

คัดสรรจากหนังสือ

วิจัยเชิงคุณภาพ:

การเรียนรู้จากงานประจำ

แนวคิดและบทเรียนจาก

การอบรมการวิจัยเชิงคุณภาพต่อเนื่อง (On The Job Training)

ในงานสุขภาพปฐมภูมิ บริการปฐมภูมิ

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.)

โดย โโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์

ประชาธิป กะทา

และคณะ

หนังสือประกอบการประชุม “จากงานประจำสู่งานวิจัย (routine to research)”
ระหว่างวันที่ 2-3 กรกฎาคม 2551 ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ กรุงเทพมหานคร
จัดโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และภาคีเครือข่าย

ผู้สนใจ หนังสือฉบับสมบูรณ์ สามารถสอบถามได้ที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

บทนำ

ระบบความรู้ หรือ Knowledge System ซึ่งหมายถึงทั้งกลไกและกระบวนการสร้างความรู้ การกระจาย การบริโภคหรือใช้ประโยชน์จากความรู้ที่มีอยู่หลากหลายระบบ เช่น ระบบความรู้ดั้งเดิม Traditional knowledge system ระบบความรู้แบบพื้นบ้าน Indigenous knowledge system ที่เรียกกันว่าภูมิปัญญาท้องถิ่น หรือระบบความรู้แบบวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ Modern scientific knowledge system แต่ละระบบก็มีรากฐานเชิงปรัชญาที่แตกต่างกัน มีระบบการสร้างหรือผลิตความรู้ การตรวจสอบและพิสูจน์ความรู้ และระบบการถ่ายทอดความรู้ที่ไม่เหมือนกัน และในแต่ละระบบก็มีโครงสร้างอำนาจที่ให้สิทธิ ความชอบธรรม และอำนาจแก่ผู้คนในฐานะการเป็นผู้เข้าถึงความรู้ การเป็นผู้รู้ และการมีสิทธิใช้ความรู้ที่แตกต่างกันไป

ระบบความรู้บางระบบถือว่าความรู้มีอยู่เฉพาะแต่ในคัมภีร์ การผูกขาดคัมภีร์ไม่ว่าจะเป็นการทำภาษาในคัมภีร์ให้เป็นสิ่งศักดิ์สิทธิ์ การควบคุมการเข้าถึงคัมภีร์ การห้ามการคัดลอกคัมภีร์ หรือการจำกัดทักษะการอ่านออกเขียนได้ไว้เฉพาะในบางชนชั้น เหล่านี้ล้วนแต่เป็นวิธีปฏิบัติเพื่อการผูกขาดอำนาจแห่งความรู้ ซึ่งข้อห้ามและข้อปฏิบัติเหล่านี้มักปรากฏเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมที่ระบบความรู้หนึ่งๆ นั้นดำรงอยู่

ในระบบความรู้หรือวิทยาการสมัยใหม่ ความรู้ถูกควบคุมผ่านการสร้างระบบผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านซึ่งมีอำนาจที่จะชี้ถูกชี้ผิดและตัดสินว่าสิ่งต่างๆ ควรเป็นไปอย่างไร ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญเป็นความเห็นที่ทุกคนต้องเคารพเชื่อฟัง **ผู้เชี่ยวชาญจึงเป็นผู้ควบคุมการสร้างความรู้ ส่วนพวกที่เหลือมีหน้าที่เพียงเป็นผู้เสพความรู้ที่ระบบผู้เชี่ยวชาญสร้างขึ้นเท่านั้น** ยิ่งระบบความรู้สร้างวัฒนธรรมที่ต้องพึ่งพิงผู้เชี่ยวชาญมากขึ้นเท่าใด (เช่น การสร้างความรู้ที่ซับซ้อน ศัพท์แสงที่เข้าใจยาก ระเบียบขั้นตอนที่ยุ่งยาก) บทบาทและอำนาจหน้าที่ของผู้คนสามัญชนธรรมดาที่ยังลดน้อยลงเท่านั้น

ระบบดังกล่าวปรากฏให้เห็นชัดเจนในระบบการแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางที่บุคคลธรรมดาสามัญจะถูกสั่งสอนและตักเตือนไม่ให้ดูแลรักษาตนเอง เมื่อเจ็บป่วยให้ไปพบแพทย์ การเน้นความรู้ของผู้เชี่ยวชาญทำให้ในบางกรณีการมีน้ำใจดูแลรักษาตนเองหรือการดูแลกันกลายเป็นเรื่องผิดกฎหมาย ระบบความรู้แบบผู้เชี่ยวชาญย่อมมีประโยชน์ในบางเงื่อนไขหรือบางบริบท แต่ระบบความรู้ระบบใดระบบหนึ่งย่อมจะมีความสมบูรณ์แบบในตัวเองไม่ได้ **เพราะความจริงของโลกย่อมกว้างขวางและยิ่งใหญ่มากกว่าความรู้ของมนุษย์ที่ถูกจำกัดไว้ด้วยฐานคิดหรือกระบวนการทัศน์แบบใดแบบหนึ่งเสมอ** ระบบความรู้ที่จะรับใช้มนุษยชาติได้ดีจึงต้องเป็นระบบ **พหุนิยม** ที่อาศัยจารีตความรู้และภูมิปัญญาที่หลากหลายในการแก้ไขปัญหาให้สอดคล้องกับบริบทแวดล้อมที่เป็นจริง

ระบบการจัดการความรู้ซึ่งมีการวิจัยเป็นส่วนหนึ่งก็เป็นระบบที่ถูกครอบงำด้วยอคติที่เน้นความรู้ของผู้เชี่ยวชาญเช่นกัน เป็นระบบที่ถือว่าการผลิตความรู้หรือการวิจัยเป็นสิ่งที่ผูกขาด คือจะทำได้ก็โดยการเป็นผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น งานวิจัยถูกทำให้เป็นเรื่องยากไม่ต่างไปจากการดูแลรักษาสุขภาพที่ต้องอาศัยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ โดยลืมไปว่าระบบสุขภาพก็เป็นเหมือนระบบการเมืองที่หากการเมืองภาคประชาชนไม่เข้มแข็งก็เป็นการยากที่การเมืองที่เป็นทางการจะเข้มแข็งขึ้นมาได้

ระบบสุขภาพก็เช่นเดียวกัน หากการดูแลรักษาสุขภาพตนเองของภาคประชาชนไม่มีความเข้มแข็งเสียแล้ว การอาศัยผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์แต่ประการเดียวคงไม่มีหวังที่จะทำให้ระบบสุขภาพโดยรวมเข้มแข็งขึ้นมาได้

ระบบการวิจัยในปัจจุบันทำให้คนทั่วไปไม่กล้าทำวิจัย โดยสร้างเหตุที่ก่อให้เกิดความเข้าใจโดยทั่วไปว่า งานวิจัยเป็นเรื่องยุ่งยาก (ใครที่ไม่ได้เป็นผู้เชี่ยวชาญอย่าได้ริอ่านไปทำ) เป็นเรื่องใหญ่ (ต้องใช้งบประมาณมาก มีโครงการ และต้องเขียนรายงานหนาๆ) ที่สำคัญการทำงานวิจัยเป็นเรื่องของผู้เชี่ยวชาญ คือเป็นเรื่องของคนอื่น ไม่ใช่เรื่องของผู้คนโดยทั่วไปจะไปทำกัน มายาคติเกี่ยวกับการวิจัยเหล่านี้ทำให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวนน้อยนิดกลายเป็นผู้ผลิตความรู้ ส่วนผู้คนส่วนใหญ่ทำได้เพียงรอบริโภคความรู้สำเร็จรูปที่ผู้เชี่ยวชาญเหล่านี้ผลิตขึ้นมาป้อน

ระบบดังกล่าวสะท้อนภาพระบบการผลิตแบบอุตสาหกรรมที่เน้นประสิทธิภาพการผลิตภายใต้มาตรฐานเดียว เป็นระบบที่มีผู้ผลิตจำนวนน้อย แต่มีผู้บริโภคหรือผู้นำความรู้ไปใช้ เป็นจำนวนมาก และอำนาจรวมศูนย์อยู่ในมือของผู้ควบคุมการผลิต

ปรัชญาของการทำงานวิจัยจากงานประจำเป็นวิธีคิดที่แตกต่างไปจากระบบการวิจัยกระแสหลักดังกล่าว เพราะเป็นปรัชญาที่เน้นการสร้างความรู้โดยตัวผู้ใช้ประโยชน์เอง

จะเรียกว่าเป็น Do-It-Yourself หรือ DIY Research ก็ได้

คือหาทางทำกันเองแทนที่จะมองว่าความรู้อยู่ภายนอกหรือต้องไปแสวงหาความรู้จากผู้อื่นที่เป็นผู้เชี่ยวชาญเพื่อคนทำงานจะได้นำมาใช้ การวิจัยจากงานประจำถือว่าความรู้ที่อยู่ที่นี่รวมทั้งอยู่ในตัวคนทำงาน และคนทำงานนั่นเองที่จะเป็นผู้ค้นหาและสร้างความรู้ใหม่ได้ด้วยตนเอง

สรุปง่ายๆ ก็คือ การวิจัยจากงานประจำนั้น เป็นการคืนอำนาจของการเป็นผู้สร้างความรู้ให้แก่ผู้ปฏิบัติ

แนวคิดและบทเรียนที่รายงานอยู่ในเอกสารนี้เป็นผลลัพธ์และสิ่งที่เรียนรู้จากหลักสูตรการอบรมการวิจัยเชิงคุณภาพต่อเนื่อง (On the Job Training) ในงานสุขภาพปฐมภูมิ บริการปฐมภูมิ ที่สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.) ดำเนินการโดยการสนับสนุนด้านงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีเป้าหมายที่จะเปิดโอกาสให้คนทำงานสุขภาพในระบบบริการปฐมภูมิได้เรียนรู้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพในระหว่างการทำงานประจำ

กระบวนการเรียนรู้การทำงานวิจัยจากงานประจำนี้มีจุดเด่นที่การสร้างเงื่อนไขและสิ่งแวดล้อมการเรียนรู้ด้วยการให้คนทำงานที่ได้รับการคัดเลือกจากโครงข่ายย่อยๆ ที่น่าสนใจจำนวน 20 คนหมุนเวียนออกจากพื้นที่การทำงานเป็นระยะๆ เพื่อมาฝึกงาน มาค้นคว้าอ่านตำรา หรือมาลงมือเขียนงานที่สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพเป็นเวลาโดยเฉลี่ยคนละ 4 อาทิตย์ จากโครงข่ายคร่าวๆ พัฒนาเป็นเค้าโครงงานวิจัย ลงพื้นที่ อ่านทฤษฎี ถกเถียง ยกวาง ทดลองนำเสนอ วิเคราะห์ ปรับแก้ จนในที่สุดได้เป็นผลงานวิจัยขั้นดีไม่แพ้กันวิจัยที่ไม่ต้องทำงานประจำ ภายในระยะเวลา 1 ปี (ดูรายชื่อวิทยานิพนธ์และชื่อโครงการวิจัยท้ายเอกสาร สำหรับเอกสารรายงานการวิจัยฉบับเต็มดาวน์โหลดได้ที่เว็บไซต์ www.shi.or.th/download)

บทเรียนที่ได้จากการทำงานนี้ไม่เพียงแต่พิสูจน์ให้เห็นว่าคนทำงานประจำสามารถพัฒนางานวิจัยเชิงคุณภาพที่ผู้คนเห็นว่าเป็นเรื่องยากได้จากงานประจำเท่านั้น แต่ยังแสดงให้เห็นว่า การเรียนรู้จากการวิจัยเชิงคุณภาพนำไปสู่การเรียนรู้ในระดับลึกที่สร้างความคิดใหม่และมุมมองใหม่ต่อปัญหาในงานประจำ ทั้งยังทำให้งานประจำมีคุณค่าและความหมาย กลายเป็นโอกาสของการเรียนรู้ที่ทำให้คนทำงานเกิดความปีติและภาคภูมิใจได้

และที่สำคัญ การวิจัยเชิงคุณภาพสามารถสร้างความละเอียดอ่อนต่อมิติทางสังคม วัฒนธรรมและความเป็นมนุษย์

ซึ่งเป็นคุณภาพที่จำเป็นอย่างยิ่งสำหรับระบบบริการปฐมภูมิ

ส่วนที่ 1 สถานการณ์ปัญหา:

งานประจำ ความแปลกแยกกับการจัดการความรู้

เมื่อพูดถึงงานประจำ บุคลากรส่วนใหญ่ในระบบงานสมัยใหม่มักมีความรู้สึกด้านลบว่าเป็นงานที่ไม่สนุก น่าเบื่อ หรือเป็นภาระ ยิ่งในสถานการณ์งานล้นมือในปัจจุบันที่ระบบบริการสุขภาพมีภาระงานเพิ่มมากขึ้น ทั้งจากการที่ประชาชนหันมาพึ่งพาระบบบริการสุขภาพมากขึ้น พร้อมกับความคาดหวังที่มากขึ้น ภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องเยื่อ และการวัดประสิทธิภาพการทำงานผ่านตัวชี้วัดจำนวนมาก ในขณะที่ระบบการเงินและระบบงานราชการก็ยังไม่สามารถปรับให้เอื้อต่อการทำงานได้อย่างเต็มที่ ซึ่งทำให้งานประจำกลายเป็นความเป็นจริงที่เหนื่อยหนักและซ้ำซากจำเจของชีวิตการทำงานที่ต้องเจอ

จะว่าไปแล้ว สภาวะการเบียดเบียนจากงานประจำนี้กลายเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างแพร่หลายก็ในยุคหลังนี้เอง ภาวะเรียกว่าเป็น “ความแปลกแยกของมนุษย์กับงานประจำ” หรือ Alienation นี่เป็นผลผลิตของระบบวิถีคิดและระบบงานที่เกิดขึ้นเมื่อสังคมเปลี่ยนแปลงมาเป็นสังคมสมัยใหม่ ลักษณะของงานประจำที่แปลกแยกจากชีวิตของคนทำงานนั้นมีสาเหตุสำคัญมาจากลักษณะของงานประจำในปัจจุบัน 4 ประการด้วยกัน ที่ทำให้งานประจำกลายเป็นปัญหามาเบียดเบียน

1) การแบ่งงานกันทำเป็นส่วนๆ ระบบงานสมัยใหม่มักเป็นระบบงานขนาดใหญ่ที่เน้นการแบ่งงานกันทำ โดยแยกงานออกเป็นส่วนย่อยๆ แต่ละคนก็ทำงานแต่ละส่วนที่ตนรับผิดชอบ โดยไม่เชื่อมโยงกับส่วนอื่น เมื่อมนุษย์ทำงานโดยเกี่ยวข้องกับงานเฉพาะส่วนการตระหนักถึงคุณค่าและศักยภาพของตนเองก็น้อยเพราะการรับรู้และการเห็นเฉพาะส่วนทำให้ไม่สามารถเชื่อมโยงงานที่ตนทำไปสู่ความสำเร็จของภาพใหญ่ได้ เกิดความรู้สึกว่างานที่ตัวเองทำนั้น ไม่มีคุณค่าและไม่เห็นความหมายของงานที่ทำ เมื่อเราไม่สามารถเข้าถึงคุณค่าของงานที่เป็นองค์รวมทั้งหมด งานประจำตามหน้าที่รับผิดชอบซึ่งถูกแบ่งออกเป็นส่วนๆ จึงกลายเป็นงานที่น่าเบื่อ

ในระบบงานบริการสุขภาพ งานก็จะถูกแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบเป็นแผนกๆ เจ้าหน้าที่ทำบัตรก็ทำหน้าที่แค่กรอกบัตร เจ้าหน้าที่ตรวจสัญญาณชีพ (วัด Vital signs) ก็ซักประวัติ ชั่งน้ำหนัก วัดความดันและอุณหภูมิเพียงอย่างเดียว เจ้าหน้าที่ทำแผลก็ทำแผลไปโดยไม่เกี่ยวข้องกับงานส่วนอื่น เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการก็ทำหน้าที่ตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะอุจจาระไปโดยไม่จำเป็นต้องรู้ว่าเป็นเลือด เป็นปัสสาวะของใคร และที่ตรวจไปทุกวันนี้ นั้น คนไข้ตื่นบ้างไหม กลับบ้านไปกอดลูกได้บ้างหรือยังเป็นต้น เมื่อรับผิดชอบงานเป็นส่วนย่อยๆ ไม่สัมพันธ์กับงานส่วนอื่น เราก็ไม่สามารถจะภูมิใจกับงานที่ทำได้ อันนี้เป็นเงื่อนไขที่ทำให้งานประจำน่าเบื่อ เพราะมันทำให้มนุษย์รู้สึกแปลกแยกจากงานประจำที่ตัวเองทำ

ที่สำคัญ งานประจำที่ถูกแบ่งออกเป็นส่วนย่อยๆ นั้นยังมีลักษณะแบ่งเป็นลำดับขั้นอีกด้วย งานประจำบางประเภทถูกถือว่าเป็นงานขั้นต่ำที่ด้อยค่า งานบางประเภทถูกให้คุณค่าว่าเป็นงานที่ดี ซึ่งงานที่ดีมีคุณค่าเหล่านั้นมักเป็นงานของผู้เชี่ยวชาญซึ่งไม่ใช่งานของคนส่วนใหญ่ เมื่อเราต้องมารับภาระงานประจำบางอย่างที่ถูกกำหนดว่ามีคุณค่าน้อย เราก็จะรู้สึกด้อยค่าไปด้วย

2) **งานถูกลดคุณค่าเหลือเพียงแค่ว่ามาซึ่งเงิน** มนุษย์จะรู้สึกแปลกแยกจากงาน เมื่องานถูกลดคุณค่าลงไปเพียงแค่ว่ามาของรายได้ เพราะจิตวิญญาณของมนุษย์ในการทำงานไม่สามารถซื้อหาได้ด้วยเงิน เมื่อไหร่ก็ตามที่เราถูกเงื่อนไขบีบบังคับให้ต้องทำงานเพียงเพราะมีความจำเป็นเพื่อให้ได้มาซึ่งเงิน โดยไม่มีใจรักหรือไม่เห็นคุณค่าอื่นใดของงานที่ทำไป เมื่อต้องทำจนเป็นประจำนานๆ ก็จะทำให้รู้สึกแปลกแยกจากงาน ถึงแม้จะเป็นงานที่ได้ค่าตอบแทนมากๆ แต่ความหมายของงานต่อชีวิตก็จะลดลง นี่เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้งานประจำกลายเป็นภาวะที่ไม่น่าอภิรมย์ การทำงานอาจมีความจำเป็นเพื่อให้ได้มาซึ่งรายได้ แต่งานยังต้องเกี่ยวพันกับชีวิตที่ดีในมิติอื่นด้วย เช่น ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ ทำให้บรรลุซึ่งศักยภาพที่สูงสุดของมนุษย์ หรือทำให้เราได้เรียนรู้และเข้าใจในสิ่งที่เดิมเราไม่คิดว่าจะเข้าใจได้

3) **ลักษณะงานประจำเป็นงานที่คนอื่นสั่งให้ทำ** งานประจำที่ริเริ่มสร้างสรรค์และคิดค้นขึ้นมาทำด้วยตนเองจะมีความน่าเบื่อหน่ายกว่างานประจำที่ถูกสั่งให้ทำ เพราะงานที่ถูกสั่งให้ทำนั้นทำให้มนุษย์หมดอิสรภาพในการทำงานได้ ยิ่งเป็นงานประจำที่ต้องทำเป็นเวลานานก็ยิ่งทำให้เรารู้สึกถูกบังคับอยู่ตลอดเวลา ความรู้สึกสูญเสียอิสรภาพและความอัดอั้นตันตันนี้เป็นที่มาอีกประการหนึ่งของภาวะการแปลกแยกจากงานประจำ ภาวะดังกล่าว เกิดขึ้นและแพร่หลายมากขึ้นในปัจจุบันที่แนวคิดการพัฒนารูปแบบองค์กรสมัยใหม่ได้เน้นการสร้างตัวชี้วัดจำนวนมหาศาลขึ้นเพื่อควบคุมกำกับการทำงานให้มีประสิทธิภาพ เป็นการควบคุมกำกับการทำงานโดยผู้อื่นอย่างที่เราไม่มีอำนาจที่จะต่อรองและไม่มีอิสรภาพที่จะคิดต่าง ที่สำคัญ ตัวชี้วัดต่างๆ ในระบบงานประจำไม่สามารถเชื่อมโยงกับชีวิตและไม่มี ความหมายในแง่ที่เป็นเครื่องหล่อเลี้ยงชีวิตของเราได้ ภาวะตัวชี้วัดเพื่อนี้ยิ่งทำให้เรารู้สึกแปลกแยกจากงานที่เราทำและทำงานแบบไม่มีความสุขมากยิ่งขึ้น

4) **งานประจำได้ทำลายความคิดสร้างสรรค์ของเรา** คือเราไม่สามารถจะมีความคิดสร้างสรรค์ในงานประจำได้เท่าไรนัก ระบบงานที่เปลี่ยนภารกิจให้เป็นงานประจำนั้นต้องการให้งานเป็นสิ่งที่ง่ายต่อการจัดการ งานประจำจึงมักถูกกำหนดไว้ล่วงหน้าแล้วว่าจะต้องทำแบบนั้นแบบนี้ จะคิดต่างออกไปก็จะกลายเป็นเรื่องยุ่งยากเพราะการคิดนอกคอกเป็นเรื่องที่ต้องฝืนกับโครงสร้างการเปลี่ยนภารกิจเป็นงานประจำ วิธีคิดดังกล่าวไม่อนุญาตและไม่สนับสนุนให้คนทำงานมีความคิดสร้างสรรค์ เมื่อเราต้องทำงานซ้ำๆ โดยไม่ให้อำนาจสร้างสรรค์งานและไม่ให้ใช้ความคิด เราก็จะมีฐานะคล้ายหุ่นยนต์กลไกที่ไม่มีชีวิตเข้าไปทุกที งานก็กลายเป็นเรื่องที่ต้องทนทำไปวันๆ เพื่อว่าเมื่อสิ้นสุดแต่ละวันหรือถึงวันหยุดสุดสัปดาห์เราจะได้ออกไปหาความสุขจากอย่างอื่น

สิ่งเหล่านี้เป็นสถานการณ์ที่คนทำงานต้องเผชิญอยู่ทุกเมื่อเชื่อวัน และเป็นสภาวะที่ทุกๆ คนไม่อยากจะเห็น ในส่วนของคนทำงานในระบบบริการปฐมภูมิ ภาระงานในปัจจุบันก็มีสถานการณ์ไม่แตกต่างออกไปมากนัก มีภาระงานมากขึ้นทั้งจากความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องให้การดูแลรักษาอย่างยืดยาว มีงานด้านการส่งเสริมป้องกันที่ต้องดำเนินการทั้งเรื่องเหล่า นุหรี ตรวจมะเร็งปากมดลูก ออกกำลังกาย ยาเสพติด ไข้เลือดออก โรคฉี่หนู ไข้หวัดนก ต้องสำรวจข้อมูล ทำเอกสารรายงานและที่สำคัญ ต้องไล่ล่าตัวชี้วัดที่ไม่รู้มาจากไหน และไม่เห็นว่า เป็นประโยชน์กับชุมชนอย่างไร แต่งานทั้งหมดเหล่านี้และอีกมากเป็นงานประจำที่หากเรามีสิทธิ์ที่จะเลือกได้อย่างอิสระก็คงไม่มีใครอยากถูกพันธนาการไว้ด้วยภาระการณ์ของงานประจำเช่นนี้

แต่เราก็อาจไม่ได้มีอิสรภาพที่จะเลือกได้เช่นนั้นกันทุกคน ประเด็นสำคัญที่ต้องหาคำตอบก็คือ ภายใต้งานประจำที่มีลักษณะแปลกแยกอย่างนี้ เราจะพาตัวเองก้าวออกไป ไม่ให้กลายเป็นคนที่หมดไฟที่จะคิด หมดพลังสร้างสรรค์ และไม่ให้สูญเสียจิตวิญญาณของความเป็นมนุษย์ได้อย่างไร ทำอย่างไรเราจะอยู่กับงานประจำโดยไม่ให้เกิดอาการเครียดไหม้ หรือ Burnt out หมดไฟ หมดแรงบันดาลใจ หรือกลายเป็นสิ่งชำรุดที่อยู่ชั่งกะตายไปวันๆ ในระบบงานได้

จากงานประจำสู่การเรียนรู้

ดูเหมือนว่า งานประจำที่กลายเป็นเรื่องที่ต้องกัดฟันทำจะเป็นเสมือนหลุมดำที่ดูดกลืนความคิดสร้างสรรค์และคุณค่าของการมีชีวิตอยู่ของเราไปไม่น้อย การจัดการเพื่อให้งานประจำกลายเป็นสิ่งที่ทำลาย หรือให้กลายเป็นชุมชนทรัพยากรสำหรับการเรียนรู้สร้างสรรค์ที่สามารถทำให้เราเติบโตไปได้ตลอดเวลาจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพราะเรามีศักยภาพในการเรียนรู้และงอกงามได้ การเรียนรู้จึงไม่เพียงเป็นการคืนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ให้กับคนทำงาน หากยังเป็นการรักษาไว้ซึ่งศรัทธาต่อความดีและศรัทธาต่อการทำงานในวิชาชีพ เพราะเมื่อเราทำให้งานประจำเป็นโอกาสของการเรียนรู้ เป็นโอกาสของการทำความดี เป็นโอกาสของการสร้างความภาคภูมิใจให้กับชีวิตได้ เราก็จะเติบโตไปกับการทำงานอย่างไม่รู้จักจบสิ้น

ที่สำคัญ การจัดการกระบวนการเรียนรู้จากงานประจำเป็นการคืนอำนาจในการสร้างความรู้ให้กับคนทำงาน ไม่ใช่รอเสพความรู้ที่คนอื่นสร้างให้หรือรอความสำเร็จรูปจากที่อื่น โดยเฉพาะงานในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่อยู่ใกล้ชิดติดกับชีวิตของผู้คน และใช้ชุมชนเป็นฐานปฏิบัติการ หากสืบสาวประวัติศาสตร์พัฒนาการแพทย์และการสาธารณสุข เราก็จะพบปัญหาที่แนวคิดการทำงานแบบ One-size-fit-all ได้ก่อปัญหายุ่งยากให้กับเจ้าหน้าที่ที่ทำงานอยู่ภายใต้บริบททางสังคมวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน เพราะแบบพิมพ์สำเร็จรูปที่ใช้ได้ประสบความสำเร็จในพื้นที่หนึ่งเหล่านี้ไม่สามารถนำมาใช้กับอีกพื้นที่หนึ่งได้อย่างเบ็ดเสร็จ รวากับเป็นสื่อไหลสำเร็จรูปที่ผลิตจากแม่พิมพ์เดียว

ความรู้จากที่อื่นอาจมีความหมายน้อยกว่าการเรียนรู้ด้วยตนเองจากในพื้นที่ เพื่อที่จะรู้จักชุมชนของตนเอง เข้าใจสิ่งที่มีอยู่ในชุมชน เข้าใจปรากฏการณ์ความเจ็บป่วยที่สัมพันธ์กับเงื่อนไขเฉพาะของชุมชน เพราะชุมชนไม่เคยเหมือนกันและสิ่งที่เหมาะสมกับชุมชนหนึ่งก็อาจใช้ไม่ได้กับอีกชุมชน สำหรับบริการสุขภาพปฐมภูมิ ความรู้จึงอยู่ในพื้นที่ ต้องเรียนรู้ในพื้นที่และเป็นเรื่องของผู้ปฏิบัติเอง ไม่ใช่ความรู้จากที่อื่น ของคนอื่น

แต่ก่อนที่เราจะเริ่มลงมือกระทำใดๆ เกี่ยวกับการสร้างการเรียนรู้จากงานประจำ ขอให้เราได้ทำความเข้าใจกับปรากฏการณ์ที่เรากำลังเผชิญอยู่ให้เห็นถึงรากฐานของปัญหาเพื่อให้เรามี “วิธีคิด” ที่ชัดเจนที่จะนำไปสู่ “วิธีทำ” ที่ถูกต้องเหมาะสม

ส่วนที่ 2 ระบบความรู้กระแสหลัก

สำรวจวิถีคิดการจัดการความรู้

ระบบความรู้กระแสหลักที่เป็นอยู่ดำเนินไปภายใต้กรอบวิถีคิดแบบวัตถุนิยมมกลไกของวิทยาการสมัยใหม่ไม่แตกต่างไปจากระบบการผลิตและระบบการจัดการอื่นๆ ระบบการจัดการความรู้ที่เกิดขึ้นนี้อาจเรียกได้ว่าเป็นระบบ “อุตสาหกรรมความรู้” หรือ Knowledge industry ระบบอุตสาหกรรมความรู้ที่ว่าเป็นระบบที่สัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยม อุตสาหกรรม (Shiva 1988) เป็นระบบที่ผลิตความรู้ และควบคุมให้ความรู้ที่ถูกผลิตขึ้นเป็นไปตามแบบแผนและมาตรฐานของวิถีคิดแบบวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ที่เน้นเฉพาะความรู้ในเชิงภาวะวิสัยที่ตรวจวัดได้ รวมทั้งได้สร้างค่านิยมและวัฒนธรรมการบริโภคความรู้แบบสำเร็จรูป

วิทยาศาสตร์สมัยใหม่ ซึ่งเป็นจารีตความรู้ (Knowledge tradition) อย่างหนึ่งที่เพิ่งกำเนิดขึ้นในระยะไม่ถึง 2 ศตวรรษได้กลายเป็นกระแสหลัก (Kuhn 1975) และเป็นจารีตความรู้หลักที่ถูกใช้ในกระบวนการวิจัยและใช้การประเมินตรวจสอบความถูกต้องของความรู้อื่นๆ ระบบการจัดการความรู้ที่มีรากฐานจากความคิดดังกล่าวจำกัดบทบาทของความรู้แบบอื่นๆ โดยถือว่าวิธีการทางวิทยาศาสตร์ (Scientific method) เท่านั้นที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นวิธีวิทยาที่ถูกต้องในการแสวงหาความรู้และพิสูจน์ความจริง โดยที่วิธีวิทยาแบบสมัยใหม่นี้มีลักษณะสำคัญ 4 ประการ (ดู Kolakowski 1972) คือ

1. การเน้นข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งอาศัยการรับรู้ผ่านประสาทสัมผัสทั้ง 5 โดยการใช้การชั่งตวง วัด เป็นเครื่องพิสูจน์ว่าสิ่งต่างๆ ดำรงอยู่จริง
2. การเน้นลักษณะทางภาวะวิสัยในการตรวจสอบความจริง โดยถือว่าความจริงดำรงอยู่อย่างเป็นอิสระจากจิตรับรู้ของมนุษย์ ความรู้สึกนึกคิด หรือการประจักษ์แจ้งที่จับต้องตรวจวัดไม่ได้ไม่ถือว่าเป็นความจริง
3. การเน้นการลดทอนความซับซ้อนลงเหลือองค์ประกอบส่วนย่อย และศึกษาส่วนย่อยเพื่อเข้าใจองค์รวม จึงให้ความสนใจกับกลไกย่อยมากกว่าภาพรวม
4. การเน้นความเที่ยงตรง แน่นนอน โดยถือว่าความจริงย่อมมีกฎเกณฑ์ที่แน่นอนและทำซ้ำได้ผลเช่นเดิมเสมอ

ระบบอุตสาหกรรมความรู้กับการจัดการความรู้

การจัดการความรู้และการวิจัยในปัจจุบันดำรงอยู่ภายใต้ระบบที่เรียกว่า “อุตสาหกรรมความรู้” (Knowledge Industry) อุตสาหกรรมความรู้นี้มีขอบเขตกว้างขวางกว่าระบบวิจัย เพราะครอบคลุมไปถึงระบบการเรียนการสอนตั้งแต่ระดับอนุบาล ประถม จนถึงอุดมศึกษาและบัณฑิตวิทยาลัย ซึ่งเป็นผลผลิตของกรอบวิถีคิดแบบอุตสาหกรรมที่เน้นการผลิตสินค้าที่มีลักษณะเหมือนๆ

ระบบอุตสาหกรรมความรู้ที่เป็นอยู่ไม่เพียงแต่มีอคติที่เน้นความรู้ของผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น แต่ยังมีอคติในเชิงวิธีวิทยา (Methodological bias) ซึ่งให้คุณค่ากับการวิจัยเชิงปริมาณที่ถือว่าเป็นวิธีแบบวิทยาศาสตร์ การวิจัยเชิงคุณภาพโดยเฉพาะในมิติทางสังคมวัฒนธรรมแล้วจึงเป็นสิ่งที่กระทำได้ยาก ข้อจำกัดของงานด้านนี้ส่วนหนึ่งเป็นมรดกความผิดพลาดของระบบการศึกษาในระดับมัธยมที่แยกการเรียนออกเป็นสายวิทย์และสายศิลป์อย่างเด็ดขาด นโยบายเศรษฐกิจและการพัฒนาที่อาศัยการถ่ายทอดเทคโนโลยีจากประเทศโลกที่หนึ่ง ทำให้ระบบการศึกษาให้คุณค่าและลงทุนในการผลิตนักเรียนสายวิทย์จนกลายเป็นทัศนคติที่ถือว่าสายวิทย์มีความเหนือกว่า ในขณะที่เดียวกันนักเรียนสายศิลป์ก็ถูกสอนเฉพาะความรู้เชิงเทคนิคจนขาดวิจารณญาณและวิธีคิดที่จะวิเคราะห์เชื่อมโยงหรือแยกแยะในแง่มุมมองของสังคมและความเป็นมนุษย์ ทักษะในการเข้าใจสิ่งที่เป็นมากกว่า “ข้อเท็จจริง” และความสามารถในการเขียนเพื่อบอกเล่าหรือนำเสนอความคิด กลายเป็นสิ่งที่หาได้ยากในหมู่นักเรียนสายวิทย์ สถานะเช่นนี้ ทำให้การวิจัยด้านสังคมศาสตร์ สุขภาพต้องเผชิญกับปัญหา ทั้งในแง่ที่แวดวงทางการแพทย์ซึ่งเป็นส่วน “หัวกะทิ” ของสายวิทย์มีทัศนคติไม่เห็นคุณค่าหรือความสำคัญของความรู้ด้านสังคมศาสตร์ และในแง่ความยากลำบากในการสร้างนักวิจัยสายสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งเป็นผลผลิตของระบบอุตสาหกรรมการศึกษาที่เน้นการผลิตนักเทคนิค

อุตสาหกรรมความรู้ดังกล่าวยังสร้างและมีส่วนเสริมวัฒนธรรมการบริโภคความรู้สำเร็จรูป ความรู้ที่มีการผลิตและถูกส่งเสริมให้บริโภคเป็นความรู้แบบ How to ที่เน้นเทคนิควิธีทำมากกว่า เสริมสร้างสติปัญญาให้รู้เท่าทันว่าที่ต่างๆ อยู่กันเป็นไปเพื่อชีวิตและสังคมแบบไหน วัฒนธรรมทางปัญญาหดหายกลายเป็นการลอกเลียนความสำเร็จรูปจากตำราโดยไม่ต้องแยกแยะด้วย วิจารณญาณ การนำเสนอผลการวิจัยเชิงคุณภาพมักถูกทำทลายและตั้งคำถาม “แล้วเอาไปใช้อย่างไร?” เพราะถูกครอบงำไว้ด้วยความหลงใหลในวิธีทำ หรือ “know-how fetishism” ทั้งที่การวิจัยเชิงคุณภาพหลายลักษณะเป็นกระบวนการหาคำตอบที่เกี่ยวกับ “know-why” มากกว่า “know-how” (ดู วิจารณ์ 2547)

สถานะของอุตสาหกรรมความรู้กระแสหลักดังกล่าวได้ทำให้การวิจัยด้านสังคมในแวดวง การแพทย์และสาธารณสุข ต้องต่อสู้ทวนกระแสและต้านกับอุปสรรคอย่างน้อย 3 ประการ คือ

1. งานวิจัยเชิงคุณภาพด้านสังคมศาสตร์เป็นเสมือนงานศิลป์หรือหัตถกรรมที่อาศัยทักษะเฉพาะตัวของนักวิจัย แต่ต้องมาอยู่ภายใต้ระบบการผลิตแบบอุตสาหกรรมที่มีการบริหารจัดการแบบมาตรฐานเดียว จำเป็นต้องมีการวางโครงสร้างพื้นฐานการวิจัย (Research Infrastructure)

2. วิธีคิดแบบอุตสาหกรรมทำให้เกิดการคาดหวังผิดๆ กับงานวิจัยว่าจะต้องมีผลการวิจัยที่สามารถนำไปใช้ได้อย่างชัดเจนทุกชิ้น งานวิจัยทุกชิ้นจะต้องมีการระบุผู้ใช้ให้ได้ วิธีคิดดังกล่าวอาจเหมาะกับการวิจัยทางเทคนิค เช่น การผลิตชุดตรวจยาเสพติด หรือการเพาะพันธุ์ปลา แต่สำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพด้านสังคมศาสตร์สุขภาพนั้น มักเป็นการเสนอวิธีคิดเพื่อให้ได้ความเข้าใจหรือมุมมองใหม่ๆ หรือก่อให้เกิดจินตนาการใหม่ๆ ซึ่งมักไม่สามารถคาดเดาล่วงหน้าได้ว่า จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงแบบเป็นเหตุและผลเป็นเส้นตรง (Linear) ได้ และที่สำคัญการวิจัยเชิงคุณภาพทางสังคมศาสตร์สุขภาพส่วนหนึ่งจะเป็นการตั้งคำถามกับโครงสร้างอำนาจ จึงมักไม่เป็นที่ยอมรับชมชอบของผู้มีอำนาจ ซึ่งมักถูกมองว่าเป็น “ผู้ใช้” งานวิจัยเพื่อการตัดสินใจอีกด้วย

3. การวิจัยเชิงคุณภาพทางสังคมศาสตร์สุขภาพ เป็นกระบวนการที่ใช้เวลามากกว่าการวิจัยเชิงปริมาณ โดยเฉพาะการวิจัยด้านมานุษยวิทยาและชาติพันธุ์วิทยา (ethnography) ซึ่งมักใช้ระยะเวลาการวิจัยมากกว่า 1 ปี ในขณะที่การสนับสนุนงานวิจัยส่วนใหญ่จะให้กรอบระยะเวลา 1 ปี ทำให้เราไม่ค่อยพบเห็นการวิจัยภาคสนามที่มีระยะเวลาต่อเนื่องยาวนานพอที่จะสร้างองค์ความรู้ที่หนักแน่นได้

จะเห็นได้ว่า ระบบการจัดการความรู้ที่อิงแอบกับวิธีคิดแบบอุตสาหกรรมนี้ เป็นระบบที่เอื้อให้ความรู้บางแบบเติบโตได้อย่างรวดเร็ว ในขณะที่แทบจะไม่เหลือที่อยู่ที่ยืนให้กับความรู้ที่มีรากฐานวิธีคิดที่แตกต่างออกไป การก้าวออกจากกรอบจำกัดของอุตสาหกรรมความรู้จึงเป็นเรื่องไขว่คว้าของการเรียนรู้ใหม่ๆ โดยเฉพาะสำหรับผู้ปฏิบัติงานในระบบบริการปฐมภูมิที่ต้องมีความรู้ความเข้าใจในมิติทางสังคมวัฒนธรรม และจำเป็นต้องอาศัยการวิจัยเชิงคุณภาพในการทำ ความเข้าใจปรากฏการณ์ที่ซับซ้อนให้สามารถดูแลสุขภาพเชื่อมโยงมิติต่างๆ ได้อย่างเป็นองค์รวม อย่างไรก็ตาม นอกเหนือจากข้อจำกัดในระบบอุตสาหกรรมความรู้ที่ทำให้การศึกษาระดับสังคม วัฒนธรรมในเชิงคุณภาพเกิดขึ้นอย่างจำกัด วิธีคิดและแบบแผนการปฏิบัติในแวดวงสุขภาพชุมชน และระบบบริการปฐมภูมิก็ยังมีข้อจำกัดในตนเองบางประการที่ต้องกล่าวถึง

มิจฉาทศณะการสร้างความรู้จากการทำงานชุมชน

อาจกล่าวได้ว่า ที่ผ่านมามีเจ้าหน้าที่จำนวนไม่น้อยที่เริ่มต้นทำงานชุมชนด้วยใจอยู่ก่อนแล้ว แต่การทำงานกับชุมชนที่ขาดความเข้าใจเชิงลึกทำให้งานประจำที่ต้องทำกลายเป็นเรื่องยาก ไม่ได้ผล และน่าเบื่อ งานที่ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควรทำให้เจ้าหน้าที่เกิดความท้อแท้หมดกำลังใจ มีความรู้สึกที่ชาวบ้านไม่สนใจที่จะให้ความร่วมมือในงานของตน เกิดเป็นอคติกับชุมชน มองไม่เห็นศักยภาพชุมชน จนในที่สุดหมดความกระตือรือร้นที่จะเรียนรู้และทำงานอย่างทุ่มเท

หากพิจารณาต้นเหตุของปัญหาดังกล่าวจากประสบการณ์การลงชุมชนที่ผ่านมาจะพบว่า ต้นเหตุที่แท้จริงมาจากเจ้าหน้าที่หลายคนยังคงใช้ความคิด ประสบการณ์หรือความเคยชินของตนเองอยู่ การศึกษาชุมชนจึงกลายเป็นเรื่องยาก ปัญหาการทำงานชุมชนที่ผ่านมาสามารถสรุปออกมาดังนี้

1. เห็นแต่ปัญหาไม่เห็นศักยภาพของชุมชน

เจ้าหน้าที่ที่ลงไปทำงานศึกษาชุมชนมักเน้นการค้นหาปัญหาของชุมชนเป็นหลัก โดยมักใช้แบบสำรวจเชิงปริมาณที่เข้าไปเก็บข้อมูลว่าผลงานใดบ้างที่เข้าเกณฑ์ ผลงานใดไม่เข้าเกณฑ์ ความเข้าใจเชิงปริมาณลักษณะนี้ทำให้เห็นปัญหาหรือเห็นความขาดได้ แต่จะไม่สามารถเห็นถึงศักยภาพของชุมชน หากเปลี่ยนวิธีศึกษาใหม่โดยให้ลองค้นหาศักยภาพของชุมชน โดยให้ชาวบ้านพูดคุยว่าตนเองมีศักยภาพอะไรบ้าง การทำงานชุมชนจะเปลี่ยนรูปโฉมไปจากเดิม เพราะการมองเห็นศักยภาพของตนเองและชุมชน จะทำให้ชุมชนมีพลังมีความคิดสร้างสรรค์และไม่รู้สึกหมดหวังได้ง่ายๆ การวิจัยเชิงคุณภาพที่ไม่ได้ปักธงไว้ล่วงหน้าว่าต้องเก็บข้อมูลอะไรตามแบบสอบถาม ทำให้มีโอกาสสำรวจออกไปในวงกว้าง เรียนรู้และค้นพบสิ่งใหม่ๆ ศักยภาพใหม่ๆ ของชุมชนได้

2. เห็นแต่ตัวเลขไม่เห็นชีวิตคน

ในระบบการทำงานสุขภาพชุมชนโดยทั่วไป เจ้าหน้าที่มักคุ้นเคยกับการสำรวจเชิงสถิติ เช่น มีส่วนกี่เปอร์เซ็นต์ มีโองกี่เปอร์เซ็นต์ มากกว่าการสัมผัสเรื่องราวชีวิตของผู้คนในชุมชน ซึ่งที่ผ่านมามีข้อมูลและเครื่องมือสำหรับการสำรวจตัวชี้วัดเชิงสถิติเหล่านั้นมีอยู่มากมาย แต่สิ่งที่ยังขาดคือเครื่องมือที่จะนำคนทำงานสุขภาพชุมชนไปสัมผัสชีวิตผู้คน เพราะการสัมผัสชีวิตผู้คนในชุมชน จะช่วยทำให้เราเกิดความรู้ความเข้าใจในความรู้สึกนึกคิด เจือปนไขความเป็นจริง และบริบททางสังคมของปัญหาที่เราต้องแก้ไข ความเข้าใจเหล่านี้ทำให้เกิดความละเอียดอ่อนและมองชาวบ้านด้วยมุมมองที่ใส่ใจกับมิติของความเป็นมนุษย์มากขึ้น

3. ทักษะและความรู้เป็นเรื่องส่วนตัว

ในแวดวงคนทำงานสุขภาพชุมชน มีผู้ปฏิบัติงานจำนวนหนึ่งที่มีความรู้ ทักษะ และความเข้าใจที่สามารถใช้ทำงานกับชุมชนได้อย่างได้ผล แต่ความรู้ ความเข้าใจและทักษะเหล่านั้นมักเป็นสิ่งที่เหมาะสมและสร้างขึ้นเป็นการส่วนตัว จนกลายเป็นความสามารถส่วนตัวที่ถ่ายทอดไม่ได้ และกลายเป็นความเชื่อที่ว่าความรู้เหล่านั้นเป็นศักยภาพเฉพาะตัวที่คนอื่นลอกเลียนแบบไม่ได้ ความจริงก็คือ กระบวนการเรียนรู้ด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพสามารถพัฒนาศักยภาพในการคิด การรู้ลึก การเข้าใจ และสร้างความละเอียดอ่อนต่อมิติด้านลึกของการทำงานได้

4. เน้นผลลัพธ์มากกว่ากระบวนการเรียนรู้

การลงชุมชนที่ผ่านมาเน้นการเก็บข้อมูล ทำให้สนใจที่จะให้ได้ข้อมูลตามที่วางแผนไว้ มากกว่าสนใจการเรียนรู้วิถีชุมชน เช่น เน้นการกรอกแบบสอบถามให้ได้ข้อมูลครบ แต่ไม่สนใจ

ที่กล่าวมาทั้งหมดเป็นปัญหาที่ทำให้เจ้าหน้าที่ไม่สามารถสร้างความรู้จากชุมชน หรือเรียนรู้ชุมชนจากการปฏิบัติงานได้ เพราะการทำงานโดยมีชุมชนเป็นฐานนั้นสิ่งสำคัญคือต้องทำความเข้าใจสิ่งที่มีอยู่ในชุมชน นอกจากนั้น การสร้างความรู้ที่แยกขาดจากภาคปฏิบัติจริงของการทำงานที่มีชุมชนเป็นฐาน ทำให้วิชาการมีลักษณะล่องลอยและไม่สามารถนำไปเป็นฐานวิธีคิดสำหรับการปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติใหม่ได้ การใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพโดยผู้ปฏิบัติงาน สุขภาพชุมชนเอง หรือ การทำงานวิจัยไปด้วย ทำงานประจำไปด้วย ให้การวิจัยสัมพันธ์เชื่อมโยงไปกับประสบการณ์การทำงานจริงในชุมชนจึงเป็นทางเลือกสำคัญของการจัดการความรู้เพื่อคืนอำนาจของการเป็นผู้สร้างความรู้ให้แก่ผู้ปฏิบัติงานสุขภาพปฐมภูมิ

ความรู้กับการเรียนรู้ในระบบบริการปฐมภูมิ

หากหัวใจของการดูแลสุขภาพปฐมภูมิอยู่ที่การผสมผสานความรู้เรื่องสุขภาพเข้ากับความเข้าใจในมิติทางสังคมวัฒนธรรมของชุมชน กับการใส่ใจต่อความทุกข์และความละเอียดอ่อนต่อมิติของความเป็นมนุษย์แล้ว เราอาจพิจารณาได้ไม่ยากว่าแท้ที่จริงแล้วงานการดูแลสุขภาพปฐมภูมินั้นต้องผสมผสานทั้งศาสตร์ทางการแพทย์เข้ากับความรู้ทางสังคมและศิลปะการเข้าใจมนุษย์ เพื่อให้การดูแลสุขภาพปฐมภูมิเป็นการดูแลที่ใส่ใจสุขภาพในหลายมิติ ทั้งมิติทางกาย ใจ สังคม และมิติทางจิตวิญญาณ

เราอาจสรุปคุณลักษณะเด่นที่เป็นจุดแข็งของการดูแลสุขภาพปฐมภูมิได้เป็นประเด็นหลักๆ ดังนี้

- เน้นการดูแลแบบองค์รวม คือดูแลคนทั้งคน ใส่ใจกับชีวิตและความสุขทุกข์ของคนมากกว่าที่จะดูแลแบบแยกชีวิตและแยกปัญหาสุขภาพออกเป็นส่วนๆ เป็นอวัยวะๆ
- เน้นการทำงานเชิงรุก คือมุ่งการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังแต่แรกเริ่มมากกว่าที่จะรอให้เกิดโรค ความเจ็บป่วย หรือความทุกข์ลุลกลามมากขึ้นแล้วค่อยหาทางแก้ไข
- เน้นการผสมผสานงานส่งเสริม/ป้องกัน/รักษา/ฟื้นฟู โดยทำควบคู่ผสมผสานกันในกระบวนการทำงานร่วมกับองค์กรและกลไกต่างๆ ในพื้นที่

- เน้นการดูแลที่ต่อเนื่องตลอดชีวิตมากกว่าที่จะเน้นการรักษาเป็นครั้งๆ โดยให้ความสำคัญกับประสบการณ์เกี่ยวกับสุขภาพตลอดช่วงชีวิตของบุคคลที่ส่งผลต่อชีวิต สุขภาพและการดูแลรักษาความเจ็บป่วยของเขา
- ทำงานเชื่อมโยงหลายระดับ ทั้งระดับบุคคล/ครอบครัว/ชุมชน โดยถือว่าปัญหาทุกระดับส่งผลถึงกันและการแก้ปัญหาต้องดำเนินการควบคู่ในหลายระดับพร้อมกัน
- ทำงานเชื่อมโยงหลายมิติ ทั้งมิติทางกาย/ใจ/สังคม/จิตวิญญาณ ที่ต้องใส่ใจให้ทุกมิติเกื้อกูลส่งเสริมซึ่งกันและกันเป็นสุขภาวะได้อย่างมีดุลยภาพ
- ทำงานเชื่อมโยงระดับบริการ โดยช่วยเอื้ออำนวยและประสานให้การให้บริการทางการแพทย์ในระดับอื่นๆ เป็นไปอย่างสะดวก ราบรื่นและได้ผล
- ทำงานผสมผสานกับระบบการแพทย์ที่หลากหลายในชุมชน ทั้งการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและทางเลือกสุขภาพแบบต่างๆ ให้เป็นประโยชน์เกื้อกูลต่อสุขภาพได้
- เน้นการเสริมสร้างระบบสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็งเพื่อการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของท้องถิ่น

จะเห็นว่าระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิมีวิถีคิดและวิธีการทำงานสุขภาพที่แตกต่างออกไปจากระบบโรงพยาบาลที่เน้นเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ซับซ้อน รวมทั้งต้องการความรู้ทักษะและความชำนาญการที่แตกต่างไปจากทักษะของแพทย์เฉพาะทาง เป็นระบบบริการที่มีศักยภาพ สามารถแก้ปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนบางอย่างที่ระบบการแพทย์เฉพาะทางอาจแก้ไม่ได้ เช่นเดียวกับที่ระบบการแพทย์เฉพาะทางก็สามารถแก้ปัญหาทางการแพทย์ที่ซับซ้อนที่ระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิไม่สามารถแก้ได้

ความสัมพันธ์ระหว่างระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิกับระบบบริการทุติยภูมิหรือตติยภูมิ จึงไม่ได้เป็นไปในลักษณะที่ระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิส่งผู้ป่วยที่ตนรักษาไม่ได้ไปยังบริการทุติยภูมิหรือตติยภูมิเพียงทางเดียวเสมอไป แต่ในทางกลับกัน ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมหรือมิติของชุมชนและครอบครัวเข้ามาเกี่ยวข้อง แพทย์ในระบบบริการทุติยภูมิหรือตติยภูมิก็อาจจำเป็นต้องขอคำปรึกษาจากบุคลากรสุขภาพในระบบปฐมภูมิที่มีความรู้ความเข้าใจในภูมิหลังทางครอบครัวและแบบแผนทางสังคมวัฒนธรรมของท้องถิ่นดีกว่า

ระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิจะมีความเข้มแข็งจนเป็นที่ยอมรับและสามารถให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและแพทย์ในระบบทุติยภูมิหรือตติยภูมิดังที่กล่าวมาได้นั้น องค์ความรู้

กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพที่เน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจต่อมิติทางสังคมวัฒนธรรมของสุขภาพชุมชนจึงมีความสำคัญต่อการเรียนรู้ในระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อการปรับกระบวนการทัศน์ที่มองสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมเชื่อมโยงกันทั้งมิติทางกาย ใจ สังคม และปัญญาหรือจิตวิญญาณ แต่การทำงานวิจัยเชิงคุณภาพก็มีลักษณะเฉพาะของมันที่ต้องการกระบวนการฝึกฝนและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

บรรณานุกรม

- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (2545). *วิถีชุมชน*. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.
- วิจารณ์ พานิช. (2547). “การจัดการความรู้กับภูมิปัญญาไทย”, ใน *รวมบทความวิชาการการแพทย์พื้นบ้านไทย*. นนทบุรี: กลุ่มงานการแพทย์พื้นบ้านไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- Covey, S.R. (1989). *The Seven Habits of Effective People*. New York: Fireside, Simon & Schuster.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley, LA and London: University of California Press.
- Kolakowski, L. (1972). *Positivistic Philosophy: From Hume to Vienna Circle*. Harmondsworth, UK: Penquin.
- Kuhn, Thomas S. (1975). *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago: The University of Chicago Press, (Sixth Edition).
- Nonaka, I. (1991). The knowledge creating company. *Harvard Business Review*. 69: 96-104.
- Polanyi, M. (1958). *Personal knowledge: towards a post-critical philosophy*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Senge, P., Scharmer, O., Jaworski, J., and Flowers, B. S. (2004). *Presence: Human Purpose and the Field of the Future*. Cambridge, MA.: The Society for Organizational Learning.
- Shiva, V. (1988). “Reductionistic Science as Epistemological Violence,” in Nandy, A. Ed. *Science, Hegemony, and Violence: A Requiem for Modernity*. Delhi: Oxford University Press.