



ถอดบทเรียน DHS South
การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ ประเด็น

โรคความดันโลหิตสูง

บุญญาภา รุ่งปิเตอร์รังสี เขียน
ดร.นพ.วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย บรรณาธิการ

ถอดบทเรียน DHS South
การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ
ประเด็น ‘โรคความดันโลหิตสูง’

เลขมาตรฐานสากลประจำหนังสือ : 978-616-8059-04-3

พิมพ์ครั้งที่ 1 : กันยายน 2559

ราคา : 150 บาท

ผู้เขียน : ปุญญาภา รุ่งปีตะรังสี 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

ปฎิญาณภา รุ่งปีตะรังสี.

การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ ประเด็นโรคความดันโลหิตสูง.-- สงขลา : โครงการสนับสนุนการขับเคลื่อนเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอเพื่อการจัดการอำเภอสุขภาพผ่านเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนต้นแบบในเขตบริการสุขภาพที่ 12 มูลนิธิสุขภาพภาคใต้, 2559. 78 หน้า. -- (ถอดบทเรียน DHS South).

1. การส่งเสริมสุขภาพ. 2. ความดันเลือดสูง.
1. ชื่อเรื่อง.

613

ISBN 978-616-8059-04-3

ตนร่วมสร้าง

บทเรียนการทำงานระบบสุขภาพพระดับอำเภอ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

สุดา ขำนุรักษ์

รพ.ก่งหรา จ.พัทลุง

ธิดา เหมือนพะวงศ์

รพ.สต.ควนโดน จ.สตูล

สุวรรณณี คานยู

รพ.เทพา จ.สงขลา

ภารดี วงศ์รัฐ

รพ.หนองจิก จ.ปัตตานี

ปาริชาติ แก้วทองประคำ

รพ.สต.ยาบี จ.ปัตตานี

ปญญาภา รุ่งปิตะรังสี

คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

สารบัญ

คำนำ	9
คำนิยาม	10
ความรู้สึกล สิ่งที่เห็น สิ่งที่เราเรียนรู้ สิ่งที่ยากให้เกิด	12
การทำงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	15
ความหมายและความสำคัญ ของโรคความดันโลหิตสูง	18
จุดเริ่มต้น : ก้าวย่างระบบสุขภาพระดับอำเภอ ของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่	26
วิธีการขับเคลื่อนและผลลัพธ์การทำงาน กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของพื้นที่	36
เปรียบเทียบการทำงานระบบสุขภาพ ระดับอำเภอในแต่ละพื้นที่	56
ปัจจัยความสำเร็จ ของการทำงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	62
ข้อเสนอแนะ	65

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
บรรณาธิการ

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 ผมได้สัมผัส **'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

ความรู้สึก

สิ่งที่เห็น สิ่งที่เรียนรู้ สิ่งที่ยากให้เกิด

สิ่งที่เห็น คือ ความเข้าใจ ความรัก ความหวัง และความสุขของคนทำงานสุขภาพในพื้นที่ ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม ประชาชนเข้าใจที่มาของปัญหาสุขภาพ และตื่นตัวหันมาดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชนมากขึ้น จึงดูเหมือนว่า การทำงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System - DHS) จะเป็นเครื่องมือที่ทำให้ทุกภาคส่วนในชุมชน หันมาสนใจเรื่องสุขภาพซึ่งเป็นวิถีชีวิตของคนในชุมชนร่วมกันได้เป็นอย่างดี เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่เติมเต็มและเชื่อมต่อบริการสุขภาพของภาครัฐ ซึ่งยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงปัญหาสุขภาพระดับชุมชน แต่การทำงานระบบสุขภาพชุมชนด้วยแนวคิด DHS มีความยืดหยุ่นและมีพลังงานในการทำงานภาพกว้างระดับชุมชนมากกว่า เพราะเน้นการดูแลสุขภาพที่อิงกับความต้องการที่แท้จริงของทั้งคนป่วยและคนสุขภาพดี โดยคำนึงถึงสังคมและวัฒนธรรมของชุมชนและความร่วมมือของทุกภาคส่วน

สิ่งที่เรียนรู้ คือ งานสร้างสุขภาพต้องเกิดจากความ
ร่วมมือหลายภาคส่วน ที่สำคัญคือ การทำงานด้วยความสุข
การชื่นชมกันและกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ย่อมมีพลังและได้
รับความสุขจากงานร่วมกัน ทั้งผู้ให้และผู้รับบริการสุขภาพ

สิ่งที่อยากให้เกิด คือ การนำแนวคิดของกระบวนการ-
การทำงาน DHS ลงสู่พื้นที่ในการทำงานระบบสุขภาพชุมชน
เพื่อทำให้เกิดการกระจายวิธีการทำงานด้วยความสุขและ
ได้ความสุขจากการทำงาน และเกิดชุมชนที่ช่วยเหลือเกื้อกูล
กันและกัน

**“บทเรียนที่ได้สังเคราะห์เป็นประสบการณ์ที่ดีจากพื้นที่
ซึ่งรอให้พื้นที่อื่นๆ มาหยิบประสบการณ์เหล่านี้
ไปอ่าน คิด วิเคราะห์ และนำแนวคิด DHS ไปปฏิบัติ
ท่านก็จะพบความสุขเช่นเดียวกับเจ้าของบทเรียน”**

ปญญาภา รุ่งปีตะรังสี
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

การทำงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ
ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ปุณญาภา รุ่งปีตะรังสี

การทำงานระบบสุขภาพระดับอำเภอในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้จากการประมวลความรู้เกี่ยวกับความหมาย ความสำคัญ แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่ผ่านมา และการถอดประสบการณ์การทำงานของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอใน 5 พื้นที่ ในเขตสุขภาพที่ 12 ซึ่งเป็นบทเรียนการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สุขภาพ คือ โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลกษมธนา อำเภอองครักษ์ จังหวัดพิจิตร โรงพยาบาลกษมธนา อำเภอองครักษ์ จังหวัดสงขลา และ โรงพยาบาลหนองจิก อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 2 แห่ง ได้แก่ รพ.สต.ควนโดน อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล และ รพ.สต.ยาบี อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี

การสังเคราะห์บทเรียนครั้งนี้ ผู้สังเคราะห์ต้องการนำเสนอภาพการทำงานในพื้นที่ หลักคิด อุดมการณ์ และแรงบันดาลใจของเจ้าหน้าที่สุขภาพ วิธีการดำเนินงานแบบ **“บ้านเล็กในป่าใหญ่”** ภายใต้หลักการของการทำงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System - DHS) ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงาน ข้อคิดเห็นที่ได้จากการเรียนรู้ รวมทั้งข้อเสนอแนะในการพัฒนาการทำงานระบบสุขภาพระดับอำเภอในอนาคต เพื่อให้เจ้าหน้าที่สุขภาพ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และผู้สนใจงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอในพื้นที่อื่นๆ ได้นำบทเรียนเหล่านี้ไปพัฒนา ประยุกต์ และต่อยอดการดำเนินงานการทำงานโรคความดันโลหิตสูงในระบบสุขภาพระดับอำเภอต่อไป

ความหมายและความสำคัญ ของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure - SBP) >140 มม.ปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure - DBP) >90 มม.ปรอท ความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตและทุพพลภาพที่สำคัญที่สุดทั่วโลกและเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีอาการค่อยเป็นค่อยไป โดยภาวะของโรคจะค่อย ๆ มีอาการรุนแรงขึ้น และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง จะทำให้ความดันโลหิตส่งผลกระทบต่อหลอดเลือดและการไหลเวียนของเลือดและออกซิเจนที่ไปสู่หัวใจ และอาจเป็นสาเหตุให้หัวใจล้มเหลว หลอดเลือดสมองแตกหรือตีบ และเร่งให้เกิดการเป็นโรคไตวายระยะสุดท้ายจนถึงขั้นเสียชีวิตได้

การดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูงอย่างถูกต้องเหมาะสม ผู้ดูแลหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจึงต้องรู้ และเข้าใจ ภาวะการเจ็บป่วยของกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพราะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นพยาธิสภาพที่รักษาไม่หายโดยวิธีการทางการแพทย์แต่ต้องการกลวิธีในการควบคุมป้องกันโรคและการรักษาพยาบาลตามอาการเพื่อลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคไม่ให้ลุกลามมากขึ้น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจึงต้อง

ได้รับความช่วยเหลือและสนับสนุนให้เพิ่มขีดความสามารถในการปรับวิถีชีวิตให้เหมาะสมและรับผิดชอบต่อตนเอง รวมทั้งครอบครัวหรือชุมชนสามารถดูแลผลกระทบจากความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดขึ้นได้

ผลสำรวจสุขภาพประชาชนไทย เมื่อ พ.ศ.2556 พบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ 90,564 คน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ที่น่าวิตกอย่างยิ่งคือ ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงร้อยละ 50 ไม่รู้ตัวว่าเป็นความดันโลหิตสูง เนื่องจากไม่เคยรับการวินิจฉัยมาก่อน **ดังนั้น การทำงานดูแลรักษากลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สำคัญ คือ การทำให้ประชาชนทั่วไปปรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง และมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตั้งแต่เริ่มสงสัยว่าตนเองมีอาการ**

ปัจจุบันระบบบริการสุขภาพภาครัฐจึงเน้นให้ทีมเจ้าหน้าที่สุขภาพเร่งดำเนินการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและระบุปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคตั้งแต่ระยะแรก รวมทั้งจัดระบบให้ประชาชนเข้าถึงสถานบริการสุขภาพเพื่อรับการวินิจฉัยโรคและการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าปัจจุบันการรักษาโรคความดันโลหิตสูงด้วยการใช้ยากกลุ่มต่าง ๆ จะมีความก้าวหน้า แต่พบว่ายังไม่สามารถควบคุมโรคได้ ดังนั้น การกระตุ้นให้ประชาชน

ทั่วไปหันมาใส่ใจสุขภาพตนเองและตื่นตัวในการตรวจวัดความดันโลหิตของตนเองอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง จึงถือว่าสำคัญมาก ทั้งนี้ การประเมินค่าความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงจากระดับความดันโลหิตที่วัดในคลินิก โรงพยาบาลหรือสถานบริการสาธารณสุขมีการแปลความ ดังตารางนี้

การจำแนกโรคความดันโลหิตตามความรุนแรงในผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไป

จำแนกระดับความรุนแรง (Category)	SBP (มม.ปรอท)	และ	DBP (มม.ปรอท)
เหมาะสมที่สุด (Optimal)	<120	และ	<80
ปกติ (Normal)	120-129	และ/หรือ	80/84
สูงกว่าปกติ (High normal)	130-139	และ/หรือ	85-89
ระดับ 1 hypertension (Mild)	140-159	และ/หรือ	90-99
ระดับ 2 hypertension (Moderate)	160-179	และ/หรือ	100-109
ระดับ 3 hypertension (Severe)	>180	และ/หรือ	>110
ความดันตัวบนสูงอย่างเดียว (Isolated systolic hypertension) (ISH)	>140	และ	<90

หมายเหตุ : SBP = Systolic Blood Pressure (เป็นตัวเลขนบนหรือตัวแรก ค่าความดันโลหิตตัวบน เป็นความดันขณะที่หัวใจบีบส่งเลือดออกจากหัวใจ), DBP = Diastolic Blood Pressure (เป็นตัวเลขล่างหรือตัวหลัง เป็นค่าความดันขณะหัวใจคลายตัว) เมื่อความรุนแรงของ SBP และ DBP อยู่ต่างระดับกัน ให้ถือระดับที่รุนแรงกว่าเป็นเกณฑ์ สำหรับ ISH ก็แบ่งระดับความรุนแรงเหมือนกันโดยใช้แต่ SBP

จะเห็นได้ว่า การดูแลรักษากลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงมิใช่เพียงการไว้ยา แต่จำเป็นต้องใช้การควบคุมป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุการเกิดโรค โดยการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน รวมทั้งการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนที่จะทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิต โดยอาศัย **การเพิ่มศักยภาพในการจัดการตนเอง** เช่น การรับรู้ระดับความดันโลหิตของตนเอง ปักจี้เสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนของโรคอย่างถูกต้อง การปรับวิถีชีวิตของคนในชุมชนเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากการรับประทานอาหาร งดอาหาร หวาน มัน เค็ม และหม่นออก กำลังกาย **โดยอาศัยความร่วมมือจากคนในชุมชน ผู้นำ และเจ้าหน้าที่สุขภาพ** จึงเป็นแนวคิดที่มาช่วยเติมเต็มช่องว่างในการทำงานดูแลรักษากลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

บริบทและสภาพปัญหา ของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่บทุเรียน

บริบทของพื้นที่บทุเรียนการทำงานระบบสุขภาพระดับอำเภอกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้ง 5 แห่ง ได้สะท้อนภาพปัญหาของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างชัดเจนว่า เป็นการเจ็บป่วยโรคเรื้อรังที่มีความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมของชุมชนทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ซึ่งเกิดจากประชาชนมีวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ทั้งการกิน การอยู่ และการออกกำลังกายที่ไม่ถูกต้อง แม้ว่า การบริการสุขภาพภาครัฐได้มีนโยบายเร่งด่วนให้เจ้าหน้าที่สุขภาพค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเพื่อเข้าสู่ระบบการรักษา

ก็ไม่สามารถป้องกันควบคุมและลดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ เนื่องจากประชาชนไม่ตระหนักและไม่เห็นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง จำนวนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่จึงมีแนวโน้มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องดังเสียงสะท้อนจากพื้นที่

“...เมื่อก่อนบ้านเรากินปลาเป็นหลัก กินผักเป็นพื้น มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง แต่ปัจจุบันการกินอาหารเปลี่ยนไป กินข้าวนอกบ้าน เย็นไปโลดตัส แม้แต่เด็ก ๆ ก็ต้องรองหากให้ทำอะไรก็ต้องพาไปโลดตัส...อาหารในงานบุญ (งานบุญ) ของ ต.ควนโดน จะเป็นเครื่องแกงเน้นมันและของหวาน ไม่นิยมเลี้ยงอาหารที่เป็นผัก ที่เป็น ๆ กันนี้ คุณโรคยาก เพราะบ้านเราหมูมันมาก เดี่ยวนี้คนบ้านเราเป็นความดันมากขึ้น บางคนเป็นและเสียงแต่ยังไม่พริ้ว เพราะอยู่ได้ทำงานได้ ไม่เห็นเป็นไรที่...”

ธิดา เหมือนพะวงศ์, รพ.สต.ควนโดน

“...การกินของคนในบ้านเราชอบกินน้ำบูดู ปลาเค็ม เป็นอาหารหลักที่ขาดไม่ได้ ต้องมีทุกมื้ออาหาร ถ้าไม่มีชาวบ้านบอกว่ากินข้าวได้น้อยไม่อร่อย ชอบกินขนมหวาน ผลไม้รสหวาน ไม่ชอบกินผัก ไม่ค่อยออกกำลังกาย หลังกินข้าวเสร็จต้องนอนเอนกายก่อน กลุ่มผู้ป่วยพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแต่ยังทำไม่ได้...”

ภารดี วงศ์ฐานรัฐ, รพ.หนองจิก

“...กลุ่มเสียงบางคนไม่เข้าใจ ไม่เห็นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม...”

สุวรรณี คานยู, รพ.เทพา

“...สภาพปัญหาความทุกข์ของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและกลุ่มผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนเป็นปัญหาที่เรื้อรังและรบกวนการดำรงชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก และการช่วยเหลือต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่ายในชุมชน เพื่อช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผู้ป่วยมีความลำบากในการกินอาหารและยา เพราะต้องกินยาทุกวัน จึงไม่อยากกินยา...”

ชากาเรีย สาหลี, รพ.เทพา

“...คนไข้เนี่ย ไตวายระยะสุดท้ายแล้ว ต้องฟอกไตล้างไต และพบว่าที่บ้านไม่สามารถสร้างห้องล้างไตได้ ด้วยข้อจำกัดหลายอย่าง ทีมจึงต้องระดมทุนโดยการเรียกรั้วเงินจากผู้มีจิตศรัทธาจึงสร้างห้องล้างไตสำเร็จ...”

สุดา ขำนุรักษ์, รพ.กงหรา

จะเห็นได้ว่า สภาพปัญหาของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของพื้นที่บทรเย็น 5 แห่ง มีพื้นฐานมาจากวัฒนธรรมการกินอาหารและการใช้ชีวิตของคนในพื้นที่ คือ การกินอาหารเค็มได้แก่ น้ำบูดูและปลาเค็ม และกินของหวาน เช่น ชอบกินน้ำชาในยามเช้าและบ่าย ทั้ง

ในครอบครัวและในงานเลี้ยงของชุมชน นอกจากนี้ยังไม่ชอบ
ออกกำลังกาย ส่วนบริบทเชิงวัฒนธรรมที่มีผลต่อวิถีชีวิต
และการทำงานระบบสุขภาพระดับอำเภอที่แตกต่างกัน พบ
ว่า พื้นที่ในเขต 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ คือ จังหวัดปัตตานี
ที่ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลามและบางพื้นที่มี
ประชากรนับถือศาสนาอิสลาม 100% การทำงานระบบ
สุขภาพระดับอำเภอที่สอดคล้องกับการปฏิบัติศาสนกิจและ
หลักคำสอนทางศาสนาช่วยทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
สุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ได้
เป็นอย่างดี

จากสภาพปัญหาของการดูแลรักษากลุ่มผู้ป่วย
โรคความดันโลหิตสูงที่เจ้าหน้าที่สุขภาพและคนในชุมชน
ต้องเผชิญ ทำให้เจ้าหน้าที่สุขภาพจำเป็นต้องค้นหาวิธีการ
ใหม่ เพื่อนำมาใช้ในการขับเคลื่อนการทำงานดูแลกลุ่ม
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระดับชุมชน การได้เรียนรู้
กระบวนการทำงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) จึงเป็น
เครื่องมือที่ช่วยในการตอบโจทย์การทำงานสุขภาพระดับ
อำเภอของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้เป็นอย่างดี
เนื่องจากการใช้กระบวนการทำงานระบบสุขภาพระดับ
อำเภอทำให้ปัญหาโรคความดันโลหิตสูงกลายเป็นประเด็น
ร่วมที่คนในชุมชนหันมาช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาของ
ระบบสุขภาพในพื้นที่ในทุกมิติ ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วย
และกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
อย่างชัดเจน

เป้าหมายการทำงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

แม้การทำงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของแต่ละพื้นที่จะแตกต่างกันตามบริบทและบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุข แต่ภายใต้แนวคิดของการทำงานระบบสุขภาพระดับอำเภอพบว่าทุกพื้นที่มีเป้าหมายการดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกัน คือ

“ต้องการให้กลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วย ญาติ และครอบครัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถดูแลหรือพึ่งตนเองได้ และเกิดชุมชนเอื้ออาทร ดูแลซึ่งกันและกัน รวมทั้งไม่ทอดทิ้งกันทั้งยามปกติและยามวิกฤต”

บทเรียนการขับเคลื่อนการทำงานโรคความดันโลหิตสูงใน 5 พื้นที่ มีจุดเริ่มและการก้าว่างที่แตกต่างกันไปตามบริบททางสังคม วัฒนธรรม ทู่นทางสังคมของแต่ละพื้นที่

จุดเริ่มต้น : ก้าวจากระบบสุขภาพระดับอำเภอของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่

1. อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง

มีจุดเริ่มต้นจากพยาบาลวิชาชีพที่เป็นหัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลกงหรา คือ คุณสุดา ขำนุรักษ์ มีแนวคิดที่ต้องการทำงานเชิงรุก โดยคิณผู้ป่วยโรคเรื้อรังสู่ชุมชน แต่เมื่อคิณผู้ป่วยสู่ชุมชนคนแล้วคนเล่าก็เกิดคำถาม “เอ๊ะ!” ขึ้นมาว่า

“...ทำไมยังมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นทุกปี ทำไมผู้ป่วยจึงขาดยา? แล้วทำไมผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังสูง? เพื่อค้นหาคำตอบ จึงได้ทำการยื่อนรอยการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง 5 ปีย้อนหลัง พบว่า อุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจรายใหม่มาจากกลุ่มปกติกลุ่มเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 50 โดยเฉพาะในประชาชนที่สูบบุหรี่และอ้วนลงพุง จึงเกิดคำถามมากมายในใจของคนทำงานโรคเรื้อรัง...”

สุดา ขำนุรักษ์, รพ.กงหรา

ก้าวทางการขับเคลื่อนการทำงานระบบสุขภาพระดับอำเภอในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของอำเภอกงหรา จึงเกิดขึ้น โดยสามารถแบ่งได้เป็น 3 ช่วง คือ

ตัวอย่างแรก : ช่วงปีแห่งการบุกเบิก (พ.ศ.2547-2550) เริ่มเมื่อ พ.ศ. 2547 ที่มงานของกลุ่มงานเวชฯ รพ.กชวรา ได้ศึกษาข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับสถานการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงและความต้องการการบริการสุขภาพของผู้ป่วย ทำให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับบริบทพื้นที่ สิ่งแวดล้อม วิถีชีวิตชุมชน อาชีพ รายได้ ประเพณี วัฒนธรรม ตลอดจนความเชื่อ แล้วคืนข้อมูลการศึกษาชุมชนให้ รพ.สต. รวมทั้งร่วมกันเยี่ยมผู้ป่วยรายครัวเรือนในโครงการไถ่บ้าน ไถ่ใจ สิ่งที่ค้นพบคือ การที่ไม่ไปรับยาตามนัด สาเหตุเพราะลูกหลานไม่ว่างไปส่ง บางรายก็คิดว่าตนเองหายแล้ว และผู้ป่วยต้องการไปรับบริการที่ รพ.สต. ทำให้ รพ.สต.เห็นความสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สิ่งสำคัญที่ทีมงานได้เรียนรู้ในช่วงนี้ คือ บริบททางสังคม เศรษฐกิจวัฒนธรรม และความเชื่อของคนในชุมชนล้วนส่งผลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคทั้งสิ้น และสิ่งที่ดีที่สุดในการทำงานโรคความดันโลหิตสูง คือ การพัฒนาคุณภาพของทีม

ตัวอย่างที่ 2 : ช่วงปีในการเกิดทีมสุขภาพโรคเรื้อรัง (พ.ศ.2551-2556) เริ่มที่คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คป.สอ.) มีความมุ่งมั่นในการพัฒนางานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ) จึงมีการส่งพยาบาลวิชาชีพ

ไปอบรมเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน และให้กลับไปประจำที่ รพ.สต. โดยมีเป้าหมายเดียวกัน คือ เกิดภาคีเครือข่ายที่เชื่อมโยงการดูแลแบบไร้รอยต่อ มีระบบที่เอื้อต่อการเข้าถึง การเติมเต็มความรู้ทางวิชาการที่หลากหลาย การติดตาม ประเมินผล และการทบทวนเพื่อการปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง ทำให้ได้ทีมงานที่ “รัดดวง” เหมือนกัน หรือมีแนวคิดในการทำงานไปในทางเดียวกัน

ตัวอย่างที่ 3 : ช่วงปีแห่งการเปลี่ยนผ่านของการทำงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (พ.ศ. 2556-2558) สู่การดำเนินงานภายใต้แนวคิดการทำงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) เกิดจากคุณสุดาได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่ “ผู้จัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับอำเภอ” และบุคลิกภาพที่มีความมุ่งมั่น ความทุ่มเทในงาน และความมั่นใจในความรู้ทางวิชาการ เนื่องจากจบหลักสูตรเฉพาะทางพยาบาล 4 เดือน ในสาขาการทำงานผู้ป่วยรายกรณีโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง รุนสภาวะการพยาบาล ทำให้มีการปรับกระบวนการทำงานใหม่จากการเป็นผู้ดูแลและทำงานทุกอย่างด้วยตนเอง มาเป็นผู้สนับสนุนและพี่เลี้ยงให้แก่ผู้ป่วย ชุมชน และเครือข่าย ได้มีการคิดวิเคราะห์ และดูแลสุขภาพตนเองเป็นหลัก

สิ่งที่ทีมงานเครือข่ายสุขภาพอำเภอของอำเภอกงหราได้เรียนรู้ คือ การทำงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) ไม่ใช่การทำงานตามกรอบเพื่อตอบตัวชี้วัด แต่เป็นการทำงานที่เริ่มจากการค้นหาเหตุปัจจัยที่แท้จริงของปัญหา

และทำให้เครือข่ายเห็นภาพของปัญหาชัดเจน โดยต้องส่งต่อข้อมูลให้เครือข่ายได้รับรู้ ตั้งแต่ร่วมกันลงไปสัมผัสความจริงในพื้นที่ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ ร่วมกันคิด ร่วมกันทำ ตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละคน/แต่ละหน่วยงาน เพื่อแก้ปัญหาตามเหตุปัจจัย โดยต้องหาทีมงานที่เป็นคนทำงานเหมือนกัน คือ “โรครัดดวงเดียวกัน” กล่าวคือ เป็นกลุ่มคนที่มีความมุ่งมั่นสูง มีอุดมการณ์ ทำงานด้วยหัวใจ คิดนอกกรอบ ไม่ยึดติด เป็นผู้ฟังที่ดี ประสานงานเก่ง ทำตัวเป็นแบบอย่าง ไม่เป็นน้ำเต็มแก้วพร้อมที่จะเรียนรู้ตลอดเวลา ทั้งจากผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน ตลอดจนภาคีเครือข่าย มีการปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลลัพธ์ที่ตามมาจะเกิดผลดีต่อทุกคนที่เกี่ยวข้องและมีความรู้สึกที่ทุกคนมีแต่ได้กับได้ คือ ได้ทั้งผลงาน ความชื่นใจ ความสุข กำลังใจ และความภาคภูมิใจ รวมทั้งการเห็นคุณค่าในตนเอง

2. อำเภอเทพา จังหวัดสงขลา

แรงบันดาลใจที่ผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานการดูแลรักษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของคุณสุวรรณณี คานยู ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพในสถานบริการสุขภาพพระดัมปฐมภูมิ (Primary Care Unit - PCU) ของรพ.เทพา คือ มีผู้ป่วยรายหนึ่งเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนทางไตซึ่งไม่สมควรตาย คุณสุวรรณณีจึงต้องการดูแลให้ผู้ป่วย

กลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เมื่อ พ.ศ. 2557 มีการนำแนวคิดการทำงานระบบสุขภาพระดับอำเภอเข้ามาสู่พื้นที่ การก้าว
อย่างการทำงานระบบสุขภาพอำเภอในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดัน
โลหิตสูงจึงเริ่มขึ้น ณ หมู่ที่ 3 ตำบลเทพา อำเภอเทพา

เมื่อคุณสุวรรณีศึกษาดูงานการดำเนินงานของโรคเบาหวาน
ความดันโลหิต 3 ปีย้อนหลังและจัดเวทีการคืนข้อมูลให้
หมู่บ้าน โดยมีผู้นำศาสนา อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)
องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ความ
ดันโลหิตสูง กลุ่มสัจจะหมู่บ้าน กลุ่มผู้สูงอายุ ข้าราชการ
บ้านาญ และชาวบ้านที่สนใจเข้าร่วมในเวที และได้ร่วมกันคิด
วิเคราะห์และระดมสมอง เพื่อจัดการปัญหาเบาหวานและ
ความดันโลหิตในหมู่บ้าน ผลสรุปจากเวทีทำให้เกิด **โครงการ
ชาวพुरुหมาก เกาะครกร่วมใจต้านภัยเบาหวาน ความดัน
โลหิตสูง**ขึ้น นับเป็นการเริ่มต้นการทำงานระบบสุขภาพระดับ
อำเภอของ อ.เทพา จ.สงขลา

**สิ่งที่ทีมงานเครือข่ายสุขภาพอำเภอของ อ.เทพา
ได้เรียนรู้** คือ การใช้กระบวนการการทำงานระบบสุขภาพ
ระดับอำเภอ และแผนที่ผลลัพธ์ (Outcome Mapping - OM)
มาช่วยในการแก้ปัญหาของเครือข่ายสุขภาพอำเภอเทพา
ทำให้การดำเนินงานสุขภาพในพื้นที่เกิดการมีส่วนร่วมของ
ชุมชนและประสบผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้
กระบวนการ DHS ยังทำให้ชุมชนค้นพบศักยภาพของคนใน
ชุมชนซึ่งอาจมีบทบาทแตกต่างกัน แต่สามารถร่วมกันทำงาน

เพื่อชุมชนและทำให้เกิดพลังความร่วมมือร่วมใจของคนในชุมชนอย่างมาก

3. อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี

จุดเริ่มที่คุณภารดี วงศ์สุวรรณ ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มเวชกรรมสังคม รพ.หนองจิก และรับผิดชอบงานบริการระดับปฐมภูมิ เกิดคำถามว่า จะทำอย่างไรให้คนในต.ตุง มีสุขภาพดีสามารถดูแลตนเองได้ โดยที่คนในชุมชนเห็นความสำคัญ มีความตระหนัก ช่วยกันดูแลอย่างมีส่วนร่วม และยังคงใช้ชีวิตได้ตามปกติโดยไม่ฝืนความรู้สึกและไม่ได้ถูกบังคับ เพราะผลจากการคัดกรองประชากรกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไปให้ได้ตามเป้าหมาย 90% ตามตัวชี้วัด และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มป่วยกลุ่มเสี่ยงโดยให้ความรู้ในเรื่อง 3 อ. 2 ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา) ผลที่ได้คือ กลุ่มเป้าหมายที่เข้าอบรมไม่ใช่คนที่ต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือคนที่ผ่านอบรมก็ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ นอกจากนี้ยังมีกลุ่มป่วยที่ขาดยาไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตและเบาหวานได้ กลุ่มเสี่ยงก็ยังใช้พฤติกรรมเหมือนเดิม ทำให้คุณภารดีนำคำถามไปปรึกษาหัวหน้างานและได้คำแนะนำให้นำกระบวนการ DHS มาใช้

เมื่อ พ.ศ. 2558 คุณภารดี ขับเคลื่อนงานระบบ

สุขภาพระดับอำเภอที่หมู่บ้านเล็ก ๆ ของตำบลดุยง คือ หมู่ 5 บ้านแจงแหง เนื่องจากมีพื้นที่ไม่มาก เป็นที่ราบลุ่มน้ำ มีประชากรทั้งหมด 511 คน นับถือศาสนาอิสลาม 100% มีกลุ่มที่อายุ 35 ปีขึ้นไป 137 คน และที่มีอยู่จริงในหมู่ 5 เพียง 110 คน เนื่องจากชาวบ้านวัยทำงานส่วนใหญ่จะไปรับจ้างทำงานนอกพื้นที่ เช่น เดินทางไปทำงานที่ประเทศมาเลเซีย และจะเดินทางกลับมาประเทศไทยในช่วงเทศกาลรายอ หรือมาเยี่ยมพ่อแม่พี่น้องเป็นครั้งคราว คนที่อยู่ในพื้นที่จริง ๆ จึงเป็นวัยสูงอายุและวัยเด็ก วัฒนธรรมการกินอยู่ของชาวบ้านชอบกินน้ำบูดู ปลาเค็มเป็นอาหารหลัก ของว่างคือขนมหวาน ผลไม้รสหวาน ไม่ชอบกินผัก ไม่ค่อยออกกำลังกาย หลังกินข้าวเสร็จต้องนอนยืดเอนกายก่อน ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำมาเนิ่นนาน แต่บ้านแจงแหงมีทุนทางสังคมที่เข้มแข็งคือ ผู้นำที่เข้มแข็ง อสม.ที่เข้าถึงชาวบ้านอย่างจริงจังและชาวบ้านรักใคร่ช่วยเหลือกันและกัน ทำให้คุณการดีตัดสินใจเริ่มทำงานระบบสุขภาพระดับอำเภอที่นี่

สิ่งที่ทีมงานเครือข่ายสุขภาพอำเภอของ ต.ดุยง

อ.หนองจิก ได้เรียนรู้ คือ กระบวนการ DHS เป็นการมีส่วนร่วมของทุกภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนสุขภาพของคนในชุมชนเอง โดยคำนึงถึงบริบทวิถีชีวิตของชุมชน ซึ่งเจ้าหน้าที่สุขภาพต้องปรับบทบาทเป็นผู้ช่วยกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยและชุมชนปรับและเปลี่ยน ทำให้ชุมชนเริ่มคิดเองทำเอง ตระหนักและรักสุขภาพของตนเองและชุมชน

4. ตำบลยาบี อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี

จุดเริ่มเมื่อปี 2554-2556 คุณปาริชาติ แก้วทองประจำ และทีมงาน เป็นทีมเจ้าหน้าที่สุขภาพใน รพ.สต.ยาบี ได้พัฒนารูปแบบการลดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในชุมชนไทยพุทธโดยอาศัยความร่วมมือจากชุมชนได้สำเร็จ จึงเกิดแนวคิดนำบทเรียนดังกล่าวมาขยายผลให้เหมาะสมกับบริบทไทยมุสลิม คือ หมู่ที่ 4 ตำบลยาบี อำเภอหนองจิก

การทำงานระบบสุขภาพระดับอำเภอในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของ ต.ยาบี จึงเริ่มโดยคุณปาริชาติ ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่สุขภาพ รพ.สต.ยาบี และภาคีเครือข่าย ได้แก่ อสม. ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา ตัวแทนผู้ป่วยต้นแบบ (ผู้ป่วยที่แพทย์สั่งหยุดยาเบาหวาน) บัณฑิตอาสา เจ้าหน้าที่สาธารณสุข กรรมการหมู่บ้าน ได้ร่วมกันศึกษาบริบทของชุมชนและปรึกษาหารือกับผู้ใหญ่ในพื้นที่ โดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเพื่อค้นหาความต้องการและความรู้สึกของชาวบ้านหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผลการจัดเวทีทำให้ทราบปัญหาการดูแลรักษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือ ผู้ป่วยสูงอายุไม่สะดวกในการไปรับยาที่โรงพยาบาลชุมชน มีความเครียด เบื่อที่จะต้องกินยา จึงมีข้อตกลงในที่ประชุมให้มีการออกหน่วยบริการเชิงรุก และใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนมาเป็นเครื่องมือในการดำเนินงาน

สิ่งที่ทีมงานเครือข่ายสุขภาพอำเภอของ ต.ยาบี

อ.หนองจิก ได้เรียนรู้ คือ การใช้กระบวนการ DHS เป็นการทำงานที่มีชุมชนเป็นฐาน มีทีมงานที่ประกอบด้วยทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง มีการทำงานแบบมีส่วนร่วม มีการวางแผน และปฏิบัติตามแผน ติดตามประสานงานร่วมกันเป็นระบบ ซึ่งทีมพื้นที่หรือชุมชนต้องคิดวางแผน และพัฒนาแนวทางขึ้นมาเอง และร่วมกันพัฒนางานโดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำงาน ลองผิดลองถูกร่วมกัน เพื่อให้เกิดการจัดบริการที่ตรงความต้องการและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่อย่างแท้จริง รวมทั้งต้องมีการให้คุณค่าและยกย่องกระบวนการทำงานที่ดี พื้นที่ดี ๆ ต้นแบบดี ๆ นำมาเรียนรู้สู่การพัฒนาและต่อยอดร่วมกัน สูดทำชุมชนจะพึงพอใจในการดูแลหรือระบบบริการสุขภาพที่ได้รับ และนำไปสู่การดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน

5. อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล

เป็นพื้นที่ที่โดดเด่นด้านการทำงานสุขภาพจะเป็นทุนเดิม เพราะเป็นพื้นที่ที่พหุวัฒนธรรมที่นำร่องการดำเนินงานตามนโยบายต่างๆ ทั้งระดับอำเภอ ระดับจังหวัด และระดับเขต และมีการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพได้เป็นอย่างดี ได้รับการคัดเลือกเป็นตำบลต้นแบบ และมีการถอดบทเรียนในพื้นที่ทำให้เห็นกระบวนการทำงานโดยภาพรวมที่ชัดเจน เรียกว่า **ควนโดนโมเดล (Khuandon Model)** ซึ่งถือเป็นพื้นที่

สำคัญที่ช่วยเสริมการทำงานระบบสุขภาพระดับอำเภอได้เป็นอย่างดี

คุณธิดา เหมือนพะวงศ์ พยาบาลวิชาชีพ ของ รพ.สต. ควนโดน เล่าว่า การก้าวอย่างของการขับเคลื่อนการทำงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ เริ่มเมื่อ พ.ศ. 2558 ต.ควนโดน มีกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน 9 ราย เจ้าหน้าที่จึงได้จัดเวทีคิณข้อมูลแก่ผู้นำชุมชนเพื่อร่วมคิดและหาแนวทางการแก้ปัญหาและได้มติเลือกประเด็นโรคความดันโลหิตสูงมาเป็นปัญหาสุขภาพระดับตำบลที่ต้องร่วมมือกันแก้ไข สิ่งสำคัญที่ทำให้เจ้าหน้าที่มีกำลังใจในการทำงานตามบทบาทภารกิจของตนเองได้ดี คือ การมีทุนทางสังคมที่เข้มแข็ง ได้แก่ เมืองคักรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ชุมชนที่น่ารัก และ อสม. จิตอาสาที่ให้ความสำคัญกับงานสุขภาพ และทุกภาคีถือว่างานสุขภาพเป็นหน้าที่ที่ต้องทำร่วมกัน

สิ่งที่ทีมงานเครือข่ายสุขภาพ อ.ควนโดน ได้เรียนรู้ คือ กระบวนการ DHS เป็นกระบวนการธรรมชาติที่เกิดขึ้นในการแก้ไขปัญหาเฉพาะพื้นที่ ซึ่งส่งผลถึงมิติการรักษาคนทั้งคน ไม่ใช่เพียงรักษาโรค และเป็นวิถีที่นำไปสู่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้า อันเกิดจากความเข้าใจวิถีชุมชนอย่างแท้จริง อาศัยความร่วมมือของภาคีเครือข่าย และผู้ที่เป็นเจ้าของสุขภาพเป็นต้นทางของพลังสู่การเปลี่ยนแปลงสู่คุณภาพชีวิตที่ดี

วิธีการขับเคลื่อนและผลลัพธ์การทำงาน กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของพื้นที่

1. อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง

เริ่มจากการค้นหาสาเหตุของปัญหาร่วมกับภาคีเครือข่าย นำผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นไปแลกเปลี่ยนในที่ประชุมคณะกรรมการโรคเรื้อรัง (Non-communicable disease board - NCD Board) ที่ประชุม คปสอ. ที่ประชุมกองทุนสุขภาพตำบล เวทีประชาคมหมู่บ้าน ที่ประชุม อสม. ที่ประชุมการทำข้อตกลงร่วมกันระดับอำเภอ (Memorandum of Understanding: MOU) โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน และมีการพูดคุยกันเป็นทางการและไม่เป็นทางการเพื่อหาแนวทางการแก้ปัญหาาร่วมกัน โดยให้ “ชุมชนเป็นคนเดินเรื่อง” ส่วนเจ้าหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงและกองเชียร์

กิจกรรมการทำงานเริ่มตั้งแต่การสำรวจกลุ่มเป้าหมาย ปรับปรุงฐานข้อมูลให้มีคุณภาพ โดยยึดฐานข้อมูลจากการสำรวจให้เป็นปัจจุบัน จัดทำทะเบียนแยกให้เห็นชัดเจนเป็นรายหมู่บ้านและราย อสม. โดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่เคยผ่านการคัดกรองมาก่อน ชุมชนดำเนินกิจกรรมประเมินและคัดกรองโรค DM/HT แบบบูรณาการกับการคัดกรองความเสี่ยงอื่นๆ เช่น คัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือด (Cardiovascular Disease Risk - CVD Risk) คัดกรองภาวะซึมเศร้า คัดกรองช่องปาก คัดกรองมะเร็งเต้านม คัด-

กรองมะเร็งปากมดลูก เป็นต้น สรุปผลการคัดกรองแยก ทะเบียนเป็น 3 กลุ่ม และกลุ่มที่ยังไม่มาคัดกรองจะส่งต่อ รายชื่อให้ผู้ใหญ่บ้านและ อสม. หลังจากนั้น อสม. จะลง คัดกรองกลุ่มเป้าหมายที่บ้านเป็นรายครัวเรือน ในกรณีที่ กลุ่มเป้าหมายไม่ให้ความร่วมมือ ผู้ใหญ่บ้านจะเป็นผู้ประสาน และจัดการให้กลุ่มเป้าหมายได้เข้าถึงการคัดกรอง

กระบวนการการทำงานโรคความดันโลหิตสูง แบ่งเป็นรายกลุ่ม คือ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย กลุ่มป่วยที่มี ภาวะแทรกซ้อน และพ้นภาวะวิกฤติแล้ว โดยมีการทำงาน ในแต่ละกลุ่ม ดังนี้

กลุ่มเสี่ยงสูง ที่มารับการบริการคัดกรองในชุมชน หากพบว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง จะมีการคัดกรองซ้ำที่ รพ.สต. ในวันรุ่งขึ้น ถ้ายังเสี่ยงสูงในระดับที่ 3 จะส่งต่อ รพ. ทันที ในวันนั้น กรณีความดันโลหิตยังเสี่ยงสูงอยู่ในเกณฑ์ระดับ 2 ก็จะทำให้ทำการติดตามระดับความดันโลหิตด้วยตนเอง (Self-Monitoring Blood Pressure - SBPM) ที่ รพ.สต. 1 สัปดาห์ หากระดับความดันโลหิตยังมากกว่าหรือเท่ากับ 160/100 – 179/109 มิลลิเมตรปรอท ก็จะส่งต่อ รพ.งหวา เพื่อตรวจ ประเมินและวินิจจัย

กรณีที่ความดันโลหิตอยู่ในระดับที่ 1 ให้ทำ SBPM 2 สัปดาห์ ถ้าระดับความโลหิตยังมากกว่าหรือเท่ากับ

140/90–159/99 มิลลิเมตรปรอท ให้ยาลดความดันที่ รพ.สต. ตามแนวทาง 2 สัปดาห์และส่งต่อ รพ. เพื่อตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปีและขึ้นทะเบียนรายใหม่

ทั้งนี้ ภาควิชาเครือข่ายด้านสุขภาพ ได้มีข้อตกลงในการส่งต่อ รพ.งหวรา ด้วยใบส่งตัวร่วมกับใช้ไลน์กลุ่ม (Line application) และมีการพัฒนาและปรับระบบการบริการที่สำคัญ ได้แก่

1) ระบบบริการที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการ โดยเปิดคลินิกกลุ่มเสี่ยงสูงแยกออกจาก OPD และให้บริการแบบ one stop service กลุ่มที่แพทย์วินิจฉัยจะนัด 2 สัปดาห์เพื่อตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนตามมาตรฐาน ส่งต่อข้อมูลให้ รพ.สต. ทราบโดยแนบใบส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องไปกับผู้ป่วยและส่งข้อมูลทางไลน์กลุ่มในช่วงบ่ายของทุกวันที่มี case และสรุปส่งเป็นเอกสารทุกเดือน จัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงสูงไว้กำกับติดตามและส่งต่อข้อมูลให้ รพ.สต. ทราบ

2) ระบบติดตามความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (Self-Monitoring Blood Pressure - SMBP) ในกลุ่มเสี่ยงสูงที่แพทย์ยังไม่วินิจฉัยและนัดติดตาม 2 สัปดาห์ที่ รพ.สต. เพื่อประเมินซ้ำและจะส่งต่อ รพ.งหวรา หากยังเสี่ยงสูง ถ้าประเมินแล้วไม่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง ก็จะนำข้อมูลเข้าฐานข้อมูลกลุ่มเสี่ยงของ รพ.สต. เพื่อเข้าระบบการ

ติดตามต่อเนื่อง

- 3) **ระบบเฝ้าระวัง** โดยสร้างกลไกในการประกบติดประชาชนที่ไม่ได้อยู่ในพื้นที่และกลับมาในช่วงเทศกาล ให้ อสม. วัดความดันโลหิตที่บ้าน โดยอปท. จัดซื้อเครื่องวัดความดันไว้ประจำที่หมู่บ้าน หมู่บ้านละ 13 เครื่อง และมอบหมายให้ อสม. แต่ละหมู่บ้านเป็นผู้บริหารจัดการ กลุ่มสงฆ์เป็นโรคที่ อสม. และ รพ.สต. ส่งต่อแล้วไม่ไป จะลงเจาะเลือดเพื่อหาค่า HbA1c ที่บ้าน และแจ้งผลทางโทรศัพท์ พร้อมทั้งนัดให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ในวันรุ่งขึ้น

ผู้ป่วยรายใหม่ เน้นการควบคุมโรคตั้งแต่เริ่มป่วย เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว โดยมีการดูแลเป็นรายบุคคล ค้นหาสิ่งที่ผู้ป่วยทำได้ดีเป็นทุนเดิมอยู่แล้วมากระตุ้น และเชียร์ให้ผู้ป่วยทำต่อ พร้อมทั้งให้บันทึกอาหาร กิจกรรมประจำวัน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เรียนรู้และตัดสินใจในการทำกิจกรรมต่อ โดยผู้ป่วยจะมีการติดตามระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลด้วยตนเองที่บ้าน

นอกจากนี้มีการคืนข้อมูลผลการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปีเพื่อให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการดูแลตัวเองที่เหมาะสม พร้อมทั้งเสริมแรงให้ผู้ป่วยและญาติ โดยระบุสาเหตุของปัญหาที่ต้องปรับปรุงเพิ่มเติม ซึ่งต้องเริ่มจากปัญหาที่ผู้ป่วยและญาติปฏิบัติได้ง่ายและสอดคล้องกับวิถีชีวิต

สำหรับผู้ป่วยรายเก่า มีการจัดทำแผนร่วมกับ เครือข่าย รพ.สต. อสม. และ รพ.พัทลุง เพื่อให้บริการตรวจ คัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปีในช่วงเดือนตุลาคม-เดือน ธันวาคมของทุกปี โดยการออกบริการคลินิกเคลื่อนที่ที่เป็น ราย รพ.สต. กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถมารับการตรวจคัดกรอง ได้ พยาบาลวิชาชีพและนักกายภาพบำบัดจะลงให้บริการ ตรวจคัดกรองที่บ้านและรวบรวมผลการตรวจคัดกรองเป็น รายบุคคล เพื่อให้ทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมพยาบาลผู้จัดการ รายกรณีโรคเรื้อรัง (Nurse Case Manager - NCM) ลงไป บอกผลการตรวจเลือดและปรับแผนการดูแลรักษาเป็น รายบุคคล หากผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนเกินเกณฑ์จะส่งให้ รพ.งหวรา ดูแลต่อ พร้อมทั้งมีการติดตามผลซ้ำในผู้ป่วยที่ ผลการตรวจคัดกรองผิดปกติเพื่อวินิจฉัยและรักษา

กรณีเกินศักยภาพของ รพช. จะส่งต่อพบแพทย์ เฉพาะทางที่ รพ.พัทลุง ตามแนวทางที่กำหนด นอกจากนี้ยัง เพิ่มระบบการเข้าถึงบริการในกลุ่มขาดนัด โดยจัดให้มีคลินิก บริการทุกวัน กรณีที่มีความจำเป็นให้มาก่อนนัด โดยญาติ ผู้ป่วยหรือ อสม. สามารถวัดความดันโลหิต ตรวจระดับ น้ำตาลในเลือด พร้อมซักประวัติ และนำผลมารับยาแทนใน กลุ่มพิเศษ เช่น ผู้สูงอายุติดเตียง ผู้พิการที่ต้องดูแล และ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

กลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนและพ้นระยะวิกฤต แพทย์ จะส่งกลับให้ดูแลต่อเองที่บ้านและติดตามเยี่ยม รวมทั้ง การประเมินความจำเป็นในการดูแลต่อโดยทีมหมอครอบครัว

ระดับอำเภอและระดับตำบล และมีการปรับระบบการบริการใหม่เป็น “ระบบการดูแลแบบมีส่วนร่วม” โดยมีทีมงานลงไปค้นหาเหตุปัจจัยของผู้ป่วยแต่ละรายที่ต้องเข้าถึงบริการตามความจำเป็นเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน พิกัด และเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร รพ.กงหรา สรุปผลการเยี่ยมโดยมีการระบุเหตุปัจจัยหรือปัญหาที่ต้องจัดการตามความจำเป็นเฉพาะราย เพื่อส่งข้อมูลให้ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น รพ.สต. อปท. นายอำเภอ ผู้นำชุมชน ทหาร ช.พัน 402 เป็นต้น และภาคีเครือข่ายได้มีข้อตกลงร่วมกันว่า ทุกฝ่ายควรมาร่วมดูแลผู้ป่วยด้วยกันตามบทบาทของแต่ละเครือข่าย โดยการจัดทำแผนช่วยเหลือตามความเร่งด่วน เช่น ผู้ป่วยไม่มีห้องล้างไต อปท. ช่วยเหลือวัสดุในการก่อสร้างและให้ช่างของ อปท. ออกแบบ นายอำเภอสนับสนุนงบประมาณสมทบ ทหารสมทบทั้งงบประมาณและช่วยแรงงานในการก่อสร้าง ผู้ใหญ่บ้านชุมชนร่วมช่วยแรงในการก่อสร้าง รพ. และ รพ.สต. คอยดูแลในเรื่องมาตรฐานของห้องเพื่อป้องกันการติดเชื้อ เป็นต้น

การทำงานโรคความดันโลหิตสูงในระบบสุขภาพระดับอำเภอต้องพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการที่ไม่ซับซ้อน โดยมีทีมหมอครอบครัวลงไปจ่ายยาโรคเรื้อรังในชุมชน มีองค์กรปกครองท้องถิ่นเป็นเจ้าภาพหลักในการดำเนินกิจกรรม และให้คนในชุมชนซึ่งเป็นเจ้าของสุขภาพเป็นคนแก้ปัญหาสุขภาพของคนในชุมชนด้วยตนเอง ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคอยเป็นพี่เลี้ยงและสนับสนุนความรู้ทางด้านวิชาการ (ซง เที่ยร์ และแซร์) ตลอดจนถึงทักษะที่จำเป็น

ครอบคลุมทุกพื้นที่ใน อ.งทรา ซึ่งคุณสุดาให้แง่คิดในการทำงานไว้ว่า **“การทำงานตามกรอบ อาจไม่ใช่คำตอบเสมอไป”** และ **“DHS เป็นกระบวนการตามธรรมชาติ ที่ไม่ได้ทำเพื่อตัวชีวิต”** แต่ทำเพื่อแก้ปัญหาตามเหตุปัจจัยที่แท้จริง โดยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายและส่งผลให้ทุกคนมีความสุขจากการทำงาน

ผลลัพธ์การทำงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ
ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของ อ.งทรา ทำให้กระบวนการทำงานโรคความดันโลหิตสูงเปลี่ยนจาก **“กระบวนการส่งต่อสู่การทำงานแบบมีส่วนร่วม”** โดยมีทีมหมอครอบครัว ซึ่งนำโดยนายอำเภอองทรา นายก อบท. แกนนำชุมชน ทีมสหสาขาวิชาชีพ ฯลฯ ได้มีการติดตามเยี่ยมบ้านของกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง จำนวน 27 ราย แยกเป็น ติดบ้านจำนวน 24 ราย ติดเตียงจำนวน 3 ราย ภายหลังจากเยี่ยมบ้านเสร็จจะมีการประชุมสรุปประเด็นปัญหา ซึ่งปัญหาหลักที่พบส่วนใหญ่ คือ ไม่มีผู้ดูแล ผู้ดูแลมีทักษะไม่เพียงพอ และสิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสมและไม่เอื้อต่อการฟื้นฟู ดังนั้น เพื่อวางแผนการดูแลและช่วยเหลือ จึงจัดให้มีการอบรมผู้ดูแล (Caregiver) จำนวน 7 คน โดยแบ่งกลุ่มเป้าหมาย 4 รายต่อผู้ดูแล 1 คน และให้ทีมหมอครอบครัวเป็นพี่เลี้ยงหลังการดูแล 2 เดือน พบว่าจากผู้สูงอายุติดบ้านจำนวน 24 รายสามารถไปอยู่ในสังคมได้ทั้ง 24 ราย จากผู้สูงอายุติดเตียง 3 รายสามารถไปอยู่

ในสังคมได้ 1 ราย และพัฒนาไปเป็นผู้สูงอายุติดบ้าน 1 ราย และยังคงเป็นผู้สูงอายุติดเตียงอยู่อีก 1 ราย แต่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ และเพื่อความยั่งยืน อปท. จัดให้มีระบบ Home ward นำร่องในตำบลคลองทรายขาว โดยได้มีการจัดสรรงบประมาณในการปรับสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการฟื้นฟูและดูแลในรูปของกองทุนโรคเรื้อรัง ซึ่งสามารถส่งจ่ายได้ทันทีโดยผ่านความเห็นชอบของกรรมการกองทุน และกำลังขยายเพิ่มในตำบลชะวัด

นอกจากนี้ นายอำเภอภองทรายได้กำหนดเพิ่มมุ่งด้านการดำเนินงาน DHS โดยให้เทศบาลคลองทรายขาวเป็นต้นแบบในการขับเคลื่อน ส่งผลให้ระบบ DHS เห็นภาพชัดขึ้นในภาพรวม เช่น ระบบการเข้าถึงการคัดกรองในกลุ่มที่ไม่เคยผ่านการคัดกรองมาก่อน ระบบการเข้าถึงการวินิจฉัยที่รวดเร็ว ระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพระหว่างเครือข่ายบริการและชุมชน ระบบการดูแลควบคุมโรค DM/HT โดยชุมชนร่วมดำเนินการ ระบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ระบบการช่วยเหลือผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายให้เข้าถึงการล้างไตที่บ้าน ทีมสามารถถ่ายโอนระบบการดูแลสุขภาพโดยการพึ่งพาระบบบริการจากสถานบริการสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ไปเป็นระบบสุขภาพที่พึ่งพากันเองในชุมชนเพิ่มขึ้น โดยมีท้องถิ่นเป็นเจ้าภาพในการค้นหาปัญหาและแก้ปัญหาแบบมีส่วนร่วม ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจึงสามารถตอบแนวคิดของทีมได้เป็นอย่างดีว่า **การทำงานตามปัญหา แต่ผลพลอยได้คือตอบตัวชี้วัด** นั้นเป็นอย่างไร

2. อำเภอเทพา จังหวัดสงขลา

วิธีการขับเคลื่อนการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพของอำเภอเทพา เริ่มจาก โครงการชาวพรหมมาก เกาะครก ร่วมใจต้านภัยเบาหวาน ความดัน ซึ่งมีกิจกรรมหลักในโครงการ 3 กลุ่ม คือ

1) **กิจกรรมปลูกผักปลอดสารพิษ** โดยมติของหมู่บ้านให้มีแผนปีयरณรงค์การปลูกผักครัวเรือนละ 5 ชนิด มีการประกวดแปลงผักโดยมีเกษตรอำเภอเป็นกรรมการในการประกวด และผักที่เหลือจากการบริโภคนำมาจำหน่ายในหมู่บ้าน

2) **กิจกรรมการออกกำลังกาย** มีมติของหมู่บ้านจัดให้มีการปั่นจักรยานรอบหมู่บ้านทุกวันและติดตามประเมินภาวะสุขภาพของสมาชิกที่มาออกกำลังกาย ทุก 3 เดือน โดยแบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยความดัน ผู้มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ กลุ่มนักเรียนที่มีภาวะอ้วน นอกจากนี้ยังมีการให้ความรู้ในการปั่นจักรยานที่ถูกต้องโดยวิทยากรในหมู่บ้าน (ข้าราชการครู) และมอบรางวัลผู้ที่ปั่นจักรยานสม่ำเสมอ

3) งาน **“มหกรรมคนหมู่สามรักษ์สุขภาพ”** เป็นกิจกรรมที่นำผลการดำเนินของทุกกิจกรรมมารวมกันภายในงาน มีการคัดกรองสุขภาพ การแสดงของเยาวชนในหมู่บ้าน การแสดงปันจักสีลัดของผู้สูงอายุในหมู่บ้าน สาธิตการทำข้าวหลามและขนมจีน ซึ่งได้รับความสนใจจากเด็ก ๆ เป็นอย่างดี การละเล่นพื้นบ้านและกีฬาหมาสนุก การ

ประกวดเมนูสุขภาพระหว่างหมู่บ้าน การเสวนาสุขภาพ
เวทีให้ความรู้พลังงานทางเลือก การจัดนิทรรศการความรู้
และนิทรรศการเกี่ยวกับสุขภาพ การมอบรางวัลให้แก่บุคคล
ต้นแบบด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีอายุยืน การมอบ
รางวัลผู้ที่ชนะเลิศการประกวดแปลงผัก

นอกจากนี้ มีการขยายความรู้และกิจกรรมไปยัง
โรงเรียน โดยการสอน แนะนำ และปลูกฝังให้นักเรียนลดการ
กินหวาน กินมัน กินเค็ม เพื่อสุขภาพของนักเรียนเอง มีการ
ประกวดคำขวัญและรณรงค์การลดในเด็กที่มีน้ำหนักเกิน
นำนักเรียนต้นแบบที่ลดน้ำหนักได้มาสร้างแรงบันดาลใจให้
กับคนอื่น ๆ ซึ่งการดำเนินงานทุกกิจกรรมข้างต้นเกิดจากการ
มีส่วนร่วมของทุกภาค อาทิ นักเรียนจิตอาสา อปท. ผู้ใหญ่
บ้าน ข้าราชการบำนาญ เป็นต้น

**ผลลัพธ์ของการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพ
อำเภอเทพา** พบว่า กลุ่มชมรมปั่นจักรยานที่เป็นกลุ่มผู้ป่วย
เบาหวาน ความดันโลหิต และกลุ่มผู้ที่มีน้ำหนักเกิน มีสุขภาพ
ดีขึ้นโดยกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่ร่วมปั่น 18 คน
มีความดันโลหิตลดลง 11 คน กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน 9 คน
น้ำตาลลดลง 4 คน และกลุ่มผู้ที่มีน้ำหนักเกิน 11 คน น้ำหนัก
ลดลง 4 คน นอกจากนี้ ชุมชนมีความตื่นตัวในการดูแลสุขภาพ
ของตนเอง มีกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น
มีค่านิยมในการบริโภคผักเพื่อลดโรคมะเร็ง ปลูกผักปลอด
สารพิษรับประทานในครัวเรือน สามารถลดรายจ่ายและเพิ่ม

รายได้ให้กับครอบครัว เกิดชุมชนต้นแบบปลูกผักกินเอง เกิดชมรมจักรยานในหมู่บ้าน เป็นตัวอย่างให้กับหมู่บ้านใกล้เคียง สิ่งที่ได้เกินคาด คือ คนในชุมชนมีสำนึกรักบ้านเกิด เกิดความสามัคคี “พูดภาษาเดียวกัน พูดเรื่องเดียวกัน” ทั้งนี้ กิจกรรมในพื้นที่ยังดำเนินการโดยการทำงานของประชาชนเอง

3. อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี

การดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพโรคความดันโลหิตสูง อ.หนองจิก เริ่มที่หมู่ 5 บ้านแจรงแหวง โดยกลุ่มงานเวชฯ รพ.หนองจิก ได้ลงพื้นที่เตรียมหาข้อมูลปัญหาของกลุ่มเสี่ยงกลุ่มป่วยในชุมชน โดยเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล จัดทำเวทีประชาคมเพื่อคืนข้อมูลให้ชุมชน และร่วมกันหาแนวทางแก้ปัญหา ผลลัพธ์ที่ได้ คือ ประชาชนชาวบ้านเสนอเรื่องการใช้สมุนไพรและกินผัก รวมทั้งอาสาเป็นที่ปรึกษาเรื่องการปลูกผักเกษตรปลอดสาร ใ้ตะอีม่ามให้พื้นที่เพื่อใช้ในการออกกำลังกาย กำหนดผู้ช่วยอาสาช่วยเหลือรับส่งไปโรงพยาบาล หากไม่มีญาตินำส่ง ปลัดและ อบต. เข้ามาช่วยขับเคลื่อนเรื่องงบประมาณโครงการ ชาวบ้านช่วยกันออกความเห็น ห้ามติ ร่วมกันดูแลและจัดตั้งคณะกรรมการเพื่อขับเคลื่อนสุขภาพของคนในชุมชน โดยมีทีมสุขภาพลงให้ข้อมูลความรู้ มี อสม. ใ้ฝ่ติดตามประชาชนในเขตรับผิดชอบของตนเองอย่างใกล้ชิด มีเครื่องวัดความดันโลหิตและเครื่องเจาะน้ำตาลใน

หมู่บ้านที่ทุกคนสามารถไปปรับการเจาะเลือดและวัดความดันได้ มีการนำกระบวนการจรรยา 7 สีหรือปิงปอง 7 สี มาช่วยในการเฝ้าระวังและดูแลคนในชุมชน ทำให้ชาวบ้านเริ่มต้นตัวเรื่องสุขภาพ เพราะอยากรู้ว่าตนเองอยู่สีอะไรแล้วต้องดูแลตนเองอย่างไร เริ่มตระหนักถึงความสำคัญของการกินของตนเองมากขึ้น ทำให้เจ้าหน้าที่สุขภาพสามารถให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวได้ผลมากขึ้น

สำหรับคนที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้จนความดันโลหิตและค่าน้ำตาลลดลงมาในเกณฑ์ปกติหรือเปลี่ยนสีลงมาติดต่อกัน 3 ครั้งขึ้นไป จะมีรางวัลเพื่อเสริมกำลังใจจนเกิดคนต้นแบบขึ้นในหมู่บ้านที่สามารถบอกกล่าวให้เพื่อนบ้านทราบว่าตนทำอย่างไรเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลตนเองและเกิดความภาคภูมิใจไปปฏิบัติต่อไป นอกจากนี้ ทีมงานยังติดตามประเมินผลและให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัวในการปฏิบัติตนอย่างต่อเนื่องด้วยความหวังใจและจริงใจ

ผลลัพธ์การขับเคลื่อนการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพ อ.หนองจิก ทำให้ชาวบ้านสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกิน ลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ได้มากขึ้น เจ้าหน้าที่สุขภาพมีความภาคภูมิใจและมีความสุขในงาน ซึ่งเจ้าหน้าที่สุขภาพได้สะท้อนว่า

“...พวกเราไม่ได้หวังให้ชาวแฉ่งแหงทั้งหมู่บ้านทำเสร็จและปรับเปลี่ยนในทันที แต่สิ่งที่เห็นคือชาวบ้านเริ่มเห็นความสำคัญ ตระหนัก เริ่มทำ เริ่มปรับกันไปทีละน้อย โดยไม่

รู้สึกว่าเป็นการถูกบังคับให้เปลี่ยน แต่พวกเขาเปลี่ยนเพื่อสุขภาพตนเองและคนในครอบครัว เราสัมภาษณ์คนต้นแบบคนอื่น ๆ ที่ปรับเปลี่ยนได้สำเร็จว่าทำอะไร ทุกคนตอบคล้ายกันว่าให้ลดกินเค็ม กินน้ำบุญดูเติมน้ำต้มสุกลงไป อาจจะไม่อร่อยเหมือนเคยกิน ลดหวานไม่ได้มีน้ำอัดลม กินผักกินปลา ทำปลากินเอง คิดก่อนกินทุกครั้ง ออกกำลังกายเป็นประจำ รู้สึกแข็งแรงขึ้น สบายตัว สิ่งเหล่านี้ทำให้มีความสุขภาพรู้สึกปลื้มใจจนบอกไม่ถูก...”

ภารดี วงศ์สุวรรณ และทีมงาน รพ.หนองจิก

นอกจากนี้ ได้เกิดข้อตกลงเป็นนโยบายสาธารณะที่ทุกคนพร้อมใจกัน งดบุหรี่ย งดหวาน มัน เค็ม กินผัก เติมสุขทุกวันศุกร์ คนในชุมชนรู้ว่าเราต้องเดินไปด้วยกันเพื่อสุขภาพของคนแฉงแหวง จึงเกิดชมรมออกกำลังกาย เช่น ชมรมปั่นจักรยาน การเดิน การแกว่งแขน เป็นต้น

4. ตำบลยาบี จังหวัดปัตตานี

การขับเคลื่อนการทำงานระบบสุขภาพของ ต.ยาบี เน้นการใช้ทุนทางสังคมเป็นกลไกสำคัญ คือ การใช้หลักการ “ศาสนานำการสาธารณสุข” โดยขอให้ โต๊ะอิหม่าม ผู้นำทางศาสนาอิสลามช่วยพูดคุย สื่อสาร สร้างความเข้าใจต่อการปฏิบัติตนที่ถูกต้องและไม่ขัดต่อหลักปฏิบัติทางศาสนาให้

กับชาวบ้าน ทำให้ทุกคนมีความมั่นใจในระบบบริการ มีการจัดการให้ทุนทางสังคมด้านบุคคลเข้ามาหนุนเสริมการทำงาน เช่น ให้นายก อบต. ที่ต้องการพัฒนาลูกบ้านของตนเองให้มีสุขภาพดีช่วยสื่อสารกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำชุมชนผู้นำศาสนา ไปในทิศทางเดียวกัน ที่สำคัญที่สุดคือ ชาวบ้าน ผู้นำทุกภาคส่วน มีความมุ่งมั่นและพลังใจในการทำงานให้สำเร็จและไม่ติดกรอบการทำงานแบบเดิมๆ ดังกรณีตัวอย่างการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคหัวใจรายหนึ่ง

“...ไม่ได้ด้วยเล่ห์ ก็เอาด้วยกล ไม่ได้ด้วยมนต์ ก็เอาด้วยคาถา เช่น เคยพาเจ้าอาวาสวัดไปหาหมอ พบว่าท่านเป็นโรคหัวใจ แต่ไม่ยินยอมรับการรักษาตามอาการ จึงเปลี่ยนวิธีการดูแลท่านเจ้าอาวาสใหม่ ด้วยการเปิดเวทีพูดคุยกับชาวบ้านว่า ถ้าอยากให้ท่านอยู่อีกหลายปีก็ต้องมาร่วมมือกันในการดูแลท่าน ทั้งเรื่องการจัดอาหารให้เจ้าอาวาสใหม่ การฉันทยา ความเป็นอยู่ สิ่งแวดล้อมต่างๆ เพื่อให้ท่านสุขภาพดีเท่าที่จะทำได้ ถ้าอยากให้ตาหลวงอยู่แค่สัก 2-3 ปี ก็ให้ร่วมมือกันจัดขานมู จัดอาหารรสเค็มๆ มันๆ ทอดๆ ให้ท่านฉันททุกวัน ก็จะได้เจ้าอาวาสใหม่ในไม่นาน ก็ได้บทเรียนว่าถ้าจัดการตรงเป้าไม่ได้ ก็ต้องจัดการคนรายรอบ...”

ปารีชาติ แก้วทองประคำ, รพ.สต.ยาบี

ส่วนเจ้าหน้าที่สุขภาพต้องปรับวิธีการทำงานให้เข้ากับวิถีชีวิตของชาวบ้านและชุมชน โดยให้ข้อมูล เพื่อให้ชาว

บ้านมีโอกาสเลือกที่จะปฏิบัติด้วยตนเอง เช่น การกินบุญดูโดยเติมน้ำเพื่อลดความเค็ม เติมสมุนไพรที่ช่วยลดความดัน เช่น หอมแดง ใบมะกรูด ตะไคร้ มะนาว เป็นต้น หรือต้มชามะนาวร้อนแทนการต้มชานมร้อนที่มีรสหวานมัน การออกกำลังกายโดยการเดินไปละหมาดที่มัสยิดแทนการขับรถจักรยานยนต์ และเปิดโอกาสให้ชาวบ้านมีการสร้างกิจกรรมออกกำลังกายด้วยตนเอง เช่น ลานหินนวดเท้าส่วนตัว การออกกำลังกายในวิถีชีวิตด้วยการเดินและการเคลื่อนไหวให้มากขึ้น เป็นต้น รวมทั้งเพิ่มช่องทางการสื่อสารกับหมอหรือเจ้าหน้าที่ในการขอคำปรึกษาโดยใช้ไลน์ (Line application) และให้คนที่อยู่ในพื้นที่เป็นกลไกในการเคลื่อนงานในพื้นที่

ดังนั้น ทักษะที่เจ้าหน้าที่สุขภาพควรมี คือ การเจรจาต่อรอง การสร้างแรงบันดาลใจในการทำงานและเห็นคุณค่าของตนเอง ผู้ร่วมงาน ชาวบ้าน ทีมงานเครือข่าย การประสานงาน นอกจากนี้ การลงพื้นที่ติดตามผู้ป่วยถึงบ้านก็เป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ กล่าวคือ ในการทำงาน ใจต้องอยู่กับชุมชน เอาใจไปฝังไว้ที่ชุมชน ชาวบ้านคนใดปรับพฤติกรรมสุขภาพได้ดีก็ต้องชื่นชมเล่าต่อ เช่น ทำบุญสูตรใหม่ที่ดีต่อสุขภาพสำเร็จ ก็เอาไปชื่นชมไปเล่าต่อ

ผลลัพธ์การดำเนินงาน คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตเบาหวาน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีขึ้น รู้จักควบคุมอาหารควบคู่กับการกินยาตามหมอสั่ง มีการเปลี่ยนวิธีการปรุงอาหารประจำถิ่น เช่น การกินบุญดูไม่ใส่ผงชูรส หรือปรับ

สูตรบุญดู 1 ส่วน น้ำ 3 ส่วน มะนาว พริก หัวหอม ตะไคร้ ปลาย่าง การทำซूपดัมค้ำจิ้นแล้วตักมันออก ใส่หอมใหญ่ มะเขือเทศ สมุนไพร การลดความเสี่ยงในการทำอาหาร เช่น ลดการทอด ใช้การปิ้งย่างแทน เทคนิคการปรุงอาหารแกง เนื้อต้องใส่มะเขือเพื่อลดไขมัน มีแกงส้มในงานเลี้ยง แทนแกงเนื้อ หันมาดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น เช่น การเคลื่อนไหวร่างกาย การเดิน การปั่นจักรยาน ผลสุดท้ายคือชาวบ้านชุมชนพึงพอใจในการดูแลที่ได้รับหรือระบบบริการ และนำไปสู่การดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน

5. อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล

การทำงานสุขภาพพระระดับตำบลในประเด็นโรคความดันโลหิตสูง เริ่มจากทีมสุขภาพในพื้นที่สังเกตวิถีชีวิต โดยเฉพาะพฤติกรรมกรรมการบริโภค พบว่า มีส่วนสำคัญที่เป็นสาเหตุหลักในการเพิ่มความเสี่ยงของโรค จึงจัดทำ **“นาฬิกาชีวิตในหนึ่งวัน”** ของคนในชุมชน เพื่อให้ชาวบ้านทราบถึงความเสี่ยงพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า กลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ตื่นประมาณตี 2 ลงกรีดยาง และมีแบบแผนการกินอาหาร 4 มื้อต่อวัน ดังนี้

มื้อเช้า ประมาณตี 2 เริ่มดื่มกาแฟและกินขนมรองท้องไปก่อน โดยผู้หญิงเตรียมหุงหาอาหารไปบางส่วน

เพื่อกินหลังกรีดยางเสร็จ เช่น ข้าว ข้าวเหนียว น้ำพริก ปลาเค็ม ปลาทอด จะเป็นอาหารประจำในมื้อนี้ เพราะเตรียมง่าย บางคนกลับมาละหมาดที่บ้านก็ซื้อข้าวต้ม ข้าวหมกไก่ กาแฟโรตี ไข่ทอด มากินก่อนกลับไปเก็บน้ำยาง ซึ่งหลังจากเสร็จจากการประกอบอาชีพในช่วงเช้า ประมาณสิบโมงผู้หญิงจะทำงานบ้าน เตรียมหุงหาอาหาร ส่วนผู้ชายจะมีการรวมกลุ่ม “สภากาแฟ” โดยดื่มชา กาแฟ กินอาหารว่าง ขนมโดนัท เป็นรอบแรกของวัน

มือเที่ยง กินอาหารเกือบบ่ายโมง ปฏิบัติศาสนกิจ และมีการพักผ่อนนอนกลางวันประมาณหนึ่งถึงสองชั่วโมง โดยผู้หญิงอาจมีการทำกิจกรรมช่วยเหลือชุมชน ประมาณบ่ายสามจะเป็นสภากาแฟรอบที่สองของผู้ชาย โดยอาจมีผู้หญิงบ้างที่ไปนั่งพูดคุยกัน กินกาแฟ นมเย็น ถ้วยทอด ออกตลาดนัด หลังจากนั้นก็ไปละหมาด

มือเย็น คือ ช่วงประมาณห้าโมงเย็น ผู้หญิงทำกิจกรรมในบ้านเตรียมหุงหาอาหาร ดูทีวี ละหมาด รอกกลุ่มผู้ชายกลับมาจากมัสยิด

มือสุดท้ายของวัน ประมาณสามทุ่มถึงจะกินข้าวนอนดูทีวี แล้วจะเป็นสภากาแฟ โรตี โดยเข้านอนประมาณสี่ทุ่ม

จะเห็นได้ว่าวิถีชีวิตในแต่ละวัน มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดโรค ตั้งแต่ปริมาณอาหารที่กินเข้าไปในแต่ละมื้อ ทั้งมื้ออาหารหลักและอาหารว่าง ประเภทของอาหารที่กิน แต่ละชนิดที่ล้วนมีผลต่อสุขภาพ ประกอบกับกิจกรรมการ

เคลื่อนไหวร่างกายน้อย และยังขาดการรับรู้เกี่ยวกับการกิน
อยู่ที่ไม่เหมาะสม

เมื่อปลายปี 2558 เจ้าหน้าที่ได้นำข้อค้นพบจาก
สิ่งที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน พร้อมทั้งคาดการณ์แนวโน้มความ
รุนแรงของปัญหาเสนอให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและชุมชน
รับทราบ เพื่อให้ชุมชนเกิดความตระหนักถึงปัญหาต่าง ๆ ที่
อาจทวีความรุนแรงขึ้น จึงมีการกำหนดแผนยุทธศาสตร์
แนวทางการดำเนินงานร่วมกันกับภาคีเครือข่ายสุขภาพ
3 ประการ ประกอบด้วย

**1. พัฒนาส่งเสริมสุขภาพระดับบุคคลและ
ครอบครัว** เพื่อสร้างการรับรู้ ทัศนคติในการป้องกันโรค และ
บูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เป็นทุนที่ดีของชุมชนเพื่อการ
แก้ไขปัญหาโรคความดันโลหิตสูง

**2. พัฒนาส่งเสริมสภาพแวดล้อมชุมชนที่เอื้อต่อ
สุขภาพ** เกิดนโยบายสาธารณะหรือกติกาชุมชนที่ชุมชนมี
ส่วนร่วมรับผิดชอบและเฝ้าระวังโรค ส่งเสริมแหล่งเรียนรู้ใน
ชุมชน เมนูสุขภาพ มัลติมีเดียส่งเสริมสุขภาพ ร้านน้ำชาส่ง
เสริมสุขภาพ และสถานที่ส่งเสริมกิจกรรมการพบปะเพื่อการ
ออกกำลังกาย

3. พัฒนาระบบบริการสุขภาพ มีการกำหนด
แนวทางการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องวิถีชุมชนโดยมีหน่วยงาน
ภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชนที่เข้ามามี
บทบาทและมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

นอกจากนี้ ได้มีการพัฒนาแนวทางการติดตาม
สุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน โดยการ
ร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหา โดยดึงทุนที่มีในชุมชน และ
ประสานการดำเนินงานให้เชื่อมโยงทั้ง 3 ด้าน คือ

1. ด้านคน เสริมทักษะการดูแลสุขภาพและสร้าง
การรับรู้ โดย รพ.สต. การติดตามประเมินอาการ โดย อสม.
ผู้ดูแล

2. ด้านสภาพแวดล้อม ส่งเสริมการปลูกผักโดย
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน เกษตรตำบล สร้าง
และปรับปรุงพัฒนาพื้นที่สาธารณะให้เกิดประโยชน์ โดยการ
มีส่วนร่วมของชุมชน มีการจัดกิจกรรมกำหนดกติกาในทาง
หลักศาสนาอิสลามที่เรียกว่า **“ฮุกมฟากาต”** โดยงานเลี้ยง
ในชุมชนจะต้องมีเมนูผักอย่างน้อย 2 ชนิด และใช้น้ำสมุนไพร
แทนน้ำหวาน และทุกครัวเรือนปลูกผักปลอดสารพิษอย่าง
น้อย 3 ชนิด

3. ด้านการเรียนรู้ของชุมชน โดยจัดกิจกรรมสร้าง
การรับรู้ สร้างกระแสการปรับพฤติกรรมสามโซนถึงชายเร็น
(ชายคาบ้าน) เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมและครอบคลุมกลุ่ม
เป้าหมายในพื้นที่จริง ๆ นอกจากการเชิญมานั่งในห้อง
สี่เหลี่ยมเพื่อให้ความรู้และจับกันไป แต่การจัดกิจกรรมถึง
ชายเร็นทำให้กลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดัน
โลหิตสูงเข้าใจและรับรู้ปัญหา มีการพูดคุยกัน เกิดมิตรภาพ
ดี ๆ มีการดูแลสุขภาพร่วมกัน จัดทำเมนูสุขภาพ โดยมีหมอบ
พื้นบ้านแนะนำสมุนไพรลดโรคมารุงเป็นอาหาร เช่น ยา-

หวัหะพ้อ ต้มส้มใบเค้า และมีการใช้ความรู้ทางวิชาการเข้าไป
รับรองเมนู

**ผลลัพธ์ของการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพของ
ตำบลควนโดน** คือ เกิดบรรยากาศที่ดี เกิดมิตรภาพ การ
แบ่งปัน ความเห็นใจ เข้าใจและรู้ตัวตนของตัวเอง เกิดความ
รู้สึกมีคุณค่าในกลุ่มคนทำงาน มีการติดตามการเฝ้าระวังโรค
จัดการปัจจัยเอื้อต่อสุขภาพ และได้รับการสนับสนุนทางสังคม
ที่ดี รู้จักชุมชนและสามารถนำทุนของชุมชนที่มีมาพัฒนา
สุขภาพชุมชน จนเกิดระบบการดูแลซึ่งกันและกันในชุมชน
เป็นชุมชนไม่ทอดทิ้งกัน คนไข้ไม่ได้มา รพ.สต. เพียงเพื่อ
รักษาโรค ไม่ได้มาเพื่อแค่จะมาเอายา แต่มาหาหมอเพื่อมา
เยี่ยมเยียน ทักทาย นำของฝากในแต่ละช่วงเทศกาลหรือ
ผลไม้ตามฤดูกาลมาให้และนั่งพูดคุยสนทนาในประเด็นอื่นๆ
ด้วย เกิดปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่มากกว่าแค่การรักษาโรค ซึ่ง
สะท้อนได้ว่าการทำงานระบบสุขภาพระดับอำเภอได้ใจของ
ผู้ป่วยและชุมชนจนเกิดสายใยกลายเป็นครอบครัวเดียวกัน
ก่อเกิดมิตรภาพและพลังใจของคนในชุมชนในการมีส่วนร่วม
ในการพัฒนาระบบสุขภาพของชุมชนอย่างแท้จริง

เปรียบเทียบการทำงานระบบสุขภาพ ระดับอำเภอในแต่ละพื้นที่

จากบทเรียนการทำงานระบบสุขภาพระดับอำเภอในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้ง 5 พื้นที่ พบว่า มีกระบวนการหลักที่ใช้ในการขับเคลื่อนการทำงานที่เหมือนกัน 2 ประการ คือ

1. กระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic care model) ที่มุ่งเน้นการคัดกรองผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรก เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม การควบคุมและป้องกันความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดพยาธิสภาพของโรคเพิ่มขึ้น และการรณรงค์ในประชาชนทั่วไปและกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ใน 2 เรื่อง คือ

1.1 การสร้างวิธีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองให้กับประชาชนทั่วไปและกลุ่มผู้ป่วย โดยเฉพาะการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรค ด้วยการใช้กระบวนการจรรยา 7 สี หรือ ปิงปอง 7 สี มาเป็นเครื่องมือช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถเฝ้าระวังภาวะสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ยังเสริมพลังให้คนในชุมชนซึ่งส่วนใหญ่เป็น อสม. ร่วมทำงานกับภาคีเครือข่าย เช่น ปรากฏ์ชาวบ้าน ไต้อิหม่ามครู นักเรียนอาสา เป็นต้น ให้มาช่วยดูแลคนใน

ชุมชนตามความรู้ความชำนาญของตน โดยการช่วยกัน “ซง เซียร์ แซร์ และช่วย” ทำให้ประชาชนและผู้ป่วยในพื้นที่เริ่มต้นตัวเรื่องสุขภาพและหันมาใส่ใจสุขภาพของตนเองมากขึ้น

1.2 การรณรงค์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การกินและการใช้ชีวิต โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค ลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น โดยแต่ละพื้นที่จะมีจุดเริ่มในการดำเนินงานแตกต่างกันไปตามทุนทางสังคมเดิมที่มี ดังตัวอย่างจากพื้นที่

อ.เทพา จ.สงขลา ใช้กิจกรรมนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การกินและการออกกำลังกาย โดยการรณรงค์การปลูกผัก เพื่อสร้างค่านิยมในการบริโภคผักมากขึ้น และสร้างชมรมปั่นจักรยาน เพื่อให้ผู้ที่มีน้ำหนักเกิน กลุ่มผู้ป่วยทั้งเบาหวานและความดันโลหิตสูง รวมทั้งกลุ่มนักเรียนที่มีภาวะอ้วน ได้ออกกำลังกายทุกวัน

อ.ควนโดน จ.สตูล มีทุนทางสังคมที่เข้มแข็ง เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่โดดเด่นด้านการทำางานสุขภาพะ จึงใช้เวทีคืนข้อมูลสถานการณ์

โรคความดันโลหิตสูงในเวทีแลกเปลี่ยนของผู้นำชุมชนที่มีอยู่ ทำให้ชาวบ้านทราบถึงความเสี่ยงและตระหนักถึงปัญหาของโรคความดันโลหิตสูง และเกิดการปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมการกินการอยู่ในชุมชนมากขึ้น เช่น มีเมนูสุขภาพ การออกกำลังกายเป็นกลุ่มและที่บ้าน เป็นต้น

ต.ยาบี และ ต.ตุง อ.หนองจิก จ.ปัตตานี มีการพัฒนาเมนูอาหารลดโรค คือ ลดเค็ม ลดหวาน ลดมัน โดยสาธิตอาหารและประกวดน้ำบูดูเพื่อสุขภาพ สร้างเมนูอาหารลดโรค และมีการรณรงค์การออกกำลังกายด้วยวิถีชีวิต การเดิน ทำงาน ปั่นจักรยาน การละหมาด เคลื่อนไหวร่างกาย การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ โยคะ หมุนแขน การคลายเส้น นวดเท้าด้วยกะลา หรือ แผ่นหินส่วนตัว

2. กระบวนการทำงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS)

คือใช้กระบวนการ UCCARE ได้แก่ การทำงานเป็นทีม (Unity district health team) การค้นหาปัญหาที่แท้จริงของกลุ่มเป้าหมาย (Customer focus) การสร้างและอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (Community participation) การชื่นชมความสำเร็จ ความภาคภูมิใจ และคุณภาพ (Appreciation & Quality) การแบ่งปันทรัพยากรให้แกกันและกัน (Resource sharing) และการทำงานตามปัญหาในบริบทของพื้นที่

(Essential care) ซึ่งทุกพื้นที่จะมีจุดเริ่มของการทำงานระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สำคัญ คือ การค้นหาสาเหตุที่แท้จริงร่วมกับชุมชนและคืนข้อมูลให้ชุมชน เพื่อให้คนในชุมชนตระหนักถึงปัญหาของโรคความดันโลหิตสูงร่วมกัน โดยมี การร่วมคิด ร่วมทำ ตามบทบาทและศักยภาพของตนเอง รวมทั้งให้มีการแบ่งปันทรัพยากร การชื่นชมความสำเร็จร่วมกัน จนมีความใกล้ชิดและเกิดความเอื้ออาทรกันมากขึ้น

แม้ว่ากระบวนการทำงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของพื้นที่ที่บทเรียนจะใช้กระบวนการหลักเดียวกัน แต่จุดเริ่มต้นและกระบวนการย่อยในพื้นที่ยังมีความแตกต่างกัน ขึ้นกับปัจจัยด้านทุนทางสังคมของชุมชน ได้แก่ ความเข้มแข็งของผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครู หมอพื้นบ้าน เป็นต้น ความเข้มแข็งของสถานบริการสุขภาพในพื้นที่ด้านการดูแลรักษากลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการทำงานอย่างมีส่วนร่วมกับชุมชน รวมทั้งบริบททางสังคมและวัฒนธรรมในพื้นที่

จุดเด่นของทำงานระบบสุขภาพระดับอำเภอในแต่ละพื้นที่ มี 2 ลักษณะ คือ 1) การทำงานเชิงระบบที่มีการปรับบริการสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคนในพื้นที่ และ 2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของพื้นที่ มีดังนี้

1. **พื้นที่เด่นในเชิงการทำงานเชิงระบบ คือ อ.ก่งหรา จ.พัทลุง** มีจุดเริ่มต้นจากกระบวนการต่อยอดงานการดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังของกลุ่มงานเวช

รพ.งหวรา ซึ่งมีทีมสุขภาพงานโรคเรื้อรังเป็น
ทุนเดิม ทำให้สามารถ **ทำงานเชิงระบบ** ทั้งในกลุ่ม
เสี่ยง มีการวางระบบให้ผู้ป่วยสามารถจัดการ
ปัญหาและพึ่งตนเองได้ โดยการขอให้องค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนเครื่องวัดความดัน
โลหิต และมี อสม.จัดการเรื่องฐานข้อมูลของ
ประชากรที่มีอยู่จริงและประชากรแฝง ในกลุ่มเสี่ยง
สูงมีการพัฒนาระบบการคัดกรองและระบบบริการ
ที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการและจัดระบบติดตาม
ความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (SMBP) ในผู้ป่วย
รายใหม่ เน้นการควบคุมตั้งแต่เริ่มป่วยโดยมีการ
ดูแลเป็นรายบุคคล ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะ
แทรกซ้อนและก้าวพ้นระยะวิกฤตแล้วจะมีการ
จัดส่งทีมสหสาขาวิชาชีพไปให้การดูแลต่อเนื่อง
ที่บ้าน มีการติดตามเยี่ยมบ้านและประเมินความ
จำเป็นในการดูแล เช่น การร่วมกันสร้างห้องล้างไต
ให้ผู้ป่วยที่มีไตวายระยะสุดท้าย จากกระบวนการ
ส่งต่อข้อมูล การแบ่งปันช่วยเหลือกัน และการ
ชื่นชมการทำงานร่วมกัน ทำให้เกิดการ ทำงาน
อย่างมีส่วนร่วม โดยเกิดทีมหมอครอบครัวระดับ
อำเภอและระดับตำบลที่ติดตามเยี่ยมบ้าน
นำโดยนายอำเภอภวรา นายก อบท. แกนนำ
ชุมชน ทีมสหสาขาวิชาชีพ ในกลุ่มผู้ป่วยติดบ้าน
ติดเตียง

2. พื้นที่เด่นในด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามบริบทของสังคมและวัฒนธรรม คือ

อ.เทพา จ.สงขลา มีจุดเริ่มต้นจากการนำแนวคิดการทำงานระบบสุขภาพระดับอำเภอมาใช้ในพื้นที่และจัดเวทีคืนข้อมูลให้ผู้นำชุมชนร่วมคิด ร่วมทำ จึงมีโครงการชาวพรหมมาก เกาะครกร่วมใจด้านภัยเบาหวาน ความดัน ซึ่งมีกิจกรรมหลัก 3 กิจกรรม คือ การปลุกผัก การออกกำลังกาย และหมกรรมคนหมู่สามรักสุขภาพ **จุดเด่น** คือ เป็นการทำงานระบบสุขภาพอำเภอโดยใช้กิจกรรมนำ เน้นการป้องกันและควบคุมโรค ความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงในทุกช่วงอายุของคนในชุมชน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคีในพื้นที่ เช่น อปท. ผู้ใหญ่ นักเรียนจิตอาสา และข้าราชการบำนาญ เป็นต้น

อ.ควนโดน จ.สตูล มีจุดเริ่มต้นจากทุนทางสังคมเดิมที่เป็นพื้นที่ที่โดดเด่น ด้านการทำงานสุขภาพะ จึงมีการถอดบทเรียนกระบวนการทำงานโดยภาพรวมในพื้นที่ในรูปแบบควนโดนโมเดล (Khuandon Model) สู่การทำงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ **จุดเด่น** คือ ความร่วมมือของการทำงานระบบสุขภาพระดับอำเภอในพื้นที่ เช่น การจัดทำ “นาฬิกาชีวิตในหนึ่งวัน” ที่ได้

กระตุ้นให้เห็นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรกิน การนอน และการออกกำลังกาย โดยดึงทุนในชุมชนมาร่วมมือในการทำงานปัญหา **การมีนโยบายสาธารณะที่ชุมชนมีส่วนร่วม รับผิดชอบและเฝ้าระวัง** เช่น มัศจรรย์ส่งเสริมสุขภาพ ร้านน้ำชาส่งเสริมสุขภาพ และสถานที่ส่งเสริมการออกกำลังกาย เป็นต้น

ต.ตุง และ ต.ยาบี อ.หนองจิก

จ. ปัตตานี มีจุดเริ่มจากพยาบาลที่ต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในพื้นที่จึงมีการจัดเวที คัดข้อมูลและเกิดการมีส่วนร่วมในการรณรงค์ การปรับพฤติกรรมกรกิน การออกกำลังกาย ใหม่ให้ถูกต้อง **จุดเด่น คือ การนำหลักศาสนา มาใช้สนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม** เช่น การปรับวิธีการออกกำลังกายโดยการเดิน ไปละหมาดที่มัศจรรย์แทนการขับรถมอเตอร์ไซด์ การมีนโยบายสาธารณะที่คนในชุมชนรับรู้ว่าจะต้องหันมาดูแลสุขภาพของตนเองด้วยการเดิน ออกกำลังกาย ทุกวันศุกร์พร้อมใจกันงดบุหรี่ อดหวาน มัน เค็ม กินผักเต็มสุข เป็นต้น

ปัจจัยความสำเร็จของการทำงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

1. ปัจจัยร่วมที่พบในพื้นที่ คือ การใช้กระบวนการทำงานระบบสุขภาพอำเภอ โดยใช้กระบวนการ UCCARE เป็นเครื่องมือในการทำงานในพื้นที่ ดังนี้

1.1 การทำงานเป็นทีมที่มาจากหลากหลายอาชีพใน

ชุมชน (Unity Distric Health Team - U) ทำให้เกิดการเติมเต็มข้อจำกัดในการทำงานในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างเป็นองค์รวม เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพทำหน้าที่ป้องกันและควบคุมโรคโดยการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วยตามความรุนแรงของโรค การดูแลรักษา ส่งเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนของโรค ประชาชนชาวบ้านให้ความรู้ด้านสมุนไพรในการพัฒนาเมนูสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูง แม่บ้านและชุมชนปรับลดอาหารหวาน มัน เค็มลง และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนงบประมาณเพื่อการจัดกิจกรรมรณรงค์ในชุมชนหรือให้ทุนสนับสนุนการสร้างห้องล้างไตแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะสุดท้าย เป็นต้น

1.2 เจ้าหน้าที่สุขภาพทำงานสุขภาพโดยคำนึงถึงวิถีชุมชน มุ่งเน้นการหาปัญหาและสาเหตุที่แท้จริง

ในชุมชน (Customer Focus - C) มีวิถีคิดที่ไม่ติดกรอบ ไม่มุ่งเน้นตัวชี้วัดที่กำหนดมาจากส่วนกลาง แต่มีใจรักและหวังดีต่อผู้ป่วยและชุมชน โดยมุ่งการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและชุมชนให้ดีขึ้น

1.3 เจ้าหน้าที่สุขภาพ ชุมชน และองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมีความร่วมมือระหว่างกันและกัน (Community Participation - C) ในการค้นหา วิเคราะห์ และหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน ร่วมกันทำงานด้วยเป้าหมายเดียวกัน คือ ให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ และมีความเอื้ออาทรพึ่งพากันในชุมชน

1.4 การรู้จักชื่นชม ให้กำลังใจกันและกัน และเน้นคุณภาพ (Appreciation & Quality - A) โดยให้ชาวบ้านมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างค่อยเป็นค่อยไป ไม่เร่งรีบให้ชาวบ้านเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่เน้นการคิดวิเคราะห์หาสาเหตุและหาแนวทางแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ให้การชื่นชมเมื่อมีการทำกิจกรรมดีๆ ขึ้น เช่น การสร้างเมนูอาหารสุขภาพ การสร้างนวัตกรรมการออกกำลังกายส่วนตัวด้วยแผ่นหิน สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น เป็นต้น

1.5 องค์กรในชุมชนมีส่วนช่วยเหลือแบ่งปันทรัพยากร (Resource Sharing and Human Development - R)

ช่วยเหลือเกื้อกูลกันและกันตามความรู้ความสามารถของตนเอง

1.6 การทำงานตามปัญหาของบริษัทในพื้นที่ (Essential Care - E) เป็นการคืนข้อมูลปัญหาที่พบบ่อยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยหรือชุมชน ทำให้ผู้ป่วยหรือชุมชนตระหนักถึงปัญหาสุขภาพ เน้นบริบททางสังคมและวัฒนธรรมในการดำเนินชีวิตที่กระทบต่อสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยและชุมชนได้ค่อย ๆ เรียนรู้และหันมาดูแลสุขภาพของตนเอง นอกจากนี้การให้แนวทางหรือเครื่องมือในการประเมินภาวะความดันโลหิตสูงที่เป็นรูปธรรมได้ ทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญในการประเมินติดตามภาวะความดันโลหิตสูงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ดีขึ้นด้วยตนเอง

2. ปัจจัยด้านเจ้าหน้าที่สุขภาพ มีการปรับบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สุขภาพเป็นผู้ชง เชียร์ แชร และมีการประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายให้มาร่วมแชร์ สิ่งสำคัญ คือ เจ้าหน้าที่สุขภาพต้องทำงานด้วยใจรักและหวังดีต่อผู้ป่วยและชุมชน มีทักษะการประสานงาน การเจรจาต่อรอง และการสร้างแรงบันดาลใจในการทำงานและเห็นคุณค่าของตนเองและภาคีเครือข่าย

ข้อเสนอแนะ

เพื่อการพัฒนากการทำงานระบบสุขภาพระดับ
อำเภอ กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

1. ข้อเสนอแนะจากพื้นที่ พบว่า อ.กงหรา จ.พัทลุง เป็นพื้นที่เด่นในด้านการทำงานเชิงระบบ ได้ให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการทำงานระบบสุขภาพระดับอำเภอในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้

- 1.1 ทีมสุขภาพทุกระดับและทุกคนที่เกี่ยวข้องต้องคำนึงไว้เสมอว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของจิ๊กซอว์ในการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การประสานความร่วมมือกันทำงานจะทำให้การทำงานระบบสุขภาพระดับอำเภอมีประสิทธิภาพมากขึ้น
- 1.2 วิธีการทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลงหรือไม่เพิ่มขึ้นจากเดิม คือ ชุมชนต้องดำเนินการเอง ตั้งแต่การมีข้อมูลที่น่าเชื่อถือและมีการวิเคราะห์หลาย ๆ ด้าน
- 1.3 ผู้บริหารต้องเห็นความสำคัญและให้โอกาสเจ้าหน้าที่สุขภาพสร้างสรรค้งานที่ตอบสนองปัญหาของผู้ป่วยและชุมชนอย่างแท้จริง
- 1.4 ที่สำคัญที่สุดคือการ “ใส่ใจแลกรใจ” ในการทำงาน จะช่วยให้มีคนมาร่วมทำงานเพิ่มขึ้น
- 1.5 ต้องมีผู้รับผิดชอบหลักอย่างน้อย 1 คนที่มอง

ภาพของงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังภายในอำเภอของ
ตนเองได้ครอบคลุมทั้งระบบ ซึ่งบุคคลนั้นควรได้
รับการพัฒนาให้มีความรู้ทางวิชาการอย่างลุ่มลึก
เพื่อให้ทีมสุขภาพมีความรู้ความเข้าใจโรคไม่
ติดต่อเรื้อรังเป็นอย่างดี และสามารถนำไปปรับใช้
ในการทำงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของตนเอง
ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.6 ควรมีการทำงานแบบเครือข่าย ทำให้สามารถเรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาทางลัดโดยไม่ต้องเสียเวลาไปเริ่มต้นใหม่ด้วยการนำบทเรียนจากเครือข่ายมาปรับ ประยุกต์ และต่อยอดงาน

1.7 ต้องพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการที่ไม่ซับซ้อน โดยจัดทีมหมอครอบครัวลงไปจัดการดูแลรักษาโรคเรื้อรังในชุมชน

2. ข้อเสนอแนะจากผลการสังเคราะห์

2.1 การดำเนินงานในพื้นที่เป้าหมายในชุมชน

เสนอให้ใช้แนวคิดของ UCCARE ในการดำเนินงาน โดยจากบทเรียนในพื้นที่ทำให้เห็นว่าเจ้าหน้าที่สุขภาพจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนตนเอง 3 ประเด็น คือ ปรับวิถีคิด ปรับบทบาท และปรับวิธีการ

2.1.1 **ปรับวิถีคิดหรือกระบวนทัศน์ในการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่** ถือเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญที่สุดในการดำเนินงานภายใต้แนวคิดการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ วิถีคิดที่สำคัญในการดำเนินงาน คือ

- 1) **ปัญหาสุขภาพไม่ใช่เรื่องของเจ้าหน้าที่สุขภาพเท่านั้น** ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนเป็นเจ้าของสุขภาพ ดังนั้น การทำงานการดูแลสุขภาพของกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงจึงต้องอาศัยความร่วมมือในการดำเนินจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง
- 2) **การเห็นคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของทุกคน** โดยเชื่อว่าทุกคนมีศักยภาพในการตัดสินใจและมีความสามารถที่แตกต่างกัน ทุกคนจึงมีคุณค่าและสามารถมีส่วนร่วมในการทำงานดูแลสุขภาพในกลุ่มโรคความดันโลหิตได้
- 3) **การทำงานสุขภาพในพื้นที่ต้องเอาใจไว้กับชุมชน** ความห่วงใยเอาใจใส่จะทำให้เกิดความเชื่อถือและยอมรับจากผู้ป่วยและชุมชน
- 4) **มุ่งการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการให้ดีขึ้น** โดยไม่ยึดติดตัวชี้วัดที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเท่านั้น

2.1.2 **ปรับบทบาท** เจ้าหน้าที่สุขภาพต้องปรับบทบาทจาก “ผู้สอนความรู้ที่ผู้ป่วยต้องทำตาม” มาเป็น “**ผู้ซ่งเชียร์ แשר**” ให้ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน หันมาจัดการสุขภาพของตนเองและชุมชน

1) **บทบาทนักขง** คือ การหาโอกาสให้ผู้ป่วยหรือชุมชนรับรู้ข้อมูลที่ถูกต้องหรือรู้จักทุนทางสังคมและองค์กรที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยและชุมชนได้เริ่มคิด วิเคราะห์ และหาแนวทางในการดูแลสุขภาพและพึ่งพาตนเองได้ อาทิ การคืนข้อมูลให้เจ้าของสุขภาพจะทำให้ผู้ป่วย ญาติ ครอบครัว และชุมชน หรือบุคคลที่เกี่ยวข้องรับรู้ข้อมูลปัญหาโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ เกิดความเข้าใจปัญหาและตระหนักถึงความสำคัญและพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

2) **บทบาทนักเชียร์** คือ การทำให้ผู้ป่วย ชุมชน และองค์กรในชุมชนร่วมกันคิดค้นหาสาเหตุและแนวทางแก้ไขปัญหา โดยให้กำลังใจ ช่วยคิด และตั้งคำถามให้ผู้ป่วย ญาติ ครอบครัว และชุมชนสามารถแก้ปัญหาดตนเองอย่างค่อยเป็นค่อยไป

3) **บทบาทนักแซร์** คือ การกระตุ้นให้ภาคีที่เกี่ยวข้องทั้งหมดแบ่งปันทรัพยากรและความรู้ให้แกกันและกันตามกำลังความสามารถของตนเอง

2.1.3 **ปรับวิธีการ** โดยมีลำดับการดำเนินงานที่สำคัญ คือ

1) **เริ่มจากจุดเล็ก ๆ ในพื้นที่** ซึ่งมีความเป็นไปได้ที่จะประสบความสำเร็จ โดยพิจารณาจากทุนเดิมของชุมชนและศักยภาพของตนเองและหน่วยงาน

- 2) **คืนข้อมูลสุขภาพของชุมชน** ทำให้คนในชุมชนร่วมคิดวิเคราะห์หาสาเหตุและปัจจัยของปัญหาสุขภาพโดยคำนึงถึงบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของผู้ป่วยอย่างแท้จริง
- 3) **สร้างเครือข่ายการทำงานที่มีทั้งเจ้าหน้าที่สุขภาพ** คือ ทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และครู เป็นต้น ทีมสหสาขาอาชีพและเจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตำรวจ ทหาร แม่ค้า โต๊ะครู เป็นต้น มามีส่วนร่วมกัน ร่วมคิด และร่วมทำในการทำงานดูแลสุขภาพ
- 4) **เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ญาติ ครอบครัว ชุมชนและภาคีที่เกี่ยวข้อง** โดยให้ทุกภาคส่วนร่วมรับรู้ข้อมูลปัญหาของสถานการณ์การเกิดโรค ความดันโลหิตในพื้นที่ ร่วมค้นหาปัญหาสุขภาพ และหาแนวทางการแก้ไขสุขภาพด้วยตนเอง เช่น การมีเครื่องมือจับสัญญาณในการเฝ้าระวังภาวะความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง อาทิ ปิงปอง 7 สี หรือจรรยาจร 7 สี ทำให้ผู้รับบริการทราบว่าภาวะโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นอยู่ในระยะใด ให้ผู้ป่วยสามารถนำข้อมูลไปปรับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองได้ดีขึ้น การสร้างห้องล้างไตที่บ้านผู้ป่วย การจัดลานหินออกกำลังกายโดยชุมชน เป็นต้น

- 5) **เน้นการชื่นชมและให้กำลังใจ** ในการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงถึงบ้าน ที่เรียกว่า “บริการถึงชายเรือน”
- 6) **ประสานงานและกระตุ้นให้ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องร่วมแบ่งปันทรัพยากร** ทั้งด้านข้อมูล ประกอบการตัดสินใจ กำลังเงิน กำลังแรงงาน รวมทั้งวัสดุครุภัณฑ์ที่จะมีส่วนช่วยให้การทำงานดูแลสุขภาพผู้ให้ดีขึ้น เช่น จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้กลุ่มเสี่ยงหรือผู้ป่วยและครอบครัวได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมถึงแหล่งที่สามารถประสานขอความช่วยเหลือทั้งในและนอกชุมชนด้วย เพื่อเป็นข้อมูลที่ทำให้คนในชุมชนสามารถตัดสินใจในการจัดการสุขภาพของตนเองหรือของคนในชุมชนได้ดีขึ้น

2.2 การพัฒนาความรู้ความสามารถด้านวิชาการให้เจ้าหน้าที่สุขภาพ ใน 2 ประเด็น คือ

2.2.1 ความรู้ในการทำงานดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากจะทำให้เจ้าหน้าที่ที่มีความมั่นใจในการออกแบบแนวทางการควบคุมป้องกันและการดูแลรักษาที่ถูกต้องมีประสิทธิภาพพร้อมกับผู้ป่วยและชุมชนได้ และทำให้ผู้ป่วยและชุมชนให้ความเชื่อถือและยอมรับ เช่น ความรู้ในการติดตามความดันโลหิตด้วยตนเอง (SMBP)

2.2.2 ความรู้ในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน

สุขภาพระดับอำเภอ โดยมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้จาก
ประสบการณ์การทำงานในพื้นที่ทำให้เจ้าหน้าที่มีความรู้และ
เกิดแรงบันดาลใจในการดำเนินงานในอนาคต

สรุป

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรังที่มีความสัมพันธ์
กับสภาพแวดล้อมของชุมชน ทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม และ
วัฒนธรรม การทำงานระบบสุขภาพระดับอำเภอเพื่อจัดการ
โรคความดันโลหิตสูงจึงเป็นกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วม
ของทุกภาคส่วนในพื้นที่ เน้นการทำงานเพื่อแก้ปัญหาที่แท้
จริงของผู้ป่วยและชุมชนมากกว่าการทำงานเพื่อตอบตัว
ชี้วัด ดำเนินงานอย่างเป็นธรรมชาติโดยไม่แบ่งแยกผู้ป่วย
ออกจากวิถีของชุมชนที่มีความสัมพันธ์กัน เจ้าหน้าที่
สุขภาพจึงต้องปรับเปลี่ยนวิธีคิด วิธีทำงานให้สามารถประสาน
การทำงานกับทุกภาคส่วนในชุมชน เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของ
ผู้ป่วยได้อย่างเป็นองค์รวม เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนที่
มีชุมชนเป็นเจ้าของ และสร้างสุขภาพะให้เกิดขึ้นในชุมชนอย่าง
แท้จริง

เอกสารอ้างอิง

ธาริณี พังจันทน์ และนิตยา พันธุเวทย์. 2558. **ประเด็นสารรณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก 2558**. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. [เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน 2559] เข้าถึงได้จาก: <http://odpc9.ddc.moph.go.th/PR/58-Hypertension.pdf>.

ธิดา เหมือนพะวงศ์. 2559. **การจัดการโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ต.ควนโดน**. ใน: การประชุมเชิงปฏิบัติการถอดบทเรียนเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอเขต 12 ระหว่างวันที่ 28-29 มีนาคม 2559 ห้องสงขลา โรงแรมहरรรษา เจบี หาดใหญ่.

ปาริชาติ แก้วทองประคำ. **บทเรียนเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) ตำบลยาบี อำเภอหนองจิก**. ใน: การประชุมเชิงปฏิบัติการถอดบทเรียนเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอเขต 12 ระหว่างวันที่ 28-29 มีนาคม 2559 ห้องสงขลา โรงแรมहरรรษา เจบี หาดใหญ่.

ภารดี วงศ์สุธา และคณะ. **เรื่องเล่า ชาวแจ่งแหวง คนต้นแบบ**. ใน: การประชุมเชิงปฏิบัติการประชุมถอดบทเรียนเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอเขต 12 ระหว่างวันที่ 28-29 มีนาคม 2559 ห้องสงขลา โรงแรมहरรรษา เจบี หาดใหญ่.

มูลนิธิสุขภาพภาคใต้. 2559. **รายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการถอดบทเรียนเครือข่ายสุขภาพ ระดับอำเภอเขต 12 ระหว่างวันที่ 28-29 มีนาคม 2559** ห้องสงขลา โรงแรมहरรรษา เจบี หาดใหญ่

ศิริอร สิ้นธุ และพิเชต วงรอด. **การจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิต**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: วัฒนาการพิมพ์: 2556.

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. **แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555**. ฉบับปรับปรุง 2558. [เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน 2559] เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaihypertension.org/files/GL%20HT%202015.pdf>

สุดา ขำนุรักษ์ และมุอำหมัดนาเชร์ ดอเลาะ. **DHS: วิถีแห่งธรรมชาติสู่การทำงานโรคความดันโลหิตสูง**. ใน: การประชุมเชิงปฏิบัติการถอดบทเรียนเครือข่ายสุขภาพพระดัดบอำเภอเขต 12 ระหว่างวันที่ 28-29 มีนาคม 2559 ห้องสงขลา โรงแรมทรูชา เจบี หาดใหญ่.

สุวรรณณี คานยู และซากาเรีย สาสาลี. **ชาวพรหมมาก เกาะครก ร่วมใจสร้างสุข ด้านเบาหวาน ความดัน**. ใน: การประชุมเชิงปฏิบัติการถอดบทเรียนเครือข่ายสุขภาพพระดัดบอำเภอเขต 12 ระหว่างวันที่ 28-29 มีนาคม 2559 ห้องสงขลา โรงแรมทรูชา เจบี หาดใหญ่.

สุพัตรา ศรีวณิชชากร, ผการัตน์ ฤทธิศรีบุญ, มธุพร ภาคพรต และพฤกษา บุญบุญ. 2558. **การจัดการระบบสุขภาพอำเภอเพื่อดูแลกลุ่มประชากร: กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มโรคเรื้อรัง กลุ่มคนพิการ**. นนทบุรี: สหมิตร พรินติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด.



บทเรียนการนำแนวคิดทฤษฎี DHS ลงสู่การปฏิบัติ
ที่สกัดจากประสบการณ์การทำงานจริงในพื้นที่
ผสมผสานด้วยหลักคิด อุดมการณ์ และแรงบันดาลใจ
ในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอเชิงประเด็น



Copyright © DSDC