อย ๆ พาเขาไป ใครพร้อมก็ทำก่อน อย่างไอซียูศัลย์ฯ นี่เขาลุยเลย แล้วกัด

ไม่ปล่อย เราก็จัดคอร์สสอน หรือบางทีก็แอบเอากระบวนการจัดการความรู้เข้ามาใช้โดยไม่บอกให้เขารู้

“ที่นี่มีคนเก่งเยอะนะคะ พยาบาลจบปริญญาโทมาตั้ง 20 คน แล้วรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลก็สนใจงานวิชาการด้วย ท่านชอบทำวิจัยและมุ่งพัฒนาวิชาชีพโดยใช้วิชาการ ส่วนตัวเองก็มองว่า การวิจัยไม่ยากถ้าเราข้ามผ่านความกลัวของตัวเองได้”

ในมุมมองของพยาบาลจิตเวชเช่น ดร.นิภาพร เธอยังคงมีความหวังและให้กำลังใจคนทำงานเสมอ

“ที่โรงพยาบาลยโสธร ยังไม่ใช่แบบสำเร็จรูป อยู่ระหว่างการทำเรียนรู้ไปด้วย แก้ปัญหาไปด้วย เราจะเน้นการทำโดยไม่ให้คนทำรู้สึกว่าถูกบังคับ เพราะเราอยากให้เกิดความยั่งยืน ดังนั้นสิ่งที่สำคัญในตอนนี้น่าจะเป็นเรื่องทัศนคติ คือ มีใจอยากทำก่อน”

■ กีรติ ทองคำ หัวหน้าตึกศัลยกรรมชาย เจ้าของปกสมุดที่มีข้อความ “ทุกปัญหาย่อมมีทางออก”

กีรติ ทองคำ หัวหน้าพยาบาลตึกศัลยกรรมชายของโรงพยาบาลยโสธร นับเป็นตัวอย่างของคนทำงานอีกคนหนึ่งที่มี “ใจอยากทำ” และกำลังจะทำ เธอคิดถึงงานวิจัยที่จะช่วยขยายผลการดูแลผู้ป่วยติดสุราที่เข้ามารับการรักษาที่แผนกของเธอ หลังจากที่ก่อนหน้านี้เคยทำงานวิจัยเล็ก ๆ เรื่องหนึ่งร่วมกับแผนกจิตเวชมาแล้วและได้ผลค่อนข้างดี บวกกับเพิ่งผ่านเหตุการณ์ผู้ป่วยบนตึกรายหนึ่งได้กระโดดลงมาจากชั้นห้า

ด้วยอาการคลุ้มคลั่งอันเกี่ยวเนื่องกับฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ เมื่อเทศกาลสงกรานต์ปี 2551 และโชคดีที่เขารอดชีวิต

"เรามาคุยกันในตึกศัลย์ฯ ว่าจะทำยังอย่างไรจึงจะเกิดการขยายผล เพราะคนไข้ในของเราไม่เคยได้รับการบำบัดจิตเวชมาก่อน ทีนี้พอเราได้แบบแผน เราจะลองลุยทั้งโรงพยาบาลเลย ตอนนั้น อยู่ในช่วงกำลังตั้งทีม คิดกันว่าทำอย่างไรถึงจะทำให้คนงดเหล้า แล้วไปตามผลในชุมชน มันก็เหมาะเจาะทุกอย่าง ผู้ว่าฯให้ความร่วมมือ เพราะเป็นบริบทของจังหวัดที่เป็นประเพณีว่าต้องกินเหล้ากัน แล้วแอลกอฮลล์ลิสซึมกับอุบัติเหตุมันก็เชื่อมโยงกัน"

เพื่อเปลี่ยนวิกฤตมาเป็นโอกาส หลังจากหารือกับแผนกจิตเวช เธอจึงปรับวิธีคัดกรองผู้ป่วยใหม่ โดยให้ความสนใจกับประวัติการดื่มสุรา จากนั้นจะประสานงานมาที่แผนกจิตเวชเพื่อขอความร่วมมือในการเข้าไปประเมินสภาพจิตผู้ป่วย รวมถึงให้แพทย์เข้ามาช่วยตรวจรักษาและนัดหมายครั้งต่อไป ซึ่งเท่ากับเป็นการทำงานโดยยึดเอาผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางนั่นเอง

"ถ้าทำแบบนี้ก็จะช่วยลดกลุ่มคนไข้ที่อาเจียนเป็นเลือดซึ่งมักจะกลับมาอีก ที่ผ่านมา แม้ว่าคนไข้จะบำบัดที่จิตเวชแล้ว แต่พอกลับบ้านไป เจอสังคมเดิมๆ เขาก็จะกลับมาเข้ารับการรักษาใหม่อีก นี่คือปัญหาที่เราพบและเป็นจุดเริ่มต้นที่เราทำวิจัยกันในตอนแรก"

สุปราณี พลไชย พยาบาลจากแผนกจิตเวช ซึ่งนั่งอยู่ด้วยกันช่วยอธิบายเพิ่มเติม การทำงานร่วมกันแบบสหสาขายังจะทำให้ผู้ป่วยยินยอมให้ความร่วมมือกับโรงพยาบาลมากขึ้น ทั้งการนัดหมายโดยแพทย์ที่มีน้ำหนักมากกว่าที่แผนกจิตเวชนัดเอง และการตรวจรักษาบางอย่างที่มีผลยืนยัน เช่น ผลเลือด ก็ทำให้ผู้ป่วยมีความตระหนักในสุขภาพของตนเองมากยิ่งขึ้นด้วย

“

จะทำยังอย่างไรจึงจะเกิดการขยายผล เพราะคนไข้ในของเราไม่เคยได้รับการบำบัดจิตเวชมาก่อน ทีนี้พอเราได้แบบแผน เราจะลองลุยทั้งโรงพยาบาลเลย ตอนนั้น อยู่ในช่วงกำลังตั้งทีม คิดกันว่าทำอย่างไรถึงจะทำให้คนงดเหล้า แล้วไปตามผลในชุมชน มันก็เหมาะเจาะทุกอย่าง ผู้ว่าฯให้ความร่วมมือ เพราะเป็นบริบทของจังหวัดที่เป็นประเพณีว่าต้องกินเหล้ากัน แล้วแอลกอฮอลล์ลิสซึมกับอุบัติเหตุ มันก็เชื่อมโยงกัน

”

ประเด็นที่น่าขบคิดก็คือ เมื่อเป็นความต้องการขยายผลให้ครอบคลุมถึงผู้ป่วยในแผนกอื่น โอกาสที่จะได้รับความร่วมมือจากแผนกต่างๆ จะมีมากน้อยเพียงใด เรื่องนี้ กีรติมองว่าอยู่ที่ผู้นำ

“น้องจะเข้าใจว่าเป็นงานประจำหรือเป็นงานเพิ่ม มันอยู่ที่หัวหน้านะ หัวหน้าต้องบอกว่าจุดมุ่งหมายของเราคืออะไร ถ้าบอกว่า เอ้า ส่งไปให้จิตเวช นี่เป็นของเขาแล้ว แต่ถ้าหัวหน้าบอกว่า คนไข้เราคนนี้ยังไม่ได้รับการบำบัด นี่คือของเราแล้วเด๊ะ” เธอลงท้ายด้วยหางเสียงภาษาถิ่น ก่อนที่จะสรุปว่า

“หลังจากที่เราได้แบบแผน เราจะมาดูว่าตึกอื่นเขามีปัญหาที่จะร่วมโครงการ มากน้อยแค่ไหน เราต้องวิเคราะห์ว่าเป็นไปได้ขนาดไหน คงต้องทำตรงนี้เป็นช็อตสองนะ” ตอนท้ายสุดนี้ เธอหันไปพูดเชิงหารือกับสุปราณี

เช่นเดียวกับงานห้องผ่าตัด **จันทรา พระสว่าง** กับน้องๆ พยาบาลที่ใส่ใจทั้งในคุณภาพชีวิตของคณะทำงานผู้ให้บริการและผู้ป่วยที่มาใช้บริการ กำลังจะสำรวจความสุขของคนทำงานในมิติที่ลงลึกมากขึ้น

“งานที่โออาร์ (ห้องผ่าตัด) เป็นงานที่เร่งรีบไม่ค่อยมีเวลามาคุยกัน คนไม่ค่อยมีความสุข เราจึงอยากจะดูว่าตัวเองพร้อมไหมที่จะให้บริการคนอื่น ชีวิตประจำวันภาระงานหนักมาก เราทำงาน 8 ชั่วโมง แต่คนอยู่เวรต้องอยู่ถึง 24 ชั่วโมง เช้ายังมาทำงานอีก ความผิดพลาดที่เกิดจากคน (human error) จึงเกิดเยอะ เช่น อาจจะเบลอ หลงลืมในการนับเครื่องมือ” เกษราภรณ์ กรีฑา พยาบาลรุ่นน้องชี้แจง

เธอเล่าด้วยว่าทีมงานบางคนมีวิธีการทำงานที่ทำให้เพื่อนเกิดความรู้สึก “เครียด” และเคยมีพยาบาลคนหนึ่งขณะปฏิบัติหน้าที่อยู่ จู่ ๆ ก็มีอาการหอบขึ้นมาเฉย ๆ ดังนั้น เธอจึงตั้งใจว่าจะออกแบบคำถามในแบบสำรวจที่จะทำให้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับคน ๆ นั้นให้มากที่สุด เป็นต้นว่า เรื่องของลักษณะงานที่ทำ การใช้ชีวิตประจำวัน รวมถึงสถานภาพครอบครัว เพื่อนำไปสู่การสร้างความสุขในที่ทำงานนั่นเอง

ในส่วนของผู้ป่วยรอผ่าตัดที่ถูกเข็นใส่รถนั่งมาบ้าง นอนมาบ้างนั้น จันทราอธิบายว่า ในช่วงที่ต้องมารอที่ห้องพักอย่างน้อยครึ่งชั่วโมงนั้น เธอจะลองศึกษาดูว่าการใช้สื่อประเภทต่าง ๆ เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลของพวกเขาจะได้ผลเพียงใด

“บางทีหมอมาช้ากว่านั้นอีก คนไข้ต้องรอเป็นชั่วโมง ชั่วโมงกว่าก็มีช่วงที่รอคอยคนไข้ก็จะวิตกกังวล ทีมงานก็เครียดเหมือนกันว่าเมื่อไรหมอจะมา”

เธอเล่าว่าได้จัดสรรสื่อประเภทต่าง ๆ ให้ เช่น หนังสือธรรมะ การ์ตูนตลก เกร็ดความรู้สุขภาพ สมุนไพร ฯลฯ แล้วแต่คนไข้จะเลือก

“เคยสำรวจ อันดับแรกบอกอยากดูซีดีธรรมะ อันดับสอง อยากให้ญาติเข้ามาเยี่ยมหรืออยู่เป็นเพื่อนหนึ่งคน อันดับสาม คือ ได้รับการทักทายและต้อนรับให้อบอุ่น อันดับสี่ ดูซีดีตลก เราก็เลยเอาอันดับหนึ่งบวกสี่ หาซีดีปนตลกของพระมหาสมปองให้คนไข้ฟัง เด็ก ๆ ก็ให้ดูการ์ตูนใช้ MP4 ที่มีหูฟัง ไม่ต้องรบกวนคนอื่น”

■ ภารดี ชูรัตน์ และสุณิสา ชื่นตา

พวกเขาวางแผนไว้ว่าจะสำรวจในกลุ่มผู้ป่วยอายุ 15–60 ปี เวลานี้ซื้ออุปกรณ์ดังกล่าวมาแล้ว 2 เครื่อง และกำลังเริ่มใช้งาน *"เครื่องละประมาณ 1,500–1,600 บาท ถ้าโครงการไม่สนับสนุนก็คงต้องบริจาคไม่เป็นไร"* ท้ายประโยคเธอพูดแบบกลั้วหัวเราะ

อย่างไรก็ดี ปัญหาของเธอคือ ผู้เชี่ยวชาญติงว่า แบบประเมินความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่รอผ่าตัดนั้นยังมีรายละเอียดน้อยเกินไป ขณะที่เธอคิดว่าเพียงพอเพราะไม่อยากเพิ่มความเครียดให้ผู้ป่วยมากกว่านั้น

ขณะที่ **ภารดี ชูรัตน์** วิสัญญีพยาบาลที่เข้ามาเรียนรู้งานวิจัยในรุ่นแรก ๆ ชี้แจงว่า เวลานี้คณะทำงานในทีมได้จัดทำแบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดให้เบ็ดเสร็จอยู่ในกระดาษแผ่นเดียวกัน เพื่อให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องจะได้ใช้ร่วมกันเวลาเข้าไปพบผู้ป่วย ผลดีก็คือผู้ป่วยจะได้ไม่ต้องตอบคำถามหลายครั้ง ทว่า ในทางปฏิบัติยังเป็นไปได้ไม่ทั้งหมด

“เดิมเราตกลงกันว่า จะมีคนหนึ่งที่เยี่ยมคนไข้คนเดียวแทนทั้งหมด แต่ผลสรุปออกมาคือตอนนี้เรายังแยกกันเยี่ยมอยู่ เพราะบางทีทีมก็พร้อม บางทีก็ไม่พร้อม ภาระงานเรา เวลาไม่ตรงกัน แต่เราก็ภูมิใจที่ได้แบบฟอร์มตัวนี้ออกมา” เธอหยิบเอกสารส่งให้ดู

ในกระดาษแผ่นนั้น ด้านหน้ามีเนื้อหา 3 ส่วน สำหรับทีมตึกรักษาการพยาบาล ทีมห้องผ่าตัด และทีมวิสัญญี ส่วนด้านหลังมี 2 ส่วน คือ การพยาบาลระยะผ่าตัด กับการเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด

“บางทีคนที่ทำงานด้วยกันเขาไม่เข้าใจ ว่าจะทำไปทำไม เพราะทำปุ๊บ เราก็ต้องขึ้นมาประชุม ทางโน้นก็...(หัวเราะ) มีวันหนึ่งก็รวมกันไปชี้แจงกันว่าเราจะทำอะไรกันบ้าง คนบางส่วนก็เข้าใจ ส่วนที่ไม่เข้าใจก็ไม่เป็นไร” เธอเล่ายิ้มๆ

สำหรับงานที่ต้องสัมผัสกับความทุกข์ทรมานของผู้คนเช่นกลุ่มพยาบาลเหล่านี้ ยังมีประเด็นที่น่าสนใจและอยู่ระหว่างการลงมือปฏิบัติอีกหลายเรื่อง ไม่ว่าจะเป็น การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่เหมาะสม การพัฒนารูปแบบการสอนสุขศึกษาหญิงตั้งครรภ์ถึงหลังคลอด การจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัดภายในห้องพักฟื้น การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของข้าราชการตำรวจ เป็นต้น

ในวันที่หลายคนมีโอกาสมานั่งถ่ายทอดความรู้สึก แลกเปลี่ยนเรื่องราวสู่กันฟัง พบว่า ท่าทีต่อปัญหาของทุกคนคล้ายกัน พวกเขามุ่งมั่นมีแรงบันดาลใจพร้อมขับเคลื่อน และยังมีพลังในการคิดค้นวิธีแก้ปัญหารวมถึงมีเหตุผลในการแก้ปัญหาด้วย

“อยากให้คนอื่นๆ ร่วมแชร์ และอยากให้ทุกคนทำงานอย่างมีความสุข คนไข้ที่มารับบริการก็รับรู้ได้ว่าเรามีความสุข เขาก็สบายใจ ไม่เห็นคนหน้าหงิกงอไปให้บริการ อีกอย่างมีน้องที่จบมาใหม่ เขาจะมีความรู้ใหม่ๆ บางทีงานที่เราทำอยู่ ภาวะสิ่งแวดล้อมมันอาจจะกลืนน้องที่จบมาใหม่

ไม่อยากให้เป็นอย่างนั้น” เป็นความหวังดีของ ภารดี พยาบาลประจำห้องผ่าตัด

พงษ์พันธ์ โคตรพันธ์ พยาบาลชายคนเดียวในหอผู้ป่วยหนักตึกศัลยกรรม พูดถึงนวัตกรรมทำมือของแผนกตนเองว่า *“มีความสุขที่ได้ทดลองใช้ พี่เสนอแล้วมาแชร์ไอเดียร่วมกัน และมาปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ ประยุกต์ไปเรื่อยๆ ทำงานมา 8 ปี แล้วก็ยังไม่เบื่อ มีอะไรท้าทายอยู่เสมอ”*

คล้ายๆ กับ ลัดดา เพื่อนรุ่นพี่ของเขาที่บอกว่า *“ได้มาทำงานที่เป็นคุณภาพ เป็นชิ้นเป็นอันก็อยู่ที่นี่ เริ่มทำและเริ่มเรียนรู้กระบวนการต่างๆ ที่ทำให้มีความสุขก็คือ ได้ทีมงานที่ดี เพราะมันไม่ใช่งานที่สามารถทำคนเดียวได้”*

อย่างไรก็ดี สิ่งที่เป็นปัญหาร่วมกันจนทุกคนพูดเป็นเสียงเดียวกันมีอยู่สองข้อ

■ พงษ์พันธ์ เปี่ยมจิตต์ และนิภาพร กับผลงานนวัตกรรมทำมือของแผนก

ข้อแรก คือ อุปสรรคในการค้นคว้าและเขียนตัวรายงานการวิจัย เริ่มตั้งแต่ ยังไม่ทราบวิธีเข้าถึงแหล่งข้อมูล ระบบอินเทอร์เน็ตภายในองค์กรไม่พร้อม ขณะที่ห้องสมุดในโรงพยาบาลก็ช่วยไม่ได้ ที่ผ่านมา ดร.นิภาพรได้จัดรถตู้พาทีมเดินทางไปใช้บริการที่หอสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่อยู่ไกลออกไปหนึ่งร้อยกว่ากิโลเมตร นอกจากนี้บางคนคิดโครงเรื่องและแผนงานได้แล้ว แต่ก็ยังมีข้อจำกัดด้านสถิติ ซึ่งพบว่าแพทย์บางคนก็ประสบปัญหานี้เช่นกัน

"วิตกกังวลเรื่องการเขียนวิจัย สมัยเรียนปีหนึ่งถึงปีสี่ ไม่ได้เรียนปริญญาโท เรียนคร่าวๆ ไม่ได้ลงลึก หนูยังคิดเลยว่าถ้ามีคนมาเขียนให้เรานี่คงจะดี คือข้อมูลอะไรเรามีหมด ทำยังไงให้มันถูกตามระเบียบเขาโดยใช้ข้อมูลของเรา" นิรมล ทีมไอซียูศัลย์ฯ เปิดใจ

"สนใจที่จะทำวิจัยนะ แต่จุดอ่อนคือเรื่องเอกสาร มีปัญหามาก ว่าจะไปหาข้อมูลเพื่อทบทวนวรรณกรรม (review literature) ที่ไหน เรารู้ว่าเราจะทำอะไร เป้าหมายคืออะไร จะใช้อะไรในกระบวนการ แต่ให้เขียนน่ะ–ทำไม่ได้ หัวหน้าตึกหลายคนก็อยากทำแบบนี้ แต่ไม่รู้จะทำอย่างไร วิจัยเป็นเรื่องยุ่งยาก มันเป็นขั้นเป็นตอน แต่มันดี ถ้ามีใครมาช่วยตรงนั้นให้" หัวหน้าตึกศัลยกรรมชายยอมรับ

มาถึงอุปสรรค**ข้อที่สอง** คือ แต่ละคนมีภาระงานประจำมาก ทำให้การแบ่งเวลามาเพื่อคิด ค้น เขียน รวมทั้งพูดคุยกันยังเป็นไปได้ยาก การเป็นโรงพยาบาลระดับจังหวัดขนาด 370 เตียง ต่อกำลังพยาบาล 300 คน ขณะที่มีแพทย์ 30 คน ฟังดูไม่น่ามีปัญหา ทว่า ในทางปฏิบัติ โดยเฉพาะวิชาชีพพยาบาลที่ต้องลงมือปฏิบัติต่อผู้ป่วยรวมทั้งญาติ เวลาเพียงเจ็ดหรือแปดชั่วโมงในหนึ่งวันนั้นถือว่าน้อยมาก

"งานในแผนกวันนี้ แปดโมงถึงเที่ยงคืน ต้องทำงานประจำ พรุ่งนี้ต้องมาขึ้นอีก เป็นอยู่อย่างนี้ ส่วนมากคนที่ไม่รับผิดชอบหัวหน้าก็ไม่ให้คนที่รับผิดชอบก็เลยได้งานเยอะ แม้แต่งานประจำที่รับผิดชอบ nursing round เขาไม่รับผิดชอบ ก็ไม่รู้จะไปทำอะไรกับเขา ถูกปรับครั้งละ 5 บาท

เขาก็ไม่ให้ แจกยาผิดพลาดปรับครั้งละ 50 บาท ยาอันตรายก็เบิ้ล คนจึงเครียด ทำงานเหนื่อยแล้วมาเสียเงินอีก ประชุมในแผนกก็บ่อย เรียกฉุกเฉิน มาช้าปรับนาทีละ 10 บาท... ”

แม้ตัวอย่างของความทุกข์จากคนทำงานในแผนกหนึ่งที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข แต่เจ้าตัว ซึ่งยังยิ้มได้มีความพยายามนำงานวิจัยเข้าไปพัฒนางานประจำ เพียงแต่

“ตอนนี้ขอพักไว้สักยกค่ะ แล้วจะลุยต่อ”

ท่ามกลางอุปสรรคเหล่านี้ สิ่งที่ต้องการอย่างยิ่งสำหรับงานวิจัยที่ไม่ใช้ใบสั่งน่าจะเป็นตัวช่วยสำคัญที่เรียกว่า **“พี่เลี้ยงมืออาชีพ”**

“การทำงานถ้าเราทำแต่งานประจำไปเรื่อยๆ มันไม่มีความก้าวหน้าที่ทำให้เรามองเห็น มันจะเห็นแต่สิ่งเดิมๆ ไม่รู้จักคิด ไม่สร้างสรรค์ และจะมีแต่ปัญหามากกว่า”

อุไร ชำนาญค้า รองผู้อำนวยการ ฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าฝ่ายพยาบาล กับประสบการณ์วิชาชีพพยาบาลในโรงพยาบาลยโสธรเกือบสี่สิบปีของเธอ ให้ความเห็นว่าทำไมจึงสนับสนุนการใช้งานวิจัยเข้ามาแก้ปัญหางานประจำ เช่นเดียวกับ **เพ็ญประกาย สร้อยคำ** รองหัวหน้าฝ่ายฯ ที่เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของทีมวิจัยเรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วย และล่าสุดได้มีโอกาสเข้าไปนำเสนอในระดับกระทรวงสาธารณสุข

“เราอยากให้โรงพยาบาลเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ซึ่งใช้งานประจำเป็นงานวิจัย เราก็ยังหวังว่าสำหรับคนที่มีใจกับหลายๆ เรื่อง เราอยากดันให้เขาสำเร็จ มีเวทีให้เขาเล่น เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจในตัวเอง”

นาถฤดี สุลีสถิร หัวหน้างานผู้ป่วยนอกผู้คล่องตัวที่อยู่เบื้องหลังรางวัลอันน่าปลื้มใจที่กล่าวแล้ว เธอเป็นเสมือน “ผู้จัดการ” ของพี่น้องนักวิจัยหน้าใหม่อันเท่ากับเป็นฟันเฟืองสนับสนุนอีกแรงหนึ่ง

■ อุไร ชำนาญค้า หน.ฝ่ายการพยาบาล (ขวาสุด) กับทีมวิจัย

"หลังจากไปเรียนเฉพาะทางด้านบริหาร มีความรู้สึกว่ามันจะสมาร์ทต้องทำวิจัย ในส่วนของพยาบาล อาจารย์ก็สอนเรื่องอาร์ยู (research utilization) เราก็เข้าใจว่ามีกระบวนการยังไง ตอนแรกว่าจะทำในโอพีดีที่เดียว นั่งคิดไป ก็เห็นดอกเตอร์กะปุ๋ม (ดร.นิภาพร) เรามีทรัพยากรระดับประเทศ ทำไมเราไม่ชวนน้องๆ จากตึกอื่นมาทำด้วย"

เธอยอมรับว่าเริ่มต้นจากคิดใหญ่ทำใหญ่ เพราะอยากได้ผลลัพธ์มาก เมื่อลงมือทำจึงเห็นว่ามีแนวโน้มเกิดขึ้นได้ แต่ยังไม่เกิดผลทุกกระบวนการตามความคาดหมาย โดยเฉพาะขั้นตอนการเขียนรายงานวิจัย ดังนั้นยังต้องให้กำลังใจทุกคนต่อไป

"คิดใหญ่ทำใหญ่ หลายทีม ดูได้ไม่ทั่ว นี่คือปัญหาของการที่เราดูให้น้องไม่ไหว ปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้สำเร็จ คงเป็นกำลังใจในทีมด้วยกัน แต่ว่าอย่างไรก็จะทำต่อ เพราะว่ามุ่งมั่นและตั้งเป้าอยากพาน้องๆ ไปนำเสนอผลงานระดับชาติให้ได้ ไม่เกินห้าปีนะ" เธอพูดพร้อมกับยิ้มให้ทีมงานทุกคน

สถานภาพแบบ **"ฐานรากยังไม่แข็ง แต่ยังมีใจ"** ของนักวิจัยในโรงพยาบาลยโสธร ตามคำของรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล ในวันนี้จะต้องเปลี่ยนแปลงไปอีกอย่างแน่นอน ตลอด 3 ปีแห่งการเรียนรู้ซึ่งเพิ่มจำนวนนักวิจัยหน้าใหม่มากขึ้นเรื่อย ๆ พร้อมกับหัวข้อวิจัยที่หลากหลาย ถือว่าทำให้ทุกฝ่ายพึงพอใจและรวมพลังกันผลักดันให้เกิดผลสำเร็จต่อไป

■ บรรยากาศด้านหน้าห้องสุขาในโรงพยาบาลที่ได้รับรางวัลสุดยอดส้วม

ล่าสุด ทีมสนับสนุนเริ่มจัดระบบแผนงานอาร์ทูอาร์โดยกำหนดกรอบเวลา เตรียมการแต่งตั้งคณะกรรมการและพี่เลี้ยง โดยมีเป้าหมายเปิดเวทีประกวดผลงานวิจัยประจำปีในปีหน้า ขณะที่ประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธรจัดอบรมให้ความรู้แก่นักวิจัย และเตรียมจัดตั้งสำนักงานเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้วิจัยขึ้นมาภายในโรงพยาบาล

"ถ้ามีระบบพี่เลี้ยงเขาจะอยู่ได้" ดร.นิภาพรพูดพร้อมรอยยิ้ม *"อยากให้เขาไปกันเองโดยไม่ต้องมีเรา"* ด้วยความเชื่อในสัจธรรมข้อที่ว่า การลงมือทำสิ่งใดด้วยสัมมาทิฐิควบคู่กับความเพียร เธอย้ำว่า สิ่งนั้นจะยั่งยืน

และผู้ที่จะต้องช่วยกันค้นหาความจริงที่ตั้งอยู่บนความดีงามข้อนี้ก็คือ พี่น้องผองเพื่อนของเธอ เจ้าของรางวัลสุดยอดส้วมและคำขวัญ "โรงพยาบาลยโสธร เอื้ออาทรทุกชีวิต" นั่นเอง

เชื่อหรือไม่ "สุขา" บอกใบ้อะไรมากมาย

เรื่องต่อไปนี้อาจจะเกี่ยวโยงกันกับเรื่อง R2R ของโรงพยาบาลหรือไม่เกี่ยวก็ได้ แต่ไม่น่าจะมองข้าม

วันแรกที่ไปถึงโรงพยาบาลและถือโอกาสใช้บริการ ผู้เขียนชอบใจห้องสุขาที่ชั้นล่างของอาคารใหญ่ ไม่ใช่เพียงดอกลั่นทมในอ่างน้อยที่ช่วยสร้างบรรยากาศ หรือป้ายแนะนำการล้างมือกับรองเท้าสำหรับเปลี่ยนด้านหน้าทางเข้าเท่านั้น แต่ยังมีเรื่องของความสะอาดที่จับต้องได้ทุกมิติ

ต่อมาได้ทราบโดยบังเอิญว่าโรงพยาบาลยโสธรเป็นเจ้าของรางวัลสุดยอดส้วมระดับประเทศ ปี 2551 ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จากข้อความประชาสัมพันธ์บนผนังลิฟต์ นอกจากนี้ ที่นี่ยังเป็นหนึ่งใน 18 องค์กรจากทั่วโลกที่ได้รับรางวัลด้านการปรับปรุงคุณภาพการบริการแก่สาธารณะ (ระบบบริการผู้ป่วยนอก) จากองค์การสหประชาชาติในปี 2551 นี้ด้วย

บนความมุ่งมั่นสู่มาตรฐานการให้บริการ ซึ่งเป็นหัวใจของโรงพยาบาลรัฐยุคปัจจุบันท่ามกลางการแข่งขันที่มากขึ้นเรื่อยๆ นอกเหนือจากด้านบริหารและการจัดการอันนำมาสู่ภาพลักษณ์และชื่อเสียงทางด้านบวก ผู้เขียนมั่นใจว่าอย่างน้อยในหน่วยงานที่ใส่ใจในสุขอนามัยอย่างไม่ยอมให้จุดใดขาดตกบกพร่องเช่นโรงพยาบาลแห่งนี้ต้องมีผู้บริหารสักคนหนึ่งที่ไม่มองข้ามงานวิชาการ

โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพฯ
ยิ้มออกถ้วนหน้าเพราะ **“R2R”**

เราจะทำให้องค์กรของเรามี
คนศิริราชหันหน้าเข้าหากัน สร้างสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกันฉัน
เราต้องการชีวิตมีความหมาย ปรารถนาสร้างคุณูปการให้คน
ด้วยเต็มใจแบ่งปันสิ่งที่ตัวเองได้เรียนรู้ รับฟังซึ่งกันและกั
ก่อพลังการเรียนรู้ทั่วทั้งศิริราช
เรียนรู้

โรงพยาบาล!!!

เพียงได้ยินคำๆ นี้ หลายคนก็เตรียมเศร้า เตรียมทุกข์ไว้ล่วงหน้า เพราะผู้คนมักมองความหมายของโรงพยาบาลไปในทางที่เป็นสัญลักษณ์ทางลบ เกี่ยวกับความเจ็บป่วย อ่อนแอ น้ำตา และความทรมาน

แต่เรื่องราวเกี่ยวกับโรงพยาบาลในคราวนี้ เป็นเรื่องของ "รอยยิ้ม" ที่เกิดขึ้นทั้งกับ คนไข้ ญาติคนไข้ แพทย์ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ทุกคน ไม่เว้นแม้แต่ รปภ.ของโรงพยาบาล!!!

"ดีขึ้นมากค่ะ ลูกดูดนมได้ดีขึ้นมาก และดูจากอาการแล้วรู้สึกว่าเขาไม่เจ็บ เราก็สบายใจ"

นี่คือความรู้สึกของคุณแม่คนหนึ่ง เกี่ยวกับลูกน้อยวัยแรกคลอดของเธอ ที่เข้ารับการผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้นด้วยการใช้ยาชาเฉพาะที่กับคุณหมอที่ศิริราช ทั้งน้ำเสียง แววตา และรอยยิ้มของเธอสื่อถึงความรู้สึกเป็นสุขได้อย่างเด่นชัด

นี่คือความภาคภูมิใจอย่างยิ่งของคณะทำงาน **โครงการสนับสนุนและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยการผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้นของทารกแรกเกิดที่มีปัญหาลิ้นติด** ดังที่ **ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์มงคล เลาหเพ็ญแสง** หัวหน้าภาควิชากุมารศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราช ในฐานะหัวหน้าโครงการฯ กล่าวไว้

"ความรู้สึกผมยากจะบรรยาย จากเด็กคนหนึ่งที่ดูดนมแม่ไม่ได้เลย ร้องไห้ตลอดเวลา หรือเวลาที่แม่ให้เด็กดูดนมเมื่อไหร่ก็เจ็บจนร้องไห้ พอหลังผ่าตัดอาการก็ดีขึ้นทันที ก็รู้สึกว่าการรักษาอย่างนี้ช่วยเขาได้ เป็นความสุขอย่างมากของคณะทำงานทุกคน"

รอยยิ้มและน้ำเสียงที่เปี่ยมสุขไม่แพ้คนไข้ ... อาจทำให้หลาย ๆ คนเริ่มมอง "โรงพยาบาล" ในแง่มุมใหม่ที่ต่างไปจากเดิม

ทั้งหมดนี้นอกเหนือไปจากการมีจิตวิญญาณทางการแพทย์แล้ว ยังเป็นผลมาจาก โครงการ "R2R" ของโรงพยาบาลศิริราช ที่ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ทุกคน ได้เปิดมุมมองใหม่ให้กับงานประจำที่คุ้นเคย เปลี่ยนงานประจำที่ทำจนเคยชิน จนบางคนอาจเผลอรู้สึกเบื่อหรือซังกะตายไปบ้าง ให้เป็นเวลาแห่งการเรียนรู้ที่สามารถค้นพบสิ่งใหม่ ๆ ความร่วมมือร่วมใจ และความสุขได้ไม่รู้จบสิ้น

R2R หรือ Routine to Research

ด้วยชื่อนี้อาจทำให้หลายคนคิดและเข้าใจไปว่า R2R เป็นรูปแบบหนึ่งของการวิจัย คงเป็นเรื่องยาก และเป็นเรื่องของนักวิชาการเท่านั้น แต่แท้จริงแล้ว หากจะอธิบายให้ชัดเจน R2R น่าจะเป็นเรื่องของการเปลี่ยนปัญหาให้เป็นปัญญา หรือการพัฒนาขึ้นไปอีกระดับหนึ่งมากกว่า

นายแพทย์อัครินทร์ นิมมานนิตย์ ผู้จัดการโครงการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R2R) คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล อธิบายถึง R2R ในแบบศิริราชไว้ว่า

■ นายแพทย์อัครินทร์ นิมมานนิตย์ ผู้จัดการโครงการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R2R) คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

“คือกระบวนการในการพัฒนาคน ไม่ใช่แค่เรื่องการคิดอย่างเป็นระบบ แต่ยังรวมถึง การแสวงหาและให้คำตอบอย่างเป็นระบบ เอามาใช้ประโยชน์ได้จริง และยังเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างคนทำงาน สร้างความเป็นกลุ่มก้อน แม้นิยามอาจต่างกันไปสำหรับแต่ละที่ แต่สำหรับศิริราช R2R คือการพัฒนาคนและพัฒนางาน”

หนึ่งในกรณีศึกษาของ R2R ที่ประสบความสำเร็จของศิริราชก็คือการดูแลทารกแรกเกิดที่มีปัญหาเรื่องการดูดนมมารดาอันเนื่องมาจากพังผืดใต้ลิ้น ซึ่งกล่าวถึงข้างต้นนั่นเอง

งานวิจัยชิ้นนี้ พัฒนาขึ้นมาจากงานประจำของบุคลากรทางการแพทย์หลายแผนก อาทิ กุมารศัลยแพทย์ คลินิกนมแม่ พยาบาลสูตินรีเวช ฯลฯ จนเกิดเป็นทีมงานสหสาขาวิชาชีพ มาร่วมกันทำงานเป็นกลุ่ม และทำวิจัยเพื่อพิสูจน์ว่า การผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้นให้กับเด็กทารกโดยใช้ยาชาเฉพาะ

ที่แทนการดมยาสลบอย่างที่เคยใช้มาแต่เดิมนั้น ก่อให้เกิดประโยชน์กับเด็กและแม่ในแง่ของการส่งเสริมให้เด็กดูดนมแม่ได้ดีขึ้นจริงหรือไม่ ขณะเดียวกันโครงการนี้ก็ยังได้ผลิตเครื่องมือเพื่อใช้ตรวจคัดกรองผู้ป่วยเด็กที่คิดว่าน่าจะมีปัญหาลิ้นติดและปัญหาการดูดนมมารดา ด้วยระบบการให้คะแนนขึ้นมาด้วย

จากกระบวนการดังกล่าว อาจมองได้ว่า งานของโครงการดูแลทารกแรกเกิดฯ มิได้เป็นเพียงแค่โครงการ R2R เท่านั้น แต่ยังเป็น "R2R2R" ดังที่นายแพทย์อัครินทร์ บอกว่า

"เป็นงานวิจัยที่เกิดขึ้นจากงานประจำ จากนั้นก็นำผลที่ได้จากการวิจัยย้อนกลับมาใช้กับงานประจำอีกที เป็นการพัฒนาคุณภาพที่ส่วนใหญ่หลาย ๆ แผนกก็ทำอยู่แล้ว เพียงแต่ที่ผ่านมาเราไม่ค่อยได้นำมาเขียนเป็นหลักฐานเป็นลายลักษณ์อักษร ดังนั้นถ้าเราส่งเสริมให้เกิดการเก็บข้อมูลให้เป็นระบบ มันก็เป็น R2R ได้ เพราะมันก็คืองานประจำที่ทุกคนต้องทำนั่นเอง"

ในขั้นของการเริ่มต้นนั้น แม้ว่า R2R มาจากงานประจำที่ทุกคนต้องทำอยู่แล้ว แต่ก็ใช่ว่าทุกคนจะเริ่มต้นทำ R2R กันได้ง่าย ๆ โดยเฉพาะกับคนที่ยังหวาดกลัวความขรึมขลังของคำว่า "งานวิจัย"

"ถ้าให้ผมแนะนำว่าจะเริ่มต้นทำ R2R อย่างไร ก็จะบอกว่า อย่าไปคิดว่าทำงานวิจัย ให้คิดถึงงานประจำที่ตัวเองทำอยู่

ก่อน มองและหยุดดูสักนิด ถอยออกมามองเหมือนตัวเองเป็นคนนอก มองเข้าไปดูเพื่อให้รู้ว่าระบบหรืองานที่เราทำอยู่ มันมีปัญหาหรือจุดบกพร่องอย่างไร เราควรปรับหรือไม่อย่างไร หรือถ้าดีอยู่แล้วจะทำให้ดีขึ้นอีกได้ไหม ที่สำคัญเวลาคิดอย่าคิดคนเดียว ลองคิดดังๆ ไม่ต้องกลัวว่าไอเดียตัวเองจะไม่ได้เรื่อง พูดให้คนอื่นฟังด้วย จะได้มีคนมาช่วยกันคิด ผมเชื่อว่า R2R ทำได้หมด ที่ไหนแผนกไหนก็ทำได้" ผู้จัดการโครงการ R2R ของศิริราช กล่าว

ด้วยการหยุดสักนิด และถอยหลังมามองดูจุดบกพร่องหรือช่องทางที่จะพัฒนางานของตนให้ดีขึ้น นั่นเป็นวิธีการที่โครงการตัวอย่าง อย่างโครงการดูแลทารกแรกเกิดที่มีปัญหาเรื่องการดูดนมมารดาอันเนื่องมาจากพังผืดใต้ลิ้น ได้นำมาใช้ด้วยเช่นกัน

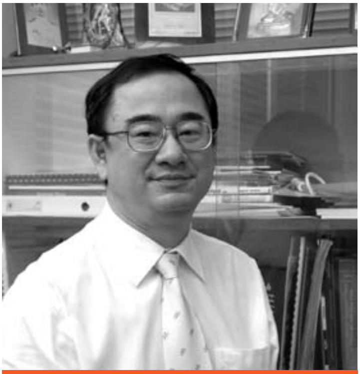
ในช่วงเริ่มโครงการ กุมารศัลยแพทย์ยังไม่มีวิธีอื่นในการรักษานอกจากการผ่าตัดแบบที่กับเด็กโต ซึ่งต้องให้เด็กดมยาสลบก่อนการผ่าตัดและเย็บแผล โครงการฯ จึงนำวิธีนี้มาใช้กับเด็กทารก ซึ่งก็ได้ผลเช่นกัน แต่มีปัญหาอยู่ที่พ่อแม่มักรู้สึกกังวลเมื่อรู้ว่าลูกตัวน้อยจะต้องดมยาสลบ อีกทั้งเด็กยังต้องอดนม 4 ชั่วโมงขึ้นไปก่อนผ่าตัด ทางด้านของหมอเองก็รู้สึกว่านี่เป็นเรื่องที่มากเกินไปสำหรับทารก ทั้งมีค่าใช้จ่ายสูงและต้องใช้เวลานานด้วย

"พ่อแม่กังวลว่าจะเกิดผลกระทบกับลูก แม้ว่าจริงๆ แล้วไม่มีผลอะไรก็ตาม ดังนั้น ถึงแม้การวางยาสลบแล้วผ่าตัดช่วยให้เด็กดูดนมแม่ได้ดีแม่ไม่เจ็บหัวนม แต่พ่อแม่หลายรายก็ไม่ยินดีให้ทำ เราเลยคิดหาวิธีที่ง่ายกว่านั้น เพราะพังผืดของเด็กทารกยังบาง น่าจะตัดออกได้ง่ายกว่าเด็กโตเลยศึกษาว่าจะใช้ยาชาเฉพาะที่แทนยาสลบได้หรือเปล่า เมื่อสำรวจดูปรากฏว่าไม่มีข้อมูลเลย ทีมงานจึงทำงานวิจัยชิ้นแรกขึ้น โดยใช้ยาชาเฉพาะที่ทาบริเวณพังผืด แล้วตัดโดยไม่ต้องเย็บ แต่ใช้การกดห้ามเลือดประมาณ 10 นาทีแทน ผลวิจัยออกมาพบว่าได้ผลดีเท่ากัน เด็กดูดนมได้ดี

> หากัลยาณมิตร หาเครือข่าย ถ้าเราไม่มั่นใจเรื่องนี้ก็ติดต่อหาผู้รู้ จากประสบการณ์ที่ผ่านมา คนที่ทำเรื่องดีๆ จะมีคนเต็มใจช่วย ถ้าเราขอความช่วยเหลือจากเขา ขอให้เป็นเรื่องดีมีประโยชน์ คิดถึงประโยชน์ของคนไข้ที่เราดูแลรักษา คนอื่นเห็นว่าเราไม่ได้ทำเพื่อตัวเอง เป็นการทำเพื่อผู้ป่วย เขาก็จะเข้ามาช่วยเราเอง

พอ ๆ กับการผ่าตัดโดยใช้ยาสลบ แต่ประโยชน์คือง่ายกว่า เด็กไม่ต้องอดนมก่อนผ่าตัด ใช้เวลาน้อยกว่า ประมาณ 5-10 นาทีเมื่อเลือดหยุดไหลก็สามารถส่งเด็กคืนให้แม่ได้ และสามารถดูดนมต่อได้ทันที ทำให้พ่อแม่ไม่เป็นกังวล” นายแพทย์มงคล กล่าว

งานวิจัยที่เกิดขึ้นจากความต้องการแก้ปัญหาความกังวลใจของผู้ปกครองชิ้นนี้ ส่งผลให้เกิดวิธีการรักษาแบบใหม่ที่ประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี จนทำให้มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากการบอกต่อปากต่อปาก จากเดิมที่มีคนไข้เดือนละ 2 ราย ก็กลายเป็นวันละ 10 กว่าราย รวมแล้วตกเดือนละหลายร้อยราย



■ นายแพทย์มงคล เลาหเพ็ญแสง หัวหน้าโครงการสนับสนุนและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยการผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้นของทารก

ในเรื่องของค่าใช้จ่ายนั้น เมื่อเปรียบเทียบกันแล้ว พบว่า การดมยาสลบมีค่าใช้จ่ายอยู่ที่ 2,000 บาทขึ้นไป ขณะที่การใช้ยาชาเฉพาะที่มีค่าใช้จ่ายประมาณ 300 กว่าบาทเท่านั้น

นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่มาจากต่างจังหวัดก็ไม่ต้องเสียเวลามาหลายรอบ เพราะโครงการฯ สามารถทำให้เสร็จภายในวันเดียว สามารถไป–กลับแบบ "One Day Surgery" ได้

จากการเริ่มมองที่ปัญหาของงานประจำจนเกิดเป็นงานวิจัยชิ้นแรกของโครงการฯ สร้างผลสำเร็จอย่างงดงามทั้งในรูปของผลที่เกิดขึ้นต่อแม่และเด็ก เวลา ค่าใช้จ่าย และที่สำคัญคือความสุขความสบายใจ

เมื่อดีอย่างนี้ แล้วจะไม่บอกต่อให้ช่วยกันทำ R2R ได้อย่างไร?

ทีมงาน คือ อีกหนึ่งปัจจัยที่จะช่วยให้การทำ R2R เริ่มต้นขึ้นได้

"หากัลยาณมิตร หาเครือข่าย ถ้าเราไม่มั่นใจเรื่องนี้ก็ติดต่อหาผู้รู้ จากประสบการณ์ที่ผ่านมา คนที่ทำเรื่องดี ๆ จะมีคนเต็มใจช่วย ถ้าเราขอความช่วยเหลือจากเขา ขอให้เป็นเรื่องดีมีประโยชน์ คิดถึงประโยชน์ของคนไข้ที่เราดูแลรักษา คนอื่นเห็นว่าเราไม่ได้ทำเพื่อตัวเอง เป็นการทำเพื่อผู้ป่วย เขาก็จะเข้ามาช่วยเราเอง"

คำกล่าวของ นายแพทย์อัครินทร์ ข้างต้น ได้รับการพิสูจน์ว่าเป็นความจริงจากโครงการดูแลเด็กทารกแรกเกิดฯ

การตั้งทีมในระยะแรก นายแพทย์มงคลใช้การชักชวนผู้คนจากแผนกต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องให้เข้ามาร่วมทำงาน โดยนำประเด็นเรื่องผลดีที่จะเกิดขึ้นกับคนไข้มาเป็นแรงจูงใจ

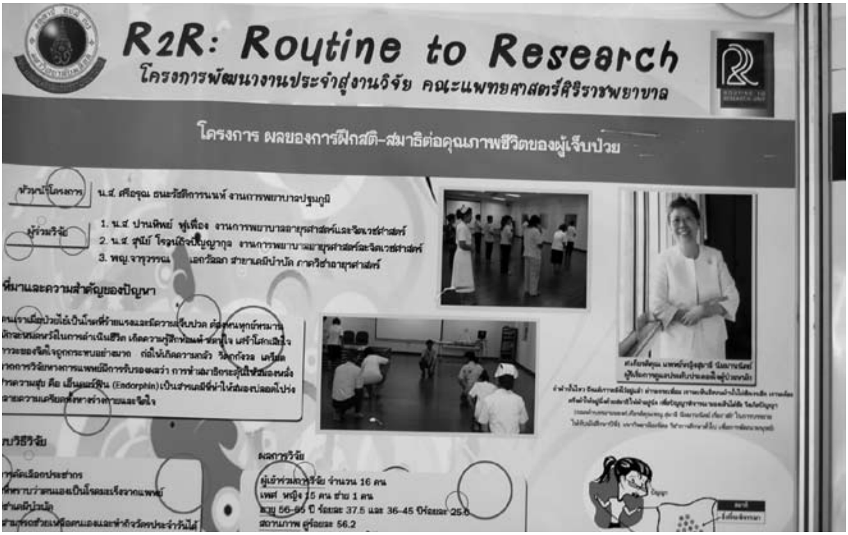
"จุดดีหนึ่งของคนศิริราชคือ ทำงานเพื่อผู้ป่วยเป็นหลัก เมื่อเราชี้ให้เห็นประเด็นนี้ได้ ก็เท่ากับได้ใจเขามาส่วนหนึ่งแล้ว ผมคิดว่าส่วนนี้เป็นจุดสำคัญ

"หลัง ๆ เราชักชวนด้วยการให้ดูรูปเด็กและแม่ที่ดีขึ้น แต่แรก ๆ ยังไม่มีภาพถ่าย เขาก็จะได้เห็นจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจริงกับคนไข้ เพราะแรก ๆ เขาได้พบว่าเด็กกินนมไม่ได้ ร้องไห้ แม่ก็ร้องเพราะเจ็บและสงสารลูก แต่พอส่งเด็กให้เรา เอาไปทำอะไรก็ไม่รู้ แป๊บเดียวกลับมาได้

แล้ว พร้อมกับยิ้มแย้มแจ่มใส เขาก็รู้สึกว่ามันได้ผล จุดนั้นแหละที่ทำให้เขายอมเข้ามาร่วมงานกับเรา”

กัลยาณมิตรยังช่วยทำให้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นมาภายหลังการทำวิจัย ได้รับการคลี่คลายไปในทางที่ดี ทั้งยังช่วยนำมาซึ่งการวิจัยใหม่ ๆ ที่มีประโยชน์อีกด้วย

“หลังจากงานวิจัยของเราประสบความสำเร็จ ก็เกิดปัญหาตามมาว่ามีคนไข้มากเกินไป ขณะที่คนของเรามีไม่มาก ภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นหลายเท่าทำให้งานเริ่มมีปัญหา ทีมงานทุกคนจึงหันหน้าเข้าหากัน วางแผนการบริหารจัดการร่วมกัน โดยอยู่บนแนวคิดว่า ไม่ต้องใช้ทรัพยากรภายนอกเพิ่ม สุดท้ายจึงออกมาเป็น Care Map เพื่อให้ทุกคนเห็นกระบวนการว่าถ้ามีปัญหาอย่างนี้ให้ส่งไปที่ใด จากตรงนี้แล้วจะไปต่อตรงไหน เมื่อเราทำงานเป็นทีม มี Care Map ชัดเจน คนไข้ก็ flow ไปตามนั้น ทำให้เราสามารถรักษาเด็กที่มีปัญหาได้เสร็จภายในวันเดียว คนไข้ไม่เสียเวลา ขณะที่เราก็ไม่ต้องทำงานซ้ำซ้อน”



“

ทีมที่มาร่วมกันทำงาน ต้องเป็นทีมแห่งการเรียนรู้ ไม่ใช่ทีมที่เกิดขึ้นจากการออกคำสั่งหรือโดนบังคับ ทุกคนสมัครใจมาเรียนรู้ด้วยกัน มีสิทธิในการแสดงความคิดเห็นเท่าเทียมกัน ทำให้เกิดเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ และต้องทำให้เป็นองค์กรที่มีชีวิตด้วย ไม่ใช่ทำแล้วมีความทุกข์

”

คุณหมอกล่าวถึงข้อสรุปในเรื่องของทีมงานด้วยว่า เคล็ดลับของการสร้างทีมก็อยู่ที่ ***“ความเท่าเทียม” “การเรียนรู้ร่วมกัน”*** และ ***“ความสมัครใจ”***

ทีมที่มาร่วมกันทำงาน ต้องเป็นทีมแห่งการเรียนรู้ ไม่ใช่ทีมที่เกิดขึ้นจากการออกคำสั่งหรือโดนบังคับ ทุกคนสมัครใจมาเรียนรู้ด้วยกัน มีสิทธิในการแสดงความคิดเห็นเท่าเทียมกัน ทำให้เกิดเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ และต้องทำให้เป็นองค์กรที่มีชีวิตด้วย ไม่ใช่ทำแล้วมีความทุกข์

“ความเท่าเทียม” จะทำให้ทีมได้เห็นความคิดที่หลากหลาย มีสัมพันธภาพภายในทีมที่ดี

“การเรียนรู้ร่วมกัน” จะทำให้งานมีประสิทธิภาพ และความสำเร็จซึ่งกลายมาเป็นความสุขร่วมกัน

“ความสมัครใจ” จะทำให้ความสำเร็จดำรงอยู่ได้อย่างยาวกว่า

นอกเหนือไปจาก การเรียนรู้ร่วมกัน และ ความสมัครใจ ซึ่งถือเป็นปัจจัยภายในของแต่ละทีมแล้ว

โครงการ R2R ของแต่ละทีมยังได้รับแรงสนับสนุนจาก **โครงการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R2R)** ซึ่งอาจมองได้ว่าเป็นการสนับสนุนจากภายนอก ที่มีให้กับทีม R2R ในแต่ละแผนก หรือแต่ละทีมนั่นเอง

"ตลอด 4 ปี ที่เราเริ่มดำเนินงานมา R2R จะเข้าไปช่วยตั้งแต่การจัดทีม ระเบียบวิธีวิจัย การให้ทุนสนับสนุนการทดลองต่างๆ วิธีการของ R2R คือ ไม่เริ่มจากศูนย์ แต่ดูว่าตรงไหนมีการทำงานได้ดีและน่าจะเป็นตัวอย่างความสำเร็จได้ เราก็จะเชิญทีมเหล่านั้นมา ใช้เทคนิคที่เรียกว่า การบอกเล่าความสำเร็จ ให้เขามาบอกเล่าความสำเร็จ บอกเล่าวิธีทำ เพื่อขยายงานไปที่อื่นๆ ให้ที่อื่นๆ ได้เห็นความสำเร็จตรงนี้ เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ทุกหน่วยงานสนใจ R2R" ผู้จัดการโครงการ R2R ของ ศิริราช กล่าว

แม้ว่าตอนเริ่มต้น จะเน้นส่งเสริมในหน่วยงานที่เป็นคลินิก คือหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรงมากกว่า แต่การทำงานในระยะต่อมา ได้มีการขยายออกไปยังทุกหน่วยงานที่มีการทำงานเป็นทีมด้วย ซึ่งบางส่วนก็เกิดขึ้นจากการที่ทีมหรือหน่วยงานนั้นๆ เป็นฝ่ายร้องขอเข้ามา ทุกวันนี้ R2R จึงได้รับการตอบรับอย่างดีจากทุกหน่วยงานของศิริราช แม้แต่หน่วยงานรักษาความปลอดภัย

ดังที่ผู้จัดการโครงการ R2R เล่าให้ฟังว่า

"เขาบอกว่า อยากทำงานวิจัยเพื่อพัฒนางานของตัวเอง เพื่อประโยชน์ต่องานของเขาและคณะด้วย"

นอกจากนี้ ยังมีการสนับสนุนอีกรูปแบบหนึ่งที่มีผลต่อความสำเร็จของการทำ R2R เช่นกัน นั่นคือ **"ระบบพี่เลี้ยง"** โดยเฉพาะในระยะเริ่มต้นการมีพี่เลี้ยงเป็นเรื่องดีที่จะช่วยผลักดันได้ทุกส่วน หากหน่วยงานใดต้องการทำ R2R แต่พบว่าไม่มีคนหรือทีมที่จะสามารถเป็นพี่เลี้ยงให้ได้อยู่ในหน่วยงานนั้นๆ ก็สามารถมองหาได้จากหน่วยงาน/แผนกอื่น หรือ ทีมที่ทำสำเร็จแล้ว ก็ควรเข้ามาช่วยขยายความสำเร็จให้กับทีมอื่นๆ ต่อไป ด้วยการเข้ามาเป็นพี่เลี้ยงให้กับทีมอื่นด้วย ซึ่งจะทำให้ R2R แตกตัวไปเรื่อยๆ และยังเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างคนทำงาน

อย่างไรก็ตาม นอกเหนือไปจากการสนับสนุนของส่วนกลาง และแรงเสริมจากผู้ที่ประสบความสำเร็จจาก R2R มาแล้ว อีกสิ่งหนึ่งที่ทำให้คน

สนใจเข้ามาสู่วงจรของ R2R ก็คือ "ผลสำเร็จที่จับต้องได้" นั่นเอง

R2R ของหลายๆ ทีม ได้พิสูจน์ให้เห็นแล้วว่า การทำวิจัยที่เกิดขึ้นสามารถย้อนกลับมาช่วยให้งานประจำดีขึ้นได้จริง หลายๆ งานทำให้คนทำงานรู้สึกว่างานของเขาสบายขึ้น เร็วขึ้น ทำให้เขาได้พัฒนาตนเอง พัฒนาระบบคิด และการแสวงหาคำตอบอย่างเป็นระบบ ขณะเดียวกันก็ได้ผลงานวิจัยมาเป็น "รางวัลชีวิต" ด้วย

อีกด่านสำคัญที่ต้องก้าวข้าม ถึงจะมีทีมงานที่ดี ได้รับการสนับสนุนทั้งจากภายในและภายนอก ก็คือ "ความกลัว" ที่อยู่ในใจ อันเป็นปราการด่านสำคัญของการเริ่มต้นและทำให้ R2R ประสบความสำเร็จ

"อุปสรรคที่สำคัญคือ "ความกลัว" เป็นปัจจัยที่สกัดกั้นไม่ให้ไปถึงความสำเร็จ เริ่มตั้งแต่กลัวที่จะคิด กลัวการทำงานวิจัย กลัวที่จะบอกให้คนอื่นรู้ว่าตัวจะทำงานวิจัย กลัวว่าจะไม่มีคนมาช่วย กลัวว่าผลวิจัยที่ออกมาจะเป็นแค่เรื่องเล็กน้อยไม่มีใครสนใจ ฯลฯ

ผมว่าถ้าเรากล้าที่จะลองเริ่มอะไรสักอย่าง ก็จะได้รู้กันว่าเราสามารถที่จะขับเคลื่อนมันไปได้ แต่เหนือสิ่งอื่นใด คือการคิดว่าการทำ R2R ไม่ใช่ทำเพื่อต้องการผลงานวิจัยของตัวเองเท่านั้น แต่เราต้องการให้การทำงานของเราดีขึ้น ทำให้การบริการคนไข้ดี คนไข้ได้ประโยชน์"

นายแพทย์อัครินทร์ เล่าให้ฟังถึง อุปสรรคเกี่ยวกับความกลัวที่เคยพบมาในทีม R2R ของศิริราช

> คนที่จะทำงานวิจัย แม้จะเป็นงานวิจัยที่พัฒนามาจากงานประจำของตัวก็ตาม ต้องยอมรับความจริงว่า ไม่มีใครเก่งไปทุกอย่าง การทำงานร่วมกันเป็นกลุ่มจึงเป็นสิ่งจำเป็น บางคนอาจเก่งเรื่องระเบียบวิธีวิจัย บางคนจะเก่งเรื่องการเข้าไปติดต่อสนทนาสร้างสัมพันธ์กับผู้ป่วย บางคนเขียนเก่ง บางคนวิเคราะห์เก่ง เมื่อหลายๆ คนเก่งได้มาทำงานร่วมกันจะทำให้เกิดพลังมหาศาลและความสำเร็จ

ย้อนไปเมื่อครั้งที่ศิริราชเพิ่งเริ่มส่งเสริม R2R ซึ่งส่วนใหญ่จะเน้นไปทางเรื่องวิชาการก็พบว่า คนในศิริราชมีอาการ “กลัวงานวิจัย” กันแทบทุกคน และเป็นสภาพการณ์ที่เหมือนกันทุกแผนกทุกหน่วยงาน คนส่วนใหญ่คิดเอาเองว่าคนที่ทำงานวิจัยได้ต้องจบระดับปริญญาโทขึ้นไปเท่านั้น ขณะที่บางคนก็คิดว่าคงไม่มีเวลาพอที่จะทำงานวิจัยได้

แต่ 4 ปีที่ผ่านมา ได้พิสูจน์ให้ทุกคนเห็นแล้วว่า แท้จริงแล้วคนทุกระดับสามารถทำวิจัยได้ และไม่ว่าจะมีงานยุ่งเพียงใด หากมีความตั้งใจจะแสวงหา ความสำเร็จย่อมเกิดขึ้นได้เสมอ ท้ายที่สุด R2R ก็ได้นำการเปลี่ยนแปลงมาสู่คนทุกระดับ ทุกแผนกในศิริราช ทั้งยังก่อให้เกิดการทำงานและการทำวิจัยที่ต่อเนื่องและแตกแขนงออกไปอย่างกว้างขวาง

ยกตัวอย่างเช่น การทำวิจัยต่อเนื่องของโครงการนี้ ซึ่งโครงการ R2R ศิริราชได้มีส่วนช่วยกระตุ้นให้ทีมดูแลทารกแรกคลอดฯ ทำวิจัยต่อเนื่องเพื่อทำความจริงให้ปรากฏว่า การผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้นในทารกแรกคลอดโดยใช้ยาชาเฉพาะที่นั้นก่อให้เกิดผลดีกับคนไข้อย่างไร

ในการทำวิจัยต่อเนื่องครั้งนี้ ทีมงานต้องการพิสูจน์ว่า จำเป็นต้องผ่าตัดพังผืดโดยใช้ยาชาเฉพาะที่ให้กับทารกหรือไม่ โดยแบ่งเด็กที่มีปัญหาออกเป็น 2 กลุ่ม มาเปรียบเทียบกัน ระหว่างกลุ่มผ่าตัดด้วยยาชา กับกลุ่ม

รักษาแบบประคับประคอง ซึ่งงานวิจัยนี้ได้นำเสนอผลออกมา 2 ประเด็นใหญ่ นั่นคือ

หนึ่ง ถ้าผ่าตัดจะได้ผลสำเร็จทันที ถ้าใช้วิธีประคับประคอง โดยส่งต่อไปให้คลินิกนมแม่ฝึกจัดท่าอุ้มลูกเพื่อให้หัวนมเข้าไปอยู่ในปากเด็กให้มากที่สุด ก็จะประสบความสำเร็จได้ประมาณครึ่งหนึ่ง แต่ต้องใช้เวลานานอาจจะ 3-7 วัน คุณแม่ต้องอดทน บางคนทนไม่ได้ตัดสินใจให้ลูกมาผ่าตัดในเวลาต่อมา อันนี้จะได้ผลประมาณ ร้อยละ 30-40 เพราะหัวนมคุณแม่อักเสบไปแล้ว

สอง ต้องทำตัวชี้วัด เพราะถ้าปล่อยให้เด็กมีปัญหาดูดนมไปเรื่อย ๆ จะทำให้แม่หัวนมแตกเป็นแผลและมีโอกาสติดเชื้อ เต้านมอักเสบได้ ขณะที่ลูกถ้าได้น้ำนมไม่พอจะตัวเหลือง น้ำหนักลดมากกว่าปกติ สุขภาพไม่ดี ทีมงานจึงพยายามพัฒนาเครื่องมือชี้วัด จนในที่สุดก็ออกมาเป็นการสร้างแบบประเมินขึ้นมาชุดหนึ่ง เรียกว่า **Siriraj Tongue Tie Score** เพื่อจะตรวจดูว่าเด็กแบบใดมีปัญหาและจำเป็นต้องผ่าตัด

หากข้ามพ้นอุปสรรคแห่งความกลัวมาได้แล้ว อีกหนึ่งด่านที่จะต้องฝ่าไปให้ได้เพื่อนำ R2R ไปสู่ความสำเร็จคือ **"การยอมรับความสามารถของผู้อื่น"**

คนที่จะทำงานวิจัย แม้จะเป็นงานวิจัยที่พัฒนามาจากงานประจำของตัวก็ตาม ต้องยอมรับความจริงว่า ไม่มีใครเก่งไปทุกอย่าง การทำงานร่วมกันเป็นกลุ่มจึงเป็นสิ่งจำเป็น บางคนอาจเก่งเรื่องระเบียบวิธีวิจัย บางคนจะเก่งเรื่องการเข้าไปติดต่อสนทนาสร้างสัมพันธ์กับผู้ป่วย บางคนเขียนเก่ง บางคนวิเคราะห์เก่ง เมื่อหลาย ๆ คนเก่งได้มาทำงานร่วมกันจะทำให้เกิดพลังมหาศาลและความสำเร็จ

ดูเหมือนว่าทุกวันนี้ หน่วยงานและแผนกต่าง ๆ ในศิริราชจะสามารถข้ามพ้นอุปสรรคต่าง ๆ มาได้แล้ว จึงทำให้ผู้จัดการโครงการ R2R ของศิริราช บอกเล่าด้วยน้ำเสียงเปี่ยมสุขว่า

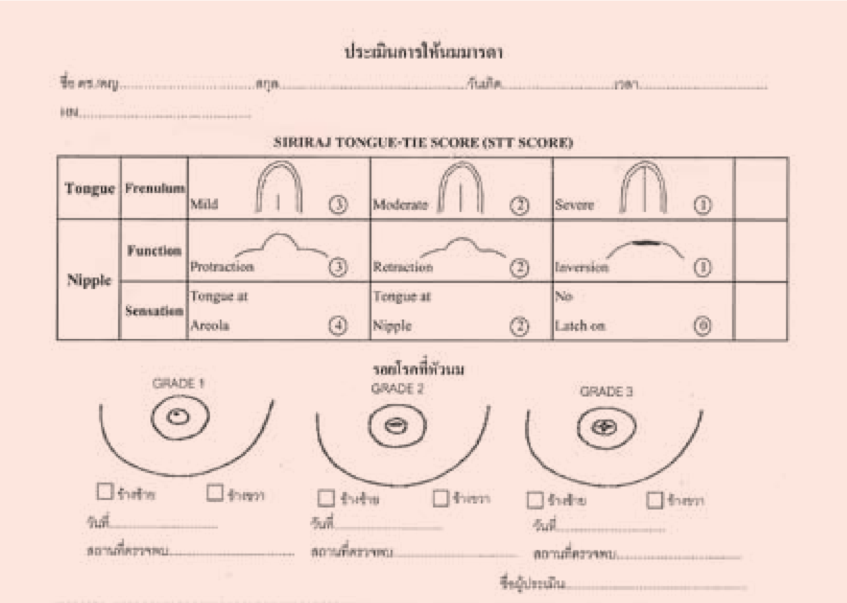
“เดี๋ยวนี้จะเห็นว่าคนศิริราชไม่ได้กลัวงานวิจัยอีกต่อไปแล้ว ทุกคนกล้าที่จะตั้งคำถาม กล้าเสนอวิธีการ กล้าที่จะแสวงหาคำตอบ และมีคนเก่งๆ หลายคนที่พร้อมจะทำงานร่วมกัน เพื่อพัฒนาทั้งงานที่ทำอยู่และพัฒนาตัวเองด้วย”

ยังมีรายละเอียดบางอย่างของโครงการฯ นี้ ที่น่าสนใจและควรนำมากล่าวถึงในที่นี้ เพื่อร่วมเรียนรู้จากความสำเร็จในกรณีนี้ให้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น

โครงการนี้เริ่มต้นขึ้นเมื่อ 5 ปีที่แล้ว ก่อนจะมาเป็นรูปเป็นร่างในนามของทีมวิจัยเมื่อราว 4 ปีที่ผ่านมา จุดเริ่มต้นมาจากการที่คลินิกนมของแม่ของศิริราชสังเกตพบว่า แม่ส่วนหนึ่งเวลาให้นมลูกจะเจ็บหัวนมมาก บางครั้งถึงขั้นหัวนมแตก เต้านมอักเสบ ขณะที่ลูกเองก็ดูดนมไม่ได้ ปัญหาที่พบนำมาสู่การตั้งสมมติฐานว่า อาการดังกล่าวเกิดขึ้นจากการที่เด็กเคลื่อนไหวปลายลิ้นได้ไม่ค่อยดีเพราะมีพังผืดอยู่ใต้ลิ้น จากนั้นเจ้าหน้าที่คลินิกนมแม่จึงนำเรื่องมาปรึกษากับหมอศัลยกรรมเด็กได้แก่ นายแพทย์มงคล ซึ่งต่อมาคือหัวหน้าโครงการฯ นั่นเอง

แม้ว่าในขณะนั้น ยังไม่แน่ใจว่าสมมติฐานดังกล่าวเป็นความจริง จึงต้องใช้การสังเกตและศึกษาเพิ่มเติมจากงานวิชาการต่างๆ ที่ค้นหาได้

“ด้วยความรู้ของเราในตอนนั้นก็ไม่เคยรักษาพังผืดใต้ลิ้นในทารกแรกเกิด ทำแต่ในเด็กโตที่มีปัญหาการพูด เราก็ต้องเริ่มศึกษาว่าปัญหาเรื่องการดูดนมมันมีที่มาจากเรื่องพังผืดจริงหรือไม่ ตอนนั้นหมอก็คิดเทียบกับตัวเองว่า เวลาเราดูดกาแฟไม่เห็นต้องใช้ลิ้นก็ดูดขึ้น แต่คลินิกนมแม่บอกว่าการดูดนมของทารกต่างออกไป เพราะทารกต้องยื่นลิ้นไปเพื่อรีดน้ำนมจากลานหัวนมของแม่เข้ามาในปาก เราจึงตั้งทีมขึ้นมาเพื่อเฝ้าศึกษาอยู่พักใหญ่จนพบว่า...ท่าจะจริง จากนั้นจึงเริ่มลองรักษาพังผืดโดยใช้การดมยาสลบแล้วผ่าตัด พบว่าเด็กดูดนมได้ดีขึ้น และช่วยบรรเทาความเจ็บปวดของแม่ลงได้”



ประเมินการให้นมมารดา

ชื่อ ดช./ดญ. .... สกุล .... วันเกิด .... เวลา ....

HN ....

SIRIRAJ TONGUE-TIE SCORE (STT SCORE)

Tongue	Frenulum	Mild (3)	Moderate (2)	Severe (1)	
Nipple	Function	Protraction (3)	Retraction (2)	Inversion (1)	
	Sensation	Tongue at Areola (4)	Tongue at Nipple (2)	No Latch on (0)	

รอยโรคที่หัวนม

GRADE 1	GRADE 2	GRADE 3
☐ ข้างซ้าย ☐ ข้างขวา	☐ ข้างซ้าย ☐ ข้างขวา	☐ ข้างซ้าย ☐ ข้างขวา
วันที่	วันที่	วันที่ ....
สถานที่ตรวจพบ	สถานที่ตรวจพบ	สถานที่ตรวจพบ ....

ชื่อผู้ประเมิน ....

■ แบบประเมิน Siriraj Tongue Tie Score

ถึงจะแก้ไขปัญหาได้แล้ว แต่การพัฒนางานประจำไปสู่การวิจัยยังไม่หยุดยั้ง เพราะทีมมองเห็นถึงความยุ่งยาก การเสียเวลา และสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายของคนไข้ จึงเกิดการวิจัยต่อเนื่องจนเป็นผลงานวิจัยที่ครบวงจร

สิ่งที่เกิดขึ้นจากการวิจัยในระยะต่อมาคือการค้นพบวิธีผ่าตัดโดยใช้ยาชาเฉพาะที่แทนการดมยาสลบ ซึ่งทำให้คนไข้ได้ประโยชน์ทั้งในด้านของระยะเวลาผ่าตัดที่น้อยลง ความสบายใจที่เพิ่มมากขึ้นของพ่อแม่ และค่าใช้จ่ายที่ถูกกว่ากันมาก ดังรายละเอียดที่กล่าวถึงไปแล้วในช่วงแรก

และอีกสิ่งหนึ่งที่กลายเป็นเครื่องมือยอดนิยมซึ่งนำมาใช้กับเด็กที่คลอดในโรงพยาบาลศิริราชทุกคนในทุกวันนี้คือ เครื่องชี้วัดที่เรียกว่า **Siriraj Tongue Tie Score** ซึ่งเป็นเครื่องมือคัดกรองคนไข้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทำให้การคัดกรองคนไข้เป็นเรื่องง่ายที่บุคลากรทางการแพทย์คนใดก็สามารถทำได้ โดยไม่ต้องอาศัยเครื่องมือแพง ๆ

> งานของเราเป็นงานพัฒนาคน พัฒนาแนวคิดของคนให้พร้อมเผชิญกับการปรับเปลี่ยนทุกอย่าง พร้อมจะฝึกฝนตัวเอง พัฒนาตัวเองไปเรื่อยๆ เป็น Life Long Learning จนทำให้โครงการ R2R ของเรา ได้รับรางวัลระดับนานาชาติ

เครื่องชี้วัดนี้จะศึกษา 4 ประเด็นหลักคือ ลักษณะลิ้นของเด็ก ลักษณะพังผืดใต้ลิ้นเด็ก ลักษณะหัวนมของแม่ และความรู้สึกของแม่ขณะที่ลูกดูดนม แล้วคิดออกมาเป็นคะแนน ถ้าได้ 8-10 แสดงว่าไม่มีปัญหา ต่ำกว่า 7 จะต้องส่งให้คลินิกนมแม่ช่วยดู เพราะอาจเกิดจากคุณแม่มือใหม่อุ้มลูกไม่ถูกท่าทำให้เด็กดูดนมไม่ถนัด คลินิกนมแม่จะมีเจ้าหน้าที่ที่มีความชำนาญพิเศษคอยตัดสินว่ารายใดไม่ไหวแล้วจริง ๆ ถ้าดูดต่อเป็นปัญหาแน่ จากนั้นจะส่งเด็กกลุ่มนี้ต่อให้กับกุมารศัลยแพทย์ ซึ่งจะต้องใช้ดุลยพินิจต่อไปว่าเด็กรายใดสมควรต้องได้รับการผ่าตัด

การที่ทารกมีพังผืดใต้ลิ้น ทำให้ทารกไม่สามารถขยับลิ้นได้โดยสะดวก การดูดนมแม่จึงทำได้ยากและส่งผลกระทบทำให้แม่เจ็บหัวนม หัวนมแตกเป็นแผล หรือเต้านมอักเสบได้ ซึ่งแม่ที่มีอาการเหล่านี้ก็อาจจะตัดสินใจเลิกให้นมลูกหันไปใช้นมผงแทน ซึ่งจะทำให้เด็กทารกสูญเสียโอกาสที่จะได้รับประโยชน์จากนมแม่ ไป การผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้นของทารกจึงเป็นการแก้ปัญหาที่ต้นเหตุ แต่ก็ไม่ได้หมายความว่า การผ่าตัดจะทำให้การดูดนมแม่ของทารกทุกรายได้ผลเสมอไป

ดังที่นายแพทย์มงคล อธิบายให้ฟังว่า

“การผ่าตัดไม่ได้หมายถึงความสำเร็จ (ในการส่งเสริมให้ทารกดูดนมแม่) ของทุกราย เพราะบางรายปัญหาอาจจะอยู่ที่ลักษณะหัวนมของแม่ร่วมกันด้วย แต่เราจะมีคำพูดที่บอกถึงเปอร์เซ็นต์ความสำเร็จให้เขาได้ เพื่อให้เขาตัดสินใจง่ายขึ้น ต้องย้ำว่าการผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้นเด็กแรกเกิดเป็นแค่ “ตัวเสริม” เท่านั้น ไม่ใช่สิ่งที่ “ต้องทำ” ไม่เหมือนการผ่าไส้ติ่งที่เมื่ออักเสบต้องผ่าออก การผ่าพังผืดใต้ลิ้นจะทำหรือไม่ทำก็ได้ แต่ถ้าทำแล้วจะได้อะไร นั่นคือสิ่งที่ทีมจะต้องบอกกับคนไข้ให้ชัดเจน”

ทั้งนี้ต้องทำความเข้าใจกับจุดเริ่มของงานวิจัยนี้ให้ชัดเจนก่อนว่า เริ่มมาจากความต้องการส่งเสริมให้ทารกแรกเกิดได้ดื่มนมแม่อย่างต่อเนื่องเพื่อประโยชน์ด้านสุขภาพ ตามที่องค์การอนามัยโลก หรือ WHO ประกาศไว้ว่านมแม่มีประโยชน์และจะส่งเสริมให้ขยายเวลาให้ทารกดื่มนมแม่อย่างเดียวจาก 3 เดือน เป็น 6 เดือน งานวิจัยของโครงการฯ จึงเป็นไปเพื่อจุดหมายนี้ แต่บ่อยครั้งพ่อแม่กลับคาดหวังให้ลูกได้รับการผ่าตัดพังผืดเพื่อประโยชน์ด้านอื่น

“ตอนนี้ก็เริ่มมีคนกังวลว่า อ้าว ลูกหนูมีพังผืด แต่คุณหมอบอกว่าดูดนมได้ไม่ต้องผ่า แล้วอีกหน่อยจะมีปัญหาเรื่องการพูดหรือเปล่า ต้องเรียนว่าเรายังไม่มีข้อมูลเป็นหลักฐานว่าพังผืดขนาดไหนจะส่งผลให้เด็กพูดไม่ชัด และนี่ก็ไม่ใช่ประเด็นหลักในการผ่าตัดของเรา ดังนั้นจึงไม่ผ่าให้ เพราะไม่มีความรู้ตรงจุดนี้จริง ๆ แต่อาจพัฒนาเป็นงานวิจัยชิ้นต่อไปได้ เมื่องานปัจจุบันนี้สำเร็จสมบูรณ์แล้ว ซึ่งตอนนี้งานวิจัยยังเหลือในส่วนของการสรุปและตีพิมพ์เพื่อให้เป็นประโยชน์ต่อคนไข้ในวงกว้าง”

ความภาคภูมิใจของโครงการ R2R ที่ศิริราชนั้นมีอยู่หลายเรื่อง ซึ่งคงไม่ได้เกิดจากการคิดไปเอง หากแต่เป็นความภาคภูมิใจจากการที่ได้รับการยอมรับจากภายนอก

"ภูมิใจที่เราเป็นหน่วยงานเล็กๆ แต่มี impact ค่อนข้างใหญ่ งานของเราเป็นงานพัฒนาคน พัฒนาแนวคิดของคนให้พร้อมเผชิญกับการปรับเปลี่ยนทุกอย่าง พร้อมจะฝึกฝนตัวเอง พัฒนาตัวเองไปเรื่อยๆ เป็น Life Long Learning จนทำให้โครงการ R2R ของเรา ได้รับรางวัลระดับนานาชาติ The Asian Hospital Management Awards เมื่อปี 2007 เป็นรางวัลในสาขา Human Resource Development และในศิริราชเองก็มีการแจกรางวัล The Best Ideal of the Year และ Popular Award ซึ่งเราก็เอารางวัลที่ได้มา copy แจกให้กับทุกคนในทีม เพราะมันเป็นความสำเร็จของทุกคนในทีมร่วมกัน เนื่องจากงานของเราเป็นงานวิจัยจากคนที่ปฏิบัติงานจริง เมื่องานได้รางวัลขึ้นมา ต้องเป็นทั้งทีมที่ดีใจ ไม่ใช่แค่คนๆ เดียว เราจะต้องขยายความสำเร็จนี้ต่อไป" นายแพทย์อัครินทร์ ผู้จัดการโครงการกล่าว

ความภาคภูมิใจอีกอย่างหนึ่ง อยู่ที่การสนับสนุนให้ทีมวิจัยต่างๆ ในโรงพยาบาลทำงานวิจัยต่อเนื่องและเผยแพร่งานวิจัยที่ทำออกมาในรูปของงานเขียน

"คงเหมือนกับการทำงานวิจัยทั่วไปที่ว่า ถ้าทำงานวิจัยออกมาแล้วงานนั้นไม่ได้รับการเขียน ไม่ได้รับการเผยแพร่ให้คนอื่นรู้ ก็ยังไม่ใช่งานวิจัยที่ดี ไม่ว่าผลลัพธ์จะออกมาเป็นอย่างไรก็ตาม ต้องมีการขยายผลด้วยอย่างน้อยก็ให้ทุกคนได้รับรู้ว่าวิธีการที่เราคิด ไม่ว่ามันจะได้ผลหรือไม่ ก็ได้ผ่านการพิสูจน์มาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง"

ประสบการณ์จากการลงมือเดินหน้า R2R ในช่วงที่ผ่านมา เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้จัดการโครงการ R2R เชื่อว่า R2R จะเติบโตและขยายตัวต่อไปทั้งในศิริราช และองค์กรอื่น ๆ

"R2R จะเป็นคำตอบสำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่มีงานเยอะ ไม่เหมาะกับการทำวิจัยที่ต้องเข้าห้องแล็บซึ่งใช้เวลานาน แต่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์มีข้อได้เปรียบอยู่ที่การมีคนไข้อยู่เป็นจำนวนมาก ซึ่งถ้าเพิ่มบางอย่างเข้าไป เช่น การเก็บข้อมูล innovation ฯลฯ ก็จะได้ผลตอบแทนเป็นข้อมูลกลับมาจำนวนมาก โดยไม่ต้องอ้างว่าไม่มีเวลาเพราะมันอยู่ในเวลางานประจำของเขาอยู่แล้ว ดังนั้นอนาคตของ R2R นั้น จะพบว่า ทุกคนสามารถทำวิจัยแบบนี้ได้หมดเพื่อพัฒนาตัวเอง โดยจะมีการนำการจัดการความรู้มาใช้เพื่อให้ R2R แพร่ขยายไปในทุกองค์กรได้มากขึ้น โดยไม่จำกัดว่าจะต้องเป็นหน่วยงานด้านสาธารณสุขเท่านั้น"

ท้ายที่สุดของความภาคภูมิใจคือการที่ R2R สามารถเปลี่ยนความคิดของคนหลาย ๆ คนได้

"แต่เดิมเวลาคนเราทำงานแล้วมีปัญหา หลายคนมักใช้วิธีเปลี่ยนเรื่องไปเลย แต่ R2R จะช่วยกระตุ้นให้หยุดคิดก่อนว่า ก่อนเปลี่ยนเรื่องเราลองค้นหาข้อมูลดูก่อนไหม ปัญหานี้เคยมีใครเคยศึกษาไว้บ้างหรือยัง ถ้ายังก็ถือเป็นโอกาสที่จะทำให้เราได้ ทำ-เก็บ-รายงาน เพื่อเป็นประโยชน์ต่อคนไข้ ถึงแม้ว่าอาจจะไม่ใช่คนไข้ในความดูแลของเราก็ตาม"

นั่นก็หมายความว่า ทีมงานทุกคนพร้อมจะทำ **R2R** ให้เป็น **R2R2R** (Routine to Research to Routine) เพื่อความสุขที่ได้สร้างประโยชน์ให้กับคนไข้นั่นเอง ✌