

การจัดการ โรคเรื้อรัง ในชุมชน

เวทีเสวนา

‘ร่วมพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน’ ครั้งที่ 7

27 มีนาคม 2555

อาคารสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข

จังหวัดนนทบุรี



การจัดการ โรคเรื้อรังในชุมชน

เวทีเสวนา “ร่วมพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน” ครั้งที่ 7

บรรณาธิการ แพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวณิชชากร

บรรณาธิการ พนิดา วสุธาพิทักษ์

คณะทำงาน สมพร ใช้บางยาง ดวงพร เสงบุญพันธ์
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
ทัศนีย์ ญาณะ ผการัตน์ ฤทธิ์ศรีบุญฤ พฤกษา บุกบุญ
สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพข.)
เริงวิชญ์ นิลโคตร ณัฐพัชร ทองคำ ณิชฎกา สงวนวงษ์
สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

ปกและรูปเล่ม วัฒนสินธุ์ สุวรรตนาพันธ์

พิมพ์ที่ บ. ที คิว พี จำกัด

จัดพิมพ์โดย สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพข.)
สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล
ต.ศาลายา อ.พุทธมณฑล จ.นครปฐม 13170
โทรศัพท์ 02-44 19040-3 ต่อ 15-18
โทรสาร 02-44 10163
Website: www.aihd.mahidol.ac.th,
www.thaiichr.org

สนับสนุนโดย แผนงานพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน
ภายใต้ความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยกับองค์การอนามัยโลก



การจัดการ โรคเรื้อรังในชุมชน



ศ.เกียรติคุณ นพ.ประเวศ วะสี

กรรมการสภามหาวิทยาลัยผู้ทรงคุณวุฒิ
มหาวิทยาลัยมหิดล

พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร

ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

นายนพดล ทรายมูล

รองประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพ
องค์การบริหารส่วนตำบลมะขูนหวาน อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

น.ส.จันทิมาพร ทองนาค

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลมะขูนหวาน
องค์การบริหารส่วนตำบลมะขูนหวาน อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

พญ.สกวเดือน นำแสงกุล

โรงพยาบาลนครบุรี อำเภอนครบุรี จังหวัดนครราชสีมา

นพ.วิรัช ศิริกุลเสถียร

โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก



เปิดประเด็น

พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร

ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน
มหาวิทยาลัยมหิดล

ก่อนอื่นขอกล่าวถึงภาพรวมสถานการณ์ระบบการดูแลโรคเรื้อรังในชุมชนของประเทศไทย ในส่วนของข้อมูลพื้นฐานด้านสถานการณ์และขนาดปัญหาของโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะเบาหวานและความดันโลหิตสูง รวมทั้งสถานการณ์ระบบการดูแล ก่อนจะไปถึงบทเรียนการจัดการโรคเรื้อรังในชุมชน ซึ่งเป็นเนื้อหาหลักในการประชุมวันนี้

สถานการณ์ของโรคเรื้อรังหรือโรคไม่ติดต่อ ปัจจุบัน พบว่าสาเหตุการตายส่วนใหญ่ของคนไทย เกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งความจริงก็คือ โรคเรื้อรัง มากถึงร้อยละ 60 เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคมะเร็ง ปีละกว่า 97,900 คน ขณะที่คนไทยกินยาสูงถึงปีละ 47,000 ล้านเม็ด หรือเฉลี่ยวันละ 128 ล้านเม็ด อย่างไรก็ตาม สาเหตุหลักของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่วนใหญ่ร้อยละ 90 เกิดจากพฤติกรรม อาทิ ขาดการออกกำลังกาย น้ำหนักตัวเกิน สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า กินอาหารไม่เหมาะสม เช่น อาหารหวาน มัน เค็ม กินผักน้อยลง (ผลการวิจัยจากกรมอนามัย ปี 2554 พบว่า คนไทย

กินผักน้อยมาก เฉลี่ยคนละ 1.8 กรัม หรือไม่ถึงวันละ 2 ช้อน ดังนั้นสาเหตุหลักของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง คือ พันธุกรรม และพฤติกรรม¹ ซึ่งวันนี้เราน่าจะได้เห็นมาตรการว่าจะดำเนินการกับเรื่องนี้อย่างไร

อีกประเด็นสำคัญที่อยากจะนำเสนอเป็นข้อมูลประกอบคือ ภายใต้อาการณัปัญหาที่เกิดขึ้น ณ ขณะนี้ เราพบว่า สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทยมีอัตราความชุก อยู่ที่ประมาณร้อยละ 7 หมายถึง ใน 100 คน ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป จะมีอย่างน้อย 7 คนที่เป็นโรคเบาหวาน แสดงข้อมูลดังตาราง (หน้า 7)

จากข้อมูลสถานการณ์ที่แสดงในตารางดังกล่าว เราพบว่า กลุ่มคนที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน สามารถเข้าถึงการบริการของสถานพยาบาล เพียงแค่ประมาณร้อยละ 50-60 ส่วนอีกร้อยละ 30-40 เป็นกลุ่มที่คนอยู่ในชุมชน ซึ่งบางคนยังไม่ได้รับการวินิจฉัย หรืออยู่ในระยะก่อนเป็นโรคเบาหวาน หรือบางคนที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วแต่ยังไม่ได้รับการรักษาก็มีอยู่อีกจำนวนหนึ่งเช่นกัน

¹ ที่มา: จากการกล่าวรายงานสถานการณ์ของ นายวิทยา บุรณศิริ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในการประชุมวิชาการ มหกรรมเผยแพร่ความรู้ “สังคมไทย ไร้โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ด้วยพระบารมีปกเกล้า” ในโครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวง ของกระทรวงสาธารณสุข วันที่ 25 มี.ค. 2555

ตาราง สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย

สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย											
คนไทยเป็นเบาหวานประมาณ 3.2 ล้านคน ของประชากรทั้งหมดในประเทศ		ความชุกตามความครอบคลุมการวินิจฉัย รักษา ควบคุม									
กลุ่มอายุ	อัตราความชุก (ร้อยละ)		ประเภท	ร้อยละ							
	ชาย	หญิง		พ.ศ. 2534	พ.ศ. 2539	พ.ศ. 2547	พ.ศ. 2551				
15-29	0.8	0.5	กลุ่มผู้ป่วยที่รักษา และควบคุมได้	17.6	-	12.2	28.5				
30-44	3.7	3.2		กลุ่มผู้ป่วยที่รักษา และควบคุมไม่ได้	37.4	48.7	31.0	37.0			
45-59	8.5	11.6			กลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัย ว่าเป็นเบาหวาน แต่ไม่ได้รับการรักษา	42.6	-	1.8	3.3		
60-69	13.6	19.2	กลุ่มก่อนเป็นเบาหวาน (เริ่มมีน้ำตาลในเลือดผิดปกติ แต่ไม่ได้รับการวินิจฉัย) และกลุ่มที่ยังไม่ได้รับการ คัดกรอง ซึ่งไม่ได้รับการวินิจฉัย			364	-	29.4	31.2		
70-79	14.3	17.1				รวมทุกกลุ่มอายุ และเพศ	6.9				
80+	12.9	10.5		พ.ศ.2552			6.8				
รวม	6.0	7.7					พ.ศ.2547	4.6			
พ.ศ.2539	2.3				พ.ศ.2534						
พ.ศ.2534											

ที่มา: รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2534-2535, พ.ศ. 2539-2540, พ.ศ. 2546-2547, พ.ศ. 2551-2552

ถ้าดูแนวโน้มจากปี 2534-2552 จะพบว่า ตัวเลขของกลุ่มคนที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยมีแนวโน้มลดลง กระนั้น ความจริงแล้วเราต้องยอมรับว่า คนที่ได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาที่สถานพยาบาลนั้นก็ยังเป็นคนจำนวนหนึ่งเท่านั้นเอง เปรียบเหมือนยอดภูเขาไฟที่โผล่ขึ้นมาที่สถานพยาบาล

ทางด้านสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยก็มีลักษณะใกล้เคียงกัน ดังแสดงในตาราง (หน้า 8)

ตาราง สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย			ความชุกตามความครอบคลุมการวินิจฉัยรักษา ควบคุม				
ความชุกแยกตามกลุ่มอายุ และเพศ			ประเภท	ร้อยละ			
กลุ่มอายุ	อัตราความชุก (ร้อยละ)			พ.ศ. 2534	พ.ศ. 2539	พ.ศ. 2547	พ.ศ. 2551
	ชาย	หญิง	กลุ่มที่รักษาและควบคุมได้ตามเกณฑ์* * ตามเกณฑ์ คือได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตสูง และตรวจพบความดัน Systolic < 140 mm.Hg. และความดัน Diastolic < 90 mm.Hg	61.5	50.8	8.6* ทั้งประเทศ	20.9
15-29	4.6	0.9					
30-44	15.4	10.1					
45-59	28.3	30.6					
60-69	42.8	44.9					
70-79	51.1	52.3					
80+	53.9	57.4					
รวมทุกกลุ่มอายุ และเพศ							
(พ.ศ.2552)	21.4		กลุ่มรักษาและควบคุมไม่ได้ตามเกณฑ์	71.3	-	15.0	20.7
(พ.ศ.2547)	22.1		กลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รับการรักษา	10.2	26.6	4.9	8.7
(พ.ศ.2539)	11.0		กลุ่มที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง	1,606 (ราย)	-	71.4	50.3
(พ.ศ.2534)	5.4						

ที่มา: รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2534-2535, พ.ศ. 2539-2540, พ.ศ. 2546-2547, พ.ศ. 2551-2552

จากข้อมูลในตาราง พบว่า อัตราความชุกของคนที่เป็โรคความดันโลหิตสูง อยู่ที่ประมาณร้อยละ 21 หมายถึง ใน 100 คน จะมีอย่างน้อย 21 คน ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ถือว่าตัวเลขค่อนข้างสูงมาก ซึ่งทั้งเพศชายและหญิงมีอัตราความชุกใกล้เคียงกัน โดยคนกลุ่มที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีประมาณร้อยละ 50 ส่วนคนกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยแล้ว ส่วนที่สามารถรักษาและควบคุมได้ดีมีเพียงร้อยละ 28 ขณะที่อีกร้อยละ 20 ยังไม่สามารถรักษาและควบคุมได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ นั้น

แสดงว่า แม้ผู้ป่วยจะได้รับวินิจฉัยแล้วก็ตาม แต่การดูแลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ก็ยังถือเป็นปัญหาสำคัญ

หากมาพิจารณาถึงสถานการณ์ระบบการดูแลหรือระบบบริการว่า ณ ขณะนี้มีการตอบสนองในเรื่องนี้มากน้อยแค่ไหน อย่างไรก็ตามมีรายละเอียดดังนี้

1) บริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care) มีเป้าหมาย

เน้นการสร้างภูมิคุ้มกัน ป้องกัน ไม่ให้เกิดโรค ลดพฤติกรรมเสี่ยง ในกลุ่มที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไป กิจกรรมเน้นให้ความรู้ ความเข้าใจ สร้างความตระหนัก และการปฏิบัติที่ละวันปัจจัยเสี่ยง เช่น สูบบุหรี่ ออกกำลังกาย ความเครียด อาหาร

สถานการณ์ปัจจุบัน ภายใต้การดำเนินงานของหน่วยงานใหญ่คือ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีการดำเนินการเรื่องนี้อยู่ค่อนข้างมาก โดยมุ่งเน้นการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงมากถึงร้อยละ 80-90 เรียกว่า เกือบครอบคลุม แต่คัดกรองแล้วไม่มีการจัดการต่อในการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง การดำเนินการด้านการส่งเสริม ป้องกันของกระทรวงในปัจจุบัน ทำเป็นกิจกรรมๆ เป็นโครงการ มากกว่าการเน้นกลุ่มประชากรที่ชัดเจน ทำการจัดกระจาย หลายหน่วยงานมีหลากหลายโครงการเต็มไปหมด ประเด็นก็คือ ไม่ครอบคลุม และการช่วยสนับสนุนปรับพฤติกรรมไม่มีความต่อเนื่อง หรือเข้มข้นมากเพียงพอ ทำให้การเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันไม่บรรลุผล การป้องกันจึงมีปัญหาอยู่มาก

2) บริการระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) ซึ่ง

เป็นการบริการในระดับโรงพยาบาล เป้าหมายคือ เน้นการรักษา ดูแล ต่อเนื่อง ปรับพฤติกรรมให้เหมาะสม เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วย ส่งเสริมการสร้างความสามารถในการดูแลรักษาตนเอง (Self-management Support)

สถานการณ์ปัจจุบัน พบว่า โรงพยาบาลมีความแออัด ผู้ป่วยเยอะ แม้จะเริ่มกระจายผู้ป่วยไปที่หน่วยสถานพยาบาลใกล้บ้าน แล้วก็ตาม แต่ก็ยังมีปัญหาความต่อเนื่องบ้าง และยังคงเน้นการจ่ายยา ในโรงพยาบาล มากกว่าการดูแลผู้ป่วย ให้ความรู้เป็นชุดๆ ที่เหมือนกันทุกครั้งและทุกคน แต่กระบวนการให้ความรู้ความเข้าใจไม่ได้ปรับตามลักษณะบุคคล รวมทั้งการสนับสนุนให้ประชาชนดูแลตนเอง ยังมีน้อย ถือว่าเป็นจุดอ่อนของระบบบริการปัจจุบัน

3) บริการระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) มีเป้าหมาย

เน้นในการรักษาโรคร้าย ดูแลผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อน ประคับประคอง เพื่อลดอันตราย และความพิการ

สถานการณ์ปัจจุบัน พบว่า มีการตรวจสารพัดอย่าง ทั้ง ตรวจไต ตา ความพิการต่างๆ เน้นการจ่ายยามาก การตรวจเลือด และการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนยังไม่ครอบคลุมมากพอ และการดูแลผู้ป่วยอย่างครบวงจรยังเป็นปัญหาอยู่ รวมถึงยังขาดเรื่องการสร้างความสามารถในการดูแลรักษาตนเองให้แก่ผู้ป่วย เป็นจุดอ่อนที่สำคัญของระบบบริการในปัจจุบันเช่นกัน

สำหรับบทเรียนการจัดการโรคเรื้อรังในชุมชนที่มานำเสนอ ในวันนี้มี 3 กรณีตัวอย่าง คือ

1) บทเรียนชุมชนและท้องถิ่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดความเสี่ยงต่อสุขภาพ: กรณี อบต.มะขุนหวาน อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ โดย นายนพดล ทรายมูล รองประธานกองทุนหลัก ประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลมะขุนหวาน และ น.ส.จันทิมาพร ทองนาค ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลมะขุนหวาน อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

2) บทเรียนการจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management) ให้แก่ผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ: กรณีโรงพยาบาล นครบุรี และ รพ.สต.เครือข่าย จะทำอย่างไรให้โรงพยาบาลและ ประชาชนสามารถช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และสามารถดูแลผู้ป่วยให้มี คุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งเป็นกรณีตัวอย่างของ พญ.สกาเวเดือน นำแสงกุล โรงพยาบาลนครบุรี จังหวัดนครราชสีมา

และ 3) ความเชื่อมโยงของสถานพยาบาลในระบบจัดการ เพื่อดูแลและป้องกันโรคเรื้อรังในชุมชน: กรณีโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงในทุกกระดับ ตั้งแต่โรงพยาบาลใหญ่ ลงมาถึงระดับชุมชน โดย นพ.วิรัช ศิริกุลเสถียร โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก จะมาร่วมนำเสนอและแลกเปลี่ยนกันในวันนี้



ตำบลมะขุนหวาน นำเครื่องมือ
แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์มาใช้
ทำงานเรื่องโรคเรื้อรัง
อีกทั้ง อบต.ยังได้แยกแผน
ยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพออก
จากแผนยุทธศาสตร์หลัก
ของท้องถิ่น ทำให้เรามองเห็น
ปัญหาสาธารณสุขได้ชัดเจนกว่า

1) บทเรียน ชุมชนและท้องถิ่น ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความเสี่ยงต่อสุขภาพ

นายพตล ทรายมูล

รองประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพ

องค์การบริหารส่วนตำบลมะขุนหวาน อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

ตำบลมะขุนหวาน เป็นตำบลที่ไม่ใหญ่โตนัก มีพื้นที่ 10 กว่า ตารางกิโลเมตร จุดเปลี่ยนของการหันมาทำงานเรื่องโรคเรื้อรัง เป็นผลสืบเนื่องจากการทำข้อตกลงร่วมระหว่างองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในการทำงานเรื่องกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ตั้งแต่ปี 2549 เป็นต้นมา โดยบทบาทของ อบต.มะขุนหวาน ในการทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ เราใช้กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล ซึ่งมีงบประมาณของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ ร่วมกับ อบต. เข้ามาเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อน

ทุนทางสังคมที่เรามีอยู่เดิมในพื้นที่นั้นมีมากมาย เช่น ชมรมปั่นจักรยาน ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ชมรมไทจี้ ซี่จิ้ง ชมรมออกกำลังกาย ชมรมผู้พิการ ชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์ศึกษาพระพุทธศาสนาวันอาทิตย์ กลุ่มผู้เลี้ยงโคนมฯ ซึ่งเชื่อว่า ชุมชนทุกแห่งในประเทศไทยก็คงมีทุนในลักษณะนี้ แต่ขึ้นอยู่กับว่า จะขับเคลื่อนกิจกรรมของชมรมหรือองค์กรเหล่านี้อย่างไร

ทางด้านข้อมูลอัตราสาเหตุการตายที่สำคัญของตำบลมะขุนหวาน ระหว่างปี 2552-2554 ที่ทางกองทุนหลักประกันสุขภาพได้รวบรวมไว้ ตัวเลขในส่วนของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงก็คงรวมอยู่ในข้อมูลสถานการณ์ที่คุณหมอสุพัตรา ได้นำเสนอไปในตอนต้น

จุดเริ่มต้นของตำบลมะขุนหวานในการทำงานเรื่องโรคเรื้อรังเรานำเครื่องมือตัวหนึ่งที่ชื่อว่า แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (SRM: Strategic Route Map) มาใช้ในการทำงานเรื่องโรคเรื้อรัง อีกทั้ง อบต.มะขุนหวานยังได้แยกแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพออกจากแผนยุทธศาสตร์หลักของท้องถิ่นที่จะต้องดำเนินการ ทำให้เรามองเห็นปัญหาสาธารณสุขได้ชัดเจนกว่า

โดยในการสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ปฏิบัติการ (SLM: Strategic Linkage Model Construction) เนื่องจากโรคเรื้อรังเป็นปัญหาในระดับประเทศ จุดหมายปลายทางของเราจึงมีความมุ่งหวังต้องการให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งเรื่องนี้ถือเป็นรากเหง้าของปัญหาทางด้านสาธารณสุข ถ้าปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จ จะสามารถแก้ไขปัญหาได้ ไม่เฉพาะแต่โรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง แต่รวมถึงโรคอื่นๆ ที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขด้วย

โรดแมป (Road Map) ของตำบลมะขุนหวาน จึงเริ่มต้นจากบุคลากร แกนนำที่มีสมรรถนะที่เหมาะสม โดยร่วมสร้างความเข้าใจระหว่างบุคลากร องค์กรในชุมชน ในการจัดการเรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีการวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุของการเกิดโรค การทำแผนตั้งแต่ระดับชุมชน ผลการดำเนินงานที่ออกมาคือ ทั้ง

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ภาคประชาชน ผู้นำชุมชนทุกหมู่บ้าน อสม. นักจัดการสุขภาพ มีความรู้ความสามารถในการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ได้เป็นอย่างดี

ต่อมาคือ ระบบบริหารจัดการองค์กรและภาคีเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ เราประกาศว่า จะควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังในตำบล โดยเป็นการประกาศต่อหน้าสาธารณชน มีการทำพิธีเปิด เชิญนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เชียงใหม่มาให้เกียรติร่วมกันประกาศเจตนารมณ์ รวมทั้งนายอำเภอ กำหนด ผู้ใหญ่บ้าน องค์กรภาคีเครือข่าย ก็มาเข้าร่วมด้วย

นอกจากนี้ หน่วยงานภาครัฐทุกระดับยังสนับสนุนและประสานงานอย่างเข้มแข็ง โดยเราได้รับเกียรติจาก นพ.อมร นนทสุต มาให้องค์ความรู้ในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ตลอดจนหน่วยงานภาครัฐทุกระดับ ทั้งกรมควบคุมโรค กรมอนามัย ต่างเข้ามาเป็นภาคีให้ความช่วยเหลือด้านวิชาการ ตลอดจนได้รับการสนับสนุนจากศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ภาคเหนือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สันป่าตอง โรงพยาบาลสันป่าตอง โรงเรียน ตำรวจ

โดยเฉพาะ อบต. ซึ่งเป็นเจ้าของงบประมาณและมีบทบาทสำคัญกับชุมชน ก็ร่วมตัดสินใจขับเคลื่อนและสนับสนุนทรัพยากรอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง ในแต่ละปี อบต.มะขุนหวานจะสนับสนุนงบประมาณโครงการให้กับกองทุนหลักประกันสุขภาพร้อยละ 70 อีกทั้งยังสนับสนุนในเรื่องของวัสดุ-อุปกรณ์ สถานที่ในการจัดทำเวที

ประชาคม บุคลากร ตลอดจนสนับสนุนการสร้างมาตรการทางสังคม ต่างๆ

เป้าหมายในการที่จะทำให้ประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม จะต้องดำเนินการควบคู่กับการที่ชุมชนมีมาตรการทางสังคม และมีระบบเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพ

มาตรการทางสังคม คือ การทำข้อตกลงร่วมกัน และมีการ ประกาศเจตนารมณ์ จนเกิดเป็นมาตรการสังคมทุกหมู่บ้าน เช่น ทุก หลังคาเรือนมีป้ายเตือนลดเครื่องปรุง ลดหวาน มัน เค็ม โดยนำ แนวคิดจากการจัดเทศกาลกินเจมาใช้ เพราะเมื่อเห็นธงสีเหลืองเราจะ รู้ทันทีว่าเป็นร้านขายอาหารเจ ทางตำบลมะขุนหวานจึงลองทำ สัญลักษณ์เป็นธงสีเขียวดูบ้าง และให้ติดไว้ในห้องทำอาหารของทุก คริวเรือน

รวมทั้งยังจัดกิจกรรมออกกำลังกายทุกสัปดาห์ จัดทำอาหาร เพื่อสุขภาพในงานพิธีของหมู่บ้านหรืองานอวมงคล ให้ลดเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ เราไม่ใช่คำว่า ปลอด แต่ให้ ลด ละ เพื่อมุ่งไปสู่คำว่า เล็ก เนื่องจากแอลกอฮอล์อยู่กับสังคมไทยมาช้านาน ถ้าไปห้ามก็จะ ยิ่งทำให้เกิดการต่อต้าน และมีมาตรการลดการดื่มน้ำอัดลม เนื่องจาก เราทำเรื่องคนไทยไร้พุง จึงรณรงค์ไม่ให้มีการจัดเลี้ยงน้ำอัดลมในงาน สาธารณะ โดยหันมาใช้น้ำสมุนไพรแทน เช่น น้ำใบเตย มะตูม กระเจี๊ยบ ซึ่งเป็นมิตรกับสุขภาพ

เรามีมาตรการปลูกผักพื้นบ้านและสมุนไพรเพื่อบริโภค โดยใช้แนวคิดสุขภาพดีคู่ความพอเพียง แทนที่จะไปซื้อผักปลอดสารพิษ จากห้างซึ่งมีราคาสูง เราก็ส่งเสริมให้ประชาชนปลูกกินเอง ตลอดจน

ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ทุกหมู่บ้าน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยนัก ประชาสัมพันธ์สุขภาพชุมชน หรือดี เจ สุขภาพ

นอกจากนี้ภาคีที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงเรียนประถมศึกษาซึ่งมีอยู่ 2 แห่งในพื้นที่ ก็ร่วมจัดทำมาตรการทางสังคมโดยไม่ให้จำหน่ายขนม คุกกี้กรอบในโรงเรียน รวมทั้งยังสร้างบุคคลต้นแบบในการดูแลสุขภาพอีกด้วย

อีกด้านหนึ่งคือ การมีระบบเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพ เรา ตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข และ อสม. ซึ่งระยะแรกนั้น จะทำการตรวจคัดกรองปีละ 4 ครั้ง ทุก 3 เดือน ซึ่งตัวเลขช่วงเริ่มต้นจะสูงมาก พอรู้ว่ามีส่วน ผู้ป่วย เราก็สร้างระบบเฝ้าระวังขึ้น มีการเยี่ยม ติดตามให้ความรู้กับประชาชน และส่งเสริมให้มีจุดสาธิตการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย สถานีอนามัย บ้านมะขุนหวาน ในปัจจุบัน ผู้รับบริการมีจำนวนเฉลี่ย 10 คนต่อวัน กลุ่มผู้มารับบริการคือ ผู้ป่วยและผู้มารับบริการทั่วไป และตอนนี้ยังได้ ขยายเครือข่ายไปในชุมชน 4 แห่ง

ผลที่เกิดขึ้นจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในระดับ ชุมชน ได้แก่ ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ ลด หวาน มัน เค็ม โดยในงานบุญ งานศพ จะมีป้ายเตือนการปรุงอาหาร เพื่อสุขภาพไว้บริเวณในงาน ซึ่งจากการดำเนินงานที่ผ่านมาในปี 2553-2554 พบว่า งานที่จัดขึ้นในชุมชนทั้งหมด 42 งาน มีงานบุญ งานศพ ที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 40 งาน คิดเป็นร้อยละ 95.24

รวมทั้งมีชมรมออกกำลังกายเกิดขึ้นทุกหมู่บ้าน มีการจัดตั้ง

ชมรมผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยใช้รูปแบบของเพื่อนสอนเพื่อน ผู้ป่วยมีการรวมตัวเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ขยายต่อเนื่องจนเกิดเป็น ‘มิตรภาพบำบัด’ ให้ครอบครัวผู้ป่วยดูแลกันและกัน และมุ่งไปสู่การทำโรงเรียนนวัตกรรมสุขภาพชุมชน

นอกจากนี้ เรายังเรียนรู้เรื่องการจัดการสุขภาพ โดยสร้างทีมนักจัดการสุขภาพตำบลมะขุนหวานในทุกหมู่บ้าน เพื่อให้ชาวบ้านวิเคราะห์ชุมชนของเขาเองว่า อะไรคือปัญหาสาธารณสุข และออกมานำเสนอ เกิดการเรียนรู้เรื่องการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน การเรียนรู้ด้านอาชีพ ทั้งเรียนแก้และเรียนรู้ อย่างการส่งเสริมอาชีพเกษตรกรผู้เลี้ยงโคนม เรียนรู้การผลิตปุ๋ยอินทรีย์คุณภาพสูง เพื่อไปแก้ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและปัญหาจากการใช้สารเคมี เพราะจากการวิเคราะห์สุขภาพของประชาชน เราพบว่า ประชาชนมีการใช้สารเคมีเป็นจำนวนมาก ทำให้บริโภคอาหารที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งการจัดกิจกรรมเรื่องอาหารปลอดภัยขึ้น จะช่วยแก้ปัญหาดังกล่าวได้ รวมทั้งยังช่วยแก้ปัญหาเศรษฐกิจเพราะถือเป็นการลดต้นทุน

เรายังมีการเรียนรู้การคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สารเคมีตกค้าง เมื่อมีข้อมูล กิจกรรมต่าง ๆ ก็เกิดขึ้นมาเพื่อแก้ไขปัญหา และเรายังได้เพิ่มศักยภาพให้ อสม. ด้านคอมพิวเตอร์ เนื่องจากทางตำบลทำระบบข้อมูลผ่านไอที (IT: Information Technology) ถ้าไม่มีการให้ความรู้กับ อสม. ก็จะทำให้เกิดปัญหาในการใช้ข้อมูลได้ นอกจากนี้ยังมีการประชุม อสม. สัญจรไปที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานประจำหมู่บ้านอีกด้วย

ผลจากการทำงานร่วมกัน โดยใช้พื้นที่เป็นฐานบูรณาการ

ทุกภาคส่วน ทั้ง อบต. ท้องถิ่น และภาคประชาชน มาร่วมกันทำงานร่วมกันคิด เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ สรุปได้ว่า ตำบลมะขุนหวานมีปัจจัยแห่งความสำเร็จในการสร้างเสริมสุขภาพ ดังนี้ 1) ใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เป็นเครื่องมือ 2) สร้างความเข้มแข็งทีมตำบล 3) เป็นพื้นที่ต้นแบบ 4) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน 5) การพัฒนาอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง 6) เกิดนวัตกรรมในชุมชน และ 7) บรรยากาศ วัฒนธรรม การทำงานเอื้ออำนวย สร้างแรงจูงใจด้วยการสรรเสริญ การให้การยอมรับกันและกันของอาสาสมัคร ไม่ได้ใช้ตัวเงินเป็นตัวตั้งเพราะงบประมาณมีจำกัด



สิ่งสำคัญคือ การกำหนดนโยบาย
ของผู้บริหาร จนออกมา
เป็นแผนงานของ อบต.
ซึ่งจะต้องเชื่อมกับ
แผนกองทุนหลักประกันสุขภาพ
หลังจากได้แผนของกองทุนฯ แล้ว
ปลัด อบต. จะทำหน้าที่
เป็นจุดกลาง ดำเนินการนำแผน
ทั้งสองมาเชื่อมร้อยกัน

1) บทเรียน ชุมชนและท้องถิ่น ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความเสี่ยงต่อสุขภาพ

น.ส.จันทิมาพร ทองนาค
ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลมะขุนหวาน
อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

อบต.มะขุนหวาน ได้รับการจัดตั้งเป็นองค์การบริหารส่วนตำบล เมื่อประมาณปี 2542 ก่อนหน้านี้ ผู้บริหารท้องถิ่นคือ อดีต นายก อบต. (นายนพดล ทรายมูล) มีวิสัยทัศน์ในการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ จึงได้แยกแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพออกจากแผนยุทธศาสตร์หลักของท้องถิ่นเพื่อเป็นพื้นฐานอยู่ก่อนแล้ว เมื่อมีกองทุนหลักประกันสุขภาพเกิดขึ้น ในปี 2549 ซึ่งถือเป็นจุดเปลี่ยนของการพัฒนาประเทศไทย จึงส่งผลให้การทำงานด้านสุขภาพมีความเป็นเอกภาพเพิ่มมากขึ้น

โครงสร้างของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลมะขุนหวาน ประกอบด้วย นายก อบต. เป็นประธานกรรมการบริหารกองทุนฯ โดยตำแหน่ง และมีปลัด อบต. ทำหน้าที่เลขานุการคณะกรรมการกองทุนฯ รวมทั้งมีคณะกรรมการที่มีองค์ประกอบมาจากภาคประชาชน

จุดเปลี่ยนสำคัญดังกล่าว ทำให้เกิดการจับมือร่วมกันอย่างแท้จริงระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับกระทรวงมหาดไทย จากที่เคย

มีปัญหาขัดแย้งกันในเรื่องผลงานและการทำงานในระดับพื้นที่ ทั้ง อบต. และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ก็สามารถเข้ามาร่วมงานเป็นทีมเดียวกันได้

นอกจากนี้ ในส่วนของ อบต.มะขุนหวาน ทุกท่านคงทราบดีว่า ผู้บริหารท้องถิ่นมาจากการเลือกตั้ง แม้สมาชิกบางส่วนอาจจะเป็น อสม. แต่ข้าราชการท้องถิ่นส่วนใหญ่ในตอนนั้น จะหาคนที่เรียนจบมาทางด้านสาธารณสุขหรือมีความรู้ในเรื่องของสุขภาพ แทบจะไม่มีเลย จึงเป็นเรื่องยากมากที่จะให้มาทำงานด้านสุขภาพ แต่เมื่อ อบต.ได้รับ อำนวย เงิน และโอกาสในการทำงานผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพ ท้องถิ่นก็เกิดการบูรณาการงานกัน ทำให้ ณ วันนี้ อบต.มะขุนหวาน สามารถใช้กองทุนหลักประกันสุขภาพ เป็นเครื่องมือที่ทำให้ท้องถิ่นทำงานด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประชาชนได้รับ ประโยชน์อย่างแท้จริง

ถามว่า ท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการทำงานเรื่องโรคเรื้อรัง ได้อย่างไร

อันที่จริง คำว่า โรคเรื้อรัง โรคไม่เรื้อรัง โรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ เป็นเรื่องที่ส่วนตัวยากจะทำความเข้าใจอยู่แล้ว เพราะไม่ได้เรียนมาทางด้านนี้โดยตรง แต่เหตุผลที่ อบต.ตัดสินใจทำเรื่องนี้เพราะข้อมูล สถานการณ์สุขภาพในตำบลมะขุนหวาน ปรากฏออกมาชัดเจนว่า ชาวบ้านของเราป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง เบาหวาน ความดัน โลหิตสูง หัวใจ และโรคอ้วน เป็นจำนวนมาก ซึ่งที่มาของโรคเหล่านี้ ล้วนเกิดจากพฤติกรรมการบริโภคเป็นหลัก

เมื่อเรารับรู้ข้อมูลตรงนี้จึงได้เตรียมทีมงาน ซึ่งเป็นจังหวะเวลาเดียวกันกับที่ทางกระทรวงสาธารณสุข มีการนำเครื่องมือหนึ่ง ซึ่งเรียกว่า แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ มาใช้ ทำให้ อบต.มะขุนหวาน ได้โอกาสนำเครื่องมือดังกล่าวมาทดลองทำในพื้นที่ โดยเราเลือกทำใน ประเด็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และมีเป้าหมายสูงสุดคือ ทำให้ประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ในการดำเนินการตามแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เราใช้ เส้นทางเร่งด่วนเร่งรัด คือ ทำเรื่องมาตรการทางสังคม และระบบ เฝ้าระวัง เป็น 2 เรื่องหลัก ส่วนเรื่องอื่นๆ เช่น ระบบข้อมูล ค่อยไป เก็บรายละเอียดในภายหลัง โดยใช้ข้อมูลเดิมที่เรามีอยู่ไปก่อน

ความจริง ก่อนหน้านี้ อบต.และทีมงานเคยทำเรื่องของการ สร้างนักจัดการสุขภาพชุมชน ซึ่งไม่ได้มีเฉพาะ อสม. อย่างเดียว แต่ ยังมีผู้สูงอายุ แม่บ้าน เยาวชน แกนนำ สมาชิก อบต. ฯลฯ แม้กลุ่มคน เหล่านี้จะไม่ใช่คนของกระทรวงสาธารณสุขหรือคนที่มีองค์ความรู้ด้าน สุขภาพ แต่เราเปิดโอกาสให้เขาเข้ามาเป็นที่ทีมงาน และมีการสร้างและ พัฒนาทีมงาน ทำแผนสุขภาพ จัดทำเวทีต่างๆ

อีกเรื่องหนึ่งที่เราทำคือ การคืนข้อมูลให้แก่คนในหมู่บ้าน ให้เขาได้รู้ว่า วันนี้มีคนเสียชีวิตกี่คน เกิดใหม่กี่คน เสียชีวิตด้วยโรค ะไรบ้าง แล้วก็โยนคำถามให้ขบคิดว่า ถ้าสถานการณ์เป็นแบบนี้ ทุกคน จะช่วยกันดูแลสุขภาพด้วยวิธีไหนได้บ้าง จึงเกิดเป็นมาตรการทาง สังคมต่างๆ ขึ้นมา หลังจากนั้นก็มาคิดกันว่า จะทำอย่างไรให้มาตรการ เหล่านี้ออกสู่สาธารณะ ให้ทุกคนได้รับรู้รับทราบ แม้จะไม่ได้อยู่ใน เวทีร่วมกัน จึงได้ทำเป็นป้ายไวนิล (Vinyl) ติดประกาศตามที่ต่างๆ

ขณะที่ในส่วนของเวทีใหญ่ก็มีการประกาศเจตนารมณ์ ร่วมกันขับเคลื่อน ทั้งตำบล โดยเปิดตัวให้แรงเหมือนการโปรโมต (Promote) สินค้า เพื่อให้ได้รับความสนใจในระดับภาพกว้างของตำบล ส่วนการจัดงาน ก็ได้เชิญองค์กรภาคีต่างๆ ทุกระดับ มาร่วมกัน ทำให้ชาวบ้านเริ่มมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น

หลังจากดำเนินมาตรการทางสังคมไปสักระยะหนึ่ง เราจึงค่อยมาเก็บรายละเอียดเชิงสถิติ เช่น ในหมู่บ้านมีผู้ป่วยกี่คน สามารถดูแลตัวเองได้กี่คน ดูแลตัวเองด้วยวิธีไหน อย่างไร เป็นต้น เพื่อเป็นการสร้างระบบข้อมูลให้กับชุมชน

อย่างไรก็ตาม บทบาทของ อบต.ไม่ได้เป็นหน่วยงานที่ลงไป กำหนดว่า ชุมชนจะต้องทำอย่างนั้น-อย่างนี้ ทุกอย่างมาจากเวทีที่ชาวบ้านร่วมคิดกัน แต่จะต้องใช้ฐานข้อมูลทางวิชาการของ รพ.สต.เข้ามาช่วยสนับสนุนด้วย

ทางด้านระบบเฝ้าระวัง ที่ผ่านมา เรามีการออกตรวจสุขภาพ ซึ่งเมื่อก่อน อบต.จะออกตรวจร่วมกับทาง รพ.สต. และ อสม. 4 ครั้งต่อเดือน จน รพ.สต.บอกว่า ทาง อสม.เหนื่อย เพราะทำงานเยอะเกินไป จึงลดลงมาเหลือแค่ 2 ครั้งต่อเดือน และอีกเรื่องหนึ่งคือ การดึงข้อมูลมาอยู่ที่ อบต. กับ รพ.สต. เพื่อใช้ฐานข้อมูลร่วมกัน โดยมีจุดเชื่อมคือ กองทุนหลักประกันสุขภาพ ให้ข้อมูลทั้งหมดไปอยู่ที่กองทุนฯ ดังกล่าว แต่ตอนนี้อาจจะยังทำได้ไม่สมบูรณ์ร้อยเปอร์เซ็นต์นัก แต่พยายามจะทำขึ้นมาให้ได้

สิ่งที่ทาง อบต.มะขุนหวาน ทำมาทั้งหมด จุดสำคัญคือ การกำหนดนโยบายของผู้บริหาร จนออกมาเป็นแผนงานของ อบต. ซึ่งจะ

ต้องเชื่อมกับแผนกองทุนหลักประกันสุขภาพ หลังจากได้แผนของกองทุนฯ แล้ว ตัวของปลัด อบต.จะทำหน้าที่เป็นจุดกลาง เพราะรู้ทั้งระบบของกองทุน และรู้ระบบแผนของ อบต. ดำเนินการนำแผนทั้งสองมาเชื่อมร้อยกัน เมื่อเชื่อมแผนกันได้แล้ว สิ่งที่ตามมาคือ การหางบประมาณมาทำงาน โดยปัญหาหนึ่งที่เจอคือ กิจกรรมหรือโครงการที่เป็นความต้องการของชุมชนนั้นมียุเป็นจำนวนมาก แต่ อบต. ให้การสนับสนุนได้แค่ในระดับหนึ่ง จึงต้องหาภาคีเครือข่ายเข้ามาบูรณาการงานร่วมกัน

ทั้งหมดนี้คือ บทบาทของ อบต.ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการเรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งงานการดูแลสุขภาพของประชาชนในลักษณะนี้ ทำแล้วหยุดไม่ได้ เพราะช่วงปีนี้อาจะดูแลสุขภาพตัวเองดี แต่อีกปีหนึ่ง เกิดเขารู้สึกเหนื่อย เพราะมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ หรือมีเหตุการณ์ในครอบครัวเกิดขึ้น สุขภาพก็จะแย่ลงอีก งานตรงนี้จึงต้องทำซ้ำๆ ต่อเนื่อง และประเมิการทำงานกันอยู่ตลอดเวลา

บางกอกา ไซมุกต์

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

ตำบลมะขามหวาน อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

รพ.สต. ตำบลมะขามหวาน เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ PCU (Primary Care Unit) เราทำหน้าที่ในการคัดกรองผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มีการเจาะเลือดเพื่อตรวจสุขภาพประจำปีในกลุ่มคนที่เป็นโรคเบาหวาน และดูแลควบคุมความดันโลหิตสูงในกลุ่มของผู้ป่วยที่เรารับผิดชอบ

ตอนนี้ ตำบลมะขามหวานมีผู้ป่วยที่เป็นทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง รวมทั้งหมด 327 คน (เฉพาะผู้ป่วยเบาหวานมี 132 คน) จากจำนวนประชากร 5,859 คน อยู่ในเขตของเทศบาลบ้านกลาง 3 หมู่บ้าน และเขต อบต.มะขามหวาน 5 หมู่บ้าน

รพ.สต.ของเรา มีบุคลากรทั้งหมด 3 คน และมี อสม.จำนวน 129 คน ที่เข้ามาทำงานร่วมกัน โดยจะมีแพทย์จากโรงพยาบาลใหญ่ลงมาประจำเดือนละหนึ่งครั้ง ทุกวันจันทร์แรกของเดือน ถ้ามว่าทำงานครอบคลุมประชากรได้ทั้งร้อยเปอร์เซ็นต์ใหม่ ต้องยอมรับในข้อจำกัดว่า ผู้ป่วยเดินทางเข้ามาหาเราทุกวัน แต่เราก็มีการจัดการแบบใกล้บ้านใกล้ใจ องค์กรรวม และบูรณาการการทำงานร่วมกันกับ อบต.

ทุกวันนี้ ท่านปลัด อบต. กับ รพ.สต. จะทำประสานงานกันอยู่ตลอดเวลา โดยทาง อบต. ได้จัดโครงการสุมผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งใช้ทีมของ อสม.เป็นหลัก โดยในปีนี้จะทำทั้งหมด 2 ครั้ง ซึ่งจากสถิติในปี 2555 มีผู้ป่วย 3 ราย ที่

แพทย์วินิจฉัยเพิ่มเข้ามา แต่ที่ยังไม่แน่ชัดมีอีก 4 ราย ที่เป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

นางอรารณ์ บุญศิริ

สำนักงานสาธารณสุข อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

จากเป้าหมายที่เราได้คัดกรองกลุ่มเสี่ยงไปทั้งหมด 3,166 คน พบว่า ผู้มีปัจจัยเสี่ยงจากการประเมินตามข้อบ่งชี้จำนวน 55 ราย มีการตรวจน้ำตาลในเลือดซ้ำและส่งตรวจยืนยันที่โรงพยาบาล 4 ราย ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ 3 ราย ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เราคัดกรองไปทั้งหมด 3,166 คน เช่นเดียวกัน พบว่า มีภาวะความดันโลหิตสูง (BP : Blood Pressure) จำนวน 90 ราย ตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำและได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 9 ราย

ชุกถาม แลกเปลี่ยน

นางสุมาลี ประทุมรัตน์ นักสื่อสารมวลชนอิสระ

การใช้กระบวนการประชาคมเพื่อให้มีมติของชุมชน และการสื่อสารผ่านเครื่องมือต่าง ๆ เช่น ไลน์ ธงสัญลักษณ์ ทางตำบล มะขูนหวานได้ออกแบบกระบวนการอย่างไรให้ชาวบ้านเกิดการยอมรับ มาตรการเหล่านี้

นายพนต ทรายมูล รองประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลมะขูนหวาน อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

เรามีการคืนข้อมูลให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประชาชน โดยนำเอาปัญหาสาธารณสุขที่อยู่ในแฟ้มของ รพ.สต. ซึ่งเดิมไม่มีใครรู้ใครเห็น ออกมาพูดคุยกับชุมชน พอรู้ข้อมูล เขาก็จะคิดหามาตรการทางสังคมมาป้องกัน ผ่านการทำเวทีประชาคมหมู่บ้าน ควบคู่ไปกับการทำแผนสุขภาพชุมชน ซึ่งเรามีกิจกรรมเชิงรุกตลอดทั้งปี และติดตามผลการดำเนินงานของแต่ละมาตรการอย่างต่อเนื่อง

ธรรมชาติของคนเรานั้นรักตัวกลัวตาย และบางครั้งก็ต้องเขียนสื่อให้วัวกลัวบ้าง เหตุผลที่เราออกไปทำการคัดกรองในชุมชน เพราะอยากรู้ถึงความชุกของโรค อัตราเสี่ยงของผู้ที่จะป่วยเป็นโรค

เบาหวาน ความดันโลหิตสูง สถิติ ณ ขณะนั้นเป็นอย่างไร เพื่อกระตุ้นให้ชาวบ้านลุกขึ้นมาจัดการสุขภาพของตนเอง โดยมีทีมของเราเป็นคนคอยสนับสนุนร่วมกับ อบต.

น.ส.จันทิมาพร ทองนาค ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลมะขูนหวาน อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

ขอเสริมประเด็นเรื่องมาตรการทางสังคม ก่อนหน้านั้น เรามักคิดว่า มาตรการ คือ การลงโทษ เป็นข้อห้าม ข้อบังคับ ถ้าไม่ทำตาม จะถูกปรับ แต่หลังจากได้เพิ่มเติมองค์ความรู้ ก็รู้ว่าอันที่จริงแล้ว มาตรการทางสังคมมีหลายแง่มุม และมีมาตรการเชิงบวกอยู่ด้วย เราจึงเลือกที่จะทำมาตรการในส่วนที่ไม่ใช่บทลงโทษ แต่นำมาใช้เพื่อเป็นข้อตกลงร่วมกัน

ตอนที่มีการจัดเวที หลังจากคืนข้อมูลเสร็จแล้ว ก็มีประเด็นคำถามชวนคิดชวนคุย ให้แต่ละท่านนำเสนอ และจดทุกประเด็นลงไปก่อน จากนั้นก็จะคอยดูว่า เสียงส่วนใหญ่มีความเห็นอย่างไร โดยเราจะไม่บอกว่า เอาหรือไม่เอา แต่ให้ทุกคนในเวทีร่วมกันคิด ถ้าคิด 5 ข้อ ก็เอาแค่ 5 ข้อก่อน ไม่จำเป็นต้องเหมือนกันทุกหมู่บ้าน และไม่รับรองผลว่า ทำได้จริงไหม แต่หลังจากนั้นพอครบ 1 ปี ก็จะกลับไปถามเขาว่า ข้อนั้น ข้อนี้ยังทำอยู่ไหม มีอะไรอยากจะเพิ่มเติมหรือเปล่า ถ้าทำดีก็ทำต่อไป และช่วยประชาสัมพันธ์ รวมทั้งมอบหมายในแต่ละข้อว่า ข้อนี้เป็นความรับผิดชอบของ อสม. ผู้ใหญ่บ้าน หรือแม่บ้าน เหล่านี้เป็นต้น

2) บทเรียน การจัดการเพื่อสนับสนุน การจัดการตนเอง (Self-management) ให้แก่ผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ

พญ.สกวเดือน นำแสงกุล

โรงพยาบาลครบุรี อำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา

เราทำให้เขาเรียนรู้จักตัวเอง
จากผลเลือดที่นำมาส่ง
เพราะการมีผลเลือดดีหรือไม่ดีนั้น
ไม่มีความหมายเท่ากับการที่เขาเข้าใจว่า
ผลเลือดที่ออกมาหมายถึงอะไร
และเขาจะดูแลตัวเองต่อไป
อย่างไร ซึ่งนั่นเป็น
เรื่องที่ยากกว่า

บทเรียนของโรงพยาบาลครบุรี เราเริ่มจาก ‘ทุกซ์’ โดยตนเอง
มาทำงานที่คลินิกเบาหวานตั้งแต่ปี 2547 ทำให้เห็นความทุกข์มา
มากมาย

ตั้งแต่ทุกซ์ของผู้ป่วย ซึ่งต้องมาถึงโรงพยาบาลตั้งแต่ตี 3 มา
กางมุ้งนอนรอ เพื่อจะได้บัตรคิวที่ 5 ต้องอดข้าวอดน้ำ กว่าจะได้เจาะ
เลือดหิวจนตาลาย แล้วเรื่องคิวถือเป็นเรื่องใหญ่ ลัดคิวไม่ได้ เดี่ยวนี้
โรงพยาบาลบางแห่งก็ยังมีลักษณะแบบนี้อยู่

ต่อไปเป็นทุกซ์ของพยาบาลและพนักงานผู้ช่วยฯ พอถึงวัน
พฤษภาคม (ซึ่งเป็นวันที่มีการให้บริการคลินิกเบาหวานที่โรงพยาบาล)
ต้องตั้งสติดีๆ ห้ามนอนดึกหรือถูกเรียกไปปฏิบัติงาน (On call) กลาง
ดึกเด็ดขาด มิฉะนั้น อาจถึงแก่ชีวิตได้ ไม่ต้องพูดถึงการให้คำแนะนำ
ด้านสุขภาพหรือการพูดคุยใดๆ ทั้งสิ้น พอตกบ่ายหมดพลัง แต่
วิญญูณักษ์ก็จะสิงสถิตแทน

ทุกซ์ของห้องชั้นสูตรก็มีมากเช่นกัน มาทำงาน 7 โมงเช้า แต่
ผู้ป่วยมาตั้งแต่ 5-6 โมงเช้า กว่าจะตรวจเลือดเสร็จ ก็เกือบเที่ยง



สงสารผู้ป่วยแต่ไม่รู้จะทำอย่างไร ยิ่งถ้าเป็นช่วงเจาะเลือดตรวจไขมัน ด้วยแล้ว ไม่ต้องพูดเรื่องความยาวนาน

ส่วนทุกซอกของหมอ ก็ต้องมีสมองที่ฉับไว และสติเป็นเลิศในวันนั้น เพราะต้องใช้ทุกวินาทีให้เป็นประโยชน์ ตรวจผู้ป่วยให้เสร็จภายใน 0.5 - 1 นาที มิฉะนั้นผู้ป่วยรายสุดท้ายจะต้องอยู่รอถึงบ่าย 3 โมง ห้ามพูดคุยหรือตรวจนาน เพราะจะมีเสียงลอยตามมาว่า “คุยอะไรกับหมอนักหนา เห็นใจคนอื่นที่นั่งรอบ้าง” ยิ่งไม่ต้องพูดเรื่องคุณภาพหรือองค์รวมใดๆ ตรวจให้เสร็จก็เก่งแล้ว เวลาอาหารเที่ยงก็เลยไปถึงประมาณบ่าย 2-3 โมง

จากทุกซอกทั้งหลายข้างต้น ก็กลับมาตั้งคำถามกันว่า เกิดอะไรขึ้น หรือเป็นเพราะว่าเรามีความรู้ไม่เพียงพอ จึงได้ลองไปเรียนรู้จากโรงพยาบาลเทพธารินทร์ เครือข่าย KM เบาหวาน สมาคมผู้ให้ความรู้เบาหวาน สถาบันราชประชาสมาสัย โรงพยาบาลมหาราชจันทรราชสีมา และเรียนรู้จากการดูแลผู้ป่วย แต่เรียนรู้มาแล้วไม่ได้แก้ทุกซอก เรียนรู้แล้วกลับเพิ่มทุกซอก เพราะมีเรื่องเยอะมากที่จะต้องทำกับผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลเท้า และอื่นๆ อีกมากมาย

เราจะทำอย่างไรในสถานการณ์ที่วุ่นวายอย่างนั้น เมื่อยามไม่ใช่คำตอบทั้งหมด สิ่งสำคัญคือ ความร่วมมือของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง จึงเริ่มมองหาว่าใครมีส่วนเกี่ยวข้องกับเรื่องนี้บ้าง

ทีมสหวิชาชีพ ในความหมายของทุกคน มักจะหมายถึง แพทย์ เภสัชกร ทันตภิบาล พยาบาล ฯลฯ แต่สำหรับทีมสหวิชาชีพของที่โรงพยาบาลนครบุรี เรานำเอาชาวบ้านหรือประชาชนที่เป็นผู้ป่วยเบาหวาน

รวมถึง อสม. เข้ามาร่วมเป็นทีมสหวิชาชีพด้วย ดังนั้นทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลนครบุรีจึงมีเยอะมาก เต็มพื้นที่ ใครที่อยากมีส่วนเกี่ยวข้องก็สามารถยกมือเข้ามาร่วมได้ เพราะคำว่า สหวิชาชีพคงไม่ใช่แค่วิชาชีพของเรา แต่ทุกวิชาชีพล้วนมีความสามารถที่จะดูแลตัวเองได้ทั้งสิ้น

แล้วเราต้องเติมเต็มอะไรให้กับผู้ป่วยบ้าง อย่างไร จึงเริ่มต้นด้วยการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยเบาหวานในการดูแลตนเองและเพื่อนเบาหวาน ทำค่ายอบรมแกนนำเบาหวาน ค่ายผู้ป่วยระดับน้ำตาลสูง ค่ายผู้ป่วยชนิดยา ฯลฯ ซึ่งตามปกติการจัดค่ายในลักษณะนี้จะต้องใช้เงินเป็นหลักแสนบาท แต่ค่ายของโรงพยาบาลนครบุรีจัดอยู่ที่ประมาณ 10,000-20,000 บาทเท่านั้น เพราะใช้สถานที่ภายในวัดเป็นหลัก

หลักการก็คือ เรื่องยากๆ ต้องทำให้ง่าย ใครอยากนำวิธีโอกลับไปที่บ้านก็ได้ เราพยายามอธิบายเรื่องโรคเบาหวานให้ง่ายที่สุดเท่าที่ชาวบ้านจะเข้าใจ แกนนำที่มาเข้ารับการอบรมจะได้สามารถนำไปเล่าต่อได้ อีกทั้งเรามีการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง โดยวางระบบให้เขามีประสบการณ์ตรงจากการดูแลตัวเองภายในค่าย ทดลองว่า กินแบบไหน ระดับน้ำตาลในเลือดจะเป็นอย่างไร แล้วเจาะเลือดดู และต้องดูแลใจเขาด้วย ให้เขามีโอกาสเล่าเรื่อง พูดคุยว่า จะดูแลตัวเองอย่างไรบ้าง เพื่อจะได้เห็นพัฒนาการที่เกิดขึ้น เราทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและเข้มข้น ตั้งแต่ปี 2549-2551 จนกระทั่งได้กลุ่มที่เป็นแกนนำออกมากลุ่มหนึ่ง ด้วยความเชื่อที่ว่า ถ้าเมื่อไหร่แกนนำสามารถดูแลตัวเองได้ก็จะสามารถช่วยดูแลคนอื่นได้ด้วย

คนที่มารับหน้าที่เป็นแกนนำ ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานเอง แต่ตอนนี้มี อสม.เข้ามาร่วมด้วยส่วนหนึ่ง เพราะบางกลุ่มที่เราทำการจัดแบ่งไป มีแต่ผู้สูงอายุ ไม่สามารถรับหน้าที่เป็นแกนนำได้

นอกจากนี้ ตอนที่เรากำลังทำ ยังได้มีการปรับเรื่องของระบบบริการสุขภาพด้วย เพราะถ้าให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเดียวแล้วไม่มีการปรับระบบบริการให้ผู้ป่วยมีความสุข หรือระบบบริการยังไม่เอื้อให้เขาสามารถดูแลตัวเองได้ ก็ไม่น่าจะยั่งยืน

หลังจากนั้น ก็มาคิดว่า จะทำอย่างไรให้ระบบบริการสุขภาพส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ และไม่เป็นทุกข์มากจนเกินไป เมื่อมีการวางแผนกันแล้ว จึงได้เริ่มดำเนินการ

ขอให้อ่านข้อมูลพื้นฐานสักเล็กน้อยก่อนว่า อำเภอครบุรี ประกอบด้วย 13 ตำบล มี รพ.สต.ทั้งหมด 17 แห่ง โดยบางพื้นที่มี รพ.สต. 3 แห่ง และบางพื้นที่มี รพ.สต. 2 แห่ง แบ่งออกเป็นโซนต่างๆ ทั้งหมด 5 โซน และมีจำนวนประชากรประมาณ 90,000 กว่าคน

เราแบ่งเครือข่ายบริการโรคเรื้อรัง ออกเป็นทั้งหมด 5 ทีม คือ ทีม รพ.สต.จระเข้หิน ทีม รพ.สต.โคกกระชาย ทีม รพ.สต.เจดีย์ ทีม รพ.สต.มาบตะโกเอน และทีม รพ.สต.ดอนแสนสุข โดย ณ ขณะนั้น มีนโยบายให้กระจายผู้ป่วยลงไปยัง รพ.สต. เราจึงได้จัดตั้งทีมต่างๆ ขึ้นมา ซึ่งมีทั้งแพทย์ เกษตรกร ทันตภิบาล พยาบาล ฯลฯ ลงไปช่วยกันพัฒนาระบบภายในของ รพ.สต. อำเภอครบุรี แต่เนื่องจากบริบทของแต่ละ รพ.สต.มีศักยภาพไม่เท่ากัน เพราะฉะนั้นเราจึงดูแลตามแบบที่เขาเป็น ถ้าเขาเก่งอยู่แล้ว เราก็สอนให้เขาเก่งมากขึ้น หรือถ้าเขาไม่เก่งก็ต้องช่วยประคับประคองกันไปก่อน

มีคนสอบถามว่า โรงพยาบาลครบุรีมีแนวปฏิบัติ (Guideline) ใดๆในการกระจายผู้ป่วยลงไปยัง รพ.สต. ตอบง่าย ๆ ว่า แนวปฏิบัติที่ผู้ป่วยยอมรับได้คือ เขาอยากไปไหน ถ้าไม่อยากไปก็อยู่โรงพยาบาล ถ้าอยากจะไปก็ไป ยกเว้นเฉพาะคนที่เราขอให้เขาอยู่ เพราะถ้าอาการผู้ป่วยไม่เลวร้ายจนเกินไปนัก หากเขาไปอยู่ รพ.สต.จะได้รับการดูแลที่ดีกว่าโรงพยาบาล

เมื่อส่งผู้ป่วยไปอยู่ที่ รพ.สต.แล้ว เราก็มาวางระบบให้กับผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ให้เขาได้รับการประเมินภาวะเครียดหรือซึมเศร้า และส่งไปรับคำปรึกษากับนักจิตวิทยาเมื่อพบความเสี่ยงว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมาก มีการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน และการเติมเต็มองค์ความรู้พื้นฐานบางอย่าง รวมทั้งให้เขามาเข้าฐานการเรียนรู้ 3 ฐาน คือ 1) ความเข้าใจเรื่องโรคเบาหวาน, ยา, อาการน้ำตาลต่ำ/สูง, การออกกำลังกาย 2) อาหารเบาหวาน และ 3) การประเมินเท้าและคำแนะนำในการดูแลเท้า ดังนั้นผู้ป่วยจะต้องมาโรงพยาบาลอย่างน้อย 3 ครั้ง (Visit) หลังจากได้รับคำแนะนำเสร็จ ก็จะเริ่มไปรับการดูแลรักษาต่อที่ รพ.สต. เนื่องจากคลินิกเบาหวานที่โรงพยาบาลจะมีแค่วันเดียวคือ วันพฤหัสบดี

เรามีการจัดบริการให้แก่ผู้ป่วยเบาหวานที่เดินทางมาคลินิกเบาหวานที่โรงพยาบาล โดยจะแบ่งผู้ป่วยออกเป็นกลุ่ม ตามตำบล หมู่บ้าน บ้านใกล้เคียงที่เขามีการตั้งแกนนำขึ้นมา และนัดหมายผู้ป่วยเป็นกลุ่มตามตำบล หรือเป็นช่วงเวลา แบ่งรอบเช้า-บ่าย ว่าผู้ป่วยที่มาช่วงเวลาไหนจะเป็นกลุ่มไหน เพราะถ้าผู้ป่วยอยู่ใกล้โรงพยาบาลก็ไม่จำเป็นต้องมานั่งรอตั้งแต่ตอนเช้า เหมือนกับเวลาที่เราไปโรงพยาบาล

เราเองก็ไม่อยากนั่งรอเหมือนกัน เมื่อทำอย่างนี้ได้ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีความสุขมากขึ้น

ทางคลินิกเบาหวานที่ รพ.สต. ก็ทำในลักษณะเดียวกัน โดยจะนัดผู้ป่วยเป็นกลุ่มตามหมู่บ้าน หรือเป็นช่วงเวลา และมี รพ.สต.อีกหลายแห่งที่นัดผู้ป่วยเป็นกลุ่ม เพื่อมาทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self Help Group)

ดังนั้นสิ่งที่เราต้องทำคือ ทำให้เขาสามารถที่จะดูแลตัวเองได้ โดยการจัดให้มีแกนนำกลุ่ม และแกนนำกลุ่มจะต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพ ซึ่งปัญหาที่พบจากการทำค่ายพัฒนาศักยภาพที่ผ่านมาได้แก่ 1) มีค่าใช้จ่าย และ 2) ไม่ต่อเนื่อง จึงได้ปรับระบบใหม่ โดยจัดกระบวนการให้แกนนำค่อยๆ มาเรียนรู้และฝึกฝน ทั้งหมด 4 ครั้ง รวมทั้งเติมเต็มทักษะการสอนเพื่อน เพราะเวลาชาวบ้านสอนกันเอง บางที่อาจจะมีความผิดพลาดได้ โดยเฉพาะการดูแลอาการน้ำตาลต่ำ/สูง

นอกจากนี้ เมื่อก่อน การเจาะเลือดต้องมาที่โรงพยาบาลหรือ รพ.สต. แต่พอแกนนำได้รับการพัฒนาศักยภาพจนสามารถทำได้ เขาก็จะตรวจที่บ้าน โดยตั้งเป็นกลุ่มตรวจระดับน้ำตาลในเลือด² ทางหัวหน้ากลุ่มจะไปเจาะเลือดจากที่บ้านเพื่อนำมาส่งตรวจที่โรงพยาบาล

² การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด หมายถึง การตรวจเลือดหลังอดอาหาร อย่างน้อย 8 ชั่วโมง จากปลายนิ้ว (FCG: Fasting Capillary Blood Glucose) หรือ การตรวจน้ำตาลในพลาสมา (FPG: Fasting plasma glucose) (<http://healthdata.moph.go.th>)

ซึ่งวิธีการจะใช้การตรวจด้วยการเจาะปลายนิ้ว (FCG: Fasting Capillary Blood Glucose) ไม่ได้ใช้วิธีการตรวจน้ำตาลในพลาสมา (FPG: Fasting plasma glucose) เนื่องจากระบบค่อนข้างยากพอสมควร ส่วนที่ทางโรงพยาบาลเข้าไปช่วยเติมเต็มคือ เรื่องของเครื่องมือต่างๆ เช่น เครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือด เครื่องวัดความดันโลหิตสูง ตาชั่ง สายวัด แบทเตอรี เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตรวจวัด ฝ่ามือ ระวัง ระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตสูงจากที่บ้านได้

อย่างไรก็ตาม กลุ่มที่จะตรวจระดับน้ำตาลในเลือดที่บ้าน ต้องถือเครื่องมือดังกล่าวมาให้ทางโรงพยาบาลตรวจสอบสุขภาพของตัวเครื่องด้วย โดยให้ทางห้องปฏิบัติการทำการสอบเทียบ (Calibrate) เครื่อง เพื่อให้เป็นมาตรฐาน มิเช่นนั้นเครื่องอาจจะเกิดการผิดพลาด

ผลที่เห็นได้ชัดจากการมีเครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือดที่บ้านคือ เวลาเขารู้สึกเหนื่อยก็สามารถจะไปหาหัวหน้ากลุ่มให้วัดระดับน้ำตาลในเลือดได้ เมื่อตรวจสอบว่าได้เท่าไร ก็จะมีแนวทางให้เขารู้ว่าควรจะต้องทำอย่างไรบ้าง เขาสามารถเรียนรู้ได้ว่าจะกินอยู่อย่างไร เพื่อให้ฉีดยาขนาดนี้แล้วยังได้อยู่ ตอนนี้หลายคนเริ่มรู้ว่า ถ้าจะไปรับจ้างงานหนัก ยาฉีดยาจะต้องลดไป 4 ยูนิต เหล่านี้เป็นระบบที่เอื้อให้เขาสามารถดูแลตัวเอง คำว่า ดูแลตัวเอง ไม่ใช่อด แต่รู้ว่าจะกินอยู่อย่างไร ฉีดยาเท่าไร เป็นต้น

และถ้าเขาสามารถดูแลตัวเองได้ ผลตรวจ HbA1c (Hemoglobin A1c) ดี ติดต่อกัน 2-3 ปี เขาก็จะขยายระยะเวลาการนัดตรวจออกไปเป็น 3 เดือน เมื่อมีอะไรผิดปกติก็ติดต่อมา เรามีแหล่งให้เขาเข้าถึงได้หลายช่องทาง ไม่ว่าจะไปหาแกนนำ อสม. รพ.สต.

หรือโทรศัพท์มาปรึกษา มีการแจกเบอร์โทรศัพท์ให้บางคนที่ต้องโทร รายงานผล หรือบางครั้งก็มีการปรึกษาทางโทรศัพท์ ซึ่งได้ผลดีด้วย เพราะเขาไม่ต้องเดินทาง และมันคือวิถีชีวิตที่แท้จริง การปรึกษาใน โรงพยาบาลยังให้ผลได้ไม่ดีเท่า เพราะโรงพยาบาลกินข้าวหรือทำงาน ไม่เหมือนกับอยู่ที่บ้าน

แนวทางปฏิบัติเหล่านี้เรามีเขียนไว้ในคู่มือแกนนำทั้งหมด โดยในคู่มือจะมีคำอธิบายง่ายๆ เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับประทาน อาหาร จำนวนคาร์โบไฮเดรต คำแนะนำการดูแลเท้า การออกกำลังกาย เป็นต้น ซึ่งวางแผนไว้ว่า จะค่อยๆ ทายอดสอนเรื่องเหล่านี้กับแกนนำ แบบต่อเนื่อง เพราะเนื้อหาถึงจะทำให้ง่ายอย่างไรก็ยังคงยากสำหรับ ประชาชนทั่วไปเหมือนกัน ซึ่งแต่ก่อน ถ้าแกนนำได้เข้าค่ายก็จะรู้เรื่อง มาก และเข้าใจตัวเองมากขึ้น สามารถสอนคนอื่นได้ แต่ช่วงหลังพอ ไม่ได้ทำค่าย ก็จะต้องใช้เวลาการสอนค่อนข้างยาวนานและเพิ่ม จำนวนครั้งมากขึ้น

เมื่อปรับรูปแบบการบริการมาเป็นลักษณะนี้ พบว่า ทำให้เรามีเวลาในการให้บริการผู้ป่วยได้นานขึ้น และทำให้เขาเรียนรู้จักตัวเอง จากผลเลือดที่นำมาส่ง เพราะการมีผลเลือดดีหรือไม่ดีนั้นไม่มีความหมายเท่ากับการที่เขาเข้าใจว่า ผลเลือดที่ออกมาหมายถึงอะไร และเขาจะดูแลตัวเองต่อไปอย่างไร ซึ่งอันนี้เป็นเรื่องที่ยากกว่า

ทางด้านข้อมูลผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย เบาหวาน หากพิจารณาจากค่าระดับน้ำตาลในเลือด จะพบว่า ผู้ป่วย เบาหวานกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดย ในปี 2554-2555 สูงถึงกว่าร้อยละ 60 ขณะที่ผลการคัดกรองและ

ผลตรวจ HbA1c (Hemoglobin A1c) หรือการตรวจเลือดหาค่า เกลี่ยน้ำตาลในเลือด³ ซึ่งเท่ากับหรือน้อยกว่าร้อยละ 7 อยู่ที่ประมาณ ร้อยละ 30-40

แม้ตัวเลขที่ออกมาจะดูดี แต่ต้องรู้ว่า มีตัวเลขที่เป็น ‘ของ หลอก’ อยู่ระดับหนึ่ง เพราะผู้ป่วยเบาหวานหลายคนควบคุมอาหาร ก่อนวันตรวจ 2-3 วัน เพื่อให้ค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร ลดลง

เวลาผู้ป่วยเจาะเลือดที่บ้าน เราจึงพยายามเชียร์เขาว่า ให้ ลองเจาะเลือดในช่วงเวลาหลังจากรับประทานอาหารไปแล้วประมาณ 2 ชั่วโมงด้วย เขาจะได้เรียนรู้ด้วยตัวเองว่า กินข้าวเหนียวแล้วทำให้ ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นมาก เมื่อเป็นอย่างนั้น ควรจะกินข้าวเหนียว น้อยลงหรือกินอย่างไรดี เขาก็จะมาคุยกับเรา

ทางด้านการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน เช่น การคัดกรองตา เราเพิ่งซื้อกล้องถ่ายภาพจอประสาทตา (Fundus Camera) เพิ่มปีนี้ คาดว่า ต่อไปน่าจะคัดกรองได้ดีขึ้น ซึ่งเวลาที่มีการ คัดกรองตา เราจะมีระบบส่งต่อ (Distribute) ไปที่ รพ.สต. ในวันที่เรา รับบริการด้วย รวมทั้งจะฝึกคนถ่ายภาพให้คุยกับผู้ป่วยด้วยว่า เขาควร จะต้องดูแลตัวเองอย่างไรให้ดี ซึ่งคนที่มารับหน้าที่เขาก็ทำเรื่องการ แนะนำได้ดีมาก

³ ผู้ที่เป็นเบาหวานควรที่จะควบคุมระดับ HbA1c (Hemoglobin A1c) ให้น้อยกว่า ร้อยละ 7 เนื่องจากถ้าควบคุมให้อยู่ในระดับดังกล่าวจะสามารถลดและชะลอการเกิด โรคแทรกซ้อนของเบาหวานได้อย่างมาก (<http://hph.moph.go.th>)

ส่วนการคัดกรองความเสี่ยงของเท้าและตรวจ Monofilament (ไม้ตรวจเท้าที่ใช้ตรวจการรับความรู้สึกที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวาน) จะแบ่งการดูแลออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับที่ 1 ชาวบ้านดูแลตัวเอง ฉะนั้นเวลาเราสอนแกนนำ จะต้องทำให้แกนนำสามารถดูแลตัวเองได้ มีการตรวจเท้าทุกครั้งที่มาเยี่ยม แม้ความจริงจะไม่ค่อยได้ตรวจกัน แต่ก็จะต้องช่วยแนะนำได้ว่า ถ้าเท้าตรงนี้เป็นเชื้อรา ควรหาต้องบอกแพทย์ให้รู้ ระดับที่ 2 เป็นการตรวจคัดกรองเท้าแบบทั่วไป เราคุยกับทาง รพ.สต.ไว้ว่า เขาน่าจะพัฒนาขึ้นมาทำตรงจุดนี้ได้ และระดับที่ 3 ซึ่งยากขึ้นไปอีกคือ เรื่องรองเท้า เวลาเป็นแผลเรื้อรัง ทำอย่างไรให้แผลไม่โดนเหยียบ ก็จะต้องปรับเปลี่ยนรองเท้าเพื่อไม่ให้เท้าของผู้ป่วยตกลงไปในบริเวณที่ซาหรือเคยเป็นแผลมาก่อน

อันที่จริง โรงพยาบาลครบุรีทำเรื่องการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพคล้ายคลึงกับที่อื่น แต่สิ่งที่แตกต่างออกไปคือ กระบวนการเรียนรู้ ซึ่งเราเน้นให้ผู้ป่วยเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง และจัดประสบการณ์ให้เขาทำงานต่อเนื่อง โดยถ้าผู้ป่วยได้ขึ้นมาทำหน้าที่เป็นแกนนำจะทำให้เขามีความรู้สึกภาคภูมิใจ พยายามทำงานและดูแลตัวเองอย่างต่อเนื่อง ขณะเดียวกัน การปรับระบบบริการสุขภาพก็เพื่อให้เขาสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานร่วมกับเราได้ ไม่ว่าจะเป็นการชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิตสูง ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ฯลฯ ส่งผลให้ระบบบริการที่เราพยายามกระจายผู้ป่วยลงไปที่ รพ.สต.ทำได้ดีขึ้น จากเมื่อก่อน รพ.สต.ต้องตื่นแต่เช้ามาทุกซ์แทนโรงพยาบาล แต่เมื่อทำได้แบบนี้ รพ.สต.ก็ไม่เหนื่อย และมีเวลาพูดคุยกับผู้ป่วยมากขึ้น

สิ่งที่วางแผนไว้ต่อไป มองว่า ต้องทำเรื่องการสื่อสารองค์ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไปยังผู้ป่วยให้เข้าใจง่ายขึ้น รวมทั้งอนาคตต้องทำให้ รพ.สต.ดูแลผู้ป่วยของตัวเองได้ เขาต้องเก่งขึ้น และเราจะต้องเปลี่ยนบทบาทเป็นคนสอนแทน ทำให้น้อยลงบ้าง

3) บทบาทของสถานพยาบาล ในระบบจัดการเพื่อดูแลและป้องกัน โรคเรื้อรังในชุมชน

พ.ว.วิรัช ศิริกุลเสถียร

โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก

แนวความคิดเริ่มต้น
ในการพัฒนาของโรงพยาบาล
พุทธชินราชพิษณุโลก
มีหลักการอยู่ 3 อย่างคือ

- 1) สร้างทีมร่วมดูแล
สุขภาพประชาชน
- 2) สร้างระบบเชื่อมโยง และ
- 3) สร้างพลังชุมชน

วันนี้จะมานำเสนอเกี่ยวกับระบบการจัดการเพื่อดูแลและ
ป้องกันโรคเบาหวานในชุมชนเครือข่าย อำเภอเมือง จังหวัด
พิษณุโลก

โรคเรื้อรังนั้นมีอยู่หลายกลุ่ม แต่ส่วนใหญ่ที่เราพูดถึงกันคือ
เบาหวาน ซึ่งเป็นเรื่องค่อนข้างยาก ถ้าทำเรื่องเบาหวานได้ดี โรคอื่นๆ
อย่างความดันโลหิตสูง หอบหืด ฯลฯ จะง่ายขึ้น เพราะเบาหวานเป็น
โรคที่มีความเป็นพลวัตสูง (Dynamic) ต้องการการดูแลตลอดเวลา

ก่อนอื่นขอเริ่มด้วยข้อมูลพื้นฐานของจังหวัดพิษณุโลก เรามี
ประชากรในเขตอำเภอเมืองประมาณ 1.7 แสนคน และมีเครือข่าย
บริการปฐมภูมิของอำเภอเมือง แบ่งออกเป็น 5 CUP (Contracting
Unit for Primary Care) ได้แก่ CUP โรงพยาบาลพุทธชินราช
พิษณุโลก (20 แห่ง) CUP โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร (6 แห่ง)
CUP โรงพยาบาลค่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราช (1 แห่ง) CUP
เทศบาล (4 แห่ง) และ CUP กองบิน 46 (1 แห่ง) รวมทั้งหมด 32
แห่ง ร่วมมือทำงานประสานกัน

แนวความคิดเริ่มต้นในการพัฒนา มีหลักการอยู่ 3 อย่างคือ

- 1) สร้างทีมร่วมดูแลสุขภาพประชาชน ทั้งทีมในส่วนของ PCU (Primary Care Unit) หรือหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาล
- 2) สร้างระบบเชื่อมโยง โดยมีศูนย์ประสานงานเชื่อมโยงเครือข่ายเป็น ตัวเชื่อมที่เชื่อมโยงทั้งข้อมูล ข่าวสาร คน และสิ่งของต่างๆ ให้ครอบคลุม ทุก PCU และ
- 3) สร้างพลังชุมชน

CUP ของโรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลกเป็นทีมใหญ่ โดยมี PCU ที่ดูแลอยู่ทั้งหมด 20 แห่ง มีจำนวนคนเข้ามามีส่วนร่วม ประมาณ 60-70 คน และทีมของเราไม่ใช่แพทย์และพยาบาลอย่างเดียว แต่ยังมีทันตภิบาล เภสัชกร นักโภชนาการ ฯลฯ รวมทั้งประกอบไปด้วยทีมหลายระดับ ทั้งทีมของโรงพยาบาลซึ่งเป็นทีมใหญ่ มีสมาชิกเกือบทุกคนที่อยู่ในโรงพยาบาล และทีมย่อยใน PCU ซึ่งจะประกอบด้วยบุคลากรในกลุ่มของเขา

มาถึงระบบการกระจายการดูแลรักษาโรคเบาหวาน ทางโรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก จะรับ Case ผู้ป่วย ทั้งจาก PCU โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) และโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) โดยเราจะรับ Case ในกรณีที่มีโรคแทรกซ้อนไม่สามารถควบคุมได้ (Uncontrolled Complicated Case) มาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หลังจากที่ได้ดำเนินการจนเห็นว่า สามารถควบคุมผู้ป่วยให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้แล้ว หรือผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนได้รับการควบคุมอย่างดีเพียงพอจนอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ (Controlled Uncomplicated Case) เราก็จะส่งผู้ป่วยกลับไป PCU รพช. หรือ รพท. ตามต้นสังกัดที่ส่งตัวมา

โดยในส่วนของ PCU เขาจะประสานกับชุมชนให้รับไปดูแล ต่อ จนเกิดเป็นระบบการดูแลตัวเอง (Self Care) ครอบครัว (Family Care) และชุมชน (Community Care) เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้จะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavior Modification) ในชุมชนของเขาอยู่แล้ว พอถึงเวลาทางโรงพยาบาลก็จะตรวจคัดกรอง (Screening) ประจำปี ซึ่งผู้ป่วยส่วนหนึ่งก็จะกลับเข้ามาที่โรงพยาบาลเพื่อดูแลรักษาทันต่อ ส่วนหนึ่งอาจจะไม่กลับมา เนื่องจากผู้ป่วยมีการดูแลรักษาในชุมชนที่ดีอยู่แล้ว

ทีมงานของโรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก มีจุดแข็งในเรื่องของระบบ PCU ซึ่งเป็นหน่วยบริการที่จะทำให้การรักษามีความต่อเนื่อง (Continuity of Care) ถ้าเราทำเรื่อง PCU ได้ดี การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนในชุมชนก็จะเป็นไปได้ดี และหากสามารถดึงครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมได้ การดูแลรักษาผู้ป่วยก็จะมี ความยั่งยืน

การบูรณาการงานดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิ และชุมชน ภายใต้ คลินิกเบาหวาน ศูนย์สุขภาพเมืองของโรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก ซึ่งประกอบด้วย ทีมต่างๆ ทั้งศูนย์การเรียนรู้ การพยาบาล ทันตกรรม แพทย์อายุรกรรม แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เภสัชกร คลินิกสุขภาพเท้า คลินิกตรวจตา และศูนย์ประสานงานเชื่อมโยงเครือข่าย ปกติการดำเนินการจะเริ่มจากการคัดกรองผู้ป่วย โดยจะใช้เครื่องมือการคัดกรองเบาหวานโดยการตรวจเลือด (FCG: Fasting Capillary Blood Glucose) ซึ่งใช้เวลาไม่เกิน 1 นาที ก็จะรู้คำตอบว่า ผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มไหน เป็นกลุ่มปกติ กลุ่ม

เสียง หรือกลุ่มป่วยด้วยโรคเบาหวาน รวมทั้งเราจะคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงเป็น Metabolic Syndrome หรือโรคอ้วนลงพุง เข้ามารับการรักษานในโรงพยาบาลด้วย

คลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก นอกจากดูแลงานทางด้านบริการปฐมภูมิ ยังมีคลินิกเบาหวาน ผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ซึ่งเป็นกลุ่มงานที่ดูแลผู้ป่วยที่ไม่ได้ผ่านระบบ PCU เพราะจะมีผู้ป่วยบางรายที่ Walk in เข้ามา เช่น ผู้ป่วยที่อยู่ในเมือง ผู้ป่วยที่มีฐานะ หรือผู้ป่วยที่มาจากต่างอำเภอ ก็จะเข้ามารับการรักษานในส่วนี้ ซึ่งขั้นตอนการดูแลรักษา จะให้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ รวมทั้งการตรวจคัดกรอง และตรวจโรคแทรกซ้อน คล้ายกับคลินิกเบาหวานของศูนย์สุขภาพเมืองในระบบ PCU เช่นเดียวกัน

นอกจากนี้ เรายังมีการเฝ้าระวังโรคแทรกซ้อนต่างๆ ทางตา ไต และเท้า ทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน เพื่อให้เกิดความครอบคลุมมากที่สุด โดยปัจจุบัน มีการตรวจคัดกรองเบาหวานขึ้นจอตาด้วยเครื่องถ่ายภาพจอตา (Fundus Camera) ด้วย

การดูแลรักษาโรคเบาหวาน เรามีพยาบาลเวชปฏิบัติทำงานประจำอยู่ที่ PCU ทั้ง 20 แห่ง และมีแพทย์ที่ปรึกษาประจำโซน หากพยาบาลเวชปฏิบัติที่ดูแลผู้ป่วยอยู่ ไม่สามารถให้การดูแลรักษาหรือตัดสินใจในเรื่องหนึ่งเรื่องใด ก็สามารถโทรมาปรึกษาแพทย์ที่ปรึกษาประจำโซนได้ รวมทั้งเรายังมีแพทย์ที่ออกตรวจในแต่ละ PCU เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่อง (Continuous Care in PCU)

นอกจากนี้ เราได้พยายามเชื่อมข้อมูลกับโรงพยาบาลต่างๆ ด้วยการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และแนวปฏิบัติการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง [Clinical (Appropriate) Practice Guideline DM HT]⁴ โดยพยายามดึงคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามาร่างแนวปฏิบัติร่วมกับเรา เช่น โรงพยาบาลประจำอำเภอต่างๆ ในเขตจังหวัดพิษณุโลก โดยทางโรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลกได้ทำ ‘ตุ๊กตา’ ไว้ให้เสร็จเรียบร้อย เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องมาพิจารณาว่า สิ่งที่เราร่างไปนั้นเห็นดีด้วยหรือไม่ อยากจะปรับเปลี่ยนอย่างไร เพราะแนวปฏิบัติที่ดีจะต้องมีความเหมาะสม (Appropriate) ในการนำไปใช้เพื่อให้เป็นมาตรฐานในระดับจังหวัด

ทางด้านระบบข้อมูลข่าวสาร เราได้พัฒนาระบบสารสนเทศ (Electronic Medical Record) ด้วยโปรแกรม HAMIS (Hospital Advance Management Information System) ซึ่งเป็นโปรแกรมใหญ่ และ Smart DM ซึ่งเป็นโปรแกรมเจาะลึกเรื่องเบาหวาน โดยจะทำการพัฒนาตัวโปรแกรมไปเรื่อยๆ อย่างโปรแกรมศูนย์ข้อมูลโรคเบาหวาน (DM Center) ตอนนีพัฒนาจาก Version 1.1 มาถึง 1.5 แล้ว

ทำไมจึงต้องพัฒนาโปรแกรมนี้ขึ้น เพราะเราคิดว่า จะทำอย่างไรให้มีภาพถ่ายจอตาข้อมูลข่าวสารที่เราได้รับจากผู้ป่วย ตลอดจนผลการตรวจต่างๆ กลับไปให้เจ้าหน้าที่ PCU ได้รู้ในสิ่งที่เรารู้ เพราะเขา

⁴ DM ย่อมาจาก Diabetes Mellitus หมายถึง โรคเบาหวาน และ HT ย่อมาจาก Hypertension หมายถึง โรคความดันโลหิตสูง

ควรจะรู้เท่ากับเรา เขาจะได้ให้การดูแลสุขภาพผู้ป่วยได้ดีเหมือนกับที่เราทำ

เมื่อลองเข้าไปค้นหาข้อมูลในตัวโปรแกรม เราจะรู้ว่า ผู้ป่วยส่งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (LAB) อะไรไปบ้าง ตรวจไปเมื่อวันที่เท่าไร รายละเอียดประวัติครอบครัว ประวัติส่วนตัวของผู้ป่วย ข้อมูลการตรวจทั่วไป เช่น ส่วนสูง น้ำหนัก รอบเอว หรือผลการตรวจเท้า การตรวจตา การตรวจความดันโลหิตสูงเป็นอย่างไร เหล่านี้เป็นต้น

ทำให้เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลของผู้ป่วย ผู้ป่วยทุกรายที่อยู่ใน การดูแลของเรา สามารถตรวจสอบได้ทันทีว่า ตอนนี้เขาเข้ามารับรักษาอยู่ที่ตรงจุดไหน เช่น เมื่อมีผู้ป่วยโรคนิวโมเนีย (*Pneumonia - ปอดอักเสบหรือปอดบวม*) เข้ามา หากค้นข้อมูลไป เราอาจจะพบว่า ผู้ป่วยรายนี้เป็นโรคเบาหวานด้วย ก็จะมีการเชื่อมโยงและส่งต่อข้อมูลกลับไปยัง PCU หรือหลังจากที่ผู้ป่วยกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน เจ้าหน้าที่ PCU ก็จะสามารถรู้ได้ว่า ผู้ป่วยรายนี้เคยมาเข้ารับการรักษา (Admit) ที่โรงพยาบาลด้วยเรื่องอะไร และได้รับการรักษาอย่างไรบ้าง

นอกจากนี้ เรายังมีกิจกรรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล หากผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องระดับน้ำตาลต่ำ/สูง ก็จะมีทีมเฉพาะเข้าไปดูแลแก้ไขปัญหาให้ รวมทั้งถ้ามีผู้ป่วยรายอื่นที่คิดว่ามีความจำเป็นจะต้องได้รับการดูแลรักษา ก็อาจจะมีทีมเข้าไปให้ข้อมูลความรู้ ณ ขณะนั้นด้วย

ทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ จะมีความหลากหลายของทางเลือก ไม่ว่าจะเป็น การดื่มน้ำสมุนไพร แพทย์ทางเลือก หรือการฝังเข็ม เป็นการรักษาโดยไม่ใช้ยา (Non Drug Treatment) แต่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavior Change)

ส่วนกิจกรรมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ HbA1c มากกว่าร้อยละ 8 ทางโรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก ก็จะมีจัดให้มีกิจกรรม One Day Camp ซึ่งจะให้ข้อมูลความรู้ต่างๆ แก่ผู้ป่วย รวมทั้งมีกิจกรรมกลุ่มสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเอง ชมรมผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ให้กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หอบหืด ฯลฯ โดยพยายามจัดกลุ่มให้มีความคล้ายคลึงจะได้พูดคุยกันง่ายขึ้น นอกจากนี้ ผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในโรงพยาบาลเครือข่าย เราก็จะมีการจัดกิจกรรม One Day Camp เฉพาะโรงพยาบาลเครือข่ายให้เช่นเดียวกัน

ในการทำงานระบบบริการปฐมภูมิ คงคล้ายกับที่หลายท่านได้กล่าวไปว่า เราไม่สามารถทำงานเองคนเดียวได้ทั้งหมด ทีมจะอยู่ได้ต้องมีชุมชนให้การสนับสนุน ซึ่งถ้าเราสามารถหาเพื่อนร่วมงานคนสำคัญ ค้นหา ‘คนต้นแบบ’ ในชุมชนได้ คนเหล่านี้จะมาช่วยเราทำงานได้เป็นอย่างดี

ดังนั้นเราจึงมีการจัดอบรมคนต้นแบบ ซึ่งที่ผ่านมาได้จัดไปแล้วทั้งหมด 4 รุ่น กิจกรรมที่ทำประกอบด้วย การอบรม ฝึกปฏิบัติ ศึกษาดูงาน และปฏิบัติงานเชิงรุกในพื้นที่ นอกจากคนต้นแบบ เรายังมีการอบรม ‘หัวหน้าเบาหวาน’ ซึ่งจะทำงานโดยขึ้นกับคนต้นแบบอีกทีหนึ่ง (*คนต้นแบบเหมือน ครู ก ส่วนหัวหน้าเหมือน ครู ข*) หลังผ่าน

การอบรมจะมีการมอบหมายให้หัวหน้าหมู่ 1 คน ดูแลผู้ป่วยประมาณ 10-20 ราย

หัวหน้าหมู่เบาหวานจะทำหน้าที่คล้ายแกนนำ ซึ่งแต่ละรายจะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และมีความสามารถในการเจาะเลือด วัดความดันโลหิตสูง และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยได้

นวัตกรรมที่ต่อยอดจากหัวหน้าหมู่เบาหวาน คือการทำสหกรณ์สุขภาพ ซึ่งได้รับเงินสนับสนุนส่วนหนึ่งจาก อบต. และได้รับเครื่องมือฟรีจากทางโรงพยาบาล โดยเขาจะบริหารจัดการกองทุนของเขาเอง ให้มีทุนหมุนเวียนภายในสหกรณ์ บางสหกรณ์จะเก็บเงินค่าตรวจจากผู้มารับบริการ ครั้งละ 3-5 บาท ส่วนเงินที่ได้มานั้นจะนำไปใช้ในการออกเยี่ยมผู้ป่วย

ทางโรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก พยายามดำเนินการเรื่องการสร้างภาคีเครือข่าย โดยดึงหลายฝ่ายเข้ามาร่วมมือกัน ได้แก่ 1) ผู้ป่วยและครอบครัว 2) อสม. 3) คนต้นแบบ/ หัวหน้าหมู่เบาหวาน 4) กำนัน/ ผู้ใหญ่บ้าน 5) อบต. 6) รพ.สต. และ 7) โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก รวมทั้งหมด เรียกว่า ‘Seven สุขภาพ’

คำว่า Seven หมายถึง เริ่มงาน 7 โมงเช้า โดยทุกคนในเครือข่ายสามารถมาร่วมกันทำงานให้บริการตรวจเบาหวานแบบครบวงจร ไม่ว่าจะเป็นการซักประวัติ เจาะเลือด คู่มือวิธีการกินยา การตรวจเท้า และให้คำแนะนำต่างๆ แต่เมื่อทดลองทำไปก็พบว่า ‘Seven สุขภาพ’ ยังไม่ใช่คำตอบ เพราะการทำงานยังเล็กเกินเวลาที่ยังอยู่ดี จึงพัฒนา กลายมาเป็น ‘Eleven สุขภาพ’ หมายถึง เริ่มงาน 7 โมงเช้า และเลิกงาน 11 โมงเช้า โดยภาคีที่เข้ามาเพิ่มเติม คือ 8) สสจ./ สสอ. 9) จิต

อาสา 10) ครู และ 11) พระภิกษุ ส่งผลให้การทำงานประสบความสำเร็จอย่างรวดเร็ว

หลายท่านอาจจะสงสัยว่า พระภิกษุเข้ามามีส่วนร่วมได้อย่างไร ยกตัวอย่างเช่น เวล่านำอาหารไปถวายพระ ท่านก็จะพูดแนะนำว่า อาหารที่ฉันวันนี้เป็นอย่างไรบ้าง หรือเวลาที่มีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคเบาหวาน ก็จะเทศน์ให้ชาวบ้านฟังว่า เบาหวานเป็นอย่างไร เพื่อให้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ

นอกจากนี้ เราพยายามทำให้เกิด ‘จุดเปลี่ยน’ เพื่อร่วมดูแลสุขภาพ โดยเปลี่ยนพื้นที่ที่ยังไม่ได้ใช้ประโยชน์ ให้กลายเป็นศูนย์ออกกำลังกาย หรือเปลี่ยนลานบ้านของผู้ใหญ่บ้านที่ให้การสนับสนุนทางโรงพยาบาล มาทำเป็นศูนย์เรียนรู้ เพื่อเป็นแหล่งแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารของผู้ป่วยเบาหวาน รวมทั้งผลักดันให้ชุมชนต่างๆ สามารถพึ่งตนเองได้ โดยมีการทำโรงสี ปลูกเห็ด เลี้ยงกบ และนำมาขายในราคาถูก เป็นอาหารที่มั่นใจได้ว่า สะอาดและปลอดภัยแน่นอน

ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาของโรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก พบว่า อัตราการคัดกรองเบาหวานในชุมชน ตัวเลขเพิ่มขึ้นเกือบร้อยละ 100 แต่ในปี 2555 เนื่องจากตอนนั้นยังไม่ครบปี ตัวเลขจึงยังต่ำ แต่คิดว่า อย่างไรปีนี้ก็คงไม่ต่ำกว่าเดิม ส่วนอัตราการเกิดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่นั้นตัวเลขลดลงอย่างชัดเจน

ด้านการใช้บริการของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยที่ใช้บริการของโรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลกมีจำนวนลดลง และไปใช้บริการที่ PCU มากเพิ่มขึ้น

ส่วนอัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มี HbA1c น้อยกว่าร้อยละ 7 มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ โดยเป้าหมายคือ จะต้องให้มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40 ขณะที่อัตราการป่วยด้วยภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน (Hypoglycemia, Hyperglycemia, Infection) หลังจากที่เราได้ดำเนินการให้ความรู้กับประชาชน พบว่า ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยผลออกมามีแนวโน้มที่ดีขึ้น

สรุปแล้วคิดว่า ในการออกแบบการพัฒนาระบบบริการเพื่อการจัดการโรคเรื้อรังแบบบูรณาการ แต่ละภาคส่วนก็เปรียบเสมือนกับ ‘เฟือง’ ไม่ว่าจะเป็ ชุมชน PCU และโรงพยาบาล เฟืองแต่ละเฟืองต้องทำงานประสานกัน รวมทั้งต้องทำให้ชุมชนที่ยังไม่มีส่วนร่วมได้เข้ามามีส่วนร่วม โดยต้องเป็นเฟืองที่เป็นระบบเปิด ไม่ใช่ระบบปิด

รูปธรรมการจัดบริการโรคเรื้อรังในชุมชน และการทำงานเชื่อมกับชมรม กลุ่มแกนนำต่างๆ ของโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เห็นได้ชัดจากโครงการ 7-11 (*Seven สุขภาพ + Eleven สุขภาพ = 7-11*) โดยหลังจากมีโครงการ 7-11 เกิดขึ้น ก็มี PCU บางแห่งทำโครงการแข่ง อาทิ จังหวัดพิษณุโลก เพิ่งมีห้างเซ็นทรัลมาเปิดใหม่ ทาง PCU จึงคิดทำห้างเซ็นทรัลบ้าง แต่เป็นเซ็นทรัลสุขภาพในเรื่องของการบริการปฐมภูมิ มีสินค้าเครื่องใช้เกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งผลิตกันขึ้นมาเองจำหน่ายในราคาถูก และดูแลกันและกันเหมือนพี่น้อง

ทางด้านความร่วมมือกับชุมชนท้องถิ่น ก็เกิดภาคีความร่วมมือการทำงานเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในชุมชน ภายใต้แนวคิด

‘เปลี่ยนบ้านเป็นโรงพยาบาล เปลี่ยนลานเปล่าเป็นที่ออกกำลังกาย เปลี่ยนลานบ้านเป็นแหล่งเรียนรู้’

เราพยายามเปลี่ยนบ้านเป็นโรงพยาบาล โดยตอนนี้ใช้บ้านของกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ป่วย หรือใครก็ตามที่สนใจเป็นหลัก แต่เป้าหมายในอนาคตที่พยายามจะทำคือ ให้มีการตรวจรักษาที่บ้านของผู้ป่วยทุกคนเอง รวมทั้งเราจะเปลี่ยนลานเปล่าที่ไม่ได้ทำประโยชน์มาเป็นที่ออกกำลังกาย และเปลี่ยนลานบ้านต่างๆ ให้เป็นแหล่งเรียนรู้ เพราะความรู้ที่อยู่ในชุมชน ถ้าตรวจสอบ คัดกรองให้ดี ความรู้นั้นน่าจะยั่งยืนเนื่องจากเป็นความรู้ที่ถูกใช้จริง

เรื่องสุดท้ายคือ ระบบการจัดการข้อมูล และการสนับสนุนเรื่องข้อมูลความรู้และการจัดการตนเอง ซึ่งคงจะเห็นได้จากเรื่องสหกรณ์สุขภาพที่ได้นำเสนอไป นอกจากสหกรณ์ดังกล่าวจะมีการตรวจเบาหวาน ยังมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้ของผู้ป่วยแต่ละราย และเจ้าหน้าที่ อสม. PCU คลินิกเบาหวาน ก็จะให้คำแนะนำผู้ป่วยในการแก้ปัญหา นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาศักยภาพคนทำงาน ด้วยการฝึกอบรมคนต้นแบบ หัวหมู่เบาหวาน พยาบาล และแพทย์ในอำเภอต่างๆ ที่มีความสนใจอีกด้วย

แลกเปลี่ยน เติมเต็ม

นายศานิต กล้าแก่ อบต.โพนทอง จังหวัดชัยภูมิ

ขอแลกเปลี่ยนในฐานะท้องถิ่น จากประสบการณ์ที่ทำงานมา มีความเชื่อว่า การให้กลุ่มผู้ป่วยหรือชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม สร้างความเป็นเจ้าของ โดยให้เขาลุกขึ้นมาเป็นเจ้าของโรค เจ้าของกิจกรรม และเราทำหน้าที่หนุนเสริมด้านองค์ความรู้และวิชาการ ประสานกับภูมิปัญญาที่มีอยู่ในแต่ละท้องถิ่น จะทำให้เราสามารถจัดการตนเองได้อย่างแน่นอน เพราะ ณ ปัจจุบัน เกือบทุกท้องถิ่นมีกองทุนหลักประกันสุขภาพ อย่างที่ อบต.โพนทอง บอกได้เลยว่า เราจ่ายเงินสมทบให้แก่กองทุน 120 เปอร์เซ็นต์ เพราะเห็นว่าการทำางานเรื่องกองทุนหลักประกันสุขภาพส่งผลกระทบต่อชุมชนอย่างชัดเจน

มองย้อนกลับไปที่ชุมชน เมื่อก่อนกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานต้องรอรับการบริการจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในการตรวจคัดกรอง ทุกเดือนจะมีการเข้าไปเจาะเลือด ให้องค์ความรู้ จ่ายยา และแนะนำการกินอาหารต่างๆ แล้ว พออีก 1 เดือนกลับมาทุกอย่างก็เป็นเหมือนเดิม แต่ที่ตำบลโพนทองไม่ได้ทำแบบนั้น ไม่ต้องรอถึง 1 เดือน หลังจากนั้น 15 วัน เราลุกขึ้นมาทำกิจกรรมเอง ขอรับรองว่า ณ วันนี้อ้องค์ความรู้ของ อสม.แน่น ไม่ต้องไปดูงาน มีประสบการณ์สูง ตัวชี้วัดคือ คำปรารภจากผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน บอกว่า แต่ก่อนต้องไปนอนโรงพยาบาลเดือนละ 2 ครั้ง แต่เดี๋ยวนี้ไม่ต้องไปแล้ว นอกจากนี้

ระบบของท้องถิ่นยังมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ด้วยการสนับสนุนรถกู้ชีพ (EMS: Emergency Medical Service) คอยให้บริการรับ-ส่ง เพราะผู้ป่วยบางรายถ้ามาช้า 5 นาที อาจจะมือนั้นตายถึงแก่ชีวิตได้

รศ.ดร.ฉัตรเฉลิม อิศรางกูร ณ อยุธยา คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล

มี 3 ประเด็นที่อยากจะแลกเปลี่ยน ดังนี้ ประเด็นที่ 1 ขอชื่นชมว่า ทั้ง 3 พื้นที่ที่มีความเข้มแข็งและมีการจัดการดีมาก สามารถลดปัจจัยเสี่ยง ทำให้เกิดการจัดการตนเองในพื้นที่ อย่างไรก็ดีตามหลายพื้นที่พูดถึงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง แต่ประเด็นเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ที่เราต้องช่วยกันติดตามและเฝ้าระวัง อีกเรื่องหนึ่งคือ Metabolic Syndrome หรือ โรคอ้วนลงพุง ซึ่งเมื่อสักครู่คุณหมอวิรัชได้กล่าวถึงไว้อยู่บ้าง

ทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ถือเป็น 2 ปัจจัยสำคัญของกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด Metabolic Syndrome ซึ่งในรายการตรวจสุขภาพ อาจจะต้องขยายต่อไปให้ครอบคลุมถึงการตรวจระดับไขมันในเลือด (Cholesterol, Triglyceride, HDL, LDL) ด้วย เพราะกลุ่มอาการ Metabolic Syndrome สามารถนำไปสู่เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งโรคเรื้อรังอื่นๆ ซึ่งจะตามมาอีกมาก

แลกเปลี่ยน เติมเต็ม

ถ้าเราขยายขอบเขตจากที่มีฐานตรงนี้ อาจครอบคลุมประเด็นปัญหาที่ใหญ่ขึ้น

ประเด็นที่ 2 เกี่ยวกับเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ซึ่งจะส่งผลต่อสถานะเศรษฐกิจในระยะยาว อยากจะขออ้างอิงกลับไปยังข้อมูลที่คุณหมอสุพัตราได้นำเสนอเกี่ยวกับสถานการณ์โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในตอนเริ่มต้น จะเห็นว่า แม้อัตราการเกิดโดยรวมของสถานการณ์โรคเบาหวาน จะอยู่ที่ร้อยละ 7 แต่ถ้าจำแนกตามรายอายุ จะเห็นว่า มีช่วงชั้น (Range) ต่างๆ อยู่ ถึงเราจะทราบว่ายอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อโรค แต่แนวโน้ม (Trend) ที่แสดงให้เห็นถึงอัตราความชุกซึ่งเพิ่มขึ้นมาในแต่ละช่วงอายุนั้นมีความน่าสนใจ และเมื่อมาดูสถานการณ์ของโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งจะมองเห็นความแตกต่างได้ค่อนข้างชัดเจนกว่า จากข้อมูลที่น่าเสนอ แม้อัตราการเกิดโดยรวมของสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงจะอยู่ที่ร้อยละ 21 แต่จะเห็นว่า ระหว่างช่วงอายุ 30-44 ปี และ 45-59 ปี อัตราความชุกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัว

ถ้ามองจากตัวเลขตรงนี้แล้วลองวิเคราะห์ในเชิงเศรษฐกิจมหภาค หลายท่านคงเคยได้ยินว่า ในอีกไม่กี่ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะเริ่มเข้าสู่สังคมวัยวุฒิ (Ageing Society) คือ คนที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปจะเพิ่มมากขึ้น ก่อนหน้านี้ เคยอ่านบทความของ ศ.ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล จากสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ซึ่งตีพิมพ์ปี 2552 วิเคราะห์ถึงจำนวนพลเมืองของประเทศไทยในอนาคตไว้ว่า ในปี 2568 เราจะเป็นสังคมวัยวุฒิ เพราะปีนั้นจะมีคนที่มียุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป มากถึงร้อยละ 22 ในขณะที่เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี มีร้อยละ 17 หากรวมประชากร 2 กลุ่มนี้เข้าด้วยกัน ตัวเลขจะอยู่ที่ประมาณร้อยละ 40 นั่นหมายความว่า คนอีกร้อยละ 60 คือคนที่อายุระหว่าง 15-65 ปี ซึ่งเป็นวัยแรงงาน จะต้องคอยอุ้มชูและรับภาระเรื่องเงินแทนเด็กและผู้สูงอายุซึ่งไม่มีรายได้เหล่านี้ หรือพูดง่าย ๆ ก็คือ คนร้อยละ 60 ต้องเลี้ยงดูคนร้อยละ 40 ของประเทศ

ทีนี้เมื่อนำตัวเลขดังกล่าวมารวมกับข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วย โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง จะพบว่า คนที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป มีอัตราความชุกของโรค สูงถึงร้อยละ 40-50 ซึ่งในอนาคต นั้นหมายถึงประชากรสูงอายุที่มีจำนวนร้อยละ 22 หรืออย่างน้อยก็ 10 กว่าล้านคน ยังไม่รวมไปถึงคนวัยแรงงาน ซึ่งไม่แตกต่างกัน เพราะมีอัตราความชุกของโรค เกือบร้อยละ 30 ในอนาคตเราจึงต้องพบกับค่าใช้จ่ายทางสุขภาพอีกมากมายมหาศาล

ฉะนั้นต้องมาช่วยกันหยุดยั้งปัญหา ซึ่งถ้าเราสามารถจัดการระบบสุขภาพชุมชนได้ดี มีกระบวนการจัดการปัญหาโรคเรื้อรังในชุมชน ก่อนที่เขาจะเข้ามาสู่การบำบัดรักษาในโรงพยาบาล จะถือเป็นโอกาสในการป้องกัน Case ผู้ป่วยรายใหม่ที่จะเกิดขึ้นได้ และจะมีส่วนช่วยลดทางเศรษฐกิจได้ค่อนข้างมากทีเดียว

แลกเปลี่ยน เติมเต็ม

และ ประเด็นที่ 3 รู้สึกชอบใจที่คุณหมอสกวเดือน บอกว่าการให้ชาวบ้านรู้ผลการตรวจเลือด ไม่สำคัญเท่ากับการที่ทำให้เขามีความรับรู้และเข้าใจถึงความหมายของผลเลือดนั้น ถือเป็นแง่มุมที่ดีมาก สามารถใช้เรื่องของการเฝ้าระวัง มาเพิ่มความใส่ใจในการดูแลสุขภาพได้

ขอเล่าย้อนไปเมื่อปี 2546 ศ.ดร.วีระพงศ์ ปรัชชญาสิทธิกุล ซึ่งเป็นคณบดีคณะเทคนิคการแพทย์ ณ ขณะนั้น ได้พาทีมไปลงชุมชน ตอนนั้นเรายังมองไม่ออกว่า จะเข้าไปสร้างระบบสุขภาพชุมชนให้เกิดขึ้นได้อย่างไร แต่มีแนวคิดว่า ต้องทำให้สุขภาพเป็นเรื่องที่จับต้องได้ จึงทำคล้ายๆ กันคือ การใช้ผลการตรวจเลือดเป็นดัชนีชี้วัด ให้ชาวบ้านเรียนรู้และเข้าใจความหมายถึงสถานะทางสุขภาพของเขา หลังจากนั้นเราก็จัดเป็นชุด (Package) เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ และทำการมอนิเตอร์ (Monitor) ผ่านดัชนีชี้วัดเรื่องของผลเลือด ซึ่งถือว่าได้ผลดี

มาถึงตอนนี้ เรากำลังทดลองทำวิจัยโดยใช้เด็กและเยาวชนในชุมชนเป็นตัวขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชน เพราะเด็กและเยาวชนเป็นลูกหลานของคนในชุมชน เขาย่อมอยากให้พ่อแม่ญาติพี่น้องมีสุขภาพที่ดี เช่น เราเคยลองให้ลูกหลานทำแบบสอบถามเพื่อประเมินคนในครอบครัวว่า การลดอาหารนั้นได้ผลดีมากน้อยแค่ไหน เป็นต้น ซึ่งโมเดล (Model) นี้ น่าจะเป็นอีกโมเดลหนึ่งที่ใช้ทุนทางสังคมมา

ช่วยสร้างระบบสุขภาพชุมชนให้ดีขึ้น ถ้าได้ข้อมูลดีๆ อะไรเพิ่มเติมจากการวิจัย อาจจะนำมาแลกเปลี่ยนในเวทีอีกครั้งหนึ่ง

พศ.ดร.อังสนา บุญรส

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

พอดีเพิ่งกลับจากการพำนักศึกษา 200 กว่าคน ลงไปศึกษาชุมชน ที่อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา ใน 7 หมู่บ้าน เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาสุขภาพ จึงมีข้อมูลอยากจะแลกเปลี่ยนในประเด็นท้องถิ่นกับการจัดการสุขภาพตนเอง

ประเด็นปัญหาสำคัญที่พบก็คือ วันนี้เรามุ่งเน้นการคัดกรองผู้ป่วยค่อนข้างเยอะและทำมามากพอสมควร จนพบผู้ป่วยก้อนใหญ่แล้ว แต่สิ่งที่อาจจะหลงลืมไป เป็นสิ่งที่อยู่ใต้ภูเขาน้ำแข็ง นั่นคือ ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระดับชุมชน โดยเฉพาะโครงสร้างทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว เช่น ผู้สูงอายุในชุมชนหลายคนที่เจ็บป่วยแต่ไม่มีคนดูแล ถ้าชุมชนไหนไม่มี อสม.ไปคอยติดตาม จะเป็นปัญหาค่อนข้างมาก

จุดที่เป็นห่วงมากอีกจุดหนึ่งคือ การทำเรื่อง Primary Prevention หรือการป้องกันโรคระดับแรก ซึ่งเป็นประเด็นที่มีความสำคัญ แต่ยังไม่มีความชัดเจน โดยเฉพาะการมุ่งเน้นไปที่การเปลี่ยน

แลกเปลี่ยน เติมเต็ม

แปลงเชิงพฤติกรรมของผู้ป่วย เคยไปคุยกับชาวบ้านรายหนึ่ง เขาใช้คำพูดว่า “ดีชั่วรู้หมด แต่อดไม่ได้” อันนี้เป็นภาษาชาวบ้าน แต่ถ้ามองลึกลงไปนี่คือ เรื่องของพฤติกรรมการบริโภค

เวลาคุยกับชาวบ้านเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร เรามักใช้คำว่า ‘ความเค็ม’ กับชาวบ้าน แต่จริงๆ มันคือ ‘โซเดียม’ (Sodium) ตอนนี่เราจึงต้องลงลึกไปถึงเรื่องการสร้างการรู้เท่าทัน (Literacy) โดยใช้คำว่า ‘โซเดียม’ แทน ‘ความเค็ม’ ไปเลย เพราะมีอันตรายแอบแฝง ซึ่งเป็นผลมาจากการบริโภคที่เปลี่ยนแปลงไปค่อนข้างเยอะ

ยกตัวอย่างเช่น ในท้องถิ่นของคนภาคอีสาน น้ำพริกปลาฉี่มีส่วนผสมของเกลือ น้ำตาล ตลอดจนสารปรุงรสต่างๆ เยอะมาก แต่ชาวบ้านไม่ทราบ เพราะคิดว่าเป็นรสชาติอร่อย เมื่อลองสอบถามดูเขาบอกว่า สมัยก่อนไม่เคยใช้ของพวกนี้ แต่มีสารปรุงรสอยู่อย่างหนึ่งเรียกว่า ผงนัว (นัว หมายถึง รสกลมกล่อมของอาหาร เช่น ต้ม แกง ลาบ ก้อย มีรสกลมกล่อม เรียก นัว) ซึ่งเป็นการนำเอาพิษพันธุท้องถิ่นมาอบแห้ง มีส่วนผสมของรสเค็ม หวาน ที่จะทำให้เกิดรสชาติ แล้วใช้ข้าวคั่วผสม ใส่ลงไปในอาหารทุกอย่าง แต่ตอนนี้วิถีชีวิตของคนเริ่มเปลี่ยน ระบบทุนนิยมเข้ามาในชุมชน ร้านค้าต่างๆ ก็ส่งเสริมให้ใช้สารปรุงรสที่อันตรายเหล่านี้

คิดว่า เรายังแตะไปไม่ถึงรากเหง้าของปัญหาจริงๆ เพราะแม้จะมีการคัดกรองผู้ป่วยแล้ว แต่ด้วยรูปแบบของวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป จึงไม่เอื้อให้เกิดพฤติกรรมที่ดีขึ้นได้

ขณะเดียวกัน ระบบบริการสุขภาพก็มุ่งเน้นการให้ความรู้ โดยการลด-ห้ามรับประทานอาหารชนิดต่างๆ ซึ่งเวลาเราบอกผู้ป่วยเบาหวานว่า ให้ทานอาหารรสจืดๆ เขาก็มักจะตอบกลับมาว่า ถ้าให้ทานจืด ไม่ทานเสียยังจะดีกว่า ดังนั้นหากจะลงลึกไปถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เจ้าหน้าที่ซึ่งทำงานระดับ PCU จะต้องเข้าใจวิถีชีวิตชุมชน และปรับเปลี่ยนรูปแบบให้เป็นไปในลักษณะที่สอดคล้องกับเขา เช่น ถ้าคุณยายดักน้ำพริกมา 1 ช้อนเต็ม อาจจะต้องต่อรองว่าขอสักครึ่งหนึ่งก่อนได้ไหม ซึ่งนักศึกษาของเราที่ลงไปทำเรื่องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ทดลองใช้วิธีนี้ ปรากฏว่า ทำให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับ และบอกว่า “อย่างนี้พอคุยกันได้หน่อย”

หรือตอนที่ทำประชาพิจารณ์เรื่องการไม่ใช้ผงชูรส เพราะร้านขายอาหารในชุมชนเทพงชูรสเป็นถุงๆ ลงไปในหม้อต้ม ชาวบ้านก็คัดค้านว่า ไม่ได้ ต้องใช้ ไม่อย่างนั้นไม่อร่อย นักศึกษาเองทำตัวไม่ถูก เพราะการประชาพิจารณ์ต้องเป็นข้อตกลงของชุมชน จึงต่อรองกันว่าพยายามใช้ให้น้อยลง ซึ่งในที่สุดชาวบ้านก็มีวิธีการของเขา เช่น ตัดช่องให้มันเล็กลงหน่อย เป็นต้น

แลกเปลี่ยน เติมเต็ม

จะเห็นได้ว่า เรื่องเหล่านี้เป็นวิถีชีวิตชุมชน ถ้าคนทำงานในพื้นที่ได้ลงไปเรียนรู้และขับเคลื่อนไปพร้อมกัน โดยที่หน่วยงานในส่วนขององค์กรท้องถิ่นสนับสนุนให้เกิดความเข้มแข็งในเครือข่ายของชุมชน จุดนี้จะมาเชื่อมต่อกันพอดีกับระบบการบริการสุขภาพที่เข้มแข็ง ซึ่งจากที่ฟังมา ดูเหมือนตอนนี้ทีมแพทย์จะเข้มแข็งในด้านการทำงานเชิงรุก เรื่องการดูแลผู้ป่วยระดับชุมชน แต่ยังไม่เชื่อมต่อการทำ Primary Prevention ซึ่งจะต้องทำให้มันต่อกันให้ได้ ถ้ายังต่อกันไม่ได้ เราก็จะต้องใช้งบประมาณอีกเป็นจำนวนมากที่จะมาดูแลผู้ป่วยที่ได้มาจากการคัดกรองต่างๆ

พญ.สกาเวเดือน นำแสงกุล

โรงพยาบาลนครบุรี อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดนครราชสีมา

ขออนุญาตใช้สิทธิ์พาดพิง 2 เรื่อง

เรื่องที่ 1 คือ ผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล ในพื้นที่ของเรามีผู้สูงอายุหลายคนที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ จนตอนนี้สามารถเดินได้แล้ว แต่การจะเกิดรูปแบบอย่างนี้ได้ เราต้องมองให้เห็นว่า ใครที่เป็นผู้มีส่วนร่วม อย่างที่ได้กล่าวไป สหวิชาชีพของเราคือทุกคน และ ‘ทำที’ เป็นเรื่องสำคัญ ทุกวันนี้หมอเอง แพทย์จะเป็นลูกน้องแกนนำ เขาสามารถใช้งานเราได้ในเรื่องที่จำเป็น ดังนั้นถ้าเรามีทำทีที่ดี ไม่วางตัวอยู่เหนือกว่าเขา เป็นเพื่อนร่วมงานจริงๆ ไม่ใช่คนใช้ เขาก็จะ

สามารถลุกขึ้นมามีศักยภาพได้ แต่ก็ต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไขศักยภาพที่เขามีอยู่ด้วย อย่างป้าคนหนึ่ง เป็น อสม. มีงานเยอะมาก และมีความสุขหลายเรื่อง แต่พอต้องมาดูแลคนอายุ 2 คน แก่ก็มีความสุข เพราะคิดว่า การช่วยเหลือคนอื่นเป็นการได้รับ พอมีความสุข เรื่องต่างๆ ก็ดีขึ้น นี่เป็นมุมมองที่เกิดขึ้นในส่วนของผู้บริหารที่สาธารณสุข

และ เรื่องที่ 2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยง เห็นด้วยว่า โรคเรื้อรังมีความเป็นพลวัต (Dynamic) ตามชีวิตของคนๆ หนึ่งๆ ลงๆ ซึ่งเป็นธรรมชาติมาก มีปัจจัยมากมายที่เข้ามาเกี่ยวข้องต่อการมีชีวิตของคนหนึ่งๆ การจะบอกว่า น้ำตาลสูง แปลว่า ไม่ดีคงไม่ใช่ นั่นเป็นสิ่งที่ต้องเรียนรู้ แต่ปัญหาคือ เรามีเวลามากพอที่จะรับรู้เรื่องเหล่านี้หรือเปล่า ภายใต้ระบบบริการที่พูดแต่เพียงว่า ทุกอย่างต้องเร็วๆ

อันที่จริง การลงไปทำงานที่ รพ.สต. มีส่วนช่วยตรงจุดนี้ได้เยอะ เพราะเจ้าหน้าที่อสม.มีรู้จักชาวบ้านเกือบทุกคนว่าใครเป็นอย่างไร เราก็สามารถไปช่วยเหลือเขาได้ โดยการปรับบริการเพื่อให้เขาดูแลตัวเอง แต่เทคนิคการปรับของแต่ละคนไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับว่า เราจะ ‘อ่าน’ เขาออกไหม หรือควรจะไปคุยกับผู้ดูแลแบบไหน เพราะบางคนต้องขึ้นชมเชิซุ บางคนต้องดุ ขณะที่บางคนก็ต้องค่อยๆ พูด เป็นเรื่องที่ต้องเข้าใจบริบท แต่ปัญหาคือ นักศึกษาแพทย์ที่เรียนจบมาเข้าใจตรงจุดนี้มากน้อยแค่ไหน หรือแม้กระทั่ง เจ้าหน้าที่ รพ.สต.เอง มีทักษะใน

แลกเปลี่ยน เติมเต็ม

การรับฟังคนไข้ และเข้าใจคนอื่นมากน้อยเพียงใด ตอนนี้นอกเหนือจากการทำหน้าที่ในการรักษา เราจึงต้องคอยพัฒนาศักยภาพคนอื่นในเรื่องเหล่านี้ด้วย

สิ่งที่น่าสนใจคือ เจ้าหน้าที่ รพ.สต.หลายคน รู้สึกภาคภูมิใจที่ได้เรียนรู้และเติบโตมากขึ้น เคยถามเขาว่า รู้สึกเดือตร้อนไหมที่เราเอาคนไข้ลงมาอยู่ที่ รพ.สต. ซึ่งเขาก็ยกทั้งข้อดีและข้อด้อย แต่ไม่พูดเรื่องเหนื่อยเลยสักคำ จะพูดถึงแต่การพัฒนาระบบ อีกเรื่องคือ เขารู้สึกว่า ตัวเองเก่งขึ้น เมื่อก่อนคนไข้เบาหวานเดินเข้ามาหา เขาไม่รู้ว่า จะพูดอะไรกับคนไข้ แต่เดี๋ยวนี้รู้แล้ว คิดว่าถ้าเราทำแบบนี้ไปอีกสัก 5-7 ปีน่าจะวางงานตรงนี้ลงให้เขาทำแทนได้

ในส่วนของนักศึกษาแพทย์ ถ้าสถานศึกษาไม่เคยให้มุมมองเหล่านี้ หรือเขาไม่มีโอกาสได้พูดคุยกับผู้ป่วยในการทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพอย่างแท้จริง เรียนจบออกมาต้องเผชิญกับงานใหญ่ โดยไม่มีองค์ความรู้ ไม่มีทักษะ แล้วโรงพยาบาลชุมชนต้องมาทำหน้าที่รองรับ ในขณะที่แพทย์และเจ้าหน้าที่ก็มีน้อยอยู่แล้ว คงจะต้องเรียกว่า สihat เพราะฉะนั้นถ้าจะช่วยให้โรงพยาบาลชุมชนทำงานสบายขึ้น อยากขอให้ผลิตคนเก่งๆ ทางด้านนี้ออกมาด้วย ก็จะกรุณาเป็นอย่างมาก

นพ.มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถ้าจะให้ได้ดียิ่งขึ้น พวกเราน่าจะได้เตรียมประเด็นมาสำหรับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วย ไม่ใช่นั่งฟังแต่เพียงอย่างเดียว ซึ่งในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการพัฒนาหรือโครงการต่างๆ ข้อแรกที่ต้องตอบคือ สิ่งที่ทำมาได้ผลจริงหรือเปล่า ไม่อย่างนั้นเรื่องที่พูดกันก็เป็นแค่ความคิดหรือประสบการณ์เท่านั้น อันที่จริงต้องกล่าวให้ชัดด้วยว่า มันแก้ปัญหาได้หรือไม่ เพราะคำว่า ได้ผล อาจจะตีความไปคนละทิศละทาง

ข้อที่ 2 มาตรการหรือโครงการต่างๆ ที่นำมา สามารถครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมายได้จริงหรือเปล่า เพราะถ้าเป็นแค่กลุ่มเล็กๆ นั้น สามารถทำได้ไม่ยาก

และ ข้อที่ 3 เรื่องประสิทธิผล อะไรที่ทำได้ยาก แต่ต้องลงทุนเยอะ ก็คงทำได้ แต่ไม่น่าจะทำต่อ เพราะมันเหนื่อยเกินไป อาจจะหมดแรงเนื่องจากลงแรงเยอะ เพราะฉะนั้นโครงการที่คุ้มหมอสถาวรเดือนทำ จึงเป็นตัวอย่างของ ‘การกระจายแรง’ ไปให้คนอื่นไปทำแทน ซึ่งเป็นวิธีหาคนมาช่วยทำงานที่สามารถแก้ปัญหาได้ 2 ต่อ คือ 1) ทำให้โรงพยาบาลเหนื่อยน้อยลง และ 2) เป็นการถ่ายโอนอำนาจในการแก้ปัญหาไปให้ผู้ป่วยและญาติ อย่างที่ นายก อบต.โพหนอง พูดถึงเรื่องของการสร้างความเป็นเจ้าของ ซึ่งถือเป็นปัจจัยหนึ่งของความยั่งยืน

แลกเปลี่ยน เติมเต็ม

เพราะฉะนั้น ประเด็นเรื่องความยั่งยืนอาจจะเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่ต้องนำมาพิจารณาในการนำเสนอโครงการหรือผลงานต่างๆ ทั้งความยั่งยืนในเชิงกิจกรรม ว่ามีงบประมาณทำต่อหรือเปล่า เพราะโครงการโดยมากแม้จะทำได้ดีมาก แต่พองบประมาณหมด ก็จบกัน อย่างนี้ไม่ถือว่ามีความยั่งยืน และความยั่งยืนของผลที่เกิดขึ้น ยกตัวอย่างเช่น การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีความยั่งยืนหรือเปล่า หรือเกิดขึ้นเฉพาะตอนจัดเวที จัดกิจกรรม เท่านั้น อันนี้เป็นเรื่องที่ต้องพิจารณา

และสุดท้ายคือ บ้างเจอผลในระดับมาตรการต่างๆ ยกตัวอย่าง การควบคุมเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เช่น การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร ได้ผลจริงหรือไม่ ต้องวัดออกมาให้ได้ แม้จะบอกว่าชาวบ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้ว แต่ปรากฏว่า ไม่ได้มีการวัดค่าน้ำตาลในเลือด แล้วพอไปวัดจริงๆ กลับมากขึ้นกว่าเก่า เพราะฉะนั้น ประสิทธิภาพที่เกิดขึ้น จึงเป็นเรื่องที่ต้องคุยกันให้รอบคอบ ไม่อย่างนั้น สิ่งที่นำมาแลกเปลี่ยนกันก็จะกลายเป็นเรื่องที่คุยกันแล้วก็นำไปใช้ไม่ได้ผล เสียเวลาเปล่า เป็นสิ่งที่อยากฝากไว้

บางอรจิตต์ บำรุงสกุลสวัสดิ์

ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคี
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

ในส่วนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มองถึงทิศทางแผนของตนเอง ส่วนแรกเป็นงานที่ต้องขับเคลื่อนต่อคือ การพัฒนาระบบสุขภาพของท้องถิ่น หลังจากนั้นน่าจะสูงๆ และมีต้นทุนเพียงพอสำหรับการพัฒนา ในงานส่วนที่ อบต.หรือเทศบาลรับผิดชอบ ภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ณ ขณะนี้ อบต.หลายแห่ง มีกองสาธารณสุข เทศบาลก็มีเช่นเดียวกัน คิดว่าจำเป็นอย่างยิ่งที่ในระยะต่อไป จะต้องมีคนรับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขของ อบต.เป็นการเฉพาะ เพราะตอนนี้กลุ่มที่ขับเคลื่อนอยู่ ไปทำงานร่วมกับ รพ.สต.บ้าง โรงพยาบาลบ้าง หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบ้าง ซึ่งถ้าเขาเชื่อมกันได้ดีก็ไปได้ แต่การวางเรื่องระบบงานก็ยังมีอุปสรรค โดยเฉพาะการให้ความรู้ เปลี่ยนจาก ‘มวยวัด’ มาเป็น ‘มวยอาชีพ’ ส่วนนี้เราจะดำเนินการอย่างไร อาจจะต้องมีการอบรมหลักสูตรพื้นฐานเพื่อสร้างให้เกิดความเข้าใจ

การเข้ามาพัฒนาองค์ความรู้ให้เป็นระบบ จะไปเชื่อมโยงกับระบบของหน่วยบริการด้วย เพราะหลายอย่างที่ท้องถิ่น กับ รพ.สต. มาร่วมทำ ยังไม่ได้มองเป็นระบบเดียวกันเสียทีเดียวนัก บางทีก็เป็นโครงการที่ รพ.สต.ลงไปทำ หรือท้องถิ่นอาจจะดำเนินการเองบ้าง แต่

แลกเปลี่ยน เติมเต็ม

ถ้าเป็นระบบเดียวกัน อย่าง รพ.สต.มาดูแลเรื่องเบาหวาน ท้องถิ่นทำหน้าที่คัดกรองเสร็จ รพ.สต.มองเห็นระบบ ข้อมูลเดียวกัน ก็ส่งต่อไปยังระบบต่าง ๆ ถึงระดับผู้เชี่ยวชาญที่จำเป็นเฉพาะ ตลอดจนหน่วยสนับสนุน ให้เป็นเส้นทางเดียวกัน

ตอนนี้กองทุนของ อบต. ทุกปีจะมีการพัฒนาศักยภาพให้กับกรรมการกองทุนฯ ถ้าเราพัฒนาศักยภาพโดยมุ่งเป้าให้เชื่อมกับระบบด้วยจะดีหรือไม่ อาจจะเป็นเรื่องของหลักสูตร ซึ่งก็ต้องปรับ โดยเพิ่มเรื่องศูนย์เรียนรู้เข้าไป ให้ทุกอำเภอมีศูนย์เรียนรู้ และทุกคนมาเรียนรู้ที่อำเภอนี้ เพราะฉะนั้นอำเภอน่าจะเป็นสถานที่สำหรับสอนเรื่องงานบริการที่เป็นระบบเชื่อมโยงตรงนี้ได้

คิดว่า การจัดการดังกล่าว มีปัจจัยและโครงสร้างที่น่าจะพอไปได้ เพียงแต่ขอให้มีการเติมเต็มองค์ความรู้ในฝ่ายสาธารณสุข และฝ่ายสนับสนุนให้มากกว่านี้ อย่างกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ปัจจุบัน มีการอบรมกันบ่อยมาก และยังส่งเรื่องมาให้ สปสช.ช่วยส่งคนไปช่วยอบรมให้ด้วย ถ้านำมาทำรวมเป็นที่เดียวกันน่าจะดี

นายพตล ทรายมูล

รองประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพ

องค์การบริหารส่วนตำบลมะขุนหวาน อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

สิ่งที่พูดกันมาเหมือนจะเป็นคนละเรื่องเดียวกัน เหมือนการทำดนตรีเมดเลย์ แต่เราต่อเพลงกันกระตูกกระตัก ไม่มีความต่อเนื่อง โรงพยาบาลชุมชนก็ทำเรื่องโรคเรื้อรังกับชุมชน ท้องถิ่นก็พยายามจะทำเหมือนกัน แต่ขาดเรื่องกลไกการทำงาน น่าจะบูรณาการหรือเชื่อมโยงกับขอบข่ายอำนาจของท้องถิ่น เพราะเขามีหลักรับผิดชอบคือ ประชาชนในท้องถิ่นอยู่แล้ว

ต่อไปถ้าจะจัดงานประชุมในลักษณะนี้ น่าจะต้องมีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นมาร่วมด้วย เพราะเป็นผู้มีอิทธิพลกับท้องถิ่นมาก ตนเองเคยเป็นผู้บริหารท้องถิ่น กระทรวงอื่นสั่งไม่ค่อยไป แต่ถ้ากรมส่งเสริมฯ สั่ง นายก อบต.ทุกคนต้องไปเข้าร่วม

หน่วยงานในรัฐไทย จะบูรณาการกันได้ไหม กฎหมายที่มีมันเยอะเกินไปหรือเปล่า เหมือนกับตอนนี้เราทดลองนำผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มาออกกำลังกาย ก็มีคนตั้งคำถามว่า ทำไมเอาผู้ป่วยมาเป็นตัวละคร นั่นก็เพราะอาจจะสะท้อนให้คนที่ยังไม่ป่วยเห็นว่าอย่ารอให้ป่วยแล้วค่อยมาออกกำลังกาย ท้องถิ่นจึงเป็นเพียงสำคัญ

แลกเปลี่ยน เติมเต็ม

อีกตัวหนึ่ง ถ้าเกาะติดกับงานด้านสุขภาพ เชื่อว่า งานด้านสาธารณสุขของประเทศไทยเปลี่ยนโฉมแน่นอน

เมื่อเชื่อมมาถึง รพ.สต. ชื่อก็บอกอยู่แล้วว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังนั้นนิยามของ รพ.สต.เปรียบได้กับการเอาที่นอนของประชาชนมาเป็นเตียงโรงพยาบาล และท้องถิ่นเราเองมีเจ้าหน้าที่มาช่วยทำงานเยอะมาก ถ้าจัดการเป็น ทั้ง กำนัน อบต. ฯลฯ น่าจะมาเป็นระบบแลกเปลี่ยน โดยจะให้มาทำหน้าที่เป็นพนักงานเงินรถหรือพนักงานทั่วไปก็ได้ ซึ่งความจริง พนักงานทั่วไป คือ ประชาชนทั้งหมด ที่จะปรับเปลี่ยนมาทำงานส่งเสริมสุขภาพ เรามีความตั้งใจอยากให้หมอปประจำตัวคน ซึ่งถ้าทำจริง ๆ ทำไม่ได้หรอก ประเทศไทยผลิตหมอกคนต่อคนไม่ไหว แต่เราต้องทำให้เขาเป็นหมอรักษาตัวเขาเอง

อาจารย์ประเวศให้แนวคิดไว้ว่า การทำงานสาธารณสุขไม่ใช่เรื่องยาก แต่ต้องทำอย่างต่อเนื่อง ปรับวิธีคิด ออกแบบการทำงาน เพราะมันไม่เกี่ยวกับโรค แต่เกี่ยวกับระบบที่มาเชื่อมโยงกัน ว่าเราอยากเห็นระบบสุขภาพของประเทศไทยเป็นอย่างไร เหมือนที่ทาง สปสช.บอกว่า ต้องพัฒนาศักยภาพของบุคลากร ถ้าไม่มีบุคลากรก็แก้ปัญหาไม่ได้ เรามีรถยนต์แต่ไม่สอนคนขับรถยนต์ ก็ใช้ไม่เป็น

กรรมการของ รพ.สต.แต่ละแห่ง ณ ขณะนี้ มีศักยภาพเพียงพอหรือยังที่จะมาส่งเสริมสุขภาพภาคประชาชน เราจะทำอย่างไรให้

ประชาชนลุกขึ้นมาจัดการสุขภาพของตัวเอง อยากให้มีการเชื่อมโยงส่วนที่เกี่ยวข้องเข้าด้วยกัน เพราะสงสารกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งต้องทำงานเหนื่อย ถ้าเรากระจายความเสี่ยง แบ่งกันเหนื่อยก็คงยังพอรับไหว

สุดท้าย เรื่องที่อยากจะแลกเปลี่ยนในส่วนที่มาเกี่ยวข้องกับการจัดการส่งเสริมสุขภาพผ่านระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพ ถ้ามองว่า เงิน 40 บาทต่อหัว ที่ สปสช.ให้มา เพียงพอไหม ตอบได้ว่า ไม่พอ แต่ถ้าเราใช้เงิน 40 บาทให้เป็น มันก็พอ หรือถ้าไม่มี ก็ไปทำการค้นหา แต่ละหมู่บ้านทั้ง 8 หมู่บ้าน ตอนนี้มีเงินกองทุนหมู่บ้านอยู่ล้านกว่าบาท อย่างน้อยรวมแล้วก็มี 8 ล้านบาท เราต้องใช้ศักยภาพบริบทของชุมชน เป็นตัวขับเคลื่อน ช่วยเหลือตัวเองก่อน เพราะสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน หมอที่ดีที่สุดก็คือ ตัวเรา ถ้าหมอจ่ายยา มาแต่เราไม่ยอมกินยาตามที่หมอแนะนำ ก็ไม่มีทางหาย คนที่จะทำให้เรารักษาตัวเองได้คือตัวเรา และงานที่ทำอยู่นี้เป็นยาเสพติด หยุดไม่ได้ ทรายที่ยังมีอยู่ ก็พร้อมที่จะช่วยกันต่อไป

แลกเปลี่ยน เติมเต็ม

นางภัทรารินทร์ คุณารูป สาธารณสุข อบต.ดอนแก้ว จังหวัดเชียงใหม่

งานสาธารณสุขของเรามีการถ่ายโอนมาอยู่กับท้องถิ่นตั้งแต่ปลายปี 2551 มีความสุขดีมาก เพราะท้องถิ่นสามารถสนับสนุนเราได้ทุกอย่าง และตอนนี้ทาง อบต.ดอนแก้ว มีการจ่ายเงินสมทบให้กับกองทุนหลักประกันสุขภาพ มากถึงร้อยละ 50

งานที่ทำส่วนมากจะต้องพึ่งคนให้ลงไปช่วยกันทำงาน อย่างที่บอกว่า ‘All for Health’ ฉะนั้นการพัฒนาศักยภาพของคนจึงเป็นเรื่องสำคัญที่สุด เงิน 40 บาทต่อหัว ของ อบต.ดอนแก้ว จึงนำไปพัฒนาคนให้ช่วยเหลือตัวเอง โดยตอนนี้เรามีคลินิกอยู่ในชุมชน ทำให้ชาวบ้านไม่ต้องเดินทางมาเจาะเลือดที่โรงพยาบาล

ชาวบ้านบางคนบอกว่า รพ.สต. หมายถึง ‘โรงพยาบาล 2 เตี้ยง’ อย่างนั้นหรือ เราบอกว่า ไม่ใช่ แต่จะว่าเป็นโรงพยาบาล 2 เตี้ยงก็ได้ คือ มีเตี้ยงที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง และในหมู่บ้านอีกแห่งหนึ่ง เหมือนการทำบ้านให้เป็นโรงพยาบาล ก็ตีความหมายให้กับเขาอย่างนี้

นอกจากนี้ เรามีการสร้าง อสม.ให้มีความเชี่ยวชาญด้านเบาหวานและความดันโลหิตสูง ประจำอยู่ทุกหมู่บ้าน เรียกว่า อาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (อสม.ช.) ด้านเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยทุก 2 เดือน จะเชิญวิทยากรจากวิทยาลัยพยาบาล

บรมราชชนนี เชียงใหม่ และโรงพยาบาลนครพิงค์ มาให้ความรู้แก่อสม.ช. ซึ่งตอนนี้เขาสามารถทำงานแทนเจ้าหน้าที่ได้หมดแล้ว รู้สึกภูมิใจมาก น่าจะนำมาพูดคุยเป็นตัวอย่างในการปฏิบัติต่อไป

นพ.ภูวนนท์ เอี่ยมจันทร์ สสช.เขต 2 จังหวัดพิษณุโลก

ขอต่อ ยอดเกี่ยวกับประเด็นการจัดการสุขภาพชุมชน ว่าควร จะอยู่ที่ตรงไหน ถ้ามองให้เห็นถึงความตั้งใจของท้องถิ่นที่จะมาดูแล เรื่องเหล่านี้ อันที่จริง การจัดการโรคเรื้อรังมีอยู่ 3 เรื่องใหญ่ คือ 1) ทำอย่างไรไม่ให้เป็น 2) เป็นแล้วทำอย่างไรจะได้รับการดูแลรักษา และ 3) เป็นแล้วจะป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรงมากกว่าที่เป็นอยู่เดิม ได้อย่างไร ซึ่งทั้ง 3 ประเด็นนี้ ท้องถิ่นจัดการได้ทั้งหมด

เรื่องของโรคเรื้อรัง สามารถจัดการได้ที่ท้องถิ่นและชุมชน เพราะเป็นโรคที่เป็นปัญหาเรื่องพฤติกรรม ไม่ใช่การใช้ยา จึงน่าจะ ให้คนที่มองเห็น หรือดูแลเรื่องพฤติกรรมของคนมาเป็นคนจัดการ เป็นไปได้ไหมที่ท้องถิ่นจะสามารถรับรู้ ว่า คนๆ นั้นมีสถานะเกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรังในชุมชน และต้องการการดูแลลักษณะไหน จะป้องกันไม่ ให้กลายเป็นกลุ่มเสี่ยง หรือทำอย่างไรให้เขาได้รับการรักษา ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้

แลกเปลี่ยน เติมเต็ม

เราน่าจะต้องมี ‘ผู้จัดการ’ อยู่ในท้องถิ่น เหมือนที่คุณหมอสุภัตราพยายามทำเรื่อง ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Manager) ในโรงพยาบาลชุมชน อยากรักษาพยาบาลอยู่ที่ อบต. แล้ว รพ.สต. จะเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งก็ได้ และเรายังมีกำลังคนอยู่ในท้องถิ่นอีกเยอะ ทั้งอาสาสมัคร ญาติผู้ป่วย กลุ่มคนที่เจ็บป่วย ถ้าให้ท้องถิ่นเป็นคนจัดการนำทรัพยากรเหล่านี้ มาดูแลทั้ง 3 เรื่อง คนจะสามารถเข้าถึงบริการได้ อย่างไรก็ตาม เรื่องนี้ต้องการความท้าทาย และความตั้งใจอย่างเต็มที่ของท้องถิ่น ถ้าท้องถิ่นตั้งใจคิดว่าทำได้ไม่ยาก

พญ.สุภัตรา ศรีวัณนิชชากร

ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

สปสช. อาจจะต้องเปลี่ยนวิธีทำสัญญา (Contract) โครงการใหม่ แทนที่จะทำกับหน่วยบริการด้านสุขภาพเพียงส่วนเดียว ก็อาจจะต้องเปลี่ยนไปทำเพิ่มเป็นเครือข่ายกับ อบต. หรือชุมชน แล้วมอบงบประมาณให้เป็นก้อน พร้อมกับผลลัพธ์ที่ต้องการให้บรรลุผล แล้วให้เขาไปหาวิธีการเองว่าจะทำให้เกิดผลได้อย่างไร แล้ววัดผล ให้เป็นผลลัพธ์ที่พฤติกรรมของประชาชนต้องการทำให้เกิดอะไรขึ้นบ้าง ซึ่งเป็นคนละรูปแบบกับการให้เป็นงบประมาณตามกิจกรรม ถือเป็นกาหดลองหาวิธีการจัดสรรเงินแบบใหม่สำหรับ สปสช. ในทศวรรษที่ 2

พญ.สุกัญญา หังสพฤกษ์

โรงพยาบาลองครักษ์ จังหวัดนครนายก

เมื่อพูดถึงเรื่องสุขภาพชุมชน มีความเชื่อมั่นว่า ชุมชนมีศักยภาพ เพียงตกผลึกจากการไปดูงานที่ชุมชนปากห้วย จังหวัดปราจีนบุรี ซึ่งเขาจัดการเรื่องโรคเรื้อรังได้ดี และแสดงผลลัพธ์ (Outcome) ให้เห็นว่าโรคเบาหวานลดลงจริง ๆ โดยใช้แนวความคิดการจัดการสุขภาพชุมชนตามแนวทางขององค์พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว

ชุมชนแห่งนี้มีองค์ประกอบหลายอย่างที่ทำให้มีความเข้มแข็ง และมีความพร้อมเพียงพอในการจัดการสุขภาพ โดยเขาไม่ได้พึ่งประเด็นว่า วันนี้ชุมชนจะต้องมาดูแลเรื่องสุขภาพ แต่ไปทำเรื่ององค์ประกอบต่างๆ ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ อาชีพ ฯลฯ จนกระทั่งสุดท้ายก็ทำให้เกิดความพอเพียงและสุขภาพที่ดีขึ้นในชุมชน

ย้อนกลับมาคิดถึงคนไข้เบาหวานที่เราดูอยู่ ซึ่งมีทั้งกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาและควบคุมได้ และกลุ่มผู้ป่วยที่ยังรักษาและควบคุมไม่ได้ ซึ่งจากประสบการณ์ส่วนตัว มักจะเป็นกลุ่มที่มีปัญหาความพร้อมในด้านต่างๆ ทำให้มีความทุกข์ ภาวะซึมเศร้า และไม่มีการใส่ใจจะดูแลตัวเอง แล้วเราจะทำอย่างไร ในฐานะผู้ปฏิบัติก็คงต้องอยู่บนความพร้อมของตนเอง เพราะตัวชี้วัดจากภาครัฐ ซึ่งมองจากระดับบนลงมา กำหนดตัวชี้วัดเป็นรายโรค แต่ยังไม่มิตัวชี้วัดที่บอกว่า ถ้าพื้นที่นี้

แลกเปลี่ยน เติมเต็ม

สามารถทำเรื่องการดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้น จะมี On top payment⁵ เหมือนกับโรคอื่นๆ รพ.สต. และท้องถิ่น พยายามจะดูแลผู้ป่วย แต่ปัจจัยในส่วนที่ยังไม่มีความพร้อมเพียงพอ ก็อาจจะทำให้เป็นอุปสรรค อย่างไรก็ตาม ขอขอบคุณเวทีนี้ที่มาช่วยสร้างให้มีกำลังใจในการทำงานมากขึ้น

นพ.เตชา แซ่หลี่

โรงพยาบาลกะพ้อ จังหวัดปัตตานี

ขอแยกมองเป็น 2 ด้าน ในระดับมหภาคและจุลภาค

โดยถ้ามองระดับมหภาค อาจจะต้องกำหนดบางเรื่องให้เป็นนโยบาย อย่าง Metabolic Syndrome หรือโรคอ้วนลงพุง ซึ่งเริ่มจะ

⁵ งบประมาณที่ศักยภาพบริการปฐมภูมิ (On top payment) เป็นค่าบริการเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิมาตรฐานตามประกาศสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2554 ข้อ 5.4 เพื่อจ่ายชดเชยค่าบริการเพิ่มเติมให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิ (สถานีอนามัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชน และคลินิกชุมชนอบอุ่น) ที่มีการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพบริการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด เป็นการสร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลแม่ข่ายพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย เพิ่มความเป็นธรรมในระบบบริการ และส่งเสริมการใช้บริการใกล้บ้านใกล้ใจของประชาชน (www.nkpmoph.go.th)

มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขกับออกไว้แล้วว่า จะเป็นภาระทางการเงินของประเทศ ดังนั้นกลยุทธ์หรือยุทธศาสตร์ทางด้านส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) หรือการป้องกัน (Prevention) ถ้ามองเรื่องของทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource) เป็นไปได้ไหมที่เราจะสร้างให้มีกลุ่มคนที่เป็นนักศึกษานักปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นักโภชนาการ ที่ลงลึกเป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้าน Metabolic Syndrome เพราะตอนนี้เราปล่อยให้ใครที่มีศักยภาพก็พัฒนาตัวเองไป จึงอาจจะต้องมองในเชิงนโยบายเพิ่มขึ้นไปด้วย ไมอย่างนั้นถ้าให้แต่ละองค์กรในพื้นที่ซัพกันเองก็อาจจะล่าช้า แต่หากมีคนฝึกฝนมาด้านนี้เป็นการเฉพาะ คนกลุ่มนี้จะสามารถทำหน้าที่ในเรื่องซึ่งโรงพยาบาลหรือ รพ.สต.อาจจะยังไม่เห็น

อีกเรื่องคือ น่าจะมีการสังเคราะห์องค์ความรู้ ถอดประเด็นจากเวทีวันนี้ เพื่อนำเอากระบวนการไปทำงานต่อในพื้นที่ หน้าที่ของโรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลกมีโปรแกรมเรื่องโรคเบาหวานที่ดีมาก ถ้าอยากจะนำปรับใช้ให้เข้ากับโปรแกรมที่มีอยู่ในโรงพยาบาลอื่น จะมีองค์กรไหนเข้ามาช่วยเราได้บ้าง หรือองค์ความรู้ดีๆ อย่างคู่มือของโรงพยาบาลนครบุรี ก็น่าจะรวบรวมเอาไปใช้ประโยชน์ต่อได้

ส่วนระดับจุลภาค ในฐานะที่ทำงานอยู่ในชุมชน สิ่งที่เราทำบางทีก็ตอบโจทย์ชุมชนไม่ได้ อย่างพื้นที่ที่ตนเองทำงานอยู่ ชาวบ้านเป็นมุสลิม กินอาหารเค็ม คือ น้ำบูดู แต่เราไม่มีองค์ความรู้ที่จะเข้าไป

แลกเปลี่ยน เติมเต็ม

แนะนำ แม้แต่จะถามนักโภชนาการในพื้นที่ว่า จะวิเคราะห์ปริมาณโซเดียมที่อยู่ในน้ำบูดูออกมาได้อย่างไรบ้าง หรือตอนทำแผนที่ผลลัพธ์ (Outcome Mapping) ก็จะมีชาวบ้านบอกว่า รู้ดีทั้งหมด แต่ทำไม่ได้ หมอช่วยหาวิธีการให้หน่อย อยากกินปลาเค็ม แต่จะทำอย่างไรให้ปริมาณโซเดียมลดลงมา ตรงนี้เป็นประเด็นเกี่ยวกับองค์ความรู้ที่ต้องปรับเข้ากับบริบทและพฤติกรรมของคนในชุมชน บางทีเราเข้าไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ได้ เพราะเขากินมาตั้งแต่เด็ก ลิ่นรับรัฐมาอย่างนี้ แต่จะทำอย่างไร ที่จะมอบคุณความรู้ด้านโภชนาการเข้าไปปรับให้เข้ากับพฤติกรรมของเขา เป็นยุทธศาสตร์อันหนึ่งที่ต้องทำกับคนพื้นที่ เราอยากจะมีช่องทางไปหาความรู้และมีคนให้คำปรึกษาได้

อพ.ระวี สิริประเสริฐ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี

จากที่คุณหมอสุกัญญา พุดถึงชุมชนปากห้วย จังหวัดปราจีนบุรี เป็นหมู่บ้านที่แปลกตรงที่ดำเนินงานโดยผู้นำชุมชนซึ่งไม่มีตำแหน่ง ไม่ใช่กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หรือ อบต. และสิ่งที่ทำเป็นเรื่องของวิถีชีวิต

วิถีชีวิตของชุมชนปากห้วย เขาเป็นชุมชนเกษตรกรรม กินอยู่แบบธรรมชาติ ส่วนใหญ่มีผักสวนครัวรั้วกินได้ และทำสวน เขาทำแล้วก็กิน ชวนกันกิน มีผู้นำชวนกิน ที่สำคัญคือ มีเงินออมชุมชน คนที่นี่ไม่

เป็นหนี้ และเขาแต่งตัวไม่เหมือนคนข้างนอก ถ้าพวกเราไปเห็น อาจจะมีมองว่า ค่อนข้างโทรม ไม่เหมือนกับในหนังโฆษณาแน่นอน แต่นี่เป็นวิถีชีวิตที่แท้จริง ถ้าเราทำตามได้ มันได้ผลแน่ๆ

แล้ววิถีชีวิตแบบนี้จะฟื้นฟูกลับมาในสังคมได้อย่างไร

ถ้าเปรียบโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นวิถีชีวิต มันจะคล้ายกับการที่เราไม่เป็นหนี้ได้ไหม ถ้าอยากจะทำอะไร เราเก็บเงินเอง โดยไม่ต้องกู้ได้หรือเปล่า หากย้อนกลับมาที่ประเด็นสุขภาพก็คือ เราไม่กินหวานได้ไหม แต่เพราะเราอยากมีความสุขเดี๋ยวนี้ เนื่องจากกลูโคส (Glucose) ขึ้นสมอง จะทำให้มีความสุขทันที แล้วเราก็ตัดมัน

ชุมชนปากห้วยเป็นแค่หนึ่งในหลายหมู่บ้านที่สามารถจัดการเรื่องนี้ได้ แต่ในระดับประเทศเราจะแก้ไขปัญหากันอย่างไร ประเด็นก็คือ คงจะต้องเปลี่ยนตั้งแต่รากฐานความคิด ตอนเป็นนักเรียนแพทย์ เวลาพูดถึงโรคเบาหวานจะมีอยู่ 3 เรื่องหลักคือ 1) โรคนี้ไม่รู้สาเหตุ 2) รักษาไม่หาย และ 3) ต้องกินยาตลอดชีวิต แพทย์ทั่วโลกต่างพูดเหมือนกันหมด ไม่มีใครคัดค้าน บริษัทยาก็ได้ขายยา บริษัทธุรกิจอาหารก็ได้ขายอาหารหวาน-มัน-เค็ม สรุปแล้วคนทั่วโลกก็ไปนั่งรอให้แพทย์รักษา ยอมตื่นตั้งแต่ตี 3 เพื่อไปรับยาและพบแพทย์ 1 นาที กระแสทุกอย่างมันสมประโยชน์กันหมด มีเอกภาพสูงสุดทั้งโลก คนทั้งโลกต่างตกเป็นเหยื่อ

แลกเปลี่ยน เติมเต็ม

ทางเลือกก็คือ เราต้องเปลี่ยนความคิดใหม่ว่า โรคนี้รู้สาเหตุแล้ว สาเหตุก็คือ 3 อ. 2 ส. (3 อ. คือ อาหาร-ออกกำลังกาย-อารมณ์ และ 2 ส. คือ ลดเลิกสูบบุหรี่-สุรา) และแน่นอน ไม่ได้รักษาด้วยยา แต่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเอาชุมชนมาเป็นฐาน

วิถีชีวิตของคนสมัยนี้ จะเห็นว่า ร้านกาแฟสดในเมืองมีอยู่ทุกซอย ร้านสะดวกซื้อมีอยู่ทุกที่ โฆษณาในโทรทัศน์ก็จ้องจะเอาเงินจากกระเป๋า มีใครบ้างจะยอมเก็บหอมรอมริบ ทุกคนก็กู้กันหมด เรื่องนี้จึงยากพอๆ กับการทำให้ข้าราชการไม่เป็นหนี้ แต่ถ้าใครก็ตามที่ยอมขอมช่อ ก็จะไม่รอด

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหาร เราจึงต้อง ‘ยอมอิม’ ถามว่า วัดความอิมด้วยอะไร ในยุคก่อนที่มีน้ำตาลทรายเกิดขึ้น เขาเรียกว่า อิมท้อง คือ อิมที่ท้อง แต่เดี๋ยวนี้มี 2 อิม คือ ท้องอิมแล้วแต่สมองไม่อิม เพราะสมองติดสุขจากความหวาน สังเกตจากหลังกินข้าว แม้จะอิมท้องแต่ก็ไม่หน้าใจ ต้องกินของหวานต่อจนกระทั่งปริมาณกลูโคสได้ระดับ ดังนั้นเราต้องทำใจที่จะลดความสุขเดี๋ยวนี้ลง

และสุดท้าย โรคนี้รักษาหาย มีหนังสือเล่มหนึ่งของ คุณหมอบุญชัย อิศราพิศิษฐ์ ชื่อว่า ‘พิชิตโรคร้าย...โดยไม่ใช้ยา’ บอกไว้ว่า ถ้าเราเปลี่ยนโปรแกรมของการรักษาโดยรับประทานอาหารตามที่เขียนไว้ในหนังสือ จะทำให้เห็นผลได้ภายในเวลา 1-2 อาทิตย์ แต่คำว่า

รักษาหาย นั้นมีหลายแบบ เหมือนหกล้มขาแพลง บอกว่า หายแล้วก็สามารถเป็นใหม่ได้ โรคเรื้อรังเหล่านี้ก็เช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตามถึงตอนนี้ก็ยังนึกไม่ออกว่าจะทำอย่างไร คนทั่วไปถึงจะยอมขอมช่ออย่างคนบ้านปากห้วยได้



ปิดท้าย: ประเด็นสู่ การขับเคลื่อนเชิงนโยบาย

ศ.เกียรติคุณ นพ.ประเวศ วะสี
นกรรมการสภามหาวิทยาลัยพุทธทศวรรษ
มหาวิทยาลัยมหิดล

จากที่ฟังท่านปลัด อบต.พูดถึงบทเรียนของ อบต.มะขุนหวาน ในส่วนกองทุนหลักประกันสุขภาพ เหมือนกับว่า เงินยังไม่ค่อยพอใช้ มีอยู่เรื่องหนึ่งซึ่งทุกตำบลน่าจะลองทำเพิ่มเติม คือ สถาบันการเงินของชุมชนระดับตำบล ซึ่งสามารถติดต่อกับธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธ.ก.ส.) ที่ดูแลเรื่องนี้ได้อยู่ได้ เพราะตกลงกันได้ว่าจะใช้ ธกส.ของทุกจังหวัดไปทำงานร่วมกับ อบต.

ตัวอย่างจากสถาบันการเงินชุมชนระดับตำบลที่ทำแล้วประสบความสำเร็จ พบว่า มีเงินร่อยกว่าล้านบาท ใช้ไม่หมด ซึ่งได้จากการออม กู้ไปลงทุน และการทำเรื่องสวัสดิการ การศึกษา อาชีพ สารพัดอย่าง จนกลายเป็นกลไกที่สำคัญ เหมือนธนาคารของประชาชน และเป็นเครื่องมือที่ช่วยกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ในชุมชน ฉะนั้นเครื่องมือเชิงสถาบันของประชาชนจึงมีความสำคัญ

ขอเรียนย้ำว่า ภาครัฐกับภาคธุรกิจมีเครื่องมือเชิงสถาบัน เยอะ แต่ภาคประชาชนซึ่งเป็นภาคที่สำคัญที่สุด ยังขาดเครื่องมือเชิงสถาบัน เพราะฉะนั้นถ้าเรามีตรงนี้และจัดการได้ดี อันที่จริงแล้ว

จัดการได้ดีกว่าธนาคารพาณิชย์เสียอีก เพราะเขารู้จักคนในชุมชน หนี้สูญหรือ NPL (Non Performing Loan) เกือบจะไม่มี เพราะเป็นกระบวนการทางสังคม แล้วเงินก็ใช้ไม่หมด มีแต่จะเพิ่มขึ้น ฉะนั้นทาง อบต.อาจจะลองติดต่อเรื่องนี้กับ ธกส. เพราะอย่างไรเสีย สปสช.คงมีเงินไม่พอ เราจึงต้องมีกลไกทางการเงินตัวนี้เข้ามาช่วย

แนวคิดสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขานั้น ประกอบด้วย ภาควิชาการ คือ รพ.สต. ภาคชุมชน คือ ประชาชน และภาครัฐหรือท้องถิ่น คือ อบต. ซึ่งอยู่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด เราต้องทำงานร่วมกัน เพราะฟังจากที่เล่ามา ถ้าขาดท้องถิ่น รพ.สต. หรือชุมชนไปย่อมจะไม่ได้ เราต้องพยายามเสริมเพิ่มเติมเข้าไปเรื่อยๆ เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์

ส่วนบทเรียนของโรงพยาบาลนครบุรี เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นที่รู้จักกันทั่วโลกว่าเป็นเรื่องยาก เพราะเป็นโปรแกรมที่เกิดขึ้นช้าๆ ในสมอง ไม่ต้องคิดอะไร เป็นไปโดยอัตโนมัติ เมื่อนานมาแล้ว เคยมีกรณีหนึ่งเกี่ยวกับที่ปรึกษาใหญ่ของผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกจากประเทศอิสราเอล ซึ่งลูกสาวติดบุหรี่ พ่อบอกให้หยุดอย่างไรก็ไม่หยุด แต่เขาชอบว่ายน้ำและอยากเป็นแชมเปียน ครูว่ายน้ำจึงบอกว่า คุณต้องเลือกเอา จะสูบบุหรี่หรือเป็นแชมเปียน เพราะเป็นทั้งสองอย่างไม่ได้ เขาถึงหยุดสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ดังนั้นต้องมีอะไรทำทลาย ซึ่งเรื่องนี้แต่ละพื้นที่คงต้องไปทดลองกันเองว่า ใครจะมีกลเม็ดเด็ดพรายอย่างไรในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น การสาบาน แสดงเจตนารมณ์ร่วม รดน้ำมนต์ ฯลฯ อย่างของฝรั่ง สิ่งทีกลัวที่สุดคือ การเสียเงิน แต่คนไทยกลัวหรือเปล่าไม่รู้ แต่ละแห่งคงต้องทดลองกันดู และนำมาแลกเปลี่ยนกัน

ขอเล่าของแถมหนึ่งเกี่ยวกับท่านอาจารย์พุทธทาส ซึ่งป่วยเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีลูกศิษย์ท่านหนึ่งเป็นหมอบอกที่ห้องครัวว่า อย่าทำอาหารหวาน-มัน-เค็มไปถวาย โดยไม่ได้บอกท่าน ท่านก็ไม่ได้ว่าอะไร แต่เป็นของที่ท่านชอบทั้ง 3 อย่าง คราวหนึ่ง มีคนแอบเอาปุ๋ยมันไปถวาย ท่านก็ฉันทะใจ แล้วก็บอกว่า เอ๊ะ ใครนะเห็นใจเรา คงนึกภาพออกว่า เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นเรื่องยากแค่ไหน ไม่ใช่เป็นเรื่องง่ายที่ไปพูดอะไรแล้วมันจะเกิดต้องดูเหตุปัจจัย

นานแล้วเคยได้ยินคนคุยกัน หนึ่งในนั้นเป็นอดีตรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นเจ้าของบริษัทค่าน้ำตาล เขาคุยกันถึงตัวเลขว่า คนไทยกินน้ำตาลเท่าไร ยังสามารถกินเพิ่มได้ จะทำอย่างไรให้คนกินน้ำตาลเพิ่มขึ้นอีก เพราะฉะนั้นเรื่องนี้ไม่ใช่ธรรมดา มันมีคนมากกว่ากับพฤติกรรมอีกทีหนึ่ง แล้วในระบบบริโภคนิยม ความดีเกิดขึ้นได้ยากมาก เพราะระบบเศรษฐกิจต้องอาศัยการกระตุ้นการบริโภค การจะรักษาระดับของเศรษฐกิจไว้ ต้องไปเชื่อมโยงกับผลประโยชน์ของผู้คนเป็นจำนวนมาก

มาถึงบทเรียนของโรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก เป็นตัวอย่างที่ผู้เชี่ยวชาญ (Specialist) ทุกสาขาน่าจะลองตั้งคำถามว่า ทำอย่างไรคนที่ป่วยเป็นโรคที่เราเชี่ยวชาญจะได้รับการดูแลรักษาที่ดี ซึ่งมันไม่ได้เสียหายกับความเป็นผู้เชี่ยวชาญระดับสูงของเรา

กรณีของโรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลกเป็นตัวอย่างที่ดีในการมองยาวตลอดลงไปในทุกๆระดับ จากการบริการระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) ลงไปทุติยภูมิ (Secondary Care) จนถึงปฐมภูมิ

(Primary Care) กระทั่งถึงประชาชน เราอยากเห็นผู้เชี่ยวชาญทุกคนเป็นอย่างนี้ ไม่ได้แยกกันว่าอันนี้ต้องการบริการปฐมภูมิ หรืออันนั้นไม่ใช่ ต้องทำต่อเนื่องกัน คงเป็นเรื่องที่จะพยายามพัฒนาต่อไป

จุดหนึ่งที่สำคัญจากที่นั่งฟังมาทั้งหมด ถ้าตัวประชาชนเขามีความรู้ดี เข้าใจเรื่องราวต่างๆ ได้ดี จะเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญ ลองช่วยกันคิดว่า ทำอย่างไรเราจะส่งเสริมให้ประชาชนกลุ่มหนึ่งมีความรู้ และรวมตัวเป็นเครือข่ายของประชาชนที่มีความรู้เรื่องเหล่านี้ดี จากนั้นตัวของเขาเองก็จะเป็นกำลังไปส่งเสริมงานด้านสุขภาพ ซึ่งถือเป็นการจัดบริการที่ดีที่สุด ไม่ใช่ไปแต่โรงพยาบาลใหญ่ ซึ่งคนแน่นมาก และมีแต่ความรีบเร่ง ย่อมจะไม่ได้รับบริการบริการที่ดี

มีข้อเสนออีกอันหนึ่งว่า ในศตวรรษที่ 21 การผลิตบุคลากรด้านสุขภาพควรจะต้องเปลี่ยนใหม่ โดยใช้ระบบบริการเป็นฐาน และการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริงเป็นเรื่องสำคัญ ถ้าเราเรียนแต่วิชาการเรียนแต่วิธีคิด เราจะคิดสุดโต่ง คิดไม่จริง คิดโหดร้าย แต่ถ้าเราคิดว่าต้องทำงานให้สำเร็จ มันต้องคิดถึงความสำคัญของคนอื่น ดังนั้นต้องเคลื่อนย้าย (Shift) การเรียนรู้จากการคิดมากเกินไป มาเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง และวันข้างหน้า โรงพยาบาลชุมชนควรจะเป็นฐานของการเรียนรู้ให้กับนักศึกษาจากสถาบันต่างๆ

นอกจากนี้ น่าจะลองหาคำนำเรื่องราวดีๆ เหล่านี้มาทำภาพยนตร์ เพราะตอนนี้คนมีความทุกข์เยอะ นักการเมืองพูดแต่เรื่องปรองดอง แต่ยิ่งปรองดองก็ยิ่งทะเลาะกัน น่าจะได้ฟังเรื่องดีๆ คนจะได้มีความสุข แล้วนำไปฉายในโรงภาพยนตร์หรือทำเป็นแผ่นซีดีก็ได้ คนจะได้เห็นและมีความเชื่อว่า ความดีมีอยู่จริง ขณะนี้คนเสื่อมศรัทธา

ความดี เพราะโลกทุนนิยม บริโภคนิยม ที่มุ่งแต่กำไร เคยอ่านในหนังสือพิมพ์ บางคนรังเกียจเรื่องความดี ไม่มีศรัทธา การมีศรัทธาในความดีจึงเป็นเรื่องสำคัญ

อีกเรื่องคือ อยากจะฝากให้ นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งมานั่งอยู่ตรงนี้ช่วยคิดเรื่องการ Accredited หรือการรับรองระบบสุขภาพชุมชน หลังจากทำเรื่อง HA (Hospital Accreditation) ของโรงพยาบาล ตอนนี้อย่างไร เรารู้แล้วว่า ระบบสุขภาพชุมชน เป็นที่รวมของระบบการดูแลตัวเอง (Self Care) ครอบครัว (Family Care) และชุมชน (Community Care) ซึ่งสำคัญที่สุด ทำอย่างไรจะ Accredited ระบบนี้ได้ และน่าจะมีเงินรางวัลก้อนใหญ่ เพราะถ้าทำสำเร็จ จะช่วยประหยัดเงินที่เราต้องเสียไปจากระบบบริการที่ไม่ดี แล้วนำเงินส่วนนั้นมาสร้างแรงจูงใจ ให้เขาทำงานเชื่อมโยงกัน เพราะการที่ระบบจะดีได้นั้น ต้องทำงานเชื่อมโยงกันทั้งหมด ความจริงเรื่องนี้เราก็พอรู้อยู่บ้าง แต่ต้องการลงลึกไปในรายละเอียดที่จะวัดได้

ระบบสุขภาพที่ดีนั้น มีตัวอยู่ 3 ตัว เรียกว่า EQE

E ตัวแรกคือ Equity หมายถึง ทั่วถึง ส่วน Q คือ Quality หมายถึง คุณภาพ ซึ่ง 2 ตัวนี้พอจะมีเครื่องมือวัดได้ และ E ตัวท้ายคือ Efficiency หมายถึง ประสิทธิภาพ คือ การได้ผลคุ้มค่ากับค่าใช้จ่ายที่ลงทุนไปทั้งหมด

ตัวอย่างของประเทศสหรัฐอเมริกา เขาใช้เงินงบประมาณในเรื่องสุขภาพมากที่สุด สูงถึงร้อยละ 17 ของ GDP (Gross Domestic Product) มีเทคโนโลยีก้าวหน้า (Advance) มีบุคลากรที่ฝึกหัดมา

อย่างดี (Well-Trained) แต่ทั้งหมดไม่ได้การันตีเลยว่า จะมีระบบสุขภาพที่ดีที่สุด ระบบสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกาไม่ดี และมีปัญหาเยอะ มีคนบอกว่า ถ้าไม่ระวัง ประเทศไทยจะเดินตามรอยไปเป็นแบบนั้นได้ คือ เงินหมด เพราะว่า เฉพาะเงินที่นำมาดูแลข้าราชการ ณ ขณะนี้ก็สูงกว่า 6 หมื่นล้านกว่าบาทเข้าไปแล้ว ถ้าไม่รีบทำอะไร เงินประเทศนี้จะหมด และจะลำบากมาก เพราะคนไข้อยู่ แล้วจะทำอย่างไร จะเป็นแบบประเทศสหรัฐอเมริกา ที่ปัญหาลุกลามกลายเป็นปัญหาทางเศรษฐกิจที่แก้ไม่ได้ และเป็นปัญหาการเมืองต่อหรือไม่ อย่างนายบารัค โอบามา (Barack Obama) ประธานาธิบดี ก็ถูกหลายรัฐฟ้องร้องว่า ทำผิดรัฐธรรมนูญเรื่องสุขภาพ ดังนั้น สิ่งที่เรา กำลังพยายามทำอยู่ ล้วนแล้วแต่เผชิญกับความยุ่งยากซับซ้อนทั้งหมด

เมื่อสักครู่ อาจารย์ฉัตรเฉลิมพูดถึงคนอายุมากซึ่งกำลังเพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกันหมดทั่วโลก กับค่าใช้จ่ายที่ต้องเพิ่มขึ้น แล้วจะทำอย่างไรกันในอนาคต เป็นเรื่องที่ทำทายนมาก แต่สิ่งที่ประเทศไทยกำลังทำ เรามีการขับเคลื่อนในอีกรวงประชุมหนึ่งเรียกว่า ชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเองสู่การอภิวัฒน์ประเทศไทย เพราะไม่คิดว่าทำอะไรกันข้างบนแล้วจะสำเร็จประโยชน์ได้ ต้องไปให้ถึงชุมชนทั่วประเทศ 80,000 หมู่บ้าน ให้สามารถจัดการตนเองพัฒนาอย่างบูรณาการได้ เพราะเรื่องที่เราพูด หลายเรื่องเชื่อมโยงกับเศรษฐกิจ สังคม ตนเองเป็นหมอดูแลคนไข้โรคฮีโมฟีเลีย (Hemophilia-โรคเลือดออกง่าย หยุดยาก) เวลาที่เขาอยากจน ไม่มีเงินในกระเป๋า

เลือดจะออกเยอะ แต่ถ้ามีสตาจ์ ใจเย็น เลือดไม่ค่อยออก โรคเบาหวานก็เหมือนกัน เวลาเครียด ระดับน้ำตาลในเลือดจะขึ้น

เพราะฉะนั้นเรื่องต่างๆ จะทำแยกส่วนไม่ได้ ต้องมีการพัฒนาอย่างบูรณาการ ซึ่งจะโยงกับเรื่องชุมชนจัดการตนเอง ท้องถิ่นจัดการตนเอง และไปเชื่อมกับเรื่องสุขภาพ กับการพัฒนาอย่างบูรณาการโดยเอาพื้นที่เป็นตัวตั้ง

สุดท้าย ขอขอบคุณทั้ง 3 ทีม และท่านทั้งหลายที่มาร่วมประชุมให้ความคิดเห็น หวังว่าเรื่องที่ได้รับฟังในวันนี้จะทำให้จิตวิญญาณ (Spirit) ของทุกท่านสูงขึ้นและขยายตัวไปเรื่อยๆ เพื่อร่วมสร้างประเทศไทยหัวใจมนุษย์

บทวนสถานการณ์การพัฒนาาระบบดูแลโรคเรื้อรังในชุมชน

เบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่ดื้ออ่อนไม่สามารถผลิตอินซูลินได้เพียงพอหรือร่างกายไม่สามารถใช้อินซูลินได้อย่างมีประสิทธิภาพทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งหากเกิดเป็นระยะเวลานานในผู้ป่วยเบาหวาน จะส่งผลให้เกิดความเสียหายต่ออวัยวะต่างๆ โดยเฉพาะระบบประสาทและหลอดเลือด ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น 2-4 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เป็นเบาหวาน

ความดันโลหิตสูง เป็นภาวะที่ระดับความดันโลหิต 140/90 มม.ปรอทหรือมากกว่า ซึ่งจะเป็นค่าบน คือค่าความดันที่หัวใจกำลังบีบตัว (Systolic pressure) หรือค่าล่าง คือค่าความดันที่หัวใจคลายตัว (Diastolic pressure) ก็ได้ โดยจำแนกระดับความรุนแรงที่ระดับความดันโลหิตทั้งสองค่าตามเกณฑ์ที่มีทั้งหมดในระดับค่าปกติ, Pre-hypertension, hypertension stage 1, hypertension stage 2 โรคนี้นำไปสู่ภาวะปัญหาโรคหัวใจและหลอดเลือด อัมพฤกษ์ อัมพาตได้ หากไม่ได้รับการดูแลตนเองที่ดีและหรือได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสม

สถานการณ์ และขนาดปัญหาของโรคเรื้อรังในประเทศไทย

ปัจจุบันคนไทยเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 60 เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคมะเร็งปัสสาวะ

97,900 คน โดยมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 2 เท่าภายใน 5 ปี และยังพบว่า คนไทยกินยาสูงถึงปีละ 47,000 ล้านเม็ด เฉลี่ยวันละ 128 ล้านเม็ด* สาเหตุหลักของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่วนใหญ่ร้อยละ 90 เกิดจากพฤติกรรม เช่น ขาดการออกกำลังกาย น้ำหนักตัวเกิน สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า กินอาหารไม่เหมาะสม เช่น อาหารหวาน มัน เค็ม กินผักน้อยลง (ผลการวิจัยกรมอนามัยล่าสุดปี 2554 พบคนไทยกินผักน้อยมากเฉลี่ยคนละ 1.8 กรัม หรือไม่ถึงวันละ 2 ช้อน) และสาเหตุหลักๆ ของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง คือ พันธุกรรม และพฤติกรรม

จากข้อมูลภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ การสูญเสียปีสุขภาพะของประชากรในประเทศไทย ปี 2547 โรคเบาหวาน เป็นภาวะโรคสูงลำดับที่ 9 ในกลุ่มผู้ชาย ทำให้สูญเสียปีสุขภาพะ (DALYs) (ร้อยละ 3.2 ของ DALYs) ส่วนในผู้หญิงเป็นภาวะโรคสูงลำดับที่ 3 ทำให้สูญเสียปีสุขภาพะ (ร้อยละ 6.9 ของ DALYs) โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงภาวะโรคลำดับที่ 5 ในผู้ชาย และลำดับที่ 2 ในผู้หญิง และทำให้เสียชีวิตประมาณปีละ 70,000 ราย (ร้อยละ 18) สูญเสียปีสุขภาพะจากการตายและพิการ ปีละ 6 แสนปี (ร้อยละ 6

*ที่มา: จากการกล่าวรายงานสถานการณ์ (นายวิทยา บุรณศิริ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข) ในประชุมวิชาการมหกรรมเผยแพร่ความรู้ 'สังคมไทย ไร้โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยพระบารมีปกเกล้า' ในโครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวง ของกระทรวงสาธารณสุข วันที่ 25 มีนาคม 2555

ของ DALYs) (สำนักงานพัฒนานโยบายและสุขภาพระหว่างประเทศ, 2550)

และข้อมูลจากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 4 ปี 2551-2552 พบว่า ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 6.9 หรือประมาณ 3.2 ล้านคน (พบผู้เป็นเบาหวาน 6-7 คนใน 100 คน) ผู้หญิงมีความชุกสูงกว่าในผู้ชาย ร้อยละ 7.7 และความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุ จากร้อยละ 0.6 ในกลุ่มอายุ 15-29 ปี ความชุกเพิ่มขึ้นสูงสุด ณ กลุ่มอายุ 70-79 ปี ในผู้ชาย (ร้อยละ 19.2) และ 60-69 ปีในผู้หญิง (ร้อยละ 16.7) ความชุกตามความครอบคลุมการวินิจฉัย รักษา ควบคุม คือกลุ่มก่อนผู้เป็นเบาหวาน (เริ่มมีน้ำตาลในเลือดผิดปกติแต่ไม่ได้รับการวินิจฉัย) และกลุ่มที่ยังไม่ได้รับการคัดกรอง ซึ่งไม่ได้รับการวินิจฉัย (ร้อยละ 31.2) กลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานแต่ไม่ได้รับการรักษา (ร้อยละ 3.3) ของผู้เป็นเบาหวานทั้งหมด กลุ่มผู้ป่วยที่รักษาและควบคุมไม่ได้ (ร้อยละ 37.0) และกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาและควบคุมได้ (ควบคุมได้หมายถึงระดับน้ำตาล < 126 มก./ดล.) (ร้อยละ 28.5)

ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากร มีร้อยละ 21.4 หรือพบผู้เป็นความดันโลหิตสูง 10 ล้านคน คิดเป็นประมาณ 1 ใน 6 ของประชากรทั้งหมดในประเทศ ความชุกตามความครอบคลุมการวินิจฉัย รักษา ควบคุม คือกลุ่มที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 50.3 กลุ่มได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 8.7 กลุ่มรักษาและควบคุมไม่ได้ตามเกณฑ์ ร้อยละ

20.7 และกลุ่มที่รักษาและควบคุมได้ตามเกณฑ์** ร้อยละ 20.9 (ดูแผนภูมิที่ 1 หน้า 96)

ปัจจัยเสี่ยงในการเป็นโรคเบาหวาน ความดันฯ

หัวใจหลอดเลือด***

- ภาวะอ้วน โดยเฉพาะอ้วนลงพุง (เส้นรอบเอวเกินกว่ามาตรฐาน > 90 ซม.ในผู้ชายและ 80 ซม. ในหญิง) ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ผู้ชาย ร้อยละ 15 และร้อยละ 36 ในผู้หญิง เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานมากขึ้น
- กิจกรรมทางกาย (ความหนักขนาดปานกลางอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ อย่างสม่ำเสมอ) กิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ในผู้ชายร้อยละ 21 ผู้หญิงร้อยละ 24 เป็นพฤติกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคต่างๆ ได้
- ผู้ที่รับประทานผักผลไม้รวมกันมากกว่า 5 หน่วยมาตรฐานต่อวัน ในประชากร 15-74 ปี มีประมาณร้อยละ 17.34 ช่วยป้องกันโรคต่างๆ ได้
- ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ ในประชากรอายุ 15-74 ปี ร้อยละ 22.25 เป็นปัจจัยเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรค

** ตามเกณฑ์ คือ ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตสูงและตรวจพบความดัน Systolic <140 mm.Hg. และความดัน Diastolic<90mm.Hg)

***ที่มา: รายงานการประชุมโครงการประชุมวิชาการบริการปฐมภูมิ. การจัดการเบาหวานแบบบูรณาการ; 2552 (หน้า32)

- ภาวะเครียด
- ประวัติครอบครัว โดยเฉพาะญาติสายตรง ควรตระหนักและรับการตรวจคัดกรองสม่ำเสมอ และควรได้รับความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

องค์ประกอบและแนวคิดสำคัญของการป้องกัน ลดเสี่ยง ลดปัญหาของโรคเรื้อรัง

การดูแลเบาหวานได้เปลี่ยนไปจากเดิมที่เน้นการรักษาระดับน้ำตาล มาสู่การป้องกันโรคแทรกซ้อนและการป้องกันโรคเบาหวานสาเหตุที่นำไปสู่การป้องกัน เพราะได้ความรู้จากการศึกษาซึ่งพบว่า 1. เบาหวานมีความชุกมากขึ้นในระดับโรคระบาด ทำให้เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคแทรกซ้อนอย่างมหาศาล 2. พบว่า เบาหวานรักษาได้ด้วยการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต หรือ Lifestyle modification โดยการดูแลคนไข้เบาหวานให้มาเน้นเรื่องของ Lifestyle ที่ต้องปรับเปลี่ยนในเรื่องอาหาร และการออกกำลังกาย เป็นเรื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและต้องอาศัยสหสาขาวิชาชีพและกิจกรรมที่จะเปลี่ยนความคิด (Mindset) ของคนไข้ ต้องอาศัยหลายภาคส่วนของรัฐเข้ามาช่วย ปัจจุบันการใช้ยาเบาหวานและความดันทำให้คุมน้ำตาลได้ดี มีฤทธิ์ข้างเคียงของยาน้อยลง สร้างเป้าหมายในการควบคุมได้ดีขึ้น รวมถึงเรื่องของการควบคุมไขมันในเลือด เป้าหมายของการควบคุม คือ ป้องกันโรคแทรกซ้อน คัดกรองความเสี่ยง ปรับพฤติกรรม ป้องกันการเกิดเบาหวานในคนที่เสี่ยง (ดูแผนภูมิที่ 2 หน้า 96)

สถานการณ์ระบบการดูแล

สถานการณ์โรค และความชุกมีเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และภายใต้การเพิ่มขึ้นนี้พบว่า เพียงครึ่งหนึ่งที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล และอีกครึ่งหนึ่งยังอยู่ในชุมชนโดยไม่ได้รับการรักษา ซึ่งในกลุ่มนี้มีทั้งที่ได้รับการคัดกรองแล้วและยังไม่คัดกรอง ทั้งนี้ การดูแลในชุมชนไม่ใช่ดูแลเป็นเฉพาะรายเท่านั้น แต่ยังมีอีกจำนวนหนึ่งที่ต้องได้รับการจัดการโดยควบคุมป้องกันประชากรในชุมชน โดยมาตรการป้องกันและควบคุม เบาหวาน ความดันโลหิตสูงในชุมชน จะแตกต่างกันไป และอาจเพิ่มขึ้นตามสภาพของกลุ่มประชากร เช่น กลุ่มปกติ เน้นการออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร กลุ่มความเสี่ยงต่ำ เน้นการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การเลิกบุหรี่ ปรับวิถีชีวิต ควบคุมอาหาร ออกกำลังกายจริงจัง กลุ่มความเสี่ยงสูง เน้นวิถีชีวิต คุมอาหาร ออกกำลังกาย กลุ่มยังไม่ขึ้นทะเบียน เน้นค้นหา คัดกรอง กลุ่มผู้ป่วย ดูแลตัวเอง กลุ่มภาวะแทรกซ้อน เน้นดูแลองค์รวม ฟันฟูสภาพ ช่วยในเรื่องการเข้าถึงบริการ

สถานการณ์ระดับปฐมภูมิ: เป้าหมาย เน้นสร้างภูมิคุ้มกัน ป้องกันไม่ให้เกิดโรค ลดพฤติกรรมเสี่ยง ในกลุ่มที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไป กิจกรรมเน้นให้ความรู้ ความเข้าใจ สร้างความตระหนัก และการปฏิบัติที่ละเว้นปัจจัยเสี่ยง เช่น สูบบุหรี่ ออกกำลังกาย ความเครียด อาหาร *ปัจจุบันพบว่าการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง เกือบครอบคลุม แต่คัดกรองแล้วไม่มีการจัดการต่อ การดำเนินการส่งเสริม ป้องกัน ทำเป็นกิจกรรมๆ เป็นโครงการ มากกว่าการเน้น*

กลุ่มประชากรที่ชัดเจน ทำการจัดกระจาย หลายหน่วยงานไม่ต่อเนื่อง ไม่เข้มข้นพอ

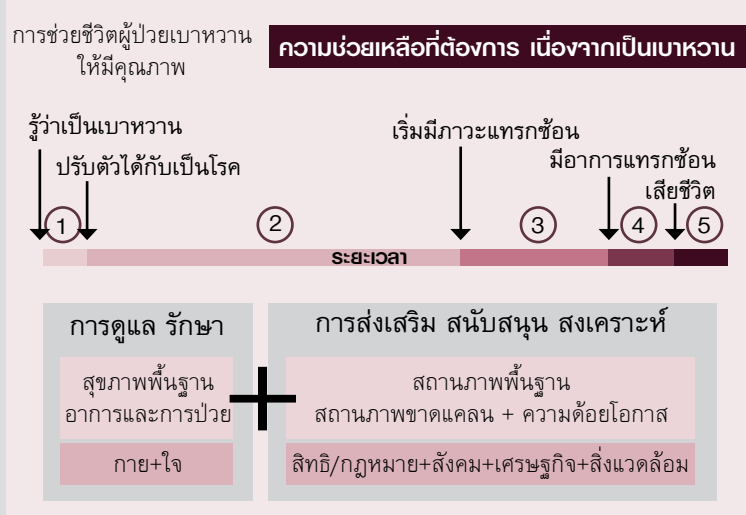
ระดับทุติยภูมิ: เป้าหมายเน้นรักษา ดูแลต่อเนื่อง ปรับพฤติกรรมให้เหมาะสม เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วย ส่งเสริม Self-management support *ปัจจุบันพบว่า เน้นการจ่ายยาในโรงพยาบาล ซึ่งมีปัญหาความต่อเนื่องบ้าง เริ่มมีการกระจายไปที่หน่วยใกล้บ้าน ให้ความรู้เป็นชุดๆ ที่เหมือนกัน ไม่ได้ปรับตามลักษณะบุคคล การสนับสนุนให้ประชาชนดูแลตนเองก็น้อยลง*

ระดับตติยภูมิ: เป้าหมายเน้นรักษา โรคร้าย ควบคุมประคอง เพื่อลดอันตรายและความพิการ *ปัจจุบันพบว่า เน้นการจ่ายยามาก การตรวจเลือด ตรวจคัดกรองความแทรกซ้อนยังไม่ครอบคลุม ขาดเรื่อง Self-management support*

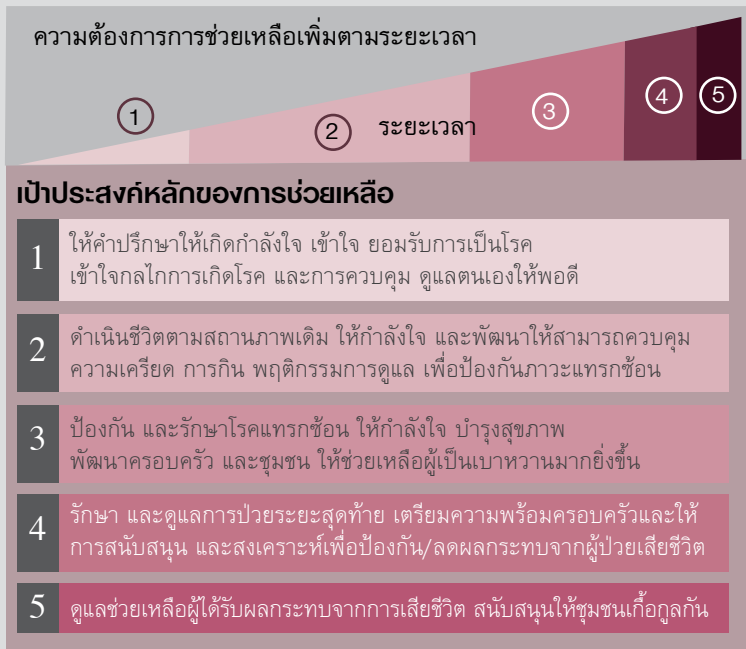
ระดับขอบเขตของการดูแลโรคเรื้อรัง: ในปัจจุบันอาจจัดแบ่งระดับขอบเขตเป้าหมาย ดังนี้

1. Clinic: เน้นการดูแลควบคุมทางคลินิก เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตปกติ
2. Tertiary prevention: เน้นการควบคุม ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นทั้งในส่วนไต ตา หัวใจ เท้า
3. Secondary prevention: เน้นการควบคุมภาวะเสี่ยง ที่จะทำให้เกิดความผิดปกติในกลุ่มผู้ป่วย
4. Primary prevention: เน้นการควบคุมภาวะเสี่ยงในกลุ่มที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไป

แผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 2

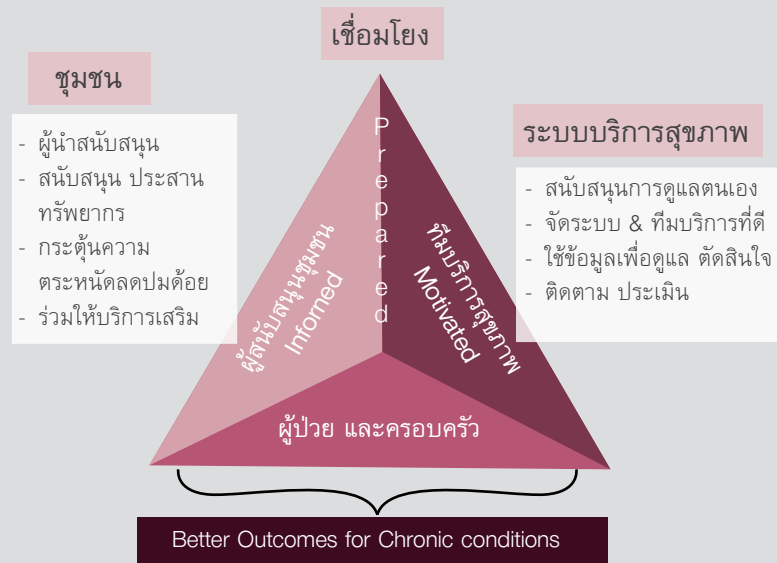


ระบบที่พึงประสงค์ มุ่งหวังให้มีการจัดการด้านต่าง ๆ ครอบคลุมเป้าหมายทั้ง 4 ด้าน แต่ปัจจุบันระบบบริการส่วนใหญ่ ยัง ให้นำหน้าการดูแลควบคุมทางคลินิกค่อนข้างมาก

ข้อมูลการเฝ้าระวัง ประกอบด้วย ข้อมูลการป่วย ข้อมูลการตาย และข้อมูลปัจจัยเสี่ยง

แหล่งข้อมูล 1.ฐานข้อมูลการป่วย จำแนกตามสิทธิ การตาย ได้จากฐานข้อมูลการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของสำนัก ระบาดวิทยา 44 จังหวัด (ข้อมูล สปสช.) ฐานข้อมูล 505 สนย. 2. ฐานข้อมูลการสำรวจ ได้จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย (NHES) 1-4 สำนักสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สวรส. การเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ BRFSS สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค 3. ทะเบียนผู้ป่วย ได้ จาก Cancer, ACS, Stroke, DM, COPD

กรอบความคิดในการพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อดูแลโรคเรื้อรัง



ที่มา: ดัดแปลงจาก Innovative Care for Chronic Conditions: building blocks for action, World Health Organization, 2002.

จากกรอบแนวคิดข้างบน องค์การอนามัยโลกได้สรุป ประสิทธิภาพและบทเรียนการพัฒนาระบบสุขภาพที่จะรองรับการ ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังได้ดี ประกอบด้วยหุ้นส่วนสำคัญ 3 ส่วน คือ ผู้ป่วย และครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งแต่ละหุ้นส่วนมี บทบาทและตอบสนองต่อบทบาทที่แตกต่างกัน ภายใต้เป้าหมายเดียวกัน คือสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้ง 3 หุ้นส่วนจึง ต้องทำงานเชื่อมโยงและสนับสนุนซึ่งกันและกัน ดังภาพข้างบน

รูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง

การจัดบริการสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง เป้าหมายคือต้องให้ผู้ป่วย สามารถปรับตัวให้อยู่กับ ‘สภาพป่วยเรื้อรัง’ ได้ ไม่ให้มีภาวะแทรกซ้อน หากมีภาวะแทรกซ้อน ก็ให้มีผลกระทบน้อย เพื่อสามารถมีคุณภาพ ชีวิตที่ดี ซึ่งลักษณะของการบริการเป็นรูปแบบ ดังนี้

- ต้องเน้นการดูแลที่ต่อเนื่อง ผสมผสาน
- มีการประเมินรอบด้านเป็นระยะๆ ทั้งด้านกาย จิตใจ สภาพสังคม เศรษฐกิจ
- มีเวลาสำหรับการดูแลเรื่องพฤติกรรม วิธีปฏิบัติ
- ปรับบริการให้ยืดหยุ่นตามสภาพผู้ป่วย
- ตั้งเป้าหมาย แผนการดูแลที่ปรับเป้าหมายเป็นระยะๆ

การดูแลผู้เป็นเบาหวาน อาจแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) ดูแล พื้นฐาน 2) ดูแลคนที่คุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ 3) ดูแลคนที่คุมได้ ซึ่ง ทั้งหมดนี้ควรจะต้องได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม คือ การดูแล ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม การหำปัจจัยที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยดังภาพ แสดงการวิเคราะห์เป้าหมายเพื่อการดูแลแบบองค์รวม

ภาพวิเคราะห์เป้าหมายเพื่อการดูแลแบบองค์รวม



บทบาทของกลุ่มเป้าหมายดูแลกันเอง อสม. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งหน่วยบริการในชุมชน (รพ.สต.) และการสนับสนุนของโรงพยาบาลแม่ข่าย

บทบาทหน่วยบริการในชุมชน (รพ.สต.) และการสนับสนุนของโรงพยาบาลแม่ข่าย คือการเชื่อมบริการระหว่างโรงพยาบาลและ รพ.สต. เช่น การพัฒนาให้มีแนวทางและมาตรฐานการรักษาเดียวกัน ระบบสนับสนุนจากโรงพยาบาลในการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านความรู้ ทักษะการให้บริการ การให้การสนับสนุนยา เวชภัณฑ์ การตรวจห้องปฏิบัติการ การรับส่งต่อผู้ป่วย ตลอดจนการให้คำปรึกษาจากแพทย์ และการมีทีมออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกัน รวมถึงการเชื่อมต่อระบบข้อมูลเพื่อสนับสนุนให้เกิดการส่งต่อ-รับกลับที่มีประสิทธิภาพ

บทบาท อสม. ร่วมค้นหา คัดกรอง กับเจ้าหน้าที่

บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปัจจุบันบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังคงเน้นในเรื่องของการสนับสนุน

งบประมาณเป็นหลัก และมีบางแห่งที่ร่วมดำเนินงานเชิงรุกในชุมชน กับทีมสุขภาพ ในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ สนับสนุนสถานที่ในการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

บทบาทแกนนำ (ผู้ป่วย) สนับสนุนและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน รวมกลุ่มจัดตั้งชุมชน หรือกลุ่มเบาหวาน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การออกกำลังกาย การกินอาหาร คลายเครียด และการแก้อาการน้ำตาลต่ำ ช่วยให้ผู้ป่วยและหมอมีโอกาสได้เห็นผลเลือดก่อน/หลังอาหาร เข้า กลางวัน เย็น โดยบริการเจาะเลือดให้ที่บ้าน ทำให้แพทย์รู้ความจริงของผู้ป่วยและนำไปสู่การปรับการดูแลรักษาที่เหมาะสม (กรณีแกนนำกลุ่มเบาหวานใกล้บ้านของอำเภอครบุรี)

บทเรียนการจัดการพัฒนาระบบการดูแลเบาหวานชุมชน

ประเด็น	กิจกรรม	พื้นที่ดำเนินการ
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	<ul style="list-style-type: none"> - เขตเมือง: ทำโครงการ อสม.สหเวชฯ อบรมเจ้าหน้าที่ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลักสูตร 4 เดือน (เสาร์-อาทิตย์ รวม 32 วัน), การเข้าปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, การประเมินภาวะเสี่ยง / อบรม อสม.แกนนำ, อสม.เชี่ยวชาญโรคเรื้อรัง เพื่อเป็นจิตอาสาช่วยทำงานที่ รพ. -รพ.สต. แกนนำดูแล คัดกรอง และเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรังและผู้พิการ - โยคะ DM - อ.พระประแดง เป็นพื้นที่โภชนาการ+พัฒนาการสมวัย (เด็ก 0-14 ปี) 6 ตำบล 	<p>โรงพยาบาล สมุทรปราการ</p> <p>โรงพยาบาล พระประแดง+สตอ. พระประแดง</p>
การเชื่อมคล้อยเครือข่ายเดียวกันระหว่างโรงพยาบาล รพ.สต.และชุมชนร่วมกันดูแลสุขภาพของประชาชน	<ul style="list-style-type: none"> - มีการจัดบริการคลินิกเบาหวานบูรณาการ โดยมีศูนย์ประสานงานจุดให้คำปรึกษาเรื่องยา มีศูนย์การเรียนรู้คลินิกสุขภาพเท้า ทันตแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว มีกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย - มีการทำกิจกรรมเสริมการทำงาน คือ การค้นหาคนต้นแบบ และจัดค่ายคนต้นแบบเบาหวาน การนำคนต้นแบบทำกิจกรรมกับกลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใน รพ.สต. มีการแต่งตั้งหัวหน้าหมู่เบาหวานประจำหมู่บ้าน 10 ตำบล 	<p>โรงพยาบาล พุทธชินราช พิษณุโลก</p>

บทเรียนการจัดการพัฒนาระบบการดูแลเบาหวานชุมชน (ต่อ)

ประเด็น	กิจกรรม	พื้นที่ดำเนินการ
การบริหารจัดการระบบการส่งต่อผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> - มีการทำโครงการขึ้นเป็นโครงการรัฐร่วมเอกชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตเทศบาลพิษณุโลก เป็นการเปิดให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถเลือกลงทะเบียนได้ จัดระบบการดูแลในพื้นที่คือแพทย์จะมีแนวทางในการรักษาเดียวกัน ผู้ป่วยเลือกลงทะเบียนที่คลินิกเอง การรับยา เจาะเลือด ทำที่โรงพยาบาลพุทธชินราช - การทำโครงการเบาหวานบูรณาการลดความแออัดในโรงพยาบาล เป็นการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (DM, HT, DLP) ที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลให้สามารถดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องใน รพ.สต. โดยมีแพทย์เป็นผู้ให้คำปรึกษา 	<p>โรงพยาบาล พุทธชินราช พิษณุโลก</p>
ชมรมเพื่อนเบาหวานตำบลบ้านนา	<p>กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการสุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลบ้านนาจัดกิจกรรมออกเยี่ยมบ้านในชุมชน ให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชนตามวิถีชีวิต ทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของโรค เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันเป็นเครือข่ายในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน</p>	<p>โรงพยาบาลบ้านนา จ.นครนายก</p>

เอกสารอ้างอิง

- วิชัย เอกพลากร (บรรณานิการ) รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552 โรงพิมพ์บริษัทเดอะกราฟิกซิสเต็มส์ จำกัด นนทบุรี; 2553.
- วัลลา ตันตโยทัย. เรื่องเล่าเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เรียนรู้ร่วมกันผ่านการปฏิบัติ (เล่ม3) พิมพ์ครั้งแรก 2553. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด อุดมรัตน์การพิมพ์และดีไซน์, 2553.
- สำนักงานวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน (สพข.) รายงานการประชุมโครงการประชุมวิชาการบริการปฐมภูมิ เรื่องการจัดการเบาหวานแบบบูรณาการ พิมพ์ครั้งที่ 1 ตุลาคม 2552. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด สหพัฒนไพศาล; 2552.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกรณีเบาหวานและความดันโลหิตสูง พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด; 2553.
- สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน. คู่มือหน่วยบริการปฐมภูมิ: การจัดการเบาหวานแบบบูรณาการ พิมพ์ครั้งที่ 1 พฤษภาคม 2552 กรุงเทพฯ: โอลิสติก พับลิชชิ่ง จำกัด; 2552.
- กระทรวงสาธารณสุข. การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ.2546-2547. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2548.
- วิฑูรย์ โสสุนทร, วิโรจน์ เจียมจรัสรังสี. ระบาดวิทยาของโรคเบาหวาน ปัจจัยเสี่ยง และการตรวจคัดกรองในประเทศไทย ปี พ.ศ.2550.

แหล่งข้อมูลเพิ่มเติมจากเว็บไซต์

<http://portal.in.th/diabetes/pages/14095>