



โดย สำนักงานวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน

สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน
25/25 ถนนพหลโยธิน 4 ตำบลคลองสาม อำเภอคลองหลวง จังหวัดนครปฐม 73170
โทรศัพท์ 0-2441-9040-3 ต่อ 15-18 โทรสาร 0-2441-0163

แผนผังภาพจากเวเบสเตอร์

โดย สำนักงานวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน



การจัดการเบาหวาน แบบบูรณาการ



โดย สำนักงานวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน



รายงานการประชุมโครงการประชุมวิชาการบริการปฐมภูมิ
เรื่อง

การจัดการเหาหวาน แบบบูรณาการ

ระหว่างวันที่ 21-22 พฤษภาคม 2552
ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร



โดย สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพข.)

การจัดการเบาควน แบบบูรณาการ

ISBN

พิมพ์ครั้งที่ 1 ตุลาคม 2552 จำนวน 500 เล่ม

จัดทำโดย

สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพข.)

สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน

25/25 ถนนพุทธมณฑล 4 ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170

โทรศัพท์ 0-2441-9040-3 ต่อ 15-18 โทรสาร 0-2441-0163

ที่ปรึกษา

พญ. สุพัตรา ศรีวณิชชากร

ทัศนีย์ ญาณะ

บรรณาธิการ

สายศิริ ด่านวัฒนะ

กองบรรณาธิการ

พฤษา นุกนุกญ

วรรณฯ สุมีรัง

ปกและรูปเล่ม

วัฒน์สินธุ์ สุวรรตนานนท์

พิมพ์ที่

ห้างหุ้นส่วนจำกัด สหพัฒน์ไพศาล โทร. 02-432-1673-5

คำนำ

การจัดประชุมวิชาการบริการปฐมภูมิ การจัดการเบาควนแบบบูรณาการ ที่จัดขึ้นระหว่างวันที่ 21 - 22 พฤษภาคม 2552 ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพฯ เป็นกิจกรรมต่อเนื่องทางวิชาการของสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพข.) ร่วมกับ องค์การภาคีทางสุขภาพ ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

การประชุมวิชาการครั้งนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำงานพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มคนทำงาน นักวิชาการ และภาคีที่เกี่ยวข้อง โดยถือเป็นการทบทวน พัฒนา และเผยแพร่องค์ความรู้ตลอดจนเครื่องมือและเทคโนโลยีเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างบูรณาการ รวมทั้งเพื่อนำความรู้ที่ได้จากการประชุมครั้งนี้ไปพัฒนาข้อเสนอการสนับสนุนเชิงนโยบาย ในการพัฒนาระบบการจัดการเบาควนอย่างเป็นองค์รวม ภายใต้การทำงานร่วมกันขององค์การภาคีทางสุขภาพอย่างบูรณาการ

การจัดทำหนังสือเล่มนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อรวบรวมเนื้อหาสำคัญจากการประชุมรวมทั้งภาพกิจกรรมต่างๆ เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาเพิ่มเติม ต่อยอด และนำสาระความรู้จากการประชุมไปประยุกต์ใช้ สำหรับนักวิชาการ และผู้ปฏิบัติงานบริการปฐมภูมิ แต่เนื่องจากรายละเอียด เนื้อหาสาระของการประชุมที่มีมาก คณะผู้จัดจึงได้จัดทำ CD เอกสารประกอบการประชุมวิชาการบริการปฐมภูมิ “การจัดการเบาควนแบบบูรณาการ” แบบประกอบมากับหนังสือนี้ ซึ่งหวังว่าจะเป็นประโยชน์กับผู้เกี่ยวข้องในระบบบริการปฐมภูมิที่จะนำไปสู่เป้าหมายของการมีสุขภาพที่ดีของชุมชน

ในการจัดประชุมวิชาการและการจัดทำหนังสือเล่มนี้ ได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

อีกทั้งได้รับความช่วยเหลือและความร่วมมือจากสถาบันวิชาการ นักวิชาการ นักวิจัย และผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจากพื้นที่เป็นจำนวนมาก ที่ได้ร่วมกันสร้างงานและสิ่งสมประสงค์ที่มีคุณค่ามาเป็นส่วนสำคัญในการจัดการประชุมและนำมาสู่เนื้อหาของหนังสือเล่มนี้ ซึ่งทางคณะผู้จัดทำขอขอบคุณทุกท่านเป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

คณะผู้จัดทำ

สำนักงานวิจัยและพัฒนา

ระบบสุขภาพชุมชน (สพข.)

กรกฎาคม 2552

8	พิธีเปิดการประชุม วิดิทัศน์ : สะท้อนทิศทางและประสบการณ์ การดูแลการจัดการเบาหวาน
14	กล่าวต้อนรับ และเปิดงานประชุมวิชาการบริการปฐมภูมิ
18	บรรยาย “ทิศทางพัฒนาระบบดูแลเบาหวานที่มีประสิทธิภาพ”
22	อภิปราย “Update สถานการณ์ องค์ความรู้ การพัฒนาระบบดูแล และป้องกันเบาหวานแบบบูรณาการระดับปฐมภูมิ”
44	เวทีเต็มสาร : ถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยี แลกเปลี่ยนประสบการณ์ 21 พฤษภาคม 2552 <ul style="list-style-type: none"> • ลานกิจกรรม : การดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวม • มิราเคิลแกรนด์ A: การปรับพฤติกรรม: การบริโภค การใช้แรง การจัดการความเครียด • มิราเคิลแกรนด์ B: การแพทย์ทางเลือกกับเบาหวาน • มิราเคิลแกรนด์ C: การขับเคลื่อนเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในชุมชน กรณีกลุ่มเด็ก และวัยรุ่น

เวทีเต็มสาร: ถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยี	78
แลกเปลี่ยนประสบการณ์ 22 พฤษภาคม 2552	

- ลานกิจกรรม : การทำงานเบาหวานในชุมชน (ชมรมเบาหวาน คนต้นแบบ อสม. ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)
- มิราเคิลแกรนด์ A: ระบบข้อมูล: หนึ่งในเครื่องมือสำคัญในการจัดการเบาหวาน
- มิราเคิลแกรนด์ B: การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในผู้ป่วยเบาหวาน
- มิราเคิลแกรนด์ C: วิธีการจัดการเบาหวานในหน่วยบริการแบบบูรณาการ

เสนอผลการศึกษา “สถานการณ์ ทิศทางการทำงานและนโยบายที่เกี่ยวข้อง กับบริการปฐมภูมิและการจัดการเบาหวาน”	114
---	-----

อภิปราย นโยบาย แนวทาง และระบบสนับสนุน เพื่อนำไปสู่การขับเคลื่อนงานเบาหวาน	120
--	-----

ประมวล สรุปผล และพิธีปิดการประชุม	134
-----------------------------------	-----

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก เอกสารโครงการฯ	138
ภาคผนวก ข ผลวิเคราะห์แบบประเมินผลการประชุม	140
ภาคผนวก ค สถานการณ์และข้อเสนอแนวทางสนับสนุน ระบบบริการปฐมภูมิในการจัดการเบาหวาน	152

บทความชวนเร็น

ขอบคุณผู้รวบรวม
เรียบเรียงเนื้อหาจากการประชุม

1. คุณทัศนีย์ ญาณะ
2. คุณพฤษชา นุกนุญ
3. คุณผการัตน์ ฤทธิศรีบุญ
4. คุณเสาวนีย์ กุลสมบุญ
5. ทพญ.กันยา บุญธรรม
6. คุณกนิษฐ์ ใจศิริ
7. พญ.อรพรรณ ตะเวทิงค์
8. คุณณัฐพร สุขพอดี
9. คุณกฤษณา คำมูล

ภารกิจของ
การบริการปฐมภูมิ
ในการจัดการ
แบบบูรณาการ

...ครั้งหนึ่งเท่านั้นที่มีการคัดกรองเข้ามา
และครึ่งของครั้งเท่านั้นที่ได้รับการดูแลและควบคุมได้
และเพียง 1 ใน 3 เท่านั้นที่ควบคุมได้จริงๆ

ถอดความจากวีดิทัศน์ : นำเสนอในพิธีเปิด

ทิศทางและ ประสบการณ์การดูแล การจัดการเบาหวาน

วันที่ 21 พฤษภาคม 2552

ห้องนิรโรคีฬาแกรนด์ บอลรูม เวลา 09.00-09.15 น.

สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติรายงานว่าในขณะนี้ผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกกว่า 246 ล้านคนแล้ว และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 380 ล้านคน ใน ปี 2568

สำหรับประเทศไทยในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมากกว่า 7 แสนราย และคณะกรรมการเพื่อการวินิจฉัยและดูแลการรักษาโรคเบาหวานในประเทศไทยก็ยังคงคาดการณ์ไว้ว่าในปี 2553 ประเทศไทยจะมีผู้ป่วยเบาหวานสูงมากถึง 2 ล้านคน ซึ่งในแต่ละปีจะมีผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานมากถึงปีละ 20,000 คน และมีแนวโน้มว่าจะมีอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มมากขึ้นทุกปี และไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อเรื่องสุขภาพของผู้ป่วยเท่านั้น เบาหวานยังส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจและสังคมต่อชุมชน ไปจนถึงระดับประเทศอีกด้วย

เราจะรับมือกับปัญหาโรคเบาหวานได้อย่างไร นี่คือการท้าทายที่สำคัญในการควบคุมและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของหน่วยบริการปฐมภูมิไทย

สัมภาษณ์ พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร

“ในฐานะที่ปฐมภูมิเป็นคนใกล้ชิดชาวบ้าน เป็นคนที่ถ้าจะเรียกกันว่ารู้จักชีวิต สภาพแวดล้อมของผู้ป่วยหรือครอบครัวหรือชุมชนมากกว่า ก็จะเป็นส่วนสำคัญที่จะมีข้อมูลในการดูแลคนไข้อย่างต่อเนื่อง เขาจะเป็นจุดที่ต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชนในการดูแลได้ ส่วนที่สองก็คือเขาจะเป็นคนที่มีข้อมูลที่จะรู้ว่ามีอาการป้องกันหรือแนะนำคนไข้อย่างไรจึงจะเหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของเขามากที่สุด / รวมถึงการที่เขาทำงานอยู่ชุมชนอยู่แล้วก็จะเป็นฐานสำคัญของการขับเคลื่อนให้ชุมชน เข้ามาร่วมมือในการที่จะป้องกันจนถึงการลดความเสี่ยงจนถึงการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี”



ที่โรงพยาบาลครบุรี อ.ครบุรี จ.นครราชสีมา เป็นหน่วยบริการสุขภาพอีกแห่งที่เคยประสบกับปัญหาเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอต่อการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานที่เพิ่มมากขึ้นทุกปี

“ปัญหา”คือโอกาสของเรียนรู้เพื่อพัฒนา นี่คือการตั้งใจของคุณหมอ สกาวเดือน หรือ หมอฝน นายแพทย์ระดับชำนาญการพิเศษและคุณปราวณี หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ บ้านนาราก ที่นำไปสู่กระบวนการ“ปรับเปลี่ยน” รวมถึง “สร้าง” แนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทในพื้นที่ของตัวเองได้ โดยใช้วิธีสร้างระบบชุมชนดูแลกันเอง โดยในแต่ละหมู่บ้านมีการรวมกลุ่มกันของผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อดูแลซึ่งกันและกัน โดยได้รับการเติมเต็มความรู้ต่างๆ ที่จำเป็นจากคุณหมอ นอกจากนี้ยังมีการจัดระบบกลุ่มในการมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลเพื่อให้เกิดความสะดวกต่อทั้งแพทย์และผู้ป่วยอีกด้วย

และนี่ก็คือวิธีการทำงานแบบเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบระหว่างโรงพยาบาล, หน่วยบริการปฐมภูมิ และกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน

คุณฉลาม วันนี่คือแกนนำกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานบ้านโคกสะอาด อ.ครบุรี ในอดีตเขาละเลยการดูแลสุขภาพของตัวเอง จนไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ แต่หลังจากได้รับการอบรมเรื่องเบาหวานจากโรงพยาบาลครบุรีและหน่วยบริการปฐมภูมิที่ตำบลนารากอยู่หลายครั้ง จนกระทั่งมีการจัดการให้เกิดกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานเพื่อดูแลและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทำให้วันนี้ไม่เพียงแต่คุณฉลามจะสามารถดูแลตัวเองได้เป็นอย่างดีเท่านั้น คุณฉลามยังสามารถดูแลผู้ป่วยเบาหวานคนอื่นๆ ในหมู่บ้านได้อีกด้วย

ทุกเดือนคุณฉลามมีหน้าที่เจาะเลือดตรวจระดับน้ำตาลให้เพื่อนๆ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านของตัวเอง และเดินทางไปที่บ้านของตาเสาและยายเหรียญ ผู้สูง



อายุในหมู่บ้านที่อยู่กันเพียงลำพังสองตา
ยาย เพื่อเจาะเลือดและช่วยดูแลสภาพ
ความเป็นอยู่ของสองตายาย

สัมภาษณ์ จลาม ศิริเลิศ

“เราก็ภูมิใจที่เราได้ทำตรงนี้ในใจก็คิดว่าทำบุญ ทำบุญเราทำอย่างอื่นไม่ได้เราก็ช่วยเขาตรงนี้แหละ ในกลุ่มเขาก็ดีขึ้นมาเรื่อยๆ เขาก็บอกว่าดีเนอะ ที่มีมึงเจาะเลือดให้ก็สบายดีจะไปเจาะอนามัยทุกครั้งมันก็ไปยาก”

ในวันนี้กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานบ้านโคกสะอาด ซึ่งมีคุณจลามเป็นแกนนำคนสำคัญ ได้กลายเป็นกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่เข้มแข็ง สามารถดูแลซึ่งกันและกันและอยู่ร่วมกันกับโรคเบาหวานได้อย่างมีความสุข

ที่สำคัญ ภาระการทำงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลก็ลดลงตามไปด้วย ประกอบกับการจัดระบบกลุ่มเพื่อพบหมออย่างเป็นระบบด้วยแล้ว ปัญหาเรื่องบุคลากรที่ไม่เพียงพอต่อการให้บริการก็จะไม่ได้เป็นอุปสรรคอีกต่อไป



สัมภาษณ์ ปราณี ประไพวัชรพันธ์

“พี่ใจหลักให้คั้นปัญหาให้เขาหาทางออกร่วมกันไม่ใช่เรามาเป็นฝ่ายคิดแกนนำของพี่ไม่ได้ถูกตั้งจากใครเพราะว่าเราคิดร่วมกัน แล้วก็สัมพันธ์ภาพสำคัญที่สุด ถ้าเกิดการยอมรับ ไว้วางใจให้เกียรติกัน เขาทำงานร่วมกับเรา พี่ยึดคิดว่าไม่ว่าจะทำงานกับใคร อันดับแรกคือให้คุณค่าเขา เราต้องคิดว่าเขามีค่า เราต้องคิดว่าเขาทำได้ แล้วเขาก็จะทำ แต่ถ้าเราสั่งเขา เขาก็จะเบื่อเขาก็จะทำเฉพาะตอนที่เขาจะมาหาหมอ แต่ถ้าเขาบอกว่าเขาทำได้ด้วยตัวเองเขาก็จะทำโดยตลอด”



สัมภาษณ์ พญ.สกวเดือน นำแสงกุล

“ต้องมีความร่วมมือของทุกฝ่าย ตั้งแต่เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเอง ทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลเอง ทีมของอนามัย แล้วก็ตัวคนไข้เองแล้วก็ญาติ เพราะฉะนั้นถ้าเราสามารถทำให้ทุกคนมองเป้าหมายเดียวกันได้ มันก็เดินไปด้วยกันได้จริงๆ กระบวนการรายละเอียดของกิจกรรมมันแปรตามบริบทเลย แปรตามสถานที่เลยว่าศักยภาพที่นั่นมีเท่าไรนะ”

หัวใจของการจัดการกระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของแต่ละที่นั่น ไม่ได้มีสูตรที่ตายตัว แต่ละที่จึงสามารถที่จะค้นหาวิธีการที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาในพื้นที่ของตัวเองได้ ดังเช่นที่หน่วยบริการปฐมภูมิในตำบลท่าช้าง อ.นครหลวง จ.พระนครศรีอยุธยา แห่งนี้

คุณชลอ เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข ในสถานีอนามัยตำบลท่าช้าง เลือกว่าจะใช้วิธีการเยี่ยมบ้านด้วยตัวเอง เพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัวซึ่งจะช่วยให้การดูแล

ผู้ป่วยเป็นไปอย่างสะดวกและสบายใจทั้งสองฝ่าย

อีกทั้งการเยี่ยมบ้านยังช่วยให้เห็นถึงวิถีชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน ซึ่งเมื่อคุณชลอรู้ถึงปัญหา รวมทั้ง วิเคราะห์และตีโจทย์ออกมาจนได้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาแล้ว การให้ครอบครัวได้รับรู้และมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาก็นับเป็นจุดสำคัญในการทำงานให้เกิดประสิทธิภาพที่ดี

ลุงสมพงษ์เป็นผู้ป่วยเบาหวานคนหนึ่งที่อยู่ในความดูแลของคุณชลอ และเป็นพ่อที่ลูกๆ รักมาก และตามใจพ่อทุกอย่าง พ่อชอบกินอะไรก็หามาให้ โดยที่อาจลืมไปว่าอาหารสิ่งนั้นอาจทำให้เกิดผลกระทบที่ไม่ดีต่อสุขภาพได้ จึงเป็นหน้าที่ของคุณชลอที่จะไปช่วยสร้างความเข้าใจใหม่ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของครอบครัวลุงสมพงษ์

สัมภาษณ์ ชลอ ตั้งใจรักษ์

“การดูแลคนไข้เบาหวานเราจะต้องเก็บข้อมูลเรื่องพฤติกรรมของคนไข้ว่าแต่ละวันทำอะไรบ้าง จะกินอะไรที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพแล้วก็จะปรับน้ำตาลแล้วก็ไปร่วมกันวิเคราะห์ แล้วก็สั่งไหนที่คนไข้ทำได้ญาติช่วยเจ้าหน้าที่อะไรอย่างนี้ก็ช่วยกันดูแลสุขภาพคือร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วยแล้วก็จะเป็นครอบครัวเองซึ่งสามารถดูแลลุงสมพงษ์ได้”



**นี่คือความจริงที่เรา
ปฏิเสธไม่ได้**

และเทคนิคการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน อีกวิธีหนึ่งที่คุณขอได้นำมาใช้เพื่อสร้าง กำลังใจในการดูแลสุขภาพของตัวเองของผู้ป่วยเบาหวานก็คือเรื่องของ“แรงบันดาลใจ” ในการมีชีวิตอยู่

ป้าผินคือผู้ป่วยเบาหวานอีกคนหนึ่งที่ยอมทำตามทีหมอนแนะนำทุกอย่างทั้งเรื่องการเลือกรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย

สัมภาษณ์ ชลอ ตั้งใจรักษ์

“เราต้องไปจับความต้องการของผู้ป่วยว่าจริงๆ แล้วอยากมีชีวิตอยู่นานๆ มีอะไรที่เป็นแรงบันดาลใจพอเราหาเจอแล้วเราก็ใช้แรงบันดาลใจของผู้ป่วยที่อยากอยู่เข้าไปสนับสนุนการดูแลตัวเอง อย่างป้าผินนี่ก็กลัวตายมากอยากอยู่กับลูกอีกหน่อยก็ใช้แรงบันดาลใจตรงนี้ไปกระตุ้นให้ป้าผินควบคุมระดับน้ำตาลให้ดีป้าผินก็จะเชื่อและปฏิบัติตัวเองได้ดีมาตลอด”

และนี่ก็คือตัวอย่างรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานจากสองพื้นที่ซึ่งถึงแม้ว่ารูปแบบในการจัดการอาจจะแตกต่างกัน แต่หัวใจหลักในการดูแลผู้ป่วยก็ยังคงเป็นหัวใจดวงเดียวกัน นั่นก็คือการช่วยให้ผู้ป่วยได้ใช้ชีวิตอยู่กับโรคเบาหวานอย่างมีความสุข

สัมภาษณ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์

พญ. สายพิน หัตถิรัตน์

“สำหรับบุคลากรที่มีหน้าที่ดูแลคนไข้เบาหวานนะคะ อันดับแรกต้องทำใจตัวเองเสียก่อนว่าตอนนี้เรารู้สึกอย่างไรกับการดูแลคนไข้เรื้อรังเบาหวานบ้าง คนส่วนใหญ่มักจะเบื่อหน่ายและหมดหวังในการดูแลคนไข้โรคเรื้อรัง แต่จริงๆ แล้วสิ่งเหล่านี้มันคืออุปสรรคในตัวเราเอง หากเราคิดใหม่ว่า เบาหวานเป็นโรคที่อยู่กับคนไข้ตลอดไป เพราะฉะนั้นบุคลากรต้องเข้าใจก่อนว่ามันไม่ใช่โรคที่กำจัดทีเดียวเสร็จมันไม่ใช่โรคหวัดแป็บเดียวหาย เพราะฉะนั้นถ้าจะอยู่กับเขายาวๆ สิ่งที่ดี

ที่สุดคือสอนคนไข้ให้รู้จักตัวเองให้ได้มากที่สุด แล้วก็ดูแลตัวเองให้ได้มากที่สุด เราเป็นเพียงแพทย์ผู้สนับสนุนดูแลให้เขาให้เขาใช้ชีวิตของเขา ในรูปแบบของเขาแต่อยู่กับเบาหวานได้อย่างมีความสุข เราเองเราก็จะไม่คาดหวังเกินไป”

สำหรับคนทำงานปฐมภูมิแล้ว การทำงานด้วยความใส่ใจเข้าใจถึงปัญหาของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ตลอดจนการรู้จักพัฒนาคิดหาวิธีการจัดการให้เกิดการแก้ไขปัญหาเรื่องเบาหวานอย่างมีประสิทธิภาพ คือความท้าทายที่สำคัญซึ่งหากเราสามารถแก้ไขปัญหานี้ได้นั้นหมายถึง การได้ช่วยกันแก้ไขปัญหาระดับประเทศด้วย

สัมภาษณ์ พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร

“ก็คาดหวังว่าอันนี้น่าจะเป็นทิศทางที่สำคัญที่เราไม่มุ่งเน้นเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งแต่เน้นการเชื่อมโยง บูรณาการจุดต่างๆ ให้เกิดพลังสูงสุดตรงเป้าตรงประเด็น เพราะทรัพยากรเรามีน้อย ภาระเรามีเยอะ ถ้าเราไม่วางเป้า ไม่วางประเด็นแล้วไม่เชื่อมโยง โอกาสสำเร็จก็จะเป็นไปได้ยากค่ะ”

และนี่ก็คือโอกาสครั้งสำคัญที่ทุกฝ่ายจะได้มาร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เรื่อง การ เชื่อม ต่อ และ เสริม ประสิทธิภาพระบบการจัดการเบาหวานแบบบูรณาการ เพื่อให้เกิดการพัฒนาและจัดการระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนในแต่ละพื้นที่ต่อไป

กล่าวต้อนรับและเปิดงานประชุมวิชาการบริการปฐมภูมิ

เรื่อง

การจัดการเบาหวาน แบบบูรณาการ

วันที่ 21 พฤษภาคม 2552 ห้องมิราเคิลแกรนด์ บอลรูม
เวลา 09.15-09.30 น.

โดย พญ.สุพิศรา ศรีวัฒนชเชกร

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

กราบเรียนท่านอาจารย์เทพ หิมะทองคำ และสวัสดิ์ท่านผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่าน ดิฉันในนามของภาควิชาจัดทั้งหมด 10 องค์กร มีความรู้สึกยินดี เต็มใจ และตั้งใจอย่างยิ่งในการจัดประชุมครั้งนี้ เรามุ่งหวังว่าส่วนหนึ่งจะเป็นการเผยแพร่และถ่ายทอดในแง่วิชาการ แต่นอกเหนือจากการถ่ายทอดวิชาการเราคิดว่าประเด็นสำคัญสำหรับพวกเราคนทำงานก็คือการเสริมสร้างกำลังใจ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาอุปสรรคต่างๆ การประชุมวิชาการปฐมภูมิครั้งนี้ถือเป็นการพยายามที่จะเปิดเวทีให้กับพวกเราคนทำงานปฐมภูมิไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน หรือ อบต. หรือส่วนไหนก็ตาม เราก็ถือว่าเป็นคนทำงานปฐมภูมิทั้งสิ้น และเราก็มองว่าคนทำงานกลุ่มนี้ถือเป็นหัวใจที่สำคัญ และเป็นกำลังหลักของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีพลัง และเข้มแข็งมากขึ้น



นอกจากนี้การประชุมครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการที่จะพยายามให้เกิดการแลกเปลี่ยนระหว่างคนทำงานกับนักวิชาการ และส่วนที่สำคัญมากกว่านั้นก็คือ การหยิบบทเรียนประสบการณ์จากพื้นที่ โดยผู้จัดพยายามที่จะจับบทเรียน ประสบการณ์จากพื้นที่ให้กระชับ และง่ายต่อการเรียนรู้ ทั้งในบทเรียนการทำงาน และการขับเคลื่อนในเชิงนโยบาย

ประเด็นที่เราหยิบเรื่องเบาหวานมาเป็นหัวข้อในการประชุม พวกเราคงไม่แปลกใจว่าเหตุใดจึงเป็นประเด็นนี้เพราะจากสถานการณ์การเกิดเบาหวานที่เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ นั้นอาจมาจากพวกเราขยันกันมากขึ้น ยิ่งขยันก็ยิ่งพบเคส (case) มากขึ้น แต่ก็คงทำให้เกิดต่อไปว่ายิ่งขยันมากก็ต้องให้งานยิ่งลดลงตามไปด้วย นั่นคือเป้าหมาย แต่การลดคงไม่ใช่การลดที่มาจากการทำงาน แต่ต้องลดด้วยการป้องกันและลดความเสี่ยงเพื่อลดอุบัติการณ์ต่างๆ ให้ได้ หรือ

ทำให้คุณภาพชีวิตของประชากรดีขึ้นแน่นอนว่าเบาหวานขณะนี้กำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากเดิมร้อยละ 2.3 กลายเป็นในปัจจุบันร้อยละ 7-8 ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน และเราก็คงทราบกันดีว่าเบาหวานเป็นภาวะเสี่ยงต่อทุกโรค ไม่ว่าจะเป็น ตา ไต หัวใจ เท้า หรือโรคอื่นๆ รวมถึงโรคที่เป็นแผลเรื้อรัง หรืออาจมีผลถึงขั้นตัดขา หรือตัดเท้าซึ่งต่อเนื่องให้เกิดความพิการ และก็เป็นภาระของคนไข้เหมือนกันเมื่อเป็นเบาหวานที่ติดตัวกับชีวิตที่ยาวนาน

ดังนั้นงานเบาหวานจึงเป็นประเด็นที่ต้องจัดการให้เด่นชัดว่าเราจะดูแลเรื่องนี้อย่างไรที่ไม่ให้เป็นภาระทั้งกับผู้ดูแลและกับคนไข้ และสามารถอยู่รวมกัน โดยจัดการเบาหวานอย่างไรให้เป็นแบบบูรณาการพึ่งพากันและกัน เสริมกันและกัน และช่วยเหลือกันและกันอย่างไร จึงเป็นประเด็นที่สำคัญที่สุดที่เราจะนำเสนอในการประชุม 2 วันนี้ แน่ใจในการ



*บทความขณะนี้
กำลังเพิ่มขึ้น
อย่างรวดเร็ว
จากเดิมร้อยละ 2.3
กลายเป็นในปัจจุบัน
ร้อยละ 7-8*

ประชุมเวลาเพียงสองวันซึ่งเป็นเวลาที่สั้น เราคงไม่สามารถให้เรื่องให้ราวได้ทั้งหมด เราเรียกว่างานประชุมสองวันนี้เป็นแค่ การเกริ่นนำ คือพอให้รู้ว่าแนวทาง หรือ หลักการใหญ่ของเรื่องนี้ไปถึงไหนกันแล้ว มีประเด็นที่ไหนทำอะไรกันบ้าง แต่รายละเอียดเราถือว่าเวทีการแลกเปลี่ยนไม่ได้ หยุดอยู่ที่ห้องประชุม ทุกคนสามารถ แลกเปลี่ยนเพิ่มเติมได้ภายนอกห้องประชุม หรือหลังการประชุม หรือจะ เลือกศึกษาดูงานเพิ่มเติมอีกตามความ สนใจของท่านน่าจะเป็นสิ่งที่เป็นไปได้

ดังนั้นในการประชุมครั้งนี้คงเป็นการ เริ่มต้นการนำเสนอในบางส่วน และบาง ประเด็นเท่านั้น โดยอื่นๆ นอกจากนี้ก็ ยังมีส่วนของนิทรรศการ และการเก็บ เกี่ยวความรู้ในห้องให้ทุกท่านได้นำกลับไป ใช้ได้ในสถานบริการของท่าน หรือให้ กับเพื่อนร่วมงานของท่านที่ไม่ได้มาและ ได้พูดคุยกันต่อ

ณ โอกาสนี้ในนามของตัวแทนภาคี ร่วมจัดที่มีทั้งหมด 10 องค์กร ที่มีทั้ง สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ



ชุมชน (สพข.) ซึ่งร่วมมือกับทาง สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสข.) สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (แผน งาน Link) องค์การอนามัยโลกแห่ง ประเทศไทย สำนักพัฒนาระบบข้อมูล ข่าวสารสุขภาพ สถาบันพัฒนาการ สาธารณสุขอาเซียนและเครือข่ายรณรงค์ เพื่อเด็กไทยไม่กินหวาน ทั้งหมดนี้เป็น กลุ่มผู้ร่วมจัด และนอกเหนือจากนี้ยังมี หน่วยงาน องค์กร สถานบริการอื่นๆ ที่มี ส่วนร่วมในการจัดงานครั้งนี้ ก็ขอโอกาสนี้ ในนามของตัวแทนภาคีร่วมจัดทั้งหมดขอ ต้อนรับทุกท่านเข้าสู่การประชุมวิชาการ บริการปฐมภูมิในเรื่องการจัดการเบาหวาน แบบบูรณาการ ณ บัดนี้

*บทความ
จึงเป็นประเด็น
ที่ต้องจัดการ
ให้เด่นชัดว่า
เราจะดูแลเรื่องนี้
อย่างไรก็ไม่ให้
เป็นการกั๊กกับ
ผู้ดูแลและกับคนไข้*

USSYAY

ทิศทางการพัฒนาระบบ ดูแลเบาหวานที่มี ประสิทธิภาพ

วันที่ 21 พฤษภาคม 2552 ห้องมิราเคิลแกรนด์ บอลรูม
เวลา 09.30-10.30 น.

โดย ศ.นพ.เทพ หิมะทองคำ

ศ.นพ.เทพ หิมะทองคำ
ได้นำเสนอ 3 ประเด็นหลัก คือ

1. S:UU

1.1 ระบบการเรียนรู้การดูแลโรคเบาหวาน ต้องเป็นการเรียนรู้จากการปฏิบัติ
ตามระบบ INN ซึ่งประกอบด้วย

- **I - Individual** การสร้างบุคคลต้นแบบ
- **N - Nodes** สร้างกลุ่มที่จะเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบและกระจายออกไปตาม
พื้นที่ต่างๆ ซึ่งมีความแตกต่างกันด้วยวัฒนธรรม อาหาร ค่านิยมและ
สิ่งแวดล้อม Nodes ต้องเอาความรู้ไปประยุกต์ให้เหมาะสมกับสภาพของ
สิ่งแวดล้อม และนำความรู้ไปสอนต่อไปในท้องถิ่นทำให้เกิดเป็น Subnodes ขึ้น
(สร้างบุคคลากร ทั้งครูและผู้ปฏิบัติ)
- **N - Network** ขยายเป็นเครือข่ายที่มีการสื่อสารแลกเปลี่ยนความรู้กันระหว่าง
Subnodes, Nodes และบุคคลต้นแบบเพื่อขยายความรู้ที่ได้จากการปฏิบัติให้
เกิดความกว้างขวางมากขึ้น



1.2 ระบบการปฏิบัติงาน

- เป็นการสร้างหน่วยปฐมภูมิที่เข้ม
แข็ง ซึ่งต้องประกอบด้วยแพทย์ที่
มีภาวะความเป็นผู้นำ รู้จักการ
บริหารจัดการบุคคลากร มีการ
จัดการเรียนรู้เรื่องการป้องกันโรค
โดยมีการถ่ายทอดความรู้จาก
แพทย์ไปสู่พยาบาล พนักงาน
สาธารณสุขและอาสาสมัคร ทำให้
บุคคลากรเหล่านี้มีความสามารถ
และรับผิดชอบในการปฏิบัติงานได้
มากขึ้นเรื่อยๆ ในการคัดกรอง
ความเสี่ยง ในการสอนและในการ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ระบบหน่วย
ปฐมภูมิที่ทำงานในการป้องกัน
เบาหวานด้วยการทำการปรับ
เปลี่ยนพฤติกรรม ที่มีการฝึกและ
มอบหมายงาน (Empowerment)
เป็นทอดๆ อย่างต่อเนื่อง จาก
แพทย์ไปสู่พยาบาล ไปสู่พนักงาน
สาธารณสุขและไปสู่อาสาสมัคร
- บทบาทของแพทย์ที่ระดับปฐมภูมิ
ต้องได้รับการเน้นเรื่องการเป็น
ผู้นำ การอบรม การส่งต่อคนไข้
ไปหน่วยทุติยภูมิและตติยภูมิและ
รับกลับบ้านและนำทีมเจ้าหน้าที่
การแพทย์ดูแลต่ออย่างใกล้ชิดโดย
ปราศจากรอยต่อ ทำให้ชุมชนเห็น
ที่พึ่งทางด้านสุขภาพทุกอย่างตั้ง
แต่อยู่ในครรภ์จนถึงเชิงตะกอน
- ระบบการส่งต่อและรับกลับพร้อม
ด้วยรายงานทางการแพทย์อย่าง
ต่อเนื่อง มีแพทย์ที่มีความเป็นผู้นำ
รู้เรื่องการป้องกันโรคและรู้เรื่อง
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

- ชุมชน ต้องเน้นบ้าน โรงเรียน วัด ที่ทำงาน ตลอดจนธุรกิจเอกชน และนำบุคคลากรในองค์กรเหล่านี้ ให้มีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมในการป้องกันโรค ด้วยการประชาสัมพันธ์ และให้ความรู้ เพื่อให้เกิดจิตสำนึกในเรื่องของการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรค นั่นคือภาระแรกของการ ทำการป้องกันโรค นั่นคือการ เปลี่ยนความคิดความเชื่อที่มีผล ต่อพฤติกรรม (mindset) ของ ประชากร

2. การดูแลเบาหวาน

การดูแลเบาหวานเป็นคำที่ถูกต้อง เพราะเบาหวานไม่ใช่โรคที่ทำการรักษาให้หายขาดได้แต่ทำการป้องกันไม่ให้เกิดขึ้น คนที่เป็นเบาหวานแล้วก็ป้องกันไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อนทั้งหลายลดขนาดเล็กลงและขนาดใหญ่ คนที่ยังไม่เป็นก็สามารถป้องกันไม่ให้เป็นเบาหวานได้

สิ่งสำคัญที่สุดของการดูแลเบาหวาน คือการสอนให้ผู้ที่มีความเสี่ยง และผู้ที่เป็นเบาหวานแล้วรู้จักดูแลตนเอง ในเรื่องของอาหารและการออกกำลังกาย นั่นคือ “การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม”

การป้องกันโรคหลอดเลือดขนาดใหญ่ ต้องทำตั้งแต่ยังไม่เป็นโรคเบาหวาน ดังนั้นการคัดกรองหาความเสี่ยงจึงมีความสำคัญมาก

การคัดกรอง ไม่ใช่การคัดกรองหาโรคเบาหวานแต่เป็นการคัดกรองหาความเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวานมากกว่า การคัดกรองทำได้ด้วยการใช้ประวัติครอบครัว ประวัติการตั้งครรภ์ ซึ่งประวัติส่วนใหญ่มีอยู่แล้วในแฟ้มประวัติครอบครัว (family folders) แล้วจึงนำมา คัดกรองต่อด้วย random blood glucose และถ้าจำเป็นต่อด้วย oral glucose tolerance (OGTT) ซึ่งจะสามารถแบ่งออกเป็น

กลุ่มเสี่ยง เรียงตามลำดับความเสี่ยง การเกิดโรคหัวใจหลอดเลือดและโรคเบาหวานดังนี้

- Diabetes mellitus
- IFG + IGT
- IGT
- IFG
- Normal glucose but has metabolic syndrome

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นเรื่องของการเรียนรู้จากการปฏิบัติ เป็นงานชิ้นใหญ่ที่สุดของ PCU หน่วยปฐมภูมิที่เข้มแข็งต้องประกอบด้วยแพทย์ผู้นำที่มีหัว

ก้าวหน้าและมองภาพกว้างของการป้องกันโรค มีทีมงานพยาบาลและจนท. สาธารณสุขที่ทำงานเป็นทีม มีความสร้างสรรค์ในการสร้างกิจกรรมสร้างความรู้ เปลี่ยนจิตสำนึกและทัศนคติของชุมชนและอาสาสมัคร การทำงานของทีมงานนี้จะง่ายขึ้นเมื่อเกิดกระแสในเรื่องการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคขึ้น จึงต้องเป็นงานนโยบายระดับชาติ

3. ประสิทธิภาพ

เป้าหมาย คือสามารถประหยัดค่ารักษาพยาบาลได้ การที่จะประหยัดได้อย่างมีประสิทธิภาพที่สุดคือการทำการป้องกันโรค เพราะค่ารักษาพยาบาลของโรคเบาหวานกว่าร้อยละ 50 มาจากการรักษาโรคแทรกซ้อน ยิ่งปัจจุบันมีการล้างไต มีการสวนหัวใจก็จะเพิ่มค่ารักษาพยาบาลมากยิ่งขึ้นอย่างไม่มีที่สิ้นสุด

การป้องกันโรค คือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนทั้งประเทศในเรื่องการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย จะทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ผล ต้องมีการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมและค่านิยม เพื่อให้เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จึงต้องเป็นนโยบายของชาติมาช่วย สำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้มีแผน 10 การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งมีบทเรื่องการป้องกันโรคเรื้อรัง โดยต้องมีการจัดการเรื่องอาหารและการออกกำลังกาย การที่จะเปลี่ยน

พฤติกรรมการกินทางรัฐต้องมีมาตรการในการจัดการเรื่องของ ราคา ความยากง่ายของการซื้อหา และควบคุมการโฆษณา

สำหรับเรื่องการออกกำลังกาย ทางรัฐได้สร้างค่านิยมขึ้นมาแล้วต้องให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายและสร้างสถานที่ที่เหมาะสมในการออกกำลังกาย ด้วยการให้รางวัลแก่ผู้ที่ทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้บรรลุเป้า เช่น รางวัลในการลดน้ำหนัก หรือแม้แต่การเก็บภาษีสำหรับคนที่น้ำหนักเกินก็เป็นแนวทางที่จะทำให้เกิดแรงจูงใจขึ้น

นโยบายชาติที่จะต้องแก้ไขปัญหานี้ การดูแลโรคเบาหวาน เราต้องมุ่งเน้นทั้งเรื่องการป้องกัน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เบาหวานป้องกันได้แต่จะต้องมีข้อมูลที่ชัดเจน จากการศึกษาในปี 2002 บอกว่าการปรับวิถีชีวิตสามารถที่จะลดโอกาสการเป็นเบาหวานในคนที่มีความเสี่ยงได้ 58%

*หน่วยปฐมภูมิ
ที่เข้มแข็งต้อง
ประกอบด้วย
แพทย์ผู้นำที่มี
หัวก้าวหน้า
และมองภาพกว้าง
ของการ
ป้องกันโรค*

สรุปสาระการอภิปรายกลุ่มในหัวข้อ

Update สถานการณ์ องค์ความรู้ การพัฒนาระบบดูแล และป้องกันเบาหวาน แบบบูรณาการ ระดับปฐมภูมิ

วันที่ 21 พฤษภาคม 2552
ห้องมิราเคิลแกรนด์ บอลรูม
เวลา 10.45-12.30 น.



ผู้ร่วมอภิปราย
ประเด็นแนวโน้มและ
ยุทธศาสตร์การจัดการ
เบาหวาน :
บทเรียนต่างประเทศ
สู่ประเทศไทย
โดย พญ. ฉายศรี สุพรศิลป์ชัย

ประเด็นแนวคิด ทิศทาง
ที่เหมาะสมของระบบ
บริการในการจัดการ
โรคเรื้อรัง (เบาหวาน)
โดย พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร

ประเด็นการจัดการ
ระบบดูแลเบาหวาน
แบบบูรณาการ
โดย นพ.นิพัทธ์ กิตติมานนท์

ประเด็นมิติทางสังคม
จิตวิญญาณ กับเบาหวาน
โดย ดร.เพ็ญจันทร์ เซอร์เรอร์

ดำเนินการอภิปราย
นพ.สุภัทกร ฮาสุวรรณกิจ

สรุปสาระสำคัญการบรรยาย หัวข้อ

แนวโน้มและยุทธศาสตร์ การจัดการเบาหวาน : บทเรียนต่างประเทศสู่ ประเทศไทย

โดย พญ.วาศศรี สุพรศิลป์ชัย

ในจุดรอยต่อระหว่างประสบการณ์ต่างประเทศในเรื่องของการศึกษาที่จะลดโรค
ลดภาระจากเบาหวาน การลดโรค ลดภาระ ค่าแรกเลยที่ต้อง Update คือ เบาหวาน
ไม่ใช่โรคที่น้ำตาลขึ้นเพียงอย่างเดียวแต่เป็นกลุ่มโรค ซึ่ง CDC (Center for Disease
Control and Prevention) ใช้คำว่า group of diseases คือหมายความว่า น้ำตาล
ไม่ใช่ปัญหาที่วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานแต่มีปัจจัยอื่นมาเกี่ยวข้อง ทำให้เกิดการตาย
ก่อนวัยอันควร

สถานการณ์โรคในปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ประชากรเบาหวานทั่วโลกคิดเป็น
7.3% ของประชากรทั้งหมดสถิติของประเทศไทยประมาณ 6.9 และคาดว่าจะขึ้นเป็น
8% ตอนนี้อย่างไม่มีสัญญาณว่ามีแนวโน้มลดลง แต่เฉพาะเรื่องความดันโลหิตสูงทั่วโลก
นั้น ตอนนี้อย่างไม่มีสัญญาณว่ามีแนวโน้มมีความชุกลดลงแล้ว แต่ของไทยยังไม่มีแนวโน้มลด
ลงทั้งคู่ จึงมีคำถามตามมาก็คือว่า แล้วเราจะไปทางไหน จากข้อเสนอแนะที่หลากหลาย
หากเป็นระดับนานาชาติข้อเสนอแนะจะเป็นลักษณะว่าเนื่องจากตอนนี้ปัญหา
เบาหวานเป็นปัญหาในเชิงระบาดวิทยา ปัจจัยหลักของการกระจายโรค ทั้งในประเทศ
พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนาคือเรื่องอ้วนลงพุง



ปัจจัยต่อมาคือ ความเสี่ยงของหลอดเลือด
เลือด กล่าวคือวิวัฒนาการของโรคเบาหวาน
เดิมจะเป็นปัญหาจากระดับน้ำตาลใน
เลือดเดี่ยวๆ เพราะฉะนั้นปัญหาจาก
ระดับน้ำตาลก็ยังคงเป็นประเด็นที่ต้อง
จัดการ แต่ปัญหาที่เข้ามาใหม่และเพิ่มขึ้น
ในทุกประเทศคือ ความเสี่ยงของหลอดเลือด

จะเห็นว่าปัญหาในปัจจุบันของคน
ไทยไม่ใช่ปัญหาตัวเบาหวานโดดๆ แต่
เป็นปัญหาน้ำตาลร่วมกับปัจจัยเสี่ยงตัว
อื่นด้วย ดังนั้นวิธีการที่จะลดภาระให้
ความชุกลดลงในระยะยาวคงจะเสี่ยงไม่
พันการเข้าไปแทรกแซงที่ปัจจัยพฤติกรรม
หรือแบบแผนชีวิตโดยปกติของสังคมที่
เอียงไปในทางเสี่ยงมากขึ้น และอีกปัจจัย
หนึ่งในประเทศกำลังพัฒนาโดยเฉพาะใน
เอเชียใต้ พบว่า ลักษณะพฤติกรรมแบบ

Physical in activity หรือการมีวิถีชีวิต
นั่งๆ นอนๆ โดยยังไม่อ้วนก็มีโอกาสเป็น
เบาหวาน ตามสถานการณ์กลุ่มผู้ป่วยเบา
หวานในเมืองไทยที่ Update สุด จะพบ
ว่าครึ่งหนึ่งเท่านั้นที่มีการคัดกรองเข้ามา
ในระบบแล้วครึ่งของครึ่งเท่านั้นที่ได้รับ
การดูแลดีและสามารถควบคุมได้ และมี
เพียง 1 ใน 3 เท่านั้นที่คุมได้ดี แต่ก็
ถือว่าเป็นจำนวนที่ค่อนข้างดีกว่าหลาย
ประเทศ แต่อีก 70% ที่ยังไม่พบยังเป็น
คำถามต่อว่าจำนวนนี้หายไปไหน

การป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน ของประเทศที่พัฒนาแล้ว

เริ่มจากสหรัฐอเมริกาได้วางแผนและดำเนินการงานป้องกันเบาหวานมาเป็นระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 เป็นการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านองค์กรและทรัพยากรมนุษย์ ระยะที่ 2 เป็นการจัดบริการการตรวจรักษาพร้อมทั้งขยายการคัดกรองให้ครอบคลุมถึงผู้ที่ไม่มีอาการประกันสุขภาพ รวมทั้งสร้างความร่วมมือกันระหว่างรัฐและชุมชนโดยให้ความสำคัญกับการคัดกรองและการดูแลรักษาพยาบาลเป็นหลัก ระยะที่ 3 มีการศึกษาวิจัยเพื่อหาแนวทางใหม่ๆ จึงทำให้เกิดการให้ความสำคัญในเรื่องการคุมในน้ำตาลเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนในหลอดเลือดเล็ก และส่งเสริมการให้ความรู้เพื่อการควบคุมโรค และการตรวจเฉพาะ เช่น ตา เท้า และ Microalbumin ในผู้ป่วย และระยะที่ 4 เป็นการพัฒนาเพื่อนำไปสู่การป้องกันในระดับปฐมภูมิ ในการเร่งรัดสร้างวัฒนธรรมและเชื่อมโยงให้เกิดการเปลี่ยนวิถีชีวิต ลดความเสี่ยง

อังกฤษ ได้กำหนดกรอบบริการระดับชาติเรื่องเบาหวาน ดังนี้ 1. ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เนื่องจากการดูแลตนเองในระยะยาวมีความสลับซับซ้อนและต้องการทักษะที่ดี ตลอดจนการมีส่วนร่วมเพื่อสนองความต้องการของบุคคล 2. มีการทำงานร่วมกันในระดับชุมชนและระดับชาติ เพื่อให้เกิดการบูรณาการในระบบและลดความไม่เท่าเทียม รวมทั้งเป็นการสร้างเครือข่ายเพื่อเสริมการบริการ 3. สนับสนุนการให้บริการเพื่อตอบสนองตามเป้าหมายที่วางไว้โดยการจัดองค์ความรู้สนับสนุนบุคลากร

ฟินแลนด์ ได้สร้างแนวทางการป้องกันและดูแลโรคเบาหวานที่มียุทธศาสตร์ 3 ด้าน คือ ประชากรทั่วไป เสริมสร้างด้วยมาตรการด้านโภชนาการ เพิ่มการออกกำลังกายเพื่อลดความเสี่ยงกลุ่มเสี่ยง มีเป้าหมายรายบุคคลที่การคัดกรอง ให้ความรู้ และเฝ้าระวัง การประเมิน เพื่อให้เกิดการความพร้อมของระบบบริการ และปรับปรุงด้านการส่งเสริมสุขภาพ

จากมาตรการการป้องกันและควบคุมโรคจากหลายๆ ประเทศที่พัฒนาแล้ว บทสรุปในการวางแผนการจัดการที่คล้ายกัน คือ

- การวางแผน มาตรการการป้องกันผู้ป่วยไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเพื่อลดการสูญเสียชีวิตและทรัพย์สินอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงต้องเริ่มตั้งแต่นั้นๆ ด้วยการสร้างสุขภาพ โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น โภชนาการ การออกกำลังกาย ลดภาวะอ้วน หรือการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต
- การคัดกรองและเร่งค้นหาและวินิจฉัยโรค เป็นมาตรการเพื่อป้องกันโรคและความสูญเสียในระยะยาว
- การจัดบริการที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องและครบวงจรให้กับกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยง ตลอดจนการสร้างเครือข่ายร่วมกันดูแล ควบคุมโรค ตลอดจนเครือข่ายส่งต่อ

- ผู้ป่วย และ ประชาชน ควรเป็นศูนย์กลางในการมีบทบาทร่วมในการป้องกัน ควบคุมดูแลตนเอง เพื่อให้เกิดการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ
- การแสวงหาความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดการบูรณาการดำเนินการร่วมกัน

*หน่วยปฐมภูมิ
ที่เข้มแข็งต้อง
ประกอบด้วย
แพทย์ผู้นำที่มี
หัวก้าวหน้า
และมองภาพกว้าง
ของการ
ป้องกันโรค*

สรุปสาระสำคัญการบรรยาย หัวข้อ

แนวคิด ทิศทาง ที่เหมาะสมของระบบ บริการในการจัดการ โรคเรื้อรัง (เบาหวาน)

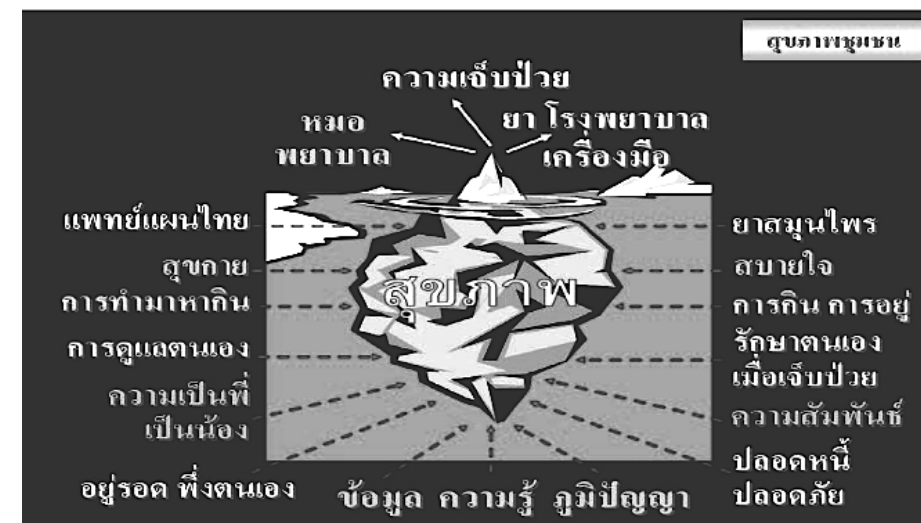
โดย พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร

ทิศทางที่เหมาะสมของระบบบริการในการจัดการโรคเรื้อรังอย่างเบาหวานสิ่งที่ต้องทำคือการทำงานอยู่กับคนไข้ ซึ่งหากการทำงานนี้แคบกว่าคนไข้ เพียงแก้ปัญหาเฉพาะหน้าภาระงานจะเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นสิ่งที่ต้องคิดเสมอว่า ต้องหาวิธีการที่ไปให้ไกลกว่าปัญหาเฉพาะหน้า ต้องไปให้ถึงภาวะเสี่ยงที่ไม่ใช่แต่เพียงการคุมเบาหวาน แต่ต้องคุมที่ปัจจัยอื่นด้วย เพราะประเด็นสำคัญหนึ่งที่ต้องกล่าวให้ชัดว่า ผู้ป่วยไม่ได้เป็นเบาหวานครั้งเดียว เป็บเดียว แต่ผู้ป่วยจะอยู่กับเบาหวานตลอดชีวิต

ดังนั้น การปรับเปลี่ยนเรื่องเบาหวาน คือการปรับวิถีชีวิต เพราะฉะนั้นกระบวนการที่เราต้องเข้าใจชีวิตของคนไข้และเหตุปัจจัย เป็นเรื่องที่ต้องปฏิบัติต้องเข้าใจให้ได้



ซึ่งสถานการณ์จริงๆ แล้วเวลาผู้ป่วยมาหาเรามันเป็นแค่ยอดภูเขาน้ำแข็ง แต่เบื้องหลังข้างใต้ที่มันทำให้ความมั่นคง อารมณ์ โอกาสอดกลั้น โอกาสจัดการ อะไรต่างๆ วิธีชีวิตมันแตกต่างกันทั้งสิ้น ล้วนเป็นปัจจัยที่เราต้องเข้าใจด้วย ดังภาพ



ภาพ 1 แสดงภาวะ
เจ็บป่วยกับการ
ดูแลสุขภาพชุมชน

ขณะนี้สถานการณ์โรค และความชุกเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และภายใต้การเพิ่มขึ้น พบว่าเพียงครึ่งเท่านั้นเองที่พบที่โรงพยาบาล อีกครึ่งยังอยู่ในชุมชนและมีทั้งที่คัดกรองและยังไม่คัดกรอง แต่สิ่งหนึ่งที่เรารู้แลในฐานะทั้งชุมชน ไม่ใช่ดูแลเป็นเฉพาะคนเท่านั้น เราต้องเข้าใจว่ามันมีอีกจำนวนหนึ่งที่จะต้องได้รับการจัดการโดยต้องควบคุมป้องกันประชากรในชุมชนด้วย

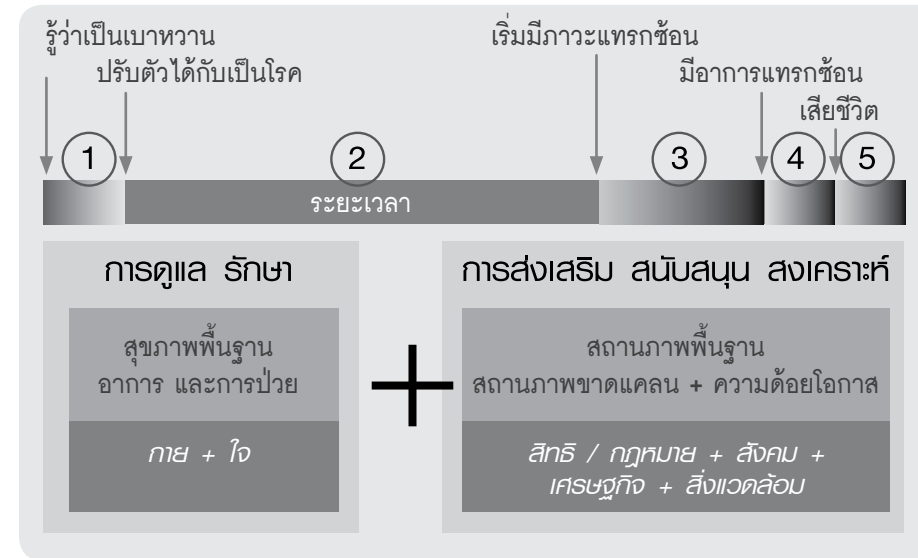
ประเด็นสำคัญที่อยากจะเน้นไม่ว่าจะเป็นแบบไหนก็ตาม สิ่งที่น่าสนใจใน Primary care ต้องทำอย่างแน่นอนก็คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หากเจ้าหน้าที่เข้าใจว่าบทบาทหลักคือความเข้าใจและการดูแลเรื่องพฤติกรรม การปรับเรื่องวิถีชีวิตต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มป่วย กลุ่มเสี่ยง หรือแม้แต่ในกลุ่มปกติที่ยังตรวจไม่พบ แต่มีข้อมูลเชิงประจักษ์ว่า มีความอ้วน ลงพุง มีความดันสูง มีประวัติครอบครัวเป็นเบาหวาน กล่าวคือมีปัจจัยเสี่ยงเชิงประจักษ์ให้สามารถเห็นและประเมินได้บุคลากรที่ทำงานด้านนี้คงไม่ต้องรอให้เกิดภาวะเสี่ยงก่อน เจ้าหน้าที่สามารถให้ intervention หรือการจัดการได้เลย

มาตรการป้องกันและควบคุม

เบาหวาน ความดันโลหิตสูง

ซึ่งมาตรการจะแตกต่างกันไป และเพิ่มขึ้นตามสภาพของกลุ่มประชากรดังนี้

- **กลุ่มประชากรปกติ**
การออกกำลังกาย
การควบคุมอาหาร
- **กลุ่มความเสี่ยงต่ำ**
+ การควบคุมพฤติกรรมสุขภาพ เช่น เลิกบุหรี่
- **กลุ่มความเสี่ยงสูง**
+ ปรับวิถีชีวิต ควบคุมอาหาร ออกกำลังกายอย่างจริงจัง
- **กลุ่มยังไม่ขึ้นทะเบียน**
+ ค้นหา คัดกรอง
- **กลุ่มผู้ป่วย**
+ ดูแลตัวเอง
- **กลุ่มแทรกซ้อน**
+ ดูแลองค์รวม ฟันฟูสภาพ ช่วยในเรื่องการเข้าถึงบริการ



การช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวาน

จากภาพแสดงความช่วยเหลือที่ต้องการ เนื่องจากเป็นเบาหวาน เป้าประสงค์หลักของการช่วยเหลือ คือ

1. ให้คำปรึกษาให้เกิดกำลังใจ เข้าใจยอมรับการเป็นโรค เข้าใจกลไกการเกิดโรค และการควบคุม ดูแลตนเอง ให้พอดี ไม่กังวลมากเกินไป
2. ดำเนินชีวิตตามสถานภาพเดิม ให้กำลังใจ และพัฒนาให้สามารถควบคุม ความเครียด การกิน พฤติกรรมดูแล เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน
3. ป้องกัน และรักษาโรคแทรกซ้อน ให้กำลังใจ บำรุงสุขภาพ พัฒนาครอบครัว และชุมชน ให้ช่วยเหลือผู้เป็นเบาหวานมากยิ่งขึ้น
4. รักษาและดูแลการป่วยระยะสุดท้าย เตรียมความพร้อมครอบครัว และให้การสนับสนุน และส่งเสริมเพื่อป้องกัน/ลดผลกระทบจากผู้ป่วยเสียชีวิต

5. ดูแลช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากการเสียชีวิต สนับสนุนให้ชุมชนเกื้อกูลกัน

ขอบเขตเป้าหมายของการดูแล ดังนี้

1. เน้นการดูแลควบคุมทางคลินิก เพื่อควบคุมระดับน้ำตาล และความดันโลหิตปกติ (clinic)
2. เน้นการควบคุม ป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นทั้งในส่วนไต ตา หัวใจ เท้า (tertiary prevention)
3. เน้นการควบคุมภาวะเสี่ยง ที่จะทำให้เกิดความผิดปกติในกลุ่มผู้ป่วย (secondary prevention)
4. เน้นการควบคุมภาวะเสี่ยงในกลุ่มที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไป (primary prevention)

ภาพแสดง ความช่วยเหลือ ที่ต้องการ เนื่องจากเป็น เบาหวาน

ปัจจัยเสี่ยงในการเป็นโรคเบาหวาน ความดัน หัวใจหลอดเลือด

1. ภาวะอ้วน โดยเฉพาะอ้วนลงพุง (เส้นรอบเอวเกินกว่ามาตรฐาน > 90 ซม. ในผู้ชายและ 80 ในหญิง) พบปัญหานี้ใน ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ผู้ชายร้อยละ 15 ผู้หญิงร้อยละ 36 เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานมากขึ้น
2. กิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ในผู้ชาย ร้อยละ 21 ผู้หญิงร้อยละ 24 กิจกรรมทางกายที่เพียงพอ (ความหนักขนาดปานกลางอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ อย่างสม่ำเสมอ) เป็นพฤติกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคต่างๆ ได้
3. ผู้ที่รับประทานหรือผักผลไม้รวมกันมากกว่า 5 หน่วยมาตรฐานต่อวัน ในประชากร 15-74 ปี มีประมาณร้อยละ 17.34 ช่วยป้องกันโรคต่างๆ ได้
4. การสูบบุหรี่เป็นประจำพบในประชากรอายุ 15-74 ปี ร้อยละ 22.25 ปัจจัยเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรค
5. ภาวะเครียด
6. ประวัติครอบครัว โดยเฉพาะญาติสายตรง ควรตระหนักและรับการตรวจคัดกรองสม่ำเสมอและควรได้รับความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

การค้นหาความเสี่ยงในประชากร ทั่วไป ดังนี้

1. ต้องรู้ว่าความเสี่ยงมีอะไร หนัก เบา ต่างกันอย่างไร เช่น
 - ความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานความดัน
 - ความเสี่ยงร่วม
2. ต้องเทียบดูความเสี่ยงที่ระบุในระดับประเทศ ในพื้นที่เรามากน้อยเพียงใด
3. ต้องรู้วิธีคัดกรอง หรือค้นหาความเสี่ยงแต่ละอย่างเหล่านั้น
4. กระบวนการดำเนินการที่เป็นไปได้ให้ค้นหาได้ครอบคลุม และดำเนินการป้องกันได้



การดูแลผู้เป็นเบาหวาน อาจแบ่งเป็น

3 กลุ่ม

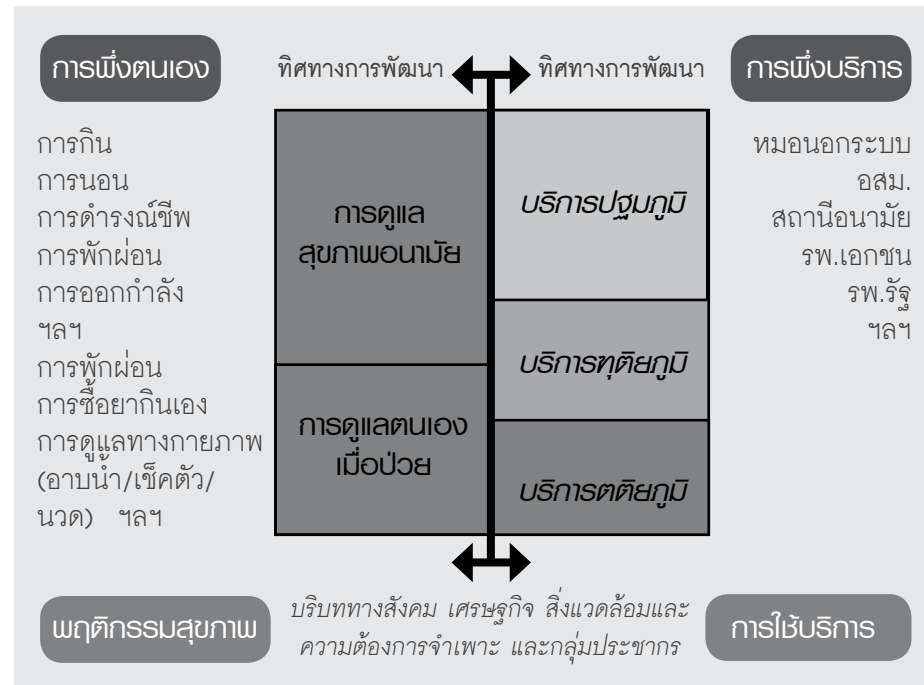
1. ดูแลพื้นฐาน
2. ดูแลคนที่คุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้
3. ดูแลคนที่คุมได้แล้ว

ซึ่งทั้งหมดนี้ควรจะต้องได้รับการดูแล
อย่างเป็นองค์รวม คือ

1. การดูแลด้านร่างกาย จิตใจ สังคม
2. การหาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยแต่ละคน
3. การรวบรวมหาปัจจัยกระทบที่ส่งผลร่วมหลายๆ คน และ
4. ค้นหาศักยภาพ จุดเด่นของผู้ป่วยและครอบครัว แต่ละคน ดังภาพ

ภาพแสดง
การวิเคราะห์เป้าหมาย
เพื่อการดูแล
แบบองค์รวม

คุณลักษณะ
พึ่งตนเอง
และพึ่งบริการ



รูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้ป่วย
เรื้อรัง

การจัดบริการสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง เป้าหมายคือต้องให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้คงสภาพ อยู่กับ "สภาพป่วยเรื้อรัง" ได้ไม่ให้มีภาวะแทรกซ้อน หากมีภาวะแทรกซ้อนก็ให้มีผลกระทบน้อย เพื่อให้สามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งคุณลักษณะของการบริการเป็นรูปแบบ ดังนี้

1. ต้องเน้นการดูแลที่ต่อเนื่อง ผสมผสาน
2. มีการประเมินรอบด้านเป็นระยะๆ ทั้งด้านกาย จิตใจ สภาพสังคม เศรษฐกิจ
3. มีเวลาสำหรับการดูแลเรื่องพฤติกรรม วิธีปฏิบัติ
4. ปรับบริการให้ยืดหยุ่น ตามสภาพผู้ป่วย
5. ตั้งเป้าหมาย แผนการดูแลที่ปรับเป้าหมายเป็นระยะๆ

บทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิ

- ประเมินสภาวะสุขภาพ และความต้องการด้านสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม
- ดูแล รักษา ให้บริการ ช่วยเหลือ สนับสนุน อย่างเหมาะสมสอดคล้อง รวมทั้งประสานส่งต่อหน่วยอื่นที่เกี่ยวข้อง
- แนะนำเพื่อสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรง ป้องกันภาวะเสี่ยง
- สนับสนุน ศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน

บทบาทด้านการป้องกัน ส่งเสริม

- เข้าใจ รู้จัก สภาพ บุคคล ครอบครัว ชุมชน ในแง่มุมต่างๆ
- ประมวล ประเมินสภาวะเสี่ยงของกลุ่มต่างๆ จัดกลุ่มประชากรที่มีสถานะปัญหา บัญชีเสี่ยงต่างกัน
- คิดค้น ค้นหามาตรการเพื่อการป้องกันปัญหา ควบคุม สภาวะเสี่ยง เสริมศักยภาพการดูแลสุขภาพที่ดี

สรุปสาระสำคัญการบรรยาย หัวข้อ

การจัดการ ระบบดูแลเบาหวาน แบบบูรณาการ

โดย นพ.นิพัทธ์ กิตติมานนท์

การจัดการระบบดูแลเบาหวาน
ที่เน้นให้ทีมกระบวนสุขภาพสามประสานที่สมดุล คือ

1. ทีมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในโรงพยาบาล
2. เครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP)
3. ประชาชนในชุมชน

ส่วนการคัดกรองในชุมชนต้อง ดำเนินการครบทุกกลุ่มเป้าหมาย คือ

1. กลุ่มปกติ
2. กลุ่ม Metabolic syndrome
3. กลุ่มเสี่ยง และ
4. กลุ่มป่วย

สำหรับการรักษาในโรงพยาบาล มีการจัดบริการคลินิกเบาหวานบูรณาการ โดยมี
ศูนย์ประสานงานจุดให้คำปรึกษาเรื่องยา มีศูนย์การเรียนรู้ คลินิกสุขภาพเท้า
ทันตแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว มีกิจกรรมปรับพฤติกรรมทั้งกลุ่มเสี่ยง และ
กลุ่มป่วย



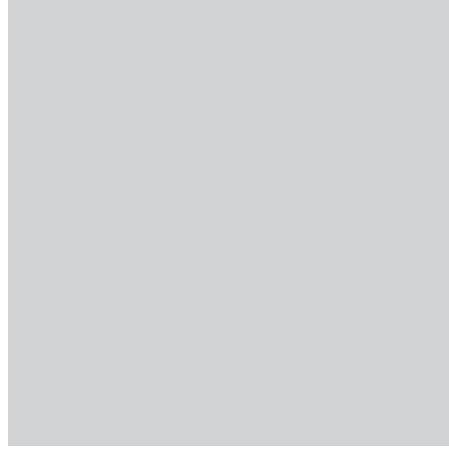
กิจกรรมเสริมการทำงาน
ดูแลเบาหวานแบบบูรณาการ
ประกอบด้วยกิจกรรม
ดังนี้

1) การค้นหาคนต้นแบบ ระยะที่ 1 (Good model episode I)

การค้นหาคนต้นแบบและจัดค่ายคน
ต้นแบบเบาหวาน เพื่อเป็นการค้นหาแกน
นำและ กระตุ้นจิตสาธารณะ และทำให้
ชุมชนตอบรับกับพฤติกรรมสุขภาพ เรื่อง
พฤติกรรมกรกินอยู่ ออกกำลังกายที่
เหมาะสม กิจกรรมคนต้นแบบในการ
ใส่ใจชุมชน คือ ตรวจร้านอาหารตนเอง
แนะนำ พุดจาประชาชาชาวบ้าน งานเลี้ยง
อาหารโต๊ะจีน เทศกาลต่างๆ การทำบุญ
ในวัด ถวายของพระ การพูดในงานศพ
งานไว้อาลัย การออกกำลังกายในตำบล
ต่างๆ เช่น ชีจักรยาน มวยไทยประยุกต์
รำกระบอง

2) การค้นหาคนต้นแบบ ระยะที่ 2 (Good model episode II)

เป็นกิจกรรมการนำคนต้นทำกิจกรรม
กับกลุ่มแบบนำกลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
ใน PCU (Self help group in PCU) มี
การแต่งตั้งหัวหน้าหมู่เบาหวาน ประจำ
หมู่บ้าน 10 ตำบล



การบริหารจัดการระบบ
การส่งต่อผู้ป่วย บริการ
ตัวอย่างโรงพยาบาล
พุทธชินราช พิษณุโลก

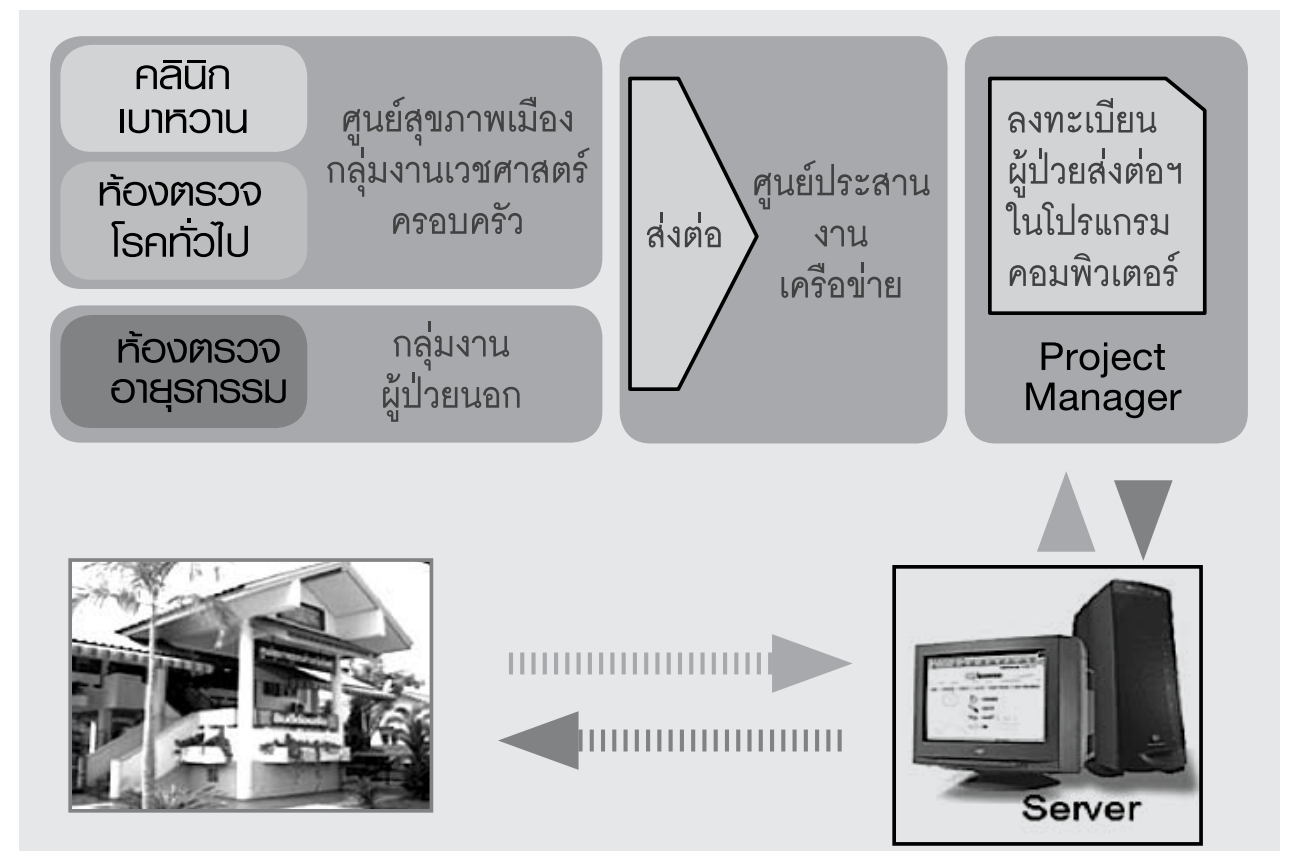
3) โครงการรัฐร่วมเอกชนในการดูแล
ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตเทศบาล
พิษณุโลก

เปิดให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถเลือก
ลงทะเบียนได้ 50 - 200 ราย / คลินิก
จำนวน 500 ราย และรับบริการตรวจ
รับใบสั่งยาได้ไม่เกินเดือนละ 2 ครั้ง
จัดระบบการดูแลในพื้นที่ คือแพทย์จะมี
แนวทางในการรักษาเดียวกัน ผู้ป่วยเลือก
ลงทะเบียนที่คลินิกเอง การรับยา - เจาะ
เลือด ทำที่ รพ. พุทธชินราช

4) โครงการเบาหวานบูรณาการลด
ความแออัดในโรงพยาบาลพุทธชิน
ราช พิษณุโลก

โครงการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
(DM/HT/DLP) ที่เข้ามาใช้บริการใน
โรงพยาบาลพุทธชินราช ให้สามารถดูแล
รักษาอย่างต่อเนื่องในศูนย์สุขภาพชุมชน
ใกล้บ้าน โดยมีแพทย์เป็นผู้ให้คำปรึกษา

ภาพแสดงการบริหาร
จัดการระบบการส่งต่อ
ผู้ป่วย บริการตัวอย่าง
โรงพยาบาลพุทธชินราช



สรุปสาระสำคัญการบรรยาย หัวข้อ

มิติทางสังคม จิตวิญญาณ กับเบาหวาน

โดย ดร.เพ็ญจันทร์ เฮอร์เซอร์

หากมองจากมุมมองทางสังคมศาสตร์โดยมองผ่านปัจจัยทางสังคม หากดูจากต่างประเทศจากการทบทวนงานจากต่างประเทศในประเด็นปัญหาเรื่องโรคเบาหวาน ทั้งประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนาทั้งหลายมีปัญหาเหมือนกันหมด ที่พบว่า ปัจจัยทางสังคม อย่างแรกก็คือเรื่องของเพศ ชัดเจนว่ามีความแตกต่างของการเกิดโรค มีความเสี่ยงของการดูแลรักษา การเข้าถึงบริการ การได้รับผลกระทบแตกต่างกันในเรื่องของเพศ ชัดเจนในเรื่องของชนกลุ่มน้อย เชื้อชาติ รายงานในประเทศอเมริการะบุว่า กลุ่มชนกลุ่มน้อยหรือคนดำ มีแนวโน้มเป็น เบาหวานมาก

กลับมาที่ประเทศไทย ฐานข้อมูลที่จะเข้าไปวิเคราะห์ในกลุ่มที่เป็นเชื้อชาติเองยังพบน้อย แต่ที่แน่นอนเรื่องของสังคม เศรษฐกิจ และการเข้าถึงบริการของกลุ่มเป้าหมาย บางกลุ่มยังเป็นปัญหาอยู่ เรื่องของระดับกลุ่มคนทำงาน และปัจจัยเรื่องอายุ ซึ่ง Social determinant (ปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ) นั้น เป็นกรอบแนวคิดสำคัญ และเป็นกระบวนการที่ตัวเจ้าหน้าที่ต้องมีความเข้าใจ และคู่ขนานไปกับแนวคิดความรู้ความเข้าใจด้านการแพทย์



มิติทางสังคม กับ สถานการณ์ของโรคเบาหวานในประเทศไทย

ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547 โดย รศ.พญ. ยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ รศ.พญ.พรพันธ์ บุญยรัตพันธุ์ (2549) พบว่า

- พบผู้หญิงเป็นเบาหวานมากกว่าผู้ชาย โดยอยู่ที่อัตรา ร้อยละ 7.3 ของประชากรหญิงที่สำรวจ ส่วนผู้ชาย พบในอัตรา ร้อยละ 6.4
- ยิ่งกลุ่มอายุเพิ่มขึ้นยิ่งพบจำนวนผู้เป็นเบาหวานมากขึ้น
- คนกรุงเทพฯ ป่วยด้วยโรคนี้และมีกลุ่มผู้เสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานมากกว่าคนในเขตภูมิภาค
- มากกว่าครึ่งของผู้ที่เป็นเบาหวานไม่รู้ตัวตัวเองเป็นโรคนี้ โดยกรุงเทพฯ เป็นจังหวัดที่มีจำนวนผู้ที่เป็นเบาหวานตั้งแต่อายุน้อยแต่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนี้มากที่สุด โดยเฉพาะในกลุ่มคนที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี

- คนที่เป็นเบาหวานแต่ไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา พบในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด

ความทุกข์และประสบการณ์ความเจ็บป่วย มีความสำคัญ เพราะโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังใช้เวลานาน มีตราบาปสูง มุมมอง การให้ความหมาย การจัดการ ปัญหาความเจ็บป่วย จึงอยู่ในมือของผู้ป่วย ญาติ และครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ รวมทั้งยังส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยด้วย หากความเจ็บปวด (pain) คือความทรมานทางร่างกาย (body) แล้ว ความทุกข์ (suffering) ก็คือความทรมานของคน (human) และครอบครัว การมองผ่านมุมมองของความทุกข์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานทำให้เราเห็นอำนาจของโรคที่เป็นภัยอันตราย เป็นความเจ็บปวด ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัด การทำลายชีวิต หรืออาจเป็นสิ่งที่ทำให้เราตั้งคำถามเกี่ยวกับธรรมชาติของชีวิต และนัยยะต่อการมองความสัมพันธ์ ต่อระบบที่

เกี่ยวข้องกับ ต่อสังคม ความทุกข์ของผู้ป่วย เบาหวาน อาจสัมพันธ์กับ การให้ความหมาย การตีตรา ซึ่งไม่เพียงส่งผลต่อการดูแลรักษาผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยเอง ก็ต้องปกปิด อำพราง ปฏิเสธต่อสภาพความเจ็บป่วย ซึ่งสะท้อนความทุกข์และการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยด้วย

ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยเบาหวาน อันเนื่องมาจากการเผชิญปัญหาโรคเรื้อรัง อันได้แก่ (Conrad, 1987: 2, 7)

- (1) ความไม่แน่นอนของอาการทางกาย
- (2) การที่ต้องจัดการกับความเจ็บป่วย
- (3) ความน่าอับอาย ความรู้สึกเสื่อมเสีย
- (4) ชีวิตการทำงานและการสร้างตัวตนใหม่
- (5) การจัดการกับข้อกำหนดกฎเกณฑ์ต่างๆ
- (6) ข้อมูลข่าวสาร การตระหนักและการแบ่งปัน
- (7) ความสัมพันธ์ในครอบครัว

ระบบสุขภาพภาคประชาชน ให้ความสำคัญสุขภาพในมิติทางวัฒนธรรม ในฐานะที่เป็นระบบหรือมีลักษณะเป็น “องค์รวม” สุขภาพไม่ได้หมายความว่าแค่เพียงการกำจัดโรคให้สิ้นไปเท่านั้น สุขภาพถูกนิยามในความหมายของ สุขภาวะ (well-being) ที่อย่างน้อยจะต้องมีสุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางใจ และสุขภาวะทางจิตวิญญาณ ความเจ็บป่วย เกี่ยวพันกับ มิติทางสังคมและวัฒนธรรมของบุคคล

ไม่เฉพาะวัดเพียงความบกพร่อง หรือค้นพบร่องรอยของโรคเท่านั้นการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่อยู่ในมือของการแพทย์ภาคประชาชน หรือส่วนสามัญชน (Popular sector) ที่ประกอบด้วยผู้ป่วย ครอบครัวญาติ พี่น้อง ชุมชน ส่วนของการแพทย์ของสามัญชนจะเป็นส่วนที่อาการความเจ็บป่วยถูกรับรู้ตีความและวินิจฉัยครั้งแรก พร้อมทั้งมีกิจกรรมการรักษาเกิดขึ้นเป็นแห่งแรกด้วยวิธีคิด และวิธีการแบบชาวบ้านธรรมดาไม่ใช่แบบวิชาชีพ ครอบครัวจะเป็นจุดเริ่มต้นในการช่วยแก้ปัญหาอาการต่างๆ ที่สำคัญตามผู้ป่วยอธิบาย ความคิด ความเชื่อ และการตัดสินใจที่ผู้ป่วยและครอบครัวใช้ จะเป็นระบบความคิดแบบวัฒนธรรมชาวบ้านที่เลือกทิศทางการรักษาไว้หลายทาง และผู้ป่วยอาจตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาที่เขารู้จักหรืออาจหันหน้าเข้าสู่การเลือกระบบการดูแลสุขภาพในส่วนของวิชาชีพ (Professional Sector) หรือส่วนของการแพทย์พื้นบ้าน (Folk Sector) หรือการแพทย์ทางเลือกต่อไป

แบบแผนพฤติกรรมความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

แสดงให้เห็นประสบการณ์ความเจ็บป่วยที่มีลักษณะชุดประสบการณ์ (collective experiences) คือมีทั้งวิธีคิด และวิธีการรักษา และมีกลไกการจัดการหลายอย่างประกอบกัน กลไกการดูแลสุขภาพที่เด่นชัดและมีความสำคัญมากคือ กลไกการดูแลตนเอง ที่สัมพันธ์กับอำนาจตัวตนและอัตลักษณ์ที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วย นอกจากนั้นยังเห็นบทบาทของการแพทย์ทางเลือกที่อยู่ควบคู่ในกระบวนการแสวงหาบริการอย่างชัดเจน ซึ่งแสดงถึงทางออกของผู้ป่วยที่แสดงอำนาจในตัวตนที่อาจจะไม่ได้รับความพึงพอใจในการรักษา เนื่องจากแพทย์ที่ทำการรักษาบางคนจะมีกรอบการรักษาทางการแพทย์แก่ผู้ป่วย ที่เน้นเฉพาะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การกินยาตามสั่ง และการมาตรวจตามนัด

สุขภาพภาคประชาชน

สะท้อนแนวคิดของการแสดงถึงอำนาจในการดูแลตนเองของประชาชน การแสวงหาบริการสุขภาพในระบบการแพทย์ทางเลือก ที่ได้แพร่หลายอย่างรวดเร็ว สะท้อนให้เห็นสำนึกของผู้คนและการเคลื่อนไหวทางสังคมที่ต้องการนำเอาสุขภาพกลับคืนมาสู่มือของประชาชนแทนที่จะเป็นผู้เชี่ยวชาญ ทั้งนี้ต้องให้ความสำคัญกับการศึกษาและอำนาจในการดูแลตนเองของประชาชน

แนวคิดสุขภาพนิยมวางจุดเน้นไว้ที่การพัฒนาตัวเอง (self-development)

การมีจิตสำนึกของความเป็นพลเมืองในการมี “หน้าที่ที่จะต้องมีความสุขที่ดี” (duty to be healthy) ที่มาพร้อมกับแนวทางที่ทำให้ปัจเจกบุคคลมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง ควบคุมตนเอง และปลดปล่อยตนเองเพื่อให้เกิดความสุขความพึงพอใจ ภายใต้สังคมความรู้ที่ไร้พรมแดน ทั้งนี้ ด้านหนึ่งคือการต่อต้านการครอบงำด้านสุขภาพของสังคม อันได้แก่ กระแสบริโภคนิยม ทั้งที่ครอบงำด้วยแบบแผนของอาหาร และการบริโภค รวมทั้งกับร่างกายของปัจเจก การตระหนักในปัญหาของสิ่งแวดล้อมและสิ่งรอบตัวที่คุกคามต่อสุขภาพ อีกด้านหนึ่งคือการจัดการกับตนเอง การหันกลับมาในสิ่งที่ตนควบคุมได้ซึ่งก็คือตนเอง การดูแลรักษาตนเองให้แข็งแรงปลอดภัย รวมทั้งกลับไปยังรากเหง้าของธรรมชาติและวัฒนธรรมสุขภาพ

เวทีเต็มสาระ: (ห้องย่อย)

ถ่ายทอดความรู้และ เทคโนโลยี แลกเปลี่ยน ประสบการณ์



วันที่ 21 พฤษภาคม 2552 ลานกิจกรรม
เวลา 13.30-16.45 น.

ในห้องย่อยแต่ละห้องจะวางขอบเขตเนื้อหาและออกแบบกระบวนการเรียนรู้สำหรับผู้เข้าร่วมประชุม

โดยลักษณะการดำเนินการเป็นแบบ Interactive ผู้เข้าร่วมจะมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่น่าสนใจ และสามารถเก็บเกี่ยวความรู้ เทคโนโลยี เทคนิควิธีการทำงานเพื่อพัฒนาระบบการจัดการเบหุขนแบบบูรณาการต่อไปได้



ประมวลภาพ
จากห้องย่อย





ประมวลภาพ จากห้องย่อย

เวทีเต็มสาระถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยี
แลกเปลี่ยนประสบการณ์

การดูแลเท้า ผู้ป่วยเบาหวาน แบบองค์รวม

วันที่ 21 พฤษภาคม 2552

ลานกิจกรรม เวลา 13.30-16.45 น.

วิทยากรและผู้จัดกระบวนการเรียนรู้ : ดำเนินรายการโดยมีทีมงานจากสถาบัน
ราชประชาสมาสัย

ผู้เข้าร่วมประชุม ในแต่ละรอบประมาณ 200 คน (2 รอบ รอบละ 1.30 นาที) ส่วน
ใหญ่เป็นคณาจารย์ปริญญานิเทศศาสตร์

รูปแบบและกระบวนการ :

ผู้ดำเนินการอภิปราย ใช้วิธีให้ความรู้ ถามตอบประเด็นกับผู้ทรงคุณวุฒิ

สาระสำคัญจากการนำเสนอในที่ประชุม

สิ่งที่ทราบกันอยู่แล้วว่าภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญอย่างหนึ่งของผู้ป่วยเบาหวาน คือ
แผลที่เท้า ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียอวัยวะบางส่วนไป และทำให้ค่าใช้จ่าย
ในการรักษาโรคเพิ่มขึ้น ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายสูงทั้งในส่วนที่ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบเอง
และส่วนที่ภาครัฐต้องรับผิดชอบ ดังนั้นการป้องกันการเกิดแผลเป็นสิ่งที่ดีที่สุด หรือ
หากเป็นแผลแล้ว ทำให้แผลหายอย่างรวดเร็วจะเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาได้
อย่างมาก

การที่เราจะสามารถดูแลเท้าของผู้ป่วยได้ คงต้องมีการประเมินเท้าได้อย่างถูกต้อง
ก่อน เพราะการประเมินสภาพเท้าผู้ป่วยจะเป็นเครื่องคัดกรอง ค้นหาปัญหา และ
สามารถนำมาวางแผนเพื่อการดูแลรักษาต่อไป



**ในการคัดกรองสภาพเท้าผู้ป่วยสิ่งที่
ต้องควรรู้คือ**

1. การตรวจเท้า (Foot examination)
โดยมีการทดสอบในเรื่องต่างๆ ดังนี้
 - 1.1 การทดสอบระบบประสาท
สามารถตรวจได้จากอาการชา
โดยใช้ Monofilament เป็น
เครื่องมือในการตรวจประเมิน
 - 1.2 การทดสอบระบบการไหลเวียน
เลือดของอวัยวะส่วนปลาย โดย
การใช้ DP, PT pulse, ABI เป็น
เครื่องประเมิน
 - 1.3 การตรวจดูหนังแข็ง (Callus)
บริเวณฝ่าเท้า เพราะหนังแข็งจะ
ทำให้เกิดแรงกดของเท้า ซึ่งจะ
เป็นตัวทำให้เกิดแผลได้
 - 1.4 การแบ่งประเภทของแผล (Ulcer
Classification) ซึ่งมักจะใช้การ
แบ่งประเภทตามเกณฑ์ของ
University of Texas Wound
Class

2. การประเมินระดับความเสี่ยง (Risk
management) ของการเกิดแผล
โดยเป็นการเปรียบเทียบความเสี่ยง
ของการเกิดแผลในผู้ป่วยเบาหวาน
กับคนปกติ

สภาพของเท้า	ระดับความเสี่ยงของการเกิดแผล
0 ปกติ 1 ชา ไม่มีความรู้สึก	0 1.7 เท่า
2 ชา ร่วมกับมีความพิการ/ การไหลเวียนเลือดไม่ดี	12.1 เท่า
3 ชา ร่วมกับมีประวัติการ เกิดแผล/การผ่าตัด	36.4 เท่า



แผลผู้ป่วยเบาหวานสามารถเกิดได้ทั้งในผู้ป่วยที่มีและไม่มีอาการขาของปลายประสาทซึ่งสาเหตุของการเกิดแผลมีรูปแบบที่แตกต่างกัน

- แผลที่เกิดจากผู้ที่ไม่มีอาการขาของเส้นประสาท ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อ และระบบการไหลเวียนเลือด
- แผลที่เกิดในผู้ป่วยที่มีอาการขาของปลายประสาท มักจะพบทั้งใต้ฝ่าเท้า (Plantar) และส่วนที่ไม่ใช่ใต้ฝ่าเท้า (Extra - Plantar) ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มักมาจากผิวหนังที่มีการหนาตัวแห้ง และแตกออกจนเป็นแผล หรือเกิดจากอุบัติเหตุต่างๆ เช่น การเหยียบหินแหลมหรือตะปู เป็นต้น

การรักษาแผล

การรักษาแผลไม่ใช่แค่การทำแผลหรือการให้ยาปฏิชีวนะ แต่การรักษาแผลยังมีส่วนประกอบอื่นๆ ที่มีความสำคัญด้วย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประเภทของแผล

กระบวนการรักษาแผลส่วนใหญ่จะมีเรื่องสำคัญๆ ดังนี้

- การผ่าตัด
- การให้ยาปฏิชีวนะ
- การทำแผล
- การพักเท้า
- การให้สุขศึกษา
- การใช้รองเท้าที่เหมาะสม

แต่ไม่ใช่ผู้ป่วยทุกคนจะต้องได้รับการรักษาในรูปแบบเดียวกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะหรือประเภทของแผล ความพร้อมหรือการยอมรับของผู้ป่วย รวมทั้งการดำเนินถึงชีวิตความเป็นอยู่ในภาวะปกติของผู้ป่วยอีกด้วย

ถึงแม้จะมีกระบวนการของการรักษาแบบเต็มรูปแบบหรือมีการทุ่มเททรัพยากร

มากเท่าไรก็ไม่ได้หมายความว่าทำให้แผลหายหรือผู้ป่วยไม่กลับเป็นแผลซ้ำอีก สิ่งสำคัญที่สุดในการรักษาแผลผู้ป่วย คือ การให้ความสำคัญและความร่วมมือของผู้ป่วยต่อการรักษา ซึ่งการที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษาควรต้องเป็นหน้าที่ของบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ในการที่จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักและใส่ใจตัวเองมากขึ้น

ตารางแสดงการประเมินสภาพและระดับความเสี่ยงของการเกิดแผล

สภาพของเท้า	ระดับความเสี่ยงของการเกิดแผล	ความถี่ในการนัดผู้ป่วย
• ปกติ	0 = low risk	ทุก 1 ปี
• ขา ไม่มีความรู้สึก	1 = Moderate risk	ทุก 3 - 4 เดือน
• ขา ร่วมกับมีความพิการ/ การไหลเวียนเลือดไม่ดี	2 = High risk	ทุก 2 - 3 เดือน
• ขา ร่วมกับมีประวัติการเกิดแผล/การผ่าตัด • มีความผิดปกติของโครงสร้างกระดูก (Bone disorganization)	3 = very high risk	ทุก 1 - 2 เดือน

ข้อปฏิบัติเรื่องการดูแลเท้าที่สามารถนำมาใช้ได้ทั้งกับบุคคลทั่วไปและผู้ที่เป็นเบาหวาน ได้แก่

1. ล้างทำความสะอาดเท้าทุกวัน
2. ตรวจสอบและสำรวจเท้าทุกวัน
3. ใช้โลชั่นหรือน้ำมัน ร่วมกับการนวดบริเวณขาและเท้า
4. สวมถุงเท้าเป็นประจำ
5. เลือกสวมใส่รองเท้าให้เหมาะสม
6. แช่เท้าหรือทำความสะอาดเท้าด้วยน้ำสะอาด
7. เมื่อมีแผล ให้รักษา
8. ตัดเล็บอย่างถูกวิธี
9. บริหารเท้าอย่างถูกวิธี
10. งดสูบบุหรี่

อีกวิธีที่น่าสนใจและเป็นข้อปฏิบัติง่ายๆ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการชาที่เท้า ซึ่งเป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติเองที่บ้านได้ เราใช้ตัวย่อว่า "E - S - S - O"

E = Examination คือ การตรวจหรือทดสอบสภาพเท้าตัวเอง ถือว่าเป็นการประเมินเท้าในระดับต้นด้วยตัวเอง

S = Soaking คือ การทำความสะอาดเท้าด้วยการแช่เท้า เพื่อให้ผิวหนังชุ่มชื้น และง่ายต่อการขูดหรือการขัดหนังแข็งออก

S = Scraping คือ การขูด หรือขัดหนังแข็งออก

O = Oiling คือ การใช้โลชั่น น้ำมัน

หรือวาสลีน ทาและนวด บริเวณเท้าและขาเพื่อให้คงรักษาความชุ่มชื้นของผิวหนังและเป็นการเพิ่มการไหลเวียนเลือดบริเวณส่วนปลายด้วย

การบริหารเท้า

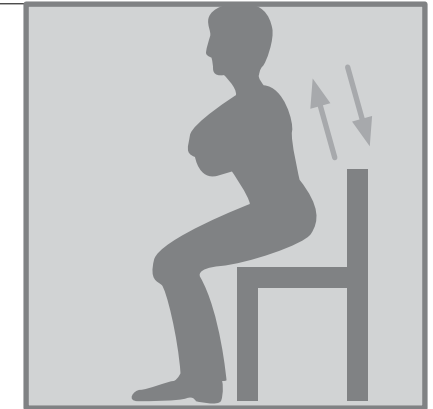
การบริหารเท้าจะเป็นการกระตุ้นให้เกิดการหมุนเวียนเลือดบริเวณส่วนปลายให้มากขึ้น และยังเป็นการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมัดเล็กๆ บริเวณเท้า นอกจากนี้จะทำให้บริเวณข้อต่อ เส้นเอ็นต่างๆ มีการเคลื่อนไหวตาม ซึ่งจะช่วยป้องกันการยึดติดของข้อต่อ หรือการหดรั้งของเส้นเอ็นที่อาจจะเป็นสาเหตุของการเกิดแผลได้ด้วย



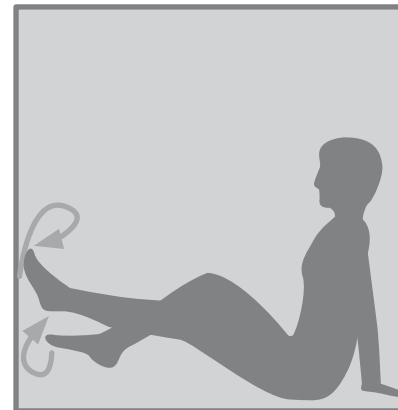
การเดินควรจะเป็นวันละ 1/2-1 ชั่วโมง ควรจะเริ่มจากน้อยแล้วค่อยเพิ่มเวลา



การยืดกล้ามเนื้อน่องโดยการยืนห่างกำแพงเท้าแยกกันเล็กน้อยส้นเท้าติดพื้น ข้อศอกพร้อมกับโน้มตัวไปติดกำแพง ทำวันละ 10 ครั้ง



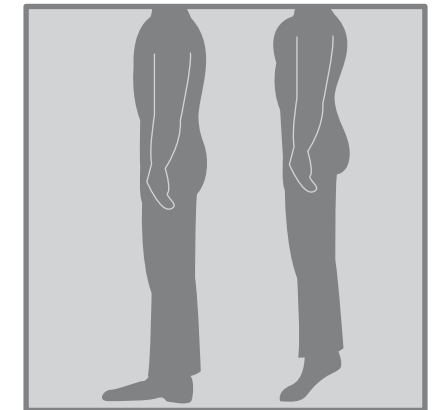
นั่งเก้าอี้ กอดอก ลูกขึ้นนั่งและยืนวันละ 10 ครั้ง



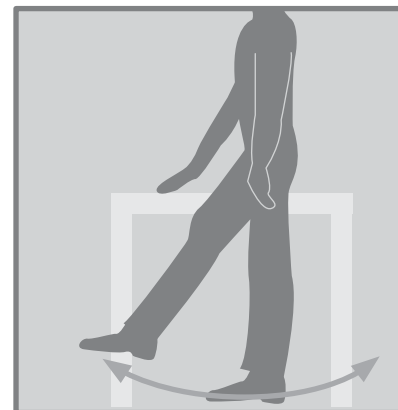
นั่งบนพื้น ตัวเอนไปข้างหลังสลับเท้ากลับไปกลับมาหลาย ๆ ครั้ง



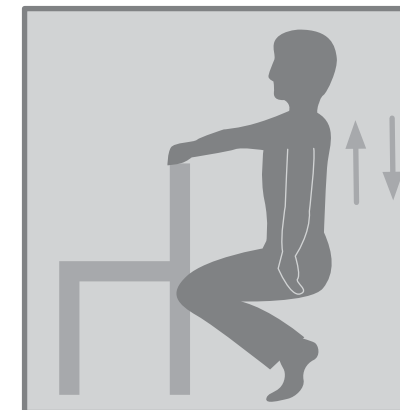
บริหารปลายเท้า ยืนเอามือเกาะเก้าอี้ แยกเท้าทีละข้างสลับกัน



ยืนเขย่งเท้าขึ้นลงประมาณ 20 ครั้ง



ยืนลงบนเท้าข้างหนึ่ง แกว่งเท้าข้างหนึ่งประมาณ 10 ครั้งแล้วเปลี่ยนข้าง



งอเข่า มือจับขอบเก้าอี้ลุกขึ้นยืนและนั่ง 10 ครั้ง



เดินขึ้นบันไดในลักษณะเท้าเขย่ง



การเลือกใช้รองเท้า

สิ่งหนึ่งที่ผู้ป่วยเบาหวานไม่ควรมองข้าม คือ การเลือกใช้รองเท้าที่เหมาะสม เพราะเท้าเป็นอวัยวะที่รับน้ำหนักตัวทั้งหมดของร่างกาย โครงสร้างที่รับน้ำหนักประกอบด้วยกระดูก กล้ามเนื้อมัดเล็ก ๆ ของเท้าที่ถูกยึดเกาะด้วยเส้นเอ็นและพังผืด หากมีส่วนใดผิดปกติหรือผิดรูปไปจะเป็นต้นเหตุให้เกิดความเสียหายต่อส่วนอื่นๆ ตามมาด้วย และอาจจะนำมาซึ่งการเกิดแผล เช่น การหดรัดของเส้นเอ็นที่นิ้วเท้า จะทำให้ปลายนิ้วจิกลง พื้นที่รับน้ำหนักบริเวณนิ้วจะน้อยลง ไม่มีการกระจายน้ำหนักไปทั่วทั้งนิ้วเท้า เมื่อมีแรงกดนานเข้าก็จะเกิดหนังแข็ง และขาดเลือดไปเลี้ยง หากไม่รีบทำการดูแลรักษา ก็จะทำให้เกิดแผลและอาจถูกตัดนิ้วเท้าได้ หรือกระดูกบางส่วนของเท้าไปนออกมาด้านข้างของนิ้วโป้ง ก็จะทำให้เกิดการเสียดสีกับรองเท้าและเกิดแผลได้เช่นกัน ดังนั้นการเลือกใช้รองเท้าที่เหมาะสมนอกจากจะป้องกันการเกิดแผลแล้ว รองเท้า

ยังเป็นเครื่องมือหรืออุปกรณ์ชนิดหนึ่งในการช่วยรักษาแผลได้ด้วย

ลักษณะของรองเท้าที่เหมาะสม ควรมีคุณสมบัติอย่างน้อย 4 ประการ คือ

1. พื้นด้านในนุ่มและมีความยืดหยุ่น ประมาณ 15 องศาซอร์
2. พื้นล่างต้องแข็งพอที่จะป้องกันการแทงทะลุจากของแหลมคมได้
3. ด้านหลังเป็นหุ้มสันหรือมีสายรัดที่กระชับ
4. บริเวณหลังเท้า สามารถปรับขนาดให้กระชับกับรูปเท้าได้



ประเด็นถามตอบจากวิทยากร และทีมผู้เชี่ยวชาญ

1. เราจะตรวจสอบเท้าอย่างไร

นพ.อาจินต์ ให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ในการตรวจเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน วิธีการตรวจ ขั้นตอนในการตรวจ และการแสดงภาพให้เห็นว่าจำเป็นต้องตรวจอะไรบ้าง เช่น การทดสอบเส้นประสาท กล้ามเนื้อ การไหลเวียนเลือด ลักษณะของผิวหนัง การระบุชนิดของแผล และการประเมินความผิดปกติของเท้า

ในส่วนนี้ มีการลงรายละเอียดทางด้านการตรวจดี แต่อาจจะมีคามยากในการทำความเข้าใจ เพราะผู้บรรยายเป็นแพทย์ และมีการใช้ศัพท์เทคนิคทางการแพทย์ค่อนข้างมาก (ซึ่งผู้บรรยายก็ได้บอกตัวว่า อาจจะมีการใช้คำศัพท์เฉพาะค่อนข้างมาก)

2. ถ้าจะตรวจเส้นประสาทของเท้าโดยไม่มี monofilament ควรทำอย่างไร

อ.สมเกียรติ ตอบว่า ใช้ปลายปากกา Ball point pen แล้ววางลงบนผิวแบบตั้งฉาก ให้น้ำหนักของปากกาลงไปที่ผิวหนังโดยไม่ต้องกด

3. ถ้ามีการใช้เอ็นตกลาได้หรือไม่

อ.สมเกียรติ ตอบว่า ใช้อะไรก็ได้ ที่สามารถหาได้ แต่ขอให้ได้น้ำหนักแรงกด 10 กรัม

4. รองเท้าและถุงเท้าที่แนะนำสำหรับคนไข้เบาหวาน

อ.สมเกียรติ ถามว่า ทุกท่านใส่ถุงเท้าหรือไม่ ส่วนใหญ่ตอบว่าใส่ ทำไมคนทั่วไปจึงชอบใส่ถุงเท้า

เนื่องจากแรงที่ทำให้เกิดแผลมีสองแรง

- Direct pressure จากน้ำหนักตัว
- Shearing force แรงเฉื่อยที่เกิดจากการเสียดสี เช่น การเดินแล้วมีการเสียดสีระหว่างเดิน คนปกติจึงเกิดอาการแสบที่ฝ่าเท้า ถ้าไม่ได้ใส่ถุงเท้าจึงมีความจำเป็นอย่างมากที่ผู้ป่วยเบาหวานควรใส่ถุงเท้า รองเท้าที่ดีควรจะมีหุ้มสัน ปิดทนม แต่ไม่เหมาะกับบริบทคนไทย รองเท้าที่ดีที่เหมาะสมสำหรับคนไทย คือ ใช้รองเท้าที่ทำเลียนแบบรองเท้าแตะ เปิดข้างหน้า แต่มีสายรัดสัน รองเท้าควรปรับขนาดได้ เพราะบางช่วงเวลาของวันขนาดเท้าจะเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะคนที่ปัญหาหลอดเลือด

5. ถ้าคนไข้มีหนังแข็ง แล้วมาใส่รองเท้าแบบนี้ จะมีผลเสียอะไรหรือเปล่า

อ.สมเกียรติ หนังแข็งหรือตาปลาเป็นเรื่องธรรมชาติ จุดที่มีการกดเยาะก็จะมีหนังแข็งขึ้นมา ถ้าเป็นคนที่มีความรู้สึกปกติก็จะเจ็บ และต้องจัดการตัดออก แต่ถ้าเป็นคนไข้จะไม่รู้สึก อาจก่อให้เกิดการขาดเลือดและเป็นแผลได้

6. เวลาดูแลเท้าตามสุขบัญญัติแล้ว จะมีอะไรที่ต้องระวังอีกหรือไม่

คุณนรินทร์แนะนำว่า หลังอาบน้ำ ให้เช็ดให้สะอาด แล้วนำใยบวบหรือสกอตไบรท์เก่าๆ หรือแปรงขัดเท้า มาขัดตรงหนังแข็งออก แต่ต้องขัดเบาๆ ห้ามทำแรง และต้องมีความชุ่มชื้นพอสมควร

7. ตรงส่วนเล็บที่หนาขึ้น และมีขุยสีเหลืองใต้เล็บ บางครั้งจะตัดยาก ถ้าตัดแล้วจะทำให้เกิดแผลหรือไม่

อ.สมเกียรติ เล็บที่หนาเพราะ poor hygiene and circulation โดยเฉพาะผู้ป่วยที่แพทย์แนะนำว่า ห้ามโดนน้ำ จึงไม่สะอาด ถ้ามีอาการเป็นเชื้อราหรือมีขุยๆ เกิดขึ้น มักจะรักษาโดยยาไม่ค่อยได้ผล แนะนำให้ตัดเล็บส่วนที่ไม่ดีออก และชุดผิวหนังบริเวณที่เป็นเชื้อรา หลังจากนั้นรักษาด้วยการทำความสะอาดสม่ำเสมอ

8. จะตัดเล็บอย่างไร จึงจะเหมาะสม

อ.สมเกียรติ เวลาตัดเล็บต้องตัดตรงอย่าให้งุ่มง่าม

9. ถ้าเล็บเริ่มโค้งเข้าเนื้อ หรือกลายเป็นเล็บขบ ควรจะแคะขึ้นมาหรือไม่

อ.สมเกียรติ ในกรณีที่มีปัญหาแล้ว เช่น เกิดเล็บขบ จะต้องตัดออก และมีอุปกรณ์ที่ยกเล็บขึ้นมา ไม่ให้งอกเข้าไปด้านใน

10. ถ้าคนไข้ทำเองไม่ได้ พี่พาคคนอื่น เช่น ช่างทำเล็บ ใช้ได้หรือไม่

อ.สมเกียรติ เวลาคนปกติไปทำเล็บ จะโดนทำให้สะอาด แต่ก็จะมีเลือดออก แม้เราจะรู้สึก แต่คนไข้ไม่รู้สึก จะยิ่งเกิดแผลมากขึ้นอีก ดังนั้น จึงไม่แนะนำ

11. คนไข้ที่เริ่มมีแผลบ้างแล้ว ในฐานะพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่อนามัยในชุมชน จะต้องดูแลอย่างไร

การระบุนิยามของแผลใช้ University of Texas Wound Classification System (UT) ใช้ประเมินขนาดและความลึกของแผล

12. แผลที่เท้าแต่ละตำแหน่ง มีโอกาสเกิดมากเท่าไร

ส่วนหน้าของเท้า (Fore foot) พบมากถึง 71% ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในผู้ป่วยเบาหวานยังไม่มิตัวเลขแน่ชัด ส่วนกลาง 16.5% และส่วนปลาย 12.5%

13. ถ้าเป็นแผลระดับ 0 - 1 ยังไม่ต้องส่งพบแพทย์ แต่จะแนะนำคนไข้ว่าอย่างไรดี

คุณนรินทร์ เน้นเรื่องความสะอาดรอบๆ แผลหรือด้านข้าง มี callous หรือเปล่า อาจจะมีแผลซ่อนอยู่ใต้ callous แนะนำว่า อย่าพยายามลงน้ำหนักที่ด้านหน้าของเท้า

14. คนไข้ที่มีแผล ถ้าให้แช่เท้า จะยิ่งทำให้ติดเชื้อมากขึ้นหรือไม่

เรื่องแผลโดนน้ำได้หรือไม่ เป็นเรื่องที่พบปัญหามาก เพราะบางครั้ง ถึงแนะนำไป ก็จะมีคนคัดค้านว่าแผลไม่ควรโดนน้ำเลย แต่ถ้าเข้าใจ basic ของผู้ป่วยเบาหวาน ที่ไม่มี infection ไม่มี ischemia และเป็นแผลเกรด 1 เท่านั้น (stage A0-A1) จะแนะนำให้แช่เท้าเป็นประจำ โดยเฉพาะที่เป็นแผลตื้นๆ ไม่มีการติดเชื้อ ไม่มีการขาดเลือด

ประเด็นหลัก คือ ต้องขจัดความชุ่มชื้นให้กับเท้า การใส่ถุงเท้า นอกจากลดการเสียดสีแล้ว ยังคงความชุ่มชื้นได้นานขึ้นด้วย

15. ถ้าเป็นแผลระดับ A1 ไม่จำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะใช่หรือไม่

นพ.อาจินต์ ประเมินโดยแยกแผลออกมาเป็นสองกลุ่ม

Superficial (A0-A1) ไม่จำเป็นต้องผ่าตัด ไม่ต้องใช้ antibiotics ทำแผลแบบแห้งได้ ต้องพักเท้า ให้ความรู้ และใส่รองเท้าที่เหมาะสม, self care

Deep (A2-D3) ต้องมี surgical intervention, antibiotics, wet dressing, rest, health education, appropriate footwear, health care profession

16. ถ้าผู้ป่วยต้องกลับไปทำงาน มีฐานะยากจน จะดูแลอย่างไรให้ไม่เกิดผลกระทบ

การหายของแผล ประกอบด้วย การไหลเวียนเลือด การไม่ติดเชื้อ และไม่มีการกดลงน้ำหนัก โดยมีอุปกรณ์ช่วยดังนี้

- การลดแรงกด (off loading techniques) ที่แผลเป็นเรื่องสำคัญที่สุด เช่น การใส่เฝือก (total contact cast) คนไข้ไม่จำเป็นต้องนอน รพ. ใส่เฝือกแล้วกลับบ้านได้ตามปกติ
- ในต่างประเทศมี removable cast ที่สามารถถอดเข้าออกได้เอง เอากลับบ้านได้ ถอดออกมาทำแผลได้ แต่ประสิทธิภาพลดลงกว่า total cast เหลือประมาณ 90% ของระยะเวลาหายปกติ

- Half shoe เหมาะสำหรับแผลบางส่วน เช่น หน้าเท้าเป็นแผล ใส่รองเท้าที่เสริมส้นหน้าขึ้น ช่วยให้หายได้ประมาณ 66%
- Felted foam ตัด foam ไขว้กัน เพื่อไม่ให้ส่วนที่เป็นแผลโดนพื้น
- Walking aid พกไม้ค้ำยัน หรือ walker
สิ่งที่สำคัญอีกอย่าง คือ คนไข้ต้องให้ความร่วมมือในการรักษาด้วย (active partnership)

17. บางคน apply เอง ด้วยการเอาโฟมมาเสริมเอง ได้หรือไม่

ทำได้ แต่อย่าให้สูงเกิน 1-2 เซนติเมตร

18. ถ้าแผลเป็นกลุ่ม deep และมี infection ร่วมด้วย พยาบาลในชุมชนควรทำอย่างไร

นพ.อาจันต์ การรักษาแผลลึกที่มีการติดเชื้อ เบื้องต้นคือ ทำให้แผลหาย และป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ

การทำให้แผลหาย ถ้ามาแบบสกปรก ก็ต้องทำให้สะอาด ด้วยการ debride แผล drain หนองออก ตัดกระดูกส่วนที่ตายออก เมื่อแผลสกปรกกลายเป็นแผลสะอาดแล้ว ก็เปลี่ยนให้แผลสะอาดหายเร็วขึ้น เช่น ใช้น้ำเกลือเข้าไปปิด ทำ skin graft หรือ skin flap ในรพ.ชุมชน ถ้ามีแพทย์ที่มีความรู้ทางด้านศัลยกรรม ก็พอจะดูแลได้

การป้องกันไม่ให้เกิดแผลซ้ำ อาจจะต้องผ่าตัด reconstruct ข้อเท้า เอ็นหรือ ตัดออกเลย ส่วนนี้ ควรพบศัลยแพทย์เฉพาะทาง

19. ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถเข้ารับการรักษาใน รพ.ได้ จะทำอย่างไรดี อาหารอะไรที่ควรแนะนำ

ถ้าเป็นมาก ควรต้องให้เข้ารับการรักษากับศัลยแพทย์โดยตรง อาจจะต้องแนะนำให้คนไข้เข้าใจ

อาหารที่จำเป็น พวก high protein แต่ผู้ป่วยต้องกลับบ้านไปดูแลต่อ ไม่รู้จะรับประทานอย่างไรดี รับประทานอาหารโปรตีนสูง เช่น เนื้อสัตว์ ไข่ ถั่ว เต้าหู้ ผักที่มีวิตามิน A สูง อาหารทะเลมีแร่ธาตุ สังกะสี สูง ช่วยในการหายของแผลเช่นกัน และต้องระวังเรื่องน้ำตาลในเลือดสูงด้วย

20. การดูแลหลังจากแผลผ่าตัดหายแล้ว (หลังการรักษา)

อ.สมเกียรติตอบว่า ส่วนใหญ่คนจะละเลย และเป็นปัญหาสำคัญ ส่วนใหญ่จะไม่นัด พยาบาลเป็นผู้มีศักยภาพสูง น่าจะนัดคนไข้ดูแลได้ง่าย แผลเหล่านี้ มีโอกาสเกิดซ้ำถึง 50% อะไรที่จะช่วยแก้ไขได้ คือ โน้มน้าวให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลเท้า การใส่รองเท้า จะประสบความสำเร็จได้ คนไข้ต้องนำไปปฏิบัติ ถ้าป้องกันได้ตั้งแต่ต้น และเริ่มรักษาแต่เนิ่นๆ จะช่วยลดความเสี่ยงในการตัดขาได้ถึง 85%

ประเด็นข้อคำถาม ความคิดเห็นจากเวทีประชุม

1. การตรวจ sensation โดย monofilament จะบอกว่าผิดปกติ เมื่อตรวจพบที่จุด และอยากเห็นหน้าตาของแบบใบประเมิน

ตอบ ถ้าตรวจแบบ 10 จุด จะนับว่าผิดปกติเมื่อมีตั้งแต่สองจุดขึ้นไป และมีกล้ามเนื้ออ่อนแรงหนึ่งระดับถือว่า significant ที่ PCU ตรวจที่ปลายอุ้งนิ้วโป้ง ปลาย first metatarsal head, ปลาย 5th metatarsal head ถ้าพบสามจุดนี้ ก็ถือว่า significant

2. ตรวจแล้วพบเชื้อราที่เล็บเท้าได้บ่อยมาก แนะนำแล้วก็ไม่ค่อยได้ผล

ตอบ ส่วนใหญ่เราจะมองข้ามเรื่องการตัดเล็บ และดูแลเล็บเท้า หลายที่ ไม่มีอุปกรณ์ตัดเล็บ ถ้าไม่ได้ Remove spore ของเชื้อราออก ก็จะไม่หาย ต้องจัดการกับเล็บด้วย

3. วิธีการทำแผล มีหลายรูปแบบ แนวทางการทำแผลจะทำอย่างไรดี

ตอบ อ.สมเกียรติกล่าวว่า ในประเทศลาว ใช้น้ำที่นำมาจากน้ำตก แล้วก็มาแช่เท้า ทำความสะอาด ทำอยู่สามวัน แผลก็ยั้งดีขึ้น ดังนั้น ถ้าไม่มี Normal saline ที่บ้าน ก็ยังใช้น้ำต้มสุกที่สะอาดได้ ประเมิน

แผลให้ได้ก่อนว่า แผลมีน้ำเหลืองเยอะ ใช้น้ำผึ้งได้ดี เพราะมีน้ำตาลเข้มข้น จะดูดน้ำเหลือง ทำให้แผลแห้งดี พอแผลแห้งดีแล้ว ก็รักษาแบบอื่นต่อไป ไม่มีวิธีการรักษาแผลแบบใดดีที่สุด ในแบบเดียว การทำแผลที่ดี คือ การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับแผล Neuropathic foot นั้น สิ่งสำคัญคือ off loading

เวทีเต็มสาระ: ถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยี
แลกเปลี่ยนประสบการณ์

การปรับพฤติกรรม : การบริโภค การใช้แรง การจัดการความเครียด

วันที่ 21 พฤษภาคม 2552 ห้องมิราเคิลแกรนด์ A
เวลา 13.30-16.45 น.

รายชื่อวิทยากร/ผู้ดำเนินรายการหลัก
จากโรงพยาบาลเกษราธิบดี

คุณสุนทร นาคะเสถียร
คุณขวัญญา อรรถนพฤกษ์

ผู้ดำเนินรายการ
นำเสนอโครงการ มหานคร DM
(ผู้ช่วยผู้อำนวยการ)

คุณกฤษฎี โพธิ์กัต
คุณจิรพรรณ ศรีพัฒน์

โฆษนากร
คู่มือ Theme DM

รูปแบบและกระบวนการ

1. ผู้ดำเนินการอภิปราย นำเสนอกรณีศึกษาผู้ป่วยเบาหวาน (ชายไทยคู่ อายุ 37 ปี นน.79 กก. สูง 163 cm) โดยให้ข้อมูลผู้ป่วย (ตามเอกสาร) ทีละเรื่อง พร้อมทั้งให้ผู้เข้าประชุมร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยร่วมกับวิทยากร (ส่วนใหญ่วิทยากรจะนำเสนอเป็นหลัก ซึ่งให้นำหนักเรื่องโภชนาการมากที่สุด)
2. นำเสนอโครงการมหานครปลอดเบาหวาน ซึ่งได้สนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานต่างๆ ในการดำเนินงาน



สาระสำคัญจากการนำเสนอ ในที่ประชุม

1. ปัญหาเรื่องผู้ป่วยเบาหวาน ที่สำคัญคือ น้ำหนักเกิน จึงได้เสนอเรื่อง “หลักการลดน้ำหนักที่ถูกต้อง” โดยเน้นเรื่อง

- การเตรียมความพร้อม (ใช้การ counseling)
- การตั้งเป้าหมายของผู้ป่วย
- ความรู้สึกของผู้ป่วย ที่ลดน้ำหนักได้สำเร็จ
- การปรับอาหาร
- การปรับเรื่องออกกำลังกาย - ปรับวิถีชีวิตประจำวัน/ เลือกกิจกรรมที่เหมาะสม
- ขั้นตอนการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วย (ซึ่งได้รับฟังความรู้หลายเรื่องนอกเหนือจากโภชนาการ)

2. การประเมินสภาพปัญหาผู้ป่วย (ภาวะอ้วน) นอกจากดู BMI ซึ่งบางคนใช้ไม่ได้ เพราะเป็น Muscular Man คือน้ำหนักมากแต่ไม่อ้วน ให้ใช้การวัดเส้นรอบเอว (รอบพุง) ซึ่งง่ายกว่า

- การที่ผู้ป่วยไม่พึงพอใจในการรับบริการ ส่วนใหญ่เกิดจากการขาดการสื่อสารให้เข้าใจระหว่างผู้ให้บริการ ดำเนินการให้คำแนะนำเรื่องการปรับพฤติกรรมผู้ป่วย จะต้องปรับแผนการ และถ้ามีทีมงานก็จะทำให้ผลลัพธ์ดีขึ้น



- ขั้นตอนการให้คำแนะนำผู้ป่วย : ต้องประเมินความพร้อมของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดย
 - 1) Pre contemplation (ไม่เห็นความสำคัญ)
 - 2) Contemplation (เริ่มเป็นว่าเริ่มเสี่ยง แต่ไม่มีข้อมูล)
 - 3) Preparation (เตรียมพร้อมที่จะเปลี่ยน)
 - 4) Action (กำลังอยู่ในช่วงเปลี่ยนแปลง)
 - 5) Maintenance (ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่อย่างต่อเนื่อง)
- การใช้โภชนบำบัด :
- โดยเริ่มจากประเมินร่างกาย (เช่น % ไขมัน) ให้คำแนะนำเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ติดตามการปฏิบัติตัว
- เน้นการนับคาร์โบไฮเดรต โดยให้รู้จักประเภทอาหาร , ปริมาณอาหารใน 1 ส่วน , การดักอาหารพอดิ
- การบันทึกรายการอาหารใน 24 ชั่วโมง

- การออกกำลังกายที่เหมาะสม
- 3. โครงการมหานครปลอดเบาหวาน: ดำเนินการใน กทม. โดยความร่วมมือจากแหล่งทุนต่างๆ เป้าหมายคือจัดนิทรรศการในบริษัท, ห้างสรรพสินค้า, คอนโด โดยกิจกรรมประกอบด้วย
 - 1) ประเมินน้ำตาล, มวลไขมัน, ประเมินสภาพร่างกาย
 - 2) รูปแบบ ตัวอย่าง กิจกรรม เคลื่อนไหว
 - 3) คริวจำลอง, เรียนรู้ฉลาดโภชนาการ, เกมส์, ชู่มืออาหาร
 - 4) DM care
 - 5) Relax

ยกตัวอย่าง : โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใน จนท.ศูนย์ กทม. : ประเมินตนเอง ตั้งเป้าหมายลดน้ำหนัก การเปลี่ยนพฤติกรรม ประเมินผล 3 ด, จัดกิจกรรม เช่น คุมอาหาร

สรุปประเด็น ที่มีการตั้งคำถาม อภิปราย แลกเปลี่ยน

1. การเจาะเลือดตรวจเบาหวาน 2 ครั้ง ค่าไม่เท่ากันเนื่องจากอะไร
อาจเป็นเพราะเจาะคนละตำแหน่ง (Capillary - vein ไม่เท่ากัน) หรือเช็ด alcohol ไม่แห้ง (แนะนำให้ล้างมือให้สะอาดและไม่ต้องใช้ alcohol) หรือทดสอบว่าเสื่อมคุณภาพ (โดนความร้อน/แดด, โดนความชื้น : เก็บในตู้เย็นปิดฝาขวดไม่แน่น) วิทยากรสรุปว่า น้ำตาลต่างกันไม่เกิน 10% ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงแผนการรักษาเบาหวาน

2. ผู้ป่วยสูงอายุในชุมชนมีปัญหาเรื่องกินข้าวไม่อร่อย มักกินข้าวกับมะม่วงสุก ทำให้คุมน้ำตาลไม่ได้ ควรทำอย่างไร
แนะนำให้พูดคุยทำความเข้าใจกับผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยคิดและตอบคำถามด้วยตนเองว่าถ้าลดยาเบาหวานได้จะรู้สึกอย่างไร ถ้าอยากลดยา ให้กินอาหารที่แนะนำ เพื่อให้น้ำตาลลดลง
3. ผักใบต้องนำมาคิดแคลอรีหรือไม่
คิดด้วย แต่ผักสุกกับผักสดคิดต่างกัน
4. ไขมันรอบพุง มีผลต่อเบาหวานเพราะอะไร
เป็นการเก็บข้อมูลทางสถิติ ไม่มีผลการศึกษาหรือข้อมูลยืนยันที่ชัดเจน
5. ไขมันสูง กับ น้ำตาลสูง อะไรน่ากลัวกว่ากัน
ต้องพิจารณาควบคู่กันไป



สำหรับผู้ป่วย วิตามินบี 12 แมคโครไบโอติกส์ การล้างพิษ การขับสารพิษ สมุนไพรจีน ฯลฯ

- กลุ่มศาสตร์ / เทคนิคของศาสตร์ที่เน้นการปรับสมดุลของโครงสร้างร่างกาย (กระดูก / กล้ามเนื้อ) ได้แก่ การนวด ดัด ในวัฒนธรรมต่างๆ การจัดกระดูกแบบจีน ไคโรแพคติดุลยภาพบำบัด การออกกำลังกายแบบต่างๆ ได้แก่ โยคะ ชี่กง ไทเก๊ก วารีบำบัด ฯลฯ
- กลุ่มศาสตร์ / เทคนิคของศาสตร์ที่เน้นการปรับสมดุลของพลังในร่างกาย / ความสัมพันธ์กาย - จิต ได้แก่ สมาธิในวัฒนธรรมต่างๆ การเสริมสร้างพลังและวัฒนธรรมต่างๆ ได้แก่ โยคะ ชี่กง การฝึกลมปราณ ไทเก๊ก การฝังเข็ม การกดจุด ฯลฯ

ในที่นี้ขอยกตัวอย่าง การนำเอาแนวคิด และความรู้ศาสตร์การแพทย์ทางเลือกแขนงต่างๆ สู่อารมณ์ปฏิบัติ ให้เป็นตัวอย่างแก่ประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม ดังต่อไปนี้คือ

1. การส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานด้วยอาหารแมคโครไบโอติกส์

แมคโครไบโอติกส์ (Macrobiotics) มาจากภาษากรีก คำว่า แมคโคร หมายถึง ยืนยาวหรือยิ่งใหญ่ ไบโอติกส์ หมายถึง ชีวิตหรือแนวทางของชีวิตโดยรวมแล้ว แมคโครไบโอติกส์ จึงหมายถึง ทักษะการมองชีวิตที่กว้างใหญ่ ซึ่งเป็นแนวทางอันยิ่งใหญ่ของชีวิต การใช้วิถีชีวิตตามแนวทางแมคโครไบโอติกส์นั้น เป็นความตระหนักรู้ในเรื่องของอาหารที่เรากินเข้าไป ไม่เพียงแต่จะช่วยหล่อเลี้ยงบำรุงร่างกาย และประทั้งชีวิตเท่านั้นแต่เป็นพื้นฐานของสุขภาพและความสุขของเราอีกด้วย

การประกอบอาหารตามแนวแมคโครไบโอติกส์ เป็นทั้งศาสตร์และศิลปะการให้ความรู้แสดงให้เห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพด้วยอาหาร เพราะอาหารนอกจากเสริมสร้างสุขภาพด้านร่างกายแล้ว ผู้รับประทานยังสามารถรับรู้ถึงความรู้สึกทางด้านอารมณ์และจิตใจ

ครัวแมคโครไบโอติกส์ ควรเป็นครัวที่ปราศจากสารเคมี และใช้วัสดุธรรมชาติ เช่น ไม้ แก้ว ดิน กระเบื้อง สแตนเลส ไม่ใช้วัสดุสังเคราะห์ เช่น พลาสติก สังกะสี อลูมิเนียม ควรใช้พลังงานจากแก๊สหรือถ่าน หรือใช้พลังงานไฟฟ้าแต่น้อยส่วนเครื่องปรุงควรใช้เกลือทะเลธรรมชาติและเครื่องปรุงที่ได้จากการหมักโดยวิถีธรรมชาติ เช่น กะปิ เฉาก๊วย มิโสะ ซีอิ๊ว บ๊วยดอง เป็นต้น

ข้อแนะนำ วิธีการกินแบบแมคโครไบโอติกส์ ต้องพิจารณาร่างกายของตัวเองที่สำคัญคือ ต้องเคี้ยวอาหารนานๆ อย่างช้าๆ ให้ละเอียด อาหารแต่ละคำควรเคี้ยว 50 ครั้ง เป็นอย่างน้อย หลีก

เลี่ยงการกินอาหาร 3 ชั่วโมงก่อนเข้านอน ดื่มน้ำในปริมาณเล็กน้อยเมื่อกระหาย ไม่ควรดื่มน้ำเย็น ทัดปรุงอาหารอย่างถูกต้องเหมาะสมโดยได้รับคำแนะนำจากผู้มีประสบการณ์ และปฏิบัติสมาธิเป็นประจำ

มีการศึกษาวิจัยและค้นพบว่า การทำสมาธิมีความเชื่อมสัมพันธ์กับระบบจิตประสาทส่งผลมาในระบบต่อมไร้ท่อ เนื่องจากเบาหวานเป็นโรคแสดงออกถึงภาวะไม่สมดุลของฮอร์โมนร่างกาย ดังนั้น การปฏิบัติด้านจิตด้วยสมาธิจึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนและสารเคมีในร่างกายทำให้ฮอร์โมนเครียดที่หลังจากต่อมหมวกไต (คอร์ติซอล) ลดลง การฝึกจิตโดยการทำสมาธิเป็นวิธีเบื้องต้นวิธีหนึ่งในการลดความวิตกกังวลและความเครียด

การปฏิบัติสมาธิไม่ว่าผู้ปฏิบัติ มีเชื้อชาติหรือปฏิบัติสมาธิในรูปแบบ สถานที่ เวลา ความเชื่อแตกต่างกันก็ตาม ผลที่ได้รับไม่แตกต่างกันคือ ทำให้เป็นผู้ที่ตื่นอยู่

เสมอ รู้ตัวอย่างมีสติ ส่งผลให้สามารถรู้เท่าทันเหตุการณ์ต่างๆ และควบคุมอารมณ์ จิตใจไม่ให้อ่อนไหวไปกับสิ่งเร้าของสิ่งแวดล้อมทางสังคม สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบรโภคและเผชิญปัญหาในชีวิตประจำวันได้ดี

2. การส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานด้วยการฝึกโยคะ

โยคะเป็นศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับหลักปรัชญาและศาสนาที่มีต้นกำเนิดมาจากประเทศอินเดีย โยคะเป็นวิธีการทำให้จิตสงบนิ่ง ผ่อนคลาย และเป็นการปรับสมดุลทั้งร่างกายและจิตใจ ทำบริหารของโยคะเป็นการบริหารกายที่มีการยืดเหยียดกล้ามเนื้ออย่างช้าๆ ในขณะที่มีการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ไกลโคเจนที่สะสมในกล้ามเนื้อจะสลายเป็นพลังงาน และเมื่อปฏิบัติอย่างต่อเนื่องร่างกายจะมีการนำกลูโคส และไขมันในกระแสเลือดออกมาใช้ ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดลดลง เพิ่มความไวของเนื้อเยื่อในการตอบสนองต่ออินซูลิน และลดภาวะดื้อต่ออินซูลินทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ได้ดีขึ้น

การฝึกโยคะในผู้ป่วยเบาหวานสามารถฝึกได้ 2 รูปแบบ ดังนี้

1. ทำสุริยนะมัสการ 12 รอบแล้วนอนพักในท่าผ่อนคลาย ประมาณ 15 นาที
2. สุริยนะมัสการ 3-6 รอบ แล้วนอนพักในท่าผ่อนคลาย ประมาณ 10 นาที แล้วค่อยๆ ทำท่าต่างๆ ดังนี้

- ท่าที่ 1 ท่ายืนส่วนหลัง
- ท่าที่ 2 ท่าชาณูศิระษะอาสนะ
- ท่าที่ 3 ท่าบิดตัว
- ท่าที่ 4 ท่าโยคะมุทรา
- ท่าที่ 5 ท่าพะวันมุทราสนะขับลม
- ท่าที่ 6 ท่างู
- ท่าที่ 7 ท่าตักแตน
- ท่าที่ 8 ท่าจระเข้ขี้ม

ต่อจากนั้นให้ผ่อนคลายเป็นอนอนคว่ำ แก้มแนบพื้น มีอวางหงายข้างลำตัว เท้าแยกกันเล็กน้อย ทิ้งน้ำหนักตัวลงกับพื้น ผ่อนคลายกล้ามเนื้อเต็มที่ประมาณ 5 นาที ต่อไปให้ฝึกสมาธิ โดยหายใจเข้าและออกช้าๆ ตามธรรมชาติ สติระลึกรู้ลมที่กระทบบริเวณปลายจมูกตลอดเวลา ฝึกประมาณ 5 - 10 นาที

ข้อแนะนำ การฝึกโยคะควรทำทุกวันละ 1 - 2 ครั้ง เข้าและเย็น หรือวันละครั้ง เป็นอย่างน้อย ฝึกเป็นประจำทุกวัน ฝึกเวลาท้องว่างหรือหลังรับประทานอาหารอย่างน้อย 2-3 ชั่วโมง จะช่วยให้ร่างกายปรับสมดุลกล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น ฝึกควบคุมไปการควบคุมอาหาร รับประทานข้าวกล้องหรือซ้อมมือ เนื้อปลา งาดอาหารที่มีรสหวาน เช่น แดงโม สับประรด ลำไย ทูเรียน เงาะ เป็นต้น กินผัก และผลไม้ที่ไม่หวานมาก เช่น กัญชงน้ำว่า มะละกอ ถั่ว เต้าหู้ ลดอาหารไขมันลง กินอาหารแต่พอประมาณ ประมาณ 70% ของความอิ่ม จะทำให้สามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และใช้ยาน้อยลง

3. การส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานด้วยการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ของร่างกาย เป็นวิธีการบำบัดด้านการแพทย์ทางกายและจิต การสร้างความผ่อนคลาย โดยทำให้จิตเป็นสมาธิ ความผ่อนคลายจะช่วยลดความดันโลหิต ทำให้การเต้นของหัวใจช้าลง การหายใจช้าลง หัวใจทำงานอย่างมีประสิทธิภาพและนอนหลับสบาย การผ่อนคลายเนื้อเยื่อทำให้เกิดผลดีต่อระบบไหลเวียนเลือด หลอดเลือดไม่ถูกบีบรัดจากกล้ามเนื้อ ทำให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงกล้ามเนื้ออ่อนได้ดีขึ้น มี วิธีการฝึกปฏิบัติ ดังนี้

ผู้ฝึกนอนหงายราบกับพื้น เท้าชิด กดปลายเท้าขึ้น-ลงเกร็งกล้ามเนื้อค้างไว้ 5 วินาที แล้วผ่อนคลาย สลับกันไป หลังจากนั้นฝึกเกร็งกล้ามเนื้อทีละส่วน จากปลายเท้าไปยังศีรษะ ขณะทำให้หลับตาสบายๆ การฝึกอาจทำเรียงตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

- 1) เกร็งปลายเท้าเข้าหาลำตัว เกร็งกล้ามเนื้อ เส้นเอ็นให้แข็งค้างไว้ 5 วินาที แล้วผ่อนคลาย ทำซ้ำ 2-3 ครั้ง
- 2) เหยียดปลายเท้าขมวดงักพื้น เกร็งค้างไว้ 5 วินาที ทำซ้ำ 2-3 ครั้ง
- 3) เกร็งกล้ามเนื้อน่อง กดเข่าแบบกับพื้นไว้ 5 วินาทีแล้วผ่อนคลายทำซ้ำ 2-3 ครั้ง
- 4) เกร็งกล้ามเนื้อต้นขาให้แข็ง หนีบแก้มกันเข้าหากัน ค้างไว้ 5 วินาที ทำซ้ำ 2-3 ครั้ง

5) มือวางซ้อนกันไว้บนหน้าท้อง หายใจเข้าหน้าท้องพองขึ้น จนสุดแล้วค้างไว้ 5 วินาที ทำซ้ำ 2-3 ครั้ง

6) ย้ายมือวางลงบนทรวงอก หายใจเข้าช้าๆ หน้าอกขยายขึ้น แล้วกลั้นลมหายใจไว้ 5 วินาที แล้วผ่อนคลายเป็นหายใจออก ทำซ้ำ 2-3 ครั้ง

7) ต่อไปหายใจเข้าหน้าอกขยายขึ้น กลั้นลมหายใจ ยกสะโพกลอยขึ้นจากพื้นเล็กน้อยเกร็งลำตัวให้แข็งไว้ ใช้สันเท้าและไหล่ดันพื้นไว้ ค้างไว้ 5 วินาที ผ่อนคลายวางสะโพกลงทำซ้ำ 2-3 ครั้ง

8) ต่อไปหายใจเข้า ยกแขนทั้งสองขึ้นช้าๆ เหนือศีรษะวางกับพื้น แล้วเหยียดแขนเหนือศีรษะขึ้นไปจนสุด ปลายเท้าขมวดงักพื้น เกร็งค้างไว้ 5 วินาที แล้วหายใจออก นำแขนวางลงข้างลำตัว ผ่อนคลาย ทำซ้ำ 2-3 ครั้ง

9) ต่อไปบริหารกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า เริ่มโดยอ้าปากกว้างสุด ตาเบิกโพลง มองดูเพดาน ค้างไว้ 5 วินาที แล้วผ่อนคลาย ทำซ้ำ 2-3 ครั้ง ต่อไปสลับพื้นให้สนิทเบาๆ ยิงพื้นออกด้านข้าง ค้างแบบยืมให้เต็มที่ค้างไว้ 5 วินาที ทำซ้ำ 2-3 ครั้ง

ข้อควรระวัง ในการผ่อนคลายเนื้อเยื่อ ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง ไม่ควรเกร็งกล้ามเนื้อนานเกินไป

4. การส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ด้วยการฝึกการหายใจ

การฝึกการหายใจสำหรับผู้ป่วยเบาหวานเป็นการออกกำลังระบบประสาทรับความรู้สึกทางจุมกอย่างง่าย ๆ เน้นเรื่องการหายใจเป็นหลัก เพราะ ถือว่า “การหายใจคือพลังชีวิต” เพื่อให้ปอดได้รับออกซิเจนเต็มที่ เป็นการปรับสมดุลของร่างกายทำให้ร่างกายกระปรี้กระเป่า ทุกครั้งที่หายใจออกคาร์บอนไดออกไซด์จะถูกขับออกจากร่างกาย ทำให้ลดความตึงเครียดความกังวลผ่อนคลาย ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานควรให้ความสำคัญกับการฝึกการหายใจและสร้างความเคยชินใหม่ในการฝึกการหายใจที่ถูกต้อง ดังนี้

ก. การหายใจด้วยท้อง (Abdominal Breathing)

การฝึกการหายใจด้วยท้องอย่างมีประสิทธิภาพสามารถทำได้ทั้งในท่านั่งและท่านอน การฝึกในท่านอนจะทำได้ง่ายกว่าท่านั่ง

วิธีการ

1. การนอนราบกับพื้น ชันเข่าทั้งสองข้าง ฝ่ามือทั้งสองวางลงบนหน้าท้อง
2. หายใจเข้าโดยลากลมยาว ๆ ซ้ำ ๆ ดันท้องให้ค่อย ๆ พองขึ้นจนสุด
3. หายใจออกปล่อยลมออกช้า ๆ ท้องค่อย ๆ ยุบลง ฝึกติดต่อกันไปประมาณ 5 -10 นาที

ข. การหายใจที่สมบูรณ์แบบของอินเดีย (Complete Indian breathing)

เป็นเทคนิควิธีการหายใจ เพื่อการมีอายุยืน ทำให้ปอดขยายเลือดพาออกซิเจนไปเลี้ยงอวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกายได้อย่างเต็มที่

วิธีการ

1. นิ่งหรือยืนในท่าที่สบาย
2. หายใจเข้าทางจุมก ซ้ำ ๆ หายใจเข้าอย่างช้า ๆ ให้ปอดขยายเต็มที่ ท้องแฟบ
3. ต่อจากนั้นยกไหล่ขึ้นให้สูงที่สุดเท่าที่จะทำได้ ทำให้อากาศเข้าไปในปอดปอดขยายเต็มที่กลั้นลมหายใจเอาไว้ในปอด นับหนึ่งถึง 5 เพื่อให้ออกซิเจนได้มีการดูดซึม
4. หายใจออกให้ลมออกให้หมดปอดทางจุมก ให้ท้องป่อง กลั้นหายใจไว้ประมาณ 5 วินาที
5. หายใจออกช้า ๆ ลึก ๆ เท่าที่จะทำได้ ผ่อนคลายไหล่ หน้าอก ไหล่ ออกแขนงหน้าท้องมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ กลั้นหายใจไว้ 5 วินาที
6. ทำซ้ำ 10 ครั้ง หยุดในระหว่างหายใจเข้าออก ฝึกบ่อย ๆ ทุกวันจนติดเป็นนิสัย

5. การส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ด้วยการฝึกจิตโดยการทำสมาธิ

ในปรัชญาและความเชื่อของชาวตะวันออก ถือว่าร่างกายและจิตใจมีความสัมพันธ์กัน ดังนั้น ชาวตะวันออกซึ่งมีความเชื่อและมีปรัชญาชีวิตว่าสุขภาพร่างกายที่ดีไม่ใช่เพียงแค่ร่างกายที่แข็งแรง แต่รวมถึงจิตใจที่ผ่องคลาย

มั่นคง อยู่ในสภาวะที่เรียกว่ามีสมาธิที่ดี ซึ่งสภาพสมาธิหรือพลังจิตใจที่แข็งแกร่งเป็นส่วนสำคัญของการมีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดี ผู้ที่ฝึกจิตจะช่วยในการฟื้นฟูสุขภาพ ลดความเครียด โดยเฉพาะการฝึกจิตโดยการทำสมาธิ ทำให้หายใจลึกและช้าลง การทำงานของระบบต่างๆ สมดุล ลดความเครียด ทำให้อารมณ์ดีขึ้น มีสติเร็วขึ้น มีวิธีการฝึกปฏิบัติ ดังนี้ การฝึกจิตโดยการทำสมาธิกำหนดลมหายใจ (Breath Awareness)

วิธีการ

1. นิ่งลำตัวตรง ทรวงอกตั้งขึ้นไหล่วางหย่อนลง
2. ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หายใจเข้า และออกช้า ๆ ตามธรรมชาติ กำหนดรู้ส่วนต่างๆ ของร่างกายตั้งแต่ศีรษะแล้วผ่อนคลายใบหน้า ผ่อนคลายต้นคอ ผ่อนคลาย ไหล่ทั้งสอง ผ่อนคลาย ลงมาตามลำดับจนถึงเท้าแล้ว ผ่อนคลายทีละส่วน
3. กำหนดรู้ที่ปลายจุมก เวลาลมกระทบก็กำหนดรู้ อาจจะกำหนดว่า “พุท” หายใจออกลมกระทบกำหนดรู้ ว่า “โธ” กำหนดรู้ติดต่อกัน 5-10 นาที

ข้อแนะนำ การฝึกสมาธิหรือกำหนดลมหายใจสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ทำทางไม่จำเป็นต้องนั่งขัดสมาธิเสมอไป ผู้ป่วยเบาหวานที่อ่อนแออาจทำสมาธิในท่านั่งหรือนอนหรือเดินจงกรมหรือแล้วแต่เทคนิควิธีการที่ตนเองถนัด สามารถฝึกสมาธิตาม

วัด หรือสำนักสงฆ์หรือตามสถานที่ประกอบพิธีกรรมตามศาสนาต่างๆ ได้เช่นกัน

6. เมนูอาหารพื้นบ้าน สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน : แม้เป็นเบาหวานชีวิตก็เป็นสุขได้

โรคเบาหวานเป็นแล้วไม่หายขาด แต่สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขได้ ถ้าดูแลตัวเองเรื่องอาหาร และทำตามแพทย์แนะนำ เบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง ผู้ที่เป็นมักไม่รู้ตัว มักจะพบโดยบังเอิญ เช่น เมื่อไปตรวจร่างกายและโรคอื่น จะปรากฏต่อเมื่อถึงขั้นรุนแรง คนที่เป็นต้องระมัดระวังเรื่องอาหารพร้อมกับการรักษา

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง สามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรม ผู้ที่มีพ่อแม่เป็นเบาหวานระมัดระวังเป็นพิเศษ อาการของโรคเบาหวานมีดังนี้ อ่อนเพลีย หิวบ่อย ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำมาก คันตามผิวหนัง มดขึ้นปัสสาวะ

การรักษาโรคเบาหวานด้วยอาหารมีจุดมุ่งหมายดังนี้

1. ต้องการป้องกันมิให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินระดับปกติ
2. ต้องการให้ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวที่เหมาะสม
3. ต้องการให้ผู้ป่วยได้อาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ

อาหารสำหรับคนที่เป็นเบาหวาน

1. รสไม่หวาน ไม่ใช้น้ำตาลหรือสารให้รสหวานปรุงแต่งอาหาร แม้แต่น้ำผึ้ง
2. กินผักที่มีแป้งน้อย เลือกกินผักใบเล็กเลี้ยงผักหัว
3. มีปริมาณของเนื้อสัตว์มากกว่าคนปกติ เช่น คนปกติกินเนื้อสัตว์ 60 กรัม คนเป็นโรคเบาหวานควรได้กิน 120 กรัม
4. ลดอาหารที่ให้สารอาหารคาร์โบไฮเดรต คือประเภทข้าว น้ำตาล ขนมหวาน คนปกติกินข้าว มื้อละ 2 ถ้วย คนเป็นเบาหวานควรกินมื้อละครึ่งถ้วย โดยกินผักใบมากๆ
5. กินอาหารที่มีเส้นใยสูง จะช่วยลดน้ำตาลในเลือดได้ คือ ผักและผลไม้ โดยเลือกกินผลไม้ที่ไม่มีรสหวาน ผลไม้ที่มีคาร์โบไฮเดรตน้อย มีเส้นใยสูง เช่น แดงไทย แดงโม ฝรั่ง ส้ม
6. ทำอาหารรสชาติธรรมดา ใช้เครื่องปรุงรสได้ทุกอย่าง ยกเว้น น้ำตาล น้ำผึ้ง น้ำหวาน ฯลฯ
7. ถ้าเป็นคนอ้วน เลือกอาหารที่มีไขมันต่ำโดยเฉพาะเนื้อสัตว์ ใช้ปลา กุ้ง เนื้อที่ไม่มีไขมันปรุงอาหารโดยใช้ไขมันในปริมาณที่จำกัด คือ 1 ช้อนโต๊ะต่อ 1 วัน ประกอบอาหารโดยวิธีนี้ อบ ปิ้ง ย่าง

การใช้ผักพื้นบ้านทำอาหาร

วิธีที่จะใช้ผักพื้นบ้านทำอาหารมีได้หลายวิธี เช่น

1. **เผา** หน่อไม้ มะเขือ หัวปลี มะระขี้เทย มะเขือพวง
2. **หลาม** ผักใบ ดอกโสน
3. **นึ่ง** ผักหัว เห็ด ผักทอง ผือก มัน
4. **ต้ม** ผักหัว ผักใบ เห็ด
5. **ผัด** ใช้กับผักทุกชนิด
6. **การถนอม** ดอง เชื่อม ตากแห้ง เช่น หน่อไม้ดอง ผักเสี้ยนดอง ตากแห้ง เช่นดอกงิ้ว เห็ด พริก
7. **ยำ คลุก** ยำตะไคร้ ยำหัวปลี ยำถั่วพูลู ยำหยวกกล้วย ยำข่า ยำยอดกระถิน
8. **กินสดๆ** เป็นเครื่องจิ้มน้ำพริก หลน

การทำอาหารอย่างสงวนคุณค่า

1. ล้างก่อนปอก (ตัดราก ตัดขั้ว)
2. ปอกหั่นแล้วใช้ทันที
3. การต้มต้องใช้น้ำเดือดไฟแรง นานน้อย เวลาสั้น ปิดฝา
4. การผัดต้องใช้ไฟแรงผัดเร็วๆ
5. ไม่ควรปล่อยให้แห้ง ควรเก็บผักให้สดเสมอ

อาหารพื้นบ้านกับสรรพคุณทางยา

จำแนกตามประเภทของเครื่องปรุง

1. น้ำพริกมะขามสด

(อาหารประจำภาคกลาง)

- 1) **มะขามสด** ช่วยระบาย แก้อาการไอ บรรเทาอาการไอ ทำให้ชุ่มคอ ละลายเสมหะ

- 2) **กระเทียม** ช่วยระบายไขมันในเลือด กระตุ้นการดูดซึมของวิตามินบี 1 แก้อาการไอ ขับเสมหะ ฆ่าเชื้อในปากและลำคอ
- 3) **พริกขี้หนู** ขับลม บำรุงธาตุ
- 4) **ผัก** แตงกวา ช่วยเบาหุงผิว ช่วยระบาย
- 5) **มะเขือเปราะ** กระตุ้นการทำงานของกระเพาะลำไส้ บำรุงธาตุไฟ
- 6) **ถั่วฝักยาว** กระตุ้นการทำงานของกระเพาะลำไส้ บำรุงธาตุไฟ
- 7) **กะหล่ำปลี** กระตุ้นการทำงานของกระเพาะลำไส้ บำรุงธาตุไฟ
- 8) **ผักกาดขาว** กระตุ้นการทำงานของกระเพาะลำไส้ ขับปัสสาวะ บำรุงธาตุไฟ

2. ลาบปลาตุ๋น

(อาหารประจำภาคอีสาน)

- 1) **ข้าวสาร** บำรุงร่างกาย แก้อาการไอ แก้เหน็บชา
- 2) **พริกขี้หนู** ทำให้ระบบย่อยอาหารดีขึ้น ขับลม
- 3) **ข่า** ช่วยย่อยอาหาร แก้อาการท้องอืดท้องเฟ้อ แก้อาการเวียนศีรษะ แก้ปวด
- 4) **ใบมะกรูด** แก้อาการไอ ขับลมในลำไส้ แก้อาการจุกเสียด
- 5) **หอม** แก้อาการไอ ขับลมในลำไส้ แก้อาการจุกเสียด
- 6) **สะระแหน่** ขับเหงื่อ แก้อาการท้องอืด ขับลม แก้อาการจุกเสียดแน่นท้อง
- 7) **มะนาว** แก้อาการไอ แก้อาการจุกเสียด

- 8) **กะหล่ำปลี** กระตุ้นการทำงานของกระเพาะลำไส้ บำรุงธาตุไฟ
- 9) **ถั่วฝักยาว** กระตุ้นการทำงานของกระเพาะลำไส้ บำรุงธาตุไฟ
- 10) **โหระพา** แก้อาการไอ ขับลมในลำไส้ ขับเสมหะ

3. แกลง

(อาหารประจำภาคเหนือ)

- 1) **ชะอม** ช่วยลดความร้อนของร่างกาย
- 2) **ใบชาพูลู** แก้อาการไอ
- 3) **ตำลึง** ดิบพิษร้อน
- 4) **บวบ** ดิบพิษร้อน
- 5) **มะเขือพวง** แก้อาการไอ ขับเสมหะ
- 6) **มะเขือเปราะ** กระตุ้นการทำงานของลำไส้ ช่วยบำรุงธาตุ
- 7) **หน่อไม้** ใช้ขับปัสสาวะ แก้ไตพิการ ชักฟอกล้างโลหิตระดูที่เสีย

4. แกลงเกลือมะละกอ

(อาหารประจำภาคใต้)

- 1) **ลูกมะละกอ** ช่วยย่อยอาหาร ขับถ่ายอุจจาระ แก้อาการไอ
- 2) **กุ้ง** (สด) บำรุงร่างกาย
- 3) **ตะไคร้** ขับลม ขับปัสสาวะ
- 4) **ขมิ้นชัน** ขับลมในกระเพาะอาหาร
- 5) **หัวหอม** ขับลม แก้อาการจุกเสียด
- 6) **พริกขี้หนู** (สด) ขับเหงื่อ ชูรสอาหาร
- 7) **เกลือทะเล** ขับเมือกมันในลำไส้
- 8) **เนื้อในมะขาม** แก้อาการไอ ระบายอุจจาระธาตุ
- 9) **กะปิ-น้ำปลา** ช่วยชูรสอาหาร
- 10) **น้ำตาล** ชูรส บำรุงหัวใจ

เวทีเต็มสาระ: ถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยี
แลกเปลี่ยนประสบการณ์

การขับเคลื่อนเพื่อลด ปัจจัยเสี่ยงในชุมชน กรณีกลุ่มเด็กและวัยรุ่น

วันที่ 21 พฤษภาคม 2552 ห้องมิราเคิลแกรนด์ C
เวลา 13.30 - 16.45 น.

ผู้จัดการกระบวนการห้องย่อย
คณะทำงานเครือข่ายรณรงค์เด็กไทยไม่กินหวาน

จำนวนผู้เข้าร่วม ประมาณ 70 - 80 คน

เกริ่นนำวัตถุประสงค์

โดย ทพญ.ปิยะดา ประเสริฐสม

การจัดการของห้อง แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มย่อย ซึ่งนำเสนอการทำงานที่เป็นส่วน
หนึ่งของเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน ได้รับการสนับสนุนโดยกองทุนสนับสนุนการ
สร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ลักษณะการจัดกระบวนการในวันนี้ จัดเป็น station เพื่อให้
เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ แบบหมุนครบทั้ง 3 กลุ่ม โดยแต่ละรอบ ใช้เวลา 15
นาที ให้มีการซักถาม 5 นาที

ทำไมต้องมีเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน

โดย ทพญ.จันทนา อึ้งชูศักดิ์

ที่มาของเครือข่ายฯ เกิดจากการรวมตัวกันระหว่างทันตแพทย์ นักวิชาการ และ
เครือข่ายสื่อมวลชน เพื่อผลักดันให้เกิดนโยบายที่ทำให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อเด็ก
ด้วยการจัดการให้เกิดการลดปริมาณน้ำตาลในนมสำหรับเด็ก การผลักดันโรงเรียน
ปลอดน้ำตาล ควบคู่กับการทำงานและขับเคลื่อนในระดับพื้นที่ ให้เกิดการดำเนินงานเป็น
เครือข่ายที่นำไปสู่การจัดการสุขภาพของเด็ก โดยเฉพาะการปลูกฝังพฤติกรรม
การบริโภค



สรุปสาระสำคัญ
กรณีตัวอย่างที่น่าเสนอ

1. การจัดสิ่งแวดล้อมในศูนย์เด็กเล็ก
กับ ศูนย์พัฒนาเด็กอ่อนหวาน จ.น่าน

ภายหลังจาก อบต. ได้รับการถ่าย
โอนให้ดูแลศูนย์เด็กเล็ก ซึ่งในขณะนั้น
อบต. ไม่มีความรู้ในการดูแลเด็ก จึงได้
พยายามหาเครือข่าย ประกอบด้วย
สาธารณสุข ผู้นำชุมชน วัด เจ้าอาวาส
จัดทำโครงการที่มีลักษณะคล้ายงานวิจัย
เริ่มจากการสำรวจข้อมูลร่วมกัน
เพื่อนำข้อมูลจริงนั้นมาพูดคุยกับชุมชน
นำสถานการณ์ที่เป็นปัญหาในชุมชนใน
ประเด็นเรื่องพฤติกรรมบริโภคเข้าสู่
ชุมชน ซึ่งเป็นที่มาของมาตรการในการ
ดำเนินงานในชุมชนโดยชุมชนเป็นผู้เสนอ
อาทิ การจัดให้ผู้ปกครองมีความรู้เรื่อง
อาหาร การดูแลปากและฟันของบุตร
เมื่อสิ้นสุดโครงการระยะที่ 1 แต่ก็ได้
ดำเนินงานต่อเนื่องมาจนกระทั่งปัจจุบันปี
ที่ 4 ผลที่เกิดขึ้นคือ สุขภาพในช่องปาก
ของเด็กดี 100% แต่ไม่เพียงเท่านั้นเราได้
เครือข่ายการทำงานที่มาด้วยใจ ช่วย

จัดการเรื่องโปรแกรมสำเร็จรูป ทำให้เกิด
การประมวลผลสุขภาพของเด็กในด้าน
ภาวะโภชนาการได้ดีขึ้น และนำไปสู่การ
จัดการเป็นรายกลุ่ม

ปัจจุบันได้มีการพัฒนาสื่อการเรียน
การสอนเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร โดย
เริ่มจากให้เด็กเลือกอาหารสดที่เขาชอบ
แล้วผู้ดูแลเด็กนำมาประกอบอาหารให้
เด็กรับประทาน พร้อมๆ กับส่งเสริมให้
เด็กรับประทานผลไม้และวัตถุดิบของ
อาหารที่มีอยู่ในชุมชน ซึ่งปลอดสารพิษ
มีการใช้มาตรการบังคับไม่ให้มีขนมใน
ศูนย์ฯ ไม่ให้มีขนมกรุบกรอบ ไม่มีน้ำ
อัดลม และไม่ให้มีนมรสหวาน นอกจากนี้
ยังมีการสร้างนิสัยการบริโภค การดูแล
สุขภาพปากและฟัน โดยจัดกิจกรรมให้
เด็กและผู้ปกครองรู้ว่าการแปรงฟันไม่
สะอาดจะเกิดอะไรขึ้น โดยจัดกิจกรรมให้
เห็นจริง เช่น การใช้สีป้ายฟันภายหลัง
การแปรงฟัน ชี้ให้ผู้ปกครองเห็นว่าเด็กที่
แปรงฟันไม่สะอาดจะมีหินปูนเกาะ
เป็นต้น



การเฝ้าระวังเรื่องการบริโภคน้ำตาลในศูนย์เด็กเล็ก ที่ดำเนินการตามที่กล่าวไปแล้ว คือ การใช้มาตรการบังคับ ซึ่งเริ่มจากการสร้างการยอมรับในผู้ปกครองก่อน คือ การให้ผู้ปกครองวิเคราะห์คำนวณด้วยตนเอง เช่น เด็กชอบดื่มน้ำส้มดีได้ให้คำนวณว่าในน้ำส้มมีน้ำตาลเท่าไร นอกเหนือจากน้ำส้ม บริโภคอะไรอีก แล้วดื่มน้ำตาลให้ผู้ปกครองเห็นจริงว่าปริมาณน้ำตาลที่เด็กบริโภคต่อวันนั้นเท่าไร แล้วสะสมมานานเท่าไร อนาคตจะเกิดอะไรขึ้น ชี้ให้เห็นจริง

ลักษณะการจัดกระบวนการเรียนการสอนให้แก่เด็ก สอนจากของจริง ใช้ผักเป็นอุปกรณ์การสอน แล้วนำผักที่สอนนั้นไปประกอบอาหาร หรือกระทั่งการจัดทำขนมที่คนในท้องถิ่นชอบบริโภค ก็ใช้หลักการสอนโดยให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วม บนพื้นฐานการเล่นที่ทำให้เกิดการเรียนรู้

2. การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน จ.อุดร (ประเด็นการจัดระเบียบร้านค้าในโรงเรียน)

การจัดระเบียบร้านค้า เป็นการจัดการให้แม่ค้าในโรงเรียนจัดระเบียบอาหาร ที่แยกให้เห็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ คือ มีคุณค่าทางโภชนาการแต่เสี่ยงมาก เสี่ยงปานกลาง เสี่ยงน้อย เน้นหลักการไม่ห้ามเด็กกินขนมแต่ให้กินเป็น ให้รู้จักเลือก นอกจากนี้โรงเรียนมีการจัดการให้มีธนาคารผลไม้ โดยเป็นข้อตกลงร่วมกันว่าเด็กต้องไม่นำเงินมาโรงเรียนเกินวันละ 10 บาท ตัด 2 บาทเข้าธนาคารผลไม้

อีก 5 บาทเป็นเงินออมในธนาคารออมทรัพย์ ที่เหลือ 3 บาทให้เด็กใช้โดยอิสระ ซึ่งก็พบว่าเด็กมีเงินเหลือกลับบ้าน

ที่มาที่ไปของการจัดการลักษณะดังกล่าวข้างต้น มาจากปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียน ทั้งที่สมัยก่อนรุ่นปู่ ย่า ตา ยาย ไม่มีปัญหาฟันผุมากแต่ปัจจุบันพบปัญหาฟันผุในกลุ่มเด็กมากสาเหตุหนึ่งมาจากการบริโภคขนมซึ่งเป็นของคู่กันกับเด็ก การดำเนินงานนี้ยึดหลักว่า “การไม่ห้ามกินแต่ให้รู้จักเลือก” และให้ผู้ปกครองตลอดจนแม่ค้ามีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรการ โดยกิจกรรมหลักในโครงการประกอบด้วย การสัมมนาครูผู้ปกครองเพื่อชี้ให้เห็นปัญหาและรู้ที่มาของปัญหาที่เกิดขึ้นในกลุ่มเด็ก ร่วมหาแนวทางการแก้ปัญหา ป้องกัน จากนั้นเสริมความรู้ให้กับเด็กโดยจัดอบรมแล้วใช้สัญลักษณ์สีเขียว เหลือง แดงเป็นตัวจำแนกเพื่อให้ง่ายสำหรับเด็กในการเลือกบริโภค นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมการรักษาให้กับเด็กที่มีปัญหา และอีกหนึ่งกระบวนการสำคัญคือ การนิเทศติดตามที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องเข้าไปสนับสุนนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ครูอุ่นใจว่าเอาจริงเอาจัง มีไข่ผลักราะให้ครู

ผลที่เกิดขึ้นจากโครงการที่วัดผลได้พบว่านักเรียนมีปัญหาฟันผุน้อยลง และพยายามเฝ้าดูเฝ้าระวังฟันแท้ฟันในเด็กตั้งแต่ 6 ปี ขึ้นไป นอกจากนี้ก็มีการติดตามพฤติกรรมเด็กว่าการบริโภคของเด็กเป็นอย่างไร พบว่าเด็กมีพฤติกรรมการบริโภคผลไม้มากขึ้น แต่ยังมีได้รวบรวมเป็น



ตัวเลขชัดเจน ในส่วนแม่ค้าเสียผลประโยชน์หรือไม่ ผู้ดำเนินโครงการชี้แจงว่าไม่เกิดผลกระทบเนื่องจากมาตรการดำเนินงานในโครงการนั้นเสนอมาจากกลุ่มแม่ค้าและผู้ปกครองเอง มีสัญญาข้อตกลงในการร่วมกันทำให้สุขภาพเด็กดีขึ้น

3. สถาบันคั้นคว่ำและพัฒนาผลิตภัณฑ์อาหาร มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ (กรณีการเสนอทางเลือกขนมและเครื่องดื่มหวานน้อย)

หลักการการพัฒนาผลิตภัณฑ์ เพื่อลดการบริโภคน้ำตาลในเครื่องดื่มและขนมภายใต้โครงการนี้ เน้นการพัฒนาสูตรและการพัฒนาคุณภาพของผู้ผลิต โดยเฉพาะกลุ่มแม่ค้าในโรงเรียนและผู้ประกอบการมีการพัฒนาเป็นคู่มือการเตรียม ตั้งแต่การเตรียมวัตถุดิบ การปรุง การใช้ความร้อน และมีการรวบรวมสูตรเพื่อเผยแพร่

โดยมีแนวทางการผลิตเครื่องดื่มคือใช้กระบวนการต้มโดยควบคุมอุณหภูมิ ที่



95 องศา จากนั้นนำไปบรรจุด้วยอุณหภูมิประมาณ 85 องศา ต้องไม่ต่ำกว่า 75 องศา แล้วนำไปเก็บเย็น จะทำให้อายุการเก็บนาน 1 เดือน (ที่กล่าวมาเรียกว่ากระบวนการพลาสเจอร์ไรซ์) ที่สำคัญเน้นไม่ให้เติมเกลือในเครื่องดื่ม ส่วนขนมบิสกิต ใช้สารอินนูลิน ที่มีกากใย ไม่มีไขมัน หรือมีน้อย ทดแทนเนย ทำให้เกิดผลดีต่อระบบขับถ่าย และการย่อยอาหาร

สรุปประเด็นสำคัญ

การขับเคลื่อนเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในชุมชน มีปรับสภาพแวดล้อมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง โดยดำเนินการใน 2 Approach คือ

- พื้นที่ดำเนินการ : โดยมีกรณีศึกษา 2 แบบ คือ โรงเรียน และ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
- ภาพเชิงกว้าง : ในระบบอุตสาหกรรม มีการปรับสูตรในนมเด็ก, ขนม, เครื่องดื่ม ฯลฯ โดยลดปริมาณความหวาน, ไขมัน เพื่อเพิ่มทางเลือกแก่ผู้บริโภค

เวทีเต็มสาระ: ถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยี
แลกเปลี่ยนประสบการณ์

การเสวนาเรื่อง การทำงานเบาหวาน ในชุมชน

วันที่ 22 พฤษภาคม 2552 ลานกิจกรรม
เวลา 09.00 - 12.15 น.

รายชื่อวิทยากร/ผู้ดำเนินรายการหลัก เป็นทีมงานจากโรงพยาบาลพุทธชินราช
และเครือข่ายเบาหวานในจังหวัดพิษณุโลก

- | | |
|------------------------------|---|
| 1. พระครูเกษมวาปีพิสัย | เจ้าอาวาสวัดป่ากระดาน |
| 2. คุณสมชาย ทองเถื่อน | นายก อบต. จอมทอง |
| 3. คุณปรีชา ศรีชัย | รองนายกอบต. (รพต.สาธารณสุข ประจำตำบล)
(คนต้นแบบเบาหวาน รุ่น 1) |
| 4. คุณสมบัติ บุญประเสริฐ | อดีตผู้ใหญ่บ้าน. (คนต้นแบบลดพุง) |
| 5. คุณรินดา เจวประเสริฐพันธ์ | พยาบาลประจำ PCU |

ผู้ดำเนินรายการหลัก นพ.นิพัทธ์ กิตติมานนท์

รูปแบบและกระบวนการ

วิทยากรจากพื้นที่เสนอแนวคิด และการทำงานตามบทบาทของแต่ละคน โดยมี
ผู้ดำเนินการเสวนาป้อนคำถาม ถามวิทยากรเป็นรายๆ ตามประเด็นที่น่าสนใจ



สาระสำคัญจากการนำเสนอ ในที่ประชุม

คุณรินดา เจวประเสริฐพันธ์ : การทำงานเชิงรุกของ PCU จากการไปทำงาน สอ. ตั้งแต่ปี 51 เริ่มจาก

1. การวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ป่วยที่มารับบริการในสถานอนามัยว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงอะไรบ้าง (พบว่าเกิดจากพฤติกรรมการกินอาหารที่ไม่เหมาะสมและขาดการออกกำลังกาย)
2. นำปัญหาที่พบไปถ่ายทอดให้ผู้เกี่ยวข้อง (อสม., ผู้นำชุมชน, โรงเรียน.) เพื่อหาแนวร่วมและสร้างเครือข่ายความร่วมมือในเรื่องการสนับสนุนงบประมาณ การประชาสัมพันธ์
3. ร่วมดำเนินการคัดกรองเบาหวานโดยการเพิ่มศักยภาพ อสม. ให้ช่วยคัดกรองและส่งต่อข้อมูลให้เจ้าหน้าที่ สอ. สอ. ส่งต่อข้อมูลกลุ่มผู้ป่วยให้ รพ.พุทธชินราช เพื่อรักษาต่อ

4. ค้นหาคนต้นแบบจากกลุ่มเบาหวาน (ประจำหมู่บ้าน)
5. จัดตั้งชมรม รวมกลุ่มกันทำกิจกรรมต่างๆ เช่น ออกกำลังกาย, เยี่ยมผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านในรายชื่อที่มา PCU ไม่ได้ (จิตอาสา), รณรงค์กินผัก/ผลไม้ รวมกลุ่มกันทำกิจกรรมสร้างรายได้ให้กลุ่ม

พระครูเกษม (เจ้าอาวาส) :

การส่งเสริมจากวัด

จากปัญหาที่ว่าในชุมชนมีแม่หม้ายเยอะ เพราะพ่อบ้านเสียชีวิตจากการกินเหล้าแล้วเกิดอุบัติเหตุ จึงคิดว่าทำอย่างไรให้คนอายุยืนยาวขึ้น จึงใช้วิธีการเทศน์ให้ความรู้แก่ชาวบ้านฟังเวลามาวัด ถึงผลเสียของการกินเหล้าว่า

- 1) เสียทั้งทรัพย์สิน เกิดโรคตับ เสียชีวิต ถ้ารักชีวิต รักครอบครัว ให้เลิกกินเหล้า
- 2) เป็นที่รังเกียจและเป็นที่หวาดระแวงของคนอื่น



3) ถูกดีเตียนเพราะทำอะไรอย่างขาดสติ นอกจากเทศน์เรื่อยๆ บ่อยๆ ให้ชุมชนเข้าใจแล้วยังสนับสนุนให้มีการจัดกิจกรรมต่างๆ ในวัด เช่น การออกกำลังกายผลลัพธ์ที่ได้คือได้เป็นวัดส่งเสริมสุขภาพ

คุณสมบัติของเดือน :

อบต. กับการจัดกิจกรรมสุขภาพ

- ในฐานะผู้บริหารท้องถิ่น คิดว่าควรทำงานให้ครอบคลุมหลายๆ ด้าน ไม่ใช่ทำเรื่องโครงสร้างพื้นฐานเหมือนอดีต จึงได้ประสานความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ เช่น วัด เกษตร (การดูแลแก้ปัญหาสารตกค้างในพืชและอาหาร) กระทรวงศึกษา (การส่งเสริมความรู้) กระทรวงสาธารณสุข (การส่งเสริมสุขภาพ) ถนนสร้างหมดแล้ว คนยังสุขภาพไม่ดี

- การสนับสนุนการดำเนินงาน เริ่มจากกลุ่มชมรมผู้สูงอายุ รวมตัวกัน มีกิจกรรมออกกำลังกาย อบรม. ให้งบประมาณซื้อจักรยาน
- สนับสนุนงบประมาณซื้อเตียงผู้ป่วย, อุปกรณ์ห้องปฐมพยาบาล ให้ PCU, การคัดกรอง DM, HT
- การเป็นผู้นำด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ เช่น ระวังเรื่องการไปกินเลี้ยง, การเลือกประเภทอาหาร, การจัดอาหารว่างในการประชุม
- มีการถ่ายทอดความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพผ่านการทำกิจกรรมต่างๆ การแข่งขัน ขยายกลุ่มและขยายกิจกรรมเพิ่มขึ้น

คุณปรีชา ศรีชัย :

- รู้ว่าเป็นเบาหวานมาประมาณ 6 ปี จากการที่เจ้าหน้าที่ PCU ไปคัดกรองประชาชนในชุมชน (แต่เดิมเจ้าหน้าที่ไปคัดกรองตอน 8 โมงครึ่ง ชาวบ้านออกไปทำนาหมดแล้ว ตอนหลังเจ้าหน้าที่ออก

ไปคัดกรองตอน 6 โมง โดยผู้ใหญ่นำรวมชาวบ้านให้ก่อนออกไปทำนา ผลการคัดกรองพบผู้ป่วยเบาหวานกว่า สองร้อยราย จากคนมาตรวจสองพันกว่าคน) พอรู้ว่าเป็นเบาหวานก็กลัวตาย จึงคิดว่าทำอย่างไรไม่ให้ตาย หลังจากนั้นไปรักษาที่รพ. ระหว่างนั่งรอรับบริการได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้กับผู้ป่วยเบาหวาน รายอื่น (เห็นตัวอย่างที่ดีและไม่ดี) จึงนำมาปรับปรุงตนเอง เน้นเรื่องการกินอาหาร ออกกำลังกาย ต่อมาได้เข้าค่ายเบาหวาน 3 วัน และนำความรู้ไปปฏิบัติ แล้วได้เป็นคนต้นแบบ มีหน้าที่ถ่ายทอดความรู้ให้กับคนอื่น โดยเริ่มจากคนในครอบครัว คนข้างบ้าน คนในชุมชน

ได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่เรื่องการจัดตั้งชมรมเบาหวาน โดยร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหา เน้นเรื่องการออกกำลังกาย การกินอาหาร และประสานความร่วมมือจากส่วนต่างๆ เช่น ท่านเจ้าอาวาส ช่วยเทศน์ให้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร, การเลือกอาหารที่จะถวาย

ให้พระเพื่อไม่ให้เกิดโรค พิธีกรรมศพ พูดถึงสาเหตุการตายของคนตาย เช่น คุณเบาหวานไม่ได้ทำให้เสียชีวิต, คุณได้ไม่เสียชีวิต

ผู้นำชุมชน สนับสนุนสถานที่ออกกำลังกาย สร้างอาคารทำให้ประชาชนในชุมชนออกกำลังกายได้ทุกวัน

ผลการจัดกิจกรรม คนออกกำลังกายมากขึ้น สมาชิกนำผักผลไม้มาขายกันก่อนออกกำลังกาย คนในชุมชนเข้าร่วมมากขึ้น เกิดชมรมออกกำลังกายที่เข้มแข็งมากขึ้น สมาชิกมีรายได้จากการขายผัก และมีสุขภาพดีขึ้นจากการออกกำลังกายทำให้ต้องขยายพื้นที่ในการออกกำลังกายมากขึ้น มีการปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมกับกลุ่มและทันสมัย

สร้างแรงจูงใจให้สมาชิกและชุมชนออกกำลังกายต่อเนื่อง โดยพาไปเที่ยวทะเล โดยมีเงื่อนไขให้เฉพาะสมาชิกที่คุม น้ำหนักและน้ำตาลได้ โดยองค์กรท้องถิ่นให้การสนับสนุนงบประมาณ

• คุณปรึกษาให้ข้อคิดว่าผู้บริหารท้องถิ่น น่าจะให้ความสนใจงานด้านสุขภาพมากขึ้นเพราะจากประสบการณ์ของตน “แต่ก่อนสร้างถนนเป็น 100 ล้าน ไม่เคยมีใครมาดูงาน พอทำงานด้านสุขภาพ ได้ต้อนรับคนดูงานบ่อยๆ”

คุณปรึกษายังแบ่งปันประสบการณ์ว่า ตนเคยอ้วนน้ำหนักมากกว่า หนึ่งร้อย กิโลกรัม ปัจจุบัน เหลือ 75 กิโลกรัม ลดเอวจาก 44 นิ้ว เหลือ 36 นิ้ว ที่ลดน้ำหนักได้เนื่องจากเปลี่ยนพฤติกรรมตัวเอง โดยเฉพาะเรื่องการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย มีการรวมกลุ่มกับคนในชุมชน ซึ่งจักรยานทุกวันอังคาร ครั้งละ 1 ชั่วโมง (ใช้ความเป็นคนที่ยอมรับของชุมชนเชิญชวนคนในหมู่บ้านร่วมกิจกรรม) สิ่งสำคัญที่ทำให้ปรับพฤติกรรมตัวเองได้ คือ ตระหนักถึงผลเสียของความอ้วนต่อสุขภาพ และมีความตั้งใจ มีวินัยในตัวเอง เรื่อง การควบคุมอาหาร ไม่กินมาก ไม่หลงรสชาติ ส่วนเหล้าก็ดื่มน้อยลง ยังไม่สามารถเลิกได้เด็ดขาดเพราะต้องเข้าสังคม

สรุปประเด็นที่มีการตั้งคำถาม อภิปรายแลกเปลี่ยน มีวิธีอย่างไรเพื่อให้ได้คนต้นแบบ

คุณลินดา : ก่อนอื่นต้องสร้างความสัมพันธ์กับชุมชน ให้เกิดการยอมรับและให้ได้ใจจากชุมชนก่อน โดยเข้าไปหาชุมชนสม่ำเสมอ ไม่ใช่ไปเฉพาะเวลามีงานเท่านั้น

ทำอย่างไรจึงจะเข้าถึงผู้บริหารท้องถิ่นได้

คุณสมชาย :

- 1) ส่วนใหญ่ใกล้ดูเลือกตั้ง จะมีการหาเสียง นักการเมืองท้องถิ่นจะมาขอความร่วมมือเจ้าหน้าที่ให้ อสม.ลงคะแนนให้ จนท. ควรรับไว้ทุกเบอร์ แล้วเวลาประชุม อสม. ก็บอกให้อสม. เลือกทุกเบอร์ ที่ท่านเห็นว่าดีที่สุด ห้ามเอียงไปเบอร์ใดเบอร์หนึ่ง เพราะจะทำให้ไม่ได้รับการสนับสนุนจากเบอร์ที่ไม่ได้เลือก
- 2) ให้พยายามเข้าร่วมประชุมสภาท้องถิ่น เพื่อนำเสนอปัญหา และขออนุมัติแผนงานสาธารณสุขซึ่งดำเนินการแล้ว ชุมชนจะได้รับประโยชน์ และเป็นหน้าเป็นตาของ อบต. ให้ถือหลัก “อยู่กับคนมีสตางค์ (อบต.) ก็จะได้สตางค์” (ได้รับงบประมาณสนับสนุน)

ทำอย่างไรให้ชุมชนยอมรับและปฏิบัติตาม

คุณสมชาย : คนในชุมชนเห็นการเปลี่ยนแปลงของตัวเองจากเดิมอ้วน ตอนนี้อยู่ดีขึ้น จึงบอกเล่าให้ฟังว่า อ้วนมีผลต่อสุขภาพอย่างไรบ้าง และชักชวนให้คนอื่นปฏิบัติตาม (โดยชวนบ่อยๆ)

การคัดกรองเบาหวานมีการตั้งเป้าหมายและการดำเนินงานอย่างไร ใช้ข้อมูลทะเบียนราษฎรหรือจากการสำรวจ

คุณลินดา : ตั้งเป้าหมายจากนโยบายซึ่งกำหนดว่าต้องมีการคัดกรอง 65% พืชผลโลกตั้งเป้า 70% โดยคัดกรองจากข้อมูลของประชาชนที่มีอยู่จริงในชุมชน ไม่ใช่จากทะเบียนราษฎร

การเยี่ยมบ้านของ PCU ทำอย่างไร (แบ่งเวลาอย่างไร)

คุณลินดา : เจ้าหน้าที่ทั้งหมด 4 คน เข้าให้บริการใน PCU ทุกคน บ่าย อยู่ให้บริการ 1 คน เยี่ยมบ้าน/ชุมชน 2 คน หัวหน้างานบริหาร/ประชุม โดยมีการทำแผนเยี่ยมบ้านชัดเจนในกลุ่มต่างๆ (เบาหวาน, ผู้สูงอายุ, โรคเรื้อรังอื่นๆ)

คนต้นแบบในชุมชน มีทั้งที่เป็นเบาหวาน และ ความดันสูง มีปัญหาในการทำกิจกรรมชุมชนหรือไม่ และทำอย่างไร ให้เกิดความต่อเนื่อง

คุณลินดา : มีคนต้นแบบ 2 รุ่น 11 คน มีที่เป็นแบบอย่างที่ดี (Role model) (แบบอย่างการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดี) และ bad model (เคยเป็นแบบอย่างที่ไม่ดีและได้รับผลต่อสุขภาพ เช่น เคยเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต ถูกตัดขา หรือผู้ป่วยความดันโลหิตที่เคยมีภาวะ Stroke แต่ตอนนี้ดูแลตัวเองได้ดีแล้ว) มาเข้าร่วมกลุ่มแลกเปลี่ยนกัน โดยเวียนกันให้ความรู้ เช่น การดูแล ไต ตา เท้า

คุณปรึกษา : จัดประชุมสัจจกรกันหมู่บ้าน เพื่อให้ไม่เบื่อบางครั้งพาไปเที่ยว

สมาชิกชมรมรักสุขภาพ ค่อยๆ ร้อยหรือลงไปเรื่อยๆ ทำอย่างไร โดยเฉพาะช่วงเวลาทำนา

คุณปรึกษา : ขอความร่วมมือจาก อบต. ผู้ใหญ่บ้านช่วยพาผู้สูงอายุมารวมกลุ่มกัน เพราะลูกหลานไม่ว่างพามา

เวทีเต็มสาระ: ถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยี
แลกเปลี่ยนประสบการณ์

ระบบข้อมูล : หนึ่งใบ เครื่องมือสำคัญ ในการจัดการเบาหวาน

วันที่ 22 พฤษภาคม 2552 ห้องมิราเคิลแกรนด์ A
เวลา 09.00 - 12.15 น.

รายชื่อวิทยากร/ ผู้ดำเนินรายการหลัก

1. คุณชะลอ ตั้งใจรักษ์ สถาปนาอนามัยตำบลท่าช้าง
อำเภอนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
2. คุณนิตยาภา นันทขว้าง ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลหนองหาญ
โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่
3. คุณนุจรินทร์ ชัยณัฐ โรงพยาบาลกมลาไสย
4. คุณชัชวาลย์ บุญเรือง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา

ผู้ดำเนินรายการหลัก

คุณทัศนีย์ ญาณะ สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน
ร่วมกับทีมสำนักงานงานพัฒนา
ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ



รูปแบบและกระบวนการ

แบ่งกลุ่มย่อย โดยมี 3 Station
แต่ละ station จะมีเนื้อหาที่เฉพาะ 2
กลุ่ม คือ กลุ่มที่พัฒนาระบบข้อมูล และ
ใช้ประโยชน์ระบบข้อมูลในระดับของ
หน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งมี 2 station
เป็นทีมจากศูนย์สุขภาพชุมชนตำบล
หนองหาญ อำเภอสันทราย เชียงใหม่
และสถาปนาอนามัยตำบลท่าช้าง อำเภอ
นครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
ส่วนอีก 1 station เป็นเรื่องการบริหาร
จัดการในระดับ CUP คือโรงพยาบาล
บวกกับเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

ผู้เข้าร่วมจะได้มีโอกาสได้เวียนเรียนรู้
ในแต่ละฐานจาก 3 ชุดข้อมูล ชุดการใช้
ประโยชน์ ซึ่งแต่ละวัตถุประสงค์ แต่ละ
เงื่อนไขบริบทจะต่างกัน ดังนี้

1. ข้อมูลเฝ้าระวังและปรับพฤติกรรม
ประชากรเป้าหมาย นำเสนอโดย
สถาปนาอนามัยตำบลท่าช้าง

2. ข้อมูลเพื่อเพิ่มคุณภาพบริการในระดับ
บุคคล ทั้งป่วยและไม่ป่วย นำเสนอ
โดยศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลหนอง
หาญ สันทราย
3. ข้อมูลเพื่อการบริหารจัดการในระดับ
CUP นำเสนอโดยโรงพยาบาลกมลาไสย
4. ข้อมูลภาพรวมเพื่อพัฒนาระบบ
บริการโดยการใช้ประโยชน์ข้อมูลใน
ระดับจังหวัดนำเสนอโดย สสจ.
พะเยา

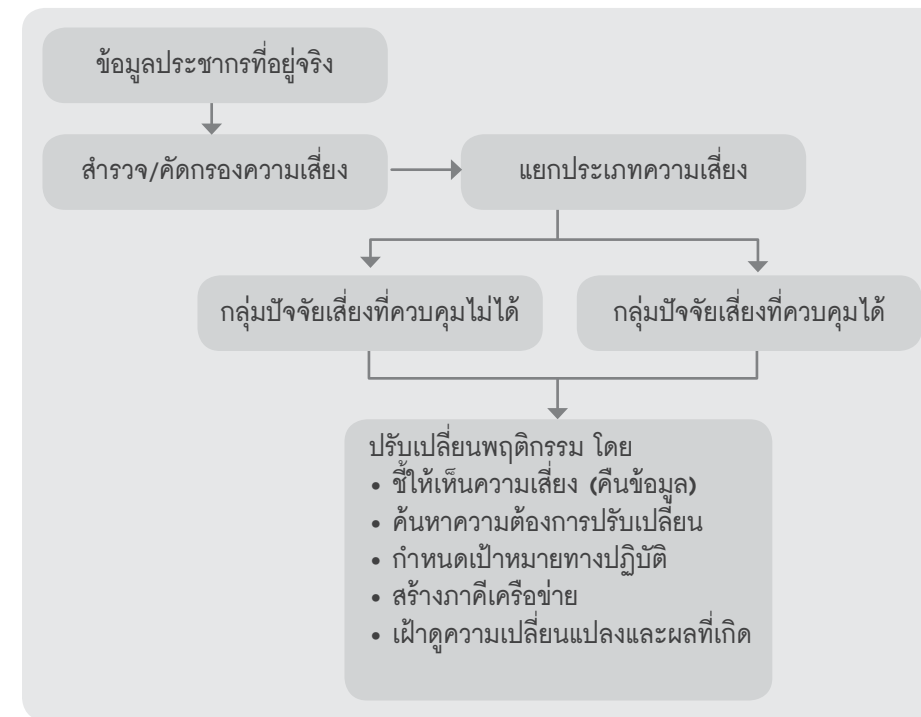
สาระสำคัญจากการนำเสนอ
ในที่ประชุมตามกลุ่มย่อย

**1. ข้อมูลเฝ้าระวังและปรับพฤติกรรม
ประชากรเป้าหมาย (สถานีนามัย
ตำบลท่าช้าง)**

หากจะกล่าวถึงการดูแลเบาหวาน
อย่างเป็นระบบ ที่มีเป้าหมายอยู่ที่
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว
โดยวางอยู่บนหลักการของกระบวนการมี
ส่วนร่วม สอดคล้องกับวิถีบริบท และ
หน้าที่ภารกิจของผู้เกี่ยวข้อง ไม่อาจ
ปฏิเสธได้ว่า ข้อมูลอันนำไปสู่สารสนเทศ
เป็นเรื่องสำคัญยิ่ง สำคัญยิ่งต่อการนำสู่
เป้าหมายดังกล่าว สำคัญยิ่งต่อการ
วางแผนการให้การบริบาลดูแล การส่งเสริม
ป้องกัน การเรียนรู้ และการประเมิน
ผล และสำคัญยิ่งต่อการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง
น่าเสียดายหากเรามีข้อมูล ทั้งที่
ปรากฏเป็นตัวเลขและไม่เป็นตัวเลข ทั้งที่
อยู่ในกระดาษ เครื่องคอมพิวเตอร์ และ
ในตัวบุคคล แล้วยังไม่ใช้ประโยชน์ไม่เต็ม
ที่รูปธรรมที่จะกล่าวต่อจากนี้ เป็นแค่เพียง
ตัวอย่างเล็กๆ ที่อยู่ในชีวิตงานบริการที่
หน่วยบริการปฐมภูมิ หากมองหาความ
สมบูรณ์แบบก็อาจจะไม่เห็น แต่หากใช้
เป็นกระจกที่สามารถสะท้อนให้เห็น
ตนเองได้เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ดีกว่าน่า
จะเกิดประโยชน์ยิ่ง

ข้อมูลและการใช้ข้อมูลเพื่อการ
จัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่จะกล่าวต่อ
ไปนี้ เน้นให้เห็นตั้งแต่ข้อมูล การจัดเก็บ
และการใช้เพื่อการจัดการดูแลตามกลุ่ม
เสี่ยง

สถานีนามัยตำบลท่าช้างเป็นระบบ
ปฐมภูมิและเป็นสถานที่ที่ปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมมานานแล้ว ข้อมูลส่วนใหญ่ที่
ใช้เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ และข้อมูลเชิง
ปริมาณบ้างบางส่วน แต่จุดสำคัญคือการ
คืนข้อมูลให้กับชุมชน/ท้องถิ่น และตัวผู้ป่วย
โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงเพื่อให้เกิดการนำไป
ปรับพฤติกรรม ส่วนการจัดการจะมีการ
จัดกลุ่มแยกประเภทการปรับพฤติกรรม
ของกลุ่มเป้าหมาย เช่น กลุ่มกรรมพันธุ์
หรือกลุ่มที่เราหลีกเลี่ยงไม่ได้ หรือว่ากลุ่ม
ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงเราก็จะจัดกิจกรรมเพื่อ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเราใช้
กระบวนการที่เรียกว่าการตลาดเชิงสังคม
(Social marketing)



**ทำอย่างไรเราจะได้ข้อมูล
ที่ใกล้ความจริงมากที่สุด**

เป็นคำถามแรกที่เราหรือกันใน PCU
ซึ่งจุดตั้งต้นที่เราจะทำให้ข้อมูลใกล้ความ
จริงมากที่สุด เริ่มจากข้อมูลที่มีอยู่โดย
เฉพาะฐานข้อมูลประชากร นำมาจำแนก
ออกเป็นรายหมู่ รายกลุ่มอายุ และทำให้
เห็นเป็นรายบุคคล เพื่อส่งต่อไปให้สม.
แต่ละหมู่บ้านไปช่วยตรวจสอบว่ามีใครบ้าง
ที่อยู่จริงแบบประจำ หรือไปๆ มาๆ เพื่อ
นำมากำหนดเป็นเป้าหมายของการคัด
กรองผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวาน
ความดันโลหิตสูง หรือโดยรวมคือโรค
หัวใจและหลอดเลือด

**1. ระบบข้อมูล
กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน**

เบื้องต้น อสม.จะช่วยกรองชั้นที่ 1
คือ จำแนกผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป
จากนั้นเจ้าหน้าที่จะกรองชั้นที่ 2 ด้วย
การตรวจร่างกาย ได้แก่ ชั่งน้ำหนัก วัด
ส่วนสูง วัดรอบเอว ความดันโลหิต และ
เจาะน้ำตาลในเลือด (DTX) จากนั้นนำ
ข้อมูลมาประมวลและวิเคราะห์ เพื่อนำไป
สู่การวางแผนการควบคุม ลดปัจจัยเสี่ยง
โดยจำแนกออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ ตาม
ปัจจัยของการเกิดเบาหวาน ได้แก่ ปัจจัย
ที่ควบคุมไม่ได้ อาทิ พันธุกรรม อายุ
กลุ่มนี้แม้เป็นปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ แต่
เราสามารถชะลอการเกิดได้ และกลุ่มที่
สามารถป้องกันการเกิดได้ ได้แก่
พฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ทั้งการกิน การ
ออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และอีก
ปัจจัยการประกอบอาชีพที่มีผลทำให้เกิด



พฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ กลุ่มนี้เรานำมาตั้งเป้าหมายเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยง กระทั่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าวนั้นๆ เช่น

- กลุ่มอ้วนเนื่องเพราะกินมากแต่ ออกแรงน้อย หรือไม่ค่อยออกกำลังกาย พยายามหาจุดที่เป็นความต้องการของกลุ่มนี้ให้ได้ เป็นต้นว่า ต้องการลดความอ้วน หรือรู้สึกเพลีย ไม่ค่อยมีแรง ไม่กระฉับกระเฉง นอนไม่หลับ ถ้าจะว่ากันตรงๆ คือ รู้สถานภาพรวม เห็นปัญหาและความต้องการเฉพาะกลุ่ม นำมากำหนดเป้าหมายที่สอดคล้อง แล้วถึงนำมาสู่การกำหนดกลยุทธ์ที่ต้องเป็นความเห็นพ้องจากประชาชนเพราะถือว่าเขาคือผู้ปฏิบัติ หากเปรียบเทียบ เหมือนเราขายสินค้า ก็ต้องรู้ว่าลูกค้าอยากใช้สินค้าอะไร คุณภาพแบบไหน ที่สำคัญที่สุดของการจะไปถึงเป้าหมายคือ ความต่อเนื่อง เป็นการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

- กลุ่มที่มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์เสี่ยง คือ 110 - 125 mg/dl สำหรับกลุ่มนี้ต้องช่วยทำกลุ่มหมายความว่า การสร้างความเข้าใจว่าเขาจะมีโอกาสเดินเข้าไปสู่การเป็นโรคเบาหวานได้อย่างไร อะไรคือความเสี่ยง ถ้าจะลดความเสี่ยงเราจะร่วมมือกันอย่างไร ตั้งเป้าหมายร่วมกันว่าเราจะลดระดับน้ำตาลในเลือดให้เหลือเท่าไร? ในระยะเวลาแค่ไหนอย่างน้อยกลุ่มนี้เราสามารถชะลอการเกิดโรคให้ช้าลงได้

กระบวนการคืนข้อมูลให้ประชาชนทราบ เป็นเรื่องสำคัญที่ไม่ควรละเลยในการปฏิบัติ ต้องให้ประชาชนทราบสถานภาพโดยรวมของหมู่บ้านซึ่งเขาร่วมเป็นเจ้าของ กระบวนการคืนข้อมูลทำได้หลากหลายวิธี แต่วิธีหนึ่งที่จะส่งผลให้ชุมชนรับรู้อย่างกว้างขวางคือการหาแนวร่วม หรือภาคีเครือข่ายมาช่วย ทั้งจะได้ในการคืนข้อมูลและการสร้างกระแส

ความตื่นตัวให้เกิดในชุมชนไปพร้อมๆ กัน อีกทั้งยังเป็นการระดมทรัพยากรได้ด้วย กรณีทำข้างที่ดำเนินการนี้ เรานำข้อมูลมาสื่อสารต่อชุมชน ผ่านประชาคมภายใต้โครงการอยู่ดีมีสุข ซึ่งถือเป็นหนึ่งช่องทางที่คนกลุ่มหนึ่งมีความสนใจ เห็นความสำคัญของการสร้างสุขภาพ โดยรับที่จะไปดำเนินการจัดกิจกรรมสร้างสุขภาพในชุมชน การจัดหาสถานที่และอุปกรณ์การออกกำลังกายในชุมชน

การประสานภาคีเครือข่ายแรงหนุนเสริมในการจัดการสู่เป้าหมาย โดยเฉพาะภายในท้องถิ่น กับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน ทำข้างใช้การประสานงาน ประสานข้อมูล ซึ่งใช้กลไกการทำโครงการเป็นตัวเชื่อมประสาน เช่น โครงการคนไทยไร้พุง ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก สสส. โดยท้องถิ่นเข้าร่วมโครงการ โครงการนี้ถือได้ว่าประสบความสำเร็จ โดยวัดจากผลลัพธ์และความร่วมมือภายในชุมชน มีกลุ่มเสี่ยงเข้าร่วมที่สามารถลดเอวได้ถึง 10 เซนติเมตร

ภายในระยะเวลา 4 เดือน จนเทศบาลได้รับการคัดเลือกให้เป็นท้องถิ่นในการสร้างสุขภาพภาคประชาชน ร่วมกับกรมอนามัย ซึ่งเป็นอีกโอกาสหนึ่งที่ประชาชนชุมชนจะได้ร่วมมือกันสร้างสุขภาพของชุมชน โดยเริ่มจากตนเองและครอบครัว

2. ข้อมูลเพื่อเพิ่มคุณภาพบริการในระดับบุคคล ทั้งป่วยและไม่ป่วย (ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลหนองหญ้าสันทราย)

ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลหนองหญ้าสันทราย โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ประเด็นเรื่องของการจัดการ ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน หลังจากที่ขึ้นทะเบียนแล้ว และการจัดการข้อมูลเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ

การขึ้นทะเบียน

ในการขึ้นทะเบียนรับการรักษาดำเนินการทำตามแนวทางของ CPG เบาหวาน สันทราย ส่วนการบริหารจัดการในการ

ดูแลผู้ป่วย พอดีจะจำแนกการดูแลได้ 2 ประเด็น คือ 1) ประเด็นของการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องและ 2) ประเด็นของการประมวลผลการดูแลในรูปแบบการประเมินผล การรักษา เพื่อให้การดูแลรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่ PCU จะเป็นผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาล < 200 mg%

การวางแผนการปฏิบัติตัวและการรักษา ร่วมกับผู้ป่วย

เป็นสิ่งสำคัญมากที่สุดในระบบการดูแล มีการวางแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วยทั้งรายกลุ่ม และรายบุคคล เพื่อให้เกิดความเข้าใจและสอดคล้องกับระบบบริการที่ได้จัดขึ้นร่วมกัน เช่น เวลารับหมาย ความสะดวกในเรื่องการเข้ารับบริการของสมาชิก กิจกรรมบริการที่จะทำร่วมกันในแต่ละครั้ง การคืนข้อมูลการรักษาให้กับผู้ป่วย การปรับกระบวนการบริการให้สอดคล้องกับความต้องการ รวมทั้งการให้ความรู้รายบุคคลขณะให้การดูแล

ในการตรวจรักษาให้บริการ ตรวจเลือด ตรวจรักษา จ่ายยา กรณีที่ไม่พบความผิดปกติและควบคุมระดับน้ำตาลได้ ก็ตรวจรักษาให้ยากลับบ้าน แพทย์จะดูแลเฉพาะกรณีที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ หรือมีโรคแทรกซ้อน โดยวิธี consult ทางโทรศัพท์ หรือ บางครั้งก็ส่งตัวผู้ป่วยเข้ารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาล หรือส่งเข้าตรวจรักษาที่แพทย์ที่มาตรวจที่ PCU เดือนละ 1 ครั้ง

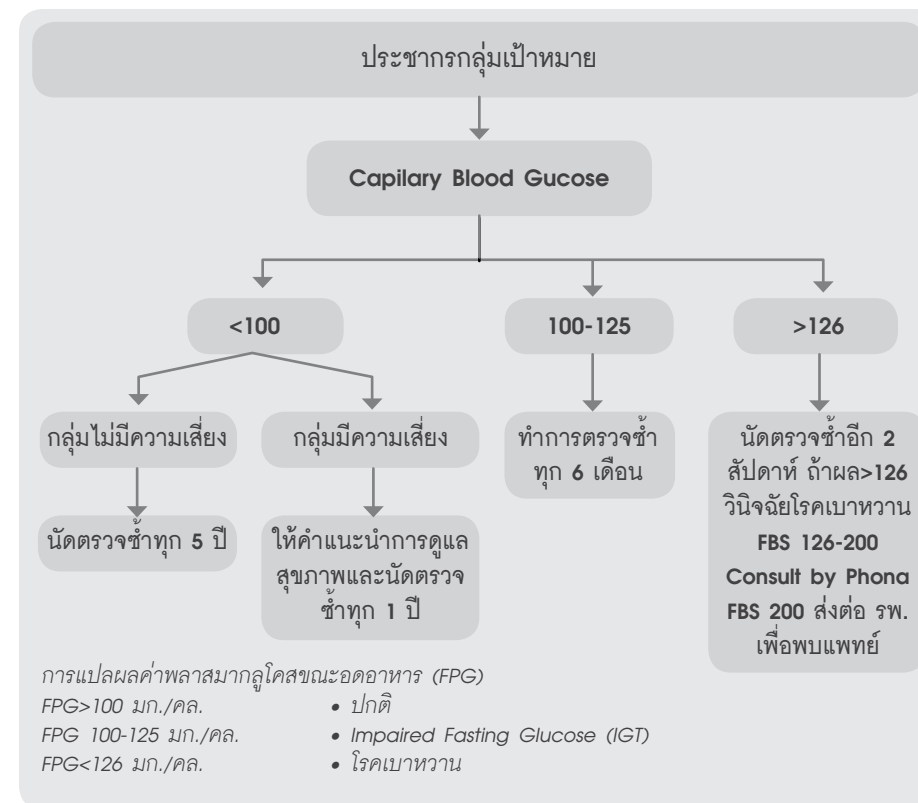
การทำกลุ่มเมื่อผู้ป่วยมารับบริการ

เป็นช่องทางสำคัญในการที่จะให้ความรู้สมาชิกเบาหวาน เพียงแต่ให้เป็นประเด็นที่กลุ่มสนใจก็จะกลายเป็นองค์ความรู้ที่มีคุณค่าอันจะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสมาชิกเบาหวานได้ ซึ่งดีกว่าการสอนโดยทีมสุขภาพเพียงฝ่ายเดียว ทั้งนี้ทุกครั้งที่มาพบกัน 30 นาที ก่อนเริ่มตรวจรักษาจะเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มสมาชิกเบาหวาน ประเด็นของการพูดคุยในแต่ละครั้ง ถูกหยิบยกมาจากการพูดคุยจากกลุ่มเป็นประเด็นที่สมาชิกให้ความสนใจและเป็นประเด็นที่ควรได้รับการแก้ไข เช่น การดูแลตนเอง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน การดูแลเท้า การลดระดับไขมันในเลือด วิธีการกินของผู้ป่วยเบาหวาน

การตรวจภาวะแทรกซ้อน

ทุก ๆ ปีจะมีการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนให้กับผู้ป่วยเบาหวาน เช่น ตรวจภาวะแทรกซ้อนทางไต ภาวะแทรกซ้อนทางตา ภาวะแทรกซ้อนประสาทส่วนปลาย ความเสี่ยงทางระบบหลอดเลือดและหัวใจ

ภาพแสดง แนวทางการคัดกรอง การวินิจฉัยโรคเบาหวาน



การเยี่ยมบ้าน

การเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามผู้ป่วยที่ขาดนัดไม่มารับยา รวมไปถึง การวางแผนร่วมกับญาติ / ครอบครัว เพื่อขอความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับ การปรุงอาหาร การดูแลเรื่องการทานยา

การดูแลเรื่องยา

การจ่ายยาและอธิบายการใช้อย่างถูกต้องให้กับผู้ป่วยก่อนรับยากลับบ้านและการดูแลติดตามเรื่องการใช้ยาของผู้ป่วยในชุมชนโดยเภสัชกรร่วมกับทีมสุขภาพในพื้นที่

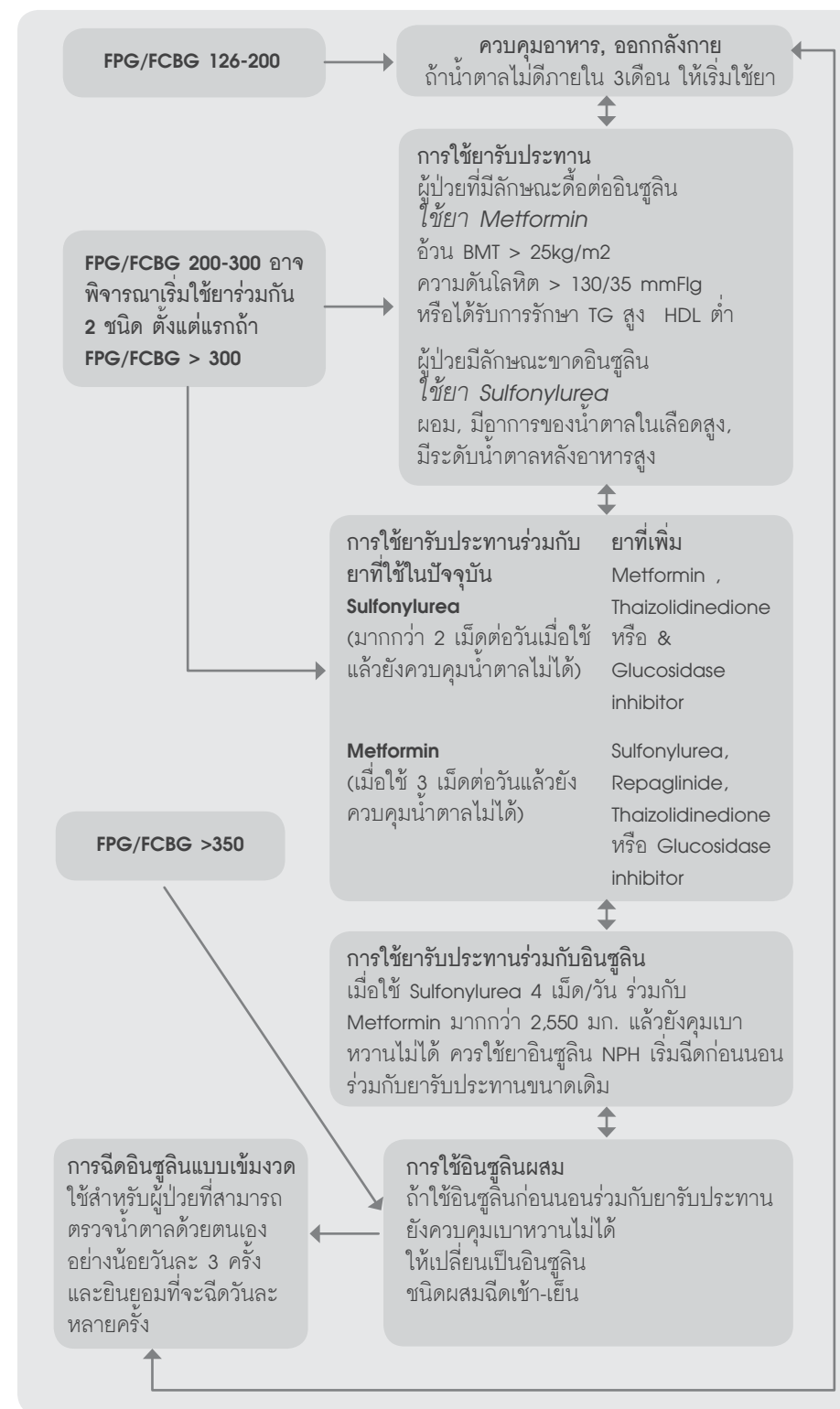
การจัดการข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ได้พัฒนาปรับปรุงระบบการจัดเก็บข้อมูลในรูปแบบต่างๆ เช่น แบบฟอร์มที่ใช้บันทึกข้อมูลเมื่อผู้ป่วยมารับบริการ การจัดเก็บระบบคอมพิวเตอร์ ซึ่งพอจะจำแนกตามการใช้ระบบข้อมูลได้ดังนี้

- รายบุคคล มีระบบการจัดเก็บข้อมูลโดยใช้แบบฟอร์มต่างๆ เมื่อผู้ป่วยมารับบริการ เช่น
 - ทะเบียนผู้ป่วย ประกอบด้วยบันทึกการมารับบริการ บันทึกกราฟระดับน้ำตาล บันทึกภาวะแทรกซ้อน
 - แบบฟอร์ม ผลการตรวจ LAB เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน

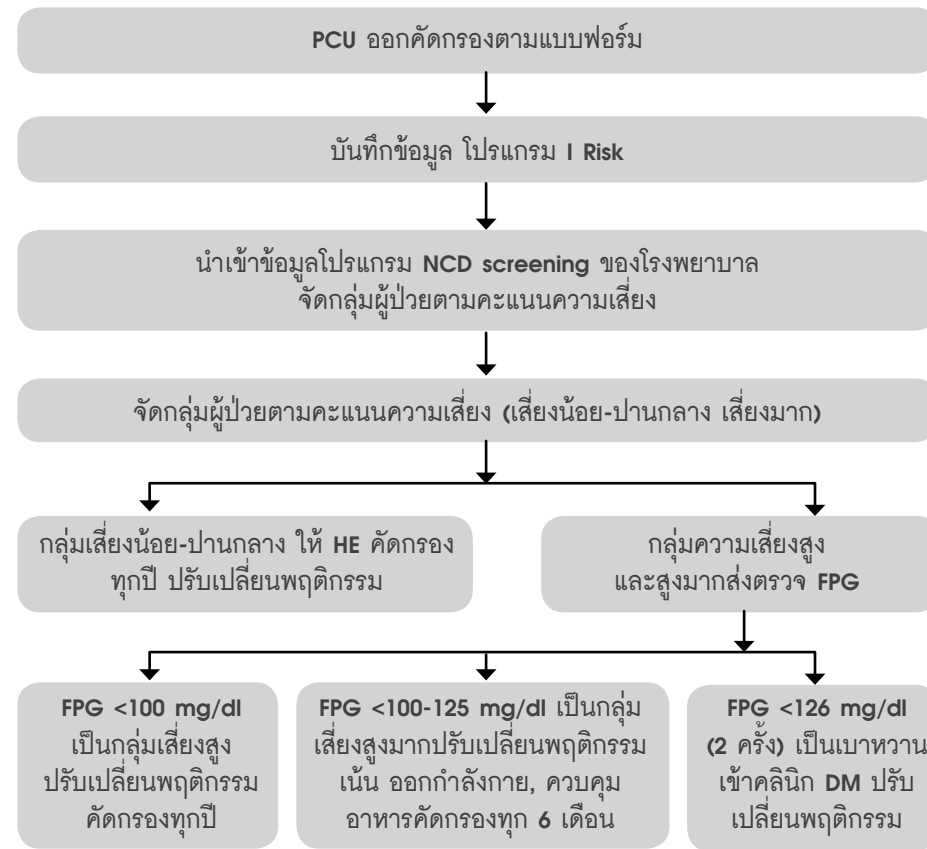
- Family Folder สำหรับบันทึกประวัติ การมารับบริการเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง เพื่อการเชื่อมโยงและส่งต่อภายในทีมงาน ประกอบด้วย บันทึกการเจ็บป่วยรายบุคคลสำหรับโรคเบาหวาน แบบฟอร์ม การตรวจตา แบบฟอร์มการตรวจเท้า บันทึกการเยี่ยมบ้าน
- สมุดประจำตัวผู้ป่วย ซึ่งจะบันทึก ประวัติการรักษาอย่างย่อของผู้ป่วยและเป็นประโยชน์ในการเชื่อมการรักษา กับสถานบริการสาธารณสุขด้วยกันในกรณีที่ผู้ป่วยรับการรักษาต่อที่อื่น
- แบบฟอร์มบันทึกการกิน ใช้สำหรับผู้ป่วย ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและบอกไม่ได้ว่าทำไมระดับน้ำตาล ในเลือดสูง
- แบบฟอร์มบันทึกญาติสายตรง ใช้ประโยชน์ในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง
- โปรแกรมคอมพิวเตอร์ บันทึกข้อมูล ต่างๆ ของผู้ป่วย (พัฒนาใหม่ล่าสุด)
 - รายกลุ่ม มีระบบการจัดเก็บข้อมูล เพื่อ การประมวลผลในภาพรวมในประเด็น ต่างๆ ซึ่งจะนำไปสู่การวางแผนเพื่อ พัฒนาระบบบริการ
- ข้อมูลภาวะแทรกซ้อน การเก็บข้อมูล ผล LAB เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน นำไปสู่การศึกษาในรูปงานวิจัยเพื่อ พัฒนาระบบบริการ เช่น การสำรวจ ความรู้และการปฏิบัติตนของผู้ป่วยที่มี ระดับไขมันในเลือดสูง การลดระดับไขมัน ในเลือดโดยไม่ใช้ยา การจัดทำคู่มือการ ลดไขมัน และการศึกษาพฤติกรรมการใช้ ยาของผู้ป่วยในชุมชน

- ข้อมูลคุณภาพชีวิต การเก็บข้อมูล คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอีกแนวทาง หนึ่งที่จะช่วยในประเด็นของการพัฒนา ระบบบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการ หรือการบริการที่มีความเหมาะสม สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย
- ข้อมูลการควบคุมระดับน้ำตาล การเก็บ รวบรวมข้อมูลในประเด็นนี้ในรายบุคคล จากทะเบียนผู้ป่วยและนำมาวิเคราะห์ ประมวลผลในภาพรวมเพื่อจะนำไปสู่การ พัฒนาระบบบริการที่ดียิ่งขึ้น
- ข้อมูลการขาดนัดของผู้ป่วย ข้อมูลส่วน นี้จะถูกนำไปเชื่อมโยงกับการเยี่ยมบ้านที่ พี ซี ยู ทำอยู่ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพ ของการรักษา และทำให้ได้รับทราบ ปัญหาที่เกิดขึ้นอันจะนำไปสู่การปรับปรุง การบริการที่สอดคล้องกับความต้องการ และความจำเป็นของผู้ป่วย ทั้งนี้ใช้คอมพิวเตอร์ บันทึกข้อมูลต่างๆ ของผู้ป่วย ให้เป็นระบบมากขึ้นและง่าย ต่อการวิเคราะห์ประมวลผล



ภาพแสดง
แนวทางการดูแล
รักษาโรคเบาหวาน

ภาพแสดง
รูปแบบการคัดกรอง
ความเสี่ยง



3. ข้อมูลเพื่อการบริหารจัดการใน
ระดับ CUP (โรงพยาบาลกมลาลัย)

การจัดการข้อมูลในระดับ CUP เป็นการ
หมุนเวียนและเชื่อมโยงข้อมูลคนไข้โรค
เรื้อรังของโรงพยาบาลระหว่าง สสจ. และ
PCU โดย CUP จะมีบทบาทในการ
รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล แล้วก็เอา
ข้อมูลไปใช้ในการให้บริการผู้ป่วยในกลุ่ม
เสี่ยงเพื่อไม่ให้กลุ่มเสี่ยงเป็นคนไข้
เบาหวาน และเพื่อที่จะดูแลคนไข้ที่ป่วย
แล้วไม่ให้มีภาวะแทรกซ้อนโดยที่
เทคโนโลยีเข้ามาช่วยจัดการ

การจัดการข้อมูลระดับการจัดการข้อมูล
ระดับ CUP โรงพยาบาลกมลาลัยในส่วน
ของ รูปแบบการคัดกรองความเสี่ยงเป็น
ขั้นตอน ดังรูป

การจัดการข้อมูลในคลินิก
เบาหวาน ประกอบด้วย

- บันทึกข้อมูลการมารับบริการ และการ
ตรวจภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ลงใน
โปรแกรม NCD Scean รวบรวมผล Lab
ต่างๆ, การบันทึก BMI ของผู้มารับ
บริการและประมวลผลเป็นกราฟ (ใบ
yearly ติดใน OPD card) ซึ่งสามารถ
ประเมินผลการรักษาได้เป็นรายบุคคล
- บันทึกผลตรวจภาวะแทรกซ้อน (Lab
ตรวจตา ไต เท้า ไขมัน)
- บันทึกข้อมูลนัด และมีระบบติดตาม
หากผู้ป่วยไม่มาตามนัดจากข้อมูล
โปรแกรม HosXp โดยติดตามทาง
โทรศัพท์ถึงสถานีนอนามัย

- จัดแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเข้าคลินิก 3 กลุ่ม
จากโปรแกรม Surveillance ดังนี้

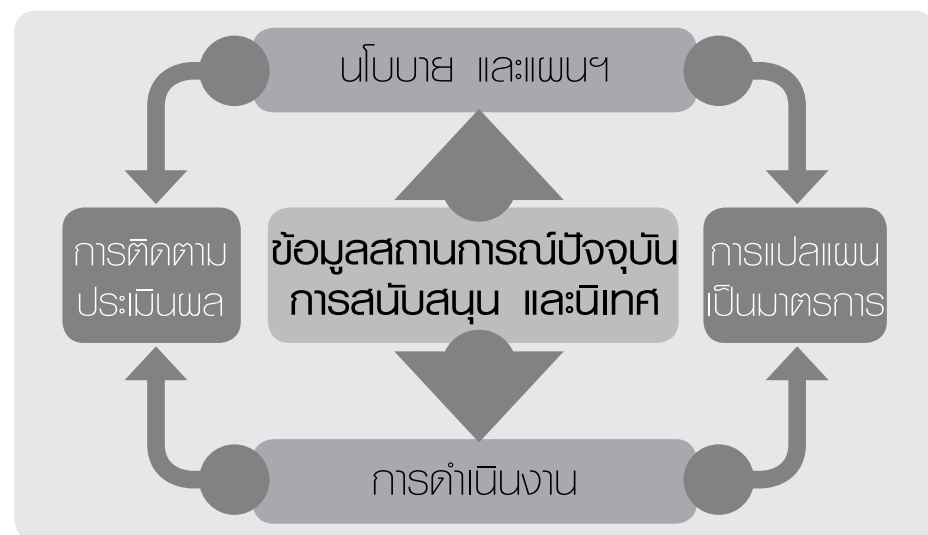
1. กลุ่มป่วยใหม่ (เริ่มเป็นตั้งแต่ มค.
2550 - ปัจจุบัน) ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
2. กลุ่มที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและ
ไม่มีโรคร่วม
3. กลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน ตา ไต
เท้าและมีโรคร่วม

- มีหมวดข้อมูลการส่งต่อภายใน CUP
โดยใช้โปรแกรม Surveillance

4. ข้อมูลเพื่อพัฒนาระบบบริการ
ในภาพรวมระดับ (สสจ. พะเยา)

บทบาทหลักของ สสจ. คือการใช้
ประโยชน์จากข้อมูลในระดับจังหวัด เช่น
ข้อมูลในการรวบรวม จัดเก็บ วิเคราะห์
และคืนข้อมูลและนำไปสู่กระบวนการ
ทำงาน การทำแผน การติดตาม และ
ประเมินผลงาน ทั้งระดับ PCU และ
ระดับ CUP

ภาพแสดงระบบการใช้ประโยชน์จากข้อมูลในระดับจังหวัด



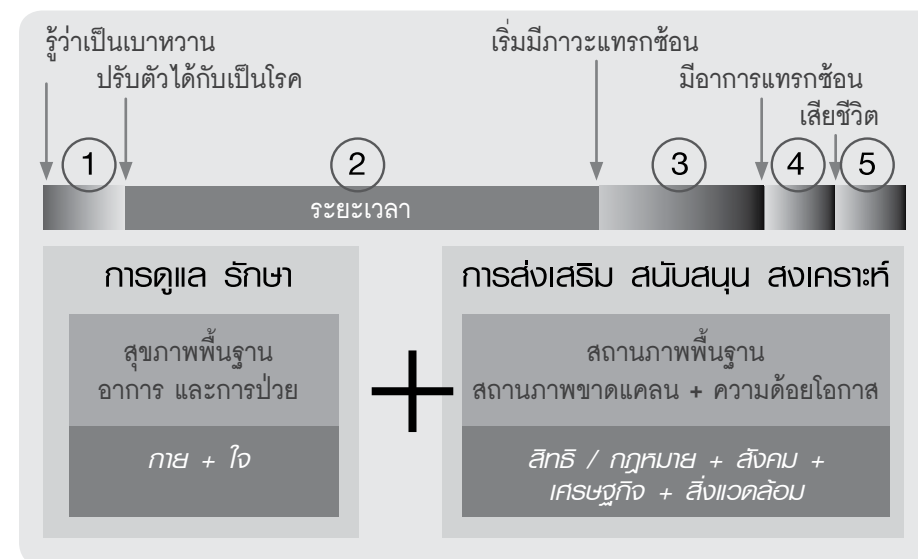
จากภาพแสดงว่าการใช้ข้อมูลจังหวัดในการช่วยสนับสนุนบริการระดับปฐมภูมินั้นเป็นไปเพื่อกำหนดทิศทางหรือนโยบายโดยที่นโยบายหลักมาจากกระทรวงรวมทั้งจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) นั้นคือมาจากข้างบน แต่พอมาถึงจังหวัด จังหวัดต้องมาพิจารณาว่า ทิศทางหลักของจังหวัดจะไปทางไหน โดยจัดลำดับความสำคัญปัญหาสุขภาพในพื้นที่ สำหรับจังหวัดพะเยาได้ปรับกระบวนการใหม่ โดยใช้ข้อมูลในการจัดทำแผนนโยบายระดับจังหวัดดังนี้

- การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา โดยต้องพิจารณาปัจจัยหลักสำคัญคือ
- ความรุนแรง โดยพิจารณาที่อัตราการตาย (Mortality rate)
- ขนาดของปัญหา โดยพิจารณาที่อัตราการป่วยใน (Admission rate)

- ภาระในการดูแล โดยพิจารณาที่น้ำหนักสัมพัทธ์ในการให้บริการประเภทผู้ป่วยใน (Relative Weight)
- ความสูญเสียในเชิงเศรษฐกิจ โดยพิจารณาที่ปีที่สูญเสียอันเนื่องจากการตายก่อนวันอันควร (Year of Life Lost)
- การวิเคราะห์สถานการณ์ของปัญหา
- การกำหนดพื้นที่เป้าหมาย
- การกำหนดแผนกลยุทธ์
- การสนับสนุนการจัดทำแผนของแต่ละพื้นที่
- การจัดสรรงบประมาณ

ประโยชน์จากการใช้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนบริการ

- นำมาสู่การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ
- ช่วยในค้นหาผู้ป่วยที่รวดเร็ว
- ทำให้มีการขึ้นทะเบียนรักษาที่ทันการ
- ใช้ในการติดตามการรักษา



ภาพแสดงความช่วยเหลือที่ต้องการเนื่องจากเป็นเบาหวาน

- การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน
- การดูแลแบบผสมผสานและต่อเนื่อง
- การประเมินผลลัพธ์การบริการ

ตัวอย่างการใช้ประโยชน์จากระบบข้อมูลในระดับจังหวัดในการจัดการเบาหวาน ในกรณีของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา

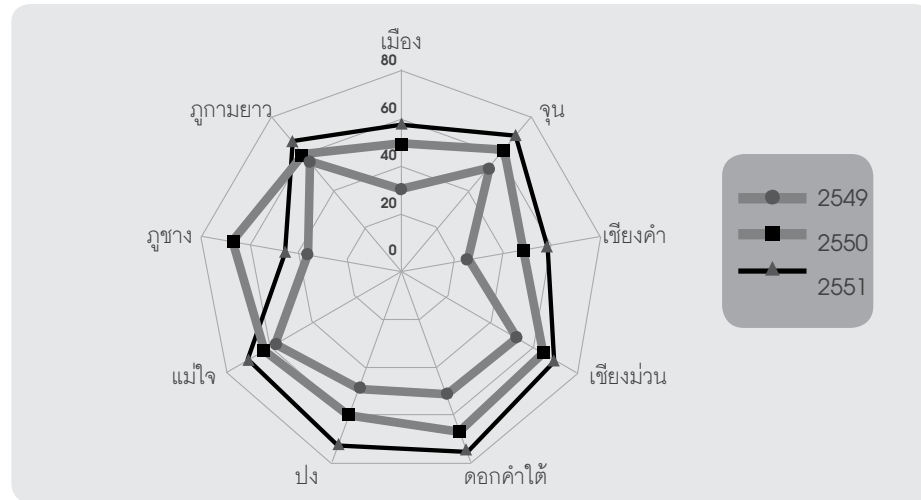
เริ่มจากประยุกต์ Model การทำงานเรื่องเอดส์ของอาจารย์วิชัย โภษะจินดาที่เคยทำไว้เพียงแต่เปลี่ยนกลุ่มผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยเบาหวาน การดูแลเริ่มตั้งแต่ภาวะปกติ กลุ่มป่วย กลุ่มเสี่ยง ต้องพิจารณาให้ได้ว่ามีระบบข้อมูลอะไรที่จะต้องใช้ประโยชน์เพื่อการประเมิน เช่น

- มีกลุ่มเป้าหมาย (35 ปีขึ้นไป) ที่ต้องดำเนินการค้นหาภาวะเสี่ยงมีจำนวนเท่าไร

- มีการดำเนินการเพื่อคัดกรองค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยงหรือไม่ ทำได้ครอบคลุมเท่าไร
- มีกลุ่มเป้าหมาย (35 ปีขึ้นไป) ที่ไม่เคยคัดกรองภาวะเสี่ยงในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา มีอยู่เท่าไร
- มีกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับคัดกรองแล้วพบว่า มีภาวะเสี่ยงอยู่เท่าไร
- กลุ่มเป้าหมายที่คัดกรองแล้วพบว่าเสี่ยง มีปัจจัยเสี่ยงอะไร เท่าไร

สิ่งสำคัญในระบบข้อมูลที่สามารถตอบสนองการเชื่อมงานทั้งจังหวัดสิ่งที่จำเป็นอีกส่วนคือ Software ในจังหวัดพะเยานั้นในระดับ PCU ทุกแห่งใช้ Software ในการจัดการระบบข้อมูลเหมือนกันหมด และดำเนินการกันเองในจังหวัด เพราะฉะนั้นจึงสามารถสร้างระบบข้อมูลที่เป็นเอกภาพแล้วส่งข้อมูลจาก PCU ทุกแห่งมารวมที่จังหวัด แล้ว

ภาพแสดง
ตัวอย่างการใช้
ระบบข้อมูลเพื่อการ
คัดกรองปัจจัย
เสี่ยงเบาหวาน
ของจังหวัดพะเยา



สามารถวิเคราะห์ เพื่อสนับสนุนบริการ
รวมทั้งประเมินผลกิจกรรมบริการที่เกิด
ขึ้นในระดับ PCU หรือระดับอำเภอได้
ทั้งหมดภายใต้ฐานข้อมูลระบบเดียวกัน

จากตัวอย่าง จะเห็นถึงประสิทธิภาพ
ของระบบคัดกรองภายในจังหวัด กราฟ
เส้นนอกคือประชาชนทั้งจังหวัดซึ่งแต่ละปี
เราสามารถคัดกรองเข้าสู่ระบบ และ
สามารถขยายกลุ่มเป้าหมายเพื่อเปรียบเทียบ
รายอำเภอ รายงานที่เพื่อเวลาการ
จัดการ และทบทวนการพัฒนาจะได้มี
ทิศทาง และมีเป้าหมายที่สามารถเคลื่อน
พร้อมกันได้ทุกพื้นที่ เพราะฉะนั้นหาก
จังหวัดสามารถทราบพื้นที่ไหนมี
ประชากรกลุ่มเสี่ยงมาก ก็จะทำให้
สามารถวางยุทธศาสตร์การดำเนินการ
และการจัดสรรทรัพยากรได้ตรงตาม
ความต้องการ เช่น จัดรูปแบบการส่ง
เสริม ป้องกัน (PP area) ดังนั้น บทบาท
ของจังหวัดคือต้องชี้เป้า และต้องชี้แนะ
เชิงยุทธศาสตร์ว่าต้องทำอะไร

นอกจากข้อมูลการคัดกรองแล้ว จะ
ต้องมีข้อมูลเพื่อใช้ประโยชน์เพื่อการ
จัดการกับกลุ่มเสี่ยงจากปัจจัยที่หลากหลาย
หลาย เช่น ภาวะอ้วน ความดัน พันธุกรรม
ครอบครัว ซึ่งการมีข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ
เชื่อมโยงกันในระบบมากเพียงใดการหา
มาตรการจัดการปัจจัยนั้นๆ ก็จะเป็นรูป
แบบที่เชื่อมโยงและมีทิศทางในมาตรฐาน
เดียวกัน ที่สามารถชี้ให้เห็นว่าระบบ
บริการสามารถพัฒนาขึ้นได้ด้วยข้อมูลที่มี
อยู่

โอกาสในการพัฒนาระบบข้อมูลโรค
เบาหวาน มีปัจจัยดังนี้ร่วมด้วย คือ

- เบาหวานเป็นปัญหาหลักของพื้นที่
- ภารกิจนี้สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่
หลักของบริการปฐมภูมิ
- มีข้อสนับสนุนทางวิชาการและงาน
วิจัย
- มาตรฐานงานด้านการดูแลได้รับ
พัฒนาเป็นที่ยอมรับ

- ได้รับการสนับสนุนเชิงนโยบายและงบประมาณ
- ความสนใจใฝ่เรียนรู้และความมุ่งมั่น
ของทีมงาน
- ความเป็นเอกภาพของระบบฐาน
ข้อมูลของจังหวัด

ประเด็นแลกเปลี่ยน
จากผู้เข้าร่วมประชุม

ผู้เข้าร่วมประชุมจาก สสจ. ประจวบฯ :
ข้อมูลที่นำเข้ามาสู่การวางแผนยุทธศาสตร์
ในเรื่องของการประมวลผลงานเกี่ยวกับ
เบาหวาน ไม่ทราบว่าผู้ที่ปฏิบัติงาน
เบาหวานเป็นผู้สรุปประมวลผลเองแล้วส่ง
มารวบรวมทีมงานยุทธศาสตร์หรือว่างาน
ยุทธศาสตร์ไปเอาข้อมูลดิบมาประมวลคะ

คุณชัชวาลย์ : เนื่องจากว่า Soft ware
ที่จังหวัดเป็น Soft ware คล้ายๆ กับ
HCIS ของที่กระทรวงสาธารณสุขทำ แต่
จังหวัดพะเยาเราพัฒนาขึ้นมาเอง เรา
เรียกว่าโปรแกรม ECS ข้อมูลที่ส่งเข้ามา
จังหวัด จะเป็นข้อมูลดิบล้วนๆ โดยพื้นที่
เองสามารถวิเคราะห์และประเมินในระดับ
พื้นที่ และสามารถดูข้อมูลเป็นรายคน แต่
เนื่องจากว่าบทบาทเราต่างกัน ใช้
ประโยชน์ข้อมูลต่างกัน จังหวัดมีหน้าที่ก็
คือใช้ข้อมูลดิบของพื้นที่มาวิเคราะห์ใน
ภาพรวม

ผู้เข้าร่วมประชุมจาก สสจ. ประจวบฯ : ที่
จังหวัดพะเยางานควบคุมโรคหรือว่างาน
ยุทธศาสตร์เป็นผู้ชี้เป้าคะ

คุณชัชวาลย์ : เราทำงานร่วมกัน 5 ฝ่าย
ก็คือ

- 1) กลุ่มยุทธศาสตร์
- 2) NCD ซึ่งอยู่ในงานควบคุมโรค
- 3) งานประกันสุขภาพ
- 4) งานส่งเสริมสุขภาพ
- 5) กลุ่มยุทธศาสตร์

รวมเป็น 5 ทีม ทำงานร่วมกัน กลุ่ม
ยุทธศาสตร์มองภาพรวมของจังหวัด
วิเคราะห์ออกมาว่าภาพรวมของปัญหาคือ
อะไร งานข้อมูลอยู่ในกลุ่มนี้ผมรับผิดชอบ
งานข้อมูลก็จะดูว่าเวลาวิเคราะห์แล้ว
ปัญหาอยู่ตรงไหน ตรงนี้ก็เป็นบทบาท
ของกลุ่มยุทธศาสตร์อยู่ แต่พอลงไปถึง
เนื้อหาของแต่ละปัญหาที่จะผนวกแต่ละ
ฝ่ายขึ้นมา คนที่มีบทบาทสำคัญตรงนี้เลย
ก็คืองาน NCD สิ่งสำคัญคนทำงาน
NCD ต้องใฝ่รู้มากครับ เขาก็จะมาเป็น
คนตั้งคำถามแล้วให้เราดึงข้อมูลออกมา
ให้ดู เขาต้องเป็นคนตั้งโจทย์ว่าเขาจะเอา
ไปใช้ทำอะไร แล้วเราซึ่งมีข้อมูลอยู่ในมือ
เราก็จะหยิบมาปรึกษากันว่า น่าจะดูตรง
นี้นะ น่าจะดูเรื่องนี้นะ เช่น ถ้าเขาอยาก
ดูว่าระบบการคัดกรองของพะเยา มี
คุณภาพมากน้อยแค่ไหน เราก็จะหยิบ
ข้อมูลตรงนี้มาให้เขาดู นี่คือการร่วมกัน
กันระหว่างฝ่าย แต่เวลาไปทำงานจริง
แล้ว เวลาไปกระตุ้นในพื้นที่ งานประกัน
สุขภาพมีบทบาทมาก เพราะเขาเป็นคน

ถือเงินอยู่ เพราะฉะนั้นเราต้องมึงงาน
ประกันไปด้วย ว่าพื้นที่นี้คุณต้องให้เงิน
เขา เราซื้อเป่ามาแล้ว 10 พื้นที่ที่ต้อง
Priority เรื่องปัญหาเบาหวาน เราก็ไป
ชวน NCD ไปชวนพื้นที่มา แล้วประกัน
สุขภาพเป็นคนถือเงินลงไปดำเนินการกับ
10 พื้นที่

ผู้เข้าร่วมจาก สสจ.ประจวบฯ :

อีกหนึ่งคำถามน่าจะถามว่า HCIS
ของพะเยานี้ใช้ได้หมด คือหมายถึงว่ายังมี
ระบบรายงานกระดาษ จะต้องขอไปยัง
พื้นที่รึเปล่า หรือว่าดึงจาก HCIS ได้เลย

คุณชัชวาลย์ :

จริงๆ แล้วเราดึงได้เกือบหมดนะครับ
แต่ว่าบางครั้งเราจำเป็นต้อง check up
ไปกับ PCU ว่าที่เคย์เข้ามาของจริงที่มี
ในมือมากน้อยแค่ไหน อย่างบางทีบอกมา
ว่าไปคัดกรองมาเกินเป้าแล้ว แต่เวลาจะ
ส่งข้อมูลจังหวัดต้องเสียเวลาเคย์ข้อมูล
เวลาจะใช้ข้อมูล บางทีก็ยังไม่หมดเลย
จังหวัดต้องใช้ข้อมูลแล้ว ใช้ทำอะไร
จังหวัด เน้นอันดับแรกสุดเลย นำเบื้อ
มากครับ คือ จังหวัดใช้ให้ส่งก่อนครับ
ส่งเพื่อเอาตัวรอดก่อน เพราะข้างบนเค้า
ตามมา จังหวัดต้องส่งให้จังหวัดรอดก่อน
เราจะทำอย่างไร พัฒนาระบบอย่างไรให้
จังหวัดรอด บางครั้งอาจจะต้องใช้ข้อมูล
กระดาษเข้ามายืนยันก่อน เสร็จแล้วค่อย
ทยอยข้อมูลที่เป็นข้อมูลดิบเข้ามา อย่างที่
บอกเมื่อครู่ที่ว่า บางอำเภอปีที่แล้วผล
กระทบเข้ามาต้องเคย์ซ้ำซ้อนทั้ง สปสช.

ทั้งจังหวัด ดังนั้นข้อมูลจะเคย์ซ้ำซ้อน ก็
ไม่เป็นไร เราใช้กระดาษไปก่อน อย่างนี้
เป็นต้น ใช้ด้วยกัน

ภก.พัฒนา รุ่งรัศมีวิมานะ :

โรงพยาบาล 50 พรรษา จังหวัด
อุบลราชธานี คือถือเป็นการแลกเปลี่ยน
นะครับ เนื่องจากว่าในส่วนของผมที่ดูแล
อยู่เนี่ย มันมีเรื่องของข้อมูล และเมื่อสัก
ครูในการนำเสนอเนี่ย ทุกท่านก็จะเห็นว่า
ภาพของการนำเอา IT มาใช้ประโยชน์ใน
เรื่องของการเก็บข้อมูลเนี่ยปัจจุบันมีมาก
ขึ้น แต่ปัญหานึงที่ทุกคนรับทราบก็คือว่า
เหมือนอย่างที่ท่านวิทยากรบอกนะครับ
เริ่มต้นสิ่งที่ สสจ. ต้องทำก่อนก็คือส่ง
ข้อมูลไปก่อน ซึ่งข้อมูลเหล่านั้นอาจจะ
เป็นข้อมูลดิบ หรือข้อมูลที่บางครั้งยังไม่มี
การปรับเปลี่ยนอะไรเลย สิ่งที่เราทำ
งานกันเนี่ย จะเห็นว่า บางครั้งการทำ
งานหลายๆ โปรแกรมมันจะซ้ำซ้อนกัน
มาก ผมเคยตั้งข้อสงสัยกับตัวเองว่า เอ๊ะ
ปกติ Programmer หรืออาจารย์ที่
ทำงานอยู่ในส่วนของการทำงาน IT และ
ส่งโปรแกรมมาให้เราใช้ เขาทำงานกันยัง
ไง เพราะจริงๆ แล้วระบบการทำงานของ
โปรแกรม ตั้งแต่ระบบของจังหวัดต้อง
ยอมรับนะครับว่าเวลาที่ไปฟังบรรยาย
หรือเวลาไปพบปะ แต่ละจังหวัดจะไม่
เหมือนกัน ไม่เท่ากัน อย่างของที่พะเยาก็
จะมีจุดเด่นตรงนี้ นั่นคือความสามารถ
ส่วนบุคคลที่แต่ละที่จะมี ทำไม่เราถึงไม่มี
การปรับในเรื่องของการพัฒนาระบบ
ข้อมูลข่าวสาร เหมือนที่กระทรวง ICT

บอกว่าเราจะมีโปรแกรมเดีวตั้งแต่ต้นจน
จบ พุดมาหลายปีละ จนวันนี้ก็ยังไม่
แล้ววันนี้ที่มาเจอ IRIS เจอ NCD มาเจอ
Surveillance อันนี้ยังไม่รวมประกัน
นะครับ แล้วยังไม่พอนะครับ การเคย์เพื่อ
เอาเงิน ยังไงเราก็ต้องหาเงินมาจ้างคนเคย์
อยู่ดี case ละ 50 สตางค์ ถ้าสุดบอกว่า
ถ้าไม่เคย์ ICD ten ไม่ได้ case ละ 50
สตางค์ ผมก็ถามว่า 50 สตางค์เอามา
รวมๆ กันแล้วเอาไปจ้างเคย์คุ้มกับที่เรา
จ่ายมัย ส่งไปบางทีผิด ตีกลับมาอีก ตรง
นี้ผมมองว่าคน IT ของสาธารณสุข ของ
เจ้าหน้าที่หรือโรงพยาบาลทุกคนเห็น
ความสำคัญ ก็เป็นข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอ
แนะนะครับว่า มันน่าจะมีสักวันหนึ่งที่ทีม
งานของเรา กระทรวงสาธารณสุขที่
ทำงานด้วยกันเนี่ย มีโอกาสจะได้เห็นสิ่ง
เหล่านี้ เพื่อลดการทำงาน ลดการเคย์
ข้อมูล เคย์ทีเดียว ตรวจทีเดียวจบแล้ว
ทำงานในส่วนที่เราจะลงไปให้ความรู้ ไป
สร้าง self care ไปสร้างทุกอย่าง แทนที่
จะเสียเวลานั่งทำงานในสิ่งเหล่านี้
ขอบคุณครับ

ผู้ดำเนินรายการ : ดูจะเป็นประเด็นที่
ถูกใจนะคะ แต่ว่าเวลาเราจัดประชุมที่ไร
พูดเรื่องระบบข้อมูลทีไร ก็จะมีเรื่องนี้เข้า
มาเกี่ยวข้อง ซึ่งในส่วนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง
ในระดับส่วนกลาง คิดว่าเข้าใจปัญหา
และทราบกันดีนะคะ จะมีความหวัง
ขนาดไหนก็คงต้องรอดกันต่อไปนะคะ แต่
ว่าสิ่งที่คุณชัชวาลและทีมพยายามเชียร์ให้
ทุกท่านกลับไปคิดก็คือว่า ข้อมูลที่เรา

มีมากมาย ไม่ว่าจะเป็น manual
แบบสันทรายที่พยายามทำ หรือแบบ
Qualitative ที่ทางของท่าช้างทำ ทั้งหมด
ทั้งมวลก็เป็นความสร้างสรรค์ในการ
จัดการใช้ประโยชน์ แม้แต่แบบ software
แบบที่ CUP กมลลาสัยพยายามเสนอก็คือ
พยายาม ทำยังไงให้ HCIS กับตัวนั้น
มันสามารถใช้ประโยชน์ได้จริง โชคดีที่
พะเยาทำมาก่อน และทำมานานแล้ว ทีม
ดี มีเอกภาพ

คุณชัชวาลย์ :

จริงๆ ก็อยากให้กำลังใจนะครับว่า มี
อยู่ค่าเดียวจะครับว่า อุตตาหิ อุตโนนาโถ
คือเราต้องพึ่งตนเองให้ได้ก่อนตอนนั้นะ
ครับ แต่ว่าจังหวัดก็เหนื่อยนะครับ เพราะ
ว่ากระทรวงส่ง soft ware ลงไป ทีม
Programmer ต้องมาศึกษา แล้ว add
ในโปรแกรม PQS ของเราให้หมด ให้เคย์
เคย์เหลืออันเดียว ตอนนี้ PCU ใช้
โปรแกรมเดียวเท่านั้น ถ้ามีใครส่งอะไรมา
มาที่จังหวัดก่อนแล้วจังหวัดก็ add
เข้าไป ทีนี้ก็เลยมีปัญหานิดนึงนะครับตรง
ที่ว่า เวลาส่ง 18 แฟ้ม จังหวัดได้น้อย
กว่าที่อื่น เพราะระบบเราไม่เหมือน
เวลาตัดอะไรส่งให้เขากลับกลายเป็น
ผลเสียซะอีก ได้สตางค์มาน้อย แต่ก็ไม่
เป็นไรนะครับ เราก็ยังต้องอยู่ว่า อุตตาหิ
อุตโนนาโถ ต่อไป

เวทีเต็มสาระถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยี
แลกเปลี่ยนประสบการณ์

การดูแลสุขภาพ แบบองค์รวม ในผู้ป่วยเบาหวาน

วันที่ 22 พฤษภาคม 2552 ห้องมิราเคิลแกรนด์ B
เวลา 09.00 - 12.15 น.

โดย : พศ.พญ.สายมณี หัตถ์รัตน์

สาระสำคัญ

“สิ่งที่เราดูแล (Care) คือ ตัวผู้ป่วย ไม่ใช่ระดับน้ำตาล”

ประโยชน์ข้างต้นนี้อาจจะฟังไม่คุ้นหูนัก สำหรับบุคลากรทางสาธารณสุขที่ได้รับการฝึกสอนมาให้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เพราะในการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยเบาหวานแต่ละราย มักจะเริ่มต้นจากการเจาะเลือดหาระดับน้ำตาลก่อนอาหาร และเมื่อผู้ป่วยมารับยา ต่อเนื่องในแต่ละครั้ง ก็จะต้องโดนเจาะเลือดหาระดับน้ำตาล (ก่อนหรือหลังอาหาร) แทบทุกครั้งไป ผู้ให้บริการจึงมักจะมุ่งไปที่การดูแลระดับน้ำตาลเป็นหลัก จนบางครั้งก็ลืมไปว่า ผู้ป่วยเบาหวาน เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรคอื่นๆ มีชีวิตและจิตใจไม่ต่างจากคนที่ไม่ได้เจ็บป่วยแม้แต่น้อย

ทุกครั้งที่แพทย์หรือพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยที่มารับการรักษาต่อเนื่องมานานหลายปี กลับไม่สามารถรักษาระดับน้ำตาลได้ตาม Practice guideline ยิ่งเป็นโรคเบาหวาน ที่คุมไม่ได้มานานเท่าไร ก็ยิ่งเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้นเป็นเงาตามตัว ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ลงท้ายด้วยการสูญเสียอวัยวะ พิการถาวร หรือเสียชีวิตไปทั้งที่แพทย์พยาบาลให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง แพทย์และพยาบาลก็จะต้องพยายามสอนผู้ป่วยให้ดูแลตนเองอย่างเคร่งครัด ทั้งเรื่องการควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย

การเพิ่มจำนวนยา หรือเลยไปถึงขั้นใช้ยาฉีด insulin ซึ่งมักจะลงเอยด้วยความทุกข์ในการรักษามากกว่าเดิม

ดังนั้น ภาพรวมของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจึงเป็นไปในลักษณะน่าท้อใจพอๆ กับโรคที่ผู้ป่วยเป็น ผู้รักษาจำนวนมากเกิดความเบื่อหน่ายเมื่อพบผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุม



ระดับน้ำตาลไม่ได้ บางคนรู้สึกโกรธหลายคนคิดว่าผู้ป่วย ด้วยความหวังดีอยากให้ผู้ป่วยดีขึ้น ไม่เกิดโรคแทรกซ้อนดำเนินชีวิตได้ตามปกติ กลับกลายเป็นว่ายิ่งดูแลผู้ป่วยเบาหวานนานเท่าไร ก็ยิ่งเกิดความสิ้นหวังในการดูแลเรื่องโรคพอๆ กับหมดหวังในการเยียวยา บางครั้งกลายเป็นหมดไฟในการทำงานไปเลย

เป็นไปได้หรือไม่ที่เราจะทำงานกับผู้ป่วยเหล่านี้อย่างบูรณาการ ในเมื่อเกือบทุกแห่ง ก็มีปัญหาการเยียวยาผู้ป่วยกลุ่มนี้เหมือนกัน ความลำบากที่ผู้รักษาประสบพบเจอ แปลว่าผู้ป่วยเหล่านี้อยู่ในภาวะเกินเยียวยาแล้วใช่หรือไม่

การที่ผู้รักษาประสบปัญหาซ้ำซากแบบเดียวกัน อาจจะได้แปลว่า ผู้ป่วยมีปัญหาจนเกินเยียวยา แต่อาจจะเกิดจากมุมมองที่ผู้รักษามีต่อปัญหานั้น

วิธีการดูแลผู้ป่วยเบาหวานซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบบูรณาการอย่างมีประสิทธิภาพนั้น จะทำได้ก็ต่อเมื่อบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

ปรับทัศนคติและมุมมองของตนเองต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังเสียก่อน

ทัศนคติและมุมมองเดิมที่เรามีต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ก็คือ ต้องพยายามรักษา “ตัวเลข” ให้ได้ระดับมาตรฐานตามที่กำหนดไว้ใน Practice guideline ซึ่งเป็นหลักเกณฑ์โดยรวมของการดูแลผู้ป่วยทุกรายโดยไม่ได้คำนึงถึงปัจจัยเฉพาะบุคคล เปรียบเสมือนการผลิตเสื้อโหลจากโรงงาน คนที่ซื้อมาแล้วใส่พอดีก็แล้วไป แต่จะต้องมีบางคนที่มีขนาดตัวไม่ได้มาตรฐาน ไม่สามารถใส่เสื้อตัวนั้นได้ เปรียบเทียบเป็นเสื้อก็ยังมีโอกาสที่ว่า ใส่ไม่ได้แล้วนำไปให้คนอื่นต่อ หรือนำไปคืน แต่ถ้าเป็นชีวิต จะทำอย่างไรหากวิธีการรักษานั้นไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยบางคน

ทัศนคติและมุมมองอีกด้านที่บุคลากรทางสาธารณสุขทั้งแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ทุกระดับต้องพึงระลึกไว้เสมอก็คือ ผู้ป่วยทุกรายมีชีวิตจิตใจที่ซับซ้อนและแตกต่างกัน นอกเหนือจากผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ แล้วยังต้องการแผนการ

รักษาเฉพาะตัว เปรียบเสมือนการตัดเสื้อ ที่ต้องวัดให้พอเหมาะเฉพาะบุคคล และ แม้เมื่อตัดเย็บเรียบร้อยแล้ว นั้ดมารับเสื้อ ก็ยังต้องลองและแก้ไขให้เหมาะกับรูปร่าง อีกชั้นหนึ่ง น้อยครั้งนักที่การตัดเสื้อจะเสร็จสิ้นภายในครั้งเดียวโดยไม่ต้องแก้ไข ยกเว้นได้พบกับช่างที่คุ้นเคยรู้ใจกัน เข้าใจความต้องการของผู้สวมเป็นอย่างดี เช่นเดียวกับการที่ผู้ป่วยได้พบกับทีมผู้ให้บริการที่เข้าใจและสามารถตอบสนอง ความต้องการของพวกเขาได้อย่างเหมาะสม

การดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายแบบนี้ เรียกว่า การดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Medicine) ซึ่งสามารถปรับใช้ได้กับผู้ป่วยทุกคนไม่แต่เฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือผู้ป่วยเรื้อรัง เท่านั้น

หลักการดูแลผู้ป่วยแบบเป็นศูนย์กลางจะดำเนินการควบคู่กันทั้งการรักษาแบบดั้งเดิมคือ ดูแลเรื่อง “โรคทางกาย” (Disease) ในขณะที่เดียวกัน ก็จะต้องรักษา “ความเจ็บป่วย” (Illness) ร่วมด้วย

เรื่องโรคทางกายนั้น บุคลากรทางการแพทย์มีความรู้ความสามารถเพียงพอที่จะดูแล ไม่ว่าจะเป็นการควบคุมความดัน ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด หรือการป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ อย่างเหมาะสม

สิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขควรมีเพิ่มเติมก็คือ การมองภาพรวมแห่งชีวิตของผู้ป่วยให้ออก



(Holistic Approach)

บุคคลคนหนึ่งมีชีวิตผ่านร้อนผ่านหนาวมายาวนาน ย่อมมีลักษณะเฉพาะตัวไม่ซ้ำแบบใคร และมีความคิด ความเชื่อ วิธีการดูแลตัวเองแตกต่างกันไป อันเนื่องมาจากการมีพื้นฐานครอบครัวซึ่งเป็นหน่วยย่อยที่สุดในสังคมแตกต่างกัน หน่วยย่อยต่างๆ เหล่านี้ก็จะรวมตัวกันเป็นชุมชน เป็นสังคม ที่มีเอกลักษณ์ไม่เหมือนกัน มีความเชื่อ ประเพณี ค่านิยมที่ปฏิบัติสืบเนื่องกันมา และมีความเชื่อเรื่องความเจ็บป่วยแตกต่างกันไปตามบริบทของครอบครัวและชุมชนนั้น

ดังนั้นเมื่อบุคคลคนหนึ่งเจ็บป่วย จึงต้องคำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้ร่วมด้วย มิฉะนั้นการรักษาที่มุ่งไปแต่ในเรื่องโรคทางกาย ก็จะไม่ประสบผลสำเร็จ ยิ่งไปกว่านั้นจะเหมือนกับยังแข่งกับโรคก็ยิ่งแพ้

นอกจากทำความเข้าใจกับผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนแล้ว ยังต้องทำความเข้าใจกับพัฒนาการในช่วงวัยต่างๆ ของผู้ป่วยและครอบครัวด้วย ผู้ป่วยเด็กที่เป็น



เบาหวานก็ย่อมแตกต่างจากผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เป็นเบาหวาน แม้ครอบครัวที่มีลูกเป็นเบาหวานตั้งแต่เด็กกับครอบครัวที่มีผู้ใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวานจะเกิดความเครียดเหมือนกัน แต่ความเครียดนั้นก็แตกต่างกันในรายละเอียดอยู่ดี

ผู้ป่วยเด็กที่เป็นเบาหวาน แต่ผู้ปกครองเข้มแข็ง อาจจะไม่ต้องการคำสั่งสอนชี้แนะเรื่องการรักษามาก แต่ต้องการคำยืนยันว่าสิ่งที่ทำไปนั้นถูกต้องเหมาะสมแล้ว และให้กำลังใจ เปรียบเทียบกับครอบครัวที่พ่อแม่ไม่สามารถยอมรับโรคที่ลูกเป็นได้ ก็จะทำให้เกิดความตึงเครียดในครอบครัวสูงมาก และไม่ต้องการเพียงแค่คำแนะนำหรือการปลอบใจ แต่อาจจะต้องการคนช่วยเหลือหรือมีการใช้ตัวช่วยอื่นๆ เข้ามาเสริม เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ

ในขณะที่ผู้ป่วยเบาหวานวัยรุ่น ก็จะมีเฉพาะตัวในเรื่องการเติบโตตามวัย ทั้งเรื่องรูปร่างที่กำลังเปลี่ยนแปลง การคุมอาหารที่ยุ่ยากกว่าผู้ป่วยเด็กเล็ก และ



การที่จะต้องใช้จ่ายดี อาจทำให้เกิดความรู้สึกไม่ดีต่อร่างกายของตัวเอง เพราะมีรอยแผลจากการฉีดยา หรือการที่จะโดนเพื่อนล้อเลียนเรื่องความเจ็บป่วย ทำให้เข้ากลุ่มเพื่อนได้ยากขึ้น

ดังนั้น ความเป็นปัจเจกบุคคลของคนแต่ละคนนั้น มีความสำคัญต่อการดูแลรักษาโรคเป็นอย่างยิ่ง แพทย์และบุคลากรทางสาธารณสุขจึงจำเป็นต้อง “เข้าใจ” ผู้ป่วยแต่ละรายซึ่งมีปัจจัยในชีวิตแตกต่างกันไป ไม่เพียงแต่โรคเบาหวานเท่านั้น แต่ยังรวมถึงโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่มีการดำเนินโรคแบบเดี่ยวตรงเดี่ยวทรุดขึ้นๆ ลงๆ ตามระยะเวลา รักษาไม่หายขาด แต่ก็ไม่ได้แยจนถึงกับชีวิต ผู้รักษาจึงต้องเข้าใจวิถีแห่งการดำเนินโรคด้วย

สุดท้าย การรักษาเยี่ยวยานั้น จะต้องคำนึงถึง “บุคคล” ที่มีความเจ็บป่วยเป็นหลัก ไม่ใช่ “ตัวเลข” ที่เป็นเพียงเครื่องมือในการวัดระดับสารเคมีในเลือดเท่านั้นเอง

เวทีเต็มสาระถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยี
แลกเปลี่ยนประสบการณ์

วิธีการจัดการเบาหวาน ในหน่วยบริการ แบบบูรณาการ

วันที่ 22 พฤษภาคม 2552 ห้องมิราเคิลแกรนด์ C
เวลา 09.00 - 12.15 น.

ผู้จัดการกระบวนการเรียนรู้ เป็นทีมงานจากชมรมโรงพยาบาลชุมชน
แห่งประเทศไทย

สาระสำคัญ

1. หัวข้อ ทำอย่างไรจึงจะเชื่อมโยงบริการระหว่าง Primary และ secondary care?

ตอบคำถามนี้โดยมองผ่าน CUP กมลลาไสย ซึ่งมีการเชื่อมงานกันตั้งแต่ก่อนผู้ป่วยเป็นโรคจนกระทั่งเป็นโรค ให้หลอมเป็นบริการเดียวกันที่มีเป้าหมายอยู่ที่การเพิ่มประสิทธิภาพบริการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มีคุณลักษณะบริการที่เป็นแบบองค์รวมต่อเนื่อง บูรณาการ อย่างมีส่วนร่วมกับประชาชน ครอบครัว และชุมชน

- มีระบบลดเสี่ยง ลดโรค การคัดกรองเพื่อหาความเสี่ยง และลดความเสี่ยง รูปแบบและแผนจะเป็นแบบไหน



- มีระบบลดป่วย ลดภาวะแทรกซ้อนในรายใหม่ ตรวจวินิจฉัย ประเมินสถานะและปัจจัยเสี่ยง ในรายเก่าเน้นการลดการเกิดหรือป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยควรได้รับบริการขั้นพื้นฐานโดยเฉพาะการจัดบริการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนมีมาตรฐานการรักษาพยาบาลเดียวกัน ทั้งเรื่องการจ่ายยา การตรวจสุขภาพประจำปี การจัดกิจกรรมในการรักษา เป็นต้น
- มีระบบการพัฒนาทักษะและความรู้ของผู้ให้บริการในเครือข่ายบริการ ทั้งบุคลากร ผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยง และอาสาสมัครในชุมชน

แนวทางการจัดการเพื่อลดความเสี่ยงในกลุ่มเสี่ยง

- ใช้กระบวนการคัดกรองที่บูรณาการกับการให้ความรู้และประเมินปัจจัยเสี่ยง จากนั้นจัดการความเสี่ยงด้วยการจัด class club camp ที่แยกกลุ่มตามปัจจัยเสี่ยง

แนวทางการรักษาเบาหวานภายใน CUP เดียวกัน

- ต้องมีแผนการรักษาแบบเดียวกัน อาทิ มีปฏิทินการตรวจสุขภาพตามห้วงเวลาเดียวกันทั้งเครือข่าย
- มีการประเมินผลความเสี่ยง จัดกลุ่มผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน
- มีการจัดการความเสี่ยงเป็นรายกลุ่มตามปัจจัยเสี่ยง



- กรณีผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลสูง จะใช้กระบวนการจัดการเป็นกลุ่ม (focus group) กลุ่มละ 4-5 คน เพื่อเสริมให้ผู้ป่วยรู้สาเหตุ และผลกระทบเมื่อระดับน้ำตาลสูง และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

เชื่อมบริการอย่างไรระหว่าง รพ. กับ PCU

- มีมาตรฐานการรักษาเดียวกัน
- จัดระบบสนับสนุนพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านความรู้และทักษะในการบริการ
- จัดกิจกรรมร่วม อาทิ ใช้ระบบเพื่อนชวนเพื่อน ออกเยี่ยมบ้านร่วมกัน
- มีและกำหนด KPI ในการดำเนินงานเดียวกัน เพื่อใช้ในการติดตามและพัฒนาตนเอง และเทียบเคียงกับพื้นที่อื่น โดยเฉพาะนำ KPI ของพื้นที่อื่นมา benchmark กับพื้นที่ของตนเอง

2. หัวข้อ เรียนรู้ผู้ป่วยสู่การพึ่งตนเอง มองผ่านงานเยี่ยมบ้าน กรณีตัวอย่าง จากยโสธร

ผู้เล่าเรื่องเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติ ที่ดูแลประชากรในพื้นที่กว่า 6,000 คน ปัจจุบันมีผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน 205 รายและพบผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้นปีละ 10% อย่างไรก็ตามบทบาทหลักของ PCU คือการส่งเสริมป้องกัน แต่ก็ต้องจัดบริการดูแลและรักษาควบคู่ไปด้วย ที่จะกล่าวต่อจากนี้จะเป็นเพียงส่วนหนึ่งของบริการที่มีใน PCU

เดิมบริการใน PCU เราจะขาดความเข้าใจในเงื่อนไขและบริบทชีวิตของผู้ป่วย และเกิดคำถามมากมายว่าให้สุขศึกษาไปหมดแล้วทำไมน้ำตาลยังสูงอยู่ จนกระทั่งวันหนึ่งมีโอกาสได้เข้าร่วมโครงการพัฒนาบทบาท สสจ. ที่มีการศึกษาชีวิตผู้ป่วยที่บ้าน เมื่อเราได้ลงไปหาเขาที่บ้าน กลับพบว่ามันมีเหตุผลและปัจจัยหลายอย่างที่ ทำให้เขามีพฤติกรรมนั้นๆ และความสำคัญในชีวิตของเขาเป็นเรื่องชีวิต การ

ทำมาหากิน ไม่ใช่เรื่องระดับน้ำตาลในเลือด ครั้งนี้ทำให้เราเห็นตัวเองว่า “เราเห็นแต่โรค แต่มองไม่เห็นชีวิต”

เมื่อเห็นชีวิต ทำให้เข้าใจว่าชีวิตของแต่ละคนมีทุกข์กำกับอยู่เป็นเบื้องหลัง แต่ที่ได้มากกว่านั้นคือ เรารู้จักฟังเขามากขึ้น เมื่อฟังมากขึ้นเขาก็ยินดีที่จะเล่าเรื่องจริงมากขึ้น มันทำให้เราอ่อนโยนมากขึ้น และไม่ทำตนให้เป็นผู้เพิ่มทุกข์กับผู้ป่วยมากขึ้นอีก อย่างน้อยคือไม่กล่าวโทษเขา มีการให้สุขศึกษาที่มีลักษณะของการพูดคุยที่ สอดคล้องกับบริบทปัญหาของเขา ไม่ใช่เป็นการสั่งหรือห้ามปฏิบัติ และมีโอกาสช่วยเหลือผู้ป่วยที่ไม่ใช่เพียงแค่เฉพาะเรื่องโรคและอาการป่วยเท่านั้น แต่ครอบคลุมถึงมิติปัญหาอื่นๆ ในชีวิตด้วย

มีคำถามแลกเปลี่ยนจากกลุ่มโดยเฉพาะประเด็นเรื่องของการเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ประเด็นนี้ผู้ร่วมวงแลกเปลี่ยนว่า เริ่มจากตนเองในฐานะผู้ให้บริการก่อนว่าเราพร้อมตรงไหนบ้าง อาทิ ข้อมูลผู้ป่วยมี

ความครอบคลุม เป็นจริงและทันสมัยหรือไม่ ต้องรู้สภาพกลุ่มเป้าหมายที่เราดูแล ค้นหาความต้องการและจุดอ่อนของบริการที่เรามีและจัดผ่านกระบวนการสนทนากลุ่มให้ผู้ป่วยเป็นผู้สะท้อน ค้นหาผู้ช่วยโดยเฉพาะ อสม. เพื่อทำหน้าที่ในการสื่อสารให้ความรู้แทนเราเพราะ อสม. จะสื่อสารกับผู้ป่วยได้ง่ายกว่า จัดสรรให้ผู้ป่วยมีโอกาสแลกเปลี่ยนกันเอง เรามีหน้าที่ของการเสนอทางเลือก วิธีการที่เอื้อให้เกิดผลดีต่อการดูแลสุขภาพ

ประเด็นที่ท้าทาย การทำงานของ PCU ที่ต้องคลุกกับชุมชนอย่างต่อเนื่อง มีเงื่อนไขสำคัญที่เป็นกลไกขับเคลื่อนให้คนทำงานมีพลังคือ ต้องทำให้คน PCU รู้สึกมีคุณค่าไม่ใช่เป็นบุคลากรชั้นสอง เปรียบเทียบง่าย ๆ พยาบาลชุมชน ก็คนละชั้นกับพยาบาลที่โรงพยาบาล ต้องมีระบบเติมไฟให้กับคนทำงานที่ PCU ไม่ว่าจะ เป็นเรื่องของการจัดระบบที่เป็นมาตรฐานเดียวกันดังที่กรณี CUP กมลาไสยกล่าว มีการพัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่ จัดเวท

พบปะแลกเปลี่ยน PCU เองต้องมีทักษะของการเชื่อมประสานและดึงท้องถิ่นเข้ามาร่วมงานเพื่อร่วมกันเคลื่อนชุมชน เพราะชุมชนไม่ใช่เรื่องของใครคนใดคนหนึ่ง

3. หัวข้อ พัฒนาคู่มือ พัฒนาบริการ กรณีตัวอย่างจาก CUP กมลาไสย

ตัวอย่างการจัดบริการใน CUP กมลาไสย ประกอบด้วย

1. เริ่มจากการคัดกรอง จากนั้นมีการจำแนกออกเป็น กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย มีการจัดการกลุ่มเสี่ยง ด้วยการ จัดค่าย เพื่อพิสูจน์ว่ามาตรการใดจะป้องกันเบาหวานได้ พบว่าการจัดค่ายมีผลทำให้กลุ่มเสี่ยงไม่เดินเข้าสู่การเป็นเบาหวาน จากนั้นต่อยอดให้กลุ่มเสี่ยงนั้นไปหาลูกค้าในชุมชนของตนเอง 1:5 จากนั้นจัดเวทีประชาคมว่าจะดำเนินการในชุมชนอย่างไรเพื่อป้องกันเบาหวานในชุมชน อาทิ การกระจายข่าวสารเบาหวานในชุมชน การประกวดป้ายคัทเอ้าท์ในชุมชน
2. การดูแลผู้ป่วยรายใหม่ มีการจัดทำมาตรฐานบริการที่กำหนดร่วมกัน จัดวัน สำหรับ ผู้ป่วย ที่ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และที่มีภาวะแทรกซ้อน คนละวัน มีการส่งต่อรายที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนให้ PCU ดูแล ซึ่งมีการพัฒนาศักยภาพทีมควบคู่กันด้วย

ขั้นตอนบริการและการปรับปรุงพัฒนา

- พัฒนาการการเจาะเลือดโดยมีการปรับค่ามาตรฐานของเครื่องโดยเฉพาะเครื่องเจาะปลายนิ้ว ให้มีผลที่น่าเชื่อถือพอๆ กับการเจาะ FBS มีการแยกกลุ่มเพื่อเจาะเลือดโดยใช้บัตรสีแยก เพื่อความรวดเร็วและไม่ซ้ำซ้อนในการเจาะ
- จัดเจ้าหน้าที่ให้บริการให้เร็วขึ้น และจัดโปรแกรมการตรวจเพื่อให้มีการตรวจประเมินที่ครอบคลุมขึ้น เช่น กำหนดวันในการตรวจเท้า ตรวจตา เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการกำหนดให้มีการประเมินภาวะแทรกซ้อนเป็นรายเดือน
- การจัดยาให้ผู้ป่วย มีการตรวจสอบว่าผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องหรือไม่
- มีระบบตรวจสอบซ้ำที่สามารถตรวจสอบได้ว่าผู้ป่วยได้รับการอะไรไปแล้วบ้าง และเมื่อไหร่ ช่วงใด ควรได้รับบริการอะไร

ผลจากการปรับปรุงและบริหารจัดการบริการ ทำให้การจัดบริการเร็วขึ้น นอกจากนี้มีการพัฒนาศักยภาพของ PCU โดยการจัดการอบรม และใช้มาตรฐานบริการเดียวกัน มีการวิเคราะห์จุดอ่อนจุดแข็งของบริการทั้งระบบร่วมกัน มีการให้ความเห็นต่อระบบ และประชุมต่อเนื่อง ร่วมพัฒนา CPG ด้วยกัน ทำให้ PCU ทำถูกบทบาท และมีความมั่นใจในการให้บริการเพิ่มมากขึ้น และมีระบบปรึกษาแพทย์ได้ตลอด ส่วนเรื่อง

การเชื่อมประสานบริการ ใช้สมุดประจำตัวผู้ป่วยเป็นเครื่องมือในการสื่อสาร ส่งต่อ ทำให้โรงพยาบาลและ PCU มีความเข้าใจตรงกันในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

ผลจากการปรับบริการ และทำงานร่วมกันเป็นทีมเดียว ทำให้ PCU รู้สึกมั่นใจโดยเฉพาะการมีแนวปฏิบัติที่เป็นทิศทางและแนวทางเดียวกัน ภาคภูมิใจมากขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยไว้วางใจมากขึ้น อุ้ใจมากขึ้นเพราะสามารถปรึกษาโรงพยาบาลได้ตลอด ส่วนผู้ป่วยนั้นก็ต้องเดินทางไปโรงพยาบาล ประหยัดเวลา ประหยัดค่าใช้จ่าย โรงพยาบาลก็ไม่แออัด

4. หัวข้อปรับบริการ พัฒนาศักยภาพผู้ป่วย ตัวอย่างกรณี นครบุรี

ถ้าเราเป็นคนไข้เบาหวาน เราอยากได้บริการแบบไหน?? ก็คงอยากได้ความรู้ มีความรู้สึกที่เราเป็นญาติ เป็นกันเอง ได้รับบริการที่ดี มีการดูแลแลกเปลี่ยนเรียนรู้

เริ่มการพัฒนาที่นครบุรี ช่วงแรกในปี 2547 ตอนนั้นคลินิกแน่นไปด้วยผู้ป่วยเราในฐานะผู้ให้บริการซึ่งดูเหมือนความรู้ทุกอย่าง แต่ทำไมคนไข้ถึงยังปฏิบัติไม่ได้ แกรมคนไข้ก็มาแต่เช้า ตี 4 ตี 5 เพื่อชิงคิวแรก บางทีโกรธกัน เอาความละเลงช่วงแรกการเจาะเลือดใช้น้ำตาลก่อนอาหาร ซึ่งผู้ป่วยเองก็ลำบาก รอนาน อดข้าว ทิว เจ้าหน้าที่เองก็รู้สึกไม่ดีต่อการให้บริการ เหล่านี้ล้วนเป็นที่มาที่นำไปสู่การปรับบริการ

ในช่วงปี 2548 มีการจัดพยาบาลวิชาชีพพล่ง PCU และจัดหมอดูแลเป็นโซน จัดบริการนัดเป็นรายตำบล ทำให้ผู้ป่วยเริ่มเห็นกันเองว่าใครบ้างเป็นเบาหวาน เป็นเพื่อนกันและกัน ในขณะที่เดียวกันเจ้าหน้าที่ก็ได้รับความรู้เพิ่มเติม ทั้งเรื่องการจัด KM ในระดับส่วนกลาง การศึกษาดูงาน และได้ความรู้จาก อ.เทพ ทิมะทองคำ จึงนำการเจาะน้ำตาลหลังอาหารมาใช้ ผลที่เกิดขึ้นทันทีคือ ผู้ป่วยไม่แน่น ไม่ต้องรอนาน จัดกลุ่มผู้ป่วยเพื่อแบ่งช่วงเวลาในการมารับบริการ มีการจัดค่ายผู้ป่วยเพื่อให้ความรู้ และพัฒนาทักษะที่สอดคล้องกับผู้ป่วย มีการพัฒนาแกนนำในกลุ่ม ทำให้เกิดบุคคลต้นแบบหรือผู้เป็นแบบอย่างในการปฏิบัติตน ทำให้ผู้ป่วยคนอื่นๆ มีพลังที่จะเปลี่ยนแปลง

ลักษณะการจัดกลุ่มเพื่อเสริมศักยภาพของผู้ป่วย ใช้หลักการชี้ให้เห็นจริง และการรู้จักตนเอง เห็นตนเอง โดยการจัดกิจกรรมเข้าค่าย ให้ฝึกเจาะเลือดด้วยตนเองที่บ้าน ซึ่งพบว่ามือที่ผลเลือดสูงที่สุดคือ มือเย็น บางคนสูงถึง 400 ทำให้เกิดเป็นประเด็นคุยกันในกลุ่มผู้ป่วย เกิดจุดเปลี่ยนที่ทำให้ตนเองต้องเปลี่ยนตนเอง อีกทั้งแกนนำกลุ่มก็รู้สึกภาคภูมิใจที่มีส่วนช่วยให้ลูกกลุ่มปรับพฤติกรรมตนเองได้ โดยวัดจากผลระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีขึ้น สิ่งที่เกิดขึ้นในระบบคือ ผู้ป่วยไม่ต้องมาโรงพยาบาล หรือแออัดยืดเยียด เห็นผลเลือดผู้ป่วยมากกว่า 1 ครั้ง มีเวลาคุยกับผู้ป่วยมากขึ้น ประการ

สำคัญลักษณะการคุยต้องช่วยทำให้เขามีพลังในการปรับเปลี่ยนและดูแลตนเอง ต้องไม่เป็นลักษณะต่อว่า เพราะไม่มีผู้ป่วยคนไหนที่ไม่อยากให้ตัวเองแย่ง

การนัดมาตรวจที่โรงพยาบาล กลุ่มก็จะตกลงกันเองว่าจะให้ใครก่อนหลัง เพราะรับรู้เงื่อนไขในชีวิตของกันและกัน ไม่มีปรากฏการณ์การแย่งคิวกันเหมือนสมัยก่อน พยาบาลช่วยทำหน้าที่ของการคุยกลุ่มที่มีลักษณะแบบแลกเปลี่ยน เต็มกันและกัน

5. หัวข้อ การดูแลเบาหวานในสถานีนามัย ประสบการณ์ของ สอ.จระเข้หิน อ.ครบุรี

ข้อดีของสถานีนามัย เป็นสถานพยาบาลใกล้บ้าน มีโอกาสสนิทสนมกับประชาชน กับองค์กรภายในชุมชน เป็นองค์กรเล็กทำให้ทีมงานกระชับ เข้าใจกันง่ายกว่าในบริบทของโรงพยาบาล

บริการเบาหวานในบริบทเดิมของสถานีนามัยจระเข้หิน อ.ครบุรี คงคล้ายกับทุกแห่ง คือ มีวันเบาหวาน ต้องตื่นแต่เช้าเพื่อเจาะเลือดผู้ป่วย รอพบแพทย์จ่ายยา ผู้ให้บริการรู้สึกจำเจ จึงได้มีการปรับบริการ เริ่มตั้งแต่การเจาะเลือดหลังอาหาร 2 ชั่วโมง บริหารจัดการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยไม่ต้องรีบ ไม่ต้องอดอาหาร เจ้าหน้าที่ไม่ต้องรีบเร่ง ทำให้พูดคุยกับผู้ป่วยได้มากขึ้น ประโยชน์จากน้ำตาลหลังอาหารทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องแต่ตัวโดยการอดข้าวเพื่อให้ระดับน้ำตาลดีในวันที่มาเจาะ หลังจากนั้นปรับมาเป็นเจาะเลือด 5

ครั้ง (ช่วงเวลาของการเจาะ ได้แก่ 20 วัน 40 วัน และ อีก 3 วันก่อนมาตรวจ) โดยให้ผู้ป่วยแบ่งกลุ่ม 3 กลุ่ม ให้มีหัวหน้ากลุ่มเพื่อดูแลสมาชิกกลุ่ม จัดอบรมให้ เพื่อให้เขามีความสามารถในการเจาะเลือดภายในกลุ่มของตนเอง จัดระบบนัดเหลือมเวลาของแต่ละกลุ่มในการมารับบริการที่ PCU เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเสียเวลารอ มีโอกาสทำกิจธุระของตนเอง จากนั้นนำผลทั้ง 5 ครั้ง มาในวันตรวจและมีการแลกเปลี่ยน

มีกรณีผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้นำกลุ่มและเป็นผู้ใหญ่บ้าน สะท้อนถึงบริการที่ปรับใหม่ รู้สึกบริการเอื้อให้เขาสะดวกมากขึ้น ทั้งในแง่การเดินทาง การพูดคุยกับบุคลากร เขากล้าถามกล้าคุย รู้สึกสบายใจขึ้น สุขใจมากขึ้น เพราะมันคือบ้านของเขา (ถ้าเทียบกับโรงพยาบาล ต้องเดินทางไกลกว่า รอนานแต่ได้คุยน้อย) แถมเรายังมีโอกาสคุยกันในกลุ่มผู้ป่วยด้วยกันเอง เช่น เอาผลน้ำตาลมาเป็นประเด็นในการแลกเปลี่ยน ทำไมครั้งนั้นสูง ครั้งนี้สูง เป็นต้น มีความรู้สึกเป็นกันเองทั้งในกลุ่มผู้ป่วยด้วยกันเอง และระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ การเจาะเลือด 5 ครั้ง ยังเป็นอุบายที่ทำให้ผู้ป่วยปรับปรุงตนเองด้วย เพราะเห็นชัดว่าน้ำตาลสูงขึ้น เมื่อก่อนหมอนัด 2 เดือน มีผลเลือดครั้งเดียว เดียวนี้มีผลเลือด 5 ครั้ง

- มีคำถามจากกลุ่มว่า การเจาะเลือดหลังอาหาร มีผลต่อความตกใจของผู้ป่วยหรือไม่ ช่วงแรกคนไข้เครียด เราต้องทำหน้าที่อธิบาย ว่าเพราะอะไร และเกณฑ์วัดคนละเกณฑ์กับน้ำตาลก่อนอาหาร ชี้แจงให้ผู้ป่วยสบายใจในทางตรงกันข้าม ผู้ป่วยก็จะประจักษ์ว่า อิ่ม กินข้าวแล้วน้ำตาลขึ้นนะ
- มาตรฐานการเจาะเลือด เราจะเชื่อถือเกณฑ์ได้มากน้อยขนาดไหน จะเชื่อถืออย่างไรว่าผู้ป่วยเจาะเลือดเบาะๆ ตามเวลา 2 ชั่วโมง แล้วบริหารจัดการทรัพยากร งบประมาณอย่างไรผู้ป่วยมาไม่ตรงเวลาจะเจาะให้เพื่อไม่ให้เสียน้ำใจ ไหนๆ ก็มาแล้ว แต่เราจะนัดมาใหม่ให้ตรงเวลาเดิมที่เคยเจาะ ส่วนประเด็นหลังนี้มีการหารือกันในระดับ CUP ที่หารือร่วมกันว่าจะใช้วิธีการ SMFBG จะบริหารงบประมาณอย่างไร เบื้องแรกคือต้องทำความเข้าใจของวัตถุประสงค์ให้ตรงกัน ทหาของงบประมาณ เช่น โครงการของ สปสช. หรือการระดมทุนในชุมชน หรือถ้าไม่พอจริงๆ ก็ยืดหยุ่นไม่ต้องถึง 5 ครั้ง แต่หลักคือขอให้บ่อยครั้งขึ้น

สรุปการบริหารจัดการเบาหวาน ไม่จำเป็นต้องมีศูนย์กลางที่โรงพยาบาล แต่ที่สำคัญต้องเป็นทีม เป็นเครือข่าย ถ้าจะให้ดี CUP ต้องทำหน้าที่เป็นแกน สร้างทีม สนับสนุนพัฒนา และที่ขาดไม่ได้คือ ชุมชนต้องเป็นฐาน ถ้าหากุญแจสำคัญในชุมชนพบ การขับเคลื่อนเพื่อจัดการทั้งในเชิงป้องกัน การรักษา และการดูแลทั้งระบบตั้งแต่ในครรภ์จนถึงเชิงตะกอนก็จะสำเร็จ

การนำเสนอผลการศึกษา

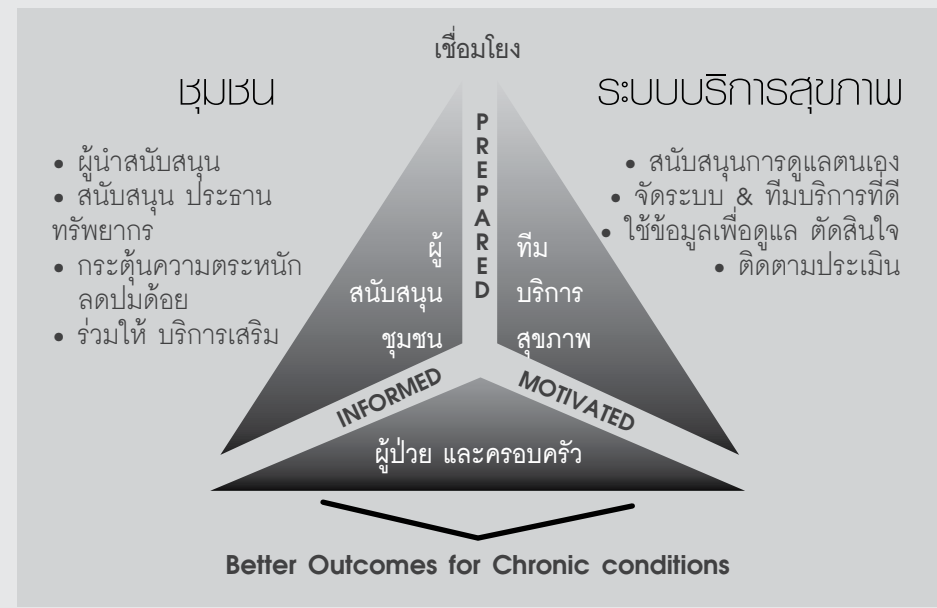
สถานการณ์ทิศทางการทำงานและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับบริการปฐมภูมิและการจัดการเบาหวาน

วันที่ 22 พฤษภาคม 2552 ห้องมิราเคิลแกรนด์ บอลรูม เวลา 13.00 - 13.30 น.

โดย พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร

ที่นำเสนอต่อไปนี้เป็นการศึกษาพยายามสรุปว่าสถานการณ์ของระบบปัจจุบันเป็นอย่างไร และมีข้อเสนอของการปรับปรุงและพัฒนาอย่างไร เพื่อเป็นการเปิดประเด็นให้ทางทีมบนเวที (อภิปรายนโยบายแนวทางและระบบสนับสนุน) แลกเปลี่ยน เพื่อสรุปร่วมกันถึง

ภาพแสดง กรอบความคิดในการพัฒนาระบบเพื่อดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง



โอกาสความเป็นไปได้ในการพัฒนา ขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดการจัดการเบาหวานแบบบูรณาการ

ประเด็นแรกเกี่ยวกับสถานการณ์การป่วย และการรับรู้ผู้ป่วยยังคงเป็นปัญหาตลอด คือจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น แต่ที่สามารถควบคุมได้มีเพียงเล็กน้อย ซึ่งแสดงว่าคุณภาพของระบบบริการในปัจจุบันยังมีปัญหาอยู่มาก และต้องเร่งการพัฒนาเต็มที่ สิ่งหนึ่งที่จะต้องทบทวนร่วมกัน (แสดงตามกรอบแนวคิดในการพัฒนาระบบเพื่อดูแลผู้มีปัญหาเรื้อรัง)

จากภาพ ขี้ให้เห็นว่าสุดท้ายประเด็นหลักคงหนีไม่พ้นเรื่องของชุมชน ระบบบริการและผู้ป่วย ซึ่งจะต้องทำงานร่วมกัน ณ ขณะนี้จะเห็นว่า กระบวนการทำงานจะอยู่ที่ระบบบริการเป็นหลัก แต่การเตรียมตัวทีมผู้บริการนั้นอาจจะยังมีความไม่พร้อม และเป็นการจัดการเสริมอยู่ค่อนข้างมาก ส่วนการขับเคลื่อนไปถึง

ตัวผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนก็ยังเป็นประเด็นที่เราทำค่อนข้างน้อย รวมทั้งถ้าจะเอากกรอบแนวคิดที่มองให้เห็นว่า ณ ขณะนี้องค์ประกอบของระบบบริการ ทั้งระบบการออกแบบ ระบบข้อมูล ระบบการตัดสินใจ รวมถึงสนับสนุนการจัดการ และการเชื่อมโยงชุมชน มาพิจารณาประกอบจะพบว่า ปัจจุบันที่กำลังเคลื่อนส่วนใหญ่เป็นเรื่องการตรวจวัดระดับน้ำตาล การควบคุมภาวะแทรกซ้อน ควบคุมภาวะเสี่ยง หรือการป้องกันความเสี่ยง ซึ่งล้วนเป็นงานทางคลินิกเป็นส่วนใหญ่

แม้ว่าจะมีส่วนหนึ่งที่พยายามจะเข้าไปถึงเรื่องการส่งเสริมป้องกัน การให้ความรู้ แต่กระบวนการตรงนี้ยังไม่เข้มข้น และยังไม่เกิดประสิทธิผลที่มากพอ

เมื่อศึกษาที่หน่วยปฐมภูมิ ซึ่งความหมาย ณ ที่นี้คือสถานอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน หรือแม้แต่คลินิกเอกชน

ต่างๆ ก็ตามจะพบว่า บทบาทของหน่วยปฐมภูมิในงานเบาหวานในปัจจุบันแตกต่างกันมาก บางที่แทบจะไม่มีบทบาทอะไรนอกจากคัดกรอง บางที่ก็อาจจะไปถึงเรื่องการดูแลรักษาและการป้องกัน ทั้งนี้ทั้งนั้นขึ้นอยู่กับเชื่อมโยงกับระบบ CUP และ ระบบสนับสนุนเป็นอย่างมาก เราจะพบว่า เรื่องการเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลกับสถานีอนามัยยังมีจุดอ่อนอย่างมาก และเรื่องของการเจาะเลือดตรวจระดับน้ำตาลส่วนใหญ่ก็จะเป็นการเจาะปลายนิ้ว และเรื่องของ A1C ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือ แต่ทั้งนี้ต้องขึ้นอยู่กับปริมาณในการสนับสนุนให้ได้มาซึ่งเครื่องมือในการคัดกรอง

หากพิจารณาที่ระบบแต่ละส่วนก็จะพบว่ากลไกการจัดการโรคเรื้อรังหรือเบาหวาน ในหน่วยบริการปฐมภูมิจะพบว่า

- บทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิ มีความแตกต่างกันมาก บางแห่งไม่ชัดเจน บางแห่งมีบทบาทเต็มที่
- การสนับสนุนและเชื่อมโยงระหว่างรพ. กับหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่มีจุดอ่อน และมีช่องว่างมาก
- หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิส่วนใหญ่ยังดำเนินการในลักษณะตั้งรับและยังไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมเสี่ยงได้มากนัก ระบบติดตามภาวะแทรกซ้อนยังขาดประสิทธิภาพและความต่อเนื่อง

- ระดับน้ำตาลในเลือดส่วนใหญ่ใช้การตรวจ Fasting plasma glucose (FPG) ยังขาดการตรวจหา HbA1c เป็นตัวสะท้อนการควบคุมน้ำตาลในระยะยาว
- ภาวะผู้นำและกลไกการสนับสนุนขององค์กรต่อการพัฒนาระบบเบาหวาน
 - หน่วยบริการปฐมภูมิมีข้อจำกัดในการตัดสินใจดำเนินการด้วยตนเอง
 - กลไกการบริหารและสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ ขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพของโรงพยาบาลและเครือข่ายวิสัยทัศน์ของผู้บริหารในการสนับสนุน งบประมาณ ยา เวชภัณฑ์ รวมทั้ง การสนับสนุนบุคลากร
 - ปัญหาเรื่องโครงสร้างและการสนับสนุนงบประมาณไม่สัมพันธ์กัน
- **กำลังคนดำเนินงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ**
 - จำนวนของบุคลากรไม่พอเพียงกับภาระงาน
 - การพัฒนาศักยภาพบุคลากร
 - ขาดความรู้และทักษะในการจัดการโรคเรื้อรัง
 - เน้นการพัฒนาความรู้ทางด้านเวชปฏิบัติมากกว่าการส่งเสริมและป้องกันโรค

- **ระบบข้อมูล**
 - ขาดระบบการเชื่อมโยงข้อมูล ทั้งระดับอำเภอ จังหวัด ส่วนกลาง และหน่วยบริการ
 - การเก็บข้อมูลของหน่วยบริการยังไม่ได้จัดเก็บให้เป็นระบบ ไม่ครบถ้วน
 - เจ้าหน้าที่ยังใช้ข้อมูลเพื่อนำมาดูแลผู้ป่วย และวางแผนแก้ปัญหาในพื้นที่ได้น้อย
- **การมีส่วนร่วมของชุมชน และการสนับสนุนการจัดการตนเอง**
 - ปัจจุบันส่วนใหญ่ชุมชนให้ความร่วมมือในด้านการคัดกรอง และการติดตามผู้ป่วย
 - ในด้านการลดความเสี่ยง การจัดสภาพแวดล้อมชุมชน และการปรับพฤติกรรมยังมีน้อย และไม่ต่อเนื่อง
 - ยังขาดการเสริมพลังผู้ป่วย และชุมชนให้ความเข้มแข็งมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพของตนเอง
 - บางแห่งเริ่มมีการหาบุคคลต้นแบบหรือผู้นำชุมชน
 - ชุมชน และประชาชน ยังคิดว่าเรื่องการจัดการสุขภาพเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากกว่าบทบาทของตนเอง

ระบบการตรวจวินิจฉัยและการใช้ยาและเทคโนโลยีการดูแลและป้องกันเบาหวานอย่างเหมาะสม

- Intensive lifestyle interventions ยังมีบุคลากรรับรู้และดำเนินการน้อยทั้งๆ ที่สามารถจะช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานได้ 61-71% ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้ 30 - 38% และลดโอกาสการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ร้อยละ 11.2-13.5 ซึ่งหมายถึงการสามารถป้องกันการเกิดโรคเบาหวานได้ร้อยละ 11 และยืดระยะเวลาการเป็นโรคออกไปได้ร้อยละ 61
- ระบบการคัดกรองยังไม่ชัด
- **ระบบการเงินการคลัง (Financing)**
 - มีการจัดสรรงบ OP และ PP เหมมาจ่ายโดยตรงให้แก่หน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง
 - มีโครงการ PP ที่เพิ่มเติมในการจัดการเบาหวาน

โครงการที่สนับสนุนการพัฒนา รูปแบบและวิธีการทำงานเบาหวานในบริบทของบริการปฐมภูมิ

- โครงการสนับสนุนการพัฒนาศูนย์แพทย์ชุมชน
- โครงการพัฒนาโรงพยาบาล บริการประทับใจ ไร้ความแออัด
- โครงการบริหารจัดการเฉพาะโรค
- โครงการภายใต้การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ที่ดำเนินการโดยกรมวิชาการ ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 - โครงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน
 - โครงการสุขภาพดีวิถีไทย โครงการชุมชนลดเสี่ยง

ข้อเสนอสำคัญในเชิงหลักการ กลไก และมาตรการเพื่อพัฒนาระบบการดูแลเบาหวานในระดับปฐมภูมิ

- การออกแบบและจัดบริการ (Service delivery) นโยบายการจัดบริการที่เน้นให้มีการเชื่อมโยงบริการระหว่างรพ. หน่วยบริการปฐมภูมิ และชุมชน
 - เน้นการจัดบริการและออกแบบบริการให้ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย
 - เน้นการบริการที่มีการสื่อสาร 2 ทางและเน้นการเสริมศักยภาพของผู้ป่วย และครอบครัว
 - จัดบริการที่ครอบคลุมและเป็นองค์รวมในทุกกลุ่มประชากร รวมกลุ่มเสี่ยงด้วย
 - บริการคัดกรอง ต้องออกแบบให้มีการป้องกัน และลดภาวะเสี่ยงร่วมอย่างเป็นระบบ
 - ส่งเสริมการรณรงค์ในเรื่องการลดปัจจัยเสี่ยงของเบาหวานในพื้นที่บริการ
 - สร้างเครือข่ายระบบส่งต่อ และมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน มีประสิทธิภาพ

- **กำลังคน (Health workforce)**
 - จำนวนบุคลากร: เพิ่มกรอบอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ และจัดการทีมบุคลากรจากรพ. มาเสริมการทำงานในหน่วยปฐมภูมิ
 - การพัฒนาศักยภาพบุคลากร: หลักสูตรผู้จัดการโรคไม่ติดต่อของจังหวัด, หลักสูตรผู้นำชุมชน, หลักสูตรผู้นำท้องถิ่น
 - จัดระบบที่ปรึกษา ที่ติดต่อได้สะดวก คล่องตัว
- **ระบบข้อมูล (Information)**
 - สนับสนุนให้มีการนำข้อมูลที่มีอยู่แล้วมาใช้ในการวางแผนออกแบบระบบการดูแลผู้ป่วย
 - บูรณาการระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นโปรแกรมเดียวกันหรือมีการเชื่อมโยงระหว่างฐานข้อมูลได้
- **Financing**
 - การจัดสรรงบประมาณไปยังสถานบริการปฐมภูมิโดยตรงเพื่อความสะดวกในการบริหารงบประมาณ
 - ปรับระบบการบริหารงบประมาณให้เหมาะสมกับการจัดการโรคเรื้อรังซึ่งต่างกับโรคเฉียบพลัน
 - มีการจัดสรรงบประมาณในภาพจังหวัดที่สะท้อนถึงภาระและผลลัพธ์ของการจัดการโรคเรื้อรัง
- สนับสนุนองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน ให้มีส่วนร่วมในการระดมทรัพยากรในการจัดการเบาหวาน
- **Leadership/Governance**
 - ประสานการทำงานระหว่างภาคส่วน (Intersectoral partnering) ตั้งแต่ระดับสั่งการ
 - มีกลไกทางนโยบายแบบมีส่วนร่วมในภาพจังหวัด อำเภอ ตำบล
- **Intervention**
 - เร่งเสริมกระบวนการให้ความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชนในวงกว้างที่สนับสนุนพฤติกรรมลดเสี่ยง และการส่งเสริมสุขภาพ
 - จัดตั้งศูนย์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการโรคเรื้อรัง (เบาหวาน) ในภาพจังหวัด
 - CUP สนับสนุนหน่วยปฐมภูมิให้มีศักยภาพอย่างสอดคล้อง
 - เร่งสนับสนุนการเสริมศักยภาพบุคลากรในด้านการปรับพฤติกรรม การดูแลแบบผสมผสาน

อภิปราย นโยบาย แนวทาง และระบบสนับสนุน เพื่อนำไปสู่การขับเคลื่อนงาน เบาหวาน

วันที่ 22 พฤษภาคม 2552 ห้องมิราเคิลแกรนด์ บอลรูม
เวลา 13.30-15.00 น.

ผู้ร่วมอภิปราย

คุณสุมาภรณ์ แซ่ลิ่ม

เจ้านาง พญ.เขมรต์มี ขุนศึกเม็งราย
นพ. ภาณุวัฒน์ ปานเกต
นพ. ประเมษฐ์ กิ่งไก่อ

คุณ ณีฎฐพัชร์ คงผดุง

ผู้ดำเนินการอภิปราย

นพ.นิวัฒน์ จี๋กังวาท

ผู้แทนจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
กระทรวงสาธารณสุข

ผู้แทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ผู้แทนจากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
ผู้แทนพื้นที่จังหวัดที่มีการพัฒนาระบบ
งานเบาหวานแบบบูรณาการ

ผู้แทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ผู้จัดการกองทุนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



คุณ สุมาภรณ์ แซ่ลิ่ม ผู้แทนจากสำนักนโยบายและ ยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

ปัญหาเรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็น
ปัญหาที่สำคัญระดับโลกและประเทศไทย
แล้วก็เป็นโรคที่ได้ให้ความสำคัญในระดับ
ประเทศ ได้มีการกำหนดเป้าหมายไว้ใน
แผนต่างๆ ทั้งแผนพัฒนาเศรษฐกิจสังคม
และแผนพัฒนาสุขภาพ โรคที่สำคัญที่จะ
ต้องแก้ไขปัญหากันที่สำคัญ 5 โรค คือ
เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ หลอด
เลือดสมอง และมะเร็ง ซึ่ง 5 โรคนี้เป็น
โรคที่มีปัจจัยเสี่ยงร่วม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง
ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารที่
ไม่เหมาะสมการขาดการออกกำลังกาย
ความเครียด โรคอ้วน การดื่มเครื่องดื่ม
แอลกอฮอล์ บุหรี่ นโยบายส่วนนี้ทุก
ภาคส่วนก็เห็นความสำคัญที่จะแก้ไข
ปัญหา ในส่วนที่มีการดำเนินการไปแล้ว
นโยบายความต่อเนื่องบ้างไม่ต่อเนื่องบ้าง
เช่น นโยบายเมืองไทยแข็งแรง นโยบาย
อาหารปลอดภัย (food safety) การ

ควบคุมป้องกันบุหรี่และแอลกอฮอล์
และเรื่องคนไทยไร้พุง ล่าสุดขณะนี้ก็มี
นโยบายที่สำคัญคือโรงพยาบาลสร้าง
เสริมสุขภาพประจำตำบล

มาตรการที่สำคัญที่เน้นหนักก็คือ
มาตรการทางด้านกฎหมาย ในเรื่องการ
ควบคุมอาหารที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพโดย
เฉพาะอย่างยิ่งน้ำตาลม เครื่องดื่มที่มี
แอลกอฮอล์ และเรื่องของการส่งเสริม
อาหารที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ และมาตรการ
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในการส่งเสริม
ให้มีร้านค้า และร้านอาหารที่จำหน่าย
อาหารที่มีเมนูสุขภาพในกลุ่มเป้าหมาย
ต่างๆ มีการส่งเสริมการออกกำลังกาย
และก็มีเรื่องของการปรับพฤติกรรม
สร้างเครือข่ายในเรื่องของการลดความ
เครียด และเรื่องของการสื่อสารสาธารณะ

ส่วนนโยบายที่สำคัญระดับรัฐบาลและ
ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขเอง ก็มี
นโยบายในเรื่องของการส่งเสริมและ
ป้องกันโรคที่สำคัญที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยง
ต่างๆ ที่เรียกว่าโรควิถีชีวิต ก่อนหน้านั้น



ก็ได้มีการดำเนินการตั้งแต่ปี 50 ได้มีการดำเนินการจัดทำยุทธศาสตร์สุขภาพดี วิถีไทย แต่ว่าพอหลังจากนั้นก็อาจจะมึสละจุดบ้างในเรื่องของการนำไปปฏิบัติ แต่ก็มีบางส่วนที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง นโยบายที่สำคัญอีกนโยบายหนึ่งก็คือการจ่ายค่าตอบแทน อสม. ต่อคนต่อเดือน ซึ่งเน้นให้มีการส่งเสริมในการดูแลสุขภาพเชิงรุก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มผู้พิการ ซึ่งเกิดจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับส่วนอื่นๆ ก็ได้มีการจัดทำ Mega project ที่ได้ปรับเรียกชื่อใหม่เป็นแผนลงทุนด้านสุขภาพภายใต้แผนปฏิบัติการเมืองไทยเข้มแข็ง ซึ่งเป็นแผน 3 ปี สิ้นสุดปี 2555 ทางด้านสุขภาพเองก็ได้มีการจัดทำไป 10 โครงการ ซึ่งขณะนี้ก็อยู่ในเรื่องของการดำเนินการในการตีความเรื่อง พรบ.ในแผนนี้ก็จะมึเรื่องบริการปฐมภูมิอยู่ด้วยซึ่งเป็นไปในลักษณะของการลงทุนในเรื่อง

ของโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบล อีกเรื่องหนึ่งก็คือเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพดีวิถีชีวิตไทย ซึ่งเป็นแผนระยะยาว 10 ปี โดยมุ่งเน้นการแก้ปัญหาในการลดโรค ลดภาวะแทรกซ้อน และการตาย และการลดภาระค่าใช้จ่ายจากโรคในวิถีชีวิตไทยที่สำคัญ 5 โรคที่กล่าวไปแล้ว ในส่วนที่จะให้ความสำคัญก็คือ เน้นเรื่องการบริโภคที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่เพียงพอ ได้รับพลังงาน และสร้างความสมดุลของร่างกาย โดยการใช้วิถีชีวิตที่พอเพียง ยุทธศาสตร์ที่สำคัญที่เรากำหนดไว้มี 5 ยุทธศาสตร์คือนโยบายสาธารณะสร้างสุข การขับเคลื่อนทางสังคมและการสื่อสารสาธารณะ การพัฒนาศักยภาพชุมชน การพัฒนาระบบเฝ้าระวังการจัดการโรค และการสร้างระบบสนับสนุนยุทธศาสตร์

ในส่วนที่ได้มีการดำเนินการเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่เร่งรัดการดำเนินการภายใต้ยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย กรมควบคุมโรคเป็นผู้ดำเนิน

การโครงการควบคุมเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตรงนี้มีเป้าหมายที่จะดำเนินการทุกจังหวัดให้มีการลดเสี่ยงลดโรค

นอกจากนั้นก่อนหน้านี้มี Vertical program ซึ่งเป็นการดำเนินการแบบต่างคนต่างทำ แต่ละหน่วยก็รับไปดำเนินการไม่มีจุดโฟกัสในการที่จะเน้นหนักเรื่องที่สำคัญระดับชาติ งบประมาณที่ได้จาก สปสช. ก็ได้มีการปรับเปลี่ยนโดยให้สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์เป็นผู้บูรณาการ PP national priority program ซึ่งได้หยิบยกโรควิถีชีวิตไทยเป็น priority ที่จะมาดำเนินการ โดยการบูรณาการงานในภาพใหญ่ทั้งกระทรวง

ภายใต้งบประมาณ PP national priority โครงการที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยโครงการสุขภาพดีวิถีไทย อ้วนลงพุงและโรคไม่ติดต่อ ซึ่งเป็นการบูรณาการในภาพของกระทรวง

ในส่วนงบลงทุนด้านสุขภาพ ทั้งหมด 10 โครงการ จริงๆ มีการพัฒนามาในระดับตั้งแต่ปฐมภูมิ ทูติยภูมิ ตติยภูมิ

และก็ excellent รวมทั้งระบบสนับสนุนทั้งระบบข้อมูลและอื่นๆ ที่จะลงทุนในช่วง 3 ปี

ในส่วนของโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพประจำตำบลเอง ก็มีการมุ่งเน้นว่าต้องมีการดำเนินการเชิงรุกและดูแลพื้นที่ทั้งตำบล เน้นในเรื่องการดูแลป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ มีการให้บริการตลอดเวลา หรือให้มีการให้บริการ 24 ชั่วโมงหลายเวทีมีการพูดคุยกัน ขณะนี้มีการดำเนินการให้จัดเวทีเพื่อพิจารณาร่างกรอบที่มีหลายๆ ฝ่ายช่วยยกยกร่างกัน และพิจารณาในการประชุม 4 ภาคและจะได้ข้อสรุปที่ชัดเจนมากขึ้น

โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบลเป็นนโยบายของรัฐบาลโดยตรง แล้วก็ทางกระทรวงสาธารณสุขก็สนองนโยบายนี้ในการร่วมกันดำเนินการ อย่างไรก็ตามแม้ว่าหลายส่วนจะสร้างการมีส่วนร่วมขับเคลื่อน เป็นตัวเสริมระบบบริการปฐมภูมิในการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แต่ยังมีข้อจำกัดหลายส่วนอยู่ สิ่งที่เราต้อง

ให้น้ำหนักและต้องดำเนินการต่อก็คือการเพิ่มความตระหนักและขยายฐานของการให้ความสำคัญในเรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้มากขึ้น และบางอย่างอาจจะต้องข้อมูลที่มีความชัดเจนในเชิงวิชาการที่จะบอกว่ามาตรการใดมีประสิทธิภาพมากกว่ากัน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ก็มีประสบการณ์ทั้งจากต่างประเทศและในประเทศที่จะบอกว่า การดำเนินการในระดับประชากรและชุมชนมีประสิทธิภาพ และมีต้นทุนที่ต่ำกว่า เมื่อเทียบกับการดำเนินการในระดับบุคคล นอกนั้นก็ยังมี การขยายความเข้มแข็งของการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพดี วิถีชีวิตไทย ก็เป็นกรอบใหญ่ที่เราได้ร่วมกันคิดขึ้นมา

ในส่วนของเรื่องข้องกับเรื่องของงานบริการปฐมภูมิ ต้องมีการให้น้ำหนัก เช่นเดียวกับงานสาธารณสุขมูลฐานที่ต้องทำควบคู่กันไป พร้อมกับระบบบริการระดับต่างๆ สำหรับการสร้างความเข้มแข็งให้กับประชาชน ชุมชน และท้องถิ่นเป็นเรื่องที่ใกล้ตัวและจำเป็นอย่างมากที่จะช่วยเสริมตรงนี้ ในเรื่องของการพัฒนา นโยบายและการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติก็ต้องมีความเข้มแข็งมากขึ้น

การเผชิญหน้าและทางออกของประเทศไทยต่อปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคต

- เพิ่มความตระหนักและขยายฐานความสำคัญสู่วงกว้าง



- หาข้อมูลเชิงประจักษ์ทางวิชาการที่ถูกต้อง เหมาะสม และเพียงพอโดยมุ่งเน้นเรื่องความคุ้มค่า พัฒนาระบบข้อมูล, ระบบเฝ้าระวัง, การจัดการความรู้ และการวิจัย
- ต่อยอด ขยายผล และริเริ่ม นโยบาย ยุทธศาสตร์ มาตรการ แผนงานในระดับชาติ
 - สร้างความชัดเจนและเข้มแข็งของยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย
 - เน้นบูรณาการการป้องกันและควบคุมโรคที่อยู่บนพื้นฐานการดำเนินงานที่ปัจจุบันถึงปัจจุบัน ร่วมยุทธศาสตร์ร่วม และสร้างเครือข่าย เพิ่มศักยภาพการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน
 - เพิ่มศักยภาพบริการระดับปฐมภูมิ งานสาธารณสุขมูลฐาน ร่วมกันสร้างความเข้มแข็งของภาคประชาชน ชุมชน และท้องถิ่น



- พัฒนาระบบการพัฒนา นโยบาย ยุทธศาสตร์ แผน และการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติการที่เข้มแข็งอย่างยั่งยืนในทุกระดับ

เจ้านาง พญ.เชมรัศมิ ขุนศึก-เม็งราย ผู้แทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำหรับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในเรื่องของเบาหวานก็พยายามมองในเชิงบูรณาการ สำหรับเรื่องงบประมาณที่สนับสนุนให้พื้นที่ไปนั้น เป็นบทบาทของจังหวัดที่ต้องนำไปบูรณาการการทำงานร่วมกันภายในจังหวัดของตนเอง ซึ่งงบประมาณส่วนแรกที่ลงไปสู่จังหวัดอยู่ในส่วนของ Prevention Promotion (PP) ลงไปที่ CUP ไม่ได้ลงไปจังหวัด ซึ่งมี Preventio Promotion Community (PP com) 37.50 บางพื้นที่มีท้องถิ่นร่วมดำเนินการด้วยก็จะไปเริ่มที่ท้องถิ่นที่มีกองทุนสุขภาพชุมชน โดยสรุป



PP com มีเป้าหมายมุ่งให้ทำอยู่ 4 เรื่อง คือ เบาหวาน ความดัน โรคอ้วน และ strokes ทั้งการส่งเสริมและรวมทั้งปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

นพ.ภารุวัฒน์ ปานเกตุ ผู้แทนจากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

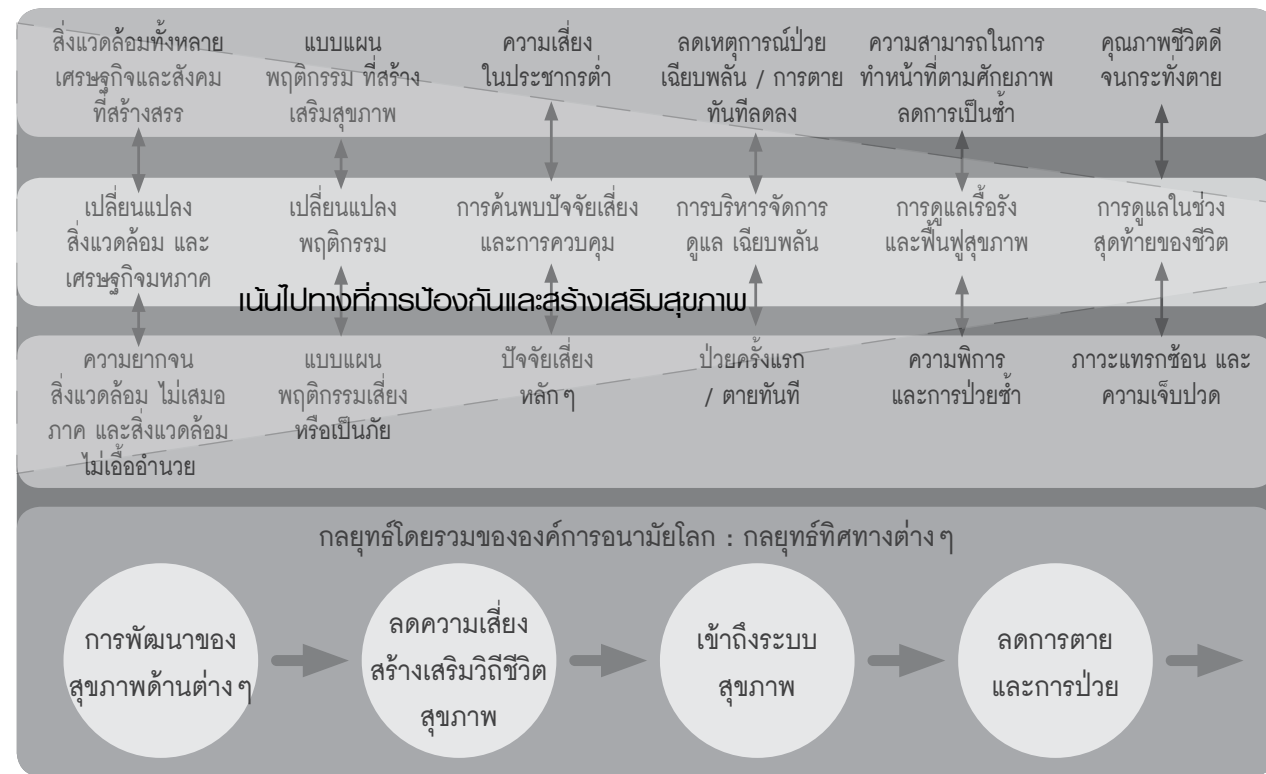
แนวทาง คือการให้ชุมชนเป็นผู้ดำเนินการเอง วิเคราะห์ปัญหาร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขปฐมภูมิ มีการช่วยกันวางแผน และดำเนินการตามแผนของชุมชน จะใช้หลักการของ Strategic map หรือจะใช้หลักการชุมชนเข้มแข็งที่เป้าหมายหลักเน้นการป้องกันปัจจัยเสี่ยง แล้วก็เป็นส่งเสริมให้มีการปรับสภาพแวดล้อม อาจจะมีการออกกฎของชุมชน เน้นทุกกลุ่มประชากรในชุมชน ทั้งคนที่ยังไม่ป่วย คนที่มีความเสี่ยง และคนที่ป่วยและที่สำคัญต้องให้รู้สึกว่าคุณชุมชนเป็นเจ้าของ

ภาพแสดงกรอบโครงสร้างการปฏิบัติภาพรวมการป้องกันโรคไม่ติดต่อ

นโยบาย แนวทาง และระบบสนับสนุน การดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีดังนี้

1. การป้องกันควบคู่กับการรักษา : เน้นการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ/ การปรับปรุงสภาพแวดล้อม ดังภาพ

กรอบโครงสร้างการปฏิบัติภาพรวมการป้องกันโรคไม่ติดต่อ สุขภาพหัวใจ หลอดเลือด และทางเดินหายใจรวมทั้งการควบคุมมะเร็งและเบาหวาน



2. มุ่งลด/ป้องกันปัจจัยเสี่ยง : สหปัจจัยเสี่ยง

บทบาทหน้าที่สำนักโรคไม่ติดต่อ คือ ลดพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ในกลุ่มประชากรทั่วไป และ ประชากรกลุ่มเสี่ยง เพื่อลดโรคไม่ติดต่อดังนี้

การเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ

- ประเมินติดตามโครงการลดพฤติกรรมเสี่ยง
- เฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงและโรคไม่ติดต่อ
- รายงานผลการเฝ้าระวังเพื่อให้เกิดการจัดการโรค

การประเมินพฤติกรรมเสี่ยง

- Identifying risk factors
- Distribution and exposure levels
- Probability of adverse events

การสื่อสารความเสี่ยง

- การสื่อสารกลยุทธ์การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยง
- การปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้เกี่ยวข้อง
- Promoting trust and debate

การจัดการความเสี่ยง

- เข้าใจการรับรู้พฤติกรรมเสี่ยง
- ดำเนินการลดพฤติกรรมเสี่ยงที่คุ้มทุน
- การตัดสินใจเชิงนโยบาย

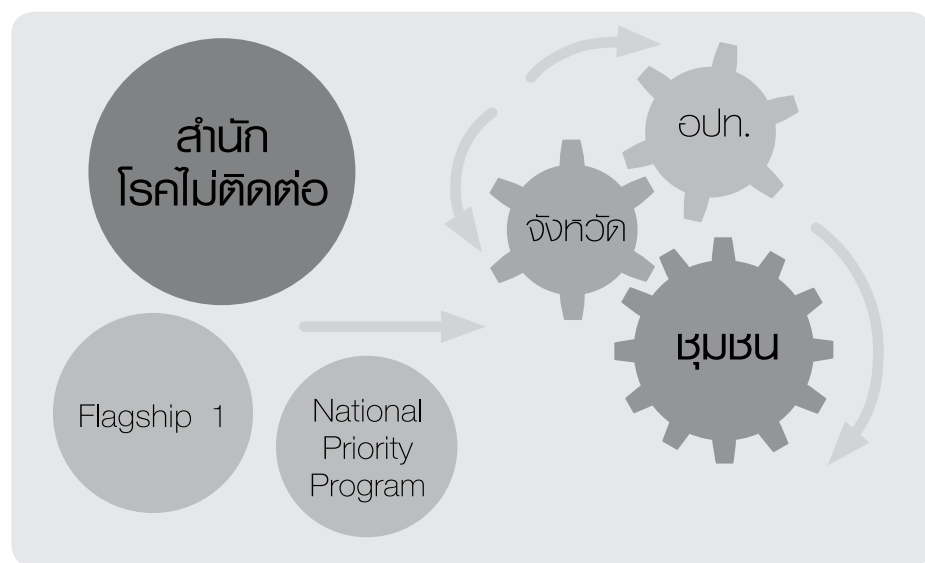
3. มุ่งเน้นการบูรณาการ

หมายรวมถึงป้องกันควบคุมกลุ่มปัจจัยเสี่ยงร่วมที่มีผลต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำคัญใช้ทรัพยากรชุมชนและบริการสุขภาพไปร่วมกัน การเชื่อมและสร้างความสมดุลของความพยายามเพื่อการป้องกันสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพทั่วไปเพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในการตัดสินใจสุขภาพของตนเอง รวมถึงการสร้างข้อตกลงกลยุทธ์ร่วมกันระหว่างหุ้นส่วนต่างๆ ของทั้งรัฐและเอกชน ในความพยายามเพื่อเพิ่มความร่วมมือและตอบสนองต่อความจำเป็นของประชากร

4. มุ่งเน้น Community Based Intervention Program (CPI)

เสริมพลังชุมชน เน้นที่การป้องกันระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ นโยบายให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อม และการควบคุมเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยง เป็นการป้องกันควบคุมในกลุ่มประชากรทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง ให้มีความสำคัญกับ “ชุมชนเป็นเจ้าของ”

5. ดำเนินการพร้อมกันทั้งประเทศ (CINDI) แสดงดังภาพ



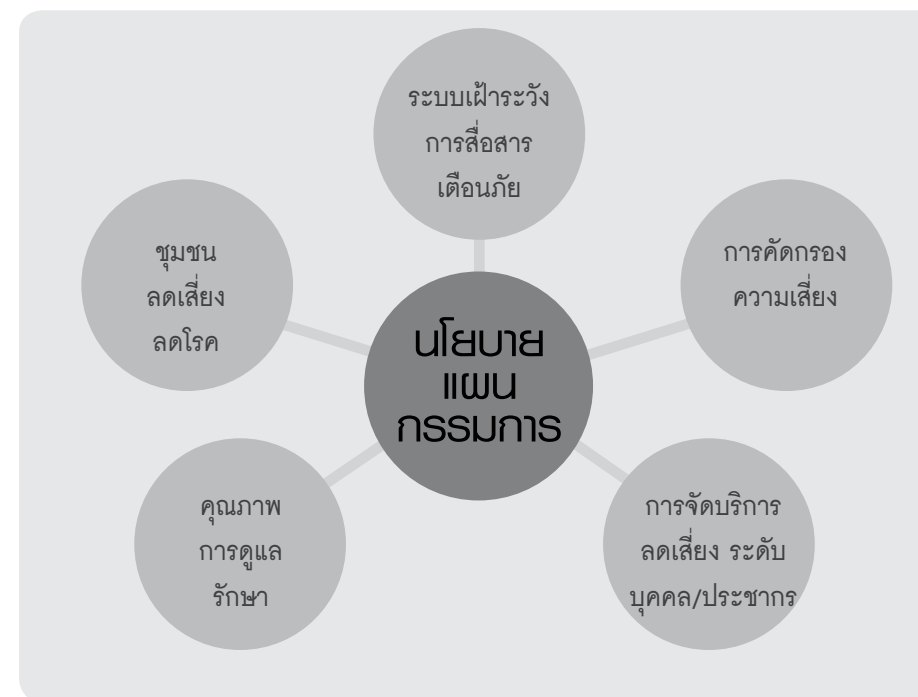
6. ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย เน้นที่

- โรคที่มีปัจจัยเสี่ยงร่วมกันและมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน 5 โรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง
- แนวคิดหลัก: ยึดแนวคิดการสร้างวิถีชีวิตไทยที่พอเพียงเพื่อการมีสุขภาพดีตามแนวคิดสุขภาพพอเพียงและปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง และมุมมองการบูรณาการเป็นองค์รวมในระบบสุขภาพบริบทแวดล้อมและการมีส่วนร่วมของสังคม

ประเด็นยุทธศาสตร์เพื่อการขับเคลื่อน คือ

1. นโยบายสาธารณะสร้างสุข (Healthy Public Policy)
2. การขับเคลื่อนทางสังคมและสื่อสารสาธารณะ (Social Mobilization and public communication)
3. การพัฒนาศักยภาพชุมชน
4. การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและการจัดการโรค
5. การสร้างความเข้มแข็งของระบบสนับสนุนยุทธศาสตร์

ภาพแสดง 6
มาตรการสุขภาพดี
วิถีไทย



จากภาพ ขี้ว่า มาตรการแรกคือ การส่งเสริมระบบการเฝ้าระวัง ติดตามปัญหาสุขภาพของในระดับจังหวัดรวมทั้งเรื่องของการคัดกรองความเสี่ยงด้วย ซึ่งฐานข้อมูลที่ได้มีการนำพิจารณาร่วมคือ ฐานข้อมูลเรื่องโรคเบาหวาน ความดันที่เน้นไปในเรื่องของการเฝ้าระวัง เรื่องของปัจจัยเสี่ยง และอาจจะมีฐานข้อมูลเรื่องของคนที่มีความเสี่ยง

มาตรการที่สองก็คือการ สร้างความตระหนัก เป็นการดำเนินการตามความต้องการของพื้นที่ โดยส่วนกลางไปกระตุ้นให้ประชาชนสนใจ และเข้ามาใช้บริการ และบทบาทภารกิจในส่วนของมาตรการที่สองนี้ กรม กองที่เกี่ยวข้องจะต้องร่วมให้เกิดการบูรณาการกัน

มาตรการที่สามก็คือ การสร้างสิ่งแวดล้อมและลดเสียงในชุมชน อันนี้ก็คือ CPI หรือชุมชนลดเสียงลดโรค ในแผนงานนี้ได้จัดสรรงบประมาณให้จังหวัดทุกจังหวัด การส่งเสริมให้เกิดชุมชนที่ลดเสียงลดโรคที่จะขยายผล

มาตรการที่สี่คือ การให้บริการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งขึ้นอยู่กับพื้นที่เป็นหลัก

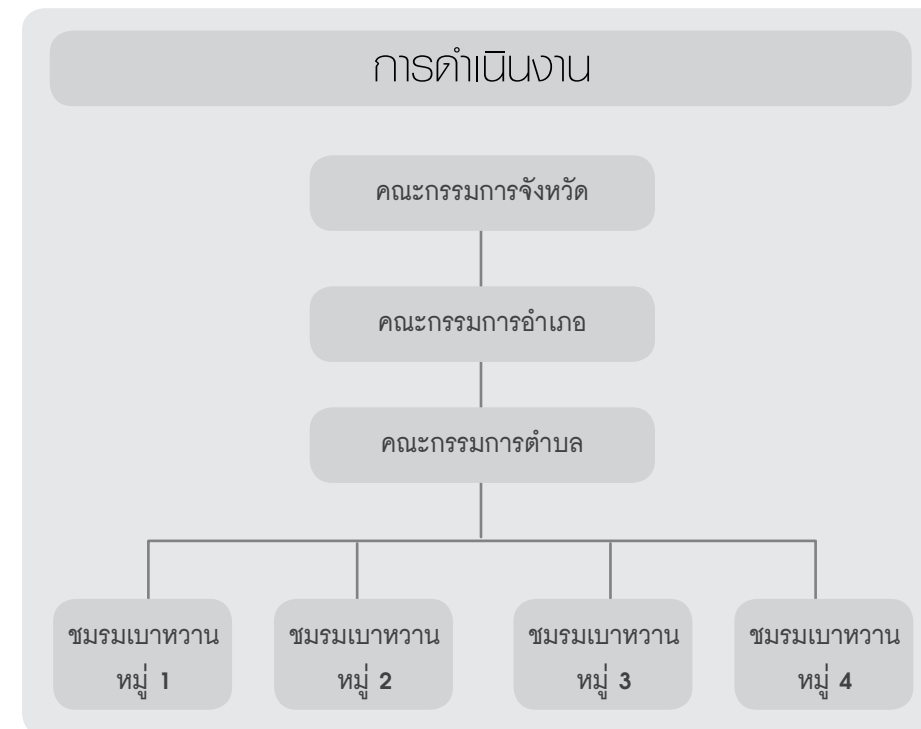
มาตรการที่ห้า การสร้างศักยภาพของผู้ปฏิบัติ ที่ผ่านมามีการจัด KM ให้กับเจ้าหน้าที่ ในมาตรการนี้จะให้มีการอบรมเจ้าหน้าที่ในระดับปฏิบัติที่อยู่ สอ. อสม. และผู้นำชุมชน จะเน้นเอาโครงสร้างหลักสูตรหลักของกรมสนับสนุน

บริการสุขภาพ ในเรื่องของการจัดการสุขภาพ แต่จะบวกร่องค์ความรู้ของการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเข้าไปด้วย หรือการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเข้าไปด้วย เพราะฉะนั้นจะได้ทั้งนักจัดการสุขภาพไปส่งเสริมให้พื้นที่เกิดการดำเนินงาน ชุมชนลดเสียงลดโรค และมีความรู้พอสมควรที่จะไปกระตุ้นให้เกิดการดำเนินงานในชุมชน

มาตรการสุดท้ายเป็นการนิเทศกำกับ ติดตาม และประเมินผล เพื่อเป็นการพยายามที่จะค้นหา Best practice และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

นพ.ประเมษฐ์ กิ่งไก่อ จาก สสจ. ระยอง
ผู้แทนพื้นที่จังหวัดที่มีการพัฒนาระบบงานเบาหวานแบบบูรณาการ

ภาพแสดงกลไก
การจัดการการดูแล
โรคเรื้อรังภายใน
จังหวัด

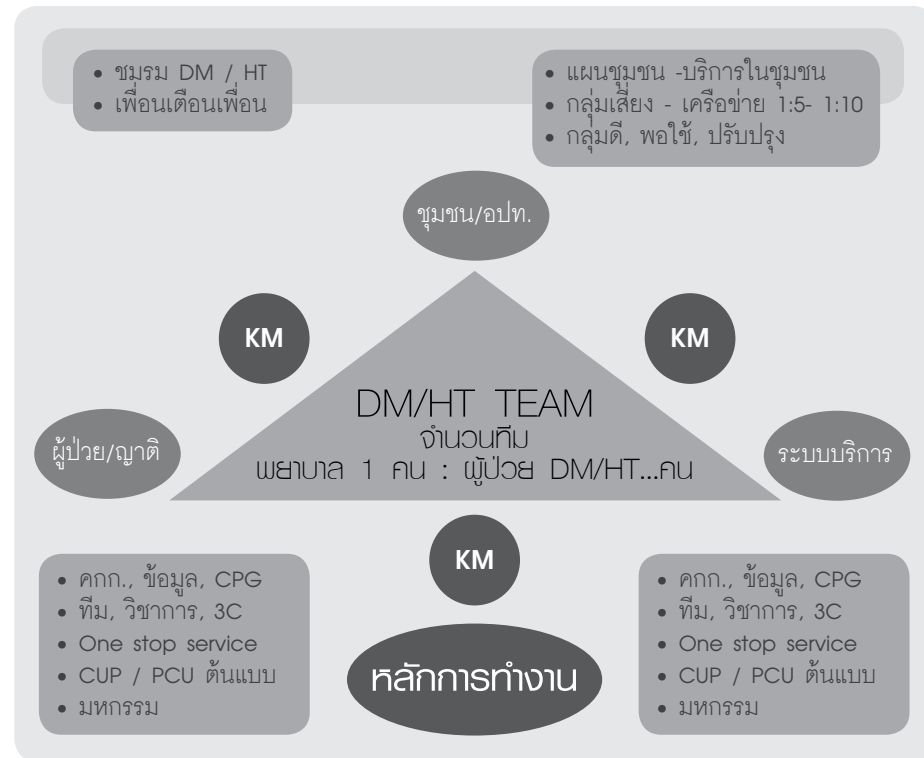


จากภาพพบว่าสถานการณ์การจัดการโรคเรื้อรังของเกือบทุกจังหวัดจะมีลักษณะ และปัญหาไม่แตกต่างกันมากนัก กล่าวคือ

1. สถานการณ์โรคเบาหวาน ติด 1 ใน 5 ส่วนปัญหาที่พบเกือบทุกจังหวัด
2. ขาดแคลนบุคลากร แพทย์
3. ระบบนัด มักเป็นแบบนัดที่เดียวทั้งอำเภอ
4. ขาดระบบข้อมูลประสาน
5. ผู้ป่วย/ญาติมีส่วนร่วมน้อย
6. มีผู้ป่วยมาก รพ. มีความแออัด
7. ชุมชนมีส่วนร่วมน้อย

ซึ่งถ้าเจ้าหน้าที่ที่มีประสบการณ์และทำงานมานานก็พบว่า การใช้กลไกสร้างให้เกิดความยอมรับ และให้การสนับสนุนจากผู้บริหารจะเป็นกลไกที่จะเคลื่อนการทำงานให้เกิดได้อย่างราบรื่น ดังนั้น สิ่งแรกต้องทำให้ผู้บริหารสนใจ ตั้งแต่ระดับ สสจ. รพ. สสอ. สอ. ทั้งนี้เพื่อสร้างให้เกิดความเชื่อมโยงกับเครือข่าย อันนี้เป็นส่วนหนึ่งที่จะสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่แบบยั่งยืน

ภาพแสดง
หลักการดำเนินงานภายใน
จังหวัดระยอง



จากภาพ เรียกว่าสามเหลี่ยมแห่งการช่วยเหลือ เป็นการช่วยเหลือ 3 ส่วน คือ

ระบบบริการ

หากว่านโยบายไม่ชัดเจน ต่างคนต่างทำ เช่น อาจมีนโยบายเจาะ AIC บางผู้อำนวยการอาจจะไม่เจาะก็ได้ เพราะเปลืองเงิน เป็นต้น ดังนั้นเพื่อให้เกิดความเข้าใจนโยบายที่ชัดเจน บางครั้งต้องมีการเพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่ เช่น การส่งไปอบรม และที่สำคัญผู้ให้นโยบายก็อย่างเพียงแต่ให้นโยบาย ต้องมีการเสริมกำลังใจ

ผู้ป่วยและญาติ

ถ้าทำแบบทั่วไป ชั้นแรกเราจะต้องปรับให้ คปสอ. หรือโรงพยาบาลให้เป็นพี่เลี้ยงให้ได้ก่อนจะขยายชุมชน อาจจะขยายไปทุกที่ทั่วประเทศ แต่ถ้าพี่เลี้ยงไม่ดี อาจจะสำเร็จช้า ในส่วนของผู้ป่วยและญาติก็เช่นเดียวกัน เราต้องใช้กลุ่มนี้ให้เป็นประโยชน์ รวมถึงระบบการเยี่ยมบ้าน คนที่ดีก็ต้องมาสร้างเครือข่ายในชุมชน ปัจจุบันนี้เรามีเรื่องของกองทุนตำบลต่างๆ มากมาย มีแผนที่ชุมชน ซึ่งเป็นสิ่งที่ดี เพราะหากทำทั้ง 3 ส่วนนี้ได้ การดำเนินการจะไปได้ดี

มุมมองของจังหวัด

จากประสบการณ์ที่ผ่านมา สามเหลี่ยมนี้จะขับเคลื่อนอย่างไร ใช้อะไรขับเคลื่อน สั่งการลงไปก็ให้ทำตามหน้าที่ ต่างคนต่างทำหรือเปล่า ทางจังหวัดของเราจะมาร้อยด้วยกันด้วยกระบวนการ KM ทุกปี เราจะมีการพบหน้าพบปะกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน เรื่องนี้เป็นเรื่องของความต่อเนื่อง ผมเคยมีประสบการณ์เห็นหลายที่ ทำแบบเดียวๆ สักพักหนึ่งก็เลิกไป ถ้าเรามีเครือข่ายตั้งแต่ระดับโซน ตำบล อำเภอ จังหวัด เขต ภาค ประเทศ ขึ้นมา ก็จะทำให้เกิดการเชื่อมโยง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การขยายผลก็จะมีอย่างต่อเนื่อง

รูปธรรมโครงการที่จังหวัดระยอง ดำเนินการเกี่ยวกับการจัดการโรคเรื้อรัง

การจัดการความรู้เบาหวาน-ความดัน เน้นเรื่องการสร้างเครือข่าย ความจริงจำนวนบุคคลากรอาจจะไม่สำคัญที่สำคัญคือการเปลี่ยนวิธีคิดก่อน หลายตำบลที่ดีๆ มี จนท. อยู่ 2 - 3 คน รับผิดชอบ 10 กว่าหมู่บ้าน แต่รู้จักอาศัยคนใช้ดีๆ มาเป็นเครือข่ายในการช่วยเหลือ ผนวกกับงบประมาณจากกองทุนตำบลหรือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ก็ดำเนินการได้โดยไม่ต้องพึ่งหมอบเป็นแค่ที่ปรึกษา ขอให้เปิดโทรศัพท์

ให้ปรึกษาตลอดเวลา ที่สำคัญคือต้องให้เข้าใจวิธีคิด แนวคิดอย่างที่ผมบอกนะครับ ถ้าเมื่อไหร่คิดว่าพึ่งหมอบพึ่งพยาบาล ก็จบกันดังนั้นต้องเปลี่ยนวิธีคิดก่อนภาพนี้ มันเป็นสามเหลี่ยมของความเข้าใจกัน

คุณณัฐพัชร คงผดุง ผู้แทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เทศบาลตำบลนมาะเพ็ง

จากเครื่องมือหลายๆ อย่างที่จะลงไปช่วยให้เกิดการดำเนินการในท้องถิ่น เพื่อให้สามารถนำนโยบายจากหลายกรมกอง มีบูรณาการใช้ร่วมกันได้ ประเด็นสำคัญคือการมีเพื่อน นั่นก็หมายถึงการสร้างเครือข่ายที่เป็นทีมสหวิชาชีพที่สามารถเข้าใจบริบทของเบาหวานอย่างลึกซึ้งไม่แตกต่างจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานกันอยู่ ซึ่งแต่ละพื้นที่หากสามารถจัดการมีเครือข่ายช่วยดำเนินการแล้ว เรื่องงบประมาณจะกลายเป็นประเด็นรองทันที

หากพิจารณาภาพในชุมชนเพื่อร่วมงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือทีมสหสาขาวิชาชีพ หรือหมออนามัย ก็คือท้องถิ่น การจัดการเบาหวานในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นการทำประชาคมเพื่อจัดการเรื่องเบาหวานในพื้นที่ เรื่องของการจัดการปัญหาในชุมชน หากร่วมมือกันเป็นทีมแล้วจะเป็นระบบการดูแลโรคเรื้อรังอย่างยั่งยืนของชุมชน

ประมวลสรุปผล การประชุม และพิธีปิดการประชุม

โดย นพ.เกษม เวชสุทรานนท์
ผู้อำนวยการสำนักบริหารการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

ในช่วงท้าย คณะผู้จัดและองค์กรภาคีร่วมจัดก็ขอประมวลสรุปเนื้อหาการประชุม และกระบวนการก่อนจะมีการประชุมที่ผ่านมามาจนกระทั่งถึงวันนี้ ดังนี้ครับ

ในการเตรียมการประชุมเรื่องการดูแลจัดการปัญหาเบาหวาน จริงๆ เราก็ดำเนินการมาเป็นระยะเวลามากกว่า 1 ปี โดยมีการทำงานในเรื่องของการพัฒนาองค์ความรู้ เทคโนโลยี ซึ่งเราก็ได้ทำการพัฒนาร่วมกับองค์กรวิชาการต่างๆ มหาวิทยาลัย หรือกรมวิชาการต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข จนได้คู่มือ (toolkit) ได้มีการพัฒนาศักยภาพแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับทางองค์กรภาคีเครือข่ายในพื้นที่ องค์กรที่สนับสนุน เช่น สสจ. ภาคีเราที่ทำงานระดับอำเภอและตำบล จนได้เครือข่ายเรียนรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน สำหรับเรื่องการพัฒนาโรคนโยบายนั้น คณะผู้จัดก็ได้ร่วมกับองค์กรที่สนับสนุนนโยบายในเรื่องของการดูแลโรคเรื้อรัง ได้พัฒนาบททวนองค์ความรู้เพื่อเป็นข้อมูลประกอบเวทีประชุมวิชาการครั้งนี้

สำหรับการประชุมครั้งนี้ หากทุกท่านเข้าร่วมตั้งแต่ต้นจะพบว่ากิจกรรมของสองวันนี้ คล้ายกับสิ่งที่ทุกท่านทำมา นั่นคือเป็นเรื่องของการสร้างองค์ความรู้ และสร้างแรงบันดาลใจ และมีตัวอย่างที่ดีๆ จากเครือข่ายพื้นที่ จากทั้งเครือข่ายเราเอง และองค์กรภาคีต่างๆ ที่มี Best practice ต่างๆ ที่ได้มาร่วมนำเสนอในเวทีย่อยๆ และมีข้อเสนอทิศทางการพัฒนาระบบการสนับสนุนของการขับเคลื่อนจัดการปัญหาโรคเบาหวานนะ ซึ่งเป็นเป้าหมายของการประชุมสองวันนี้



ในการประชุมครั้งนี้ ได้เริ่มต้นจากสถานการณ์องค์ความรู้ของระบบดูแลและป้องกัน และมีทิศทางระบบการสนับสนุนและการขับเคลื่อนเป็นแกนหลัก (Theme) ของการประชุม และมีเรื่องระบบงานในหน่วยบริการ ระบบข้อมูล ซึ่งจะเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบข้อมูลโดยตรง และการทำงานชุมชน การขับเคลื่อน การลดปัจจัยเสี่ยงก็จะเป็นการเสริมพลังชุมชน และส่วนสุดท้ายก็จะเป็นเรื่องของการประยุกต์ใช้องค์ความรู้ต่างๆ เช่น เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อให้เกิดการดูแลแบบองค์รวม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลภาวะแทรกซ้อน การแพทย์ทางเลือก เหล่านี้ก็จะเป็นการประยุกต์ใช้ความรู้ต่างๆ เข้ามาจัดการโรคเรื้อรัง

สิ่งที่เราได้เรียนรู้ไปในเรื่องของแนวโน้มและการจัดการ เราได้เรียนรู้ว่า โรคเบาหวานเปรียบเสมือนโรคระบาด และเป็นกลุ่มโรค ไม่ใช่โรค ดังนั้นการที่เราใช้คำว่ารักษาอาจจะไม่เพียงพอ ต้องมองถึงเรื่องการจัดการและการดูแล เราเรียนรู้

จากอาจารย์เทพ ทิมะทองคำ ว่าการทำงานเป็นเครือข่ายมีความสำคัญ การสร้างคนต้นแบบ บุคคลต้นแบบในสหวิชาชีพรวมทั้งชาวบ้าน แล้วก็รวมกันเป็น node เป็น network แล้วก็ก้าวไปถึงนโยบายระดับชาติ มีส่วนสำคัญที่จะผลักดันในเรื่องของการจัดการ

เราเรียนรู้ความรู้ทางชีววิทยาการแพทย์ (bio med) ที่มีความก้าวหน้าในเรื่องของการใช้โอจีทีจี (OGTG) ที่จะค้นหาคนไข้เบาหวานได้มากขึ้น การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต life style modification มีความสำคัญ ระบบบริการ Primary care มีส่วนสำคัญอย่างมากในการดูแลโรคเรื้อรัง มากกว่าแนวความคิดเดิมที่ใช้โรงพยาบาลจัดการเป็นหลัก เรื่องระบบบริการที่เหมาะสม ก็ต้องรู้สถานการณ์ธรรมชาติของโรค และการแยกแยะกลุ่มผู้ป่วยเป็นกลุ่มต่างๆ ตั้งแต่กลุ่มปกติ เสี่ยงมาก เสี่ยงน้อย ต้องมีวิธีการจัดการ รู้เป้าหมายของการดำเนินการต้องรู้เป้าหมายของการปรับตัว คงสภาพ และอยู่กับ

สภาพเจ็บป่วยเรื้อรัง และทำอย่างไรไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือมีผลกระทบน้อย

บทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพต้องเป็นหลักการคัดกรอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการดูแลสุขภาพทุกช่วงอายุ ตั้งแต่ในครรภ์จนถึงวาระสุดท้าย การเชื่อมประสานของโรงพยาบาลและชุมชนเป็นบทบาทสำคัญของหน่วยบริการปฐมภูมิ เรื่องของเครือข่าย และภาวะนำของหน่วยต่างๆ โดยเฉพาะ CUP หรือ สสจ. มีส่วนช่วย และต้องสร้างการยอมรับผู้คนที่ทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

สำหรับอีกมุมมองหนึ่งในเรื่องการดูแลผู้ป่วยก็คือมิติทางสังคม ซึ่งพูดถึงเรื่องการจัดการปัญหาด้วยตัวเองของคนไข้ เรื่องวัฒนธรรม เรื่องธรรมชาติของคนป่วยต่างๆ และทางเลือก สุดท้ายแล้วก็สรุปว่า จริงๆ คนไข้ควรจะมีความสำคัญที่เราเรียกว่าเป็นเจ้าของไข่มากกว่าวิชาชีพ หรือทีมสุขภาพ เพราะสิ่งเหล่านี้อยู่กับตัวคนไข่มากกว่าพวกเรา เพราะว่าคนไข้ก็มาหาเราในช่วงเวลาสั้นๆ แต่เขาอยู่กับภาวะเจ็บป่วยนี้ตลอดเวลา การทำให้เป็นบทบาทและเป็นหน้าที่ของเขาเป็นสิ่งสำคัญ

สำหรับการดูแลสุขภาพองค์รวมต้องคำนึงถึงผู้ป่วย ว่าผู้ป่วยเป็นเด็ก เป็นผู้สูงอายุ และต้องคำนึงถึงเรื่องเพศ และส่วนที่เกี่ยวข้องกับครอบครัวของเขา ผู้ดูแลและธรรมชาติการเจ็บป่วย เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ก็ต้องดูวงจรของพฤติกรรมว่าเป็นช่วงไหน คนไข้พร้อม

หรือยังที่จะปรับเปลี่ยน หรือช่วงไม่พร้อม เราก็ต้องมีมาตรการที่ต่างกัน

เรื่องระบบบริการโรงพยาบาล อาจจะต้องทำการเชื่อมโยงกันระหว่างสถานีนานามัยและโรงพยาบาล โดยเฉพาะการเชื่อมโยงเรื่องการสื่อสารข้อมูล ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ ในหน่วยบริการจะต้องมีช่องทางที่จะรับข้อมูลข่าวสารระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ เพื่อให้เกิดการบริการที่ดีและเหมาะสมกับคนไข้ ในส่วนนี้ก็มีการพูดถึงการป้องกัน คัดกรอง คลินิกบริการต่างๆ การติดตามเยี่ยมบ้าน และระบบสนับสนุนคน การดูแลภาวะโรคเรื้อรังก็ต้องมีความรู้ด้านเชิงลึกเพื่อใช้ในการประเมิน รักษา และติดตาม และสุดท้ายต้องถ่ายทอดให้ผู้ป่วยสามารถใช้ในการดูแลตนเองได้

ทางด้านการทำงานเบาหวานในชุมชน หลักสำคัญของเรื่องนี้ก็จะเป็นการเสริมพลังด้วยข้อมูล การที่ให้ชาวบ้านมีข้อมูลเพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตัวเองได้ มีตัวอย่างเรื่องของชมรมเบาหวาน การสร้างคนต้นแบบ และการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ในเรื่องระบบข้อมูล ก็จะมีระบบข้อมูลเรื่องการจัดการ Case เป็น case management ก็คือการเชื่อมต่อข้อมูลทั้งที่ใช้เทคโนโลยี หรือไม่ใช้เทคโนโลยี แต่ต้องใช้ข้อมูลเพื่อให้มีการดูแลติดตาม และข้อมูลประชากร เพื่อให้เกิดการวางแผนจัดการปัญหา กลุ่มต่างๆ ในภาพของ population based แล้วก็บทบาทของหน่วยงานที่สนับสนุน เช่น สสจ. ว่าจะมีบทบาทอย่างไร

เรื่องการขับเคลื่อนในชุมชน ตัวอย่างของเด็กไทยไม่กินหวานก็เป็นตัวอย่างการสร้างนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม ในภาพของพื้นที่ก็อาจจะเห็น Setting ในเรื่องของสถานเลี้ยงดูเด็กเล็ก หรือโรงเรียน ในภาพรวมของประเทศก็จะเป็นนโยบายอุตสาหกรรมเครื่องดื่ม ซึ่งมีหลักสำคัญก็คือการประสานประโยชน์ทุกฝ่าย ไม่ใช่ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดเสียประโยชน์ และมีรูปธรรมของการทำงาน เช่น มีเรื่องขนมทางเลือกเพราะเราไม่ให้เด็กทานขนม ก็ต้องมีขนมทางเลือก

ในห้องแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ก็ได้มีการเสริมการดูแลแนวคิดวิธีการเรื่องของการบริโภคและการออกกำลังกาย โดยการประยุกต์ศาสตร์ต่างๆ เพื่อที่จะทำให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้มากขึ้น

สำหรับช่วงข้อเสนอเชิงนโยบายในเวทีที่ผ่านมาคิดว่าสิ่งที่เป็นข้อเสนอที่สำคัญก็คือ แนวนโยบายของการจัดการปัญหาแบบมีส่วนร่วม ก็คือ ครอบครัว ผู้ดูแลชุมชน ท้องถิ่น ต้องเข้ามามีส่วนร่วมใน

การจัดการ และการพัฒนารูปแบบการจัดการโรคเรื้อรังแบบจังหวัดบูรณาการ ซึ่งได้มีตัวอย่างหลายๆ ที่ได้มานำเสนอทั้งกาฬสินธุ์ หรือระยอง ก็เป็นตัวอย่างของการจัดการแบบบูรณาการ เรื่องระบบข้อมูลในการดูแลรายบุคคล และการจัดการข้อมูล รวมทั้งสิ่งที่สำคัญก็คือการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรให้มีจำนวนและสมรรถนะให้เพียงพอและรับมือกับปัญหาค่อนข้างมาก และกระจายไปในกลุ่มต่างๆ เช่น ในส่วนของสาธารณสุข ก็จะมี INCD Manager ระดับต่างๆ มีหลักสูตรของผู้นำชุมชน ผู้นำท้องถิ่น ซึ่งจะเป็น partner หลักที่จะเข้ามาช่วยจัดการปัญหาของเบาหวาน ท้องถิ่นเองควรมีหลักสูตรที่ทำให้สามารถวางแผนวางแผนงบประมาณต่างๆ สิ่งเหล่านี้คือสิ่งที่พวกเราที่จัดประชุมได้เตรียมการมาในช่วงปีที่ผ่านมา และสุดท้ายมาจบที่การประชุมสองวันนี้

ในนามของผู้จัดตั้งขอขอบคุณองค์กรภาคเครือข่ายที่ได้ร่วมจัดการประชุมครั้งนี้ และขอขอบคุณท่านวิทยากรทุกท่าน รวมทั้งผู้เข้าร่วมประชุมที่มีส่วนผลักดันที่ทำให้เกิดเวทีนี้ และการดำเนินการก็ได้เสร็จสิ้นด้วยดี ขอขอบคุณครับ

ภาคผนวก ก เอกสารโครงการ

โครงการประชุมวิชาการบริการปฐมภูมิ

การจัดการเบาหวานแบบบูรณาการ

ณ ห้องมิราเคิลแกรนด์ บอลรูม ชั้น 4 โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชัน ถนนวิภาวดี-รังสิต หลักสี่ ดอนเมือง กรุงเทพมหานคร

ระหว่างวันที่ 21-22 พฤษภาคม 2552

หลักการและเหตุผล

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญในลำดับต้นๆ ของประเทศไทย และมีแนวโน้มที่จะมีขนาดของปัญหาเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในอนาคต ข้อมูลจากการศึกษาภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยง ทางสุขภาพปี 2547 พบว่าเบาหวานเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALY loss) อันดับ 8 ในเพศชายและอันดับ 3 ในเพศหญิง โดยจำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียทั้งหมดประมาณ 4.4 ล้านปีสุขภาวะ นอกจากนี้ ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพระอานามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายปี 2534 พบว่าความชุกของ การป่วยด้วยโรคเบาหวานร้อยละ 2.2 เพิ่มขึ้นร้อยละ 6.9 ในปี 2547 หรือประมาณ 3.2 ล้านคนในปี 2547 อันแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของการเป็นเบาหวานเพิ่มสูงขึ้น

นโยบายที่เกี่ยวข้องกับเบาหวาน กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์แผนเบาหวานแห่งชาติ (พ.ศ.2550-2559) เน้นการพัฒนากลไกการขับเคลื่อนทางสังคมและสื่อสารสาธารณะ สร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค พัฒนาศักยภาพชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันควบคุมเบาหวาน พัฒนาศักยภาพบุคลากร ในการป้องกันควบคุมเบาหวาน พัฒนาระบบ ฝ้าระวัง ติดตาม ประเมินผลเบาหวาน และสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้และการวิจัยในเรื่องของ การป้องกันควบคุมเบาหวาน

สถานการณ์การดำเนินงานเบาหวานในระดับบริการปฐมภูมิหน่วยบริการปฐมภูมิ ถือเป็นสถานบริการหลักสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เนื่องจากร้อยละ 80 ของผู้ป่วยเบาหวานได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และไม่ถึงร้อยละ 20 ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ดังนั้น การเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการเพิ่มคุณภาพชีวิตและเป็นผลดีต่อสุขภาพในระยะยาวของผู้ป่วย รวมทั้งช่วยลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างไรก็ตาม หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ส่วนใหญ่ยังดำเนินการ ในลักษณะตั้งรับและไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมเสี่ยงได้มากนัก นอกจากนี้ ระบบติดตามภาวะแทรกซ้อนยังขาดประสิทธิภาพและความต่อเนื่อง ทั้งนี้ เนื่องจากหน่วยบริการปฐมภูมิยังไม่ได้รับการพัฒนาและสนับสนุนในด้านความรู้และความสามารถอย่างเต็มที่ ส่วนใหญ่มีบทบาทเพียงในด้านการคัดกรองและการติดตามผู้ป่วย ในปัจจุบันสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิหลายแห่ง มีผลงานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่น่าชื่นชม ผู้ป่วยในหลายพื้นที่ก็มีวิธีการดูแลตนเองที่ได้ผลดี ปรากฏความรู้ที่เป็น Best practice มากมาย

ดังนั้น สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน ร่วมกับ องค์การภาคีเครือข่าย จึงเห็นควรให้จัดการประชุมวิชาการบริการปฐมภูมิ ในหัวข้อ “การจัดการเบาหวานแบบบูรณาการ” ขึ้นในวันที่ 21-22 พฤษภาคม 2552 ณ ห้องประชุมโรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชัน ถนนวิภาวดี-รังสิต ดอนเมือง กรุงเทพมหานคร โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้เข้าประชุม ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้เชิงวิชาการ เสริมประสบการณ์ ทักษะการจัดการ รวมทั้ง

แนวโน้มทิศทางของนโยบายเบาหวาน ประเด็น ความรู้ใหม่ๆ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน รวมถึงการพัฒนากระบวนการที่สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุม

1. ได้เรียนรู้ทิศทางแนวโน้มนโยบายเบาหวาน หลักการและความรู้ใหม่ๆ ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และนำแนวทางไปประยุกต์ใช้ในการจัดการดูแลให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนให้ดียิ่งขึ้น
2. ได้เรียนรู้แนวทางการจัดบริการในหน่วยบริการ (เครือข่ายบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาล) และพัฒนาความร่วมมือการจัดบริการในชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่าย
3. ได้เรียนรู้ Best Practice เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและกลุ่มเสี่ยงเพื่อให้ประชาชนสามารถจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ
4. ร่วมพัฒนาข้อเสนอทิศทางและการสนับสนุนเชิงนโยบาย ในการจัดบริการสุขภาพสำหรับการทำงานเบาหวานสำหรับบริการระดับปฐมภูมิ

วิธีดำเนินการ

ประกอบด้วย การปาฐกถาพิเศษ การเสวนาทงวิชาการ การประชุมเชิงปฏิบัติการห้องย่อย เพื่อเรียนรู้ Best Practice model หรือเพื่อพัฒนาศักยภาพเฉพาะประเด็น และการแสดงนิทรรศการ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้เข้าร่วมประชุม ประมาณ 1,000 คน ประกอบด้วย

- แพทย์ พยาบาล เภสัชกร
- นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ นักกำหนดอาหาร นักสุขภาพศึกษา นักวิชาการสาธารณสุข
- ผู้นำท้องถิ่น ที่เกี่ยวข้องในงานดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
- บุคลากรอื่นๆ และผู้สนใจทั่วไป

กำหนดการจัดประชุมวิชาการ

ระหว่างวันพฤหัสบดีที่ 21 และ วันศุกร์ที่ 22 เดือนพฤษภาคม 2552

สถานที่การจัดประชุมวิชาการ

ณ ห้องประชุมมิราเคิลแกรนด์ บอลรูม ชั้น 4 โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชัน ถนนวิภาวดี-รังสิต แขวงหลักสี่ เขตดอนเมือง กรุงเทพมหานคร

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. บุคลากรด้านสุขภาพ ท้องถิ่นและองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง มีทิศทางการทำงานเกี่ยวกับพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ
2. บุคลากรด้านสุขภาพ เกิดเครือข่ายการขับเคลื่อนงานพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
3. บุคลากรด้านสุขภาพ มีองค์ความรู้ ความเข้าใจ ตลอดจนแนวคิดที่ชัดเจน ซึ่งจะเกิดแรงจูงใจในการนำความรู้ไปปรับใช้พัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้ดียิ่งขึ้น

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

- สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- สำนักบริหารการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข
- องค์การภาคีเครือข่าย

ภาคผนวก ข พลวัเคราะห์แบบประเมินผลการประชุม

นสรุ

พลวัเคราะห์แบบประเมินผลการประชุม

ระหว่างวันที่ 21-22 พฤษภาคม 2552

ผลการวิเคราะห์แบบประเมินการประชุมวิชาการ บริการปฐมภูมิ “การจัดการเบาหวานแบบบูรณาการ” วันที่ 21-22 พฤษภาคม 2552 ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น จัดโดยสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ชุมชน ร่วมกับ สำนักบริหารการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ WHO และสถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน

ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ที่เข้าร่วมประชุมและผู้ตอบแบบประเมินจำนวน 1,163 คน ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลในโรงพยาบาลจำนวน 362 คน คิดเป็นร้อยละ 31.1 รองลงมาคือ พยาบาล PCU จำนวน 302 คน คิดเป็นร้อยละ 26.0

ความพึงพอใจของผู้ตอบแบบประเมินในภาพรวม (การบริการและการอำนวยความสะดวกในเรื่องต่างๆ) และตามหัวข้อการประเมินในห้องประชุมใหญ่และห้องประชุมย่อย ซึ่งได้แก่ 1) รูปแบบการประชุม/กิจกรรม 2) วิทยากรที่นำเสนอผลงาน 3) ระยะเวลาการประชุม/กิจกรรม 4) ประโยชน์ที่ได้รับ และ 5) ระดับความพึงพอใจ เป็นต้น

วันที่ 21 พฤษภาคม 2552 พบว่า

- ความพึงพอใจในภาพรวม มีระดับความพึงพอใจระดับมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 57.4 และมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 91.0 ตามลำดับ
- การประชุมในห้องประชุมใหญ่ การบรรยายในหัวข้อ “ทิศทางการพัฒนาระบบดูแลเบาหวานที่มีประสิทธิภาพ” มีระดับความพึงพอใจระดับมากที่สุดถึงมากที่สุดในทุกๆ หัวข้อการประเมิน เฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 88.7
- การประชุมในห้องประชุมใหญ่ การอภิปรายกลุ่มในหัวข้อ “Update สถานการณ์ องค์ความรู้ การพัฒนาระบบดูแลและป้องกันเบาหวาน แบบบูรณาการระดับปฐมภูมิ” มีระดับความพึงพอใจระดับมากที่สุดถึงมากที่สุดในทุกๆ หัวข้อการประเมิน เฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 84.3
- การประชุมบริเวณลานเสนา หัวข้อ “การดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวม” มีระดับความพึงพอใจระดับมากที่สุดถึงมากที่สุดในทุกๆ หัวข้อการประเมิน เฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 90.6
- การประชุมในห้องประชุม Miracle Grand A หัวข้อ “การปรับพฤติกรรม : การบริโภค การใช้แรง การจัดการความเครียด” มีระดับความพึงพอใจระดับมากที่สุดถึงมากที่สุดในทุกๆ หัวข้อการประเมิน เฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 64.2
- การประชุมในห้องประชุม Miracle Grand B หัวข้อ “การแพทย์ทางเลือกกับเบาหวาน” มีระดับความพึงพอใจระดับมากที่สุดถึงมากที่สุดในทุกๆ หัวข้อการประเมิน เฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 81.8
- การประชุมในห้องประชุม Miracle Grand C หัวข้อ “การขับเคลื่อนเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในชุมชน : กรณีกลุ่มเด็กและวัยรุ่น” มีระดับความพึงพอใจระดับมากที่สุดถึงมากที่สุดในทุกๆ หัวข้อการประเมิน เฉลี่ยคิดเป็น

ร้อยละ 80.6 ประโยชน์ที่ได้รับจากการประชุม ส่วนใหญ่ผู้ตอบแบบประเมินได้รับประโยชน์ในเรื่อง แนวทางการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีประสิทธิภาพ รองลงมาคือ แนวทางการดูแล/ตรวจทำของผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบองค์รวม

สิ่งที่ควรปรับปรุง

ส่วนใหญ่ผู้ตอบแบบประเมินต้องการให้ปรับปรุงเรื่อง ผู้เข้าร่วมประชุมมากเกินไปเมื่อเทียบกับสถานที่จัดประชุม รองลงมาคือ การดำเนินงานเรื่องอาหารว่างและอาหารกลางวันไม่เพียงพอสำหรับผู้เข้าร่วมประชุม

ข้อเสนอแนะต่อการประชุม

ส่วนใหญ่ผู้ตอบแบบประเมินที่ให้ข้อเสนอแนะต้องการให้มีการจัดประชุม

วิชาการลักษณะนี้ในส่วนภูมิภาคบ้าง

วันที่ 22 พฤษภาคม 2552 พบว่า

- ความพึงพอใจในภาพรวม มีระดับความพึงพอใจระดับมากที่สุดถึงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 64.5 - 91.7
- การประชุมบริเวณลานเสนาในหัวข้อ “การทำงานเบาหวานในชุมชน (ชมรมเบาหวาน, คนต้นแบบ, อสม., ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)” มีระดับความพึงพอใจระดับมากที่สุดถึงมากที่สุดในทุกๆ หัวข้อการประเมิน เฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 89.5
- การประชุมในห้องประชุม Miracle Grand A หัวข้อ “ระบบข้อมูล : หนึ่งในเครื่องมือสำคัญในการจัดการเบาหวาน (ทั้งในและนอกหน่วยบริการ)” มีระดับความพึงพอใจระดับมากที่สุดถึงมากที่สุดในทุกๆ หัวข้อการประเมิน เฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 75.2
- การประชุมในห้องประชุม Miracle Grand B หัวข้อ “การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในผู้ป่วยเบาหวาน” มีระดับความพึงพอใจระดับมากที่สุดถึงมากที่สุดในทุกๆ หัวข้อการประเมิน เฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 94.1
- การประชุมในห้องประชุม Miracle Grand C หัวข้อ “วิธีการจัดระบบงานเบาหวานในหน่วยบริการแบบบูรณาการ” มีระดับความพึงพอใจระดับมากที่สุดถึงมากที่สุดในทุกๆ หัวข้อการประเมิน เฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 84.4
- การประชุมในห้องประชุมใหญ่ หัวข้อ “นโยบาย แนวทาง และระบบสนับสนุนเพื่อไปสู่การขับเคลื่อนงานเบาหวานในมุมมองผู้เกี่ยวข้อง” มีระดับความพึงพอใจระดับมากที่สุดถึงมากที่สุดในทุกๆ หัวข้อการประเมิน เฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 89.9

ประโยชน์ที่ได้รับจากการประชุม

ส่วนใหญ่ผู้ตอบแบบประเมินระบุได้รับประโยชน์ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบองค์รวม รองลงมาคือ การนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่หรือกับการทำงาน

สิ่งที่ควรปรับปรุง

ส่วนใหญ่ผู้ตอบแบบประเมินระบุต้องการให้ปรับปรุงเรื่อง ห้องประชุมย่อยที่นั่งไม่เพียงพอและมีเสียงรบกวนกันเองในเวลาประชุม รองลงมาคือ ผู้เข้าร่วมประชุมมากเกินไปเมื่อเทียบกับสถานที่จัดประชุม

ข้อเสนอแนะต่อการประชุม

ส่วนใหญ่ผู้ตอบแบบประเมินสะท้อนว่า วิทยากรและทีมจากพื้นที่มีความรู้ ความสามารถมาก และเต็มใจที่จะให้ข้อมูลที่ เป็นประโยชน์อย่างเต็มที่

รายงานผลการวิเคราะห์แบบประเมินการประชุมวิชาการบริการปฐมภูมิ

การจัดการเบาหวานแบบบูรณาการ

ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น

ระหว่างวันที่ 21-22 พฤษภาคม 2552

รายงานผลการวิเคราะห์แบบประเมินการประชุมวิชาการบริการปฐมภูมิ “การจัดการเบาหวานแบบบูรณาการ” วันที่ 21-22 พฤษภาคม 2552 ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น จัดโดยสถาบันวิจัยและพัฒนา ระบบสุขภาพชุมชน ร่วมกับ สำนักบริหารการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ WHO และสถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน โดยผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นดังนี้

ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 ความถี่และร้อยละของผู้ให้ข้อมูล จำแนกตามอาชีพ วันที่ 21 พฤษภาคม 2552

อาชีพ	จำนวน	ร้อยละ
เจ้าหน้าที่ PCU	105	15.1
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล	52	7.5
พยาบาล PCU	173	24.9
พยาบาลโรงพยาบาล	204	29.4
แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร	31	4.5
นักวิชาการ สสอ., สสจ.	42	6.0
นักวิชาการกระทรวงสาธารณสุข	10	1.4
นักวิชาการอิสระ	24	3.5
อาจารย์ นักวิชาการมหาวิทยาลัย	20	2.9
ประชาชนทั่วไป	2	0.3
อื่นๆ เช่น นักโภชนาการ	7	1.0
ไม่ระบุอาชีพ	25	3.6
รวม	695	100.0

จากตารางที่ 1 พบว่า ในการประชุมวันที่ 21 พฤษภาคม 2552 มีผู้ตอบแบบประเมินจำนวน 695 คน ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลในโรงพยาบาล จำนวน 204 คน คิดเป็นร้อยละ 29.4 รองลงมาคือ พยาบาล PCU จำนวน 173 คน คิดเป็นร้อยละ 24.9 และเป็นเจ้าหน้าที่ PCU จำนวน 105 คน คิดเป็นร้อยละ 15.1 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ความถี่และร้อยละของผู้ให้ข้อมูล จำแนกตามอาชีพ วันที่ 22 พฤษภาคม 2552

อาชีพ	จำนวน	ร้อยละ
เจ้าหน้าที่ PCU	64	13.7
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล	36	7.7
พยาบาล PCU	129	27.6
พยาบาลโรงพยาบาล	158	33.8
แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร	15	3.2
นักวิชาการ สสอ., สสจ.	19	4.1
นักวิชาการกระทรวงสาธารณสุข	6	1.3
นักวิชาการอิสระ	13	2.8
อาจารย์ นักวิชาการมหาวิทยาลัย	10	2.1
ประชาชนทั่วไป	2	0.4
อื่นๆ เช่น นักโภชนาการ	6	1.3
ไม่ระบุอาชีพ	10	2.1
รวม	468	100.0

จากตารางที่ 2 พบว่า ในการประชุมวันที่ 22 พฤษภาคม 2552 มีผู้ตอบแบบประเมินจำนวน 468 คน ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลในโรงพยาบาล จำนวน 158 คน คิดเป็นร้อยละ 33.8 รองลงมาคือ พยาบาล PCU จำนวน 129 คน คิดเป็นร้อยละ 27.6 และเป็นเจ้าหน้าที่ PCU จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 13.7 ตามลำดับ

ข้อมูลเกี่ยวกับการประชุม

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจของผู้ให้ข้อมูลในภาพรวม วันที่ 21 พฤษภาคม 2552

5 = มากที่สุด 4 = มาก 3 = ปานกลาง 2 = น้อย 1 = น้อยที่สุด

หัวข้อ	การบริการและการอำนวยความสะดวก				
	5	4	3	2	1
สถานที่จัดประชุม (N = 685)	261 (37.6)	311 (44.7)	96 (13.6)	15 (2.2)	2 (0.3)
วิทยากร (N = 682)	282 (40.6)	350 (50.4)	48 (6.9)	1 (0.1)	1 (0.1)
การจัดอาหาร เครื่องดื่ม (N = 682)	91 (13.1)	308 (44.3)	216 (31.1)	44 (6.3)	23 (3.3)
ระยะเวลาในการจัดประชุม (N = 681)	115 (16.5)	362 (52.1)	176 (25.3)	27 (3.9)	1 (0.1)
เอกสารและสื่อที่แจกให้ (N = 684)	149 (21.4)	314 (45.2)	182 (26.2)	29 (4.2)	10 (1.4)

หมายเหตุ : ตัวเลขในวงเล็บ คือ ค่าร้อยละ

จากตารางที่ 3 พบว่า ภาพรวมด้านการบริการและการอำนวยความสะดวกในการจัดประชุม วันที่ 21 พฤษภาคม 2552 นั้น ผู้ตอบแบบประเมินมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละตั้งแต่ 57.4 - 91.0 โดยพึงพอใจเรื่องวิทยากรที่นำเสนอผลงานมากที่สุด (ร้อยละ 91.0) รองลงมาคือ เรื่องสถานที่จัดประชุม (ร้อยละ 82.3) เรื่องระยะเวลาในการจัดประชุม (ร้อยละ 68.6) เรื่องเอกสารและสื่อที่แจกให้ (ร้อยละ 66.6) และพึงพอใจเรื่องการจัดอาหารและเครื่องดื่มน้อยที่สุด (ร้อยละ 57.4) ตามลำดับ

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจของผู้ให้ข้อมูลในท้องประชุมในหัวข้อต่างๆ วันที่ 21 พฤษภาคม 2552
4 = เหมาะสมที่สุด (มากที่สุด) 3 = เหมาะสม (มาก) 2 = ปานกลาง 1 = ควรปรับปรุง (น้อย)

หัวข้อ	รูปแบบการประชุม				วิทยากร				ระยะเวลาการประชุม				ประโยชน์ที่ได้รับ				ระดับความพึงพอใจ			
	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1
ห้องประชุมใหญ่หัวข้อที่ 1 (N = 675)	179 (26.5)	443 (65.6)	45 (6.7)	7 (1.0)	258 (38.2)	391 (57.9)	23 (3.4)	2 (0.3)	127 (18.8)	416 (61.6)	122 (18.1)	10 (1.5)	200 (29.6)	403 (59.7)	69 (10.2)	3 (0.4)	165 (24.4)	412 (61.0)	96 (14.2)	1 (0.1)
ห้องประชุมใหญ่หัวข้อที่ 2 (N = 650)	131 (22.2)	435 (66.9)	76 (11.7)	8 (1.2)	175 (26.8)	419 (64.5)	53 (8.2)	3 (0.5)	100 (15.4)	391 (60.2)	146 (22.5)	13 (2.0)	138 (21.2)	407 (62.6)	103 (15.8)	2 (0.3)	126 (19.4)	406 (62.5)	116 (17.8)	2 (0.3)
ลานเสวนา (N = 319)	78 (24.4)	214 (67.1)	25 (7.8)	2 (0.8)	114 (35.7)	190 (59.6)	14 (4.4)	1 (0.3)	69 (21.6)	205 (64.3)	40 (12.5)	5 (1.6)	93 (29.2)	198 (62.1)	27 (8.5)	1 (0.3)	88 (27.6)	196 (61.4)	32 (10.0)	3 (0.9)
ห้อง Miracle Grand A (N = 319)	47 (14.7)	173 (54.2)	89 (27.9)	10 (3.1)	37 (11.6)	167 (52.4)	92 (28.8)	11 (3.4)	37 (11.6)	167 (52.4)	105 (32.9)	10 (3.1)	45 (14.1)	159 (49.8)	109 (34.2)	6 (1.9)	44 (13.8)	148 (46.4)	116 (36.4)	11 (3.4)
ห้อง Miracle Grand B (N = 366)	72 (19.7)	234 (63.9)	53 (14.5)	7 (1.9)	82 (22.4)	236 (64.5)	47 (12.8)	1 (0.3)	56 (15.3)	212 (57.9)	83 (22.7)	15 (4.1)	77 (21.0)	229 (62.6)	58 (15.8)	2 (0.5)	71 (19.4)	228 (62.3)	63 (17.2)	4 (1.1)
ห้อง Miracle Grand C (N = 196)	34 (17.3)	128 (65.3)	32 (16.3)	2 (1.0)	33 (16.8)	133 (67.9)	29 (14.8)	1 (0.5)	27 (13.8)	130 (66.3)	38 (19.4)	1 (0.5)	38 (19.4)	114 (58.2)	44 (22.4)	0	32 (16.3)	121 (61.7)	39 (19.9)	3 (1.5)

หมายเหตุ :

- 1) ห้องประชุมใหญ่ การบรรยายหัวข้อ "ทิศทางการพัฒนาระบบดูแลเบหาวานที่มีประสิทธิภาพ"
- 2) ห้องประชุมใหญ่ การอภิปรายกลุ่มหัวข้อ "Update สถานการณ์ องค์ความรู้ การพัฒนาระบบดูแลและป้องกันเบหาวานแบบบูรณาการระดับปฐมภูมิ"
- 3) ลานเสวนา คือ "การดูแลผู้ป่วยเบหาวานแบบองค์รวม"
- 4) ห้อง Miracle Grand A คือ "การปรับพฤติกรรม: การบริโภค การใช้แรง การจัดการความเครียด"
- 5) ห้อง Miracle Grand B คือ "การแพทย์ทางเลือกกับเบหาวาน"
- 6) ห้อง Miracle Grand C คือ "การขับเคลื่อนเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในชุมชน: กรณีกลุ่มเด็กและวัยรุ่น"
- 7) ตัวเลขในวงเล็บ คือ ค่าร้อยละ

จากตารางที่ 4 พบว่า ความพึงพอใจของผู้ตอบแบบประเมินในท้องประชุมต่างๆ ของวันที่ 21 พฤษภาคม 2552 นั้น ผู้ตอบแบบประเมินมีความพึงพอใจในระดับเหมาะสมถึงเหมาะสมที่สุด (มากถึงมากที่สุด) คิดเป็นร้อยละตั้งแต่ 60.2 - 96.1 ของความพึงพอใจโดยรวมในทุกๆ ห้องประชุมและลานเสวนา โดยมีความพึงพอใจมากถึงมากที่สุด เรียงลำดับจากมากไปคือน้อยในหัวข้อต่างๆ ดังนี้

- 1) วิทยากรที่นำเสนอผลงาน เฉลี่ยร้อยละ 86.4
- 2) รูปแบบการประชุม เฉลี่ยร้อยละ 84.6
- 3) ประโยชน์ที่ได้รับ เฉลี่ยร้อยละ 81.6
- 4) ระดับความพึงพอใจ เฉลี่ยร้อยละ 79.4
- 5) ระยะเวลาการประชุม เฉลี่ยร้อยละ 76.5

และหากพิจารณาในแต่ละห้องประชุมและลานเสวนาแล้ว พบว่า

- 1) ห้องประชุมใหญ่ การบรรยายในหัวข้อ "ทิศทางการพัฒนาระบบดูแลเบหาวานที่มีประสิทธิภาพ" พบว่า พึงพอใจมากถึงมากที่สุดในเรื่องวิทยากรที่นำเสนอผลงาน (ร้อยละ 96.1) รองลงมาคือ รูปแบบการประชุม

- (ร้อยละ 92.1) ประโยชน์ที่ได้รับ (ร้อยละ 89.3) ระดับความพึงพอใจ (ร้อยละ 85.4) และระยะเวลาการประชุม (ร้อยละ 80.4) ตามลำดับ
- 2) ห้องประชุมใหญ่ การอภิปรายกลุ่มในหัวข้อ "Update สถานการณ์ องค์ความรู้ การพัฒนาระบบดูแลและป้องกันเบหาวาน แบบบูรณาการระดับปฐมภูมิ" พบว่า พึงพอใจมากถึงมากที่สุดในเรื่องวิทยากรที่นำเสนอผลงาน (ร้อยละ 91.3) รองลงมาคือ รูปแบบการประชุม (ร้อยละ 89.1) ประโยชน์ที่ได้รับ (ร้อยละ 83.8) ระดับความพึงพอใจ (ร้อยละ 81.9) และระยะเวลาการประชุม (ร้อยละ 75.6) ตามลำดับ
- 3) ลานเสวนา หัวข้อ "การดูแลผู้ป่วยเบหาวานแบบองค์รวม" พบว่า พึงพอใจมากถึงมากที่สุดในเรื่องวิทยากรที่นำเสนอผลงาน (ร้อยละ 95.3) รองลงมาคือ รูปแบบการประชุม (ร้อยละ 91.5) ประโยชน์ที่ได้รับ (ร้อยละ 91.3) ระดับความพึงพอใจ (ร้อยละ 89.0) และระยะเวลาการประชุม (ร้อยละ 85.9) ตามลำดับ
- 4) ห้อง Miracle Grand A หัวข้อ "การปรับพฤติกรรม: การบริโภค การใช้แรง การจัดการความเครียด" พบว่า พึงพอใจมากถึงมากที่สุดในเรื่องรูปแบบการประชุม (ร้อยละ 68.9) รองลงมาคือ วิทยากรที่นำเสนอผลงาน และระยะเวลาการประชุม (ร้อยละ 64.0) ประโยชน์ที่ได้รับ (ร้อยละ 63.9) และระดับความพึงพอใจ (ร้อยละ 60.2) ตามลำดับ

- 5) ห้อง Miracle Grand B หัวข้อ “การแพทย์ทางเลือกกับเบาหวาน” พบว่า พึงพอใจมากถึงมากที่สุดในเรื่องวิทยากรที่นำเสนอผลงาน (ร้อยละ 86.9) รองลงมาคือ รูปแบบการประชุม และประโยชน์ที่ได้รับ (ร้อยละ 83.6) ระดับความพึงพอใจ (ร้อยละ 81.7) และระยะเวลาการประชุม (ร้อยละ 73.2) ตามลำดับ
- 6) ห้อง Miracle Grand C หัวข้อ “การขับเคลื่อนเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในชุมชน: กรณีกลุ่มเด็กและวัยรุ่น” พบว่า พึงพอใจมากถึงมากที่สุดในเรื่องวิทยากรที่นำเสนอผลงาน (ร้อยละ 84.7) รองลงมาคือ รูปแบบการประชุม (ร้อยละ 82.6) ระยะเวลาการประชุม (ร้อยละ 80.1) ระดับความพึงพอใจ (ร้อยละ 78.0) และประโยชน์ที่ได้รับ (ร้อยละ 77.6) ตามลำดับ

และเมื่อพิจารณาจากผู้ตอบแบบสอบถามที่เลือกเข้าร่วมประชุมห้องย่อยต่างๆ ตามความสนใจใน 3 ลำดับแรก (ตามตารางที่ 1) พบว่า

- พยาบาลในโรงพยาบาลเข้าร่วมประชุมบริเวณลานเสนา หัวข้อ การดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวม” มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.2 ของผู้เข้าร่วมประชุมในห้องย่อยต่างๆ ทั้งหมด
- พยาบาล PCU เข้าร่วมประชุมห้อง Miracle Grand B หัวข้อ “การแพทย์ทางเลือกกับเบาหวาน” มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 29.1 ของผู้เข้าร่วมประชุมในห้องย่อยต่างๆ ทั้งหมด
- เจ้าหน้าที่ PCU เข้าร่วมประชุม ณ ห้อง Miracle Grand B หัวข้อ การแพทย์ทางเลือกกับเบาหวาน” มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.5 ของผู้เข้าร่วมประชุมในห้องย่อยต่างๆ ทั้งหมด

ประโยชน์ที่ได้รับจากการประชุม (ที่ผู้ตอบแบบสอบถามระบุ)

ในวันที่ 21 พฤษภาคม 2552 ดังนี้

1. แนวทางการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีประสิทธิภาพ (75)
2. แนวทางการดูแล/ตรวจเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบองค์รวม (40)
3. แพทย์ทางเลือกกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน (28)
4. การ Update ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน (24)
5. แนวทางการทำงานในชุมชนเกี่ยวกับโรคเบาหวาน (19)
6. การคัดกรองผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างเป็นระบบ (18)
7. การนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่หรือกับการทำงาน (16)
8. ทิศทางและนโยบายของการดำเนินงานเรื่องโรคเบาหวาน (14)
9. อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน (13)
10. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน (11)
11. ระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวัง (8)
12. การลดอาหารหวานในเด็กเล็ก (5)
13. การออกกำลังกายและการฝึกหายใจของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (5)
14. วิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเบาหวาน (2)
15. นวัตกรรมใหม่ๆ ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน (1)
16. การนำความรู้ไปใช้ประกอบในการทำวิจัย (1)
17. หลักการให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคเบาหวานในการออกเยี่ยมบ้าน (1)

สิ่งที่ควรปรับปรุง

ในวันที่ 21 พฤษภาคม 2552 ดังนี้

1. ผู้เข้าร่วมประชุมมากเกินไปเมื่อเทียบกับสถานที่จัดประชุม (40)
2. การดำเนินงานเรื่องอาหารว่างและอาหารกลางวันไม่เพียงพอสำหรับผู้เข้าร่วมประชุม (34)
3. เอกสาร/สื่อการประชุมไม่เพียงพอ (23)
4. ห้องประชุมย่อยที่หนึ่งไม่เพียงพอและมีเสียงรบกวนกันเองในเวลาประชุม (22)
5. ควรเพิ่มวันในการจัดประชุม (17)
6. ระยะเวลาในห้องประชุมย่อยน้อยไป ทำให้ได้รับความรู้ไม่ครบถ้วน (16)
7. อาหารว่างและอาหารกลางวันควรเป็นอาหารเพื่อสุขภาพ (13)
8. ควรให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้เข้ารับฟังครบในทุกๆ ห้องประชุมย่อย (6)
9. ไม่มีการแสดงความคิดเห็นร่วมกันระหว่างผู้เข้าร่วมประชุมกับวิทยากร (2)
10. ควรมีการสอดแทรกการอบรมเชิงปฏิบัติการ (1)

ข้อเสนอแนะต่อการประชุม

ในวันที่ 21 พฤษภาคม 2552 ดังนี้

1. ควรมีการจัดประชุมรูปแบบนี้ในส่วนภูมิภาคบ้าง (2)
2. ควรมีการสรุปถอดบทเรียนและเผยแพร่ไปยังส่วนภูมิภาค (1)
3. ควรมีการจำกัดผู้เข้าร่วมการประชุม (1)
4. อยากให้มีการประชาสัมพันธ์การประชุมผ่านสื่อต่างๆ ให้มากขึ้น (1)

ตารางที่ 5 ความพึงพอใจของผู้ให้ข้อมูลในภาพรวม วันที่ 22 พฤษภาคม 2552

5 = มากที่สุด 4 = มาก 3 = ปานกลาง 2 = น้อย 1 = น้อยที่สุด (N = 341)

หัวข้อ	การบริการและการอำนวยความสะดวก				
	5	4	3	2	1
สถานที่จัดประชุม (N = 685)	169 (36.1)	225 (48.1)	60 (12.8)	8 (1.7)	1 (0.4)
วิทยากร (N = 682)	181 (38.7)	248 (53.0)	33 (7.1)	1 (0.2)	0
การจัดอาหาร เครื่องดื่ม (N = 682)	100 (21.4)	222 (47.4)	116 (24.8)	19 (4.1)	7 (1.5)
ระยะเวลาในการจัดประชุม (N = 681)	96 (20.5)	232 (49.6)	116 (24.8)	15 (3.2)	2 (0.4)
เอกสารและสื่อที่แจกให้ (N = 684)	94 (20.1)	208 (44.4)	123 (26.3)	32 (6.8)	4 (0.9)

หมายเหตุ : ตัวเลขในวงเล็บ คือ ค่าร้อยละ

จากตารางที่ 5 พบว่า ภาพรวมด้านการบริการและการอำนวยความสะดวกในการจัดประชุม วันที่ 22 พฤษภาคม 2552 นั้น ผู้ตอบแบบประเมินมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละตั้งแต่ 64.5 - 91.7 โดยพึงพอใจเรื่องวิทยากรที่นำเสนอผลงานมากที่สุด (ร้อยละ 91.7) รองลงมาคือ เรื่องสถานที่จัดประชุม (ร้อยละ 84.2) เรื่องระยะเวลาในการจัดประชุม (ร้อยละ 70.1) เรื่องการจัดอาหารและเครื่องดื่ม (ร้อยละ 68.8) และพึงพอใจเรื่องการเอกสารและสื่อที่แจกให้น้อยที่สุด (ร้อยละ 64.5) ตามลำดับ

ตารางที่ 6 ความพึงพอใจของผู้ให้ข้อมูลในห้องประชุมต่างๆ วันที่ 22 พฤษภาคม 2552
4 = เหมาะสมที่สุด (มากที่สุด) 3 = เหมาะสม (มาก) 2 = ปานกลาง 1 = ควรปรับปรุง (น้อย)

หัวข้อ	รูปแบบการประชุม				วิทยากร					ระยะเวลาการประชุม				ประโยชน์ที่ได้รับ				ระดับความพึงพอใจ			
	4	3	2	1	4	3	2	1		4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1
ห้องประชุมใหญ่หัวข้อที่ 1 (N = 675)	78 (28.1)	179 (64.4)	20 (7.2)	1 (0.4)	103 (37.1)	158 (56.8)	17 (6.1)	0		61 (21.9)	168 (60.4)	48 (17.3)	1 (0.4)	87 (31.3)	164 (59.0)	27 (9.7)	0	80 (28.8)	116 (59.7)	31 (11.2)	1 (0.4)
ห้องประชุมใหญ่หัวข้อที่ 2 (N = 650)	179 (26.5)	118 (59.0)	38 (19.0)	7 (3.5)	37 (18.5)	127 (63.5)	36 (18.0)	0		26 (13.0)	112 (56.0)	51 (25.5)	11 (5.5)	42 (21.0)	105 (52.5)	52 (26.0)	1 (0.5)	36 (18.0)	112 (56.0)	51 (25.5)	1 (0.5)
ลานเสวนา (N = 319)	179 (26.5)	149 (44.6)	15 (4.5)	0	224 (67.1)	101 (30.2)	9 (2.7)	0		139 (41.6)	157 (47.0)	34 (10.2)	4 (1.2)	185 (55.4)	131 (39.2)	18 (5.4)	7	184 (55.1)	131 (39.2)	19 (5.7)	0
ห้อง Miracle Grand A (N = 319)	179 (26.5)	173 (64.6)	27 (10.1)	5 (1.9)	68 (25.4)	176 (65.7)	23 (8.6)	1 (0.4)		45 (16.8)	155 (57.8)	51 (6.7)	17 (1.0)	65 (24.3)	162 (60.4)	41 (15.3)	7	67 (25.0)	157 (58.6)	43 (16.0)	1 (0.4)
ห้อง Miracle Grand B (N = 366)	179 (26.5)	214 (69.7)	19 (6.2)	0	82 (26.7)	443 (67.1)	17 (5.5)	7 (0.7)		61 (19.9)	201 (65.5)	42 (13.7)	3 (1.0)	76 (24.8)	195 (63.5)	36 (11.7)	0	72 (23.5)	198 (64.5)	37 (12.1)	0

หมายเหตุ :

- 1) ลานเสวนา หัวข้อ "การทำงานเบาหวานในชุมชน (ชมรมเบาหวาน, คนต้นแบบ, อสม., ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)"
- 2) ห้อง Miracle Grand A หัวข้อ "ระบบข้อมูล : หนึ่งในเครื่องมือสำคัญในการจัดการเบาหวาน (ทั้งในและนอกหน่วยบริการ)"
- 3) ห้อง Miracle Grand B หัวข้อ "การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในผู้ป่วยเบาหวาน"
- 4) ห้อง Miracle Grand C หัวข้อ "วิธีการจัดระบบงานเบาหวานในหน่วยบริการแบบบูรณาการ"
- 5) ห้องประชุมใหญ่ การอภิปรายกลุ่มหัวข้อ "นโยบาย แนวทาง และระบบสนับสนุนเพื่อไปสู่การขับเคลื่อนงานเบาหวานในมุมมองผู้เกี่ยวข้อง"
- 6) ตัวเลขในวงเล็บคือค่าร้อยละ

จากตารางที่ 6 พบว่า ความพึงพอใจของผู้ตอบแบบประเมินในห้องประชุมต่างๆ ของวันที่ 22 พฤษภาคม 2552 นั้น ผู้ตอบแบบประเมินมีความพึงพอใจในระดับเหมาะสมถึงเหมาะสมที่สุด (มากถึงมากที่สุด) คิดเป็นร้อยละตั้งแต่ 69.0 - 97.3 ของความพึงพอใจโดยรวมในทุกๆ ห้องประชุมและลานเสวนา โดยมีความพึงพอใจมากถึงมากที่สุด เรียงลำดับจากมากไปหาน้อยในหัวข้อต่างๆ ดังนี้

- 1) วิทยากรที่นำเสนอผลงาน เฉลี่ยร้อยละ 91.6
- 2) รูปแบบการประชุม เฉลี่ยร้อยละ 89.5
- 3) ประโยชน์ที่ได้รับ เฉลี่ยร้อยละ 86.3
- 4) ระดับความพึงพอใจ เฉลี่ยร้อยละ 85.7
- 5) ระยะเวลาการประชุม เฉลี่ยร้อยละ 80.0

และหากพิจารณาในแต่ละห้องประชุมและลานเสวนาแล้ว พบว่า

- 1) ลานเสวนา หัวข้อ “การทำงานเบาหวานในชุมชน (ชมรมเบาหวาน, คนต้นแบบ, อสม., ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” พบว่า ฟังพอใจมากถึงมากที่สุดในเรื่องวิทยากรที่นำเสนอผลงาน (ร้อยละ 93.9) รองลงมาคือ รูปแบบการประชุม (ร้อยละ 92.5) ประโยชน์ที่ได้รับ (ร้อยละ 90.3) ระดับความพึงพอใจ (ร้อยละ 88.5) และระยะเวลาการประชุม (ร้อยละ 82.3) ตามลำดับ
- 2) ห้อง Miracle Grand A หัวข้อ “ระบบข้อมูล : หนึ่งในเครื่องมือสำคัญในการจัดการเบาหวาน (ทั้งในและนอกหน่วยบริการ)” พบว่า ฟังพอใจมากถึงมากที่สุดในเรื่องวิทยากรที่นำเสนอผลงาน (ร้อยละ 82.0) รองลงมาคือ รูปแบบการประชุม (ร้อยละ 77.5) ระดับความพึงพอใจ (ร้อยละ 74.0) ประโยชน์ที่ได้รับ (ร้อยละ 73.5) และระยะเวลาการประชุม (ร้อยละ 69.0) ตามลำดับ
- 3) ห้อง Miracle Grand B หัวข้อ “การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในผู้ป่วยเบาหวาน” พบว่า ฟังพอใจมากถึงมากที่สุดในเรื่องวิทยากรที่นำเสนอผลงาน (ร้อยละ 97.3) รองลงมาคือ รูปแบบการประชุม (ร้อยละ 95.5) ประโยชน์ที่ได้รับ (ร้อยละ 94.6) ระดับความพึงพอใจ (ร้อยละ 94.3) และระยะเวลาการประชุม (ร้อยละ 88.6) ตามลำดับ
- 4) ห้อง Miracle Grand C หัวข้อ “วิธีการจัดระบบงานเบาหวานในหน่วยบริการแบบบูรณาการ” พบว่า ฟังพอใจมากถึงมากที่สุดในเรื่องวิทยากรที่นำเสนอผลงาน (ร้อยละ 91.1) รองลงมาคือ รูปแบบการประชุม (ร้อยละ 88.1) ประโยชน์ที่ได้รับ (ร้อยละ 84.7) ระดับความพึงพอใจ (ร้อยละ 83.6) และระยะเวลาการประชุม (ร้อยละ 74.6) ตามลำดับ
- 5) ห้องประชุมใหญ่ การอภิปรายกลุ่ม หัวข้อ “นโยบาย แนวทาง และระบบสนับสนุนเพื่อไปสู่การขับเคลื่อนงานเบาหวานในมุมมองผู้เกี่ยวข้อง” พบว่า ฟังพอใจมากถึงมากที่สุดในเรื่องรูปแบบการประชุม และวิทยากรที่นำเสนอผลงาน (ร้อยละ 93.8) รองลงมาคือ ประโยชน์ที่ได้รับ (ร้อยละ 88.3) ระดับความพึงพอใจ (ร้อยละ 88.0) และระยะเวลาการประชุม (ร้อยละ 85.4) ตามลำดับ

และเมื่อพิจารณาตามกลุ่มอาชีพที่เลือกเข้าร่วมประชุมห้องย่อยต่างๆ ใน 3 ลำดับแรก (ตามตารางที่ 2) พบว่า ผู้เข้าร่วมประชุมส่วนใหญ่ในกลุ่มพยาบาลในโรงพยาบาล พยาบาล PCU และเจ้าหน้าที่ PCU ให้ความสนใจเข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเนื้อหาห้อง Miracle Grand B “การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในผู้ป่วยเบาหวาน” มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.0 ร้อยละ 30.9 และร้อยละ 32.7 (ตามลำดับ) ของผู้เข้าร่วมประชุมในห้องย่อยต่างๆ ทั้งหมด

ประโยชน์ที่ได้รับจากการประชุม (ที่ผู้ตอบแบบสอบถามระบุ)

ในวันที่ 22 พฤษภาคม 2552 ดังนี้

1. การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบองค์รวม (48)
2. การนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่หรือกับการทำงาน (14)
3. การทำงานโรคเบาหวานในชุมชน (14)
4. การจัดการระบบข้อมูลโรคเบาหวาน (13)
5. แนวทางการพัฒนาคลินิกโรคเบาหวาน (6)
6. รูปแบบการสร้าง/การทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย (6)
7. การนำชุมชนต้นแบบไปปรับใช้ในพื้นที่ของตนเอง (6)
8. รูปแบบ ลักษณะการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน (5)
9. การประสานงานระหว่างหน่วยงานส่วนท้องถิ่นที่เกี่ยวกับโรคเบาหวาน (4)
10. แนวคิดการเชื่อมโยงข้อมูลโรคเบาหวานจากโรงพยาบาลไปยังชุมชน (4)
11. การให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจ และเห็นใจผู้ป่วยโรคเบาหวาน (3)
12. แนวทางการทำงานเรื่องโรคเบาหวานแบบเป็นทีม (3)
13. การนำชุมชนมาร่วมแก้ปัญหาโรคเบาหวานอย่างเป็นระบบ (2)
13. ได้รับทราบนโยบายและทิศทางการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน (2)
14. แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นกลุ่มเสี่ยง (2)
15. การ Update สถานการณ์และนวัตกรรมใหม่ๆ เกี่ยวกับโรคเบาหวาน (1)

สิ่งที่ควรปรับปรุง ในวันที่ 22 พฤษภาคม 2552 ดังนี้

1. ห้องประชุมย่อยที่นั่งไม่เพียงพอและมีเสียงรบกวนกันเองในเวลาประชุม (16)
2. ผู้เข้าร่วมประชุมมากเกินไปเมื่อเทียบกับสถานที่จัดประชุม (10)
3. เอกสาร/สื่อการประชุมไม่เพียงพอ (10)
4. ควรเพิ่มวันในการจัดประชุม (9)
5. ควรให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้เข้ารับฟังครบในทุกๆ ห้องประชุมย่อย (8)
6. การดำเนินงานเรื่องอาหารว่างและอาหารกลางวันไม่เพียงพอสำหรับผู้เข้าร่วมประชุม (8)
7. ระยะเวลาในห้องประชุมย่อยน้อยไป ทำให้ได้รับความรู้ไม่ครบถ้วน (7)
8. อาหารว่างและอาหารกลางวันควรเป็นอาหารเพื่อสุขภาพ (6)

ข้อเสนอแนะต่อการประชุม ในวันที่ 22 พฤษภาคม 2552 ดังนี้

1. วิทยากรมีความรู้ ความสามารถมาก และเต็มใจที่จะให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างเต็มที่ (2)
2. ควรมีการจัดประชุมรูปแบบนี้ในส่วนภูมิภาคบ้าง (1)

ภาคผนวก ก รายงานฉบับเต็ม

ผลการศึกษา ทบทวน และสรุปสถานการณ์และข้อเสนอแนะทางสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิในการจัดการเบาหวาน

สถานการณ์และข้อเสนอแนะทางสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิในการจัดการเบาหวาน

ระหว่างวันที่ 21-22 พฤษภาคม 2552

สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน

เอกสารฉบับนี้เป็นบททบทวนสถานการณ์และนโยบายเบาหวานที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมแนวนโยบาย มาตรการ และการดำเนินการด้านสุขภาพและสังคม ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเบาหวาน และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ วิเคราะห์โอกาสและช่องว่างในปัจจุบันเพื่อเสนอแนะเชิงนโยบาย โดยพยายามตอบคำถามถึงระบบการบริการปฐมภูมิที่ดีในการจัดการปัญหาเบาหวาน แนวทางการพัฒนาการดำเนินการที่เป็นอยู่ทั้งส่วนที่เป็นจุดแข็งและปัญหาอุปสรรค และพิจารณาความครอบคลุมของแนวนโยบาย กลไกในการบริหารนโยบาย และการสนับสนุนระบบเพื่อนำไปสู่การจั้ดบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ตอบสนองการจัดการปัญหาโรคเรื้อรังได้เหมาะสม

สถานการณ์ระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ของหน่วยบริการปฐมภูมิในประเทศไทย

โรคเบาหวานจัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญในลำดับต้นๆ ของประเทศไทย และมีแนวโน้มที่ขนาดของปัญหาเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ในอนาคต ข้อมูลจากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายปี 2534¹ พบว่าความชุกของการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 2.3 เพิ่มเป็นร้อยละ 6.9 ในปี 2547 หรือประมาณ 3.2 ล้านคน แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของการเป็นเบาหวานเพิ่มสูงขึ้น นอกจากนั้นยังพบว่าโดยรวมผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มสูงอายุนั้นไม่รู้ว่าตัวเองเป็นโรคถึงร้อยละ 41 ในกลุ่มนี้มีผู้ที่รักษาและควบคุมโรคได้มีเพียงประมาณร้อยละ 26 เท่านั้น จึงแสดงถึงปัญหาสาธารณสุขที่ซ่อนเร้นอยู่ และการควบคุมโรคที่มีประสิทธิผลจำกัด หน่วยบริการปฐมภูมิถือเป็นสถานบริการหลักสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เนื่องจากกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วย² เบาหวานได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และมีเพียงไม่ถึงร้อยละ 20 ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ดังนั้นการเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการเพิ่มคุณภาพชีวิตและเป็นผลดีต่อสุขภาพใน

¹ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547 กระทรวงสาธารณสุข กันยายน 2549.

² ผศ. นพ. วิโรจน์ เจียมจรัสศรี, ผศ. นพ. วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร, การทบทวนวรรณกรรมเรื่อง "การดูแลผู้ป่วยเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิ Type 2 diabetes care in primary care unit", 2550

³ สุพัตรา ศรีวณิชชากร. สถานการณ์ระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า. (http://www.moph.go.th/ops/hcnp/download/DM/DM_cup.pdf เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม 2550)

ระยะยาวของผู้ป่วย รวมทั้งยังช่วยลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างไรก็ตาม จากผลการศึกษาดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า³ ปี 2548 หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิส่วนใหญ่ยังดำเนินการในลักษณะตั้งรับ และยังไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมเสี่ยงได้มากนัก นอกจากนี้ ระบบติดตามภาวะแทรกซ้อนยังขาดประสิทธิภาพและความต่อเนื่อง ทั้งนี้เนื่องจากหน่วยบริการปฐมภูมิยังไม่ได้รับการพัฒนาและสนับสนุนในด้านความรู้และความสามารถอย่างเต็มที่ ส่วนใหญ่มีบทบาทเพียงในด้านการคัดกรอง และการติดตามผู้ป่วย⁴ จากผลการสำรวจคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน 37 แห่งทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2544 โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและการทบทวนเวชระเบียน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้รับการตรวจประเมินสุขภาพรายการที่จำเป็นอย่างทั่วถึงและครบถ้วน รวมทั้งมีภาวะแทรกซ้อนระยะยาวจากโรคเบาหวานค่อนข้างสูง โดยพบว่าผู้ป่วย 2 ใน 3 เคยได้รับศึกษาเกี่ยวกับโรคเบาหวานตั้งแต่ 5 วันขึ้นไปในรอบปีที่ผ่านมา การตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดส่วนใหญ่ใช้การตรวจ Fasting plasma glucose (FPG) ยังขาดการตรวจหา HbA1c เป็นตัวสะท้อนการควบคุมน้ำตาลในระยะยาว

1.1. กำลังคนที่ดำเนินงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

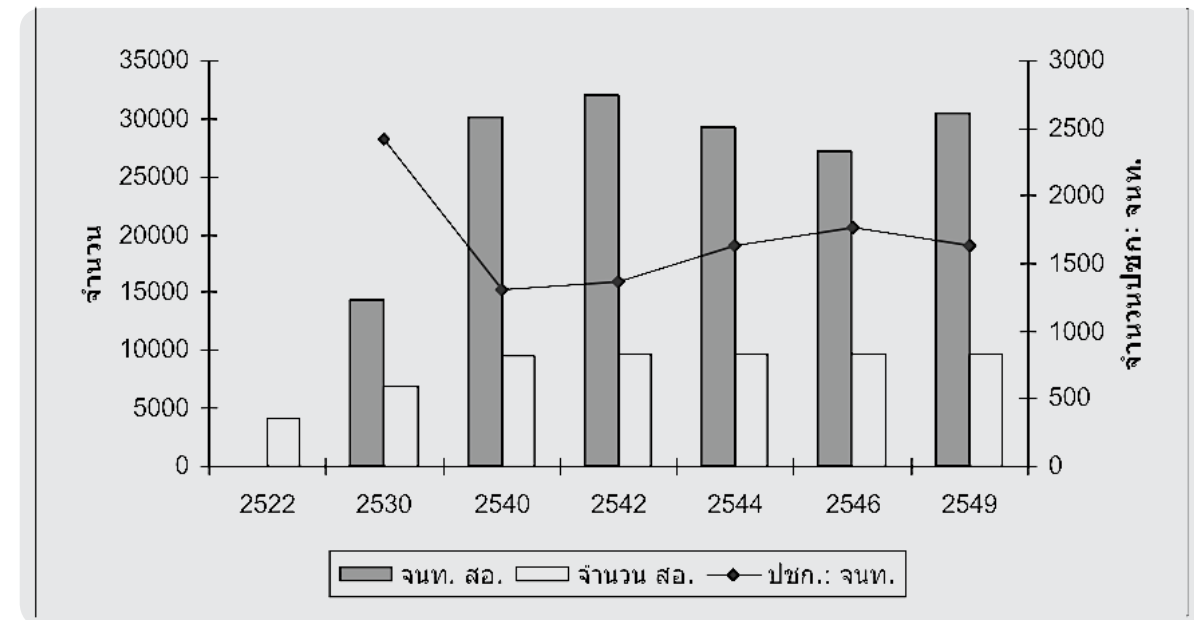
• จำนวนของบุคลากร

ปัญหาสำคัญของการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขปัจจุบันคือ ปัญหาการมีบุคลากรไม่เพียงพอ ซึ่งพบว่าในปี 2547 ประมาณครึ่งหนึ่งของหน่วยบริการปฐมภูมิมีจำนวนบุคลากรต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน⁴ (ประชากร 1,250 คนต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหนึ่งคน) ผู้ให้บริการหลักในหน่วยบริการสาธารณสุขปฐมภูมิคือ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และมีหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำเพียงร้อยละ 0.34 เท่านั้น⁵ โดยส่วนใหญ่เป็นหน่วยบริการของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล) หรือเอกชน บริการด้านรักษาพยาบาลจึงเป็นจุดอ่อนในหน่วยบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ โดยเฉพาะสถานีอนามัย

⁴ สุพัตรา ศรีวณิชชากร (2551) ปัจจัยผลักดันระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากสถานการณ์และการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ เอกสารประกอบการศึกษาภาพอนาคตและเส้นทางสู่หลักประกันสุขภาพที่ยั่งยืน นนทบุรี สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

⁵ ข้อมูลทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ ปี 2548 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แผนภูมิที่ 1 จำนวนสถานอนามัย เจ้าหน้าที่ และจำนวนประชากรต่อเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2522 - 2549



ที่มา: การสาธารณสุขไทย 2544-47 และ 2548-50

• การพัฒนาศักยภาพบุคลากร

ที่ผ่านมาการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรระดับปฐมภูมิ ยังไม่สมดุล หน่วยบริการปฐมภูมิยังได้รับการพัฒนาในด้านความรู้ และความสามารถไม่เต็มที่⁶ เนื่องจากการพัฒนาส่วนใหญ่มุ่งเน้นการศึกษาฝึกอบรมด้านเวชปฏิบัติ มากกว่าการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยระบบบริการสำหรับการจัดการเบาหวานในบริการระดับปฐมภูมินั้นเป็นบริการสุขภาพระดับแรก ครอบคลุมทั้งในส่วนของงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และงานรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย โดยเน้นบทบาทหน้าที่ในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพเป็นหลัก และการดูแลแบบต่อเนื่องเป็นองค์รวม ซึ่งต้องอาศัยความรู้และทักษะหลายแขนง เช่น ด้านสาธารณสุข สิ่งแวดล้อม พฤติกรรม ระบาดวิทยา การศึกษาวิจัย ฯลฯ จากการติดตามประเมินผลงานส่งเสริมป้องกันของสำนักตรวจและประเมินผลในปี 2551 พบว่าการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันในระดับปฐมภูมิ ถือเป็นจุดอ่อน เนื่องจากเจ้าหน้าที่ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องขาดการสนับสนุนด้านวิชาการ ประกอบกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ภาระงานด้านรักษาพยาบาลเบียดเวลาทำงานสำหรับงานส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกในชุมชนของหน่วยบริการปฐมภูมิบางแห่ง อย่างไรก็ตาม มีข้อมูลเชิงประจักษ์ว่า ภายหลังจากพัฒนาบริการเป็นเครือข่ายร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนในการจัดบริการผู้ป่วยเรื้อรัง คุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้น⁷

1.2. ระบบข้อมูล

งานบริการในระดับปฐมภูมิจำเป็นต้องมีระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่สะท้อนปัญหาชุมชน ครอบครัวและบุคคลรวมทั้งต้องมีระบบสนับสนุนอื่นๆ และมีการพัฒนาเครื่องมือเพื่อการเก็บข้อมูลในเชิงคุณภาพเพื่อให้เห็นภาพรวมของตัวประชาชนและบริบทด้านครอบครัวและชุมชน ควรมีการพัฒนาข้อมูลเชิงคุณภาพที่กว้างขวางมากกว่าแฟ้มผู้ป่วยในสถานพยาบาล การใช้แฟ้มครอบครัว (Family Folder) แฟ้มชุมชน (Community Folder) ตลอดจนเครื่องมือต่างๆ ที่ใช้เพื่อการประเมินชุมชนมีมากมายและหลากหลายตามความต้องการของแต่ละพื้นที่ (ผู้ดูแลระบบในจังหวัด) เครื่องมือเหล่านี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการให้การจัดการบริการมีประสิทธิภาพและเข้าใจประชาชนอย่างแท้จริง อย่างไรก็ตาม แม้จะได้มีความพยายามให้มีการใช้ประโยชน์จากเครื่องมือเหล่านี้ แต่ยังคงมีปัญหา⁸ ทั้งปัญหาเชิงระบบเองที่ขาดการใช้ข้อมูลอย่างเชื่อมโยงข้อมูลจากรายงานในระบบต่างๆ การสะท้อนกลับข้อมูลสู่ผู้ปฏิบัติงาน ในแง่มุมมองของผู้ปฏิบัติงานที่มีข้อจำกัดด้านเวลา และปริมาณงานประกอบกับข้อจำกัดในความสามารถวิเคราะห์และอ่านข้อมูลเพื่อนำสู่การจัดการแก่ประชากรในกลุ่มเป้าหมาย จึงทำให้ข้อมูลต่างๆ ถูกเก็บไว้ในแฟ้มในเครื่องคอมพิวเตอร์ และในระบบรายงานต่างๆ ที่มีอยู่ โดยเจ้าหน้าที่ก็คงให้บริการตามกิจกรรมปกติที่ถูกสั่งการ และแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าที่เกิดขึ้นในการจัดการบริการ โดยไม่มีโอกาสได้นำข้อมูลที่ตนเองได้เป็นผู้รวบรวมมาใช้ในการปรับปรุงบริการอย่างจริงจัง ข้อมูลในระบบการจัดการปฐมภูมิเป็นชุดข้อมูลทางด้านวิชาการสาขาหนึ่งที่ต้องอาศัยทักษะและความรู้ความเข้าใจในการจัดการ เนื่องจากไม่ใช่เป็นเพียงข้อมูลเพื่อการรักษาโรคเท่านั้น หากแต่เป็นข้อมูลที่ใช้เพื่อการดูแลอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่องไปจนกระทั่งถึงการจัดการสิ่งแวดล้อมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของชุมชนเพื่อเอื้อต่อสุขภาพของประชาชน รวมทั้งใช้ข้อมูลดังกล่าวเพื่อติดตามกำกับสถานการณ์และการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน

การเก็บรวบรวมข้อมูลของหน่วยบริการยังไม่ได้จัดเก็บให้เป็นระบบ การวิเคราะห์ประมวลผลเพื่อการใช้ประโยชน์จากข้อมูลมีน้อย อันเนื่องมาจากข้อจำกัดหลายๆ ด้าน เช่น ความสามารถของบุคลากรในการประมวลผลข้อมูลเพื่อนำไปใช้ หรือการจัดการจัดเก็บข้อมูลให้เป็นระบบและทันเวลา รวมไปถึงข้อมูลคุณภาพบางอย่างที่ไม่สามารถจัดเก็บในระบบเพื่อการสืบค้นได้⁹

ประเด็นของการใช้ประโยชน์จากข้อมูลหรือการที่จะพัฒนาระบบข้อมูลในการให้บริการที่สำคัญที่สุด น่าจะอยู่ที่ “คน” ที่จะนำข้อมูลไปใช้ ซึ่ง ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจะต้องคำนึงถึงการวางแผนทางในการพัฒนา การทำความเข้าใจว่า จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานเห็นความสำคัญ เห็นประโยชน์ เข้าถึงและใช้ข้อมูลที่มีอยู่อย่างไร ใช้ได้อย่างเหมาะสมใช้แบบไหน จึงจะทำให้การใช้ข้อมูลนั้น เป็นการนำข้อมูลอย่างมีคุณภาพเพื่อที่จะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับทุกฝ่าย¹⁰

จากผลการศึกษาของรายงานการศึกษา “สถานการณ์ระบบข้อมูลเพื่อการติดตาม กำกับหน่วยบริการปฐมภูมิ”¹¹ ในปี พ.ศ. 2548 พบว่าระบบข้อมูลในด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานมีความแตกต่างระหว่างพื้นที่มาก หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายมีฐานข้อมูลไม่แตกต่างกันมากนัก แต่จัดเก็บในรูปแบบที่ต่างกัน และมีแนวโน้มที่ฐานข้อมูลบางส่วนถูกตัดออก ข้อมูลถูกจัดเก็บแยกเป็นส่วนๆ ตามส่วนงานย่อยที่ดูแลงานนั้น ทำให้การ

6 De Maeseneer, J., Willems, S., De Sutter, A., Van de Geuchte, I. and Billings, M. (2007) Primary health care as strategy for achieving equitable care: a literature review. Health System Knowledge Network retrieved from http://www.who.int/entity/social_determinants/resources/csdh_media/primary_health_care_2007_en.pdf

7 การพัฒนาระบบข้อมูลและใช้ประโยชน์เพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ,สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน (สพช.)

8 รายงานการศึกษา “สถานการณ์ระบบข้อมูลเพื่อการติดตาม กำกับหน่วยบริการปฐมภูมิ”แพทยหญิงสุพัตรา ศรีวิณิชชากร สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน ปี 2548

ประมวลข้อมูลที่ต่อเนื่องตั้งแต่กระบวนการจนถึงผลลัพธ์เป็นรายคนทำได้ยากมากขึ้น ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ที่ใช้ในการติดตาม ประเมินผลงานไม่ไวพอในการแยกความแตกต่างคุณภาพระหว่างหน่วยบริการต่างๆ จำเป็นที่ต้องประเมินคุณภาพจากกระบวนการบริการร่วมด้วย

1.3. ภาวะผู้นำและกลไกการสนับสนุนขององค์กรต่อการพัฒนาระบบเบาหวาน

หน่วยบริการปฐมภูมิใดๆ ที่เป็นเครือข่ายในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีข้อจำกัดในการตัดสินใจเพื่อการดำเนินการด้วยตนเอง มีความจำเป็นต้องให้มีการทำงานร่วมกันกับโรงพยาบาลและหน่วยบริการในระดับอำเภอ พบว่าในสถานการณ์ปัจจุบันพบว่าโรงพยาบาลและหน่วยบริการในระดับอำเภอ มีบทบาทสนับสนุน และเสริมบทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิ มากน้อยแตกต่างกัน ระบบดูแลผู้เป็นเบาหวานเป็นส่วนที่มีความเชื่อมต่อ และสัมพันธ์กันมากระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ กับโรงพยาบาล

จากผลการศึกษาเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2548) ยังพบว่ารูปแบบ กลไกการบริหารและการสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายแตกต่างกันมากในแต่ละแห่ง ขึ้นกับสัมพันธภาพของโรงพยาบาลและเครือข่าย รวมทั้งวิถีทัศน์ของผู้บริหารในการสนับสนุนงบประมาณ ยา เวชภัณฑ์ และวัสดุต่างๆ รวมทั้งการสนับสนุนบุคลากรในการปฏิบัติงาน ทั้งนี้ การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิที่ผ่านมาโดยเฉพาะภายหลังนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดย สปสช. ซึ่งเป็นองค์กรซื้อบริการเป็นหลัก ในขณะที่กระทรวงสาธารณสุขซึ่งรับผิดชอบกำหนดนโยบาย และดูแลหน่วยบริการ มีข้อจำกัดทั้งในด้านโครงสร้างอันเป็นผลจากการปฏิรูปโครงสร้างของกระทรวงและงบประมาณ ขณะเดียวกัน สปสช. ก็สนับสนุนได้จำกัดเนื่องจากมิได้มีการกิจในการพัฒนาระบบโดยตรง จึงทำได้เพียงสนับสนุนเฉพาะประเด็นสนใจเท่านั้น ทำให้ขาดการกระตุ้นระบบของสสจ. และหน่วยบริการระดับอำเภอให้สนใจในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิในเชิงระบบ

1.4. การมีส่วนร่วมของชุมชน

- ชุมชนส่วนใหญ่ยังขาดการเสริมพลังให้มีความเข้มแข็งและ ต้องการสนับสนุนจากภาครัฐและท้องถิ่น ให้มีศักยภาพในการจัดการปัญหาสุขภาพตนเอง ได้แก่ โน้มน้าวเหนี่ยวนำให้กลุ่มคนในชุมชนตระหนักว่าการดูแลสุขภาพให้ได้ดีต้องอาศัยความร่วมมือกันของประชาชนในชุมชน โดยมีบุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้ส่งเสริมสนับสนุน
- ในบางพื้นที่ยังขาดบุคคลต้นแบบหรือผู้นำชุมชน ซึ่งผู้ป่วยที่เป็นบุคคลต้นแบบ (good model) หรืออาจจะเรียกว่าผู้ป่วยขั้นดีที่สามารถเป็นแบบอย่างในการสร้างพฤติกรรมชีวิตใหม่อยู่กับเบาหวานได้อย่างปกติสุข และพร้อมสนับสนุนคนต้นแบบเหล่านี้ให้ดึงดูดโน้มน้าวผู้ป่วยคนอื่นๆ ให้ปฏิบัติตามได้อย่างเป็นรูปธรรม บุคคลต้นแบบจึงเป็นตัวต่อตัวที่สำคัญในชุมชน เพราะสามารถถ่ายทอดแนวทางปฏิบัติตัว ในฐานะที่เป็นผู้ป่วยเบาหวานเหมือนกัน อยู่ในสิ่งแวดล้อมสังคมเดียวกัน และสามารถจะถ่ายทอดได้ทั้งความรู้และความรู้สึก
- สภาพแวดล้อมของชุมชนและวิถีชีวิตไม่เหมาะสมสำหรับเบาหวาน ปัจจุบันวิถีชีวิตและสภาพแวดล้อมของชุมชนในประเทศไทยได้เปลี่ยนแปลงไปเป็นแบบตะวันตกมากขึ้น เช่น พฤติกรรมการบริโภคที่เปลี่ยนแปลงไปมีการบริโภคอาหารจานด่วน (fast food) มากขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่มเด็ก นอกจากนี้ ประชากรส่วนใหญ่ยังขาดการออกกำลังกาย มีวิถีชีวิตที่เร่งรีบและมีความเครียดจากการทำงานเพิ่มมากขึ้น ลักษณะอาชีพที่ไม่ต้องใช้แรง เช่น พนักงานบริษัทที่ทำงานเกี่ยวกับเอกสาร เป็นต้น การปรับพฤติกรรมสุขภาพชีวิตใหม่ที่หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น การออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะ การลดน้ำหนัก เพื่อป้องกันไม่ให้เป็นโรคเบาหวาน ยังปฏิบัติได้น้อย

- ประชาชนยังขาดความตระหนัก และความรู้เกี่ยวกับการจัดการตัวเองกับเบาหวาน (หมายถึง ความรู้ในการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนทั่วไป หรือ การดูแลรักษาตนเองในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน)
- ในบางพื้นที่ยังไม่มีการพัฒนาบุคลากร (อสม,ประชาชน) เพื่อมาช่วยงาน กลุ่มอาสาสมัครในชุมชน กลุ่มนี้จะเป็นกลุ่มที่ทุ่มเทแรงกายแรงใจให้อย่างมาก ถ้าผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานสามารถเข้าถึง เข้าใจ และติดต่อความรู้เรื่องสุขภาพให้แก่ อสม. และมีความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันกับกลุ่มอาสาสมัครเหล่านี้ เราจะมีแนวร่วมที่มีศักยภาพสูงแทรกซึมเข้าถึงทุกบ้าน ทุกคุ้ม ทุกหมู่ในชุมชน เกิดเป็นขุมกำลังอันสำคัญที่จะเข้าถึงทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยได้แบบตัวต่อตัว ดังยกตัวอย่างที่ศูนย์สุขภาพชุมชนหัวทะเล จังหวัดนครราชสีมา ได้มีการอบรมและพัฒนาศักยภาพของ อสม. ให้สามารถเจาะเลือดน้ำตาลที่ปลายนิ้ว วัดความดันโลหิต โดยจะมีการตรวจยืนยันผลอีกทีโดยเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขในกรณีที่มีปัญหา โดยสรุปหน่วยบริการภาครัฐส่วนใหญ่ (โรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ) ยังขาดแนวคิดและการปฏิบัติในการจัดการปัญหาโรคเรื้อรังโดยใช้ศักยภาพของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ท้องถิ่น เข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมป้องกัน คัดกรอง ดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยง ประชาชนทั่วไป

1.5. ระบบการตรวจวินิจฉัยและการใช้ยาและเทคโนโลยีการดูแลและป้องกันเบาหวานอย่างเหมาะสม

• Intensive lifestyle interventions

หลักฐานจากการศึกษาแบบ Randomized Control Trial (RCT) จำนวนมากที่บ่งบอกว่าโรคเบาหวานสามารถป้องกันได้โดยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ตัวอย่างการศึกษาที่สำคัญคือ การศึกษาในประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน ฟินแลนด์ และสหรัฐอเมริกา โดยการศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะก่อนเบาหวาน (Impaired glucose tolerance) ที่มีควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย สามารถลดความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานลงกว่าครึ่ง

อย่างไรก็ตาม การทบทวนวรรณกรรมของ Cochrane Database เกี่ยวกับผลระยะยาวของการลดน้ำหนักโดยไม่ใช้ยาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จากการศึกษาวิจัยแบบ Randomized trial จำนวน 22 ฉบับ พบว่าการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดน้ำหนักสามารถทำให้ระดับ Hemoglobin A1C ตีขึ้นเพียงเล็กน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม แต่การพบความแตกต่างเพียงเล็กน้อยนี้อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มควบคุมก็มีน้ำหนักตัวลดลงเช่นกัน (สูงสุด 10 กิโลกรัม) ดังนั้น จึงอาจจะต้องรอผลการศึกษ่อื่นๆ ในอนาคตโดยเฉพาะการศึกษา Look-AHEAD (Action for Health in Diabetes) ซึ่งมีวัตถุประสงค์จะศึกษาผลระยะยาวของการปรับพฤติกรรมแบบเข้มข้น ต่อการลดน้ำหนักและลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งมีกำหนดการจะรายงานผลในปี ค.ศ. 2012 กล่าวโดยสรุปคือ มีผลการศึกษามากเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดน้ำหนักตัว ซึ่งสามารถทำให้ตัวชี้วัดด้านเมตาบอลิซึมและปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดดีขึ้น แต่มีข้อสังเกตว่าจะต้องใช้ทรัพยากรในการให้คำปรึกษาอย่างมากมาย เพื่อให้ประสบความสำเร็จทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ความยากลำบากในการดำรงน้ำหนักตัวในระยะยาวโดยการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายเป็นสิ่งที่ต้องพึงระลึกไว้เสมอและมักมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นในภายหลังอีกเสมอ

ความคุ้มค่าของการปรับวิถีชีวิตต่อการลดความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานจากการศึกษาของ Eddy และคณะโดยใช้ Archimedes model ในการทำนายประสิทธิภาพและความคุ้มค่าของมาตรการปรับพฤติกรรมแบบเข้มข้นในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวาน พบว่าในช่วงเวลา 30 ปี มาตรการนี้จะช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานได้ร้อยละ 61-71 ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้ร้อยละ 30-38 และลดโอกาสการเสียชีวิต

ชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ร้อยละ 11.2-13.5 ซึ่งหมายถึงการสามารถป้องกันการเกิดโรคเบาหวานได้ร้อยละ 11 และยืดระยะเวลาการเป็นโรคออกไปได้ร้อยละ 61 ในแง่ความคุ้มค่าตามมุมมองขององค์กรประกันสุขภาพ ค่าใช้จ่ายต่อ Quality-adjusted life-year (QALY) ของมาตรการนี้ คือ 143,000 ดอลลาร์สหรัฐ ซึ่งเป็นความคุ้มค่าตามมุมมองของสังคม มาตรการนี้จะมีค่าใช้จ่ายต่อ Quality-adjusted life-year เท่ากับ 62,600 ดอลลาร์สหรัฐ เมื่อเปรียบเทียบกับกรณีไม่มีมาตรการใดๆ หากทอดเวลาการดำเนินมาตรการออกไปจนกระทั่งบุคคลมีโรคเบาหวานจะมีความคุ้มค่ามากขึ้น คือมีค่าใช้จ่ายต่อ Quality-adjusted life-year เท่ากับ 24,500 ดอลลาร์สหรัฐ เมื่อเปรียบเทียบกับกรณีดำเนินมาตรการขณะเป็นโรคเบาหวานแล้วการดำเนินมาตรการทันที (ขณะยังไม่เป็นโรค) จะมี Marginal cost-effectiveness เท่ากับ 201,800 ดอลลาร์สหรัฐ ปัจจัยที่มีผลอย่างมากต่อความคุ้มค่าของมาตรการนี้ คือค่าใช้จ่ายในการดำเนินโปรแกรมการปรับพฤติกรรม หากค่าใช้จ่ายลดลงเหลือไม่เกิน 100 ดอลลาร์ต่อปีจะมีความคุ้มค่ามากที่สุด

• Medical interventions

มีการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาในกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะก่อนเบาหวานจำนวน 3,234 รายได้รับการสุ่มเลือกให้ได้รับยาหลอก (Placebo) ได้รับยา Metformin (ยากกลุ่ม Biguanide ที่ออกฤทธิ์ลดระดับน้ำตาลในเลือดโดยลดการสร้างน้ำตาลกลูโคสของตับ) หรือได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมุ่งเน้นการบรรลุเป้าหมายลดน้ำหนักตัวลงร้อยละ 7 และออกกำลังกายอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ให้ได้ภายใน 24 สัปดาห์ พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 38 ที่สามารถลดน้ำหนักได้ตามเป้าหมายในการนัดติดตามครั้งล่าสุด และมีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 74 ออกกำลังกายได้ตามเป้าหมายในสัปดาห์ที่ 24 แต่ลดลงเหลือร้อยละ 58 ในการนัดติดตามครั้งล่าสุด ในช่วงการศึกษาติดตาม 2.8 ปี พบว่ากลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีอัตราการอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานลดลงร้อยละ 58 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยประสิทธิภาพของมาตรการนี้มีผลใกล้เคียงกันทั้งในชายและหญิงและในกลุ่มที่มีเชื้อชาติต่างๆ กัน

กล่าวโดยสรุป คือ โปรแกรมการปรับพฤติกรรมมีแนวโน้มจะช่วยลดการป่วยและการตายจากโรคเบาหวานได้และควรดำเนินการในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคนี้ อย่างไรก็ตามโปรแกรมที่ใช้ในโครงการ DPP มีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูงสำหรับองค์กรประกันสุขภาพและอาจไม่เหมาะสมจะนำไปดำเนินการทั่วประเทศ จึงควรมีการพัฒนาแบบโปรแกรมขึ้นใหม่ที่มีค่าใช้จ่ายต่ำกว่านี้

• การคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน (Screening for diabetes)

ประโยชน์ของการค้นหาผู้ป่วยเบาหวานได้ในระยะแรกๆ โดยผ่านการคัดกรองยังไม่มีหลักฐานสนับสนุนชัดเจน การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานโดยใช้แบบสอบถามเพียงอย่างเดียวให้ผลลัพธ์ที่ไม่ดี ซึ่งการใช้การตรวจสอบทางเคมีอย่างเดี่ยวหรือใช้ร่วมกับแบบสอบถามจะให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่า และจากโครงการ CDC Diabetes Cost-Effectiveness Study Group 1998 ในการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประชากรทั่วไป พบว่าสามารถลดการเกิด microvascular disease ได้ 25%

1.6. ระบบการเงินการคลัง (Financing)

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีมติการประชุมเมื่อวันที่ 12 พฤศจิกายน 2550 และ 22 มกราคม 2551 .ให้จัดสรรงบบริการผู้ป่วยนอก (OP) และงบบริการส่งเสริมป้องกัน (PP) เหม่าจ่ายโดยตรงให้แก่หน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ศักยภาพของบุคลากร การพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิ และคุณภาพบริการที่ได้มาตรฐาน เพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถบริหารงบ OP/PP ของตัวเองได้ รวมทั้งการลดความแออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มากกว่าการพัฒนาด้านโครงสร้างกายภาพสำหรับการติดตามประเมินผล สปสช. ได้จัดทำระบบข้อมูลเพื่อติดตามและประเมินผล รวมถึงการใช้ข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาจัดสรรงบประมาณเป็นรายปี โดยเนื้อหาในการติดตามประกอบด้วย รายงานผลกิจกรรมบริการและรายงานการเงิน พิจารณาตามดัชนีชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นหลัก

โดยสรุปปัจจุบันการจัดบริการสุขภาพในประเทศไทยเน้นการรักษาพยาบาลที่มีการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการรักษาประชาชน และประชาชนสามารถเลือกไปใช้สถานบริการระดับใดก็ได้ และแม้ว่าปัจจุบัน จะมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งมีการกระจายผู้ป่วยเบาหวานบางส่วนไปยังสถานบริการปฐมภูมิ แต่ก็ยังเป็นส่วนน้อยอีกทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานปัจจุบันยังเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบเฉพาะหน้าซึ่งไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นโรคเรื้อรัง และเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นเรื่องสำคัญและต้องใช้เวลา ดังนั้น เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานควรปรับเป็นการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลแบบเป็นระบบและต่อเนื่อง มีการบริการเข้าถึงได้ง่าย ต่อเนื่อง เชื่อมโยงกับชุมชนและครอบครัว และเป็นบริการผสมผสานดูแลสุขภาพแบบองค์รวมมากขึ้น รวมทั้งบริการที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อให้เกิดการมีสุขภาพที่ดี

สถานการณ์ของโครงการที่สนับสนุนการพัฒนารูปแบบและวิธีการทำงานเบาหวานในบริบทของบริการปฐมภูมิที่มีในประเทศไทย

- โครงการสนับสนุนการพัฒนาศูนย์แพทย์ชุมชน ซึ่งมีศักยภาพและความพร้อมในเชิงบุคลากร ความสามารถทีมงาน รวมทั้งวัสดุอุปกรณ์เพื่อการดูแลได้มากขึ้น ทำให้เอื้อต่อการพัฒนาระบบการจัดบริการโรคเรื้อรังโรคที่มีความซับซ้อน ให้สามารถเข้าถึงแพทย์ และบริการที่จำเป็นได้มากขึ้น รวมทั้งความเด่นในการจัดคลินิก การเยี่ยมบ้านที่มีปัญหาซับซ้อน การดูแลทางการแพทย์และสามารถเชื่อมโยงข้อมูลที่เกี่ยวข้องปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรมเพื่อการดูแลที่ตอบสนองปัญหาบุคคล ครอบครัว และชุมชนในพื้นที่ได้มากขึ้น
- โครงการพัฒนาโรงพยาบาล บริการประทับใจ ไร้ความแออัด ซึ่งมุ่งเป้าที่การพัฒนาเครือข่ายปฐมภูมิเขตเมืองให้มีความเข้มแข็ง การวางจุดบริการที่เหมาะสม การพัฒนาศักยภาพระบบภายในของหน่วยบริการปฐมภูมิและกระจายกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้รับการดูแลที่ใกล้บ้านโดยทีมที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ ผลลัพธ์เชิงประจักษ์ในบางพื้นที่

9 Engelgau, Narayan, and Herman 2000

10 Disease Control Priorities in Developing Countries, K.M. Venkat Narayan, Ping Zhang, Alka M. Kanay

นอกจากนี้ การดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ต่างๆ ก็มีรูปแบบและนวัตกรรมเกิดขึ้นภายใต้การพัฒนาโครงการและการวิจัยต่างๆ ซึ่งเน้นให้เกิดรูปแบบกิจกรรม นวัตกรรมและเครื่องมือช่วยในการดำเนินงานทั้งภายในหน่วยบริการและในชุมชนเพื่อมุ่งเน้นการเพิ่มศักยภาพในการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ครอบครัว ชุมชน โดยใช้กระบวนการรวมตัวและดำเนินงานร่วมกันในหลายภาคส่วนเช่นความร่วมมือของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครอบครัวและญาติ รวมทั้ง ความร่วมมือระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ป่วยและครอบครัว ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น

โครงการที่พัฒนาเกี่ยวกับการจัดการเบาหวาน มีหลายโครงการ ดำเนินงานโดยหลายส่วนงาน ดังนี้

- โครงการบริหารจัดการเฉพาะโรค (Disease management) ที่สนับสนุนโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โครงการนี้เน้นให้มีการคัดกรอง การรักษาตามมาตรฐานที่ระดับปฐมภูมิ ภายใต้การจัดการร่วมทางคลินิกกับระดับโรงพยาบาลในพื้นที่ รวมทั้งการติดตามกำกับด้านผลการรักษารายบุคคลที่เชื่อมโยงกับระบบรายงานออนไลน์ มีการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานได้ครอบคลุมมากขึ้น โดยการบริหารจัดการด้านการเบิกจ่ายตรงจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พร้อมกับการรายงานผลงาน และการสรุปผลสถานการณ์เบาหวานในพื้นที่
- โครงการภายใต้การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ที่ดำเนินการโดยกรมวิชาการ ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ภายใต้งบประมาณส่งเสริมสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (P&P National Priority) สนับสนุนการป้องกันโรค 5 โครงการ ในจำนวนนี้เป็นโครงการที่เกี่ยวข้องกับเบาหวานมี 2 โครงการใหญ่ คือ

1. โครงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน

ซึ่งเป็นการป้องกันระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) ปัจจุบันกรมการแพทย์มีโครงการทดลองพัฒนาในจังหวัดน่าน 4 จังหวัด โดยจะเน้นที่พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้สามารถตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน โดยจะเน้นการพัฒนาที่ละปัญหาแทรกซ้อน เช่น ปีแรกเน้นการตรวจตา เรื่องไตจะเป็นปีต่อไป มีการฝึกอบรมและทำ CPG ให้ ซึ่ง CPG อาศัยผู้เชี่ยวชาญจากหลายๆ หน่วย ทั้งทบวงมหาวิทยาลัย และในขณะเดียวกันก็พยายามให้ผู้ปฏิบัติงานเข้ามาร่วมพิจารณาด้วย

2. โครงการสุขภาพดีวิถีไทย

เป็นโครงการที่ทำทั่วประเทศ มีทั้งหมด 6 มาตรการ มีคณะทำงานทั้งหมด 6 ชุดตามมาตรการ คือ

- 1) มาตรการแรกเป็นระบบเฝ้าระวัง ติดตาม ปัญหาสุขภาพ และ คัดกรองความเสี่ยง ที่สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์เป็นเจ้าภาพ รวมถึงการพัฒนาระบบข้อมูลด้วย ซึ่งยังต้องดำเนินการเพื่อบูรณาการข้อมูลที่เป็นภาวะแทรกซ้อน ข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงและข้อมูลจากกองต่างๆ เพื่อจะได้เห็นภาพตั้งแต่เริ่มไปจนจบ ตั้งแต่คัดกรองพฤติกรรม ไปจนถึงคัดกรอง primary คัดกรอง secondary prevention
- 2) มาตรการที่สองจะเป็นการสื่อสารสาธารณะแนวกว้าง (Air war) กรมอนามัยจะเป็นเจ้าภาพหลัก แต่คณะทำงานจะมีกรมควบคุมโรค กรมการแพทย์ มี อย. และกรมอื่นๆ ในกระทรวงสาธารณสุข
- 3) มาตรการที่สามจะเป็นเรื่องเสริมสร้างสิ่งแวดล้อมและลดความเสี่ยงในชุมชน (Home Based Intervention)

กรมควบคุมโรคเป็นเจ้าภาพ แต่คณะทำงานก็จะมีทั้ง สสส. กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต

- 4) มาตรการที่สี่ก็จะเป็นการให้คำปรึกษาและปรับพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วย
- 5) มาตรการที่ห้าเรื่องของการจัดการความรู้และเสริมสร้างศักยภาพของผู้ดำเนินงาน คือ ผู้ให้บริการ สนย. เป็นเจ้าภาพ
- 6) มาตรการที่หกเป็นเรื่องของการนิเทศ สนย. เป็นเจ้าภาพทั้งหมดโครงการมีงบประมาณสนับสนุนเป็นการเฉพาะ แต่จะเน้นไปที่โครงการ Air War เกือบครึ่ง รวมทั้งเชิญ สสจ. ทุกแห่งร่วมประชุมชี้แจง ทั้ง 6 แผนงาน คาดว่าจะดำเนินงานผ่าน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งควรมีการบูรณาการ เชิงเป้าหมาย และแผนปฏิบัติการต่อไป

ข้อเสนอสำคัญในเชิงหลักการ กลไก และมาตรการเพื่อพัฒนาระบบการดูแลเบาหวานในระดับปฐมภูมิ ประกอบด้วย

1. การออกแบบและจัดบริการ (service delivery)

กำหนดจุดบริการและออกแบบบริการให้ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย เช่น จัดคลินิกในชุมชน เชื่อมต่อลักษณะบริการที่ครอบคลุมมิติการรักษา การส่งเสริมสุขภาพและจัดการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมภายใต้บริบทผู้ป่วยและครอบครัว ชุมชน เน้นให้เกิดการตอบสนองความต้องการกลุ่มเป้าหมายอย่างครบวงจรขณะที่พัฒนาคุณภาพบริการร่วมด้วย ทั้งนี้ให้มีความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว สมาชิกในชุมชน เช่น อสม. ผู้นำชุมชนท้องถิ่น และบุคคลต้นแบบ ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น

- จัดบริการที่ครอบคลุมและเป็นองค์รวมในทุกกลุ่มประชากร คือ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยโดยทั่วไป และกลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน ตามศักยภาพและบริบทของสถานบริการ ทั้งนี้ ต้องเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการจัดการตนเองได้ตามความเหมาะสม
- บริการการคัดกรองเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงและการเกิดโรคและเฝ้าค้นหาผู้ป่วยใหม่รวมทั้งมีกิจกรรมเพื่อเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงและวางแผนรองรับการจัดการดูแล ส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเป้าหมายที่ผ่านการคัดกรองต่อเนื่อง
- ส่งเสริมการรณรงค์ในเรื่องการลดปัจจัยเสี่ยงของเบาหวานในพื้นที่บริการ เช่น โครงการลดภาวะน้ำหนักเกิน, โครงการออกกำลังกายยามเย็น โครงการเด็กไม่อ้วนในโรงเรียน เป็นต้น ซึ่งต้องปรับให้เข้ากับบริบทของพื้นที่
- สร้างเครือข่ายระบบส่งต่อและมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับศักยภาพของสถานบริการ โดยโรงพยาบาลสนับสนุนด้านวิชาการ เช่น มีการอบรมวิชาการ แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในระดับพื้นที่ เป็นต้น เพื่อส่งเสริมคุณภาพและการดูแลที่ต่อเนื่องในระยะยาว และป้องกันปัญหาภาวะแทรกซ้อน

2. กำลังคน (Health workforce)

จำนวนบุคลากร

- ระดับนโยบาย ปรับกรอบอัตรากำลังคนในระดับบริการปฐมภูมิจากระดับส่วนกลาง ที่ขยายสาขาวิชาชีพที่เป็นทีมสหสาขาวิชามากขึ้น
- ระดับจังหวัด บริหารจัดการบุคลากรจากโรงพยาบาลที่สนับสนุนเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่และ

- เน้นการส่งเสริมศักยภาพและทักษะการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน
- ระดับหน่วยบริการ พัฒนาระบบการทำงานแบบทีมผสมผสาน และเป็นสหสาขาวิชาชีพ

การพัฒนาศักยภาพบุคลากร

- ระดับนโยบาย มีโครงการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ผู้นำชุมชน หรือผู้ป่วยที่เป็นต้นแบบ ให้มีส่วนร่วมรวมถึงสามารถช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ได้
 - o หลักรัฐบาลผู้จัดการโรคไม่ติดต่อของจังหวัด (NCD manager) สามารถดูแลให้เกิดความครอบคลุมคุณภาพของบริการ การป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ ผชชว. ผชชส. หรือ ผู้รับผิดชอบของรพท. (หัวหน้าอายุรกรรม รพท.)
 - o หลักรัฐบาลผู้นำชุมชน/ประธานชมรม/จิตอาสา เข้าใจสถานการณ์โรค ปัญหาของชุมชน (โรคและความเสี่ยง) พัฒนารูปแบบบริการตามความต้องการของกลุ่มเป้าหมายได้ ประสานเชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
 - o หลักรัฐบาลผู้นำท้องถิ่น/ผู้รับผิดชอบ รู้จักใช้ข้อมูลโรคเรื้อรัง มาวางแผนงานและจัดสรรงบประมาณได้ตรงตามปัญหา สามารถติดตามการดำเนินงานได้
- ระดับจังหวัด จัดทำแผนยุทธศาสตร์ในการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เชื่อมต่อกับนโยบายงานสุขภาพอื่นๆ ในภาพจังหวัด
- ระดับหน่วยบริการ มีระบบที่ปรึกษา หรือพัฒนาชุดการอบรมที่ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถพัฒนางานเพื่อป้องกันและดูแลผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างบูรณาการ เช่น ระบบการปรึกษาทางโทรศัพท์ การจัดให้มี conference เฉพาะประเด็นระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นประจำอย่างน้อยในระดับพื้นที่ดำเนินงาน

3. ระบบข้อมูล (Information)

- ระดับนโยบายมีบูรณาการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นโปรแกรมเดียวกันหรือสามารถต่อเชื่อมโยงกันได้ง่าย ไม่ต้องกรอกข้อมูลซ้ำ
- ระดับจังหวัด มีการวางแผนวิเคราะห์ข้อมูล และคืนข้อมูลรวมถึงการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานให้แก่สถานพยาบาล
- ระดับหน่วยบริการ ร่วมให้และใช้ข้อมูลที่ตรงกันระหว่างเครือข่ายบริการปฐมภูมิของผู้ป่วยรายเดียวกันเพื่อเป็นข้อมูลที่ใช้วางแผนการจัดการเบาหวาน บริการผู้ป่วยรายบุคคล การให้คำปรึกษาการดูแลผู้ป่วย และข้อมูลสำหรับการวางแผนแก้ไขปัญหาในระดับประชากร ได้แก่ ข้อมูล ประชากรกลุ่มเป้าหมาย การคัดกรองการดูแลรักษา การดูแลภาวะแทรกซ้อน ย่อมทำให้เกิดบูรณาการการทำงานเป็นทีม ลดความซ้ำซ้อน การดูแลรักษาที่มีคุณภาพ และประหยัดเวลาค่าใช้จ่ายของทุกฝ่ายขึ้นได้จริง

4. Leadership / Governance

- ระดับนโยบายมีประสานการทำงานระหว่างภาคส่วน (intersectoral partnering) ตั้งแต่ระดับสั่งการ (กระทรวง) เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ เพื่อขยายขอบเขตงานไปสู่การสร้างสภาพแวดล้อมที่ลดความเสี่ยง และการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น

- ระดับจังหวัด มีกลไกทางนโยบายแบบมีส่วนร่วม เช่น คณะกรรมการโรคไม่ติดต่อ (จัดการปัญหาโรคและความเสี่ยง) การจัดทำแผนยุทธศาสตร์จังหวัด แผนปฏิบัติการ ธรรมนูญพยากร การติดตามแผน เวทีเรียนรู้ในระดับจังหวัด
- ระดับหน่วยบริการ การผลักดันแนวคิด และการสื่อสารสาธารณะ ในการจัดการโรคเบาหวานและปัจจัยเสี่ยงร่วม ให้กับผู้บริหารในพื้นที่ (สาธารณสุข ท้องถิ่น ชุมชน) ผู้ปฏิบัติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ภาคประชาชน การจัดการปัญหาโรคเรื้อรังที่ต้องการ การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการจัดการ (collaborative Action) การรู้สถานการณ์ การรู้ทรัพยากร การรู้ศักยภาพของระบบบริการ (หน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาล หน่วยราชการอื่น อปท.และชุมชน)

5. Financing

- ระดับนโยบาย
 - o การบริหารจัดการเงินการคลังในการดูแลโรคเรื้อรัง โดยการจัดการบริหารการเงินกระจายไปยังสถานบริการปฐมภูมิโดยตรงเพื่อความสะดวกในการบริหารการเงิน
 - o ปรับระบบการจัดสรรงบประมาณที่คำนึงถึงลักษณะการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลมากกว่าโรคเฉียบพลัน รวมทั้งการจ่ายค่าตอบแทนในการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้ป่วยเรื้อรังด้วย มิใช่เฉพาะการรักษา
- ระดับจังหวัด มีการจัดสรรงบประมาณ ที่สะท้อนถึงภาระงาน และผลลัพธ์ของงานโรคเรื้อรังของสถานบริการปฐมภูมิ ในกิจกรรมด้านการป้องกัน เฝ้าระวัง ค้นหา รักษาและจัดการกับภาวะแทรกซ้อนเบาหวานในภาพจังหวัด
- ระดับหน่วยบริการ
 - o จัดสรรงบประมาณให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อการส่งเสริมป้องกันโรค และการดูแลรักษาได้อย่างเพียงพอ
 - o สนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน ให้มีส่วนร่วมในการระดมทรัพยากร เข้ามาจัดการปัญหาโรคเบาหวานในชุมชน ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การคัดกรองความเสี่ยงและโรค การสนับสนุนให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง และระดมความช่วยเหลือในด้านอื่นๆ เช่น ปัญหาเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วย และกลุ่มเสี่ยง

6. Intervention

- ระดับนโยบาย มีนโยบายให้ประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย สามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็น ได้อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ
- ระดับจังหวัด ศูนย์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง (เบาหวาน) ทางโทรศัพท์ที่เป็นเบอร์เฉพาะ ประจำอำเภอและจังหวัด
- ระดับหน่วยบริการ การสนับสนุนยา เวชภัณฑ์ และเครื่องมือ อุปกรณ์ ให้สถานบริการระดับปฐมภูมิ ให้มีจำนวน และคุณภาพเหมาะสมกับหน่วยบริการปฐมภูมิ และเป็นมาตรฐานเดียวกับโรงพยาบาล โดยมีการควบคุมดูแลและการสนับสนุนจากโรงพยาบาลและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่

เกี่ยวกับ สพข.

สหข. เดิมคือ สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน เป็นหน่วยงานภายใต้สำนักบริหารการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (สบพป.) กระทรวงสาธารณสุข ปัจจุบันได้โอนมาภายใต้สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล และได้เปลี่ยนชื่อเป็น สำนักงานวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน มีที่ตั้งสำนักงานอยู่ที่ สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน เลขที่ 25/25 ถนนพุทธมณฑล 4 ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170

สหข. มีพันธกิจคือเป็นหน่วยจัดการความรู้และงานวิจัย เพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและระบบสุขภาพชุมชน ในขณะที่ สบพป. ยังคงเป็นหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งอยู่ ณ อาคาร 3 ชั้น 7 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ทำหน้าที่บริหารและประสานการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

ทั้งสองหน่วยงานทำงานเชื่อมโยงและประสานซึ่งกันและกัน หากท่านประสงค์จะประสานเชิงนโยบายด้านกระทรวงสาธารณสุข สามารถติดต่อที่ สบพป. และหากต้องการประสานด้านโครงการวิจัยและพัฒนาบริการปฐมภูมิ ระบบสุขภาพชุมชน ติดต่อประสานที่ สหข.