



ถอดบทเรียน DHS South
การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ ประเด็น

โรคเบาหวาน

ชุติวรรณ ปุรินทรากิบาล และ ปุญญาภา รุ่งปิยะรังสี เขียน
ดร.นพ.วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย บรรณาธิการ

ถอดบทเรียน DHS South
การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ
ประเด็น ‘โรคเบาหวาน’

เลขมาตรฐานสากลประจำหนังสือ : 978-616-8059-01-2

พิมพ์ครั้งที่ 1 : กันยายน 2559

ราคา : 150 บาท

ผู้เขียน : ชุติวรรณ ปุรินทรภิบาล, ปุญญาภา รุ่งปิยะรังสี
และเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ
ในโครงการสนับสนุนการขับเคลื่อนเครือข่ายสุขภาพ
ระดับอำเภอเพื่อการจัดการอำเภอสุขภาพ
ผ่านเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนต้นแบบ
ในเขตบริการสุขภาพที่ 12
website : www.DHSSouth.net

บรรณาธิการ : ดร.นพ.วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย

จัดพิมพ์โดย : มูลนิธิสุขภาพภาคใต้
ชั้น 1 อาคารบริหาร คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110
โทรศัพท์/โทรสาร 0 7445 1168
website: www.SHFthailand.org

จัดทำรูปเล่ม : DSDC³

พิมพ์ที่ : หจก.ภาพพิมพ์ กรุงเทพฯ 0 2879 9154 6

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของสำนักหอสมุดแห่งชาติ

National Library of Thailand Cataloging in Publication Data

ชุติวรรณ ปุรินทรภิบาล.

การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอประเด็นโรคเบาหวาน.--
สงขลา : โครงการสนับสนุนการขับเคลื่อนเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ
เพื่อการจัดการอำเภอสุขภาพผ่านเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนต้นแบบ
ในเขตบริการสุขภาพที่ 12 มูลนิธิสุขภาพภาคใต้, 2559.

64 หน้า. -- (ถอดบทเรียน DHS SOUTH).

1. การส่งเสริมสุขภาพ. 2. เบาหวาน.
1. ปญญาภา รุ่งปิตะรังสี, ผู้แต่งร่วม. 1. ชื่อเรื่อง.

613

ISBN 978-616-8059-01-2

คนร่วมสร้าง

บทเรียนการทำงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ

ประเด็น 'โรคเบาหวาน'

ทำงานเพื่อสร้างสุข(ภาพ) โดยใช้ความสุข ได้ความสุขถ้วนหน้า

สมโชค สกุลส่องบุญศิริ, หนึ่งหทัย สกุลส่องบุญศิริ

รพ.สต.บ้านมดตะนอย จ.ตรัง

สิทธิสุทธิ ภูบาลกระแสร

รพ.เขาศูนย์ จ.พัทลุง

นิตยา ลิมวิริยะกุล

รพ.ละงู จ.สตูล

เอมอร ชุนเพชร

รพ.ท่าแพ จ.สตูล

สุนีย์ เจ๊ะกะบาซอ

สสอ.บาเจาะ จ.นราธิวาส

ชุตีวรรณ ปุรินทรภิบาล

คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

ปัญญาภา รุ่งปิตะรังสี

คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

สารบัญ

คำนำ	9
คำนิยาม	10
เขียนถึง ‘ผู้ลงมือ ลงแรง และลงใจ’	12
บทเรียนการทำงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ ประเด็นเบาหวาน	15
บทนำ	17
การปรับฐานคิดในการทำงานสุขภาพ	20
จุดเริ่มก้าวอย่าง	24
การก้าวอย่างและองค์ประกอบ ที่บ่งชี้พัฒนาการของการทำงาน	31
ผลลัพธ์ของการทำงาน	42
ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	56
สรุป	58
เอกสารอ้างอิง	60

ถอดบทเรียน DHS South

การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอเชิงประเด็น

บทเรียนการนำแนวคิดทฤษฎี DHS ลงสู่การปฏิบัติ
ที่สกัดจากประสบการณ์การทำงานจริงในพื้นที่
ผสมผสานด้วยหลักคิด อุดมการณ์ และแรงบันดาลใจ
ในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอเชิงประเด็น

ปัญหาที่มาจากหลายเหตุปัจจัยที่สัมพันธ์กันอย่างซับซ้อน
ทำให้การสร้างสุขภาวะไม่ได้เป็นหน้าที่ของใครคนใดคนหนึ่ง
แต่ต้องอาศัยการถักทอพลังภาคีเครือข่ายหลายภาคส่วน

หวังเป็นอย่างยิ่งว่า หนังสือเล่มนี้จะมีได้เป็นเพียงสะพาน
ที่ทอดพาเราไปชื่นชมความงามของดอกไม้หลากสีเท่านั้น
แต่ยังเป็นหนทางในการเก็บเกี่ยวดอกผลของการทำงาน
เพื่อนำเมล็ดพันธุ์ของวิคิดไปลงมือทดลองบ่มเพาะวิธีทำ
จนแตกหน่อ เติบโต งอกงาม และขยายพันธุ์ต่อไปในที่ต่าง ๆ
จนกลายเป็นระบบสุขภาพที่ยั่งยืน
--ที่ทุกคนพึ่งตนเองได้และไม่ทอดทิ้งกัน

วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย
บรรณารักษ์

คำนิยาม

ระบบสุขภาพระดับอำเภอ District Health System (DHS) คือ การทำงานพัฒนาสุขภาพในพื้นที่ระดับอำเภอ ที่เน้นการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ **มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง** โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน ในการร่วมแบ่งปันทรัพยากร ร่วมเรียนรู้ และร่วมทำงานระหว่างภาคีเครือข่ายหลายภาคส่วน เพื่อเป้าหมาย คือ ความเข้มแข็งของชุมชนที่สามารถจัดการดูแลสุขภาพของตนเองและคนในชุมชนได้อย่างยั่งยืน

แนวทางการดำเนินงานของ DHS ที่มีองค์ประกอบ คือ **UCCARE** ทำให้บุคลากรสาธารณสุขเกิดกระบวนทัศน์ใหม่ในการทำงานสุขภาพในชุมชนที่เคารพในคุณค่าของชุมชนและเชื่อมั่นในศักยภาพของคนทำงาน สามารถบูรณาการทรัพยากรและสร้างความสัมพันธ์แนวราบระหว่างภาคีทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม ท้องถิ่น ชุมชน และประชาชน ที่มาช่วยกันถักทอ **‘ระบบสุขภาพระดับอำเภอ’** จนเกิดการเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่าย และต่อยอดการทำงานไปสู่ประเด็นอื่น ๆ ในพื้นที่ร่วมกัน

ผลลัพธ์เชิงประจักษ์ที่เกิดขึ้น คือ สุขภาวะที่ดีขึ้นของ
คนในพื้นที่ บุคลากรสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายสุขภาพ
ระดับอำเภอมีความสุขจากการทำงานร่วมกัน--งานที่มีคุณค่า
ต่อผู้คนในชุมชนและช่วยหล่อเลี้ยงหัวใจของคนทำงาน

ประสบการณ์การทำงานของจริงใน 7 จังหวัดภาคใต้
ตอนล่าง ดินแดนแห่งความหลากหลายทางสังคมและวัฒน-
ธรรม เปรียบเสมือนดอกไม้หลากสีที่บานสะพรั่งเต็มพื้นที่
ด้ามขวาน ผมได้ซึมซับ ‘ความจริง ความดี ความงาม’ เหล่านี้
จากต้นฉบับหนังสือถอดบทเรียนการนำ DHS ไปขับเคลื่อน
ประเด็นทั้ง 4 คือ 1) โรคเบาหวาน 2) โรคความดันโลหิต
สูง 3) คนพิการ และ 4) โรคไข้เลือดออก ที่ทีมบรรณาธิการ
ส่งให้อ่าน ผมพอจะสรุปได้ว่า **คนร่วมสร้าง** เหล่านี้ ต่างตั้งใจ
ที่จะถ่ายทอดเรื่องราวการทำงานของตัวเองจริงเสียงจริง ใน
เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอให้ทุกท่านได้รับรู้ จึงขอเชิญชวน
กัลยาณมิตรร่วมเรียนรู้ไปกับบทเรียนที่สกัดมาจากคนเล็ก
คนน้อยที่มีจิตใจอันยิ่งใหญ่ไปด้วยกันนะครับ

สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ
ประธานมูลนิธิสุขภาพภาคใต้

เขียนถึง ‘ผู้ลงมือ ลงแรง และ ลงใจ’

ความรู้สึกแรกที่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการทำงาน
สังเคราะห์บทเรียนจากพื้นที่เพื่อการพัฒนาสุขภาพระดับ
อำเภอแบบพึ่งตนเองอย่างยั่งยืนนี้ คือ ‘ความยินดี’ ที่เข้ามา
เป็นส่วนหนึ่งของงานตามแนวทางที่ตนเองเชื่อมั่นและศรัทธา
เพราะตนเองมีความเชื่อเป็นทุนเดิมอยู่แล้วว่า **“สุขภาพ
องค์รวมไม่สามารถแยกส่วนจากวิถีชีวิตได้”**

เมื่อเริ่มเอาตัวเองลงไปเรียนรู้ประสบการณ์ของ
“ผู้ลงมือ ลงแรง และลงใจ” ในเส้นทางการพัฒนานี้ ผ่าน
ตัวอักษรที่ถ่ายทอดไว้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแนวคิด หลักการ
และการปฏิบัติ รวมถึงปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่
จากคนที่คลุกวงในแบบกัดไม่ปล่อยมาคนละไม่ต่ำกว่า 3 ปี
ทำให้เห็นด้วยอย่างยิ่งว่า ประสบการณ์ตรงเหล่านี้เป็น

องค์ความรู้ที่มีคุณค่าอย่างยิ่งที่ควรจะได้นำมาถ่ายทอด เพื่อนำไปต่อยอดให้เกิดประโยชน์ในวงกว้างออกไปเรื่อย ๆ ผู้สังเคราะห์จึงทำหน้าที่เสมือนสะพานในการถ่ายทอด องค์ความรู้นี้ โดยคำนึงถึงจุดเด่นที่เป็นประเด็นแตกหน่อ ต่อยอดมาจากแนวคิดทฤษฎีต้นทางของระบบสุขภาพระดับ อำเภอ (District Health System - DHS) เพื่อให้ได้ดอกผลของการลงมือทำจากพื้นที่นำร่องถูกนำไปเพาะขยายพันธุ์ต่อในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไปอย่างเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่

และที่สำคัญต้องหมั่นรดน้ำพรวนดินและเติม “ปุ๋ยแห่งความสุข” กันไปอย่างต่อเนื่อง

ชุติวรรณ ปุรินทรภิบาล

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

บทเรียนการทำงาน
ระบบสุขภาพระดับอำเภอ ประเด็นโรคเบาหวาน
ทำงานเพื่อสร้างสุข(ภาพ) โดยใช้ความสุข ได้ความสุขทั้งหน้า
ชูติวรรณ ปุรินทรภิบาล และ ปุณญาภา รุ่งปีตะรังสี

บทนำ

องค์การอนามัยโลกจัดให้โรคเบาหวาน (Diabetes) เป็น 1 ใน 4 โรคของกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (Non-communicable disease - NCDs) หรือโรคเรื้อรัง (Chronic disease) เนื่องจากมีลักษณะเฉพาะ คือ ไม่ใช่โรคที่ติดต่อจากคนสู่คน การดำเนินโรคในช่วงเวลาที่ยาวนาน และมีการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างช้า ผู้ป่วยโรคเบาหวานรวมถึงกลุ่มโรคเรื้อรังนี้พบมากในประเทศที่ประชากรมีรายได้ต่ำถึงปานกลางรวมถึงประเทศไทย (WHO, 2016)

ในปี 2556 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ประมาณ 800,000 ราย และใน 12 เขตสุขภาพทั่วประเทศ มีผู้ป่วยเบาหวานกระจายอยู่ประมาณ 40,000–80,000 ราย/เขต (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2558) และขณะที่ “อายุ” ถูกระบุว่าเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมได้ โครงสร้างประชากรของไทยในปัจจุบันกำลังเปลี่ยนเป็นสังคมผู้สูงอายุ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติสรุปว่าไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยพบว่าตั้งแต่ปี 2548 ไทยมีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 10.4 ของประชากรทั้งประเทศ และคาดว่าจะในอีกประมาณ 20 ปีข้างหน้า ไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ กล่าวคือมีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 20 ขึ้นไป (มหาวิทยาลัยสุโขทัย-ธรรมาธิราช, 2559)

ดังนั้น ผู้ป่วยโรคเบาหวานในไทยจึงมีแนวโน้มที่จะ

เพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ อย่างชัดเจน โรคเบาหวานจึงกลายเป็นปัญหาสุขภาพพื้นฐานที่พบได้ในทุกพื้นที่ของประเทศไทย ซึ่งทุกชุมชนต้องเผชิญและพร้อมในการรับมือกับปัญหาที่จะเกิดขึ้น การแก้ไขปัญหาสุขภาพด้วยระบบบริการสุขภาพแบบเดิมที่เน้นการบริการสุขภาพแบบพึ่งพา คือ เน้นการบริการผู้ป่วยรายบุคคลและการให้บริการจากบุคลากรสุขภาพเป็นหลัก จึงไม่สามารถตอบโจทย์ปัญหาของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนได้

แนวคิดใหม่ในการทำงานสุขภาพชุมชนเชิงระบบจึงถูกพัฒนาขึ้น เรียกว่า ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System - DHS) ซึ่งเป็น **“ระบบสุขภาพชุมชนที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและพึ่งตนเองได้อย่างยั่งยืน”** แนวคิดนี้จึงเป็นเครื่องมือหนึ่งที่สามารถเติมเต็มในการตอบโจทย์ปัญหาสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบันได้ อย่างไรก็ตาม การนำแนวคิด DHS ลงสู่การปฏิบัติเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในสถานการณ์จริงนั้น ต้องมีการคลุกเคล้าให้เข้ากันกับเอกลักษณ์เฉพาะของพื้นที่ ทั้งในแง่สถานการณ์สุขภาพ ทุนทางสังคมของพื้นที่ ได้แก่ วิถีชีวิต วัฒนธรรมชุมชน ความรู้ความสามารถของบุคคลและกลุ่มผู้นำ การบริการสุขภาพของภาครัฐ การดูแลสุขภาพตนเองของภาคประชาชน และภาคส่วนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสะท้อนวิถีการอยู่ร่วมกันของคนในชุมชน ดังนั้น องค์ความรู้ที่สำคัญที่จะสามารถทำให้การนำทฤษฎีลงสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม คือ บทเรียนที่สกัดมาจากประสบการณ์ของคนทำงานโดยตรง

ประสบการณ์การทำงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ ในการจัดการโรคเบาหวานใน 5 พื้นที่ ของเขตสุขภาพที่ 12 (ภาคใต้ตอนล่าง) ได้แก่ อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง อำเภอละงู และอำเภอท่าแพ จังหวัดสตูล อำเภอเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง และอำเภอบาเจาะ จังหวัดนราธิวาส ถูกถ่ายทอดโดยบุคลากรสุขภาพที่ได้ร่วมเดินทางบนเส้นทางสายนี้แบบคลุกวงใน ยาวนานตั้งแต่ 3 ถึง 10 ปี บทเรียนการทำงานระบบสุขภาพระดับอำเภอนี้ จึงเป็นการสกัดและขมวดประสบการณ์เหล่านั้นในประเด็นร่วม เพื่อให้เห็นกระบวนการวิธีคิด การกระทำ และผลลัพธ์ของการทำงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อให้ผู้สนใจสามารถนำความรู้ที่ได้ไปพัฒนาต่อยอดการทำงาน บริการสุขภาพประชาชนในพื้นที่ต่อไป บทเรียนที่สำคัญที่ได้มี 5 ประเด็น คือ

1. การปรับฐานคิดในการทำงานสุขภาพ
2. จุดเริ่มการก้าวอย่าง
3. การก้าวอย่างและองค์ประกอบที่บ่งชี้พัฒนาการของการทำงาน
4. ผลลัพธ์ของการทำงาน
5. ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

1. การปรับฐานคิดในการทำงานสุขภาพ

แนวคิด DHS และ Chronic Care Model ต้อง ผสมผสานเป็นฐานคิดของการทำงาน

“...ทีมเรื้อรังวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ป่วย DM (โรคเบาหวาน) ขาดยา ขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง มาตรวจตามนัดไม่ได้เพราะไม่มีคนพามา หรือคิดว่าหายแล้ว มีพฤติกรรมเสี่ยงอาหาร บุหรี่ ไม่ออกกำลังกาย และจำนวนหนึ่งไม่มีประวัติป่วยเพราะไม่เคยตรวจ ทีมเรื้อรังคืนข้อมูลให้ทีมเยี่ยมบ้าน เพื่อค้นหาข้อมูลเพิ่ม เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. ทีมพัฒนา DHS ลงพื้นที่ทำความเข้าใจ และชุมชนสมัครใจที่จะร่วมกันดำเนินการแก้ไขปัญหาตามบริบทของพื้นที่และงานหมู่บ้าน ร่วมกันตั้งคณะทำงานวิเคราะห์และค้นหาปัญหาเพิ่มเติม...มีการติดตามวิเคราะห์ให้คำปรึกษาโดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและคณะทำงาน DHS ประกอบด้วย สสอ. คลินิกเรื้อรัง ผู้ประสานงาน DHS จิตอาสาภาคประชาชน และทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้ชุมชนเกิดความตระหนักและมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และรู้สึกที่รัฐไม่ทอดทิ้ง รู้สึกอบอุ่น มีความสัมพันธ์กันแบบพี่น้อง มีพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดี ปลูกผักกินเอง มีกฎของชุมชน ประชาชนตระหนัก มาคัดกรอง ไม่ขาดยาและมารักษาต่อเนื่อง พร้อมตั้งทีมคลินิกเรื้อรังเชิงรุกในชุมชนเพื่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่ไม่สามารถมาที่ รพ. ได้...”

นิตยา ลิมวิริยะกุล, รพ.ละงู

การขับของทุกองคาพยพในพื้นที่การทำงานระบบ สุขภาพระดับอำเภอทั้ง 5 พื้นที่ สะท้อนให้เห็นว่าได้ถูก เหนี่ยวนำด้วยฐานคิดหลัก 2 แนวคิด คือ ระบบสุขภาพระดับ อำเภอ และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ดังนี้

1.1 ระบบสุขภาพระดับอำเภอ หรือ DHS มีเป้าหมายสูงสุด คือ ชุมชน (ในที่นี้หมายถึงตำบล) มีความเข้มแข็งสามารถพึ่ง ตนเองได้ในเรื่องการดูแลสุขภาพพื้นฐาน ซึ่งแนวคิดนี้เชื่อว่า ระบบสุขภาพระดับอำเภอจะเข้มแข็งได้ต้องมีองค์ประกอบ สำคัญ 4 ประการ คือ

- 1) พื้นที่เข้าใจสถานการณ์สุขภาพของตนเอง
- 2) พื้นที่ออกแบบระบบสุขภาพของตนเองอย่าง สอดคล้องกับวิถีชีวิต
- 3) การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ (บุคลากร สุขภาพ ประชาชน และผู้ป่วย) ในทุกระดับคิดและ ทำเสมือนเป็นทีมเดียวกันอย่างต่อเนื่อง
- 4) ต้องมีการพัฒนาคู่ขนานของระบบสุขภาพชุมชน และระบบบริการสุขภาพ

1.2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic Care Model) โรคเรื้อรังเป็นโรคที่มีอาการและอาการแสดงของโรคเป็นระยะ เวลานาน (Long-term condition) ดังนั้นการรักษาโรคเรื้อรัง

ไม่สามารถใช้ระยะเวลาสั้น ๆ แต่ต้องการความต่อเนื่องระยะยาว (Long-term care) นั้นหมายความว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะต้องอยู่กับโรคและการดูแลรักษาเหมือนเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจึงเน้นการค้นหาคัดกรองโรคในระยะแรก เพราะทำให้สามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดความรุนแรงของโรคได้ ทำให้การดูแลรักษาไม่ซับซ้อนและเสียค่าใช้จ่ายไม่มาก พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมีผลต่อการดำเนินของโรคอย่างชัดเจน ทั้งนี้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีลักษณะสำคัญ 3 ประการคือ

ประการที่ 1 ต้องมีการบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ ส่งเสริม ป้องกัน (คัดกรองกลุ่มเสี่ยง และ ภาวะแทรกซ้อน) รักษา และฟื้นฟู ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญของระบบสุขภาพต้องดำเนินงานให้ครบทุกมิติ

ประการที่ 2 การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องคำนึงถึงแบบแผนการดำเนินชีวิตจึงจะสามารถลดปัญหาอุปสรรคการเข้าถึงบริการ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

ประการที่ 3 ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องสามารถดูแลสุขภาพตนเองตามแผนการรักษาทั้งในภาวะที่เป็นกลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดผิดปกติและ/หรือมีภาวะแทรกซ้อน โดยผู้ป่วยควรรับรู้แนวทางการประเมินสุขภาพได้ด้วยตนเอง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกการบริการ

สุขภาพได้อย่างเหมาะสม

อย่างไรก็ตาม แม้ในทุกพื้นที่ที่ทำงาน DHS ใน
ประเด็นโรคเบาหวานจะมีฐานคิดหลักมาจาก 2 แนวคิดที่
กล่าวมา แต่พื้นที่แต่ละแห่งมีบริบทและทุนทางสังคมที่
แตกต่างกันไป ความแตกต่างของพื้นที่จึงมีผลต่อจุดเริ่มและ
ก้าว่างการทำงานระบบสุขภาพระดับอำเภอในประเด็นโรค
เบาหวานของทั้ง 5 พื้นที่

2. จุดเริ่มการก้าว่าง

จากประสบการณ์การทำงานของ 5 พื้นที่ จุดเริ่มการก้าว่างของระบบสุขภาพพระดัดบอำเภอดมีความแตกต่างกัน 2 ประเด็น คือ การจุดประกาย และการเลือกชุมชนเป้าหมายในการทำงาน ซึ่งพื้นที่ได้สะท้อนบทเรียน ดังนี้

2.1 การจุดประกาย

พบว่า การทำงานระบบสุขภาพพระดัดบอำเภอดในประเด็นโรคเบาหวานในพื้นที่เกิดขึ้นได้ทั้งจากปัจจัยภายในและ/หรือปัจจัยภายนอกพื้นที่ โดยมีลักษณะเด่นของการก่อรูปการทำงาน 3 ลักษณะ คือ

- 1) ก่อรูปจากปัญหาการจัดบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน
- 2) ก่อรูปจากผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดจากโรคเบาหวาน
- 3) ก่อรูปตามนโยบายที่กำหนดให้พื้นที่ดำเนินงานมีตัวอย่างดังนี้

พื้นที่ที่ก่อรูปการทำงานจากปัญหาการจัดบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน จะเป็นพื้นที่ที่กลไกการทำงานแบบเครือข่ายของสถานบริการปฐมภูมิหรือ PCUs

(Primary Care Units) ที่เรียกว่า CUP (Contracting Units for Primary care) ซึ่งทำให้ภาครัฐและภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ผลพลอยได้คือพื้นที่ที่มีความพร้อมในการทำงานเชิงระบบระดับหนึ่ง เนื่องจากมีทุนทางสังคมจากการทำงานเครือข่ายและมีแนวคิดการทำงานที่เน้นความต้องการหรือปัญหาของผู้รับบริการ (Customer focus) ดังนั้น เมื่อมูลนิธิสุขภาพภาคใต้ได้นำแนวคิด DHS ลงสู่การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ประมาณปี 2555 - 2556 พื้นที่ที่มีประวัติการก่อรูปตามแนวคิด DHS ล่วงหน้ามาก่อน จึงมีการต่อยอดการทำงาน DHS อย่างเต็มรูปแบบ

อำเภอกันตัง ได้สะท้อนจุดเริ่มต้นการทำงานในประเด็นโรคเบาหวาน ไว้ว่า

“...ปี 2547 ทีมสหวิชาชีพ CUP กันตัง เริ่มออกให้บริการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ณ สถานีอนามัยตำบลบางสัก ซึ่งเป็นพื้นที่นำร่องดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 4 ตำบล 6 สถานบริการ และพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการจากเกาะลิบงซึ่งเป็นพื้นที่เกาะต้องโดยสารเรือมารับบริการที่สถานีอนามัยตำบลบางสัก มีปัญหาไม่สะดวกในการเดินทาง ทำให้มีอัตราการผิดนัดรับยามากกว่าที่อื่น ๆ ทีมสหวิชาชีพจึงนำข้อมูลมาพิจารณา และได้ลงพื้นที่ให้บริการที่สถานีอนามัยตำบลเกาะลิบงในปี 2552 ต่อมาปี 2553 เครือข่ายบริการ

สุขภาพอำเภอกันตัง เห็นความจำเป็นที่จะต้องมีภาคีอื่น ๆ เข้ามามีส่วนร่วมเป็นเจ้าของในการทำงานสุขภาพระดับอำเภอ...”

หนึ่งหทัย สกกุลส่องบุญศิริ, รพ.สต.บ้านมดตะนอย

พื้นที่ที่ก่อรูปจากผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดจากการเป็นโรคเบาหวาน พบว่า บางพื้นที่ไม่ได้กำหนดให้โรคเบาหวานเป็นประเด็นหลักในการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ แต่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ซึ่งเป็นผลจากความรุนแรงของโรคแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวานที่พบบ่อย ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด ไตวายเรื้อรัง เป็นต้น ทำให้มีผู้ป่วยติดเตียงและ/หรือผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังในพื้นที่ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้มีความต้องการการดูแลที่ซับซ้อนและต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาค่อนข้างสูง จึงทำให้พื้นที่หันมาสนใจพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้มีคุณภาพและประสิทธิวิภามากขึ้น

อำเภอละงู ได้สะท้อนจุดเริ่มไว้ว่า

“...เมื่อเราวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วย Stroke (โรคหลอดเลือดสมอง) ของอำเภอละงูจากคลินิก พบว่ามีผู้ป่วยเกิด Stroke 85 ราย/ปี พบปัญหาหลักคือ มีประวัติ HT/DM (ความดันโลหิตสูง/เบาหวาน) 61% โดย 36% เป็นทั้ง HT/DM แต่ขาดยา/ขาดการรักษาต่อเนื่อง ด้วยสาเหตุดังกล่าวเป็นข้อมูลที่น่าสนใจ พื้นที่จึงร่วมกันตั้งคณะทำงานฯ...”

นิตยา ลิ้มวิริยะกุล, รพ.ละงู

พื้นที่ที่ก่อรูปตามนโยบายที่กำหนดให้พื้นที่ดำเนินงาน พื้นที่เหล่านี้ ประมาณช่วงปี 2555-2556 มีคำสั่งของจังหวัดให้แต่งตั้งคณะทำงาน DHS ลงสู่พื้นที่ การกำหนดประเด็นเป้าหมายจึงมาจากข้างบน (Top down)

อำเภอท่าแพ ได้กล่าวถึงจุดเริ่มของพื้นที่ว่า

“...พื้นที่ได้รับคำสั่งให้แต่งตั้งคณะทำงาน DHS เพื่อดำเนินการตามคำสั่งจังหวัด คณะกรรมการในขณะนั้นยังไม่ค่อยมีความเข้าใจในกระบวนการ DHS สักเท่าไรในการเลือกพื้นที่ ก็ได้เลือกจากการประชุมกันบนโต๊ะแล้วจึงเลือกประเด็นพัฒนา...”

เอมอร ขุนเพชร, รพ.ท่าแพ

2.2 การเลือกชุมชนเป้าหมายในการทำงาน

ต้องคำนึงถึงทุนและความพร้อมของชุมชนที่มีอยู่เดิมเป็นจุดสำคัญ เนื่องจากเป็นปัจจัยที่บ่งชี้ถึงโอกาสความสำเร็จในการดำเนินงานของพื้นที่ได้ ทุนในที่นี้หมายรวมถึงทุนความรู้ ประสบการณ์ และความสามารถของบุคคล/กลุ่ม ได้แก่ บุคคลหรือบุคลากรทางสุขภาพในพื้นที่/ชุมชนเป้าหมาย และทีมสนับสนุน คือ ทีมสหวิชาชีพ ทีมประสานงาน และทีมนำระดับอำเภอ และทุนทางสังคมซึ่งเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน มีความร่วมมือกัน ยิ่งมีมากเท่าไรยิ่งเป็นผลดีที่ก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้เกิดคุณค่าที่สามารถยึดโยงและเกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน

วิธีการดำเนินการเลือกชุมชนเป้าหมายในการทำงาน
มี 3 รูปแบบ ดังนี้

1) ทุกชุมชนคือเป้าหมาย พื้นที่ที่กำหนดชุมชนเป้าหมายแบบบูรณาการเต็มพื้นที่ คือ อำเภอกันตัง และอำเภอบาเจาะ เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีการวางระบบการทำงานที่ชัดเจน มีทีมนโยบาย ทีมปฏิบัติการ เป็นทีมเดียวกัน สิ่งสำคัญคือ พื้นที่เหล่านี้มีการพัฒนาระบบสุขภาพที่ใช้พื้นที่เป็นฐาน (community-based health system) มาระยะเวลาหนึ่ง ทำให้เกิดการพัฒนาระบบงานที่มีเป้าหมายเดียวกัน เมื่อบุคลากรมีความต่อเนื่องในการทำงานกับชุมชน จึงทำให้เข้าใจสถานการณ์ รู้จุดแข็งจุดอ่อนของชุมชน และมีความเข้มแข็งเพียงพอที่จะสร้างความมั่นใจและสนับสนุนให้พื้นที่ทำงานได้ นอกจากนี้การให้บริการที่ได้มาตรฐานก็เป็นอีกปัจจัยที่มีผลต่อการกำหนดพื้นที่เป้าหมายแบบเต็มพื้นที่

“...ระบบการดูแลสุขภาพเรื้อรังในพื้นที่อำเภอกันตังจึงเป็นระบบที่มีการประสานการทำงานของภาคีเครือข่ายที่มีทีมเป็นหนึ่งเดียว โดยเฉพาะการดำเนินงานของโรงพยาบาลแม่ข่าย คือ โรงพยาบาลกันตังกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 20 แห่ง รวมไปถึงเทศบาลเมืองกันตังที่เข้ามาร่วมเป็นทีมในการดูแลสุขภาพเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการที่ใกล้บ้าน ใกล้ใจ...”

หนึ่งหทัย สกุลส่องบุญศิริ, รพ.สต.บ้านมดตะนอย

“...จุดเด่นของอำเภอบาเจาะ คือ มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่สามารถดูแลผู้ป่วยในรูปแบบ PCU ตั้งแต่ปี 2550 เป็นต้นมา มีทีมงานที่เข้าใจกระบวนการต่างๆ ของงาน DHS ทั้งระดับผู้บริหารและปฏิบัติงาน รวมถึงทาง CUP บาเจาะได้สนับสนุนการจัดบริการประชาชนที่สะดวก เท่าเทียม มีมาตรฐาน รวมถึงพัฒนาองค์ความรู้สำหรับบุคลากรในการปฏิบัติงานให้มีความชำนาญ เกิดความไว้วางใจ ส่งผลต่อคุณภาพบริการที่มีความสุขทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ...”

สุนีย์ เจ๊ะกะบาซอ, สสอ.บาเจาะ

2) ชุมชนที่สมัครใจคือเป้าหมาย พื้นที่ที่ใช้ “ความสมัครใจ” เป็นเป้าหมายในการทำงาน DHS คือ อำเภอละงู โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้จัดเวทีการคืนข้อมูลสถานการณ์เบาหวานให้กับทุกพื้นที่ของอำเภอ แล้วถามความสมัครใจร่วมกันระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายที่สำคัญคือฝ่ายบริการสุขภาพ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของชุมชนเป้าหมายและผู้นำและ/หรือตัวแทนของชุมชนที่ต้องการแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน โดยทีมงานทุกภาคีในพื้นที่จะทำงานสนับสนุนชุมชนตามศักยภาพของตนเอง และสิ่งสำคัญคือชุมชนมีส่วนร่วมในการออกแบบการดำเนินงาน ดังนั้น “**ความสมัครใจของชุมชน**” จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ใช้ในการเลือกชุมชนเป้าหมายในการทำงาน DHS

“...ให้แต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และชุมชนสมัครใจที่จะร่วมดำเนินการและแก้ปัญหาตามบริบทของพื้นที่ มีพื้นที่สมัครใจร่วมดำเนินการจำนวน 3 ตำบล และ 4 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นำร่องคืนข้อมูลให้ทุกพื้นที่ ร่วมทำเวที ต่อจากนั้นพื้นที่ร่วมตั้งคณะทำงาน...”

นิตยา ลิมวิริยะกุล, รพ.ละงู

3) ชุมชนเล็กที่มีศักยภาพคือเป้าหมาย การเลือกชุมชนในรูปแบบนี้มาจากฐานคิดการดำเนินงานแบบ “**บ้านเล็กในป่าใหญ่**” โดยเริ่มทำงานจากจุดเล็กๆ ในอำเภอที่ผู้นำมีความพร้อมและชุมชนมีประสบการณ์การทำงานแบบมีส่วนร่วมระดับอำเภอในประเด็นอื่น พื้นที่ที่ตัดสินใจเลือกชุมชนเป้าหมายรูปแบบนี้ คือ อำเภอท่าแพ โดยอำเภอนี้ได้ตัดสินใจเลือก ตำบลท่าแพ เป็นพื้นที่นำร่องการทำงาน DHS เนื่องจากมีจุดแข็งคือ ทีมงานและชุมชนมีประสบการณ์การทำงานประเด็นพิการในระดับอำเภอ ทำให้ผู้นำของชุมชนได้รับการเตรียมความพร้อมในการพัฒนาศักยภาพและผู้ประสานงานมีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับพื้นที่อื่นๆ มาก่อน

3. การก้าวอย่างและองค์ประกอบ ที่บ่งชี้พัฒนาการของการทำงาน

การก้าวอย่างการทำงาน DHS ในพื้นที่ มีปัจจัยร่วมในการดำเนินงานที่เหมือนกัน คือ ใช้กระบวนการ UCCARE เป็นเครื่องมือในการทำงาน ได้แก่ การทำงานเป็นทีม (Unity district health team) การค้นหาปัญหาที่แท้จริงของกลุ่มเป้าหมาย (Customer focus) การสร้างและอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (Community participation) การชื่นชมความสำเร็จ ความภาคภูมิใจ และคุณภาพ (Appreciation & Quality) การแบ่งปันทรัพยากรให้แก่งกันและกัน (Resource sharing) และการทำงานตามปัญหาในบริบทของพื้นที่ (Essential care) ซึ่งทุกพื้นที่จะมีจุดเริ่มของการทำงานระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สำคัญ คือ การทำให้คนในชุมชนตระหนักถึงปัญหาของโรคเบาหวานร่วมกัน โดยมีการร่วมคิดร่วมทำ ตามบทบาทและศักยภาพของตนเอง ระบบสุขภาพระดับอำเภอในพื้นที่จึงมีพัฒนาการของการดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง ทำให้สามารถให้บริการสุขภาพขั้นพื้นฐานได้สอดคล้องกับวิถีชีวิตชุมชน และให้บริการสุขภาพได้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ

เมื่อพิจารณาพัฒนาการของการทำงาน DHS ประเด็นโรคเบาหวานของพื้นที่ 5 แห่ง จากจุดเริ่มต้นหรือมี “พัฒนาการน้อย” ไปจนการพัฒนาได้เต็มรูป คือ “พัฒนาการ

มาก” พบว่า การก้าวอย่างในการทำงาน DHS ได้ทำให้เกิดพัฒนาการขององค์ประกอบในพื้นที่จาก “น้อย” ไป “มาก” ไปพร้อม ๆ กัน 3 องค์ประกอบ ได้แก่

3.1 ขอบเขตงานการดูแลสุขภาพโรคเบาหวานในชุมชน

หมายถึง ขอบเขตงานที่เป็นการให้บริการหรือการดูแลสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน ซึ่งมีตั้งแต่การบริการสุขภาพที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ ส่งเสริมสุขภาพ (การปรับพฤติกรรมสุขภาพ) ควบคุมป้องกันโรค (การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง/ป้องกันโรคแทรกซ้อน) การรักษา และฟื้นฟูสภาพ รวมไปถึงการจัดสิ่งแวดล้อมที่ดีในชุมชนและการดูแลสุขภาพที่ตนเอง

3.2 การเป็นเจ้าของระบบสุขภาพ

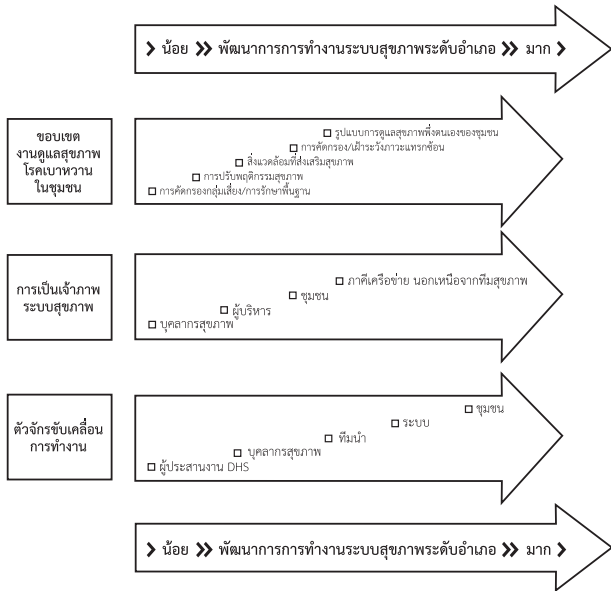
หมายถึง การที่บุคคลหรือกลุ่มได้แสดงตนชัดเจนในการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมพัฒนา ร่วมแก้ปัญหา และร่วมใช้ระบบ อย่างกระตือรือร้น ซึ่งถือได้ว่าเป็นระดับสูงสุดของการมีส่วนร่วม (Active participation) ซึ่งมีทั้งบุคลากรสุขภาพ ผู้บริหาร ชุมชน และภาคีเครือข่ายที่นอกเหนือจากทีมสุขภาพ

3.3 ตัวจักรขับเคลื่อนทำงาน

หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มที่มีบทบาทสำคัญในการนำแนวคิด DHS ลงสู่การปฏิบัติในพื้นที่ และเป็นบุคคลที่สร้างแรงบันดาลใจและพลังในการขับเคลื่อนงานในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ในที่นี้ คือ ผู้ประสานงาน DHS

บุคลากรสุขภาพ ที่มำในพื้นที (ทีมสหวิชาชีพและทีมสหอาชีพ) และชุมชน

โดยสรุปพัฒนาการของการทำงาน DHS ในพื้นที่ทำให้เกิดการพัฒนาการของระบบการบริการสุขภาพแบบพึ่งพาไปสู่ระบบสุขภาพแบบพึ่งตนเองได้อย่างยั่งยืน ทั้งนี้สามารถสรุปภาพรวมขององค์ประกอบการก้าว่างที่บ่งชี้พัฒนาการการทำงานระบบสุขภาพระดับอำเภอประเด็นผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ ได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 : องค์ประกอบการก้าว่างที่บ่งชี้พัฒนาการของการทำงานประเด็นโรคเบาหวานในพื้นที่

สำหรับลักษณะขององค์ประกอบที่บ่งชี้พัฒนาการ
ของการทำงาน DHS ในประเด็นเบาหวานในพื้นที่จาก “น้อย”
ไป “มาก” มีดังนี้

ระยะเริ่มต้นของพัฒนาการ (น้อย) พบว่า ขอบเขต
งานการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่พบในระยะ
นี้ คือ การค้นหา/คัดกรองกลุ่มเสี่ยงและให้การดูแลรักษา
โรคเบาหวานที่ไม่ซับซ้อน รวมทั้งส่งเสริมการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วย เพื่อควบคุม
ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน โดยมีบุคลากร
สุขภาพในพื้นที่เป็นเจ้าภาพของระบบสุขภาพในชุมชน
กล่าวคือ มีบุคลากรสุขภาพเป็นผู้รับผิดชอบดูแลสุขภาพผู้ป่วย
โรคเบาหวานในชุมชน ซึ่งมีกิจกรรมหลากหลายรูปแบบ เช่น
การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การจัดทำสัญญาเตือนระดับความ
เสี่ยงของโรคเบาหวาน การใช้กระบวนการกลุ่ม การเป็น
พี่เลี้ยง อสม. และการเยี่ยมบ้าน เป็นต้น

ส่วนตัวจักรในการขับเคลื่อนของการทำงาน DHS ใน
ระยะนี้ คือ ผู้ประสานงาน DHS และ บุคลากรทางสุขภาพ
โดยเฉพาะบุคลากรที่มีหน้าที่ดูแลสุขภาพในประเด็นโรค
เรื้อรังทั้งในระดับอำเภอและชุมชนเป้าหมาย พื้นที่ได้สะท้อน
ภาพของการดำเนินงานในระยะเริ่มต้น ดังนี้

“...การดำเนินงานคัดกรองโรคเบาหวานในพื้นที่
อำเภอบาเจาะ ผลการคัดกรองตั้งแต่ปี 2553-2557 ในกลุ่ม
อายุ 35 ปีขึ้นไปผ่านเกณฑ์ อำเภอบาเจาะมีโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบลที่สามารถดูแลผู้ป่วยในรูปของ PCU ได้ตั้งแต่ปี 2550 เมื่อมีจังหวัดการเข้ามาของ DHS เราพบว่า อัตราการมารับยาตามนัดและการคุมน้ำตาลในเลือดยังมี ผลงานค่อนข้างต่ำ เสี่ยงของพื้นที่ที่สะท้อนภาพการทำงานของ คปสต. (คณะกรรมการปฏิรูปสุขภาพตำบล) ที่ยังขาด ความเชื่อมโยงเป็นจุดเริ่มต้นของการทบทวนระบบการดูแล ผู้ป่วยในคลินิก NCD การขยายบริการไปยังพื้นที่รอยต่อ ที่มปรับให้หม้อออก PCU ในพื้นที่รอยต่อเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการและการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ ชุมชนยะโต๊ะเป็น ชุมชนที่ประชาชนร่วมจัดการเฝ้าระวังโรคจากการตัดแปลง จากปึงปองเจ็ดสีกลายเป็นเป็นกะปิเยาะเจ็ดสี (เพราะกลุ่ม แม่บ้านในชุมชนผลิตหมวกกะปิเยาะส่งขายทั้งในและต่าง ประเทศ) ในขณะที่ หมู่ 7 บ้านบือระ 2 เป็นชุมชนที่มีความ พร้อม และเครือข่ายช่วยกันแก้ปัญหาอัตราป่วยด้วยโรค เบาหวานมาก การคัดกรอง การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกแบบขึ้น บ้านลงบ้าน การเรียนรู้แบบกลุ่มผู้ป่วยสามารถคุมระดับ น้ำตาลได้...”

สุนีย์ เจ๊ะกะบาซอ, สสอ.บาเจาะ

“...ผู้ประสานงานเป็นผู้เชื่อมสัมพันธ์ภาพระหว่าง เครือข่าย สร้างความเข้าใจกระบวนการ DHS ให้กับเครือข่าย DHS คราวนี้เราต้องเป็นทั้งผู้ประสานงานและคนทำงาน หมายถึง รับผิดชอบงานให้บริการโดยตรงด้วย จึงได้จัดเวที ให้ทุกฝ่ายได้พบปะพูดคุยกัน คุยกับทุกฝ่าย ไม่ได้คุยครั้งเดียว

นะคะ คุณกันหลายครั้ง คุณไปด้วยทำงานไปด้วย เข้าไปร่วมกิจกรรมของเครือข่ายเพื่อให้เข้าใจว่าเขาทำอะไร ที่สำคัญคือจะได้จัดเวทีเปิดให้เขาได้พูดคุยกัน...”

เอมอร ขุนเพชร, รพ.ท่าแพ

ระยะเริ่มมีพัฒนาการที่ดี ในระยะนี้ภาคประชาชนจะมีความเข้มแข็งและความพร้อมระดับหนึ่ง ทำให้ขอบเขตงานการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานขยายไปสู่ประเด็นสาธารณะทางสุขภาพที่เชื่อมโยงสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชนโดยชุมชน เช่น มีการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพในเชิงวัฒนธรรมการกิน คือ มี “กฎของชุมชน” ที่จะไม่กินหวาน มัน เค็ม เป็นต้น ทำให้เจ้าภาพของระบบสุขภาพในชุมชนที่เป็นกลุ่มบุคคลนอกวิชาชีพทางสุขภาพเพิ่มจำนวนมากขึ้น เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/เทศบาลตัวแทนจากภาคประชาชน หรือ องค์กรเอกชน (Non Governmental Organization : NGO) เป็นต้น และเกิดการดำเนินงานในแบบเครือข่ายมากขึ้นด้วย เช่น คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คป.สอ.) เครือข่ายสุขภาพอำเภอ เครือข่ายบริการสุขภาพ หรือ สมัชชาสุขภาพอำเภอ กลุ่มบุคคล/องค์กรเหล่านี้จึงเป็นตัวจักรสำคัญในการขับเคลื่อนการทำงาน DHS ในพื้นที่ เรียกว่า **“ทีมนำ”** และพื้นที่ที่มี **“ทีมนำ”** ขับเคลื่อนการทำงานอย่างชัดเจน คือ อำเภอกันตัง โดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นทีมนำ ทำหน้าที่หลักในการคิด การวางแผน และการปฏิบัติ ทำให้การดำเนิน

งานมีพัฒนาการอย่างรวดเร็วและเกิดการดำเนินงานเชิงระบบมากขึ้น

ดังนั้น หากทีมนำวิธีคิดเชิงระบบ คือ สามารถเชื่อมโยงระบบงานและบทบาทของภาคีเครือข่ายได้ดีโดยไม่ยึดติดที่ตัวบุคคล จะทำให้ “ระบบ” ที่ถูกออกแบบไว้เป็นตัวจักรหรือกลไกหลักในการขับเคลื่อนได้เป็นอย่างดี ทำให้พื้นที่ที่มีการดำเนินงานเชิงระบบ และสามารถกระจายการทำงาน DHS ได้เต็มพื้นที่ รวมทั้งสามารถออกแบบระบบการรักษาโรคเบาหวานโดยใช้แนวคิดพื้นฐานได้อย่างมีประสิทธิภาพ พื้นที่สะท้อนภาพการพัฒนาก่อตัวที่เกิดขึ้น ดังนี้

“...ชุมชนเกิดความตระหนักในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ มีพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. (อาหาร อากาศ ออกกำลังกาย ไม่สูบบุหรี่ และ ลดการดื่มสุรา) ไปในทางที่ดี ปลูกผักกินเอง มีกฎของชุมชนเรื่องไม่กินหวาน น้ำอัดลม ลดเค็ม ลดแกงกะทิในงานบุญ (งานเลี้ยง)...”

นิตยา ลิ้มวิริยะกุล, รพ.ละงู

“...ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่อำเภอ กันตังเป็นระบบที่มีการประสานการทำงานเป็นหนึ่งเดียว โดยโรงพยาบาลแม่ข่ายมีการจัดตั้งทีมและสร้างความเข้าใจของทีมก่อนที่จะมีการส่งผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานกลับไปดูแลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลที่จะต้องรับผู้ป่วยกลับไปดูแลให้

เข้าอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว มีการปรับระบบยา ให้ใช้บัญชีเดียวกับโรงพยาบาลแม่ข่าย จัดมาตรฐานการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการพื้นฐาน โดยการตรวจเลือดปลายนิ้วและ แผลผลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนการตรวจ เลือดประจำปีให้บริการเจาะเลือดที่โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล และส่งไปตรวจที่โรงพยาบาลกันตังโดยการ นัดหมายวันในการตรวจกับโรงพยาบาลแม่ข่าย และมีการ จัดรถจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมารับเลือดไปตรวจ และส่งผล กลับมายังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อบันทึก ในสมุดประวัติประจำตัวผู้ป่วยเพื่อประกอบการรักษา ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการรักษาแบบใกล้บ้าน ใกล้ใจโดย เท่าเทียม...”

หนึ่งหทัย สกุลส่องบุญศิริ, รพ.สต.บ้านมดตะนอย

“...ปี 2552 ข้อสรุปของทีมสหวิชาชีพ นำทีมโดย นายแพทย์ชาญชัย สามัคคินิชย์ ออกให้บริการในพื้นที่สถานี อนามัยตำบลเกาะลิบง ต่อมาปี 2553 นายแพทย์ศกร เนตรแสงทิพย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกันตัง ขยายพื้นที่ เพิ่มไปยังสถานีอนามัยบ้านเกาะมุกด์ ตำบลเกาะลิบง ซึ่งเป็น อีกพื้นที่หนึ่งที่มีสภาพพื้นที่เป็นเกาะ ปี 2554 โรงพยาบาล กันตังจัดทีมลงพื้นที่ตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต และเท้า นอกสถานที่เป็นครั้งแรก...”

หนึ่งหทัย สกุลส่องบุญศิริ, รพ.สต.บ้านมดตะนอย

ระยะที่มีพัฒนาการเต็มรูป (มาก) ขอบเขตงานการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนมีการขยายไปสู่สถานที่ที่มีความซับซ้อนมากขึ้น และพัฒนาไปสู่รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบพึ่งตนเอง พื้นที่ที่มีพัฒนาการทำงาน DHS มากคือ อำเภอกันตัง เนื่องจากได้พัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) มาอย่างต่อเนื่องมากกว่า 10 ปี และในปี 2556 ได้ขยายบริการครอบคลุมทุกหน่วยบริการในพื้นที่เป้าหมาย โดยเริ่มจากทีมบริการสุขภาพจาก รพ.แม่ข่ายได้ลงพื้นที่ให้บริการภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง การมีปฏิสัมพันธ์เชิงรุกของเจ้าหน้าที่สุขภาพทำให้คนในชุมชนพร้อมที่จะรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองมากขึ้น โดยชุมชนสามารถระบุความต้องการและรูปแบบการดูแลสุขภาพของชุมชนตนเองได้

อีกพื้นที่หนึ่ง คือ อำเภอบาเจาะ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีพัฒนาการการดูแลสุขภาพแบบพึ่งตนเองมาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมีเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ ในพื้นที่อำเภอบาเจาะจึงมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (PCUs) เป็นหน่วยบริการสุขภาพหลักที่มีสัมพันธ์ภาพใกล้ชิดกับภาคประชาชน จึงทำให้ชุมชนในพื้นที่นี้มีความพร้อมในการรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองได้มากขึ้น

สำหรับการเป็นเจ้าภาพของระบบสุขภาพของพื้นที่ที่มีพัฒนาการเต็มรูป การขยายตัวและการคงอยู่ของเจ้าภาพของระบบสุขภาพ จะเป็นสัญญาณบวกของการมีพัฒนาการของงาน DHS ได้ ดังนั้นหากพื้นที่ใดสามารถขับเคลื่อน

การทำงาน DHS โดยชุมชนเพื่อชุมชนเอง ซึ่งเป็นการทำงานอย่างเชื่อมโยงกันระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. ผู้นำชุมชน ตัวแทนผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มจิตอาสาต่างๆ ได้เป็นอย่างดี การแสดงบทบาทในการขับเคลื่อนจากบุคลากรส่วนกลาง เช่น ผู้ประสานงาน ทีมนำระดับอำเภอ ก็จะช่วยๆ ลดบทบาทลงไปตามธรรมชาติ ดังนั้น กลไกขับเคลื่อนการทำงานในพื้นที่ดังกล่าวจึงเป็น “ชุมชน” โดยเจ้าหน้าที่ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงคอยสนับสนุนให้ชุมชนทำงานได้ด้วยตัวเอง

“...เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอกันตังประกอบด้วย รพ.กันตัง สสอ.กันตัง เทศบาลเมืองกันตัง โดยผอ.รพ.กันตังเป็นประธาน ต่อมา ประธานเครือข่ายบริการฯ เห็นว่าการดำเนินสุขภาพจะต้องมีเครือข่ายอื่นๆ ของอำเภอกันตังเข้ามาร่วมเป็นเจ้าของ ร่วมประเมิน และร่วมรับผลสำเร็จ เริ่มมีการประสานภาคี ร่วมออกแบบ จัดเก็บข้อมูลจากหลังคาเรือนทั้งหมด จัดทีมรับฟังความคิดเห็นนำมายกร่างผ่านเวทีประชาคม จนมีการประกาศใช้และทำข้อตกลงร่วมกันกับองค์การบริหารส่วนตำบลทุกแห่งและเทศบาลเมืองกันตังในนาม “ธรรมนูญสุขภาพอำเภอกันตัง” ในปี 2555...”

หนึ่งหทัย สกุลส่องบุญศิริ, รพ.สต.บ้านมดตะนอย

“...เมื่อเจ้าหน้าที่ได้รับการติดตามดูการทำงาน มีเครื่องมือในการทำงานกับชุมชนที่ง่าย ทั้งผู้บริหารและ

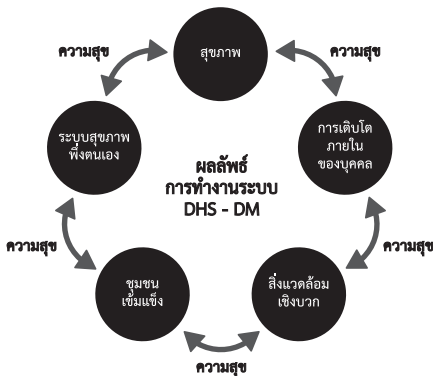
ผู้ปฏิบัติงานสามารถใช้เครื่องมือวิเคราะห์ชุมชน เรียนรู้สิ่งที่
มีอยู่ของชุมชน ใช้ทุนทางสังคมเป็นจุดแข็งในการขับเคลื่อน
DHS พบว่าชุมชนมีทุนทางสังคมที่หลากหลาย ในชุมชนที่มี
ผู้นำศาสนาที่พร้อมจะให้การสนับสนุนองค์ความรู้ทางศาสนา
มาช่วยเหลือสังคม ได้ใช้ศาสนานำกระบวนการ ส่วนชุมชน
ยะโต๊ะได้ผสมผสานไปกับแนวทางเศรษฐกิจพอเพียงที่ชุมชน
มีอยู่แล้ว จนกลายเป็นชุมชนต้นแบบที่ประชาชนจัดการการ
เฝ้าระวังโรคบนฐานคิดของ NYATOH Model...”

สุนีย์ เจ๊ะกะบาซอ, สสอ.บาเจาะ

อย่างไรก็ตาม การเคลื่อนไหวของทั้ง 3 องค์ประกอบ
ในระหว่างเส้นทางการพัฒนาการทำงานของระบบ
สุขภาพแบบ DHS จะเป็นไปตามจังหวะของแต่ละพื้นที่ ซึ่ง
อาจเกิดการเดินหน้า ถอยหลัง หรือย่ำอยู่กับที่ ดังนั้น การ
ติดตามประเมินพัฒนาการของ 3 องค์ประกอบข้างต้นเป็น
ระยะ ๆ ก็จะช่วยให้การขับเคลื่อนระบบมีการปรับเปลี่ยน
ตามสถานการณ์ได้ดีขึ้น เปรียบเหมือนกับที่ผู้ป่วยโรค
เบาหวานมีการเฝ้าระวังระดับน้ำตาลในเลือดแล้วสามารถ
แปลผลได้เพื่อการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเองให้
เหมาะสมตามสภาวะสุขภาพ ณ ขณะนั้น อย่างไรก็ตาม การ
เคลื่อนขยายขอบเขตงานดูแลสุขภาพไม่ได้เกิดขึ้นเป็น
ตอนจากหนึ่งไปสองเสมอไป แต่เป็นไปได้ที่จะมีการก้าวข้าม
ขั้น ซึ่งขึ้นกับสถานการณ์ และ/หรือความพร้อมของภาคส่วน
ต่าง ๆ ในระบบในพื้นที่

4. ผลลัพธ์ของการทำงาน

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการทำงานระบบสุขภาพระดับอำเภอภายใต้แนวคิด DHS มีความหลากหลายมากกว่าผลลัพธ์ที่เกิดต่อสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและกลุ่มเสี่ยงโดยตรง ประสพการณ์จากพื้นที่ทั้ง 5 แห่ง ได้แสดงให้เห็นชัดเจนว่า การทำงาน DHS ทำให้ปรากฏผลลัพธ์ 5 ด้าน คือ ด้านสุขภาพ ด้านการเติบโตภายในของบุคคล ด้านสิ่งแวดล้อมเชิงบวก ด้านชุมชนเข้มแข็ง และด้านระบบสุขภาพพึ่งตนเองของชุมชน ที่สำคัญ คือ ในระหว่างการดำเนินงานจะปรากฏผลลัพธ์ร่วมในระหว่างการก้าวอย่างเสมอคือ **“ความสุข”** ที่เกิดขึ้นกับทั้งผู้ป่วย ประชาชน และบุคลากรสุขภาพ โดยผลลัพธ์แต่ละด้านต่างเกาะเกี่ยวกันไปเสมือนเป็นสิ่งหนุนเสริมซึ่งกันและกัน ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 : ผลลัพธ์ของการทำงานระบบสุขภาพระดับอำเภอประเด็นโรคเบาหวาน

พื้นที่ได้สะท้อนภาพผลลัพธ์ที่ได้จากการทำงาน DHS
ไว้ดังนี้

4.1 ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรอง
ครอบคลุมเกือบ 100% และอัตราการพบผู้ป่วยรายใหม่
ลดลงมาก ส่วนกลุ่มผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการได้ดีขึ้น
และได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง อัตราการขาดนัดลดลง รวมทั้ง
ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน บุคลากรสุขภาพมีการ
ลงพื้นที่เพื่อแก้ไขปัญหาเชิงรุกมากขึ้น ในขณะเดียวกัน ภาค
ประชาชนได้หันมาใส่ใจดูแลเรื่องสุขภาพ มีการออกกฎของ
ชุมชนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การปรับเมนู
อาหารในงานเลี้ยงที่ลดหวาน ลดมัน ลดการใช้ผงชูรส เป็นต้น
สิ่งสำคัญคือการได้มาขององค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง
กับสุขภาพที่เกิดขึ้นโดยชุมชนเอง เช่น วิธีการปรับพฤติกรรม
การกินที่ผสมผสานกับศาสนา วัฒนธรรม การประยุกต์ใช้
สัญลักษณ์เพื่อสื่อสารระดับความเสี่ยงของน้ำตาลในเลือด
 เป็นต้น ผลลัพธ์ทางสุขภาพเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงผลสำเร็จ
ของงานส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การเพิ่ม
ประสิทธิภาพการรักษา และฟื้นฟูสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรค
เบาหวานในชุมชน

ในขณะที่ผลลัพธ์ทางสุขภาพได้สะท้อนความสำเร็จ
ของการบริการสุขภาพตามตัวชี้วัดได้มากขึ้น ก็ได้มีบางสิ่งที

ค่อยๆ ก่อตัวขึ้นในบุคคลที่เป็นทีมงานและภาคีเครือข่ายที่
ร่วมในเส้นทางการทำงาน DHS สิ่งที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลในนี้
นี้ คือ “การเติบโตภายในของบุคคล”

4.2 การเติบโตภายในของบุคคล เป็นผลลัพธ์ที่ได้มาจาก
กระบวนการทำงานที่ส่งเสริมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง
การฝึกฝนทักษะการคิด วิเคราะห์ อย่างมีวิจารณญาณ และ
การทำความเข้าใจผู้อื่นผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ การเติบโตภายในของ
บุคคลในเส้นทางการทำงาน DHS นี้ สามารถปรากฏให้เห็น
ทั้งในกลุ่มผู้ป่วย ประชาชน และบุคลากรสุขภาพ โดยพบ
ว่าการเติบโตภายในของผู้ป่วยและประชาชนทั่วไปในชุมชน
สามารถแสดงออกผ่านการพัฒนาศักยภาพในการพึ่งตนเอง
ด้านการดูแลสุขภาพได้มากขึ้น เช่น ผู้ป่วยเบาหวานสามารถ
คิดวิเคราะห์ปัญหาและค้นหาหนทางเพื่อแก้ไขปัญหาของ
ตนเองได้ ทำให้มีความพร้อมและมีความมั่นใจที่จะแบ่งปัน
ความรู้ ประสบการณ์ และเวลาเพื่อช่วยดูแลคนอื่นต่อ

“...ณ เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่โรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลในวันที่มีคลินิกเบาหวาน ‘มะ ช่วยบอกเพื่อน ๆ
ที่ว่าไซ (ทำไม) รอบนี้ถึงคุมระดับน้ำตาลได้’ นักวิชาการ
สาธารณสุขพูดพร้อมยื่นไมโครโฟนไปที่มะคนหนึ่งที่ยกมือ
แสดงตนเองว่าควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี มะตอบกลับมาจาก
‘ตั้งแต่หมอบอกมะตอนที่มาเอายาครั้งก่อนว่าถ้าไม่ยอม
ให้เกิดโรคอื่นตามมาจากการเป็นเบาหวานต้องกลับไปคุม

อาหาร ตั้งแต่วันนั้นมะก็กินข้าวน้อยลง จากที่กินเป็น “โคม” (ซามกันลิกใบใหญ่) ก็กินเป็น “จาน” เสีย แล้วก็มือค้ำไม้กินข้าวแล้ว ตอนเย็นชวนกันเดินริมหาดและกลางคืนไปรำรองเง็ง...”

หนึ่งหทัย สกุลส่องบุญศิริ, รพ.สต.บ้านมดตะนอย

“...บางชุมชนมีจิตอาสาและกลุ่มพี่เลี้ยงเพื่อดูแลผู้ป่วย ซึ่งบางครั้งเขาต้องการความรู้เพิ่มเติม จึงได้ทำโครงการของบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบลมาอบรมความรู้เชิงปฏิบัติการเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชุมชน ลดเสี่ยงลดโรค DM/HT/Stroke ให้พี่เลี้ยง 1 คนต่อกลุ่มผู้ป่วย 15 คนครัวเรือนเพื่อให้คำแนะนำเรื่องการกินยา เรื่องการรักษา...”

นิตยา ลิมวิริยะกุล, รพ.ละงู

สำหรับการเติบโตภายในของบุคลากรสุขภาพ เกิดจากการได้รับการพัฒนา ทั้งที่เป็นการเรียนรู้อย่างเป็นทางการ เช่น การฝึกอบรม การมีเวทีที่จะได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับบุคลากรต่างพื้นที่ รวมถึงการเรียนรู้ตามธรรมชาติในระหว่างการทำงาน จนเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองขึ้นมาเรื่อยๆ โดยเฉพาะในมิติของ “**ความเข้าใจ**” (Understanding) ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และประชาชนในความรับผิดชอบอย่างเป็นทางการ “ปัจเจก” ไม่ใช่ “แพคเกจ” คือ รู้จักบริบท ความคิด ความเข้าใจ ความรู้สึก และการให้คุณค่าความหมายของเขาในประเด็นที่เกี่ยวข้อง

กับโรคเบาหวานและการรักษา ความเข้าใจลักษณะนี้เกิดขึ้นเมื่อบุคลากรมีทักษะการฟัง การมอง การสังเกตเพื่อเข้าใจ ไม่ใช่เพื่อตัดสิน

“...วันหนึ่งที่ผมให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทำให้ได้พบ Case study (กรณีศึกษา) ดีๆ เคสหนึ่ง คือ ป้าช้อย อดีตแม่ครัวโรงพยาบาลที่มักบอกว่า ‘ป้ารู้ดีนี่เพราะป้าเคยเป็นแม่ครัว’ แต่หลังกระบวนการให้คำปรึกษาป้าควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีเลย สำหรับผมบทเรียนที่ได้รับจากผู้ป่วยรายนี้ ทำให้ได้รู้ว่าผู้ป่วยแต่ละรายไม่เหมือนกัน เป็นปัจเจกบุคคล ในผู้ที่มีความรู้เดิมอยู่แล้วเป็นการยากที่จะปรับความเชื่อและทัศนคติเดิมได้ จึงจำเป็นต้องพูดคุยปรึกษา ยอมรับ ไม่ตำหนิเมื่อทำไม่ถูกต้อง ตรงกันข้ามต้องให้กำลังใจ ชื่นชมในสิ่งที่ทำถูกต้อง และร่วมกันหาวิธีที่เหมาะสมไปสู่เป้าหมายร่วมกันคือคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้รับบริการ...”

ลลิตสุทธิ์ ภูบาลกระแสร, รพ.เขาชัยสน

จะเห็นได้ว่าการเติบโตภายในของบุคคลที่มีส่วนร่วมในการทำงาน เป็นผลลัพธ์ที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการหนุนเสริมผลลัพธ์ด้านอื่นๆ ให้มีการพัฒนาที่ยั่งยืน

4.3 สิ่งแวดล้อมเชิงบวก สิ่งแวดล้อมเชิงบวกที่เกิดขึ้นในการทำงาน DHS มี 2 ประการ คือ การทำงานแบบร่วมด้วย

ช่วยกันอย่างกัลยาณมิตร (Working together as a partner) และการใช้กระบวนการที่เน้นการสะท้อนเชิงบวก (Positive reflexive procedure) ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น ใช้การยกย่อง ชมเชย การยอมรับแทนการตำหนิ (Respectfulness instead of punishment) ใช้การทำความเข้าใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นแทนการตัดสินผิดถูก (Understanding instead of judgement) ซึ่งจะทำให้มีการยอมรับซึ่งกันและกันดีขึ้น มีการอยู่ร่วมกันแบบเอื้ออาทรและแบ่งปัน (Caring and sharing society) แบ่งปันทั้งทรัพยากร ความรู้ ความรู้สึก ความห่วงใย (Share resources, knowledge, feeling and concern) และที่สำคัญคือการแบ่งปันความรู้สึกของการเป็นเจ้าของภาพการทำงานพัฒนาระบบสุขภาพของชุมชน (Share sense of belonging) ถึงแม้ในระยะเริ่มต้นของการทำงาน สิ่งแวดล้อมเชิงบวกเหล่านี้จะเกิดขึ้นจากการถูกออกแบบหรือตั้งใจสร้างขึ้น แต่เมื่อการทำงานขับเคลื่อนดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง การสร้างสิ่งแวดล้อมเชิงบวกแบบนี้ก็จะกลายเป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติของการอยู่ร่วมกันของชุมชน ซึ่งเป็นพลังที่สามารถสร้างสรรค์ให้เกิดสิ่งดีๆ อีกมากมายที่เป็นปัจจัยหนุนเสริมผลลัพธ์ด้านอื่นๆ ให้มันคงยิ่งขึ้น

“...เสียงรอกวิ่งเข้ามาในรั้วโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ฉันทกนาฬิกาขึ้นมาดู ขณะนั้นเป็นเวลาแปดโมงครึ่ง ซึ่งเป็นเวลาเดียวกันทุกครั้งทีทีมสหวิชาชีพจาก รพ.กันตัง มาถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีนายแพทย์ชาญชัย สามัคคินิชย์ หัวหน้าทีมทำหน้าที่ขับรถนำทีมมา

เอง มีเภสัชกร นักกายภาพ พยาบาลเยี่ยมบ้าน มากันครบ ทีม พอรอดจอดทุกคนก็ลงจากรถมาช่วยกันขนกล่องยา ชาวบ้านผู้ชายเมื่อเห็นทีมมาก็ไปช่วยยกกล่องยาเข้ามาข้าง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทีมทุกคนก็เข้าประจำที่ เตรียมพร้อมในการดูแลผู้ป่วย แพทย์ก็เข้าประจำห้องตรวจ (ที่เตรียมไว้พร้อมแล้ว) เภสัชกรก็จัดเตรียมยาตามหมายเลข ที่จัดมาพร้อมแล้วสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน ทีมเยี่ยมบ้านก็ ออกเยี่ยมบ้านพร้อมกับ อสม. ในพื้นที่โดยมีนักวิชาการ สาธารณสุขออกเยี่ยมพร้อมกับทีมเพื่อรับข้อมูลที่พยาบาล เยี่ยมบ้านจากโรงพยาบาลกันตั้งเยี่ยมแล้วต้องการส่งต่อให้ มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง...”

หนึ่งหทัย สกุลส่องบุญศิริ, รพ.สต.บ้านมดตะนอย

“...การทำงานที่ใช้กระบวนการพูดคุยกัน นำแบบไม่ นำ ตามแบบไม่ตาม ในช่วงแรกอาจจะต้องนำบ้าง การมองเห็นคุณค่าของแต่ละคน เกิดรอยยิ้ม สร้างความประทับใจ ความไว้วางใจ ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการที่นำมาใช้กับ ผู้ป่วยเบาหวานที่ร่วมพูดคุยกันแลกเปลี่ยนในสิ่งที่ภูมิใจ...”

สุนีย์ เจ๊ะกะบาซอ, สสอ.บาเจาะ

“...**ป่าซ้อย:** ลูกบ่าว (ลูกชาย) ไม่พักหลงแล้ว (ไม่ต้องอธิบายแล้ว) เรื่องอาหารเบาหวาน ป้ารู้ดีนี่ ป้าเคยเป็น แม่ครัวทำกับข้าวให้คนในโรงพยาบาลกินใหญ่ๆ (บ่อย ๆ) ป้ารู้หมดแล้ว ป้าเดินออกกำลังกายทุกวันหน้าบ้าน

พยาบาล: ดีจังป่า แต่วันนี้ผมข่องใจจ้งที่น้ำตาล
ในเลือดป่าสูง สองสามหนก่อนกะสูงนี้

ป่าซ้อย: เบอะป่าไมใช่กินไหรนินูก (ป่าก็ไม่ได้กิน
อะไรมากมายนะ)

พยาบาล: “ผมใช้ว่าไหรนิน (ผมก็ไม่ได้จะตำหนิป่า)
แต่กลัวว่าถ้าน้ำตาลป่าสูงนาน ๆ กลัววิเป็นอย่างอื่น (เกรงว่า
จะมีปัญหาอย่างอื่นตามมา) ไตเสื่อมเร็ว ตามัว ผมข่องใจ
ป่าจ้งนี้ (ผมห่วงป่ามาก ๆ เลย)

ป่าซ้อย: ป่ากลัวจ้งแหละลูก (ป่ากลัวมากเลย) กลัว
ไตวายมาก ๆ...”

สิทธิสุทธิ์ ภูบาลกระแสร้, รพ.เขาชัยสน

4.4 ชุมชนเข้มแข็ง หมายถึง ชุมชนที่มีขีดความสามารถ
ในการจัดการปัญหาของตนเองได้ในระดับหนึ่ง มีการเรียนรู้
ร่วมกันอย่างต่อเนื่องบนพื้นฐานวัฒนธรรม ความเชื่อ คุณค่า
ดั้งเดิม ศาสนา และเศรษฐกิจชุมชนที่พึ่งพาเอื้อเพื่อกันและ
กัน โดยแต่ละชุมชนได้ใช้ศักยภาพของตนเองเข้าคลี่คลาย
และจัดการปัญหาได้ด้วยตนเองภายใต้ความร่วมมือและ
สนับสนุนจากองค์กรภายนอก (สำนักงานคณะกรรมการ-
พัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2548)

ความเข้มแข็งของชุมชนที่เกิดขึ้นชัดเจนที่สุด คือ มี
การเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่องโดยคำนึง
ถึงวิถีชีวิต วัฒนธรรม และศาสนา โดยเฉพาะด้านศาสนาและ
วัฒนธรรมที่เห็นได้ค่อนข้างชัดในชุมชนมุสลิม เนื่องจาก

หลักคำสอนของศาสนาอิสลามได้ให้รายละเอียดถึงการใช้ชีวิตประจำวัน ส่วนการพึ่งพากันอย่างเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ มีปรากฏในทุกชุมชน เช่น การที่มีพี่เลี้ยงลงไปดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน การแบ่งปันประสบการณ์และความรู้ในกิจกรรมกลุ่ม และการปรับเปลี่ยนประเพณีนิยมเรื่องการจัดเลี้ยงเพื่อส่งเสริมสุขภาพของคนในชุมชน ป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้ย่อมแสดงให้เห็นว่า ชุมชนได้พัฒนาศักยภาพในการจัดการปัญหาสุขภาพของชุมชนโดยชุมชนอาสาเข้ามาทำงานหรือร่วมกันเป็นเจ้าภาพ

เมื่อชุมชนมีความเข้มแข็งมากยิ่งขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์เชิงรุก และมีการรวมกลุ่มร่วมกับเครือข่ายอื่นๆ จึงมีอำนาจต่อรองกับกลไกหลักทางสุขภาพและองค์กรภายนอกชุมชน ทำให้มีผู้นำชุมชนเป็นตัวจักรหลักในการขับเคลื่อนการทำงานแทนหรือร่วมกับบุคลากรสุขภาพมากขึ้น ความเข้มแข็งของชุมชนจึงเป็นผลรวมของผลลัพธ์ด้านอื่นๆ โดยเฉพาะจากผลลัพธ์ของ “การเติบโตภายในของบุคคล” ของทีมงาน DHS และภาคีเครือข่ายที่ได้ร่วมขับเคลื่อนและพัฒนาดำเนิน DHS ในพื้นที่มาอย่างต่อเนื่อง

“...มีพื้นที่ที่สมัครใจร่วมกันตั้งคณะทำงานซึ่งประกอบด้วยคนในชุมชนที่อาสาสมัคร เช่น ผู้ใหญ่บ้าน อบต. อสม. แม่บ้าน ฯลฯ ซึ่งผลการดำเนินงานทำให้ชุมชนเกิดความตระหนักและมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้วยชุมชนเองและรู้สึกว่ารรัฐไม่ทอดทิ้ง ต่อมาชุมชนมีกฎของ

ชุมชนเองเกี่ยวกับสุขภาพ มีการปรับเปลี่ยนบริการของคลินิกโรคเรื้อรังเป็นการรักษาเชิงรุกเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการต่อมา ได้พื้นที่ที่ให้ความสนใจร่วมแก้ปัญหาโรคเรื้อรังในชุมชนเพิ่มขึ้น และขอสมัครเข้ามาเพิ่มเติม...”

นิตยา ลีมีวิริยะกุล, รพ.ละงู

4.5 ระบบสุขภาพพึ่งตนเอง “การพึ่งตนเอง” เป็นองค์ประกอบสำคัญของการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable development) ดังนั้น ระบบสุขภาพพึ่งตนเองจึงเป็นเป้าหมายสูงสุดของการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ระบบสุขภาพพึ่งตนเองมีลักษณะสำคัญ 2 ประการ คือ ชุมชนใช้วิธีการดูแลสุขภาพแบบภูมิปัญญาท้องถิ่นจนเป็นวิถีของชุมชน และการที่ชุมชนสามารถจัดการตนเองด้านสุขภาพได้ทั้งในมิติ 4 มิติ ได้แก่ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ และมีขีดความสามารถจัดการสุขภาพชุมชนโดยชุมชนเอง ตั้งแต่การสำรวจและวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพของชุมชน การมีกระบวนการเพื่อการเรียนรู้ด้านสุขภาพของคนในชุมชน การจัดองค์กรและทรัพยากรบุคคล รวมถึงการสร้างหลักประกันด้านสุขภาพ (ธีรพงษ์ แก้วหาวงษ์, 2544)

จากบทเรียนของทั้ง 5 พื้นที่ ได้สะท้อนการพึ่งตนเองโดยมีการมีส่วนร่วมในการจัดการระบบสุขภาพของตนเองมากขึ้น ตั้งแต่จุดเริ่มต้นของการทำงาน DHS เนื่องจากการทำงานแบบคู่ขนานกันระหว่างการพัฒนากระบวนการสุขภาพและระบบสุขภาพชุมชน ดังนั้น ภาคประชาชน

จึงมีส่วนร่วมตั้งแต่การสำรวจและวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพของชุมชนและบางพื้นที่ได้ร่วมกำหนดแนวทางแก้ปัญหาสุขภาพด้วยตนเอง ทุกพื้นที่จึงมีกระบวนการเพื่อการเรียนรู้ด้านสุขภาพของคนในชุมชน ทำให้ชุมชนมีกระบวนการคิด วิเคราะห์ สังเคราะห์ ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ระบบสุขภาพพึ่งตนเองของชุมชนจะสามารถพัฒนาได้ดีเพียงใดขึ้นอยู่กับความเข้มแข็งของชุมชน คือ การเติบโตภายในของบุคคล สิ่งแวดล้อมของการอยู่ร่วมกันเชิงบวก และความเข้มแข็งของชุมชนในภาพรวม ดังนั้นระบบสุขภาพพึ่งตนเองจึงไม่สามารถสร้างสรรค้ให้เกิดขึ้นได้อย่างสมบูรณ์ในระยะเวลาสั้น ต้องอาศัยกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อค้นหาความเป็นตัวตนแต่ละชุมชน

อย่างไรก็ตาม ทีมบุคลากรสุขภาพและภาคีเครือข่ายที่ร่วมเส้นทางการทำงาน DHS ได้เล่าถึงผลลัพธ์ร่วมของการทำงาน นั่นคือ **“ความสุข”** ทั้งที่เกิดกับผู้ป่วย ประชาชน บุคลากรสุขภาพ และภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกพื้นที่ไว้ อย่างน่าสนใจว่า ความสุขเป็นผลลัพธ์ร่วมที่ปรากฏให้เห็นอย่างชัดเจนในพื้นที่ทั้ง 5 แห่ง เนื่องจากตลอดเส้นทางการทำงาน DHS ในชุมชน บุคลากรและภาคีเครือข่ายได้หยิบยกและกล่าวถึงความสุขจากการทำงานร่วมกันเสมอๆ ดังนั้นความสุขจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญของกระบวนการทำงาน DHS เนื่องจากเป็นสิ่งแวดล้อมที่ดีในการทำงาน เป็นตัวหล่อเลี้ยงและแรงผลักดัน รวมทั้งเป็นผลลัพธ์หรือเป้าหมายและตัวชี้วัดความสำเร็จที่เกิดจากการทำงาน DHS ด้วย

“...หมอบเป็นทีมนำในการทำงานที่เห็นประโยชน์ของการทำงานแล้ว **‘ประชาชนต้องมีความสุข’** ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีใจทำงาน มากกว่ามองตัวชีวิตเป็นฐานการขับเคลื่อน...สิ่งดีดีที่เกิดขึ้นในชุมชนพร้อมกับการขับเคลื่อน DHS ระดับอำเภอที่มีเป้าหมายร่วมกันคือ **‘ชุมชนแห่งการเรียนรู้ และการเรียนรู้อย่างมีความสุข’**... ความสำเร็จของการทำงานชุมชนจัดการเบาหวาน คือ ชุมชนเป็นฐานเรียนรู้การทำงาน และกระบวนการขับเคลื่อน DHS ที่มีชีวิต มีความหลากหลายทางสังคม วัฒนธรรม ความเป็นอยู่ และ**มีความสุข...**”

สุนีย์ เจ๊ะกะบาซอ, สสอ.บาเจาะ

“...การเริ่มงานในพื้นที่ใหม่ เริ่มต้นด้วยดีพอสมควร ในบทบาทผู้ประสานงาน...**มีความสุขในการทำงาน มีแรงบันดาลใจ ...**”

เอมอร ขุนเพชร, รพ.ท่าแพ

ลักษณะและที่มาของ “**ความสุข**” ที่ถูกเล่าจากพื้นที่ เป็นความรู้สึกที่เกิดกับบุคลากรสุขภาพ ผู้ป่วย ประชาชน และบรรยากาศการทำงาน โดยมีทั้งที่เกิดจากกระบวนการทำงาน เช่น จากการทำได้รับการเตรียมความพร้อมหรือติดอาวุธในการทำงานก่อนลงสนาม ทำให้มีความมั่นใจในการทำงาน มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งในระดับพื้นที่และต่างพื้นที่ มีเพื่อนคู่คิด มีกัลยาณมิตร ทำให้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว เพราะมีครู มี

ที่เลี้ยง และมีเพื่อนร่วมทาง ที่มาของ **“ความสุข”** อีกประการหนึ่งของบุคลากรสุขภาพ คือ การมีผลลัพธ์ของการทำงานที่บรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัดด้วย เช่น อัตราการเกิดโรคลดลง ภาวะแทรกซ้อนลดลง และประชาชนมีศักยภาพในการดูแลตนเองมากขึ้น ที่น่าสนใจมากกว่านั้น คือ ความสุขที่เกิดจากการที่เห็นผู้ป่วยและประชาชนมีความสุข

“...ในการทำงานครั้งแล้วครั้งเล่าที่ผ่านมา ทำให้เราได้เรียนรู้ว่างานที่เกิดความสำเร็จแต่ละครั้งของฉันและทีมที่ร่วมกันทำงาน เราไม่ได้เดินเพียงลำพัง เรามีเพื่อน มีที่ผู้ร่วมงาน คนในชุมชน เครือข่าย ช่วยกันคิดช่วยกันแก้ปัญหา ทำให้ประชาชนได้รับประโยชน์ **คนทำงานมีความสุข...**”

เอมอร ขุนเพชร, รพ.ท่าแพ

“...ภาพรอยยิ้มที่มีแววตาปรี่มด้วยน้ำตายังติดตาติดใจผมมาตลอด และนี่คือเรื่องราวของสายน้ำที่ร้อยรวมกันของ **‘ความสุข’** ที่เกิดขึ้นในการให้บริการด้วยความเข้าใจ ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์...”

ลลิตสุทธิ์ ภูบาลกระแสร้, รพ.เขายายจัน

“...บรรยากาศการดูแลผู้ป่วยเต็มไปด้วยความอบอุ่นและเป็นกันเอง มีการพูดคุยหยอกล้อกันเป็นระยะพร้อมเสียงหัวเราะของผู้ป่วยและญาติ ทำให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยกล้าที่จะเปิดเผยข้อมูลของตนเอง นำไปสู่การแก้ปัญหาเรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ที่สาเหตุอย่างแท้จริง...”

หนึ่งหทัย สกกุลส่องบุญศิริ, รพ.สต.บ้านมดตะนอย

จะเห็นได้ว่าการทำงาน DHS ในประเด็นโรคเบาหวาน ได้ให้ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ด้านสุขภาพในระดับบุคคล ชุมชน และระบบ ทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ผลลัพธ์แต่ละด้านที่เกิดขึ้นในกระบวนการทำงานร่วมกันจึงเกิดการเกื้อกูลซึ่งกันและกันและนำไปสู่เป้าหมายสูงสุดของการพัฒนาสุขภาพ คือ การมีระบบสุขภาพที่ยั่งยืน

5. ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ข้อคิดเห็นเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องที่จะเสนอต่อไปนี้เป็นมุมมองถึงภาพรวมของการทำงานระบบ DHS มากกว่าความจำเพาะของประเด็นโรคเบาหวาน

1. พัฒนาการออกแบบระบบสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพ เป็นมิตร มีความคล่องตัวต่อการปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์ การมีระบบสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จในการทำงาน DHS เพราะมีส่วนสำคัญในการช่วยประคับประคองให้ชุมชนเป้าหมายสามารถก้าวข้ามข้อจำกัดของตนเอง ทำให้ชุมชนสามารถเป็นเจ้าภาพหลักในการดูแลสุขภาพของชุมชนเอง รวมทั้งสามารถจัดการดูแลพื้นฐานได้อย่างสอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่

2. การติดตาม (monitor) พื้นที่ควรจัดให้มีการติดตามองค์ประกอบที่บ่งชี้พัฒนาการของการทำงาน DHS ในพื้นที่เป็นระยะ ๆ ทั้ง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ขอบเขตการดูแลสุขภาพในชุมชน การเป็นเจ้าของระบบ และตัวจักรในการขับเคลื่อน เพื่อเป็นข้อมูลที่ใช้ในการประเมินพัฒนาการการทำงานในพื้นที่ ทำให้ทีมสามารถให้การสนับสนุนชุมชนเป้าหมายได้อย่างสอดคล้องกับจังหวะของพัฒนาการของชุมชน

3. การออกแบบระบบสุขภาพแบบพื้นที่เป็นฐาน
ควรเพิ่มเติมมิติของสุขภาพตามช่วงวัยเข้าไปในการดูแลสุขภาพตามกลุ่มโรคด้วย

4. ระบบสุขภาพในประเด็นโรคเรื้อรังของชุมชน
การทำงานควรเป็นลักษณะบูรณาการไปด้วยกัน และมีการออกแบบการจัดบริการที่เชื่อมโยงระหว่างโรคต่าง ๆ ในกลุ่มโรคเรื้อรัง เนื่องจากที่มาของการเกิดและภาวะแทรกซ้อนของโรคในกลุ่มนี้ตลอดจนการดูแลรักษาก็มีความเกี่ยวเนื่องกัน

5. การขยายเครือข่าย ขยายการทำงานไปยังกลุ่มวิชาชีพแพทย์แผนไทย แพทย์ทางเลือก และปราชญ์ชาวบ้าน รวมถึงการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมเพื่อตอบโจทย์ระบบสุขภาพชุมชนพึ่งตนเอง

สรุป

จากบทเรียนที่สกัดจากประสบการณ์ของบุคลากร
สุขภาพในชุมชนที่นำแนวคิด DHS สู่งานปฏิบัติ เพื่อพัฒนา
ระบบสุขภาพในประเด็นโรคเบาหวาน สามารถสรุปได้ถึง
หลักสำคัญในการประยุกต์แนวคิด DHS สู่งานปฏิบัติดังนี้

- 1) มีการปรับแนวคิดหลักในการทำงานสุขภาพให้ชัด
- 2) มีจุดเริ่มการก้าว่างที่เหมาะสมกับทุนที่มี
- 3) มีการติดตามพัฒนาการการทำงานเพื่อให้การ
สนับสนุนที่สอดคล้องและถูกจังหวะ
- 4) มีการทำงานเพื่อสร้างสุข (ภาพ) โดยใช้ความสุข
อย่างมีความสุข
- 5) มีการทบทวนพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง
- 6) เมื่อสามารถสร้างผลลัพธ์ที่ได้จากการทำงาน
DHS คือ ความสุขในเส้นทางการดำเนินงาน จะ
ส่งผลให้ได้ผลลัพธ์ที่มากกว่าผลลัพธ์ทางสุขภาพ
คือ การเติบโตภายในของบุคคล มีสิ่งแวดล้อม
เชิงบวก มีชุมชนเข้มแข็ง และในที่สุดเป้าหมาย
สูงสุด คือ ระบบสุขภาพพึ่งพาตนเองอย่างยั่งยืน
จะเกิดขึ้น

เอกสารอ้างอิง

ธีรพงษ์ แก้วหาวงษ์. 2544. **กระบวนการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง
ประชาคม ประชาสังคม.** พิมพ์ครั้งที่ 8. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลัง
น่านาวิทยา.

นิตยา ลิ้มวิริยะกุล. 2559. **ถอดบทเรียนความต้นเบาหวานอำเภอละงู.**
ใน: การประชุมเชิงปฏิบัติการถอดบทเรียนเครือข่ายสุขภาพพระดัด
อำเภอเขต 12 ระหว่างวันที่ 28-29 มีนาคม 2559 ห้องสงขลา
โรงแรมहरรรษา เจบี หาดใหญ่.

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาริราช. **สังคมผู้สูงอายุ: นัยต่อการพัฒนา
เศรษฐกิจ.** [เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน 2559] เข้าถึงได้จาก: [https://
www.hfocus.org/content/2015/04/9734](https://www.hfocus.org/content/2015/04/9734).

ลิตธิสุทธิ์ ภูบาลกระแสร. 2559. **เรื่องเล่าการบริการด้วยหัวใจความ
เป็นมนุษย์ เรื่อง 'ป้ารุ่ตินิ ป้าเคยเป็นแม่ครัว'.** ใน: การประชุม
เชิงปฏิบัติการประชุมเชิงปฏิบัติการถอดบทเรียนเครือข่ายสุขภาพ
ระดับอำเภอเขต 12 ระหว่างวันที่ 28-29 มีนาคม 2559 ห้อง
สงขลา โรงแรมहरรรษา เจบี หาดใหญ่.

สุนีย์ เจ๊ะกะบาขอ. 2559. **อำเภอบาเจาะกับการจัดการโรคเบาหวาน.**
ใน: การประชุมเชิงปฏิบัติการถอดบทเรียนเครือข่ายสุขภาพพระดัด
อำเภอเขต 12 ระหว่างวันที่ 28-29 มีนาคม 2559 ห้องสงขลา
โรงแรมहरรรษา เจบี หาดใหญ่.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2548. **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10.** [เข้าถึงเมื่อ 15 มิถุนายน 2559] เข้าถึงได้จาก: http://www.nesdb.go.th/ewt_news.php?nid=5747&filename=develop_issue

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2558. **สถิติโรคเรื้อรังประเทศไทย.** [เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน 2559] เข้าถึงได้จาก: <http://www.dmthai.org/statistic> .

หนึ่งหทัย สกุลส่องบุญศิริ. 2559. **รูปแบบการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอกันตัง จังหวัดตรัง.** ใน: การประชุมเชิงปฏิบัติการถอดบทเรียนเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอเขต 12 ระหว่างวันที่ 28-29 มีนาคม 2559 ห้องสงขลา โรงแรมทรราช เจบี หาดใหญ่.

เอมอร ขุนเพชร. 2559. **การมีส่วนร่วมในการจัดการโรคเรื้อรังในชุมชนบ้านสายควน ต.ท่าแพ อ.ท่าแพ จ.สตูล.** ใน: การประชุมเชิงปฏิบัติการถอดบทเรียนเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอเขต 12 ระหว่างวันที่ 28-29 มีนาคม 2559 ห้องสงขลา โรงแรมทรราช เจบี หาดใหญ่.

WHO. 2015. **Non communicable diseases.** Retrieved June 1, 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>



บทเรียนการนำแนวคิดทฤษฎี DHS ลงสู่การปฏิบัติ
ที่สกัดจากประสบการณ์การทำงานจริงในพื้นที่
ผสมผสานด้วยหลักคิด อุดมการณ์ และแรงบันดาลใจ
ในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอเชิงประเด็น



Copyright © DSDC