

รายงานผลการศึกษาในโครงการ

สรุปบทเรียนและสังเคราะห์องค์ความรู้เชิงประสบการณ์ การทำงานสร้างเสริมสุขภาพ

กรณี การป้องกันและการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และ
การสร้างพลังชุมชนในการจัดการสุขภาพตนเอง

โดย สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ
สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน

สนับสนุนโดย แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกัน
สุขภาพถ้วนหน้า

สารบัญ

เนื้อหาสารบัญ	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	i
คำนำ	ii
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	1
บทที่ 1 บทนำ	6
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	10
ส่วนที่ 1 การสร้างพลังชุมชน	10
ทฤษฎีกระบวนการระบบ (System Theory)	13
แนวคิดการสร้างพลังชุมชนในตัวบุคคลและสังคม	15
การประชาสังคมและการสร้างเครือข่าย	16
แนวคิดการทำงานแนววัฒนธรรมชุมชน	20
การพัฒนาสุขภาพตามแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน	23
การพัฒนาสุขภาพตามแนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชน	24
บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการพัฒนาสุขภาพในพื้นที่	26
บทบาทหน้าที่ของศูนย์สุขภาพชุมชน(Primary Care Unit) ในการพัฒนาสุขภาพชุมชน	35
การพัฒนาสุขภาพตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	41
ฉบับที่ 10	
ผลการสังเคราะห์องค์ความรู้เชิงประจักษ์การดำเนินงานประเด็นการสร้างพลังชุมชนในการจัดการสุขภาพตนเอง ในโครงการส่งเสริมคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ(โครงการ PCU ในฝัน)	44
บรรณานุกรมส่วนที่ 1	60
ส่วนที่ 2 การป้องกันและการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง	66
ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคเบาหวาน	66
การดูแลเบาหวาน	75
ผลการสังเคราะห์โครงการพัฒนาระบบป้องกันและการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(โครงการ PCU ในฝัน)	97
บรรณานุกรมส่วนที่ 2	105
บทที่ 3 วิธีการดำเนินงาน	107
บทที่ 4 ผลการดำเนินงาน	111
ผลการสังเคราะห์และสรุปบทเรียนการทำงานชุมชน	111
กรณีศึกษาบทเรียนการทำงานชุมชน	136

สารบัญ (ต่อ)

เนื้อหาสารบัญ	หน้า
บทที่ 4 ผลการดำเนินงาน(ต่อ)	
ผลการสังเคราะห์และสรุปบทเรียนการป้องกันและการดูแลผู้ป่วย เรื้อรัง กรณีโรคเบาหวาน	145
บทที่ 5 บทสรุปและข้อเสนอ	169

กิตติกรรมประกาศ

โครงการสรุปทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้เชิงประสบการณ์การทำงานสร้างเสริมสุขภาพ กรณีการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และกรณีการสร้างพลังชุมชนในการจัดการสุขภาพตนเอง เป็นโครงการที่ได้รับการสนับสนุนจากแผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งสำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยดีก็ด้วยความร่วมมือจากเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานศูนย์สุขภาพชุมชนในภูมิภาคต่างๆ ผู้แทนโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป ผู้บริหารจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด คณะบุคลากรจากศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ทั้งภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ ซึ่งสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

กันยายน 2550

คำนำ

โครงการสรุปทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้เชิงประสบการณ์การทำงานสร้างเสริมสุขภาพ กรณีการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และกรณีการสร้างพลังชุมชนในการจัดการสุขภาพตนเอง เป็นโครงการที่จัดทำขึ้นเพื่อพัฒนาองค์ความรู้เชิงประสบการณ์จากการทำงานของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในการสร้างเสริมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และการทำงานเพื่อการสร้างพลังชุมชนในการจัดการสุขภาพตนเอง โดยรวบรวมและสังเคราะห์จากประสบการณ์จริงของการดำเนินงานในพื้นที่ เพื่อจัดทำเป็นชุดความรู้ที่สอดคล้องกับสภาพการดำเนินงานของพื้นที่ ขณะเดียวกันยังเป็นชุดความรู้ที่สามารถสะท้อนให้เห็นแนวคิดการจัดบริการสุขภาพองค์รวม โดยมีเป้าหมายบริการในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งและความสามารถพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพของประชาชนได้ ซึ่งชุดความรู้ดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อการปรับฐานคิดวิธีทำงาน ตลอดจนการปรับกระบวนการบริการในทางที่จะส่งเสริมสนับสนุนให้บุคคล ครอบครัว ชุมชน เข้มแข็งและพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้

เอกสารฉบับนี้ได้รวบรวมประสบการณ์จากพื้นที่บางส่วน ซึ่งคณะผู้จัดทำเชื่อว่ายังมีประสบการณ์ที่ดีอีกหลากหลายพื้นที่ และยังคงมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง หากมิได้นำมาอยู่ในเอกสารฉบับนี้ก็มิได้หมายความว่าพื้นที่เหล่านั้นไม่มีประสบการณ์ ไม่มีความรู้ อย่างไรก็ตามคณะผู้จัดทำคาดหวังว่าเอกสารฉบับนี้จะมีส่วนเป็นแรงผลักดันให้ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ได้มีโอกาสเห็นการพัฒนาของตนเอง กระตุ้นให้มีพลังร่างกายและแรงใจในการสานงานอย่างต่อเนื่อง และหากท่านใดมีประสบการณ์หรือมีข้อเสนอแนะต่อเอกสารฉบับนี้ คณะผู้จัดทำขออภัยด้วยความขอบคุณ

สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

โครงการสรุปบทเรียนและสังเคราะห์องค์ความรู้เชิงประสบการณ์การทำงานสร้างเสริมสุขภาพ กรณีการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และกรณีการสร้างพลังชุมชนในการจัดการสุขภาพตนเอง เป็นโครงการที่จัดทำขึ้นเพื่อพัฒนาองค์ความรู้เชิงประสบการณ์จากการทำงานของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในการสร้างเสริมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และการทำงานเพื่อการสร้างพลังชุมชนในการจัดการสุขภาพตนเอง โดยรวบรวมและสังเคราะห์จากประสบการณ์จริงของการดำเนินงานในพื้นที่ เพื่อจัดทำเป็นชุดความรู้ที่สอดคล้องกับสภาพการดำเนินงานของพื้นที่ ขณะเดียวกันยังเป็นชุดความรู้ที่สามารถสะท้อนให้เห็นแนวคิดการจัดการบริการสุขภาพองค์รวม โดยมีเป้าหมายบริการในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งและความสามารถพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพของประชาชนได้ ซึ่งชุดความรู้ดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อการปรับฐานคิดวิธีทำงาน ตลอดจนการปรับกระบวนการบริการในทางที่จะส่งเสริมสนับสนุนให้บุคคล ครอบครัว ชุมชน เข้มแข็งและพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้

วิธีการดำเนินงานในโครงการ นอกจากการทบทวนองค์ความรู้ ทฤษฎีต่างๆที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการสรุปและวิเคราะห์โครงการส่งเสริมคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ(โครงการ PCU ในฝัน) ที่มีประเด็นเกี่ยวกับกระบวนการสร้างพลังชุมชนในการจัดการสุขภาพตนเองจำนวน 126 โครงการ การพัฒนางานป้องกันและการรักษาโรคเรื้อรัง(โรคเบาหวานและภาวะความดันโลหิตสูง) ของหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 162 โครงการแล้ว ยังใช้การศึกษกรณีตัวอย่างที่มีประสบการณ์และรูปธรรมผลลัพธ์การดำเนินงานที่ดี จำนวน 12 กรณี และการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้เป็นเครื่องมือ ซึ่งมีผู้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้ง 2 ประเด็นครอบคลุมพื้นที่ 4 ภูมิภาค

ผลการสรุปบทเรียนและสังเคราะห์องค์ความรู้เชิงประสบการณ์การทำงานสร้างเสริมสุขภาพ จำแนกออกเป็น 2 กรณี ดังนี้

กรณีการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง การดำเนินงานป้องกันและการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เงื่อนไขความสำเร็จคือ บุคลากรต้องมีกระบวนการทัศน์ใหม่ สร้างให้ผู้ป่วยและชุมชนเป็นเจ้าของสุขภาพ แล้วทำให้เกิดเป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งสรุปได้ดังต่อไปนี้

1. **ปรับกระบวนการทัศน์การทำงานเบาหวาน** จากดูโรคและระดับน้ำตาล เป็นมุ่งปัจจัยสร้างสุขภาพโดยการสร้างฐานอาหารที่ดี การนำวิถีชีวิตที่ดีต่อสุขภาพกลับคืนมาเท่าที่จะทำได้ ลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพเท่าที่จะทำได้
2. **คนทำงานมีเป้าหมาย “รู้ว่าทำเพื่ออะไร”** มีข้อสังเกตพบว่าเจ้าหน้าที่ที่ทำงานแล้วมีความสุขและยังทำงานต่อได้แม้ว่าจะมีอุปสรรคมากมาย “มักจะสร้างเป้าหมายชีวิตของตนเอง รู้ว่าจะทำงานไปเพื่ออะไร เห็นคุณค่าในสิ่งที่ทำ หากความสุขได้ง่ายๆจากงานที่ทำไม่ว่าขึ้นเล็กขึ้นใหญ่”
3. **ทบทวนและมองเห็น “สิ่งดีๆ”** ทั้งของทีมงานและชุมชน
4. **ชัดในบทบาทและคุณค่าการทำงานศูนย์สุขภาพชุมชน** บทบาทศูนย์สุขภาพชุมชนเน้นที่การส่งเสริมและป้องกัน ดังนั้นการ “รักษาชุมชนจึงเป็นบทบาทที่สำคัญ” นอกจากนี้การสร้างชุมชนเล็กๆ

- ของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานได้เรียนรู้ร่วมกัน ทำให้ชุมชนผู้ป่วยเบาหวานเกิดการเรียนรู้ในการดูแลตนเอง จากประสบการณ์ของกลุ่มเดียวกัน
5. **เบาหวานต้องสร้างการเรียนรู้** การเปิดใจยอมรับว่า การได้คิดได้ทำเป็นประสบการณ์ที่สำคัญ และประสบการณ์การดูแลสุขภาพไม่ได้ผูกขาดด้วย “ความเป็นวิชาชีพ” และยอมรับว่าชุมชนมีศักยภาพในการจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง บทบาทเจ้าหน้าที่จึงเป็น **ผู้ช่วยสร้างให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน** ซึ่งจะนำไปสู่วิธีการแก้ไขปัญหายั่งยืน
 6. **ทำให้เบาหวานเป็นการสร้างกระบวนการเรียนรู้ภายในชุมชน** เช่น การยกเรื่องราว เรื่องเล่าของผู้ป่วยหรือคนต้นแบบสุขภาพ มาเป็นประเด็นการเรียนรู้ร่วมกัน
 7. **สร้างพันธมิตรในการทำงานที่มากกว่า อสม.** เช่น การให้แกนนำชุมชนหรือสมาชิก อบต.เป็นต้นแบบในการดูแลสุขภาพโดยการให้มีการตรวจสุขภาพและดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อจะทำให้เกิดการจัดการในเชิงระบบ
 8. **เข้าใจวิถีชีวิตและเวลาราชการ** การทำงานเบาหวานในชุมชน ฤกษ์สำคัญในการทำงานคือ การทำงานที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและเวลาราชการ
 9. **เป็นนักจัดการที่ดี**

กรณีการสร้างพลังชุมชนในการจัดการสุขภาพตนเอง

สังเคราะห์แนวทางและวิธีการดำเนินงาน

ออกเป็น 19 ประการ คือ

1. **การปรับฐานคิดการทำงานชุมชน** จาก “บอก แจ้งให้ทราบ สั่งให้ทำ” มาเป็น “ผู้จุดประกาย ตั้งคำถามตั้งโจทย์ โยนประเด็น กระตุ้น ปลุก erva ให้ชุมชนช่วยกันตอบโจทย์ ช่วยกันคิดเอง ทำเอง ยึดหลักการผสมผสานสิ่งที่ดีๆ นำนโยบายของรัฐมาใช้ให้เกิดประโยชน์ เป็นจุดแข็งในการดำเนินงานและเอื้อให้เกิดประโยชน์ต่อการทำงานของชุมชน ทำให้เกิดการทำงานชุมชนเพื่อให้ชุมชนรับใช้ชุมชน ชุมชนลุกขึ้นมาจัดการได้ด้วยตัวเอง”
2. **หลักการทำงานชุมชน** มีหลักสำคัญ 5 ประการ คือ การให้ชุมชนเป็นเจ้าของเรื่อง ไม่ครอบงำความคิด การสร้างและเปิดโอกาสให้ชุมชน การประสานงาน และความต่อเนื่อง
3. **กระบวนการทำงานชุมชน** บุคลากรต้องพร้อมที่จะเรียนรู้กับชาวบ้าน มีทัศนคติเชิงบวก เคารพและให้เกียรติ มีความยืดหยุ่น เป็นกันเอง สื่อสารภาษาของชาวบ้านมิใช่วิชาการ มีการเรียนรู้ร่วมกับชุมชน เพื่อเข้าใจและเข้าถึงชุมชน เป็นผู้กระตุ้น สนับสนุน เสริมความมั่นใจ และประการสำคัญคือการทบทวนประเมินผลซึ่งถือเป็นส่วนที่จะช่วยทำให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาขยายเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง
4. **การเตรียมความพร้อมและการจัดการตัวเองของศูนย์สุขภาพชุมชน** ซึ่งไม่ได้มีขอบเขตเฉพาะบุคลากรสาธารณสุขเท่านั้น แต่มีขอบเขตของความเป็นทีมที่ประกอบไปด้วยบุคลากรและผู้แทนชุมชน ซึ่งมีเป้าหมายเดียวกันและมีบทบาทหน้าที่ร่วมกันที่จะตอบสนองต่อเป้าหมายร่วม
5. **บทบาทเจ้าหน้าที่สาธารณสุข** ซึ่งหากมีการปรับฐานคิดการทำงานชุมชนแล้ว บทบาทของบุคลากรย่อมจะไม่ใช่ว่าเป็นผู้ให้ ผู้รู้ผู้เสมอ แต่ควรเป็นผู้จัดโอกาส สนับสนุน ร่วมเรียนรู้ หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นทั้ง coacher และ facilitator
6. **การจัดระบบข้อมูลเพื่อใช้ในการทำงานชุมชน** ถือเป็นอีกส่วนที่สำคัญเพราะเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการทำงานที่สอดคล้องคล้อยกับสถานการณ์และแนวโน้มของปัญหาในชุมชน ซึ่งข้อมูลที่สามารถ

- นำมาใช้ได้หากพิจารณาในระบบปกติ ได้แก่ ข้อมูลบริการ ข้อมูลจากการทำงานร่วมกับชุมชน ข้อมูลมือสอง (secondary data) จากองค์กรอื่นๆ และประการสำคัญคือ นอกจากเจ้าหน้าที่ที่จะเป็นผู้ใช้ข้อมูลแล้ว ชุมชนควรจะได้ใช้ข้อมูล เพื่อการเรียนรู้ชุมชนของเขาเองด้วย
7. **วิธีการเข้าถึงชุมชน** อย่างน้อยเจ้าหน้าที่จำเป็นจะต้องรู้ข้อมูล บริบทของชุมชน เช่น ประวัติศาสตร์ รากเหง้าของชุมชน ทูทางสังคม ทูวัฒนธรรม แก่นนำชุมชนทั้งที่เป็นทางการ และไม่เป็นทางการ ความขัดแย้งในชุมชน ระบบเครือญาติ เป็นต้น เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เข้าถึงชุมชน มีหลากหลาย ได้แก่ แผนที่ชุมชน การวิเคราะห์ผังเครือญาติ เส้นแบ่งเวลา(Time Line) ปฏิทินชุมชน เป็นต้น แต่กระบวนการสำคัญคือการพูดคุย สันทนาการ การร่วมกิจกรรมของชุมชนอย่างเนืองนิตย์
 8. **การสร้างและพัฒนาแกนนำชุมชน** ต้องทำความเข้าใจว่า "กลุ่มที่สร้างขึ้นมานี้ใหม่ ไม่ใช่เครื่องมือของเจ้าหน้าที่ แต่เป็นกลไกของชุมชนหนึ่ง ที่จะช่วยขับเคลื่อนงานภายในชุมชนของเขา" การคัดเลือกแกนนำถือเป็นขั้นตอนที่สำคัญของการสร้างและพัฒนาแกนนำชุมชน และดีที่สุดควรให้ชุมชนเป็นผู้คัดเลือก ส่วนกระบวนการพัฒนานั้นมีกิจกรรมได้หลากหลายสำคัญที่บุคลากรต้องเป็นผู้เกื้อหนุนการเรียนรู้ เสริมจุดแข็งและลดจุดอ่อน
 9. **เครื่องมือการสร้างให้ได้ชุมชนเรียนรู้ตนเอง** ในที่นี้หมายถึงเครื่องมือที่เป็นกระบวนการที่สร้างให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้และเข้าใจตนเอง ซึ่งโอกาสในการใช้เครื่องมือขึ้นกับสถานการณ์และความเหมาะสม เช่น การสร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การศึกษาดูงาน การสร้างพื้นที่การแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบสาธารณะ การฝึกอบรม การทดลองทำ การปรับปรุงแก้ไข(การคิด ทำ ทบทวน)อย่างต่อเนื่อง และการสื่อสารเพื่อชุมชน
 10. **การจัดเวทีเรียนรู้ชุมชน** ต้องทำให้เกิดเวทีของการพูดคุยแบบพี่แบบน้อง ลดหรือไม่ควรให้มีลักษณะเป็นทางการ หรือมีการแบ่งชนชั้น
 11. **การสร้างกลไกระดับหมู่บ้าน** เช่น การกระตุ้มผ่านสื่อเพื่อตอกย้ำ สร้างกระแสการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องในชุมชน
 12. **การสร้างให้ชุมชนเกิดกิจกรรมและการทำงานอย่างต่อเนื่อง** โดยใช้การสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างกระแสและจิตสำนึกเป็นเครื่องมือ
 13. **การสร้างและใช้มาตรการทางสังคม** การออกกฎ ระเบียบ ข้อบังคับของชุมชน อาจใช้วิธีการประชุมปรึกษาหารือ คุยกันให้ตกลงลึกในวงของแกนนำชุมชนและประชาชนให้ทราบโดยทั่วกัน
 14. **การสร้างเครือข่ายระหว่างหมู่บ้าน** นอกเหนือจากการสร้างกลุ่ม องค์กรชุมชนในระดับหมู่บ้านให้เกิดการเกาะเกี่ยว เชื่อมโยงการทำงานร่วมกันแล้ว การมีพันธมิตร และเครือข่ายที่กว้างขวางข้างนอกหมู่บ้านก็สำคัญยิ่ง
 15. **การเข้าถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น** เจ้าหน้าที่จะต้องวิเคราะห์ความเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ของตนเองให้ออกว่ามีลักษณะไหน มีบุคลิกลักษณะใด คือ เราต้อง "รู้เขา" ให้มากที่สุดแล้วหาช่องทางเข้าให้ถึงอย่างเหมาะสม
 16. **การแสวงหาแหล่งสนับสนุนและต้นทุนในการทำงานชุมชน** จะต้องวิเคราะห์ให้ได้ว่าจะดึงศักยภาพคนกลุ่มไหน หรือใช้ทุนทางวัฒนธรรมอะไรมาช่วยหนุนกระบวนการทำงานได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับวิถีชุมชน

17. **วิธีวัดผลสำเร็จของการทำงานชุมชน** ผลที่เกิดขึ้นจากการทำงานชุมชนส่วนใหญ่ไม่สามารถวัดออกมาเป็นตัวเลขในเชิงปริมาณได้ แต่เราจะเห็นความเปลี่ยนแปลง เห็นพัฒนาการของชุมชน(ทั้งดีขึ้นและเลวลง)ในเชิงคุณภาพ ความสำเร็จของชุมชน ไม่ได้หมายถึงผลงานที่เป็นรูปธรรมเท่านั้น ยังหมายรวมถึง ความคิดและจิตสำนึกของคนในชุมชนด้วย
18. **เงื่อนไขและปัจจัยเอื้อในการทำงานชุมชนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข** คือความเป็นทีม และการหนุนจากระดับนโยบาย ผู้บริหาร และประการสำคัญคือความเป็นชุมชน
19. **ข้อพึงระวังในการทำงานชุมชน** ต้องไม่นำนโยบายสู่การปฏิบัติโดยตรง แต่ควรแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติให้สอดคล้อง เหมาะสมกับวิถีชุมชน ต้องระวังการครอบงำทางความคิด ต้องไม่ทำงานแบบสั่งชี้ นำ หรือบอกให้ชุมชนทำ

สรุปบทเรียนที่ได้รับ

1. **การสร้างการมีส่วนร่วม** เป็นทางออกและเป็นกุญแจสำคัญของการดำเนินงานในหลายๆ เรื่อง ไม่เฉพาะแต่การส่งเสริมป้องกันและการดูแลรักษาโรคเท่านั้น แต่ครอบคลุมถึงการพัฒนาชุมชนทั้งหมด ซึ่งแนวทางนั้นก็สามารถทำให้เกิดขึ้นได้จริง สำคัญที่การ "รู้เขา" "รู้เรา" และการเรียนรู้แบบสะสมต่อเนื่อง
2. **การสร้างความเป็นเจ้าของ** เป็นทางเลือกหนึ่งของการมีส่วนร่วม ไม่ว่าจะเป็นมิติของการสร้างพลังชุมชน หรือมิติการส่งเสริมป้องกัน ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง หากสามารถสร้างให้ชุมชน ประชาชน ผู้ป่วยรู้สึกเป็นเจ้าของสุขภาพ เป็นเจ้าของชุมชน โดยบุคลากรเพียงเป็นผู้ช่วย เป็นที่ปรึกษา เป็นผู้จัดโอกาส
3. **เปิดใจ เปิดโอกาส อดทน ไม่เร่งรีบ** เป็นคุณสมบัติที่มักพบจากบุคลากรที่สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้
4. **การเรียนรู้ที่ยั่งยืน** อยู่ที่ยังการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริงอย่างต่อเนื่อง จากการสังเคราะห์กรณีพบว่า ผู้ปฏิบัติงานแต่ละกรณี เป็นผู้ที่ยังเรียนรู้จากการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีรูปแบบของการเรียนรู้ที่เป็นแกนหลักสำคัญคือ การตั้งคำถามกับตนเอง การพยายามหาคำตอบ การลองผิดลองถูก และการทบทวนตั้งคำถามใหม่ (ประเด็นนี้หากมีกลไกสนับสนุนจะช่วยส่งผลต่อระบบการเรียนรู้ที่ดี ซึ่งจะกล่าวในส่วนของข้อเสนอต่อไป)

ปัจจัยความสำเร็จของงาน

1. **มีกระบวนการเข้าถึง และเป็นส่วนหนึ่งที่เพิ่มเติมกันและกัน** การสังเคราะห์บทเรียนทั้งสองกรณี ปัจจัยหนึ่งของความสำเร็จ คือ การพยายามเข้าถึงกันและกัน โดยเฉพาะบุคลากรสาธารณสุขที่มีคุณสมบัติพร้อมที่จะเรียนรู้ และเปิดโอกาส ไม่ครอบงำผู้อื่น นอกจากนี้ยังมีทักษะของการเป็น facilitator ที่ดี เห็นโอกาสและศักยภาพของผู้อื่น ทำหน้าที่ช่วยเสริมส่วนขาด จะสามารถเข้าถึงชุมชน/กลุ่มเป้าหมายจนเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มเป้าหมายได้ดี
2. **มีกระบวนการเรียนรู้และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง** ในพื้นที่ที่มีตัวอย่างรูปธรรมสะท้อนความสำเร็จทั้งในแง่ของกระบวนการ หรือผลลัพธ์งานที่เกิดขึ้น ปัจจัยประการหนึ่งคือกระบวนการเรียนรู้ของบุคลากร ของชุมชน ซึ่งเกิดจากการปฏิบัติจริง การพบปะ แลกเปลี่ยน ทบทวน และตั้งคำถามใหม่ๆ ที่ช่วยให้การพัฒนานั้นต่อยอดมากยิ่งขึ้น

3. **การเห็นคุณค่าของสิ่งที่ทำ** เป็นปัจจัยที่เสริมให้เกิดพลัง และความต่อเนื่องของการดำเนินการ คุณค่าที่ปรากฏนอกเหนือจากพัฒนาการของเรื่องนั้นๆแล้ว ประการสำคัญคือ ความรู้ที่เรียนรู้ การถูกยอมรับและให้คุณค่า กระทั่งมีความสุขจากการกระทำเรื่องนั้นๆ

ข้อสรุปแนวทางการพัฒนาแบบแผนการทำงานของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง(โรคเบาหวานและภาวะความดันโลหิตสูง) และการดำเนินงานพัฒนาและสร้างพลังชุมชนในการจัดการสุขภาพ

1. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความสามารถและทักษะในการเรียนรู้จากการปฏิบัติ (เพิ่มพูนทักษะประเมิน การสื่อสาร การทำงานร่วม) โดยแนวทางที่เป็นไปได้คือ
2. การจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยน สรุปและสังเคราะห์ประสบการณ์จากการปฏิบัติเป็นระยะ เนื่องจากพบว่าในการจัดการแลกเปลี่ยนโดยใช้การจัดการความรู้เป็นเครื่องมือ ช่วยให้บุคลากรในระดับปฏิบัติการเรียนรู้ผ่านการแลกเปลี่ยน บอกเล่า และเกิดการคิดเชิงประยุกต์ให้สอดคล้องกับบริบท
3. จัดให้มีระบบสนับสนุน เพิ่มพูนความรู้พื้นฐาน และความรู้เฉพาะที่จำเป็นต่อการดำเนินงาน โดยต้องเติมอย่างสอดคล้องกับความต้องการ เหมาะสมต่อการดำเนินงานตามสถานการณ์
4. มีระบบที่เลี้ยงในพื้นที่ เพื่อทำหน้าที่บริหารจัดการ สนับสนุน กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ พัฒนาที่ต่อเนื่อง และเป็นผู้เชื่อมประสานกับระบบปกติ (ระบบบริหาร เพื่อสื่อสารการดำเนินงาน) ระบบภายนอก และนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง
5. ริเริ่มและจัดการพัฒนาระบบข้อมูล เพื่อใช้เป็นฐานการทำแผนพัฒนาที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ในส่วนนี้มีหลายพื้นที่ที่พยายามพัฒนาเพื่อนำไปสู่การพัฒนามาตรการในเชิงป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมจากชุมชน

ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อเสริมการเรียนรู้และการพัฒนาระบบงาน

1. **การพัฒนากลไกการเรียนรู้ให้เกิดขึ้นในระดับจังหวัด** เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดกระบวนการพัฒนาและเรียนรู้อย่างต่อเนื่องของระดับปฏิบัติการ เกิดกระบวนการสังเคราะห์ความรู้จากการปฏิบัติ การถ่ายทอดและเชื่อมโยงเครือข่ายระหว่างพื้นที่ทั้งส่วนที่เป็นภาครัฐ ภาคเอกชน และชุมชน จะเป็นช่องทางหนึ่งของการพัฒนาศักยภาพ พัฒนางาน และการพัฒนาระบบ
2. **การพัฒนากลไกการเรียนรู้ในระดับส่วนกลาง** เพื่อสนับสนุนระดับจังหวัดและพื้นที่ปฏิบัติการ โดยการจัดระบบแหล่งทรัพยากรบุคคล แหล่งความรู้ทางวิชาการและเทคโนโลยี ตลอดจนการทำให้เกิดช่องทางการเผยแพร่ความรู้และเทคโนโลยีสู่ระดับจังหวัดและปฏิบัติที่ทันเวลา ทันกับความต้องการ นอกจากนี้การจัดเวทีการแลกเปลี่ยนระดับประเทศ ยังเป็นอีกช่องทางหนึ่งที่นอกเหนือจากการสังเคราะห์ความรู้และบทเรียนในภาพรวมแล้ว ยังมีผลต่อการเสริมสร้างขวัญและกำลังใจของระดับปฏิบัติการได้ดีอีกด้วย



บทนำ

โครงการสุบพเรียนและสังเคราะห์องค์ความรู้เชิงประสภการณ์การทำงานสร้างเสริมสุขภาพ กรณีการป้องกัน และการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และกรณีการสร้างพลังชุมชนในการจัดการสุขภาพตนเอง

หลักการและเหตุผล

การดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ผ่านมาถือได้ว่าเป็นก้าวสำคัญของการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขของประเทศ แม้กลไกหลักของการปฏิรูปจะเน้นโครงสร้างด้านงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับบริการสาธารณสุข แต่ผลกระทบที่เกิดขึ้นส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างกว้างขวาง ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างหรือวิธีการของระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งสามารถพบเห็นรูปธรรมการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวได้อย่างชัดเจน แต่อย่างไรก็ตามถ้าพิจารณาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในทุกแห่งทุกมุม จะพบว่า ผลกระทบการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นไม่ได้ส่งผลทางลบต่อการดำเนินงานของระบบบริการสุขภาพเสมอไป เพราะอย่างน้อยสิ่งที่เกิดขึ้นกับระบบสุขภาพในปัจจุบันคือการให้ความสนใจกับ “บริการปฐมภูมิ” ในฐานะที่เป็นประตูสู่ความสำเร็จของการสร้างการมีหลักประกันฯ เพราะการมีหลักประกันสุขภาพ ก็คือความสามารถในการจัดบริการสุขภาพของรัฐให้ครอบคลุมทุกกลุ่มประชาชน ซึ่งมีความจำเป็น และความต้องการที่จำเพาะ แตกต่างกันไป ซึ่งเงื่อนไขและธรรมชาติของบริการปฐมภูมิจึงเป็นส่วนเสริมสำคัญต่อการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชน ไม่ว่าจะเป็นการพิจารณาเชิงจำนวน โครงสร้าง หรือแม้แต่ความต้องการงบประมาณในการลงทุนซึ่งเทียบต่อหน่วยบริการด้วยกันแล้วไม่สูงเท่าบริการอื่นๆ นอกจากนี้เมื่อประกอบกับงานศึกษาความต้องการบริการทางการแพทย์หลายชิ้นก็ระบุว่า สัดส่วนของโรคหรือปัญหาที่ประชาชนเผชิญมากกว่าร้อยละ 70 ขึ้นไป สามารถจัดการและดูแลได้ด้วยบริการระดับปฐมภูมิ เหตุผลทั้งหมดที่ยกมาไม่อาจปฏิเสธได้ว่า “การพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิ” จะเป็นประตูของความสำเร็จในการเคลื่อนระบบบริการสุขภาพภายใต้กระแสการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ด้วยแนวคิดการพัฒนาฐานการจัดบริการปฐมภูมิ ทำให้ต้องวิเคราะห์เงื่อนไขปัจจัยความสำเร็จของการพัฒนาซึ่งในที่สุดก็ปฏิเสธไม่ได้ว่า คือ ศักยภาพของบุคลากร ที่ต้องมีความรู้ ทักษะ ตลอดจนปรัชญา ทศนะ และแรงจูงใจ เกี่ยวกับบริการปฐมภูมิ ทั้งนี้ถ้าพิจารณาให้ดีจะพบว่าศักยภาพดังกล่าวมีฐานสำคัญจาก การเรียนรู้ และความใฝ่รู้ของบุคคล ซึ่งระบบจำเป็นต้องจัดสรรให้เกิดการเรียนรู้ และการเรียนรู้เองก็จำเป็นต้องอาศัยข้อมูล ความรู้เป็นฐาน จึงจะสามารถจัดให้เกิดกระบวนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรตามเป้าหมายที่พึงประสงค์ได้

ข้อสังเกตดังกล่าวสถาบันฯ พิจารณาเห็นว่า บทเรียน การสร้างเสริมสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเรื่อง การป้องกัน และดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และการสร้างพลังชุมชนในการจัดการสุขภาพตนเอง ที่เกิดขึ้นเป็นชุดความรู้ที่สำคัญ สอดคล้องกับสภาพการดำเนินงานของพื้นที่ ขณะเดียวกันยังเป็นชุดความรู้ที่สามารถสะท้อนให้เห็นแนวคิดการจัดบริการสุขภาพองค์รวม โดยมีเป้าหมายบริการในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งและความสามารถพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพของประชาชนได้ ซึ่งชุดความรู้ดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อการปรับฐานคิด วิถีทำงาน ตลอดจนการปรับกระบวนการบริการในทางที่จะส่งเสริมสนับสนุนให้บุคคล ครอบครัว ชุมชน เข้มแข็งและพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้ในที่สุด

เป้าประสงค์

เพื่อพัฒนาองค์ความรู้เชิงประสบการณ์จากการทำงานของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในการสร้างเสริมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันและดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และการทำงานเพื่อการสร้างพลังชุมชนในการจัดการสุขภาพตนเอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสรุปบทเรียนด้านการสร้างพลังชุมชนในการจัดการสุขภาพตนเอง และการพัฒนางานป้องกันและการรักษาโรคเรื้อรัง (โรคเบาหวานและภาวะความดันโลหิตสูง) ของหน่วยบริการปฐมภูมิ
2. เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้เชิงประสบการณ์ในการสร้างพลังชุมชน และการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เพื่อเสริมศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน

กรอบแนวคิดเบื้องต้น

จากการวิเคราะห์เบื้องต้นของโครงการส่งเสริมคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ(โครงการ PCU ในฝัน) ที่มีประเด็นเกี่ยวกับกระบวนการสร้างพลังชุมชนในการจัดการสุขภาพตนเองจำนวน 126 โครงการ การพัฒนางานป้องกันและการรักษาโรคเรื้อรัง (โรคเบาหวานและภาวะความดันโลหิตสูง) ของหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 162 โครงการ ซึ่งเนื้อหาที่พบของเนื้อหาแต่ละส่วนสามารถจำแนกออกได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 เนื้อหาการพัฒนารูปแบบการทำงานร่วมกับชุมชน

1. กลุ่มโครงการที่มุ่งเน้นการหาและพัฒนารูปแบบการทำงานกับชุมชนของเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยพยายามสร้างการมีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้น คือมีส่วนร่วมในการคิด ร่วมทำและร่วมประเมินผล ในกลุ่มโครงการนี้มี 48 โครงการ
2. กลุ่มโครงการที่มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพองค์กรและกลุ่มแกนนำต่างๆในชุมชน โดยมีฐานความคิดที่เชื่อว่าองค์กรและกลุ่มแกนนำเหล่านี้เมื่อได้รับการพัฒนาศักยภาพแล้ว จะเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง(Change Agent) และสามารถขับเคลื่อนให้เกิดการพัฒนาสุขภาพในพื้นที่ได้ ในกลุ่มโครงการนี้มี 43 โครงการ

3. กลุ่มโครงการที่มุ่งเน้นการสร้างความร่วมมือระหว่างเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิกับชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาจมีการสร้างทีมสุขภาพชุมชน ทั้งทีมสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ ทีมสุขภาพสหวิชาชีพ และทีมสุขภาพของหมู่บ้าน/ชุมชน เพื่อร่วมกันและ/หรือสนับสนุนให้เกิดการทำงานสร้างสุขภาพของชุมชน พัฒนาระบบบริการสุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ และพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ในกลุ่มโครงการนี้มี 35 โครงการ
4. กิจกรรม
 - 4.1 ทบทวนวรรณกรรมในประเด็นที่เกี่ยวข้อง
 - 4.2 รวบรวม ศึกษา วิเคราะห์ และสังเคราะห์ กระบวนการทำงานของเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อสร้างพลังชุมชนในการจัดการสุขภาพตนเอง จากข้อมูลรายงานผลของโครงการปฏิบัติการทั้ง 116 โครงการอย่างละเอียด
 - 4.3 คัดเลือกและสัมภาษณ์ กรณีศึกษาที่น่าสนใจ 2 กรณีศึกษา
 - 4.4 จัดการสัมมนาเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสังเคราะห์บทเรียนร่วมกันระหว่างผู้ปฏิบัติงานในโครงการ 2 ครั้งๆละ 35 คน โดยผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนนี้ครอบคลุมทั้ง 4 ภาค
 - 4.5 จัดทำรายงานสรุปและสังเคราะห์องค์ความรู้เชิงประสบการณ์ในประเด็น การสร้างพลังชุมชนในการจัดการสุขภาพตนเอง ของหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 100 – 120 หน้ากระดาษ A4
 - 4.6 จัดพิมพ์รายงานสรุปและจัดส่งให้สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน เพื่อเผยแพร่ต่อไป

ส่วนที่ 2 การพัฒนาระบบป้องกันและการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

จากการวิเคราะห์เบื้องต้นของโครงการพัฒนาระบบป้องกันและการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (โรคเบาหวานและภาวะความดันโลหิตสูง) จำนวน 162 โครงการ สามารถจำแนกลักษณะโครงการเป็น 3 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 กลุ่มโครงการที่ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เป้าหมายคือผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถดูแลสุขภาพตนเอง มีกระบวนการพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้ป่วย และยังมีการส่งเสริมให้ครอบครัว กลุ่มเพื่อนผู้ป่วย (กิจกรรม self – help group และ group therapy) เพื่อนบ้านและชุมชนมาร่วมดูแลและติดตามสุขภาพของผู้ป่วย กลุ่มนี้มีโครงการจำนวน 70 โครงการ

กลุ่มที่ 2 กลุ่มโครงการที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนารูปแบบหรือระบบบริการทางคลินิกของโรคเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีความมุ่งหมายที่จะพัฒนาระบบ และ / หรือรูปแบบการบริการผู้ป่วยเรื้อรัง และยังมีพัฒนาะบบป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรัง กลุ่มนี้มีโครงการจำนวน 32 โครงการ

กลุ่มที่ 3 กลุ่มโครงการที่ให้ความสำคัญกับการป้องกันและการเฝ้าระวังโรคเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยง กระบวนการดำเนินงานโดยหน่วยบริการปฐมภูมิ และอาจร่วมมือกับชุมชนหรือประชาชนในการควบคุม เฝ้าระวัง คัดกรอง ส่งเสริม รณรงค์และป้องกันโรคเรื้อรังในชุมชน กลุ่มนี้มีโครงการจำนวน 60 โครงการ

จากการวิเคราะห์ข้างต้น คณะผู้รับผิดชอบจะมีกระบวนการสรุปทบทวนและสังเคราะห์ผลงานของโครงการ โดยเริ่มจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง รวบรวมศึกษาและวิเคราะห์เป้าหมายและแบบแผนการป้องกันและดูแลรักษาโรคเรื้อรังจากข้อมูลรายงานและสรุปการเรียนรู้ของโครงการย่อย 162 โครงการอย่างละเอียด จากนั้นจะคัดเลือกกรณีศึกษาที่น่าสนใจจากแบบแผนที่ค้นพบ และสัมภาษณ์แบบกรณีศึกษา จำนวน 1-2 กรณี ศึกษา / แบบ

แผน ประกอบกับการจัดเวทีสรุปทบทวนร่วมกันในแบบแผนที่น่าสนใจ เพื่อให้การสังเคราะห์ภาพรวมระบบและเป็นความรู้ที่นำไปใช้ประโยชน์ในอนาคตต่อไป

ประเด็นสังเคราะห์ภาพรวม มี 5 ประเด็น คือ (ประเด็นอาจมีการเปลี่ยนแปลงภายหลังจากการทบทวนวรรณกรรม และการศึกษารายงานผลของโครงการปฏิบัติการ 162 โครงการ)

- (1) เป้าหมายของการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน
- (2) แบบแผนการป้องกันโรคเบาหวานและภาวะความดันโลหิตสูง ในหน่วยบริการปฐมภูมิ (เป้าหมาย – วิธีคิด – กระบวนการ – ผลผลิต – ผลลัพธ์)
- (3) แบบแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน (องค์รวม – ต่อเนื่อง – ส่งต่อ – สหวิทยาการ) (เป้าหมาย – วิธีคิด – กระบวนการ – ผลผลิต – ผลลัพธ์)
- (4) แบบแผนการเชื่อมโยงและความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการกับภาคประชาชนเพื่อพัฒนาสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง
- (5) เครือข่ายการเรียนรู้และพัฒนาสมรรถภาพบุคลากรเพื่อการดูแลรักษาโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง

กิจกรรม

1. ทบทวนวรรณกรรม ทบทวนวรรณกรรมไทยและต่างประเทศในประเด็นที่เกี่ยวข้อง
2. รวบรวม ศึกษาและวิเคราะห์เป้าหมายและแบบแผนการป้องกันและดูแลรักษาโรคเรื้อรังจากข้อมูลรายงานผลของโครงการปฏิบัติการ 162 โครงการอย่างละเอียด
3. คัดเลือก และสัมภาษณ์ กรณีศึกษาที่น่าสนใจ 2 กรณีศึกษา / แบบแผน
4. ในเบื้องต้นกำหนดเป็น 6 กรณีศึกษา
5. จัดเวทีสรุปทบทวนร่วมกันเพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้จากประสบการณ์ตรงและสังเคราะห์ภาพรวมร่วมกันระหว่างผู้ปฏิบัติงานในโครงการย่อยและกรณีศึกษาอื่นที่น่าสนใจ กำหนดเป็นเวทีสรุปทบทวน 1 ครั้ง/60 คน
6. จัดทำรายงานสรุปทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้เชิงประสบการณ์ในประเด็นการป้องกันและการดูแลโรคเรื้อรัง(โรคเบาหวานและภาวะความดันโลหิตสูง) ในหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นจำนวน 100-150 หน้ากระดาษ A4
7. จัดพิมพ์รายงานสรุปและจัดส่งให้สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนเพื่อเผยแพร่ต่อไป

การประเมินผลและการติดตามโครงการ

1. เกิดชุดความรู้เชิงประสบการณ์ของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในการสร้างเสริมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันและดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง
2. ชุดความรู้เชิงประสบการณ์ของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิการดำเนินงานพัฒนาและสร้างพลังชุมชนในการจัดการสุขภาพ
3. ข้อเสนอแนะทางการพัฒนาแบบแผนการทำงานของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง(โรคเบาหวานและภาวะความดันโลหิตสูง) และการดำเนินงานพัฒนาและสร้างพลังชุมชนในการจัดการสุขภาพ

๒

ทบทวนวรรณกรรม

ส่วนที่ 1 การสร้างพลังชุมชนในการจัดการสุขภาพตนเอง
การสรุปทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้เชิงประจักษ์การประเมินการสร้างพลังชุมชนในการจัดการสุขภาพตนเอง ในโครงการส่งเสริมคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ (โครงการ PCU ในฝัน) ได้ทำการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวข้องที่สำคัญ ดังนี้

1. แนวคิดเรื่องชุมชน
2. ทฤษฎีกระบวนการระบบ (System Theory)
3. แนวคิดการสร้างพลังชุมชนในส่วนบุคคลและสังคม
4. การประชาสังคมและการสร้างเครือข่าย
5. แนวคิดการทำงานแนววัฒนธรรมชุมชน
6. การพัฒนาสุขภาพตามแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน
7. การพัฒนาสุขภาพตามแนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชน
8. บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการพัฒนาสุขภาพในพื้นที่
9. บทบาทหน้าที่ของศูนย์สุขภาพชุมชน(Primary Care Unit) ในการพัฒนาสุขภาพชุมชน
10. การพัฒนาสุขภาพตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10
11. ผลการสังเคราะห์องค์ความรู้เชิงประจักษ์การประเมินการสร้างพลังชุมชนในการจัดการสุขภาพตนเอง ในโครงการส่งเสริมคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ(โครงการ PCU ในฝัน)

1. แนวคิดเรื่องชุมชน

ความหมายและขอบเขตของคำว่า “ชุมชน”

ในสังคมไทยคำว่า “ชุมชน” ได้ถูกใช้ในความหมายที่แตกต่างกันตามแต่ทัศนะของนักวิชาการและผู้รู้แต่ละคน ได้แก่

สุวิทย์ อิงวรพันธ์ ให้ความหมายของชุมชนว่า “กลุ่มชนซึ่งรวมกันโดยความรู้สึกผูกพันเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน จะอาศัยหลักผูกพันทางเชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ ศาสนาเดียวกันก็ตามที่ทำให้แต่ละคนมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมนั้น” ในความหมายดังกล่าว “เป็นการที่กลุ่มชนมีความรู้สึกนึกคิด ผลประโยชน์และผูกพันตามเชื้อชาติ ศาสนา และวัฒนธรรมร่วมกันโดยอาศัยอยู่ในบริเวณพื้นที่ทางภูมิศาสตร์เดียวกัน ตลอดจนการใช้ประโยชน์และบริการทางสังคมร่วมกัน”

สัญญา สัญญาวิวัฒน์ ให้ความหมายของชุมชนว่า “ชุมชน หมายถึง องค์การทางสังคมอย่างหนึ่งและปวงสมาชิกสามารถบรรลุถึงความต้องการพื้นฐานส่วนใหญ่ได้และสามารถแก้ไขปัญหาล้วนใหญ่ในชุมชนของตนได้”

ไพฑูรย์ เครือแก้ว ได้กล่าวว่า “ชุมชน หมายถึง กลุ่มบุคคลที่ตั้งอยู่เป็นที่ เป็นทาง มีขอบเขตอันเดียวกันและผู้คนเหล่านั้นมีการพบปะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน มีความสนใจร่วมกันอย่างใดอย่างหนึ่ง มีแนวพฤติกรรมเป็นอย่างเดียวกัน”

สำหรับพจนานุกรมของเว็บสเตอร์ (Webster) ได้ให้ความหมายของชุมชน คือ

1. กลุ่มคนที่อยู่ในห้องที่หรือในเมืองเดียวกันภายใต้กฎหมายเดียวกัน
2. อาณาบริเวณหรือเมืองที่มีกลุ่มคนอยู่ร่วมกัน
3. ชนกลุ่มหนึ่งที่อยู่ร่วมกัน และมีความสนใจในเรื่องต่างๆ คล้ายๆ กัน ชุมชนจะประกอบด้วย
 - 3.1 ต้องมีกลุ่มชนอยู่ร่วมกัน
 - 3.2 คนกลุ่มนั้นอยู่ร่วมกันในอาณาบริเวณเดียวกัน
 - 3.3 กลุ่มคนนั้นมีความมั่นใจในเรื่องต่างๆ ร่วมกันอย่างสมัครใจ

ปัจจุบันคำว่า “ชุมชน” ได้ถูกนำไปใช้ในความหมายที่กว้างออกไป เพราะชุมชนได้เปลี่ยนแปลงไปตามกระแสของสังคมซึ่งปรับเปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว และมีผลกระทบต่อโครงสร้างชุมชนเดิม ดังที่ ชนิษฐ์ เจริญกุล ได้ให้ทัศนะว่า “ลักษณะของชุมชนปรับเปลี่ยนไปตามลักษณะของชุมชนตามลักษณะหน้าที่ (Functional Community) มากกว่าที่จะเป็นชุมชนลักษณะทางภูมิศาสตร์ (Geographical Community) กล่าวคือ ความสัมพันธ์ของคนในขอบเขตพื้นที่ (area) จะเปลี่ยนไปเป็นลักษณะของเครือข่ายของกลุ่มที่มีกิจกรรมทางสังคมต่างๆ คล้ายคลึงกัน มีความสนใจร่วมกัน มีความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน เช่น ชุมชนมุสลิม ชุมชน จส.100 ในกรุงเทพฯ เราไม่สามารถบอกได้ว่าชุมชนนี้อยู่ตรงไหน แต่ทุกคนมีความรู้สึกถึงความเป็นพวกเดียวกันชุมชนก็เกิดขึ้นได้”

ตามทัศนะของศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี ชุมชน หมายถึง การที่คนจำนวนหนึ่งมีวัตถุประสงค์ร่วมกัน มีความเชื่ออาทรต่อกัน มีความพยายามทำอะไรร่วมกัน มีการเรียนรู้ร่วมกันในการกระทำ ซึ่งรวมถึงการ

ติดต่อสื่อสารกัน (communicate) ความเป็นชุมชนอยู่ที่ความร่วมกัน ความเป็นชุมชนอาจเกิดขึ้นในสถานที่และสถานการณ์ต่างๆ กัน เช่น

1. ความเป็นชุมชนในครอบครัว
2. ความเป็นชุมชนในที่ทำงาน
3. ความเป็นชุมชนวิชาการ (academic community)
4. ความเป็นชุมชนสงฆ์
5. ความเป็นชุมชนทางอากาศ เนื่องจากรวมตัวกันโดยใช้วิทยุติดต่อสื่อสารกัน
6. ความเป็นชุมชนทางอินเทอร์เน็ต (Internet) เป็นต้น

ความเป็นกลุ่มก้อนหรือความเป็นชุมชนทำให้กลุ่มมีศักยภาพสูงมากเพราะเป็นกลุ่มก้อนที่มีวัตถุประสงค์ร่วม มีความรัก มีการกระทำร่วมกัน และมีการเรียนรู้ร่วมกัน

จากทัศนะของนักวิชาการข้างต้น ความหมายของคำว่าชุมชนมีความแตกต่างกันบ้างคล้ายคลึงกันบ้าง แต่เนื่องจากสภาพทางสังคมได้เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละช่วงเวลา ความหมายของคำว่า "ชุมชน" จึงควรจะมีความหมายว่า "ชุมชน หมายถึง กลุ่มคนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เดียวกันหรือต่างพื้นที่ก็ได้ แต่กลุ่มบุคคลเหล่านั้น จะต้องมีความสนใจร่วมกัน (Common Interest) มีความสัมพันธ์กัน (Relationship) มีการกระทำระหว่างกัน (Interaction) มีความรู้สึก (Sense) และมีพื้นฐานชีวิตอย่างเดียวกัน"

คำว่า "มีพื้นฐานชีวิตอย่างเดียวกัน" นั้นหมายความว่า มีสถาบันสังคมหรือมีระบบวัฒนธรรมที่ตอบสนองความจำเป็นเพื่อการดำรงอยู่ของมนุษย์ ได้แก่ สถาบันครอบครัว เครือญาติ การเมืองการปกครอง ศาสนา ศิลปะ เป็นต้น

เมื่อพิจารณาจากความหมายนี้ก็พอจะมองเห็นได้ว่าความเป็น "ชุมชน" นั้นไม่ได้อยู่ที่ลักษณะกายภาพ(ต้องอยู่ในอาณาบริเวณเดียวกัน)หรือขึ้นอยู่กับตัวคนเท่านั้น แต่ปัจจัยชี้ขาดความเป็นชุมชนก็คือ "ความสัมพันธ์ระหว่างคนต่อคนในชุมชนนั้น"

ฉะนั้นหากกล่าวโดยสรุป "ความเป็นชุมชน" จะพิจารณาได้จากการที่คนในชุมชนมีความสัมพันธ์แบบประสานสอดคล้องกลมกลืนกัน(harmonious) คือความเป็นหนึ่งเดียวกัน(unity) ตั้งแต่ระดับครอบครัวไปสู่ระดับเครือญาติจนกระทั่งถึงระดับหมู่บ้านและระดับเกินหมู่บ้านหรือที่เรียกว่า Supra - village

ชุมชนที่มีพลังเข้มแข็งนั้นมีความหมายมากยิ่งขึ้นไปกว่าเพียงแค่การมีผู้คนมาก ๆ มารวมตัวกัน แต่สิ่งที่สำคัญยิ่งไปกว่านั้นคือ จะทำอย่างไรให้กลุ่มคนที่หลากหลายของสังคมไม่ว่าจะอยู่ในเมืองหรืออยู่ในชนบท ได้มาร่วมคิด ร่วมสร้างร่วมกันพัฒนาท้องถิ่นของตนเอง การสร้างชุมชนให้เกิดมีพลังที่เข้มแข็งจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น หากมองย้อนกลับให้ลึกลงไปก็จะพบว่า ชุมชนที่มีพลังเข้มแข็งนั้น เกิดจากความสมานฉันท์ของปัจเจกบุคคลในชุมชน ระดับปัจเจกบุคคลจึงเปรียบเสมือนฟันเฟืองหนึ่งในระบบจักรกลทั้งหมด ที่ทำงานกันอย่างประสานสอดคล้องและหนุนเนื่องกับฟันเฟืองอื่น ๆ เพื่อให้ระบบจักรกลทั้งระบบทำงานได้ นั่นก็หมายความว่า ฟันเฟืองแต่ละตัวต้องรับบทบาทหน้าที่ของตัวเอง และขณะเดียวกันก็ต้องรู้ว่าฟันเฟืองตัวอื่น ๆ มีบทบาท หน้าที่อย่างไร ระดับปัจเจกบุคคลจึงมีความสำคัญ มีคุณค่าต่อมวลสมาชิกในชุมชน

2. ทฤษฎีกระบวนระบบ (System Theory)

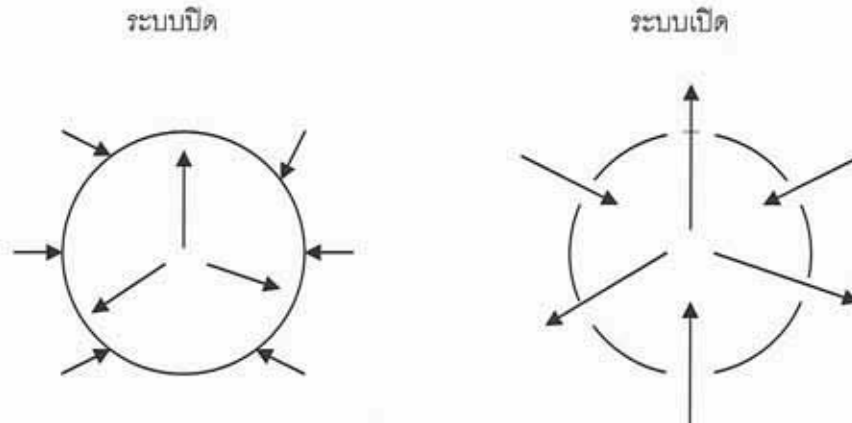
ทฤษฎีกระบวนระบบ (System Theory) เริ่มปรากฏขึ้นเมื่อประมาณ ค.ศ.1920 โดยผู้ที่เริ่มพูดถึงแนวคิดนี้เป็นคนแรก คือ Batalanfy นักชีววิทยาชาวออสเตรีย ต่อมาแนวคิดนี้เริ่มเป็นที่รู้จักกันแพร่หลายเมื่อทศวรรษ 1940 และพัฒนาไปสู่สาขาอื่นๆ เช่น ฟิสิกส์ Cybernetic (เช่นงานของ Frederic Vester) โดยในช่วงหลังแนวคิดนี้ได้พัฒนาไปเป็น Complexity Theory และบางส่วนก็พัฒนาไปเป็นทฤษฎีไร้ระเบียบ หรือ Chaos Theory

ทฤษฎีนี้ได้เข้ามามีบทบาทมากขึ้นและนำมาใช้ในการศึกษาสายสังคมศาสตร์ด้วยเหตุนี้ System Theory จึงมีลักษณะเป็นสหวิทยาการ (Interdisciplinary) เนื่องจากสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้หลาย ๆ สาขาวิชา โดยจุดสำคัญของ System Theory จะเป็นการคิดบนพื้นฐานของระบบที่มีความซับซ้อน (Complex System) และ "ความสัมพันธ์" ของเหตุปัจจัยต่าง ๆ

System Theory ที่จะมองไปที่ความแตกต่างและความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งนั้นกับสิ่งอื่น ๆ ไม่ได้มองเฉพาะสิ่ง ๆ นั้น เพียงอย่างเดียว เป็นเสมือนการมองของสิ่งเดียวกันจากหลาย ๆ มุมมอง เหมือนตาบอดคลำช้าง ดังนั้นคุณสมบัติของสิ่งหนึ่ง ๆ จึงไม่ได้เกิดจากคุณสมบัติของสิ่งนั้น ๆ เองหากเกิดจากการที่สิ่งนั้น ๆ ไปสัมพันธ์กับสิ่งอื่น เมื่อสิ่งหนึ่งสัมพันธ์กับสิ่งหนึ่ง สิ่งหนึ่งย่อมส่งผลกระทบและมีอิทธิพลต่อสิ่งหนึ่ง ความสัมพันธ์เช่นนี้จึงเป็นความสัมพันธ์ในระบบและเป็นระบบเปิด ซึ่งจะเห็นได้จากการแก้ปัญหาสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ในปัจจุบัน ก็ไม่สามารถนิยามหรือแก้ไขแบบระบบปิดได้อีกต่อไป เนื่องจากทุกอย่างสัมพันธ์กัน ตัวอย่างเช่น น้ำเสีย อากาศเป็นพิษ ไม่ได้เกิดผลกระทบเฉพาะพื้นที่นั้นเพียงพื้นที่เดียวเท่านั้น แต่ส่งผลโยงไปยังพื้นที่อื่น ๆ ด้วย เป็นต้น ด้วยเหตุนี้การแก้ปัญหาต่าง ๆ จึงจำเป็นที่จะต้องมองอย่างรอบด้าน การอาศัยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะส่วนนั้นจึงไม่เพียงพอ และจะต้องเข้าใจปัจจัยต่าง ๆ ที่เชื่อมโยงถึงกันด้วย

กล่าวโดยสรุป System Theory เป็นการมองความสัมพันธ์ของสิ่งต่าง ๆ แบบองค์รวมโดยเชื่อว่า ทุกสิ่งทุกอย่างเป็นส่วนหนึ่งของระบบที่ใหญ่ขึ้นไป ขณะเดียวกันตัวมันเองก็เป็นระบบที่สามารถแยกย่อยลงไปเป็นระบบเล็ก ๆ มากมายหลายระดับได้ และระบบย่อยนี้ต่างก็มีความสัมพันธ์กันได้ส่งผลการดำรงอยู่ของกันและกัน

ด้วยเหตุนี้ System Theory จึงมีความหมายต่อระบบการจัดการเปลี่ยนแปลงทางสังคมมาก เพราะในการมองนิยามและแก้ไขปัญหาต่าง ๆ หากเพ่งมองไปที่ระบบย่อยเพียงระบบเดียว โดยไม่ได้มองที่ความสัมพันธ์ระหว่างระบบย่อยต่าง ๆ หรือระบบย่อยกับระบบใหญ่เราก็จะไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้หรือหาทางแก้ที่ระบบใหญ่โดยไม่เปลี่ยนแปลงระบบย่อยก็ไม่สามารถทำได้สำเร็จเช่นกัน ดังนั้นการแก้ปัญหาหนึ่ง ๆ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องเข้าใจ "ความสัมพันธ์ของสิ่งนั้น ความสัมพันธ์ของเหตุ ปัจจัย ทั้งปัจจัยภายในของสิ่งนั้นเองและปัจจัยภายนอกในระบบเปิด" ด้วย

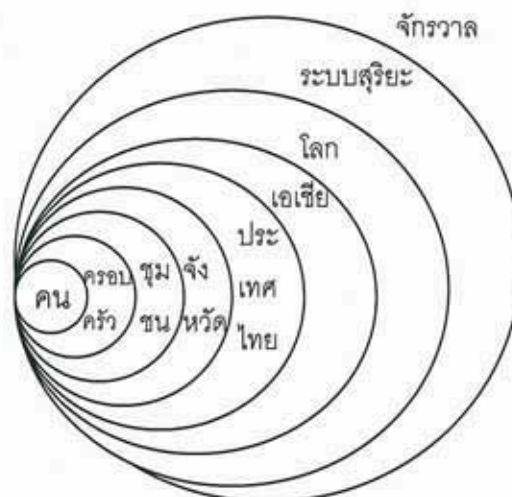


ระบบเปิดแบ่งออกเป็น 2 อย่าง คือ ระบบเปิดที่มีชีวิตและระบบเปิดที่ไม่มีชีวิต ในกระบวนการคิดใหม่นี้จะเน้นที่ระบบเปิดที่มีชีวิต ซึ่งจะมีปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมภายนอกอยู่ตลอดเวลา เช่น ร่างกายของมนุษย์ถือว่าเป็นระบบเปิดที่มีชีวิต ระบบอยู่ได้ด้วยการหายใจ การรับประทานอาหาร การขับถ่าย และร่างกายของเราก็มียังมีปฏิสัมพันธ์กับโลกภายนอกอยู่ตลอดเวลา มนุษย์จะสุข จะทุกข์ เจ็บไข้ได้ป่วยล้วนเกิดจากร่างกายของเราไปปฏิสัมพันธ์กับโลกภายนอกทั้งสิ้น

คุณสมบัติของวิธีคิดเชิงกระบวนการระบบที่สามารถนำมาใช้ในการทำงาน

1. วิธีคิดเชิงกระบวนการระบบเป็นระบบเปิด โดยเฉพาะระบบที่มีชีวิตเป็นองค์รวมของส่วนประกอบต่างๆ คุณสมบัติของระบบนั้นที่แสดงคุณภาพหรือคุณลักษณะรวม ไม่สามารถจะย่อหรือลดส่วน (reduction) ไปสู่ชิ้นส่วนหรือองค์ประกอบแต่ละชิ้นได้ การจะเข้าใจระบบซึ่งระบบนั้นจะมองแค่เป็นส่วนๆ นั้นจะไม่มีทางเข้าใจ ต้องเชื่อมโยงองค์ประกอบ ส่วนต่างเหล่านี้เข้าด้วยกันจึงจะเข้าใจระบบทั้งระบบได้ เช่นเดียวกัน ถ้าจะเข้าใจชุมชนได้เราต้องเข้าใจปฏิสัมพันธ์กันในชุมชน และปฏิสัมพันธ์กับชุมชนอื่นด้วย

2. ระบบต่างๆ จะซ้อนกันเป็นลำดับ จากระบบใหญ่มาเป็นระบบย่อย จากระบบย่อยมาสู่ระบบเล็กลงเรื่อยๆ ไปเป็นชั้นๆ



3. วิธีคิดกระบวนการระบบ เป็นวิธีคิดที่เชื่อมโยงกับบริบท(context) หรือสภาพแวดล้อมที่อยู่รอบสิ่งนั้น เราจะไม่สามารถเข้าใจ หรือวิเคราะห์คุณสมบัติของสิ่งนั้น หรือระบบนั้นได้อย่างถูกต้อง ถ้าไม่เชื่อมโยงสัมพันธ์กับบริบทรอบๆ ตัวระบบนั้น แต่ขณะเดียวกันก็มีการขีดเส้นแบ่งระหว่างระบบบริบทด้วย
4. เป็นวิธีคิดที่เป็นเครือข่ายของความสัมพันธ์เชื่อมโยง ไม่ได้อยู่อย่างโดดๆ หรือแยกส่วน และหัวใจอยู่ที่การเชื่อมสัมพันธ์ย้อนกลับ(Feedback)ระหว่างองค์ประกอบหรือส่วนต่างๆ
5. วิธีคิดกระบวนการระบบ คือ การคิดอย่างเป็นกระบวนการ (System thinking is a process of thinking)

3. แนวคิดการสร้างพลังชุมชนในตัวบุคคลและสังคม (Empowerment)

กานดา พุฒผ ได้เสนอแนวคิดการสร้างพลังในตัวบุคคลและสังคม ดังนี้

การสร้างพลัง คือ กระบวนการหรือกลไกที่สนับสนุนให้บุคคล องค์กร และชุมชนมีความเชื่อในพลังที่จะสามารถควบคุมวิถีชีวิตหรือจัดการกับการดำเนินชีวิตในแต่ละรูปแบบได้ แนวคิดนี้เสนอแนะให้แต่ละบุคคลมีความมุ่งมั่นในการจัดการกับวิถีชีวิตของตนเองและในขณะเดียวกันก็สนับสนุนให้มีส่วนร่วมในแนวทางประชาธิปไตยกับชุมชนของตนไม่ว่าจะเป็นกลุ่มโรงเรียน เพื่อนบ้าน ศาสนา และองค์การอาสาสมัครต่าง ๆ การสร้างพลังนี้เน้นอิทธิพลที่เกี่ยวข้องทั้งในด้านการควบคุมตนเอง (Personal control) และอิทธิพลที่เกี่ยวข้องทางด้านสังคม เช่น พลังทางการเมือง และสิทธิทางกฎหมายต่าง ๆ

การสร้างพลังในตัวบุคคล เกี่ยวข้องกับการพัฒนาความภาคภูมิใจในตนเอง(Self-esteem) แนวคิดนี้บุคคลจะได้รับการสนับสนุนส่งเสริมให้แสดงออก เพื่อกระทำผลงานที่สามารถทำได้ค้นพบความสำเร็จ และได้รับการยอมรับจากผู้อื่น สามารถแยกแยะได้ระหว่างการพึ่งพาผู้อื่นและการพึ่งพาตนเอง การพึ่งพาผู้อื่นแม้จะเป็นการได้พบหรือรู้แนวทางของการได้รับความช่วยเหลือ แต่เปรียบเหมือนผู้อื่นเป็นผู้แม่หรือขยายพลังมาสู่บุคคลเป็นผลก่อให้เกิดปัญหาเรื้อรังในภายหลัง ในทางตรงกันข้ามการพึ่งพาตนเองทำให้บุคคลมองเห็นความสำคัญของตนเอง และความสำคัญที่มีต่อผู้อื่นเป็นการสร้างความสมดุลระหว่างการได้รับความสนับสนุนช่วยเหลือ และการรู้จักควบคุมช่วยเหลือตนเอง ช่วยให้บุคคลเรียนรู้พลังในตนเองและพลังที่ตนเองมีต่อผู้อื่น

การสร้างพลังในสังคม คุณภาพชีวิตที่ดีจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อบุคคลมีสำนึกในชุมชนของตน (Sense of Community) การสร้างพลังในสังคมเริ่มจากการที่กลุ่มบุคคลที่มีความต้องการหรือมีความสนใจตรงกันมารวมกลุ่มกันเพื่อกระทำการกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งให้บรรลุเป้าหมาย กิจกรรมที่กระทำมักมีวัตถุประสงค์หรือตอบสนองความต้องการหรือความพึงพอใจร่วมกันของคนในชุมชน เป็นการพัฒนาเปลี่ยนแปลงสังคม แก้ไขปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นในสังคม การเข้าร่วมในกลุ่มเน้นปฏิสัมพันธ์และความรับผิดชอบของสมาชิกทุกคนในกลุ่ม ก่อให้เกิดเอกลักษณ์ของกลุ่ม ทำให้สมาชิกในกลุ่มสามารถให้กำลังใจสนับสนุนกันและกัน สามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และรับรู้ตัวแบบต่าง ๆ จากกลุ่ม ได้เรียนรู้และเข้าใจปัญหาของกันและกัน เกิดแนวคิดในวิธีจัดการกับปัญหา ก่อให้เกิดการช่วยเหลือระหว่างสมาชิกในกลุ่ม เป็นผลในเกิดสัมพันธ์ภาพที่แน่นแฟ้น และสร้างสำนึกที่จะกระทำการกิจกรรมอันเป็นประโยชน์เพื่อชุมชนของตน.

4. การประชาสังคมและการสร้างเครือข่าย

จากปัจเจกสู่สาธารณะ : กระบวนการเสริมสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง

เดวิท แมทิวส์ ได้เสนอแนวคิดการสร้าง "ชีวิตสาธารณะที่มีสุขภาพดี (healthy public life) หรือประชาสังคมที่เข้มแข็ง (a strong civil society) แนวคิดนี้ เดวิท แมทิวส์ ได้จากการรวบรวมและวิเคราะห์งานวิจัยของ โรเบิร์ต พัทแนม (Robert Putnam) วอน กริชแฮม (Vaughn Grisham) และ ดักลาสส์ นอร์ท (Douglass North) ซึ่งทัศนะของนักวิจัยแต่ละคนต่อการประชาสังคมที่เข้มแข็งของนักวิจัยดังกล่าว สรุปได้ดังนี้

งานวิจัยของโรเบิร์ต พัทแนม ได้แสดงให้เห็นว่า การปกครองที่มีประสิทธิภาพ และเศรษฐกิจที่มั่นคงของชุมชนในอิตาลีที่เขาศึกษานั้น แยกไม่ขาดจากชีวิตสาธารณะที่มีสุขภาพดี (healthy public life) หรือจากความเป็น "ประชาสังคม"

ตามทัศนะของพัทแนม ชีวิตสาธารณะที่มีสุขภาพดีหรือประชาสังคมที่เข้มแข็ง ประกอบด้วย

1. เครือข่ายองค์กรทางสังคม (civic associations)
2. ธรรมเนียมของการตอบแทน (norms of reciprocity)
3. ความไว้วางใจทางสังคม (social trust) ซึ่งมีส่วนก่อให้เกิดการร่วมมือร่วมใจอย่างแข็งขันของคนในสังคม
4. การมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมสาธารณะอย่างต่อเนื่อง
5. ความสัมพันธ์ของประชาชน อันเป็นความสัมพันธ์อย่างเท่าเทียมของผู้คนที่เข้ามา ปฏิสัมพันธ์กัน

ลักษณะ 5 ประการข้างต้น เป็นสิ่งที่พัทแนมพบในบางเมืองที่ ซึ่งนำมาสู่ข้อสรุปที่ว่า ในเมืองที่มีความเป็นประชาคมน้อยนั้น ประชาชนจะไม่เข้าร่วมเป็นสมาชิกหรือดำเนินกิจการขององค์กรทางสังคมและการเมืองท้องถิ่น นอกจากนี้ความสัมพันธ์ของผู้คนในเมืองดังกล่าวยังเป็นความสัมพันธ์ในแนวดิ่ง ที่คนยากจนต้องพึ่งพาคนรวยแทบทุกด้าน

การศึกษาในที่อื่น เช่น สหรัฐอเมริกา พบลักษณะหลายประการคล้ายกับที่พัทแนมพบในอิตาลี ตัวอย่างที่ชัดเจนในเรื่องนี้ก็คืองานวิจัยของกริชแฮม เขาพบว่าเมืองทูเปโล ในมลรัฐมิสซิสซิปปี หนึ่งครั้งหนึ่งได้รับการขนานนามว่าเป็นเมืองที่ยากจนที่สุดในจังหวัดและมลรัฐที่ยากจนที่สุดสหรัฐอเมริกา และเป็นชุมชนที่ดูเหมือนจะไม่เคยมีชีวิตสาธารณะที่มีสุขภาพดี หรือมีความเป็นประชาสังคม แต่ปัจจุบันประชากรส่วนใหญ่ของเมืองมีความสำนึกของความเป็นชุมชนสูง และมีเจตจำนงแน่วแน่ที่จะเข้าร่วมรับผิดชอบในกิจการของชุมชน กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ ประชาชนส่วนใหญ่รู้สึกเป็นเจ้าของเมือง ทูเปโลประกอบด้วยองค์กรและเครือข่ายองค์กรทางสังคมที่หลากหลายที่เปิดโอกาสให้ประชาชนกลุ่มต่าง ๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดและวางแนวทางแก้ไขปัญหของชุมชน

พัทแนม ยังพบว่า ชีวิตสาธารณะที่มีสุขภาพดี เป็นบ่อเกิดความมั่งคั่งทางเศรษฐกิจของเมืองในอิตาลี ชาวเมืองทูเปโลก็กล่าวในทำนองเดียวกันว่า ความเจริญทางเศรษฐกิจของเมือง เป็นผลมาจากการพัฒนาทางสังคม

ผลการวิจัยที่เมืองบูเปโล ช่วยให้เห็นถึงองค์ประกอบที่สำคัญของประชาสังคมที่เข้มแข็งและสามารถใช้เป็นเกณฑ์ในการวัดความเข้มแข็งของประชาสังคมได้จากองค์ประกอบ 6 ประการ คือ

1. โครงสร้างพื้นฐานสาธารณะและช่องทางการสื่อสาร

ชีวิตสาธารณะต้องการโอกาส ต้องการพบปะและพื้นที่ที่จะทำงาน รวมไปถึงต้องการช่องทางหรือเครือข่ายการสื่อสาร ชุมชนที่มีชีวิตสาธารณะที่มีสุขภาพดีต้องการสถานที่ที่ผู้คนสามารถพูดถึงปัญหาร่วม ไม่ว่าจะเป็นการพูดคุยที่เป็นทางการ เช่น เวที หรือ การประชุมของชุมชน และการพบปะพูดคุยที่ไม่เป็นทางการ เช่น การสนทนาของคนสองคน หรือการสนทนาของคนกลุ่มเล็ก สถานที่ดังกล่าวมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการก่อกำเนิดเจตจำนงทางการเมือง (political will) การแก้ไขปัญหาสาธารณะ และที่สำคัญมากที่สุดก็คือ เป็นพื้นที่ที่สร้างความเป็น "พลเมือง" ให้กับประชาชน ดังนั้นการตรวจสอบความเข้มแข็งของประชาสังคมหรือชีวิตสาธารณะที่มีสุขภาพดีประการหนึ่งก็คือให้ดูว่าชุมชนที่กำลังศึกษานั้นมีพื้นที่สาธารณะ (public space) มากน้อยเพียงใด และองค์รวมของที่สาธารณะนี้ก็คือโครงสร้างพื้นฐานสาธารณะ (civic infrastructure) ของชุมชน

โครงสร้างพื้นฐานสาธารณะแยกได้หลายระดับ พื้นฐานที่สุดก็คือ การพบปะของผู้คนเป็นครั้งคราว ในระดับถัดมา คือ การรวมกันเป็นกลุ่มที่เน้นงานด้านใดด้านหนึ่ง (เช่น มูลนิธิ) และโครงสร้างพื้นฐานสาธารณะระดับสูงสุด คือ "องค์กรร่ม" (umbrella organizations) ที่เชื่อมโยงองค์กรของสมาชิกและสมาชิกเข้าหากัน การพบปะหรือองค์กรทุกประเภทข้างต้น เป็นช่องทางสื่อสาร (channel of communications)

โครงสร้างพื้นฐานสาธารณะจะอิงอยู่กับระบบสังคมที่ไม่เป็นทางการ เช่น งานเทศกาล การแข่งขันเบสบอล การแข่งฟุตบอล งานปาร์ตี้ของเพื่อนบ้าน ซึ่งเป็นการดึงผู้คนให้มาพบกัน การพบปะกันดังกล่าวมิได้เป็นเพียงเหตุการณ์ทางสังคม (social events) เท่านั้น หากแต่ยังเป็นช่องทางในการเชื่อมผู้คนให้ใกล้ชิดกับชุมชนที่พวกเขาอาศัย การพบปะในที่ต่าง ๆ ก่อให้เกิดการพูดคุยและทักทาย เช่น การพูดคุยก่อนและหลังไปวัด การพูดคุยในวันแต่งงานเพื่อนบ้าน หรือเทศกาล และการพูดคุยในผับในบาร์ การพูดคุยดังกล่าวอาจเป็นได้ทั้งเรื่องที่เกิดขึ้นประจำวัน ปัญหาร่วมทางเศรษฐกิจและสังคม รวมไปถึงประเด็นเล็ก ๆ ทางการเมือง

แต่การพบปะสมาคมของผู้คนที่จะก่อความเข้มแข็งให้กับประชาชนสังคมนั้น จำเป็นต้องมีลักษณะพิเศษคือ ไม่เพียงแต่เป็นการพบปะสมาคมที่วางอยู่บนความซื่อสัตย์ ความเชื่อถือนั่นและกันของเพื่อนบ้านและคนในครอบครัวเท่านั้น แต่ต้องขยายไปถึงคนแปลกหน้าที่เข้ามาทำงานในชุมชน การพบปะสมาคมดังกล่าว ผู้พบปะสมาคมจำต้องรู้จักกันไม่เพียงจากสถานะทางสังคมหรือภูมิหลังของครอบครัวเท่านั้น หากแต่รวมถึงการรู้จักกันในฐานะปัจเจกชน นอกจากนี้ในประชาคมที่เข้มแข็ง ประชาชนต้องมีโอกาสเข้าร่วมในการพูดถึงปัญหาความเป็นอยู่ของชุมชนที่ไม่เพียงในเวทีวงเล็กแต่รวมไปถึงเวทีสาธารณะขนาดใหญ่ที่เปิดให้ทุกคนได้รู้จักกับคนที่สนใจเรื่องเดียวกัน

2. กระบวนการสำคัญของชุมชน

กระบวนการสำคัญของชุมชน ในที่นี้หมายถึง กระบวนการตัดสินใจภายในชุมชน หรือพฤติกรรมการตัดสินใจในเรื่องสาธารณะของชุมชน นั่นคือ การตัดสินใจกิจการสาธารณะ จะต้องดำเนินไปอย่างไม่รีบร้อน และบังคับให้คนในชุมชนตัดสินใจ แต่ต้องดำเนินการหลัง "กระบวนการเรียนรู้ของชุมชน" ซึ่งหมายถึง การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน เพื่อทำความเข้าใจให้ตรงกัน เช่น อะไรคือสิ่งที่มีคุณค่าต่อเราในฐานะที่เป็นชุมชน อะไรคือ

ผลประโยชน์ร่วมของเรา ในฐานะที่เป็นชุมชนเรามีเป้าหมายตรงกันหรือไม่ อะไรคือสิ่งที่เรา(ชุมชน)คิด เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น กระบวนการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนระหว่างคนในชุมชนและสาธารณะจะทำให้เราอยู่ในสิ่งที่เราต้องการจะรู้ซึ่งไม่สามารถรู้ได้โดยลำพัง

การเรียนรู้ของชุมชนแยกไม่ขาดจากการสร้างสำนักสาธารณะ การเรียนรู้ของชุมชนเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาชุมชนในวิถีทางที่ทำให้ประชาชนรู้สึกเป็นเจ้าของชุมชน การสร้างความเป็นชุมชนจึงเป็นหนึ่งเดียวกับการกระตุ้นให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน ชุมชนที่อุดมไปด้วยชีวิตสาธารณะที่มีสุขภาพดี หรือชุมชนที่มีประชาสังคมที่เข้มแข็ง จึงมิได้เป็นอะไรอื่น นอกจากชุมชนแห่งการเรียนรู้

3. ภาวะนำและผู้นำชุมชน

การจะดูว่าชุมชนหนึ่ง ๆ มีชีวิตสาธารณะที่มีสุขภาพดีหรือไม่ จำเป็นต้องตรวจสอบสภาวะการนำของชุมชน แต่การตรวจสอบดังกล่าวมิได้เป็นเพียงการมองหาผู้นำที่โดดเด่น หรือผู้กระทำคนสำคัญของชุมชน ทั้งนี้เพราะทั้งชุมชนที่อ่อนแอและชุมชนที่มีชีวิตสาธารณะเข้มแข็งต่างก็มีผู้นำที่มีศักยภาพ ลักษณะเด่นของชุมชนแห่งชีวิตสาธารณะ มิได้เกิดจากจำนวนและแหล่งที่อยู่ของผู้นำ แต่อยู่ที่วิถีทางที่ผู้นำสัมพันธ์กับคนอื่น

ในชุมชนที่มีชีวิตสาธารณะเข้มแข็ง ชุมชนเต็มไปด้วย “ภาวะการนำ” ที่แต่ละคนสามารถจะ ริเริ่มนำในสิ่งที่สร้างสรรค์ ผู้นำมิได้มีไว้เพื่อทำหน้าที่เป็นคนปิดประตู แต่เป็นคนเปิดประตูถึงการเข้ามามีส่วนร่วมของผู้คนอย่างกว้างขวาง และไม่ผูกขาดการเป็นเจ้าของปัญหาหรือเจ้าของชุมชน วอน กริสแฮม อ้างคำพูดผู้นำคนหนึ่งของเมืองว่า “หากคุณต้องการชุมชนที่ดี คุณต้องทำหน้าที่เป็นผู้นำด้วยตัวคุณเอง”

ผู้นำของชุมชนที่อ่อนแอและชุมชนที่มีชีวิตสาธารณะเข้มแข็งมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน ผู้นำในชุมชนประเภทแรก คอยแต่ปกป้องสถานะของตนเองและควบคุมการกระทำและไม่กระทำของคนอื่นอย่างเข้มงวด ส่วนผู้นำในชุมชนประเภทหลัง พร้อมเสมอที่จะปล่อยให้มีการเปลี่ยนแปลงเพื่อสิ่งที่ดีกว่า และเป็นผู้นำที่มีวิสัยทัศน์กว้างไกล มองปัญหาชุมชนทั้งชุมชน ไม่รีบร้อนในการแก้ปัญหาเพื่อกระตุ้นให้ปัญหาใหม่ก่อเกิด และเป็นผู้ที่พร้อมเรียนรู้จากความล้มเหลวอย่างไม่ยอมจำนน ชุมชนที่มีชีวิตสาธารณะเข้มแข็ง ประกอบด้วยผู้นำที่หลากหลาย “ผู้นำสาธารณะ” ดังกล่าว จึงไม่ค่อยแตกต่างจากชาวบ้านคนอื่น คือไม่มีชนชั้นผู้นำที่แยกจากผู้ตาม แต่เป็นผู้นำที่ผนึกตัวเองเข้ากับชุมชนอย่างแนบแน่น และทำประโยชน์เพื่อชุมชน

4. กรอบแนวคิดหรือโลกทัศน์ของคนในชุมชน

ปัจจัยอีกประการที่สำคัญมากต่อการนำชุมชนไปสู่ชีวิตสาธารณะที่มีสุขภาพดีหรือไม่ดีก็คือกรอบแนวคิด โดยเฉพาะกรอบแนวคิดในการแก้ปัญหาและการมองความเป็นไปของสรรพสิ่ง วอน กริสแฮม เรียกกรอบแนวคิดนี้ว่า “หลักนำการปฏิบัติ” (guiding principles) ในชุมชนที่อุดมด้วยชีวิตสาธารณะนั้น กรอบแนวคิดของชุมชนแตกต่างไปจากกรอบแนวคิดทั่วไป และเป็นกรอบแนวคิดที่เน้นการมีส่วนร่วมของภาคสาธารณะและการทำงานเพื่อส่วนรวม จอห์น แมคไนท์ ผู้ศึกษาองค์กรชุมชน อธิบายว่าหลักนำการปฏิบัติที่มีความสำคัญอย่างยิ่งคือ “จงถือว่ามนุษย์ทุกคนคือ ทรัพยากรที่ล้ำค่า” เป็นหลักนำที่มองชุมชนในฐานะองค์รวมของศักยภาพของปัจเจกบุคคลในชุมชน และมีความสำคัญต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของประชาคม เพราะเมื่อชุมชนให้ความสำคัญต่อกิจกรรมของทุกคนในชุมชน ชุมชนนั้นย่อมตระหนักถึงความเป็นไปได้ของการริเริ่มดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ

ในเรื่องแนวคิดต่อพลังในชุมชน ชุมชนที่มีชีวิตสาธารณะที่ดี จะมีกรอบแนวคิดที่ว่าพลังที่แท้จริง เป็นพลังที่มาจากประชาชน “ประชาชนในท้องถิ่นเท่านั้น ที่จะสามารถแก้ไขปัญหาในท้องถิ่น”และวิถีทางเดียว ที่จะทำให้ชุมชนเป็นชุมชนที่น่าอยู่ก็คือ ประชาชนในชุมชน ต้องเข้าใจและยอมรับความรับผิดชอบของตนต่อทุก ๆ เรื่อง ที่เกิดขึ้นกับชุมชน

อย่างไรก็ตาม เจตจำนงจะเข้ารับผิดชอบต่อชุมชนและความเชื่อมั่นในพลังของคนท้องถิ่นต่อการแก้ปัญหาของชุมชน มิได้หมายความว่าชุมชนดังกล่าวเป็นชุมชนที่ยึดตนเองเป็นเกณฑ์ ตรงกันข้ามในฐานะที่เป็นชุมชนแห่งการเรียนรู้ ชุมชนที่อุดมด้วยชีวิตสาธารณะมักแสวงหาความเป็นไปของชุมชนอื่น ตัวอย่างที่ชัดเจนก็คือ ชุมชนทูเปโล มักจะส่งกลุ่มศึกษาของตนไปยังชุมชนต่างๆ พร้อมชักนำผู้รู้มาให้คำแนะนำปรึกษา แต่ในฐานะที่เป็นชุมชนแห่งการเรียนรู้นั้นทูเปโลมิได้ลอกประสบการณ์หรือบทเรียนของชุมชนอื่นมาทั้งหมด หากแต่รู้จักปรับเปลี่ยนจนกลายเป็นสิ่งที่สร้างสรรค์ขึ้นเองในชุมชน

5. ความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสถาบัน

พฤติกรรม การอ้างความรับผิดชอบต่อชุมชน ก่อนข้างจะเกี่ยวข้องกับลักษณะความสัมพันธ์ของคนในชุมชนกับรัฐบาล และสถาบันที่สำคัญในชุมชน เช่น โรงเรียน ในชุมชนที่มีชีวิตสาธารณะที่เข้มแข็งนั้น คนในชุมชนมักไม่พึ่งพาสถาบันของรัฐ แม้ว่าสถาบันดังกล่าวจะดีและมีประสิทธิภาพ แต่ในชุมชนที่ไม่ค่อยมีชีวิตสาธารณะนั้น คนในชุมชนมักจะพึ่งพาสถาบันของรัฐ ส่งผลให้รัฐมีภาระรับผิดชอบต่อชุมชนในทุกด้าน จนไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้ทั้งหมด และนำมาซึ่งความไร้ประสิทธิภาพในที่สุด

พัทธเนม พบว่า ในเมืองที่มีชีวิตสาธารณะเข้มแข็งนั้น ความสัมพันธ์ของคนไม่ว่าจะเป็นสัมพันธ์ในรูปองค์กรหรือเครือข่าย ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ มักเป็นความสัมพันธ์ต่อกันในแนวระนาบ ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ที่มักก่อให้เกิดความซื่อสัตย์และไว้วางใจต่อกัน แต่ในเมืองที่ค่อนข้างไร้ชีวิตสาธารณะนั้น ความสัมพันธ์ระหว่างคนกับคนระหว่างคนกับสถาบันทางสังคมมักเป็นความสัมพันธ์ในแนวตั้ง ที่ทั้งสองเอื้อประโยชน์ต่อกัน แต่ฝ่ายหนึ่งต้องพึ่งพาอีกฝ่าย ความสัมพันธ์ทั้งสองแบบต่างก่อให้เกิดการสื่อสาร แต่ข้อมูลที่ไหลตามช่องความสัมพันธ์ในแนวตั้ง มักเป็นข้อมูลที่เชื่อได้น้อย พัทธเนมได้ข้อสรุปว่า ความสัมพันธ์กันในแนวระนาบ (เท่าเทียม) นำไปสู่เมืองที่มีระบบการปกครองที่ดีและเศรษฐกิจมีมั่งคั่ง ความสัมพันธ์ในแนวตั้งก่อให้เกิดการปกครองแบบมาเฟีย และทำให้เศรษฐกิจของเมืองล้าหลัง

6. ความสำนึกความเป็นชุมชน และธรรมเนียมแห่งการแบ่งปัน

เมื่อเดินทางเข้าสู่เมืองทูเปโล สิ่งที่น่าสนใจต้องระลึกก็คือ พลังของสำนึกแห่งความเป็นชุมชน เป้าหมายร่วมและธรรมเนียมแห่งการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน สิ่งเหล่านี้บางคนถือว่าเป็นเงื่อนไขไปสู่การมีชีวิตสาธารณะที่มีสุขภาพดี แต่ในความเป็นจริงแล้ว สิ่งเหล่านี้เป็นผลพวงของการทำงานร่วมกันของคนในชุมชน กล่าวอีกนัยก็คือ ความเป็นชุมชนมิได้เริ่มต้นขึ้นด้วยธรรมเนียมแห่งความร่วมไม้ร่วมมือ ในทางตรงกันข้าม ธรรมเนียมแห่งความร่วมไม้ร่วมมือเป็นสิ่งที่ก่อรูปขึ้นทีละน้อยจากกระบวนการทำงานร่วมกันของคนในชุมชน กล่าวให้ชัดยิ่งขึ้นก็คือ ธรรมเนียมของความร่วมไม้ร่วมมือ นั้น เป็นสิ่งที่เกิดหรือพัฒนาขึ้นในระหว่าง หรือหลังจากที่คนได้มาทำงานร่วมกัน

งานวิจัยของนักวิชาการยืนยันในสิ่งนี้ แอริ บอย กล่าวยืนยันว่า ประชาชนจำต้องร่วมไม้ร่วมมือกันทำงานก่อน ก่อนที่จะสามารถสร้างธรรมเนียมแห่งการทำงานร่วมกัน เขารายงานว่า เมื่อคนที่ต่างทัศนะต่อเรื่องเดียวกันมา

ทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ประสบการณ์การทำงานร่วมกันนี้จะเป็นตัวช่วย打消ความสับสนของคนต่างแนวคิด และลดทอนความแตกต่างทางศีลธรรม นอกจากนี้การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการแก้ปัญหาชุมชน เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดสำนึกความเป็นชุมชนและยังเป็นตัวส่งเสริมให้ประชาชนอยากทำงานร่วมกันในอนาคต ยิ่งไปกว่านั้น ประสบการณ์การทำงานร่วมกันมักก่อให้เกิดเรื่องที่สร้างความทรงจำร่วมของคนในชุมชน โดยเฉพาะความทรงจำถึงวิถีทางแห่งการแก้ปัญหา อาทิ ชาวเมืองทูเปโล เกิดความทรงจำเกี่ยวกับการเตรียมต่อต้านการทำลายของพายุทอร์นาโดโดยคนในชุมชน แต่ในความเป็นจริงนั้น หลังจากที่ผู้คนได้ร่วมมือกันเตรียมรับสถานการณ์เป็นเวลาช่วงเลยมานานพายุจึงอุบัติขึ้น แต่เรื่องดังกล่าวถูกเลือกเล่าด้วยความตั้งใจเพื่อสื่อนัยแห่งธรรมเนียมของการร่วมมือในการแก้ปัญหาของชุมชน อันเป็นธรรมเนียมที่ชุมชนอยากให้มี ธรรมเนียมเช่นนี้เป็นตัวเสริมสร้างให้ผู้คนมีพลังที่จะก้าวข้ามอุปสรรคและพร้อมที่จะเริ่มร่วมมือกันทำงาน

ธรรมเนียมแห่งความร่วมมือไม่ร่วมมือเป็นธรรมเนียมที่แฝงฝังอยู่ในชุมชนที่ชีวิตสาธารณะที่เข้มแข็ง แต่ในชุมชนที่ไร้ชีวิตสาธารณะนั้น มักอุดมไปด้วยธรรมเนียมแห่งการทำลาย อาทิ ธรรมเนียมแห่งการขี้นิ้วและโทษคนอื่นหรือไม่ก็จะพูดในทำนองว่า “เราไม่สามารถทำสิ่งนี้” ธรรมเนียมนี้นักกล่าวลดทอนศักยภาพการต่อสู้กับปัญหาของชุมชน ในชุมชนประเภทนี้ ผู้คนในชุมชนอาจตระหนักถึงปัญหา แต่ไม่เชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถในการเยียวยาแก้ไข

5. แนวคิดการทำงานแนววัฒนธรรมชุมชน

แนวคิดการทำงานแนววัฒนธรรมชุมชนเป็นแนวคิดหนึ่งที่จะสร้างให้คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน การมีส่วนร่วมแสดงให้เห็นถึงความร่วมมือ ร่วมใจ และก่อให้เกิดพลังของชุมชนที่จะดำเนินกิจกรรมต่างๆ ให้สำเร็จลุล่วงไปได้

กาญจนา แก้วเทพ ได้เสนอแนวคิดการทำงานแนววัฒนธรรมชุมชนในประเด็นต่างๆ ดังนี้

5.1 ปรัชญาของการพัฒนาแนววัฒนธรรมชุมชน

ปรัชญาของการพัฒนาแนววัฒนธรรมชุมชนนั้น มีลักษณะแตกต่างไปจากปรัชญาของการพัฒนากระแสหลักคือการพัฒนาเศรษฐกิจ ทั้งนี้เพราะในขณะที่การพัฒนาเศรษฐกิจมุ่งเน้นไปที่การเพิ่มพูนความอุดมสมบูรณ์ทางด้านวัตถุเป็นเป้าหมายสูงสุด เกณฑ์การวินิจฉัยความสำเร็จของการพัฒนา ก็คือปริมาณวัตถุที่เพิ่มขึ้น (ที่เป็นรูปธรรมที่สุด ก็คือ GNP)

แต่การพัฒนาแนววัฒนธรรมชุมชนนั้น ถือเอาความสุขของมนุษย์เป็นเป้าหมายสูงสุดที่เรียกว่า Human centered development เกณฑ์ที่วินิจฉัยความสำเร็จของการพัฒนาก็คือสภาวะที่มนุษย์สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขอย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

ในการทำงานพัฒนากับประชาชนตามแนวทางวัฒนธรรม จึงต้องสร้างจิตสำนึกทางวัฒนธรรมอันเป็นเอกลักษณ์ของบุคคลและชุมชน ให้ประชาชนรู้จักตนเอง เคารพตนเอง และผู้ที่เข้าไปทำงานร่วมกับชุมชนต้องเริ่มศึกษาค้นคว้าเรียนรู้ร่วมไปกับชาวบ้าน ถึงวัฒนธรรมที่เป็นเครื่องมือในการดำเนินชีวิตของชาวบ้าน เนื่องจากวัฒนธรรมเป็นเสมือนหนึ่งพลังสำหรับการพัฒนาคนและสังคม

โครงการสรุปบทเรียนและสังเคราะห์องค์ความรู้เชิงประสบการณ์ : สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน
สนับสนุนโดย แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

5.2 ความหมายของการพัฒนาแนววัฒนธรรมชุมชน

การพัฒนาแนววัฒนธรรมชุมชนนั้น มีแนวคิดเกี่ยวข้องในการกำหนดความหมายอยู่ 3 แนวคิด คือ

1) แนวคิดที่ว่ามนุษย์เรานั้นมีลักษณะเป็นองค์รวม มิใช่มนุษย์เศรษฐกิจหรือมนุษย์ผู้บริโภคแต่เพียงอย่างเดียว เมื่อมนุษย์มีลักษณะเป็นองค์รวม การพัฒนามนุษย์ก็ต้องมีลักษณะเป็นองค์รวมเช่นเดียวกัน

2) การพัฒนาแนววัฒนธรรมชุมชนต้องเอามนุษย์เป็นศูนย์กลางการพัฒนา และเป็นเป้าหมายของการพัฒนา โดยมีความเชื่อมั่นว่า "มนุษย์ทุกคนล้วนแล้วแต่มีศักยภาพที่จะบรรลุจุดสูงสุดได้" เป็นทัศนะที่เป็นไปในทางเดียวกับนักปรัชญาสายมนุษยนิยม (Humanism) การพัฒนาตามแนววัฒนธรรมชุมชนจึงเป็นกระบวนการสร้างเงื่อนไขที่เหมาะสมเพื่อศักยภาพของมนุษย์แต่ละคน รวมทั้งศักยภาพของชุมชนและสังคมได้บรรลุเป้าหมายสูงสุด

3) แนวคิดเรื่องวัฒนธรรมชุมชน วัฒนธรรมของสังคมนั้นจะมีระดับต่าง ๆ คือระดับนอกที่อาจเปรียบได้กับเปลือกนั้น เป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา เช่น รสนิยมในการกินอาหาร แฟชั่นการแต่งกาย ระดับที่สองอาจเปรียบได้กับส่วนที่เป็นกระพี้ ส่วนนี้เริ่มมีความลงตัวพอสมควร แม้จะเปลี่ยนแปลงไปบ้าง เช่น วิธีการใช้ชีวิต การปฏิบัติตามธรรมเนียมต่าง ๆ และระดับสุดท้าย ที่เป็นเสมือนแก่นนั้น นับว่าเป็นส่วนที่คงตัวมากที่สุด ยากต่อการเปลี่ยนแปลง ส่วนนี้ ได้แก่ ระบบคุณค่า ระบบวิธีคิด เป็นต้น สิ่งที่สำคัญที่สุดของการพัฒนาแนววัฒนธรรมชุมชน คือ ต้องรักษาแก่นเดิมของวัฒนธรรมชุมชนไว้ไม่ให้เปลี่ยนแปลง หรือสูญหายไปตามกระแสสังคมโลก

5.3 หลักการทำงานแนววัฒนธรรมชุมชน มีหลักดังนี้

1) การถือเอาชาวบ้านเป็นตัวตั้งของการพัฒนา หลักการพัฒนานี้ถือเป็นการปรับกระบวนการทัศน์ใหม่ในการพัฒนาชุมชนโดยเชื่อว่าประสบการณ์ชีวิตที่ชาวบ้านได้ผ่านการต่อสู้ เพื่อความอยู่รอดมาในคนแต่ละรุ่น และได้ส่งทอดบทเรียนนั้น เป็นมรดกชีวิตที่อยู่ในรูปของวัฒนธรรม คือ ภูมิปัญญา ภูมิธรรม ความสามารถและศักยภาพของประชาชน ดังนั้น การทำงานจึงต้องเริ่มจากชาวบ้าน และสิ่งที่ชาวบ้านมีอยู่ ที่เรียกว่า การทำงานแบบ bottom - up

2) การใช้แนวทัศนะแบบ *positive approach* คือการทำงานพัฒนา โดยเริ่มต้นจากสิ่งที่ชาวบ้านมีอยู่ก่อน คือ ทำในสิ่งที่ชาวบ้านเขามีอยู่เป็นหลัก พัฒนาให้ดีขึ้น หรือพัฒนา เชื่อมโยงสู่สิ่งอื่นที่ชาวบ้านมี ในลักษณะที่เป็นองค์รวม (Holistic) ของมนุษย์และชุมชน

3) การทำงานแนววัฒนธรรมชุมชน ต้องยึดหลักการประสานงานกัน ระหว่างสิ่งที่นักพัฒนามี และสิ่งที่ชาวบ้านมี และต้องหลีกเลี่ยงหลักการ "เข้าแทนที่" (Substitution) ไม่ว่าจะมาจากฝ่ายใดก็ตาม ทั้งนี้โดยคำนึงความแตกต่างระหว่างนักพัฒนาและชาวบ้าน ซึ่งทำที่ที่ควรจะมีคือ พยายามศึกษาข้อเด่น และข้อด้อยของทั้งสองฝ่าย และทำงานร่วมกันเพื่อขจัดข้อด้อยและประสานข้อดี

5.4 รูปแบบการทำงานแนววัฒนธรรมชุมชน

ในปัจจุบันนี้วงการพัฒนาในประเทศไทยได้เริ่มแนวทางการทำงานพัฒนาแบบวัฒนธรรมชุมชนใน 3 รูปแบบคือ

1) แนวการเก็บสงวนรักษา วัฒนธรรมเดิมเอาไว้ไม่ให้สูญหาย

เนื่องจากสภาพความเป็นจริงที่วัฒนธรรมดั้งเดิมทั้งด้านวัตถุธรรมและด้านประเพณีพิธีกรรมหลายอย่างกำลังถูกร่อนสลายไป ดังนั้นจึงต้องมีการอนุรักษ์เก็บรักษาไว้ เช่น การบูรณะซ่อมแซมภาพฝาผนังภายในวัด การประมวลรวบรวมคำผญาของภาคอีสาน เป็นต้น ส่วนการเก็บรักษาวัฒนธรรมในส่วนที่เป็นธรรมเนียมประเพณีนั้น รูปแบบหนึ่งได้แก่ การรื้อฟื้นขึ้นมาทำใหม่ เช่น หากเราต้องการจะสร้างเสริมคุณค่าที่เมตตากรุณาแก่สิ่งมีชีวิตรอบ ๆ ตัวเรา ต้องการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับสรรพสิ่งรอบข้างให้อยู่ร่วมกันอย่างสันติเกื้อกูลกัน เราก็อาจจะรื้อฟื้น การทำพิธีเรียกขวัญข้าว ขวัญควาย หรือหากต้องการปลูกฝังคุณค่าแห่งการพึ่งตนเอง ความภาคภูมิใจ ความรู้ที่บรรพบุรุษได้สั่งสมไว้เราก็อาจจะรื้อฟื้น ความรู้ในการใช้สมุนไพรขึ้นมา เป็นต้น

2) แนวการใช้วัฒนธรรมชุมชนเป็นเครื่องมือสำหรับพัฒนา

รูปแบบที่ 2 นี้ เป็นอีกรูปแบบหนึ่งที่พบได้แพร่หลายในปัจจุบัน โดยเฉพาะแวดวงนักพัฒนาเอกชน เช่น ที่รู้จักกันดี คือ การทอดผ้าป่าข้าว เพื่อเป็นเครื่องมือสำหรับการระดมทุน หรือหากผู้ที่มาร่วมทำบุญทอดผ้าป่า เป็นคนในเมืองที่มีพอกิน งานทอดผ้าป่าก็สามารถจะเป็นหนทางในการสร้างสำนึกในการร่วมรับผิดชอบชะตากรรมพี่น้องชาวชนบท หรืออาจจะขยายไปถึง การสร้างความร่วมมือระหว่างกลุ่มสนับสนุนกับกลุ่มพื้นฐานในงานพัฒนา และหาว่าผู้ที่มาร่วมบุญร่วมกุศลในการทอดผ้าป่าข้าวเป็นกลุ่มคนจนที่มีกิจกรรมธนาคารข้าวของตนเอง และตอนทำธนาคารข้าวส่วนตัวเองเป็น "ผู้ได้รับการช่วยเหลือ" จากผู้อื่น ในโอกาสที่ได้แบ่งปันข้าวส่วนเกินจากธนาคารข้าวของตนเอง มาให้ผู้ที่ยากจนด้วยกันนั้น ก็จะทำให้คนจนเหล่านั้นได้มองเห็นตนเองในฐานะ "ผู้ที่สามารถให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นได้" ซึ่งตามหลักการพัฒนาคนแล้ว การที่คนยากจนสามารถมีโอกาสมองตัวเองทั้งในฐานะ "ผู้ให้ ผู้รับ" นี้ มีความสำคัญต่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ความภาคภูมิใจในตัวเอง และการตระหนักถึงศักยภาพของตนเองเป็นอย่างยิ่ง นอกจากนี้ การรู้จักแบ่งปันผู้อื่นเมื่อมีโอกาสและตามความสามารถของตนยังเป็นเสมือนวัตรขึ้นจิตภูมิคุ้มกันคนยากจนให้หันมองดูข้างล่าง หรือเหลียวแลไปดูรอบ ๆ ข้างเพื่อจะมองเห็นคนจนด้วยกันหรือคนที่ยากจนกว่า

จากตัวอย่างเรื่องการทอดผ้าป่าข้าว เราสามารถมองเห็นความคิดริเริ่ม สร้างสรรค์ของนักพัฒนาและชาวบ้าน อย่างไรก็ตาม การนำเอาวัฒนธรรมชุมชน มาใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนานี้ก็มีข้อว่าทุกอย่างในวัฒนธรรมชุมชนจะนำเอาใช้ได้เลยทันที โดยส่วนใหญ่แล้ว จะต้องมีการปรับแต่งอยู่ไม่น้อย แต่ทั้งนี้ ความเป็นแก่นของวัฒนธรรมชุมชน ซึ่งเป็นระบบคุณค่า ระบบคิด) ต้องไม่สูญเสียไป

3) แนวทางพัฒนาที่มีมิติทางวัฒนธรรมสอดแทรกเป็นตัวกำหนดในเนื้องานทุกอย่าง

ในรูปแบบที่ 3 นี้ หมายความว่า เราไม่เพียงแต่จะอนุรักษ์ สงวนรักษาวัฒนธรรมชุมชนหรือจะใช้วัฒนธรรมชุมชนเป็นเครื่องมือในการพัฒนาเท่านั้น หากแต่มิติวัฒนธรรมชุมชนนั่นเองจะเป็นทิศทางของงานพัฒนา กล่าวคือ ทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมชุมชน จะเป็นทั้งเป้าหมาย(ends) และเป็นทั้งวิถีทาง(means)ของงานพัฒนา ในส่วนที่เป็นเป้าหมายนั้นหมายความว่า การกำหนดปรัชญาของการพัฒนาว่า "เราจะทำงานพัฒนาไปเพื่ออะไร" คำตอบที่ได้ต้องมาจากวิถีคิด วิถีชีวิต มาตรฐานของวัฒนธรรมชุมชนเอง ในส่วนที่เป็นวิถีทางของการพัฒนานั้น หมายความว่า ขณะที่เราทำงานพัฒนานั้น ถือเป็นกระบวนการพัฒนาศักยภาพของชุมชนไปพร้อม ๆ กันด้วย

การทำงานแนววัฒนธรรมชุมชน ที่มุ่งใช้วัฒนธรรมชุมชนของตนเป็นเครื่องมือให้ประชาชนมารวมกลุ่ม เพื่อมองปัญหาาร่วมกัน วางแนวทางในการดำเนินงานร่วมกัน ผลผสมผสานอย่างกลมกลืนกับวัฒนธรรมเดิม ภูมิปัญญาเดิม จนเกิดเป็นพลังชุมชนที่จะดำเนินการพัฒนาแก้ไขปัญหาวิถีชีวิตของตนเองได้

6. การพัฒนาสุขภาพตามแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care)

6.1 ฐานคิดการสาธารณสุขมูลฐาน

การสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลวิธีทางสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นจากระบบการบริการสาธารณสุขที่มีอยู่เดิม โดยให้ความสำคัญในการดำเนินงานสาธารณสุขระดับตำบลและหมู่บ้าน ด้วยการผสมผสานให้บริการทั้งทางด้านรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ ที่ดำเนินการโดยประชาชนเอง การสาธารณสุขมูลฐานมีฐานคิดมาจาก 10 ฐานคิด คือ

ฐานคิดที่ 1 การสาธารณสุขมูลฐานเป็นระบบบริการสาธารณสุขที่เพิ่มเติมหรือเสริมจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งจัดบริการในระดับตำบล หมู่บ้าน โดยประชาชนและความร่วมมือของประชาชนเอง

ฐานคิดที่ 2 การสาธารณสุขมูลฐานเป็นการพัฒนาชุมชนให้มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขได้ด้วยตนเอง โดยการที่ชุมชนร่วมมือทำกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาที่ชุมชนเผชิญอยู่

ฐานคิดที่ 3 การสาธารณสุขมูลฐานจะเกิดขึ้นมาได้จะต้องให้ชุมชนรับรู้และทราบว่าปัญหาของชุมชนคืออะไร และร่วมกันพิจารณาถึงแนวทางที่จะแก้ปัญหา รัฐมีหน้าที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือให้ชุมชนสามารถวิเคราะห์ปัญหาเองได้

ฐานคิดที่ 4 หน้าที่และบทบาทของรัฐจะต้องเข้าใจว่า "เราไม่ได้ทำงานแทนเขา เขาไม่ได้ทำงานให้เรา แต่เราทำงานร่วมกันเพื่อให้เกิดการดำรงชีวิตที่ดีของชุมชน"

ฐานคิดที่ 5 ความร่วมมือของชุมชน คือหัวใจของการสาธารณสุขมูลฐาน การสนับสนุนอาจจะเป็นในรูปของแรงงาน แรงเงิน ความร่วมมือในการปฏิบัติด้วยความสมัครใจ เพราะมีการมองเห็นและรับรู้ปัญหาไม่ใช่เพราะว่าเขาหวังสิ่งตอบแทน

ฐานคิดที่ 6 สุขภาพอนามัยที่ดีมีความสัมพันธ์กับฐานะความเป็นอยู่และการดำรงชีวิต ดังนั้น งานบริการสาธารณสุขต้องผสมผสานกับงานการพัฒนาในด้านอื่นๆ อาทิ การเกษตรและสหกรณ์ การศึกษา การพัฒนาชุมชน เป็นต้น

ฐานคิดที่ 7 การสาธารณสุขมูลฐาน ต้องใช้เทคนิคและวิธีการง่ายๆ ไม่เกินขอบเขตและกำลังที่ชุมชนจะเข้าใจและนำมาใช้ประโยชน์ได้

ฐานคิดที่ 8 การสาธารณสุขมูลฐานจะต้องสอดคล้องและอาศัยประโยชน์จากสถาบันหรือระบบชีวิตประจำวันของชุมชน

ฐานคิดที่ 9 การสาธารณสุขมูลฐาน ควรมีความยืดหยุ่นในการที่นำมาใช้แก้ปัญหาตามความเหมาะสมของสภาพสิ่งแวดล้อมและแก้ปัญหาที่ประสบอยู่และไม่จำเป็นจะต้องเป็นเรื่องเดียวกัน เหมือนกันทุกหมู่บ้าน

ฐานคิดที่ 10 การสาธารณสุขมูลฐาน การสนับสนุน การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาสาธารณสุข

6.2 หลักการของการสาธารณสุขมูลฐาน

การพัฒนาสุขภาพอนามัยของ

ใช้กลวิธีการสาธารณสุขมูลฐาน(Strategic PHC) ประการคือ

ประการที่ 1 การมีส่วนร่วม

หมายถึง การมีส่วนร่วมของประชาชนหรือชุมชนที่มีค

ประการที่ 2 การใช้เทคโนโลยี

เทคโนโลยีทางสาธารณสุขที่ง่าย ไม่ซับซ้อนยุ่งยาก เ

ประการที่ 3 การปรับระบบ

ฐาน(Re-oriented Basic Health Service) เป็นการให้เชื่อมต่อและรองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน ให้เกิด

ประการที่ 4 การผสมผสาน

งานสาธารณสุขมูลฐานจะสำเร็จผลได้ต้องผสมผสานพัฒนาชุมชนของต่างกระทรวง ตลอดจนรัฐวิสาหกิจ

สรุปได้ว่า การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นสุขภาพของตนเอง ซึ่งเกิดขึ้นทั้งในระดับปัจเจกของรัฐบาลให้บริการต้องปรับเปลี่ยนบทบาทให้คำแนะนำ(Supervise)และผู้สนับสนุน(Supporter)ดำเนินการได้โดยประชาชนเอง

7.การพัฒนาสุขภาพตามแนวคิด

ระบบสุขภาพภาคประชาชนเป็นคำวิ
สาธารณสุขมูลฐานอย่างเป็นระบบ เป็นกระบวนการของหน่วยงานหรือองค์กรภายนอกที่จะต้องกำหนดห
คิด จะตั้งเป้าหมาย บริหารจัดการและวัดผลสำเร็จ
ส่งเสริม สนับสนุน หรือสร้างกลไก ปัจจัยที่เกื้อหนุนกา

การใช้คำว่า ระบบสุขภาพภาคประชาชน
จำเป็นต้องจัดระบบความคิด ความหมายของระบบ
สู่ความเข้าใจของผู้เกี่ยวข้องทั้งหลายได้

นอกจากองค์ประกอบของระบบสุขภาพ
ประสบการณ์การทำงานของชุมชนท้องถิ่นต่างๆ

โครงการสรุปบทเรียนและสังเคราะห์องค์ความรู้เชิงประ
สนับสนุนโดย แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบ

การดำเนินงานของระบบสุขภาพภาคประชาชน
การดำเนินงานของระบบสุขภาพภาคประชาชน

การดำเนินงานของระบบสุขภาพภาคประชาชน
การดำเนินงานของระบบสุขภาพภาคประชาชน

การดำเนินงานของระบบสุขภาพภาคประชาชน
การดำเนินงานของระบบสุขภาพภาคประชาชน

การดำเนินงานของระบบสุขภาพภาคประชาชน
การดำเนินงานของระบบสุขภาพภาคประชาชน

การดำเนินงานของระบบสุขภาพภาคประชาชน
การดำเนินงานของระบบสุขภาพภาคประชาชน

การดำเนินงานของระบบสุขภาพภาคประชาชน
การดำเนินงานของระบบสุขภาพภาคประชาชน

การดำเนินงานของระบบสุขภาพภาคประชาชน
การดำเนินงานของระบบสุขภาพภาคประชาชน

การดำเนินงานของระบบสุขภาพภาคประชาชน
การดำเนินงานของระบบสุขภาพภาคประชาชน

การดำเนินงานของระบบสุขภาพภาคประชาชน
การดำเนินงานของระบบสุขภาพภาคประชาชน

การดำเนินงานของระบบสุขภาพภาคประชาชน
การดำเนินงานของระบบสุขภาพภาคประชาชน

การดำเนินงานของระบบสุขภาพภาคประชาชน
การดำเนินงานของระบบสุขภาพภาคประชาชน

การดำเนินงานของระบบสุขภาพภาคประชาชน
การดำเนินงานของระบบสุขภาพภาคประชาชน

การดำเนินงานของระบบสุขภาพภาคประชาชน
การดำเนินงานของระบบสุขภาพภาคประชาชน

การดำเนินงานของระบบสุขภาพภาคประชาชน
การดำเนินงานของระบบสุขภาพภาคประชาชน

การดำเนินงานของระบบสุขภาพภาคประชาชน
การดำเนินงานของระบบสุขภาพภาคประชาชน

การดำเนินงานของระบบสุขภาพภาคประชาชน
การดำเนินงานของระบบสุขภาพภาคประชาชน

การดำเนินงานของระบบสุขภาพภาคประชาชน
การดำเนินงานของระบบสุขภาพภาคประชาชน

การดำเนินงานของระบบสุขภาพภาคประชาชน
การดำเนินงานของระบบสุขภาพภาคประชาชน

การดำเนินงานของระบบสุขภาพภาคประชาชน
การดำเนินงานของระบบสุขภาพภาคประชาชน

การดำเนินงานของระบบสุขภาพภาคประชาชน
การดำเนินงานของระบบสุขภาพภาคประชาชน

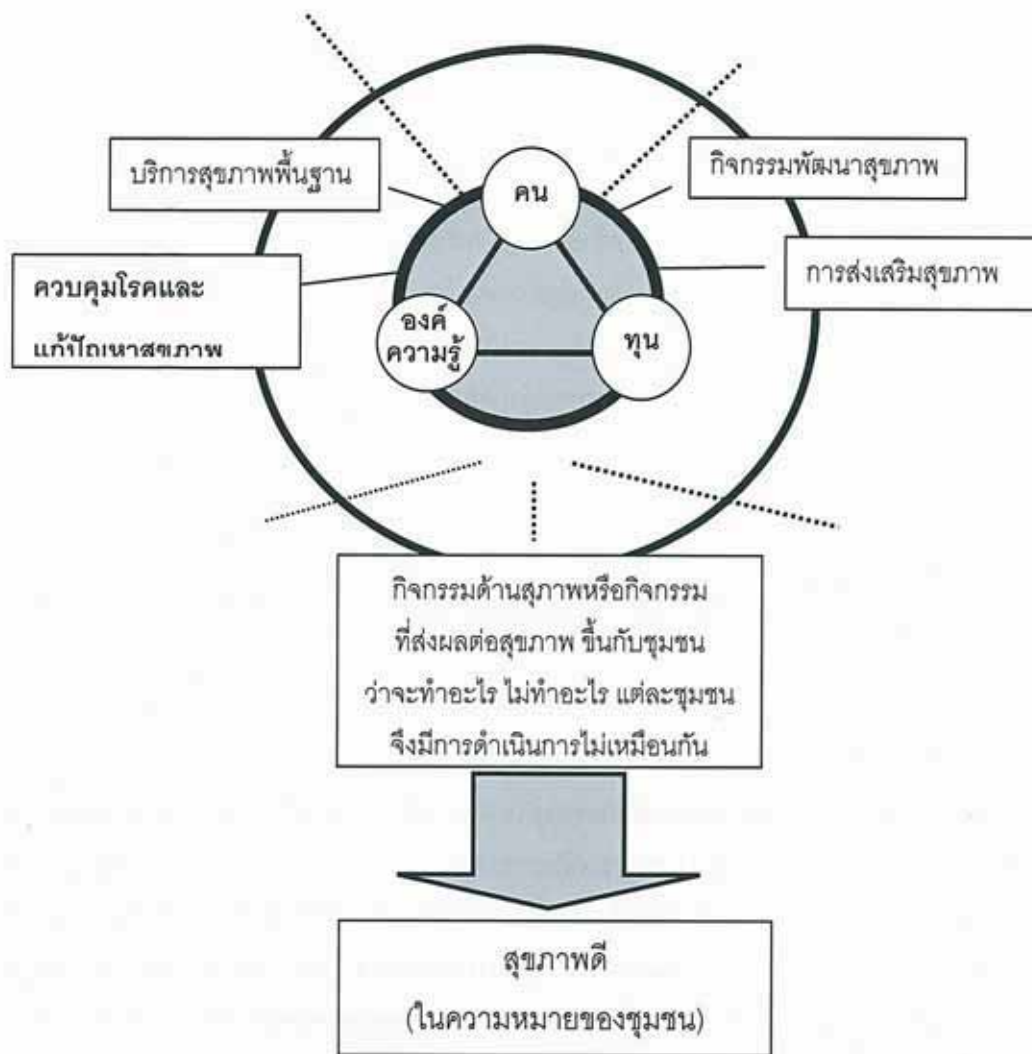
ความสำเร็จในการพัฒนาด้านต่างๆ ได้นำเสนอแนวคิด กระบวนการทำงาน พัฒนาการของการพัฒนา ในแต่ละชุมชนท้องถิ่น เรียนรู้และศึกษาจากชุมชนโดยกระบวนการวิจัย จากการศึกษาฐานและจากเอกสารสิ่งพิมพ์ทั้งหลาย เราได้พบถึงความหลากหลายของกระบวนการของชุมชนในการพัฒนาชุมชนท้องถิ่นของตน หลากหลายในกระบวนการจัดการ หลากหลายในจุดเริ่มต้นของการพัฒนาที่มาจากคนกลุ่มต่างๆ ทั้งในและนอกชุมชน หลากหลายในกิจกรรมหลักที่ก่อเกิดความเข้มแข็ง บางแห่งเริ่มจากการตระหนักถึงความสำคัญของทรัพยากรและสิ่งแวดล้อมธรรมชาติ เริ่มจากปัญหาที่เผชิญร่วมกัน เริ่มจากการเห็นความสำคัญของวัฒนธรรมประเพณีท้องถิ่น เริ่มจากกิจกรรมด้านเศรษฐกิจ เริ่มจากกิจกรรมด้านสุขภาพ เริ่มจากการออมเงินและการเกื้อกูลทางการเงิน เป็นต้น จากจุดเริ่มต้นแล้วขยายไปสู่เรื่องอื่นๆ ถึงจะมีความแตกต่างหลากหลายในแต่ละแห่งก็ตาม เราก็พบว่ามีความเหมือนๆ กัน ซึ่งพอจะจำแนกเป็นองค์ประกอบหลักๆ 3 อย่าง คือ

1) **คน** เป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญ ในการพัฒนาใดๆ ก็ตามจะต้องมีคนที่อยู่ในชุมชนรวมตัวกัน ร่วมกันคิดร่วมกันทำ อาจเริ่มจากคนกลุ่มหนึ่งจะมากหรือน้อยก็ตาม มีการขยายแนวร่วมออกไปเรื่อยๆ ในชุมชนที่ประสบความสำเร็จนั้นเราจะพบว่าคนที่มาทำงานร่วมกันนั้นมีความแตกต่างหลากหลาย เช่น ต่างกลุ่ม ต่างอาชีพ ต่างฐานะ ต่างความคิด ต่างวัย แต่มีจิตใจเพื่อส่วนรวม มีเป้าหมายร่วม

2) **องค์ความรู้** ชุมชนจะต้องมีความรู้ วิธีการ เทคโนโลยีด้านสุขภาพ มีการถ่ายทอดประสบการณ์กันเอง ทั้งภายในและนอกชุมชน จนเกิดเป็นกระบวนการเรียนรู้ของคนในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

3) **ทุนในการพัฒนา** การดำเนินงานพัฒนาใดๆ จำเป็นต้องอาศัยทุนทั้งที่เป็นตัวเงินและทุนที่ไม่ใช่ตัวเงิน ทุนที่เป็นตัวเงินในแง่ของการพัฒนามีความหมายในลักษณะของการเงินการคลังเพื่อการพัฒนาต่างๆ ซึ่งในแต่ละชุมชนก็จะมีแหล่งแสวงหาแหล่งทุนทั้งจากภายในและภายนอกเพื่อใช้ในการดำเนินงาน ในหลายๆ ชุมชนเริ่มจากการรวมกลุ่มกันในการออมเงินนำไปสู่การพัฒนาในด้านอื่นๆ ในขณะที่อีกหลายๆ แห่งก็พบว่าเมื่อรวมตัวกันทำงานเพื่อชุมชนถึงระยะหนึ่งก็จะมีกรรวมทุนหรือการออมเงินของคนในชุมชนเพื่อให้สมาชิกที่มีความจำเป็นสามารถกู้ยืมไปใช้ มีการนำดอกผลที่ได้จากการกู้ยืมของสมาชิมาจัดสวัสดิการในด้านการศึกษาและการรักษาพยาบาล นำมาพัฒนาด้านอาชีพ สร้างรายได้ รวมถึงการพัฒนาในด้านอื่นๆ โดยไม่จำเป็นต้องพึ่งพิงหรือรอการสนับสนุนจากภายนอก นอกจากทุนที่เป็นตัวเงินแล้ว ในการดำเนินงานพัฒนาชุมชนมีความจำเป็นต้องอาศัยทุนที่มีในชุมชนที่ไม่ใช่เงิน ได้แก่ ภูมิปัญญาความรู้ที่มีในชุมชน ทรัพยากรบุคคลที่มีความรู้ความสามารถด้านต่างๆ ทรัพยากรที่มีในชุมชนทั้งที่เป็นทรัพยากรธรรมชาติและอื่นๆ วัฒนธรรมประเพณีของชุมชน สิ่งเหล่านี้หากมีการนำมาจัดการอย่างเหมาะสมก็จะบังเกิดผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาชุมชนนั้นๆ

จากแนวคิดข้างต้นสามารถปรับปรุงหรือประยุกต์มาเป็นแนวคิดของ **ระบบสุขภาพภาคประชาชน** ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อการพัฒนาสุขภาพของคนในชุมชน องค์ประกอบของระบบสุขภาพ ภาคประชาชนประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 3 ประการ คือ คน องค์ความรู้ และทุนเพื่อการพัฒนาสุขภาพ ดำเนินกิจกรรมการพัฒนาสุขภาพเพื่อสนองตอบต่อความต้องการของคนในชุมชน ป้องกันและแก้ปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน กิจกรรมการพัฒนาสุขภาพที่ดำเนินโดยชุมชนนั้นขึ้นกับการตัดสินใจของชุมชนว่าจะดำเนินการในเรื่องใด อย่างไร ซึ่งสามารถแสดงเป็นแผนภาพเชิงแนวคิดองค์ประกอบระบบสุขภาพภาคประชาชน ดังแผนภาพ



แผนภาพ แสดงกรอบแนวคิดระบบสุขภาพภาคประชาชน

8. บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการพัฒนาสุขภาพในพื้นที่

8.1 การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข

การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ได้ตราขึ้นตามบทพระราชบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 78 และมาตรา 282 – 290 (โดยเฉพาะมาตรา 284) พระราชบัญญัตินี้ได้กำหนดให้มีการถ่ายโอนภารกิจให้บริการสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภายใน 4 ปี สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ยังไม่พร้อมรับการถ่ายโอนภารกิจในปี 2547 ให้ดำเนินการถ่ายโอนให้แล้วเสร็จภายในปี 2553 โดยท้องถิ่นต้องเตรียมความพร้อม และส่วนกลางให้การสนับสนุนแนะนำด้านการบริการและ

เทคนิควิชาการ (พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542)

การกำหนดแผนและขั้นตอนในการกระจายอำนาจ ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของคณะกรรมการกระจายอำนาจ โดยต้องจัดทำแผนให้แล้วเสร็จภายใน 1 ปี นับตั้งแต่วันที่คณะกรรมการเริ่มปฏิบัติหน้าที่ เสนอให้คณะรัฐมนตรี เห็นชอบแล้วรายงานต่อรัฐสภา งานบริการสาธารณสุขที่อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขอยู่ในข่ายที่ต้องถ่ายโอน ตามมาตรา 16 - 19 ครอบคลุมถึงการสาธารณสุข การรักษาพยาบาล การป้องกันโรค และการควบคุมโรคติดต่อ ทั้งนี้ต้องสร้างระบบการถ่ายเทกำลังคนสู่ส่วนท้องถิ่น และสร้างระบบความก้าวหน้าสายอาชีพที่เหมาะสม (สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข, 2542) โดยกำหนดแนวทางดังนี้

วิสัยทัศน์การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข

- 1) ให้ประชาชนในแต่ละพื้นที่ของประเทศไทยสุขภาพอนามัยดีโดยเสมอภาค
- 2) ปัญหาสาธารณสุขของประชาชนในพื้นที่ได้รับการแก้ไขสอดคล้องกับสภาพความต้องการที่เป็นจริงในพื้นที่
- 3) ประชาชนในแต่ละพื้นที่เข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ และประสิทธิภาพอย่างเสมอภาคและพึงพอใจ
- 4) ประชาชนในพื้นที่มีอำนาจในการตัดสินใจในการใช้ทรัพยากรต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 5) ระบบบริการสาธารณสุขได้รับการพัฒนาดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขการสาธารณสุข เป็นภารกิจที่มีความสำคัญเกี่ยวข้องกับชีวิตความทุกข์สุขไปจนถึงความเป็นความตายของประชาชน เป็นการบริหารที่มีความสลับซับซ้อน และต้องอาศัยความรู้และความเชี่ยวชาญทางเทคนิควิชาการเฉพาะด้าน ต้องการเป็นเอกภาพ และมีความเชื่อมโยงทั้งจากระดับต้นสู่ระดับสูง หรือจากระดับสูงกับการดูแลใกล้บ้านหรือในชุมชน รวมถึงระบบการเฝ้าระวังโรคอย่างเข้มแข็ง มีความพร้อมตลอดเวลา สามารถดำเนินการได้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพอย่างน้อยขอบเขตของจังหวัด

8.2 การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข

การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขต้องดำเนินการอย่างรอบคอบ โดยยึดแนวคิดดังนี้

- 1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องสามารถตัดสินใจ และควบคุมทรัพยากรที่มีอยู่ เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่สามารถได้รับผลประโยชน์จากการแก้ปัญหา และการจัดการได้มากที่สุด โดยมีการเชื่อมโยงกันในทุกระดับ
- 2) การบริหารจัดการระบบต้องมีความคล่องตัว มีประสิทธิภาพในการจัดการทรัพยากร ทั้งนี้ต้องมีความสะดวก มีประสิทธิภาพในการส่งต่อ การให้บริการสาธารณสุขระหว่างระดับต่าง ๆ แก่ประชาชนในพื้นที่รวมทั้งประสิทธิภาพในการจัดการปัญหาสาธารณสุขที่ต้องควบคุมโดยเบ็ดเสร็จและรวดเร็ว
- 3) ทรัพยากรถูกใช้อย่างเหมาะสมในทุกด้าน ทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนการดำเนินการด้านสิ่งแวดล้อม
- 4) ประชาชนในพื้นที่มีบทบาทและโอกาสในการร่วมตัดสินใจ หรือตรวจสอบผลการดำเนินงานของระบบ

5) รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุข จะต้องปรับเปลี่ยนบทบาทไปเป็นผู้กำหนดมาตรฐาน ผู้กำกับดูแล และเสนอแนะ รวมทั้งให้การสนับสนุนทางด้านวิชาการแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

8.3 กลวิธีการดำเนินการ

- 1) สร้างกลไกที่มีส่วนร่วมในแต่ละพื้นที่ ซึ่งมีศักยภาพและมีความสามารถในการดำเนินการวางแผน และการจัดสรรทรัพยากร เพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาได้อย่างสอดคล้องเป็นเอกภาพและมีประสิทธิภาพ
- 2) กระจายอำนาจและถ่ายโอนภารกิจในการวางแผนและจัดสรรการใช้ทรัพยากรเพื่อการแก้ปัญหา สาธารณสุข จากส่วนกลางไปยังแต่ละพื้นที่อย่างเหมาะสมตามศักยภาพของท้องถิ่น
- 3) พัฒนาให้เกิดระบบบริการที่มีการจัดการบริการหลายระดับร่วมกัน และมีระบบบริหารจัดการ ทรัพยากรที่คล่องตัวมีประสิทธิภาพและตรวจสอบได้
- 4) สร้างศักยภาพประชาชนในพื้นที่ให้สามารถกำกับดูแลการทำงานขององค์กรท้องถิ่น และหน่วยงาน ให้บริการเพื่อให้สนองต่อความต้องการของประชาชนในแต่ละพื้นที่ได้อย่างทั่วถึง โดยมีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ
- 5) พัฒนากลไกการตรวจสอบและกำกับให้เกิดธรรมาภิบาลในระดับท้องถิ่น

8.4 แนวทางในการดำเนินการ

เนื่องจากภารกิจด้านสุขภาพเป็นภารกิจที่ต้องมีความชำนาญในวิชาชีพเฉพาะด้าน รวมทั้งต้องการ เอกภาพในการบริหารงาน การจัดบริการจำเป็นต้องดำเนินการดังต่อไปนี้

1) การโอนหน่วยบริการสุขภาพ (สถานบริการสาธารณสุข) ไปสู่ส่วนท้องถิ่น ต้องไม่นำไปสู่การ จัดบริการแบบแยกส่วน ขาดความเชื่อมโยงของการจัดบริการในระดับต่าง ๆ กัน ในระบบบริการสุขภาพซึ่งจะ กระทบต่อการดูแลสุขภาพของประชาชนที่ต้องการดูแลอย่างบูรณาการและต่อเนื่อง ที่สำคัญจะเป็นการลด ประสิทธิภาพในการจัดการทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดในภาพรวมของประเทศลงไปอีก และขาดเอกภาพในระบบ บริการสาธารณสุขทั้งเป็นการยากที่จะบริหารจัดการให้เกิดความเท่าเทียมกันในด้านสุขภาพของประชาชน ซึ่งเป็น หัวใจสำคัญของระบบบริการสาธารณสุขอีกด้วย

2) เพื่อให้มีการจัดการด้านสุขภาพที่เป็นบูรณาการ จำเป็นต้องจัดให้มีคณะกรรมการสุขภาพระดับ พื้นที่ที่มีฐานะเป็นนิติบุคคล ทำหน้าที่กำหนดนโยบายดำเนินงานกำหนดมาตรฐานในส่วนของจังหวัด การจัดสรร ทรัพยากร การกำกับดูแลการดำเนินงานของสถานบริการในสังกัดท้องถิ่นรวมทั้งทำหน้าที่ประสานความร่วมมือ ระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเองในเขตจังหวัด โดยคณะกรรมการควร ประกอบด้วยผู้แทนแต่ละฝ่ายที่เกี่ยวข้อง กล่าวคือราชการบริหารส่วนภูมิภาค ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ ละประเภท ผู้แทนฝ่าย วิชาชีพ ผู้ทรงคุณวุฒิในเขตจังหวัด

3) ในการจัดสรรงบประมาณ แหล่งงบประมาณจะมาจากรัฐบาลในรูปของ งบประมาณเพื่อ สุขภาพ (Sectoral block grant) โดยท้องถิ่นจัดสรรรายได้ ท้องถิ่นเข้ามาร่วมด้วย และให้คณะกรรมการสุขภาพ ระดับพื้นที่ ทำหน้าที่ในการวางแผนในการดำเนินการแก้ปัญหา โดยกำหนดบทบาทของส่วนต่างๆ แล้วดำเนินการ จัดสรรงบประมาณให้แก่หน่วยบริการและให้กับองค์กรท้องถิ่นต่างๆ เพื่อให้แก้ปัญหาและให้บริการตามเงื่อนไขและ เป้าหมายที่กำหนด โดยคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ ส่วนเงื่อนไขและรูปแบบในการจัดสรรงบประมาณ

โดยเฉพาะในส่วนของหน่วยบริการสุขภาพนี้อาจแตกต่างกันได้ในแต่ละ คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ โดยมีหลักการสำคัญที่เน้นผลงานที่ตรวจสอบได้ และให้โอกาสหน่วยบริการที่จะใช้ทรัพยากรเพื่อสนองตอบต่อเป้าหมายและเงื่อนไขที่กำหนดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4) หน่วยบริการสุขภาพควรมีความคล่องตัวในการบริหารจัดการทรัพยากร และงบประมาณโดยมีการจัดทำงบประมาณแบบผลลัพธ์ เพื่อให้สามารถบริหารทรัพยากรให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด แต่ทั้งนี้ต้องมีกลไกในการตรวจสอบที่ชัดเจนด้วย

5) เนื่องจากการบริการด้านสุขภาพ เป็นบริการที่ต้องใช้บุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญและใช้เทคนิคเฉพาะด้านที่ซับซ้อน การถ่ายโอนกำลังด้านนี้ต้องทำด้วยความรอบคอบ นุ่มนวลไม่ให้เกิดปัญหาและการสูญเสียออกจากระบบ จึงจำเป็นต้องมีระบบบริหารงานบุคคลและการกำหนดความก้าวหน้าสำหรับสายวิชาชีพเฉพาะเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และให้เกิดการกระจายบุคลากรไปสู่พื้นที่ที่ขาดแคลน

6) เนื่องจากเป็นภารกิจที่ซับซ้อนในการถ่ายโอนต้องไม่รีบด่วน เพราะอาจเกิดผลกระทบต่อชีวิตประชาชน และรัฐโดยกระทรวงสาธารณสุขต้องดำเนินการเพิ่มขีดความสามารถและความรู้ด้านเทคโนโลยีด้านการบริหารจัดการ ด้านบุคลากรและความพร้อมด้านการคลังให้แก่องค์กรปกครองท้องถิ่นนั้นๆ จนกว่าจะสามารถรับการถ่ายโอนงานหรือภารกิจได้โดยมีความยืดหยุ่นในช่วงเปลี่ยนผ่าน

8.5 การจัดองค์ประกอบ

กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับคณะกรรมการการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้กำหนดองค์ประกอบหลักที่ต้องมีในแผนปฏิบัติการ เพื่อรองรับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข ดังนี้

1) คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) คณะกรรมการคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ จะประกอบด้วย 1) ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) ผู้แทนส่วนราชการ 3) ผู้บริหารวิชาชีพ 4) ผู้ทรงคุณวุฒิ 5) ผู้แทนภาคประชาสังคม ที่จะเข้ามาทำหน้าที่ร่วมกัน อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ คืออำนาจหน้าที่ในการกำหนดนโยบายและแผนพัฒนาสุขภาพของพื้นที่ และแผนความต้องการทรัพยากรรวมทั้งงบประมาณและบุคลากร กำหนดหลักเกณฑ์ และจัดสรรทรัพยากร โดยเฉพาะด้านงบประมาณรวมทั้งการกำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการบริการภายใต้เกณฑ์มาตรฐานกลางของประเทศที่กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุข การกำกับดูแลการตรวจสอบ ตลอดจนการประเมินผลการดำเนินงานด้านสุขภาพในระดับพื้นที่หรือจังหวัดนั้นๆ ด้วย ตามที่กำหนดไว้ในแผนการกระจายอำนาจ คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่มีอำนาจหน้าที่ในการถ่ายโอนภารกิจ และให้มีอำนาจหน้าที่ในการสร้างความพร้อมในการปฏิบัติรับงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เห็นว่าสามารถถ่ายโอนให้ท้องถิ่นปฏิบัติเองได้ โดยโอนให้องค์การบริหารส่วนตำบล หรือ เทศบาล และอยู่ภายใต้การกำกับดูแลมาตรฐานการให้บริการ โดยคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ เช่น งานส่งเสริมสุขภาพ หรืองานป้องกันโรคบางเรื่อง รวมทั้งงานรักษาพยาบาลหรือฟื้นฟูสภาพอย่างง่าย ๆ และงานด้านสาธารณสุขมูลฐานเป็นต้น สำหรับสถานบริการจะถ่ายโอนไปทั้งระบบเป็นเครือข่ายที่ประกอบด้วยสถานพยาบาล 3 ระดับโดยงานบริการสุขภาพที่ต้องใช้เทคนิคในวิชาชีพและต้องการระบบส่งต่อให้ดำเนินการทั้งระบบเป็นเครือข่ายสถานบริการภายใต้การควบคุมกำกับของคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ โดยยึดหลักให้มีความคล่องตัวและมีอำนาจในการตัดสินใจเพื่อการบริหารงานทั้งระบบเป็นเครือข่ายบริการ และอาจพัฒนาไปสู่การเป็นองค์กรที่มีการบริหารงานเป็นอิสระอย่างเต็มรูปแบบ ภายใต้การกำกับของท้องถิ่น (Local Autonomous Body) หากท้องถิ่นมีความพร้อมและร้องขอให้มีการโอนสถานบริการ

คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ที่จะโอนให้ เมื่อผ่านเกณฑ์ความพร้อมทั้งนี้ โดยยึดหลักว่า ห้องถิ่นสามารถบริหารจัดการสถานบริการสุขภาพเป็นเครือข่าย และสถานบริการสุขภาพมีความคล่องตัวในการบริหารจัดการภายในอย่างมีประสิทธิภาพ การถ่ายโอนงานด้านการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนในพื้นที่ ให้คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ พิจารณามอบหมายให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย โดยเฉพาะด้านส่งเสริม ควบคุมและป้องกันตามขีดความสามารถที่เป็นจริง โดยคำนึงถึงประโยชน์ของประชาชนในแต่ละพื้นที่

2) บทบาทประชาชน ประชาชนจะต้องมีบทบาทสำคัญในการตรวจสอบการดำเนินงานของคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยบริการต่าง ๆ ภายใต้กลไกต่าง ๆ ที่จัดขึ้นโดยรัฐบาลและองค์กรส่วนท้องถิ่น รวมทั้งจัดตั้งในรูปขององค์กรผู้บริโภค องค์กรชุมชน ประชาคมเพื่อสุขภาพ นอกจากนี้ยังอาจรวมกลุ่มมาร่วมให้บริการ หรือแก้ปัญหาโดยได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณจากคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ได้อีกด้วย

3) หน่วยงานที่ให้บริการสาธารณสุข

3.1) หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข นับเป็นหน่วยงานหลักที่ดำเนินการภายใต้การบริหารและบังคับบัญชาโดยกลไกเดียวที่มีเอกภาพ และได้รับงบประมาณในการจัดบริการตามเงื่อนไขของท้องถิ่น ภายใต้กรอบกำหนดของรัฐบาล ทั้งนี้ต้องมีความเป็นเอกภาพเพื่อให้ระบบการส่งต่อและการตัดสินใจใช้ทรัพยากรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพและการควบคุมโรคติดต่อเป็นไปได้อย่างครบวงจรและมีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์แก่ประชาชนผู้รับบริการอย่างทั่วถึง ทั้งนี้ในระยะแรกอาจอยู่ในระบบราชการ(แต่บังคับการจตุรผ่านคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่) ต่อไปอาจปรับเปลี่ยนสถานะเป็นองค์กรมหาชน ที่กำกับโดยรัฐและท้องถิ่นหรือสังกัดท้องถิ่น โดยคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ และ รูปแบบการบริหารบุคคลสำหรับวิชาชีพเฉพาะเพื่อความก้าวหน้าในสายวิชาชีพ

3.2) หน่วยบริการสังกัดกระทรวงกลาโหม ยังให้สังกัดกระทรวงกลาโหมต่อไป เนื่องจากเกี่ยวข้องกับทหารและความมั่นคงของประเทศหน่วยบริการสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย ยังคงให้อยู่กับมหาวิทยาลัยต่อไป เนื่องจากเกี่ยวข้องกับการเรียนการสอนและการวิจัย

3.3) หน่วยบริการอื่น ๆ เช่น องค์กรเอกชน ภาคเอกชน ห้องถิ่นอาจทำความตกลงให้หน่วยงานเหล่านี้จัดบริการที่นอกเหนือไปจากการบริการพื้นฐานที่หน่วยงานของรัฐ หรือท้องถิ่นสามารถทำได้ หรือเป็นส่วนหนึ่งในเครือข่ายการจัดบริการที่มีเงื่อนไขและระบบย่อยที่กำหนดไว้อย่างชัดเจน

3.4) กระทรวงสาธารณสุข จะมีบทบาทในการกำกับดูแลระบบในภาพรวม เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมในแง่สถานะสุขภาพระหว่างประชาชนในพื้นที่ รวมทั้งการจัดสรรทรัพยากร นอกจากนี้ยังดูแลในมาตรฐานการดำเนินการเพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐาน รวมทั้งการปฏิบัติตามเงื่อนไขต่าง ๆ ในกฎหมาย เพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีแก่ประชาชน บทบาทหน้าที่ที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ การกำหนดแนวทางในการดำเนินการและใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพของท้องถิ่น อีกทั้งบริหารจัดการทรัพยากรเพื่อให้เกิดการดำเนินงานในปัญหาสาธารณสุข เช่น การกำจัดกวาดล้างโรคติดต่อบางชนิด การเฝ้าระวังและควบคุมการระบาดของโรค การสาธารณสุขระหว่างประเทศ ปัญหาการสาธารณสุขชายแดน และการแก้ปัญหาสาธารณสุขอื่น ๆ ที่สำคัญของประเทศ นอกจากนี้ยังต้องกำหนดระบบข้อมูลและรายงานด้านสาธารณสุขที่จำเป็น

3.5) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสาธารณสุขอำเภอเดิมที่เคยมีอำนาจในการจัดสรรงบประมาณ และบังคับบัญชาสถานบริการสาธารณสุขต่างๆ จะเปลี่ยนบทบาทไปเป็นผู้กำกับ ดูแล ตรวจสอบ และให้การสนับสนุนทางวิชาการ รวมทั้งการสร้างความรู้ความเข้าใจ และสร้างความเข้มแข็งแก่ประชาชนในพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนมีศักยภาพและมีบทบาทร่วมในการสร้าง กำกับและตรวจสอบระบบ โดยฐานะเป็นราชการบริหารส่วนภูมิภาคหรือเป็นผู้แทนจากส่วนกลาง

3.6) หน่วยงานด้านวิชาการ ยังคงมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนวิชาการแก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ต่อไป แต่อาจต้องมีการปรับปรุงโครงสร้างและการบริหารจัดการเพื่อให้สอดคล้องกับสภาพการณ์ที่เปลี่ยนไปทั้งนี้อาจจะรวมเข้าเป็นส่วนหนึ่งของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแบบใหม่ โดยเป็นหน่วยที่จะมีหน้าที่พัฒนาวิจัย และใช้ความรู้จากกรมวิชาการสร้างรูปแบบให้บริการวิชาการแก่หน่วยบริการและท้องถิ่น รวมทั้งอาจไปร่วมเป็นส่วนหนึ่งของกลไกการตรวจรับรองมาตรฐานคุณภาพที่อาจมีขึ้นในอนาคต ซึ่งอาจเป็นองค์กฤษฎีการในการดูแลของกระทรวงสาธารณสุข

8.6 การบริหารจัดการในการถ่ายโอนภารกิจ

- 1) ให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการร่วมระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และท้องถิ่นเพื่อดำเนินการให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย และสอดคล้องกับแนวทางการกระจายอำนาจ
- 2) ในระหว่างการดำเนินการกระจายอำนาจให้มีการมอบหมายหน่วยงาน เพื่อรับผิดชอบการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขเป็นการเฉพาะ
- 3) เนื่องจากท้องถิ่นในแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน ทั้งศักยภาพสภาพเศรษฐกิจและสังคม รูปแบบการบริหารจัดการจึงควรมีหลายรูปแบบในการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภายใต้หลักการกระจายอำนาจ

8.7 แผนการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข

1) การสาธารณสุขและการรักษาพยาบาล

- 1.1 กฎหมายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พ.ร.บ. การสาธารณสุข พ.ศ. 2535
- 1.2 ส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข
- 1.3 ลักษณะภารกิจ เป็นภารกิจที่เข้าช้อนรัฐเข้าไปดำเนินการในท้องถิ่น
- 1.4 การโอนให้ กทม. เทศบาล เมืองพัทยา และองค์การบริหารส่วนตำบล
- 1.5 รูปแบบการถ่ายโอนให้ท้องถิ่นดำเนินการเอง หรือท้องถิ่นร่วมดำเนินการ
- 1.6 ขอบเขตของการถ่ายโอน

1.6.1) งานสาธารณสุข ทั้งในระดับการรักษาพยาบาลและการป้องกันโรค ได้แก่ สถานีนอนามัยที่อยู่ในเขตพื้นที่เทศบาล เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนตำบล ถ่ายโอนให้ เทศบาลเมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนตำบล(องค์การบริหารส่วนตำบลขนาดใหญ่ ขนาดกลางและขนาดเล็ก อาจใช้ระยะเวลาในการถ่ายโอนขึ้นอยู่กับคณะกรรมการกระจายอำนาจเป็นผู้พิจารณา)

1.6.2) โรงพยาบาลชุมชน ถ่ายโอนให้เทศบาลโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ ถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด(อบจ.) หรืออาจให้ ดำเนินการร่วมกับเทศบาลในเขตพื้นที่

1.6.3) ระยะเวลาในการถ่ายโอน

ระยะที่ 1 (ปี 2544 – 2548) เริ่มถ่ายโอนตั้งแต่ปีงบประมาณ 2544 โดยมีการจัดตั้งคณะกรรมการระดับจังหวัดและถ่ายโอนงานสถานีนามัยให้องค์การบริหารส่วนตำบลขนาดใหญ่ สำหรับ องค์การบริหารส่วนตำบลขนาดกลางและขนาดเล็ก ต้องให้กระทรวงสาธารณสุขและคณะกรรมการกระจายอำนาจ เป็นผู้พิจารณาว่ามีศักยภาพที่จะรับภารกิจนี้หรือไม่ โดยการสร้างความพร้อมให้แก่ ท้องถิ่นในการรองรับการถ่ายโอน ภารกิจ ทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ และทรัพยากร รวมทั้งการแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากเกี่ยวข้องกับ คุณภาพชีวิตของประชาชน สำหรับบุคลากรจะโอนสังกัดท้องถิ่นหรือยังคงสังกัดกระทรวงสาธารณสุขก็ได้ ซึ่งอาจมี นโยบายในการจริงใจ

ระยะที่ 2 (ปี 2549 – 2550) ยังคงมีคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ และ ถ่ายโอนงานของสถานีนามัยและโรงพยาบาลในท้องถิ่น (โรงพยาบาลชุมชน ถ่ายโอนให้เทศบาล โรงพยาบาล ทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ถ่ายโอนให้ อบจ.) ตามความสมัครใจและความพร้อมของท้องถิ่น บุคลากรโอนมาสังกัด ท้องถิ่น

ระยะที่ 3 (ปี 2551 – 2553) ยังคงมีคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่และ ถ่ายโอนงานของสถานีนามัย และโรงพยาบาลให้ท้องถิ่นทั้งหมด บุคลากรโอนมาท้องถิ่นทั้งหมด

2) การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ

2.1 ส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กรมควบคุมโรคติดต่อ

2.2 การถ่ายโอน ท้องถิ่นดำเนินการอยู่แล้ว แต่กฎหมายไม่ได้ให้อำนาจไว้ซึ่งเป็นงานที่ ควรดำเนินการต่อไป

8.8 ภารกิจที่กระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นปี 2546

8.8.1 กรมสุขภาพจิต

1) งานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเป้าหมาย

8.8.2 กรมควบคุมโรคติดต่อ

1) การพัฒนาบุคลากรและชุมชนเพื่อเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อปฏิบัติการเฝ้า ระวังและดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในท้องถิ่น

2) การวินิจฉัยและรักษาพยาบาลเบื้องต้น เช่น กิจกรรมค้นหาเจาะโลหิตตรวจใน ห้องปฏิบัติการและจ่ายยาสำหรับโรคมาลาเรียและโรคเท้าช้าง

3) สนับสนุนเงินอุดหนุนในการสงเคราะห์ผู้ป่วยโรคเรื้อน ค่าส่งคนสงเคราะห์และ ค่ามาปนิก

4) สนับสนุนเงินอุดหนุนค่าอาหารผู้ป่วยโรคเรื้อน

8.8.3 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

1) การผลิตสื่อและหรือเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารด้านอาหารและยา

2) การเสริมสร้างศักยภาพผู้บริโภคและเรียกร้องสิทธิอันชอบ

3) การสร้างและขยายเครือข่ายการมีส่วนร่วมในงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของผู้บริโภคในท้องถิ่น

4) ตรวจสอบติดตามคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์อาหาร ยา เครื่องมือแพทย์ เครื่องสำอาง และวัตถุอันตรายในสถานที่จำหน่ายตามที่ระบุใน พ.ร.บ. แต่ละประเภท

8.8.4 กรมการแพทย์

1) งานบริการสาธารณสุขเขต กทม./ปริมณฑล/เขตเมือง (รพ.ราชวิถี รพ.เลิดสิน รพ.นพรัตน์ รพ.เมตตาประชารักษ์ รพ.สงฆ์ และสถาบันสุขภาพเด็กฯ)

8.8.5 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

1) การบริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ

8.8.6 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

1) การก่อสร้างสถานบริการใหม่เพิ่มเติม ซ่อมแซม จัดหาครุภัณฑ์
2) โครงการประกันสุขภาพ เพื่อดำเนินการตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท รักษาทุกโรค)

- 3) สนับสนุนเงินอุดหนุนเพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ
- 4) พัฒนาหอกระจายข่าวสาร
- 5) ผลិតสื่อพื้นบ้านและท้องถิ่น
- 6) พัฒนาสื่อบุคคลในชุมชน
- 7) พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของท้องถิ่นโดย องค์การชุมชน
- 8) สนับสนุนกิจกรรมรณรงค์สุขภาพ
- 9) จัดกิจกรรมกลุ่มทางสังคมในท้องถิ่น
- 10) กิจกรรมด้านการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน

8.8.7 กรมอนามัย

- 1) การแก้ไขปัญหาเด็กน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์
- 2) การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มแม่และเด็ก
- 3) การส่งเสริมสุขภาพเด็กกลุ่มวัยเรียนและเยาวชน
- 4) การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน
- 5) การส่งเสริมสุขภาพเด็กและกลุ่มผู้สูงอายุ
- 6) งานทันตสาธารณสุข
- 7) งานโภชนาการ
- 8) งานวางแผนครอบครัวและพัฒนาประชากร
- 9) งานส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ
- 10) การพัฒนาอนามัยชุมชนบนพื้นที่สูง
- 11) การสนับสนุนเงินอุดหนุนที่เลี้ยงเด็กในศูนย์สาธิตเพื่อการพัฒนาเด็กเล็ก
- 12) การสนับสนุนเงินอุดหนุนภาคเอกชนที่ให้บริการทำหมัน
- 13) งานเฝ้าระวังและพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม

- 14) การจัดหาและพัฒนาน้ำสะอาด
- 15) งานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม
- 16) งานสุขาภิบาลอาหาร
 - 16.1) การพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร
 - 16.2) การรณรงค์กินเนื้อสัตว์และปลาปรุงสุก
 - 16.3) การดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารในแหล่งท่องเที่ยว
 - 16.4) งานพัฒนาอาชีพอนามัยและอาชีพเวชกรรม
 - 16.5) การคุ้มครองสุขภาพจากมลพิษ

8.8.8 กิจกรรมด้านการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนหรืองานสุขภาพภาคประชาชน

กิจกรรมด้านการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนหรืองานสุขภาพภาคประชาชนเป็นกิจกรรมด้านสาธารณสุขที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรง ซึ่งเป็นกิจกรรมที่องค์การบริหารส่วนตำบลสามารถดำเนินการได้ทันที เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ดำเนินการโดยชุมชน มีกิจกรรมที่ระบุไว้ดังนี้

- 1) การจัดทำข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน
- 2) งานโภชนาการ
- 3) งานอนามัยแม่และเด็ก รวมทั้งการวางแผนครอบครัว
- 4) งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
- 5) งานควบคุมโรคประจำถิ่น
- 6) งานจัดหาและกำจัดสิ่งปฏิกูล
- 7) งานรักษาพยาบาลเบื้องต้น
- 8) งานจัดหายาที่จำเป็น
- 9) งานทันตสาธารณสุข
- 10) งานสุขภาพจิตชุมชน
- 11) งานป้องกันอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อ
- 12) งานคุ้มครองผู้บริโภค
- 13) งานควบคุมและป้องกันโรคเอดส์
- 14) งานเฝ้าระวังและรักษามลภาวะสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย

เมื่อพิจารณาถึงแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข มีกิจกรรมหลายกิจกรรมที่ดำเนินการถ่ายโอนภารกิจในปีงบประมาณ 2546 นี้ และมีกิจกรรมที่สามารถถ่ายโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ทันทีคือ งานสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนหรืองานสุขภาพภาคประชาชน จากการศึกษาเอกสารเพิ่มเติมพบว่า กระทรวงสาธารณสุขได้แจ้งเรื่องการถ่ายโอนงบประมาณสนับสนุนหมู่บ้านกิจกรรมด้านการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนให้แก่องค์การบริหารส่วนตำบล ตามหนังสือที่ สธ. 0705/2/4 ลงวันที่ 14 มกราคม 2546 และในปีงบประมาณ 2547 กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทยได้แสดงงบประมาณรายจ่าย ประจำปีงบประมาณ 2547 การจัดสรรเงินอุดหนุนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในแผนงานส่งเสริมและพัฒนาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นเงินอุดหนุนการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน จำนวน 73,461 หมู่บ้านทั่วประเทศ หมู่บ้านละ 7,500 บาท เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น 550,957,500 บาท (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2546)

9. บทบาทหน้าที่ของศูนย์สุขภาพชุมชน(Primary Care Unit) ในการพัฒนาสุขภาพชุมชน

แนวคิด หลักการพัฒนาระบบปฐมภูมิ

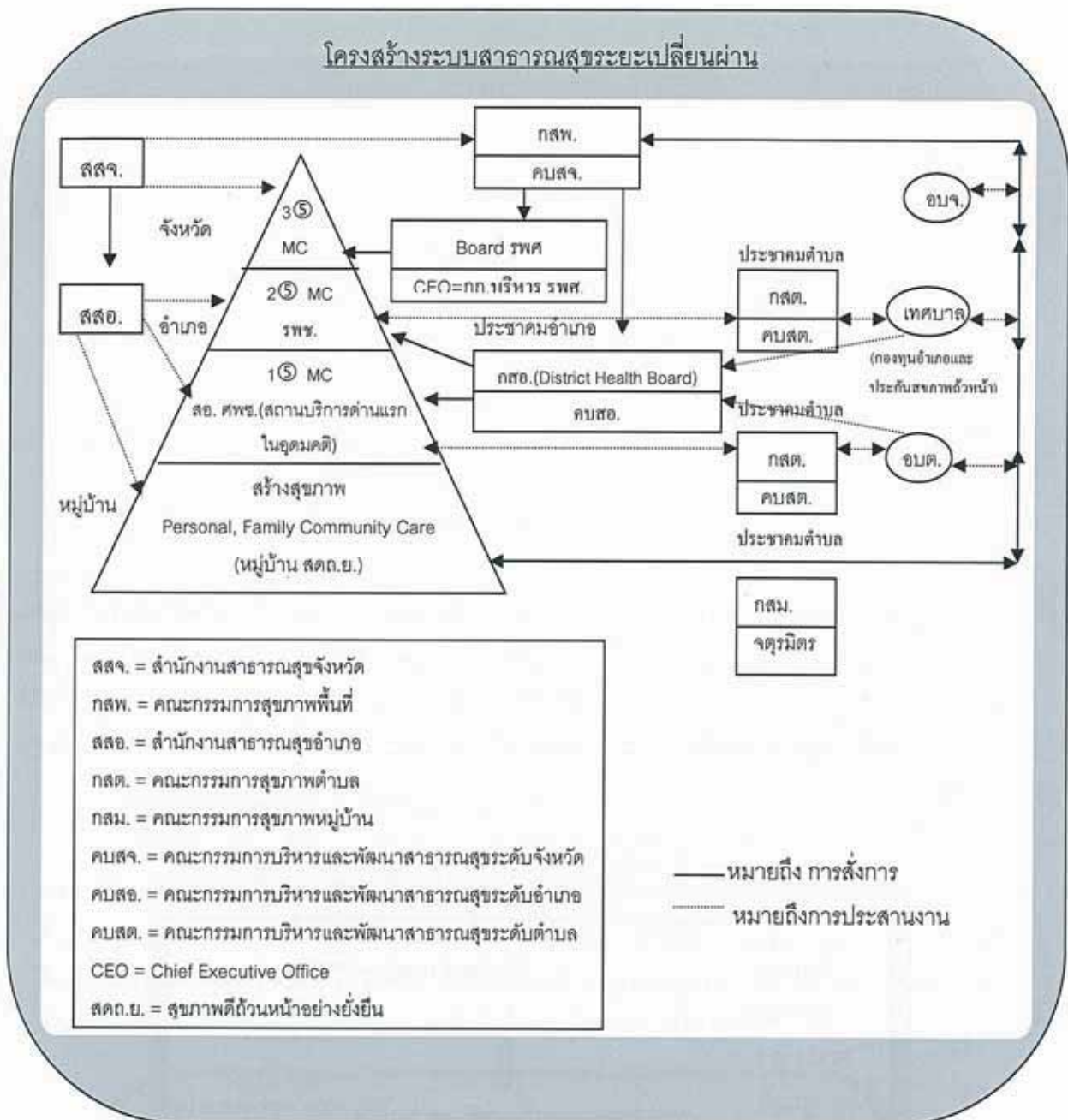
1. การปฏิรูประบบสุขภาพ เป็นการปฏิรูป ใน 3 องค์ประกอบ คือ การสร้างองค์ความรู้ การเคลื่อนไหวยทางสังคม และการเชื่อมโยงกับการเมือง ซึ่งการปฏิรูปทั้ง 3 ด้าน จะต้องไปพร้อม ๆ กัน และผลการปฏิรูปของทั้ง 3 องค์ประกอบ ได้ให้การเปลี่ยนแปลงใน 5 อย่างคือ (สำเร็จ แหยงกระโทก และ รุจิรา มังคละศิริ, 2545 : 9)

- 1) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ
- 2) พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- 3) การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- 4) การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ
- 5) การปฏิรูปอื่นๆ

ทั้งนี้การขับเคลื่อนสามารถแสดงได้ดังรูปภาพต่อไปนี้

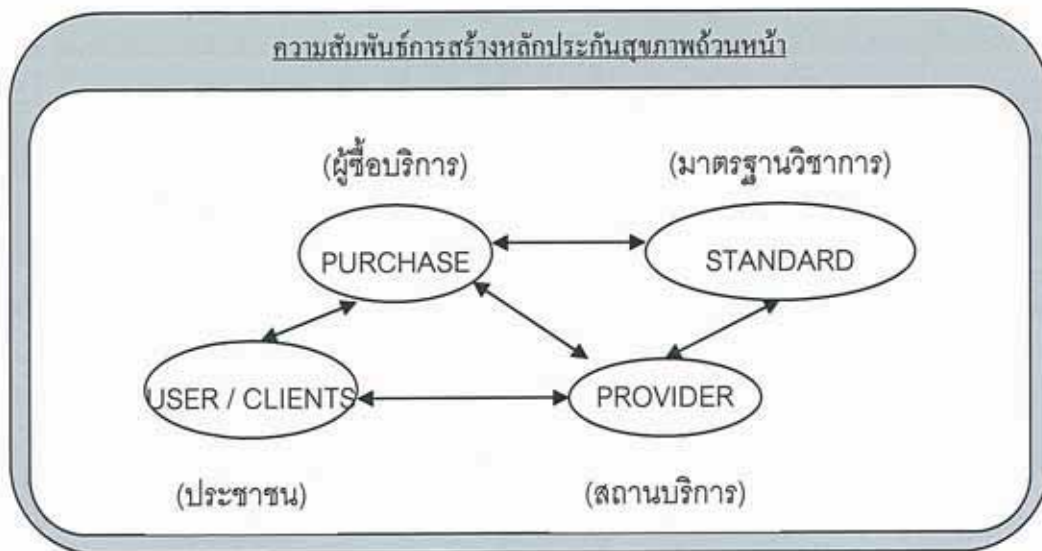


และการเปลี่ยนแปลงจากหลายปัจจัยดังกล่าว ทำให้มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างระบบ สาธารณสุขในระยะเปลี่ยนผ่าน ดังมีตัวอย่างการจัดโครงสร้างการบริหารของจังหวัด ซึ่งดำเนินการ ในจังหวัดนครราชสีมา ดังตัวอย่างต่อไปนี้

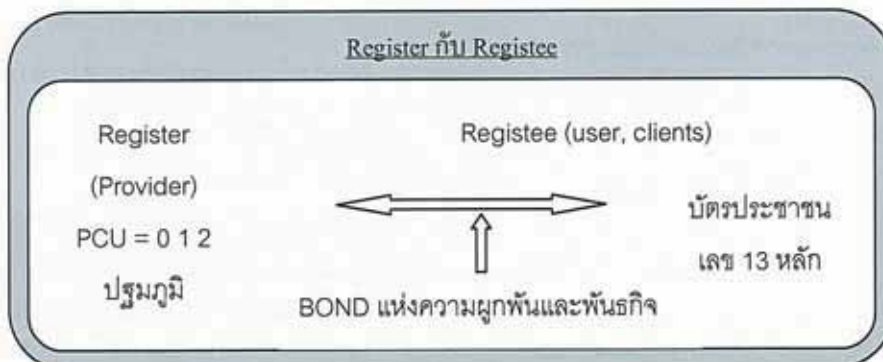


2. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UNIVERSAL COVERAGE HEALTH INSURANCE : UC) UC เป็นนโยบายของรัฐบาล และมีการกำหนดให้เป็น พ.ร.บ. เพื่อใช้ดำเนินการ โดยในการดำเนินงานก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพเป็นอย่างมาก โดยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีปรัชญาสำคัญ 3 ประการ ดังนี้

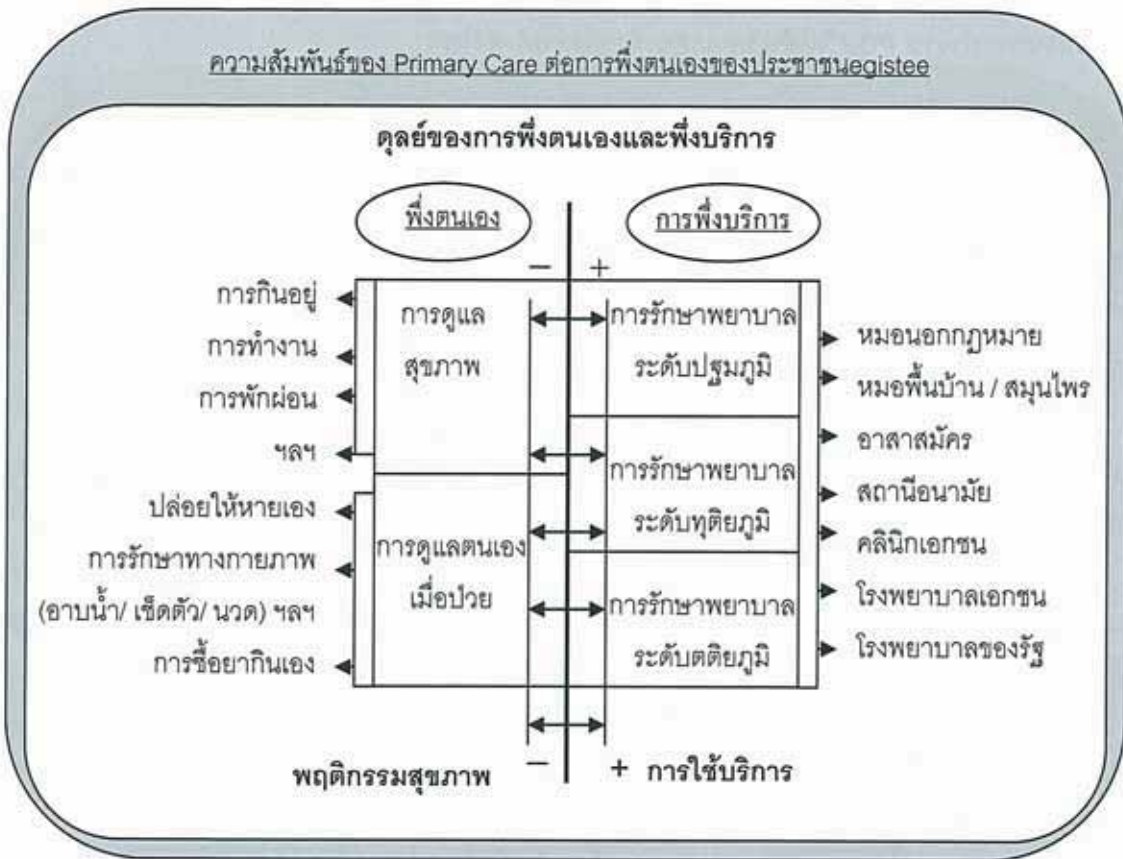
1) **ประชาชน (USER)** ไม่ต้องจ่ายเงินกับสถานบริการ แต่รัฐบาลจ่ายเงินเป็นค่าบริการรายหัวประชากรให้กับสถานบริการ (PROVIDER) โดยรัฐบาลเป็นผู้ซื้อบริการแทนประชาชน เพื่อให้เกิดมาตรฐานการบริการ และเพื่อกำกับให้เกิดบริการที่มีคุณภาพในทิศทางที่ต้องการ จึงต้องมีผู้กำกับทางวิชาการ (STANDARD SETTER) มาตรวจสอบกำกับด้วย เพื่อให้เกิด EQESA แก่ประชาชน และประชาชนไม่ถูกเอารัดเอาเปรียบจากสถานบริการ



2) ต้องมี Bonding แห่งความผูกพัน ระบบบริการที่จะทำให้คุณภาพ ประสิทธิภาพเกิดขึ้น ต้องมีสถานบริการใกล้บ้าน ใกล้ใจ และมีหมอประจำตัว หรือประจำครอบครัว ของทุกครอบครัวอย่างเท่าเทียมกัน ดังนั้น USER และ Provider ต้องมีความผูกพันและมีพันธกิจต่อกัน โดยประชาชนเป็นผู้เลือกลงทะเบียน เพื่อให้สถานบริการได้คำตอบแทนรายหัวประชากรและสถานบริการต้องจัดบริการที่เป็น Good care เพื่อความประทับใจของผู้รับบริการ

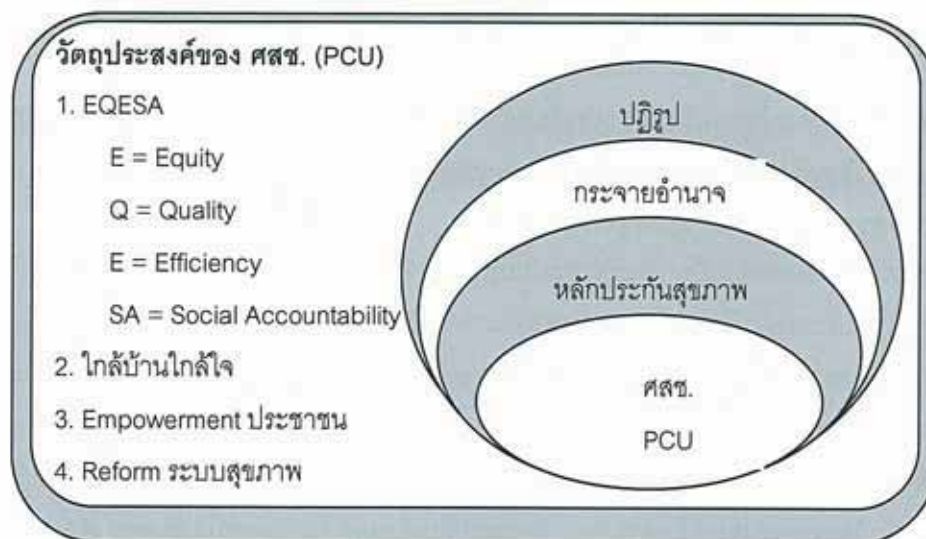


3. หลักประกันสุขภาพ ต้องมุ่งเน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ เพราะหลักประกันเป็นการจ่ายค่าสุขภาพล่วงหน้า (PRE PAID) มิใช่เจ็บป่วยแล้วจึงมารักษา ดังนั้นถ้าจะให้สอดคล้องกับหลักการนี้ ประชาชนต้องร่วมดูแลตนเองมิให้ป่วย เพื่อให้เงินหลักประกันเหลือและพอเพียงในการใช้จ่าย ดังนั้นหลักการนี้การจัดสรรเงินรายหัวจึงทำให้ประชาชนรู้สึกเป็นเจ้าของเงินให้มากที่สุด เขาจึงจะพยายามดูแลสุขภาพของตนเองไม่ให้เจ็บป่วย การจัดสรรเงินรายหัวจึงควรจัดสรรลงไปยังหน่วยงานบริการใกล้ชิดประชาชนมากที่สุดคือระดับบริการปฐมภูมิ (Primary care) ซึ่งถ้าจะให้ดีที่สุดควรให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมบริหารกองทุนนี้ด้วย



4. ศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary Care Unit : PCU)

จากทิศทางการเปลี่ยนแปลงระบบสาธารณสุขของประเทศ ที่มีการปฏิรูประบบมีการกระจายอำนาจและ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รูปแบบของการดำเนินงานที่มีความสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงนี้ คือการ ดำเนินงาน ศสช. นั่นเอง ดังนั้นจึงถือได้ว่า ศสช. เป็นการปฏิรูประบบสุขภาพ การปฏิรูป (Reform) ต้องกระทำ 4 Re คือ Rethink , Redesign , Retools , Retrain และ ศสช. จะนำไปสู่ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของสังคมไทยได้และ เป็นสถานบริการ ที่เป็น Good care เพื่อความประทับใจของผู้รับบริการ ดังภาพ

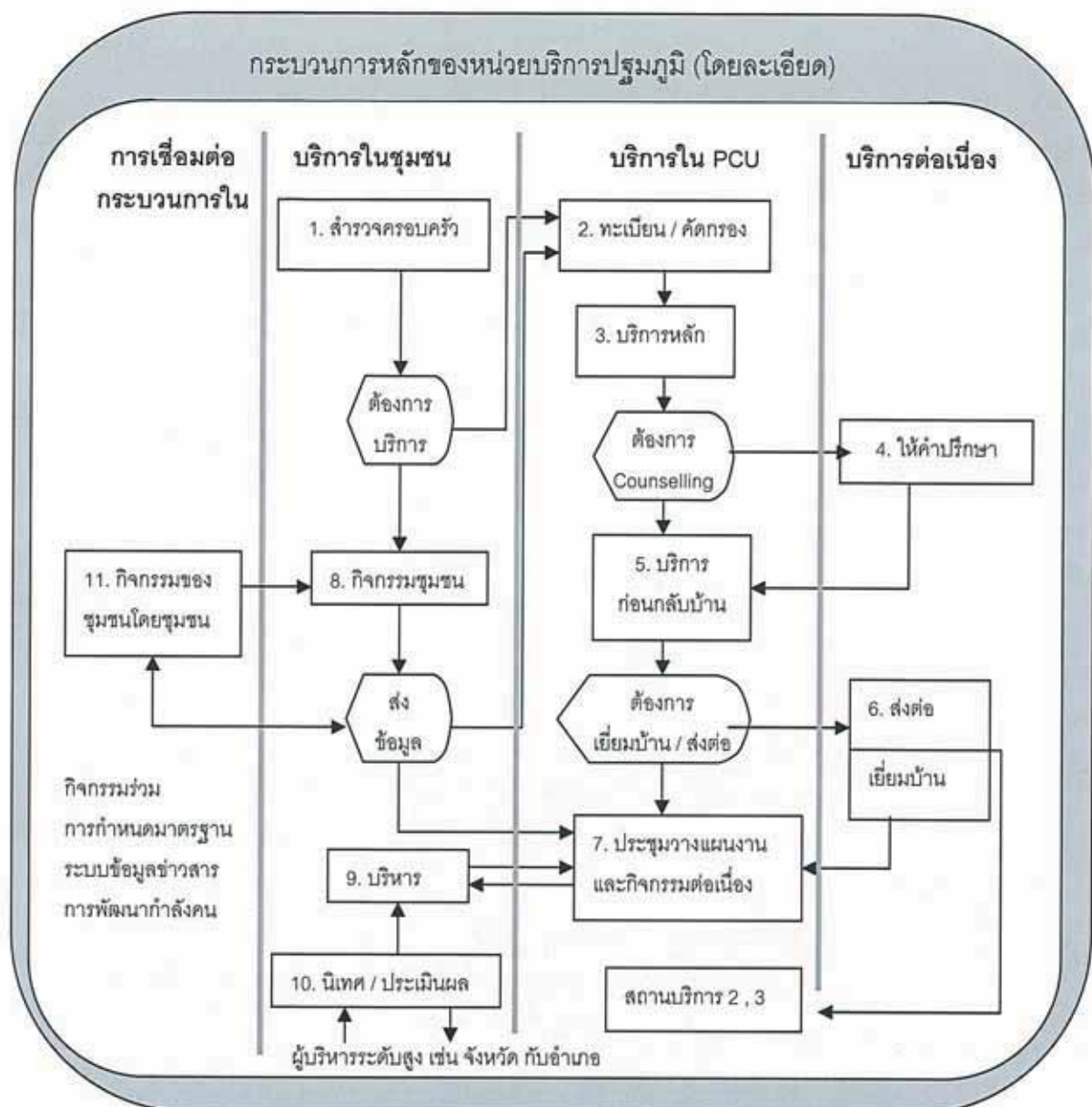


กลยุทธ์ในการทำงาน PCU ให้สำเร็จ จะต้องดำเนินการดังต่อไปนี้

- 1) ผู้บริหารที่กำหนดนโยบาย ต้องเข้าใจ หลักการ / แนวคิด / ความสำคัญในภาพรวม รวมทั้งความเชื่อมโยงของงานต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และสั่งการลูกน้องได้ถูกต้อง
- 2) มีวิธีการบริหารจัดการที่เชื่อมโยงเรื่องสำคัญที่เป็นเรื่องง่าย เพื่อผู้ปฏิบัติเข้าใจ รวมทั้งความเชื่อมโยงของงานบริการ (งานซ่อมสุขภาพ) และงานชุมชน (งานสร้างสุขภาพ)
- 3) สร้างรูปธรรมงานชุมชน (สร้างสุขภาพ) และงาน PCU ให้ชัดเจน เพื่อง่ายต่อการปฏิบัติและติดตามประเมินผล เช่น การตั้งมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) การสร้างตัวชี้วัดการสร้างสุขภาพให้ชัดเจน
- 4) ผู้ปฏิบัติงานชุมชน และ PCU ต้องมีความรู้ ทักษะ วิธีการทำงานชุมชน (Knowledge) มีทัศนคติที่ดีต่อการทำงานชุมชน และ ศสช. (Attitude) มีความชำนาญมีประสบการณ์ในการทำงานชุมชน และ ศสช. (Practice & Skill)
- 5) งานในชุมชนไม่ควรแยกเป็นเรื่องๆ ควรมองเป็นภาพรวมโดยบูรณาการงานชุมชนทุกกิจกรรมให้ทีมงานเข้าใจ เป็นองค์รวมให้ได้ เช่น พยาบาลสอนเฉพาะพยาบาล สาธารณสุขมูลฐานสอนเฉพาะเรื่อง อสม. หลักประกันสอนเฉพาะเรื่องการเงินสร้างสุขภาพ สิ่งเหล่านี้ควรนำมาสอนแบบบูรณาการและเป็นองค์รวม
- 6) การผลิตบุคลากรใหม่และการพัฒนาต่อเนื่อง (On the job training) ควรจะต้องเชื่อมโยงกับงานชุมชน ให้คนที่เรียนได้ใกล้ชิด ได้เรียนรู้ เข้าใจชุมชน หรือเรียนรู้จากพี่เลี้ยงที่ทำงานอยู่ใกล้ชิดชุมชน และ ศสช. เพื่อความเป็นครูเป็นศิษย์ต่อกัน เช่นครูควรอยู่ รพช. หรือ CUP มีโซ่อยู่ที่วิทยาลัย
- 7) งานชุมชน และ ศสช. ควรให้ผู้ปฏิบัติได้รับขวัญกำลังใจ เทียบเท่ากับงานซ่อมสุขภาพ มิใช่พูดเฉพาะเนื้อหาหรืออุดมการณ์เท่านั้น เช่น การคิดเงินการออกปฏิบัติงานในชุมชนให้เป็น Unit cost ที่ชัดเจน เช่น งาน ANC เยี่ยมบ้าน ฯลฯ และควรใช้เงินหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านำมาบริหารจัดการเพื่อให้เกิดงานตรงนี้ด้วย
- 8) การให้คุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้ทำงานในชุมชนและ ศสช. ควรเทียบเท่ากับการทำงานซ่อมสุขภาพ ด้วยเพราะการทำงานชุมชนนั้นเป็นงานลงทุนน้อย แต่ได้ผลประโยชน์ต่อส่วนรวมมาก และเป็นการทำงานที่ต้องใช้ศาสตร์และศิลป์หลายสาขา
- 9) การจัดระบบโครงสร้าง องค์การบริหารเพื่อเอื้ออำนวยให้เกิดการทำงาน ศสช. และงานชุมชนที่ดีมีคุณภาพมีความสำคัญมากโดยเฉพาะโครงสร้างระดับอำเภอ ซึ่งปัจจุบันโรงพยาบาล (ทำงานซ่อมสุขภาพเป็นส่วนใหญ่) และสถานีอนามัย (ทำงานสร้างสุขภาพเป็นส่วนใหญ่) แยกกันอยู่คนละสายงาน จึงควรจัดเป็นโครงสร้างองค์กรเดียวกันอยู่ภายใต้ผู้บริหารคนเดียวกันให้มีการคัดเลือกผู้บริหารขึ้นมาใหม่โดยประชาคมสุขภาพคัดเลือกผู้นำที่มีความเป็นนักบริหารมืออาชีพ เข้าใจและยอมรับการทำงานซ่อมและสร้าง

5. การจัดระบบบริการของศูนย์สุขภาพชุมชน

ศูนย์สุขภาพชุมชน(ศสช.) เป็นการปฏิรูประบบบริการแนวใหม่ ดังนั้นระบบบริการที่มีอยู่เดิมหรือที่จัดขึ้นมาใหม่นั้น จึงต้องปฏิรูป ปรับระบบบริการให้สอดคล้องกับแนวคิด หลักการของการปฏิรูประบบบริการแนวใหม่ โดยจัดให้มีระบบบริการที่เป็นองค์รวม ผลผสมผสาน บูรณาการอย่างต่อเนื่อง ผลผสมผสานเชื่อมโยงระบบบริการในชุมชน รวมทั้งมีการสนับสนุนกิจกรรมของชุมชน โดยชุมชนเข้าด้วยกันใน ศสช. แล้วนำมาจัดเป็นกระบวนการหลัก(Macro Flow Chart) ในการจัดบริการ เป็นการบริการของบุคลากรใน ศสช. 8 กิจกรรม การบริหารจัดการ นิเทศงานและประเมินผล 2 กิจกรรม และเป็นกิจกรรมของชุมชนโดยชุมชน 1 กิจกรรม รวมทั้งหมด 11 กิจกรรม / ขั้นตอน เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องกันได้ ดังภาพในหน้าถัดไป



จากกระบวนการหลัก ศสช. ทั้ง 11 ขั้นตอน นำมาจัดระบบในการจัดบริการและวิธีปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพ (Quality) ประสิทธิภาพ (Efficiency) เสมอภาค (Equity) และชุมชนมีส่วนร่วม (Social Accountability)

10. การพัฒนาสุขภาพตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10

10.1 **วิสัยทัศน์** การทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 ใช้กรอบแนวคิด 3 ประการ คือ 1) น้อมนำปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง มาเป็นแนวปฏิบัติ 2) ยึดคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา และ 3) เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคี และได้กำหนด **วิสัยทัศน์** คือ สังคมไทยเป็นสังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน (Green and Happiness Society) โดยใช้ทุนที่มีอยู่ในประเทศให้ได้ประโยชน์มากที่สุด ต้องพึ่งพาตนเอง ซึ่ง ประเทศไทยมีทุนของประเทศ 3 ทุน เป็นเสาหลักการพัฒนาประเทศ คือ ทุนทางสังคม ทุนทางเศรษฐกิจ ทุนทรัพยากร ซึ่งต้องเสริมสร้าง พัฒนา และใช้ประโยชน์จาก 3 ทุนนี้ เพื่อบรรลุกรอบแนวคิดและวิสัยทัศน์

10.2 **เป้าหมาย** เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ดังกล่าวจึงได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพคนและสังคมไทยสู่สังคมแห่งภูมิปัญญาและการเรียนรู้ เมื่อสิ้นแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10 ในปี 2554 ดังนี้

10.2.1 เป้าหมายเชิงคุณภาพ

คนไทยทุกคนได้รับการพัฒนาทั้งทางร่างกาย จิตใจ ความรู้ ความสามารถ ทักษะการประกอบอาชีพ และมีความมั่นคงในการดำรงชีวิต ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ เด็ก สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส เพื่อเสริมสร้างศักยภาพให้กับตนเองที่จะนำไปสู่ความเข้มแข็งของครอบครัว ชุมชน และสังคมไทย

10.2.2 เป้าหมายเชิงปริมาณ

- (1) จำนวนปีการศึกษาเฉลี่ยของคนไทยเป็น 10 ปี
- (2) ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาหลักของทุกระดับสูงกว่าร้อยละ 55
- (3) เพิ่มกำลังแรงงานระดับกลางที่มีคุณภาพเป็นไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60 ของกำลังแรงงานทั้งประเทศ

- (4) รายได้เฉลี่ยของแรงงานเพิ่มขึ้นร้อยละ 4.5

- (5) จำนวนบุคลากรด้านการวิจัยและพัฒนาเพิ่มขึ้นเป็น 10 คน ต่อประชากร 10,000 คน

- (6) อายุคาดหมายเฉลี่ยของคนไทยสูงขึ้นเป็น 80 ปี

- (7) ลดอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคเนื้องอกร้าย(มะเร็ง)

- (8) ผู้อยู่ในเศรษฐกิจนอกระบบได้รับการคุ้มครองทางสังคมอย่างทั่วถึง

- (9) ลดดี้อาชญากรรมลงร้อยละ 10

10.3 **ยุทธศาสตร์การสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและสังคมให้เป็นรากฐานที่มั่นคงของประเทศ** ประกอบด้วย 3 แนวทางหลัก ได้แก่

10.3.1 **การบริหารจัดการกระบวนการชุมชนเข้มแข็ง** ด้วยการส่งเสริมการรวมตัวเรียนรู้ ร่วมคิดร่วมทำและจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามความพร้อมของชุมชน เชื่อมโยงกับการทำมาหาเลี้ยงชีพตั้งแต่ระดับปัจเจก ระดับครอบครัวจนถึงระดับชุมชนโดยคำนึงถึงความพอประมาณและความพออยู่พอกินเป็นลำดับแรกก่อนที่จะเชื่อมต่อกับชุมชนและสังคมภายนอก มีกระบวนการจัดการองค์ความรู้อย่างเป็นขั้นเป็นตอน มีเครือข่ายการเรียนรู้ ทั้งภายในและภายนอกชุมชน

1) การส่งเสริมการรวมตัวของคนในชุมชนทำกิจกรรมเพื่อประโยชน์ของชุมชน โดยเสริมหนุนให้ชุมชนมีขีดความสามารถในการรวมตัวกัน ในรูปแบบที่หลากหลายที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ หรือการรวมตัวของชุมชนทั้งในเชิงพื้นที่หรือประเด็นความสนใจ

2) การจัดการองค์ความรู้และระบบการเรียนรู้ของชุมชนอย่างครบวงจร โดย พัฒนาฐานข้อมูลชุมชนให้เป็นระบบและปรับให้ทันสมัยอยู่เสมอ ทั้งข้อมูลครัวเรือน ข้อมูลศักยภาพชุมชนในประเด็นต่าง ๆ จัดให้มีกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันในชุมชนอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอร่วมคิดร่วมทำร่วมกำหนดแนวทางและกิจกรรมการพัฒนาของชุมชนที่ยึดหลักการพึ่งพาตนเองด้วยการคำนึงถึงศักยภาพทรัพยากร ภูมิปัญญา วิถีชีวิต วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมในท้องถิ่น ส่งเสริมให้กลุ่มปราชญ์ กลุ่มแกนนำและผู้รู้ ถ่ายทอดความรู้และภูมิปัญญาท้องถิ่นผ่านการเรียนรู้และการจัดการความรู้ในชุมชน สนับสนุนการจัดการองค์ความรู้และการทำวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่สอดคล้องกับความหลากหลายของทุนในชุมชน ควบคู่กับการฟื้นฟูความรู้พื้นบ้าน

3) การสร้างภูมิคุ้มกันให้ชุมชนพร้อมเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในอนาคต ด้วยการส่งเสริมความมั่นคงของครอบครัว การจัดบริการทางสังคมในชุมชน การปลูกฝังค่านิยมที่ดีงาม การสร้างระบบความสัมพันธ์แบบพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันของชุมชนและระหว่างชุมชนอย่างเท่าเทียมด้วยบริบททางศาสนาและวัฒนธรรมชุมชน และการให้ความคุ้มครองสิทธิชุมชน รวมถึงการเฝ้าระวังช่วยเหลือเยียวยาเมื่อชุมชนเผชิญกับภัยพิบัติต่างๆ

10.3.2 การสร้างความมั่นคงของเศรษฐกิจชุมชน ด้วยการบูรณาการกระบวนการผลิตบนศักยภาพและความเข้มแข็งของชุมชนอย่างสมดุล เน้นการผลิตเพื่อการบริโภคอย่างพอเพียงภายในชุมชน และการสร้างความร่วมมือกับภาคเอกชนในการลงทุนสร้างอาชีพ และรายได้ที่มีการจัดสรรประโยชน์อย่างเป็นธรรมแก่ชุมชน รวมทั้งการส่งเสริมบทบาทสตรีในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจชุมชนและนำไปสู่การแก้ปัญหาความยากจน โดย

1) สนับสนุนให้ชุมชนมีการรวมกลุ่มในรูปแบบสหกรณ์และพัฒนาระบบเครือข่าย เพื่อดำเนินกิจกรรมการเกษตรที่หลากหลาย

2) ส่งเสริมภาคการผลิตและบริการในการเคลื่อนย้ายเครื่องจักรหรือกิจกรรมบางส่วนไปสร้างอาชีพและการจ้างงานในท้องถิ่นและพื้นที่ห่างไกล เพื่อลดการเคลื่อนย้ายแรงงาน

3) ส่งเสริมการร่วมลงทุนระหว่างเครือข่ายองค์กรชุมชนกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือภาครัฐหรือรัฐวิสาหกิจบนหลักของความโปร่งใส มีระบบการบริหารจัดการที่ดี ใช้ฐานทรัพยากรในพื้นที่

4) สนับสนุนการนำภูมิปัญญาไทยและวัฒนธรรมท้องถิ่นมาใช้ในการสร้างสรรค์คุณค่าของสินค้าและบริการที่มีโอกาสทางการตลาดสูง เช่น เกษตรอินทรีย์ อาหารสุขภาพ หัตถกรรม บริการสุขภาพ บริการการท่องเที่ยว เป็นต้น

5) สร้างระบบการป้อนเพาะวิสาหกิจชุมชน สร้างผู้ประกอบการใหม่ควบคู่กับการพัฒนาความรู้ด้านการจัดการ การตลาด องค์ความรู้เกี่ยวกับการผลิตสินค้าที่มีเอกลักษณ์เฉพาะถิ่น พัฒนามาตรฐานสินค้า การสร้างตราสินค้า การจัดการเรื่องทรัพย์สินทางปัญญา และการพัฒนาทักษะในการประกอบอาชีพของกลุ่มต่าง ๆ

10.3.3 การเสริมสร้างศักยภาพชุมชนในการอยู่ร่วมกับทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อมอย่างสันติและเกื้อกูลกัน ด้วยการส่งเสริมสิทธิชุมชนและกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการ สงวนอนุรักษ์ พื้นฟู พัฒนา ใช้ประโยชน์และเพิ่มประสิทธิภาพบริหารจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมในท้องถิ่น โดย

1) สร้างความตระหนักของชุมชนในคุณค่าของทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่มีต่อวิถีชีวิต รวมทั้งกระจายอำนาจการจัดการทรัพยากรของท้องถิ่นให้ชุมชนที่มีศักยภาพเข้ามามีส่วนร่วมกับรัฐในการอนุรักษ์ ฟื้นฟูและพัฒนาทรัพยากรธรรมชาติ

2) สนับสนุนกลไกชุมชนและเครือข่ายในการจัดการและปกป้องทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่เชื่อมโยงกับการผลิตเพื่อการยังชีพของชุมชนอย่างเป็นธรรม อาทิ การใช้ประโยชน์จากความหลากหลายทางชีวภาพในท้องถิ่นเพื่อความมั่นคงด้านอาหารและเป็นสมุนไพรเพื่อรักษาโรค โดยไม่ส่งผลกระทบต่อฐานทรัพยากรธรรมชาติ การบริหารจัดการป่าชุมชนเป็นแหล่งอาหาร เป็นต้น

3) เสริมสร้างองค์ความรู้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการบริหารจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ให้เป็นภาคีหลักในการอนุรักษ์ฟื้นฟูและจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมร่วมกับชุมชน และภาคีที่เกี่ยวข้อง

4) ให้ชุมชนในการปกป้องคุ้มครองทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมในท้องถิ่น และมีการใช้และแบ่งปันผลประโยชน์ร่วมกันอย่างยุติธรรมและยั่งยืน

นอกจากนั้น ภายใต้หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง โดยให้ความสำคัญกับ การจัดแบ่งบทบาทหลักที่ชัดเจนของภาคีพัฒนา **ภาครัฐ** ต้องปรับบทบาทจากผู้กำกับ ควบคุม สั่งการ และดำเนินการเอง มาเป็นผู้ประสานสนับสนุน บริการอำนวยความสะดวก **ภาคเอกชน** ต้องคำนึงถึงความรับผิดชอบต่อสังคม ชุมชน ผู้บริโภค มีกระบวนการผลิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม ไม่ทำลายคุณค่าทางวัฒนธรรม เข้ามามีบทบาทร่วมจัดบริการสังคมและกิจกรรมสร้างสรรค์ **ภาคสถาบันต่างๆ** อาทิ 1) **สถาบันศาสนา** จะมีบทบาทเป็นแหล่งเผยแพร่หลักธรรม ปลุกฝังทัศนคติการใช้หลักธรรมในการดำเนินชีวิต การช่วยเหลือเกื้อกูลกันในสังคมและร่วมดำเนินกิจกรรมสาธารณประโยชน์ 2) **สถาบันการศึกษา** จะมีบทบาทเป็นแหล่งให้ความรู้ สร้างศักยภาพและกระบวนการเรียนรู้ของเด็กเยาวชนและคนทุกกลุ่มวัย 3) **สื่อ** จะมีบทบาทในการตรวจสอบเผด็จการ เป็นสื่อกลางสะท้อนข้อเท็จจริง สร้างความรู้และกระแสสังคมเชิงสร้างสรรค์ 4) **ภาคชุมชน** ต้องมีศักยภาพขีดความสามารถพึ่งพาตนเองได้ มีการรวมกลุ่มเสริมสร้างความเข้มแข็งให้สามารถมีบทบาทเข้าร่วมในกระบวนการพัฒนา

11. ผลการสังเคราะห์องค์ความรู้เชิงประสบการณ์ ประเด็นการสร้างพลังชุมชนในการจัดการสุขภาพตนเอง ในโครงการส่งเสริมคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU ในฝัน)

จากการวิเคราะห์เบื้องต้นของโครงการส่งเสริมคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ(โครงการ PCU ในฝัน)ที่มีประเด็นเกี่ยวกับกระบวนการสร้างพลังชุมชนในการจัดการสุขภาพตนเองจำนวน 126 โครงการ สามารถจำแนกออกได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

3.1 กลุ่มโครงการที่มุ่งเน้นการหาและพัฒนารูปแบบการทำงานกับชุมชนของเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยพยายามสร้างการมีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้น คือมีส่วนร่วมในการคิด ร่วมทำและร่วมประเมินผล

3.2 กลุ่มโครงการที่มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพองค์กรและกลุ่มแกนนำต่างๆในชุมชน โดยมีฐานความคิดที่เชื่อว่าองค์กรและกลุ่มแกนนำเหล่านี้เมื่อได้รับการพัฒนาศักยภาพแล้ว จะเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง(Change Agent) และสามารถขับเคลื่อนให้เกิดการพัฒนาสุขภาพในพื้นที่ได้

3.3 กลุ่มโครงการที่มุ่งเน้นการสร้างความร่วมมือระหว่างเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิกับชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาจมีการสร้างทีมสุขภาพชุมชน ทั้งทีมสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ ทีมสุขภาพสหวิชาชีพ และทีมสุขภาพของหมู่บ้าน/ชุมชน เพื่อร่วมกันและ/หรือสนับสนุนให้เกิดการทำงานสร้างสุขภาพของชุมชน พัฒนาระบบบริการสุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ และพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้

ผลการวิเคราะห์มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.) กลุ่มโครงการที่มุ่งเน้นการหาและพัฒนารูปแบบการทำงานกับชุมชนของเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

บทเรียนการทำงานกับชุมชนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนที่ได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานจากโครงการส่งเสริมคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ(โครงการ PCU ในฝัน) มีขั้นตอน กระบวนการ และประเด็นที่น่าสนใจที่ควรนำมาทบทวน เพื่อการปรับปรุงวิธีการทำงานของเจ้าหน้าที่ใน PCU ดังนี้

1.1 การจัดระบบการทำงานของศูนย์สุขภาพชุมชน

จากประสบการณ์การทำงานชุมชน เจ้าหน้าที่ในศูนย์สุขภาพชุมชนอย่างน้อยที่จะต้องมีความพร้อม ความพร้อมในที่นี้หมายถึงความพร้อมในด้านองค์กรซึ่งเจ้าหน้าที่ในศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีแนวคิดการทำงานที่เน้นพื้นที่ และเนื้องานเป็นตัวตั้งในการทำงาน พร้อมทั้งจะแบ่งเบาภาระงานทั้งงานในสถานบริการและงานในชุมชน และมีใจช่วยเหลือกันเองภายในศูนย์สุขภาพชุมชน แต่ทั้งนี้เจ้าหน้าที่ในศูนย์สุขภาพชุมชนจะต้องปรึกษาหารือกันเองภายใน โดยเฉพาะในเรื่องต่อไปนี้

1.1.1 การแบ่งงานภายในศูนย์สุขภาพชุมชน

การแบ่งงานนอกจากจากจะดูความเหมาะสมตามระดับอาวุโสแล้ว ยังมีความจำเป็นที่จะต้องพิจารณาถึง ความสามารถและความถนัดของแต่ละบุคคล การแบ่งงานจะรวมถึงการกำหนดบทบาทหน้าที่ ที่ชัดเจนของแต่ละคนด้วย แต่มิได้หมายความว่า "แบ่งขาดจากกัน" หรือ "ต่างคนต่างทำ"แต่ควรช่วยเหลือกัน ทดแทน

กันได้ดี แต่หากความสามารถของคนในองค์กรไม่สามารถทดแทนกันได้ คนในองค์กรต้องเชื่อมโยงงานกันให้ดี จัดให้มีเวทีภายในปรึกษา พูดคุยให้มีการถ่ายทอดข้อมูล วิธีการทำงาน และผลการดำเนินงานกันเองอยู่เสมอ

1.1.2 การเตรียมทีมศูนย์สุขภาพชุมชน

ทีมศูนย์สุขภาพชุมชนในที่นี้ไม่ได้หมายถึงบุคลากรภายในศูนย์สุขภาพชุมชนเท่านั้น แต่ควรจัดตั้งขึ้นมาในรูปคณะกรรมการ อาจจะใช้คำว่า "คณะกรรมการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน" ก็ได้ โดยมีองค์ประกอบของคณะกรรมการ ดังนี้

- 1) ผู้แทนจากเจ้าหน้าที่ในศูนย์สุขภาพชุมชน
- 2) ผู้แทนจากองค์การบริหารส่วนตำบล ในส่วนของผู้แทนจากองค์การบริหารส่วนตำบลนั้น ควรเป็นผู้แทนจากฝ่ายบริหาร ซึ่งมาจากการเลือกตั้ง ไม่ควรเป็นข้าราชการประจำ
- 3) ผู้แทนจากผู้นำชุมชนผู้นำชุมชนในที่นี้หมายถึงผู้นำชุมชนอย่างเป็นทางการ และควรจะเป็นกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน
- 4) ผู้แทนจากอาสาสมัครสาธารณสุข
- 5) ผู้แทนจากกลุ่ม / องค์การชุมชน / ผู้รู้หรือปราชญ์ชาวบ้าน และควรเป็นบุคคลที่ชาวบ้านยอมรับ นับถือ
- 6) ผู้แทนจากผู้นำศาสนา(พระ / โด่ะครู ฯลฯ)

โดยมีจำนวนตามความเหมาะสมกับพื้นที่ ทั้งนี้ควรจัดให้มีความสมดุลกันระหว่างบุคคลที่มีอำนาจตามบทบาทหน้าที่ ที่ได้รับมา(ข้อ 1.2.1 – 1.2.3) กับผู้ที่มาจากการยอมรับของประชาชนในชุมชน(ข้อ 1.2.4 – 1.2.6)

เมื่อได้คณะกรรมการแล้วควรกำหนดบทบาท หน้าที่ ให้ชัดเจน และไม่ใช่วางคณะกรรมการแต่เพียงในนาม ต้องมีการทำงานที่เป็นจริง โดยมีการประชุม เพื่อสร้างความเข้าใจในระบบงานของศูนย์สุขภาพชุมชน รวมทั้งปรับวิธีคิด วิสัยทัศน์ใหม่ว่า "ศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งนี้ไม่ใช่ของใครคนใดคนหนึ่ง แต่เป็นของพวกเราทุกคน" และต้องให้กรรมการเป็นตัวขับเคลื่อนการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนอย่างเป็นรูปธรรมด้วย

1.2 กระบวนการทำงานกับชุมชน

1.2.1 กระบวนการสร้างให้ชุมชนได้เรียนรู้ตนเอง

1) การสร้างกลุ่มแกนนำชุมชน โดยใช้ทุนทางสังคมที่มีอยู่เดิมในชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เช่น อสม. แกนนำชุมชนกลุ่มต่างๆ สมาชิก อบต. ข้าราชการเกษียณอายุ

2) การพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน วิธีการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน ใช้วิธีการประชุม อบรม และการศึกษาดูงาน โดยมีหลักสูตรและเนื้อหาเกี่ยวกับ การเฝ้าระวังสุขภาพ การรักษาสุขภาพ การวิเคราะห์ชุมชน การทำแผนชุมชน การทำงานเป็นทีม การช่วยเหลือคนพิการและคนด้อยโอกาส เป็นต้น

3) การศึกษาและวิเคราะห์ชุมชน

3.1) ผู้ที่ทำการศึกษาคือ อสม. กลุ่มแกนนำชุมชน เยาวชน ผู้นำชุมชน โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยง และในบางครั้งจะให้ อสม. เป็นพี่เลี้ยงหากผู้ที่ทำการศึกษาคือเยาวชน หรือเป็นเด็กนักเรียน

3.2) วิธีการศึกษาและวิเคราะห์ชุมชน ใช้วิธีการประชุม อบรมทำความเข้าใจในเนื้อหาที่จะวิเคราะห์ชุมชน จากนั้นจะลงชุมชนเพื่อเก็บข้อมูลและนำมาวิเคราะห์

3.3) เครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์ชุมชน ได้แก่ แฟ้มอเนกมัยครอบครัว(Family Folder) คู่มือเยี่ยมบ้านอย่างง่ายที่เจ้าหน้าที่คิดทำขึ้นใช้เอง คู่มือครอบครัวมาสุก เอกสารประกอบการศึกษาวิถีชีวิตชุมชน เป็นต้น

4) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ชุมชน การจัดเวทีแลกเปลี่ยน เรียนรู้ชุมชน เป็นขั้นตอนที่ต่อจากการเก็บข้อมูลจากการใช้เครื่องมือแบบต่างๆ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ จากนั้นที่ชุมชนจะเปิดเวทีแลกเปลี่ยน เรียนรู้กันเอง เป็นการคืนข้อมูลให้แกกันและกันและเป็นการทำให้ข้อมูลที่ได้มาต่อเติมกันเอง ซึ่งจะทำให้การวิเคราะห์ข้อมูลสมบูรณ์และรอบด้านมากขึ้น การจัดเวทีแลกเปลี่ยน เรียนรู้นี้ทำทั้งวงกว้างระหว่างหมู่บ้าน โดยเปิดเป็นเวทีสัญจร และในวงแคบภายในหมู่บ้าน โดยมีองค์ประกอบของผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนที่สำคัญ ได้แก่ ผู้เก็บข้อมูล ผู้วิเคราะห์ข้อมูล สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล แกนนำชุมชน กลุ่มองค์กรชุมชน ผู้นำศาสนา ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับภาครัฐ(เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พัฒนาการ เกษตรตำบล เป็นต้น) โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และแกนนำชุมชน(ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นประธานชมหมู่บ้าน)ทำหน้าที่เป็นวิทยากรกระบวนการ(Facilitator)

5) สร้างกลไกระดับหมู่บ้าน กลไกระดับหมู่บ้านในที่นี้หมายถึงกลุ่มองค์กรชุมชนที่ทำหน้าที่ในการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพในชุมชน ที่จะไปเชื่อมร้อยกับกลุ่มแกนนำชุมชนด้านต่างๆในชุมชนของตนเอง อาจตั้งเป็นคณะกรรมการสุขภาพชุมชน ทำหน้าที่ร่วมกันคิด ร่วมกันดำเนินการ(เจ้าภาพ)และร่วมกันประเมินผลการดำเนินงาน

6) ดำเนินการตามแผน การดำเนินการตามแผนจะเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน ทั้งนี้โดยมีเจ้าภาพหลักในการทำงาน คือ อสม. คณะกรรมการสุขภาพของหมู่บ้าน และกลุ่มองค์กรอื่นๆด้วย

7) สรุปและประเมินผล การสรุปและประเมินผลใช้วิธีการนำผลที่ได้จากการดำเนินงาน มาเทียบกับวัตถุประสงค์ที่วางไว้ตั้งแต่ต้น ทั้งนี้ผู้ที่ทำการประเมินผลคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับแกนนำชุมชน และ อสม. โดยใช้วิธีการประชุม การพูดคุย แลกเปลี่ยน

1.2.1 การพัฒนาระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับชุมชน

จากการเก็บข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล จะมีการนำข้อมูลที่ได้มาจัดทำ “ฐานข้อมูลชุมชน” พร้อมทั้งมีการนำข้อมูลมาเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ในรูปแบบต่างๆ เช่น สื่อสิ่งพิมพ์วิทยุชุมชน เสียงตามสาย หอกระจายข่าว การณรงค์ และการบอกต่อกันไปตามคุ้มและละแวกบ้าน

1.2.2 การสร้างกลไกระดับตำบล

ในระดับตำบลจะสร้างกลไกการขับเคลื่อนในเรื่องสุขภาพไว้สำหรับเป็นองค์กรตัวแทนชาวบ้าน ทำหน้าที่ขับเคลื่อน เชื่อมร้อย และสร้างเครือข่ายการเรียนรู้การพัฒนาทั้งระดับหมู่บ้าน ตำบลและระหว่างตำบล ซึ่งอาจมีการจัดตั้ง “คณะกรรมการพัฒนาสุขภาพชุมชน” “คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพระดับตำบล” องค์ประกอบของกลไกนี้ได้แก่ เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ตัวแทนชุมชน ผู้แทน อสม. ผู้นำศาสนา และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น

1.2.3 การใช้มาตรการทางสังคม

มาตรการทางสังคม เป็นอีกกลไกหนึ่งที่จะช่วยขับเคลื่อนงานในพื้นที่ มาตรการทางสังคมอาจออกมาในรูปของ “ข้อบัญญัติของท้องถิ่น” “กฎหมาย” และกฎหรือข้อบังคับของชุมชนทั้งขึ้นเองโดยชุมชน

1.2.4 การสร้างกระแสกระตุ้นการทำงานที่ต่อเนื่อง

การสร้างกระแสกระตุ้นการทำงานที่ต่อเนื่อง เช่น การจัดนิทรรศการ การณรงค์ การจัดมหกรรม เป็นต้น กิจกรรมต่างๆเหล่านี้จะช่วยสร้างกระแส กระตุ้นจิตสำนึก และช่วยให้เกิดการทำงาน และส่งผลต่อ

ประชาชนอย่างต่อเนื่องได้

1.2.5 การประเมินผลสำเร็จ

การประเมินผลสำเร็จของงานและกิจกรรม ดูจาก การมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชน การมีส่วนร่วมของประชาชน ความพึงพอใจของประชาชน สถานะสุขภาพ แบบบันทึกสุขภาพของแกนนำชุมชนและของ อสม. โครงการที่เกิดขึ้นจากชุมชน เป็นต้น การวัดผลสำเร็จจะวิเคราะห์จากการสังเกต การสุ่มสัมภาษณ์ การประชาคมเวทีชาวบ้าน และการใช้แบบประเมิน โดยจะประเมินทั้งกระบวนการทำงานและผลสำเร็จสุดท้ายของกิจกรรม

1.3 เครื่องมือทำงานสำหรับเจ้าหน้าที่

เครื่องมือทำงานสำหรับเจ้าหน้าที่ ได้แก่

- 1.3.1 สื่อในรูปแบบต่างๆ เช่น หนังสือราชการ เอกสารวิชาการ แผ่นพับ ใบประกาศ บทความวิทยุ เป็นต้น
- 1.3.2 เอกสารการศึกษาวิถีชีวิตชุมชน
- 1.3.3 แฟ้มอนามัยครอบครัว(Family Folder)

1.4 กิจกรรมที่สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน

กิจกรรมที่ช่วยสร้างการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน ได้แก่

- 1.4.1 การจัดค่าย “สำนึกรักบ้านเกิด” เช่น
 - 1) ค่ายเยาวชน
 - 2) ค่ายวัฒนธรรมประเพณี ของดีในชุมชน
 - 3) ค่ายอาหารและขนมพื้นบ้าน
 - 4) ค่ายสมุนไพรพื้นบ้าน
 - 5) ค่ายดนตรีพื้นบ้าน
 - 6) ค่ายของเล่นพื้นบ้าน
 - 7) ค่ายการละเล่นพื้นบ้าน
- 1.4.2 กิจกรรมของชมรมสร้างสุขภาพ
- 1.4.3 การแข่งขันกีฬา
- 1.4.4 การประกวดผู้สูงอายุ
- 1.4.5 การพัฒนาหมู่บ้านสร้างสุขภาพ
- 1.4.6 การคัดกรองผู้ป่วย
- 1.4.7 การควบคุมป้องกันโรค

1.5 ผลลัพธ์ของการทำงาน

ผลลัพธ์ของงานหรือสิ่งที่เกิดขึ้นหลังจากการดำเนินกิจกรรมตามโครงการเสร็จสิ้น มีดังนี้

- 1.5.1 ความสัมพันธ์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและกลุ่มเป้าหมายดีขึ้น ไม่ว่าจะเป็นความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับแกนนำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับองค์การบริหารส่วนตำบล องค์การบริหารส่วนตำบลกับชุมชน รวมถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระหว่างตำบลด้วย

1.5.2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเห็นคุณค่าของตนเอง มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพดีขึ้น มีความมั่นใจในการทำงานที่มีวิธีคิดนอกกรอบมากขึ้น เข้าใจวิถีชีวิตชุมชนมากขึ้น เห็นศักยภาพของชุมชน

1.5.3 ชุมชนมีโอกาสนในการเรียนรู้ชุมชนของตนเอง มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพมากขึ้น มีรูปแบบการจัดการสุขภาพของชุมชนที่เหมาะสม มีแกนนำสุขภาพของชุมชน มีกลไกในการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพของชุมชนในรูปแบบต่างๆ(คณะกรรมการ คณะทำงาน ทีมทำงาน)

1.5.4 มีระบบข้อมูลสุขภาพชุมชนที่ครอบคลุม และนำไปใช้ประโยชน์ได้จริงมากขึ้น

1.5.5 มีเครือข่ายภาคประชาชนในการจัดการสุขภาพกันเอง

1.6 ปัจจัยของความสำเ็จ(Critical Success Factor : CSF)

ปัจจัยของความสำเ็จ(Critical Success Factor : CSF) ในการทำงานชุมชนจากโครงการต่างๆ คือคุณลักษณะของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งควรมีคุณลักษณะดังต่อไปนี้

1.6.1 เปิดใจกว้าง ยอมรับในความแตกต่างของชุมชน

1.6.2 รู้จักและเข้าใจตนเอง โดยการทบทวนตัวเองอยู่เสมอในแงุ่มที่สำคัญ ได้แก่

1.6.3 ปรับวิธีคิดในการทำงานโดยใช้ชุมชนเป็นตัวตั้ง และเชื่อว่า "ชุมชนสามารถหลุดพ้นความทุกข์ได้ด้วยชุมชนตนเอง"

1.6.4 ทักษะในการทำงานชุมชน เช่น การเป็นวิทยากรกระบวนการ การทำงานวิจัยทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ

1.6.5 การเสริมสร้างพลังชุมชน(Empowerment)

1.6.6 การเป็นผู้จัดกระบวนการเรียนรู้ในชุมชน

1.6.7 ให้โอกาสและรับฟังชุมชน

1.6.8 เป็นผู้สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน ทำตัวไม่แปลกแยกแต่เป็นส่วนหนึ่งของชุมชน

1.6.9 เป็นผู้สร้างความสัมพันธ์ที่บ่งคักปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งในงานราชการและเรื่องส่วนตัว

1.6.10 เป็นผู้สร้างความสัมพันธ์ให้เกิดความเข้าใจในวิธีการและเป้าหมายในการทำงานขององค์กร

1.6.11 เป็นผู้สร้างเครือข่ายรวมทั้งจัดเวทีแลกเปลี่ยน เรียนรู้ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

1.6.12 คิดนอกกรอบ มีวิธีทำงานที่ออกนอกกรอบแบบจากงานประจำที่ทำ

1.6.13 ติดตามความก้าวหน้าและพัฒนาการของชุมชนอย่างต่อเนื่อง

1.6.14 มีการทบทวน การประเมินผลการทำงานอย่างสม่ำเสมอ

นอกจากนี้ระบบที่เลี้ยงของเจ้าหน้าที่ยังเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ปฏิบัติเกิดความมั่นใจในการทำงาน ระบบที่เลี้ยงจะต้องมีทุกระดับ โดยเฉพาะระดับอำเภอ(เพื่อสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ระหว่างตำบล) และจังหวัด(เพื่อสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ระหว่างอำเภอ และช่วยขับเคลื่อนกระบวนการทำงานในเชิงระบบรวมทั้งนำองค์ความรู้ วิทยการที่ทันสมัยให้เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ได้เรียนรู้อยู่เสมอ)

1.7 ข้อพึงระวังในการทำงานชุมชน

ในการทำงานกับชุมชนมีข้อพึงระวังดังนี้

1.7.1 ความต่อเนื่องของงานในชุมชน

1.7.2 ควรยึดเวลาทำงานตามความสะดวกของชุมชน

1.7.3 ต้องแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน

- 1.7.4 เจ้าหน้าที่ต้องวางตัวเป็นกลางทางการเมืองทั้งระดับชาติและระดับท้องถิ่น
- 1.7.5 การเสนอคำตอบแทนให้กับอาสาสมัครชุมชนมีทั้งข้อดีและข้อเสีย ควรรอบคอบ
- 1.7.6 ควรทำงานที่เล็กและง่ายก่อนที่จะทำงานใหญ่และยาก จากนั้นค่อยขยายจากเล็กง่ายไปใหญ่ยาก
- 1.7.7 การทำงานกับชุมชนต้องระวังการครอบงำทางความคิด
- 1.7.8 ต้องไม่ทำงานแบบสั่ง ชี้นำ หรือบอกให้ชุมชนทำ
- 1.7.9 ก่อนลงมือทำงานควรทำความเข้าใจให้ชุมชนได้มองเห็นคุณค่าและประโยชน์ที่ชุมชนจะได้รับ
- 1.7.10 ไม่ทำแทนชาวบ้าน ควรให้ชุมชนคิดเอง ทำเอง

2.) กลุ่มโครงการที่มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพองค์กรและกลุ่มแกนนำต่าง ๆ ในชุมชน

การศึกษาโครงการของหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ศูนย์สุขภาพชุมชนจำนวน 48 โครงการในประเด็นการพัฒนากลุ่มแกนนำต่างๆ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานมุ่งการบริการที่ใกล้บ้านใกล้ใจและการสร้างการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆที่จะสนับสนุนการบริการที่จะนำไปสู่การดูแลตนเองและการพึ่งตนเองของชุมชนได้ จากการวิเคราะห์โครงการพบ ลักษณะโครงการที่เกิดขึ้นในการพัฒนากลุ่มแกนนำในชุมชนแบ่งออกได้เป็น 4 กลุ่มหลักๆ ได้แก่กลุ่มแกนนำระดับครอบครัว กลุ่มแกนนำระดับชุมชน กลุ่มแกนนำระดับเครือข่าย กลุ่มแกนนำเฉพาะ ซึ่งกระบวนการในการพัฒนาแต่ละประเภทจะมีความโดดเด่นเฉพาะตัวที่เป็นเอกลักษณ์ ในขณะที่เดียวกันก็มีความคล้ายคลึงกันบางส่วน อาทิ เครื่องมือ เทคนิค และแนวคิด เป็นต้น การนำเสนอข้อสรุปที่ได้จะแบ่งกลุ่มการพัฒนาออกเป็น 4 กลุ่มโดยนำเสนอใน 5 ประเด็น คือ 1) รูปแบบ / ลักษณะโครงการ/จุดมุ่งหมาย 2) แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินงาน 3) กระบวนการดำเนินงาน 4) เครื่องมือที่ใช้ในการทำงาน 5) ผลการดำเนินงาน

2.1 การพัฒนากลุ่มแกนนำระดับครอบครัว

2.1.1 รูปแบบ / ลักษณะโครงการ/จุดมุ่งหมาย ลักษณะของโครงการที่เน้นการดำเนินงานระดับครอบครัวนั้นการเขียนโครงการจะตั้งชื่อที่เน้นให้เห็นว่ามุ่งที่จะให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็นและสามารถจัดการสุขภาพภายในครอบครัวได้ชื่อโครงการที่ออกมาจึงมีชื่อเหล่านี้คือ แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว แกนนำสุขภาพดีประจำครัวเรือน การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติ ครอบครัวรักสุขภาพ แกนนำครอบครัว(หมอประจำบ้าน)การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ การเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวผ่านวิถีวัฒนธรรมชุมชน แกนนำครอบครัวกับการดูแลสุขภาพผู้วัยเรื้อรัง การพัฒนาศักยภาพแกนนำประจำครอบครัว เป็นต้น จะเห็นว่าเป้าหมายโครงการมุ่งไปที่ตัวแทนในครอบครัวที่คาดว่าจะเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพได้ ซึ่งกลุ่มเป้าหมายที่เลือกมักเป็น แม่บ้าน หรือบางครั้งจะใช้คำว่าผู้นำครอบครัวที่มุ่งไปที่พ่อบ้าน แต่ก็พบว่าผู้เข้าร่วมกระบวนการมักเป็นแม่บ้านเป็นส่วนใหญ่

2.1.2 แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินงาน เป้าหมายในการดำเนินงานนั้นมุ่งที่จะให้ครอบครัวเป็นครอบครัวที่มีความผาสุก เป็นครอบครัวที่สามารถประเมินสภาวะสุขภาพคนในครอบครัวได้ว่าอยู่ในกลุ่มสุขภาพดี สุขภาพเสี่ยง หรืออยู่ในสภาวะการเจ็บป่วย นอกจากนี้ยังมุ่งให้ครอบครัวสามารถสร้างเสริมสุขภาพคนในครอบครัวได้โดยเน้นไปที่เรื่อง 6 อ และที่จะเน้นอย่างเข้มข้นคือประเด็น อาหาร และการออกกำลังกาย นอกจากนี้โครงการยังเน้นให้ครอบครัวมีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นตามหลักสุขบัญญัติ รวมทั้งการประยุกต์

ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการดูแลสุขภาพและการดูแลสุขภาพในครอบครัวได้ อาทิผู้ป่วยเบาหวาน ความดัน หัวใจ โดยประยุกต์ด้านอาหารพื้นบ้าน การนวด การออกกำลังกายในแนวพื้นบ้าน เช่นการฟ้อนเจิง เป็นต้น แนวคิดที่ใช้จะเป็น แนวคิดการดูแลสุขภาพโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น แนวคิดการพึ่งตนเอง ความเข้มแข็งของครอบครัว เป็นต้น จะเห็นว่าการพัฒนาแกนนำระดับครอบครัวจะมีความซับซ้อนในการใช้แนวคิดในการทำงาน

2.1.3 กระบวนการดำเนินงาน กระบวนการพัฒนาที่โครงการต่างๆได้ทำส่วนใหญ่จะเน้นการอบรมให้ความรู้พร้อมทั้งมีการฝึกปฏิบัติโดยเนื้อหาการอบรมจะประกอบด้วยเรื่อง ความรู้เบื้องต้นในการดูแลสุขภาพ บทบาทการเป็นแกนนำครอบครัว ทักษะชีวิต การสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว ทักษะชีวิตคู่ การประเมินสุขภาพ โดยใช้แบบสอบถาม การประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพ (ดี เสี่ยง ป่วย) การสร้างเมนูอาหาร การบริหารกล้ามเนื้อการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การนวดไทย การใช้สมุนไพร การใช้ยาสามัญประจำบ้าน ธรรมะในชีวิตประจำวัน การบันทึกสุขภาพ การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง การบริโภคอาหาร การสุขภาพที่อยู่ออาศัย การออกกำลังกาย การควบคุมโรคในท้องถิ่น ทั้งนี้กระบวนการอบรมจะมีการบรรยาย การฝึกทักษะ การฝึกทำแบบบันทึก การดูแลสุขภาพ

2.1.4 เครื่องมือที่ใช้ในการทำงาน เนื่องจากกระบวนการพัฒนาแกนนำระดับครอบครัวจะไม่ค่อยมีความซับซ้อนเท่ากับการพัฒนากลุ่มอื่นๆดังนั้นเครื่องมือ ที่ใช้ในกระบวนการจะเป็นเรื่องง่ายๆ จะสอดคล้องกับกิจกรรมที่ทำ อาทิถ้าเป็นเรื่องสุขภาพบัญญัติ จะเป็นคู่มือตามหลักสุขภาพบัญญัติ คู่มือหมอประจำบ้าน ยาสามัญประจำบ้าน เป็นต้น

2.1.5 ผลการดำเนินงาน พบว่าแกนนำระดับครอบครัวมีความรู้และทักษะในการประเมินสุขภาพคนในครอบครัว อาทิการตรวจสุขภาพตนเอง ได้แก่การตรวจจะเร้งเด้านม สัมพันธภาพคนในครอบครัวดีขึ้น เกิดเครือข่ายแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว เกิดการรวมพลัง และการกระตุ้นให้ชุมชนได้ค้นหาปัญหาเลือกแนวทางแก้ไขได้เอง และประการสำคัญคือการได้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพระดับครอบครัวได้สำหรับบุคลากรสาธารณสุขนั้นพบว่าการทำงานสร้างสุขภาพง่ายขึ้นเพราะมีผู้ผ่านการอบรมเป็น แนวร่วม และความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนเพิ่มขึ้น

2.2 การพัฒนากลุ่มแกนนำระดับชุมชน

2.2.1 รูปแบบ / ลักษณะโครงการ/จุดมุ่งหมาย กระบวนการพัฒนาแกนนำระดับชุมชนจะพบค่อนข้างมาก ลักษณะโครงการที่ออกมาส่วนใหญ่จะมีความหลากหลาย เนื่องจากแกนนำในชุมชนมีหลายกลุ่ม การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายที่มาร่วมกระบวนการจึงขึ้นอยู่กับประเด็นว่าเป็นเรื่องอะไรและมีเป้าหมายให้เกิดการขับเคลื่อนสุขภาพในภาพรวมที่จะนำไปสู่ชุมชนเข้มแข็ง ชุมชนพึ่งตนเอง ชุมชนต้นแบบด้านสุขภาพ ชุมชนจัดการสุขภาพ หรือการเคลื่อนไหวประเด็น อาทิ การต้องการให้เกิดชมรมสร้างสุขภาพ เกิดกองทุนสร้างสุขภาพ เกิดแกนนำสร้างสุขภาพแบบองค์กรวม หรือต้องการให้เกิดชุมชนแห่งการเรียนรู้ แล้วไปเคลื่อนงานต่อในระดับครอบครัว เป็นต้น ลักษณะการเขียนโครงการจึงออกมาเป็น สุขภาพดีวิถีชุมชน การพัฒนาระบบสุขภาพที่พึ่งประสงค์ การสร้างทีมสร้างสุขภาพในชุมชน การพัฒนา แกนนำชุมชนเรียนรู้อย่างเป็นสุข แกนนำสุขภาพชุมชน ทีมสุขภาพองค์กรวมระดับชุมชน แกนนำหมู่บ้าน แกนนำสร้างสุขภาพระดับชุมชน การเสริมสร้างการเรียนรู้สุขภาพแบบมีส่วนร่วม ตำบลน่าอยู่ แกนนำเครือข่ายสร้างสุขภาพ บ้านเราสุขภาพดีชุมชนสุขภาพดีภาคีร่วมใจ แกนนำสุขภาพรวมพลังสร้างสุขภาพการพัฒนา การพัฒนาองค์กรสุขภาพภาคประชาชนโดยใช้กระบวนการคิดอย่างสร้างสรรค์เพื่อสนับสนุนเมืองไทยแข็งแรง หมู่บ้านสุขภาพดีด้วยแกนนำชุมชน การพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพสู่การพึ่งตนเองอย่างยั่งยืน การจัดการสาธารณสุขด้วยการพึ่งตนเองเพื่อการแก้ไขปัญหาภาคประชาชน กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสู่

แผนชีวิตชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพระดับพื้นที่ ทั้งนี้กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกระบวนการ จะมีความแตกต่างกันไป อาทิ ถ้าลักษณะโครงการเน้นไปที่แกนนำชุมชนหลายกลุ่มเพื่อไปขับเคลื่อนสุขภาพที่นำไปสู่ความเข้มแข็งของชุมชน หรือเพื่อให้เกิดแผนชุมชน ตัวแทนจะมีทั้ง อสม สมาชิก อบต เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน ตัวแทนชมรมผู้สูงอายุ ตัวแทนกลุ่มเยาวชน ตัวแทนครูในโรงเรียน ตัวแทนผู้มีสุขภาพดี เป็นต้น หากลักษณะโครงการเน้นไปที่เชิงประเด็น กลุ่มเป้าหมายก็จะเหลือเพียงบางกลุ่ม อาทิ ประเด็นการพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพกลุ่มเป้าหมายก็จะเป็น แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กลศ) ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมแม่บ้านอสม เป็นต้นหากเป็นการเน้นที่จะสร้างการดูแลสุขภาพระดับคุ้ม กลุ่มเป้าหมายจะเป็นตัวแทนระดับคุ้มหรือหัวหน้าคุ้ม เป็นต้น อย่างไรก็ตามพบว่า เป้าหมายการพัฒนาแกนนำระดับชุมชนนั้นสามารถแบ่งระดับออกไปได้ตั้งแต่ระดับคุ้ม ระดับหมู่บ้าน และระดับตำบล อันหมายถึงการขยายพื้นที่ออกไปตามลำดับ ยิ่งพื้นที่เป็นตำบลตัวแทนของกลุ่มเป้าหมายจะมากขึ้นตามลำดับและมีความหลากหลายด้วยเช่นกัน

2.2.2 แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินงาน แนวคิดที่ถูกนำมาใช้ในการพัฒนากลุ่มแกนนำระดับชุมชนนั้น จะพบว่าจะเป็น แนวคิดวัฒนธรรมชุมชน การเสริมพลังอำนาจ การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ชุมชนเข้มแข็งและการมีส่วนร่วม ศักยภาพชุมชน ภาวสุขภาพ นโยบายเมืองไทยแข็งแรง พันธมิตรสุขภาพ การจัดการสุขภาพโดยชุมชน แผนแม่บทชุมชน การพึ่งตนเองของชุมชน การสร้างสุขภาพเชิงรุก นโยบายสาธารณะ จะเห็นว่าแนวคิดที่ถูกนำมาใช้จะมุ่งไปที่การพัฒนาแกนนำเหล่านี้ให้มองไปที่เป้าหมายระดับหมู่บ้านหรือตำบลให้ไปสู่การจัดการสุขภาพ การพึ่งตนเอง การมีนโยบายสาธารณะ โดยอาศัยการเป็นภาวสุขภาพ การเป็นพันธมิตรทางสุขภาพด้วยกัน มาร่วมกันพัฒนาชุมชนด้วยกัน นอกจากนี้ยังมีบางโครงการที่เน้นการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบโดยการดึงบุคคลต้นแบบ เป็นการทำงานที่เริ่มจากสิ่งดีๆ เพื่อชี้ให้เห็นศักยภาพที่มีอยู่ล้าค่อยเคลื่อนงานออกไปโดยการทำให้สุขภาพขึ้นมา

2.2.3 กระบวนการดำเนินงาน ในภาพรวมกระบวนการพัฒนาจะเริ่มด้วย ๑ กระบวนการพัฒนาศักยภาพและการสร้างจิตสำนึกเพื่อการพึ่งตนเองทางสุขภาพ และเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจระบบสุขภาพแบบองค์รวม ในกลุ่มองค์กรต่างๆ ในรูปของการจัดเวทีแลกเปลี่ยน การเสวนา การอบรมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ๒ กระบวนการวิเคราะห์ชุมชนเพื่อทำให้ทีมงานได้เห็นสถานการณ์ชุมชนว่าเป็นอย่างไร โดยเครื่องมือที่ถูกนำมาใช้จะมีหลายลักษณะ อาทิ กระบวนการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วมเช่น PRA เครื่องมือทางสังคม 7 ชิ้น (คือ แผนที่ชุมชน กลุ่มองค์กรในชุมชน ผังเครือญาติ ปฏิทินชุมชน ประวัติศาสตร์ชุมชน ระบบสุขภาพชุมชน) การสร้างภาพฝันของชุมชนโดยกระบวนการ AIC บางที่จะใช้กระบวนการโสกัน ๓ ลำดับถัดมาจะเป็นการวิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็ง (SWOT) อาทิ การค้นหาสิ่งดีๆที่มี การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น และการคัดเลือกปัญหาเพื่อนำไปสู่การวางแผนแก้ไขโดยจะออกมาเป็นแผนชุมชน และโครงการที่จะนำไปสู่การปฏิบัติการ ๔ ลำดับถัดมาจะเป็นการนำแผนงานโครงการที่ออกมาไปสู่การปฏิบัติโดยได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในรูปของงบประมาณ และการจัดกิจกรรมต่างๆ ๕ กระบวนการติดตามประเมินผลโดยการจัดประชุม การออกไปเยี่ยมเยียน และการจัดเวทีแลกเปลี่ยนการทำงาน บางพื้นที่จะเสริมกิจกรรมเพื่อให้เกิดการแข่งขันโดยใช้การประกวด เป็นต้น

2.2.4 เครื่องมือที่ใช้ในการทำงาน กระบวนการพัฒนาแกนนำระดับชุมชนนั้น เทคนิคที่ถูกนำมาใช้จะเป็นกิจกรรมที่เน้น การพัฒนาความรู้ความเข้าใจและทักษะการทำงานในชุมชน โดยจะเน้นการค้นหาสิ่งดีๆ และค้นหาปัญหา การวิเคราะห์ การประเมิน การนำไปสู่การได้แผนชุมชน โดยกระบวนการจะเน้นการมีส่วนร่วม

การสร้างสำนึกร่วม เทคนิคที่ใช้จึงเป็นกลุ่มเทคนิคต่างๆ ที่ไม่ใช่การอบรมเพียงอย่างเดียว แต่จะเป็นการจัดเวที การเสวนาแลกเปลี่ยน การทำประชาคม การฝึกปฏิบัติจริงในชุมชน โดยมีการใช้เทคนิคดังที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว

2.2.5 ผลการดำเนินงาน พบว่าการพัฒนาแกนนำระดับชุมชนนั้นสิ่งที่เกิดขึ้นตามมาคือ แกนนำชุมชน กลุ่มองค์กรต่างๆ ได้มองเห็นศักยภาพตนเอง ได้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ได้มองเห็นปัญหา ได้แนวทางแก้ไข ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชน หรือการเป็นเจ้าภาพการทำงาน โดยออกมาในรูปแบบของการทำแผนสุขภาพชุมชนที่สอดคล้องกับพื้นที่ รวมทั้งการเกิดโครงการต่างๆ ที่เกิดจากความสนใจ และร่วมกันคิดขึ้นมาที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน เกิดความเป็นเจ้าของ ทั้งนี้แกนนำที่สำคัญอาทิ อบต ได้ร่วมสนับสนุนด้านการนำแผนเข้าสภา สนับสนุนด้านงบประมาณ กลุ่มอสม เป็นผู้นำและเป็นแกนนำที่จะไปสร้างการมีส่วนร่วม ชักชวนคนกลุ่มต่างๆ มาร่วมสร้างและจัดการกับปัญหาต่างๆ อาทิ กลุ่มเยาวชนกับเรื่องยาเสพติด กลุ่มนักเรียนกับเรื่องการควบคุมใช้เหลืออก กลุ่มแม่บ้านกับการออกกำลังกาย การรณรงค์เรื่องการตรวจมะเร็งเต้านม มะเร็งมดลูก กลุ่มผู้สูงอายุในประเด็นการสร้างสุขภาพเป็นต้น นอกจากนี้สิ่งที่เห็นคือการเกิดการทำงานเป็นทีม การเกิดสภาสุขภาพรายหมู่บ้านที่ได้สร้างพันธมิตรบูรณาการร่วมกันในการพัฒนาระบบสุขภาพ เกิดคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ที่จะไปสนับสนุนการทำงานใน ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) ได้เรียนรู้กระบวนการพัฒนาที่มงาน และการพัฒนาชุมชนที่จะนำไปสู่การพึ่งตนเอง การเกิดชุมชนต้นแบบ บุคคลต้นแบบ สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเองได้เรียนรู้ที่จะลงไปทำงานกับชุมชน ได้เห็นศักยภาพชุมชน ได้แนวทางใหม่ๆ ในการทำงาน ได้ทีมงานมากขึ้นนอกสถานบริการ ได้เปลี่ยนบทบาทตนเองจากผู้ทำเองเป็นบทบาทการอำนวยความสะดวก (FACILITATOR) บทบาทการเป็นที่เลี้ยง ผู้ประสานงาน สนับสนุนการมีส่วนร่วม นอกจากนี้ยังเกิดความรู้ใหม่ที่แตกต่างจากความรู้ในทฤษฎี ที่สามารถเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของคนกับสิ่งแวดล้อมเพื่อพยายามปรับตัวสู่ความสมดุลของการดำเนินชีวิต นอกจากนี้การทำงานดังกล่าวยังทำให้หมู่บ้านผ่านตัวชี้วัดงานเมืองไทยแข็งแรงอีกด้วย

2.3 การพัฒนากลุ่มแกนนำระดับเครือข่าย

2.3.1 รูปแบบ / ลักษณะโครงการ/จุดมุ่งหมาย กระบวนการพัฒนาแกนนำระดับเครือข่ายจะพบค่อนข้างน้อย การจะทำงานในลักษณะเครือข่ายได้นั้นส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่จะดำเนินงานต่อยอดงาน หรือการมีกลุ่มองค์กรที่ได้พัฒนามาระดับหนึ่งแล้ว ซึ่งกลุ่มองค์กรเหล่านี้มีลักษณะกลุ่มที่มีความหลากหลายของคน เช่นมีทั้ง อสม อบต ปราชญ์ชาวบ้าน ผู้นำชุมชน และกลุ่มเฉพาะ กลุ่มอสม กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง นอกจากนี้จะเป็นพื้นที่หมู่บ้านที่มีความเข้มแข็งมาพอสมควร มีองค์กรที่มีศักยภาพมาระดับหนึ่งแล้ว และมีเป้าหมายที่จะสร้างความเป็นเครือข่ายเพื่อร่วมกันขับเคลื่อนงานสุขภาพในพื้นที่ ลักษณะเครือข่ายที่ออกมาจึงเป็น เครือข่ายองค์กรแห่งการเรียนรู้ เครือข่ายการดูแลสุขภาพภาคประชาชน เครือข่ายชมรมสร้างสุขภาพเพื่อสุขภาพดี การรวมพลังสร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม การสร้างศูนย์ประสานงานบรรเทาทุกข์จากภาวะเจ็บป่วย การเสริมสร้างและพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมที่เข้มแข็งของภาคีเครือข่าย การสร้างทีมสุขภาพระดับพื้นที่ การสร้างกลุ่มเครือข่ายควบคุมใช้เหลืออก เป็นต้น อย่างไรก็ตามพบว่ามีการนำเครือข่ายไปใช้ในระดับหมู่บ้านด้วยเช่นกัน อาทิ เครือข่ายสร้างสุขภาพ เครือข่ายครอบครัว

2.3.2 แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินงาน แนวคิดที่นำมาใช้ได้แก่ แนวคิดการดูแลสุขภาพโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น วิถีชุมชน ผู้นำธรรมชาติ การทำงานแบบเครือข่าย นวัตกรรมในการทำงาน เครือข่ายพันธมิตร การมีส่วนร่วมได้ส่วนเสีย (STECKHOLDER) แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา จากแนวคิดดังกล่าวจะนำไปสู่การออกแบบการทำโครงการต่อไป

2.3.3 กระบวนการดำเนินงาน กระบวนการที่ถูกนำมาใช้นั้นจะมีความคล้ายคลึงกันเป็นส่วนใหญ่โดยขั้นตอนแรกจะเริ่มจาก 1) การจัดประชุม การจัดเวที หรือการอบรมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันและร่วมกันระดมค้นหาปัญหาหรือการค้นหาล้างสิ่ง 2) การตั้งคณะทำงานหรือคณะกรรมการเครือข่าย เพื่อวางโครงสร้างการทำงานร่วมกัน 3) การพัฒนาศักยภาพทีมเครือข่ายโดยกระบวนการอบรม การพาไปดูงาน การเปิดเวทีแลกเปลี่ยน 4) การสนับสนุนให้กลุ่มเครือข่ายพัฒนาโครงการขึ้นมารองรับสิ่งที่อยากพัฒนา 5) สนับสนุนการดำเนินงานในรูปของงบประมาณ 6) การติดตาม โดยการจัดประชุม จัดเวทีเสนอความก้าวหน้า การดำเนินงาน 7) การสรุปผลการทำงาน

2.3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการทำงาน กระบวนการข้างต้น สิ่งที่จะถูกนำมาใช้คือ การสร้างการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม หลักสูตรวิทยากรกระบวนการเพื่อการเปลี่ยนแปลงสู่การพึ่งตนเอง กระบวนการปลูกจิตสำนึก การพัฒนาโครงการ การผลิตสื่อ

2.3.5 ผลการดำเนินงาน เกิดการปรับกระบวนการทัศน์ใหม่ในการทำงานเกิดการปรับความคิด เกิดจิตสำนึก เข้าใจทุกข์ของตนเอง ทุกข์ของแผ่นดิน เกิดการเชื่อมเครือข่ายชุมชนเข้มแข็ง และการเป็นศูนย์การอบรม วิทยากรกระบวนการเพื่อการเปลี่ยนแปลงสู่การพึ่งตนเอง และการพึ่งพากันเอง(วปอ.) กระบวนการเรียนรู้เป็นทีม เกิดการผลิตชุดความรู้ จากภูมิปัญญาท้องถิ่น สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขนั้นเกิดการเรียนรู้วิถีชุมชน การได้แนวร่วมในการพัฒนาสุขภาพทำให้การทำงานง่ายขึ้น ได้เรียนรู้วิถีชีวิต (LIFE STYLE) วิถีประชา (FOLK WAY) เรียนรู้วิธีค้นหาปัญหาและแหล่งทุนในชุมชน

2.4 การพัฒนากลุ่มแกนนำที่มีลักษณะเฉพาะ

2.4.1 รูปแบบ / ลักษณะโครงการ/จุดมุ่งหมาย ลักษณะโครงการที่ทำนั้นจะเน้นการเลือก ประเด็นเฉพาะที่สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่นกลุ่ม อสม กลุ่ม แม่บ้าน กลุ่มเยาวชน กลุ่มผู้ป่วยและญาติ ชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น โดยเป้าหมายการพัฒนานั้นจะมุ่งให้กลุ่มเหล่านี้ไปขับเคลื่อนงานในพื้นที่ ในกลุ่มตนเองและแกนนำอื่นๆ ทั้งนี้ กลุ่ม อสม จะเป็นกลุ่มเป้าหมายที่ถูกเลือกมากที่สุด โดยประเด็นที่จะนำมาพัฒนามีทั้ง การดึงให้ อสม เป็นแกนนำโรคไร้เชื้อ เป็นผู้เชี่ยวชาญงานสาธารณสุขมูลฐาน 14 องค์ประกอบ หรือ อสมไปทำหน้าที่ รณรงค์ การคัดกรองผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น โครงการที่ออกมาได้แก่ **ชุมชนอาสาดูแลสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรัง** เป็นการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยที่บ้าน กลุ่มผู้ป่วยและญาติ ในโรคเรื้อรัง 3 โรคคือ โรคความดัน โรคเบาหวาน โรคหัวใจ **การพัฒนาทักษะแกนนำสตรีและ อสม ดูแลสุขภาพใกล้บ้านใกล้ใจ** เป็นการอบรมความรู้ 2 กลุ่มเป้าหมายคือแกนนำสตรีและ อสม ใน 4 เรื่องคือ โรคมะเร็ง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหัวใจ **การพัฒนาศักยภาพ อสมและเยาวชนในการมีส่วนร่วมกับชุมชน** เป็น การพัฒนาศักยภาพกลุ่มเยาวชนโดยมี อสม เป็นแนวร่วมโดยมุ่งให้เยาวชนได้เรียนรู้ปัญหาและการ พัฒนาในชุมชนโดยการจัดเข้าค่าย และใช้กระบวนการ AIC การอบรมแกนนำแม่บ้านชนบทสร้างสุขภาพอย่างยั่งยืน โดยเน้นความรู้ 6 อ. และการสร้างสุขภาพ การอบรมแกนนำเรียนรู้้อย่างสุข เป็นการอบรม อสม ในเนื้อหา เครื่องมือศึกษาชุมชน 7 ชิ้น **ชมรมสร้างสุขภาพร้อยใจห่วงใยผู้ป่วยเบาหวาน** กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยเบาหวานและที่เสี่ยงเบาหวาน เป้าหมายเพื่อการเสริมพลังอำนาจในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยมีที่เลี้ยงคอยติดตามสนับสนุน **การเพิ่มศักยภาพ อสม เฉพาะด้าน 10 สาขา** เป็นการเสริมศักยภาพ อสม เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจและทักษะการทำงาน 10 ด้าน (สุขภาพจิต ศสมช. ยาเสพติด พัฒนาสังคม การคุ้มครองผู้บริโภค เอดส์ ไข้เลือดออก การออกกำลังกาย การสร้างสุขภาพ แพทย์แผนไทยและภูมิปัญญาท้องถิ่น) การเสริมพลังอำนาจในผู้ป่วยเรื้อรัง กลุ่มเป้าหมายได้แก่แกนนำชุมชน อสม ผู้ป่วย เพื่อเสริมพลังอำนาจให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง การสร้างทีมสุขภาพผู้ดูแลเด็ก(3 ด้าน โภชนาการ พัฒนาการ และ

สุขภาพ)เป็นการค้นหาผู้นำตามธรรมชาติที่จะมาทำหน้าที่ดูแลเด็ก จะเห็นได้ว่าการพัฒนากลุ่มแกนนำเหล่านี้จะเน้นประเด็นเฉพาะ และกลุ่มเป้าหมายมีทั้งกลุ่มเดียว หรือใช้หลายกลุ่มร่วมกัน

2.4.2 แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินงาน แนวคิดที่ถูกนำมาใช้มักจะเป็นการเสริมพลัง (EMPOWERMENT) SELF HELP GROUP การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

2.4.3 กระบวนการดำเนินงาน กระบวนการที่ถูกนำมาใช้ส่วนใหญ่จะเป็นเริ่มที่ 1) การพัฒนาศักยภาพ ในรูปของการอบรมเชิงปฏิบัติการ การเข้าค่าย การฝึกปฏิบัติเครื่องมือ 7 อย่าง 2) การนำความรู้สู่การปฏิบัติโดยการมาฝึกปฏิบัติงานในสถานอนามัย การจัดเวที การออกไปปฏิบัติจริงในพื้นที่ การเยี่ยมบ้าน การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง 3) การติดตามประเมินผลและรายงานความก้าวหน้าในรูปของการจัดประชุมนำเสนอ แลกเปลี่ยนการทำงาน 4) การสรุปผลการทำงาน

2.4.4 เครื่องมือที่ใช้ในการทำงาน เครื่องมือที่ใช้จะเป็นกลุ่มเทคนิคต่างๆ อาทิ การทำแผนที่เดินดิน การทำผังเครือญาติ การวิเคราะห์ปฏิทินชุมชน การวิเคราะห์ประวัติศาสตร์ชุมชน การวิเคราะห์ระบบสุขภาพ

2.4.5 ผลการดำเนินงาน พบว่า ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยมีความมั่นใจ ยอมรับการดูแลจาก อาสาสมัคร การมองเห็นศักยภาพในตนเอง กลุ่มเป้าหมายเกิดความตระหนัก เกิดเครือข่ายควบคุมโรคเรื้อรัง และโรคติดต่อ ในหมู่บ้าน เกิดความพึงพอใจทุกฝ่าย อสม.และกลุ่มแกนนำต่างๆมีความรู้และทักษะในการทำงาน การจัดการสุขภาพในชุมชน แม้บ้านสามารถดูแลสุขภาพคนในครอบครัวได้ ด้านเจ้าหน้าที่สาธารณสุขนั้นได้เรียนรู้ที่จะทำงานให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย สอดคล้องกับวิถีชุมชน ปฏิทินชุมชน

จะเห็นว่าการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนทั้งหลายได้เขียนโครงการขึ้นมาเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน โดยเน้นไปที่การทำงานแบบรุกเข้าไปที่ชุมชนโดยการเสริมสร้างศักยภาพกลุ่มแกนนำต่างๆที่มีอยู่แล้วในชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพนับแต่ระดับ บัณฑิต ครอบคลุม ชุมชน และระดับเครือข่าย โดยได้มีการใช้แนวคิดต่างๆ การใช้กระบวนการและกลุ่มเทคนิคหลายแบบ โดยอาศัยการมีส่วนร่วม การปรับวิธีคิดในการทำงาน การเสริมสร้างพลังอำนาจ การหันไปให้ความสำคัญกับภูมิปัญญาท้องถิ่น การทำงานที่ให้ความสำคัญกับวิถีชุมชน ทำหน้าที่ผู้อำนวยการความสะดวก เป็นพี่เลี้ยงมิใช่ผู้ทำหน้าที่ให้ ทำหน้าที่ประสาน สนับสนุน ให้กำลังใจ ดูจะเป็นการปรับบทบาทการทำงานในสถานบริการของรัฐ ที่น่าสนใจ และน่าจะมีการส่งเสริมอย่างต่อเนื่อง มีข้อเสนอแนะตามโครงการ นอกจากนั้นการได้จัดโอกาสให้มีการสรุปบทเรียนการทำงานร่วมกันก็น่าจะเป็นช่องทางที่ควรได้กระทำ

3.) กลุ่มโครงการที่มุ่งเน้นการสร้างความร่วมมือระหว่างเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิกับชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3.1 แนวคิดที่ใช้

จุดเริ่มของการพัฒนาการสร้างการมีส่วนร่วม เกิดจากการที่ภาคีเครือข่ายได้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงประจักษ์ จากข้อมูลแฟ้มอนามัยครอบครัว สภาพปัญหาสุขภาพของประชาชน พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่และจากการศึกษา วิเคราะห์นโยบายของรัฐบาลและจากกระทรวงที่เกี่ยวข้อง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้นำมาซึ่งการร่วมคิด ร่วมทำและกำหนดแนวทางการพัฒนาภายใต้การทำโครงการพัฒนาในพื้นที่ เพื่อให้เกิดกระบวนการพัฒนาที่ต่อเนื่องและเป็นรูปธรรมอย่างแท้จริง

3.2 กระบวนการและขั้นตอนการพัฒนา

3.2.1 การเลือกพื้นที่เป้าหมาย

เป็นการกำหนดและคัดเลือกภายใต้การใช้ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และการวิเคราะห์ด้วยแบบประเมินตนเองของศูนย์สุขภาพชุมชน เป้าหมายส่วนมากจะเป็นเป้าหมายที่ยึดหลักการว่า ต้องเป็นชุมชนที่เข้มแข็ง อาสาสมัครสาธารณสุขเข้มแข็งและให้ความร่วมมือ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุน โดยนำเอาปัญหาประเด็นที่ต้องการพัฒนาเป็นจุดเชื่อมของการสร้างความร่วมมือ

3.2.2 การเลือกกลุ่มเป้าหมายในการร่วมกิจกรรม

1) กลุ่มสนับสนุนหรือเครือข่ายร่วมกิจกรรม ประกอบด้วยองค์หลัก 3 ส่วน คือ บุคลากรภาครัฐ (หน่วยงานสาธารณสุข ศึกษา เกษตร และมหาดไทย) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชน (อส. ผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน / กำนัน ปราชญ์ / ผู้ทรงคุณวุฒิ / ผู้สูงอายุและเยาวชน)

2) กลุ่มเป้าหมายพัฒนา ได้แก่ กลุ่มที่เกี่ยวข้องกับประเด็น / ปัญหาที่ต้องการแก้ไข / พัฒนา ส่วนมากได้แก่ กลุ่มเสี่ยง / ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

การยืนยันและการสร้างการมีส่วนร่วมในการคัดเลือกพื้นที่ การคัดเลือกเป้าหมายการพัฒนา พื้นที่ส่วนมากใช้วิธีการจัดเวทีประชาคม เสวนาเพื่อให้ทุกภาคส่วนได้ร่วมกันพิจารณาและเลือกพื้นที่ร่วมกันต่อไป

3.3 เทคนิคและเครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา

3.3.1 เทคนิคที่ใช้เพื่อการสร้างการมีส่วนร่วม

ใช้เทคนิคการอบรมอย่างมีส่วนร่วม เทคนิคที่ใช้ส่วนมาก คือ เทคนิคการวางแผนอย่างมีส่วนร่วม (AIC) Outcome Mapping Community empowerment การจัดเวทีประชาคมและมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

- 1) การประชุมชี้แจงให้ทราบวัตถุประสงค์และแนวทางการดำเนินงาน
- 2) การนำเสนอข้อมูลให้ร่วมวิเคราะห์และประเมินผล

3.3.2 การศึกษาและการเข้าถึงปัญหาของชุมชน มีเทคนิคที่ใช้ คือ

- 1) การเก็บข้อมูลอย่างมีส่วนร่วม
- 2) การจัดเวทีฟื้นฟูความสัมพันธ์ของคน 3 รุ่น กลุ่มเยาวชน กลุ่มวัยแรงงานและกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดผล 3 อย่างต่อไปนี้

- 1.1) การวิเคราะห์สถานการณ์ชุมชนตามมิติของเวลา
- 1.2) การสร้างความเข้าใจในด้านการบริหารการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชน
- 1.3) การจัดเวทีเรียนรู้ร่วมกันและการป้อนข้อมูลคืนชุมชน

3.3.3 การพัฒนาให้เกิดกระบวนการและกิจกรรมที่ต่อเนื่อง

- 1) การสร้างสัมพันธภาพอย่างต่อเนื่อง ระหว่างทีมสุขภาพและทีมชุมชน โดยใช้วิธีการเยี่ยมบ้าน การสำรวจชุมชนและการทำผังเครือญาติ
- 2) การจัดทำกิจกรรมตามแผนปฏิทินของชุมชน
- 3) การจัดมหกรรมสุขภาพ
- 4) การรณรงค์สร้างจิตสำนึกรักถิ่นฐานบ้านเกิดและภูมิปัญญาโดยการทำกิจกรรม

- 5) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนในการทำโครงการ
- 6) การแบ่งประเภทการทำกิจกรรมร่วมกับกลุ่มทางสังคม 3 กลุ่ม ประกอบด้วย
 - 6.1) กลุ่มอาชีพ / ธุรกิจ เพื่อสร้างอาชีพของกลุ่มในชุมชน
 - 6.2) กลุ่มบริหารด้านการเงิน
 - 6.3) กลุ่มการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน
- 7) การสร้างกระบวนการติดตามผลแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

3.3.4 เทคนิคการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน

- 1) การจัดกิจกรรมการให้ความรู้ตามความต้องการของประชาชน
- 2) การพัฒนาศักยภาพของ อสม.
 - 2.1) การจัดกระบวนการเรียนรู้ให้ อสม. เป็นแกนนำ โดยการจัดประชุมสัญจรในกลุ่ม

อสม.

- 2.2) จัดการศึกษาดูงานต่างอำเภอ ต่างจังหวัดและในพื้นที่ใกล้เคียง

- 3) การจัดการอบรมให้เกิดความรู้ / การเรียนรู้แบบฐานการเรียนรู้ โดยใช้เนื้อหา 6 อ. เป็น

ประเด็นขับเคลื่อน

- 4) พัฒนาระบบการสนับสนุนการพึ่งตนเองของชุมชน โดยการ
 - 1) จัดกระบวนการพัฒนาให้มีหมู่บ้านสร้างสุขภาพ/มีการจัดประกวดหมู่บ้าน
 - 2) การจัดชมรมสร้างสุขภาพ
 - 3) สร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพในระดับหมู่บ้าน / ชุมชน
 - 4) พัฒนาและจัดทำแผนสร้างสุขภาพ
 - 5) พัฒนากลไกการเขียนแผนงาน / โครงการ
 - 6) เรียนรู้การค้นหาทุกข์และปัญหาของชุมชน
- 5) พัฒนาให้มีทีมสุขภาพระดับตำบล / หมู่บ้านทำหน้าที่เยี่ยมบ้าน
- 6) จัดให้มีคณะกรรมการสุขภาพในระดับหมู่บ้าน
 - 6.1) จัดตั้งคณะกรรมการเครือข่ายสร้างสุขภาพ
 - 6.2) สร้างประชารัฐ เพื่อช่วยในการพัฒนา แก้ปัญหาสุขภาพ
- 7) อบรมให้ความรู้เรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ
- 8) อบรมให้ความรู้เรื่อง ยาเสพติดและการป้องกันแก่กลุ่มเยาวชน
- 9) อบรมให้ความรู้เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพใจในครอบครัวแก่แกนนำในหมู่บ้านและ อสม.

3.3.5 การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

- 1) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร
 - 1.1) มีการประชุมทีมงานที่ต่อเนื่อง
 - 1.2) จัดทำแผนพัฒนาศักยภาพ
 - 1.3) จัดทำแฟ้มประวัติบุคลากร
 - 1.4) สำนวณประเมินความพึงพอใจ
- 2) พัฒนาระบบบริการให้ได้มาตรฐาน

2.1) พัฒนาให้มีระบบบริการแบบองค์รวม โดย

- สร้างแกนนำสุขภาพในระดับหมู่บ้าน / ชุมชน
- จัดตั้งคณะทำงานการบริหารจัดการสุขภาพชุมชน
- กำหนดแนวทางการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมที่ทีมพัฒนาประกอบด้วย

อบต. ผู้อำนวยการโรงเรียน พระ ผู้ใหญ่บ้าน แม่บ้าน อสม. และเยาวชน

2.2) พัฒนาระบบส่งต่อที่มีคุณภาพมาตรฐาน

2.3) พัฒนาระบบการดูแลโรคเรื้อรัง : จัดตั้งคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตใน

ระดับ CUP

2.4) อบรมพยาบาลชุมชน

3.3.6 สร้างเสริมกระบวนการพัฒนาที่ต่อเนื่องและยั่งยืน

- 1) ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการจัดทำวิจัย
- 2) จัดให้มีแฟ้มอนามัยครอบครัว สมุดสุขภาพประจำครอบครัวและแฟ้มสุขภาพชุมชน
- 3) พัฒนาความรู้และศักยภาพชุมชนอย่างต่อเนื่อง
 - 3.1) จัดทำเอกสารประชาสัมพันธ์ในเรื่องสุขภาพที่ควรรู้
 - 3.2) จัดทำคู่มือการดูแลสุขภาพเบื้องต้นประจำครอบครัว
 - 3.3) ตรวจประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ตามแบบประเมินคุณภาพชีวิตของ WHO

3.4 ผลสำเร็จของการพัฒนา

3.4.1 การพัฒนาศักยภาพของกำลังคน

1) บุคลากรสาธารณสุข

- 1.1) เปลี่ยนแปลงแนวคิดจากการลงมือปฏิบัติเป็นการสนับสนุนและส่งเสริม
- 1.2) มีความมั่นใจในการเรียนรู้ร่วมกับชุมชน
- 1.3) มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ของเจ้าหน้าที่
- 1.4) มีทักษะในการบริหารโครงการมากขึ้น
- 1.5) มีการทำงานที่คิดเป็นระบบระเบียบมากขึ้น
- 1.6) มีสัมพันธภาพที่ดีต่อชุมชน เรียนรู้ที่จะเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน
- 1.7) มีความเข้าใจในความหมายของคำว่า " การพัฒนาแบบองค์รวม "
- 1.8) มีความตื่นตัวต่อการพัฒนา
- 1.9) เกิดการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างเครือข่ายทั้งในระดับจังหวัด ระดับภาคและพื้นที่ใกล้เคียง
- 1.10) มีกระบวนการพัฒนาทักษะของเจ้าหน้าที่ที่ต่อเนื่องและยั่งยืน
- 1.11) ทำให้เกิดการทำงานเป็นทีม เรียนรู้การทำงานภายใต้ภารกิจของทีม
- 1.12) เรียนรู้กระบวนการวิจัยในชุมชน มีการคืนข้อมูลสุขภาพสู่ชุมชน
- 1.13) มีการทำงานที่มีความสุข และทำให้เกิดการเรียนรู้
- 1.14) มีเวทีเรียนรู้ระหว่างทีมสุขภาพในศูนย์สุขภาพชุมชน

2) ประชาชน ผู้นำชุมชน อบต. และเครือข่าย

- 2.1 มีโอกาสเรียนรู้ทั้งภายในและภายนอกชุมชน
- 2.2 มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารและมีความรู้ที่ครอบคลุม
- 2.3 มีทักษะในการคิด วิเคราะห์และแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง
- 2.4 มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

3.4.2 การพัฒนาคุณภาพของงาน

- 1) มีแฟ้มข้อมูล / ระบบข้อมูลที่สมบูรณ์
- 2) มีผลการพัฒนาที่ประสบผลสำเร็จ บรรลุเป้าหมายได้ครอบคลุมมากขึ้น
- 3) มีรูปแบบการทำงานจากสถานบริการถึงระดับครอบครัว
- 4) มีเครื่องมือในการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ง่าย
- 5) มีเครือข่ายการทำงานร่วมกัน : เกิดความร่วมมือของคน 3 รุ่นอายุ
- 6) สถานบริการผ่านเกณฑ์มาตรฐาน
- 7) มีการบริการที่เกิดทางเลือกในการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานทำให้ประชาชนมีความพึงพอใจ
- 8) เกิดแกนนำในการดูแลสุขภาพของครอบครัวที่หลากหลายกลุ่มอายุ
- 9) มีการดูแลสุขภาพด้วยตนเองโดยเริ่มตั้งแต่ระดับครอบครัว

3.4.3 การบริหารจัดการ

- 1) ทำให้การพัฒนาภายใต้เป้าหมาย / ตัวชี้วัดบรรลุผล
 - 1.1) มีหมู่บ้านสร้างสุขภาพ
 - 1.2) มีหมู่บ้านจัดการสุขภาพ
 - 1.3) มีชมรมสร้างสุขภาพ
 - 1.4) มีหมู่บ้านนำร่องในฝันของมหาดไทย)
 - 1.5) หมู่บ้านสัมพันธภาพที่ดี(สำนักงานตำรวจแห่งชาติ)
 - 1.6) มีหมู่บ้านสร้างสุขภาพด้วยพลังชุมชน(กรมสุขภาพจิต)
- 2) ผู้นำได้รับรางวัลที่สร้างให้เกิดความภาคภูมิใจ(ผู้ใหญ่บ้านแทนทองคำ)
- 3) ชุมชนมีการกำหนดกฎ กติกาของชุมชนเอง
- 4) ทำให้เกิดมีอาชีพ มีสินค้า OTOP ระดับ 5 ดาว

3.5 แนวคิดของการขยายผล

- 3.5.1 ควรเริ่มต้นพัฒนาในชุมชนเล็ก ๆ ก่อน
- 3.5.2 แสวงหาพันธมิตรในหน่วยงาน เครือข่ายที่สามารถทำงานร่วมกันได้
- 3.5.3 แสวงหาความร่วมมือจากชุมชน โดยใช้ประเด็น ๆ ปัญหาที่ชุมชนสนใจ
- 3.5.4 การทำกิจกรรม ต้องให้ชุมชนกำหนดเวลาและนัดหมาย และกำหนดกิจกรรมการพัฒนาเองที่สำคัญเจ้าหน้าที่ต้องตรงเวลา

- 3.5.5 ต้องมีการขยายหมู่บ้านจัดการสุขภาพภาคประชาชน
- 3.5.6 ต้องเชื่อมั่นว่า ประชาชนมีศักยภาพ มีภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพ ที่ถ่ายทอดจากโบราณ การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชุมชนและองค์กรต่างๆ ในชุมชนทำให้มีการพัฒนาที่ต่อเนื่อง

บรรณานุกรม

บรรณานุกรมภาษาไทย

- กาญจนา แก้วเทพ. การพัฒนาแนววัฒนธรรมชุมชน:โดยถือมนุษย์เป็นศูนย์กลาง. กรุงเทพฯ:สามัคคีสาส์น, 2538.
- โกวิทย์ พวงงาม. การปกครองท้องถิ่นไทยหลักการและมิติใหม่ในอนาคต. กรุงเทพมหานคร : วิทยุชน, 2543.
- กองราชการส่วนตำบล กรมการปกครอง. รวมกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานขององค์การบริหารส่วนตำบล. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อสาธิตาติณแดน, 2542.
- _____. รวมกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานขององค์การบริหารส่วนตำบล(รวมฉบับแก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ.2542). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อสาธิตาติณแดน, 2544.
- กองวิชาการและแผนงาน กรมการปกครอง. คู่มือการปฏิบัติงานสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล. เอกสารสิ่งพิมพ์ ลำดับที่ 9/2538. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ส่วนท้องถิ่น, 2538.
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การถ่ายโอนงานสุขภาพชุมชนสู่การกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: การดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชนในปี 2547. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2546.
- _____. สิทธิหน้าที่ พลเมือง ระบบสุขภาพภาคประชาชน. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร : เติเอช, 2546.
- กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสนับสนุนและพัฒนากการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ. การประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การกระจายอำนาจด้านสุขภาพในพื้นที่จังหวัด(กลุ่มแรก). กรุงเทพมหานคร, 2544.
- กรมการปกครอง. กฎระเบียบและข้อบังคับสภาตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ส่วนท้องถิ่น, 2538.
- _____. คู่มือองค์การบริหารส่วนตำบล. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ส่วนท้องถิ่น, 2539.
- _____. แนวทงนโยบายการจัดการศึกษาในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระยะ 15 ปี (พ.ศ. 2545 – 2549). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อสาธิตาติณแดน, 2544.
- กรมควบคุมโรคติดต่อ, กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. . กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, 2544.
- เกรียงศักดิ์ เขียวยิ่งและคณะ. รายงานการวิจัยเรื่องรูปแบบการพัฒนากการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบลเพื่อเพิ่มสมรรถนะในการจัดการทรัพยากร. ขอนแก่น : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2542.
- เกรียงศักดิ์ อัดประเสริฐกุล และคณะ. การกระจายอำนาจการบริหารงานสาธารณสุขมูลฐานสู่องค์การบริหารส่วนตำบล. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ หจก. พี.เอ็นการพิมพ์, 2539.
- จารุพงศ์ พลเดช และคณะ. ปัญหาการบริหารงานขององค์การบริหารส่วนตำบล. สถาบันดำรงราชานุภาพ กองวิชาการและแผนงาน กรมการปกครอง ร่วมกับสำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย, 2539.
- จิรพันธ์ วิญญ์วงศ์. รายงานการประเมินผลระบบสุขภาพภาคประชาชน. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2546.
- จรัส สุวรรณมาลา. การจัดแบ่งภารกิจระหว่างรัฐบาลและองค์กรปกครองท้องถิ่นตามรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ : ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์, 2541.

- เจลีเยว ตามสิรัมย์. บทบาททางการบริหารของคณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบลเพื่อรองรับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข กรณีศึกษาการถ่ายโอนสถานอนามัยในจังหวัดบุรีรัมย์. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2544.
- ชนินทร์ เจริญกุล. เครือข่ายทางสังคม ใน สังคมการงานสาธารณสุขมูลฐานในทศวรรษหน้า. หน้า 93. กรุงเทพฯ : พี 10 ลิฟวิ่ง, 2540.
- ชัยวัฒน์ ภิระพันธ์. เอกสารประกอบการฝึกอบรม "การสร้างเครือข่ายที่มีพลัง" โครงการหนุนเสริมและพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการสร้างสุขภาพระดับจังหวัด. เอกสารโรเนียวเย็บเล่ม.มปป.
- _____. วิธีคิดกระบวนการ. เอกสารโรเนียวเย็บเล่ม.มปป.
- ชาติชาย ณ เชียงใหม่. การกระจายอำนาจ. (เอกสารอัดสำเนา), 2545
- ชาติชาย โพธิ์วิไลสิริกุล. แนวทางการพัฒนาศักยภาพสมมติองค์การบริหารส่วนตำบลในการป้องกัน และบรรเทาสาธารณภัย อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตร มหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2545.
- ชูชัย ศุภวงศ์. "บทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.)กับการพัฒนาด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม". วารสารหมออนามัย. 7,5 (มีนาคม-เมษายน, 2541).
- _____. แนวคิดพัฒนาการและข้อพิจารณาเกี่ยวกับประชาสังคมไทย ใน ประชาสังคมทรรศนะนักคิดในสังคมไทย. หน้า 161 - 184. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มติชน, 2540.
- ชูวงศ์ ฉายะบุตร. การปกครองท้องถิ่นไทย. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ส่วนท้องถิ่น, 2539.
- ดนัย เทียนพุฒ. จะสร้างแบบวัดความสามารถธุรกิจและคนได้อย่างไร. กรุงเทพมหานคร : นาโกต้า, 2543.
- ดวงสมร วรฤทธิ์. การกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์, 2541.
- เดวิท แมททิวส์ (เขียน) วิรุฒิ เสนาคำ (แปลและเรียบเรียง). จากปัจเจกสู่สาธารณะ : กระบวนการเสริมสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง. กรุงเทพฯ : สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา, 2540.
- ตระกูล มีชัย. การกระจายอำนาจ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สุชมและบุตร, 2538.
- เทียนทอง บุญยรางกูร. การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบล ต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ จังหวัดบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนาสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2543.
- ธรรมพันธ์ วังศรี และคณะ. "การศึกษาสถานการณ์และศักยภาพการพัฒนางานสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์". วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคอีสาน. 14,2 (ธันวาคม-มกราคม, 2543).
- ธีรพงษ์ แก้วหาวงษ์. กระบวนการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง ประชาคม ประชาสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา, 2543.
- นิตยา นันทขว้าง. การมีส่วนร่วมขององค์การบริหารส่วนตำบลในงานสาธารณสุขอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพัฒนา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.

- นิภา คุ่มประดิษฐ์. ปัญหาความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบลกับการถ่ายโอนบริการสาธารณะศึกษาเฉพาะ
กรณีอำเภอปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขารัฐศาสตร์การ
ปกครอง บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2543.
- บัญญัติ อ่อนคำ และ วิริยา น้อยวงศ์นียงศ์. ยุทธศาสตร์ในการพัฒนาชุมชน : ประสบการณ์ของประเทศไทย,
กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์, 2533.
- บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร : สุวีริยาสาส์น, 2543.
- ปกรณ์ ปรียากร. แนวคิดว่าด้วยการพัฒนา. สถาบันไทยคดีศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2547.
- ประธาน คงฤทธิศึกษากร. การปกครองท้องถิ่น. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : โอเดียนสโตร์, 2525.
- ประยุทธ์ แสงสุรินทร์. และคณะ. การประเมินผลการดำเนินงานส่งเสริมสนับสนุนการจัดตั้ง
และกิจกรรมศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) พ.ศ. 2535 - 2536. ขอนแก่น :
โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา, 2537.
- ประยงค์ เต็มขวาลา. การกระจายอำนาจ : ยุทธศาสตร์การปฏิรูปงานสาธารณสุขไทย. ชลบุรี : ศูนย์ฝึกอบรมและ
พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคกลางจังหวัดชลบุรี, 2540.
- ประเวศ วะสี. การพัฒนาพลังสร้างสรรค์ขององค์กร. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์, 2535.
- _____. ทางรอด. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมู่บ้าน, 2533.
- _____. แนวคิดและยุทธศาสตร์สังคมสมานภาพและวิชาว. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง, 2536.
- _____. ประชาคมตำบล. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มติชน, 2541.
- _____. ยุทธศาสตร์ทางสร้างปัญญาของชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: อมรินทร์ปริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง, 2538.
- ปรีชา สันรัมย์. การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบลในการจัดทำแผนพัฒนาตำบล.
วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารและพัฒนา บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2541.
- พัชรา ผิวขาว. ศักยภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลในการจัดการงานสาธารณสุขมูลฐาน กรณีศึกษาองค์การ
บริหารส่วนตำบลเหนือเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด. รายงานการศึกษาระดับปริญญาศิลปศา
สตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาไทยคดีศึกษา (กลุ่มสังคมศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2544.
- พรชัย รัชนี้แพทย์. หลักกฎหมายการปกครองท้องถิ่นไทย. โครงการส่งเสริมการแต่งตั้งรา
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2538.
- ไพฑูรย์ เครือแก้ว. สังคมชนบทไทยและหลักการพัฒนาชุมชน. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ส่วนท้องถิ่น, 2526.
- ระวีวรรณ ถิ่นยิ่งยง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลใน
กระบวนการพัฒนางานสาธารณสุขระดับตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์,
2541.
- ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน ฉบับ พ.ศ. 2525. กรุงเทพฯ : อักษรเจริญทัศน์, 2538
- รุจิ จารุภาชนี่. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับองค์การบริหารส่วน
ตำบลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรขอนแก่น, 2540.

- วนิดา วีระกุลและถวิล เลิกชัยภูมิ. สถานการณ์การบริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐานของ อบต.ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ขอนแก่น : ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 2543.
- วนิดา วีระกุล. แนวคิดและแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชน. ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น, (เอกสารอัดสำเนา).
- วนิดา วีระกุล ขวัญชัย หมั่นคำ และจิรพรรณ หัสโรจน์. การศึกษาศถานการณ์และทิศทางการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา, 2542.
- วนิดา วีระกุล และคณะ. การประเมินผลศักยภาพและความเข้มแข็งของชุมชนในการบริหารจัดการระบบสุขภาพภาคประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา, 2547.
- วรเดช จันทรศร. การนำนโยบายไปปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.
- วรทัศน์ รุสจิพันธ์. การวิเคราะห์ปัญหาการพัฒนาระบบองค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัด ขอนแก่น. รายงานการศึกษาระดับปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพัฒนา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2543.
- วิจัยและพัฒนา, สถาบัน. มหาวิทยาลัยขอนแก่น. องค์กรชุมชน : กลไกเพื่อแก้ปัญหาและพัฒนาสังคม. กรุงเทพฯ : เคล็ดไทย, 2540.
- วีรพงษ์ อุ่นมานนท์. ความพร้อมด้านการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐานขององค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย. รายงานการศึกษาระดับปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพัฒนา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2546.
- ศิริชัย พงษ์วิชัย. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
- สัญญา สัญญาวิวัฒน์. ทฤษฎีและกลยุทธ์การพัฒนาสังคม. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย., 2540.
- _____. การพัฒนาชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2523.
- สมพันธ์ เตชะอธิก. การพัฒนาความเข้มแข็งขององค์กรชาวบ้าน. กรุงเทพฯ : บพิธการพิมพ์, 2532.
- สีลาภรณ์ นาคทรรพ. การศึกษาเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนในการศึกษากับการวิจัยเพื่ออนาคตประเทศไทย. เอกสารวิชาการ ประกอบหลักสูตรการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ "นวัตกรรมประชาคมสุขภาพ" ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, (เอกสารอัดสำเนา).
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์และอัคริยา ชวงศ์เลิศ. สมรรถนะในการวางแผนและความสามารถในการบริหารส่วนตำบลในการปฏิบัติการกิจหน้าที่ : กรณีศึกษาจังหวัดขอนแก่น. วารสารพัฒนบริหารศาสตร์, 37 (3), 9-15., 2540.
- สุพล สีหา. ศักยภาพในการจัดการศึกษาขององค์การบริหารส่วนตำบลตามพระราชบัญญัติ ก า ร ศึ ก ษ า แห่งชาติ พ.ศ. 2542 ในจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2545.

สุริย์พร เลิศวรกุล และคณะ. การประเมินผลการดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. 2538.

สุวิทย์ ยิ่งวรพันธ์. การพัฒนาชนบทในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : อักษรสาสน์, 2521.

สุดเชตต์ เข็มโท. อำนาจหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบล ในการดำเนินงานภายใต้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับ
สาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2540.

สุทธิพงษ์ ภูเมืองปาน. การศึกษาศักยภาพของคณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบลในการพัฒนาชุมชน
ศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดเชียงราย. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการ
พัฒนา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2542.

สมบุญ สอนประภา. การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขสู่ท้องถิ่น. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี, 2537.

สมโบว์ ฉัตรดำรง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานสาธารณสุขตามบทบาทหน้าที่ขององค์การบริหารส่วน
ตำบล. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์, 2542.

สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. กรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ :

มุมมองจากภาคี อสม. มปป. 2544.

_____. คู่มือการดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน

ชุมชน (คสมช.) สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์
ทหารผ่านศึก, 2535.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. รายงานผลการดำเนินงานพัฒนาสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ 2546.
(เอกสารอัดสำเนา).

สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. ส่วนแผนงานและทรัพยากรสาธารณสุข. การศึกษาวิจัยเรื่อง สถานภาพและ
ความพร้อม อบต. และ สอ. ในการดำเนินงานพัฒนาสาธารณสุขเพื่อรองรับการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น.
2539.

สำนักส่งเสริมสุขภาพ, กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข. การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพสำหรับองค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่น. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, 2544.

สำเริง แหยมกระโทก และ รุจิรา มังคละศิริ. ศูนย์สุขภาพชุมชน. นครราชสีมา : บริษัทสมบุญ
การพิมพ์จำกัด, 2545.

สถาบันดำรงราชานุภาพ. การศึกษาการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น. 2539.

_____. รายงานการวิจัยบทบาทและความสัมพันธ์ของส่วนราชการในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล.
กรุงเทพมหานคร : บพิธการพิมพ์, 2539.

_____. การศึกษารูปแบบการพัฒนาโครงการสุพรรณบุรี : พื้นฐานการปกครองท้องถิ่นไทย. กรุงเทพมหานคร :
โรงพิมพ์ส่วนท้องถิ่น, 2540.

สถาบันพระปกเกล้า. การกระจายอำนาจและการปกครองท้องถิ่นในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : ธรรมดาเพรส
บจก, 2545.

สถิต ยะสะกะ. การกระจายอำนาจหมออนามัยจะไปไหน. วารสารหมออนามัย. (กรกฎาคม-สิงหาคม 2543) : 10-
21, 2543.

อรพินท์ สฟโชคชัย. คู่มือการจัดการประชุมเพื่อระดมความคิดในการพัฒนาหมู่บ้าน. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยเพื่อพัฒนาประเทศไทย. 2537.

อุทัย คะสกุล และยุทธนา มุ่งสมัคร. การวิเคราะห์บทบาทที่ปฏิบัติจริงและบทบาทที่คาดหวังของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยตามการรับรู้ของตนเอง ของหัวหน้าสถานอนามัยและเพื่อนร่วมงาน. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ, 2542.

อุทัยทิพย์ เครือละม้ายและวินัย แก้วมณีวงศ์. สถานการณ์การดำเนินงานด้านสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนตำบล. นนทบุรี : โรงพิมพ์สหมิตรพรินต์ติ้ง, 2543.

บรรณานุกรมภาษาอังกฤษ

Bartol, Kath M, and Martin, David C. Management. (Second Edition). New York : Mc Graw Hill, 1994.

Victoria Neufeldt, Webster's New World Dictionary. (New York : Webster's New World, 1988) : 282

ส่วนที่ 2 การป้องกัน และการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

การทบทวนในส่วนนี้ เน้นบททบทวนเฉพาะประเด็นที่เป็นองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานตั้งแต่การเกิดโรคพยาธิสภาพของโรค ผลกระทบ และแนวทางการป้องกัน โดยแบ่งเนื้อหาสาระเป็น 3 ส่วนได้แก่ ส่วนที่ 1 ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ส่วนที่ 2 การดูแลและการป้องกันโรคเบาหวาน ส่วนที่ 3 ผลการสังเคราะห์โครงการพัฒนาระบบป้องกันและการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

1.) ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

อะไรคือ metabolic syndrome วิศาล ยาวพงศ์ศิริ (โรคกินเกิน-พุงพลุ้ย กับภาวะสารอาหารไหลล้นในร่างกาย,มติชนรายวัน ฉบับวันที่ 24 สิงหาคม 2549, หน้า 7) เรียก metabolic syndrome อย่างง่ายว่า **"โรคกินเกิน"** ประกอบด้วยกลุ่มอาการหลักๆคือ อ้วน (พุงพลุ้ย) เบาหวาน ไขมัน ความดันโลหิตสูง ซึ่งล้วนเป็นความเสี่ยงที่นำมาสู่การเป็นโรคหัวใจ อันเป็นปัญหาสุขภาพของคนทั่วโลกที่มีอันจะกิน (จนเกินพอดี) ในปัจจุบัน

การกินเกิน ส่งผลให้เกิดภาวะสารอาหารไหลล้น (overflow) ในร่างกาย ที่เรามักจะตรวจพบ เช่น ระดับไขมันคอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ น้ำตาล เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีอีกหลายชนิดที่ได้ทำการตรวจ หรือตรวจในบางกรณี เช่น กรดอะมิโน กรดแลคติก และกรดไขมัน (FFA) โดยปกติร่างกายของคนเรามีวิธีจัดระเบียบสารอาหารที่ดูดซึมเข้าสู่ลำไส้เล็ก หรือที่อวัยวะต่างๆสังเคราะห์ขึ้นอย่างพอเหมาะ นำไปกักเก็บยังที่กักเก็บสารอาหาร (nutrient storage) แต่เมื่อใดที่กักเก็บนั้นบรรจุไว้อย่างเต็มพิกัดแล้วจนไม่สามารถบรรจุได้อีก จึงเกิดภาวะที่เรียกว่าสารอาหารไหลล้นสู่กระแสเลือดและอวัยวะต่างๆ อย่างไรก็ตามร่างกายก็ยังมีกระบวนการจัดการกับสารอาหารไหลล้นนั้นด้วยการแปรเปลี่ยนเป็นพลังงานหรือสังเคราะห์เป็นสารอื่นๆ เช่น น้ำตาลที่ล้นท่วมดับก็อาจเปลี่ยนเป็นไกลโคเจนหรือไขมันเซลล์

หากจะอธิบายเชื่อมโยงของปรากฏการณ์สารอาหารไหลล้นสู่การเป็นโรคเบาหวาน นั้นเพราะร่างกายได้น้ำตาลมากเกินไปและไม่สามารถกักเก็บส่วนที่เหลือใช้ต่อไปได้ จึงส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น น้ำตาลที่ไหลล้นบางส่วนถูกแปรไปเป็นกรดแลคติก บางส่วนได้ขับออกทางปัสสาวะ และบางส่วนดันนำไปสังเคราะห์เป็นกรดไขมันและไตรกลีเซอไรด์เพื่อนำไปเก็บเป็นไขมันสะสม หรืออย่างไขมันในเลือดสูง โดยเฉพาะคอเลสเตอรอลซึ่งบางส่วนนำไปสร้างฮอร์โมนและผนังเซลล์ ส่วนที่เกินถูกขับออกทางน้ำดี แต่ที่ไหลล้นอยู่ในกระแสเลือดนั้นเป็นตัวการสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดไขมันอุดตัน (atherosclerosis) อันเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจขาดเลือด

เมื่อไหร่เรียกว่า "อ้วน" ในทางการแพทย์เราดูจาก BMI > 25 kg/m² แต่ในปัจจุบัน องค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่าคนเอเชียที่เป็นเบาหวานมีน้ำหนักน้อยกว่า จึงปรับเกณฑ์มวลกายลงมาที่ระดับปกติ คือ **ไม่เกิน 23** ส่วนการวัดรอบเอว สำหรับคนเอเชีย รอบเอวผู้ชายไม่เกิน 90 ซม. (36 นิ้ว) หญิงไม่เกิน 80 ซม. (32 นิ้ว)

เคยสงสัยไหมว่า บางคนกินเก่ง(กินเกิน)แต่ไม่อ้วน แต่บางคนกินไม่เก่งแต่อ้วน วิศาล เยาวพงศ์ศิริ อธิบายว่า กลุ่มคนที่เป็นโรคกินเกินแต่ไม่อ้วน Metabolically obese, normal-weight (MONW) พวกที่น้ำหนักมวลกายและเส้นรอบเอวอยู่ในเกณฑ์ปกติ(อาจมีพุงพลุ้ยเล็กน้อย) แต่ตรวจพบไขมันในเลือดหรือน้ำตาลในเลือดสูง คนกลุ่มนี้มีอวัยวะที่ทำหน้าที่กักเก็บสารอาหารในร่างกายที่มีความจุน้อย ซึ่งอาจมีสาเหตุ เช่น สูงอายุ (ซึ่งมีความเปลี่ยนแปลงทางด้านกล้ามเนื้อ) ช่วงเป็นทารกในครรภ์มารดาและวัยเด็กมีภาวะทุพโภชนาการ (คนเหล่านี้มักมีโครงร่างและอวัยวะภายในเล็กกว่าคนปกติทั่วไป มักพบบ่อยในผู้คนที่มียีนฐานเดิมจากชนบทที่ยากจนและปัจจุบันได้รับโภชนาการดี(เกิน) แต่ร่างกายกลับรับไม่ไหว จึงพบว่ามีทั้งไขมันและน้ำตาลในเลือดสูง ส่วนในคนที่ไม่ได้กินเกินแต่อ้วน หรือ MNO: Metabolically normal but obese คนกลุ่มนี้น้ำหนักมวลกายหรือเส้นรอบเอวอยู่ในเกณฑ์อ้วน แต่ไม่เป็นโรค ตรวจระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ คนกลุ่มนี้มีเซลล์ไขมันมาก เป็นผลให้ร่างกายสามารถเก็บกักสารอาหารได้มาก มักพบว่ามีประวัติอ้วนหรือตัวมมาตั้งแต่วัยเด็กและหนุ่มสาว

เบาหวาน มีกี่ประเภทกันแน่ ในยุคอดีตการแบ่งประเภทของโรคเบาหวาน แบ่งตามภาวะการพึ่งอินซูลิน (IDDM) และไม่พึ่งอินซูลิน (NIDDM) จนกระทั่งในปี 2540 สหพันธ์โรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา จำแนกโรคเบาหวานออกเป็น 4 ชนิด ตามสาเหตุของการเกิด ดังนี้

- 1.) โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (type 1 DM) เบาหวานที่เกิดจากการทำลายเบตาเซลล์ของตับอ่อน สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจาก autoimmune ส่วนน้อยที่จะไม่ทราบว่าจะเกิดมาจากสาเหตุใด แต่เบาหวานชนิดที่ 1 นี้มีความจำเป็นต้องใช้อินซูลินเพื่อป้องกันการเกิดภาวะ ketoacidosis (DKA)
- 2.) โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (type 2 DM) เบาหวานที่เกิดจากภาวะดื้ออินซูลิน ร่วมกับความผิดปกติในการหลั่งอินซูลินของตับอ่อน
- 3.) โรคเบาหวานชนิดอื่น ได้แก่ โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมที่ทราบชนิดชัดเจน โรคของตับอ่อน ความผิดปกติของฮอร์โมน ยา หรือสารเคมี
- 4.) โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หมายถึง โรคเบาหวานหรือความผิดปกติของความทนต่อกลูโคสที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกขณะตั้งครรภ์

Diabetic Ketoacidosis (DKA) คือ ภาวะกรดคั่งในเลือดจากสารคีโตน เป็นภาวะที่เกิดจากร่างกายขาดอินซูลิน ส่งผลให้มีการเผาผลาญน้ำตาลน้อยลง เกิดการสลายโปรตีนในร่างกาย ในขณะเดียวกันก็มีการสลายไขมันอย่างรวดเร็ว การสลายโปรตีนส่งผลให้น้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะ **มีอาการปัสสาวะบ่อยและปริมาณมาก คลื่นไส้ อาเจียน จนเกิดภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ ความดันโลหิตลดลง หายใจหอบลึก มีกลิ่นเหมือนผลไม้** อันเกิดจากภาวะกรดคั่งในเลือดที่เป็นผลพวงมาจากการสลายไขมัน และท้ายที่สุดความรู้สึกตัวจะลดน้อยลงจนหมดสติ (โคม่า)

เบาหวาน เกิดขึ้นได้อย่างไร ตามที่กล่าวไว้ในส่วนต้นว่า เบาหวานเป็นโรคหนึ่งของ metabolic syndrome ซึ่งพยาธิสภาพและหลายอาการของเบาหวาน โดยเฉพาะ type 2 DM มีสาเหตุมาจากภาวะดื้ออินซูลิน ร่วมกับความผิดปกติในการหลั่งอินซูลินของตับอ่อน อะไรทำให้เป็นเช่นนั้น สภาวะหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะดื้ออินซูลิน เนื่องมาจากการสลายให้กรดไขมันเพิ่มขึ้นในกระแสเลือด (ภาวะกรดไขมันไหลล้น) กรดไขมันมีผลทำให้การตอบสนองของอินซูลินลดลง (ที่เรียกว่า insulin resistance) การกักเก็บน้ำตาล นำน้ำตาลไปใช้จึงลดลง กอปรกับตับที่ได้รับกรดไขมันและกรดแลคติกที่ไหลล้น จะมีการสร้างน้ำตาลเพิ่มขึ้น ซึ่งทั้งหมดล้วนเป็นตัวการที่ทำให้น้ำตาลในเลือดสูง เมื่อเกิดขึ้นในระยะแรกๆจะยังไม่พบความผิดปกติ สิ่งที่จะตรวจพบก่อน คือ ตรวจพบน้ำตาลหลังอาหารสูง คนกลุ่มนี้ควรได้รับการดูแลให้มีการควบคุมอาหาร แต่ถ้าจะให้เร็วกว่านั้นคือ การป้องกันไม่ให้เกิดภาวะอ้วน(พุงพลุ้ย) แต่หากเกิดน้ำตาลไหลล้นในกระแสเลือดนานๆ beta cell จะเสื่อมและตาย ทำให้ปริมาณอินซูลินลดลง จนกลายเป็นโรคเบาหวานในที่สุด

ภาวะดื้ออินซูลิน (insulin resistance) จะมีระดับไตรกลีเซอไรด์สูง ไขมันดี (HDL-C) ต่ำ และความดันโลหิต systolic สูง ยังพบความเปลี่ยนแปลงที่ผนังหลอดเลือดเนื่องจาก LDL (ไขมันผู้ร้าย) มีขนาดเล็กและหนาแน่นมากขึ้น จึงสามารถฝังตัวผ่านผนังหลอดเลือด endothelium เข้าไปทำให้เกิดการอักเสบ และ LDL เหล่านี้จะถูกจับโดย macrophage ที่ผนังหลอดเลือด ทำให้เกิด foam cell เกิด fatty streak และเกิด endothelial dysfunction ในที่สุดก็ทำให้เกิดหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) และตีบตัน ซึ่งพบได้ตั้งแต่ระยะก่อนเป็นเบาหวาน

โอกาสที่ทำให้เป็นเบาหวาน จากรายงานการศึกษาพัฒนาดัชนี Diabetes Risk Score ของ รศ.นพ.วิชัย เอกพลากร ซึ่งลักษณะการศึกษา ใช้ข้อมูลการศึกษาทางระบาดวิทยาในกลุ่มพนักงานการไฟฟ้าแห่งประเทศไทย (EGAT study) เริ่มต้นการศึกษา ในปี 2528 ในพนักงานที่ไม่มีภาวะเบาหวาน 2,677 คน ใช้เวลาติดตาม 12 ปี สรุปเป็นปัจจัยเสี่ยงและคะแนนความเสี่ยง ดังนี้

ปัจจัย	คะแนน
1. อายุ	
34-39	0
40-44	0
45-49	1
≥ 50	2
2. เพศ	
ผู้หญิง	0
ผู้ชาย	2
3. ดัชนีมวลกาย (นน. ตัว กก. / ความสูง เมตร ²)	
<23	0
23 - < 27.5	3

≥ 27.5	5
4. ความยาวเส้นรอบเอว	
< 90 ซม. (ผู้ชาย) และ < 80 ซม. (ผู้หญิง)	0
≥ 90 ซม. (ผู้ชาย) และ ≥ 80 ซม. (ผู้หญิง)	2
5. เป็นโรคความดันเลือดสูง	
ไม่เป็นโรคความดันเลือดสูง	0
เป็นโรคความดันเลือดสูง (>140/90 มม.ปรอท หรือรักษาความดันเลือดสูงอยู่)	2
6. ประวัติเบาหวานในพ่อแม่ พี่น้อง	
ไม่มีประวัติ	0
มีประวัติ	4

สำหรับการแปลผลคะแนน เป็นการนำความเสี่ยงของการเกิดเบาหวานในอีก 12 ปีข้างหน้า ดังนี้

ผลรวมคะแนน	ความเสี่ยงต่อเบาหวาน ใน 12 ปี
≤ 2	< 5 %
3 – 5	5 – 10%
6 – 8	11 -20%
9-10	21- 30%
≥ 11	>30%

อย่างไรก็ตาม ยังมีปัจจัยเสี่ยงที่นอกเหนือจาก 6 ข้อในตาราง ที่ควรพิจารณาควบคู่กันไป ได้แก่ ดัชนีมวลกายได้รับผลกระทบกระเทือน เช่น อ้วนหรืออ้วนจากการดื่มสุรา หรืออบอ้าวจากการประสบอุบัติเหตุ การติดเชื้อไวรัสบางชนิด ยาบางชนิด เช่น ยาขับปัสสาวะ ยาคุมกำเนิด การตั้งครรภ์ (เนื่องจากฮอร์โมนที่รกสูงจะกระตุ้นให้ผลยับยั้งการทำงานของอินซูลิน) มีประวัติคลอดบุตรน้ำหนักเกิน 4 กิโลกรัม และ ไขมันในเลือดผิดปกติ (Triglyceride>250 มิลลิกรัม/เดซิลิตร, HDL-cholesterol <35 มิลลิกรัม/เดซิลิตร)

IGT,IFG หมายถึงอะไร และสำคัญต่อสุขภาพอย่างไร เราเคยได้ยินคำว่า "ความทนต่อกลูโคส" กันมาบ้าง ลองมาทำความเข้าใจว่าหมายถึงอะไรและเกี่ยวข้องกับสำคัญต่อสุขภาพอย่างไร ความทนต่อกลูโคส หรือ Impaired glucose tolerance: IGT และ Impaired fasting glucose: IFG หรือระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารผิดปกติ ทั้งสองอย่างเป็นความผิดปกติก่อนเกิดเบาหวาน และยังทำให้มีความเสี่ยงต่อโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดสูงขึ้นอีกด้วย

IGT คือ ภาวะที่มีน้ำตาลในเลือดสูงหลังได้รับกลูโคส ค่าระดับน้ำตาลในเลือดจะอยู่ระหว่างค่าของคนปกติและคนที่เป็นเบาหวาน พบว่ามีอยู่อย่างน้อย 200 ล้านคนทั่วโลก ในกรณี IFG ค่าระดับน้ำตาลในเลือดจะไม่สูงเท่า IGT การตรวจพบ IFG จะช่วยทำให้การคัดกรองคนที่มีความเสี่ยงซึ่งจำเป็นต้องทดสอบความทนกลูโคสกระทำได้ง่ายขึ้น ผู้ที่มี IGT, IFG มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในอนาคต แต่การมี IGT จะ

เบาหวาน เกิดขึ้นได้อย่างไร ตามที่กล่าวไว้ในส่วนต้นว่า เบาหวานเป็นโรคหนึ่งของ metabolic syndrome ซึ่งพยาธิสภาพและหลายอาการของเบาหวาน โดยเฉพาะ type 2 DM มีสาเหตุมาจากภาวะดื้ออินซูลิน ร่วมกับความผิดปกติในการหลั่งอินซูลินของตับอ่อน อะไรทำให้เป็นเช่นนั้น สภาวะหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะดื้ออินซูลิน เนื่องมาจากการสลายให้กรดไขมันเพิ่มขึ้นในกระแสเลือด (ภาวะกรดไขมันไหลล้น) กรดไขมันมีผลทำให้การตอบสนองของอินซูลินลดลง (ที่เรียกว่า insulin resistance) การกักเก็บน้ำตาล น้ำตาลไปใช้จึงลดลง กอปรกับตับที่ได้รับกรดไขมันและกรดแลคติกที่ไหลล้น จะมีการสร้างน้ำตาลเพิ่มขึ้น ซึ่งทั้งหมดล้วนเป็นตัวการที่ทำให้น้ำตาลในเลือดสูง เมื่อเกิดขึ้นในระยะแรกๆจะยังไม่พบความผิดปกติ สิ่งที่จะตรวจพบก่อน คือ ตรวจพบน้ำตาลหลังอาหารสูง คนกลุ่มนี้ควรได้รับการดูแลให้มีการควบคุมอาหาร แต่ถ้าจะให้เร็วกว่านั้นคือ การป้องกันไม่ให้เกิดภาวะอ้วน(พุงพลุ้ย) แต่หากเกิดน้ำตาลไหลล้นในกระแสเลือดนานๆ beta cell จะเสื่อมและตาย ทำให้ปริมาณอินซูลินลดลง จนกลายเป็นโรคเบาหวานในที่สุด

ภาวะดื้ออินซูลิน (insulin resistance) จะมีระดับไตรกลีเซอไรด์สูง ไขมันดี (HDL-C) ต่ำ และความดันโลหิต systolic สูง ยังพบความเปลี่ยนแปลงที่ผนังหลอดเลือดเนื่องจาก LDL (ไขมันผู้ร้าย) มีขนาดเล็กและหนาแน่นมากขึ้น จึงสามารถฝังตัวผ่านผนังหลอดเลือด endothelium เข้าไปทำให้เกิดการอักเสบ และ LDL เหล่านี้จะถูกจับโดย macrophage ที่ผนังหลอดเลือด ทำให้เกิด foam cell เกิด fatty streak และเกิด endothelial dysfunction ในที่สุดก็ทำให้เกิดหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) และตีบตัน ซึ่งพบได้ตั้งแต่ระยะก่อนเป็นเบาหวาน

โอกาสที่ทำให้เป็นเบาหวาน จากรายงานการศึกษาพัฒนาดัชนี Diabetes Risk Score ของ รศ.นพ.วิชัย เอกพลากร ซึ่งลักษณะการศึกษา ใช้ข้อมูลการศึกษาทางระบาดวิทยาในกลุ่มพนักงานการไฟฟ้าแห่งประเทศไทย (EGAT study) เริ่มต้นการศึกษา ในปี 2528 ในพนักงานที่ไม่มีภาวะเบาหวาน 2,677 คน ใช้เวลาติดตาม 12 ปี สรุปเป็นปัจจัยเสี่ยงและคะแนนความเสี่ยง ดังนี้

ปัจจัย	คะแนน
1. อายุ	
34-39	0
40-44	0
45-49	1
≥ 50	2
2. เพศ	
ผู้หญิง	0
ผู้ชาย	2
3. ดัชนีมวลกาย (นน. ตัว กก. / ความสูง เมตร ²)	
<23	0
23 - < 27.5	3

≥ 27.5	5
4. ความยาวเส้นรอบเอว	
< 90 ซม. (ผู้ชาย) และ < 80 ซม. (ผู้หญิง)	0
≥ 90 ซม. (ผู้ชาย) และ ≥ 80 ซม. (ผู้หญิง)	2
5. เป็นโรคความดันเลือดสูง	
ไม่เป็นโรคความดันเลือดสูง	0
เป็นโรคความดันเลือดสูง (>140/90 มม.ปรอท หรือรักษาความดันเลือดสูงอยู่)	2
6. ประวัติเบาหวานในพ่อแม่ พี่น้อง	
ไม่มีประวัติ	0
มีประวัติ	4

สำหรับการแปลผลค่าคะแนน เป็นการทำนายความเสี่ยงของการเกิดเบาหวานในอีก 12 ปีข้างหน้า ดังนี้

ผลรวมคะแนน	ความเสี่ยงต่อเบาหวาน ใน 12 ปี
≤ 2	< 5 %
3 – 5	5 – 10%
6 – 8	11 – 20%
9-10	21- 30%
≥ 11	>30%

อย่างไรก็ตาม ยังมีปัจจัยเสี่ยงที่นอกเหนือจาก 6 ข้อในตาราง ที่ควรพิจารณาควบคู่กันไป ได้แก่ ตับอ่อนได้รับความกระทบกระเทือน เช่น อักเสบหรือรังจากการดื่มสุรา หรือบอบช้ำจากการประสบอุบัติเหตุ การติดเชื้อไวรัสบางชนิด ยาบางชนิด เช่น ยาขับปัสสาวะ ยาคุมกำเนิด การตั้งครรภ์ (เนื่องจากฮอร์โมนที่รกตั้งครรภ์มีผลยับยั้งการทำงานของอินซูลิน) มีประวัติคลอดบุตรน้ำหนักเกิน 4 กิโลกรัม และ ไขมันในเลือดผิดปกติ (Triglyceride>250 มิลลิกรัม/เดซิลิตร, HDL-cholesterol <35 มิลลิกรัม/เดซิลิตร)

IGT,IFG หมายถึงอะไร และสำคัญต่อสุขภาพอย่างไร เราเคยได้ยินคำว่า "ความทนต่อกลูโคส" กันมาบ้าง ลองมาทำความเข้าใจว่าหมายถึงอะไรและเกี่ยวข้องกับสำคัญต่อสุขภาพอย่างไร ความทนต่อกลูโคส หรือ Impaired glucose tolerance: IGT และ Impaired fasting glucose: IFG หรือระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารผิดปกติ ทั้งสองอย่างเป็นความผิดปกติก่อนเกิดเบาหวาน และยังทำให้มีความเสี่ยงต่อโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดสูงขึ้นอีกด้วย

IGT คือ ภาวะที่มีน้ำตาลในเลือดสูงหลังได้รับกลูโคส ค่าระดับน้ำตาลในเลือดจะอยู่ระหว่างค่าของคนปกติและคนที่เป็นเบาหวาน พบว่ามีอยู่อย่างน้อย 200 ล้านคนทั่วโลก ในกรณี IFG ค่าระดับน้ำตาลในเลือดจะไม่สูงเท่า IGT การตรวจพบ IFG จะช่วยทำให้การคัดกรองคนที่มีความเสี่ยงซึ่งจำเป็นต้องทดสอบความทนกลูโคสกระทำได้ง่ายขึ้น ผู้ที่มี IGT, IFG มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในอนาคต แต่การมี IGT จะ

ทำนายการเกิดโรคเบาหวานได้ดีกว่า คนกลุ่มนี้ประมาณ 40 % จะมีการดำเนินโรคไปสู่การเป็นเบาหวานภายใน 5-10 ปี บางส่วนอาจกลับเป็นปกติหรือยังคงมี IGT อยู่ต่อไป

การทดสอบความทนต่อน้ำตาลกลูโคส (Oral Glucose Tolerance Test : OGTT) ทำได้โดย เจาะเลือดวัดระดับน้ำตาลในเลือดก่อนรับประทานอาหารเช้า จากนั้นให้ดื่มสารละลายกลูโคสจำนวน 75 กรัมในน้ำ 1 แก้ว รอ 2 ชั่วโมง เจาะเลือดวัดระดับน้ำตาลในเลือดอีกครั้ง (แต่สำหรับหญิงตั้งครรภ์ ให้ดื่มสารละลายกลูโคส 100 กรัม แล้วเจาะเลือด 3 ครั้ง คือ ภายหลังการดื่มชั่วโมงที่ 1,2 และ 3) สำหรับการแปลผล ให้ยึดค่าน้ำตาลในเลือดชั่วโมงที่ 2 เป็นหลัก ดังนี้

- < 140 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ถือว่า ปกติ
- 140 – 199 มิลลิกรัม/เดซิลิตร มีความบกพร่องต่อการควบคุมน้ำตาล
- > 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร เป็นเบาหวาน

เมื่อใดจะวินิจฉัยว่า “เป็นเบาหวาน” ทำไมถึงต้องเป็น 126 mg/dl เป็นที่ทราบกันดีว่าเกณฑ์วินิจฉัยเบาหวานเปลี่ยนจากระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร 140 มิลลิกรัม/เดซิลิตร 2 ครั้ง หรือน้ำตาลในเลือดไม่ว่าที่เวลาใดๆมากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ร่วมกับมีอาการใดอาการหนึ่ง เช่น บัสสาวะบ่อย คอแห้ง กระหายน้ำ กินจุและน้ำหนักลด ถือว่าเป็นเบาหวาน มาเป็นค่าเท่ากับ 126 มิลลิกรัม/เดซิลิตรในปัจจุบัน อันเนื่องมาจากสมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (ADA : the American Diabetes Association) ค้นพบว่า มีบุคคลบางกลุ่ม แม้ระดับน้ำตาลในเลือดไม่สูงแต่กลับมีภาวะแทรกซ้อนเช่นเดียวกับผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน จึงปรับค่าการวินิจฉัยใหม่ให้ลดน้อยลงกว่าเดิม

เกณฑ์การวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน

- ระดับกลูโคสในพลาสมาขณะอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (fasting plasma glucose หรือ FPG บางแห่งใช้ fasting blood sugar) มากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัม/เดซิลิตร 2 ครั้ง
- ระดับกลูโคสในพลาสมาเมื่อเวลาใดก็ได้ (random plasma glucose) มากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ร่วมกับมีอาการของโรคเบาหวาน
- ระดับกลูโคสในพลาสมาที่ 2 ชั่วโมงหลังอาหารเมื่อเวลาใดก็ได้ (random plasma glucose) มากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ร่วมกับมีอาการของโรคเบาหวาน

เกณฑ์สำหรับคนปกติทั่วไป

- **ในผู้ใหญ่** ระดับกลูโคสในพลาสมาขณะอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (fasting plasma glucose หรือ FPG) น้อยกว่า 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (ถ้าอยู่ระหว่าง 100-125 เป็น IGT)
- **ในเด็ก** ระดับกลูโคสในพลาสมาขณะอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (fasting plasma glucose หรือ FPG) น้อยกว่า 130 มิลลิกรัม/เดซิลิตร
- **ในหญิงมีครรภ์** ระดับกลูโคสในพลาสมาขณะอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (fasting plasma glucose หรือ FPG บางแห่งใช้ fasting blood sugar) ไม่เกิน 105 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

เราจะรู้ได้อย่างไร ว่าเป็น type 1 DM หรือ type 2 DM

	type 1 DM	type 2 DM
กลุ่มอายุ	พบในเด็ก, คนที่มีอายุ < 40 ปี	มักเกิดในคนที่มีอายุ > 40 ปี
น้ำหนักตัว	ผอม	อ้วน
การทำงานของตับอ่อน	ไม่สามารถผลิตอินซูลินได้ หรือผลิตได้น้อย	ยังสามารถผลิตอินซูลินได้บ้างหรือเป็นปกติแต่ประสิทธิภาพของอินซูลินลดลง
อาการแรกพบ	มักเกิดอาการรุนแรง	อาการเลย
การรักษา	จำเป็นต้องใช้อินซูลิน	อาจควบคุมอาหารอย่างเดียวโดยไม่ต้องใช้อินซูลินหรือใช้ยาปรับประทุกัน หรือบางรายอาจต้องใช้อินซูลินฉีดด้วย

ผลกระทบของเบาหวานต่อการดำรงชีวิต

ผลกระทบด้านจิตใจ ร่างกาย เศรษฐกิจและแบบแผนการดำเนินชีวิต นับเนื่องจากเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน ผู้ป่วยบางรายยอมรับได้กับการเป็นโรค แต่มีผู้ป่วยอีกหลายรายกลับไม่เป็นเช่นนั้น กล่าวคือ มีความวิตกกังวล กลัว รู้สึกว่าตนเองป่วย รู้สึกว่าตนเองเป็นโรค บางรายถึงกับหยุดการประกอบอาชีพ หรือทำงานลดลงกว่าเดิม และยังพบว่าส่วนใหญ่ในครั้งแรกที่ได้รับข้อมูลและข้อแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์จะมีความพยายามทำตามเกือบทุกประการ แต่ได้เพียงระยะหนึ่งก็พบว่า เป็นสิ่งที่ขัดกับวิถีชีวิตที่เป็นจริงได้และยังรู้สึกว่าตนเองไม่ได้ดีขึ้นเลย ดังนั้นผู้เป็นเบาหวานจะพยายามแสวงหาวิธีการรักษาอื่นๆ นอกเหนือจากการรักษาทางการแพทย์ที่ได้รับจากสถานพยาบาล ทั้งนี้เพื่อให้บรรลุลความคาดหวังของตนเอง คือ การหายจากโรค กระบวนการที่ผู้เป็นเบาหวานใช้คือการทดลองทำ เป็นการลองผิดลองถูก จากนั้นเฝ้าดูผลที่เกิดขึ้นกับตนเอง หากพบว่าไม่ได้ขึ้นก็จะเลิกวิธีนั้นแล้วแสวงหาวิธีใหม่ โดยมีช่องทางของการรับข้อมูลเพื่อการดูแลและรักษาตนเอง ช่องทางหลักๆ ส่วนใหญ่ได้จากเพื่อนทั้งที่อยู่ในสภาวะเดียวกัน (คือเป็นโรคแบบเดียวกัน) และเพื่อนที่ไม่ได้ป่วยแต่ได้รับรู้มาจากการบอกต่อกันมา สื่อโฆษณาโดยเฉพาะทางวิทยุ หนังสือพิมพ์ และบุคลากรสาธารณสุข ดังกรณีตัวอย่างที่จะยกพอให้เห็นรูปธรรมตามที่กล่าวข้างต้นดังนี้

กรณีที่ 1 เพศหญิง อายุ 44 ปี เป็น อสม.หมู่บ้านหนึ่ง เล่าว่า ในช่วงหนึ่งมีการสอน อสม.เรื่องเบาหวานและให้ อสม.ฝึกตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ “ของฉันเปลี่ยนเป็นสีเขียว แต่ไม่มีอาการและหมอที่สอนไม่ดูแถบกระดาษตรวจ ฉันเลยบอกว่าของฉันสีเหลือง ตอนนั้นรู้สึกกลัวมากเพราะมีคนพูดกันหลายคนว่า มะเร็งกับเบาหวานเป็นพี่น้องกัน คนที่เป็นมะเร็งกับเบาหวานไม่มีทางรักษาหาย ต้องตายทุกคน” หลังจากนั้นประมาณเกือบ 3 ปี แม้นจะสังเกตพบว่าปัสสาวะตนเองมีมดมาตอมและมีกลิ่นคล้ายน้ำตาล แต่ยังคงคิดหลอกตนเองว่าไม่ได้เป็นเบาหวาน จนเมื่อมีอาการเบลอๆ อ่อนเพลีย มึนงงและน็อค จึงไปตรวจที่

โรงพยาบาล ตรวจเลือดพบว่า มีระดับน้ำตาล 443 mg% “ความรู้สึกในตอนนั้น ตกใจ เครียด หดอวล ฝายอยาก กระวนกระวายใจ นอนไม่หลับ เพราะคิดว่าเป็นเบาหวานแล้วต้องตายแน่ๆ”

กรณีที่ 2 เพศชาย อายุปัจจุบัน 46 ปี เป็นเบาหวานตั้งแต่อายุ 23-24 ปี ภายหลังได้รับการวินิจฉัยจาก แพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน โดยเล่าว่า “พอมอบอกว่าเป็นเบาหวาน แต่ยังเป็นไม่มาก มอบอกให้ระวัง ไม่ ต้องกินยา ให้ออกกำลังกายและคุมอาหาร คราวแรกๆก็ทำได้ ออกกำลังกายโดยใช้วิธีเดินวิ่ง กินข้าวให้น้อยลง ไม่กินของหวานจัด ลดน้ำขวด แต่พอนานเข้า (จำระยะเวลาไม่ได้ว่านานเท่าไร) ก็กินเหมือนเดิม เพราะพอมอบอกเริ่มให้ยาเราก็กินตามใจเพราะคิดว่าอย่างโรเซยาที่คุมอยู่ ถ้าน้ำตาลเพิ่มเติมนมก็ไม่ต้องให้ยาเพิ่ม แต่ถ้ามอบอกว่ากินมากเกินไปก็จะเบาๆลง”

กรณีที่ 3 เพศหญิง อายุ 44 ปี มีอาชีพทำไร่มัน ไร่ช้อยและรับจ้างเก็บเม็ดมะม่วงหิมพานต์ เล่าให้ฟังว่า “ช่วง 1-2 เดือนแรก ภายหลังจากที่มอบอกว่าเป็นเบาหวานให้ลดอาหารลง คุมเข้มจนน้ำหนักลดไป 2-3 กิโลกรัม เพราะอดกิน จากที่เคยกินจานพูนๆ เหลือเพียงทัพพีเดียว ทำให้บางช่วงหิวข้าว แต่ก็ต้องอดเพราะกลัวว่าเบาหวานจะขึ้น แก้วหิวด้วยการกินน้ำบ้าง กินส้มบ้างเลยกลายเป็นโรคกระเพาะ พอเข้าเดือนที่ 3 กระเพาะคงเริ่มชินเลยไม่ปวดท้อง แต่จะหิวมากตอนที่ทำงานหนัก พอเข้าเดือนที่ 4 กินทุกอย่าง ไม่งด ชัด เรียบ เป็นอะไรก็เป็น ทั้งหิวทั้งอยากร เราทำงานเหนื่อย อดอาหารมากไม่ไหว ไม่มีแรงทำงาน”

ทั้ง 3 กรณีที่ยกตัวอย่างข้างต้นเป็นเพียงบทสะท้อนหนึ่งที่จะทำให้ผู้ให้บริการคำนึงถึงด้านจิตใจของผู้เป็นเบาหวาน และการปรับตัวในระยะแรก เพื่อให้สามารถเข้าใจและนำไปสู่การให้ข้อมูลที่รอบด้านอย่างสอดคล้องกับความต้องการมากขึ้น

เบาหวานทำให้ย่นสมรรถภาพทางเพศจริงหรือ? เบาหวานโดยเฉพาะในผู้ป่วยเพศชาย ว่า “อวัยวะเพศไม่ทำงาน” และเช่นกันกับปฏิเสธไม่ได้ว่าการมีเพศสัมพันธ์เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตครอบครัว หากมีคำถามว่า เป็นเบาหวานทำให้ย่นสมรรถภาพทางเพศ ท่านจะตอบว่าอย่างไร? ความจริง การย่นสมรรถภาพทางเพศอาจมาจากหลากหลายปัจจัย เช่น มีบาดแผลที่องคชาติ การใช้ยาบางชนิด เช่น ยาลดความดัน ยารักษาอาการซึมเศร้า ความผิดปกติของฮอร์โมน เลือดไปหล่อเลี้ยงองคชาติไม่เพียงพอ หรือกระทั่งมีปัญหาด้านจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวล ความเครียด ความขัดแย้ง และเช่นกัน เบาหวานก็เป็นปัจจัยหนึ่ง เพราะเบาหวานจะทำลายระบบประสาทอัตโนมัติจนอวัยวะเพศไม่สามารถแข็งตัวได้ แต่ถ้าผู้เป็นเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ปัญหานี้ก็จะลดลง แต่ในรายที่ป่วยเป็นเวลานานๆ อวัยวะเพศก็มักจะไม่ค่อยแข็งตัว	ผู้ให้บริการไม่ใช่แพทย์ที่เผชิญกับคำถามจากผู้เป็นเบาหวาน
---	---

การป้องกันเบาหวาน ง่ายกว่าที่คิด งานป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ จะเป็นเสน่ห์และบทบาทหลักของบริการปฐมภูมิ เนื่องจากสถานพยาบาลมีที่ตั้งอยู่ในชุมชนจึงเสมือนเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน เห็นความเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตที่บุคคลครอบครัวตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย อย่างไรก็ตามในการส่งเสริมและป้องกันเบาหวาน วิธีที่กล่าวกันเสมอว่า “การป้องกันเบาหวาน คือ การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และวิธีที่ได้ผลดีที่สุด คือ

การปรับเปลี่ยนแบบแผนชีวิต หรือ life style" แม้เป็นประโยชน์สั้นๆ พึงดูเหมือนง่าย หากเวลาปฏิบัติจริงกลับไม่
ง่าย แต่ถ้าทำได้มีประโยชน์ป้องกันเบาหวานโรคเดียวเท่านั้น ยังช่วยป้องกันการเกิดโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดอีก
ด้วย

การปรับเปลี่ยนแบบแผนชีวิต เป็นการดำเนินงานที่ต้องอาศัยเวลา ใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ ศาสตร์คือต้องม
ความรู้พื้นฐานและความรู้เฉพาะหลายเรื่อง ศิลป์เป็นศิลปะของการทำงานกับมนุษย์ โดยเฉพาะการสื่อสารที่สร้าง
พลัง ดังนั้นการปรับเปลี่ยนแบบแผนชีวิตหรืออีกนัยยะหนึ่งคือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จึงมีไม่เพียงการให้ความรู้
(knowledge) เพียงอย่างเดียว แต่หมายรวมถึงการพัฒนาให้มีทักษะ (skill) ควบคู่กันไปด้วย เพื่อให้การป้องกัน
เบาหวานเป็นเรื่องที่ไม่ยากเกินเอื้อม อาจจะต้องทำความเข้าใจ ใน 4 ประเด็นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน
กล่าวคือ

1. มีระบบข้อมูลที่สะท้อนได้ว่า กลุ่มเป้าหมายเป็นใคร ในที่นี้หมายถึง ลักษณะประชากรและปัจจัย
เสี่ยง
2. มีระบบการศึกษาแบบแผนพฤติกรรม ความเชื่อ และการดำรงชีวิตของกลุ่มเป้าหมาย การศึกษา
ในส่วนนี้จะทำให้เข้าใจที่มาของพฤติกรรม เพื่อให้สามารถนำไปสู่การจัดการพฤติกรรมนั้นๆ ได้
อย่างเหมาะสม
3. มีกระบวนการพัฒนาทักษะและให้ข้อมูลอย่างมีส่วนร่วม กล่าวคือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ต้อง
ไม่ลืมว่าผู้ปฏิบัติคือ กลุ่มเป้าหมายหาใช่ทีมผู้ให้บริการไม่ แต่ทีมผู้ให้บริการมีบทบาทของการเป็น
ผู้สนับสนุน พัฒนาหรืออีกนัยหนึ่งคือเป็นพี่เลี้ยง (Facilitator) ให้กลุ่มเป้าหมายเกิดกระบวนการ
เรียนรู้และมีความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือจัดการกับปัจจัยเสี่ยงนั้นๆ ได้อย่าง
สอดคล้องกับวิถีชีวิต
4. มีระบบของการประเมิน ทบทวน และเผยแพร่องค์ความรู้ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติเพื่อให้เกิดการ
สื่อสารในชุมชน และชุมชนป้องกันตนเองในท้ายที่สุด

อย่างไรก็ตามการดำเนินงานป้องกันให้เกิดทั้งในระดับบุคคล กลุ่มคน และชุมชน ไม่สามารถดำเนินการได้
โดยบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ต้องอาศัยทีม และการมีส่วนร่วมในระดับชุมชน เป็นต้นว่า แกนนำ ผู้นำ ภาคส่วนต่างๆ อีก
ทั้งต้องอาศัยยุทธศาสตร์และวิธีการที่หลากหลายทั้งในระดับมหภาคและจุลภาค ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตั้งแต่อ่อน
เกิดจนกระทั่งสูงอายุ เช่น

การดูแลก่อนปฏิสนธิ ความพิการแต่กำเนิดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตและการป่วยที่สำคัญของทารกที่เกิด
จากมารดาซึ่งเป็นเบาหวาน โดยความเสี่ยงต่อความพิการสูงขึ้นในมารดาที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง
ระหว่าง 6-8 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์จึงควรมีการวางแผนล่วงหน้า ในผู้เป็นเบาหวานที่มี
โอกาสตั้งครรภ์ได้ ควรให้การศึกษาเรื่องความเสี่ยงข้างต้นหากขาดการวางแผนที่ดีเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และ
ควบคุมเบาหวานไม่ได้ดี รวมทั้งใช้วิธีการคุมกำเนิดที่ได้ผล เว้นเสียแต่ผู้เป็นเบาหวานจะควบคุม
เบาหวานได้ดีและต้องการตั้งครรภ์ ในรายที่ต้องการตั้งครรภ์ จำเป็นต้องได้รับการดูแลป้อนขึ้นจากทีมสห
สาขาวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลรักษาเบาหวานก่อนและระหว่างตั้งครรภ์ เป้าหมายของการ
ดูแลก่อนปฏิสนธิคือ (1) เพื่อให้ผู้ป่วยจัดการกับเบาหวานของตนเองได้ (2) เพื่อคุม HbA_{1c} ให้ต่ำที่สุดเท่าที่
จะเป็นไปได้ โดยไม่เกิด hypoglycemia มากเกินไป (3) เพื่อให้ประกันได้ว่าการคุมกำเนิดได้ผลมากที่สุด

จนกระทั่งสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้คงที่และอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ (4) เพื่อค้นหา ประเมินผล และรักษาภาวะแทรกซ้อนระยะยาวจากเบาหวาน เช่น retinopathy, nephropathy, neuropathy ความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดหัวใจ

สำหรับหญิงตั้งครรภ์ในรายปกติ เป้าหมายของการดูแลในระยะตั้งครรภ์ ไม่เพียงแต่การฝากครรภ์ครบ 4 ครั้งคุณภาพ หรือไม่เกิดภาวะตายคลอดเท่านั้น หากหมายรวมถึงน้ำหนักของทารกแรกคลอด ไม่ควรต่ำกว่า 2,500 กรัมด้วย เพราะการที่ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อย จะมีความเสี่ยงในการเป็นโรคเบาหวานได้มากกว่าเด็กที่มีน้ำหนักปกติ นอกจากนี้หากทำให้การดูแลในระยะก่อนคลอดเป็นการสร้างความเข้าใจของมารดาต่อเรื่องโภชนาการของแม่ที่มีผลต่อบุตร และปลูกฝังนิสัยการบริโภคของบุตร ก็จะทำให้การป้องกันมิให้เกิดเฉพาะโรคเบาหวานเท่านั้น แต่ยังครอบคลุมโรคอื่นๆและยังเป็นต้นทุนทางด้านสุขภาพของคนไทยในอนาคตอีกด้วย

การรณรงค์เด็กไทยไม่กินหวาน เป็นเครือข่ายการดำเนินงานของสหวิชาชีพ โดยมีเด็กวัยเรียน และก่อนวัยเรียนเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญ เน้นการรณรงค์เพื่อลดการบริโภคหวาน เนื่องจากโรคเสียดัดความหวานกำลังคุกคามทุกครอบครัว เป็นที่ทราบกันดีว่าพิษภัยของความหวานส่งผลต่อสุขภาพทั้งสุขภาพช่องปากและโรคอ้วนที่เป็นต้นเหตุแห่งความเสี่ยงของอวัยวะต่างๆ โดยการดำเนินงานของเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวานใช้กลยุทธ์ทางการตลาด (การตลาดเชิงสังคม : social marketing) เป็นเครื่องมือในการสื่อสารในวงกว้าง (air war) และสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางด้านกฎหมายทางด้านอาหาร เช่น การงดเติมน้ำตาลในนมทารกสูตรต่อเนื่อง เป็นต้น อย่างไรก็ตามในระดับของพื้นที่โดยเฉพาะโรงเรียนก็มีการดำเนินการคู่ขนานไปด้วย เช่น โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ การเพิ่มความรู้และทักษะให้กับนักเรียนในการเลือกบริโภคขนม

ป้องกันเบาหวาน จัดการให้ตรงเป้า “ลดอ้วนได้ ช่วยลดความเสี่ยงได้เกือบ 40 %” งานวิจัย Nurse Health Study ซึ่งติดตามศึกษาพยาบาล 84,941 คน ในระยะเวลา 16 ปี พบผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่จำนวนมากถึง 3,300 ราย โดยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานเพิ่มสูงขึ้นตามการเพิ่มขึ้นของดัชนีมวลกาย (body mass index) การมีน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดที่ทำนายการเกิดโรคเบาหวาน เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีดัชนีมวลกาย < 23.0 kg/m² แล้ว ผู้ที่มีดัชนีมวลกาย ≥ 35.0 kg/m² และอยู่ระหว่าง 30-34.9 kg/m² มี relative risk เท่ากับ 38.8 และ 20.1 ตามลำดับ นอกจากนี้การขาดการออกกำลังกาย บริโภคอาหารไม่ถูกต้อง สูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ ยังมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นด้วย

จากข้อมูลดังกล่าว หากสามารถจัดการกับความอ้วนได้ จะเกี่ยวข้องโดยตรงกับการลดอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ การลดอ้วนหรือการลดน้ำหนักยังมีผลดีในเรื่องการควบคุมความดันโลหิตและการควบคุมระดับไขมันในเลือดโดยเฉพาะ VLDL-triglycerides และ HDL-cholesterol และลดโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ จึงมีข้อเรื่องยากแต่ก็ไม่ง่ายสำหรับคนที่ถูกปลูกฝังนิสัยการบริโภคเกินมาอย่างยาวนาน การลดน้ำหนักจึงหมายถึงการจัดสมดุลระหว่างการบริโภคและการใช้พลังงาน ดังนั้น ควบคู่กับการควบคุมอาหารจึงควรให้มีการออกกำลังกายที่สอดคล้องกับสภาพของบุคคลๆนั้นด้วย

Tip : การลดน้ำหนักจะได้ผลอย่างรวดเร็วถ้าสามารถควบคุมการกินของตนเองได้ แต่ออกกำลังกายจะช่วยให้เกิดความกระชับของกล้ามเนื้อ และความแข็งแรงของหัวใจ วิธีการอย่างง่ายคือ จัดโปรแกรมให้เหมาะกับบุคคล โดยประเมินและวางแผนร่วมกัน เช่น ประเมินว่าอะไรที่บริโภคเกินในแต่ละมื้อ ค่อยๆลดทีละอย่างและทีละมื้อ โดยเริ่มจากมื้อเย็นหรือระหว่างมื้อก่อน สิ่งสำคัญที่สุด คือ ความเอาใจจริงเอาใจ ตั้งใจ และใจเย็นพอ

กลุ่มที่มีความทนต่อกลูโคสผิดปกติ ถ้าไม่ปรากฏว่าอ้วน จะทำอะไร เนื่องจากในสถานการณ์ปัจจุบัน ทุกสถานพยาบาลมีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูงในทุกพื้นที่ โดยได้พยายามแบ่งกลุ่มคนที่มีระดับน้ำตาลในเลือด (ก่อนอาหาร) อยู่ในช่วง 100 – 125 mg/dl เป็นกลุ่ม impair (กลุ่มที่มีความทนต่อกลูโคสผิดปกติ) เพื่อเฝ้าระวังด้วยการเจาะเลือดทุก 6 เดือน – 1 ปี แล้วแต่เกณฑ์ของแต่ละพื้นที่ อย่างไรก็ตามการเฝ้าระวังด้วยการเจาะเลือดไม่ได้เป็นไปเพื่อการป้องกันแต่เป็นไปเพื่อทำให้การวินิจฉัยโรคเร็วขึ้น การดำเนินการป้องกันในกลุ่มนี้หากได้ทำการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงแล้วพบว่า ไม่มีภาวะอ้วนหรือ BMI ไม่เกินมาตรฐาน ตลอดจนเส้นรอบเอวก้อยู่ในเกณฑ์ปกติ อาจมีความจำเป็นที่ต้องตรวจระดับไขมันในเลือด หากพบว่าระดับไขมันในเลือดผิดปกติ ก็พอจะคาดการณ์ได้ว่ากลุ่มนี้มีภาวะสารอาหารไหลล้นตามที่ได้กล่าวแล้วในส่วนต้นของบท ซึ่งการจัดการเพื่อให้เกิดการป้องกันจำเป็นต้องปรับพฤติกรรมการบริโภค ให้สมดุลและเหมาะสมกับความต้องการพลังงานของแต่ละบุคคล

การคัดกรองด้วยวิธีการเจาะเลือด เป็นไปเพื่อการเฝ้าระวัง ค้นหาผู้ป่วยที่ต้องการการรักษา และการวินิจฉัยที่รวดเร็วขึ้น มิได้เป็นไปเพื่อการป้องกันการเป็นเบาหวานอย่างแท้จริง แต่การเจาะเลือดช่วยทำให้เห็นชัดเพิ่มขึ้นว่าใคร ที่มีแนวโน้มและโอกาสจะเป็น เพื่อให้สามารถจัดกลุ่มและวางน้ำหนักในการดำเนินการป้องกันได้ถูกกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น

2.) การดูแลเบาหวาน

การรักษาเบาหวาน หากการรักษาน้ำตาลไม่ มีหลายครั้งของการรักษาเบาหวานที่บุคลากรทางการแพทย์ผู้ทำหน้าที่ในการรักษาผู้เป็นเบาหวาน จะให้ความสำคัญกับระดับน้ำตาลในเลือด จนเผลอเข้าใจไปว่าการควบคุมโรคเบาหวาน คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งท้ายที่สุดก็พบว่าแม้ระดับน้ำตาลในเลือดจะอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงปกติ หรือ ผู้เป็นเบาหวานรายนั้นถูกจัดอยู่ในกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ไม่เคยขาดการรักษา แต่กลับพบว่ามีความแทรกซ้อนเกิดขึ้น การรักษาเบาหวานจึงมิได้มีขอบเขตแค่เพียงระดับน้ำตาลในเลือดเท่านั้น แต่เป็นการควบคุมความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค หรือกล่าวอย่างง่าย เป้าหมายของการดูแลเบาหวาน คือ การป้องกันไม่ให้เป็นโรคหัวใจ ไตวาย ตาบอด ตัดขาดหรือเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้เป็นเบาหวานและครอบครัว

เป้าหมายการควบคุมเบาหวาน

Fasting plasma glucose	90-130 mg/dl
Postprandial glucose	<180 mg/dl
HbA1C	<7%
Total cholesterol	<200 mg/dl
LDL- cholesterol	<100 mg/dl
HDL- cholesterol	>40 mg/dl
Fasting triglycerides	<150 mg/dl
BMI (Body mass index)	20-25 kg/m2 (ชาย)
	19-24 kg/m2 (หญิง)
Waist circumference	90 cms. (ชาย)
	80 cms. (หญิง)
ความดันโลหิต	<130/80 mmHg

จากตารางเป้าหมายการควบคุมเบาหวาน จะเห็นว่าสิ่งที่จะเป็นตัววัดระหว่างทางของการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนนั้น พิจารณาเกณฑ์ตั้งแต่ระดับน้ำตาล ที่ดีที่สุด คือ ค่าน้ำตาลเฉลี่ย (HbA1C) ระดับไขมัน ค่าน้ำตาล มวลกาย เส้นรอบเอว และระดับความดันโลหิต ยังไม่รวมถึงการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต หัวใจ และ เท้า ซึ่งจะได้กล่าวในหัวข้อของการตรวจประเมินภาวะแทรกซ้อนต่อไป

โภชนาบำบัดสำหรับผู้เป็นเบาหวาน ผู้เป็นเบาหวานจะมีความผิดปกติของเมตาบอลิซึมของ คาร์โบไฮเดรตและไขมันร่วมด้วย ดังนั้นในการควบคุมอาหารสำหรับผู้เป็นเบาหวานจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อ ควบคุมระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดให้ใกล้เคียงกับระดับปกติมากที่สุด ทำให้กระบวนการเมตาบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรต เป็นไปด้วยดี ตลอดจนถึงผู้เป็นเบาหวานมีภาวะโภชนาการที่ดี สามารถควบคุมน้ำหนักตัวให้เหมาะสมกับวัยและสภาวะของร่างกาย ส่งผลถึงการป้องกันและลดภาวะโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

หลักในการเลือกอาหารให้เหมาะสมกับการรักษาเบาหวาน มีดังนี้

1. มีพลังงานที่พอเหมาะ เพื่อให้สามารถควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ
2. มีสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ อย่างพอเหมาะ
3. สอดคล้องกับชีวิตประจำวันของผู้เป็นเบาหวาน

โภชนาบำบัดในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 มักอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ แต่อย่างไรก็ตามในฐานะของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีภารกิจดูแลสุขภาพของบุคคลและครอบครัว ตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย ควรจะพิจารณาในส่วนที่จะช่วยสนับสนุนให้ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 และครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ตามขอบเขตที่ควรจะเป็น อย่างเช่นในเรื่องของอาหาร หากสามารถประเมินบริโภคนิสัยและการออกกำลังกายของผู้ป่วยได้ ก็จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพิจารณาปริมาณอินซูลิน ผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดอินซูลิน

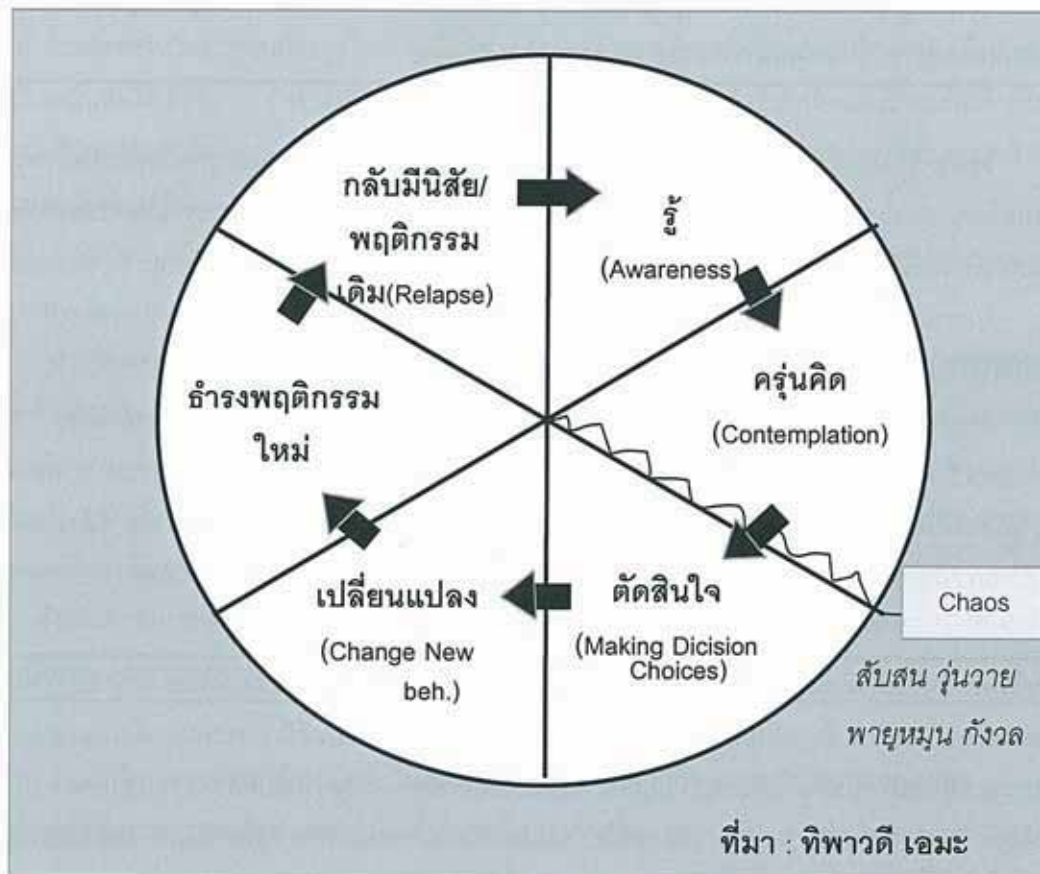
ควรรับประทานอาหารให้เป็นเวลาสม่ำเสมอและในปริมาณที่ใกล้เคียงกันทุกวัน เพื่อให้สอดคล้องกับการออกฤทธิ์ของยา นอกจากนี้จะต้องติดตามระดับน้ำตาลในเลือด และจะต้องมีการปรับขนาดของยาฉีดให้เหมาะสมกับปริมาณอาหารที่รับประทานตามปกติรวมถึงการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม

Tip : หน้าที่ของ PCU จึงควรเป็นผู้ช่วยประเมินและสร้างความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และข้อพึงระวังของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 คือ การเกิดภาวะกรดคั่งในเลือดจากสารคีโตน

โภชนบำบัดในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เป้าหมายในการรักษาผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มุ่งไปที่การควบคุมระดับน้ำตาล ไขมัน และความดันโลหิตสูง ในรายที่มีน้ำหนักตัวเกินควรลดน้ำหนักและการควบคุมปริมาณอาหารจะช่วยให้การควบคุมระดับน้ำตาลและไขมันดีขึ้นทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารสมดุลครบ 5 หมู่ และมีไขมันต่ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งไขมันอิ่มตัว อย่างไรก็ตามก็ไม่มีเกณฑ์ที่ตายตัว แม้ว่าไม่สามารถลดน้ำหนักได้ในปริมาณที่ต้องการ แต่การที่น้ำหนักลดลงบ้างจะช่วยให้ระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ดีขึ้น

การรับประทานอาหารอย่างชาญฉลาดจึงเป็นทางเลือกที่ดีที่สุดที่จะช่วยให้ผู้เป็นเบาหวานอยู่กับโรคได้อย่างมีความสุข และถ้ามีการวางแผนร่วมกันในการใช้โภชนบำบัดระหว่างผู้ให้บริการ ผู้เป็นเบาหวานและครอบครัวจะช่วยให้ประสบความสำเร็จได้มากขึ้น กล่าวคือ หากสามารถลดการบริโภคอาหารลงได้วันละ 250-500 แคลอรี จากที่รับประทานตามปกติ ควบคู่กับเพิ่มการให้พลังงานในชีวิตประจำวัน จะช่วยให้ผู้ป่วยลดน้ำหนักได้พอสมควรและส่งผลให้ระดับน้ำตาลดีขึ้น อาจเลือกใช้วิธีการกระจายมื้ออาหารออกเป็นมื้อเล็กหลายมื้อโดยเฉพาะสารอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต ก็จะเป็นอีกทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้เป็นเบาหวานประเภทที่ 2 ประการสำคัญหากผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการเรียนรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งการบริโภคและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมได้ในระยะยาว แต่หากพยายามออกกำลังกายและเปลี่ยนนิสัยการบริโภคแล้วยังไม่สามารถควบคุมเบาหวานได้ ก็จำเป็นต้องได้รับยาเบาหวานร่วมด้วย

วงจรของการปรับพฤติกรรม ผู้เป็นเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยรายใหม่ ก่อนจะตัดสินใจให้การรักษาด้วยยาควรเริ่มจากการวางแผนที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรสาธารณสุขจะต้องเป็นผู้สนับสนุนทั้งทางด้านความรู้และการพัฒนาให้เกิดทักษะ อย่างไรก็ตามควรทำความเข้าใจขั้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมนุษย์ เพื่อให้สามารถสนับสนุนได้อย่างสอดคล้อง



แนวทางการกำหนดสารอาหารในผู้เป็นเบาหวาน

โปรตีน ในปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะกำหนดระดับโปรตีนที่แน่นอนในผู้เป็นเบาหวานว่าควรได้รับมากกว่าหรือต่ำกว่าคนทั่วไป ข้อเสนอแนะสำหรับปริมาณโปรตีนในผู้เป็นเบาหวานขณะนี้จึงเท่ากับคนทั่วไป คือ ประมาณร้อยละ 10-20 ของพลังงานที่ได้รับทั้งวัน และควรเป็นโปรตีนจากพืชและสัตว์

ในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 และเบาหวานที่มีปัญหาโรคไต มีรายงานพบว่าการจำกัดโปรตีนสามารถชะลอการเกิดโรคไตวายได้ จึงแนะนำให้ผู้เป็นเบาหวานที่มีปัญหา overt nephropathy จำกัดโปรตีนที่ 0.8 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน (ประมาณร้อยละ 10 ของ พลังงานที่ควรได้รับ) ในกรณีผู้ป่วยเริ่มมี Glomerular filtration rate (GFR) ลดลง ควรได้รับการจำกัดโปรตีนที่ 0.6 กรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน ซึ่งอาจช่วยการลดลงของ GFR ช้าลง

อย่างไรก็ตามการจำกัดโปรตีนอาจส่งผลให้เกิดปัญหาการขาดโภชนาการเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยบางคน ทำให้น้ำหนักตัวลดลง กล้ามเนื้ออ่อนแรงได้ ดังนั้นในผู้เป็นเบาหวานที่มีโรคไตควรได้รับคำแนะนำทางโภชนาการและวางแผนอาหารแบบเฉพาะบุคคล

Tip : หน้าที่หลักของโปรตีน คือ การซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย แต่มีประมาณร้อยละ 58 ของโปรตีนสามารถนำไปใช้เป็นพลังงานได้ แต่ต้องใช้อินซูลินช่วยในการทำงานด้วย ที่สำคัญไม่ควรลืมว่า การรับประทานโปรตีนจากเนื้อสัตว์ เราจะได้ไขมันควบคู่กันไปด้วย ดังนั้นจึงควรคำนึงถึงเมื่อต้องให้ข้อมูลกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความสมดุลของสารอาหารตามสภาวะและความต้องการของร่างกาย

ไขมัน ข้อเสนอแนะในการรับประทานไขมันในผู้เป็นเบาหวานขึ้นกับเป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาล ระดับไขมันในเลือด และน้ำหนักตัว สำหรับผู้ป่วยที่มีระดับไขมันปกติ และน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมกับวัยอยู่แล้ว ข้อเสนอแนะคือ ไขมันไม่เกินร้อยละ 30 ของพลังงานแต่ละวัน และควรกินไขมันอิ่มตัวไม่เกินร้อยละ 10 ของพลังงาน

ในกรณีที่ผู้เป็นเบาหวานอ้วนมากและเป้าหมายคือการลดน้ำหนัก การลดปริมาณอาหารและปริมาณไขมันเป็นวิธีที่ดีในการลดน้ำหนัก และจะได้ผลดียิ่งขึ้นเมื่อออกกำลังกายร่วมด้วย

สำหรับผู้เป็นเบาหวานที่มีระดับ LDL-Cholesterol สูง เป็นปัญหาหลักซึ่งปัจจุบันจาก National Cholesterol Education Program (NCEP) step 3 ถือว่าเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้เป็นเบาหวานควรมีระดับ LDL-Cholesterol น้อยกว่า 100 มก./ดล. สำหรับข้อเสนอแนะคือ พลังงานจากไขมันอิ่มตัวน้อยกว่าร้อยละ 7 พลังงานจากไขมันรวมร้อยละ 25-35 และ cholesterol จากอาหารน้อยกว่า 200 มก.ต่อวัน

ไขมันอิ่มตัว ไม่อิ่มตัวคืออะไร สำคัญต่อร่างกายอย่างไร : กรดไขมันอิ่มตัว (Saturated fatty acid) หมายถึงกรดไขมันที่คาร์บอนในโมเลกุลมีไฮโดรเจนจับเกาะอยู่เต็มที่แล้ว เป็นกรดไขมันที่มีเฉพาะพันธะเดี่ยว(single bond) ส่วนมากจะอยู่ในสภาพไขมันที่แข็งง่ายมันถูกความเย็นเพียงเล็กน้อย มีสูตรทั่วไปคือ $C_nH_{2n}O_2$ (n=4,6,8) หรือเขียนย่อว่า $R-CH_2-CH_2-COOH$ เช่น กรดอะซิติก กรดไพริไอนิก กรดบิวทิริก กรดพาลมิติก กรดไมริสติก และกรดสเตียริก เป็นต้น โดยทั่วไปไขมันของสัตว์บกจะมีกรดไขมันอิ่มตัวมากกว่าไขมันที่มาจากพืช (ยกเว้นน้ำมันมะพร้าว) และปลา ส่วนกรดไขมันไม่อิ่มตัว (Unsaturated fatty acid) เป็นกรดไขมันที่มีพันธะคู่ (double bond) และคาร์บอนในโมเลกุลมีไฮโดรเจนจับเกาะอยู่ไม่เต็มที่มีสูตรทั่วไปคือ $C_nH_{2n-2}O_2$ หรือ $C_nH_{2n-4}O_2$ เขียนย่อว่า $R-CH=CHCOOH$ พบมากในน้ำมันพืช น้ำมันปลา และสัตว์ทะเลทั่วไป ยังแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทคือ

- 1) กรดไขมันไม่อิ่มตัว 1 ตำแหน่ง (monounsaturated fatty acid :MUFA) ในสูตรโครงสร้าง เป็นกรดไขมันไม่อิ่มตัวมีแขนคู่ 1 ตำแหน่ง เช่น กรดโอเลอิก (oleic acid) กรดพาลมิโทเลอิก (palmitoleic acid) กรดวาคซีนิก (vaccenic acid)
- 2) กรดไขมันไม่อิ่มตัวหลายตำแหน่ง (polyunsaturated fatty acid :PUFA) คือกรดไขมันไม่อิ่มตัวที่มีแขนคู่ตั้งแต่ 2 ตำแหน่งขึ้นไป ได้แก่ กรดไขมันกลุ่มโอเมก้า 3 และ กรดไขมันกลุ่มโอเมก้า 6
 - กรดไขมันกลุ่มโอเมก้า 3 ที่สำคัญคือ กรดไลโนเลนิก (alpha-linoleic acid,LNA) ปัจจุบันที่มีความสนใจคือ กรดไอโคซาเพนตะอีโนอิก (Eicosapentaenoic acid,EPA) และ กรดโดโคซาเฮกซาอีโนอิก (Docosahexaenoic acid,DHA)

กรดไขมันกลุ่มโอเมก้า 6 ที่สำคัญคือกรดไลโนเลอิก (linoleic acid, LA) และกรดอะราชิโดนิก (arachidonic acid, AA)

ความแตกต่างระหว่างกรดไขมันอิ่มตัวและไม่อิ่มตัว นอกจากมีสูตรโครงสร้างที่ไม่เหมือนกันแล้ว ยังมีจุดหลอมเหลวที่แตกต่างกันด้วย กล่าวคือ **กรดไขมันชนิดอิ่มตัวมีจุดหลอมเหลวสูงกว่าชนิดไม่อิ่มตัว**เมื่อจำนวนคาร์บอนในโมเลกุลเท่ากัน (แต่สำหรับไขมันชนิดอิ่มตัวด้วยกัน ในชนิดที่มีอะตอมของคาร์บอนในโมเลกุลน้อยมีจุดหลอมเหลวต่ำกว่าที่มีคาร์บอนในโมเลกุลมาก) และเมื่อจำนวนคาร์บอนในโมเลกุลเท่ากัน จำนวนอะตอมของไฮโดรเจนในกรดไขมันชนิดไม่อิ่มตัวมีน้อยกว่ากรดไขมันชนิดอิ่มตัว ดังนั้นกรดไขมันชนิดไม่อิ่มตัวจึงมีโอกาสทำปฏิกิริยากับออกซิเจนในอากาศเกิดสารใหม่ที่เป็นพิษ และหากมีความร้อนเพิ่มขึ้น ความร้อนจะยิ่งเป็นตัวช่วยเร่งให้น้ำมันเหม็นหืนได้เร็วขึ้น ปัจจุบันจึงแนะนำให้ไม่ให้น้ำมันทอดซ้ำแล้วซ้ำอีกถึงแม้ว่าจะเป็นน้ำมันที่เป็นกรดไขมันชนิดไม่อิ่มตัวก็ตาม เนื่องจากพบว่าน้ำมันที่ทอดซ้ำแล้วซ้ำอีกมีโอกาสเกิดสารใหม่ที่เป็นอนุมูลอิสระอันเป็นโทษแก่ผู้บริโภคได้

กรดไขมันไม่อิ่มตัวนั้นสามารถทำให้เป็นกรดไขมันชนิดอิ่มตัวได้โดยนำไปทำปฏิกิริยากับไฮโดรเจน เช่นที่เราพบเห็นในรูปของเนยเทียมหรือมาการีนนั่นเอง

สำหรับผลต่อร่างกายหากยังกินอาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัวในปริมาณที่มากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย ย่อมมีผลทำให้ระดับ cholesterol ในเลือดสูงขึ้นอันเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด atherosclerosis ของผนังหลอดเลือด และการเกิดภาวะตีอตันอัมพฤกษ์ ในทางตรงกันข้ามถ้ากินอาหารที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวในสัดส่วนที่มากกว่ากรดไขมันอิ่มตัว กลับมีผลช่วยลดระดับ cholesterol ในเลือด โดยเฉพาะกลุ่มที่มีพันธะคู่ ยังมีพันธะคู่จำนวนมาก จุดหลอมเหลวยิ่งต่ำ ยิ่งสามารถละลายในน้ำได้ดี อาหารที่พบว่ามีการกรดไขมันไม่อิ่มตัวสูงมักจะอยู่ในปลาทะเล

ดังนั้นเป้าหมายที่สำคัญในการลดอาหาร คือ การลดปริมาณไขมันอิ่มตัวให้ต่ำกว่าร้อยละ 10 ของพลังงาน และจำกัดคอเลสเตอรอลจากอาหารไม่เกิน 300 มก./วัน

ปัญหาโรคแทรกซ้อนที่มักพบในผู้เป็นเบาหวานคือ โรคหัวใจและระดับไตรกลีเซอไรด์สูง การเพิ่มคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อนและลดไขมันจะทำให้ระดับไตรกลีเซอไรด์สูงขึ้น และระดับ HDL-Cholesterol ลดลง จากการศึกษาพบว่า การให้ MUFA แทนส่วนของคาร์โบไฮเดรตสามารถช่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีในผู้เป็นเบาหวานจำนวนมากโดยไม่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ ดังนั้นในผู้ป่วยที่มีระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์สูง และมีระดับ VLDL สูง นอกจากการลดน้ำหนักและออกกำลังกายแล้วขอแนะนำให้ควบคุมอาหารคืออาจลองเพิ่ม MUFA และคาร์โบไฮเดรตในระดับปานกลาง โดยให้พลังงานจากไขมันอิ่มตัว (SFA) น้อยกว่าร้อยละ 10, PUFA น้อยกว่า ร้อยละ 10, MUFA ประมาณร้อยละ 20 และคาร์โบไฮเดรต ประมาณร้อยละ 40-50

ถ้าผู้ป่วยมีระดับไตรกลีเซอไรด์สูง คือมากกว่า 1000 มก./ดล. ขอแนะนำให้ควรใช้ยาเพื่อลดการเกิดตับอ่อนอักเสบ ร่วมกับการลดปริมาณไขมันทุกชนิดให้น้อยกว่าร้อยละ 10 ของพลังงาน เพื่อลดระดับ chylomicrons ที่เกิดจากการรับประทานอาหารไขมัน

ไคโลไมครอน (chylomicron) เป็น lipoprotein ที่เยื่อผนังลำไส้ตอนต้นและตอนกลาง สร้างขึ้นจากอาหารที่รับประทานเข้าไป มีความหนาแน่นต่ำที่สุด ประกอบด้วยไตรกลีเซอไรด์มากกว่าร้อยละ 90 chylomicron ทำหน้าที่ขนถ่ายกลีเซอไรด์ผ่านทางระบบน้ำเหลืองเข้าสู่กระแสเลือด แล้วถูกย่อยด้วย lipoprotein lipase เปลี่ยนเป็นกรดไขมันอิสระเข้าสู่เนื้อเยื่อไขมันและกล้ามเนื้อเพื่อนำไปสร้างเป็นไตรกลีเซอไรด์ใหม่และเก็บสะสมไว้เป็นพลังงาน

คาร์โบไฮเดรตและสารให้ความหวาน พลังงานจากคาร์โบไฮเดรตที่ควรได้รับนั้นแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลขึ้นกับบริโภคนิสัยและเป้าหมายของระดับน้ำตาลและไขมัน อดีตที่ผ่านมาน้ำตาล (simple sugar) เป็นสิ่งที่ผู้เป็นเบาหวานควรหลีกเลี่ยงและให้ใช้แป้งหรือคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน (complex carbohydrate) แทน เนื่องจากมีสมมติฐานว่า น้ำตาลจะถูกย่อยและถูกดูดซึมเร็วกว่าแป้งทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นกว่าอาหารคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน แต่หลักฐานพิสูจน์สมมติฐานค่อนข้างน้อย ข้อมูลการวิจัยพบว่าผลไม้และนมมีผลต่อการขึ้นของระดับน้ำตาลใกล้เคียงกับขนมปัง ข้าว และมันฝรั่ง ถึงแม้ว่าแป้งชนิดต่างๆ จะมี glycemic response ต่างกันก็ตาม การตอบสนองของระดับน้ำตาลยังขึ้นกับปริมาณรวมของคาร์โบไฮเดรตทั้งหมดที่รับประทานมากกว่าชนิดของคาร์โบไฮเดรต

น้ำตาลทราย (sucrose) ข้อสรุปเกี่ยวกับน้ำตาลและเบาหวาน คือ น้ำตาลเมื่อรับประทานเป็นส่วนหนึ่งของคาร์โบไฮเดรตในมื้ออาหารที่กำหนดไว้ตามปกติ หรือรับประทานร่วมกับอาหารอื่นโดยไม่ได้เพิ่มปริมาณคาร์โบไฮเดรตรวมเป็นมื้ออาหาร ไม่ได้ทำให้เกิดผลเสียต่อระดับกลูโคสในเลือดของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 หรือ 2 เหตุผลก็คือน้ำตาลเป็นคาร์โบไฮเดรตชนิดหนึ่ง ในกระบวนการย่อยคาร์โบไฮเดรตทุกชนิดไม่ว่าจะเป็นเชิงเดี่ยวหรือเชิงซ้อน ร่างกายจะไม่สามารถแยกแยะได้ว่าคาร์โบไฮเดรตที่รับประทานเข้าไปเป็นส่วนที่มาจากน้ำตาลทรายหรือน้ำตาลจากผลไม้ แต่มีข้อเตือนว่าของหวานที่มีน้ำตาลให้แต่พลังงานไม่มีสารอาหารอื่นที่จำเป็นเหมือนอาหารคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน จึงไม่ควรรับประทานมากเกินไป

ฟรุคโตส อาหารที่มีฟรุคโตสสามารถเพิ่มระดับน้ำตาลในเลือดได้แต่น้อยกว่าและช้ากว่าซูโครส หรืออาหารประเภทแป้งแม้จะมีปริมาณแคลอรีเท่ากัน ด้วยเหตุนี้จึงมีการใช้ฟรุคโตสเป็นสารให้ความหวานในอาหารของผู้เป็นเบาหวาน สิ่งที่ต้องระวังคือถ้ารับประทานมากเกินไปเช่นร้อยละ 20 ของพลังงาน (2 เท่าของปริมาณที่รับประทานกันตามปกติ) อาจมีผลต่อการเพิ่มระดับคอเลสเตอรอลรวมและ LDL-Cholesterol ดังนั้นผู้ที่มีความผิดปกติของไขมันจึงควรหลีกเลี่ยงการรับประทานฟรุคโตสในปริมาณมากแต่ทั้งนี้ไม่ได้หมายความว่าจะต้องเลี่ยงผลไม้ซึ่งเป็นน้ำตาลฟรุคโตสจากธรรมชาติ

สารให้ความหวานอื่นๆที่มีคุณค่าทางโภชนาการ (nutritive sweetness) สารให้ความหวานที่ให้พลังงานชนิดอื่นๆ นอกเหนือจากน้ำตาลทราย และฟรุคโตส ได้แก่ corn syrup น้ำผลไม้ น้ำผึ้ง กากน้ำตาล (molasses) dextrose หรือ maltose สารให้ความหวานเหล่านี้มีผลต่อระดับน้ำตาลเช่นเดียวกับน้ำตาลทรายและฟรุคโตส นอกจากนี้ยังมีน้ำตาลแอลกอฮอล์ เช่น Sorbitol mannitol และ xylitol ซึ่งมีผลต่อระดับน้ำตาลน้อยกว่าน้ำตาลทรายและคาร์โบไฮเดรตอื่นๆ สารเหล่านี้ยังไม่มีข้อมูลว่าดีหรือไม่ดีกว่าสารให้ความหวานชนิดอื่นๆที่กล่าวมาแล้วข้างต้น อย่างไรก็ตามในวงการของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มักเลือกใช้น้ำผึ้งในการช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด โดยการบอกเล่าปากต่อปากแม้จะยังไม่มียืนยันทางรายการงานการวิจัยก็ตาม

สารให้ความหวานที่ไม่มีคุณค่าทางโภชนาการ (Nonnutritive sweetness) สารให้ความหวานประเภทนี้ ได้แก่ saccharin aspartame acesulfamek และsucralose ซึ่งได้รับการยอมรับจาก FDA ของประเทศ

สหรัฐอเมริกาว่าปลอดภัยถ้าจะใช้ในผู้เป็นเบาหวาน แต่กระนั้นเมืองไทยโดยเฉพาะในระดับชุมชนชนบทก็ยังไม่วางใจต่อการใช้สารให้ความหวานดังกล่าว ด้วยหลากหลายเหตุผล ทั้งเรื่องความอร่อยลิ้นและความกังวลต่อผลกระทบจากการใช้

เส้นใยอาหาร (Fiber) เส้นใยอาหารให้ประโยชน์ทั้งการรักษาและป้องกันการเกิดความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร รวมทั้งป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และใยอาหารประเภทที่ละลายน้ำได้ยังมีผลในการป้องกันหรือลดระดับไขมันในเลือด ใยอาหารประเภทนี้บางชนิดสามารถชะลอการดูดซึมกลูโคสจากลำไส้เล็ก ผู้เป็นเบาหวานควรรับประทานเส้นใยอาหารจากอาหารธรรมชาติในปริมาณเท่ากับคนทั่วไปคือวันละ 20-35 กรัม

แหล่งของใยอาหารและบทบาทต่อร่างกาย			
ประเภท	องค์ประกอบ	แหล่งอาหาร	บทบาทต่อร่างกาย
ไม่ละลายน้ำ	เซลลูโลส	Whole wheat flour, รำข้าว พืชตระกูลกะหล่ำ, ถั่วเมล็ดแห้ง ผักประเภทหัว : แครอท มันฝรั่ง มันเทศ	- เพิ่มปริมาณกากอาหาร - ช่วยดูดซับสารพิษ
	เฮมิเซลลูโลส	รำข้าว ธัญพืช เมล็ดพืช ผัก	ลดระยะเวลาการอยู่ในลำไส้ของกากอาหาร
	ลิกนิน	ผัก ข้าวสาลี ข้าวโอ๊ต รำ	ไม่แน่ชัด
ละลายน้ำ	เพคติน	แอปเปิ้ล ผลไม้ตระกูลส้ม สตอเบอรี่ กัลยง อุ่น	- อาหารอยู่ในกระเพาะนานขึ้น - อัตราการดูดซึมกลูโคสจากลำไส้เป็นไปอย่างช้าๆ
	กัม	ผลไม้ ถั่วเมล็ดแห้ง ข้าวโอ๊ต ข้าว บาร์เล่ย์	- ลดระดับคอเลสเตอรอลในเลือด

โซเดียม ร่างกายแต่ละคนมีความไวต่อโซเดียมแตกต่างกันและผลต่อความดันโลหิตในแต่ละคนก็แตกต่างกัน ปริมาณโซเดียมที่ผู้เป็นเบาหวานควรได้รับเท่ากับคนทั่วไป คือไม่เกินวันละ 2,400 - 3,000 มก.ต่อวัน สำหรับผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงระดับอ่อนถึงปานกลาง ควรรับประทานโซเดียมไม่เกินวันละ 2,400 มก. ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงและมีโรคไตควรจำกัดปริมาณโซเดียมไม่เกิน 2,000 มก.

เรามักได้รับโซเดียมในรูปของเกลือคลอไรด์ ซึ่งร้อยละ 95 ถูกดูดซึมที่ลำไส้เล็กตอนต้น และจะถูกขับออกทางปัสสาวะ มีจำนวนเล็กน้อยขับออกทางผิวหนังซึ่งเป็นไปเพื่อการระบายความร้อน รักษาอุณหภูมิของร่างกายให้คงที่ การขาดโซเดียมมักไม่ค่อยพบ ยกเว้นกรณีที่มีอาการท้องเดิน อาเจียนอย่างรุนแรง เหงื่อออกมาก จะไปมีผลทำให้

ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้น เป็นสาเหตุให้อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ระบบประสาทผิดปกติ ความดันโลหิตลดลง ชีพจรเต้นเร็ว กล้ามเนื้อทำงานผิดปกติเกิดเป็นตะคริว ถ้าสูญเสียโซเดียมมากๆ จะทำให้ระบบไหลเวียนเลือดและหัวใจล้มเหลว แต่ถ้าได้รับโซเดียมมากเกินไปจะทำให้ความดันโลหิตสูง

แอลกอฮอล์ ในกรณีที่ผู้เป็นเบาหวานมีการควบคุมโรคดี การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพียงเล็กน้อยอาจไม่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด บุคคลที่มีประวัติติดสุรา หญิงตั้งครรภ์ ผู้มีโรคตับอ่อนอักเสบ ผู้มีไขมันในเลือดสูง โดยเฉพาะไตรกลีเซอไรด์สูง หรือผู้ที่มี neuropathy ควรงดดื่มแอลกอฮอล์ ควรระวังในผู้ป่วยที่ฉีดอินซูลิน หรือได้รับยาในกลุ่ม sulfonylurea ต้องระวังการดื่มแอลกอฮอล์ในขณะท้องว่างเนื่องจากยาเหล่านี้มีผลทำให้เกิดอาการน้ำตาลต่ำได้ ผู้เป็นเบาหวานที่ใช้อินซูลินหรือ sulfonylurea ที่ควบคุมได้ดี ไม่ควรดื่มเกินวันละ 2 ครั้ง และไม่จำเป็นต้องลดปริมาณแคลอรีจากอาหารทั้งนี้เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลต่ำ

ดื่มสุร่าย่างพอดี ถ้าทรมานใจที่จะเลิกดื่ม ควรเลือกการดื่มที่เกิดประโยชน์มากกว่าโทษ คือ ควรดื่มสุรำน้อยกว่า 45 มล./วัน เบียร์น้อยกว่า 360 มล./วัน หรือไวน์น้อยกว่า 120 มล./วัน ถ้าผู้ป่วยดื่มแอลกอฮอล์ก็จำเป็นต้องลดอาหารมันลง และห้ามดื่มเวลาท้องว่าง

วิตามินและเกลือแร่ การรับประทานอาหารให้หลากหลายเพียงพอและครบส่วนจะทำให้ผู้เป็นเบาหวานได้รับวิตามินและเกลือแร่เพียงพอตามข้อกำหนดของ RDA ไม่มีความจำเป็นต้องเสริมวิตามินและเกลือแร่สำหรับการเสริมสารประเภท antioxidant ในผู้เป็นเบาหวานยังไม่มีหลักฐานเพียงพอว่าการเสริม antioxidant จะให้ประโยชน์แก่ผู้เป็นเบาหวานอย่างไร

ความสัมพันธ์ของโครเมียมและแมกนีเซียมในเบาหวานได้รับความสนใจอย่างมาก ในการเสริมโครเมียม เช่น ในกรณีที่ได้รับอาหารทางหลอดเลือดเป็นระยะเวลานานแต่โดยปกติ ผู้เป็นเบาหวานส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาในการขาดโครเมียม เนื่องจากโครเมียมมีมากในอาหารที่รับประทานในชีวิตประจำวัน มีการศึกษาวิจัยแบบ double blind crossover studies ในการเสริมโครเมียมในผู้เป็นเบาหวาน พบว่าโครเมียมไม่ได้ช่วยให้ระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น ดังนั้นจึงสรุปว่า การเสริมโครเมียมไม่ให้ประโยชน์แต่อย่างใด

ส่วนการขาดแมกนีเซียมอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับ insulin resistance, carbohydrate intolerance และความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการขาดแมกนีเซียมควรได้รับการตรวจวัดระดับแมกนีเซียมในเลือดและควรได้รับการเสริมเมื่อระดับแมกนีเซียมในเลือดต่ำเท่านั้น เนื่องจากแมกนีเซียมเป็นสารอาหารที่พบในอาหารทั่วไป ปัญหาการขาดแมกนีเซียมจากอาหารจึงไม่ค่อยพบ

แมกนีเซียมทำหน้าที่กระตุ้นเอนไซม์หลายชนิดและเกี่ยวข้องกับความต่างศักย์ไฟฟ้าในเซลล์ประสาทและกล้ามเนื้อ ถ้าระดับแมกนีเซียมในกล้ามเนื้อลดลงจะทำให้เกิดตะคริวหรือกล้ามเนื้ออ่อนแรงเรื้อรัง

ผู้ป่วยที่ได้รับยาประเภท diuretics ซึ่งจะมีการสูญเสียโปแตสเซียมในปัสสาวะควรได้รับโปแตสเซียมเสริม ส่วนการจำกัดโปแตสเซียมมักทำในกรณีที่ผู้ป่วยมีระดับโปแตสเซียมในเลือดสูงกว่าปกติ เช่น ในผู้ป่วยโรคไต ผู้ป่วยที่มี hyporeninemic hypoaldosteronism หรือผู้ป่วยที่ได้รับยา angiotensin-converting enzyme inhibitors (ACEI) เป็นต้น

หน้าที่ของโปแตสเซียม คือ รักษาสมดุลความดันออสโมซิสของเซลล์ ถ่ายทอดกระแสประสาทร่วมกับโซเดียม เกี่ยวข้องกับการหดตัวของกล้ามเนื้อ ช่วยในการเปลี่ยนกลูโคสเป็นไกลโคเจน และจำเป็นสำหรับการเจริญเติบโตตามปกติ

ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการขาดวิตามินและเกลือแร่ควรได้รับการประเมินเพื่อพิจารณาถึงความจำเป็นที่จะต้องเสริม ได้แก่ ผู้ที่รับประทานอาหารลดลงและไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ที่ลดน้ำหนักมากเกินไป หญิงตั้งครรภ์และให้นมบุตร มังสวิรัติชนิดเคร่ง (Vegan) ผู้ที่มีความผิดปกติในระบบการดูดซึมอาหาร หรือได้รับยาที่มีผลยับยั้งการดูดซึมหรือการทำงานของวิตามินและเกลือแร่ ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ทำอย่างไรให้การให้ข้อมูลอาหารเป็นเรื่องง่าย ๆ สำหรับผู้เป็นเบาหวาน ในทางปฏิบัติเรามักพบความยุ่งยากในการสื่อสารที่จะสร้างความเข้าใจและให้ผู้เป็นเบาหวานสามารถปฏิบัติได้โดยไม่ขัดกับวิถีชีวิต ซึ่งที่ผ่านมาผู้ให้บริการมักคุ้นชินกับการพูดสั้นๆ เช่น ห้ามหรืองดบริโภค ควรบริโภค ควรทำ ไม่ควรทำ เป็นต้น แต่ในหลายๆพื้นที่เริ่มปรับการสื่อสารใหม่ เช่น ให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนข้อมูลกันเอง พยายามสร้างเครื่องมือที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคำนวณปริมาณอาหารที่ควรรับประทานในแต่ละมื้อ เช่น กระติบข้าวหนึ่งอ้อม อย่างไรก็ตามผู้ให้บริการสามารถยกตัวอย่างชนิดและปริมาณสารอาหารสำหรับผู้เป็นเบาหวาน ดังนี้

- ข้าว ธัญพืช และแป้งต่างๆ ให้กินพออิ่ม
- ถั่วเมล็ด (ถั่วลิสง ถั่วเหลือง ถั่วแระ ถั่วดำ ถั่วเขียว) ใช้ทดแทนข้าวได้แต่ไม่ควรรับประทานเป็นนม
- ผักใบเขียว และถั่วสด (ถั่วฝักยาว ถั่วแขก ถั่วลันเตา) รับประทานได้ไม่จำกัด
- ผลไม้ให้ทานพอควร ไม่มากเกินไป ส่วนผลไม้กระป๋อง ผลไม้เชื่อม ผลไม้ตากแห้ง หรือผลไม้กวนไม่ควรรับประทาน
- น้ำตาลแท้ เช่น น้ำตาลทราย น้ำเชื่อม น้ำหวาน นมข้นหวาน ขนมหวาน น้ำผึ้ง ฟรุ๊กโตส sortibol น้ำอัดลม เครื่องดื่มชูกำลัง และลูกอม ทานได้น้อยที่สุดซึ่งไม่เกินร้อยละ 5 ของปริมาณพลังงานในอาหารมื้อนั้น หรือใช้กรณีที่มีอาการน้ำตาลต่ำ
- น้ำตาลเทียมที่ไม่มีแคลอรี ได้แก่ ซันทาสก sacharine aspartame สามารถทานได้ตามต้องการ
- ปริมาณโปรตีนประมาณร้อยละ 12-15 ของพลังงานแต่ละวันหรือ 0.8 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน เทียบเท่าเนื้อสัตว์ไม่ติดหนังหรือมันมีอละ 4-5 ช้อนโต๊ะ ไม่ควรใช้เนื้อสัตว์แปรรูป เช่น ไส้กรอก กุนเชียง หากมีโรคไตแทรกต้องลดปริมาณลงตามความเหมาะสม
- ปริมาณไขมันไม่เกินร้อยละ 30 ของพลังงานแต่ละวัน โดยทั่วไปควรทานไขมันอิ่มตัวไม่เกินร้อยละ 10 ในทางปฏิบัติควรดื่มน้ำมันหมูและไขมันจากสัตว์ควรใช้น้ำมันพืชในการประกอบอาหารโดยหลีกเลี่ยงการใช้ น้ำมันมะพร้าวและน้ำมันปาล์ม หลีกเลี่ยงอาหารทอด ทานอาหารที่มีปริมาณคอเลสเตอรอลไม่เกิน 300 มก.ต่อวัน นั่นคือ ไข่แดงไม่เกิน 2-3 ฟองต่อสัปดาห์ เนื้อสัตว์ตามที่กำหนดข้างต้น ควรลดหรืองดเครื่องในสัตว์
- หากมีคอเลสเตอรอลหรือไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงมากควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ

- ปริมาณเกลือแกงประมาณ 5-7 กรัมต่อวัน (1-1.5 ช้อนชา) กล่าวคือ ไม่ควรปรุงรสอาหารขณะทานด้วยการเติมน้ำปลา ซีอิ๊ว และซอสต่าง ๆ ควรลดอาหารหมักดอง
- ถ้ามีความดันเลือดสูงให้ลดปริมาณเกลือแกงหรือเครื่องปรุงดังกล่าวลงอีก
- ดื่มแอลกอฮอล์ให้น้อยที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีความดันเลือดสูงอ่อน ไขมันคลอเรสเตอรอล หรือไตรกลีเซอไรด์สูง ควรดื่มสุราน้อยกว่า 45 มล. เบียร์น้อยกว่า 360 มล. หรือไวน์น้อยกว่า 120 มล.ต่อวัน ถ้าผู้ป่วยดื่มแอลกอฮอล์ก็จำเป็นต้องลดอาหารมันลงด้วย และห้ามดื่มเวลาท้องว่าง
- นมเป็นอาหารที่มีประโยชน์ ให้ดื่มนมพร่องมันเนยที่ไม่ปรุงแต่งรส วันละ 1-2 แก้ว (240-480 มล.) ในกรณีที่น้ำหนักตัวเกินต้องลดข้าวลง 1-2 ทัพพีในมื้อที่ดื่มนม

รู้หรือไม่ว่านมเปรี้ยวมีน้ำตาลกี่ช้อนชา? : ผู้ป่วยบางรายที่พยายามดื่มนมเพราะเห็นว่านมมีประโยชน์ แต่เลือกที่จะดื่มนมเปรี้ยววันละหลายขวด ถ้าปริมาณน้ำตาลต่อวันที่ควรบริโภค จำนวน 6 ช้อนชาในผู้ใหญ่ ลองมาดูปริมาณน้ำตาลในนมเปรี้ยว แต่ละขนาด ดังนี้ นมเปรี้ยวพลาสเจอร์ไรด์ 1 ขวด (ขนาด 80 ซีซี) มีน้ำตาล 3.5 ชช. นมเปรี้ยว ยู เอส ที 1 กล่อง (110 ซีซี) มีน้ำตาล 2.7 ชช. นมเปรี้ยว ยู เอส ที 1 กล่อง (180 ซีซี) มีน้ำตาล 4.5 ชช. แยมทำด้วยนมถั่วเหลือง 1 กล่อง มีน้ำตาล 5 ชช.

- ถ้าผู้ป่วยอ่อนให้ลดอาหารหรือถ้าผู้ป่วยยอมให้เพิ่มอาหาร
- อาหารต้องครบ 5 หมู่ ทั้งคุณภาพและปริมาณ ถ้าทานครบทุกหมู่ไม่จำเป็นต้องทานอาหารเสริมร่วมด้วย เช่น ซุปไก่สกัด นมผง หรือสาหร่ายอัดเม็ด เป็นต้น

การแบ่งมืออาหาร

- ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ให้ทานอาหารหลักวันละ 3 มื้อ โดยกระจายพลังงานตามมือเช้า เที่ยง และเย็น เป็นร้อยละ 20-30, 30-40 และ 30-40 ตามลำดับ ไม่ควรทานจุบจิบ ถ้าต้องการอาหารว่าง 1-2 มื้อ ให้แบ่งพลังงานมาจากมื้อหลัก
- ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 ต้องรับประทานอาหารให้ตรงเวลา และปริมาณคงที่ โดยกินอาหารหลักวันละ 3 มื้อ และอาจมีอาหารว่างอีก 1-3 มื้อ ตามความจำเป็น และตามผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด โดยมีการกระจายตัวของพลังงานเป็นมือเช้า มื้อเที่ยง และมื้อเย็น คิดเป็น ร้อยละ 10-30, 20-40, และ 20-40 ตามลำดับ ส่วนมือว่างมีพลังงานร้อยละ 10 ต่อมือ ของพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวัน

การปรับเปลี่ยนอาหารสำหรับผู้เป็นเบาหวานที่ได้รับอินซูลินหรือทานยาลดระดับน้ำตาลในกรณีพิเศษ

- เมื่อมีอาการใจสั่น เหงื่อออก ให้ดื่มน้ำหวาน น้ำผลไม้หรือน้ำอัดลม หรืออมลูกอมหวาน หากเกิดปรากฏการณ์นี้ 2 วันต่อกันต้องลดยา
- ในเวลาเจ็บป่วย ทานอาหารตามปกติได้น้อยหรือทานไม่ได้ให้เปลี่ยนเป็นอาหารที่อยากทานแทนรวมทั้งผลไม้ ขนมหรือน้ำหวาน โดยไม่ต้องงดยา (หรืออาจลดยาเมื่อเกรงว่าจะมากเกินไปไม่สมดุลกับอาหาร)
- เมื่อต้องการออกกำลังกายหนักปานกลางซึ่งไม่ได้ทำประจำ ให้ทานอาหารก่อนออกกำลังกายปริมาณไม่เกินไปครึ่งหนึ่งของปริมาณที่ทานประจำโดยไม่งดหรือลดยาฉีด

- สำหรับผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานหากต้องการออกกำลังกายไม่ต้องเพิ่มอาหาร แต่อาจอาจขนาดให้เท่าเดิมหรือลดลงประมาณ 1 ใน 3 ขึ้นอยู่กับระดับน้ำตาลในเลือด

หลักการออกกำลังกายสำหรับผู้เป็นเบาหวาน

ความรู้เบื้องต้นของการออกกำลังกาย

ความหมายของการออกกำลังกาย การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ คือ การทำให้ร่างกายมีการหดยืดกล้ามเนื้อและข้อต่อต่างๆ มีการเคลื่อนไหว ทำให้เกิดการใช้อาหารและออกซิเจนในร่างกายเพิ่มขึ้นจากธรรมดา โดยปกติเมื่อมีอายุมากขึ้นความสนใจในการออกกำลังกายจะช่วยให้ร่างกายกระฉับกระเฉง ว่องไว การออกกำลังกายเป็นกิจกรรมการรักษาสภาพที่มีความจำเป็นอย่างยิ่ง การออกกำลังกายจะต้องถือปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง การเลือกวิธีออกกำลังกายต้องเลือกให้เหมาะสมกับความสามารถ ความสนใจ และไม่ต้องใช้อุปกรณ์ที่ยุ่งยาก การออกกำลังกายแต่ละครั้งควรใช้เวลา 15 นาทีหรือมากกว่า และควรกระทำเป็นประจำ สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง ทั้งนี้หลักการในการออกกำลังกายแต่ละวิธีมีดังนี้ (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2528: 51)

- (1) ทำให้การออกกำลังกาย เป็นการพักผ่อน คลายความตึงเครียด ความเมื่อยล้าและวิตกกังวล เช่น การเล่นกีฬาที่ให้ความเพลิดเพลิน ไม่มีการแข่งขัน การออกกำลังกายเป็นจังหวะ การออกกำลังกายด้วยการฝึกกลมหายใจเข้าออกลึกๆ เป็นต้น
- (2) สร้างเสริมประสิทธิภาพ และความสามารถของการทำงาน ให้ประสานกันของกล้ามเนื้อและการประสานความเคลื่อนไหวของข้อต่อ กระตุ้นการเผาผลาญอาหารและการย่อยอาหาร ลดอาการท้องผูก เพิ่มการทำงานของหัวใจและการกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต
- (3) เพิ่มให้เกิดความแข็งแรงและการตั้งตัวของกล้ามเนื้อ เช่น การเดิน

สำหรับผู้เป็นเบาหวานทุกรายควรออกกำลังกายเนื่องจากทำให้มีสุขภาพดีขึ้น และยังส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลให้ดีขึ้น ตลอดจนยังป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนอีกด้วย อย่างไรก็ตามการออกกำลังกายอาจทำให้เกิดผลเสียได้เช่นกัน ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับการประเมินจากแพทย์หรือบุคลากรผู้ให้บริการก่อน

กรณีผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น ผู้ที่อายุมากกว่า 35 ปี เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่า 10 ปี เบาหวานชนิดที่ 1 มากกว่า 15 ปี มีปัจจัยเสี่ยงอื่นต่อการเกิดโรคหัวใจหลอดเลือด มีภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็ก เช่น proliferative retinopathy, nephropathy, มีโรคหลอดเลือดที่ขา หรือมีความผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติ ผู้ป่วยเหล่านี้ควรได้รับการตรวจคลื่นหัวใจก่อน ถ้ามีความผิดปกติของคลื่นหัวใจจากการออกกำลังกาย (recourse sturs lest) หรือมี non-specific ST-T charge ในขณะพักควรปรึกษาแพทย์โรคหัวใจเพื่อตรวจเพิ่มเติม เนื่องจากผู้เป็นเบาหวานจะมีโอกาส silent Myocardial infraction สูง

ออกกำลังกายในผู้เป็นเบาหวานควรออกกำลังกายประมาณ 30 นาที อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และก่อนออกกำลังกายทุกครั้งควรทำการอุ่นเครื่อง (warm up) เป็นระยะเวลาประมาณ 5-10 นาที และภายหลังออกกำลังกายควรทำการผ่อนคลาย (cool down) ประมาณ 5-10 นาทีเช่นกัน เพื่อลดโอกาสการเกิดกล้ามเนื้ออักเสบและป้องกันการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำหลังจากออกกำลังกายหรือจัดอินซูลิน

ระยะเวลาการออกกำลังกายและขนาดของการออกกำลังกายถ้าเป็นไปได้ควรแนะนำให้ผู้ป่วยตรวจระดับน้ำตาลก่อนและหลังการออกกำลังกายด้วย ควรเลือกการออกกำลังกายแบบแอโรบิก (aerobic exercise) ซึ่งเป็นการ

ออกกำลังกายที่ต่อเนื่อง เช่น การวิ่ง การเดิน ว่ายน้ำ ฝึกจักรยาน ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่ต้องมีการเบ่ง (resistant exercise) เช่น การยกน้ำหนัก

การพิจารณาเรื่องอาหารว่างก็เป็นสิ่งจำเป็นอีกอย่างหนึ่งในผู้ป่วยที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ นอกจากคำนึงถึงปัจจัยดังกล่าวข้างต้นแล้ว อาจพิจารณาจากระดับน้ำตาลดังนี้

- ถ้าระดับน้ำตาลมากกว่า 250 มก./ดล. ไม่ควรออกกำลังกายจนกว่าจะคุมระดับน้ำตาลได้
- สำหรับการออกกำลังกายขนาดเบา เช่น การเดิน 30 นาที ถ้าระดับน้ำตาลน้อยกว่า 100 มก./ดล. ก่อนออกกำลังกายให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรต 15 กรัม ตัวอย่างอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรต 15 กรัม ได้แก่

- น้ำผลไม้ 120 ซีซี
- เครื่องดื่มนักกีฬา 180-240 ซีซี
- ผลไม้ 1 ส่วน เช่น ส้ม 1 ผลกลาง แอปเปิ้ล 1 ผลเล็ก กล้วยหอม 1 ผลเล็ก
- โยเกิร์ตชนิดข้น 1 ช้อนโต๊ะ
- ลูกเกด 2 ช้อนโต๊ะ
- ขนมปัง 1 แผ่น
- แครกเกอร์แผ่นเล็ก 4-5 แผ่น

การออกกำลังกายขนาดกลาง เช่น ว่ายน้ำ วิ่งเหยาะ ระยะเวลาการออกกำลังกายนาน 30-60 นาที ถ้าระดับน้ำตาลอยู่ระหว่าง 100-180 มก./ดล. ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารว่างที่มีคาร์โบไฮเดรต 25-50 กรัม และถ้าระดับน้ำตาลอยู่ระหว่าง 180-250 มก./ดล. รับประทานอาหารว่างที่มีคาร์โบไฮเดรต 10-15 กรัม

ผู้เป็นเบาหวานที่รับประทานยาหรือฉีดยาควรรับประทานอาหารว่างระหว่างและหลังการออกกำลังกาย หลังจากออกกำลังกายไปแล้วกล้ามเนื้อยังคงเผาผลาญกลูโคสต่อไป ร่างกายจะใช้เวลาประมาณ 24 ชั่วโมงกว่าที่จะสะสมกลูโคสที่ใช้ระหว่างออกกำลังกายขึ้นมาใหม่ ควรดื่มน้ำเปล่ามากๆ ระหว่างออกกำลังกาย และไม่ควรให้กระหายน้ำแล้วถึงดื่มเพราะอาจทำให้ร่างกายขาดน้ำได้ น้ำผลไม้เจือจางหรือเครื่องดื่มสำหรับนักกีฬาที่มีปริมาณคาร์โบไฮเดรต 15 กรัม จะให้พลังงานและน้ำ/หรือให้สำหรับการออกกำลังกายได้ประมาณ 1 ชั่วโมง เครื่องดื่มที่มีคาร์โบไฮเดรตหรือน้ำตาลมากกว่าร้อยละ 10 เช่น น้ำผลไม้และน้ำอัดลมจะดูดซึมได้ไม่ดี อาจทำให้ปวดท้อง คลื่นไส้ ท้องเสียหรือท้องอืดได้ ควรเลือกชนิดที่มีคาร์โบไฮเดรตหรือน้ำตาลน้อยกว่าร้อยละ 10 หรือน้ำผลไม้เจือจางด้วยน้ำร้อยละ 50 จะดีกว่าเครื่องดื่มประเภทที่มีน้ำตาลมากกว่าร้อยละ 10

การออกกำลังกายของผู้เป็นเบาหวาน ต้องระมัดระวังไม่ให้เกิดบาดแผลที่บริเวณเท้า ดังนั้นการออกกำลังกายจึงควรเลือกประเภทที่ไม่สัมผัสต่อการบาดเจ็บที่เท้า เช่น การว่ายน้ำ และการปั่นจักรยาน จากการวิจัยพบว่า เมื่อคนเราออกกำลังกายเป็นจังหวะอย่างต่อเนื่องนานเกินกว่า 30 นาที ร่างกายจึงจะกระตุ้นให้มีการนำเอาน้ำตาลในเลือดไปใช้งานในเซลล์เนื้อเยื่อต่างๆ ดังนั้นการออกกำลังกายในผู้เป็นเบาหวานจึงควรออกกำลังนานเกินกว่า 30 นาที โดยควรมีช่วงของการอบอุ่นร่างกาย 10 นาที และช่วงของการเบาเครื่อง 10 นาทีด้วย ช่วงของการออกกำลังกายที่เกินกว่า 30 นาที จะช่วยให้ร่างกายนำน้ำตาลในเลือดเข้าสู่เซลล์เนื้อเยื่อ ช่วงของการอุ่นเครื่อง คือ ออกกำลังเป็นจังหวะช้าๆ ช่วยป้องกันการบาดเจ็บของเอ็นและไขข้อได้ ช่วงของการเบาเครื่อง คือ การผ่อนกำลังในการออกกำลังกายลง ช่วยป้องกันโรคแทรกซ้อนทางหัวใจ

สรรพคุณ การออกฤทธิ์และผลข้างเคียงของยารักษาเบาหวาน

ยารักษาโรคเบาหวาน

ยาที่ใช้ในปัจจุบันมี 2 กลุ่มใหญ่

1. อินซูลิน
2. ยาเม็ดลดระดับน้ำตาล (Oral hypoglycemic agent)

อินซูลิน การออกฤทธิ์ ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการปล่อยกลูโคสจากตับ เพิ่มการใช้กลูโคสโดยเนื้อเยื่อ ปลายทางที่ไวต่ออินซูลิน เช่น กล้ามเนื้อไขมัน นอกจากนี้ยังทำให้เกิดการสะสมพลังงานในรูปไขมัน

ชนิดของอินซูลิน การแบ่งชนิดของอินซูลินนั้นสามารถแบ่งได้ตามลักษณะต่างๆ เช่น ตาม species ของอินซูลิน ตามความบริสุทธิ์ หรือตามระยะเวลาการออกฤทธิ์ ในปัจจุบันนิยมใช้ชนิดที่เป็น human insulin โดยวิธี biogenetic engineering (recombinant DNA techniques) ซึ่งมีความบริสุทธิ์และมีโครงสร้างเหมือนคน จึงทำให้เกิด antibody น้อยซึ่งเป็นผลทำให้คุมเบาหวานได้ดีขึ้น สิ่งที่แพทย์ควรทราบซึ่งมีความสำคัญในการปรับขนาดหรือเวลาของการฉีด ได้แก่ ระยะเวลาของการออกฤทธิ์ ดังตารางที่ 3 นอกจากนั้นปัจจุบันมีการผลิตอินซูลินชนิดใหม่ที่เรียกว่า insulin analogue ซึ่งมีทั้งชนิดที่ออกฤทธิ์เร็ว ได้แก่ insulin lispro, aspart และชนิดที่ออกฤทธิ์ยาวเป็น basal insulin ได้แก่ insulin glargine

ตารางที่ 1 Human insulin แบ่งตามระยะเวลาการออกฤทธิ์

Insulin preparation	trade names	onset of action	Peak of action	Effect duration	Maximum duration
Rapid acting					
Lispro, aspart	Humalog, Novorapid	15-30 min	30-90 min	3-4 hr	4-6 hr
Short acting					
Regular	Actrapid HM, Humulin R	30-60 min	2-4 hr	3-6 hr	6-8 hr
Intermediate acting					
NPH (isophane)	Humalin N, Insulatard HM	1.5-4 hr	4-12 hr	10-16 hr	14-24 hr
Lente (zinc)	Monotard HM	3-4 hr	6-12 hr	12-18 hr	16-24 hr
Long acting					
Ultralente	Ultratard HM	6-10 hr	10-16 hr	18-20 hr	20-24 hr
Glargine	Lantus	4-12 hr	No peak	18-20 hr	20-24 hr
Combinations					
NPH/Regular					
80/20, 70/30, 60/40, 50/50	Mixtard 20,30,40,50 Humulin 80/20,70/30, 60/40,50/50	30-60 min	Dual	10-16 hr	14-18 hr

ข้อบ่งชี้

- สามารถใช้ได้ในทุกกรณีที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง
- ข้อบ่งชี้จำเพาะได้แก่เบาหวานชนิดที่ 1 โรคตับอ่อน, ketoacidosis, hyperosmolar non-ketotic coma, ภาวะตั้งครรภ์, ภาวะแพ้ยาเม็ด, ภาวะเครียด, ภาวะติดเชื้อรุนแรง, การบาดเจ็บ, ได้รับการผ่าตัด, ดับและไตวาย, ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงรุนแรง และกรณีไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ด้วยการควบคุมอาหารหรือการกินยาเม็ดลดระดับน้ำตาล

ข้อบ่งชี้จำเพาะของการใช้ human insulin มีดังนี้

- ผู้ที่แพ้ (allergy) หรือดื้อ (resistance) ต่อการใช้อินซูลินจากสัตว์
- ผู้ที่ตั้งครรภ์และเป็นเบาหวานเพราะไม่ต้องการให้เกิดแอนติบอดีต่ออินซูลินซึ่งสามารถผ่านจากมารดาไปยังทารกได้
- ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้อินซูลินเพียงชั่วคราว แล้วจะเปลี่ยนไปใช้ยาเม็ดลดระดับน้ำตาล การใช้ human insulin ในกรณีนี้เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอินซูลินแอนติบอดีโดยไม่จำเป็น เช่น ภาวะติดเชื้อเฉียบพลัน การผ่าตัด ภาวะตั้งครรภ์ โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน
- ผู้ป่วยที่มี lipodystrophy จากการฉีดอินซูลินจากสัตว์ชนิด conventional

ข้อห้ามให้อินซูลิน

- การฉีดอินซูลินไม่มีข้อห้าม ยกเว้น กรณีแพ้ยาอย่างรุนแรง ซึ่งพบได้น้อยมาก
- ในภาวะดื้อต่ออินซูลิน และมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ควรหาสาเหตุแล้วแก้ไขตามเหตุ เช่น ผู้ป่วยที่ชั้วนมากควรพยายามลดน้ำหนักหรือกินยาเม็ดก่อน เมื่อไม่ได้ผลจึงควรฉีดยา

ผลข้างเคียง

- ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
- Lipodystrophy
- ภาวะแพ้ยา
- ในระยะแรก ๆ ที่ฉีดยา ผู้ป่วยอาจมีอาการบวมเนื่องจากการเก็บกักโซเดียมเพิ่มขึ้น อาจมีอาการตามัวมากขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลง ความเข้มข้นของกลูโคสใน aqueous humor ภายในตา และน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

การเลือกใช้อินซูลิน

1. อินซูลินออกฤทธิ์สั้น

- 1.1 รายที่ต้องฉีดอินซูลินเข้าหลอดเลือดดำหรือกล้ามเนื้อ เพื่อให้ออกฤทธิ์ได้เร็วยิ่งขึ้นหรือเพื่อความแน่นอนในการออกฤทธิ์หรือกรณีที่ผู้ป่วยมี bleeding disorder รุนแรงซึ่งควรฉีดทางหลอดเลือดเท่านั้น
- 1.2 Ketoacidosis, hyperosmolar hyperglycemic coma
- 1.3 Severe hyperglycemia เช่น fasting plasma glucose > 300 มก./ดล. และต้องการควบคุมให้ระดับกลูโคสในเลือดลดลงอย่างรวดเร็ว การใช้ยาออกฤทธิ์สั้นจะสามารถทำให้ปรับยาได้บ่อยขึ้นและควบคุมน้ำตาลในเลือดได้เร็วขึ้น

2. อินซูลินชนิดออกฤทธิ์ปานกลางมักใช้ในกรณีผู้ป่วยนอก และไม่มีภาวะในข้อ 1.1-1.3 ข้างต้น หรือในผู้ป่วยใน อาการเบาหวานไม่รุนแรง การรักษาลักษณะนี้จะใช้ในบางกรณี เช่น ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 บางราย ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการฉีดก่อนนอนร่วมกับการใช้ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลหรือในผู้ป่วยเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์
3. อินซูลินชนิดผสม มีที่ใช้ในกรณีที่ต้องใช้อินซูลิน 2 อย่างผสมกันเพื่อให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดียิ่งขึ้น ถ้าสัดส่วนของอินซูลินที่ต้องการใช้มีชนิดที่ผลิตมาสำเร็จรูปแล้ว การใช้อินซูลินผสมก็จะสะดวกกว่า ข้อบ่งชี้การใช้จะคล้ายกับอินซูลินชนิดออกฤทธิ์ปานกลาง

วิธีการรักษาด้วยอินซูลิน

1. ในผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน เช่น ketoacidosis, hyperosmolar non-ketotic coma ต้องใช้วิธีการพิเศษ ซึ่งจะไม่กล่าวในที่นี้
2. ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 มักต้องฉีดวันละ 2 ครั้งขึ้นไป โดยใช้อินซูลินชนิดออกฤทธิ์ปานกลาง หรือชนิดผสม การคาดคะเนปริมาณอินซูลินในระยะเริ่มต้นควรใช้วิธี titration คือฉีดขนาดน้อยๆ วันละไม่เกิน 20 ยูนิต ในกรณีที่ระดับน้ำตาลในเลือดไม่สูงมาก โดยแบ่งเป็น 2/3 ในช่วงเช้าและ 1/3 ในช่วงเย็น แล้วค่อยๆ ปรับขนาดยาตามผลการตรวจเลือดถ้าต้องใช้อินซูลินชนิดใดด้วย มักเริ่มด้วย 1/3 ของจำนวนยาในมือนั้น กรณีน้ำตาลในเลือดในช่วงเช้ายังสูงโดยที่มีอินซูลินคุมได้ดีแล้ว หรือกรณีน้ำตาลในเลือดในช่วงเช้ายังสูงโดยที่มีอินซูลินคุมได้ดีแล้ว หรือกรณีที่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในเวลากลางคืนบ่อยๆ อาจเลื่อนการฉีดอินซูลินชนิดออกฤทธิ์ปานกลางมาฉีดช่วง 3 ถึง 4 ทุ่มแทนที่จะเป็นก่อนอาหารเช้า สำหรับสัดส่วนการผสม NPH ต่อ RI ในตอนเช้าสัดส่วนประมาณ 70/30 ส่วนตอนเย็นควรมีสัดส่วนประมาณ 50/50
3. สำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 การฉีดให้หลักการเดียวกัน คือ ให้ขนาดน้อยๆ ก่อน แล้วค่อยๆ ปรับ มักเริ่มโดยฉีดวันละครั้งเดียวในช่วงเช้ามื้ออาหารเช้าครั้งชั่วโมง
4. ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อ้วนและจำเป็นต้องได้รับการฉีดอินซูลิน ขนาดอินซูลินที่จะควบคุมเบาหวานได้ มักจะต้องสูงมาก อาจถึงวันละ 100 ยูนิต ผู้ป่วยที่ต้องฉีดอินซูลินมากกว่าวันละ 60 ยูนิต ควรแบ่งฉีดเป็นวันละ 2 ครั้งหรืออาจพิจารณาการใช้ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลเช่น thiazolididione ร่วมด้วยเพื่อลดขนาดของยาฉีด
5. ถ้าต้องการให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ที่ปกติมากที่สุดอยู่ตลอดเวลาทั้งวัน จำเป็นต้องฉีดอินซูลินวันละมากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป การควบคุมอาหารต้องเข้มงวดและที่สำคัญที่สุดคือ จำเป็นต้องเจาะเลือดตรวจระดับน้ำตาลในเลือดวันละหลายครั้ง การรักษาลักษณะนี้ใช้ในบางกรณีเท่านั้น เช่น ผู้เป็นเบาหวานที่ตั้งครรภ์ และเบาหวานชนิดที่ 1 บางราย
6. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดแบบเข้มงวดที่เข้าใจง่ายที่สุดคือ การฉีดอินซูลินชนิดออกฤทธิ์สั้น 3 เวลา ก่อนอาหาร และฉีดอินซูลินชนิดออกฤทธิ์ปานกลางหรือยาวหรืออาจใช้ basal insulin ฉีดก่อนนอนซึ่งจะเป็นวิธีการฉีดเลียนแบบธรรมชาติ
7. ในเวชปฏิบัติทั่วไป การฉีดวันละ 2 ครั้งโดยวิธี mixed and split หรือ premixed น่าจะเป็นวิธีการที่เหมาะสมในผู้เป็นเบาหวาน อย่างไรก็ตามผู้ป่วยบางรายอาจมีปัญหา hypoglycemia ตอนตี 3 อาจต้องฉีด 3 ครั้ง คือ เลื่อน NPH ไปฉีดก่อนนอน ในบางรายอาจมีปัญหา hypoglycemia ในช่วงเช้า อินซูลินมื้อเย็นอาจใช้ short acting อย่างเดียว

8. การฉีดยามากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป (multiple injection) ต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยจะต้องสนใจในการที่จะดูแลตนเองโดยการทำ home monitoring ซึ่งต้องเจาะเลือดบ่อยๆทั้งก่อนและหลังอาหาร การฉีดยาวิธีนี้ควรเลือกใช้กับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 และผู้เป็นเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์
9. การเริ่มฉีดอินซูลิน ในกรณีที่สามารถติดตามดูแลผู้ป่วยใกล้ชิด เช่น นอนรักษาในโรงพยาบาล หรือผู้ป่วยที่สามารถตรวจระดับน้ำตาลกลูโคสด้วยตนเองได้ มีอายุไม่มากและอ้วน สามารถเริ่มยาในขนาด 0.6 ยูนิต ต่อ กิโลกรัมต่อวัน โดยฉีดแบบ mixed and split จะทำให้ควบคุมได้เร็ว ในกรณีที่อาจเกิดอันตรายจากการได้รับอินซูลินขนาดสูง เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ หรือผู้ที่มีรูปร่างผอม ระดับกลูโคสไม่สูงมาก ควรเริ่มขนาดน้อย ก่อนคือ ประมาณ 10-20 ยูนิตต่อวัน
10. การปรับขนาดของยานั้นควรเพิ่มยาเมื่อฉีดไปแล้วประมาณอย่างน้อย 3 วัน ในการปรับยาในโรงพยาบาล หรือประมาณ 7 วันในการรักษาแบบผู้ป่วยนอก เนื่องจากความแตกต่างกันในการดูดซึมแต่ละวัน ความแตกต่างในเรื่องอาหาร กิจกรรม ภาวะเครียดต่างๆ และการตอบสนองของอินซูลิน สำหรับการปรับเพิ่มยานั้นพิจารณาปรับยาดังนี้ คือ ปรับ RI ตอนเช้าโดยการดูระดับกลูโคสหลังอาหารเช้าและก่อนอาหารเที่ยง ปรับยา NPH ตอนเช้าโดยการดูระดับกลูโคสก่อนอาหารเย็น ปรับ RI เย็นโดยการดูระดับกลูโคสหลังอาหารเย็นและก่อนนอน ปรับ NPH เย็นโดยการดูระดับกลูโคสในเวลาก่อนอาหารเช้า การปรับยานี้อาศัยระดับกลูโคสวันที่ผ่านมาเพื่อปรับในวันต่อไป ส่วนในกรณีที่ฉีด multiple injection อาจปรับแบบ algorithm คือ ปรับตามระดับกลูโคสที่เจาะได้ก่อนอาหารโดยปรับ 1-2 ยูนิตต่อระดับกลูโคสที่เพิ่มขึ้นหรือลดลง 40-50 มก./ดล. และในกรณีที่เริ่มฉีดยาขนาดมากและเพิ่มยาเร็ว เมื่อระดับกลูโคสลดลงมาสู่ปกติ จะทำให้เกิด post-receptor defect ที่เกิดจากภาวะระดับกลูโคสสูงเป็นเวลานานได้รับการแก้ไข เป็นผลทำให้ความต้องการอินซูลินต่อวันลดลง จำเป็นต้องลดขนาดอินซูลินลง มิฉะนั้นอาจเกิดภาวะน้ำตาลต่ำได้

ในทางการแพทย์มิได้แบ่งชนิดเบาหวานจากการใช้ยาอินซูลินชนิดฉีดหรือกินเท่านั้น แต่มีหลักในการพิจารณาจำแนกหลายประการ (ย้อนดูหน้า 23) ดังนั้นแล้วการที่ผู้ป่วยเบาหวาน type 2 เมื่อรักษาไปนานๆแล้วต้องเปลี่ยนจากยากินเป็นยาฉีด จึงไม่ได้หมายความว่าผู้เป็นเบาหวานรายนั้นเปลี่ยนจาก type 2 DM เป็น type 1 DM

การใช้อินซูลินร่วมกับยาเม็ดลดน้ำตาล

- กรณีใช้ร่วมกับ metformin มักจะหวังผลให้เบื่อก่อนอาหาร และช่วยลดจำนวนยาฉีด
- กรณีที่ใช้ร่วมกับ alpha-glucosidase inhibitor มักจะหวังผลลดระดับน้ำตาลหลังอาหาร
- กรณีใช้ร่วมกับ sulfonylurea มักใช้ในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่กินยาอยู่ในขนาดเต็มที่แล้ว แต่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจ โดยที่เชื่อว่ายาชนิดเม็ดยังมีผลในการลดระดับน้ำตาลอยู่ควรใช้วิธีฉีดอินซูลินชนิดออกฤทธิ์ปานกลางขนาดน้อยๆ 1 ครั้งก่อนอาหารเช้าหรือก่อนนอน โดยคงยาเม็ดลดน้ำตาลเอาไว้เพื่อควบคุมเบาหวานให้ดีขึ้น

ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือด

ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดที่ใช้ในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ปัจจุบันแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ ตามกลไกการออกฤทธิ์ ดังนี้

1. ยาที่กระตุ้นให้ตับอ่อนสร้างและหลั่งอินซูลิน (insulin secretagogue)

1.1 Sulfonylurea ยาจะกระตุ้นการหลั่งอินซูลินจากตับอ่อนโดยผ่านทาง sulfonylurea receptor ซึ่งเป็น ATP-dependent K⁺ channel ที่ plasma membrane ของ beta cell ทำให้ cytosolic calcium เพิ่มขึ้นทำให้มีการหลั่งอินซูลิน ยาช่วยลด hepatic glucose output และเพิ่ม insulin sensitivity ได้แก่ Chlorpropamide, Glibenclamide, Glipizide, Glicazide, Glucoside, Glimepiride และ Glicazide SR

1.2 Rapid acting non-sulfonylurea insulin secretagogue เป็นยากกลุ่มใหม่ที่ไม่ใช่กลุ่มซัลฟา ออกฤทธิ์เช่นเดียวกับ sulfonylurea แต่ที่ตำแหน่ง receptor ต่างกันมีประสิทธิภาพใกล้เคียงกับ sulfonylurea แต่ออกฤทธิ์เร็วกว่าเนื่องจากมี half life สั้นเพียง 1 ชั่วโมง ทำให้มีอุบัติการณ์ของระดับน้ำตาลในเลือดต่ำน้อยกว่า ต้องรับประทานก่อนอาหารแต่ละมื้อประมาณ 15 นาที ควรเลือกใช้ในผู้ป่วยที่แพ้ยาซัลฟาหรือผู้ที่ทานอาหารไม่ค่อยเป็นเวลาหรือในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้มาก ได้แก่ Repaglinide

(Novonorm) และ Nateglinide (Starlix)

2. ยาที่ทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ได้ดีขึ้น (insulin sensitizer)

2.1 Metformin ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการสร้างกลูโคสจากตับเป็นหลัก ทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ที่กล้ามเนื้อดีขึ้น บางส่วนทำให้น้ำตาลเข้าสู่เซลล์กล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ผลข้างเคียงที่พบบ่อยได้แก่ เบื่ออาหาร ลิ้นไม่รับรส คลื่นไส้ ท้องเสีย ไม่สบายท้อง แต่อาการจะดีขึ้นได้เองเมื่อใช้ยาติดต่อกันไปสักระยะ ผลข้างเคียงที่สำคัญคือ lactic acidosis ซึ่งจะพบในผู้ป่วยที่มี renal insufficiency (Cr > 1.5 มก./ดล.) หรือในผู้ป่วยที่มีโรคที่เสี่ยงต่อการเกิด lactic acidosis เช่น โรคตับ โรคหัวใจล้มเหลว เป็นต้น สำหรับข้อดีของ metformin คือไม่ทำให้เกิด hypoglycemia และน้ำหนักตัวจะไม่เพิ่มขึ้นหรืออาจลดลงในบางราย

2.2 Thiazolidinedione ออกฤทธิ์โดยทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ที่กล้ามเนื้อ เป็นผลทำให้น้ำตาลเข้าสู่เซลล์กล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น นอกจากนั้นยังทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ที่ตับเพิ่มขึ้นและยับยั้งการสร้างกลูโคสจากตับด้วย ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Rosiglitazone (Avandia) และ Pioglitazone (Actos) ยากลุ่มนี้เป็นยาใหม่สามารถใช้เป็นยาเดี่ยวในการรักษา (monotherapy) หรือใช้ร่วมกับยากลุ่มอื่นหรืออินซูลิน ผลเสียของยา ได้แก่ ทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้นประมาณ 5 กิโลกรัม เนื่องจากการคั่งของน้ำ พบว่าระดับ hemoglobin ลดลง และถึงแม้ยังไม่มีการเกิดพิษต่อตับที่รุนแรง ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับยากลุ่มนี้ควรได้รับการตรวจเอนไซม์ตับก่อนการใช้ยาและภายหลังได้รับยาเป็นระยะและถ้าระดับเอนไซม์ตับมีค่าสูงขึ้นกว่าค่าปกติเกิน 2 เท่าควรหยุดยา

3. ยาที่ยับยั้งการดูดซึมอาหารคาร์โบไฮเดรตในลำไส้

ออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ alpha- glucosidase ที่ผนังลำไส้ทำให้การดูดซึมกลูโคสลดลงและช้าเป็นผลทำให้ลดระดับน้ำตาลหลังอาหาร (postprandial glucose) เป็นส่วนใหญ่ ยาในกลุ่มนี้ถูกดูดซึมเข้าร่างกายน้อยมากทำให้ไม่มี systemic side effects ผลข้างเคียงที่พบบ่อยได้แก่ ท้องอืด แน่นท้อง ผายลมบ่อย ถ่ายเหลว ปวดท้อง โดยเฉพาะถ้าได้รับยาในขนาดสูง การเริ่มยาในขนาดต่ำและค่อยๆปรับเพิ่มขึ้นจะช่วยลดการเกิดผลข้างเคียงดังกล่าว ยากลุ่มนี้ได้แก่ acarbose (Glucobay) และ voglibose (Basen)

สำหรับรายละเอียดของขนาดของยาที่ใช้ จำนวนครั้งที่ใช้ต่อวันและระยะเวลาการออกฤทธิ์ได้แสดงไว้ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงชนิดของยาเม็ดลดระดับน้ำตาลที่ใช้ในผู้ป่วยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2

ชื่อยา	ขนาดยาต่อวัน (มก.)	จำนวนครั้งต่อวัน	ระยะเวลาออกฤทธิ์ (ชั่วโมง)
Chlorpropamide	125 – 500	1	>48
Glibenclamide	2.5 – 20	1-2	12 – 24
Glipizide	2.5 – 30	1-2	12 – 18
Glicazide	40 – 320	1-2	12 – 24
Gliquidone	30 – 240	1-2	12 – 18
Glimepiride	1 – 8	1	24
Repaglinide	0.5 – 2 มก. (ต่อมื้อ)	ก่อนอาหารทุกมื้อ	2 – 6
Nateglinide	120 มก. (ต่อมื้อ)	ก่อนอาหารทุกมื้อ	2 – 4
Metformin	500 – 3,000	2 – 3	5 – 6
Rosiglitazone	4 – 8	1 – 2	สัปดาห์
Pioglitazone	15 – 45	1	สัปดาห์
Acarbose	50 – 100 มก. (ต่อมื้อ)	พร้อมอาหารทุกมื้อ	2 – 4
Voglibose	0.2 – 0.3 มก. (ต่อมื้อ)	พร้อมอาหารทุกมื้อ	2 – 4

การเลือกใช้อายกลุ่มใดเป็นยาตัวแรกนั้นควรพิจารณาว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติที่ส่วนใด เป็นที่ทราบกันดีว่าผู้ป่วยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 นั้นพยาธิสรีระวิทยาของการเกิดโรคประกอบด้วยความบกพร่องของตับอ่อนในการหลั่งอินซูลิน และหรือภาวะดื้อต่ออินซูลิน สำหรับผู้ป่วยที่ไม่อ้วน ($BMI < 25 \text{ kg/m}^2$) ส่วนใหญ่มักมีความผิดปกติในการหลั่งอินซูลิน จึงควรเลือกใช้อายในกลุ่มที่กระตุ้นการหลั่งอินซูลินเป็นตัวแรก เช่น sulfonylurea ส่วนจะใช้อายตัวใดนั้นขึ้นอยู่กับ compliance ในการรับประทานยา การรับประทานอาหารสม่ำเสมอ ตรงเวลาหรือไม่ อายุ โรคประจำตัวอื่นๆ รวมทั้งเศรษฐกิจของผู้ป่วย ส่วนในผู้ป่วยเป็นเบาหวานที่อ้วน ($BMI > 25 \text{ kg/m}^2$) หรือมีลักษณะอื่นของ metabolic syndrome เช่น อ้วนลงพุง ความดันโลหิตสูง HDL-cholesterol ต่ำ มักจะมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน จึงควรเลือกใช้อายกลุ่มที่ออกฤทธิ์ลดการดื้อต่ออินซูลินเป็นตัวแรก เช่น metformin ส่วนยาลดระดับน้ำตาลหลังอาหารเป็นหลัก เช่น ยากลุ่ม alpha- glucosidase inhibitor เนื่องจากยาสามารถระดับน้ำตาลขณะอดอาหารได้น้อยมากจึงไม่ควรใช้เป็นยาตัวเดียวในการรักษา ยกเว้นระดับน้ำตาลขณะอดอาหารไม่เกิน 140 มก./ดล. สำหรับยาในกลุ่ม non-sulfonylurea secretagogue นั้นสามารถใช้เป็นยาตัวแรกหรือยาเดี่ยวในการรักษาผู้ป่วยเบาหวานโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลหลังอาหารสูงและผู้รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา ส่วนยากลุ่ม thiazolidinedione นั้นมีข้อมูลการศึกษาว่าสามารถใช้เป็นยาเดี่ยวในการรักษาได้ แต่เนื่องจากราคาแพงจึงไม่แนะนำให้ใช้เป็นยาตัวแรก

สำหรับการใช้อายเม็ดลดระดับน้ำตาลร่วมกันในการรักษาผู้ป่วยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 นั้นมีหลักการดังนี้

1. ในกรณีที่ใช้อายกลุ่มหนึ่งในขนาดที่ไม่เกินครึ่งหนึ่งของยาสูงสุดที่สามารถใช้ได้แล้วระดับน้ำตาลยังไม่สามารถควบคุมให้ถึงเกณฑ์ที่ต้องการ อาจใช้อายกลุ่มอื่นที่ออกฤทธิ์ต่างกันเข้ามาเสริมเพื่อลดระดับน้ำตาลได้ เช่นผู้ป่วยได้รับยากลุ่ม sulfonylurea อยู่แล้วระดับน้ำตาลยังไม่ลด ควรเพิ่มยากลุ่มที่ลด

ภาวะดื้อต่ออินซูลินเข้ามาเสริม เช่น metformin หรือ thiazolidinedione เป็นต้น เนื่องจากผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มักจะมีความผิดปกติของการหลั่งอินซูลินร่วมกับภาวะดื้อต่ออินซูลิน

2. ไม่ควรใช้ยาที่ออกฤทธิ์เหมือนกันร่วมกัน เช่น sulfonylurea กับ non-sulfonylurea insulin secretagogue ซึ่งเป็นยาที่ออกฤทธิ์กระตุ้นการหลั่งอินซูลินจากตับอ่อน แต่ยาที่ออกฤทธิ์ลดภาวะดื้อต่ออินซูลิน เช่น metformin และ thiazolidinedione สามารถใช้ร่วมกันได้ เนื่องจาก metformin ออกฤทธิ์เด่นที่ตับ ในขณะที่ thiazolidinedione ออกฤทธิ์เด่นที่กล้ามเนื้อ
3. ยาในกลุ่ม alpha-glucosidase inhibitor สามารถใช้ร่วมกับยาเม็ดลดระดับน้ำตาลทุกชนิดรวมทั้งอินซูลินเพื่อลดระดับน้ำตาลหลังอาหาร
4. สามารถใช้ยามากกว่า 2 ชนิดร่วมกันในการรักษาผู้ป่วย โดยควรเลือกใช้ยาที่ออกฤทธิ์ต่างกัน

ภาวะแทรกซ้อน การป้องกันและการดูแล

ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรคเบาหวาน จำแนกอย่างง่ายออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ

1. ภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดชนิด macrovascular เกิดจากภาวะโรคหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) ซึ่งเกิดจากหลายปัจจัยนอกเหนือจากระดับน้ำตาล ได้แก่ ความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด atherosclerosis เป็นสาเหตุสำคัญของภาวะทุพพลภาพ และการเสียชีวิตในผู้เป็นเบาหวาน ผู้เป็นเบาหวานมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจได้มากกว่าคนปกติ 2-3 เท่า และมีโอกาสเกิดโรคของหลอดเลือดส่วนปลาย ได้มากกว่าคนปกติถึง 4 เท่า ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดเนื้อเยื่อตาย (gangrene) และเป็นสาเหตุร่วมของการเกิดแผลเรื้อรังที่เท้า (diabetic foot ulcer) นอกเหนือจากปลายประสาทเสื่อม และการติดเชื้อ นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการสูญเสียอวัยวะในผู้ป่วย

ระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงอยู่นานๆ ทำให้มีการจับกับโปรตีนและสารอื่นๆ เป็น advanced glycosylation end-products และทำให้คุณสมบัติของโปรตีนผิดปกติไปโดยเฉพาะที่ผนังหลอดเลือด

2. ภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดชนิด microvascular เป็นการเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือดขนาดเล็ก เกิดกับอวัยวะ 3 ระบบ คือ ตา (บริเวณจอประสาทตาหรือเรียกว่า retina : diabetic retinopathy) ไต ทำให้เกิดไตเสื่อมหรือไตวาย (diabetic nephropathy) และระบบประสาทส่วนปลาย (peripheral neuropathy) ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้จะมีอุบัติการณ์สูงขึ้น เมื่อผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานนานขึ้น ในปัจจุบันมีหลักฐานที่สนับสนุนว่าการควบคุมระดับน้ำตาลให้ใกล้เคียงปกติ สามารถป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทได้ อย่างไรก็ตามการพยายามควบคุมน้ำตาลให้ใกล้เคียงปกติ ในผู้เป็นเบาหวานจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ hypoglycemia และผู้ป่วย จะต้องให้ความร่วมมืออย่างมากในการควบคุมระดับน้ำตาล และหากเป็นไปได้ผู้ป่วยควรมีการตรวจน้ำตาลด้วยตนเองที่บ้านร่วมด้วย (home blood glucose monitoring) จะยิ่งช่วยให้สามารถควบคุมตนเองได้ดีขึ้น

- 2.1 ภาวะแทรกซ้อนทางตา (diabetic retinopathy:DR) อาการทางคลินิกมักจะสังเกตไม่ได้ในระยะแรก แต่จะสังเกตได้เมื่อมีอาการมากขึ้น คือ ตามัวลงอย่างรวดเร็วจนกระทั่งตาบอดได้ ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 มักไม่ค่อยพบภาวะ DR ในระยะการป่วยช่วง 5 ปีแรก แต่สำหรับผู้ป่วยชนิดที่ 2 อาจพบว่ามี DRพร้อมๆกับ

ตรวจพบว่าเป็นเบาหวานได้สูงถึงร้อยละ 21 เนื่องจากไม่รู้ตัวว่าเป็นเบาหวาน วิธีป้องกันที่ดีที่สุดคือควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และหากเป็นไปได้ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจตาตั้งแต่ครั้งแรกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน และตรวจซ้ำปีละ 1 ครั้ง

ในปัจจุบันมีเทคโนโลยีในการตรวจตาของผู้เป็นเบาหวาน เป็นกล้องถ่ายรูปที่เรียกว่า Fundus Camera ใช้ถ่ายภาพจอตา อย่างไรก็ตาม กล้องก็ยังมีข้อจำกัดในการตรวจหากผู้ป่วยรายนั้นๆ มีต้อกระจก (cataract) อยู่ แต่ที่สำคัญกว่านั้นคือ เมื่อผู้ป่วยได้รับการคัดกรองภาวะทางตา หากจัดระบบรองรับเพื่อดูแลหรือแก้ไขปัญหาไม่ดี การตรวจนั้นๆ ก็อาจจะไม่ช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

2.2 ภาวะแทรกซ้อนทางไต (diabetic nephropathy : DN) เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดไตวายเรื้อรัง (Chronic Renal Failure : CRF) และหรือภาวะไตวายระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease : ESRD) ดังนั้นหากสามารถป้องกันได้ หรือ สามารถวินิจฉัยได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจะสามารถชะลอการเสื่อมของไตได้ ผู้ป่วยที่มีภาวะ DN ในระยะแรกๆ จะไม่มีอาการจนกว่าจะเริ่มมีระดับ Creatinine (Cr) ในเลือดสูงขึ้น จึงแสดงอาการ เช่น ภาวะบวม น้ำ ความดันโลหิตสูง เบื่ออาหาร เป็นต้น ส่วนการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเริ่มมี DN ในทางคลินิกคือ การตรวจพบ microalbuminuria ในปัสสาวะ

ตารางที่ 3 ระยะต่างๆของภาวะแทรกซ้อนทางไตจากเบาหวาน

Stage	Years after diagnosis	GFR	Albuminuria	Blood pressure
1.Renal hyper function	At diagnosis	Elevated	Absent	Normal
2.Clinical latency	2-3 years	High normal	Absent	Normal
3.Microalbuminuria (incipient nephropathy)	5-15 years	Normal	30-300 mg/day	Rising within or above normal range
4.Macroalbuminuria (overt nephropathy)	10-15 years	Decreasing	>300 mg/day	Increased
5.ESRD	15-30 years	<10 ml/min	Massive	Increased

ตารางที่ 4 เกณฑ์ในการวินิจฉัยภาวะแอลบูมินในปัสสาวะ

Category	Spot collection (µg/mg creatinine)	24- collection (mg/24h)	Timed collection (µg/min)
Normal	<30	<30	<20
Microalbuminuria	30-299	30-299	20-199
Clinical albuminuria	≥300	≥300	≥200

อย่างไรก็ตาม แนวทางการดูแลรักษาเพื่อชะลอการดำเนินโรคของ DN คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และความดันโลหิตอย่างเข้มงวด จำกัดโปรตีนในอาหารให้เหลือ 0.8 กรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ต่อวัน ในผู้ป่วยระยะที่ 4 และ 0.6 กรัม/ น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ต่อวัน ในผู้ป่วยระยะที่ 5

2.3 ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทจากเบาหวาน (Peripheral neuropathy) การเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทในผู้ป่วยเบาหวาน อาจเกิดได้ทั้งในระบบประสาทส่วนกลาง (ส่วนใหญ่เป็นผลจากโรคหลอดเลือดแข็ง) ระบบประสาท ส่วนปลาย และระบบประสาทอัตโนมัติ ภาวะแทรกซ้อนชนิดนี้พบได้ประมาณร้อยละ 40 ของผู้ป่วยเบาหวาน โดยพบได้มากขึ้นเมื่อระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวานนานขึ้น นอกจากนี้ยังพบภาวะแทรกซ้อนนี้ได้มากขึ้นในผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี ในคนที่สูบบุหรี่หรือมีโรคหลอดเลือดหัวใจ การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทส่วนปลายที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยเบาหวาน คือ distal symmetrical polyneuropathy ผู้ป่วยอาจมีอาการชา หรือสูญเสียความรู้สึกบริเวณปลายมือปลายเท้า บางรายอาจมีอาการปวดร่วมด้วย การควบคุมระดับน้ำตาลให้ใกล้เคียงปกติอาจช่วยป้องกันหรือลดภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทได้โดยเฉพาะในระยะเริ่มแรก

2.4 แผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน (diabetic foot ulcers) การเกิดแผลที่เท้าเป็นสิ่งที่สำคัญในผู้ป่วยเบาหวาน เพราะอาจลุกลามจนทำให้สูญเสียนิ้วเท้าหรือขาได้ การเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานมักเป็นผลจากการที่มีพยาธิสภาพของทั้งหลอดเลือดส่วนปลาย ทำให้เลือดไปเลี้ยงบริเวณเท้าไม่เพียงพอ และพยาธิสภาพของระบบประสาททำให้มีอาการชาและลักษณะของเท้าผิดรูปไป แผลที่เท้ามักมีการติดเชื้อร่วมด้วยทำให้การเกิดแผลลุกลามมากขึ้นการติดเชื้อในผู้ป่วยเบาหวานมักเกิดจากการเชืหลายชนิด รวมทั้งอาจมีการติดเชื้อแบคทีเรียชนิดไม่พึงออกซิเจนด้วย การดูแลรักษาเท้าในผู้ป่วยเบาหวานเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ผู้เป็นเบาหวานควรตรวจดูเท้าทุกวัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีอาการชาที่เท้าเพราะอาจมีแผลที่เท้าเกิดขึ้นได้โดยไม่รู้ตัว และห้ามแช่เท้าในน้ำร้อน ผู้ป่วยควรสวมรองเท้าตลอดเวลาที่ออกนอกบ้าน รองเท้าที่สมควรเป็นรองเท้าที่ไม่บีบรัดส่วนใดของเท้าและไม่ควรสวมรองเท้าส้นสูงหรือรองเท้าแตะ ผู้ป่วยที่มีรูปเท้าผิดปกติ อาจต้องตัดรองเท้าพิเศษ ผู้ป่วยควรดูแลไม่ให้ผิวหนังแห้งเกินไปเพราะอาจแตกเป็นแผลทำให้เป็นทางเข้าของเชื้อโรคได้ นอกจากนี้ การแตกของผิวหนังอาจเกิดจากการอักเสบติดเชื้อที่เท้า โดยเฉพาะเชื้อราซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยเบาหวานจึงควรรับให้การรักษาตั้งแต่เริ่มแรก ควรระวังในเรื่องการตัดเล็บเท้า ควรดื่มน้ำ เพราะอาจทำให้การดำเนินของโรคหลอดเลือดแข็งเป็นมากขึ้น ผู้ป่วยที่ปัญหาหลอดเลือดตีบแข็งมาก อาจต้องทำการผ่าตัดเปลี่ยนเส้นเลือดที่ขา

3.) ผลการสังเคราะห์โครงการพัฒนาระบบป้องกันและการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (โรคเบาหวาน และภาวะความดันโลหิตสูง) จำนวน 162 โครงการ

กลุ่มที่ 1 กลุ่มโครงการที่ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เป้าหมายคือผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถดูแลสุขภาพตนเอง มีกระบวนการพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้ป่วย และยังมีการส่งเสริมให้ครอบครัว กลุ่มเพื่อนผู้ป่วย (กิจกรรม self – help group และ group therapy) เพื่อนบ้านและชุมชนมาร่วมดูแลและติดตามสุขภาพของผู้ป่วย กลุ่มนี้มีโครงการจำนวน 70 โครงการ

กลุ่มที่ 2 กลุ่มโครงการที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนารูปแบบหรือระบบบริการทางคลินิกของโรคเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีความมุ่งหมายที่จะพัฒนาระบบ และ / หรือรูปแบบการบริการผู้ป่วยเรื้อรัง และยังมีการพัฒนาระบบป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรัง กลุ่มนี้มีโครงการจำนวน 32 โครงการ

กลุ่มที่ 3 กลุ่มโครงการที่ให้ความสำคัญกับการป้องกันและการเฝ้าระวังโรคเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยง กระบวนการดำเนินงานโดยหน่วยบริการปฐมภูมิ และอาจร่วมมือกับชุมชนหรือประชาชนในการควบคุม เฝ้าระวัง คัดกรอง ส่งเสริม รณรงค์และป้องกันโรคเรื้อรังในชุมชน กลุ่มนี้มีโครงการจำนวน 60 โครงการ

ผลจากการวิเคราะห์ 3 กลุ่มโครงการ พบบทเรียนการทำงานของบุคลากรในศูนย์สุขภาพชุมชนที่ได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานจากโครงการส่งเสริมคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ(โครงการ PCU ในฝัน) มีขั้นตอนกระบวนการ และประเด็นที่น่าสนใจที่ควรนำมาทบทวน ขยายผล ถ่ายทอด และเพื่อการปรับปรุงวิธีการทำงานของเจ้าหน้าที่ใน PCU ให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ตามขอบเขตประเด็น ดังนี้

1. **เป้าหมายของการป้องกันและการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง** อาจกล่าวได้ว่าความเข้าใจของบุคลากรต่อเรื่องเป้าหมายการป้องกัน และการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง แบ่งออกเป็นลักษณะและวิธีการปฏิบัติ ได้ดังต่อไปนี้

1.1 การป้องกันโรคมองผ่านเรื่องการคัดกรอง (screening)

- 1.1.1 กลุ่มที่มองการคัดกรองเป็นเรื่องของนโยบาย และมุ่งให้ได้ตามจำนวนเป้าหมายที่กำหนด
- 1.1.2 กลุ่มที่เข้าใจว่า การคัดกรอง เป็นการค้นหาผู้ป่วยที่ต้องการการรักษา
- 1.1.3 กลุ่มที่เข้าใจว่า การคัดกรอง เพื่อการจำแนกกลุ่มเสี่ยง และปัจจัยเสี่ยง แล้วนำมาสู่การป้องกันไม่ให้เป็นโรคในอนาคต
- 1.1.4 กลุ่มที่เข้าใจว่า การคัดกรองเป็นเครื่องมือของการสร้างให้ประชาชน และชุมชนตระหนักต่อความเสี่ยงและสามารถจัดการความเสี่ยงได้ด้วยตนเอง หรืออีกนัยยะหนึ่งคือประชาชน ชุมชนสามารถคัดกรองตนเองเป็น และดูแลตนเองได้

1.2 การบริหารจัดการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง

- 1.2.1 กลุ่มที่มองเรื่องการรักษาโรคเบาหวาน /ภาวะความดันโลหิตสูง มีเป้าหมายที่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือควบคุมระดับความดันโลหิต ให้ใกล้เคียงกับปกติ หรือกระทั่งเป็นเรื่องของการมาตรวจและรับยาต่อเนื่องตามนัด ได้รับการบริการที่ครบถ้วน

1.2.2 กลุ่มที่มองเรื่องการรักษาโรคเบาหวาน /ภาวะความดันโลหิตสูง มีเป้าหมายเพื่อการควบคุมป้องกันภาวะแทรกซ้อน และเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

1.2.3 กลุ่มที่มองเรื่องการรักษาโรคเบาหวาน /ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นเรื่องของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน ที่ต้องรู้สึกเป็นเจ้าของสุขภาพ และสามารถดูแลตนเองและดูแลกันเอง โดยบุคลากรทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุน (facilitator) เพื่อให้เกิดการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

2. แบบแผนการป้องกันโรคเบาหวานและภาวะความดันโลหิตสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิ หากจำแนกตามกลุ่มความเข้าใจต่อเป้าหมายการป้องกันโดยมองผ่านเรื่องการคัดกรอง สามารถอธิบายแบบแผนการป้องกันได้เป็น 3 แบบแผน โดยต่างกันที่การจัดการเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย ดังนี้

2.1 แบบแผนของการป้องกันในกรณีที่เป้าหมายของการคัดกรองคือการค้นหาผู้ป่วยที่ต้องการการรักษา จะเน้นที่การจัดการกับผู้ป่วยรายใหม่ที่ค้นพบจากการคัดกรองในขณะที่กลุ่มเสี่ยงถูกขึ้นทะเบียนไว้แต่ยังไม่มีจัดการ ส่วนกระบวนการคัดกรองที่คล้ายกันคือมักให้อสม.แกนนำ หรือผู้นำชุมชนเข้ามามีบทบาทในการดำเนินการเก็บข้อมูลประเมินความเสี่ยง

2.2 แบบแผนของการป้องกันในกรณีที่เป้าหมายของการคัดกรองคือการจำแนกกลุ่มเสี่ยงและดำเนินการป้องกันไม่ให้เป็นโรคในอนาคต พบว่ามีรายละเอียดการดำเนินการที่ให้น้ำหนักในระยะเวลาของการคัดกรองโดยเฉพาะการประเมินความเสี่ยง โดยให้ผู้คัดกรองซึ่งส่วนใหญ่เป็น อสม.แกนนำ และผู้นำชุมชนที่ได้รับการสร้างความเข้าใจ เป็นผู้คัดกรองและชี้แจงกลุ่มเป้าหมายว่า อะไรคือความเสี่ยง จากนั้นนำข้อมูลมาสู่การจำแนกกลุ่มเสี่ยงว่ามีความเสี่ยงใดบ้าง แต่ยังไม่มีความตระหนักในการป้องกันที่ชัดเจน นอกเหนือจากการให้ความรู้ด้วยวิธีการอบรม การแจกแผ่นพับ มีสถานพยาบาลบางแห่งเริ่มพัฒนาแบบประเมินตนเองเพื่อให้ประชาชน และกลุ่มเสี่ยงประเมินตนเองได้และรับรู้ความเสี่ยงด้วยตนเอง

2.3 แบบแผนของการป้องกันในกรณีที่เป้าหมายของการคัดกรองเพื่อประชาชน ชุมชนคัดกรองตนเองเป็นและดูแลควบคุมจัดการปัจจัยเสี่ยงนั้นๆได้ด้วยตนเอง โดยบุคลากรทำหน้าที่เป็น facilitator กระบวนการคัดกรองจะให้น้ำหนักต่อผู้ที่จะมีส่วนร่วมในการดำเนินการป้องกัน มีการคัดสรรอาสาสมัครโดยเลือกผู้ที่สมัครใจ มีคุณสมบัติทางด้านการสื่อสาร มีความมั่นใจหากต้องลงมือปฏิบัติการทางการพยาบาล เช่น การเจาะเลือด วัดความดันโลหิต ให้ความสำคัญกับการถ่ายทอดข้อมูลสถานการณ์โรคในชุมชน และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้เวลาในการสร้างให้เกิดการเรียนรู้และมีกิจปฏิบัติจริง ตลอดจนการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ศึกษาดูงานในชุมชนที่คล้ายคลึง ดำเนินการจริงโดยบุคลากรร่วมด้วยทุกครั้ง ส่วนมาตรการในการป้องกัน เน้นให้ผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยง และครอบครัวมีประสบการณ์ร่วมกัน เกิดปฏิสัมพันธ์แลกเปลี่ยนกัน (โดยวิธีการจัดค่าย) สอดแทรกความรู้ที่จำเป็นเพื่อการควบคุมปัจจัยเสี่ยง โดยเฉพาะเรื่องอาหารและการออกกำลังกาย โดยเน้นให้สอดคล้องกับบริบทและสภาพชุมชน

	1	2	3
เป้าหมาย	หาคนเป็นโรค	หาคนที่มีความโน้ม โอกาส เป็นโรคในอนาคต	ประชาชน ชุมชนป้องกันตนเอง
กระบวนการ สำคัญ	อสม.แกนนำ ผู้นำชุมชนมี ส่วนร่วมในการเป็นผู้คัดกรอง เบื้องต้น ส่งต่อ case ที่มีปัญหา เจ้าหน้าที่ตรวจซ้ำ พบเป็นโรค เข้าโปรแกรมการรักษา	☆อสม.แกนนำ ผู้นำชุมชนมี ส่วนร่วมในการเป็นผู้คัดกรอง เบื้องต้น ☆มีส่วนร่วมประมวลและรับรู้ ความเสี่ยง ☆มีส่วนร่วมจำแนกกลุ่มเสี่ยง	☆คัดเลือกและพัฒนาผู้ดำเนินการ (พัฒนา change agent) ☆ดำเนินการคัดกรองแบบมี ส่วนร่วม (บุคลากรเป็น Facilitator) ☆ให้ข้อมูลชุมชน
มาตรการ ป้องกัน	ขึ้นทะเบียนกลุ่มเสี่ยง	☆ ขึ้นทะเบียนกลุ่มเสี่ยง ☆ อบรม ให้ความรู้ ☆ พัฒนาแบบประเมินตนเอง	☆ ขึ้นทะเบียนกลุ่มเสี่ยง ☆ จัดกิจกรรมปฏิสัมพันธ์ คนป่วย คนเสี่ยง ครอบครัว ☆ ให้ความรู้ ทักษะที่จำเป็น สอดคล้อง ต่อการดูแลตนเอง

3. แบบแผนการดูแลรักษาผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่เน้นการจัดบริการที่เพิ่มคุณภาพบริการ และคุณภาพชีวิตของผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง ทั้ง PCU และโรงพยาบาลหลายแห่งคงปฏิเสธไม่ได้ว่าจำนวนผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง ทั้งผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นทุกปี และแต่ละปีจะมีผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเข้ารับการรักษาจำนวนไม่น้อย อีกทั้งผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทางกายและใจเมื่อภาวะแทรกซ้อนนั้นเกินจะเยียวยา เช่น ต้องตัดนิ้วเท้า หรือบางรายต้องตัดเท้าตัดขาที่มีบทเรียนของการดำเนินงานในโครงการ PCU ในพื้นที่ที่มีการจัดบริการโดยเน้นการมีส่วนร่วมทั้งบุคลากรสาธารณสุข ผู้ป่วย ญาติ ชุมชนและองค์กรท้องถิ่น ดูจะเป็นทางออกที่ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต และคุณภาพของบริการ ซึ่งพิจารณาเป็นประเด็นย่อยต่างๆ ดังนี้

3.1 การสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self-Management Support) ของผู้ป่วยและญาติ โดยใช้กิจกรรมเชื่อมโยงให้เกิดการสร้างพลังในการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น การใช้ศาสตร์ทางเลือกต่างๆนอกเหนือจากการตรวจเลือดและรับยาตามนัด (ในที่นี้ PCU ใช้การนั่งสมาธิ ฟังเพลงบรรเลงจากเสียงธรรมชาติ เพลงสวดธรรมะ(ธิเบต) แพทย์ทางเลือกทั้งโยคะ ไทเก๊ก ไซโต ฤาษีดัดตน นวดเท้า เป็นต้น) การรู้จักตนเอง ผ่านกิจกรรมการจัดกลุ่ม การสร้างการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเองและญาติ ให้รับรู้ทุกข์ รุ้สุข และความต้องการ โดยการจัดค่ายให้เกิดการเรียนรู้ระหว่างผู้ป่วยและญาติ โดยเฉพาะความรู้และทักษะที่จะช่วยให้เกิดการดูแลตนเองได้ดีขึ้น เป็นต้นว่า การเลือกอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายตามวิถีที่สอดคล้องกับบุคคล การใช้ยาและดูแลสุขภาพจากสมุนไพร เป็นต้น พลังเสริมจากชุมชนและท้องถิ่น โดยเฉพาะในบทบาทของการจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน การจัดสถานที่ และการสนับสนุนงบประมาณ

3.2 ออกแบบบริการเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Delivery System Design) ด้วยการพัฒนาอาสาสมัครดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง และจัดเป็นทีมดูแล (จากโครงการ PCU ในพื้นที่จัดทีมละ 3 คนแต่ละคนรับผิดชอบคนละ 1 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดัน

โลหิตสูง และอัมพฤกษ์ อัมพาต) ติดตามเยี่ยมบ้าน เป็นที่น่าสังเกตว่าการจัดให้เป็นทีมดูแลเยี่ยมบ้านนั้นเป็นทางหนึ่งของการสร้างความมั่นใจให้กับ อสม.ว่าไม่ได้ทำงานคนเดียวยังมีคู่คอยช่วยคิด เก็บข้อมูล พูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัว การใช้อาสาสมัครมีข้อดีหลายประการ เช่น เป็นคนในชุมชน ทำให้ง่ายต่อการสื่อสารกันเอง อีกทั้งเห็นการเปลี่ยนแปลงในชุมชนตลอดเวลา รับรู้ปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวมากกว่าบุคลากรสาธารณสุข โดยเฉพาะแต่ปัญหาเรื่องโรคเท่านั้น แต่เนื่องจากมีหลาย PCU ที่ให้ อสม.เข้ามามีบทบาทของการเป็นผู้ดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง ตลอดจนกลุ่มเสี่ยงมากขึ้น **น่าจะมีการสังเคราะห์และสรุปร่วมกันว่า อะไรคือความรู้สำคัญ และทักษะที่จำเป็นที่จะช่วยให้การพัฒนาศักยภาพ อสม. มีความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ตลอดจนส่งเสริมให้เกิดชุมชนดูแลกันเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม**

3.3 ออกแบบคลินิกบริการที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในระดับครอบครัวและชุมชน

(Delivery System Design) โดยมีทั้งรูปแบบคลินิกในสถานพยาบาลและในชุมชน นอกเหนือจากการพยายามจัดบริการพื้นฐานให้ครบแล้ว PCU หลายแห่งเริ่มมีการจัดกลุ่มผู้ป่วยแล้วให้สัญลักษณ์เป็นสี เพื่อสะท้อนว่าเป็นผู้ป่วยที่ถูกจัดอยู่ในกลุ่มใด (ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ไม่ดี มีโรคแทรกซ้อน หรือควรได้รับการดูแลเร่งด่วน เป็นต้น) ซึ่งสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการดูแลหรือกระทั่งการให้ผู้ป่วยรู้สภาพตนเองจากการเปรียบเทียบกับคนอื่น กรณีรูปแบบคลินิกในชุมชนมีความเด่นชัดเรื่องการมีส่วนร่วมตั้งแต่ระดับบุคคล (หมายถึงผู้ป่วย) ครอบครัว และชุมชน ตั้งแต่ระบบการนัดหมายให้ขึ้นกับความสะดวกของกลุ่มผู้ป่วย สถานที่ซึ่งใช้บ้านของผู้ป่วยหมุนเวียนเป็นคลินิก มีส่วนร่วมจากครอบครัวและชุมชนในการจัดบริการ ลักษณะบริการพื้นฐานที่จัดให้ไม่แตกต่างจากคลินิกในสถานพยาบาล แต่ความแตกต่างที่เกิดขึ้นคือ ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกเป็นเจ้าของเบาหวาน เจ้าของสุขภาพมากกว่าที่จะเป็นเรื่องของหมอหรือบุคลากรสาธารณสุข

3.4 ใช้แนวปฏิบัติเป็นเครื่องมือในการเพิ่มคุณภาพการดูแลในคลินิก (Delivery System Design) มีเพียง 1 โครงการที่กล่าวถึงการใช้แนวปฏิบัติ (clinical practice guideline) เป็นเครื่องมือหนึ่งในการเพิ่มคุณภาพบริการ อย่างไรก็ตาม PCU ที่ไม่ได้กล่าวถึงก็มีได้หมายความว่าไม่มี CPG แต่ส่วนที่ไม่ได้กล่าวถึงเลยคือการพัฒนา CPG ซึ่งเป็นคำถามที่น่าจะมีการศึกษาและพัฒนาต่อคือ **การพัฒนา CPG ที่เป็น evidence based practice guideline**

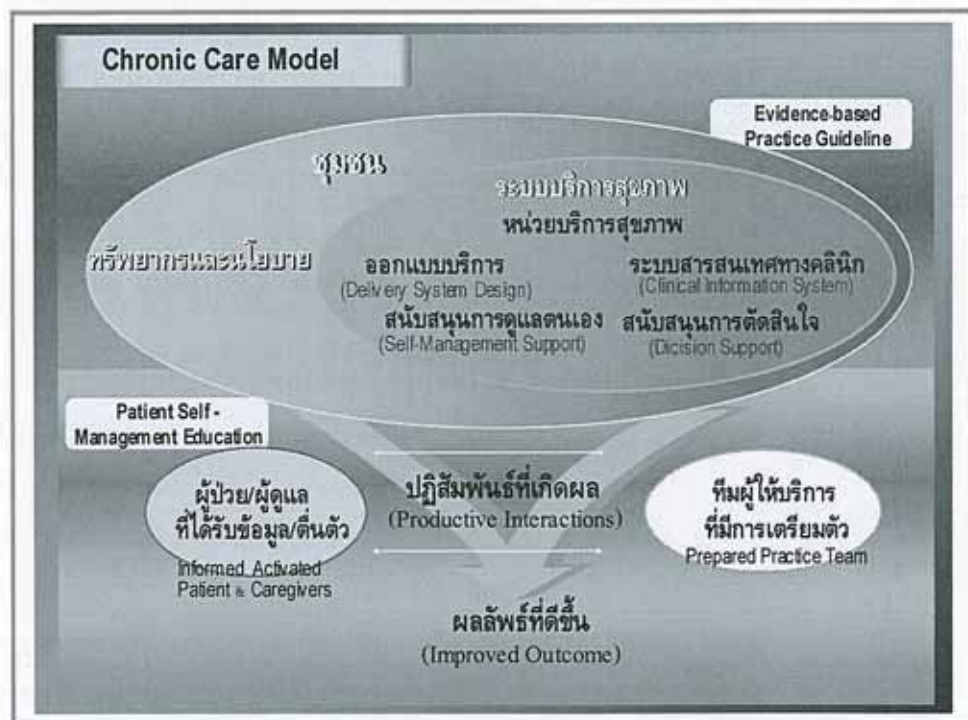
3.5 จัดกิจกรรมให้ความรู้และให้ข้อมูลในรูปแบบที่ผู้ป่วยสนทนากันเอง ทั้งรูปแบบกลุ่ม (self help group) แบบคู่ดูแลกันเอง (buddy) แบบค่าย (camp) หรือชมรม (club) โดยรวมรูปแบบที่กล่าวนี้ใช้หลักการเดียวกันคือ ให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนกันเองโดยที่บุคลากรสาธารณสุขทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำในจังหวะที่เหมาะสม กระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยน ลักษณะดังกล่าวนี้ส่งผลดีในแง่ของการสื่อสารสร้างความเข้าใจกันเองในกลุ่มผู้ป่วย และจนถึงดูแลกันเองในเรื่องอื่นๆที่นอกเหนือจากโรคหรืออาการความเจ็บป่วย แต่ข้อที่บุคลากรพึงตระหนักคือ ต้องไวพจน์ในการค้นหาความรู้พื้นฐาน หรือความรู้เฉพาะที่ช่วย

หนุนเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับหลักวิชาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

3.6 **ระบบข้อมูลเพื่อสนับสนุนการดูแลกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย** ในโครงการที่ปรากฏยังไม่เด่นชัดเรื่องระบบข้อมูลที่สำคัญเพื่อทำให้เกิดการดูแลที่ดี แต่ส่วนใหญ่ที่ปรากฏเริ่มให้ความสำคัญกับข้อมูลด้านวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ของผู้ป่วยมากขึ้น เห็นได้จากการสะท้อนความแตกต่างของข้อมูลที่ได้จากคลินิกบริการกับการได้ติดตามเยี่ยมบ้านในชุมชน เป็นลักษณะของการเข้าใจความเป็นมนุษย์มากกว่าความเข้าใจเฉพาะเรื่องโรค (เข้าใจเงื่อนไขและความจำเป็นในชีวิตมากขึ้น) และส่งผลให้การจัดบริการสอดคล้องกับความจำเป็นของผู้ป่วยและครอบครัวมากขึ้น นอกจากนี้ลักษณะการได้มาของข้อมูลยังได้มาจากการจัดเวทีประชาคม จากอาสาสมัครที่ได้รับการพัฒนา จากเวทีประชุมแกนนำ

3.7 **รูปแบบของการทำงานเป็นทีมที่เกื้อหนุนให้การดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังมีประสิทธิภาพมากขึ้น** หลาย PCU สรุปตรงกันว่าการทำงานเพียงลำพังจะไม่มีทางประสบความสำเร็จได้ นัยยะของการทำงานเป็นทีมที่กล่าวถึง มีทั้งทีมระดับสถานพยาบาล ทีมสหวิชาชีพ ทีมร่วมกับชุมชน ร่วมกับองค์กรท้องถิ่น ซึ่งต้องมีการทำความเข้าใจสภาพปัญหาและกำหนดเป้าหมายที่ต้องการเห็นร่วมกัน (เป็นการทำความเข้าใจผ่านข้อมูลสถานการณ์โรคของชุมชน) ตลอดจนมีบทบาทร่วมในการกำหนดแนวทางการแก้ไขและดำเนินการ ซึ่งมีบางแห่งเมื่อได้แนวทางและวิธีการแก้ไขปัญหาลงแล้วจะมีการประชุมชี้แจงให้แต่ละหมู่บ้านทราบด้วย ให้มีคณะกรรมการและ

4. แบบแผนการเชื่อมโยงและความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการกับภาคประชาชนเพื่อพัฒนาสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง และผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง



รูปที่ 1 Chronic care model

โครงการสรุปบทเรียนและสังเคราะห์องค์ความรู้เชิงประสบการณ์ : สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน
สนับสนุนโดย แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากภาพที่ 1 Chronic care model การจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต้องมีการเชื่อมโยงระหว่าง ผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงและครอบครัว ชุมชน ระบบบริการสุขภาพ ซึ่งต้องมีทรัพยากรและนโยบายที่ชี้ทิศทาง หากพิจารณาจากโครงการ PCU ในผืนพบว่า ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง (คนป่วย) กระทั่งกลุ่มเสี่ยง สถานพยาบาลเริ่มมีการเชื่อมโยงความร่วมมือกับภาคประชาชน ครอบครัว ชุมชน และองค์กรปกครองท้องถิ่น โดยแบบแผนและบทบาทความร่วมมือสามารถจำแนกได้ ดังนี้

- 4.1 **ระดับบุคคล** (ผู้ป่วย ,กลุ่มเสี่ยง) บุคลากรเริ่มมีความเข้าใจบริบทชีวิตของกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยมากขึ้น (นอกเหนือจากการเข้าใจแต่เฉพาะตัวโรค หรือพฤติกรรมเสี่ยง) เริ่มเข้าใจว่าสุขภาพเป็นของบุคคล ตลอดจนเริ่มเห็นศักยภาพของบุคคลที่จะสามารถดูแลตนเอง โดยบุคลากรทำหน้าที่คอยให้คำปรึกษา แนะนำ ช่วยเหลือ หรือเป็น facilitater ผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงจะเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลตนเอง ดูแลกันและกัน ดังนั้นนอกเหนือจากการจัดบริการตามมาตรฐานที่สถานพยาบาลแต่ละแห่งกำหนด บุคลากรจะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ผู้ป่วยบางรายจะถูกให้เป็น presenter บอกเล่าถึงประสบการณ์ซึ่งมีทั้งด้านบวกและลบของการดูแลตนเองให้ผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงคนอื่น ๆ ได้เรียนรู้ เป็นบทเรียน
- 4.2 **ระดับครอบครัว** มีหลาย PCU ที่จัดคลินิกบริการทั้งในสถานพยาบาลและในชุมชน หรือมีกิจกรรมที่เรียกว่า "ค่าย" ซึ่งพยายามจะทำให้ญาติ (ผู้ทำหน้าที่เป็น care giver) เข้ามามีส่วนร่วมรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย ความสุขหรือความทุกข์ ตลอดจนความรู้พื้นฐานเรื่องโรคและการดูแล ทำให้ญาติมีบทบาทในการสนับสนุนและดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ในบางแห่งมีการรายงานผลว่าญาติที่ยังไม่ป่วยมีความตระหนักต่อพฤติกรรมเสี่ยงและเริ่มที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเป็นโรคหรือเจ็บป่วยในอนาคต
- 4.3 **ระดับชุมชน** ได้แก่ อสม. แกนนำ (บางแห่งใช้คำว่า "บุคคลต้นแบบ") ในทุก PCU ให้ อสม. และแกนนำชุมชนเข้ามามีบทบาทร่วมในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง โดยเป็นผู้ดำเนินการหลัก ในที่นี้ครอบคลุมเรื่องการเก็บข้อมูลปัจจัยเสี่ยง การตรวจประเมินร่างกายที่สามารถกระทำได้ เช่น การคำนวณค่า BMI การวัดความดันโลหิต การซักประวัติ การเจาะเลือดปลายนิ้ว เป็นต้น ในบาง PCU ที่มองเรื่องเป้าหมายการดูแลกลุ่มเสี่ยงคือการที่ประชาชน ชุมชนสามารถป้องกันตนเองได้ จะมีการดำเนินการพัฒนาศักยภาพของอสม.และแกนนำ และให้มีบทบาทร่วมในการประเมินปัจจัยเสี่ยง กระทั่งการวางแผนหรือกำหนดมาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยง
- 4.4 **ระดับองค์กรปกครองท้องถิ่น** ได้แก่ ผู้นำชุมชน ผู้นำองค์การบริหารส่วนตำบล วัดและโรงเรียน ลักษณะความร่วมมือขององค์กรชุมชน โดยเฉพาะ อบต.ส่วนใหญ่ยังเป็นลักษณะของการร่วมด้านงบประมาณเป็นหลัก อย่างไรก็ตามมี PCU บางแห่งโดยเฉพาะในเขตภาคเหนือที่มีแนวความคิดให้ อบต.มีบทบาทในแง่ของการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมในชุมชน ทั้งเรื่องอาหาร สถานที่ ที่จะเอื้อต่อการพัฒนาสุขภาพแต่ก็ยังไม่ปรากฏเป็นรูปธรรมหรือมีวิธีการที่ทำให้เห็นชัดเจน

4.5 โรงพยาบาลหน่วยคู่สัญญาในฐานะหน่วยบริการระดับทุติยภูมิ เป็นหน่วยที่ร่วมให้บริการในทีมสหวิชาชีพ สนับสนุนวิชาการ เช่น แนวปฏิบัติด้านการรักษาพยาบาล (clinical practice guideline) ร่วมเป็นทีมเยี่ยมบ้าน แต่ยังมีกรกล่าวถึงน้อยในการเป็นทีมร่วมดำเนินการเพื่อพัฒนามาตรการในเชิงป้องกันกลุ่มเสี่ยง

5. **เครือข่ายการเรียนรู้และพัฒนาสมรรถภาพบุคลากรเพื่อการดูแลรักษาโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง** เนื่องจากในโครงการ PCU ในฝัน ให้มีพี่เลี้ยงระดับจังหวัด/อำเภอซึ่งถือเป็นโครงสร้างหนึ่งที่สำคัญของการดำเนินงานในครั้งนี้ โดยบทบาทของพี่เลี้ยงทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนวิชาการและเป็นผู้จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งพบว่า การจัดเวทีดังกล่าวมีส่วนอย่างมากในการกระตุ้นการดำเนินงาน แลกเปลี่ยนวิธีคิด และกิจกรรมดำเนินการของบุคลากรใน PCU ถือได้ว่าเป็นเวทีของการสร้างเครือข่ายและพัฒนาศักยภาพกันและกัน (เป็นแบบ on the job training) ซึ่งหากมีระบบสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพพี่เลี้ยงที่ชัดเจนและต่อเนื่อง ทั้งในด้านความรู้ที่เป็นวิชาการ ตลอดจนเทคโนโลยีและวิทยาการ ก็น่าจะทำให้เกิดเครือข่ายของการทำงานในเชิงป้องกัน รักษา และฟื้นฟูผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังและประชากรกลุ่มเสี่ยงหรือในทุกๆกลุ่มอายุ เกิดขึ้นทั้งในระดับเครือข่าย PCU เครือข่ายระดับอำเภอ เครือข่ายระดับจังหวัด และเครือข่ายระดับภาค อย่างต่อเนื่อง

6. **ประเด็นสังเคราะห์เพิ่มเติม** ที่เด่นชัดในเรื่องการดำเนินงานซึ่งจะเป็นทางออกของปัญหาความจำกัดด้านจำนวนบุคลากรที่ไม่สอดคล้องกับภาระงานในเชิงการป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพของผู้มีสุขภาพเรื้อรัง ด้วยการพัฒนาศักยภาพและการเรียนรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุข อย่างต่อเนื่อง โดยมีวิธีการและขั้นตอนของการดำเนินงาน สังเคราะห์ได้ดังนี้

6.1 **บุคลากรต้องเปลี่ยนกระบวนทัศน์จากงานรอรับ ตั้งรับการรักษาในคลินิก เป็นการทำความเข้าใจปัญหา สภาพความต้องการของผู้มีสุขภาพเรื้อรังเชิงรุกในชุมชน** ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจถึงสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิตประจำวัน และปัญหาที่เกิดขึ้นนอกเหนือจากปัญหาเรื่องการควบคุมโรคไม่ได้ (ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือความดันโลหิต) หรือกระทั่งการไม่มารับรักษาต่อเนื่อง หรือรับยาตามนัด การจัดการด้านเวลาที่ดีสร้างโอกาสให้สามารถเรียนรู้ชีวิตจริงในชุมชนอย่างมีเป้าหมาย จะช่วยให้บุคลากรสาธารณสุขมีความเข้าใจและยอมรับในตัวผู้ป่วยและครอบครัวตลอดจนศักยภาพของชุมชนมากขึ้น และจะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้รับฟังปัญหา สนับสนุน ส่งเสริมและช่วยเหลือมากกว่าการเป็นผู้สั่งการ

6.2 **เชื่อมั่นในศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข และจัดกระบวนการพัฒนาศักยภาพให้สอดคล้องกับความสามารถของแต่ละบุคคล** โดยมี PCU หลายแห่ง ที่เน้นพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขให้เป็นทั้งผู้มีส่วนร่วมในการติดตามดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังและผู้ดำเนินการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน กระบวนการพัฒนาที่มักใช้ได้แก่ การคัดเลือก อสม. ที่สมัครใจ ตั้งใจ มีลักษณะเด่นด้านการสื่อสาร มีความมั่นใจในการปฏิบัติการ เช่น เจาะเลือด วัดความดันโลหิต และผู้คอยทำหน้าที่สนับสนุนช่วยเหลือด้านต่างๆ **จัดเวทีเรียนรู้** เป็นเวทีของการให้ข้อมูลสถานการณ์โรคใน

ชุมชน การเกิดโรคและผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งกับบุคคล ครอบครัว และชุมชน แลกเปลี่ยน
 ศึกษาในงานในชุมชนที่คล้ายคลึงกัน เปิดโอกาสให้พูดคุยซักถามและร่วมวางแผน
 แก้ปัญหาในชุมชน และพัฒนาศักยภาพโดยเน้นการฝึกปฏิบัติจริง ทำงานจริง และ
 เสริมความเชื่อมั่นให้มั่นใจทุกระยะอย่างต่อเนื่อง โดยที่บุคลากรสาธารณสุขทำหน้าที่
 เป็นพี่เลี้ยง (facilitator) ร่วมทำ สนับสนุนความรู้และเครื่องมือ ให้กำลังใจ

- 6.3 การสร้างให้ประชาชน ชุมชนคัดกรองตนเองเป็น การคัดกรอง (screening) ในปัจจุบัน
 บุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่มุ่งเน้นการคัดกรองโรค หรือการค้นหาผู้เป็นโรคที่ต้องการการ
 รักษา มากกว่าคัดกรองเพื่อจำแนกกลุ่มเสี่ยงและส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันไม่ให้เป็นโรคใน
 อนาคต ในโครงการ PCU ในผืนเริ่มมีสถานพยาบาลหลายแห่งมีกระบวนการที่คนให้ประชาชน
 ชุมชนเป็นผู้คัดกรองตนเองเป็น หมายความว่า รู้ความเสี่ยงของตนเอง เริ่มตระหนัก
 ถึงความเสี่ยง และสามารถจัดการกับความเสี่ยงนั้นๆได้ อย่างไรก็ตามยังไม่มีบทเรียนที่
 ชัดเจนถึงวิธีการว่าทำอะไร ซึ่งในส่วนนี้ควรจะมีการศึกษาเพิ่มเติม และทดลองทำโดยต่อ
 ยอดในพื้นที่ที่มีการดำเนินการ และจำเป็นต้องเสริมความรู้พื้นฐานเรื่องปัจจัยเสี่ยง แนว
 ทางการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงตลอดจนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมนุษย์ ให้กับบุคลากร
 สาธารณสุข

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- พงศ์อมร บุญนาค.เทคนิคการดูแลรักษาโรคเบาหวาน.ส่วนพฤติกรรมและสังคม สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์
กรรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข,2542
- ปิยะนุช รักพาณิชย์.โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด กับการปฏิบัติตัว.ส่วนพฤติกรรมและ
สังคม สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข,2542
- ศุภวรรณ มโนสุนทร.การพยาบาลโรคเบาหวาน .ส่วนพฤติกรรมและสังคม สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรรมการ
แพทย์ กระทรวงสาธารณสุข,2542
- ชนวนทอง ธนสุกาญจน์.สุศึกษากับโรคเบาหวาน .ส่วนพฤติกรรมและสังคม สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์
กรรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข,2542
- เพ็ญจันทร์ ประดับมุข.ปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวและชุมชนกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง.ส่วนพฤติกรรมและสังคม สำนัก
พัฒนาวิชาการแพทย์ กรรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข,2542
- ดวงเดือน พันธุมนาวิน. ทฤษฎีต้นไม้อัจฉริยะ การวิจัยและพัฒนาบุคคล.โครงการส่งเสริมเอกสารวิชาการ สถาบัน
บัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์,2539
- เทพ หิมะทองคำ และคณะ.ความรู้เรื่องเบาหวานฉบับสมบูรณ์.บริษัทวิทย์พัฒน์ จำกัด.พิมพ์ครั้งที่ 3 2545
- พนัส หันนาคินทร์. ประสบการณ์ในการบริหารบุคลากร.โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,2542
- ฉัตรเลิศ พงษ์ไชยกุล.การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน (Practical care of DM) เอกสารอัดสำเนา

ภาษาอังกฤษ

- Mary MacKinnon.Providing, Diabetes Care in General Practice : A practical Guide for the Primary Care
Team.Third edition ,1998
- Brian L. Delahaye, Human resource development : Principle and practice John Wiley & Sons
Australia,Ltd.,2000
- Manuel London,Emily S. Bassman and John P.Fernandez. Human Resource Forecasting and Strategy
Development : Quorum Books,1990
- World Health Organization, Innovative Care for Chronic Conditions: Building Block for Action: global
report, 2002.
- Mulvaney TR. Vegetable products, proceeded. Moisture (loss of mass on drying) in forzen french - fried
potatoes, Convection oven method. In : William S, ed. Official Methods of Analysis of the AOAC.
14th ed. Virginia : The William Byrd Press, Inc., 1984 : 616.
- Protein. In : Sullivan DM, Carpenter DE, eds. Methods of Analysis for Nutrition Labeling. USA :
AOAC International, 1993 : 381 - 9.
- Baker D. Fat in flour, acid hydrolysis method. In : William S, ed. Official Methods of Analysis of the

- AOAC 14th ed. Virginia : The William Byrd Press, Inc., 1984 : 251 - 2.
- Ellefson W. Provision of the Nutrition Labeling and Education Act. In : Sullivan DM, Carpenter DE, eds. Methods of Analysis for Nutrition Labeling. USA : AOAC International, 1993 : 8.
- Jones CE. Fiber (Crude) in animal feed, ceramic fiber filter method. In : William S, ed. Official Methods of Analysis of the AOAC. 14th ed. Virginia : The William Byrd Press, Inc., 1984 : 160 - 2.
- Deutsch MJ. Total dietary fiber in foods, enzymatic - gravimetric method. Helrich K, ed. Official Methods of Analysis of the AOAC. 15th ed. Virginia : AOAC International, 1990 ; 2 : 1105 - 6.
- Jones CE. Ash of animal feed, In : William S, ed. Official Methods of Analysis of the AOAC. 14th ed. Virginia : The William Byrd Press, Inc., 1984 : 153.
- Cholesterol, In : Sullivan DM, Carpenter DE, eds. Methods of Analysis for Nutrition Labeling. USA : AOAC International, 1993 : 177 - 81.
- Al-Hasani SM, Shabany H, Hlavac J. Rapid determination of cholesterol in selected frozen foods. J Assoc Off Anal Chem 1990 ; 73 (5) : 817 - 20.
- Rund RC. Calcium (acid - soluble) in fertilizers, method II (atomic absorption method). In : William S, ed. Official Methods of Analysis of the AOAC. 14th ed. Virginia : The William Byrd Press, Inc., 1984 : 28.
- Minerals : phosphorus (Vanado - Molybdate colorimetric method). In : Sirichakwal PP, Nandhasri P, Srikongsris S, Puwastien P, eds. Thaifoods : Methods of food analysis. (Document No.1, report 85 - 1) 1985 : 26 - 7.
- Rund RC. Iron in fertilizers : Atomic absorption spectrophotometric method. In : William S, ed. Official Methods of Analysis of the AOAC. 14th ed. Virginia : The William Byrd Press, Inc, 1984 : 29.
- Moxon RED, Dixon EJ. Semi - automatic method for the determination of total Iodine in food. Analyst 1980 ; 105 : 344 - 52.
- Reardon K. Vitamin A Analysis (Retinol, alpha & beta - carotene). Government Chemical Laboratory. Brisbane, Australia. GCL - QGM - 041, Revision 2., Review by Jan. 1996.

๓

วิธีการดำเนินงาน

โครงการสรุปทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้เชิงประสบการณ์การทำงานสร้างเสริมสุขภาพ กรณี การป้องกันและการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และ กรณีการสร้างพลังชุมชนในการจัดการสุขภาพตนเอง มีเจตนารมณ์ เพื่อพัฒนาองค์ความรู้เชิงประสบการณ์จากการทำงานของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในการสร้างเสริมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันและดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และการทำงานเพื่อการสร้างพลังชุมชนในการจัดการสุขภาพตนเอง โดยมีกรอบแนวคิด และกลวิธีการดำเนินงานดังต่อไปนี้

วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. เพื่อสรุปทบทวนด้านการสร้างพลังชุมชนในการจัดการสุขภาพตนเอง และการพัฒนางานป้องกันและการรักษาโรคเรื้อรัง (โรคเบาหวานและภาวะความดันโลหิตสูง) ของหน่วยบริการปฐมภูมิ
2. เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้เชิงประสบการณ์ในการสร้างพลังชุมชน และการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เพื่อเสริมศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน

กรอบแนวคิดเบื้องต้น

จากการวิเคราะห์เบื้องต้นของโครงการส่งเสริมคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ (โครงการ PCU ในฝัน) ที่มีประเด็นเกี่ยวกับกระบวนการสร้างพลังชุมชนในการจัดการสุขภาพตนเองจำนวน 126 โครงการ การพัฒนางานป้องกันและการรักษาโรคเรื้อรัง (โรคเบาหวานและภาวะความดันโลหิตสูง) ของหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 162 โครงการ ซึ่งเนื้อหาที่พบ จำแนกออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เนื้อหาการพัฒนารูปแบบการทำงานร่วมกับชุมชน จำแนกออกเป็น 3 กลุ่มโครงการ

1. กลุ่มโครงการที่มุ่งเน้นการหาและพัฒนารูปแบบการทำงานกับชุมชนของเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยพยายามสร้างการมีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้น คือมีส่วนร่วมในการคิด ร่วมทำและร่วมประเมินผล ในกลุ่มโครงการนี้มี 48 โครงการ

2. กลุ่มโครงการที่มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพองค์กรและกลุ่มแกนนำต่างๆในชุมชน โดยมีฐานความคิดที่เชื่อว่าองค์กรและกลุ่มแกนนำเหล่านี้เมื่อได้รับการพัฒนาศักยภาพแล้ว จะเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง(Change Agent) และสามารถขับเคลื่อนให้เกิดการพัฒนาสุขภาพในพื้นที่ได้ ในกลุ่มโครงการนี้มี 43 โครงการ
3. กลุ่มโครงการที่มุ่งเน้นการสร้างความร่วมมือระหว่างเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิกับชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาจมีการสร้างทีมสุขภาพชุมชน ทั้งทีมสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ ทีมสุขภาพสหวิชาชีพ และทีมสุขภาพของหมู่บ้าน/ชุมชน เพื่อร่วมกันและ/หรือสนับสนุนให้เกิดการทำงานสร้างสุขภาพของชุมชน พัฒนาระบบบริการสุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ และพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ในกลุ่มโครงการนี้มี 35 โครงการ

ส่วนที่ 2 การพัฒนาระบบป้องกันและการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากการวิเคราะห์เบื้องต้นของโครงการพัฒนาระบบป้องกันและการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (โรคเบาหวานและภาวะความดันโลหิตสูง) จำนวน 162 โครงการ สามารถจำแนกลักษณะโครงการเป็น 3 กลุ่มโครงการ คือ

กลุ่มที่ 1 กลุ่มโครงการที่ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เป้าหมายคือผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถดูแลสุขภาพตนเอง มีกระบวนการพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้ป่วย และยังมีการส่งเสริมให้ครอบครัว กลุ่มเพื่อนผู้ป่วย (กิจกรรม self – help group และ group therapy) เพื่อนบ้านและชุมชนมาร่วมดูแลและติดตามสุขภาพของผู้ป่วย กลุ่มนี้มีโครงการจำนวน 70 โครงการ

กลุ่มที่ 2 กลุ่มโครงการที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนารูปแบบหรือระบบบริการทางคลินิกของโรคเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีความมุ่งหมายที่จะพัฒนาระบบ และ / หรือรูปแบบการบริการผู้ป่วยเรื้อรัง และยังมีการพัฒนาระบบป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรัง กลุ่มนี้มีโครงการจำนวน 32 โครงการ

กลุ่มที่ 3 กลุ่มโครงการที่ให้ความสำคัญกับการป้องกันและการเฝ้าระวังโรคเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยง กระบวนการดำเนินงานโดยหน่วยบริการปฐมภูมิ และอาจร่วมมือกับชุมชนหรือประชาชนในการควบคุม เฝ้าระวัง คัดกรอง ส่งเสริม รมรงค์และป้องกันโรคเรื้อรังในชุมชน กลุ่มนี้มีโครงการจำนวน 60 โครงการ

อนึ่งผลการวิเคราะห์เบื้องต้นได้กล่าวไว้แล้วในบทที่ 2

ขั้นตอนและกลวิธีดำเนินงาน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เนื้อหาการพัฒนากระบวนการทำงานร่วมกับชุมชน	ส่วนที่ 2 การพัฒนาระบบป้องกันและการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
1.) การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	1.) การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
2.) รวบรวม ศึกษา วิเคราะห์ และสังเคราะห์กระบวนการทำงานของเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อสร้างพลังชุมชนในการจัดการสุขภาพตนเอง จากข้อมูลรายงานผลของโครงการปฏิบัติการทั้ง 116 โครงการ	2.) รวบรวมศึกษาและวิเคราะห์เป้าหมายและแบบแผนการป้องกันและดูแลรักษาโรคเรื้อรังจากข้อมูลรายงานและสรุปการเรียนรู้ของโครงการย่อยจำนวน 162 โครงการ

ส่วนที่ 1 เนื้อหาการพัฒนารูปแบบการทำงานร่วมกับชุมชน	ส่วนที่ 2 การพัฒนาระบบป้องกันและการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
3.) สรุปแบบแผนการดำเนินงานที่ค้นพบ นำมาเป็นประเด็นสำหรับจัดกลุ่มและคัดเลือกกรณีศึกษาตัวอย่างจากแบบแผนดังกล่าว อนึ่งการเลือกกรณีศึกษา เลือก case ที่เป็น best practice ซึ่งจะมีทั้งที่อยู่ในโครงการ PCU ในฝัน และไม่อยู่ในโครงการ โดยมีรูปธรรมของการดำเนินงานจริง	3.) สรุปแบบแผนการดำเนินงานที่ค้นพบ นำมาเป็นประเด็นสำหรับจัดกลุ่มและคัดเลือกกรณีศึกษาตัวอย่างจากแบบแผนดังกล่าว อนึ่งการเลือกกรณีศึกษา เลือก case ที่เป็น best practice ซึ่งจะมีทั้งที่อยู่ในโครงการ PCU ในฝัน และไม่อยู่ในโครงการ โดยมีรูปธรรมของการดำเนินงานจริง
4.) คัดเลือกและสัมภาษณ์ กรณีศึกษา 3 กรณีศึกษา อนึ่งการเลือกกรณีศึกษา เลือก case ที่เป็น best practice เน้นให้มีรูปธรรมของการดำเนินงานจริงโดยทั้ง 3 พื้นที่สัมภาษณ์เจาะลึกใน 3 กลุ่มเป้าหมาย คือ 1) เจ้าหน้าที่ในศูนย์สุขภาพชุมชน 2) สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3) แกนนำชุมชน	4.) ดำเนินการศึกษาคณะ ด้วยการติดตามเยี่ยมและ Indepth Interview กรณีศึกษา จำนวน 2 กรณี / แบบแผน
5.) จัดการสัมมนาเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสังเคราะห์บทเรียนร่วมกันระหว่างผู้ปฏิบัติงานในโครงการ 2 ครั้งๆละ 35 คน โดยผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนนี้ครอบคลุมทั้ง 4 ภาค และมีจุดเด่นของการทำงานที่แตกต่างกัน ตั้งแต่แนวคิดที่ใช้ กระบวนการ/เทคนิคการดำเนินงาน และผลที่เกิดขึ้น	5.) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสรุปบทเรียนร่วมกันในแบบแผนที่น่าสนใจ เพื่อให้การสังเคราะห์ภาพรวมระบบและเป็นความรู้ที่นำไปใช้ประโยชน์ในอนาคตต่อไป การคัดเลือกพื้นที่ร่วมในเวทีนี้ เลือกจากวิธี approach ในการทำงานเพื่อจัดการเบาหวาน เช่น โรงพยาบาลเป็นผู้นำหลัก สถานีนอามัยปรับบทบาทเน้นการทำงานร่วมกับชุมชน ชุมชนเป็นผู้ดำเนินการ โดยอาสาชุมชนและการสร้างให้ชุมชนเป็นเจ้าของ เป็นต้น กลวิธีในการทำงาน ทั้งเน้นเฉพาะผู้ป่วย กลุ่มผู้ป่วย ผู้ดูแล และชุมชน หรือใช้เป็นเครื่องมือของการพัฒนาทีมเบาหวาน และเลือกตามศักยภาพและความร่วมมือของชุมชน โดยมีโจทย์ ประเด็นของการแลกเปลี่ยน คือ
	- การวิเคราะห์ตนเอง มีศักยภาพและมีทุนในชุมชนอย่างไร
	- ทำอย่างไรให้องค์กรปกครองท้องถิ่น และชุมชนเห็นปัญหา
	- บทบาทเจ้าหน้าที่ในการทำงานเบาหวานชุมชนในกรณีต่างๆกัน

ส่วนที่ 1 เนื้อหาการพัฒนารูปแบบการทำงานร่วมกับชุมชน	ส่วนที่ 2 การพัฒนาระบบป้องกันและการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
	- กรอบในการทำงานที่ต้องก้าวข้าม หากไม่ข้ามจะเป็นอย่างไร ซึ่งเน้นกระบวนการทัศนคติในเรื่อง เบาหวานในมุมมองแพทย์เป็นเบาหวานในมุมมองชาวบ้าน, การทำงานคลินิกเป็นการทำงานในชุมชน, การให้รู้ศึกษาศึกษาเป็นการให้การเรียนรู้กับชุมชน และ ก้าวพ้นการทำงานแบบกิจกรรมไปสู่การสร้างสุขภาพ - อะไรต้องทำ / อะไรไม่ควรทำ

- 6.) จัดทำรายงานสรุปบทเรียนและสังเคราะห์องค์ความรู้เชิงประสบการณ์ทั้ง 2 ส่วน
- 7.) จัดส่งเอกสารให้ผู้เชี่ยวชาญอ่านเพื่อให้ความเห็นและข้อเสนอต่อเอกสารรายงานสรุปบทเรียนและสังเคราะห์องค์ความรู้เชิงประสบการณ์ทั้ง 2 ส่วน
- 8.) จัดพิมพ์รายงานสรุป เตรียมเผยแพร่



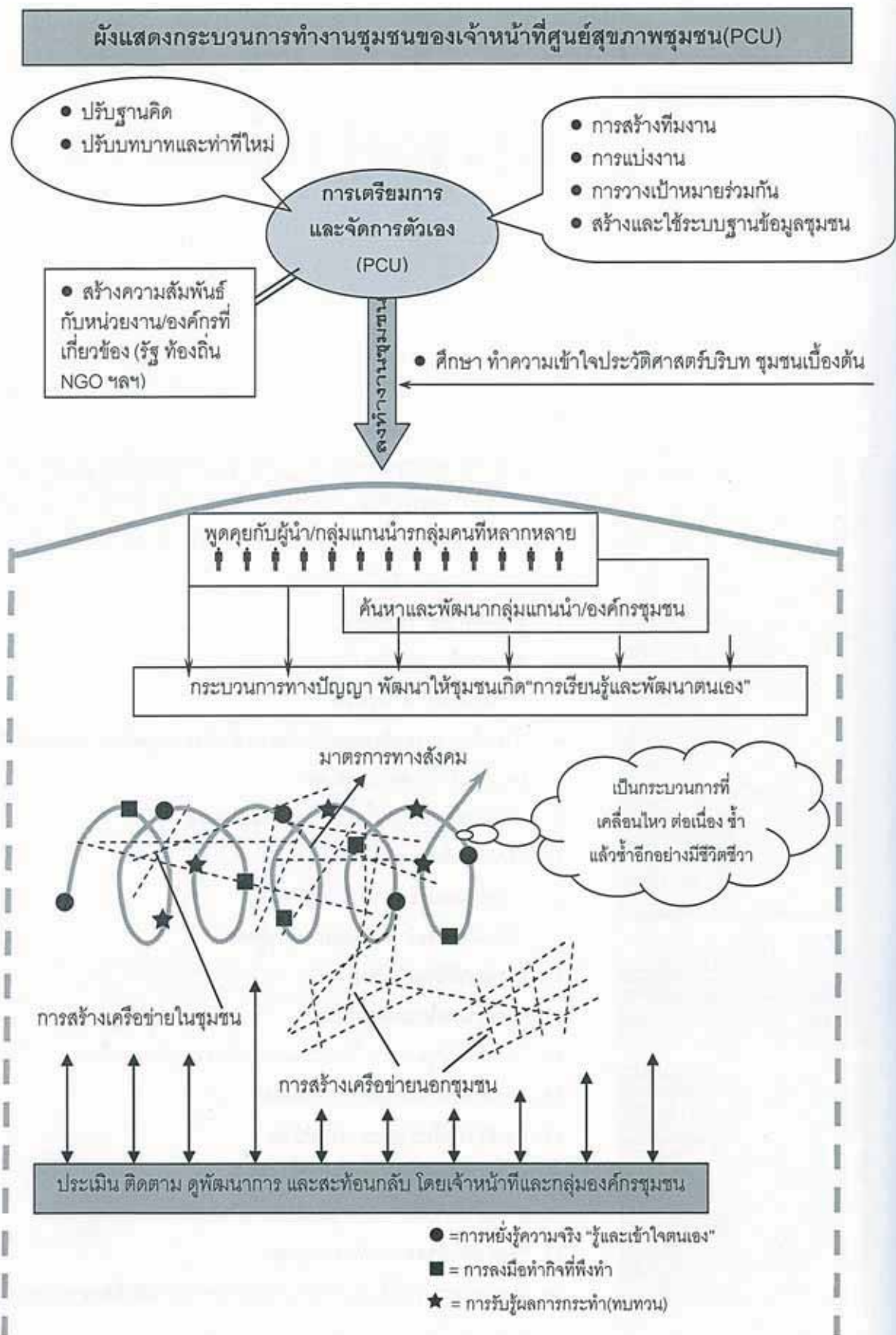
ผลการดำเนินงาน

ผลการสังเคราะห์ และ สรุปบทเรียนการทำงานชุมชน

ผลการสังเคราะห์และสรุปบทเรียนการทำงานชุมชน ของเจ้าหน้าที่ในศูนย์สุขภาพชุมชน จากการสังเคราะห์โครงการจำนวน 126 โครงการ การสัมภาษณ์เจาะลึก และการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการสังเคราะห์และสรุปบทเรียนการทำงานชุมชน 2 ครั้ง สามารถสรุปเป็นผังกระบวนการการทำงานชุมชน(ดูหน้าถัดไป)และมีรายละเอียดในกระบวนการการทำงานชุมชน(สำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน) เป็นประเด็นหลักๆดังนี้

1. ฐานคิดการทำงานชุมชน
2. หลักการทำงานชุมชน
3. กระบวนการทำงานชุมชน
4. การเตรียมความพร้อมและการจัดการตัวเองของศูนย์สุขภาพชุมชน
5. บทบาทเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
6. การจัดระบบข้อมูลเพื่อใช้ในการทำงานชุมชน
7. วิธีการเข้าถึงชุมชน
8. การสร้างและพัฒนาแกนนำชุมชน
9. เครื่องมือการสร้างให้ได้ชุมชนเรียนรู้ตนเอง
10. การจัดเวทีเรียนรู้ชุมชน
11. การสร้างกลไกระดับหมู่บ้าน
12. การสร้างให้ชุมชนเกิดกิจกรรมและการทำงานอย่างต่อเนื่อง
13. การสร้างและใช้มาตรการทางสังคม
14. การสร้างเครือข่ายระหว่างหมู่บ้าน
15. การเข้าถึงองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น
16. การแสวงหาแหล่งสนับสนุนและต้นทุนในการทำงานชุมชน
17. วิธีดูผลสำเร็จของการทำงานชุมชน
18. เงื่อนไขและปัจจัยเอื้อในการทำงานชุมชนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
19. ข้อพึงระวังในการทำงานชุมชน

แต่ละประเด็นมีรายละเอียดดังจะได้กล่าวต่อจากนี้



โครงการสรุปบทเรียนและสังเคราะห์องค์ความรู้เชิงประสบการณ์ : สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน
สนับสนุนโดย แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1.) ฐานคิดการทำงานชุมชน

1. ทำไมต้องมีฐานคิดในการทำงานชุมชน

การทำงานทุกอย่างต้องมี "ฐานคิด" หรือ "วิธีคิด" เพราะ ฐานคิด หรือวิธีคิดจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของมนุษย์ เราคิดอย่างไรความคิดของเราจะชักนำไปสู่การประพฤติปฏิบัติอย่างนั้น เช่นเดียวกับการทำงานไม่เฉพาะเรื่องการทำงานชุมชนเท่านั้น รวมถึงงานอื่นๆด้วย เรามีวิธีคิด มีฐานคิดในการทำงานอย่างไร เราก็จะมีวิธีการทำงานหรือมีพฤติกรรมการทำงานอย่างนั้น นอกจากนั้น ฐานคิดหรือวิธีคิดนี้จะเป็นตัวบ่งบอก "ความเป็นตัวของตัวเอง" ของมนุษย์ด้วย ดังที่นักปรัชญาชาวฝรั่งเศสท่านหนึ่งกล่าวไว้อย่างน่าฟังว่า "I think therefore I am." (เพราะว่าฉันคิด ฉันจึงมีอยู่) (Rene Decartes : 1596 - 1650)

การกำหนดฐานคิดหรือวิธีคิดในการทำงานชุมชนจึงมีส่วนสำคัญยิ่งต่อท่าทีการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฐานคิดที่สำคัญยิ่งยวดยนั้นคือ "การกำหนดฐานคิดไว้ที่จุดหมายปลายทาง(Destination)การทำงานชุมชนไว้ที่ใด" และจุดหมายปลายทางนี้จะเป็นตัวกำหนดวิธีการทำงานของเรา

การกำหนดฐานคิดไว้ที่จุดหมายปลายทางการทำงานชุมชนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ณ ปัจจุบันนี้ พบได้ 2 ฐานคิด คือ

- 1.1 ฐานคิดการทำงานชุมชนเพื่อให้ "ชุมชนรับใช้ชุมชนเอง"
- 1.2 ฐานคิดการทำงานชุมชนเพื่อให้ "ชุมชนรับใช้เจ้าหน้าที่รัฐ"

หากจะถามว่า "ท่าน(เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)กำหนดและใช้ฐานคิดไหนในสองฐานคิดข้างต้นในการทำงานชุมชน" มีจำนวนมากกว่าครั้งที่ตอบว่า "เพื่อให้ชุมชนรับใช้ชุมชนเองและรับใช้รัฐพร้อมๆกันไปด้วย"(ตอบเป็นกลางๆ เข้าไว้เพื่อความอยู่รอด) แต่ทั้งสองฐานคิดนี้มันมีความชัดเจนในตัวของมันเอง และเรา(เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)ก็ควรที่จะมี "ความชัดเจนให้กับตัวเอง" ด้วยเช่นกัน

2. จุดอ่อนเรื่องฐานคิด และวิธีการทำงานของเจ้าหน้าที่

จากการวิเคราะห์กระบวนการทำงานของเจ้าหน้าที่ พบจุดอ่อนการทำงานของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยและศูนย์สุขภาพชุมชน ที่ส่งผลให้ไม่สามารถบรรลุเป้าหมาย "ความสุขของชุมชน" ได้ คือ

2.1 ฐานคิดหรือวิธีคิดของเจ้าหน้าที่

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีวิธีคิดแบบแยกส่วน ขาดการมองอย่างเชื่อมโยง "ทำงานเป็นเรื่องๆ" อีกทั้งยังขาดมุมมองด้านสังคมและวัฒนธรรมชุมชน ซึ่งเป็นฐานสำคัญในการทำงานพัฒนาสุขภาพและด้านอื่น เมื่อคิดแบบแยกส่วน ทำงานเป็นเรื่องๆจึงไม่สามารถบูรณาการงานต่างๆเข้าด้วยกันได้

2.2 กลไกและการจัดการ

กลไกการจัดการโดยเฉพาะในงานพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชนนั้น มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นกลไกหลักในระดับหมู่บ้าน แต่กลไกนี้จะทำงานได้ต้องอาศัยเจ้าหน้าที่ที่เป็นสหวิชาชีพลงไป

ทำงานร่วมกับ อสม./ชุมชน และไม่เฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้น จะต้องมีการกลไกและการจัดการที่หนุนเสริมจากทุกภาคส่วนด้วย(รัฐและท้องถิ่น) ซึ่งการสร้างกลไกและการจัดการระดับนี้ยังไม่ดีเท่าที่ควร

2.3 บทบาทของเจ้าหน้าที่

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่ยังเป็นผู้ตัดสินใจ เป็นผู้กำหนด เป็นผู้มอบหมายงานให้แก่ผู้นำชุมชน/อสม.เป็นผู้ทำ โดยลืมหลักการการทำงานชุมชนซึ่งเจ้าหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนและเอื้ออำนวย(Facilitator) ให้ประชาชนมีบทบาท แสดงศักยภาพ และเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง(Change Agent)

2.4 วิธีทำงานของเจ้าหน้าที่

วิธีการทำงานของเจ้าหน้าที่ที่ผ่านมาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำงานมุ่งแต่ผลลัพธ์ของงานในเชิงปริมาณ มากกว่ากระบวนการเรียนรู้ของแกนนำชุมชนและประชาชน ทำให้งานขาดความต่อเนื่องและยั่งยืน อีกทั้งกิจกรรม ตัวชี้วัดและมาตรฐานงานได้กำหนดมาจากส่วนกลาง ทำให้เจ้าหน้าที่ต้องกังวลกับการหาคำตอบให้ส่วนกลางมากกว่าที่จะสนองตอบต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่

3. ฐานคิดการทำงานชุมชนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนควรเป็นอย่างไร

แท้จริงแล้วไม่ว่าใครก็ตามที่ลงไปทำงานชุมชนควรที่จะมีฐานคิด “ทำงานชุมชนเพื่อให้ชุมชนรับใช้ชุมชนเอง” “ให้ชุมชนลุกขึ้นมาจัดการได้ด้วยตัวเอง” ให้เกิดบทเรียนร่วมกันภายใน ที่จะเป็ณภูมิคุ้มกันให้กับชุมชน หากกำหนดฐานคิดได้เช่นนี้แล้ว งานทุกอย่างที่นโยบายกำหนดมา เมื่อนำมาสู่การปฏิบัติทำให้การทำงานของเจ้าหน้าที่จะเปลี่ยนไปจากเดิมที่เคย “บอก แจ้งให้ทราบ สั่งให้ทำ” มาเป็น “ผู้จุดประกาย ตั้งคำถามตั้งโจทย์ โยนประเด็น กระตุ้น ปลุกเร้า ให้ชุมชนช่วยกันตอบโจทย์ ช่วยกันคิดเอง ทำเอง ยึดหลักการผสมผสานสิ่งที่ดี ๆ นโยบายของรัฐมาใช้ให้เกิดประโยชน์ เป็นจุดแข็งในการดำเนินงานและเอื้อให้เกิดประโยชน์ต่อการทำงานของชุมชน” “พยายามทำให้ชาวบ้านลุกขึ้นมาทบทวนตัวเอง เข้าใจตัวเอง และจัดการตัวเองให้ได้”

แล้วชุมชนจะคิดเอง ทำเองได้หรือ นี่ก็เป็นอีกคำถามหนึ่งที่จะกำหนดฐานคิดการทำงานของเรา หากเราเชื่อว่าชุมชนทำไม่ได้ เจ้าหน้าที่ก็ต้องทำอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้เพราะเจ้าหน้าที่เองก็ต้องตอบโจทย์(นโยบาย)ที่ได้กำหนดมา มันก็จะกลับมาที่ฐานคิดการทำงานชุมชนเพื่อให้ชุมชนรับใช้เจ้าหน้าที่รัฐ หากแต่เรามีฐานคิดการทำงานชุมชนเพื่อให้ชุมชนรับใช้ชุมชนเอง เราย่อมเชื่อโดยไม่มีข้อกังขาใดๆว่าชุมชน “คิดเอง ทำเองได้” หากเขาได้รับโอกาส เจ้าหน้าที่จึงควรที่จะสร้างโอกาสให้ชุมชนได้แสดงออก และดึงศักยภาพให้ชุมชนได้มีบทบาทการพัฒนาอยู่เสมอ

แน่นอนว่าฐานคิดการทำงานชุมชนเพื่อให้ชุมชนรับใช้ชุมชนนี้ผลลัพธ์สุดท้ายที่ชุมชนได้รับคือ “ความสุข” และเป็นความสุขในนิยามของชุมชนเอง เป็นความสุขที่แท้จริง เป็นความสุขที่ชุมชนจับต้องได้ ไม่ใช่ความสุขที่คิดคาคาเดา แล้วกำหนดมาเป็นตัวชี้วัดจากคนข้างนอก

การทำงานสร้างความสุขร่วมกันของชุมชนนั้นเราต้องยอมรับอย่างหนึ่งว่า “เราไม่สามารถทำคนเดียวได้” แต่เราต้องอาศัยเจ้าหน้าที่ส่วนราชการอื่น องค์กรอื่นร่วมด้วย เราต้องคิดถึงงานด้านอื่นๆ ไม่ทำงานของเรา(ด้านสุขภาพ)อย่างเดียว แต่ทำงานเชื่อมโยงกับงานด้านอื่นๆในตำบลและทำงานไปพร้อมๆกัน “ที่จริงแล้วเราก็ไม่ได้รู้ไปหมดทุกเรื่อง”

4. จะเปลี่ยนฐานคิดการทำงานชุมชนเองได้อย่างไร

การเปลี่ยนฐานคิดเป็นเรื่องใหญ่ และไม่สามารถทำกันได้ง่ายๆ เพราะการเปลี่ยนฐานคิดคือการเปลี่ยนพฤติกรรมของตัวเอง แต่ถึงกระนั้นเรื่องความคิดมันเป็น "เรื่องของตัวเองโดยแท้" "หากเรามีความตั้งใจจริง เราจะสามารถทำได้"

มีช่องทางที่จะช่วยให้เราเปลี่ยนฐานคิดการทำงานชุมชนไปจากที่เคยเป็นอยู่ ฐานคิดใหม่ให้เกิดการทำงานชุมชนเพื่อให้ชุมชนรับใช้ชุมชนเอง ที่น่าสนใจ คือ

4.1 เราควรได้คิด ทบทวน ถามและตอบคำถามตัวเอง อยู่เสมอว่า "สิ่งที่เราทำมาทั้งหมดนั้นเพื่อใคร เพื่ออะไร" หรือทำงานตามภารกิจที่หน่วยงานมอบหมายแต่เพียงอย่างเดียว

4.2 เราควรได้คิด ทบทวน ถามและตอบคำถามตัวเอง อยู่เสมอว่า "การพัฒนาที่ผ่านมาช่วยสร้างให้ชุมชนมีความสุขขึ้นจริงหรือไม่"

4.3 เราควรได้คิด ทบทวน ถามและตอบคำถามตัวเอง อยู่เสมอว่า "กระบวนการเรียนรู้ที่ผ่านมา นั้นสามารถสร้างการเรียนรู้ให้แก่ คน ชุมชน และสังคม ให้มีพลังเพียงพอต่อการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของโลกสมัยใหม่ได้หรือไม่"

4.4 เราควรได้คิด ทบทวน ถามและตอบคำถามตัวเอง อยู่เสมอว่า "เราเห็นแก่ตัว"ไปหรือไม่ที่ต้องการและคาดหวังว่าแกนนำชุมชนจะมาทำงานให้เรา ในขณะที่ "เขาก็ต้องทำงานหาเลี้ยงชีพตามวิถีของเขา"

4.5 คือการที่เราได้ค้นพบว่า "การพัฒนาที่ผ่านมามักเป็นการสั่งการ(ทั้งที่รู้ตัวและไม่รู้ตัว) การสั่งการหรือขอความร่วมมือผ่านทางผู้นำชุมชน(ที่มีตำแหน่งในชุมชน) ให้ทำตามเพื่อให้เกิดผลงานตามที่รัฐต้องการ ซึ่งสุดท้าย สิ่งต่างๆเหล่านี้จะวกกลับมาทำลายฐานเดิมของชุมชนที่ละเล็กละน้อยอย่างไม่รู้ตัว ความเป็นชุมชนก็จะล่มสลายไปในที่สุด"

4.6 คือการที่เราได้ค้นพบว่า "การทำงานที่ยึดแนวนโยบายของรัฐ ด้วยระบบการทำงานที่มีการสั่งการ มีตัวชี้วัด ด้วยข้อจำกัดทางนโยบายที่เร่งรัดผลงานเชิงปริมาณตามตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ ทำงานเดิมๆซ้ำกันทุกปี เหมือนไม่มีวันจบสิ้น ยิ่งทำงาน(ตามนโยบาย) งานยิ่งมากขึ้นตลอดเวลา แม้ผู้ปฏิบัติจะมีความมุ่งมั่น ตั้งใจในการทำงานก็ตาม ชีวิตการทำงานไม่มีความสุข ถึงทางตัน รู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย"

4.7 คือการที่เราพบบทเรียนว่า "การทำงานตามนโยบาย หรือการสั่งการจากคนนอกชุมชนแต่เพียงอย่างเดียว ไม่สามารถทำให้ชุมชนจัดการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างแท้จริง และประชาชนได้ประโยชน์น้อย"

4.8 คือการที่เราได้พบว่า ชุมชนมีความแตกต่าง หลากหลาย แต่ละชุมชนมีฐานต่างกัน มี ความหลากหลายทางชาติพันธุ์ มีความหลากหลายทางทรัพยากร มีความแตกต่างหลายทางวัฒนธรรม ภูมิปัญญา ความเชื่อ ประเพณี อีกทั้งแต่ละชุมชนยังมีความเคลื่อนไหว เปลี่ยนแปลง อย่างไม่หยุดนิ่ง(Dynamic) การนำแนวนโยบายที่กำหนดจากส่วนกลางลงสู่การปฏิบัติ ในแต่ละที่แต่ละแห่งย่อมไม่เหมือนกัน และในบางครั้งนโยบาย "ปูพรม" ทำเหมือนกันในทุกพื้นที่ก็ไม่ได้ผล เราจึงจำเป็นต้องหาแนวทางการทำงาน หาทิศทาง และหาเป้าหมายการทำงานใหม่ด้วยตัวของเราเอง"

4.9 คือการที่เราได้ค้นพบว่า "การทำงานชุมชนไม่ได้มุ่งเอาเงินเป็นตัวตั้ง แต่เน้นที่กระบวนการ การแลกเปลี่ยน เรียนรู้ การสร้างการเรียนรู้ในชุมชน ให้ชุมชนเติบโตทางปัญญา พึ่งพาตนเองได้"

4.10 คือการค้นพบตัวเองว่า “เราไม่ได้รู้ ไม่ได้เก่งไปทุกอย่าง เราไม่ใช่เทพอวตาร เนรมิต เสกสรร บันดาล ชุมชน แต่เราเป็นเพียงเครื่องมือของชุมชนที่เข้าไปช่วยให้ชุมชนลุกขึ้นมาจัดการชุมชนของเขา ภายใต้บริบทของเขาเอง” “ชุมชนเป็นครู และเป็นแหล่งเรียนรู้ของเรา”

4.11 คือการได้ค้นพบว่า “ชุมชนมีสิ่งที่ดีๆ ของดี ๆ และความคิดที่ดีๆ อยู่มาก แต่ยังขาดการจุดประกาย” “ชุมชนไม่ได้มีแต่ปัญหาหรือส่วนขาดที่ต้องการแก้ไข แต่ทุกชุมชนมีของดี มีศักยภาพของชุมชนเอง”

2.) หลักการทำงานชุมชน

การทำงานชุมชนมีหลักการสำคัญ 5 ประการ ดังนี้

1. การให้ชุมชนเป็นเจ้าของเรื่อง

การทำงานที่ผ่านมาส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่ยึดติดว่างานนั้นเป็น “ภาระของตน ต้องลงไปทำเอง” จึงเกิดการกดดันตนเอง รับเป็นภาระเองทั้งหมด “งานเยอะ เวลาไม่พอ คนน้อย” ควรเปลี่ยนใหม่เป็นให้ชาวบ้านเป็นเจ้าของเรื่อง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ตั้งโจทย์ให้กลุ่มแกนนำ/ชุมชนตอบ หรือแม้แต่เรื่องตัวชี้วัดที่ถูกกำหนดมาจากส่วนกลาง ก็ต้องตั้งให้เป็นโจทย์ร่วมของชุมชน ให้ชุมชนช่วยกันตอบเอง คือเราให้ชาวบ้านเป็นเจ้าของ เป็นแกนหลัก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นแค่คนเข้ามาประสาน กระตุ้นให้เกิดการทำงานและเกิดการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชน หรือไม่ว่าจะเป็นนโยบายหรือเกณฑ์ ตัวชี้วัดต่างๆ นั้น จะเป็นเพียงเครื่องมือศึกษา เจ้าหน้าที่เองก็ไม่ใช่เป็นผู้มีอิทธิพลในการตัดสินใจ แต่จะยกให้เป็นโจทย์ร่วมกันกับชุมชนโดยเข้าสู่เวทีการพูดคุย ซึ่งสุดท้ายนโยบายหรือเกณฑ์ ตัวชี้วัดที่เข้ามาสู่ชุมชนจะต้องรับใช้และตอบสนองต่อชุมชน ดังนั้นเครื่องมือจากข้างนอกซึ่งมีมากและหลากหลาย “เราต้องเอามาศึกษาร่วมกับชุมชน ว่า สิ่งใดบ้างจะเหมาะกับเรา ไปด้วยกันได้ ถ้ามันไม่เหมาะจะทำยังไง ก็ให้ชุมชนช่วยกันหาทางออก” หากทำได้ “เราจะไม่วิตกกังวลในเรื่องนโยบาย แม้ว่าจะมีใช้เลือกออกวันละ 5 ราย เพราะมันเป็นโจทย์ร่วมของชุมชน ไม่ใช่โจทย์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่เป็นเรื่องของชุมชนที่จะต้องจัดการกันเอง” เจ้าหน้าที่ที่ต้องคิดอยู่เสมอว่าเราเป็น “คนนอก” เท่านั้น จะไป “คิดแทน ทำแทนชุมชนไม่ได้” แต่เรามีหน้าที่คอยประสาน สนับสนุนข้อมูลเชิงวิชาการ กระตุ้น ปลุก เร้า อำนวยความสะดวก(Facilitator) และจัดกระบวนการ ให้เขาได้เรียนรู้เรื่องชุมชนของเขาเอง

2. ไม่ครอบงำความคิดชาวบ้าน

การทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้อง “ไม่เอากรอบของเราไปครอบงำความคิดของชาวบ้าน” เพราะกรอบคิดของเจ้าหน้าที่จะมองปรากฏการณ์ที่เป็นอยู่ของชุมชนเป็นแบบเหตุและผล(ตรรก) มองในเชิงวิชาการ แต่กรอบความคิดของชาวบ้านได้ข้ามพ้นขอบเขตแห่งตรรกะนี้ไปแล้ว โดยเฉพาะผู้เฒ่าผู้แก่ ปราชญ์ชาวบ้าน ที่ยังมีกรอบความคิดที่ผูกโยงถึงสิ่งเหนือธรรมชาติ ความเชื่อ ความศักดิ์สิทธิ์ ที่หล่อเลี้ยงและสร้างความอยู่เย็นเป็นสุขให้กับชุมชนมาตั้งแต่อดีต เราควรใช้ความรู้เชิงวิชาการสมัยใหม่ผสมผสานกับความรู้ ภูมิปัญญา ความเชื่อ และวัฒนธรรม ในพื้นที่นั้นๆ อันจะนำไปสู่การทำงานที่สอดคล้องและเหมาะสมของแต่ละพื้นที่

3. การสร้างและเปิดโอกาสให้ชุมชน

การให้โอกาสให้ชุมชนได้แสดงออกซึ่งศักยภาพของตนเอง ได้คิด ได้ทำ และได้เรียนรู้สิ่งที่ตนเองทำ ได้ ทบทวน ชุมชนจะมีความมั่นใจในการทำงานมากขึ้น ว่า "เขาก็สามารถทำได้" และชุมชนควรมีการทบทวน ทบทวน กาลเวลาของตนเอง(อดีต ปัจจุบัน และการมองอนาคต)อยู่เสมอว่า อะไรเป็นทุกข์ อะไรเป็นสุขของชาวบ้าน และ เจ้าหน้าที่ควรทำงานผ่านกลไกต่างๆของชุมชน เช่น ผ่านแกนกลาง ผ่านแกนนำทางความคิด ผ่านแกนนำคุ้ม ผ่านแกนนำเขต และผ่านแกนนำการพัฒนาในเชิงประเด็น เช่น แกนนำป่าชุมชน แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มฝึกปลอดสารพิษ กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มจักสาน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มออมทรัพย์ เป็นต้น

4. การประสานงาน

เนื่องจากงานพัฒนาสุขภาพเป็นงานที่มีเนื้อหา เจือปน ไขว่ องค์กรประกอบ และผู้เกี่ยวข้องมาก ทั้งที่เป็นองค์กร ชุมชน หน่วยงานราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะต้องเป็นนักประสานงานที่ดี และสามารถระดมทุน(ทั้งทุนที่เป็นทุนทางสังคม ทุนสถาบัน ทุนวัฒนธรรม และทุนที่เป็นตัวเงิน) ให้เข้ามาสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาชุมชนอย่างบูรณาการ

5. ความต่อเนื่อง

การทำงานชุมชนเป็นการทำงานที่อยู่เหนือกรอบเวลางบประมาณ แม้งบประมาณที่ได้รับมาจะหมดหรือ สิ้นสุดระยะเวลาแล้วก็ตาม กระบวนการทำงานชุมชนจะต้องไม่หยุดตามไปด้วย หากแต่การทำงานของเจ้าหน้าที่กับ แกนนำชุมชนจะต้องไปด้วยกัน เหมือนมีชีวิตเคลื่อนไหวร่วมกันไปเรื่อยๆ แม้งานจะยังไม่สำเร็จ เงินจะหมด เวลาหมดแล้วก็ตาม"

3.) กระบวนการทำงานชุมชน

กระบวนการทำงานชุมชนมีหลากหลายวิธี ซึ่งไม่จำเป็นต้องเรียงตามลำดับแต่ดำเนินการตามความ เหมาะสมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและตามสถานการณ์ของชุมชน ดังนี้

1. การเตรียมความพร้อม การวางตัวและการกำหนดท่าที

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรเตรียมความพร้อม และวางท่าทีของตัวให้พร้อม "พร้อมที่จะเรียนรู้กับ ชาวบ้าน" ดังนี้

- 1.1 มีทัศนคติในเชิงบวก(Positive Thinking)
- 1.2 ต้องมีความรู้สึกเป็นเพื่อน(ถ้ามีอายุเท่ากัน) เป็นลูกหลาน(ถ้าอายุมากกว่า) เป็นน้อง(ถ้าอายุ มากกว่า) และเป็นญาติ
- 1.3 เคารพและให้เกียรติ ยึดหยุ่น ยกย่องชาวบ้านอย่าทำตัวใหญ่(ในเชิงวิชาการ รู้ดีไปหมด รู้ดีกว่า ชาวบ้าน ช่มและครอบงำชาวบ้าน "ฉัน คือความถูกต้อง") แต่ใจแคบ(ปิดกั้นความรู้ใหม่ ไม่รับฟัง ความคิดของผู้อื่น เอาแต่ใจของตัวเอง)
- 1.4 ต้องทำตัวให้เล็ก(อ่อนน้อมถ่อมตน เปิดรับความรู้ใหม่ ใฝ่รู้ มองผู้อื่นอย่างเชื่อมั่นว่า "เขาก็มีดีอยู่") แต่ใจกว้าง(ยอมรับว่าตัวเองก็ไม่ใช่ไปหมดทุกเรื่อง ยอมรับฟังความคิดเห็นที่แตกต่าง เปิดโอกาส

ให้กับตัวเองและผู้อื่นเพื่อการเรียนรู้ร่วมกัน งานเรา งานเขา สุดท้ายคืองานเดียวกัน) คุยกันใน
ระนาบเดียวกัน “เป็นผู้ฟังที่ดี และฟังให้มาก”

1.5 ภาษาที่ใช้ต้องเป็น “ภาษาชาวบ้าน” ไม่ใช่ “ภาษาวิชาการ”

1.6 ต้องมีความตื่นตัว กลับมามองตัวเอง ทบทวน พิจารณาการทำงานของตัวเองอยู่เสมอ

2. การเข้าไปเรียนรู้กับชุมชน “เข้าถึง”

การเข้าถึงชุมชนควรเริ่มจากกลุ่มคนเล็กๆ ที่มีความคิด ความเห็น และความตั้งใจที่ต้องการเห็นคนใน
ชุมชนอยู่เย็นเป็นสุข หรือที่เรียกว่า “เป็นคนมีอุดมการณ์เดียวกัน” เป็นใครก็ได้ ไม่จำเป็นต้องเป็นคณะกรรมการ
หมู่บ้าน ผู้นำ เท่านั้น แต่เป็นใครก็ได้ที่สนใจมานั่งคุยกันเรื่องชุมชนของเขา การพูดคุยกลุ่มแกนนำชุมชน ผู้ที่
ชาวบ้านยอมรับ ศรัทธา จะเป็นตัวนำพาไปสู่ช่องทางการเข้าถึงกลุ่มคนอื่นๆ และเข้าถึงชุมชนที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้น

3. การสร้างกระบวนการเรียนรู้ในชุมชน ให้ชุมชนได้ “เรียนรู้และเข้าใจตนเอง”

การสร้างกระบวนการเรียนรู้ให้ชุมชนได้เรียนรู้ตนเอง ว่า “ชุมชนของเราเป็น อยู่อย่างไร” ให้ชุมชนรู้
สถานการณ์ ตามกาลของตนเอง(อดีต ปัจจุบัน และแนวโน้มในอนาคต) อาจจัดในรูปแบบต่างๆ ตามความ
เหมาะสม เช่น การจัดเวทีประชาคม การฝึกอบรม การฝึกปฏิบัติจริง การศึกษาดูงาน การจัดเวทีวิชาการชาวบ้าน
การจัดเวทีนำเสนอผลงานชาวบ้าน ฯลฯ ทั้งนี้เราต้องพร้อมที่จะเรียนรู้กับชุมชนด้วย “ไม่ใช่ไปทำให้ หรือสั่งให้ทำ และ
ต้องใช้เสียงส่วนใหญ่ของชาวบ้านเป็นใหญ่ “ให้ชาวบ้านตัดสินใจเอง”

4. การเสริมสร้างความมั่นใจให้ชุมชน

การเสริมสร้างความมั่นใจให้ชุมชน โดยการสร้างกระบวนการเรียนรู้ในชุมชนอย่างค่อยเป็นค่อยไป ผ่าน
การพูดคุย แลกเปลี่ยน ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ(แต่ที่ไม่เป็นทางการจะได้ผลดีกว่า) เพื่อนำไปสู่ความ
มั่นใจในการทำงานของชุมชน เช่น การสร้างโอกาสให้ได้เรียนรู้ผ่านกิจกรรม เสริมสร้างทักษะ การเป็นวิทยากรชุมชน
จนเกิดความมั่นใจ กระบวนการเสริมสร้างความมั่นใจยังสามารถปรับเปลี่ยนวิธีคิด วิธีทำงานของแกนนำชุมชน และ
ประชาชนในชุมชนได้ด้วย

5. การประเมิน ทบทวนผลการดำเนินงาน

การประเมิน ทบทวนเพื่อรับรู้ผลการดำเนินงาน ด้วยกระบวนการของชุมชนอยู่เสมอ อาจเป็นการตั้ง
ใจทบทวนเพื่อนำไปสู่กระบวนการคิด วิเคราะห์ ลงมือทำและสรุปทบทวน เป็นวงจรต่อเนื่องซ้ำแล้วซ้ำเล่า จนเป็นวิถี
ปฏิบัติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและชุมชน การทบทวนตัวเองเป็นระยะ ๆ จะทำให้ “ชุมชนได้ทบทวนตัวเอง ได้
พูดคุยกัน และเรียนรู้ร่วมกันว่า ที่ผ่านมาชุมชนเป็นอย่างไร เราต้องการอะไร อยากทำอะไร สิ่งที่ยากบอกภายนอก
คืออะไร ตัวตนที่แท้จริงคืออะไร”

6. การขยายเครือข่ายทั้งภายในชุมชนและนอกชุมชน

การขยายเครือข่ายสู่องค์กรกลุ่มอื่นทั้งภายในและภายนอกชุมชน โดยใช้การประชุม จัดเวทีแลกเปลี่ยน
หรือการทำกิจกรรมร่วมกัน ใช้จังหวะการทำงานในชุมชนเป็นตัวส่งผ่านให้เกิดการขยายแนวคิดจากคนกลุ่มเล็กๆ สู่
กลุ่มใหญ่ จากหนึ่งหมู่บ้านไปสู่หลายๆหมู่บ้าน จากเป็นเรื่องเฉพาะของคนบางกลุ่มเป็นเรื่องของสาธารณะ

4.) การเตรียมความพร้อม และ การจัดการตัวเองในศูนย์สุขภาพชุมชน

ปัญหาที่เห็นและเป็นอยู่ในปัจจุบันนี้ที่ยอมรับกัน คือ เจ้าหน้าที่ในศูนย์สุขภาพชุมชนมีจำนวนน้อย ในขณะที่งานมีเป็นจำนวนมากทั้งงานบริการในสถานบริการและงานเชิงรุกลงไปในชุมชน เรามักได้ยินเสียงสะท้อนจากพื้นที่เสมอว่า “งานมาก คนน้อย” “รายงานเยอะ แล้วจะเอาเวลาที่ไหนไปทำงานในชุมชน” แต่ถึงกระนั้นแนวนโยบายที่จะแก้ปัญหา “คนน้อย งานมาก” นี้ก็ยังไม่มีความชัดเจน และลำพังศูนย์สุขภาพชุมชนจะแก้ปัญหานี้ก็เป็นสิ่งที่ยากยิ่งอย่างมากก็ทำได้แต่เพียง “จ้างลูกจ้างชั่วคราว” ให้มาช่วยแบ่งเบาภาระงานบางส่วน(แต่งงานหลักโดยเฉพาะงานที่ต้องลงไปทำงานในชุมชน เจ้าหน้าที่จะต้องทำเอง) หากเรายังคงมองเป้าหมายการทำงานที่ “ประชาชนมีความสุขหรือมีสุขภาพที่ดี ชุมชนสามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้” มีสิ่งเดียวที่อยู่ในวิสัยที่ศูนย์สุขภาพชุมชนจะทำได้ คือ “เราจะต้องหันกลับมามองตัวเอง และจัดการตัวเอง” ให้ได้

จัดการตัวเองอย่างไร

การจัดการตนเองภายในศูนย์สุขภาพชุมชนให้เกิดการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ คือ การแบ่งบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ในศูนย์สุขภาพชุมชนให้ชัดเจน เป็นจริง และมีชีวิต ซึ่งควรแบ่งเป็น 2 ลักษณะ ตามความเหมาะสม ดังนี้

1. การแบ่งหน้าที่รับผิดชอบตามความถนัดของเจ้าหน้าที่ในศูนย์สุขภาพชุมชน เจ้าหน้าที่ที่มีอยู่ทั้งหมดควรที่จะมานั่งคุยกัน ปรีक्षाกันว่าใครชอบงานด้านไหน ถนัดงานเรื่องอะไร เชี่ยวชาญเรื่องอะไร ทำงานด้านไหนแล้วมีความสุข ร่วมกันแบ่ง “ความรับผิดชอบ” การคุยกันลักษณะนี้นอกจากจะทำให้เจ้าหน้าที่ทุกคนรู้ตัวเอง “เราอยากทำงานอะไร ไม่ถนัดอะไร เพื่อร่วมงานเราเก่งเรื่องอะไร” แล้วหากคุยกันบ่อยๆจะเป็นการเรียนรู้ และเกิด “การช่วยเหลือกัน” ภายในด้วย อีกทั้งยังทำให้เราเห็นมุมมองและได้เพื่อร่วมงานของเรามากขึ้น

2. การแบ่งพื้นที่(หมู่บ้าน)ทำงานที่ชัดเจน การแบ่งพื้นที่รับผิดชอบก็เป็นอีกเรื่องหนึ่งที่ศูนย์สุขภาพชุมชนจัดการตนเอง โดยที่เจ้าหน้าที่ทุกคนควรมีพื้นที่รับผิดชอบ ไม่ควรแบ่งให้คนหนึ่งรับงานบริการที่สถานบริการอีกคนหนึ่งรับงานชุมชน เพราะผู้ที่มารับบริการเป็นคนในพื้นที่ เมื่อให้บริการแล้วควรที่จะลงทำงานชุมชนด้วย ซึ่งจะช่วยให้เจ้าหน้าที่ “เข้าใจ เข้าถึง” ทั้งคนป่วยที่มารับบริการ และบริบทชุมชน การแบ่งว่าใครจะรับพื้นที่ไหนเจ้าหน้าที่ทั้งหมดก็ควรที่จะมานั่งคุยกัน “ไม่แบ่งพื้นที่โดยอำนาจหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน” จะแบ่งพื้นที่อย่างไร เท่าๆกันหรือไม่ ต้องพิจารณา 1) ศักยภาพของเจ้าหน้าที่ภายในศูนย์สุขภาพชุมชน เช่น เจ้าหน้าที่บางคนอยู่มานานคุ้นเคยกับชุมชนมากแล้ว บางคนเพิ่งมาทำงานใหม่ ผู้ชาย ผู้หญิง อาจต้องนำมาพิจารณาด้วย 2) ลักษณะความยากง่าย ของการทำงานในชุมชน บริบทของแต่ละชุมชนต่างกัน ความยากง่ายในการทำงานต้องใช้ทักษะที่ต่างกันด้วย ต้องพิจารณาให้ดี

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการแบ่งงาน แบ่งพื้นที่รับผิดชอบแล้ว มิได้หมายความว่า “แบ่งขาดจากกัน” ต่างคนต่างทำตามความรับผิดชอบของตนเอง แต่ทุกคนควรที่จะรู้งานของกันและกันให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพราะบางครั้งมีความจำเป็นที่จะต้องทำงานแทนกัน “เราอยู่ด้วยกันต้องทำงานแทนกันได้” การสร้างให้เจ้าหน้าที่ทุกคนได้เรียนรู้งานของกันและกันจึงเป็นสิ่งจำเป็น โดยวิธีการประชุม พูดคุย แลกเปลี่ยนข้อมูลและข้อคิดเห็นหลังจากที่ได้

ทำงานในความรับผิดชอบและพื้นที่ที่รับผิดชอบอยู่เสมอ หรืออาจชักชวนกันลงพื้นที่ ช่วยเหลือการทำงานในบางครั้ง แม้ได้พูดคุยกันแบบไม่เป็นทางการ อาทิ เวลารับประทานอาหารในช่วงกลางวันในที่ทำงาน จะทำให้กระบวนการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ และถ่ายทอดพร้อมกันไปกับการทำงาน

บทบาทของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนควรที่จะสร้างระบบการทำงานและสร้างหรือจัดเวทีการเรียนรู้ร่วมกันเองภายในศูนย์สุขภาพชุมชน รวมทั้งการนำความรู้จากภายนอกเขามาร่วมแลกเปลี่ยนไม่ว่าจะจากการประชุมอบรม หรืออ่านหนังสือ ให้เจ้าหน้าที่ได้แลกเปลี่ยน ถ่ายเทข้อมูลจากการทำงานทั้งภายในสถานบริการและงานในชุมชนอยู่เสมอ

การเตรียมทีมศูนย์สุขภาพชุมชน

ทีมศูนย์สุขภาพชุมชนในที่นี้ไม่ได้หมายถึงบุคลากรภายในศูนย์สุขภาพชุมชนเท่านั้น แต่ควรจัดตั้งขึ้นมาในรูปคณะกรรมการ อาจจะใช้คำว่า "คณะกรรมการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน" ก็ได้ โดยมีองค์ประกอบของคณะกรรมการดังนี้

- 1) ผู้แทนจากเจ้าหน้าที่ในศูนย์สุขภาพชุมชน
- 2) ผู้แทนจากองค์การบริหารส่วนตำบล ในส่วนของผู้แทนจากองค์การบริหารส่วนตำบลนั้น ควรเป็นผู้แทนจากฝ่ายบริหาร ซึ่งมาจากการเลือกตั้ง ไม่ควรเป็นข้าราชการประจำ
- 3) ผู้แทนจากผู้นำชุมชนผู้นำชุมชนในที่นี้หมายถึงผู้นำชุมชนอย่างเป็นทางการ และควรจะเป็นกำนันหรือผู้ใหญ่บ้าน
- 4) ผู้แทนจากอาสาสมัครสาธารณสุข
- 5) ผู้แทนจากกลุ่ม / องค์กรชุมชน / ผู้รู้หรือปราชญ์ชาวบ้าน และควรเป็นบุคคลที่ชาวบ้านยอมรับ นับถือ
- 6) ผู้แทนจากผู้นำศาสนา(พระ / โต๊ะครู ฯลฯ)

โดยมีจำนวนตามความเหมาะสมกับพื้นที่ ทั้งนี้ควรจัดให้มีความสมดุลกันระหว่างบุคคลที่มีอำนาจตามบทบาทหน้าที่ ที่ได้รับมา(ข้อ 1.2.1 – 1.2.3) กับผู้ที่มาจากการยอมรับ ศรัทธาของประชาชนในชุมชน(ข้อ 1.2.4 – 1.2.6)

เมื่อได้คณะกรรมการแล้วควรกำหนดบทบาท หน้าที่ ให้ชัดเจน และไม่ใช่วางคณะกรรมการแต่เพียงในนาม ต้องมีการทำงานที่เป็นจริง โดยมีการประชุม เพื่อสร้างความเข้าใจในระบบงานของศูนย์สุขภาพชุมชน รวมทั้งปรับวิธีคิด วิสัยทัศน์ใหม่ว่า "ศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งนี้ไม่ใช่ของใครคนใดคนหนึ่ง แต่เป็นของพวกเราทุกคน" และต้องใช้กรรมการเป็นตัวขับเคลื่อนการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนอย่างเป็นรูปธรรมด้วย

5.) บทบาทเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน

เพื่อให้การทำงานชุมชนบรรลุเป้าหมาย "ชุมชนสามารถลุกขึ้นมาจัดการสุขภาพได้ด้วยตัวของชุมชนเอง" เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมีบทบาท ดังนี้

1. เปลี่ยนบทบาทจากเดิมที่เป็น "ผู้ให้" มาเป็น "ผู้สนับสนุน" ให้ชุมชนได้เรียนรู้ตนเอง

2. บทบาทในฐานะที่เป็นทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ต้องปฏิบัติตามนโยบายของรัฐ และบทบาทเป็นคนของชุมชนที่พร้อมจะเรียนรู้ร่วมกับชุมชนแบบลูกหลาน จึงต้องผสมผสานบทบาทของตนเองให้เหมาะสม
3. เป็นผู้จัดกระบวนการเรียนรู้ให้ชุมชนได้เกิดการเรียนรู้
4. บทบาทในฐานะ “พี่เลี้ยง และอยู่เบื้องหลัง” และให้คำปรึกษาแก่ชุมชน
5. เป็นผู้สนับสนุนความรู้ ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์แก่ชุมชน
6. เป็นผู้สร้างความเชื่อมั่นในสิ่งที่ชุมชนคิด ชุมชนทำ แม้จะผิดบ้าง ถูกบ้าง ได้บ้าง ไม่ได้บ้าง ถือว่าเป็นเรื่องการเรียนรู้ของชุมชน
7. เป็นผู้สร้างและเปิดโอกาสให้แกนนำชุมชนได้แสดงศักยภาพของตนเอง ให้เขาได้คิด ได้ทำ ด้วยตัวของเขาเอง(ไม่ใช่ทำตามโครงการที่มาจากภายนอก) เป็นผู้จัดหาช่องทางและกลไกที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน ให้คนทุกกลุ่มมีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการมากที่สุด
8. เป็นผู้ช่วยเชื่อมประสานกับองค์กรภายนอกชุมชน เช่น องค์กรบริหารส่วนตำบล พัฒนากร เกษตรตำบล โรงเรียน เป็นต้น ให้เกิดการบูรณาการงานและนํางานลงชุมชนอย่างเป็นเอกภาพ
9. เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องในผลงานของแกนนำชุมชน / อสม.
10. เป็นผู้ติดตามความก้าวหน้า ช่วยแก้ไขปัญหาการทำงานของแกนนำชุมชน / อสม.
11. เป็นผู้ประเมินผลอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ

6.) การจัดระบบข้อมูลเพื่อใช้ในการทำงานชุมชน

การจัดการระบบข้อมูลเพื่อใช้ในการทำงานชุมชน ในที่นี้ไม่ได้หมายถึงระบบข้อมูลและระบบรายงานที่มีอยู่ทั้งหมดในศูนย์สุขภาพชุมชน แต่จะเน้นที่การเก็บข้อมูล “เพื่อใช้ในการทำงานชุมชนไม่ใช่เพื่อการรายงาน” ดังนี้

1. แหล่งข้อมูลเพื่อใช้ในการทำงานชุมชน

ข้อมูลที่จะนำมาใช้ในการทำงานชุมชนมี 3 แหล่ง คือ

1.1 ข้อมูลที่ได้จากผู้มารับบริการที่สถานบริการ

ข้อมูลจากแหล่งนี้ส่วนใหญ่จะเป็นข้อมูลด้านการเจ็บป่วยของประชาชนในชุมชน เป็นข้อมูลในเชิงปริมาณ แต่ถึงกระนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรจะฉวยโอกาสที่ผู้ป่วยมาสถานบริการสอบถาม พูดคุยเรื่องอื่นด้วย เช่น ถึงสภาพชีวิต ความเป็นอยู่ ญาติ พี่น้อง ฯลฯ ซึ่งนอกจากจะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้มารับบริการแล้วยังจะทำให้เราถึงผู้ป่วย เข้าใจบริบทชุมชนมากขึ้นด้วย

การจัดเก็บข้อมูล ควรจัดเก็บข้อมูลไว้อย่างเป็นระบบ สะดวกต่อการค้นหา หรือเก็บไว้ในแฟ้มอนามัยครอบครัว(Family Folder) แฟ้มอนามัยชุมชน(Family Community) หรือสร้างระบบข้อมูลขึ้นมาใหม่ที่สะดวกต่อการใช้งานก็สามารถทำได้เช่นกัน

1.2 ข้อมูลที่ได้จากการลงไปทำงานชุมชน

การลงชุมชนแต่ละครั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรที่จะนำสมุดบันทึกติดตัวไปด้วยทุกครั้ง เพื่อบันทึกปรากฏการณ์ที่ได้พบ สิ่งที่ได้เห็น สิ่งที่ได้พูดคุยกับคนกลุ่มต่างๆ ข้อมูลที่ได้จะเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ มีชีวิตชีวา เห็นพฤติกรรม เห็นบริบทชุมชน เห็นพัฒนาการ เห็นความเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะทำให้เราเห็นและเข้าใจวิถีชีวิตของชุมชนได้อย่างลึกซึ้งขึ้น

การจัดเก็บข้อมูล ควรจัดเก็บข้อมูลไว้อย่างเป็นระบบ สะดวกต่อการค้นหา อาจจัดเป็นแฟ้มใหม่ที่ว่าด้วยเรื่อง "บริบทและพัฒนาการชุมชน" หรือจัดเก็บเป็นแบบอื่นตามความเหมาะสมของลักษณะการทำงานในทีละพื้นที่

อย่างไรก็ตามการจัดเก็บข้อมูลหรือการบันทึกข้อมูลที่สำคัญประการหนึ่ง คือ บันทึกในความจดจำในตัวของเจ้าหน้าที่เอง "แบบหลับตา ก็มองเห็น"

1.3 ข้อมูลมือสอง(Secondary Data)

เป็นข้อมูลที่ได้มีการเก็บ บันทึก รวบรวมไว้แล้ว ข้อมูลเหล่านี้ค้นหาได้ตามหน่วยงานต่างๆ เช่น ที่สถานีอนามัย โรงเรียน วัด องค์การบริหารส่วนตำบล สำนักงานเทศบาล โรงพยาบาล ที่ว่าการอำเภอ ที่บ้านกำนัน ที่ศูนย์ข้อมูลหมู่บ้าน ฯลฯ ข้อมูลจากแหล่งนี้ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องประวัติศาสตร์ชุมชน สภาพภูมิศาสตร์ การทำมาหากิน ทรัพยากร เป็นต้น แต่หากจะนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้ต้องระมัดระวังเรื่อง "ความลำเอียงของข้อมูล"

2. ผู้ที่ต้องใช้ข้อมูล

ผู้ที่จะต้องใช้อ้างอิงข้อมูลเพื่อการทำงานชุมชน แน่นอนต้องเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะต้องใช้ข้อมูลเพื่อการบริหารเพื่อการทำงาน เพื่อเข้าถึงชุมชนและพัฒนาชุมชน แต่เนื่องจากจุดหมายปลายทางของการทำงานชุมชนที่วางไว้ตั้งแต่ต้นคือ "การพัฒนาให้ชุมชนลุกขึ้นมาจัดการชุมชนได้ด้วยตัวของชุมชนเอง" ดังนั้น นอกจากเจ้าหน้าที่จะเป็นผู้ใช้ข้อมูลแล้ว ชุมชนควรจะได้ใช้ข้อมูล เพื่อการเรียนรู้ชุมชนของเขาเองด้วย โดยเจ้าหน้าที่เป็นผู้จัดการให้ชุมชนได้ใช้และได้เรียนรู้ชุมชนของเขาเอง

การจัดการให้ชุมชนได้ใช้และได้เรียนรู้ข้อมูลชุมชน มีหลายวิธีสามารถเลือกใช้ได้ตามความเหมาะสม ได้แก่

- 1) การฝึกอบรมและฝึกปฏิบัติให้แกนนำชุมชนเก็บข้อมูล รวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลเอง โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นที่เลี้ยง
- 2) ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ เก็บไว้ทั้งที่ศูนย์สุขภาพชุมชนและแกนนำชุมชน
- 3) การให้แกนนำชุมชน/อสม. เก็บบันทึกผลการปฏิบัติงานและเก็บไว้ที่ตัวเขาเอง
- 4) การจัดเวทีประชาคม แล้วนำข้อมูลที่มีอยู่ "โยนเข้าสู่เวที" หรือที่เรียกว่า "การคืนข้อมูลให้ชุมชน" ให้แกนนำชุมชนช่วยกันขบคิด และนำไปสู่การใช้ประโยชน์ ไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานไหนก็ตามสามารถนำไปใช้ได้

7.) วิธีการเข้าถึงชุมชน

การทำงานชุมชนจะต้องเข้าถึง และเข้าใจชุมชน จึงจะสามารถพัฒนาให้ชุมชนมีความเข้มแข็งและสามารถจัดการตัวเองได้ ไม่ใช่เข้าถึงเพื่อนำงานข้างนอกยึดเยียดให้ชุมชนทำ หากเรายอมรับว่าการทำงานชุมชนที่ได้ผล จะต้องยึดชุมชนเป็นตัวตั้ง เป็นตัวตั้งทั้งเรื่องงาน(เป็นงานของชุมชน) เรื่องคน(ชุมชนต้องเป็นเจ้าของเรื่องและต้องจัดการกันเอง) และเรื่องเวลา(ทำงานตามเวลาของชาวบ้านไม่ใช่เวลาราชการ) หากเจ้าหน้าที่สำนึกได้ดังนี้ พฤติกรรมการทำงานของเจ้าหน้าที่ก็จะเปลี่ยนไปเอง

การเข้าถึงชุมชนอย่างน้อยเจ้าหน้าที่จำเป็นจะต้องรู้ข้อมูล บริบทของชุมชนเป็นเบื้องต้นก่อน ก่อนที่จะลงไปทำงานจริงๆ สิ่งที่ต้องรู้เป็นเบื้องต้นก่อน (ไม่จำเป็นต้องลึกมาก จะเข้าใจลึกซึ้งอีกครั้งหลังจากที่เราลงทำงานชุมชนแล้ว) เช่น ประวัติศาสตร์ รากเหง้าของชุมชน ทุนทางสังคม ทุนวัฒนธรรม แก่นนำชุมชนทั้งที่เป็นทางการ และไม่เป็นทางการ ความขัดแย้งในชุมชน ระบบเครือญาติ เป็นต้น เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เข้าถึงชุมชน เช่น แผนที่ชุมชน การวิเคราะห์ผังเครือญาติ เส้นแบ่งเวลา(Time Line) ปฏิทินชุมชน เป็นต้น หลังจากที่มีข้อมูลเกี่ยวกับบริบททั่วไปของชุมชนบ้างแล้ว จึงเริ่มลงชุมชน(เพื่อเข้าถึงและเข้าใจมากขึ้น)ซึ่งต้องใช้หลากหลายวิธีตามความเหมาะสมดังนี้

1. กลุ่มคนที่เจ้าหน้าที่ควรลงไปพูดคุย ศึกษาชุมชน ได้แก่

- 1.1 การไปหาผู้นำชุมชนที่เป็นทางการก่อน(กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน)เพื่อให้เกียรติ และถือว่าเป็นบุคคลสำคัญที่น่าจะให้ข้อมูลได้มากที่สุด จากนั้นจึงลงไปศึกษาชุมชนจากผู้นำชุมชนที่ไม่เป็นทางการ
- 1.2 ไปพูดคุย ศึกษาชุมชนกับแกนนำองค์กรกลุ่มต่างๆที่มีอยู่ในชุมชน เช่น กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มผักปลอดสารพิษ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มสัจจะออมทรัพย์ กลุ่มแม่บ้าน และทุกๆกลุ่มที่มีอยู่ในชุมชน
- 1.3 ไปพูดคุย ศึกษาชุมชนกับผู้เฒ่าผู้แก่
- 1.4 ไปพูดคุย ศึกษาชุมชนกับคนหนุ่มสาว
- 1.5 ไปพูดคุย ศึกษาชุมชนกับคนวัยเดียวกันกับเรา(เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

ทั้งนี้หากชุมชนมีความขัดแย้งภายในกันอยู่ เจ้าหน้าที่จะต้องเข้าไปพูดคุยกับทุกกลุ่มอย่างเท่าเทียมทั่วถึง และวางตัวเป็นกลาง ให้ความสนใจ พร้อมรับรู้ปัญหาในทุกเรื่องที่ได้พูดคุยกัน

2. การลงชุมชนต้องมีความสม่ำเสมอ ใช้เวลาที่ชาวบ้านสะดวก(อาจนัดหมายไว้ก่อนหากจำเป็น)
3. ให้ความสำคัญกับงานบุญ งานบ้านของชุมชน หากชุมชนหรือบ้านใครมีงานบุญ งานบวช งานแต่งงาน งานศพ เจ้าหน้าที่ไม่ควรละเลย ควรไปร่วมงาน เพื่อสร้างความสัมพันธ์กันไว้
4. หากพบใครในชุมชนตามสถานที่ต่างๆทั้งในและนอกชุมชน ควรทักทาย ปฏิสันถารก่อน ให้ความรู้สึกเหมือน “ชาวบ้านเป็นญาติเราคนหนึ่ง”

หากทำได้ดังที่กล่าวมาแล้ว จะทำให้เราเข้าถึงและเข้าใจที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้น เราจะได้รู้ในสิ่งที่ไม่เคยรู้ อย่างไม่คาดคิด และได้เห็นเรื่องราวมากมายที่ซ่อนอยู่ ที่คนภายนอกเข้าไม่ถึง มองไม่เห็น

8.) การสร้างและพัฒนากลุ่มแกนนำชุมชน

การสร้างและพัฒนาแกนนำชุมชน ก่อนอื่นจะต้องทำความเข้าใจร่วมกันก่อนว่า "กลุ่มแกนนำชุมชน" คือ ประชาชนที่มารวมกลุ่มกันทำกิจกรรมต่างๆตามที่เขาสนใจ และสมัครใจ ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ของเขา กลุ่มเขา และชุมชนของเขาเอง ไม่ใช่กลุ่มองค์กรชุมชนที่ทำงานเพื่อคนข้างนอกชุมชน ในทุกชุมชนมีกลุ่มองค์กรชุมชนอยู่แล้วมากมาย แต่หากบางกลุ่มที่เจ้าหน้าที่ต้องการให้เกิดขึ้น ก็มีความจำเป็นที่จะต้องสร้างขึ้นมาใหม่ แต่ต้องอยู่ได้ฐานคิดที่ว่า "กลุ่มที่สร้างขึ้นมานี้ใหม่ ไม่ใช่เครื่องมือของเจ้าหน้าที่ แต่เป็นกลไกของชุมชนหนึ่งที่จะช่วยขับเคลื่อนงานภายในชุมชนของเขา" และต้องทำให้กลุ่มองค์กรชุมชนมองเห็นได้ด้วยตัวของเขาเองว่า เขาสร้างกลุ่มขึ้นมาแล้ว เขาจะได้ประโยชน์อะไรก่อน ก่อนจะสร้างกลุ่มขึ้นมาโดยที่ตัวชุมชนเองไม่รู้ว่าจะสร้างกลุ่มขึ้นมาเพื่ออะไร

1. การสร้างกลุ่มแกนนำ

การคัดเลือกคนเข้ามาเป็นอาสาสมัครหรือเป็นแกนนำกลุ่มต่างๆ เจ้าหน้าที่ไม่ควรเป็นผู้คัดเลือก แต่ควรให้ประชาชนคัดเลือกกันเอง เพราะชาวบ้านเขาจะรู้ดีกว่าเจ้าหน้าที่ เขารู้ดีว่าเขาควรจะเลือกใคร ใครทำงานได้หรือไม่ได้ ใครถนัดด้านไหน ควรจะปล่อยให้กระบวนการของประชาชน เจ้าหน้าที่เป็นเพียง "ผู้อยู่เบื้องหลัง" แต่หากใช้วิธีการเปิดรับสมัคร จะต้องมีการคัดเลือกและประชาชนควรเป็นผู้คัดเลือกเอง อาสาสมัครที่เข้ามา "เป็นใครก็ได้" ที่มีจิตสำนึกหวง รักบ้านเกิด เป็นผู้เสียสละ ใจกว้าง ชาวบ้านยอมรับ ศรัทธา และไว้ใจ

หากต้องการกลุ่มองค์กรที่มีเป้าหมายการทำงานเฉพาะเรื่อง เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน อาสาสมัครป้องกันไฟป่า อาสาสมัครคุ้มครองผู้บริโภค ฯลฯ เจ้าหน้าที่ควรปรึกษาหารือกับกลุ่มแกนนำชุมชนทั้งที่เป็นทางการ(กรรมการชุมชน กรรมการหมู่บ้าน) และผู้นำทางธรรมชาติ(ผู้ที่ชาวบ้านยอมรับนับถือ ปราชญ์ชาวบ้าน) ร่วมกันพิจารณาผู้ที่เหมาะสม และมีความถนัดในเรื่องนั้นๆด้วย แต่ทั้งนี้ผู้ที่เข้ามาเป็นอาสาสมัคร ชาวบ้านต้องยอมรับด้วย หรือจะใช้วิธีการคัดเลือกแบบ "สังคมมิติ"(Sociometry) ก็เหมาะสม

ที่สำคัญจะต้องคำนึงถึงอยู่เสมอ คือ กลุ่มองค์กรชุมชนที่ก่อรูปและสร้างกันขึ้นมานี้ไม่ได้เน้นที่ปริมาณ แต่ต้องเน้นที่คุณภาพของคนและกลุ่ม ดังนั้น การคัดเลือก สรรหากกลุ่มแกนนำชุมชน อาจต้องเริ่มต้นจากจุดเล็กๆ กลุ่มเล็กๆที่สนใจ หาช่องทางที่พอจะเข้าถึงได้ แล้วค่อยขยายออกไปในวงกว้าง แต่ต้องพยายามให้เกิดการเรียนรู้ ให้กลุ่มองค์กรชุมชนเกิดความมั่นใจ แล้วขยายความคิดไปสู่กลุ่มคนอื่นๆในหมู่บ้าน สุดท้ายจะทำให้เราได้กลุ่มองค์กรชุมชนที่มีคุณภาพ และเป็นกลไกการพัฒนาชุมชนต่อไปได้

2. การพัฒนากลุ่มองค์กรแกนนำชุมชน

การพัฒนาแกนนำชุมชนต้องมีเป้าหมายในใจเสมอว่า "เราพัฒนาให้เขาใช้ตนเอง ไม่ใช่เพื่อรับใช้รัฐและเจ้าหน้าที่" "พัฒนาให้เขาพึ่งตนเองได้ ไม่ใช่พึ่งรัฐและเจ้าหน้าที่" และตัวเจ้าหน้าที่เองก็ไม่ใช่ "ผู้รู้ทุกเรื่อง" หากเจ้าหน้าที่คิดและทำได้อย่างนี้ ท่าทีของเจ้าหน้าที่ในการพัฒนาพัฒนากลุ่มองค์กรชุมชนจะเปลี่ยนไป จากที่เคยสอน ให้ฟัง และให้ทำตามคำสั่ง มาเป็นท่าทีใหม่เป็น "ผู้ร่วมเรียนรู้" และเป็นผู้จัดกระบวนการ เป็น "ผู้ฟัง" ให้มาก เป็นผู้อำนวยความสะดวก(Facilitator) ให้ชุมชนได้เรียนรู้ และรู้ได้ด้วยตัวของเขาเอง "ไม่ใช่เจ้าหน้าที่ชักนำพา

ไป" การพัฒนากลุ่มองค์กรชุมชนลักษณะนี้ อาจจะใช้เวลามากกว่าเรียน การสอน การฝึกอบรมธรรมดา แต่เราต้องเชื่อว่า "คนสร้างได้ พัฒนาได้" หากเราให้อิทธิพล

การพัฒนาศักยภาพกลุ่มองค์กรชุมชนมีหลายรูปแบบ ซึ่งในแต่ละรูปแบบนอกจากจะเป็นการถ่ายทอดความรู้แล้ว หากเจ้าหน้าที่เปลี่ยนท่าทีใหม่จาก "ผู้ให้" "ผู้สอน" มาเป็น "ผู้ร่วมเรียนรู้" ซึ่งนอกจากจะเป็นการพัฒนาองค์กรชุมชนแล้ว เจ้าหน้าที่ยังได้เรียนรู้ร่วมกับชุมชน สุดท้ายจะเกิดการพัฒนาความคิดของเจ้าหน้าที่เอง

การพัฒนาชุมชนแกนนำชุมชนมีหลากหลายวิธี ได้แก่

- 2.1 การประชุม ควรจะใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการ ใช้กระบวนการกลุ่ม ลองฝึกและลองทำจริง
- 2.2 ฝึกอบรม โดยใช้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง อาจตั้งโจทย์ ตั้งคำถาม ให้ผู้เรียนช่วยกันคิด ช่วยกันตอบ
- 2.3 การจัดเวทีพบปะ พูดคุย แลกเปลี่ยนบ่อยๆ ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ
- 2.4 การสร้างประสบการณ์การทำงานเชิงวิชาการให้กับกลุ่มแกนนำชุมชนในรูปแบบต่างๆ เช่น การเป็นนักวิจัยชุมชน หรือมีหน่วยงานที่ลงทำงานวิจัยในพื้นที่ควรที่จะให้แกนนำชุมชนเข้าร่วมกระบวนการในสิ่งที่เขาสามารถทำได้ เช่น การเก็บข้อมูล การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล เป็นต้น
- 2.5 การไปศึกษาดูงานภายนอก จะเป็นการเปิดโลกทัศน์ของแกนนำให้มีโอกาสได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับคนอื่น ๆ
- 2.6 การลงมือทำจริงในพื้นที่ แล้วนำผลการทำงานมาประชุม พูดคุย แลกเปลี่ยนกัน เป็นการ "ทดลองทำไป เรียนรู้ร่วมกันไป และทบทวนไปเป็นระยะๆ อย่างสม่ำเสมอ

3. ชุมชนควรเรียนรู้อะไร

หากแม้การพัฒนาศักยภาพกลุ่มองค์กรชุมชน สุดท้ายต้องการให้กลุ่มองค์กรชุมชน เกิดการเรียนรู้ "คิดเอง ทำเอง และจัดการเองได้" "รับใช้ตนเองมิใช่รับใช้เจ้าหน้าที่" ดังนั้น สิ่งที่เขาเรียนเรียนรู้ จึงต้องเป็นเรื่องของเขาเอง ชุมชนต้องค้นหาตัวเอง "เรียนรู้ชุมชนตนเอง" ว่า "เป็น อยู่ อย่างไร ขาดอะไร ต้องการอะไร มีอะไรดี มีทรัพยากรอะไรบ้าง ฯลฯ" เช่นเดียวกันกับงานที่เจ้าหน้าที่มีอยู่ เมื่อเจ้าหน้าที่ลงชุมชนจะต้องสร้างให้ชุมชนรู้สึกได้ด้วยตัวของชุมชนเองว่า "เป็นเรื่องของเขา" และ "ต้องทำ" เพื่อชุมชนของเขาเอง

กระบวนการสร้างความรู้ลึกเป็นเจ้าของอาจเป็นการตั้งคำถาม สร้างโจทย์ ให้กลุ่มองค์กรชุมชนช่วยกันตอบ หรือใช้กระบวนการพัฒนากลุ่มองค์กรชุมชนดังกล่าวข้างต้นก็ได้ ที่สำคัญตัวเจ้าหน้าที่เองอย่าไปจ้องใจ ชักนำครอบงำความคิดของกลุ่มองค์กรชุมชนเป็นพอ

9.) เครื่องมือการสร้างให้ชุมชนได้เรียนรู้ตนเอง

"เครื่องมือ" ในที่นี้หมายถึงเครื่องมือที่เป็นกระบวนการที่สร้างให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้และเข้าใจตนเอง หรือสร้างโอกาสให้ชุมชนได้มาเรียนรู้ชุมชนตนเอง(มิได้หมายถึงเครื่องมือ เทคนิคทางวิชาการ เช่น AIC,FSC,PAR,PRA) และในความเป็นจริงแล้วเครื่องมือต่างๆที่จะกล่าวถึงนี้มีอยู่แล้วในชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็เคยผ่านและทำกันมาบ้างแล้ว เพียงแต่ "ความเข้มข้น" อาจจะยังไม่ดีพอ หากนำมาทบทวนและทำให้เป็นจริงและเข้มข้นขึ้นจะทำให้

ชุมชนได้ประโยชน์มากขึ้น และเครื่องมือเหล่านี้มีความจำเพาะ เหมาะกับพื้นที่บางแห่ง(Space) บางเวลา(Time) จึงควรวิเคราะห์และใช้ให้เหมาะสมตามบริบทของชุมชน เครื่องมือต่างๆ ได้แก่

1. การสร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สร้างโอกาสให้กลุ่มแกนนำชุมชนได้พบปะ พูดคุย แลกเปลี่ยนกัน ซึ่งควรจัดอย่างไม่เป็นทางการ
2. การศึกษาดูงาน ทั้งจากที่เป็นผู้ถูกศึกษาดูงานและไปศึกษาดูงานที่อื่น การศึกษาดูงานจะเป็นการเสริมสร้างความมั่นใจให้กับแกนนำชุมชน เป็นการเปิดโลกทัศน์ และขยายความคิด
3. การสร้างพื้นที่การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นพื้นที่สาธารณะที่ไหนก็ได้ที่สะดวกที่แกนนำชุมชน อาจจะ เป็นศาลากลางบ้าน ศาลาวัด ได้ณสถานี่อนามัย เป็นต้น ที่สำคัญจะต้องเป็นที่ที่แกนนำชุมชนและประชาชนทุกเพศ ทุกวัย สามารถเข้าถึงได้
4. การฝึกอบรม การทดลองทำ และการปรับปรุงแก้ไข(การคิด ทำ ทบทวน)อย่างต่อเนื่อง ตลอดเวลา ด้วยกระบวนการของชุมชนเอง
5. การสื่อสารเพื่อชุมชน การที่ชาวบ้านมีโอกาสสื่อสารกันในหลายๆช่องทาง ผ่านกลไกที่หลากหลาย กระจ่ายไปสู่ระดับครอบครัว จะช่วยลดความขัดแย้ง สร้างความเข้าใจ และความร่วมมือต้องงานส่วนรวมได้
6. กลุ่มองค์กรที่ทำกิจกรรมในเชิงประเด็น เช่น กลุ่มฝึกปลอดสารพิษ กลุ่มออมทรัพย์ และอื่นๆ จะเป็นเครื่องมือสำคัญทำให้คนได้พบปะ สัมพันธ์ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วยกัน การมีกลุ่มที่หลากหลายจะช่วยให้ชาวบ้านมีพื้นที่และมีโอกาสได้แสดงศักยภาพที่ตนถนัด เป็นการสร้างความมั่นใจให้กับตนเอง และสุดท้ายแล้วกลุ่มต่างๆที่มีอยู่ชุมชนจะเชื่อมโยงกันเป็นวิถีชีวิตของชุมชน

10.) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ชุมชน

การจัดเวทีแลกเปลี่ยน เรียนรู้ชุมชนไม่เหมือนการประชุมประจำเดือนที่ผ่านมา ซึ่ง “เป็นทางการ” ส่วนมากเป็นเรื่องของการมาแจ้ง “เพื่อทราบ” หรือเป็นเรื่องของการสั่งการตามโครงการต่างๆ โดยขาดการพูดคุย แลกเปลี่ยน และขาดการเรียนรู้ร่วมกัน

การจัดเวทีแลกเปลี่ยน เรียนรู้ชุมชนมีเป้าหมายเพื่อการสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน ดังนั้นเวทีลักษณะนี้จึงต้องการบรรยากาศการพูดคุยแบบ “เพื่อน พี่ น้อง ไม่ใช่แบบเจ้านายกับลูกน้อง เจ้าหน้าที่กับชาวบ้าน” เป็นการคุยกันในแนวราบ ไม่มีใครเก่งกว่าใคร แต่ทุกคนเก่งและมีดีคนละอย่าง เป็นเวทีที่ยอมรับฟังความคิดเห็นที่แตกต่างอย่างให้เกียรติกัน พร้อมทั้งจะเรียนรู้จากกันและกัน ถ้าจะให้ดียิ่งขึ้นเวทีเรียนรู้ชุมชนควรเป็นเวทีที่ชุมชนจัดการกันขึ้นมาเอง เจ้าหน้าที่สาธารณะสุขเป็นเพียงคนๆคนหนึ่งโน้มน้าว ที่คอยเพิ่มเติม เสริม ในส่วนที่ชุมชนขาดและต้องการรู้ และต้องเป็นผู้ฟังให้มาก

เวทีต้องไม่เป็นทางการมากนัก อาจใช้เวทีที่มีอยู่แล้วตามธรรมชาติของชาวบ้าน เช่น เวทีวันพระไปเจогันที่วัด หรือวันสำคัญที่คนมาเจогัน เวทีลักษณะนี้ ชาวบ้านเขาจะพูดคุยแลกเปลี่ยนกันเองเรื่องสัพเพเหระ เรื่องราวทั่วไปที่เกิดขึ้นในชุมชน เราสามารถเข้าไปร่วมพูดคุย หยิบยกประเด็น เกี่ยวกับสถานการณ์ของชุมชนมาวิเคราะห์ร่วมกันแล้วนำไปสู่การแก้ไขปัญหา “จะออกกรรณาด้อย่างยิ่ง” อย่างไรก็ตาม มีหลายพื้นที่ ที่พบว่า สามารถจัดเวที

เรียนรู้ระดับหมู่บ้านประจำปีขึ้นมาได้ เป็นเวทีที่เรียกว่า "เวทีวิชาการชาวบ้าน"(ตำบลนาบัว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก)

สิ่งที่ได้จากเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ชุมชน

1. ทำให้ได้เรียนรู้สิ่งใหม่ มุมมองใหม่ ประสบการณ์ใหม่ เรียนรู้ได้จากประสบการณ์ตรงของเพื่อนในเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้
2. มองปัญหาอย่างเป็นกลาง มองสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้หลายแง่มุม
3. ได้ฝึกการเคารพสิทธิ ความเท่าเทียม และความคิดของผู้อื่น
4. ได้นำเสนอความคิดของตนเอง เกิดความมั่นใจในตนเองเพิ่มขึ้น
5. ชุมชนได้ทบทวนตนเอง รู้กาล(รู้อดีต รู้ปัจจุบันและรู้อนาคต)ของตนเอง
6. เวทีลักษณะนี้เกิดขึ้นที่ไหนก็ได้ ไม่ว่าจะเป็น ศาลาวัด ใต้ถุนสถานีนอนามัย ร้านกาแฟ และที่อื่นๆ หากเกิดขึ้นบ่อยๆในชุมชน จะทำให้เกิดการเรียนรู้ได้ในทุกที่ ทุกเวลา
7. การใช้เวทีทบทวนเรื่องราวในอดีต ประวัติศาสตร์ของชุมชน ให้คนรุ่นหลังได้เห็นการต่อสู้ของคนรุ่นก่อน การบุกเบิกที่ดินทำกิน เป็นวิธีหนึ่งที่จะสร้างจิตสำนึกให้คนในชุมชนรักท้องถิ่นของตน

11.) การสร้างกลไกระดับหมู่บ้าน

ที่จริงแล้วชุมชนมีกลุ่มองค์กรต่างๆมากมาย และบางคนก็ทำหน้าที่หลายตำแหน่งหรือสวมหมวกหลายใบ กลุ่มองค์กรชุมชนจึงทำหน้าที่เป็นกลไกการขับเคลื่อนงานในเรื่องต่างๆตามที่แต่ละกลุ่มเขาสนใจ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะต้องมองให้ออกและจับแกนนำกลุ่มต่างๆมาเชื่อมโยงกัน ช่วยกันขับเคลื่อนงานในส่วนที่เกี่ยวข้อง เชื่อมประสานสัมพันธ์ เชกเช่นเป็นโครงข่ายโยงแมงมุมที่สามารถดัก จับแมลงได้ กลุ่มองค์กรชุมชนแต่ละกลุ่มเปรียบเสมือนเป็นใยแมงมุมแต่ละเส้นที่เชื่อมร้อยกัน เพื่อแก้ไขปัญหาที่ยุ่ยากซับซ้อนเกินกว่ากลุ่มองค์กรใดองค์กรหนึ่งจะแก้ไขได้ โดยลำพัง ในที่นี้จะขอยกตัวอย่างเพียงองค์กรชุมชนเดียว คือ อาสาสมัครสาธารณสุข ว่าควรจะมีการจัดการตัวเองเพื่อเกิดเป็นกลไกหนึ่งของชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพได้ คือ

1. การแบ่งพื้นที่ให้อาสาสมัครสาธารณสุขรับผิดชอบ อาจจะแบ่งตามคุ้ม ตามละแวก ตามเขตของหมู่บ้านตามความเหมาะสม โดยที่ อสม.ที่จะดูแลในคุ้มหรือในละแวกบ้านนั้น อสม.คนนั้นควรจะอาศัยอยู่ในคุ้มหรือในละแวกบ้านนั้นด้วย เพื่อง่ายต่อการเข้าถึงของประชาชนในคุ้มหรือละแวกบ้านนั้น ทั้งนี้ไม่ควรให้อสม.รับผิดชอบพื้นที่มากเกินไป ควรจะประมาณ 12 – 15 หลังคาเรือนต่อ อสม. 1 คน หรือกลุ่มองค์กรชุมชน 1 คน

2. การแบ่งงานของ อสม. ควรแบ่งหน้าที่ให้ชัดเจน และควรให้อสม.จัดการแบ่งงานกันเอง เช่น ในบางพื้นที่ อสม.จะแบ่งหน้าที่รับผิดชอบงานหลัก โดยแต่ละงานจะมี อสม. 1 หรือ 2 คน รับผิดชอบงานหลัก ส่วน อสม.คนอื่น ๆจะทำหน้าที่เป็นผู้ช่วย แต่พออีกงานหนึ่ง ก็จะมี อสม.อีกคนหนึ่งทำหน้าที่หลัก(เจ้าภาพ)และ อสม.คนอื่นก็จะเป็นผู้ช่วย เป็นอย่างนี้เรื่อยไปจนครบทุกคน ครบทุกงาน จะทำให้การทำงานแต่ละงานมีเจ้าภาพและ อสม.แต่ละคนจะรู้ตัวเองว่าเป็นเจ้าภาพงานอะไร และงานนั้นตัวเขาเองจะต้องรู้งานลึกและเก่งกว่า อสม.คนอื่น

3. ระบบข้อมูลที่ได้จากการทำงานของกลุ่มองค์กรชุมชน/อสม. แกนนำ/อสม.ควรจะเป็นที่การทำงานทุกครั้ง และข้อมูลเหล่านี้ควรเก็บไว้ที่ตัว อสม.เอง และควรมีข้อมูลรวมของทั้งหมู่บ้านไว้ที่ อสม.ที่รับผิดชอบเรื่องนั้นๆหรือเก็บไว้ที่หัวหน้า(ประธาน)อสม.ของหมู่บ้านเพื่อใช้ประโยชน์ พร้อมทั้งสำเนาเก็บไว้ที่สถานีอนามัยด้วย

4. การส่งต่อข้อมูลและผู้ป่วย(หรือกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรค) ในกรณีที่กลุ่มองค์กรชุมชน/อสม.พบสิ่งผิดปกติเกิดขึ้นในหมู่บ้าน เช่น สงสัยจะเป็นโรคไข้เลือดออก สงสัยจะเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จากการคัดกรองของ อสม.เอง อสม.จะส่งต่อไปที่สถานีอนามัยเพื่อทำการตรวจวัดซ้ำ และหากเป็นผู้ป่วยจริงหลังจากที่หมออนามัยทำการรักษาและส่งตัวกลับบ้านแล้ว อาสาสมัครสาธารณสุขที่รับผิดชอบในคุ้มหรือละแวกบ้านที่รับผิดชอบ ควรติดตาม ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่องด้วย

5. ในกรณีที่ชาวบ้านไม่ให้ความร่วมมือหรือไม่สนใจในการทำกิจกรรมชุมชน ชุมชนควรที่จะมีมาตรการของชุมชนที่จะจัดการกันเองด้วย เช่น การลงโทษบ้านที่มีลูกน้ำยุงลาย หรือกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคต่างๆเช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไม่สนใจมาตรวจคัดกรอง แต่ทั้งนี้การนำมาตรการของชุมชนมาใช้ควรจะใช้จัดการจากการลงโทษที่เบาไปหานัก เช่น การตักเตือนเป็นการส่วนตัว นำเข้าที่ประชุมของคุ้ม นำเข้าที่ประชุมประจำเดือนของหมู่บ้าน และลงโทษ เป็นต้น

ทั้ง 5 ข้อข้างต้นเป็นตัวอย่างเพียงองค์กรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพียงองค์กรเดียว ในขณะที่ชุมชนยังมีองค์กรชุมชนอีกมากที่จะต้องมีการจัดการตัวเองให้เกิดระบบการทำงานภายในที่ดี เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำเป็นต้องมอง วิเคราะห์ ต้องพยายามสร้างความสัมพันธ์และเชื่อมโยงองค์กรชุมชนกลุ่มต่างๆ ให้เกิดเป็นกลไกการขับเคลื่อนงานการพัฒนาในเชิงระบบให้ได้ เหมือนกับรถยนต์ขับเคลื่อนไปได้ต้องอาศัยระบบย่อยๆภายใน เช่น ระบบน้ำมัน ระบบไฟ ระบบห้ามล้อ ระบบน้ำหล่อเย็น และระบบอื่นๆ(รถยนต์เปรียบเหมือนกับชุมชน ระบบน้ำมัน ระบบไฟ ระบบห้ามล้อ ระบบน้ำหล่อเย็น ระบบห้ามล้อ เปรียบเหมือนกับกลุ่มองค์กรต่างๆในชุมชน)

การสร้างกลุ่มองค์กรชุมชนให้เกิดการทำงานได้อย่างเป็นระบบ และเชื่อมโยงขับเคลื่อนไปด้วยกันได้ ที่น่าจะสนใจ ได้แก่

- 1) การทำงานต้องเคลื่อนงานจากจุดเล็กๆ หาช่องทางที่พอจะเข้าถึงได้ แล้วค่อยขยายออกไปในวงกว้าง หรือขยายความคิดไปสู่กลุ่มองค์กรชุมชนที่มีบทบาทสำคัญในกลุ่มองค์กรชุมชน แต่ต้องพยายามให้เกิดการเรียนรู้ เกิดความมั่นใจ
- 2) การจัดเวทีการเรียนรู้ เปิดโอกาสให้แกนนำกลุ่มองค์กรต่างๆได้พบปะ พูดคุย และนำเสนอผลงานกันบ่อยๆ
- 3) การทำกิจกรรมการพัฒนาาร่วมกัน เปิดโอกาสให้องค์กรชุมชนกลุ่มต่างๆได้แสดงบทบาท พร้อมทั้งสร้างให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมอย่างกว้างขวาง
- 4) เจ้าหน้าที่ต้องอ่าน(วิเคราะห์)อยู่เสมอว่าพัฒนาการของกลุ่มองค์กรชุมชนเป็นอย่างไร ในเรื่องของแนวคิด วิธีทำงาน สามารถยกระดับการทำงาน สร้างกระบวนการเรียนรู้ให้เกิดขึ้นกับชุมชนตนเอง และขยายในวงกว้าง ได้แล้วหรือยัง ยังมีอะไรบ้างยังขาดและต้องการพัฒนา

12.) การกระตุ้นให้ชุมชนเกิดกิจกรรมและมีการทำงานอย่างต่อเนื่อง

การสร้างให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองเพียงแต่การประชุม อบรม พุดคุย และลงมือทำกิจกรรมร่วมกันเท่านั้นยังไม่พอ จะต้องมีการประชาสัมพันธ์ผ่านทางสื่อต่างๆที่มีอยู่ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อกระตุ้นและตอกย้ำอยู่เสมอ การใช้สื่อสาธารณะเพื่อสร้างกระแสและจิตสำนึก สื่อต่างๆ ได้แก่

1. สื่อบุคคล โดยการหาบุคคลต้นแบบในด้านต่างๆมาเป็นสื่อ เช่น คนต้นแบบด้านการปลูกผักปลอดสารพิษ คนต้นแบบด้านสุขภาพ คนต้นแบบด้านเกษตรพอเพียง เป็นต้น
2. วิทยุชุมชน ควรนำเรื่องราวในชุมชนมาออกอากาศอยู่เสมอ โดยคนในชุมชนควรเป็นผู้ประกาศเอง เพื่อดึงดูดความสนใจของผู้ฟัง
3. สื่อพื้นบ้าน เช่น เพลงพื้นบ้าน หมอลำ มโนราห์ ฯลฯ การใช้สื่อพื้นบ้านจะเป็นการสร้างความรู้สึกร่วมในการเป็นพวกเดียวกัน สามารถส่งผ่านความรู้สึกของคนที่ต้องการสื่อ และสามารถแทรกเนื้อหาที่ต้องการสื่อเข้าไปในสื่อพื้นบ้าน จะทำให้ผู้รับสื่อรับง่ายและเข้าถึงความเป็นชุมชน สังคมของเขาได้ง่ายขึ้น
4. การสอดแทรกกิจกรรมต่างๆเข้าไปในวันสำคัญ เช่น วันขึ้นปีใหม่ วันเข้าพรรษา วันออกพรรษา วันวิสาขบูชา วันวาเลนไทน์ วันเอ็ดสโลก วันอนามัยโลก วันผู้สูงอายุ วันครอบครัว วันอาสาสมัครสาธารณสุข วันสาธารณสุข วันสิ่งแวดล้อมโลก วันพ่อแห่งชาติ วันแม่แห่งชาติ ฯลฯ ทั้งนี้การสอดแทรกกิจกรรมลงไปวันสำคัญนั้นจะต้องมีความสอดคล้องกับความหมายของวันนั้นๆด้วย
5. การสร้างกระแสกระตุ้นการทำงานที่ต่อเนื่อง โดยวิธีการต่างๆ เช่น การจัดนิทรรศการ การจัดมหกรรม เป็นต้น กิจกรรมต่างๆเหล่านี้จะช่วยสร้างกระแส กระตุ้นจิตสำนึก และช่วยให้เกิดการทำงาน และส่งผลต่อประชาชนอย่างต่อเนื่องได้
6. การใช้ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในชุมชนเป็นตัวกระตุ้น เช่น เกิดกรณีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกขึ้นในหมู่บ้าน ก็นำกรณีผู้ป่วยนี้มากระตุ้นให้คนในชุมชนตระหนัก กรณีผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยไข้หวัดนก ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน แพ้สารเคมี และกรณีอื่นๆก็สามารถนำมาใช้กระตุ้นให้ชุมชนเกิดความตระหนักได้เช่นเดียวกัน
7. การให้ขวัญและกำลังใจแก่คนหรือกลุ่มองค์กรที่ทำความดี น่ายกย่อง อาจจะเป็นการให้รางวัลตามวาระประจำปี เช่น รางวัลคนดีศรีชุมชนประจำปี รางวัลผู้อายุดีเด่นแห่งปี รางวัลเยาวชนคนต้นแบบ รางวัลแม่ตัวอย่าง ครอบครัวตัวอย่าง อาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่น แม่บ้านดีเด่น ฯลฯ หรืออาจจะให้ขวัญและกำลังใจในรูปแบบอื่น เช่น พาไปทัศนศึกษานอกสถานที่ เป็นต้น

13.) การสร้างและใช้มาตรการทางสังคม

บ้านเมืองต้องมีกฎหมาย พระภิกษุสงฆ์ต้องมีพระวินัย ทั้งกฎหมายและพระวินัยคือมาตรการทางสังคมที่กำหนดขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางให้สมาชิกของสังคมนั้นๆยึดถือประพฤติ ปฏิบัติ และนำพาสังคมสู่เป้าหมายที่วางไว้ร่วมกัน หากผู้ใดละเว้น ไม่ปฏิบัติตามจะถูกสังคมลงโทษ นักเบตาตามความรุนแรงของการทำผิด

มาตรการทางสังคมที่ชุมชน สังคมกำหนดขึ้นมาเพื่อให้สมาชิกในชุมชน สังคม ยึดถือและปฏิบัติตาม ที่มักพบเห็นได้บ่อยๆ เช่น การกำหนดเขตแม่น้ำเพื่ออนุรักษ์พันธุ์ปลา(ห้ามจับสัตว์น้ำในเขตที่กำหนด ใครฝ่าฝืนจะถูกปรับและทำโทษ) การกำหนดให้หมู่บ้านปลอดลูกน้ำยุงลาย(บ้านไหนมีลูกน้ำยุงลายจะถูกปรับ) การกำหนดเขต

โครงการสรุปบทเรียนและสังเคราะห์องค์ความรู้เชิงประสบการณ์ฯ : สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน
สนับสนุนโดย แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

อนุรักษ์ป่าไม้ การกำหนดให้งานวัดต้องไม่มีแอลกอฮอล์ ฯลฯ มาตรการทางสังคมจึงเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่จะควบคุมการกระทำของสมาชิกให้ไปในทิศทางเดียวกันและสู่เป้าหมายร่วมกัน

มาตรการทางสังคมเป็นเสมือนกฎ ระเบียบหรือข้อบังคับที่กำหนดขึ้นเพื่อใช้เฉพาะที่ เฉพาะแห่ง ตามบริบทสภาพปัญหาและความต้องการของชุมชน เมื่อสร้างกฎ ระเบียบ ข้อบังคับนั้นแล้ว กฎ ระเบียบ ข้อบังคับนั้นเองจะวกกลับมาควบคุมพฤติกรรมของสมาชิกโดยตรง ดังนั้น กฎ ระเบียบ ข้อบังคับทั้งหลายจะต้องสร้างขึ้นจากกระบวนการของชุมชน ชุมชนเป็นผู้กำหนด(ไม่ใช่ถูกกำหนดจากคนภายนอก) ถ้าชุมชนเป็นผู้ออกกฎ ระเบียบ ข้อบังคับเอง ชุมชนจะเกิดการยอมรับ และปฏิบัติตาม อย่างไม่มีเงื่อนไข และจะง่ายต่อการนำไปใช้(สามารถใช้ได้จริง)

การออกกฎ ระเบียบ ข้อบังคับของชุมชน อาจใช้วิธีการประชุมปรึกษาหารือ คุยกันให้ตกลงกันในวงของแกนนำชุมชนและประชาชนให้ทราบโดยทั่วกัน ในประเด็นต่างๆ ได้แก่

- 1) ประเด็นหรือเรื่องที่จะออกเป็นกฎ ระเบียบ ข้อบังคับของชุมชน "จะออกกฎเรื่องอะไร"
- 2) จะออกกฎเรื่องนั้นเพื่ออะไร(เป้าหมายของการออกกฎ ระเบียบ ข้อบังคับเรื่องนั้น)
- 3) จะออกกฎ ระเบียบ ข้อบังคับอย่างไรให้สมาชิกในชุมชนยอมรับ และปฏิบัติได้จริง(Practical)
- 4) มาตรการการลงโทษผู้ฝ่าฝืน
- 5) มาตรการการให้รางวัลผู้แจ้งเบาะแสการกระทำผิด
- 6) กฎ ระเบียบ ข้อบังคับที่ออกมาสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป แต่หากมีการปรับเปลี่ยนจะต้องผ่านกระบวนการของชุมชนให้รับรู้ร่วมกัน

14.) การสร้างเครือข่ายระหว่างหมู่บ้าน

นอกเหนือจากการสร้างกลุ่ม องค์การชุมชนในระดับหมู่บ้านให้เกิดการเกาะเกี่ยว เชื่อมโยงการทำงานร่วมกันแล้ว การมีพันธมิตร และเครือข่ายที่กว้างขวางข้างนอกหมู่บ้านก็สำคัญยิ่ง เพราะปัจจุบันชุมชนไม่สามารถอยู่โดดเดี่ยว ลำพัง ชุมชนเป็นระบบเปิด ได้รับผลกระทบจากโลกภายนอกอยู่ตลอดเวลา อีกทั้งปัญหาทุกวันนี้ยุ่งยากซับซ้อน รุนแรงและรวดเร็ว การมีชุมชนที่เข้มแข็งเพียงชุมชนเดียวยากยิ่งที่จะมีภูมิคุ้มกันต้านทานอยู่ได้ "ไม่นานก็จะพุบยุบลง" แต่ละชุมชน แต่ละกลุ่มองค์กรจึงควรที่จะจับมือสร้างเครือข่าย สร้างความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน ให้เกิดเป็น "โครงข่ายใยแมงมุมที่คลุมพื้นที่กว้างขึ้น เช่น สร้างเครือข่ายระหว่างหมู่บ้าน เครือข่ายระหว่างตำบล เครือข่ายระหว่างอำเภอ และอื่นๆ จะทำให้กลุ่มคนต่างพื้นที่ได้มาพบปะ พูดคุย แลกเปลี่ยน เรียนรู้ จนเกิดเป็นกลไก เกาะเกี่ยว เชื่อมโยงการทำงานระหว่างพื้นที่ได้ การสร้างให้เกิดการเกาะเกี่ยว เชื่อมโยงกันได้นั้น ต้องเริ่มจาก

1. กลุ่มองค์กรที่มีกิจกรรมคล้ายกัน เช่น กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มสัจจะออมทรัพย์ กลุ่มเยาวชน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเกษตรกรชีวภาพ กลุ่มผักปลอดสารพิษ กลุ่มสร้างสุขภาพ เป็นต้น
2. ประเด็นปัญหาของพื้นที่ที่คล้ายกัน เช่น ปัญหาที่ดินทำกิน ปัญหายาเสพติด ปัญหาโรคติดต่อระบาด ปัญหาน้ำเสีย เป็นต้น
3. ประเด็นปัญหาที่โยงถึงกันระหว่างพื้นที่ เช่น ปัญหาเรื่องป่าชุมชน ปัญหาป่าชายเลน ปัญหาทรัพยากรน้ำ เป็นต้น

ในเวทีของการพูดคุยแลกเปลี่ยนระหว่างพื้นที่นี้ เจ้าหน้าที่ต้องเชื่อว่า "เรื่องอะไรก็ดีหมด และพร้อมที่จะเรียนรู้ทุกรูปแบบ ไม่มีอคติ ไม่ต่อต้าน ความคิดที่ผิดแปลกไปจากเรา และก็ไม่ใช่ว่าจะเห็นด้วยทั้งหมด" แต่สุดท้าย "ชุมชนจะต้องเป็นผู้ตัดสินใจเลือกใช้เอง"

วิธีการขยายผลของเครือข่ายสามารถทำได้ดังนี้

1. การขยายเครือข่ายและการขยายผลควรเป็นแบบธรรมชาติ หรืออาศัยความสัมพันธ์ในระบบเครือญาติ ความเป็นชุมชนเดียวกัน นำไปสู่การพูดคุย พบปะ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น จะทำให้เกิดการขยายความคิดจากเล็กไปใหญ่ จากภายในชุมชนไปสู่ชุมชนข้างนอก
2. การใช้เวที พบปะ พูดคุย การขยายความคิดโดยการจัดเวทีให้กลุ่มแกนนำชุมชนได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ นอกจากนั้น "เวที" ยังเป็นสิ่งที่แกนนำชุมชนใช้เป็นสื่อที่จะให้ผู้คนที่เข้ารับฟัง เรียนรู้และแลกเปลี่ยน ขยายผล ขยายแนวคิดสู่ชุมชนอื่นๆ ได้
3. การใช้ประเด็นเป็นตัวเคลื่อน เป็นการนำเอาประเด็นที่สนใจร่วมกันมาถก มาคุย ซึ่งประเด็นที่กลุ่มแกนนำชุมชนสนใจยังสามารถขยายผลสู่เรื่องอื่นและสู่ชุมชนอื่นได้ด้วย เช่น ผลการดำเนินงานของกรรมการกองทุนเงินล้าน นำผลกำไรไปจัดสรรสำหรับผู้ด้อยโอกาส เพื่อการศึกษา เพื่อสวัสดิการช่วยเหลือ เพื่อสุขภาพ เพื่อศาสนา ฯลฯ และยังสามารถนำวิธีการจัดการที่ได้ผลนี้สู่การจัดการในเรื่องอื่น และเป็นต้นแบบแก่หมู่บ้านอื่นได้ด้วย

15.) การเข้าถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เราต้องเปลี่ยนวิธีคิด วิธีการทำงานของเราเอง ในการสร้างความสัมพันธ์ของสถานีนามัยกับชาวบ้าน ความสัมพันธ์ของสถานีนามัยกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และความสัมพันธ์ของสถานีนามัยกับส่วนราชการอื่นๆ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องจัดความสัมพันธ์ให้เหมาะสม เพราะความพยายามของหน่วยงานทั้งหลายที่จะเข้าไปช่วยให้ชาวบ้านมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นนั้น ต้องยอมรับอย่างหนึ่งว่า "ต่างคนต่างความคิด ต่างคนต่างทำ" "มันเป็นเรื่องยากที่จะเข้าใจกัน"

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในสถานการณ์ปัจจุบัน "เป็นหน่วยงานที่เป็นเป้าหมาย" ของส่วนราชการต่างๆ ที่คาดหวังว่าจะ "เป็นแหล่งสนับสนุนงบประมาณ" การทำงาน และแนวโน้มในอนาคตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะเติบโตขึ้นเรื่อยๆ ทั้งในด้านกำลังคนและงบประมาณ ตามพระราชบัญญัติการกระจายอำนาจ การสร้างความสัมพันธ์เข้าถึง เกิดความเข้าใจอันดีกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสุดท้ายหากสามารถทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรู้สึก "เป็นเจ้าของงาน" การทำงานชุมชนของเจ้าหน้าที่ก็จะง่ายขึ้นมาก ดังนั้น บทบาทหนึ่งของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่จะต้องทำให้ได้ คือ "การสร้างเครือข่ายการทำงาน" กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ได้

การสร้างเครือข่ายการทำงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีหลากหลายวิธี ทั้งนี้เจ้าหน้าที่จะต้องวิเคราะห์ความเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ของตนเองให้ออกว่า มีลักษณะไหน มีบุคลากรอย่างไร คือ เราต้อง "รู้เขา" ให้มากที่สุด แล้วหาช่องทางเข้าให้ถึงอย่างเหมาะสม ด้วยวิธีที่หลากหลาย ได้แก่

1. การติดต่อประสานงานอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ บางครั้งใช้โทรศัพท์ บางครั้งใช้หนังสือราชการ บางครั้งไปหาด้วยตัวเอง แล้วแต่สถานการณ์
2. การสร้างสัมพันธภาพส่วนบุคคล "กินข้าวด้วยกัน คุยกันเมื่อพบกันทั้งทางการและส่วนตัว"
3. การช่วยเหลืองานกันและกันโดยคิดว่า "งานเรา งานเขา เราต้องช่วยกัน" เพราะสุดท้ายแล้วผลลัพธ์ของงานก็จะตกอยู่กับประชาชน
4. ไม่ถือพรรคถือพวกและให้เกียรติ ไม่ทำงานข้ามหน้าข้ามตา
5. ตั้งให้เป็นคณะกรรมการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน
6. การเข้าร่วมรับฟังการประชุมของสภาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
7. เชิญมาเป็นวิทยากร
8. การเชิญมาเป็นประธานเปิดงาน เปิดการประชุม มอบรางวัล
9. การขอใช้สถานที่เพื่อจัดการประชุม

16.) การแสวงหาแหล่งสนับสนุนและค้นหาต้นทุนการทำงานชุมชน

การทำงานชุมชนจะสำเร็จได้ จะอาศัยกำลังจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างเดียวคงไม่พอ เพราะงานพัฒนาสุขภาพเกี่ยวข้องกับเรื่องต่างๆหลายเรื่อง ทั้งเรื่อง เศรษฐกิจ การศึกษา สิ่งแวดล้อม วิถีชีวิตชุมชน วัฒนธรรม และต้องเกี่ยวข้องกับหน่วยงานราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วย การทำงานชุมชนจึงต้องมองอย่างรอบด้าน ทั้งเรื่องประเด็นปัญหา สาเหตุของปัญหา ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งเรื่องเจ้าภาพว่าใครหรือหน่วยงานใดเป็นเจ้าของเรื่อง และที่สำคัญจะต้องพิจารณาถึงต้นทุนที่ใช้ในการทำงานชุมชนด้วย ต้นทุนที่สามารถนำมาใช้ในการทำงานชุมชน ได้แก่

1. ทุนทางสังคม

ทุนทางสังคม ในที่นี้หมายถึงบุคคล กลุ่มคน องค์กร และรวมถึงทุนทางวัฒนธรรมของชุมชน ซึ่งมีอยู่แล้วในชุมชนที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะต้องค้นหาให้พบและดึงศักยภาพของชุมชนมาพัฒนาชุมชนของเขาเอง ได้แก่

- 1.1 บุคคล คือ คนที่เป็นคนเก่ง คนดี นักคิด บุคคลเหล่านี้ไม่ได้ไปรวมกลุ่มกับใคร บางทีไม่มีตำแหน่งทางสังคม แต่เป็นผู้ที่ชาวบ้านยอมรับ นับถือ ศรัทธา เช่น ปราชญ์ชาวบ้าน หมอสมุนไพร ผู้นำศาสนา ข้าราชการเกษียณอายุ คนเก่าคนแก่ของชุมชน เป็นต้น
- 1.2 กลุ่มองค์กรชุมชนที่ชาวบ้านรวมกลุ่มกันดำเนินกิจกรรมที่เขาสนใจ เช่น กลุ่มผักปลอดสารพิษ กลุ่มอนุรักษ์ป่า กลุ่มอนุรักษ์ลำน้ำ กลุ่มอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มเยาวชน กลุ่มจักสาน กลุ่มน้ำพริก กลุ่มออมทรัพย์ ตำรวจบ้าน อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน ฯลฯ
- 1.3 กลุ่มแกนนำชุมชนที่เป็นทางการ เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น
- 1.4 ทุนทางวัฒนธรรมที่ช่วยปลุกฝัง สร้างจิตสำนึกรักท้องถิ่น เช่น การบายศรีสู่ขวัญ การสืบชะตาแม่น้ำ การบวชป่า การลงแขก

ทุนทางสังคมเหล่านี้มีอยู่แล้วในชุมชน เพียงแต่เจ้าหน้าที่จะต้องวิเคราะห์ให้ได้ว่า “จะดึงศักยภาพคนกลุ่มไหน หรือใช้ทุนทางวัฒนธรรมอะไร” มาช่วยหนุนกระบวนการทำงานได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับวิถีชุมชน

2. ทุนที่เป็นหน่วยงานหรือสถาบัน

ทุนที่เป็นหน่วยงานหรือสถาบัน ได้แก่ หน่วยงานราชการต่างๆ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น วัด โรงเรียน รวมทั้งองค์กรภายนอกที่เข้ามาสนับสนุนชุมชน

3. ทุนที่เป็นตัวเงิน(งบประมาณ)

3.1 แหล่งสนับสนุนงบประมาณจากภายในชุมชน

แหล่งสนับสนุนงบประมาณจากภายในชุมชน สามารถหาได้จากการระดมทุนจากสมาชิกในชุมชนในรูปแบบต่างๆ เช่น การลงหุ้น การขอบริจาค การทอดผ้าป่า การจัดงานหาเงิน รวมทั้งการขอสนับสนุนทุนจากกลุ่มองค์กรต่างๆที่มีอยู่ในชุมชนด้วย เช่น จากกองทุนหมู่บ้าน กองทุนผู้สูงอายุ กองทุนออมทรัพย์ กองทุนธุรกิจชุมชน กองทุนร้านค้าชุมชน เป็นต้น

แหล่งสนับสนุนด้านงบประมาณจากภายในชุมชนนี้มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพราะหากชุมชนได้ลงทุนลงหุ้น และสนับสนุนงบประมาณ จะทำให้ชุมชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ ห่วงแหน และจะเฝ้าติดตามการทำงานอย่างใกล้ชิด

3.2 แหล่งสนับสนุนงบประมาณจากภายนอกชุมชน

แหล่งสนับสนุนงบประมาณจากภายนอกชุมชน ทั้งนี้ต้องอาศัยความสามารถในการประสานงานและการเขียนโครงการเพื่อเสนอขอของบประมาณ ได้แก่

- 1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล) ซึ่งส่วนใหญ่จะสนับสนุนงานสร้างสุขภาพสำหรับประชาชนในรูปแบบต่างๆ เช่น การจัดแข่งกีฬา สนับสนุนอุปกรณ์/เครื่องเล่นกีฬา การควบคุมโรคในท้องถิ่น การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข(การอบรม การศึกษาดูงาน) รวมทั้งการสนับสนุนโครงการที่ทางสถานีอนามัยส่งเข้ามา บางครั้งก็สนับสนุนเป็นวัสดุอุปกรณ์ หรือสิ่งอำนวยความสะดวกในการทำงาน เช่น การสนับสนุนค่าตอบแทน(ในบางงาน) สนับสนุนค่าอาหาร สนับสนุนชุดกีฬา ชุด อสม. เป็นต้น
- 2) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.) ตามที่เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยและ/หรือองค์กรชุมชน เขียนโครงการเสนอขอไป
- 3) งบประมาณจากองค์การบริหารส่วนจังหวัด(อบจ.)
- 4) งบประมาณจากนักการเมือง
- 5) งบประมาณจากผู้ว่าซีอีโอ

17.) การดูผลสำเร็จของการทำงานชุมชน

เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติไม่ควรหวังวิตกว่าทำงานแล้วจะไม่ได้ตามเกณฑ์ตัวชี้วัด เป้าหมายและตัวชี้วัดที่ทางราชการส่วนต่างๆ กำหนดไว้ เราต้องมองให้ทะลุให้ถึงเป้าหมายสุดท้ายจริงๆ (Goal) ในที่นี้คือ “ชุมชนเข้มแข็งและชุมชนสามารถจัดการตัวเองได้” เราต้องตั้งใจให้แตกก่อน แล้วค่อยเข้าสู่วิธีการทำงาน ซึ่งวิธีการทำงานต้องมีกระบวนการที่ทำให้ชุมชนได้มีกระบวนการเรียนรู้ชุมชนของเขาเองด้วย ผลสำเร็จและตัวชี้วัดที่วางไว้แต่ต้นจะออกมาเอง และเราสามารถหยิบผลสำเร็จในกิจกรรมนั้นๆ มาตอบตัวชี้วัดได้ “แม้ว่าจะช้าซักหน่อย แต่มันก็จะให้ผลที่ยั่งยืน” เพราะในกระบวนการทำงานเราไม่ได้มุ่งไปที่ผลสำเร็จของกิจกรรมแต่เพียงอย่างเดียว แต่เรามองที่กระบวนการพัฒนาด้าน ที่ได้มีกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชนด้วย”

ผลที่เกิดขึ้นจากการทำงานชุมชนส่วนใหญ่ไม่สามารถวัดออกมาเป็นตัวเลขในเชิงปริมาณได้ แต่เราจะเห็นความเปลี่ยนแปลง เห็นพัฒนาการของชุมชน(ทั้งดีขึ้นและเลวลง)ในเชิงคุณภาพ ความสำเร็จของชุมชน ไม่ได้หมายถึงผลงานที่เป็นรูปธรรมเท่านั้น ยังหมายรวมถึง ความคิดและจิตสำนึกของคนในชุมชนด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงต้องติดตาม วิเคราะห์ ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในชุมชนอยู่เสมอในประเด็นต่างๆ ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงของคน จะดูว่ามีแกนนำเกิดขึ้น มีการขยายตัวของแกนนำที่จะทำงานรวมกัน เป็นพลังในการขับเคลื่อน ทั้งที่เป็นเครือข่ายแกนนำชุมชนภายในหมู่บ้านและระหว่างหมู่บ้าน แกนนำชุมชนตระหนักปัญหา เริ่มมีการรวมกลุ่ม มีการทบทวนตนเอง วิเคราะห์ตนเอง แล้วพยายามชวนกันคิดค้นหาทางออกในวิถีทางวัฒนธรรมชุมชนมากขึ้น
2. ประชาชนในพื้นที่มีการตื่นตัว ตระหนักรู้ในการเฝ้าระวังและดูแลสุขภาพของตนเองเพิ่มมากขึ้น ประชาชนสนใจและเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมของชุมชนมากขึ้น
3. ดูความสำเร็จในตัวกิจกรรมว่า เป็นไปตามจุดมุ่งหมายที่วางไว้หรือไม่ ผลของบางกิจกรรมจะเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น และสุดท้ายความสำเร็จในกิจกรรมต่างๆ จะย้อนกลับมาที่ “คน” ทำให้คนได้เรียนรู้และเปลี่ยนแปลงตัวเอง มาเป็นการช่วยเหลือเกื้อกูลกันมากขึ้น
4. สังเกตแกนนำชุมชนและชาวบ้านมีความพึงพอใจหรือไม่ มากน้อยแค่ไหน
5. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสุขในการทำงานเพิ่มขึ้น

ความสำเร็จที่เกิดขึ้นดังกล่าวข้างต้น เป็นผลที่เกิดจาก “กระบวนการทำงาน” ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มองค์กรชุมชนและประชาชน ส่วนผลผลิตของกิจกรรมตามเป้าหมาย(ตัวชี้วัด)ในเชิงปริมาณนั้นจะเป็นผลที่ตามมาทีหลัง ซึ่งสุดท้ายแล้วเจ้าหน้าที่สามารถดึงผลงานนั้นออกมาตอบตัวชี้วัดนั้นๆ ได้

18.) เงื่อนไขและปัจจัยเอื้อในการทำงานชุมชน

เงื่อนไขและปัจจัยเอื้อในการทำงานชุมชนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มี 5 ปัจจัยหลัก คือ

1. เงื่อนไขของตัวเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ที่มีวิสัยทัศน์ วิธีการที่เอาชุมชนเป็นตัวตั้งในการพัฒนา งานทุกอย่างที่ลงชุมชนต้องทำให้ชุมชนเป็นเจ้าของ ชุมชนต้องจัดการเอง ยึด “ความสุขของชุมชนในพื้นที่เป็นเป้าหมายในการ

ทำงาน" ความสุขที่ว่านี้ไม่ได้หมายถึงเฉพาะเรื่องสุขภาพเท่านั้นแต่รวมถึงทุกเรื่องและทำทุกเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความสุขของชุมชน เจ้าหน้าที่ต้องพิจารณาและเลือกวิธีทำงานให้ได้ว่า "สิ่งไหนควรทำตามนโยบาย สิ่งไหนต้องปรับแต่ง และสิ่งไหนที่ต้องกล้าพอที่จะปฏิเสธนโยบาย

2. เงื่อนไขของความเป็นเอกภาพของทีมงานในศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อนร่วมงานมีความเข้าใจซึ่งกันและกัน มีการการวางแผนการทำงานร่วมกัน

3. เงื่อนไขของผู้บังคับบัญชา เจ้าหน้าที่ที่จะทำงานชุมชนได้อย่างมีความสุข หรือมีความสุขที่ได้ทำงานชุมชนได้นั้น "ผู้บังคับบัญชาจะต้องเข้าใจการทำงานชุมชน และเอื้อให้ทำ" ในขณะเดียวกัน คนทำงานก็ต้องมีวิธีทำงานที่จะต้องชักชวน โน้มน้าวผู้บังคับบัญชาให้เข้าใจเรื่องชุมชน และลงมาทำงานร่วมกันได้

4. เงื่อนไขเชิงนโยบาย การทำงานชุมชนให้ชุมชนลุกขึ้นมาจัดการชุมชนของเขาเองได้ เป็นงานเชิง "กระบวนการ" ที่ต้องอาศัยเวลา ค่อยเป็นค่อยไป ไม่สามารถกำหนดไว้ล่วงหน้าได้ว่าจะสำเร็จเมื่อไหร่ การกำหนดเวลาแล้วเสร็จตามเงื่อนไขของงบประมาณ จะเป็นตัวบั่นทอนและทำลายกระบวนการทำงานชุมชนได้ "ส่วนกลางควรมหาโอกาสลงมาศึกษา ดูงานพื้นที่บ้าง เพราะการสนับสนุนสิ่งต่างๆที่ผ่านมามีไม่ตรงกับความต้องการของชุมชน การลงมาศึกษา ดูงานในพื้นที่จะทำให้เข้าใจชุมชนและเข้าใจวิถีการทำงานของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ การพบกันระหว่างส่วนกลางกับพื้นที่(ทั้งชาวบ้านและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ)จะช่วยลดช่องว่าง(ความห่าง) จะทำให้เกิดความเข้าใจกันดี และมีช่องทางในการสนับสนุนที่ถูกต้อง"

5. เงื่อนไขการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน ทั้งแกนนำชุมชน ประชาชน เจ้าหน้าที่ของรัฐ และของท้องถิ่น

19.) ข้อพึงระวังในการทำงานชุมชน

การทำงานชุมชนมีข้อควรพึงระวัง ดังนี้

1. การทำงานชุมชนที่ได้ผล ไม่ว่าจะเป็นงานอะไร เรื่องอะไร ควรทำความเข้าใจให้ชุมชนได้มองเห็นคุณค่า และประโยชน์ที่ชุมชนจะได้รับก่อน
2. ไม่เร่งรีบแต่ค่อยๆทำมีกระบวนการอย่างต่อเนื่อง
3. จริงจัง จริงใจ เต็มใจ ไว้ใจ เสมอต้นเสมอปลาย
4. ควรยืดเวลาทำงานตามความสะดวกของชุมชน
5. ต้องไม่นำนโยบายสู่การปฏิบัติโดยตรง แต่ควรแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติให้สอดคล้อง เหมาะสมกับวิถีชุมชน
6. สิ่งที่พูดไปแล้วอย่าคืนคำ
7. ควรพูดจาภาษาชาวบ้าน "จากภาษาวิชาการ เป็นภาษาชาวบ้านที่เข้าใจง่าย"
8. การเปิดโอกาสให้ชุมชนได้คิดเอง ทำเอง เลือกหรือปฏิเสธความหวังดี(โครงการ กิจกรรมต่างๆ)ได้อย่างอิสระ
9. ความต่อเนื่องของงานในชุมชน
10. เจ้าหน้าที่ต้องวางตัวเป็นกลางทางการเมืองทั้งระดับชาติและระดับท้องถิ่น
11. การเสนอคำตอบแทนให้กับอาสาสมัครชุมชนมีทั้งข้อดีและข้อเสีย ควรรอบคอบ
12. ควรทำงานที่เล็กและง่ายก่อนที่จะทำงานใหญ่และยาก จากนั้นค่อยขยายขยายจากเล็กง่ายไปใหญ่ยาก
13. การทำงานกับชุมชนต้องระวังการครอบงำทางความคิด ต้องไม่ทำงานแบบสั่ง ชี้นำ หรือบอกให้ชุมชนทำ
14. ไม่ทำแทนชาวบ้าน ควรให้ชุมชนคิดเอง ทำเอง

กรณีศึกษาบทเรียนการทำงานชุมชน

ทำงานชุมชนอย่างไร ให้เกิดพลังทุกภาคส่วน

PCU นิเวศน์ ทำงานแบบพหุภาคีก่อเกิดเครือข่ายการทำงาน ศูนย์สุขภาพชุมชนนิเวศน์ ทำงานประเด็น "งานหลักประกันสุขภาพ" โดยได้ดึงภาคส่วนต่างๆให้เข้ามามีส่วนร่วม จนเกิดความสำเร็จผล วิธีการ ใช้หลักการคือ ให้ชุมชนเป็นแกน ส่งเสริมการมีส่วนร่วมแบบสมัครใจ ให้ได้ใจเขาก่อน โดยเจ้าหน้าที่ต้องเป็นแบบอย่าง แสดงให้เห็นถึงความเสียสละเพื่อตนเองและส่วนรวม พร้อมทั้งมีการสร้างแรงจูงใจ กระตุ้นการทำงานอย่างต่อเนื่อง โดยใช้การประกวดเป็นเครื่องมือทำงาน เช่น ประกวด อสม. ดีเด่น ประกวดบ้านสะอาด การทำงานในชุมชนต้องพยายามดึงงบประมาณมาสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากแหล่งต่างๆที่ใกล้ที่สุดคือ งบประมาณจากท้องถิ่น ประการสำคัญคือ สร้างการประสานจากทุกภาคส่วน คือ PCU : อบต. : อสม. : แกนนำชุมชน

การสร้างการมีส่วนร่วมในศูนย์สุขภาพชุมชนคือ การตั้งคณะกรรมการบริหารศูนย์ฯ โดยเป็นตัวแทนจากภาคประชาชน 3 คน จากส่วนเจ้าหน้าที่ 4 คน แล้วตั้งตัวแทนจาก อบต. เป็นเลขานุการ

สร้างคำว่า พหุภาคี เป็นกลไกขับเคลื่อนงาน ตัวแทนภาคีมาจากหมู่บ้านละ 4 คน มีการแบ่งบทบาทหน้าที่การทำงานทุกคน มีการตั้งศูนย์ประสานงานอยู่ที่ PCU เพื่อใช้เป็นจุดศูนย์กลางการทำงานโดยเป็นจุดประชาสัมพันธ์ จุดรับเรื่องราวร้องทุกข์ รวมทั้งเป็นจุดนัดพบ อสม. ทุกเดือน นอกจากนี้ยังมีการประชาสัมพันธ์เสียงตามสายผ่านเทศบาลตำบลละ 2 วัน ใช้การศึกษาดูงานเป็นเครื่องมือหนึ่งเพื่อจุดประเด็นความสนใจให้เห็นว่าที่อื่นทำงานอย่างไร มีสิ่งดีๆอะไรบ้าง ทั้งนี้ได้พาคณะทำงานเครือข่ายไปดูงานที่ อบต.น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ดันแบบในการให้ทุนลูกหลานชาวบ้านไปเรียนพยาบาลแล้วกลับมาทำงานที่ อบต. ร่วมกับ ศูนย์สุขภาพชุมชน

คุณเปรมสุข กล่าวว่า หลักการทำงาน "ดูแลประชาชนให้มีสุขภาพดีที่สุด" ครอบคลุมเจ้าหน้าที่เองต้องเป็นต้นแบบ ด้านทีมงานต้องสร้างขวัญกำลังใจ สร้างกระบวนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง สร้างความรู้ตลอดเวลา

การเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวผ่านวิถีชุมชน ใช้หลัก 5 อ

PCU กุดรัง อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม "กระบวนการทำงาน มีหลักสำคัญคือ การสร้างทีมงาน ซึ่งได้แก่ 5 อ อันได้แก่ อบต. อสม. อำเภอ. อพปร. และอสม. (อาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ)" การสร้างทีมวิทยากรกระบวนการ อันเป็นทีมงานที่อยู่ใน อบต. เป็นตัวขับเคลื่อนที่สำคัญ ที่ใช้สร้างกระบวนการจัดเวทีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ใช้การประชุมหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกเดือน โดยมี อบต. เป็นเจ้าภาพ โดยให้ อสม. หมู่บ้านละ 1 คนเข้าร่วม ประชุมนำเสนอปัญหาเข้าเวที ปัญหาได้มาจากการจัดประชาคมหมู่บ้าน เวลาทำประชาคมใช้สมุดบันทึกลงนามผู้เข้าประชุมในหมู่บ้านพร้อมทั้งบันทึกปัญหาที่ได้ พร้อมข้อเสนอแนะเพื่อนำเข้าสู่ที่ประชุมประจำเดือนของ อบต. และปัญหาบางเรื่องหากแก้ไขได้ไม่ต้องรอเข้าสู่แผน ดำเนินการได้ทันที อบต.จะให้เกียรติหน่วยงานต่างๆ ในการทำงาน อบต. สนับสนุนการทำงานชุมชนดังนี้

- การสร้างครอบครัวผาสัก โดยคณะทำงานจะลงไปทุกพื้นที่เชิญทุกครอบครัวเข้าร่วม พูดคุยแลกเปลี่ยนปัญหากัน ร่วมกันค้นหาสาเหตุ ค้นหาครอบครัวตัวอย่าง ให้เล่าความสำเร็จของชีวิตในครอบครัวนั้นให้กัน ฟัง เวลาว่างก็จะมอบรางวัลครอบครัวต้นแบบเหล่านี้ ถือเป็นการสร้างกระแสที่ดี

- การอบรม อสม 40 คน ทำการสำรวจผู้สูงอายุ และให้ อสม สำรวจปัญหา ให้คำแนะนำดูแล พร้อมทั้ง อบรม จัดสรรเงินสวัสดิการเป็นเบี้ยยังชีพคนละ 300 บาท ให้เป้าหมายหมู่บ้านละ 5 คน
- สนับสนุนยาสามัญประจำบ้านครอบครัวละ 1 ชุด มียา 14 รายการ 1800 ครอบครัว ภายใต้โครงการ คัดกรองผู้บริโภค การใช้ยาที่เหมาะสมในชุมชน
- สนับสนุนโรงเรียนในการฟื้นฟู สืบทอดศิลปะ วัฒนธรรมประเพณีท้องถิ่น โครงการ 1 โรงเรียน 1 เอกลักษณ์ โรงเรียนละ 30,000 บาท เช่น โปงลาง ศิลปะแม่ไม้มวยไทย
- สนับสนุนเศรษฐกิจพอเพียง โดยการพาผู้นำไปดูงานหมู่บ้านที่มีแนวคิดดังกล่าว แล้วกลับมาส่งเสริมให้ หมู่บ้านต่างๆ ได้ทำ โดยจัดให้มีการประกวดแข่งขันกันระหว่างหมู่บ้าน เรื่องการจัดทำบัญชีครัวเรือน การปลูกพืชผักสวนครัวกินเอง
- การมีศูนย์วัฒนธรรมท้องถิ่นเป็นจุดศูนย์รวม สืบสานการสร้างคุณค่าคอนปตา มีประเพณีสงปู ให้คุณค่า ผู้สูงอายุ โดยจัดประเพณีรดน้ำ การตรวจสุขภาพ
- มีการประเมินกิจกรรมต่างๆ ที่ได้ดำเนินไป ผ่านแบบสอบถามลงไปในแต่ละหมู่บ้าน

ความคิดเห็น อบต. " จะทำงานอะไรต้องคิดว่าเงินทุกบาททุกสตางค์เป็นภาษีของประชาชน ไม่ใช่เงินเรา ไม่ใช่ ทำเพื่อเป็นฐานเสียง ผู้นำต้องเสียสละ มีเจตนาที่ดีในการอยู่ในตำแหน่ง ทำงานผสมผสานทุกด้าน"

มุมมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อการพัฒนางานสุขภาพในชุมชนคือ การทำงานกับชุมชนต้องศึกษาอย่างลึกซึ้ง เน้นให้เห็นปัญหาอย่างแท้จริง การพัฒนาสุขภาพชุมชนให้มีคุณภาพต้องลงไปในชุมชนโดยใช้การเยี่ยมบ้าน พูดคุยให้คำปรึกษาเรื่องสุขภาพ ให้ความเป็นกันเองกับชาวบ้านเสมือนญาติ เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนเท่าที่จะทำได้ ว่าจะจะเป็นงานบุญหรือการเจ็บป่วย ให้ความจริงใจกับเครือข่ายที่ทำงานร่วมกันเช่น อบต อสม และทำตนเป็นแบบอย่างและเป็นที่ปรึกษาแก่เครือข่าย มีการแสวงหาความรู้จากแหล่งต่างๆ อยู่สม่ำเสมอการจะดูความสำเร็จจากการทำงานนั้นวัดจากเสียงสะท้อน การมีปฏิกิริยาตอบรับหรือการต่อต้านว่ามีหรือไม่อย่างไร อีกประการหนึ่งคือ สถานพยาบาลผ่านมาตรฐาน

ปัจจัยความสำเร็จได้แก่ ในสถานบริการคือการทำงานเป็นทีม การมีส่วนร่วมจากภาคีทุกภาคส่วน การได้รับความศรัทธาและการยอมรับ ความสามัคคี การเสียสละ และการมีจิตใจรักในการทำงานชุมชนของคนในองค์กร สำหรับในชุมชนนั้นต้องเข้าใจบริบทชุมชน และการทำงานไม่ควรคิดว่าเราเป็นเจ้านาย หรือเจ้าหน้าที่ ต้องคิดว่าเราเป็นคนของชุมชนคนหนึ่ง อีกประการคือครอบครัวต้องยอมรับสนับสนุนการทำงาน

การสร้างความร่วมมือระหว่างกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน

PCU เฉลิมพระเกียรติ สระแก้ว จากภาระงานที่เพิ่มขึ้นทำให้เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขต้องหาเครือข่ายมาร่วมทำงาน

การพัฒนาแกนนำให้มาร่วมทำงาน เน้นการพัฒนาศักยภาพ อสม ให้มีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งจะเป็นแกนนำ ต่อเนื่อง กระบวนการที่ ได้ทำคือ การฝึกให้ อสม ได้วิเคราะห์ชุมชนโดยใช้เครื่องมือการศึกษาชุมชนอย่างง่าย ๆ เมื่อได้ปัญหาจะนำมาสู่เวทีประชุม เพื่อจัดทำโครงการแก้ไข เมื่อดำเนินการแล้วเสร็จต้องมีการประชุมสรุปผล ประเมินผลแบบแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน มีการหมุนเวียนหน้าที่ระหว่างกัน การพา อสม ไปดูงานก็เป็น

เครื่องมืออย่างหนึ่งที่ทำให้หูตากว้างไกลขึ้น นอกจากนี้ยัง มีการใช้เวทีประชุมประจำเดือนของอำเภอคือการประชุมกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน โดย อสม. จะส่งประเด็นให้ ปลัดอำเภอช่วยกระจายข่าวให้กับผู้นำหมู่บ้าน ทำให้เกิดความเคลื่อนไหวของงานอย่างต่อเนื่อง

การทำงานชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องทำบทบาทที่เลี้ยงประกบคู่ อสม. เวลาลงชุมชน เมื่อเห็นว่าเข้มแข็งแล้วจะปล่อย ให้ทำเอง ที่นี้ อสม.จะไปสร้าง อสม.น้อย (นักเรียน) ต่อ การปลูกฝังความคิดถึงการเป็น อาสาสมัคร จะเน้นถึงคำว่า การทำบุญ การกุศล

เจ้าหน้าที่จะพยายามสอดแทรกเรื่องแนวความคิดดูแลสุขภาพแก่ทุกองค์กร สื่อเรื่องสุขภาพให้มากขึ้น จะถ่ายทอดการทำงาน การทำงานกับองค์กรชุมชน งานต้องต่อเนื่อง อย่าทำเรื่องซ้ำๆซากๆ เจ้าหน้าที่ต้องรู้ให้มากกว่าชาวบ้าน ระวังช่องว่างระหว่าง อบต. กับผู้ใหญ่บ้าน อย่าดูถูกความคิดชาวบ้าน การจัดความขัดแย้งระหว่างอบต. ผู้นำหมู่บ้านคือ สร้างโอกาสให้ทั้ง 2 ส่วนได้รวมวงสนทนากันให้มากขึ้น

ศักยภาพผู้สูงอายุ การนำมาเป็นแกนนำสร้างสุขภาพในชุมชน

PCU แม่वंศ์ นครสวรรค์ พื้นที่แม่वंศ์ มีความสำเร็จในการส่งเสริมชมรมสร้างสุขภาพโดยอาศัยแกนนำผู้สูงอายุ โดยพื้นฐานพื้นที่แห่งนี้ดำเนินการเรื่องกีฬาในกลุ่มเยาวชน การจัดกีฬาชุมชนแข่งขันระหว่างหมู่บ้าน ตำบล ได้รับรางวัลมากมาย ต่อมาได้หันมาสนใจกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีพลังอยู่แล้วทั้งนี้ กลุ่มผู้สูงอายุจะมีการรวมตัวโดยธรรมชาติที่วัดอยู่แล้ว เมื่อมีการส่งเสริมด้านการออกกำลังกายขึ้นมา ก็เป็นเรื่องง่ายที่จะทำการชักชวน ในพื้นที่ผู้สูงอายุรวมกลุ่มกันทำเรื่องจักสาน การทอดผ้า การทำพรมเช็ดเท้า เจ้าหน้าที่ก็ลงไปหา ไปพูดคุยดูว่าแต่ละคนความสามารถด้านไหน เช่นลักษณะเป็นผู้เฒ่า การเข้าหา อสม. ต้องใช้ท่าที่อ่อนน้อม ไม่สั่งการ เป็นการพูดที่ให้ได้ใจเขาก่อน ต้องมีการต่อเนื่องในการติดต่อ การทำกิจกรรมต้องมีการทบทวนกันเป็นประจำ เจอกันทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์ ผ่านการออกกำลังกาย พยายามดึงเอาวัฒนธรรมท้องถิ่นออกมาประยุกต์ใช้ การรำกลองยาว เชิง มาใช้ในการออกกำลังกาย ไม่หนักเกินไปเร็วเกินไป ผลที่ตามมาคือผู้สูงอายุหมั่นออกกำลังกาย รวมตัวกันเป็นกลุ่มก่อน คิดค้นทำทางออกกำลังกายกันเองโดยประยุกต์จากท่ารำกลองยาวอันเป็นวัฒนธรรมท้องถิ่น

ความสำเร็จที่เกิดขึ้น เกิดชมรมผู้สูงอายุ มีเงินกองทุนเป็นแสน เงินนั้นได้เริ่มต้นจากการทอดผ้าป่า ได้มา 2-3 หมื่น ต่อมา อบต. เห็นความเข้มแข็งให้สนับสนุนการทำงานอีก พอเริ่มมีชื่อเสียงขจรขยายทางอำเภอก็ลงมาสนับสนุนให้ไปเผยแพร่พื้นที่อื่นๆ สิ่งที่ทำมาเป็นการยกคุณค่าของผู้สูงอายุให้เป็นต้นแบบด้านสุขภาพ และการสอนลูกหลาน บางครั้งสามารถสอดแทรกงานผ่านไปยังกลุ่มเป้าหมายอื่นๆได้ เป็นต้นแบบในการรวมกันเป็นกลุ่มเป็นก้อน การช่วยเหลือสังคม เหมือนบ้านมีชื่อมีแป ลูกหลานทำไม่คิดจะเสียหน้า การทำงานกับผู้สูงอายุ ต้องระวังการใจน้อย อย่าทิ้งให้เป็นปัญหา ต้องรับสละสาง หัวใจความสำเร็จคือ เข้าไปคลุกคลี จริงใจ ไม่มีเหลี่ยมกับชุมชน ไปโรงโ

กระบวนการ สร้างทีมงาน ให้ลงไปทำงานชุมชน

PCU นาบัว อำเภอ นครไทย พิษณุโลก อำเภอ นครไทยเป็นอำเภอที่อยู่ห่างจากเมืองพิษณุโลกมากที่สุด ตั้งอยู่ใกล้แนวเขาภูหินร่องกล้า พื้นที่และประชากรมีความแตกต่างทั้งชาวไทย และชาวภูเขา ทั้งสำเนียงภาษาก็มีความเป็นเอกลักษณ์โดดเด่น บทเรียนที่นี้คือการสร้างทีมงาน

นาบัว ทำประเด็นเรื่องเบาหวาน ลำพังเจ้าหน้าที่ทำเองยาก เพราะการคัดกรองค่อนข้างมาก เหตุเพราะประชาชนเริ่มเป็นเบาหวานมาก จะต้องหาแกนนำช่วย การจะได้มาซึ่งแกนนำ เจ้าหน้าที่ต้องสร้างทีมงานให้ชาวบ้านเป็นพวกเรา กระบวนการสร้างความรู้เพื่อให้เข้าใจวิธีการทำงานกับชุมชน จึงต้องเริ่มขึ้น โดยใช้เวทีวิชาการเป็น

เครื่องมือการทำงาน นอกจากนั้นจะมีเวทีชุมชน นั่นคือ การพากลุ่มเจ้าหน้าที่เข้าร่วมประชุมเมื่อมีเวทีวิชาการต่าง ๆ เวทีชุมชน แล้วนำมาแลกเปลี่ยนกันต่อไปแล้ว ได้อะไร หลังจากนั้นจะฝึกให้เขียนโครงการ โดยการมาประชุม ร่วมกันว่าจะทำอะไรดี โดยมีแหล่งทุน ที่สนับสนุนอยู่แล้ว เช่น PCU ในฝัน โครงการ ส.ส.ส. เป็นต้น เมื่อโครงการ ได้รับอนุมัติมา จะเริ่มดำเนินการ ทั้งนี้แต่ละโครงการหากมีเรื่องชุมชนเกี่ยวข้อง ต้องเตรียมแกนนำ ซึ่งส่วนใหญ่คือ อสม. ต้องฝึกให้แกนนำมีทักษะความรู้ในการคัดกรอง ฝึกการแปลความหมาย ฝึกเจาะเลือด ฝึกวัดความดัน หลังจากนั้น จะมอบหมายเรื่องการดูแลผู้ป่วย 1 คน บทบาทแกนนำต้องคอยแนะนำ นัดหมายกลุ่มเสี่ยง จัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงส่งให้เจ้าหน้าที่ ให้เขาสามารถจัดระบบได้ การทำงานไประยะหนึ่ง หากแกนนำเกิดล้ม จัดเวทีให้เขาได้ แลกเปลี่ยน ตัวอย่างที่ชัด เช่น ป่าจิต อสม. เจริญดี๊ ได้ให้คำแนะนำกับผู้ป่วยเบาหวานอย่างใกล้ชิด จนทำให้ไม่ต้องถูกตัดขา ทำให้ อสม. เกิดความภาคภูมิใจที่ทำได้สำเร็จ

แกนนำที่ทำงานกับสถานีนามัย หลัก ๆ คือ อสม. ที่รับผิดชอบ 10 หลังคาเรือน อสม. จะมีข้อมูลการเจ็บป่วย ข้อมูลลึกของชาวบ้าน อสม. มีพื้นที่สาธารณะที่จะมาพูดคุย คือ ที่สถานีนามัย สิ่งที่น่าใจ คือ อยากให้เขาได้ดูแลตนเอง โดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เคยมีอยู่แล้ว เช่น สมุนไพร การใช้สารชีวภาพ อสม. จะไปค้นหาคนที่เป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลตนเอง มาพูดคุยให้กับคนอื่นฟัง

กระบวนการที่เลี้ยง ต้องสร้างแรงจูงใจไม่ให้รู้สึกว่าเป็นภาระ ทีมที่เลี้ยงต้องพยายามหาข้อมูลว่าแต่ละคนไปทำอะไร มีปัญหาอะไร จะได้คำแนะนำอย่างไร ทำให้ทีมเชื่อมั่นในตัวที่เลี้ยงให้ได้ว่าสามารถช่วยได้ทุกเรื่อง

หน้าที่ที่เลี้ยง ทำให้แต่ละกลุ่ม แต่ละทีม ได้มีโอกาสมาพูดคุยกัน เช่น สัปดาห์ 2548 จัดเวทีให้แต่ละคนเล่าเรื่องที่ตนเองภาคภูมิใจให้เพื่อน ๆ ฟัง คนที่มีผลงานจะเล่าได้ คนที่ไม่มีผลงานจะอึดอัด หน้าที่ที่เลี้ยงจะกระตุ้นชี้จุดเด่นของแต่ละคนว่าเขาถนัดอะไร แล้วจัดเวทีที่ 2 ให้แต่ละคนได้แสดงออกในเรื่องที่ตนเองถนัด ประกาศออกมาว่าตนเองจะทำเรื่องอะไร เป็นการสร้างทีมงานในเจ้าหน้าที่ นอกจากนี้ ที่เลี้ยงจะต้องฝึกให้เจ้าหน้าที่ทำงานกับชุมชนให้ได้ ต้องมีโครงการ / กิจกรรมที่จะต้องไปร่วมกับชุมชน ให้โอกาสที่เลี้ยงกับชุมชนได้มาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น โดยมีเงื่อนไขว่า คิดเชิงบวก คิดในสิ่งดี ๆ แสดงความคิดเห็นในเชิงสร้างสรรค์ ที่เลี้ยงต้องคอยติดตามประสานความก้าวหน้าของการอนุมัติโครงการ คอยหาเวลา หาเวทีให้แต่ละที่ได้มาแลกเปลี่ยนกัน เจออะไร จะช่วยกันแก้ อย่างไร ทำให้เจ้าหน้าที่ทำแล้วเกิดความสุข ไม่เป็นภาระ พยายามหาโครงการให้ทำอย่างต่อเนื่อง

ปัจจัยความสำเร็จ กระบวนการพัฒนาแกนนำ ต้องพยายามสร้าง / เชื่อมโยงให้เป็นเครือข่าย มีการทำงาน / เรียนรู้กันในระหว่างชุมชน รวมทั้งการออกไปเรียนรู้นอกพื้นที่ มีพื้นที่สาธารณะในตำบล และมีเวทีเรียนรู้ประจำปี รวมทั้งการเปิดโอกาสให้กลุ่มอื่นได้มีโอกาสนำเสนอผลงานนอกเหนือจาก อสม. เช่น ให้โอกาสผู้ป่วยได้พูดเล่า การยกย่องคนทำงาน โดยการยกย่องประกาศคุณความดี การมอบใบประกาศ การให้ทุนการศึกษาแก่นุตรผู้ที่ทำดี ลักษณะแกนนำที่เกิดขึ้น คือ การเป็นต้นแบบที่ดีให้กับคนในชุมชน

ประธานคนรักษ์ท้องถิ่น นายประเจ็ด กล่าวถึงความสำเร็จของการพัฒนาแกนนำชุมชนโดยใช้ระบบเครือข่ายว่า การได้มาซึ่งแกนนำเราต้องให้ชุมชนเป็นคนคัดเลือก ต้องเลือกคนที่พร้อม ทั้งปัจจัยครอบครัว ปัจจัยเศรษฐกิจ เราจะต้องสร้างให้แกนนำกล้าแสดงออก กล้าคิด กล้าพูดและลงมือทำ เราจะต้องเชิญแกนนำแต่ละเครือข่ายมาพูดคุยค้นหาประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนและร่วมกันหาทางออก เราจะต้องจัดกลุ่มแกนนำตามที่เขาถนัด สร้างระบบการทำงานเป็นเครือข่าย เราต้องเปิดโอกาสให้แกนนำได้ออกไปเรียนรู้กับเครือข่ายภายนอก การจัดเวทีให้โอกาสได้แลกเปลี่ยนความคิด แลกเปลี่ยนผลการทำงาน

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จคือ การตั้งเป้าหมายร่วมกันในการทำงาน การมีความพร้อมของคนทำงาน การทำงานแบบต่อยอดสิ่งที่ทำได้แล้ว หน่วยงานที่เป็นพี่เลี้ยงสนับสนุน การมีเวทีของการจัดกระบวนการ และสร้างเครือข่าย และการจัดระบบการทำงาน หลักการทำงานคือ การทำงานเป็นทีมและเครือข่าย ร่วมประสานทำงานกับภาคีหน่วยงาน องค์กร เรียนรู้การทำงานกับกลุ่มองค์กรในชุมชน พัฒนาและยกระดับตนเองแบบพอดี

เป้าหมายการทำงานของผู้นำรักษาท้องถิ่นคือ การทำงานในสิ่งที่ตนเองถนัด สร้างชีวิตครอบครัวให้สมบูรณ์อยู่แบบพอดี หมั่นศึกษาหาความรู้ หาเพื่อน สร้างเครือข่าย ช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์บนโลกเดียวกัน

คุณสุวรรณา เมืองพระฝาง พี่เลี้ยงชุมชนกล่าวถึงการทำงานว่า “ กระบวนการเสริมพลังอำนาจของแกนนำชุมชนเป็นหัวใจสำคัญ เป้าหมายที่อยากเห็นคือ การสร้างคุณค่าให้กับชาวบ้าน คนธรรมดาที่ถูกกลืนให้มีการรวมพลังอำนาจมาจัดการกับปัญหาและทุกข์ของตนเองเพื่อนำไปสู่ชุมชนและสังคมเป็นสุข การจัดเวทีชาวบ้านเป็นเครื่องมือหนึ่งที่ช่วยได้ ซึ่งจะต้องอาศัย การสร้างทีมงาน ที่ทำวันเดียวไม่ได้ต้องสะสม ต่อยอดอย่างต่อเนื่อง นานหลายปี ทำแล้วต้องขยายเครือข่าย สร้างต้นแบบที่เริ่มต้นจากสิ่งดีๆ เรียนรู้จากการทำงานร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่และองค์กรชุมชน ทุกคนเป็นผู้รับผิดชอบ มีพื้นที่สาธารณะที่ทุกคนมาใช้ได้ทั้งระดับหมู่บ้านและตำบล มีการกำหนดขั้นตอนการดำเนินงานไว้ชัดเจน คือการสร้างแนวทางของชุมชนที่ทุกคนร่วมกันคิด ร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบ ร่วมประเมินผลและร่วมนำเสนอ การจะทำงานได้ดีต้อง มีการยอมรับเห็นคุณค่าของคนในทีมงานและยอมรับคุณค่าของคนในชุมชน การเรียนรู้ของแกนนำ การเปิดใจรับฟังความคิดเห็น การเรียนรู้ใหม่ เครื่องมือที่ใช้คือ หลักการแนวคิดสาธารณสุขมูลฐาน การวิจัยเชิงคุณภาพ การคิดเชิงกระบวนการและระบบ

เงื่อนไขปัจจัยที่เอื้อต่อความสำเร็จ ได้แก่ การยอมรับซึ่งกันและกัน ความไว้วางใจเชื่อใจกัน ความศรัทธาที่มีต่อกัน เงื่อนไขที่ทำให้ตนเองทำงานในชุมชนได้สำเร็จคือ การได้ทำในสิ่งที่คิด สิ่งที่กำหนดจะส่งผลให้เกิดความสุขของคนทำ ความสุขของผู้รับคือ การรับอย่างมีคุณค่าเพราะสามารถเป็นผู้ให้ในสิ่งที่ตนเองมี การยอมรับในคุณค่าของกันและกัน ทุกคนมีความดี ความเก่ง ความสามารถไม่เหมือนกันการคิดดี พูดดี ทำดี

ท้องถิ่น กับการสร้างเครือข่ายการทำงานกับชุมชนและรัฐ

คุณสมปอง นามดุง สำนักเทศบาลนาคะเพ็ญ จังหวัดหนองบัวลำภู กล่าวถึงบทบาทของการเป็นเจ้าภาพ ท้องถิ่นควรเป็นเจ้าภาพในการเชื่อมประสานกับเครือข่ายต่างๆทุกมิติ บทบาทท้องถิ่นเป็นหน่วยกระจายทรัพยากรเพื่อให้เกิดการพัฒนาที่สมดุลทั้งคุณภาพชีวิตและคุณภาพคนในชุมชน

มีฐานคิดการทำงาน คือ ต้องมุ่งมั่นในการทำงาน สร้างความรักให้เกิดในองค์กรเนื่องจากคนมีความหลากหลายวัฒนธรรม มุ่งให้คนทำงานร่วมกันอย่างมีความสุข เชื่อมมั่นในศักยภาพคนทำงาน

ท้องถิ่นควรพัฒนาทักษะการประสานงานกับส่วนต่างๆ การสร้างความสัมพันธ์ส่วนตัว แสดงให้เห็นหลักการทำงาน ใช้แผนเป็นเครื่องมือ เป้าหมายอยู่ที่ประชาชน ไม่ทำงานคนเดียว ต้องทำเป็นทีม

การหาแนวร่วมในการทำงาน การสร้างแกนนำ คัดเลือกคนที่มีความพร้อม ต้องค้นหาคนที่มีศักยภาพ คนของชุมชน คนที่รักท้องถิ่น ดึงมาทำงานร่วมกัน พร้อมทั้งเสริมศักยภาพเน้นการสร้างภาวะความเป็นผู้นำจะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมตามมา(คนดียอมเชื่อมต่อคนดีและจะมีพลังการเตรียมตนเองได้แก่ พื้นฐานการศึกษา อาจต้องมีความรู้ด้านรัฐศาสตร์ เรียนรู้วัฒนธรรมอำนาจ ธรรมชาติของคน รู้เขารู้เรา การเรียนรู้กระบวนการ การจัดการความรู้ ทักษะการทำงานชุมชน

การพัฒนาทีมงาน การพัฒนาสมรรถนะทีมงาน ใช้กระบวนการจัดการความรู้ เรียนรู้ร่วมกันเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมากกว่าที่จะใช้ฐานอำนาจตามระบบเดิมๆ การประเมินหลักจิตวิทยาการ เรียนรู้เรื่องคนเครื่องมือที่ใช้ในการทำงาน ความรัก ความศรัทธา เป็นเครื่องมือนำทาง ทำให้คนอื่นรัก พึงพอใจ อาศัยหลักจิตวิทยา ความจริงใจ สัมพันธ์ด้วยใจ

ทักษะเทคนิคที่จำเป็น คือ การประสานประโยชน์ ประนีประนอม และการสร้างพลังจากความแตกต่าง

ข้อบ่งชี้ความสำเร็จ ประชาชนมีความสุข เพื่อนร่วมงานมีความสุข ผู้บังคับบัญชามีความสุข สุดท้ายคือตัวเราเองมีความสุข หัวใจแว่วเสียงชื่นชมศรัทธา

เงื่อนไขปัจจัยที่เอื้อ ครอบคลุมเป็นแบบอย่าง (การมีจิตอาสา /จิตสาธารณะ) ครอบคลุมสนับสนุน การได้รับโอกาสที่คนอื่นให้มาต้องตอบแทน งานคือชีวิต สร้างกำลังใจให้ตนเองตลอดเวลา การได้รับการยอมรับ ความศรัทธาจากผู้อื่น

คุณพรสวรรค์ ความสำเร็จเรื่องความสมานฉันท์ในชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนนามะเฟือง เป็นอีกสถานบริการหนึ่งที่มีความสำเร็จของการทำงานที่คุณพรสวรรค์บอกว่า ชุมชนมีความสมานฉันท์ ทำงานโดยยึดแผนแม่บท องค์การชุมชนสามารถเขียนแผนงานโครงการตามความต้องการของชุมชน ความสำเร็จที่เกิดขึ้นเกิดจากการที่เจ้าหน้าที่ได้เปลี่ยนฐานคิดการทำงาน โดยยึดชุมชนเป็นศูนย์กลาง มีการใช้ทุนทางสังคม ทุนทางวัฒนธรรมเป็นฐานการพัฒนา ไม่ใช้ความรู้ของรัฐเป็นหลัก กระบวนการทำงานใช้หลักการมีส่วนร่วม และการพัฒนาศักยภาพคนทำงานทั้งในชุมชนและทีมงาน ใช้กระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม คิด / วางแผน/ทำ ประเมินผล และใช้หลักอริยสัจสี่เป็นกรอบคิดการทำงาน นอกจากนี้ยังใช้การวิจัยเป็นเครื่องมือการทำงาน มีกระบวนการวิเคราะห์ การออกแบบการดำเนินงาน การจัดกระบวนการเรียนรู้ การลงมือทำ การสรุป การถอดบทเรียนการทำงาน การคืนข้อมูลให้กับชุมชน เป้าหมายของการทำงานมุ่งให้ ชุมชน ทีมงานและผู้บังคับบัญชามีความสุข นอกจากนี้ประชาชนเกิดกระบวนการทางปัญญา รู้จักตนเอง รู้จักสังคมและรู้จักโลก ปัจจัยที่เอื้อให้ทำงานได้สำเร็จคือ การมีนโยบายที่ชัดเจน การมีทุนทางสังคมที่ดี และการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่เหมาะสม

การทำงานเป็นทีม ที่ PCU นุแปบ ลำปลายมาศ บุรีรัมย์

จากการทำงานในชุมชนที่ไม่ค่อยได้รับความร่วมมือเท่าไร อีกทั้งการพัฒนาไม่ได้ไม่ได้เกิดจากความต้องการของชุมชนจริงๆ จนแปรเปลี่ยนเป็นความสำเร็จที่เกิดขึ้นจากความร่วมมือของทีมงานตำบลนุแปบ ทั้งนี้วิธีคิดและวิธีทำงานของกลุ่มนี้ กล่าวโดยสรุปแต่ละประเด็น ดังนี้

เป้าหมายการทำงานของทีมนุแปบ คือ ทุกคนที่อยู่ในชุมชนมีความสุข ชุมชนสามารถดำเนินกิจกรรมพัฒนาสุขภาพได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง สามารถวิเคราะห์ สังเคราะห์ วางแผนการดำเนินงานบริหารจัดการ ได้ กระบวนการทำงานเริ่มจากการสร้างทีมงานและเสริมศักยภาพคนทำงาน จุดสำคัญได้แก่ อสม ที่ทางเจ้าหน้าที่ได้พัฒนาศักยภาพในการทำงานพร้อมทั้งมอบหมายหน้าที่กันอย่างเป็นระบบ มีการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบชัดเจน มีการจัดประชุมติดตามงานและเสริมสร้างความรู้อย่างต่อเนื่องทุกเดือน หลักการทำงานของเจ้าหน้าที่คือ การใช้กระบวนการทางปัญญา การทำงานเป็นทีม การพัฒนาศักยภาพคน การเน้นการพึ่งตนเองและการสร้างการมีส่วนร่วม การบริหารงานและการเป็นผู้นำ สำหรับ อสม เองนอกจากทำงานเป็นทีมแล้วการทำงานต้องมีความโปร่งใส ตรวจสอบได้ วิธีการคือ เมื่อจะทำอะไรต้องปรึกษาหารือเพื่อสร้างการรับรู้ กัน สำหรับการทำงานนั้นแต่ละคนจะ

มีวิธีคิด ต่างกัน อสมนั้นคิดว่าการทำงานต้องทำด้วยความเต็มใจ อดทน เสียสละ ต้องสร้างให้เกิดการยอมรับ การเชื่อถือ แล้วความร่วมมือจะตามมา การทำงานต้องรับฟังความคิดเห็นของคนส่วนใหญ่ สำหรับเลขานายก อบต มองว่าการทำงานต้องสนองนโยบายองค์กร ต้องเชื่อมั่นในตัวผู้นำ เชื่อมั่นในระบบการทำงาน เชื่อในเหตุผล การจะสร้างเครือข่ายการทำงาน ต้องหาคนที่อยู่ในชุมชน คนที่มีความเดือดร้อน (เมื่อมาทำงานความเดือดร้อนจะลดลง หากคนดีแล้วนำมาพัฒนาศักยภาพต่อทีหลัง สิ่งที่สำคัญสำหรับการทำงานคือ ความซื่อสัตย์ ความจริงใจ การดูแลความสำเร็จของงานคือ เสียสละท้อถอยจากประชาชน ความสำเร็จของการทำงานขึ้นอยู่กับ ครอบครัวให้การสนับสนุน คนในชุมชนให้การยอมรับสนับสนุน การดูแลความสำเร็จคือคนรอบข้างและชุมชนให้ความร่วมมือ

การทำงานที่ใช้หลักแนวคิดในหลวงเป็นสิ่งยึดเหนี่ยว คือ เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา

PCU ตำบลทุ่งขวาง พนัสนิคม ชลบุรี ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลทุ่งขวาง ถือว่าทำงานเข้าถึงประชาชน โดยดูจากการที่ประชาชน องค์กรต่างๆ ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี หลักคิดในการทำงาน คือ การทำงานต้องได้ใจจากประชาชนทุกกลุ่มก่อน โดยใช้การพูดคุย เข้าใจ เข้าถึง จริงใจต่อกัน ตรงต่อเวลา ยึดมั่นและจริงใจในการปฏิบัติงาน

กระบวนการทำงานเน้นการทำงานเชิงรุก พยายามเข้าไปเรียนรู้วิถีชุมชน เมื่อเห็นศักยภาพชุมชนจะสร้างพลังชุมชนให้ชัดเจน แล้วค่อยๆ ดึงออกมาทีละก้าว การทำงานจะใช้การทำประชาคมเพื่อการวิเคราะห์ปัญหา นำไปสู่การวางแผนแก้ไข โดยเน้นการทำงานเชิงรุกการหาต้นแบบในการพัฒนา หากาศีที่จะมาร่วมกันทำงานเช่นครู กำนัน กลุ่มผู้นำชุมชนและแกนนำที่เป็นผู้นำจริงๆ นอกจากนี้ต้องหาเครือข่ายการทำงาน เครื่องมือในการทำงาน อาศัยความจริงใจและความร่วมมือของประชาชนและกลุ่มแกนนำ โดยเราเป็นผู้สนับสนุน

เป้าหมายการทำงาน ทำให้ชุมชนมีการพัฒนาอย่างยั่งยืนสามารถจัดการระบบสุขภาพชุมชนได้อย่างยั่งยืน

หลักการดำเนินงาน คือ การค้นหาผู้ที่มีศักยภาพ สร้างทีมงานสร้างพลังชุมชนให้คิดเอง ทำเอง แบบมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน มีการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน มีความเอื้ออาทรต่อผู้ร่วมงาน พัฒนาตนเองในเรื่ององค์ความรู้ การทำงานระบบความคิด การทำงานให้ได้ประโยชน์ ทีมงานคิดร่วมกันประสานงานกันอย่างต่อเนื่อง พัฒนาไปพร้อมกัน

การดูแลสำเร็จของงาน คนทำงานมีความสุข การพัฒนาของทีมงานทำงานได้อย่างกลมกลืน ทีมเข้มแข็งสามารถปฏิบัติงานได้สำเร็จไม่ยาก

ปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จ คือ ความมีมนุษยสัมพันธ์ดี ความเสียสละอดทน ตั้งใจความ พยายาม การมีเพื่อนร่วมงานดี การทำงานเป็นทีม และเข้าใจความรู้สึกของชาวบ้าน

การรักษาเครือข่ายให้ยืนนาน ได้แก่ความมีน้ำใจส่วนตัว มีความเอื้ออาทร อธิบาย ให้ความช่วยเหลือไม่ตีราคาน้ำใจใครเป็นตัวเงิน ให้กำลังใจคนในชุมชนตลอดเวลา

มุมมอง อสม การจะสร้างความร่วมมือต้องให้ความสำคัญกับทุกคนที่ร่วมงาน กัน วิธีทำงานคือ การจัดทีมงาน การหาผู้รับผิดชอบงานต่างๆ การจัดประชุมอย่างต่อเนื่อง การเชิญชวนจัดหาสมาชิกให้มาร่วมกันทำงาน พัฒนา การจัดกิจกรรมของชมรมอย่างต่อเนื่อง มีการประเมินผลการทำงาน เงื่อนไขความสำเร็จได้แก่ การอาศัยบุคลากรที่น่าเชื่อถือมาร่วมก่อตั้งชมรม และการได้รับความร่วมมือ

บ้านปางคำ กระบวนการ 8 ดีที่เป็นเป้าหมายสู่สุขภาพชุมชน

สถานีอนามัยบ้านปางคำได้รับการกล่าวขานมานานเกี่ยวกับการทำงานที่ใช้ประเด็น 8 ดีเป็นเป้าหมายการทำงาน ทั้งนี้กระบวนการที่เกิดขึ้นเกิดจากองค์ประกอบหลายอย่างที่ย่อยหลอมทำให้ชุมชนได้อยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข เบื้องหลังความคิดเหล่านี้มีกลุ่มที่ช่วยขับเคลื่อนหลายส่วน โดยพ่อหลวงบ้านถนนอมเกียรติกล่าวถึงสิ่งที่เกิดขึ้นว่า "การทำงานชุมชน กว่าจะไปถึงฝั่งได้มีอุปสรรคมากมาย ความสำเร็จของการทำงานชุมชนคือ ความเข้าใจชุมชน การให้ความสำคัญในการอยู่ร่วมกันของทุกคน และยอมรับเรื่องส่วนใหญ่ของชุมชน เครื่องมือที่ใช้ในการทำงานคือทุนทางสังคมในชุมชนที่มีอยู่ รัฐ หน่วยงานอื่นๆเป็นส่วนหนุนเสริม เงื่อนไขปัจจัยที่สำคัญคือ ความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน ช่วยเหลือกันโดยไม่ไปพึ่งพำหน้าของรัฐอย่างเดียว ใช้ความเข้าใจกัน อยู่ร่วมกันแบบเครือญาติ โดยไม่ใช้กฎหมายเข้ามาตัดสินในชุมชน เป้าหมายของการทำงานคือ อยากให้ชุมชนมีชีวิตที่มีความอบอุ่น มีสุขภาพที่แข็งแรง โดยการพึ่งตนเองไม่หวังให้รัฐเป็นผู้ชี้แนะอย่างเดียว" หลักการทำงาน ของพ่อหลวงถนนอมเกียรติในฐานะผู้ใหญ่บ้านคือ การใช้การประชุมเป็นเครื่องมือ ซึ่งจะต้องบ่อยครั้งแบบไม่เป็นทางการ เปิดโอกาสให้ผู้ที่ไม่มีโอกาสเสนอแนะได้มีโอกาสได้เสนอแนะ รับฟังความคิดเห็นของชุมชนที่ชุมชนส่วนมากว่าดีหรือถูกต้อง สรุปร่วมกัน ทำร่วมกัน และรับผลรับร่วมกัน ทบทวนการทำงานที่ผ่านมาร่วมกัน การจะดูความสำเร็จของการทำงานดูจากชุมชนมีความเข้าใจดีขึ้นกว่าเดิม ลดปัญหาความไม่เข้าใจกันลง วิถีดูความสำเร็จคือ ชุมชนไม่ค่อยมีปัญหาอยู่ร่วมกันอย่างสงบสุข

ทีมงานเข้มแข็งที่ตำบลยอด อำเภอสองแคว จังหวัดน่าน

ตำบลยอด เป็นอีกตำบลหนึ่งที่มีความโดดเด่นของการทำงานเป็นทีมภายใต้ชื่อคณะกรรมการสุขภาพตำบล อันประกอบด้วย กำนัน สารวัตรกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อบต. หมออนามัยร่วมกันดูแลสุขภาพระดับตำบล โดยมีเป้าหมายที่จะให้เป็นตำบลน่าอยู่ ผลสำเร็จที่เกิดขึ้นขณะนี้คือ การสร้างจิตสำนึกในการสร้างสุขภาพของคนในชุมชน ผู้คนหันมาออกกำลังกาย ลดละเลิก อบายมุข หันมาปลูกผักปลอดสารพิษ เลี้ยงกบกินเอง การทำงานของทีมเกิดจาก การมีแรงใจมุ่งมั่น ศรัทธา ที่จะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น พร้อมทั้งคนทำงานมีการทำงานอย่างมีความสุข กระบวนการทำงานใช้การสร้างแนวร่วม ศึกษาดูงาน สร้างโอกาสให้คนได้ทำงานแบบมีส่วนร่วม ทุกฝ่ายมีการสื่อสาร มีระบบที่ดี รับรู้เหมือนกัน เครื่องมือที่ใช้คือ การมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัดบนความเป็นจริงของชีวิตชุมชนวัฒนธรรมชุมชน

มุมมองของผู้ใหญ่บ้านวิไลวรรณกล่าวถึงการทำงานที่ผ่านมาว่า ส่วนใหญ่ประชาชนให้ความสำคัญและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี สิ่งที่เกิดขึ้นเป็นเพราะ เราได้สร้างโอกาสให้ชุมชนได้ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมตรวจสอบ มีหลักการจัดการที่ดี เครื่องมือที่ใช้คือ การสื่อสาร การมีเวทีแลกเปลี่ยน ประการสำคัญคือ ความตั้งใจจริงของทุกคน

นายก อบต. เราได้สะท้อนความคิดเห็นว่า หลักการทำงานร่วมกันต้องมีใจเป็นสาธารณะเต็มใจ และ รักชอบงานในสิ่งที่ทำ เพราะต่างมีเป้าหมายเดียวกันคือ อยากให้ประชาชนอยู่ดีกินดี ทุกฝ่ายควรมาร่วมมือกันประสานประโยชน์ซึ่งกันและกัน

หมออนามัยได้กล่าวถึงงานที่ทำว่า การมีทีมงานที่ดีเป็นสิ่งที่สำคัญหากทีมงานมีความตั้งใจจริง ทำงานให้ดีที่สุด การทำงานก็ไม่ยาก

การยอมรับศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ที่สถานอนามัยบ้านไร่ แม่จัน เชียงราย

ศูนย์สุขภาพชุมชนแม่ไร่ตั้งอยู่ที่อำเภอแม่จัน ทีมเจ้าหน้าที่ทำงานโดยมีแนวคิดที่จะให้ชุมชนได้คิด ตัดสินใจ และลงมือทำเอง กระบวนการที่ทำได้เน้นการปลูกฝังโปรแกรมความคิด หลักการทำงาน เน้นการยอมรับศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ความเสมอภาคทางความคิด การเชื่อมโยงความคิด การบูรณาการที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต เน้นกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ทำจากเล็กไปหาใหญ่ จากในไปหานอก ห่วงใยความรู้สึกของคนในชุมชน สร้างความเป็นพวกเดียวกัน

เครื่องมือของการทำงานคือ การปรับเปลี่ยนวิธีการตามสถานการณ์ มีการยืดหยุ่นในการทำงาน ดูความแตกต่างระหว่างบุคคล คนทำงานต้องทำความเข้าใจถึงสถานการณ์ชุมชน

เงื่อนไขปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จคือ ท่าทีที่เป็นญาติพี่น้องกับคนในชุมชน การสอดแทรกทุกโอกาสที่ได้ขยายความคิด ความงามจากความต่างของบุคคล สถานที่และวัฒนธรรมชุมชน

การตั้งกฎกติกาในหมู่บ้าน ตำบลบ้านกล้วย อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา

คุณสนธยา สารวัตรกำนันหนุ่มแห่งบ้านกล้วย ได้มาเล่าถึงการทำงานในตำบลบ้านกล้วยพร้อมทีมงาน ที่กล่าวถึงความสำเร็จของการทำงานว่า "สุขภาพของประชาชนดี ฟังตนเองได้ ด้วยทรัพยากรและภูมิปัญญาในท้องถิ่น สิ่งที่เห็นคือ การมีกลุ่มองค์กรที่เข้มแข็งช่วยดูแลด้านสุขภาพ ประชาชนมีสุขภาพจิตดี ยิ้มแย้มแจ่มใสเจ็บป่วยน้อย บ้านเรือนสะอาด"

คุณกันยา และคุณสมลมาลย์ วงศ์ใหญ่ หมออนามัยได้บอกถึงความสำเร็จนั้นว่า "เกิดจาก การทำงานเป็นทีม ทุกคนในชุมชนเป็นเจ้าของชุมชน ผู้นำและชาวบ้านให้ความร่วมมือ การมีสำนึกความเป็นเจ้าของ ว่าสุขภาพต้องทำด้วยตนเอง เครื่องมือที่ใช้ในการทำงานได้แก่ เวทีประชาคม การนัดพบกันทุกเดือน การประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าว การร่วมสร้างมาตรการทางสังคม การส่งเสริมศักยภาพกลุ่มแกนนำต่างๆที่หลากหลายให้มีโอกาสแสดงศักยภาพ อาทิ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเยาวชน อสม ผู้นำชุมชน การมีกองทุนที่เข้มแข็ง"

ปัจจัยเงื่อนไขแห่งความสำเร็จนั้นเกิดจาก การมีต้นแบบให้ดู ผู้บังคับบัญชาเห็นความสำคัญ การทำงานไม่ยึดตามเวลาราชการต้องทำงานตามเวลาที่เหมาะสมไม่เบียดเบียนเวลาชาวบ้าน หัวใจความสำเร็จคือ รักงานที่ทำ เสียสละเวลา ทรัพยากร ไม่ย่อท้อต่อปัญหาอุปสรรค

ผลการสังเคราะห์ และสรุปบทเรียน การป้องกันและการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง กรณีโรคเบาหวาน

เนื้อหาสาระในส่วนนี้ แบ่งย่อยออกเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่เป็นรูปธรรม เสนอผ่านกรณีศึกษาเป็นแบบเรื่องเล่า ที่เน้นให้ครอบคลุมประเด็นต่างๆได้แก่ เป้าหมายของการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง ทั้งในมิติที่ว่า ด้วยเรื่องการคัดกรองและการรักษาเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งกรณีศึกษา ได้สะท้อนรูปธรรมของหลักคิด โดยเฉพาะประชาชน เป็นศูนย์กลาง วิธีหรือกระบวนการทำงานที่ยึดหลักการมีส่วนร่วม มีจิตอาสา และผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นทั้งกับ ผู้ป่วย ประชาชน ชุมชน และบุคลากรผู้ทำหน้าที่ให้บริการ สนับสนุน เสริมศักยภาพชุมชน ตลอดจนการเชื่อมโยง เครือข่ายการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นทั้งในระดับผู้ให้บริการและชุมชน ส่วนที่สอง เป็นการสรุปจากกรณีศึกษา ให้เห็นหลักการ และขั้นตอนของการทำงานเพื่อการป้องกันและดูแลเบาหวาน ที่ขับเคลื่อนด้วยการมีส่วนร่วมทั้งจากภาคบริการและ ภาคประชาชน

ส่วนที่ 1 รูปธรรมการทำงานเบาหวานในมิติต่าง ๆ เสนอผ่านกรณีศึกษา

1.) ผังเครือญาติกับงานเชิงรุก

“การใช้ Genogram จะให้กลุ่มเสียงเห็นว่ามียะไรที่เหมือนหรือต่างกับญาติคนที่เป็นเบาหวาน มี พฤติกรรมอย่างไร ให้คิดเองว่า ตัวเองจะเสี่ยงกับโรคหรือไม่ พฤติกรรมอย่างนั้นๆจะเสี่ยงกับเบาหวาน อย่างไร ทำให้คนเชื่อมากขึ้น”

คำกล่าวของพยาบาลที่ผันตนเองกลับสู่บ้านเกิด ความเป็นคนในท้องถิ่นเห็นพลังของเครือญาติ ผังเครือ ญาติกลายเป็นเครื่องมือที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ของคนหันมาปรับพฤติกรรมตัวเอง คุณเอี่ยมศิริ และทีมงาน โรงพยาบาลปากดุกจะช่วยถ่ายทอดเรื่องราวเพื่อขยายความว่า “ผังเครือญาติกับงานเชิงรุก” นั้นมีวิธีการทำได้อย่างไร

ทำงานในชุมชนบ้านเกิด นับเป็นต้นทุนหนึ่ง ถ้าบุคลากรมีโอกาสได้ทำงานในบ้านเกิดของตนเอง ถือ เป็นต้นทุนของการรู้จักชุมชน “ได้เห็นตัวชี้วัดการทำแฟ้มครอบครัวรู้สึกว่ายากสำหรับคนที่เกิดบ้านนั้น จะสามารถรู้ ข้อมูลเชิงลึกและวิเคราะห์ห้วงศักราได้” เป็นเหตุจูงใจส่วนหนึ่งที่ทำให้คุณเอี่ยมศิริ พยาบาลวิชาชีพกลับมาทำงานบ้าน เกิดตนเองที่ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลปากดุก ในปี 2545 หลังจากที่ทำงานเป็นพยาบาลที่โรงพยาบาลชนแดน และ ย้ายมาอยู่โรงพยาบาลหล่มสัก นับรวมเวลาทำงานในโรงพยาบาล 12 ปี การกลับเข้ามาได้พัฒนาให้ศูนย์สุขภาพ ชุมชนเป็นโรงพยาบาลตำบลปากดุก ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพตำบลที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของคน ในชุมชน คนละ 2 บาทต่อเดือน และการสมทบงบประมาณจาก อบต.เพิ่มเติม

การปรับตัวและการสร้างทีมงาน การก้าวข้ามมาทำงานในอีกองค์กรที่มีวัฒนธรรมที่แตกต่างไปจากเดิม และยังเป็นโครงสร้างที่มีสายการบริหาร การบังคับบัญชาที่แตกต่างกัน ก่อนมาประจำที่ศูนย์สุขภาพชุมชนแม้จะได้รับ การสร้างความเข้าใจแนวคิดในเรื่องศูนย์สุขภาพชุมชน รวมถึงเครื่องมือในการทำงานที่เป็นวิถีชีวิตชุมชน การ สัมภาษณ์และเรียนรู้จากผู้ป่วย แล้วก็ตาม แต่เมื่อมาปฏิบัติงานจริง ในช่วงแรกกลับดูเหมือนต่างคนต่างทำ งาน รักษาและงาน NCD เป็นหน้าที่ของพยาบาล จนระยะหนึ่งได้มีการพูดคุยกันในที่ทำงาน โดยยึดว่า “ความสุขของ เจ้าหน้าที่ต้องเป็นที่ตั้ง ทุกคนต้องแฮปปี้” มีการต่อเติมอาคารเพื่อทำเป็นที่กินอาหารของเจ้าหน้าที่ร่วมกัน ทำให้ได้

พูดคุยกันโดยเฉพาะนักวิชาการซึ่งเคยเป็นเพื่อนร่วมโรงเรียนเดียวกัน ประกอบกับมีการสำรวจความพึงพอใจของชาวบ้านต่อบริการของศูนย์สุขภาพชุมชน ทำให้เจ้าหน้าที่ปรับตัว เมื่อมีการปรับบริการแล้วเวลามีประชาคมได้เสนอเรื่องจัดการแก้ไขให้ที่เวทีประชาคมทราบ

การจัดบริการรักษามาสู่การทำงานเชิงรุก “งานรักษาเป็นงานแรกที่จะสร้างศรัทธาให้กับชาวบ้านแล้วค่อยมาทำงานสร้างสุขภาพ” ข้อคิดเห็นที่ได้รับมาจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ทำให้ในช่วงปีแรกเน้นพนักงานในเรื่องของการจัดบริการผู้ป่วยเบาหวาน โดยเจ้าหน้าที่จะมาให้บริการตรวจเลือดก่อนในช่วงเจ็ดโมงเช้า จนมีการปรับระบบระหว่างการรักษาที่จะมาตรวจในตอนบ่าย โดยแกนนำจะจัดหาเจ้าภาพมาทำข้าวต้มเลี้ยงผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถที่จะนั่งรอกินข้าวต้มหรือกลับบ้านได้ ช่วงเจาะเลือดมีการสอนออกกำลังกาย พูดคุยโดยเจ้าหน้าที่เป็นผู้นำประเด็น เวลาเที่ยงจะมีการติวเข้มกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหา ช่วงบ่ายแพทย์จะเข้ามาตรวจ หากแพทย์ไม่เข้ามาตรวจพยาบาลจะนำประวัติผู้ป่วยเข้าไปปรึกษา และวางแผนร่วมกันกับแพทย์ พร้อมกันนั้นได้ทำเรื่องการสำรวจข้อมูล โดยอสม.ทั้ง 71 คนออกแบบเก็บข้อมูลกันเอง อสม. จะทำทะเบียนเป็นคัมแยกเป็นรายหมู่บ้าน เพื่อนำมาลงในข้อมูลของโรงพยาบาลตำบล

สาแรก ไปสู่งานเชิงรุก คนตำบลปากดุกส่วนใหญ่เป็นญาติพี่น้องและเชื้อพ้องกัน ดังนั้นจากการเป็นคนในชุมชนทำให้เห็นว่า ผังครอบครัวที่ทำหากทำให้ได้มากกว่า 3 รุ่นน่าจะเป็นชุมพลังที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมคนได้ โดยช่วงแรกเริ่มศึกษาจากตระกูลตนเอง เริ่มจากนามสกุล ปุยา ตายาย ใครบ้างที่เป็นโรค มีลักษณะพฤติกรรม บทบาทผู้นำ เฉพาะตระกูลตนเองสามารถเห็นคนได้เกินครึ่งของตำบล วิเคราะห์แล้วพบว่า มีโหลตาย มีมะเร็งตับ เบาหวาน คุณเยี่ยมศิริได้ลองเอาไปทวนกับครอบครัวตนเอง สายตระกูลของตาทวดไม่มีใครป่วย แต่สายตระกูลทางด้านย่ามีโรคมามาก

ขยายมาสู่ตระกูลในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน 4 ตระกูล โดยการใช้เวลาในช่วงให้บริการที่มีผู้มารับบริการ สอดตามใช้เวลาประมาณ 20 -30 นาที จะทำให้เห็นแนวโน้มและกลุ่มเสี่ยง ทั้งทีมของโรงพยาบาลตำบลปากดุกช่วยกันทำ เจ้าหน้าที่ทุกคนใช้จินแกรม แม้แต่แม่บ้านที่ดูแลสถานีอนามัยยังสามารถเขียนจินแกรมของตนเองได้ เวลาตรวจรักษาจะใช้ผังเครือญาตินี้เอามาใช้ด้วย จินแกรมบอกได้ว่าผู้มารักษาอยู่ตำแหน่งไหนของตระกูล ให้ร่วมวิเคราะห์ทั้งครอบครัว นำไปสู่การปรับพฤติกรรม หลังจากที่เราบอกได้ว่ากลับมาขอบคุณที่สามารถป้องกันได้ก่อนที่จะเป็นโรค จึงทำการขยายทำจินแกรมทั้งตำบล

มีข้อที่น่าสนใจในพื้นที่ปากดุกว่า “การใช้จินแกรมที่ใช้โมเดลของคนในตระกูลตนเอง ดีกว่าไปยกตัวอย่างอื่นๆ หรืออธิบายว่าเบาหวานเป็นอย่างไร แต่อันนี้เค้าจะเห็นเองว่ากินอะไร ออกกำลังกายไม่ออก กินเหล้า พฤติกรรมเป็นอย่างไร” และเรียนรู้พฤติกรรมจากญาติของตนเอง จากจินแกรมที่สามารถคาดเดามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค จินแกรมของตระกูลยังมีความสามารถที่จะเห็นคนในตระกูลที่สามารถเข้าไปดูแลผู้ป่วยและบอกหรือคุมกลุ่มเสี่ยงให้มาตรวจ

ตำบลปากดุกมีคนอยู่กว่า 3,000 คน มี 196 นามสกุล เป็นเบาหวาน 17 - 18 คนต่อนามสกุล ตั้งแต่ปี 2546 การเริ่มใช้จินแกรมทำให้เกิดการดูแลกันเองในตระกูล สามารถดึงข้อมูลคนที่เป็ดันแบบดีและไม่ดีมาให้คนอื่นได้เรียนรู้ เช่น กรณีกำนันที่มีพี่ชายเสียชีวิตจาก chronic renal failure กำนันรับรู้ เมื่อเวลาไปงานเลี้ยงเริ่มมีสติ บอกว่าไปงานนี้จะกินมากก็ไม่ได้ ต้องหาเวลามาดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น ในกรณีคนในชุมชนถ้าเห็นคนเป็นเบาหวานดื่มเหล้าก็จะคอยเตือน ในร้านก๋วยเตี๋ยวจะมีการบอกให้ใช้ช้อนชามื้อช้อนโต๊ะ เมื่อต้องเติมเครื่องปรุงรส เพราะคนส่วน

ใหญ่จะตักเครื่องปรุงรสโดยวัดจำนวนตามจำนวนช้อนมากกว่าคิดคำนวณเป็นกรัม การเปลี่ยนมาเป็นช้อนชานอกจากเจ้าของร้านจะประหยัดแล้วชุมชนจะมีสุขภาพดีไปด้วย

2.) การคัดกรองตามเวลาราชการ

โรงพยาบาลตำบลปากดุกจะทำงานในเวลาราชการ หมายถึง เวลาที่ชาวบ้านมีความพร้อม โดยเฉพาะในเรื่องการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ซึ่งเป็นนโยบายที่ได้รับการสนับสนุนจาก CUP หล่มสัก การบริการที่โรงพยาบาลในเวลาราชการมักมีเจ้าหน้าที่ประจำเพียง 1 คน และที่เหลือจะเข้าทำงานในช่วงเวลากลางคืนได้ จากเดิมก่อนเริ่มทำงานมียอดการคัดกรองเพียงร้อยละ 30 เมื่อปรับเป็นเวลาราชการ คัดกรองในช่วงเวลากลางคืน ประมาณ 20.00-21.00 น. ทำให้เป้าหมายของการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงสูงกว่าเดิมเกือบ 3 เท่า คือเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 80 โดยทำการตรวจสอบสุขภาพประจำปีในช่วงเดือนเมษายน ถึงเดือนมิถุนายน คืบละหนึ่งหมู่บ้าน มีการคัดกรองในหมู่บ้านร่วมกับอสม. ใช้แบบฟอร์มการคัดกรอง และทำการชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว สะโพก กลุ่มเสี่ยงจะเข้ามาตรวจกันเองไม่ต้องมีการกระตุ้น คนที่มีทะเบียนเป็นกลุ่มเสี่ยงแต่ไปทำงานนอกชุมชนก็ฝากญาติไปบอกว่า "หมอฝากความคิดถึงมา" คำว่าฝาก "ความคิดถึง" ได้แนวคิดมาจาก อสม. ที่ไปบอกให้ชาวบ้านย้ายไกลออกจากบริเวณบ้าน "ยาวๆ หมอเห็นเป็นห่วง" ทำให้เราเห็นว่า "เดิมเราไปบังคับทุยเชียว พอใช้คำ คิดถึง ห่วง เราพึ่งเราจะรู้สึกประทับใจ" สำหรับคนที่ตรวจคัดกรองแล้วมีภาวะเสี่ยงจะมีใบนัดให้มาที่โรงพยาบาลตำบลเจ้าหน้าที่จะรู้ว่าต้องได้รับการตรวจซ้ำ จะพูดคุยเป็นรายบุคคล เพราะวิถีชีวิตไม่เหมือนกัน ถ้าไม่จำเป็นต้องบอกอะไรเป็นพฤติกรรมเสี่ยง และให้กลุ่มเสี่ยงรับผิดชอบว่าต้องมาตรวจทุกปี

ความน่าสนใจอยู่ตรงไหน กรณีแฟ้มครอบครัวเป็นไม้เบื่อไม้เมารของเจ้าหน้าที่ในระดับสถานีอนามัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเอานโยบายที่ต้องทำให้ครบถ้วนมาใช้ แนวคิดการที่ให้เจ้าหน้าที่ได้เรียนรู้เข้าใจโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงเครือญาติที่เป็นรากฐานของครอบครัวและชุมชนรวมถึงเป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่กับชาวบ้านก็ขาดหายไป ความจำเป็นต้องเร่งทำให้เสร็จอาจจะขอให้ อสม. หรือจ้างเด็กนักเรียนมาช่วยสำรวจให้ หายสุดแฟ้มครอบครัวทำเสร็จแต่ไม่ได้ใช้ประโยชน์อะไร ในกรณีของตำบลปากดุกเลือกผังเครือญาติมาเป็นเครื่องมือ ที่ทำให้คนในชุมชนหันกลับมาสนใจปรับพฤติกรรมตนเองก่อนที่จะเกิดโรค เพียงอาศัยเวลาเพิ่มเติมโดยนำจีโนแกรมมาใช้ในระหว่างการตรวจคนไข้ ทำให้คนไข้ได้เห็นภาพชีวิตของตระกูลตนเอง จึงเป็นการประยุกต์เรื่องของวิชาการมาสู่การทำงานที่เป็นรูปธรรม และที่เจ้าหน้าที่สามารถทำเรื่องการคัดกรองเพื่อสร้างการเรียนรู้ได้เพราะใช้เงื่อนไขเวลาราชการที่ไม่ใช่เวลาราชการ แต่ทางเจ้าหน้าที่ยังมีความพึงพอใจในงานเชิงรุกตนเองเพียงแค่อ้อยละ 70 เพราะยังไม่ได้กลุ่มเด็ก อยากตั้งเป้าหมายให้เด็กไม่ชอบกินหวาน เค็ม มัน หรือให้มีพฤติกรรมชอบการออกกำลังกาย ขณะนี้ยังทำได้เพียงแค่รุ่นของผู้ใหญ่ ที่ได้ถูกเข้าไปให้มีการปรับพฤติกรรมตนเองก่อนที่จะเป็นโรคเบาหวานจากการใช้จีโนแกรม

3.) เชิงรุกกับการค้นหา พลังอาสาสมัครในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน

"ตอนที่อยู่โรงพยาบาลเคยคิดว่าตัวเองมีความรู้มากกว่าชาวบ้าน สามารถให้คำแนะนำชาวบ้านเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพได้เป็นอย่างดี แต่วันนี้ความคิดวันก่อนเป็นเพียงแค่มองผ่านกรอบหน้าต่างเล็กๆ เท่านั้น วันนี้มีโอกาสได้ออกมายืนอยู่นอกหน้าต่างแล้วมองกลับเข้าไปในหน้าต่าง พบว่าในนั้นเราเป็นเพียงพยาบาลตัวเล็กๆ ที่รู้สึกเหมือนกบในกะลา โลกภายนอกยังกว้างกว่าเดิมมาก"

เป็นข้อสรุปของพยาบาลตัวเล็ก รูปร่างเพรียว ผอมยาว นัยน์ตากกลมดำขลับที่บ่งบอกความตั้งใจ แม้จะไม่ใช่ว่าคนเริ่มที่จะพูดอะไรก่อนแต่มีรอยยิ้มที่เปิดกว้างจริงใจ ทางเดินของเธอน่าสนใจที่เธอออกมาสู่การทำงานเชิงรุกในบทบาทพยาบาลที่สถานีอนามัยเนินเพิ่ม อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก

หักเหชีวิตการงาน คือพยาบาลสาวอีกคนที่หันเหความเป็นวิชาชีพในโรงพยาบาลมาสู่สถานีอนามัย ห้วงเวลา 6 ปีในโรงพยาบาล 4 ปีแรกไม่เคยจำได้เลยว่าวันนั้นอะไร รู้เพียงแค่วันนี้อะไรอะไร แล้วพุงนี้อะไรอะไรต่อ ปีที่ 5 และ 6 ได้ย้ายออกมาอยู่ที่ทำงานบรรยากาศตลาดสดที่เรียกว่า OPD มีโอกาสได้ออกมาทำค่ายหักเหชีวิตที่ประทับใจในความสุข ได้ผันเปลี่ยนชีวิตตนเองอาสาออกมาสู่โลกภายนอกที่ไม่คุ้นเคย อักษร "ก" มานำหน้ามีทั้งกลัวๆ กล้าๆ กังวล ว่า ออกไปอยู่สถานีอนามัยแล้วจะเป็นอย่างไร

บทบาทพยาบาลกับการเจ็บป่วยที่ซ้ำซาก ปีแรกกับการเรียนรู้งานและการปรับตัว เธอเน้นหนักไปทำงานรักษาคนไข้วันละ 40-80 คน ตามการแบ่งงานที่ถนัด เพื่อนที่ร่วมงานส่วนใหญ่ติดการประชุมและงานด่วนรวมถึงเกาะติดกระแสการเรียนรู้เรื่องชุมชนของอำเภอนครไทย มีโอกาสเยี่ยมบ้านน้อยมากได้ มักต้องอยู่ให้บริการภายในสถานีอนามัย แต่ก็สามารถจำคนไข้ได้หมดว่าใครเป็นอะไร ปีที่สองชักเริ่มล้ากับการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังเยอะมาก คนป่วยทำแผลเบาหวานทุกวัน สอบถามพฤติกรรมไม่ได้เปลี่ยนแปลงไปก่อนการเจ็บป่วย ปัญหาซ้ำๆวนกับ ความเบื่อที่ต้องมานั่งให้บริการตรวจรักษาทุกวัน ทำให้อยากออกไปดูวิถีชีวิตภายนอกแบบพี่ๆในสถานีอนามัยบ้าง เพราะได้แต่เฝ้าดูสังเกตการณ์ลงชุมชนของพี่นักวิชาการที่ไปทำกระบวนการเรียนรู้ร่วมกับชุมชน ความตั้งใจแรกๆที่คิดตามกรอบภาระหน้าที่การพยาบาล คือ จะมีใครช่วยดูแลผู้ป่วยในหมู่บ้านแล้วเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยมาถึงเจ้าหน้าที่ได้ เพื่อลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน

เมื่อพยาบาลเริ่มรุกเข้าสู่ชุมชน โอกาสก็มาถึงเมื่อโครงการ PCU ในฝัน ได้สนับสนุนให้ทำโครงการสร้างหมอประจำตัวผู้ป่วยเรื้อรังโดยชุมชน สิ่งที่ตั้งใจคิดไว้ได้มีโอกาสออกมาสู่การทำอาสาสมัครสาธารณสุขหรือที่เรียกกันว่า อสม. ถูกหมายตาว่าน่าจะเป็นกลุ่มแกนนำที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยและสร้างการมีส่วนร่วมได้ อาจจะมีข้อสงสัยทำไมการดูแลต้องเป็นอสม. แทนที่จะเป็นคนในครอบครัว ข้อสงสัยนี้ได้ถูกคลี่คลายจากประสบการณ์ของพี่ว่า การออกเยี่ยมผู้ป่วยพบว่าเป็นผู้ใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ถูกทิ้งให้เฝ้าบ้านเพียงลำพัง ลูกหลานไปทำงานกันหมดไม่ได้ให้ความสำคัญเท่าที่ควร กลับจากงานก็หุงหาอาหารลิ้มถึงผู้ป่วย หากให้บุคคลในครอบครัวมาทำให้ผู้ป่วยสนใจที่จะดูแลตนเองคงเป็นไปได้ยาก ในขณะที่ประเมินแล้วว่า อสม. ของพื้นที่เป็นกลุ่มที่มีความตั้งใจ มีความพร้อมที่อยากจะร่วมพัฒนาและมีศักยภาพสูง แต่ใช่ที่ว่า อสม. ทุกคนสามารถทำบทบาทนี้ได้ จึงได้คิดว่าน่าจะเป็นอสม. ที่สนใจ สม่ครใจที่จะเข้าร่วม ทีมงานในสถานีอนามัยที่มีนักวิชาการที่สนใจเรียนรู้ร่วมกับชุมชนได้เข้ามาช่วยต่อเติมการจัดกระบวนการและขณะเดียวกันได้เรียนรู้งานเบาหวานจากพี่ที่เป็นพยาบาล

กระบวนการพัฒนาศักยภาพแกนนำ การสร้างคุณค่าให้ อสม. จึงเกิดขึ้น หมอคือได้ชี้แจงในการประชุมก่อนเริ่มคัดเลือก อสม. มาทำงานด้วยกันก่อนว่า "ต้องเหนือกว่าอสม. คนอื่น ค่าตอบแทนไม่มีให้แต่ขอคนที่อาสาอยากทำงานเพื่อบ้านตนเอง เพื่อญาติพี่น้องตัวเอง" เป็นการประกาศให้เห็นถึงว่าคนที่เข้ามาเป็นผู้อยากทำงานเพื่อบ้านตัวเอง เป็นความแตกต่างไปจากเดิมที่ชุมชนมักเข้าใจสิ่งที่จะต้องร่วมมือเป็นการทำเพื่อหมอ ในขณะที่หมอเองก็ทำเพื่อตอบเป้าหมายที่ได้รับนโยบายมาจากเบื้องบน ซึ่งหากเราชักจูงให้เขาเห็นความสำคัญเขาจะรู้สึกว่ามันน่าทำ ถ้าทำแล้วมันมีประโยชน์แบบไหนต่อเขาเอง เขาจะอยากทำต่อ แต่ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่เราจะทำให้เห็นว่าเป็นงานของเจ้าหน้าที่ที่ อสม. ต้องมาเป็นแขนและขาให้

กระบวนการเพิ่มศักยภาพ อสม. โดยการสร้างการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่แตกต่างไปจากการอบรมให้ความรู้แบบเดิมๆ 2 วันแล้วเลิกกันไป แต่เป็นกระบวนการที่ใช้หลายกระบวนการทำ โดยกระบวนการแรกของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเน้นเพิ่มที่ร่วมแรงกันจัดกระบวนการ ที่นำมาใช้คือสร้างความตระหนักร่วมกันก่อน ให้ อสม. เขียนรายชื่อผู้ป่วยในหมู่บ้านตนเองมาติดสติ๊กเกอร์สีลงในแผนที่หมู่บ้านที่แกนนำช่วยกันวาด ข้อมูลที่ได้ยังไม่ครอบคลุมเจ้าหน้าที่เอาข้อมูลผู้ป่วยที่ไปขึ้นทะเบียนที่รพ.มาให้ติดเพิ่มเติม แผนที่ลายมือที่วาดกันเองแม้ไม่สวยงามเหมือนแผนที่ที่ทำติดกันเอาไว้ข้างฝา แต่กลับแสดงพลังให้ผู้ทำได้เห็นปัญหา กำแพงด้านแรกของเจ้าหน้าที่ที่วางว่าจะทำให้ปัญหาของหมอบเป็นปัญหาของแกนนำได้ผ่านไป ฝ่าออกไปได้ด้วยแผนที่ลายมือ **กระบวนการที่สอง** เป็นเรื่องของการให้ช่วยเหลือสิ่งที่อยากทำและเรื่องที่หมอบคิดว่าจะถูกช่วยเหลือในภายหลังโดยพยายามปรับให้เข้ากับที่แกนนำคิด **กระบวนการที่สาม** เสริมศักยภาพติดอาวุธให้แกนนำ โดยออกแบบเนื้อหาและปฏิบัติงานร่วมกัน 2 วัน เนื้อหาจะมาจากสิ่งที่แกนนำอยากรู้ผนวกกับสิ่งที่เจ้าหน้าที่อยากให้รู้ และมีการฝึกปฏิบัติจริงกับคนไข้ฝึกทักษะการตรวจการใช้แบบประเมิน การฝึกปฏิบัติเยี่ยมบ้าน วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปปัญหา กระบวนการอบรมที่แตกต่างคือไม่ได้จบเพียงเท่านั้น ทีมเจ้าหน้าที่ยังช่วยตามลงไปดูที่หมู่บ้านสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวเชื่อมั่นในศักยภาพของแกนนำ โดยช่วงแรกร่วมทำกับแกนนำต่อมาปล่อยให้แกนนำแสดงฝีมือหมอบคอยเชียร์อยู่ข้างๆ และมีการนำเรื่องกันไปเห็นมา ล้อมวงคุยกันทุกเดือน “บางคนไปเจออะไรเด็ดๆ มากก็มาเล่าให้ฟังว่าไปเจอนีมา คือ ได้เรียนรู้ร่วมกันมากกว่า” อสม. คนอื่นที่ไม่ได้เป็นแกนนำที่เข้ามาร่วมประชุมด้วยก็จะได้เรียนรู้จาก “เรื่องเล่า” หากมีกรณีเร่งด่วนเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพจะรีบติดตามไปเยี่ยมและแก้ไขปัญหามา ถ้าพบปัญหาซับซ้อนจะขอปรึกษาจากแพทย์ที่โรงพยาบาลอีกทีหนึ่ง

ดอกผลของการทำงาน การเฝ้าระวังด้วยความรู้สึกและเกิดความคิดว่าทำอะไรให้มีคนดูแลผู้ป่วยในชุมชนไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน แต่ดอกผลที่เกิดขึ้นมากกว่าที่ตั้งใจไว้ ในส่วนเจ้าหน้าที่ได้เรียนรู้ว่า “ที่ผ่านมาเราให้สุขศึกษาหรือสอน อสม. เราเคยแต่เป็นคนพูด มันไม่ได้อะไร แล้วสอนกลุ่มใหญ่ อบรม อสม. เป็นร้อย รับได้ส่วนหนึ่งถ้าเราปรับรูปแบบการสอนให้เขาเป็นกลุ่มย่อย เขาจะเห็นภาพดีกว่าการที่เราสอนเขาตลอดเวลา พอเขาทำเขาก็คิดตามที่เขาได้ทำ เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ดีกว่าที่เราพูดแล้วเค้ารับได้นิดเดียว” ในส่วนของแกนนำอสม. กล่าวว่า “ศักยภาพ อสม. มีเพิ่มมากขึ้น แต่ก่อนเขารู้ว่าเป็นเบาหวาน ความดันเป็นกันอย่างไร แต่เขาไม่สามารถถ่ายทอดต่อได้ ตอนนี้เขาถ่ายทอดต่อได้ แนะนำได้มั่นใจในตัวเองที่จะแนะนำคนไข้มากขึ้น”

ดอกผลของการมีส่วนร่วมของชุมชนที่เห็นชัดคือ “ครอบครัวผู้ป่วยมีบทบาทเยอะในการดูแลตนเอง ดูแลคนไข้เรื้อรัง แต่ก่อนไม่มีเลย มีแต่เจ้าหน้าที่ที่คอยดูแลให้ ตอนนี้ชุมชนมีส่วนร่วมมากขึ้น” คนในครอบครัวของผู้ป่วยตื่นตัวเรื่องโรคเรื้อรังมากขึ้น มันทำให้เขาสนใจที่จะป้องกันตัวเองทำอะไรให้เป็นโรคแบบพ่อแม่แม่ ก้าวแรกจึงอยู่ในวงของผู้ป่วยและญาติ ตามศักยภาพและห้วงเวลาของการทำงานตนเอง

ส่วนของการสร้างสุขภาพในชุมชนที่อำเภอนครไทยได้มีเครือข่ายการเรียนรู้การสร้างสุขภาพชุมชน และมีเวทีแลกเปลี่ยนวิธีทำงานของเจ้าหน้าที่อย่างเป็นกณยมิตร ทำให้มีการคิดถึงเรื่องอาหารที่เป็นฐานของสุขภาพ นำไปสู่การคิดส่งเสริมให้กินอาหารพื้นบ้าน “ถ้าเขากินผักที่ปลูกเองสุขภาพเขาจะดีขึ้น เราก็ชี้ให้เขาเห็นว่า ผักที่เราซื้อมาจากตลาดอาจจะไม่ปลอดภัย” และเรื่องสำคัญอีกเรื่องในพื้นที่คือ การใช้ผงชูรส ชาวบ้านไม่รู้ว่าอันตราย ถ้าเราไปบอกว่าอย่ากินผงชูรสนะ กินแล้วความดันจะสูงเขาก็ยังกินกันเพราะกินตั้งแต่เด็กเป็นพฤติกรรมเดิม แต่ถ้าเราเปลี่ยนไปใช้คำพูดง่ายๆ ให้อะไรง่ายที่เค้าเห็นภาพได้ เช่น “ผงชูรสมีเกล็ดเป็นส่วนประกอบ เกล็ดมีหน้าที่ดึงน้ำจากชั้นกล้ามเนื้อมาอยู่ในเส้นเลือด พอกินเกล็ดเยอะๆ หัวใจเหมือนปั๊มน้ำ มันต้องปั๊มแรงขึ้น เพื่อที่จะบีบน้ำที่มันเยอะเกิน เขาจะนึกภาพตามเรา”

ความน่าสนใจอยู่ที่ไหน จากพยาบาลที่ไม่เคยทำงานชุมชน เพียงการตั้งคำถามต่อปรากฏการณ์ที่ต้องคอยรักษาแผลเรื้อรังและดูแลผู้ป่วยจนเหนื่อยล้า มาสู่การค้นหาโดยวิเคราะห์สถานการณ์พลังของชุมชนที่เห็นวาระแรก อสม.บางคนมีพลังมากกว่าคนในครอบครัวที่ย่งท่ามาหา กิน แขนนำอสม.จึงถูกปลุกกระดมความตั้งใจทำงานเพื่อหมู่บ้านตนเองไม่ใช่เพื่อหมอ โดยทำให้ทุกคนเห็นคุณค่าเห็นประโยชน์จากงานที่ทำ เอาปรากฏการณ์ผู้ป่วยสะท้อนให้เป็นปัญหาชุมชนไม่ใช่หมอแบกรับเพียงคนเดียว การร่วมเรียนรู้กับกลุ่มแกนนำ อสม. โดยมีการสนับสนุนความรู้จากการได้ปฏิบัติจริงไม่ใช่การอบรมแบบเดิมๆ การสนับสนุนที่เคียงข้าง อสม. ทำให้ อสม. มีศักยภาพและมั่นใจ จุดเล็กๆ ที่คิดก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชุมชนที่ยั่งยืน โดยสิ่งที่คิดมาจากการร่วมแรงร่วมใจของเจ้าหน้าที่ในสถานีนามัยเนินเพิ่มที่ต่างใช้จุดเด่นของตนเองออกมาช่วยงานร่วมกัน และเวทีเรียนรู้ร่วมกับเพื่อนๆ ในสถานีนามัยแห่งอื่นในอำเภอนครไทย

4.) ผู้เชื่อมประสานแห่งตำบลน้ำแก่น

“คนแก่คนหนึ่งที่เขาบอกว่า นี่ถ้าจะทำเรื่องใหญ่ไม่ต้องทำเรื่องใหญ่ทีเดียว ทำเรื่องเล็กๆ ไปก่อน แล้วต้นใหญ่(ปัญหา)จะตายเอง ไม่ใช่พี่บอกเขาอะ เขาบอกพี่ ริดกิ้งกันไปแต่น้อยๆ เพราะฉะนั้นถ้าถามว่า พลังกลุ่มมันเคลื่อนไหวอะไรได้บ้าง บางครั้งกลุ่มพลังกลุ่มเล็กๆน้อยๆ มันไปเคลื่อนไหวอันใหญ่”

คำพูดที่ออกจากหญิงร่างโต ขำขมุขด้วยเสียงดังหัวนที่ดูเหมือนดู ชาวบ้านน้ำแก่นเรียกว่าเป็น “แม่เสียง” น้ำเสียงประกอบท่าทางที่เอาเรื่องผสมกับคำที่ชาวบ้านเรียก คนภายนอกที่ไม่รู้จักอาจคิดไปว่าเป็น “หมอนักเลง” แต่แท้จริงแล้วเป็นเพียงหมอนามัยใกล้เกษียณคนหนึ่ง เรื่องราวคุณบุญคุ้ม ปานทอง หมอนามัยหญิงที่ได้เข้ามาอยู่ที่ตำบลน้ำแก่นตั้งแต่เริ่มเปิดจนปัจจุบันเกือบ 27 ปี ไฟชีวิตทำงานที่ยังคงลุกโชนประกอบกับสืบลการทำงานที่เป็นธรรมชาติของตนเอง ก่อให้เกิดแรงกระเพื่อมในชุมชนได้อย่างน่าสนใจ

สถานีนามัยไม่ใช่แค่ “รักษา” หมอบุญคุ้มเป็นคนบ้านน้ำเกียน จังหวัดน่าน ที่แต่เดิมเป็นตำบลเดียวกันกับตำบลน้ำแก่น หมอบุญคุ้มมาบุกเบิกเป็นหัวหน้าสถานีนามัยตำบลน้ำแก่นเพียงคนเดียวตั้งแต่ปี 2523 จนขณะนี้มีเจ้าหน้าที่มาอยู่ด้วยรวมเป็น 4 คน คือ เจ้าหน้าที่บริหารสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุข นอกจากทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแล้วยังมี อสม. ที่เข้ามาทำหน้าที่ในด้านสมุนไพรและการนวด อสม. และแกนนำสุขภาพที่เป็นผู้สูงอายุหลายคนจะแวะเวียนเข้ามานั่งคุยช่วยงานที่สถานีนามัย โดยที่หมอบุญคุ้มเจ้าหน้าที่สถานีนามัยคนนี้มีคามสนใจมากกว่าการรักษาอาการเจ็บป่วย ทำให้อาการเก่าของสถานีนามัยเป็นที่ทำการของกลุ่มสมุนไพรที่ผลิตรูปสมุนไพรเป็นสินค้าโอท็อปของอำเภอ การรวมตัวของกลุ่มผู้สูงอายุในเรื่องการทำดอกไม้ที่ประสานงานของเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอดส์ ภาพที่เห็นอาจจะเห็นภาพที่สำเร็จงดงาม หากมองย้อนกลับไปที่เบื้องหลัง จะพบว่าตำบลน้ำแก่นที่ถูกขนานนามว่า “ดินแดนแห่งนักร้อง พวกพ้องไม่รักกัน สารพันปัญหา ประชากรลุ่มใจ” กว่าที่คนบุคลิกแบบนี้จะสามารถนำเอาความตั้งใจจริงกับการมีโอกาสได้เรียนรู้การทำงานชุมชนผ่านโอกาสต่างๆ เข้ามาหล่อหลอมรวมใจสถานีนามัยกับชุมชนไม่ใช่เป็นเรื่องง่าย ๆ

ชีวิตการทำงานที่ตำบลน้ำแก่นเริ่มต้นด้วยเงินบำรุงเพียง 137 บาท เธอได้ใช้ประสบการณ์และทุนเดิมของตนเองในการตรวจหามะเร็งปากมดลูกเชิงรุกลงไปหมู่บ้าน โดยเก็บค่าบริการเป็นเงินบำรุงสถานีนามัย ใช้สุขภาพเด็กมาเป็นการประสานใจกลุ่มแม่บ้าน โดยดึงเอากลุ่มมาร่วมในการแก้ปัญหาสามารถเชื่อมความขัดแย้งได้ส่วนหนึ่ง แต่อย่างไรก็ยังคงเน้นกิจกรรมที่เริ่มจากเจ้าหน้าที่เป็นส่วนใหญ่ เมื่อช่วงที่มีการระบาดของโรคเอดส์ภาพเด็กติดเชื้อ

เอดส์จากพ่อแม่และชาวบ้านไม่ยอมรับต้องเล่นกับหมากับไก่ในสุ่มไก่ ได้ทำให้บทบาทสถานีนามัยออกนอกกรอบการเป็นวิชาชีพรักษาเป็นงานพัฒนาอย่างจริงจัง สถานีนามัยกลายเป็นแหล่งรวมมิตรภาพของผู้ติดเชื้อเอดส์ถึงอำเภอภูเพียง โดยได้รับการสนับสนุนจากโครงการ social investment fund แต่มีโอกาสได้เข้าใจและนำสิ่งดีๆของชุมชนออกมาเป็นพลังเมื่อปี 2545 ภายใต้โครงการวิจัยการศึกษาสมรรถนะชุมชนเพื่อการจัดระบบสุขภาพชุมชนนำอยู่ของกองสาธารณสุขมูลฐาน (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชนในปัจจุบัน) โดยเริ่มจากทบทวนประสบการณ์ที่ได้เข้าไปในแต่ละหมู่บ้าน พบเห็นสิ่งดี ๆ นำมาสร้างเวทีแลกเปลี่ยนแนวคิด ตั้งเป้าหมายการดำเนินงานร่วมกันตามสภาพเศรษฐกิจและสังคม ส่วนในเรื่องสุขภาพได้กำหนดขับเคลื่อนในเรื่องผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ เพราะมีจำนวนผู้ป่วยมากและมีผู้ป่วยอัมพฤกษ์อัมพาตหลายคนในชุมชน

เชื่อมทุนจัดการปัญหาโรคไม่ติดต่อ เมื่อโรคไม่ติดต่อกิ่งเล็ก ๆ ของปัญหาชุมชนได้ถูกทำให้กลายเป็นโจทย์ร่วมกันของชุมชน โดยที่ขณะนั้นตำบลน้ำแค้นมีสถานการณ์ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อสูงมาก ปี พ.ศ. 2545 คือ มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 171 ราย เบาหวาน 24 ราย หัวใจ 44 ราย และมีชาวบ้านที่ป่วยเป็นอัมพฤกษ์และอัมพาตมากในตำบลน้ำแค้น โครงการชุมชนนำอยู่ทำให้ชุมชนได้ค้นหาปัญหาของชุมชนตนเองโดยใช้ทุนของชุมชน กระบวนการค้นข้อมูลเริ่มเกิดขึ้น “เราคืนข้อมูลให้เขา อย่างเขาบอกว่า บ้านเรามีคนแบบนี้ๆ จะเวียนไปทำทุกบ้านเลย บางครั้งต้องเห็นจะๆจึงจะยอมรับ เราก็จะถามว่า จะปล่อยให้เป็นแบบนี้หรือ ก็ให้เขาออกมา เขาก็จะว่าต้องแก้ไขนะ ก็ให้เขาบอกวิธีแก้ไขมา ไม่ได้บอกเขาว่าจะต้องแก้ไขอย่างไร ก็จะมีผู้กล้าที่จะมาบอกว่า มันน่าจะเป็นอย่างนี้....” และจากประสบการณ์ของหมอบุญดัมที่ได้เข้าออกชุมชนมานานชุมชนมานาน เมื่อเริ่มโครงการเพียงแค่การหา “กลุ่มก่อการดี” จึงไม่ใช่เรื่องยาก เรื่องราวของคนเล็กๆคนหนึ่งที่มีการดูแลสุขภาพตนเองด้วยการเดินวันละ 4 กิโลเมตรได้ถูกนำมาพูดคุย จึงเป็นจุดเริ่มต้นของการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อโดยชุมชนของตำบลน้ำแค้นให้มีความสนใจในเรื่องการออกกำลังกาย ต่อมาเริ่มต้นแบบของอดีตผู้นำที่ใส่ใจเรื่องสุขภาพหันมาปลูกผักพื้นบ้านกินเองนำมาขยายสู่การดูแลสุขภาพของคนตำบลน้ำแค้น

ออกกำลังกายกลายเป็นยารักษา จากรูปธรรมคนที่ออกกำลังกายในชุมชนและมีสุขภาพแข็งแรง หมอบุญดัมหันกลับมาทบทวนว่าได้เคยเริ่มจากการทดลองฝึกไทเก็กจากการที่ไปอบรมผู้บริหารสาธารณสุขระดับต้นตั้งแต่ช่วงปี 2542 และมีสุขภาพดี เมื่อเคยมีประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจากตัวเองจึงนำไปเล่าให้แกนนำฟังได้และได้ชวนพ่อวิมล ป้าวรรณ เข้าร่วมเพื่อกระตุ้นให้เกิดกลุ่มการออกกำลังกายในแต่ละหมู่บ้าน ในช่วงแรกหมอบุญดัมได้ออกไปนำการออกกำลังกายทุกหมู่บ้าน ในขณะเดียวกันแกนนำในชุมชนได้พัฒนาตนเองให้เป็นผู้นำการออกกำลังกายด้วยเช่นกัน เดิมไทเก็กเป็นวิธีการออกกำลังกายที่น่าเสนอโดยเจ้าหน้าที่แต่ได้ถูกพัฒนาให้มีในรูปแบบอื่นๆ การที่หมอบุญดัมไม่ได้จำกัดว่าการออกกำลังกายจะต้องเป็นรูปแบบเดียวตายตัว ทำให้แกนนำหมู่บ้านคิดสร้างสรรค์รูปแบบการออกกำลังกายที่แตกต่างกัน นอกจากกระบองป้านบุญมี การเดินแอโรบิค บางบ้านอาจจะใช้ทำฟันทันบ้านมาประกอบแทนการใช้ท่าแอโรบิค

ผู้นำบางคนเช่น พ่อวิมลได้ใช้สถานที่หน้าบ้านของตนเองเป็นที่ออกกำลังกายโดยใช้ทุนส่วนตัวในการปรับพื้นที่เครื่องเสียงมาเองด้วยทุนส่วนตัว ต่อมาทำให้ อบต.น้ำแค้นสนับสนุนเครื่องเสียงให้กับทุกหมู่บ้าน ในส่วนหมู่ 1 หมู่ 9 หมู่ 10 ได้ใช้สนามกีฬาโรงเรียนเป็นที่ออกกำลังกายโดยแบ่งเวลา ช่วงเย็นสำหรับผู้สูงอายุ วัยทำงานจะมาช่วงค่ำๆ ลูกหลานที่มาด้วยก็วิ่งเล่นใกล้ๆ ในการรวมกลุ่มจะมีการติดตามสมาชิกด้วยตนเอง นอกจากจะมาออกกำลังกายกันแล้วในพื้นที่แห่งนี้ยังกลายเป็นแหล่งแลกเปลี่ยนประสบการณ์สุขภาพ ผักพื้นบ้านได้ถูกนำมาพูดคุยจนกลับเข้ามาในวิถีของคนตำบลน้ำแค้น วัฒนธรรมดนตรีได้ถูกนำมาใช้แม้แต่ราวงยุคที่พ่ออู๋แม่อู๋ได้รับการสอนมายังนำ

กลับมาเล่า แวตตาของหนุ่มสาวในยามร้องเพลงรำวงได้ย้อนกลับมาอีกครั้ง การเล่าเรื่องราวในชุมชนตลอดจนการเล่าเรื่องที่สร้างความสนุกสนานทำให้จิตใจเบิกบาน การมารวมตัวกันจึงเป็นสุขมากกว่าการมาตามทีละคนมาให้มา

ในตำบลน้ำแก่นชาวบ้านล้วนเป็นเครือญาติกัน ใครเจ็บป่วยเขาจะไปเยี่ยมที่บ้าน บางทีก็จะชวนกันมาออกกำลังกาย หากผู้ป่วยบอกว่ายืนไม่ได้ เขาก็เอาก้อนอิฐมาให้นั่ง คนอื่นเขายกมือ เขาก็บอกให้ยกขึ้นมั่ง ขยับขา นานเข้าเขาก็เดินได้ นอกจากนี้สถานที่ออกกำลังกายของตำบลน้ำแก่นยังเป็นจุดที่ช่วยรับการส่งต่อผู้ป่วยจากสถานีอนามัยน้ำแก่น หากหมออนามัยให้คำแนะนำให้มาออกกำลังกาย ผู้ป่วยจะเข้ามาออกกำลังกาย ชาวบ้านได้เล่าให้ฟังว่า "หมอมียารชื่อ คนที่ไปตรวจแล้ว ผู้ใดมีความดัน ผู้ใดเป็นเบาหวาน ให้มาออกกำลังกาย ถ้าไม่มาจะไม่ยอมตรวจ" มีบางกรณีที่ผู้ป่วยชายคนหนึ่งจะรู้สึกอึดอัดและไม่กล้าเข้ามาออกกำลังกาย แต่หมอบุญดัมมีกลวิธีใช้ไม้แข็งไม่ยอมจ่ายยาให้ผู้ป่วยอย่าง ผู้ป่วยซึ่งอดีตเป็นทหารเสนารักษ์ต้องการแต่ให้ยา "ออกกำลังกาย" พร้อมให้คำอธิบายว่า "กินยามากไตอาจพังได้ แต่หากจะเอาให้ได้ก็หิยาเอาไปเลย" คำตอบแบบทำทนายแบบหมอบุญดัมทำให้ผู้ป่วยสนใจต้องมาออกกำลังกาย แต่การเข้าร่วมเป็นสมาชิกออกกำลังกายทุกเย็น กลับทำให้น้ำหนักลดอาการเกาต์ที่เคยกำเริบได้หายไป และรู้สึกขอบคุณหมอบุญดัมที่ไม่ใจอ่อนแต่กลับทำงานอย่างจริงจัง หากเพียงว่าวันนั้นหมอบุญดัมรู้สึกรำคาญใจให้ยาไปอย่าง ผู้ป่วยต้องการ ผู้ป่วยคนนี้ก็ยังคงมีอาการปวดที่ต้องพึ่งยาอยู่ตลอดไป

การออกกำลังกายของคนตำบลน้ำแก่นมีมาก่อนที่จะมีนโยบายและยังต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน อาจจะมีคำถามว่าทำไมการออกกำลังกายของคนตำบลน้ำแก่นยังคงอยู่ทั้งๆที่ที่อื่นอีกหลายแห่งเป็นไปตามกระแสที่ขึ้นลงตามนโยบาย สำหรับการออกกำลังกายของคนตำบลน้ำแก่นไม่ได้มีนิตินิยมชน ท่าเต้นและเพลงไม่ได้ใช้แบบส่วนกลางที่น่าเข้ามา ชาวบ้านมีการพัฒนาท่าการออกกำลังกายที่หลากหลาย แล้วแต่กลุ่มหมู่บ้านสนใจวิธีใด ชาวบ้านเป็นผู้ริเริ่มทำตนเอง คนตรีตามความสนใจอาจจะเล่นลูกทุ่งหรือว่าเป็นดนตรีพื้นเมืองตามแต่จะถูกใจ สถานที่ออกกำลังกายยังเป็นพื้นที่สาธารณะให้คนได้ออกมาพูดคุยในเรื่องอื่นๆ ติดตามข่าวสารกันอีก สำหรับสมาชิกจะมีการดูแลกันเองมีการติ๊กชื่อ ซึ่งดูภายนอกอาจดูเหมือนการบังคับให้เข้าห้องเรียน แต่ในสายตาของชุมชนเขาว่าดี เพราะคิดว่าคนอื่นสนใจเขาถ้าเขาไม่มามีคนไปตามทุกคนเห็นประโยชน์ของการออกกำลังกายและรู้ว่าเป็นสิ่งที่ดีสำหรับเพื่อนในชุมชนของตนเอง เพียงแค่นี้คงไม่แตกต่างไปจากที่อื่นๆมาก แต่หมอบุญดัมรู้จักชุมชนแห่งนี้ว่าเป็นชุมชนที่ชอบการแข่งขันกัน จึงกลับด้านเอาการรียามาทำเชิงบวก ช่วงแรกมีการแข่งขันกันในแต่ละหมู่บ้านทำให้ชาวบ้านชวนกันมาออกกำลังกาย พอคนออกกำลังกายติดใจประจักษ์กับผลที่เกิดขึ้นด้วยตนเองก็จะมากันเอง

ลดสารเคมีในวิถีชีวิต สำหรับความรู้ของชุมชนในเรื่องโรคไม่ติดต่อดังกล่าว นอกจากเรื่องพันธุกรรม ที่มักถูกอธิบายทางการแพทย์แล้ว ชุมชนได้มองกว้างถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับสิ่งแวดล้อมที่ถูกปนเปื้อนจากสารเคมีที่เกิดจากการผลิตแบบใหม่ ที่มีผลต่อคุณภาพของอาหารที่นำมารับประทาน รูปแบบที่ชาวบ้านได้ยกขึ้นมา คือ ปลาในอ่างเก็บน้ำที่สารเคมีได้ไหลลงไปแล้วทำให้ปลามีลักษณะที่เปลี่ยนไป หัวโต ตัวอวบและคิดว่าการที่คนสมัยใหม่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีผลมาจากการบริโภคอาหารที่ปนเปื้อนสารเคมี ทำให้มีการฟื้นฟูความมั่นคงของอาหารในตำบลตนเองโดยการปลูกพืชผักพื้นบ้านในแต่ละครัวเรือน ซึ่งมีพ่อผ่านผู้ซึ่งเคยเป็นผู้นำของชุมชนมาเป็นแกนนำในการปลูกผักพื้นบ้าน ขณะนี้คนตำบลน้ำแก่นปลูกผักพื้นบ้านเอาไว้กินเองถึงร้อยละ 85 มีการทำปุ๋ยและสารหมักชีวภาพเพื่อลดการใช้สารเคมี และการคิดถึงการปรับเปลี่ยนวิถีการผลิตจากการปลูกข้าวโพดมาเป็นการปลูกยางพาราที่สามารถลดการใช้สารพิษ ลดสารเคมี โดยแกนนำที่ชื่อว่าพ่อวิมลที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขและเป็นแกนนำในการออกกำลังกาย

ตีข่าว สร้างกระแส “ชุมชนต้องมีช่วงเวลากระตุ้น” การเติมกิจกรรมจึงได้เกิดขึ้นเพื่อสร้างชุมชนให้คงยังมีความตื่นตัวให้มีการเคลื่อนไหวที่มีสัปดาห์ตลอดเวลา **การจัดมหกรรมสุขภาพ** เป็นรูปธรรมหนึ่งที่ได้เริ่มจัดขึ้นในปี 2547 โดยแต่เดิมชุมชนจะมีงานประเพณีผู้สูงอายุ งานวันอสม.มาตั้งแต่ปี 2535 แต่ต่างคนต่างทำ เลยมีการหารือกันว่าไม่น่าจะทำหลายครั้ง แต่ทำให้งานสุขภาพเป็นเรื่องราวของชีวิต งานมหกรรมสุขภาพจึงเป็นการให้ทุกกลุ่มในชุมชนได้เข้ามาร่วมกันจัดงาน เพราะต้องการให้เกิดแรงเหวี่ยงในการทำกิจกรรมและกระตุ้นให้เกิดการรวมกลุ่มของคนในชุมชน จุดหลักอยู่ที่ความสามัคคีเอาทุกวัยมาร่วมกัน มีการแสดงออกบ้าน ของดี คือ อาหารพื้นบ้าน ใครทำอาหารดีอาหารอร่อยก็ทำมา มีการออกนิทรรศการออกบ้านของตนเอง บ้านใครมีอะไรอยากแลกพันธุ์ไม้พันธุ์ผัก บางคนไปต่างประเทศมาก็นำเอาผักต่างประเทศมา เช่น ผักขาฮู หรือของบางอย่างที่หายไปนานมีการเอามาแลกกัน เช่น มะกอกเป็นการกระตุ้นให้เกิดการตื่นตัวในชุมชน ภายหลังมหกรรมได้เกิดกระแสตามหมู่บ้านต่างๆ “ดูได้จากอาหารในงานเลี้ยงต่างๆ มันเปลี่ยนไป มีการเอาแกงแค พวกน้ำพริก ผักจิ้มมาขึ้นโต๊ะ” คนที่ได้รับรางวัลในการประกวดอาหารเองก็อยากจะโชว์ฝีมือ ซึ่งจุดหนึ่งก็เกิดจากแกนนำในชุมชนที่ได้ช่วยสานกระแสต่อกันเองในชุมชนด้วย

นอกจากนี้ยังมี **การใช้วาระสำคัญในการจัดการปัจจัยความเสี่ยง** ชุมชนน้ำแก่นมีการรณรงค์ในเรื่องการเลิกเหล้า บุหรี่ ในวาระสำคัญ โครงการลด ละ เลิก ให้ทุกคนไปปฏิญาณตนต่อหน้าพระ เขียนคำปฏิญาณว่าตนจะลด ละ เลิกอะไร แคลไหน ผลจากการสาบาน ทำให้คนลดละเลิกไปมาก เหล้าเสรียังมีทำขายอยู่ 2 หมู่ ไร่หวด ทุ่งชาย 25-30 บาท สรุปคือร้านค้าไม่มีเหล้าขาย แต่มีคนทำเหล้าขาย ซึ่งมีผลกระทบต่อการลดปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงในชุมชน โดยจะไม่มีเหล้าในงานสวด คือ งานศพ และกำหนดไม่ให้มีการสูบบุหรี่ในสถานที่สำคัญของหมู่บ้าน เช่น ที่วัด โรงเรียน สถานเอนกมัย หมอบุญคุ้มจึงทำหน้าที่ตีข่าวสร้างกระแส นำสิ่งดีๆของอีกกลุ่มไปบอกอีกกลุ่มหนึ่ง และคอยมองหาแกนนำที่จะทำหน้าที่ขยายผลออกไปจากหนึ่ง เป็นสอง สาม ไปเรื่อยๆ แม้แต่ภาพถ่ายในการทำเวที่ยังกลายเป็นเครื่องมือของหมอบุญคุ้มในการทบทวนผู้คนที่ให้ความสนใจในแต่ละกิจกรรม ทำให้สามารถไปดึงเข้ามาร่วมเป็นแกนนำได้

5.) สร้างรูปธรรม “คนต้นแบบ”

ภายหลังการมีแกนนำที่ช่วยขยายผลจึงได้เกิดการสร้างรูปธรรม “คนต้นแบบ” เริ่มขยายในปี 2548 ได้ให้เวทีชาวบ้านได้มีการกำหนดรูปธรรมของคนต้นแบบด้วยตนเอง โดยให้เขียนใส่กระดาษคนละหนึ่งแผ่นและเอามารวบรวมเป็นความคิดของชาวบ้าน วิธีนี้เป็นการให้การเรียนรู้และสร้างภาพลักษณ์ที่เป็นเป้าหมายให้กับทุกคนว่า **คนต้นแบบ** ตามความคิดของชาวบ้าน หมายถึง ไม่มีโรคประจำตัว มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่ กินอาหารที่มีประโยชน์และปลอดภัย มีธรรมาศยดี ยิ้มแย้มแจ่มใส ไม่เครียด เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ช่วยเหลืองานในชุมชน มีความเป็นผู้นำ เสียสละ ใช้ชีวิตอยู่กับธรรมชาติ และวัฒนธรรมพื้นบ้านแบบพอเพียง

จากนั้นมีการคัดเลือกคนต้นแบบโดยการสัมภาษณ์จากคณะกรรมการที่ได้รับการแต่งตั้ง และมีการศึกษาวิถีชีวิตของคนต้นแบบเอากลับมาคืนให้กับชุมชนได้เรียนรู้ ซึ่งพบว่าทุกคนมีประเด็นร่วมกัน คือ หนึ่งตื่นเช้า สองทำงานบ้านเอง สามกินผักพื้นบ้านที่ปลูกในบ้านเอง เสวนากลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายและคนต้นแบบสุขภาพดี และได้ให้คนต้นแบบได้เป็นวิทยากรในการอบรมด้านการดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วม พฤติกรรมของคนต้นแบบยังมีผลต่อการขยายไปยังกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วย โดยคนคนต้นแบบได้ให้ความรู้และประสบการณ์การดูแลสุขภาพของตนเองและให้ผู้ป่วยได้พิจารณาประยุกต์เอากลับไปใช้ นอกจากนี้ยังช่วยเหลือฟื้นฟูกำลังใจผู้ป่วยเบาหวานที่หล่นหายภายหลังแพทย์วินิจฉัยว่าเป็น เบาหวานรักษาไม่หาย แต่เพียงคำเดียวที่ได้ยิน

ผู้ป่วยสร้างความหมายให้กับโรคไม่หายคือตายทำให้ห่อหุ้มหมดกำลังใจได้มีกำลังใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการลดน้ำตาลในเลือดของตนเอง

ซึ่งบุคคลต้นแบบของตำบลน้ำแก่นมีทั้งในส่วนต้นแบบทางด้านอาหาร ออกกำลังกายและสมุนไพร โดยเฉพาะในเรื่องผักพื้นบ้านที่แม้จะมีการตื่นตัวตั้งแต่การพูดคุยโรคไม่ติดต่อ แต่มาขยายได้มากในช่วงคนต้นแบบปัจจัยที่ทำให้บุคคลต้นแบบร่วมในการเผยแพร่ได้ใช้เรื่องการจิตวิทยา ให้การยอมรับ ให้ความเชื่อใจ ให้รางวัลไว้วางใจ โดยเฉพาะการให้เกียรติและรางวัลจากภายนอกมีบทบาทที่ช่วยในการสร้างความภูมิใจในการดำเนินงาน เช่น กรณีบุคคลต้นแบบของน้ำแก่นจำนวน 2 คน เป็นบุคคลต้นแบบของประเทศที่มี 25 คน ดำเนินการคัดเลือกโดยทีม สสส. ต่อมาบุคคลต้นแบบยังรวมถึงกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถควบคุมภาวะโรคของตนเองได้อีกด้วย

จัดบริการที่สร้างการเรียนรู้ร่วมกัน แม้เรื่องเล่าที่ผ่านมาเป็นบริการเชิงรุก แต่สถานีนอนามัยตำบลน้ำแก่นเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนที่อยู่ใน CUP อำเภอเมืองรับผิดชอบงานรักษาพยาบาลให้กับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อด้วย โดยมีโรงพยาบาลน่านเป็นที่เลี้ยง ในช่วงปีแรกมีแพทย์และพยาบาลลงมาให้การดูแลรักษา โดยในกรณีผู้ป่วยเรื้อรังได้จัดให้มีบริการเป็นวันเฉพาะ ในปี 2548 สถานีนอนามัยเป็นผู้ดูแลในการจัดบริการด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จึงได้มีการย้ายบริการจากที่สถานีนอนามัยไปที่ชุมชนเพื่อเพิ่มความสะดวกให้กับผู้รับบริการและลดความแออัดของสถานบริการ โดยจะมีเจ้าหน้าที่พยาบาลลงไปตรวจผู้ป่วย อสม. จะเป็นผู้ตรวจวัดความดันโลหิตสูง ซึ่งน้ำหนัก ค่านวณค่า BMI วัดรอบเอว-สะโพก การบริการที่เปลี่ยนไปทำให้ผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่ได้คุ้นเคยกันมากขึ้น สามารถบอกความจริงเรื่องการกินยากับเจ้าหน้าที่ได้โดยไม่ต้องกลัวว่าจะถูกดู เรื่องการกินยาที่ไม่ถูกต้อง ลืมกินยา หรือการยืมยาให้กันกิน โดยหมอนอนามัยให้ผู้ป่วยจะต้องถือยาที่เหลือมาด้วยทุกครั้ง ในขณะเดียวกันเจ้าหน้าที่ได้เรียนรู้กับผู้ป่วยในเรื่องของการเป็นโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานร่วมกับญาติของผู้ป่วย การมาจัดบริการที่หมู่บ้านมีจุดดี คือ หากว่ามีผู้ป่วยคนไหนไม่มารับบริการ คนในหมู่บ้านสามารถไปตามมาได้ เมื่อมาจัดบริการที่ชุมชนผู้ป่วยและ อสม. จะเป็นผู้จัดบริการด้วยตนเอง มีการพูดคุยระหว่างการรอตรวจซึ่งเป็นการเรียนรู้กันเองของผู้ป่วย “ช่วงที่รอเรา เขาก็คุยกันสัพเพเหระ เขาก็ได้สุขภาพจิตละ มาคุยกันหัวเราะกัน ถามไถ่สุขภาพกัน ใครคุมน้ำตาลได้ ไม่ได้อย่างไร ถ้าได้ใช้วิธีไหน แล้วก็แลกเปลี่ยนคำแนะนำกัน สรุปแล้วก็ได้เป็นเวทีให้กำลังใจกัน แต่ถ้าไม่ดูแลตัวเอง ก็ถูกตำหนิต่อว่ากันจริงๆ อย่างการกินอาหาร หรือบางคนที่ไม่มาออกกำลังกาย เขาก็จะว่าให้คนนั้นว่า ทำไมไม่มาออกกำลังกาย ไม่มาตามนัด เขาจะว่าให้ว่าไม่สนใจตัวเองมัวไปทำอย่างอื่น เขาว่ากันเอง” รวมถึงมีการใช้กลุ่มในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีผลต่อโรค คือ เหล้าและบุหรี่ ทำให้ผู้ป่วยที่เคยมีพฤติกรรมดังกล่าวลดลง นอกจากนี้ยังมีคู่มือสำหรับให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ภาวะการเจ็บป่วยของตนเองและมีตารางกราฟสำหรับ plot ความดันโลหิตสูงเพื่อให้รู้ว่าอยู่ในระดับใด มีการนำอาหารมารับประทานร่วมกันทำให้เจ้าหน้าที่และผู้ป่วยด้วยกันสามารถประเมินรสเค็มของอาหารได้ บทบาทสถานีนอนามัยจึงมีการดูแลในเรื่อง การกินยา อาหาร เรื่องการออกกำลังกาย ความเครียด ส่วนเรื่องการปรับยาเป็นเรื่องของโรงพยาบาล ต้องมีการส่งข้อมูลต่อไปให้โรงพยาบาล 3 เดือนจะมีการประเมินผู้ป่วย

การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ตำบลน้ำแก่น จะมีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโดย อสม. ทุกปี ไปตามทุกครัวเรือน ดูเรื่องผังเครือญาติ แต่ละคนจะไปดูในพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดยจะมีการพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้มีความสามารถวัดรอบเอวและสะโพก วัดความดันโลหิตโดยเครื่องดิจิตอล สำหรับในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่อยู่ในครอบครัวผู้ป่วยจะไม่นำอายุเข้ามาเกี่ยวข้อง อสม. จะทำการประเมินปีละ 2 ครั้ง โดยในส่วนของเบาหวานยังใช้แถบตรวจปัสสาวะอยู่ นอกจากนี้ยังมีบริการตรวจวัดความดันโลหิตสูงที่ คลมช. ซึ่งในน้ำแก่นยังสามารถดำเนินงานได้ทั้ง 10 แห่ง บางแห่งมีเรื่อง

สมุนไพรร้อยด้วย และใช้เป็นจุดให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วย การคัดกรองสามารถทำการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจคัดกรองถึงร้อยละ 91.11 พบความผิดปกติร้อยละ 17.22 แยกตามกลุ่มโรค พบความดันโลหิตสูงร้อยละ 11.57 เบาหวานร้อยละ 5.91

ถึงวันนี้ตำบลน้ำแก่น ผู้ป่วยยังไม่มีภาวะโรคแทรกซ้อน จากเดิมที่ตำบลน้ำแก่นเคยมีผู้ป่วยที่มีภาวะ stroke จนกระทั่งเกิดภาวะอัมพฤกษ์ อัมพาต ปรากฏว่าในช่วงหลังที่มีการดำเนินงานผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 117 คน (กรณีรับยาที่สถานีอนามัย) ยังไม่มีผู้ป่วยที่มีภาวะ stroke แพทย์มีการปรับยาลดลง 25 คน หยุดยาจำนวน 3 คน ผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 33 คน คุมน้ำตาลได้ไม่มีภาวะแทรกซ้อน แพทย์มีการปรับลดยา 1 ราย เมื่อ 6 - 7 ปีก่อนที่จะมีโครงการสถานีอนามัยต้องเสียค่ายาโดซิแพมเดือนละ 2 กระป๋อง แต่ปัจจุบันจากการที่มีการรวมกลุ่มผู้ป่วย การผลิตผักพื้นบ้านของตนเอง มีฐานการออกกำลังกาย ทำให้ความเครียดของผู้ป่วยลดลง ทำให้มีการใช้ยาตัวนี้น้อยลงอย่างมาก

จากบทเรียนทำงานที่เริ่มจากจุดเล็กๆ ที่เห็นแกนนำมีศักยภาพในการเดินทางวันละ 4 กิโลเมตร นำมาเป็นรูปธรรมที่ทำให้เห็นว่าการออกกำลังกายมีผลต่อสุขภาพอย่างไร การเฝ้ามองหาแกนนำผู้สนใจเข้ามาเพิ่มเติมของหมอบุญคุ้มและทีมงาน ทำให้ชุมชนเห็นปัญหาและใช้ทุนของตนเอง โดยเจ้าหน้าที่เห็นเรื่องสุขภาพไม่ได้แยกออกจากวิถีชีวิต วิถีชุมชน ไม่มองสุขภาพเพียงด้านเดียว มีการใช้ภูมิปัญญาผักพื้นบ้านและสมุนไพรรักษาทางสังคม ตลอดจนการสร้างภาคีเครือข่าย และจัดโอกาสให้เกิดขึ้นในชุมชนเช่นมหกรรมสุขภาพเพื่อกระตุ้นกระแสให้เกิดขึ้น การสร้างปัจจัยที่ลดโอกาสการเกิดโรค และเพิ่มปัจจัยที่สร้างสุขภาพของชุมชนนับเป็นวิธีการทำงานแบบใหม่ ที่มีกลวิธีทำงานตามวิถีชีวิตและวิถีผลิตของชุมชน นับเป็นบทบาทใหม่ของสถานีอนามัยที่ก้าวออกมาทำงานสุขภาพเชิงรุกด้วยวิธีคิดและวิธีทำงาน โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นกิงก้านของปัญหาชุมชน ที่เมื่อได้ทำแล้วนำไปสู่การเชื่อมโยงให้เห็นถึงต้นตอรากของปัญหาในเรื่องวิถีชีวิตและการผลิตที่เปลี่ยนแปลงไปมีผลกระทบต่อสุขภาพของคนในชุมชน

6.) ปางคำ การป้องกันที่ระบบรากฐาน

ประเด็นที่ตั้งคำถามดังๆ ที่อยากสื่อถึงพี่น้องที่ทำงานด้วยกันว่า เราทำงานเพื่อตอบสนองใคร ถ้าตอบสนองตัวชี้วัดมันจะหนัก แต่ถ้าคิดเป็นโจทย์ร่วมของชุมชนก็ไม่ต้องสนใจอะไรสักอย่าง เพราะจุดมุ่งหมายก็คือ "ชุมชนได้ ชุมชนเป็นคนตอบ" ธีรพล เลิศสงคราม

ปางคำ อนามัยไม่มีรั้ว เส้นถนนประมาณ 100 กิโลเมตร จะนำไปสู่ "ภูชี้ฟ้า" ทะเลหมอกอันสวยงามมองข้ามไปเห็นฝั่งลาวของจังหวัดเชียงราย ก่อนจะถึงเพียงไม่ถึง 20 กิโลเมตร จะพบสถานที่งดงามด้วยอุดมการณ์แห่งการเรียนรู้และทำงานร่วมกัน สถานีอนามัยปางคำแต่เดิมเป็นเพียงสถานบริการสาธารณสุขชุมชน (สสช.) ตัวเรือนไม้เล็กๆ 2 ชั้น ชั้นล่างมีเพียงพื้นที่เพียงพอแคโต๊ะ 2 ตัว กับให้คนไข้เข้าไปนั่งได้ไม่กี่คน และใช้ข้างบนเป็นที่พักอาศัยของเจ้าหน้าที่ ปี 2542 ดังประมาณมาสร้างสถานีอนามัย แต่ทว่าสถานีอนามัยแห่งนี้ได้รับการตกแต่งให้ดูสวยงามเหมาะกับการตรวจรักษาพร้อมภูมิทัศน์อันสวยงามของบริเวณสถานีอนามัย มาจากการร่วมมือร่วมใจในการสร้างสถานีอนามัยของคนในชุมชน ชาวบ้านช่วยหาเงินสองแสนจากผ้าป่าและการบริจาค ใช้เวลาเดือนกว่าผลิตกันมาช่วยสร้างสถานีอนามัย หมู่บ้านละ 20 คน ห่อข้าวมากินกันเอง หมออนามัยมีกับข้าวเสริมให้นิดหน่อย สถานีอนามัยแห่งนี้จึงมีความแตกต่างจากที่อื่นเป็นสถานีอนามัยที่ชาวบ้านร่วมแรงร่วมใจมาสร้างกับมือ อนามัยเป็นของชาวบ้าน **ไม่มีรั้วกันระหว่างสถานีอนามัยกับชุมชน** เย็นลงได้ทุนอนามัยที่ทำเป็นพิพิธภัณฑ์ของพื้นบ้านชุมชนจะ

กลายเป็นที่ฝึกเล่นดนตรีพื้นบ้านและค้ากาแฟจะแวะเวียนกันเข้ามาคุยเรื่องราวในชุมชน ส่วนสนามหญ้าจะมีกลุ่มเยาวชนเข้ามาเล่นกีฬา มาพูดคุยทำกิจกรรม หมออนามัยในชุดกีฬาขาสั้นก็ปะปนไปกับเยาวชน พื้นที่สถานีอนามัยยังเป็นที่ทดลองเลี้ยงหมูหลุมและเลี้ยงปลาของกลุ่มเยาวชน และยังเป็นปลูกผักที่เพียงพอสำหรับกินกับน้ำพริกของกัลยาณมิตรกลุ่มเล็กๆที่เข้าไปร่วมเรียนรู้กับบ้านปางคำ

สุขภาพเป็นของใคร ความสุขร่วมกันของคนในชุมชนคือเป้าหมายของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยปางคำ กว่า 20 ปีของผู้ชายเพียง 2 คน คือ คุณประยัด หินทราย และคุณธีรพล เลิศสงคราม ที่ได้สรุปและเห็นหนทางของตนเองจากเดิมที่อาศัยความคิดทางการ ซึ่งเจ้าหน้าที่ต้องพยายามเร่งทำเพื่อตอบสนองเบื้องบน (บางครั้งก็จัดให้) การเฝ้ามองปรากฏการณ์ทำให้เกิดคำถาม “ทำไมเจ้าหน้าที่ตั้งอกตั้งใจทำงานเต็มชีวิต ชาวบ้านจึงไม่เห็นความสำคัญ ไม่สนใจเท่าที่ควร ปัญหาสุขภาพหลายอย่างกลับทวีความรุนแรงมากขึ้น” การได้ทบทวนวิเคราะห์และแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากทั้งภายในและนอกชุมชน ทำให้มีมุมมองและวิธีที่ทำงานที่แตกต่างไปจากเดิม พบว่าถึงแม้โดยภาพรวมงานแบบเดิมจะมีเป้าหมายสุดท้ายเดียวกันแต่มันต่างกันตรงที่วิธีการทำงาน และกระบวนการทำงานร่วมกัน จากเดิมที่ทำงานแบบความคิดรัฐโครงการที่เกิดไม่มั่นคงเพราะเน้นทำกิจกรรมให้สำเร็จ แต่ไม่ได้สร้างให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ แต่หากมีกระบวนการให้ชุมชนได้เรียนรู้ตัวเองโดยมีหลักอย่างหนึ่งว่า ทุกขั้นตอนตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสุดท้าย ก็คือ เอาชุมชนเป็นตัวกำหนดเป็นตัวตั้ง การตั้งใจร่วมกันของชุมชนที่สุดท้ายมันจะต้องรับใช้และตอบสนองความต้องการของชุมชน วิธีการทำงานของเจ้าหน้าที่กับชาวบ้านจึงเป็นเพียงการ “ฟัง” ชาวบ้านให้มาก ทบทวน อยู่ตลอดเวลา ที่สำคัญ คือ การมองสถานการณ์วิเคราะห์ว่าขณะนี้อะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับชีวิต อะไรที่เป็นจุดอ่อนที่เราต้องช่วยกัน พยายามช่วยกันทำอย่างไรให้ชาวบ้านลุกขึ้นมาจัดการตนเอง **งานสุขภาพเป็นงานของชุมชน ชุมชนต้องเป็นเจ้าของ**

หลังจากการร่วมแรงร่วมใจทำให้อาามัยเป็นของชาวบ้าน พื้นที่ด้านล่างได้นำมาสู่การแลกเปลี่ยน ทบทวนตนเองและการตั้งคำถามที่สำคัญ “ทำไมบ้านขุนต้าไม่มีปัญหาความดัน เบาหวาน” บ้านขุนต้าซึ่งหนึ่งในหกของหมู่บ้านที่สถานีอนามัยปางคำรับผิดชอบเป็นคนพื้นที่สูง เป็นชาวเขาเผ่าม้ง แต่เรื่องราวของพี่น้องชาวม้ง กลับเป็นบทเรียนที่สำคัญยิ่งของบ้านปางคำ นำมาสู่การทบทวนวิเคราะห์ร่วมกันของแกนนำชุมชนและหมออนามัยว่า สาเหตุมาจากวิถีที่เรียบง่าย ใช้แรงงาน กินอาหารแบบธรรมชาติ นำมาสู่การพูดคุยและสร้างตัวชี้วัดความสุขหรือสุขภาพะคือ 8 ดี คือ “ดินดี ป่าดี สุขภาพดี เศรษฐกิจดี น้ำดี สังคมดี คนดี สิ่งแวดล้อมดี ต้องทำไปพร้อมๆกันเพราะเป็นเรื่องจำเป็นสำหรับชีวิต” ที่กำหนดมาจากสภาพปัญหาการคลี่คลายและความต้องการในอนาคต

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายได้สร้างกลไกในการขับเคลื่อนเรื่องสุขภาพ คือ แกนนำความคิด มีบทบาทขับเคลื่อนความคิดของชุมชนให้สติ แกนนำตามคุ้ม เพื่อประสานงานด้านต่างๆตลอดจนให้ข้อมูลข่าวสารชุมชน แกนนำกลาง ทำหน้าที่เชื่อมประสานเรื่องราวต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกขยายการมีส่วนร่วม แกนนำกลุ่มต่าง ตามกลุ่มที่มีอยู่ในชุมชน แกนนำ 8 ดี เป็นแกนนำที่ถูกคัดเลือกและได้รับมอบหมายให้พัฒนาชุมชนให้บรรลุ 8 ดี โดยเลือกจากคนที่มีความถนัด

บทบาทสำคัญการป้องกันที่ระบบรากฐาน แม้ว่าสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงที่สถานีอนามัยปางคำจะมีไม่มาก ไม่อยู่ในขั้นที่เป็นปัญหา แต่คนบ้านปางคำกลับหันมาสนใจที่จะป้องกันปัญหาสุขภาพมากกว่าพื้นที่อื่นๆ บ้านปางคำได้มีวิธีป้องกันอย่างหนึ่ง คือ การกินอาหารของชาวบ้านเป็นอาหารธรรมชาติ ส่งเสริมให้กินข้าวกล้องที่ตำนอกจากได้คุณค่าแล้วยังเป็นการออกกำลังกาย เพียงตัวอย่างจากบ้านขุนต้าที่ไม่มีผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ถึงผู้ป่วยเบาหวานที่สถานีอนามัยปางคำจะไปรับยาที่สถานีอนามัยตำบลเตาที่มีแพทย์ออกมาตรวจ แต่เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่มีเพียงเจ้าหน้าที่ผู้ชาย 2 คน ไม่ได้เห็นว่า ผู้ป่วยเป็นหน้าที่ของแพทย์หรือว่าสถานีอนามัยมีหน้าที่เพียงบทบาทการคัดกรองตามกรอบการทำงานเท่านั้น แต่ยังมีแนวคิดและวิธีการทำงานภายใต้ “งานสุขภาพเป็นงานของชุมชน ชุมชนต้องเป็นเจ้าของ” เรื่องนี้เป็นงานของชุมชนและให้ชุมชนดูแลสุขภาพกันเอง กระบวนการทำงานของเจ้าหน้าที่ถึงผ่านช่องทางกลุ่มแกนนำ โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นกลุ่มขับเคลื่อนงาน โดยมีเจ้าหน้าที่เป็นเพียงพี่เลี้ยงและอยู่เบื้องหลัง ทำหน้าที่พัฒนาศักยภาพให้ อสม. สามารถใช้เครื่องมือในการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง เจ้าหน้าที่จะคอยให้กำลังใจและให้ความเชื่อมั่นแก่ อสม. ในการคัดกรอง สร้างการเรียนรู้ร่วมกันถึงสาเหตุของปัญหาของการเกิดโรคในเวทีที่พบปะ อสม. กันทุก 2 เดือน จะมีการถามถึงผู้ป่วยเป็นอย่างไร ซึ่ง อสม. นอกจากแบ่งเขตรับผิดชอบแล้วยังมีการแบ่งงานให้เป็นหลักและคนอื่นเป็นผู้ช่วย เช่น อสม. ไสวรับผิดชอบงานเบาหวาน อสม. ที่เหลือในหมู่บ้านเป็นผู้ช่วย และเน้นให้ชาวบ้านในพื้นที่มีพฤติกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตดั้งเดิม เช่น การกินอาหารจะเน้นอาหารที่ได้จากธรรมชาติ กินข้าวซ้อมมือ ลดความเครียดโดยการใช้ดนตรีพื้นบ้าน การลดการดื่มแอลกอฮอล์ที่มีโซ่เพียงคำพูดแต่เป็นการเริ่มจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยผู้ชายทั้ง 2 คน ยังเป็นคนไม่กินเหล้าและไม่สูบบุหรี่เป็น “ตัวแบบ” ที่มีความหมายเป็น “รูปธรรม” ที่จับต้องได้

เด็กเป็นผ้าขาว การทำงานเบาหวานกลุ่มเป้าหมายที่ส่วนใหญ่ให้ความสนใจคือ ผู้ที่มีอายุเกิน 40 ปี แต่หากการก่อรูปพฤติกรรมที่จะนำไปสู่การมี “สุขภาพที่ดี” ต้องเริ่มตั้งแต่เด็กซึ่งกลุ่มเด็กเป็นกลุ่มเป้าหมายที่เป็น “ผ้าขาว” ที่หากเราเติมแต่งแต้มสีสันที่เหมาะสมลงไป ผ้าขาวนั้นจะดุงดงาม ปางคำจึงเห็นว่าการทำงานสุขภาพต้องเริ่มต้นตั้งแต่เด็ก สุขภาพเด็กที่มีโซ่เพียงแค่อุภาวะร่างกายตามกิจกรรมที่ต้องทำรายงานส่งซึ่งนำหนักวัดสวนสูง แต่เป็นสุขภาพแบบบูรณาการที่เชื่อมโยงร่างกายจิตใจ สติปัญญา อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรมประเพณี และทรัพยากรธรรมชาติสิ่งแวดล้อม

ดังนั้นกิจกรรมของเด็กและเยาวชนของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยปางคำที่ร่วมกับชุมชนจึงมีมากกว่าไปกว่าการตรวจสุขภาพประจำปี และการให้สุศึกษา แต่เป็นเรื่องการจัดโครงสร้างทางกายภาพสร้างอุปกรณ์เด็กเล่น อุปกรณ์ช่วยเสริมการออกกำลังกาย อนุรักษ์ของเล่นพื้นบ้าน ฝึกปฏิบัติธรรม การทำพืชผักสวนครัวปลอดสารพิษ ส่งเสริมทักษะให้เด็กได้แสดงออก นำดนตรีไทยพื้นเมืองเข้ามาช่วยกล่อมเกลาคเด็ก การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่ใช้หลัก “ไข่ดาว” คือ เยาวชนเป็นไข่แดง ทำหน้าที่ตัดสินใจ ภาคีการพัฒนาต่างๆ เป็นไข่ขาวทำหน้าที่เฝ้าอาหาร ร่วมทุกข์ ร่วมสุข สนับสนุน กระตุ้นและให้กำลังใจแก่ไข่แดง การได้เข้าใจและเรียนรู้ถึงวิถีชีวิตที่ดีต่อสุขภาพจะทำให้เยาวชนได้ให้ความสำคัญเรื่องสุขภาพในมิติที่แตกต่างไป มิใช่การเจ็บป่วยแต่เป็นการสร้างสุขภาพ

ความน่าสนใจอยู่ที่ไหน การทำงานของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยบ้านปางคำได้สะท้อนวิธีคิดต่อคำว่า “สุขภาพ” โดยเฉพาะเรื่องเบาหวานที่มีมิติการจัดการที่ระบบรากฐานสำคัญของการทำให้มีสุขภาพดีตั้งแต่ในวัยเด็ก โดยมีตัวชี้วัดสุขภาพที่ใช้ 8 ดี โลกทัศน์และชีวิตทัศน์ต่อคำว่าเบาหวานจึงเปลี่ยนแปลงไป บทบาทสถานีอนามัยที่ให้คุณค่าศักดิ์ศรีการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษา หายสุด วิธีคิด ความตั้งใจมุ่งมั่นและการเห็นคุณค่าจากงานที่ทำของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยแห่งนี้จึงเป็นความหมายที่สำคัญของการทำงานที่เอื้อต่อจิตวิญญาณผู้ที่ทำงานเคียงข้างชุมชน

7.) พลัง อยู่ที่ตรงไหน

การค้นหาพลังนับเป็นเรื่องสำคัญของการทำงานชุมชน ที่เชื่อว่าคนและชุมชนมีพลังในการดูแลตนเอง ประสพการณ์การทำงานเบาหวานของเพื่อนๆ ได้บอกว่าพลังมีอยู่ทุกหนแห่ง บางครั้งดูเหมือนว่าจะไม่มี แต่แท้จริงแล้วในชีวิตส่วนใหญ่เรามักมองข้ามเรื่องง่ายๆ ที่ใกล้ตัว ซึ่งเราเพียงอาจจะมองข้ามพลังที่มีอยู่และดึงออกมาใช้ให้เป็นประโยชน์เท่านั้นเอง

พลังในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน “โกเหยา” ผู้ป่วยเบาหวานอีกคนหนึ่งที่ถูกน้ำตาลไม่ได้ แต่พลิกผันมาเป็นแกนนำผู้ป่วยเบาหวาน คุณรัตนา เหลืองเรือง พยาบาลวิชาชีพศูนย์สุขภาพชุมชนวังทองได้เขียนมาเล่าเรื่องโกเหยาอดีตนักมวยผู้เคยมีสุขภาพแข็งแรง เป็นนักกีฬาเจ้าของค่ายมวยดังของตำบลวังทองแต่ชีวิตผกผันเพราะโรคเรื้อรังเริ่มความทุกข์ทรมานมาเกือบ 20 ปี กลายเป็นผู้สูงอายุที่อยู่บ้านเฉยๆ ไม่ได้ทำงานอะไร ต้องเข้าออกโรงพยาบาลเป็นประจำ นิ้วเท้าเหลือแค่ 7 นิ้ว เป็นแผลที่เท้าข้างละ 3 – 4 แผล เคยเป็นแผลใหญ่แพทย์จะตัดขา แต่โกเหยาไม่ยอมหนีไปรักษาที่จังหวัดขอนแก่น เคยรักษาด้วยยาที่มีผื่นผสมแต่ก็ไม่ทำให้แผลดีขึ้น น้ำตาลก็คุมไม่ได้ เดือน กรกฎาคมปี 2547 โกเหยามาทำแผลที่ PCU วังทอง และได้เข้ากลุ่ม Support Group เป็นกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เจ้าหน้าที่ไม่ได้บังคับโดยการให้วิชาชีพในการตัดสินใจชีวิตของผู้ป่วยให้เปลี่ยนพฤติกรรมตามแต่ที่หมอเห็นว่าสมควร แต่กลับบอกให้ผู้ป่วยแต่ละคนสร้างฝันของตนเอง และฝันของโกเหยาคือ อยากคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ 120 Mg% เมื่อมีความฝันเป็นเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามความฝันจึงเกิดขึ้น โกเหยาเริ่มกินข้าวกล้องเดือนมีนาคม 2548 เริ่มออกกำลังกายด้วยการเดินทุกวัน นละ 1 ชั่วโมง โกเหยาเลือกกินปลาเลือกอาหารเมนูสุขภาพ ดูแลสิ่งแวดล้อมในครัวและในตู้เย็น ภายในระยะเวลา 8 เดือน น้ำตาลในเลือดเริ่มลดลงจนอยู่ในระดับที่โกเหยาฝันไว้ ระยะเวลา 1 ปี 5 เดือน แผลโกเหยาหายขาดไม่เป็นแผลใหม่ ทุกวันนี้โกเหยามีความสุข ไม่ต้องมาทำแผลทุกวันน้ำตาลในเลือดคุมได้ในระดับปกติ

รางวัลที่ได้จากความอดทนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากความสุขแล้วยังกลายเป็นคนที่เชื่อมั่นในตัวเอง คุยก่งช่วยเป็นต้นแบบในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ยังขยายให้ผู้ป่วยอื่นๆ ได้ทำตาม “ช่วยเพื่อนปลดทุกข์แบ่งปันความสุข” มีผู้ป่วยอีกหลายคนที่เป็นแบบโกเหยา เมื่อได้เรียนรู้ที่จะดึงพลังการรักษาดูแลของตนเองออกมา กระบวนการปรับตัวภายในโดยการใช้ต้นทุนที่มีอยู่ ทำให้สามารถอยู่กับเบาหวานอย่างมีความสุข

ผู้ป่วยบางคนยังสามารถที่จะนำการเจ็บป่วยของตนเองมาสู่การเรียนรู้ของผู้ป่วยคนอื่นและบอกความรู้สำคัญกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เช่น กรณีป่าพิสมัย ที่อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปางเป็นข้าราชการเกษียณ เรียนรู้การเป็นเบาหวานกับตนเอง บอกกับตนเองว่าเป็นเบาหวานจะตายไม่ได้เป็นห่วงลูกเพราะสามีตายแล้ว หลังจากนั้นทำอย่างไรก็ได้ให้มีชีวิตให้อยู่กับเบาหวานอย่างมีความสุข อ่านหนังสือเข้าค่ายศึกษาอาหารจำกัดอาหาร เวลาไปที่อื่นจะพกน้ำไปขวดหนึ่งบอกว่าตนเองเป็นเบาหวานต้องกินน้ำเยอะ การเจาะน้ำตาลแต่ละครั้งเอาผลน้ำตาลมาเรียนรู้จักอาการของตนเอง จนกระทั่งจับได้ว่าระดับน้ำตาลที่ 130 mg/dl จะเป็นช่วงพอดีที่จะมีอยู่กับเบาหวานอย่างมีความสุข ถ้าน้ำตาลลดลงเหลือ 80 mg/dl จะมีอาการชามือ ซึ่งได้ถ่ายทอดประสบการณ์การเรียนรู้สังเกตอาการตนเองไปสู่เพื่อนและบอกเคล็ดลับให้เจ้าหน้าที่ได้เรียนรู้ว่า **“ต้องค้นหาจุดยึดเหนี่ยวในชีวิตของคนไข้ให้ได้แต่ละคนจะมีเรื่องที่แตกต่างกัน”** และได้ชักชวนคนอื่นมาเข้าร่วมชมรมสร้างสุขภาพ และได้เพียงแค่ทำเรื่องเบาหวาน หากแต่ยังเขียนโครงการขอการสนับสนุนจากกองทุนสนับสนุนการสร้างสุขภาพมาทำในเรื่องขยะด้วย

8.) พลังจิตอาสา อาสาสมัครสาธารณสุข

"เมิน เป็น" เป็นชื่อสั้นๆ ที่เจ้าตัวแนะนำตัวเองอย่างง่ายๆ พร้อมแนะนำสัญลักษณ์ของตนเอง ในเวทีถอดความรู้การทำงานเบาหวานในชุมชนที่โรงแรมเดอะริช นนทบุรี อะไรทำให้หมอดื้อชวน อสม.รุ่นเยาวชนใส่ชื่อเข้ามาคุยด้วย เอาเข้าจริงเธอไม่ใช่เยาวชนหากแต่เธอเป็นแม่ของลูกแล้ว แล้วยิ่งแปลกใจมากไปกว่า เมื่อได้รับรู้ว่าเธอยังได้รับการเลือกให้เป็น อบต. ของหมู่บ้านโดยที่ไม่ต้องเสียเงินทองเลยได้คะแนนถึง 222 ใน 300 เสียง ทั้งที่มีการใช้เงินในการหาเสียงและเธอก็ไม่ใช่คนที่มีบุคลิกขำข่างเจรจา เรื่องราวของชีวิตเธอและโครงการสามหมอของตำบลเนินเพิ่มจึงค่อยๆ ถูกเล่า

ชีวิตในวัยเด็กเปรียบแล้วเหมือนลูกกำพร้าจบเพียง ป.6 แม่ไม่มีเวลาดูแลต้องไปทำงานทั้งกลางวันและกลางคืนหาгуหาปลาแลกเปลี่ยนลูกถึง 6 คน แต่อยู่รอดด้วยความเอ็นดูของผู้ใหญ่ในหมู่บ้านที่มีอะไรก็แบ่งปัน 6 ปีก่อนเธอได้เข้าร่วมงานในชุมชนเป็น อสม. ในชีวิตช่วงแรกๆของการเป็น อสม. "เขาบอกให้ไปซั้่งน้ำหนักเด็กนะ เราก็ก็น้ำหนักเด็ก" ไม่ค่อยมีบทบาทอะไรได้แต่ทำงานตามหน้าที่ ความรู้สึกภูมิใจและมีคุณค่าได้เกิดเมื่อได้ร่วมทำงานโครงการสามหมอ เพราะเนินเพิ่มมีปัญหาผู้ป่วยโรคเรื้อรังครบครันไม่สามารถดูแลได้ทั่วถึงเกิดปัญหาภาวะแทรกซ้อน สามหมอจึงหมายความว่าใน 1 หมู่บ้านจะมี อสม. 3 คน แต่ละคนจะถูกฝึกฝนให้มีความรู้และชำนาญในแต่ละโรคคือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคอัมพาต อสม. จึงเป็นกลุ่มที่หมอดื้อเห็นว่าน่าจะเข้าไปช่วยเติมเต็มให้กับ ครอบครัวได้ เธอเองในช่วงแรกก็ กล้าๆ กลัวๆ อยู่ว่าจะทำไม่ได้

แต่พอได้ลงมือทำกลับพบได้รับการยอมรับและได้เป็นผู้ช่วยเหลือ "ตอนแรกๆ เราไม่มั่นใจ กลัวว่าชาวบ้านไม่ยอมรับ แต่พอเราลงพื้นที่จริง ทำจริง ชาวบ้านก็ยอมรับ" เพราะช่วงแรกหมอเข้าไปด้วยและช่วยเสริมตบท้ายด้วยว่า อสม. ได้รับการสอนมาแล้วเขาดูแลคนไข้เก่ง ทำให้คนไข้มั่นใจ เมื่อเวลาลงไปพูดคุยกับผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นผู้สูงอายุ ลูกๆ ของผู้สูงอายุจะบ่นว่า "บอกแล้วไม่เชื่อ" ลงไปบ่อยๆ ก็เข้าไปถามเขาว่า "เครียดมั๊ย เครียดลูกหลานเธอ ยายก็บอกว่าเครียด ก็บอกให้ลดจังแต่ไม่รู้ทำไมน้ำตาลขึ้น ก็บอกว่า ป่ต้องคิดหลาย เราต้องดูตัวเราเองก่อนลูกหลานเขาโตแล้ว ปล่อยเขาไปบ้าง ให้เขาปล่อยวางบ้าง แนะนำเค้าตามที่หมอบอก เราไปหาเขาก็ช่วยให้เขาได้ระบาย แล้วก็แนะนำเรื่องอาหารการกิน" การไปเยี่ยมจึงไม่ได้แค่ไปดูแค่เรื่องเบาหวานแต่ดูแลจิตใจ ความทุกข์ของผู้สูงอายุด้วย แม้เพียงแค่นี้เข้าไปคุยก็สามารถช่วยระบายความทุกข์ ความเหงาได้ "คนแก่อยู่บ้านเหงาเวลาเข้าไปแคะขวนคุยเรื่องต่างๆ" ซึ่งเวลาลงไปในบ้านบางครั้งเมินยังได้ช่วยบรรเทาเรื่องราวที่คนแก่อาจไม่กล้าบอกใครในเรื่องความลับของผู้หญิง "แกเป็นมีอาการคันในช่องคลอด เป็นเชื้อรา แต่คนแก่เขาอาย แต่เขากล้าพูดกับเราแล้วเราก็กส่งต่อให้นามั้ย เค้ามั่นใจว่า อสม.ฝากต่อให้แล้วนะ เขาไปเขาก็ไม่ต้องกังวลมากเพราะรายละเอียดเราทำไปให้หมดแล้ว บางครั้งภาษาของหมอกับพื้นบ้านเรา คนพื้นบ้านเราพูดภาษากลางไม่ได้แ่กังวลตรงนี้ เราสื่อกับเราอีกทีหนึ่งดูแลได้เยอะ" ผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุบางคนเวลา อสม.เมินเข้าไปหา ก็บ่นว่าปวด อสม.เมินก็ใช้วิชาฆวัดที่ได้เรียนมาจากอนามั้ยมาดูแล ผู้สูงอายุก็มีความสุข บางทีเดินเข้าไปเที่ยวในหมู่บ้านผู้ป่วยก็จะเดินเข้ามาหาถามเรื่อง การออกกำลังกายบ้าง หรือหากว่าในหมู่บ้านมีตลาดวู้ดที่พ่อค้ามักจะมีกินเหล้ากัน อสม.เมินมักจะเอาเครื่องวัดความดันโลหิตติดไปด้วย มีบางคนมีความดันโลหิตสูงและที่ไม่เคยวัดเลย ได้ให้คำแนะนำให้ไปสถานีอนามัย

ในวันที่มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ถอดบทเรียน เมินได้กล่าวว่า "รู้สึกดีใจภูมิใจ แต่ก่อนมองตัวเองว่าไม่มีค่า แค่ทำตามหน้าที่ อสม.ที่หมอบอก แต่พอเราทำงานลงพื้นที่ เราว่าญาติพี่น้องของเราต้องการเรามีความดีใจ ภูมิใจมีกำลังใจ" อสม.เมินเป็นอีกคนหนึ่งที่อาสาเข้ามา ยังมี อสม.อีกมากมายที่มีจิตอาสา ไม่ว่าจะเป็นลุงช่อนของตำบลน้ำแ่ก่นที่มีจิตอาสาซื้อเครื่องเสียงและให้หน้าบ้านตนเองเป็นพื้นที่สาธารณะสำหรับการสร้างสุขภาพ โดยคิดทำการออกกำลังกายแบบพื้นบ้าน หรือพี่เชียวอสม. ที่กึ่งอำเภอเฝ้าไร่ หนองคาย ที่มีความสุขที่ตื่นแต่เช้ามาทำ

หน้าที่เจาะเลือดช่วยหมออนามัย เพราะที่เชื่อว่าสิ่งที่ทำช่วยให้ผู้สูงอายุในหมู่บ้านไม่ต้องเดินทางออกไปยังโรงพยาบาลชุมชน ความสุขจากการให้เป็นสิ่งที่หล่อเลี้ยงจิตวิญญาณของอาสาสมัครสาธารณสุขเหล่านี้แม้ว่าจะเหนื่อยกายแต่ใจกลับอิ่มเอม สำคัญคือเจ้าหน้าที่จะหล่อเลี้ยงจิตอาสาของอาสาสมัครสาธารณสุขได้อย่างไร

9.) พลังคนต้นแบบ

ความสุขภายในฉายออกมาทางแวตารอยยิ้มภายใต้บุคลิกเรียบง่ายแต่มีความมุ่งมั่นของชายวัยสูงอายุคนตำบลน้ำแก่นคนหนึ่งที่ถูกกันดี ว่า “พ่อผ่าน” แต่ก่อนที่พ่อผ่านจะมาเป็น “คนต้นแบบ” ชีวิตได้ผ่านอะไรมามากมายไม่ว่าจะเป็น หัวหน้าเมืองฝาย สารวัตรกำนัน อสม. ผู้ใหญ่บ้านที่ชาวบ้านเสนอชื่อเป็นผู้ใหญ่คนแรกในหมู่บ้านที่ถูกแบ่งออกมา แต่สำคัญที่สุดได้ผ่านการเปลี่ยนแปลงชีวิตตนเองให้หลุดพ้นจากสารเคมีที่เป็นพิษร้ายต่อร่างกายจากการทำยาสูบ ฝาย ที่ต้องใช้อย่างหนักตลอด การทำแบบนี้ไปเรื่อยหลายปี ทำให้ร่างกายเริ่มประท้วง ความรู้สึกไม่สบาย เมื่อยเนื้อเมื่อยตัว ซา เมื่อเจาะเลือดก็พบสารพิษในร่างกาย ทำให้หันกลับมาคิดมองสภาพตนเอง คงเป็นเพราะชีวิตที่ใช้อย่างมาแรงและการกินผักที่ปลูกไว้ในไร่ที่โดนยาฆ่าแมลง เมื่อคิดถึงชีวิตได้ชัด ทำให้เริ่มเปลี่ยนแปลงตนเอง เริ่มลดการใช้ยาและมาปลูกผักสวนครัวในบ้าน พร้อมกับมีแนวคิดที่ว่า “กินเพื่ออยู่ เลี้ยงครอบครัวทำอะไรให้ปลอดภัย มีสุขภาพดี อย่าไปมกยเรื่องการใช้ยา”

เรื่องราวของชีวิตพ่อผ่านเพียงคนหนึ่งก็คงไม่มีอะไรน่าสนใจหากเป็นเพียงการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตเพียงคนเดียว แต่พ่อผ่านไม่ได้เห็นแค่ตนเองแต่ได้ขยายความคิดโดยการทำไปยังคนข้างเคียง เริ่มจากคนข้างเคียงพี่น้องก่อน ให้หลีกเลี่ยงสารเคมีมาปลูกผักกินเอง ยกตัวอย่างเรื่องราวชีวิตของตัวเอง และบอกเล่าภาพที่พ่อผ่านได้ไปเห็นชาวเขา กำลังพ่นยาจะหล่นปลีจากการไปช่วยปลูกป่า คนปลูกยังไม่กินกะหล่ำที่ปลูก หากจะกินจะมีพื้นที่ปลูกต่างหาก “กะหล่ำสำคัญไปเห็นกับตา อย่าไปหวังซื้อของกินในตลาด” ทำให้คนหลายคนในตอนแรกไม่เชื่อหันกลับมาปลูกผักกินเอง

เมื่อเกือบ 7 ปีก่อน รถเครื่องพ่อผ่านได้ไปจอดหน้าบ้านป่าขจร ทุกวันป่าขจรมักจะมานั่งหน้าบ้านตอนเย็นๆ แต่หลังจากที่หมออนามัยตรวจเจอน้ำตาลในปัสสาวะและได้ให้ไปตรวจซ้ำที่รพ. และรู้ว่าป่วยด้วยโรคเบาหวาน จากคนดีที่ขยันลุกไปทำงานกลับมาได้แต่นั่งนอนในบ้าน เพียงเพราะพ่อกำลังวินิจฉัยว่า “ป่วยเป็นเบาหวาน โรคนี้รักษาไม่หาย” ป่าขจรถึงกับไปแปลความว่า “ไม่หายก็ต้องตาย” ยอมรับการเป็นเบาหวานไม่ได้เพราะเชื่อ (กรรมพันธุ์) ไม่เคยเป็น ความอ่อนใจที่ว่าหมอบอกไม่หายประกบกับภาพคนไข้ที่โดนตัดขาที่เคยไปเห็นมาที่โรงพยาบาล ทำให้หมดหวังหมดกำลังใจรอคอยความตาย เกือบสองเดือนหลังฟังคำพิพากษาได้กลายเป็นคนขี้เครียด ปั่นจู้จี้ อะไรก็ไม่ถูกใจ หายใจหุดหิด ทำอะไรไม่ติดต่อก่อนที่แรกแม้แต่หลานตัวเล็กๆก็ไม่เอา “ไม่เอาลูกเอาหลานซักคน” ได้ยินเสียงคนคุยดังก็จะ “ใจสั้น ใครวูบ” สุดท้ายเหลือแต่สามีอยู่ด้วยคนเดียว ลูกหลานต้องย้ายออกมาอยู่ข้างบ้าน

เรื่องราวของป่าขจรได้ถูกนำมาเล่าให้หมออนามัยฟังโดยพ่อผ่าน หมออนามัยไปเยี่ยมและได้ชวนป่าขจรมานั่งคุยที่อนามัย พ่อผ่าน ชัยต่อม พ่อวิมล พ่อศรีมูล พ่อคำตัน ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มแกนนำคนสำคัญ คนต้นแบบ และผู้ป่วยนัดกันมาพูดคุยกับป่าขจรที่สถานอนามัย เหมือนการทำกลุ่มทั่วไปที่ไม่ได้ทำให้ป่าขจรได้รับรู้ว่าตนเองตกเป็นเป้าหมายครั้งนี้ ต่างคนต่างให้กำลังใจป่าขจร ต่างคนต่างเล่าต่างคนเคยมีทุกข์ สูงผ่านก็เคยทุกข์มียาฆ่าแมลงในเลือด “ออกข้อคิดใส่กัน” หมออนามัยก็บอกว่า “เบาหวานเป็นโรคของมันไม่ได้ป่วย เบาหวานเป็นโรคอย่างเดียวไม่ต้องกลัวร่างกายเรายังดี” ชาวบ้านมาตั้งข้อสังเกตว่าน่าจะมาจากสารเคมีที่ใช้กันเยอะ ป่าขจรก็ยอมรับทุกประการ

การใช้ยามาก่อนเพราะเป็นคนขยัน ปลูกเป็นสันดอย อาหารการกินอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ร่างกายไม่แข็งแรง ทำให้ป้าขจรได้ข้อคิดมาสู่ชีวิตอีกครั้ง

ผักสวนครัวบริเวณบ้านเป็นการออกกำลังกายระยะแรกที่ป้าขจรยังไม่ค่อยมีแรง พ่อผ่านคอยมาให้กำลังใจ และนำเมล็ดพันธุ์และต้นไม้มาให้ แนะนำให้ปลูกต้นไม้เพื่อจิตใจที่สบาย บอก “ปลูกทุกอย่างที่กิน กินทุกอย่างที่ปลูก” ช่วงแรกๆสองสามวันก็ไปเยี่ยมหาที่หนึ่ง จากนั้นกลุ่มออกกำลังกายได้กระตุ้นชวนป้าขจรไปออกกำลังกาย“แกก็ไม่ค่อยมั่นใจ มาประชุมหารือบอกว่า อย่าไปอาย การออกกำลังกายลดความเครียด เลือดจะไปทุกเส้นขน” ชักระยะหนึ่งพ่อผ่านก็บอกป้าขจรว่า “รู้สึกอาการดีขึ้นหน้าตาดีขึ้นเยอะลงไปด้วยดีที่นอนมาด้วย” กำลังใจก็ค่อยๆฟื้นฟูขึ้นมาเรื่อยๆ ป้าขจรบอกว่าบางช่วงที่ป้าขจรก็รู้สึกไม่อยากไปออกกำลังกาย แต่ก็ไม่ได้เพราะกลุ่มให้เป็นคนเก็บกัญแจเครื่องเสียง เมื่อไปถึงลานออกกำลังกายได้ยินเสียงเพลงใจก็ฮึดเต็มไปตามเสียงดนตรี จากที่ป้าขจรไม่มีแรงอ่อนใจกับการป่วยเป็นเบาหวานไม่มีแรงแม้แต่จะออกมานอกบ้าน พอภาวะจิตใจของป้าขจรฟื้นฟูจากพลังเยียวยาของแกนนำ ภายหลังได้กลายเป็นแกนนำในการออกกำลังกาย การฟื้นตัวของป้าขจรยังทำให้ป้าแก้วที่ยืนไม่ได้เช่นเดียวกับ ป้าทอง ป้าไหว อ้วยเมื่อ พ่อเห็นคนที่หนึ่งฟื้นก็มีกำลังใจ ฟื้นฟูร่างกายกลับมาแข็งแรงได้เหมือนเดิม

สำหรับผักสวนครัวพื้นบ้านที่ใช้เป็นพลังฟื้นฟูให้ผู้ป่วยเบาหวานได้ทั้งออกกำลังกายและอาหารที่มีคุณภาพกลายเป็นแหล่งอาหารที่มีคุณภาพของลูกหลานป้าขจรไปด้วย ใครจะแกล้งแซ่กหม้อหนึ่งเดินออกไปไม่เกิน 20 ก้าวก็ได้ผักมาครบหม้อแกง ขนาดพริกชี้หูต้นใหญ่ของป้าขจรยังสูงกว่าเอว ลูกๆขยายบริเวณหลังบ้านที่ให้ป้าขจรได้ทำเป็นที่ปลูกผักเพิ่มเติม วันนี้ป้าขจรคุมน้ำตาลได้ไม่เกินกว่า 120 mg/dl มาปีกแล้ว ยาเม็ดที่ป้าขจรเคยได้รับมาจากโรงพยาบาลให้กินถึงวันละ 9 เม็ดก็ลดลงเหลือเพียงวันละ 3 เม็ด แต่สำคัญคือป้าขจรอยู่กับเบาหวานได้อย่างมีความสุขเพราะรถเครื่องพ่อผ่านและแรงใจพรรคพวกได้ผ่านเข้ามาในชีวิตป้าขจร

10.) ทัวร์เอนโดฟิน (ทัวร์สร้างสุข) เพื่อคนตำบลวังทองอยู่เย็นเป็นสุข

หลวงพ่เพชรงามเลิศ ถิ่นกำเนิดหลวงพ่พั่น แสนสุขสรรค์งานพระบาท เทียวดลัดถิ่นผัสดไทย ของฝากถูกใจต้องส้มแผ่น ดินแดนสุขสมต้องชมบึง เป็นคำเริ่มต้นในงานโครงการของคุณรัตนนา เหลืองเรือง ที่เล่ามาว่า

ตำบลวังทองเป็นพื้นที่ที่อยู่ทั้งในเขตเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล ไม่ห่างจากตัวเมืองพิษณุโลกมากนัก เดิมเป็นชุมชนเก่าแก่ของเมืองพิษณุโลก จึงมีวัฒนธรรมประเพณีและปราชญ์ชาวบ้านเป็นจำนวนมาก ได้แก่ ครูดนตรีไทย ครูกลองยาว ลิเก และพ่อเพลงแม่เพลงพื้นบ้าน ปราชญ์ชาวบ้าน และอาหารที่ขึ้นชื่อเป็น “ผัสดไทย” ถ้าใครมาวังทองแล้วไม่ได้มารับประทานผัสดไทยได้ชื่อว่ายังไม่ถึงวังทอง ขึ้นชื่อว่าอาหารอร่อยระดับเป็นคำขวัญของเมืองได้ พฤติกรรมการกินของคนวังทองที่ใกล้เมือง ยังมีเรื่องน่าสนใจที่ได้จากการสำรวจว่า เกือบ 5 ใน 10 คน นิยมกินอาหารเดิม 2 ใน 10 ของคนวังทองชอบกินหมูสามชั้นประจำ 3 ใน 10 กินอาหารมื้อก่อนเข้านอน ผลสำรวจและคัดกรองประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป 3,465 คน เจอว่าคนมีภาวะเสี่ยงเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงร้อยละ 63.75 ที่มีภาวะเสี่ยงมากที่สุดคือ 4 ใน 10 คนมีดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน

ความเป็นชุมชนเก่าแต่เผชิญกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี 2549 มีผู้ป่วยเบาหวานอีก 9 คนก็ครบ 200 คน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงครึ่งพันพอดี ทำให้มีการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน โดยการจัดอบรมพัฒนาความรู้และทักษะ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อให้เกิดชุมชนพลังทางปัญญา ได้ค้นหาชุมชนรู้ซึ่งเป็นความรู้ที่ได้จากการปฏิบัติ อย่างเช่น **ป้าอิน ทวีพันธ์** อายุ 78 ปี เป็นกรรมการชมรมผู้สูงอายุตำบลวังทอง นั่งสมาธิเป็นประจำทำให้ป้าอิน

สุขภาพดีอายุยืนเพราะสมาธิเป็นธรรมโอสถที่พระพุทธเจ้าทรงค้นพบมากกว่า 2,500 ปีมาแล้วซึ่งวิทยาศาสตร์การแพทย์รับรองว่าการทำสมาธิก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและระบบประสาทและนักจิตวิทยาได้รับรองว่าการทำสมาธิช่วยพัฒนาความรู้สึกนึกคิดด้านจิตใจและพฤติกรรมได้ผลดียิ่ง **ลุงป่น ตะโกสัย** มีอายุ 101 ปี มาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทำไมลุงป่นจึงมีสุขภาพดีและแข็งแรงซึ่งจักรยานเป็นระฆังไกล่กับผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมได้ลุงป่นมีสูตรยาอายุวัฒนะ “หิ้งบนอากาศ พาดยอดไม้ หายธรรณี หินสังสาร ไปนิพพานไม่กลับ” **น้ำเนียร แจ้งสว่าง** ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นมากกว่า 10 ปี เมื่อเริ่มมีปัญหาด้านสายตาเคยคิดเบี้อชีวิตอยากฆ่าตัวตาย แต่ด้วยการค้นหาความเก่งและคุณค่าที่มีอยู่ คือ เล่นซอด้วงมากกว่า 30 ปี เสียงซอที่ไพเราะระดับใครได้ยินต้องติดใจ มารวมฝีมือกับปราชญ์ชาวบ้านด้านดนตรีไทยกลองยาวของ **ลุงจันทร์ จ่างสะเดา** ที่ผลิตกลองยาวไม้ขนุนใช้เองในชุมชน ที่ต่อมาได้ทำให้สมาชิกชมรมสร้างสุขภาพได้รำไม้พลองกลองยาว

การรวมตัวจากทุนดี ๆ ในชุมชนจึงเกิดขึ้น พร้อมๆกับเจ้าหน้าที่ต้องตอบตามนโยบาย 6 อ คือ อาหาร ปลอดภัย อนามัยสิ่งแวดล้อม ออกกำลังกายให้ร่างกายแข็งแรง อารมณ์ อโรคยาความไม่มีโรค รวมถึงอุบัติเหตุต่างๆ และอบายมุขได้แก่พฤติกรรมพนันต่างๆ การติดเกม การติดยาเสพติดต่างๆได้แก่บุหรี่ สุรา ฯลฯ สองบรรทัดที่ว่าที่เป็นนโยบายของรัฐนี้เป็นเรื่องดี หากแต่จะให้ชาวบ้านเกิดการเรียนรู้ด้านการสร้างสุขภาพให้ครบ 6 อ. นั้นค่อนข้างยาก ทางงานด้านการสร้างสุขภาพประชาชนจะต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนและทุกเครือข่ายโดยเฉพาะตัวชาวบ้านเองกิจกรรมต้องเป็นกิจกรรมโดนใจสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในชุมชน

ทุนดี ๆ ผนวกไปกับต้องทำตามนโยบายทำให้เกิดวัฒนธรรมการสร้างสุขภาพแบบบูรณาการ “ทัวร์เอนโดฟิน (ทัวร์สร้างสุข)” กิจกรรมทัวร์เอนโดฟินจึงใช้การขี่จักรยานเพื่อออกกำลังกาย ให้คน 4 วัย ได้แก่ เด็ก วัยรุ่น วัยทำงาน ผู้สูงอายุและคน 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ร่วมกิจกรรมฝึกสมาธิ กับป้าอิน พวีพันธ์ และพระสงฆ์ กิจกรรมหัวเราะกับนิทานชาขัน (นิทานสองแง่สองง่าม) เพราะอารมณ์ขันหรือเรื่องตลกเป็นสัญชาตญาณของคนไทยทุกคน และเป็นเรื่องตลกปนอยู่ในชีวิตประจำวันตลอดเวลา ไม่ว่าจะเป็นใครยากดีมีจนก็ล้วนมีอารมณ์ขันทั้งสิ้นนอกจากนี้ได้นำชุมชนความรู้ที่ได้จากการปฏิบัติมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ใช้เสียงดนตรีไทย ซอเก่ากับผู้เฒ่าโรคเบาหวานของน้ำเจ้านียร ชล้อยเพียงออกกับผู้เฒ่าพาพิการมาช่วยสร้างสุขในกิจกรรม นอกจากนี้ยังใช้ปราชญ์ชาวบ้านด้านอาหารมาสาธิตเมนูสุขภาพแบ่งปันกันรับประทาน (เมนูเด็ดของลุงระ) ได้แก่ การทำเมี่ยงปลาทุ แหนมเนือง ส้มตำนางฟ้าใส่หางมารร้าย ทุนดี ๆ ที่กล่าวมาข้างต้นเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องทั้งมิติของสุขภาพกาย ใจ และจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นสุขภาวะที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเราเกี่ยวข้อง ยังมีการตอบปัญหาด้านสุขภาพจากสิ่งที่ได้เรียนรู้โดยมีข้าวกล้องงดละ 20 บาทเป็นรางวัล เพราะข้าวกล้องเป็นอาหารที่ป้องกันโรค ซึ่งคนสมัยก่อนไม่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพราะตำข้าวกล้องรับประทานกันเอง นอกจากนี้ยังประชาสัมพันธ์ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมนำอาหารหอบีตองและใบบัวมาแลกเปลี่ยนกัน รับประทานตอนกลางวันไม่นำถุงพลาสติกใส่อาหารมารับประทาน เป็นที่รู้กันว่าพลาสติกนอกจากจะทำร้ายสิ่งแวดล้อมแล้วยังทำลายสุขภาพอีกด้วย ยังสอดแทรกกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้รอบเอดตนเอง ครอบครัวยุคใหม่เรื่องเด้านม(เต้าหัว) ฟังผู้เฒ่าเล่าเรื่องราวในอดีต ได้แก่ตำนาน เขาสมอแคลง ปิงราชชนก ประวัติสมเด็จพระบรมไตรโลกนาถกษัตริย์ของกรุงศรีอยุธยาซึ่งเคยมาบวชอยู่ที่พิษณุโลก เสริมแรงจูงใจมอบวุฒิบัตรผู้เฒ่าพิชิตเขาสมอแคลง วุฒิบัตรครอบครัวยุคใหม่พร้อมคน 4 วัย มาร่วมกิจกรรมเพราะในยุคนี้เกิดช่องว่างระหว่างวัยมากประชาชนต่างคนต่างอยู่ นวัตกรรมนี้ใช้สโรแกน “สมาธิ จักยาน หัวเราะ ซอเก่า ผู้เฒ่า เขาวชน” ใช้จักรยานเป็นสื่อจูงใจเพราะจักรยานเป็นวิถีชีวิตประจำวันของคนตำบลวังทอง ใช้ห้องประชุมตามธรรมชาติเรียบง่ายไม่มีพิธีการได้แก่ได้ต้นไม้ วัด สถานที่สำคัญทางประวัติศาสตร์สถานที่ท่องเที่ยวในตำบลวังทองและตำบลใกล้เคียง ได้แก่ เขาสมอแคลง วัดหนองบอน ปิงราชชนก เขตอนุรักษ์พันธุ์สัตว์

ตำบลวังนกแอ่น วังปลาและพิพิธภัณฑ์ของเก่าตำบลชัยนาม สวนสมเด็จพระบรมไตรโลกนาถในค่ายทหาร ใช้แกนนำเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนทุกเครือข่ายทุกภาคส่วนเป็นแรงขับเคลื่อนในการดำเนินงาน ศูนย์สุขภาพชุมชนวังทอง ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานให้เกิดกิจกรรมทัวร์เอนโดฟิน (ทัวร์สร้างสุข) ตั้งแต่ กรกฎาคม 2548 เดือนละ 1 ครั้งจนถึงปัจจุบัน นวัตกรรมนี้ทำให้คนตำบลวังทองอยู่เย็นเป็นสุข

คำว่า “พลัง” แม้ว่าการเจ็บป่วยโดยเฉพาะเรื่องเบาหวานที่บางคนต้องกินยารักษากันตลอดชีวิต ร่างกายเสื่อมดูล ทางแพทย์อาจจะบอกว่าวัยวุฒิมันเสื่อม ทำนองเดียวกับว่า “เครื่องใกล้พัง” แต่เครื่องที่ใกล้ พังกลับมาเป็นเรื่องราวที่ “สร้างพลัง” ในอีกรูปแบบหนึ่ง พลังที่จะค้นพบการดูแลตัวเอง พลังของผู้ป่วยในการช่วยเหลือกันเอง พลังของแกนนำอสม. คนต้นแบบที่เกื้อกูลให้เกิดการดูแลกันและกัน เลยจนมาถึงการนำทุนทรัพยากรบุคคล ภูมิปัญญา และการรวมตัวของคนในชุมชนมาช่วยกันสร้างสุขภาพ เบาหวานมองอีกมุมหนึ่งอาจจะเป็นบทเรียนบทใหญ่บทหนึ่งที่น่าสนใจ ทำให้คนหันกลับมาตรึกตรอง เรียนรู้ ชัดเกลตาตนเอง ทำให้จิตอาสา ความเกื้อกูล อันเป็นทุนสังคมที่สังคมของไทยได้นำมาสู่การชัดเจนจิตใจผู้คนในสังคม

ส่วนที่ 2 สรุปและสังเคราะห์ขั้นตอนการทำงานเบาหวานอย่างมีส่วนร่วม

1.) ปรับกระบวนทัศน์การทำงานเบาหวาน “เบาหวาน ไม่ใช่แค่ ดับอ่อนไม่เก่ง”

คนโดยทั่วไปมักมองเบาหวานเป็นเพียงภาวะที่ร่างกายบกพร่อง ดับอ่อนไม่สามารถทำงานผลิตอินซูลินได้ดี ตามวิธีคิดทางการแพทย์ตะวันตกที่ส่วนใหญ่ได้เรียนมา เป็นระบบกลไกเหมือนเครื่องยนต์ หากว่ากลไกในร่างกายส่วนใดบกพร่อง จัดการซ่อมบำรุงก็หมดหน้าที่เพียงเท่านั้น แต่สำหรับคนทำงานเบาหวานในชุมชนมักจะมองเบาหวานในมิติที่มากกว่ากลไกบกพร่องทางร่างกาย หากเป็นเรื่องของ “ภาวะสมดุล” ที่ทั้งสังคมขาดความสมดุลของการมีปัจจัยที่ทำให้คนมีสุขภาพดี ส่งผลกระทบต่อสมดุลของร่างกายในตัวคน เจ้าหน้าที่กลุ่มหนึ่งจึงเลือกที่จะทำงานทั้งในส่วนผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยง กลุ่มประชากรทั่วไป โดยมุ่งไปที่ปัจจัยสร้างสุขภาพโดยการสร้างฐานอาหารที่ดี การนำวิถีชีวิตที่ดีต่อสุขภาพกลับคืนมาเท่าที่จะทำได้ ลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพเท่าที่จะทำได้

2.) คนทำงานมีเป้าหมาย “รู้จะทำเพื่ออะไร”

มีข้อสังเกตอยู่ว่าเจ้าหน้าที่ที่ทำงานแล้วมีความสุขและยังทำงานต่อได้แม้ว่าจะมีอุปสรรคมากมาย **“มักจะสร้างเป้าหมายชีวิตของตนเอง รู้ว่าจะทำงานไปเพื่ออะไร เห็นคุณค่าในสิ่งที่ทำ หากความสุขได้ง่ายๆจากงานที่ทำไม่ว่าขึ้นเล็กขึ้นใหญ่”** เช่นเดียวกับการทำงานเบาหวานในชุมชน หากว่ามีเป้าหมายที่ต้องการ **“ไม่เพียงแต่รักษาคนไข้ แต่ต้องการให้ชุมชนพ้นภัยจากเบาหวานด้วยตนเอง”** แม้ว่าจะงานที่ลงไปทำร่วมกับชุมชนอาจเป็นงานที่ไม่คุ้นเคย ไม่ถนัด และอาจจะต้องเกี่ยวข้องกับคนจำนวนมาก หากมีเป้าหมายและทิศทางที่ชัดเจน แล้วค่อยๆ เริ่มทำจากจุดที่มีทุนอยู่

3.) ทบทวนและมองเห็น “สิ่งดีๆ”

“รู้ตัวตัวเองมีดี” การที่จะไปถึงเป้าหมายที่เราวางไว้เราต้องกลับมาทบทวนว่า “สิ่งดีๆในตัว” เพื่อที่จะไปเชื่อมกับงานชุมชน ในทุกวิชาชีพล้วนมีสิ่งดีๆ ที่แตกต่างกัน หากเราเรียนรู้และนำออกมาใช้ ดังนั้นกรณีศึกษาที่

กล่าวมาข้างต้นทุกกรณีที่เราต่างล้วนรู้ว่า “จุดดีที่จะนำมาใช้ของตนเองอยู่ตรงไหน” ไม่ว่าจะเป็นคุณจินดา จากศูนย์สุขภาพชุมชนเน้นเพิ่มที่เป็นพยาบาลมานานใช้เรื่องวิชาชีพเข้าไปลงชุมชนบวกกับความจริงใจและการติดตามอย่างต่อเนื่อง ความเป็นคนในบ้านของคุณเยี่ยมศิริพยาบาลโรงพยาบาลตำบลปากดุกมาสู่การวิเคราะห์และใช้ผังเครือญาติในการปรับพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง กรณีคุณบุญคุ้มหมอนามัยที่มีจุดเด่นเป็นช่างเชื่อมเรื่องราวและผู้คน บทบาทการเฝ้าระวังและการตั้งคำถามให้ชุมชนที่มีศักยภาพได้คิดของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยตำบลปางคำ การที่จะรู้ว่าตนเองมีดีอะไรต้องมีกระบวนการทบทวนตัวเอง หรือบางที่เจ้าตัวเองอาจจะมองไม่เห็น การทำงานร่วมกับผู้อื่นที่เป็นกัลยาณมิตรจะช่วยบอกได้

เห็นสิ่งดี ๆ ของทีมงาน การนำจุดดีของตนเองมาทำงานได้ ยังต้องประกอบกับการหาจุดดี/ทุนที่ดีของคนใกล้ตัวคือทีมงานในศูนย์สุขภาพชุมชนและเรียนรู้ร่วมกัน บางแห่งแม้แต่ลูกจ้างประจำพนักงานที่ทำหน้าที่ค้นบัตร ก็เป็นชุมพลให้กับเจ้าหน้าที่ได้ ไม่ว่าจะเป็นการพูดคุยทำความเข้าใจด้วยภาษาต่างๆกับผู้ป่วย หรือทำให้เจ้าหน้าที่สามารถติดตามสถานการณ์ชุมชนโดยไม่ต้องออกไปในหมู่บ้าน

เห็นสิ่งดี ๆ ของชุมชน การมองหาทุนของชุมชนที่จะเป็นพลังนำมาช่วยกันแก้ปัญหาเรื่องเบาหวานให้ได้ด้วย เช่นกรณีผักพื้นบ้านที่เป็นฐานทรัพยากรธรรมชาติที่สำคัญจะนำกลับมาใช้ได้หรือไม่ พลังของ”คนต้นแบบ”ในที่ชุมชนยังมีความเอื้ออาทร วิธีการกินข้าวกล้องในชาวเขาตำบลดงเต่ายังสามารถนำมาเป็นข้อคิดในการสร้างสิ่งดี ๆ ให้กับบ้านปางคำนำมาสู่การสร้าง 8 อ.

4.) จัดในบทบาทและคุณค่าการทำงานศูนย์สุขภาพชุมชน

ในกรณีโรคเบาหวานในขณะนี้มีการเฝ้าระวังหรือการรักษาหรือการรับยาของคนไข้มาไว้ที่ศูนย์สุขภาพชุมชน มีคำถามในใจว่าจะอะไรจะเป็นสิ่งดีที่ผู้ป่วยจะได้รับจากสถานบริการแห่งนี้ หากเราเข้าใจและเห็นคุณค่าของบทบาทศูนย์สุขภาพชุมชนจะรับรู้ “หมอโรงพยาบาลเป็นที่รักษา หมอนามัยเป็นที่ฟัง” ดังนั้นไม่ต้องแปลกใจว่าทำไมหมอนามัยเป็นที่ชาวบ้านไว้วางใจ มีอะไรสามารถมาพูดคุยปรึกษาได้ เรื่องที่ไม่เคยบอกหมอใหญ่เพราะกลัวจะโดนว่าไปแอบใช้ยาสมุนไพร หมอนามัยที่เข้าถึงชาวบ้าน “รู้หมด” เพราะ “ไปรพ. คุยกับหมอแค่ 2 นาทีแค่ไปรับยา แต่ไปทีสอ . นั่งคุยได้ทั้งวัน” ในกรณีเบาหวานที่ยาเป็นเพียงการควบคุมน้ำตาลที่ล้นออกมา แต่สำคัญที่สุดอยู่ที่การเรียนรู้ในการปรับพฤติกรรมเพื่อการดูแลตนเอง บทบาทที่ฟังและทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้จักตนเองที่จะเผชิญกับชีวิตการเป็นเบาหวาน จึงมีความหมายเป็นศักดิ์ศรีของศูนย์สุขภาพชุมชนทีเดียว ดังนั้นบริการที่จัดให้จึงมิได้หมายความว่าเพียงคลินิกจ่ายยาว่าน้ำตาล

บทบาทศูนย์สุขภาพชุมชนเน้นที่การส่งเสริมและป้องกัน ดังนั้นการ “รักษาชุมชนจึงเป็นบทบาทที่สำคัญ” นอกจากนี้การสร้างชุมชนเล็กๆของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานได้เรียนรู้ร่วมกัน ทำให้ชุมชนผู้ป่วยเบาหวานเกิดการเรียนรู้ในการดูแลตนเองจากประสบการณ์ของกลุ่มเดียวกัน ในวงสนทนาของกลุ่มเจ้าหน้าที่ที่ทำงานเบาหวานในชุมชนได้มีเรื่องเล่าที่สะท้อนผลที่แตกต่างไปจากข้อจำกัดของตัวระบบบริการ

“ที่วัดแห่งหนึ่งที่ส่วนใหญ่คนบวชที่เขาไปนั่งสมาธิกัน ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเบาหวาน เขาจะเอายามาอดกันคนละตะกร้า ของใครแพงกว่ากัน ผมเห็นความแตกต่างว่า ทางเทศบาลผู้ป่วยเขาเชื่อมกับหมอโดยตรง เขาได้ยามากเลยแต่เรื่องอาหาร เรื่องการปฏิบัติตัวผู้คนบ้านนอกที่เป็นเบาหวานไม่ได้ เขารู้ดีกว่าคนที่ได้ยาแพงๆ องค์ความรู้ของคนในเทศบาลกับคนน้ำแก้น ผมบอกว่า คนน้ำแก้นดีกว่าเยอะ”

เพราะน้ำแก่นำมาเรื่องการสร้างการเรียนรู้ทั้งของกลุ่มผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ทำให้มีส่วนร่วมในการจัดการปัจจัยการสร้างสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการสร้างพื้นที่สาธารณะในการออกกำลังกายที่เริ่มโดยชาวบ้านและยังทำอยู่อย่างต่อเนื่อง ชุมชนเข้ามาช่วยจัดการเรื่องอาหาร ทำเรื่องผักพื้นบ้านและการปลูกผักปลอดสารเคมีในบ้านของตนเองเหลือเอามาขายในตลาดของหมู่บ้าน การส่งผู้ป่วยรายใหม่มายังกลุ่มที่ออกกำลังกายเพื่อให้ได้ปรับพฤติกรรมตนเองโดยมีคนต้นแบบช่วยให้กำลังใจและสร้างการเรียนรู้ในการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งการปรับเงื่อนไขของชุมชนให้เกิดการสร้างสุขภาพ การพูดคุยเรื่องอาหารจึงมิใช่เป็นเพียงการนำโมเดลอาหารสำเร็จรูปขึ้นมาใช้ แต่ความเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ “การกินอาหารที่เรามองแค่ที่ตลาด แต่เรามองทะลุเรื่องอาหารไปถึงแปลงผักที่เขาปลูก ผักในไร่ในป่า” สิ่งที่เกิดขึ้นยังนำไปสู่การเรียนรู้และแก้ไขปัญหาในระดับชุมชน เป็นบริการที่เป็นจุดเด่นของสถานบริการในระดับนี้

5.) เบาหวานต้องสร้างการเรียนรู้

การเปิดใจยอมรับว่า การได้คิดได้ทำเป็นประสบการณ์ที่สำคัญ และประสบการณ์การดูแลสุขภาพไม่ได้ผูกขาดด้วย “ความเป็นวิชาชีพ” และยอมรับว่าชุมชนมีศักยภาพในการจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง บทบาทเจ้าหน้าที่จึงเป็น **ผู้ช่วยสร้างให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน** ซึ่งจะนำไปสู่วิธีการแก้ไขปัญหาย่างยั่งยืน

มีการสร้างกระบวนการเรียนรู้ของทีมงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คำว่า “หมอ” ที่ชาวบ้านในหมู่บ้านหมายถึงว่าสามารถที่จะให้คำตอบเรื่องสุขภาพได้ ไม่ว่าเรื่องการเจ็บไข้ได้ป่วยหรือหาทางแก้ไขปัญหามาในชุมชน ความเป็นทีมจึงมีความสำคัญในการสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน ทำอย่างไร ถึงจะเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้เล็กๆ เห็นความสำคัญและจุดเด่นของแต่ละวิชาชีพที่จะถ่ายทอดประสบการณ์และข้อมูลซึ่งกันและกัน “เราได้เรียนรู้จากแพทย์ ขณะเดียวกันให้แพทย์เรียนรู้เรื่องชุมชนจากเรา” หลายแห่งใช้โต๊ะกินข้าวของศูนย์สุขภาพชุมชนในการแลกเปลี่ยนข้อมูลกัน สิ่งสำคัญคือเรียนรู้ที่จะเข้าใจชุมชนในมุมมองของชาวบ้านไม่ใช่ของหมอ

มีการสร้างกระบวนการเรียนรู้จากผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัว หากเรานิยามคำว่า “ชุมชน” มิได้หมายความว่าเพียงแค่ว่า พื้นที่ทางภูมิศาสตร์อย่างเดียว แต่การเป็นชุมชนหมายรวมถึงการที่คนมารวมตัวกันเป็นกลุ่มมีเรื่องราวที่คล้ายๆกัน กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานนับเป็น “ชุมชนในรูปแบบหนึ่ง” ที่สามารถสร้างให้เกิดความร่วมมือกันได้ โดยเฉพาะประสบการณ์จากการดูแลตนเองที่เจ้าหน้าที่ไม่สามารถอธิบายความรู้สึกและวิธีเผชิญกับปัญหานี้ได้ ดังนั้นคนไข้จะเข้าใจคนไข้ได้มากกว่าหมอสามารถเล่าสร้างพลังใจและกระทบกับความรู้สึกของคนไข้ ประสบการณ์การดำเนินชีวิตของกลุ่มคนไข้ยังสามารถที่จะถ่ายทอดเป็นบทเรียนให้กับชุมชนได้

การควบคุมอาหารเพื่อให้สามารถควบคุมน้ำตาลได้ เป็นกรณีที่พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมักมีองค์ความรู้ปริมาณและชนิดของอาหาร อาหารแลกเปลี่ยน แต่ก็มักพบว่าสุขศึกษาที่ให้ไปไม่สามารถเข้าถึงผู้ป่วยได้โดยเฉพาะสุขศึกษาที่บอกว่า “ให้การควบคุมปริมาณข้าว กินให้น้อย” ในกรณีกลุ่มชาวบ้านที่ต้องออกแรงทำงานค่านี้อาจจะไม่สอดคล้องกับความรู้สึกของผู้ป่วย “กินให้น้อยจะทำงานไหวหรือ” ผู้ป่วยที่อำเภอสอดได้คลี่คลายเรื่องนี้จากประสบการณ์ตนเอง ที่ต้องทำงานหนักออกไปเลี้ยงวัว และใช้การดูแลสุขภาพตนเอง โดยดูจากวิถีการทำงานของตนเองในแต่ละวันได้ข้อสรุปมาสู่การเรียนรู้ว่า “กินเท่าไรก็ใช้เท่านั้น” จากคำง่าย ๆ ของเพื่อนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมน้ำตาลได้มาโดยตลอดโดยเรียนรู้จากร่างกายและการออกแรงนำมาสู่การปรับการกินเพื่อสร้างสมดุลของชีวิตตนเอง เป็นเรื่องสำหรับผู้ป่วยแต่ละคนต้องหาสมดุลตนเองให้เจอ ผู้ป่วยจะเข้าใจสมดุลตัวตนเอง หรือแม้แต่การแปลงคำพูด “กินข้าวให้น้อย” มาสู่การสามารถปฏิบัติได้จริงโดยใช้ “กระต๊อบข้าวน้อย” ของสถานีนอนามัยลำปางหลวง จังหวัด

ลำปางที่มีกระต๊อบข้าวทั้งของผู้ชายและผู้หญิง ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามที่เหมาะสมได้คือ "กินข้าวน้อยนะน้อยแค่นี้"

6.) ทำให้เบาหวานเป็นเรื่อง หน้าหมู

"หน้าหมู" ในภาษาเหนือ ให้ความหมายถึงเรื่องของส่วนรวม หากว่าต้องการทำงานเบาหวานในมิติใหม่ที่มาจากการรักษา ต้องทำให้ชุมชนได้ตระหนักและเข้าใจปัญหานี้ด้วยตนเอง ทำเบาหวานให้เป็น "โจทย์หน้าหมู" การสร้างกระบวนการเรียนรู้ภายในชุมชน นอกจากเรื่องตัวเลขคนเจ็บป่วย ตายหรือพิการตามตัวเลขที่สถานบริการมีแล้ว การยกเรื่องราว เรื่องเล่าของผู้ป่วยหรือคนต้นแบบสุขภาพ มาเป็นประเด็นการเรียนรู้ร่วมกัน หากเกิดมีชาวบ้านสงสัยมีคำถาม เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่าเพิ่งรีบชิงตอบ ทำให้ชุมชนได้คุยกันและย้อนกลับมาคิดทบทวนเป็นเจ้าของปัญหาด้วยตนเองและการแก้ไขปัญหามาของชุมชนจะมีมิติที่สอดคล้องกับบริบทและสามารถทำได้ ชาวบ้านจะกลายเป็นเจ้าภาพในการทำงาน สิ่งสำคัญคือบทบาทเจ้าหน้าที่ต้อง "เฝ้าดูการเปลี่ยนแปลงและเสนอให้คิด" "การเปิดโอกาสให้ได้คิด" "ฟัง" "เชื่อมโยงให้เห็นภาพ" "ตั้งโจทย์" "ไม่ตัดสินใจแทน"

7.) สร้างพันธมิตรในการทำงานที่มากกว่า อสม.

"ไม่ได้ยึดเฉพาะ อสม. เกาะใครได้เกาะ คนไหนมีท่าทีอินไปกับเรา ความคิดชัด นั่งคุยกัน"

การทำงานเบาหวานในชุมชน จะทำให้เห็นคนที่เข้ามาเป็นพันธมิตรมากกว่า อสม. ที่เจ้าหน้าที่คุ้นเคยบางพื้นที่พบว่ากลุ่มพลังของผู้สูงอายุสามารถเข้ามาช่วยทำงานนี้ได้ แก่นนำผู้ป่วยและครอบครัวที่สามารถนำประสบการณ์ตนเองออกมาช่วยแลกเปลี่ยน การให้แก่นำชุมชนหรือสมาชิก อบต. เป็นต้นแบบในการดูแลสุขภาพโดยการให้มีการตรวจสุขภาพและดูแลรักษาตนเอง เพื่อจะทำให้เกิดการจัดการในเชิงระบบต่อไปของตำบลน้ำเกีฮอง ถึงอำเภอฝาง จังหวัดน่าน บางพื้นที่ถึงกับชวนเจ้าของร้านอาหารในหมู่บ้านมาสมัครเข้าร่วมเป็นพันธมิตรในการลดหวานมันเค็ม หรือเด็กนักเรียนตัวน้อยที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในอนาคตที่ร่วมเรียนรู้จากการทำกิจกรรมร่วมกับผู้ใหญ่มาร่วมเป็นพลังสื่อในการลด "หวาน มัน เค็ม"

8.) เข้าใจวิถีชีวิตและเวลาราชการ

การทำงานเบาหวานในชุมชน ญูญแจสำคัญในการทำงานคือ การทำงานที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและเวลาราชการ โดยเฉพาะเรื่องของการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง ในโรงพยาบาลตำบลปากดุกใช้เวลาตอนหัวค่ำในการลงไปทำการคัดกรอง โดยเป็นช่วงเวลารว่างจากฤดูกาลทำงานของชาวบ้าน ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลโคกสูงได้ใช้เงื่อนไขของงานศพที่เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ต้องไปร่วมงานอยู่แล้ว การไปงานศพจึงทำงานคัดกรองไปด้วย "อย่างน้อยได้วัดความดันซักประวัติเบาหวาน เจอ CASE หนึ่งมีอาการ น้ดเจาะเลือดภายหลัง พบโรค เขาก็ขอบคุณเราอีก" หรือ "ทำปิ่นโตในวันพระแทนที่จะไปวัดแต่ไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่เขามาหาเราไม่ได้แทน"

บริบทแต่ละภูมิภาคมีความแตกต่างกันในเรื่องความเป็นปัจเจกของคนในชุมชนและการสนใจที่จะเข้ามาร่วมตัวกัน ภาคกลางมีโครงการนำสนใจของตำบลเขาสมิง จันทบุรี ที่ใช้สโลแกน "อ้วนไม่หนักหัวใคร แต่หนักหัวใจคนที่รักคุณ" ชาวบ้านทำโครงการลดหวานย่างที่หน้าห้อง แข่งขันลดความอ้วน นำผู้ชนะมาเป็น MODEL ต่อหาวิธีการลดความอ้วนของคนในพื้นที่ซึ่งก็เหมาะกับวิถีคนภาคกลางที่มักมีความเป็นปัจเจกสูงกว่าภาคอื่น หรือในภาคเหนือที่ความสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชนยังมีความเหนียวแน่น ผู้สูงอายุยังมีบทบาทในชุมชนตำบลลำปางหลวง จังหวัดลำปางเชื่อมร้อยพลังบริสุทธิ์เข้าไปสื่อสารเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ

โดยที่ผู้ป่วยเบาหวานมักมีสถานะความเป็น ป่วย ตายาย ใครจะทำให้กลุ่มนี้หัวใจชุ่มชื่นและมีกำลังใจได้ คงไม่พ้นพลังของเจ้าตัวเล็กๆ การใช้กลุ่มเด็กเป็นกลุ่มที่สื่อสารไปถึงกลุ่มเป้าหมายและชุมชนโดยการใช้สตีกเกอร์เป็นเครื่องมือในการสื่อสารที่ลงตัวกับวัยเด็กที่ชื่นชอบสตีกเกอร์เป็นยิ่งนัก

9.) เติมการจัดการเข้าไปอีกเล็กน้อย

งานของทุกกรมในกระทรวงสาธารณสุขถูกส่งมายังศูนย์สุขภาพชุมชน บางทีมงานกระทรวงอื่นก็ยังได้เข้าไปช่วยไม่ว่าจะเป็นเพราะว่าเห็นว่ามีผลต่อความอยู่ดีกินดีเป็นสุขของชาวบ้าน หรือเป็นเพราะว่าช่วยเหลือเครือข่าย “คนน้อย งานมาก” เป็นคำพูดคู่กันเสมอเมื่อเจอพรรคพวก แต่พรรคพวกที่สามารถทำงานได้อย่างราบรื่นมักจะมีความเป็น “นักจัดการ”

ตั้งแต่สมัยเผชิญกับปัญหาโรควันโรค การรับยาไม่สม่ำเสมอเป็นปัญหาใหญ่แม้ว่าจะรักษาระยะสั้นเหลือเพียง 6 เดือน แต่เมื่อเราเผชิญกับปัญหาโรคไม่เรื้อรังในยุคนี้แล้ว โดยเฉพาะโรคเบาหวานที่ทุกคนต่างรู้ว่าหากคนไข้คุมน้ำตาลตนเองไม่ได้แล้ว ภาระหนักอึ้งทั้งของคนไข้และหมอจะตามมา แต่หากหันไปมองที่มุมมองชาวบ้านที่จะต้องมารับยาทุก 1-2 เดือนและเป็นผู้สูงอายุที่ต้องอาศัยลูกหลานที่ไม่ค่อยจะมีเวลาในยุคนี้หรือบางทีก็ไปทำงานข้างนอก เรื่องนี้เชื่อว่าเป็นปัญหาในทุกพื้นที่ที่สัญญาณมือถือเข้าไปถึง

ในกรณีศูนย์สุขภาพชุมชนสะเลียมหวานที่กลายเป็นแม่ข่ายของโซนได้ใช้การจัดการ โดยใช้รถสองแถวโดยสาร บางแห่งเรียกว่า “รถคอกหมู” รับผู้โดยสารจากหมู่บ้านเดียวกัน เรื่องนี้ถูกพัฒนามาจากการแลกเปลี่ยนเวที ให้มีการนัดเป็นหมู่บ้าน จะได้สะดวกต่อการมาของผู้ป่วย สิ่งที่เกิดขึ้นคือการส่งผู้ป่วยแบบมีส่วนร่วม มีกระบวนการจัดการให้ผู้ใหญ่เก่าที่อยู่ท้ายหมู่บ้านมาส่งผู้ป่วยให้ ศูนย์สุขภาพชุมชนการันตีให้เที่ยวละ 300 บาท โดยผู้ป่วยต้องจ่าย 20 บาท (ไปโรงพยาบาลจ่าย 70 บาท) รถ 1 คัน และให้เจ้าของรถเอาอาหารมาจำหน่ายเป็นผักพื้นบ้าน เมื่อผู้ใหญ่มากมายของด้วย คนไข้มีนัดแทบจะไม่มี

เรื่องที่ต้องทำ ไม่ควรทำ

เป็นเรื่องราวที่เกิดจากการพูดคุยในวงของคนทำงานเบาหวานในชุมชนอยู่หลายวง ลองตั้งคำถามให้ช่วยกันคิดว่า มีอะไรเป็นเรื่องที่ “เราควรทำและเราไม่ควรทำในการทำงานเบาหวาน” ถัดจากมิตรที่ผ่านการทำงานเบาหวานในชุมชน ได้ช่วยสรุปว่า

เรื่องที่ต้องทำ

- **ช่วงตั้ง** ลงชุมชนต้องสืบค้นและดึงองค์ความรู้ที่มีอยู่ที่สามารถนำมาใช้ในการสร้างสุขภาพได้ เป็นการดึงองค์ความรู้ร่วมกับวิชาการทางการแพทย์ อันนี้จะมาสู่การหาทางออกร่วมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตชาวบ้านได้
- **ช่วงมอง** เป็นการมองเห็นจุดดีและศักยภาพของคนที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นของคนในทีมงานของศูนย์สุขภาพชุมชน หรือสิ่งที่มีอยู่ในชุมชน
- **ช่วงเชื่อม** เชื่อมเรื่องราวต่างๆในชุมชน ให้สามารถนำกลับมาใช้ในการสร้างสุขภาพคนได้ ไม่ว่าเชื่อมเรื่องของผู้ป่วย องค์ความรู้ที่ผู้ป่วยได้จากการปฏิบัติเชื่อมเรื่องข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานทำให้เกิดความตระหนักที่นำไปสู่ความตระหนัก
- **ช่วงเติม** การจะเป็นช่วงเชื่อมที่ดีต้องเป็นช่วงเติม เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมีองค์ความรู้เพียงพอที่จะไปเชื่อมต่อให้ชุมชนเห็นว่าเป็น ปัญหาของชุมชน การไป COACHING ให้การรักษาดีขึ้น ดังนั้นการ

เติมส่วนผสมของตัวเองของตนเองเป็นเรื่องจำเป็น เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เรื่องที่ต้องเพิ่ม อาจจะเป็นเรื่องอาการนำเบื้องต้นที่จะไปสู่ภาวะแทรกซ้อน ทั้งเรื่องตาและไต อาการข้างเคียงของยาโดยเฉพาะบางที่คนไข้กินยาแล้วอ่อนเพลีย พยาบาลวิชาชีพเพิ่มเติมในเรื่องวิถีและทักษะการทำงานชุมชน อย่างไรก็ตามทุกคนควรสร้างความเป็นสหวิชาชีพในตัวคนเดียวกัน การเติมกันและกันบางแห่งใช้โอกาสช่วงคลินิก “ขณะที่แพทย์มาให้การตรวจรักษา เจ้าหน้าที่ต้องอยู่ในกระบวนการเรียนรู้ที่จะจัดการคนไข้ เราได้เรียนรู้จากแพทย์ ขณะเดียวกันให้แพทย์เรียนรู้เรื่องชุมชนจากเรา”

- **ช่างจัดการ** การทำงานเบาหวานทีมเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องสร้างให้เกิด เพราะเป็นกระบวนการที่ได้สร้างการเรียนรู้ร่วมกัน และยังสร้างความมั่นใจในการลงไปในชุมชน การจัดระบบให้ได้เรียนรู้กันในทีม การทำงานเป็นทีม
- **ช่างรุก** ต้องช่างรุกเข้าไปให้เป็นเรื่องราวของชุมชน ไม่ใช่เป็นเพียงการทำกิจกรรมแต่รุกเข้าไปอยู่ในใจของคนที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นการทำงานกับอาสาสมัครสาธารณสุข ต้องได้ใจ ต้องให้เกียรติ ยกย่องความดี กับอาสาสมัครและแกนนำที่เข้ามาช่วยทำงาน เป็นเรื่องที่สำคัญ บางครั้งบางคนไม่ต้องการอะไรหรอก ขอให้ได้ชม เช่น เวลาไปตรวจวัดน้ำตาลหรือวัดความดันโลหิตในหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่ต้องคอยชื่นชมและเชื่อมั่นในตัวแกนนำซึ่งจะทำให้ชาวบ้านหันมาเชื่อมั่นแกนนำด้วย เวลาประชุมต้องเปิดพื้นที่เชียร์หนุนให้ได้พูด ให้ได้แสดงออกถึงศักยภาพ

เรื่องที่ไม่ควรทำ

- **อสม. เป็นลูกน้อง** ต้องอย่าคิดว่า อสม. เป็นลูกน้อง มาแล้วต้องทำอะไร จริงๆ เขาเป็นเพื่อนร่วมงาน แต่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชอบบอกว่า ต้องอย่างนั้นๆ ทำอย่างนี้ไม่ถูก นพ.อมร นนทสุต อดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้ริเริ่มงานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทยเมื่อเกือบ 30 ปีก่อน ท่านมีเหตุผลเชิงแนวคิดว่าอาสาสมัครสาธารณสุขทำหน้าที่เนื่องจากเป็นวัฒนธรรมของไทยที่มี “การเกื้อกูลกัน” ไม่ใช่ “รับจ้างทำ” ดังนั้นการจะเพิ่มศักยภาพ อสม. ในเรื่องเบาหวาน จึงไม่ใช่เพียงแค่ให้การอบรมแบบอัดความรู้แล้วจบ แต่ต้องสร้างการเรียนรู้ร่วมกันและคิดว่าบางที่เราก็ได้เรียนรู้บางเรื่องจากวิธีการของ อสม. เหมือนกัน
- **คิดแทนเขา** อย่าไปคิดแทนเขาว่าเขาจะไม่ทำ ต้องลองให้เขาทำก่อนค่อยบอกว่าเขาไม่ทำ
- **ฝืนวิถีชีวิต** อย่าไปแยกหรือใส่สิ่งที่แตกต่างไปจากวิถีชีวิตของเขา ผู้ป่วยภาคเหนือและภาคอีสานการเลิกข้าวเหนียวเป็นเรื่องไม่ง่าย หากใช้ปริมาณที่เหมาะสมและใช้จุดเด่นที่กินผักมากเข้าไปเสริม บางคนอาจจะไม่เหมาะกับการออกกำลังกายแอโรบิค หากว่าเขาไปทำงานเดินได้ถึง 30 นาทีหรือไม่ ถ้าเดินเป็นวิถีชีวิตก็ถือว่าเป็นการออกกำลังกาย
- **คาดหวัง** อย่าไปคาดหวังหรือวาดฝันว่าเขาต้องเป็นอย่างนั้นอย่างนี้ มองตามความเป็นจริงและยอมรับให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้ได้เรียนรู้
- **คัดไปกอง** อย่าให้ผลการคัดกรองที่ลงทุนทั้งแรง เวลา ค่าน้ำยา และความตั้งใจ ไปกองเอาไว้เฉยๆ เพราะคัดกองยังไม่ใช่เป็นที่สุดของการป้องกัน เพียงแต่เป็นจุดเริ่มต้น

๕

บทสรุปและข้อเสนอ

สรุปบทเรียนที่ได้รับ

1. การสร้างการมีส่วนร่วม เป็นทางออกและเป็นกุญแจสำคัญของการดำเนินงานในหลายๆเรื่อง ไม่เฉพาะแต่การส่งเสริมป้องกันและการดูแลสุขภาพโรคเท่านั้น แต่ครอบคลุมถึงการพัฒนารวมชนทั้งหมด ซึ่งแนวทางนั้นก็สามารถทำให้เกิดขึ้นได้จริง สำคัญที่การ "รู้เขา" "รู้เรา" และการเรียนรู้แบบสะสมต่อเนื่อง
2. การสร้างความเป็นเจ้าของเป็นทางเลือกหนึ่งของการมีส่วนร่วม ไม่ว่าจะในมิติของการสร้างพลังชุมชน หรือมิติการส่งเสริมป้องกัน ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง หากสามารถสร้างให้ชุมชน ประชาชน ผู้ป่วยรู้สึกเป็นเจ้าของสุขภาพ เป็นเจ้าของชุมชน โดยบุคลากรเพียงเป็นผู้ช่วย เป็นที่ปรึกษา เป็นผู้จัดโอกาส
3. เปิดใจ เปิดโอกาส อดทน ไม่เร่งรีบ เป็นคุณสมบัติที่มักพบจากบุคลากรที่สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้
4. การเรียนรู้ที่ยั่งยืน อยู่ที่ว่า การเรียนรู้จากการปฏิบัติจริงอย่างต่อเนื่อง จากการสังเคราะห์กรณีพบว่า ผู้ปฏิบัติงานแต่ละกรณี เป็นผู้ที่เรียนรู้จากการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีรูปแบบของการเรียนที่เป็นแกนหลักสำคัญคือ การตั้งคำถามกับตนเอง การพยายามหาคำตอบ การลองผิดลองถูก และการทบทวนตั้งคำถามใหม่ (ประเด็นนี้หากมีกลไกสนับสนุนจะช่วยส่งผลต่อระบบการเรียนรู้ที่ดี ซึ่งจะกล่าวในส่วนของข้อเสนอต่อไป)

ปัจจัยความสำเร็จของงาน

1. มีกระบวนการเข้าถึง และเป็นส่วนหนึ่งที่เพิ่มเติมกันและกัน การสังเคราะห์บทเรียนทั้งสองกรณี ปัจจัยหนึ่งของความสำเร็จ คือ การพยายามเข้าถึงกันและกัน โดยเฉพาะบุคลากรสาธารณสุขที่มีคุณสมบัติพร้อมที่จะเรียนรู้ และเปิดโอกาส ไม่ครอบงำผู้อื่น นอกจากนี้ยังมีทักษะของการเป็น facilitator ที่ดี เห็นโอกาสและศักยภาพของผู้อื่น ทำหน้าที่ช่วยเสริมส่วนขาด จะสามารถเข้าถึงชุมชน/กลุ่มเป้าหมายจนเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มเป้าหมายได้ดี

2. **มีกระบวนการเรียนรู้และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง** ในพื้นที่ที่มีตัวอย่างรูปธรรมสะท้อนความสำเร็จทั้งในแง่ของกระบวนการ หรือผลลัพธ์งานที่เกิดขึ้น ปัจจัยประการหนึ่งคือกระบวนการเรียนรู้ของบุคลากร ของชุมชน ซึ่งเกิดจากการปฏิบัติจริง การพบปะ แลกเปลี่ยน ทบทวน และตั้งคำถามใหม่ๆ ที่ช่วยให้การพัฒนานั้นต่อยอดมากยิ่งขึ้น
3. **การเห็นคุณค่าของสิ่งที่ทำ** เป็นปัจจัยที่เสริมให้เกิดพลัง และความต่อเนื่องของการดำเนินการ คุณค่าที่ปรากฏนอกเหนือจากพัฒนาการของเรื่องนั้นๆ แล้ว ประการสำคัญคือ ความรู้ที่เรียนรู้ การถูกยอมรับและให้คุณค่า กระทั่งมีความสุขจากการกระทำเรื่องนั้นๆ

ข้อสรุปแนวทางการพัฒนาแบบแผนการทำงานของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (โรคเบาหวานและภาวะความดันโลหิตสูง) และการดำเนินงานพัฒนาและสร้างพลังชุมชนในการจัดการสุขภาพ

1. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความสามารถและทักษะในการเรียนรู้จากการปฏิบัติ (เพิ่มพูนทักษะประเมิน การสื่อสาร การทำงานร่วม) โดยแนวทางที่เป็นไปได้คือ
2. การจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยน สรุปและสังเคราะห์ประสบการณ์จากการปฏิบัติเป็นระยะ เนื่องจากพบว่าการจัดการแลกเปลี่ยนโดยใช้การจัดการความรู้เป็นเครื่องมือ ช่วยให้บุคลากรในระดับปฏิบัติการเรียนรู้ผ่านการแลกเปลี่ยน บอกเล่า และเกิดการคิดเชิงประยุกต์ให้สอดคล้องกับบริบท
3. จัดให้มีระบบสนับสนุน เพิ่มพูนความรู้พื้นฐาน และความรู้เฉพาะที่จำเป็นต่อการดำเนินงาน โดยต้องเติมอย่างสอดคล้องกับความต้องการ เหมาะสมต่อการดำเนินงานตามสถานการณ์
4. มีระบบที่เอื้อในพื้นที่ เพื่อทำหน้าที่บริหารจัดการ สนับสนุน กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ พัฒนาคือต่อเนื่อง และเป็นผู้เชื่อมประสานกับระบบปกติ (ระบบบริหาร เพื่อสื่อสารการดำเนินงาน) ระบบภายนอก และนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง
5. ริเริ่มและจัดการพัฒนาระบบข้อมูล เพื่อใช้เป็นฐานการทำแผนพัฒนาที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ในส่วนนี้มีหลายพื้นที่ที่พยายามพัฒนาเพื่อนำไปสู่การพัฒนามาตรการในเชิงป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมจากชุมชน

ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อเสริมการเรียนรู้และการพัฒนาระบบงาน

1. **การพัฒนากลไกการเรียนรู้ให้เกิดขึ้นในระดับจังหวัด** เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดกระบวนการพัฒนาและเรียนรู้อย่างต่อเนื่องของระดับปฏิบัติการ เกิดกระบวนการสังเคราะห์ความรู้จากการปฏิบัติ การถ่ายทอดและเชื่อมโยงเครือข่ายระหว่างพื้นที่ทั้งส่วนที่เป็นภาครัฐ ภาคเอกชน และชุมชน จะเป็นช่องทางหนึ่งของการพัฒนาบุคลากร พัฒนางาน และการพัฒนาระบบ
2. **การพัฒนากลไกการเรียนรู้ในระดับส่วนกลาง** เพื่อสนับสนุนระดับจังหวัดและพื้นที่ปฏิบัติการ โดยการจัดระบบแหล่งทรัพยากรบุคคล แหล่งความรู้ทางวิชาการและเทคโนโลยี ตลอดจนการทำให้เกิดช่องทางการเผยแพร่ความรู้และเทคโนโลยีสู่ระดับจังหวัดและปฏิบัติที่ทันเวลา ทันกับความต้องการ นอกจากนี้การจัดเวทีการแลกเปลี่ยนระดับประเทศ ยังเป็นอีกช่องทางหนึ่งที่นอกเหนือจากการสังเคราะห์ความรู้และบทเรียนในภาพรวมแล้ว ยังมีผลต่อการเสริมสร้างขวัญและกำลังใจของระดับปฏิบัติการได้อีกด้วย