

“เบาหวานชนิดที่ 2 ป้องกันได้ และคุมให้สงบเบาหวานได้”

ด้วยการกำหนดอาหาร และคุมน้ำหนัก ให้มีองค์ประกอบของร่างกายที่เหมาะสมตามเกณฑ์ รวมทั้งช่วยให้ป้องกัน และดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานได้ดียิ่งขึ้น หรือหากเกิดขึ้นแล้ว ยังสามารถฟื้นฟูให้กลับคืนสู่สังคมได้ ภายใต้ระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมต่อเนื่อง



การพลิกโฉม

นโยบายและยุทธศาสตร์ควบคุมเบาหวาน สู่ชุมชนร่วมจัดการ



อาสาสมัครชุมชน
ร่วมสนับสนุนและติดตาม



รู้สถานะสุขภาพ
พัฒนาแผนสุขภาพตนเอง



ลานออกกำลังกาย



ชุมชนดูแลตัวเอง



นพ.วิพุธ พูลเจริญ

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย (สวน.)

ขอขอบคุณ

1. สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
2. ชุมชนเคหะร่มเกล้า โซน 10 และศูนย์บริการสาธารณสุข 45 ร่มเกล้า
3. ชุมชนสัมพันธ์ เขตบางกอกใหญ่ และศูนย์บริการสาธารณสุข 33 วัดหงส์รัตนาราม
4. ชุมชนเรวดี โซน 4 ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 4 สมรโกฏิ และเทศบาลนครนนทบุรี
5. ชุมชนกาดกองต้าเหนือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง โรงพยาบาลลำปาง และองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำปาง
6. ชุมชนเบญจมิตรสัมพันธ์ ชุมชนจรรูพัฒนา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา และเทศบาลนครยะลา
7. ชุมชนอาจสามารถ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามาถ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม และองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครพนม

การพลิกโฉม

นโยบายและยุทธศาสตร์ควบคุมเบาหวาน

สู่ ชุมชนร่วมจัดการ

นพ.วิพุธ พูลเจริญ

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย (สวณ.)

สารบัญ

	หน้า
1. แนวคิดใหม่ กับ แนวทางแก้ไขข้อจำกัดในประเทศไทย	4
2. การพลิกโฉมบริการสุขภาพแยกส่วน ให้บูรณาการสู่ การร่วมจัดการในชุมชน	8
3. การพลิกโฉมความรู้ทางเบาหวาน สู่ ข้อมูลเฉพาะบุคคล และข่าวสารเชิงกลยุทธ์	13
4. ผลประเมินพันธกิจชุมชน ปรับประมวลเป็นผลงานของ เขต (กทม.) เทศบาล และจังหวัด	20
5. จากรังสรรค์นวัตกรรม สู่ ระบบสุขภาพระดับท้องถิ่น และจังหวัด	23
เอกสารอ้างอิง	27

สารบัญ

	หน้า
ภาพที่ 1 การแยกกลุ่มอาสาสมัครในพื้นที่รังสรรค์นวัตกรรม เป็น 5 กลุ่ม เพื่อทดลอง และทดสอบมาตรการ และกลวิธีจัดกิจกรรมชุมชน ให้มีความรอบรู้ในการประเมินภาวะเบาหวาน และดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม	6
ภาพที่ 2 แสดงข้อท้าทาย และกลยุทธ์ที่ต้องใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคเบาหวาน และ NCDs ดูแลรักษา พื้นฟูสุขภาพ และให้การฟื้นคืนสู่สังคม สำหรับให้บริการเฉพาะแก่ผู้ที่อยู่ในภาวะเบาหวาน แต่ละระยะ	8
ภาพที่ 3 กรอบความสัมพันธ์เชื่อมโยงของการบูรณาการนโยบายของหน่วยงานต่างภาคส่วน จากหน่วยงานในส่วนกลาง ให้จัดกรอบการจัดการแต่ละระดับจากส่วนกลาง ระดับกลาง (จังหวัด อำเภอ ท้องถิ่น) ลงสู่การสาธารณสุขมูลฐานชุมชน ให้เกิดการร่วมจัดการระดับจุลภาค สู่ถึงประสิทธิผลของวิถึบูรณาการที่ชัดเจนขึ้น	10
ภาพที่ 4 พันธกิจของ อสส. และอาสาสมัครที่เข้าร่วมพื้นที่รังสรรค์นวัตกรรม (Innovation Sandbox) ควบคุมเบาหวาน มุ่งแปลงวิถีจัดการสาธารณสุขมูลฐานชุมชน ที่มีองค์ประกอบหลัก 6 ด้าน ให้บรรลุเป้าประสงค์ของแต่ละกลุ่มเป้าหมาย	11
ภาพที่ 5 ผังภาพแสดงกรอบ และเกณฑ์การสร้างความรู้ทางสุขภาพทางด้านเบาหวานที่เชื่อมโยงกับระบบข้อมูลข่าวสาร สำหรับติดตามประเมินผลตนเอง (Personalized Data) ของแต่ละบุคคล และชุมชน	14
ภาพที่ 6 กรอบวงจรการวางแผน และติดตามผลการดูแลตนเอง เพื่อป้องกัน และสงบภาวะเบาหวาน	18
ภาพที่ 7 กรอบการปรับจากแนวคิดวงจรการกำหนดงบประมาณต่อกิจกรรมคัดกรอง มาสู่ กรอบประเมินผลงานระบบสุขภาพ ด้วยกลไกการร่วมจัดการบริการสุขภาพ ระหว่างชุมชนกับหน่วยบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้อง	21
ภาพที่ 8 กรอบแสดงการปรับใช้ “ทฤษฎีการปรับเปลี่ยน (Theory of Change)” ในการขยายผลต้นแบบ	24

การพลิกโฉม

นโยบายและยุทธศาสตร์ควบคุมเบาหวาน สู่ ชุมชนร่วมจัดการ

ในหลายทศวรรษที่ผ่านมา การศึกษาวิจัยชี้ให้เห็นถึงภาระทางสุขภาพ และสังคม จากโรคเบาหวานที่ขยายตัวเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ขณะที่งานวิจัยในทศวรรษนี้ พลิกกระบวนทัศน์ใหม่ให้เห็นว่า “เบาหวานชนิดที่ 2 ป้องกันได้ และคุมให้สงบเบาหวานได้” ด้วยการกำหนดอาหาร และคุมน้ำหนัก ให้มีองค์ประกอบของร่างกายที่เหมาะสมตามเกณฑ์ รวมทั้งช่วยให้ป้องกัน และดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานได้ดียิ่งขึ้น หรือหากเกิดขึ้นแล้วยังสามารถฟื้นฟูให้กลับคืนสู่สังคมได้ ภายใต้ระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมต่อเนื่อง¹

การจัดระบบบริการสุขภาพ ที่มีระบบข่าวสารรองรับการสื่อความเข้าใจกับกลุ่มเป้าหมายได้อย่างเหมาะสม พร้อมกับสามารถแสดงอุบัติการณ์เกิดเบาหวาน และภาวะแทรกซ้อนได้อย่างชัดเจน ต่อเนื่อง และทันการณ์ ช่วยให้คุมนับอุบัติการณ์ของเบาหวานให้ลดลงอย่างรวดเร็วในหลายพื้นที่ แต่ยังมีข้อจำกัดในกลุ่มประเทศที่ระดับรายได้ปานกลางจำนวนมาก เนื่องจากยังขาดระบบดูแลสุขภาพที่สามารถแสดงข้อมูลข่าวสารบ่งชี้ผลลัพธ์ของการจัดบริการ จึงมีเพียงแค่อัฒตเฉพาะด้านปัจจัยนำเข้า แต่ไม่อาจแสดงประสิทธิผล การควบคุมเบาหวานให้ชัดเจนได้ เป็นผลจากการจัดวางโครงสร้างและระบบสุขภาพแยก ส่วนจากระบบข้อมูลข่าวสาร จึงไม่อาจปรับตัวให้เท่าทันกับยุทธศาสตร์ในการควบคุมเบาหวานให้เท่าทันกับกระบวนทัศน์ใหม่ได้¹

1

แนวคิดใหม่

กับ แนวทางแก้ไขข้อจำกัดในประเทศไทย

ระบาดวิทยาของเบาหวานที่เคียงคู่กับ ภาวะอ้วน (Obesity) สะท้อนถึงเหตุปัจจัยระดับบุคคล ชุมชน และสังคม ที่เชื่อมโยงภาวะสูงอายุ ทุพโภชนาการ และการใช้ชีวิตอย่างเฉื่อยเฉย ขาดการออกกำลังกาย ทำให้วารสารการแพทย์แลนเส็ท จัดทำข้อเสนอรายงานของ “คณะกรรมการด้านเบาหวานในการใช้ข้อมูลสำหรับปฏิรูประบบบริการ และชีวิตของผู้ป่วย (The Lancet Commission on Diabetes : Using data to transform diabetes care and patient lives)” อันเป็นผลจากการศึกษาของนักวิชาการ นักระบาดวิทยา แพทย์ผู้ดูแลรักษา และทีมวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน ดูแลรักษา ฟื้นฟูสุขภาพจากนานาชาติ ร่วมกันทบทวนหลักฐาน และประเมินข้อจำกัดทางความรู้เกี่ยวกับเบาหวาน ใน พ.ศ. 2563 ได้เสนอยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการเป็นมาตรการสำคัญ สำหรับใช้ดำเนินงานต่อไปในอนาคต โดยได้จัดวางกรอบงานในการออกแบบระบบบริการ และการไหลเวียนจัดการกลุ่มเป้าหมาย ตลอดจนเสนอโครงสร้างของทีมงานใหม่ให้ชัดเจนขึ้น¹

ข้อจำกัดในการควบคุมเบาหวาน

ที่ศึกษาทบทวนจากการดำเนินงานในหลายประเทศ 4 ด้าน¹ คือ

1. ข้อจำกัดของการป้องกันเบาหวาน ที่ไม่อาจบูรณาการบุคลากรหลากหลายสาขาวิชาชีพให้เข้ามาร่วมกันจัดบริการด้วยกัน (Collaboration) สร้างความรอบรู้เกี่ยวกับเบาหวาน และจัดวางรายละเอียดในการป้องกันกลุ่มที่เสี่ยงต่อภาวะเบาหวาน และโรค
2. ข้อจำกัดของการให้บริการร่วมข้ามสาขาวิชาชีพ ที่ขาดการเชื่อมประสานกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ สภาวิชาชีพ สมาคมวิชาชีพ (Trans disciple) ที่มีบทบาทกำหนดควบคุมคุณภาพบริการ ของผู้ให้บริการแต่ละสาขาวิชาชีพ หรือผู้ดูแลสุขภาพในชุมชนครอบครัว เพื่อส่งเสริมบริการชุมชนที่มีคุณภาพตามหลักวิชาชีพ
3. ข้อจำกัดของบริการสุขภาพให้ครอบคลุมเบาหวานในทุกภาวะ ที่ขาดเป้าหมายสงบเบาหวาน การป้องกันเบาหวาน และภาวะแทรกซ้อน ซึ่งต้องอาศัยความรอบรู้ วิธีการปรับพฤติกรรม ปฏิบัติตน ในการดูแลตนเองของผู้รับบริการเบาหวาน ในแต่ละระยะ (ดังภาพที่ 1) ตามวิถีชุมชน นโยบายท้องถิ่น ที่เป็นภารกิจต่อเนื่อง

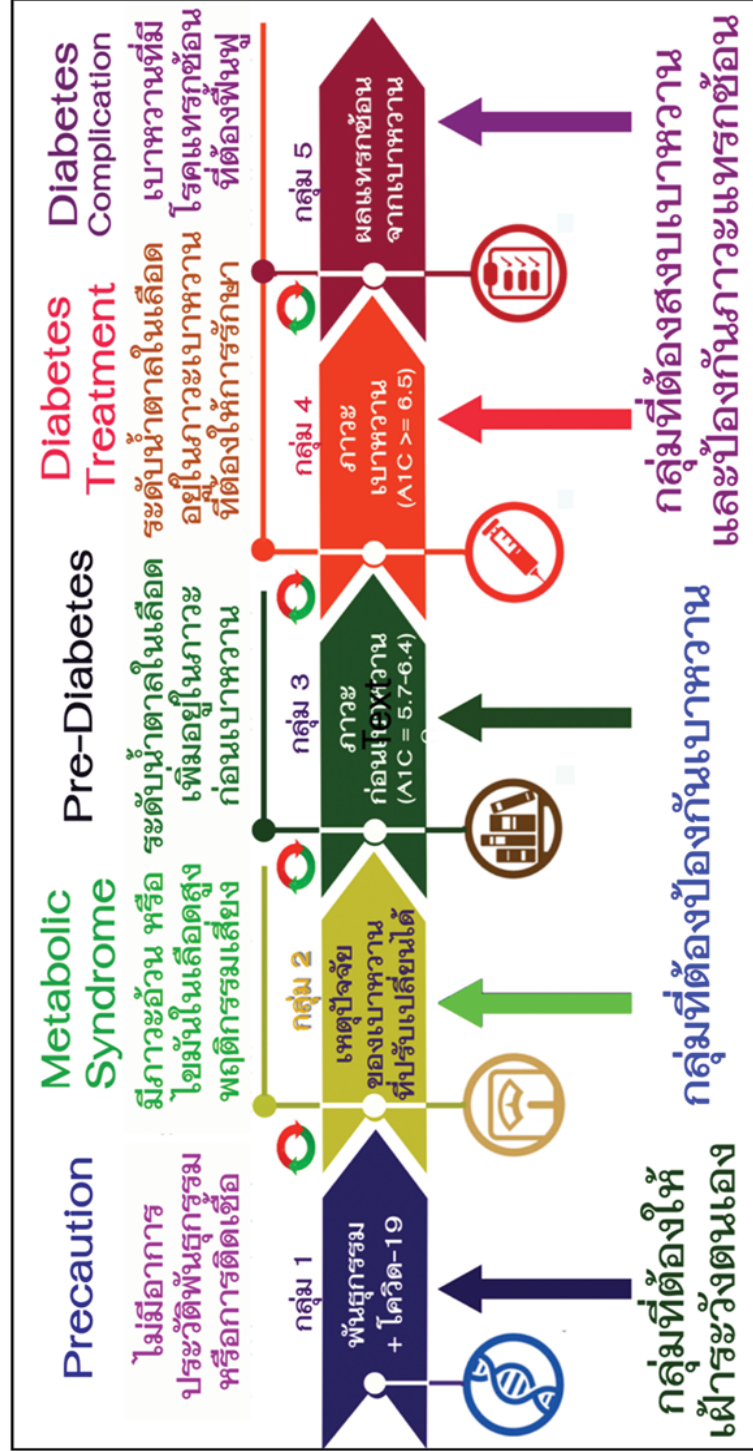
4. ข้อจำกัดในการจัดการระบบข้อมูลข่าวสารบริการเบาหวานร่วมกัน ที่ขาดข้อมูลข่าวสารเฉพาะตน (Personalized Data) ของกลุ่มเป้าหมายผู้อยู่กับเบาหวานแต่ละระยะตามลักษณะปัญหา มีเป้าหมายการดูแลจัดการเฉพาะบุคคล ตลอดจน ใช้ประมวลเป็นข่าวสารเชิงยุทธศาสตร์แก่หน่วยให้บริการ และกำกับนโยบายในระดับหน่วยบริหารและบริการในท้องถิ่น อำเภอ (เขต) จังหวัด และส่วนกลาง สำหรับใช้ในการปรับปรุงนโยบายและยุทธศาสตร์ ให้เท่าทันกับการแก้ไขจัดการลดข้อจำกัด ทั้ง 4 ข้อได้

ผลการสำรวจสถานะทางสุขภาพ โดยการตรวจร่างกายของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2562 – 2563 บ่งชี้ว่าความชุก (Prevalence) ของเบาหวานในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี 2563 เป็นร้อยละ 9.5 เพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 8.9 ในผลสำรวจ ปี 2557 โดยเพิ่มในผู้ชายจากร้อยละ 7.8 เป็น 8.6 และผู้หญิง จาก 8.9 เป็น 9.5 เช่นเดียวกัน² บ่งชี้ให้เห็นว่า **การป้องกันเบาหวานยังไม่บรรลุผล** ควรปรับแก้ระบบงานให้สามารถจัดการความรู้ของผู้ให้บริการ และประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ให้สามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น ดังรายงานที่ชี้ให้เห็นว่า ร้อยละ 30.6 ของผู้ที่เป็นเบาหวาน ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อนว่าเป็นเบาหวาน มีผู้ที่เคยได้รับการวินิจฉัยแล้วแต่ไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 13.9 กลุ่มที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยมากที่สุด เป็นกลุ่มอายุ 15 – 44 ปี สำหรับกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยและเข้ารับการรักษาจนควบคุมภาวะเบาหวานได้ ในผู้ชาย ควบคุมได้ ร้อยละ 25.4 ควบคุมไม่ได้ ร้อยละ 22.4 ในผู้หญิง ควบคุมได้ ร้อยละ 27.0 ควบคุมไม่ได้ ร้อยละ 34.5 สะท้อนถึง **ข้อจำกัดในการให้บริการ**แก่ทุกกลุ่ม²

ทั้งนี้ ผลการสำรวจความชุกของภาวะอ้วน หรือ ข้อบ่งชี้ถึงกลุ่มอาการความบกพร่องของการเผาผลาญพลังงานในร่างกาย (Metabolic Syndrome) บ่งชี้ **ความชุกของภาวะอ้วนเพิ่มขึ้น** จากการสำรวจใน ปี 2557 ในผู้ชาย ร้อยละ 32.9 ไปเป็น ร้อยละ 37.8 ในปี 2563 ในผู้หญิง จากร้อยละ 41.8 ไปเป็น ร้อยละ 46.42²

รายงานการศึกษาดังกล่าว ได้ประมวลข้อมูลความชุกของผู้ที่มีกลุ่มอาการบกพร่องการเผาผลาญของผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปที่สูงถึง ร้อยละ 25.1 โดยพบในหญิง ร้อยละ 27.7 และชาย ร้อยละ 22.52 ทั้งนี้เป็นการจัดเกณฑ์การวินิจฉัยร่วมของภาวะอ้วนลงพุง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะไขมัน Triglyceride สูง และ HDL ซึ่งเป็นสารที่นำคอเลสเตอรอลที่เหลือใช้ กลับคืนไปทำลายที่ตับ มีค่าต่ำกว่าเกณฑ์ โดยข้อบ่งชี้ 3 ใน 5 ขององค์ประกอบดังกล่าว ดังนั้น กลุ่มที่ 2 และ 3 จึงเป็นกลุ่มสำคัญที่จะต้องสร้างทักษะใน **การป้องกันเบาหวาน** โดยกิจกรรมลดกลุ่มอาการบกพร่องการเผาผลาญ (Metabolic syndrome risk factors) ลง ร่วมกับกลุ่มที่มีภาวะก่อนเบาหวาน เพื่อทดสอบแนวทางการป้องกัน หรือการดูแลรักษาตนเองให้ปลอดภัยจากภาวะดังกล่าว³ ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 การแยกกลุ่มอาการในผู้ที่ได้รับการคัดกรองเป็น 5 กลุ่ม เพื่อทดลองและทดสอบมาตรการและกลวิธีจัดการชุมชน ให้ความสำคัญรอบรู้ในการประเมินภาวะเบาหวานและดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม



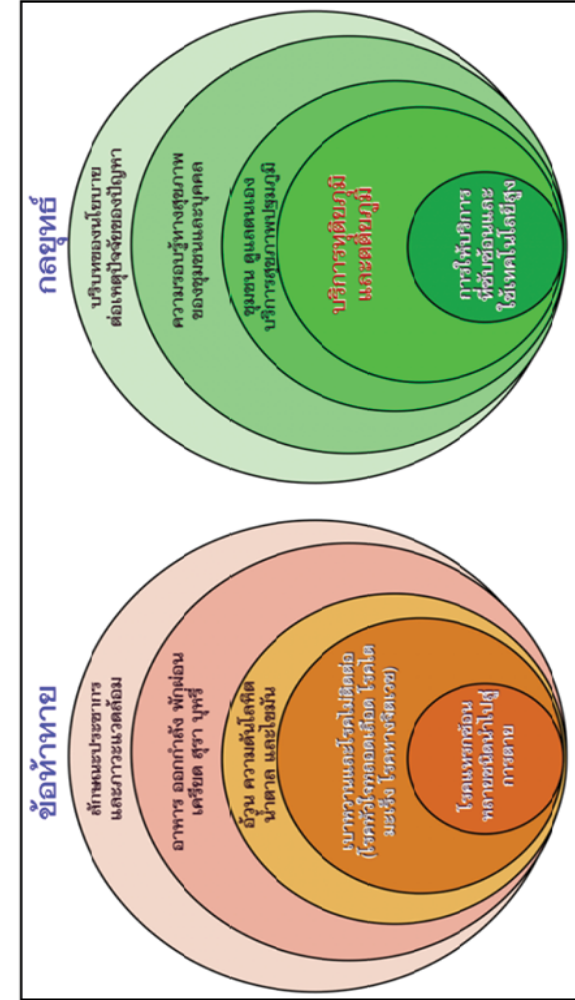
ความรอบรู้ถึงการใช้ **เครื่องมือวัดประเมินองค์ประกอบไขมัน และกล้ามเนื้อในร่างกาย** จึงเป็นส่วนสำคัญที่ใช้ในการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงในร่างกายของตนเอง (Self Monitoring) ให้แยกแยะได้มากกว่าการใช้เพียงดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) บ่งชี้ภาวะอ้วนผอม ทำให้สามารถพยากรณ์แนวโน้มของความเสี่ยงได้ดีกว่า^{4,5}

สำหรับกลุ่มที่ถูกรวินิจฉัยเบาหวานและได้รับการรักษาเบาหวานอยู่แล้ว ก็ควรเป็นกลุ่มที่ทดสอบบริการ และการดูแลรักษาตนเอง ที่อาจปรับเข้าสู่ **ระยะสงบเบาหวานได้ (Diabetes Remission)** และคอยเฝ้าระวังมิให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ส่วนกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ไตวาย อัมพฤกษ์ อัมพาตจากเส้นโลหิตในสมอง จอประสาทตาเสื่อม หรือมีปัญหาขา หรือหลอดเลือดที่มือ และเท้า ก็ควรได้รับการดูแลพิเศษจากผู้ดูแลที่ได้รับการฝึกอบรมมาเป็นการเฉพาะ (Care Givers) ซึ่งควรได้รับการประเมินแผนการดูแลรักษาเป็นระยะ ๆ

การพลิกโฉมบริการสุขภาพแยกส่วน ให้บูรณาการสู่ การร่วมจัดการในชุมชน

การดูแลผู้ที่อาสาสมัครเข้าร่วมรังสรรค์นวัตกรรม (Innovation Sandbox) ดังกล่าว จึงมุ่งให้ตอบข้อท้าทายของประเด็นสำคัญ ด้วยกลยุทธ์ลดข้อจำกัดทั้ง 4 ข้อ มุ่งจัดบริการแก่ผู้มีภาวะเบาหวานทุกระยะ (ดังภาพที่ 1) ได้สมบูรณ์ขึ้น ให้เกิดนวัตกรรมระบบบริการชุมชน ที่เชื่อมโยงต่อยอดไปกับระบบบริการที่ซับซ้อนได้ ดังภาพที่ 2

ภาพที่ 2 แสดงข้อท้าทาย และกลยุทธ์ที่ต้องใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคเบาหวาน และ NCDs ดูแลรักษา ที่ดูแลสุขภาพ และให้การฟื้นฟูเป็นศูนย์กลาง สำหรับให้บริการเฉพาะแก่ผู้ที่อยู่ในภาวะเบาหวานแต่ละระยะ¹



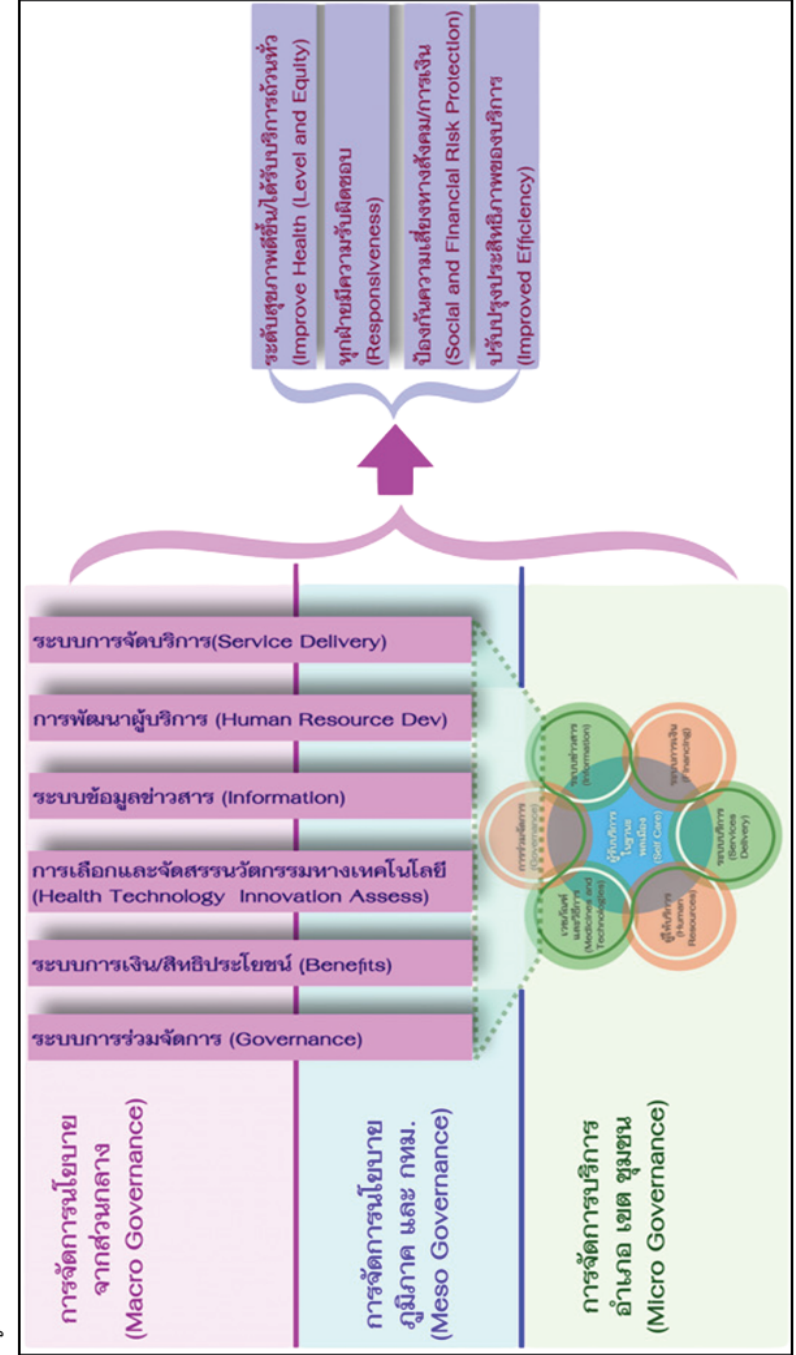
การทดสอบและทดลองจัดบริการให้ครอบคลุมข้อท้าทายในการจัดบริการเสริม การดูแลตนเองของบุคคลและชุมชนจึงต้องมีการจัดความร่วมมือและระบบการดูแลร่วมกับหน่วยบริการในระดับบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในสถานบริการทางการแพทย์ และเชื่อมโยงกับระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิที่รับผิดชอบในแต่ละพื้นที่ เพื่อขยายสมรรถนะการดูแลรักษา และป้องกันภาวะแทรกซ้อนในทุกระดับได้ด้วย ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงการสนับสนุนการบริการทางวิชาชีพหลากหลายจากสมาคม หรือสภาวิชาชีพ ที่ควรจัดให้เสริมหนุนสมรรถนะของชุมชนได้ด้วย

ข้อเสนอในระดับสากล ให้ปรับแก้โครงสร้างการขับเคลื่อนนโยบายควบคุมโรคไม่ติดต่อ¹ จึงสอดคล้องกับวาระการกระจายอำนาจของประเทศไทย ซึ่งกำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี⁶ และแผนการปฏิรูปประเทศไทย⁷ ให้ถ่ายโอนหน่วยบริการสุขภาพ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ รพ.สต.) ไปเป็นเครื่องมือการจัดบริการขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ควรกำกับกำกับการดำเนินนโยบายบริการสุขภาพในชุมชน ให้ครอบคลุมความรู้ทางสุขภาพ (เบาหวาน) ของแต่ละชุมชนให้ดีขึ้นด้วย¹

อย่างไรก็ตาม โครงสร้างการจัดบริการสุขภาพพระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ (ดังภาพที่ 2) ส่วนใหญ่ยังให้บริการภายใต้ความรับผิดชอบของหน่วยงานภาคส่วนอื่น (อุดมศึกษา กลาโหม การกีฬา ฯลฯ) หรือส่วนกลาง (กระทรวงสาธารณสุข) จึงต้องรังสรรค์ความเชื่อมโยงให้สามารถรองรับบริการส่งต่อ ที่รับช่วงกันได้อย่างคล่องตัว

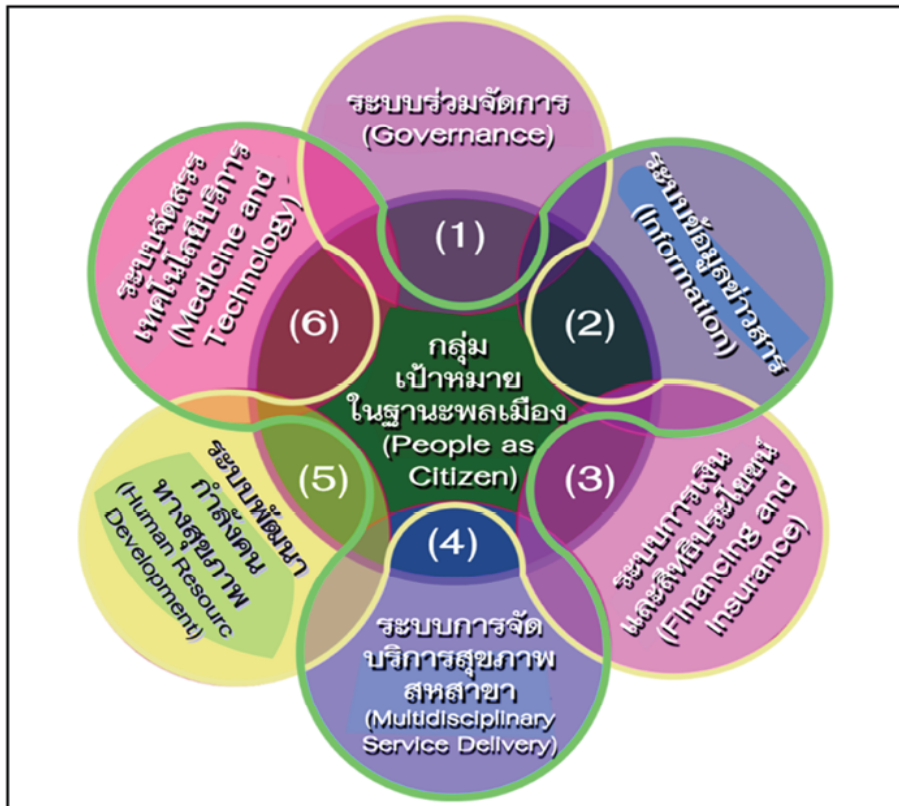
การปฏิรูประบบสุขภาพชุมชน จึงเป็นแนวทางที่มุ่งปรับสร้าง (Re-construct) ระบบสุขภาพมหภาค ให้แปลงกลไก 6 ด้านของโครงสร้างทางสุขภาพ ไปเป็นกลไกจัดการเสาหลัก 6 ด้าน ในการบริหารระบบสุขภาพภายในชุมชน ดังภาพที่ 3 และ 4 โดยใช้หน่วยบริการสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน เป็นศูนย์สร้างความรอบรู้ในการควบคุมภาวะเบาหวานแก่ชุมชน และประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่อยู่ในภาวะเบาหวานระยะต่าง ๆ ให้เข้าร่วมจัดการบริการระดับปฐมภูมิ แก่กลุ่มของตนเอง (ขั้นที่ 2 และ 3 ในภาพที่ 2) ตลอดจนร่วมปรับนโยบายท้องถิ่นในการปรับแก้บริบทของเหตุปัจจัยเพื่อป้องกัน และควบคุมเบาหวานในแต่ละชุมชน (ขั้นที่ 1 ในภาพที่ 2) อย่างมีประสิทธิภาพ และต่อเนื่อง ทั้งนี้ภายใต้การสนับสนุนแนวทางการพลิกโฉมนโยบายจากส่วนกลางดังภาพที่ 3⁸

ภาพที่ 3 กรอบความสัมพันธเชื่อมโยงของการบูรณาการนโยบายของหน่วยงานต่างภาคส่วน จากหน่วยงานในส่วนกลาง ให้เกิดกรอบการจัดการแต่ละระดับจากส่วนกลาง ระดับกลาง (จังหวัด อำเภอ ท้องถิ่น) อำเภอลงสู่การสาธารณสุขมูลฐานชุมชน ให้เกิดการร่วมจัดการระดับจุลภาค สืบถึงประสิทธิภาพของวิสัยทัศน์การที่ชัดเจนขึ้น⁸



การปรับกลไกการสาธารณสุขมูลฐานชุมชน เพื่อให้ภาระงานปรับวิถีชีวิตการดูแลตนเองในระดับบุคคลและชุมชนที่สอดคล้องกับเงื่อนไขของการปรับวิถีชีวิต เพื่อควบคุมเบาหวาน ด้วย 6 เสาหลัก สื่อให้เห็นถึงการเชื่อมโยงบริการแก่กลุ่มเป้าหมายแต่ละระยะ ที่ป้องกันเบาหวานตั้งแต่กลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยง หรือผู้อยู่ในกลุ่มอาการเผาผลาญผิดปกติ (Meta-bolic Syndrome) และกลุ่มก่อนเป็นเบาหวานให้พ้นจากความเสียดังกล่าว ไปจนถึงกลุ่มที่เป็นเบาหวานรักษาด้วยยาอยู่แล้ว ให้ควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย และพักผ่อนคลายเครียด จนสงบเบาหวานได้ โดยไม่ต้องรักษาเบาหวานด้วยยาอีกต่อไป ตลอดจนถึงติดตามฟื้นฟูสุขภาพของผู้ที่ประสพภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานให้กลับคืนสู่การดำรงชีวิตปกติสุขได้ ดังภาพที่ 1 โดยจัดกรอบวงจรการร่วมจัดการ ดังภาพที่ 4

ภาพที่ 4 พันธกิจของ อสส. และอาสาสมัครที่เข้าร่วมพื้นที่ที่ริเริ่มนวัตกรรม (Innovation Sandbox) ควบคุมเบาหวาน มุ่งแปลงวิถีจัดการสาธารณสุขมูลฐานชุมชน ที่มีองค์ประกอบหลัก 6 ด้าน ให้บรรลุเป้าประสงค์ของแต่ละกลุ่มเป้าหมาย⁸



การแปลงโครงสร้างจัดระบบสุขภาพสู่ชุมชน เป็นกรอบสังเคราะห์ภารกิจสำคัญของศูนย์รณรงค์นวัตกรรม (Innovation Sandbox) เอื้อให้อาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) ประมวลความต้องการ (Demand) และความจำเป็น (Needs) ของกลุ่มเป้าหมายแต่ละระยะเบาหวานได้ชัดเจนขึ้น ให้สามารถสื่อความเข้าใจในกระบวนการร่วมจัดการ (Community Governance) ช่วยให้ อสส. ปรับบทบาทเป็นผู้สื่อประสานกับผู้ให้บริการสุขภาพต่างสาขาวิชาชีพ ในพื้นที่ชุมชน โดยปรับบทบาทใหม่ (บทบาทที่ 1) สู่การร่วมจัดการระบบบริการอีก 5 ด้านในชุมชน

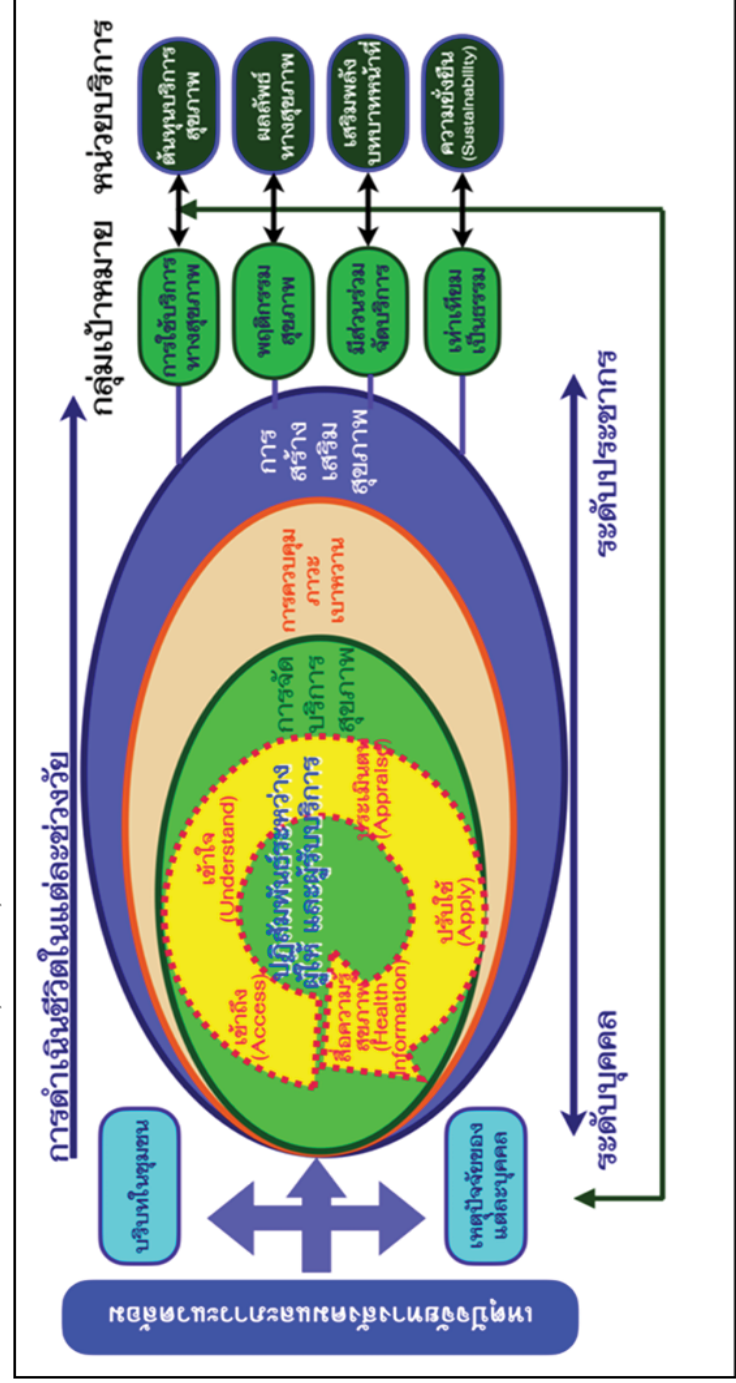
ระบบข้อมูลข่าวสาร เป็นปัจจัยสำคัญที่ 2 มุ่งเน้นเป้าหมายเบื้องต้น คือ **สื่อข่าวสารส่วนบุคคล (Personalized Data)** ให้กลุ่มเป้าหมายแต่ละคน ในแต่ละกลุ่ม ได้รับรู้ และเรียนรู้สถานะสุขภาพของตน รวมถึงเตือนให้ตระหนักถึงเป้าหมายที่แต่ละคนร่วมกันกำหนด พร้อมทั้งช่วยให้จัดตารางปฏิบัติตนอย่างเคร่งครัด เพื่อใช้ประเมิณผล และติดตามภาพรวมความสำเร็จของการดำเนินงานในชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง ตลอดจนใช้สื่อรายงานผลสัมฤทธิ์ของท้องถิ่น และจังหวัด รวมไปถึงข่าวสารระดับประเทศได้ด้วย ส่วนระบบงานที่ 4 ระบบงานที่ 5 และ 6 เป็นการประสานงานกับหน่วยงานวิชาชีพ (5) เสริมสร้างบริการชุมชน (4) ให้มีคุณภาพ โดยปรับวิถีจัดการให้สอดคล้องกับวิถีชุมชน เลือกสรรเทคโนโลยี หรือนวัตกรรม เพื่อใช้กับบริการในพื้นที่ (ระบบงานที่ 6) เช่นกรณีปรับใช้เครื่องวัดประเมิณองค์ประกอบของร่างกาย ให้เป็นวิธีติดตามกำกับตนเอง (Self-Monitoring) ของสมาชิกที่เข้าร่วมกิจกรรม โดยใช้ทรัพยากรจากแหล่งทุน (ระบบงานที่ 3) ให้เกิดประสิทธิภาพอย่างเหมาะสม เป็นต้น

3 การพลิกโฉมความรู้ทางเบาหวาน สู่ ข้อมูลเฉพาะบุคคล และข่าวสารเชิงกลยุทธ์

นวัตกรรมของการจัดการความรู้ (Health Literacy) ให้เชื่อมโยงความเข้าใจเรื่องเบาหวาน ที่ครอบคลุมไปถึงความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจ สำหรับใช้ประเมินตนเอง และประยุกต์ใช้ความรู้ประกอบการตัดสินใจ และวางแผนจัดการปรับปรุงการดูแลตนเอง การปฏิบัติตน และการเข้าถึงบริการสุขภาพมุ่งผลสัมฤทธิ์ ในการควบคุมภาวะเบาหวานของตนเอง ตลอดจน การใช้ผลรวมของข้อมูลข่าวสารเหล่านี้ ติดตามประเมินผลพันธกิจในแต่ละชุมชน ใช้แสดงผลสำเร็จ ในการสร้างเสริมสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัด และภาพรวมระดับประเทศ⁹

การวัดประเมินความรู้จึงมิได้ใช้ประเมินความรู้จำกัดเฉพาะที่บุคคลเท่านั้น แต่ขยายไปถึงสมรรถนะการปรับใช้ข้อมูลข่าวสารที่เรียนรู้ มาใช้ประเมินตนเอง และปรับไปสู่ทักษะ สมรรถนะ ในการประพฤติ ปฏิบัติตน ได้อย่างต่อเนื่อง จึงเป็นเครื่องมือติดตามประเมินผลตนเอง สำหรับปรับปรุงยกระดับการปฏิบัติตน และคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น วงจรการจัดการความรู้ด้านเบาหวาน นอกจากแสดงผลเชิงประจักษ์ของตนเองแล้ว ยังนำมาใช้แสดงผลลัพธ์ของการใช้บริการชุมชน ท้องถิ่น ตลอดจนสะท้อนถึงผลสัมฤทธิ์ ในระดับจังหวัด และประเทศได้ด้วย⁹

ภาพที่ 5 ผังภาพแสดงกรอบ และเกณฑ์การสร้างความรู้ทางสุขภาพทางต้นเบาหวานที่เชื่อมโยงกับระบบข้อมูลข่าวสาร สำหรับติดตามประเมินผลตนเอง (Personalized Data) ของแต่ละบุคคล และชุมชน⁹



การใช้กรอบและเกณฑ์การประเมินความรอบรู้ ดัง ตารางที่ 1 ขยายรายละเอียดของวงจรจัดการความรอบรู้ในแต่ละชุมชน หรือพื้นที่รังสรรค์นวัตกรรม (ภาพที่ 5 วงจรเส้นประลูกศรสีเหลือง) ให้ใช้เป็นเกณฑ์การติดตามประเมินผลการดูแลตนเอง ตลอดจนนำผลรวมมาเสนอเป็นผลการดำเนินงานของหน่วยงานบริการทางการแพทย์ปฐมภูมิ และหากขยายเพื่อเชื่อมโยงกับการจัดบริการในกลุ่มที่ 4 และ 5 (ในภาพที่ 1) ก็อาจขยายมิติไปถึงการส่งต่อแบบฉุกละหิม (Fast Track) การส่งต่อบริการทางการแพทย์ในระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ ได้ด้วย

การศึกษาติดตามผลการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบร่างกาย ได้นำมาใช้ในการศึกษาระยะยาว (Longitudinal Cohort) ทั้งในยุโรป¹¹ และเอเชีย^{12,13} แม้ว่า การวัดองค์ประกอบของร่างกายที่วัดการเหนี่ยวนำไฟฟ้า (Bioelectric Impedance assessment หรือ BIA) ที่เป็นเครื่องมือที่นำมาใช้ในระดับชุมชน ยังขาดการให้ค่าที่แม่นยำเพียงพอในการสำรวจแบบตัดขวาง (Cross-sectional Study) แต่อาจนำมาใช้ในการติดตามการเปลี่ยนแปลงจากการปรับใช้ในการกำหนดอาหาร และการออกกำลังกาย ประเมินการปรับเปลี่ยน สู่เป้าหมายในระยะ 3 - 8 สัปดาห์ได้¹⁴ จึงนำมาใช้สื่อความเข้าใจ ให้เข้าใจความสำคัญของสัดส่วนกล้ามเนื้อ และไขมันในร่างกายส่วนต่าง ๆ ช่วยให้เรียนรู้ และตระหนักถึงการกำหนดอาหาร และการออกกำลังกาย อย่างเป็นรูปธรรมขึ้น

การวัดและประเมินระดับความรอบรู้ของตนเอง และชุมชนในเรื่องเบาหวาน

การวัดและประเมินระดับความรอบรู้ของตนเอง (DM.-Self Monitoring) ในเรื่องเบาหวานมีความสำคัญต่อกระบวนการเรียนรู้ ของผู้ที่เข้าเป็นกลุ่มเรียนรู้ใน “พื้นที่รังสรรค์นวัตกรรม (DM. Innovation Sandbox)” เป็นอย่างยิ่ง เนื่องจาก มุ่งขยายความรอบรู้ของเบาหวาน ให้ครอบคลุมไปถึงการรับรู้ “**กลุ่มอาการเผาผลาญพลังงานและสร้างมวลกล้ามเนื้อ (Metabolic Syndrome)**” ซึ่งต้องวัดประเมินองค์ประกอบของร่างกาย โดยการวัดการเหนี่ยวนำไฟฟ้า (Bioelectric Impedance Assessment หรือ BIA) ในระดับชุมชน เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของมาตรการกำหนดอาหาร และการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง โดยที่กลุ่มที่มุ่งป้องกันเบาหวานยังไม่ได้ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานจากการวัดปริมาณน้ำตาลในเลือดสูง แต่ต้องวัดค่าสัดส่วนไขมัน และกล้ามเนื้อ ซึ่งมีรายละเอียดมากกว่าการวัดดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) ทำให้สามารถวางแผนการกำหนดอาหาร ออกกำลังกาย และปรับอารมณ์สุขภาพจิต ได้อย่างต่อเนื่องชัดเจน

ตารางที่ 1 การจำแนกมิตินวัตกรรม 5 ด้าน และเกณฑ์ประเมินตนเองของแต่ละกลุ่มเป้าหมาย ปรับจากกรอบแนวคิดการวัดประเมินความรอบรู้เพื่อนำมาใช้ในการดูแลตนเองและชุมชน

5 มิติของ ความรอบรู้	วิธีการเข้าถึง (Access/Approach)	ขอบเขตความเข้าใจ (Understand)	ประเมินตนเอง (Self-Assessment)	ปรับใช้ระเบียบวิธีการ (Apply to Regime)	นำใจเลื้อยขยายผล (Health Influencer)
ผู้ประเมิน	ผู้ประสานงานจังหวัด + ผู้ให้บริการในชุมชน	ผู้ให้บริการ+อดีต.	ผู้ให้บริการ+อดีต.	ผู้ให้บริการ+อดีต.	ผู้ประสานงานจังหวัด + ผู้ให้บริการ
เป้าหมายกับบริการสาธารณสุขชุมชน	จัดกระบวนการเรียนรู้ในภาวะเบาหวาน 5 ระยะ กับเป้าหมายการควบคุม	เข้าใจธรรมชาติของภาวะเบาหวาน/โรคหัวใจหลอดเลือดเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง	ประเมินภาวะเบาหวานของตนเองและวางเป้าหมายควบคุมได้ถูกต้อง	วางแผนการควบคุมเบาหวานของตนเองได้?	เป็นตัวอย่งเชิงบวกเพื่อให้ชาวบ้านในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมขยายผล
การจัดผล/ประเมินองค์ประกอบร่างกายและผลตรวจเลือด	จัดประชุมเชิงปฏิบัติการให้ทดลองวัดผลและประเมินองค์ประกอบร่างกาย การประเมินสุขภาพจิต	เข้าใจวิธีวัดผล การตีความหมาย ข้อจำกัด และความน่าเชื่อถือได้ของผล กล้าที่จะวิเคราะห์ผลด้วยตนเอง หรือ ไม่?	สามารถตีความค่ามวลสารที่ได้จากการตรวจวัดองค์ประกอบของกาย และการตรวจเลือดได้อย่างถูกต้องด้วยตนเอง	วางแผนหมาย และการตรวจวัดจนได้ข่าวสารมาวิเคราะห์ความก้าวหน้าจนสำเร็จหรือไม่สักเร็ว / ไม่เร็ว	สามารถให้ความรู้และช่วยแปลความหมายจากข้อมูลที่ได้รับจากการวัดร่างกายและตรวจเลือด
ผู้ประเมิน	ผู้ให้บริการในชุมชน	ผู้ให้บริการ+อดีต	ผู้ให้บริการ+อดีต	ผู้ให้บริการ+อดีต	ผู้ให้บริการในชุมชน
การจัดการด้วยวิถีการกำหนดอาหาร	การเรียนรู้จากผู้แทนสมาคมผู้กำหนดอาหารวางแผนจัดบริการชุมชน	เข้าใจทางเลือกของวิถีการกำหนดอาหาร นำไปใช้วางแผนของตนเองได้	เลือกและเข้าร่วมกับกิจกรรมการกำหนดอาหารของตนเองได้	ปรับใช้จนบรรลุผลสัมฤทธิ์ในการควบคุมน้ำตาล ไขมัน กล้ามเนื้อ	เข้าร่วมเป็นผู้เอื้อการเรียนรู้ในการกำหนดอาหารให้สมาชิกชุมชน
การจัดการด้วยวิถีการออกกำลังกาย	การเรียนรู้จากผู้แทนสมาคมผู้ออกกำลังกายวางแผนจัดบริการชุมชน	เข้าใจทางเลือกของวิถีการออกกำลังกาย นำไปใช้วางแผนของตนเองได้	เลือกและเข้าร่วมกับกิจกรรมการออกกำลังกายของตนเองได้	ปรับใช้จนบรรลุผลสัมฤทธิ์ในการควบคุมน้ำตาล ไขมัน กล้ามเนื้อ	เข้าร่วมเป็นผู้เอื้อการเรียนรู้ในการออกกำลังกายให้สมาชิกชุมชน
การจัดการด้วยวิถีการควบคุมอารมณ์	การเรียนรู้จากผู้แทนวิชาชีพสุขภาพจิตวางแผนจัดบริการชุมชน	เข้าใจทางเลือกของวิถีการผ่อนคลาย จนควบคุมอารมณ์ของตนเองได้	เลือกและเข้าร่วมกับกิจกรรมการควบคุมอารมณ์ของตนเองได้	ปรับใช้จนบรรลุผลสัมฤทธิ์ในการควบคุมอารมณ์ของตนเองได้	เข้าร่วมเป็นผู้เอื้อการเรียนรู้ในการควบคุมอารมณ์ให้สมาชิกชุมชน

การศึกษาติดตามระยะยาวของแต่ละบุคคล บ่งชี้ถึงผลสัมฤทธิ์ของการกำหนดอาหาร การออกกำลังกาย การปรับสุขภาพจิต ต่อการเปลี่ยนแปลง ทั้งทางองค์ประกอบของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาล และไขมันในเลือด ระดับไขมันในช่องท้อง ตลอดจน ลดโอกาสที่จะเกิดโรคแทรกซ้อนจากเบาหวาน และหลอดเลือดหัวใจได้

พื้นที่รณรงค์นวัตกรรมจึงมุ่งให้เกิดการปรับสร้างทักษะใหม่ (Re-Skill) หรือ ยก ระดับทักษะเดิม (Up-Skill) ของอาสาสมัครสาธารณสุข และ กลุ่มเป้าหมายในชุมชนที่สมัครเข้าร่วมกิจกรรม พร้อมไปกับทีมงานผู้ให้บริการจากหน่วยบริการสุขภาพ ในระดับพื้นที่ชุมชน ให้ทำหน้าที่จัดกระบวนการเรียนรู้ในมิติ ทั้ง 5 ของการควบคุมเบาหวาน โดยอาศัยความร่วมมือจากนักวิชาชีพ 2 - 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ นักกำหนดอาหาร (Dietitians) นักวิทยาศาสตร์การกีฬา (Exercise Coaches) และนักจิตวิทยา เข้าร่วมร่วมประสานการจัดกิจกรรมให้กับกลุ่มเป้าหมายอย่างใกล้ชิด

ดังนั้น กิจกรรมริเริ่มให้ผ่านเกณฑ์เบื้องต้น (ระดับที่ 1) จึงขึ้นกับผู้ให้บริการและอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน ร่วมวางแผนกิจกรรมให้แก่กลุ่มเป้าหมายได้เหมาะสม (Approaches) มีใช่ปล่อยให้กลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่มไปค้นหาความรู้ (Access) กันเอง ซึ่งหลังจากนั้น กลุ่มเป้าหมายอาจจะร่วมกับอาสาสมัครในพื้นที่ชุมชน ประเมินผลสัมฤทธิ์ของความรู้ที่เพิ่มขึ้นสู่ระดับที่ 2 ไปสู่สมรรถนะความรู้ในการประเมินตนเองได้ (ระดับที่ 3) จนสามารถควบคุมกำกับวิธีการปฏิบัติตนได้ (ระดับที่ 4) จนในที่สุดใช้ความรู้ที่สามารถปรับตนบรรลุถึงเป้าหมายในการลดน้ำหนัก เพิ่มมวลกล้ามเนื้อ และมีสถานะทางการเผาผลาญพลังงานในระดับที่ป้องกันเบาหวาน หรือสงบเบาหวาน แสดงผลการวัดประเมินได้ ยกกระดับเป็น อสส. ชักจูงเพื่อนเข้าร่วมสมาชิกขยายผลได้ (ระดับที่ 5)

การปรับระบบข้อมูลข่าวสารให้ใช้เฉพาะตน (Personalized Data) ในยุคดิจิทัล ด้วยการปรับปรุงเครื่องมือดิจิทัล (Digital Devise) ที่มีการใช้กันอยู่แล้วอย่างแพร่หลาย เช่น ใช้โทรศัพท์มือถือ (Smart Phone) ให้แปรรูปไปเป็นบันทึกดิจิทัลเฉพาะตน รวบรวมข้อมูลสุขภาพ ภาวะเบาหวาน รวมถึงตัวชี้วัดองค์ประกอบของร่างกาย อายุ ภาย เป้าหมายของมวลไขมัน และกล้ามเนื้อที่คาดหวัง ในกรณีที่มีมุ่งป้องกันเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือดในกรณีที่มีมุ่งสงบเบาหวาน รวมถึงการรายงานวิธีการ และผลการกำหนดอาหาร วิธีการและผลการออกกำลังกาย ให้สามารถติดตามประเมินผลได้ด้วย

ภาพที่ 6 กรอบวงจรวางแผน และติดตามผลการดูแลตนเอง เพื่อป้องกัน และส่งภาวะเบาหวาน



เกณฑ์การวัดความรอบรู้ ในภาพที่ 6 จะช่วยสรุปให้กับผู้เข้าร่วมพื้นที่รังสรรค์นวัตกรรม แต่ละกลุ่มตั้งจำแนกในภาพที่ 1 ได้รับรู้ด้วยว่า ตนเองมีความรอบรู้ ในแต่ละด้านของ ทั้ง 5 ด้านเพียงใด ด้วยเกณฑ์ (Scale) การวัดผล 1 ถึง 5 เพื่อให้เพื่อน อสส. แยกประเมินและเสริมจุดอ่อนในแต่ละด้าน ได้ครบทั้ง 5 มิติ ในที่สุด

การวัดและประเมินความรอบรู้ จึงควรใช้นำเสนอเพื่อเตือนให้แต่ละบุคคลรับรู้ และเรียนรู้ ถึงจุดอ่อนในความรอบรู้ของตนเอง และใช้ผลสะท้อนกลับ (Feed back) ส่วนนี้เป็นเครื่องมือประเมินรูปแบบวิธีการที่ประยุกต์ใช้ในการสื่อความรู้ สื่อความเข้าใจ ที่ใช้ในระดับชุมชน เตือนให้ อสส. และผู้ให้บริการสุขภาพ ได้ปรับใช้เครื่องมือ รูปแบบสื่อสาร ภาษา วิธีการให้เหมาะสมกับระดับการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล โดยเฉพาะ แนวทางบูรณาการความรอบรู้แต่ละด้านเข้าด้วยกันในชุมชนที่อาจมีระดับการเรียนรู้แตกต่างกัน

การจำแนกความรอบรู้ จึงควรสะท้อนและเตือนถึงความหมายของระดับความรู้ ใน ด้านที่ 1) ระบบบริการสุขภาพมูลฐานของชุมชน ด้านที่ 2) การอ่านและตีความตัวชี้วัดร่างกาย และเลือด ด้านที่ 3) วิธีการกำหนดอาหารที่ถูกต้องและสัมฤทธิ์ผล ด้านที่ 4) วิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมและสัมฤทธิ์ผล และด้านที่ 5) วิธีการควบคุมจัดการทางอารมณ์จิตใจที่เหมาะสม และสัมฤทธิ์ผล ซึ่งมุ่งหวังให้รับรู้ว่าการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพของตนเองต้องมีสมรรถนะด้านใดบ้าง และข้อจำกัดในการดำเนินงานเป็นอย่างไร? ร่วมกับผู้ให้บริการปรับแก้ไขได้อย่างไร?

4

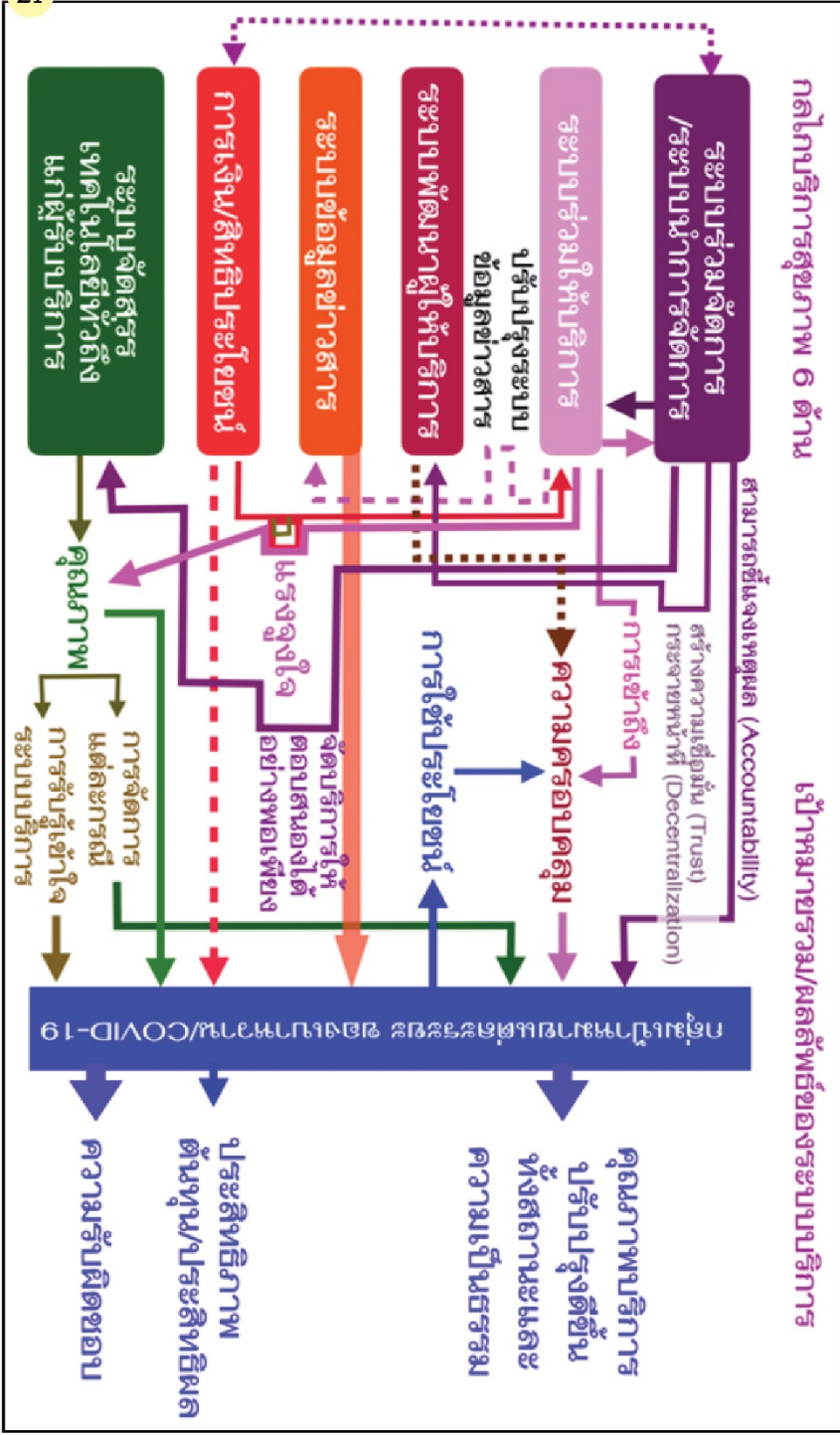
ผลประเมินพันธกิจชุมชน

ปรับประมวลเป็นผลงานของเขต (กทม.) เทศบาล และจังหวัด

กรอบการประมวลการให้บริการสุขภาพในปัจจุบัน มักใช้กรอบคิดการจัดสรรงบประมาณของกิจกรรมที่ส่วนกลางกำหนดให้ดำเนินการ (Pay for Performance หรือ P4P) ดังในกรณีของการตรวจคัดกรองประชากรในชุมชนที่กำหนดวงเงินงบประมาณสำหรับหน่วยบริการให้รายงานจำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ดำเนินงานเพื่อเบิกจ่ายเงินเป็นค่าใช้จ่ายในกิจกรรมที่จัดขึ้น ซึ่งพบข้อจำกัด คือ ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายได้น้อยกว่าที่เป็นจริง และขาดประสิทธิภาพในการจัดบริการให้ครบวงจร และไม่ต่อเนื่อง ไม่อาจบรรลุเป้าหมายการควบคุมเบาหวานได้⁸

การปรับสร้างกรอบแนวคิดของระบบสุขภาพในชุมชน ดังภาพที่ 3 และ 4 การจัดวางระบบข้อมูลข่าวสารใหม่โดยการประมวลวิเคราะห์ความรอบรู้สุขภาพของเบาหวาน ดังภาพที่ 5 เอื้อให้ปรับระบบการประเมินผลที่แตกต่างไปจากระบบการกำหนดงบประมาณเพื่อการคัดกรอง ที่รับรู้เพียงจำนวนผู้เข้ารับการคัดกรองตามข้อกำหนดของงบประมาณที่ส่วนกลางสามารถจัดสรรให้ได้ มาสู่สภาพการประเมินภาพรวมที่ชุมชนสามารถระดมทรัพยากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมจัดวางกิจกรรมที่ครอบคลุมถ้วนทั่ว (Universal Coverage) ให้สมบูรณ์ชัดเจนขึ้น⁸

การริเริ่มจัดกิจกรรมโดย อสส. ร่วมกับผู้ให้บริการในชุมชน และกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมรังสรรค์นวัตกรรม ก่อให้เกิดความร่วมมือรับผิดชอบ ที่สามารถตรวจสอบเหตุผล และหลักฐานได้ (Accountability) ในการวางแผนจัดกิจกรรมขึ้นเอง ในพื้นที่ชุมชน ให้เกิดความเชื่อมั่น (Trust) ในการทำงานร่วมกัน อันเป็นพื้นฐานสำคัญของการกระจายอำนาจ (Decentralization) สู่บทบาทประชาคมในแต่ละชุมชน จึงขยายผู้เข้าร่วม และเข้าถึงบริการได้กว้างขวางขึ้น นำสู่ความครอบคลุมการจัดบริการที่ดีขึ้น หรือมีการใช้ประโยชน์บริการเพิ่มมากขึ้น เสริมหนุนด้วยการปรับใช้เครื่องมือ เครื่องใช้ จัดบริการด้วยเทคโนโลยีที่เหมาะสมกับเงื่อนไขของชุมชน ช่วยให้สามารถจัดบริการได้อย่างพอเพียง ส่งเสริมให้เกิดความสนใจ ใส่ใจ ในการเข้ารับบริการจน แสดงผลลัพธ์ในรูปของคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น



ภาพที่ 7 แผนภาพการบูรณาการบริการสุขภาพระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การประมวลผลข้อมูลข่าวสาร ดังผังภาพที่ 7 ทั้งในเชิงปริมาณ และคุณภาพ อาจจัดวางด้วยระบบดิจิทัล ให้นำผลรวมของความเปลี่ยนแปลงในข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ใช้บริการแต่ละคน โดยป้องกันไม่ให้เกิดข้อมูลอัตลักษณ์ส่วนบุคคล (Personal Identity) หรือละเมิดการใช้ข้อมูลเฉพาะบุคคล ทำให้สามารถประมวลผลข่าวสารภาพรวมเหล่านี้ในระดับเขต แขวง และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น กทม. เทศบาล องค์การปกครองส่วนตำบล และจังหวัด รวมถึงหากวางกรอบการทำงานร่วมกันได้ ก็สามารถนำเสนอเป็นข้อมูลข่าวสารระดับประเทศได้ด้วย

ระบบข้อมูลข่าวสารดังกล่าว ยังอาจนำมาใช้เป็นหน่วยเฝ้าระวัง (Sentinel Site Surveillance) สำหรับติดตามเป็นกลุ่มชุมชน (Cohort Study) เพื่อศึกษากลยุทธ์ กลวิธี และมาตรการในการป้องกันเบาหวาน (DM Prevention) และมาตรการในการสงบเบาหวาน (DM Remission) ได้อย่างต่อเนื่องในชุมชนลักษณะต่าง ๆ ต่อไป

5

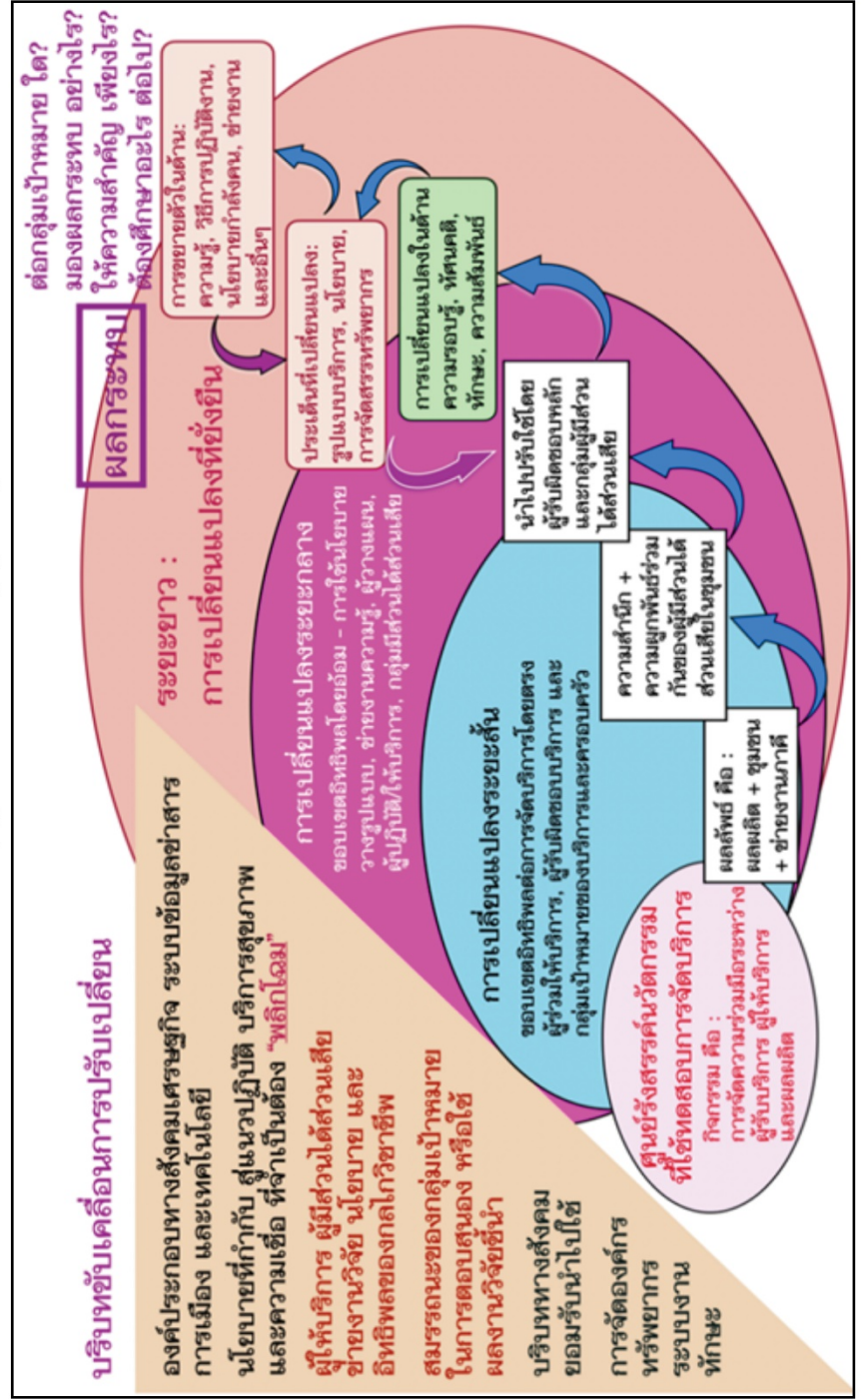
จากรังสรรค์นวัตกรรม สู่ ระบบสุขภาพระดับท้องถิ่นและจังหวัด

การนำผลการเรียนรู้จากกลุ่มรังสรรค์นวัตกรรมการควบคุมเบาหวานในพื้นที่ท้องถิ่นที่แตกต่างกันไปขยายผล เปรียบเสมือนนำข้อค้นพบจากการวิจัยชุมชนไปวางเป็นแผนผังสำหรับเชื่อมโยงให้หน่วยงานในระดับต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปรับใช้ ได้เข้าร่วมรับรู้ และเรียนรู้ตั้งแต่ริเริ่มโครงการ¹⁸

การสื่อความเข้าใจ และจัดความร่วมมือกับหน่วยงานนโยบาย และบริหารท้องถิ่น และจังหวัด ตั้งแต่ระยะริเริ่มโครงการ “ศูนย์รังสรรค์นวัตกรรม (Innovation Sandbox)” หรือร่วมริเริ่มโครงการด้วยกัน ทำให้หน่วยงานทั้งในระดับจังหวัด กทม. อบจ. เทศบาล และโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลจังหวัด ที่มีพันธกิจร่วมรับผิดชอบการจัดการบริการในพื้นที่ที่ดำเนินการ ได้รับรู้ หรือริเริ่มพันธสัญญาในการรับเอาต้นแบบ (Prototype) ที่กลุ่มชุมชนและผู้ให้บริการในระดับชุมชนร่วมกันจัดการ ให้รับปรับใช้ ด้วยความเข้าใจและตระหนัก ในผลการเปลี่ยนแปลงระบบงาน และวิธีการทำงาน ในระดับการพลิกโฉม (Transformation) ไปสู่การดำเนินงานจริง พร้อมทั้งประสิทธิผล และประสิทธิภาพของรูปแบบการดำเนินงานใหม่ เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ให้ชัดเจนแต่เบื้องต้น

ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง จึงต้องแสดงให้เห็นทั้งกระบวนการ (Process) และผลผลิต (Product) ของการเปลี่ยนแปลงในแต่ละระดับได้ชัดเจน ตลอดจนนำไปสู่การปรับเปลี่ยนโครงสร้าง และระบบการดำเนินงานในระดับนโยบาย และยุทธศาสตร์ ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามกรอบการดำเนินการที่วางไว้ทั้งในระยะสั้น 1 - 3 ปี ที่เป็นส่วนของการวางแผนโครงการรังสรรค์นวัตกรรม โดยในช่วงการดำเนินงานส่วนนี้ ก็ก่อให้เกิดการเปลี่ยนรูปแบบ และปรับระบบงานของการจัดการบริการในระดับชุมชนให้เห็นได้ และสาธิตแก่ผู้บริหารในพื้นที่ได้ ดังผังภาพที่ 8

ภาพที่ 8 กรอบแสดงการปรับใช้ “ทฤษฎีการปรับเปลี่ยน (Theory of Change)” ในการขยายผลต้นแบบ¹⁸



การเปลี่ยนแปลงระยะปานกลาง (5 – 10 ปี) เป็นส่วนสำคัญที่เกิดขึ้นในหน่วยงานระดับนโยบาย และโครงสร้างการบริหาร ขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และกลไกบริหารของจังหวัด และส่วนกลาง ที่ควรให้ความสำคัญกับการเสริมหนุนระบบ และโครงสร้างที่ปรับเปลี่ยนพลิกโฉมในท้องถิ่น เพื่อให้การะบริการที่ท้องถิ่น และชุมชนขับเคลื่อนมีความเข้มแข็งและสามารถตอบสนองต่อความจำเป็น และความต้องการของประชาคมในพื้นที่ชุมชน ได้อย่างต่อเนื่อง ทำให้ระบบงานมีพลวัตรที่สอดคล้องนิเวศทางสังคม และการเมืองในพื้นที่ได้ดีขึ้น¹⁸

การเตรียมการดำเนินงานในพื้นที่ชุมชน ทั้ง 5 จังหวัด มีความแตกต่างกัน ดังเช่น

การขับเคลื่อนใน **กรุงเทพมหานคร** ซึ่งเป็นองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นพิเศษขนาดใหญ่ที่สุดในประเทศ มีระบบการปกครอง และอำนาจของผู้ว่ากรุงเทพมหานคร แตกต่างจากภูมิภาค ขึ้นตรงต่อกระทรวงมหาดไทย และมีหน่วยงาน (สำนักฯ) ที่รับผิดชอบทางด้านสาธารณสุข การบริการสุขภาพของตนเอง แต่มีหน่วยบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ จากภาคส่วนต่าง ๆ รวมทั้งเอกชนอีกมากมาย ตลอดจนใกล้ชิดกับกลไกควบคุมกำกับคุณภาพวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับภาวะเบาหวานในส่วนกลางมากมาย จึงมีการประสานงาน และทำงานกับสำนักก่อนามัย กทม. ที่รับผิดชอบและเชื่อมโยงกับศูนย์บริการสาธารณสุข ในแต่ละเขต ซึ่งมีบทบาทให้บริการในระดับปฐมภูมิในระดับชุมชนตั้งแต่ต้น ดังนั้น จึงจัดเตรียมกรอบได้ทั้งการทดสอบการรณรงค์นวัตกรรมในชุมชนที่ใกล้ชิดกับการเปลี่ยนแปลงระยะสั้น และต่อไปถึงเขตซึ่งเป็นระยะปานกลาง กับการเปลี่ยนแปลงในระยะยาวที่ร่วมทำงานกับสำนักก่อนามัย แต่ต้องขยายถึงการดูแลระดับตติยภูมิในภาคส่วนอื่นๆอีก

ส่วนการขับเคลื่อนในภูมิภาคมีความแตกต่างกัน คือ

การดำเนินงานใน **จังหวัดนนทบุรี** เริ่มเข้าสู่การเสนอโครงการเข้ากับเทศบาลนครนนทบุรี ผ่านสำนักสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ซึ่งได้แยกออกมาเป็นสำนักงานแพทย์เมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ซึ่งรับผิดชอบต่อศูนย์บริการสาธารณสุข ซึ่งให้บริการสุขภาพระดับชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในหน่วยบริการ 6 หน่วยในพื้นที่รับผิดชอบของเทศบาลนครนนทบุรี โดยมีหน่วยบริการทุติยภูมิ และตติยภูมิ คือ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าฯ กระทรวงสาธารณสุข

จังหวัดลำปาง ได้เข้าชี้แจงกับรักษาการนายกเทศมนตรีเทศบาลนครลำปาง นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดและผู้รับผิดชอบบริการสุขภาพปฐมภูมิโรงพยาบาลศูนย์ลำปาง พร้อมกับดำเนินการประสานงาน กับหน่วยบริการของเทศบาลที่รับผิดชอบพื้นที่รณรงค์นวัตกรรม เพื่อเข้าดำเนินการในระยะสร้างต้นแบบการบริการ พร้อมทั้งการวางแผนการดำเนินงานร่วมกับทีมงานในชุมชน ร่วมกับผู้ให้บริการปฐมภูมิจากเทศบาลนครลำปาง และ รพ. ลำปาง เพื่อทดสอบรูปแบบที่ปรับปรุงในพื้นที่ชุมชน

จังหวัดนครพนม ได้เข้าชี้แจงขอความร่วมมือกับนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด และโรงพยาบาลนครพนม ถึงความร่วมมือในการทดสอบในพื้นที่รณรงค์นวัตกรรม ซึ่งเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับโอนจากกระทรวงสาธารณสุข โดยมีหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลนครพนมเป็นผู้ร่วมสนับสนุน

จังหวัดยะลา ได้เข้าชี้แจงและจัดความร่วมมือกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและนายกเทศมนตรีนครยะลา เพื่อกำหนดพื้นที่ และวางแผนร่วมกันระหว่างทีมงานโรคไม่ติดต่อของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ยะลา เข้าร่วมวางแผนและจัดการพื้นที่รณรงค์นวัตกรรมในเขตเทศบาลนครยะลา

กรอบแนวทางการจัดการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว จึงเป็นระบบงาน ระบบบริการที่ท้องถิ่นและชุมชน มีส่วนร่วมในการวางรูปแบบ หรือออกแบบระบบ เพื่อปรับแปลงระบบงานของส่วนกลาง มาเป็นระบบงานของชุมชน และท้องถิ่นที่สามารถร่วมกันคิด และจัดระบบให้สอดคล้องความต้องการที่แปรเปลี่ยนไปได้ตลอดเวลา อย่างยั่งยืนต่อเนื่อง หากแต่การนำผลที่ดำเนินงาน ย้อนกลับไปนำเสนอเพื่อขยายผลการดำเนินงานให้กว้างขวางออกไป และปรับกิจกรรมให้สอดคล้องกับแต่ละพื้นที่ (Incubation Activity) จึงเป็นผลลัพธ์ที่มุ่งหวังจากการประชุมปฏิบัติการในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. J.C.N Chan et. al., “The Lancet Commission on Diabetes: Using Data to transform diabetes care and patient lives”, Lancet 2020; 396: 2019 – 82, Published Online November 12, 2020, [https://doi.org/10.1016/50140-6736\(20\)32374-6](https://doi.org/10.1016/50140-6736(20)32374-6)
2. ศ. นพ. วิชัย เอกพลากร คุณหมื่นชนก พรรคเจริญ ร.ศ. ดร.สรารภรณ์ เสถียรนพเก้า “การสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 – 2563” สนับสนุนโดย มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ISBN 978-616-443-609-1 กันยายน 2564
3. S. M. Mohamed, M.A. Shalaby, R.A. El-Shieksh, H.A. El-Banna, S.R. Emam, A.F. Bakr “Metabolic Syndrome: risk factors, diagnosis, pathogenesis, and management with natural approaches”, Food Chemistry Advances 3 (2023) 100335
4. Y.H. OH, S. Choi, G. Lee, J.S. Son, K.H. Kim and S.M. Park, “Changes in Body Composition Are Associated with Metabolic Hanges and the Risk of Metabolic Syndorome”, Journal of Clinical Medicine, 13 February 2021, //doi.org/10.3390/jcm10040745
5. T. Xu, J. Liu, J. Liu, G. Zhu and S. Han, “Relation between metabolic syndrome and body compositions among Chinese adolescents and adults from a large-scale population survey”, BioMed Central Public Health (2017) 17:337, DOI 10.1186/s12889-017-4283-3
6. ราชกิจจานุเบกษา “ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. ๒๕๖๑ – ๒๕๘๐” เล่ม ๑๓๕ ตอนที่ ๘๒ ๑๓ ตุลาคม ๒๕๖๑
7. ราชกิจจานุเบกษา “การประกาศแผนการปฏิรูปประเทศ (ฉบับปรับปรุง)” เล่ม ๑๓๘ ตอนพิเศษ ๔๔ ง. ๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔
8. World Health Organization, Alliance for Health Policy and Systems Research, “Systems Thinking for Health Systems Strengthening”, ISBN 978 92 4 156389 5, World Health Organization 2009.
9. WHO regional office for Europe, “Health Literacy: the Solid Facts”, Editors: Ilona Kickbusch, Jurgen M. Pelikan, Franklin Apfel & Agis D. Tsouros, ISBN: 978 92 890 00154, World Health Organization 2013.
10. American Diabetes Association, “Standards of Care in Diabetes – 2023”, Diabetes Care, January 2023, Volume 46, Supplement 1
11. Rianneke de Ritter, et, al.. “Sex differences in body composition in people with prdiabetes and type 2 diabetes as compared with people with normal glucose metabolism: the Maastricht Study”, Diabetologia (2023) 66:861-872, <http://doi.org/10.1007/s00125-023-05880-0>
12. T. Xu, J. Liu, J. Liu, G. Zhu and S. Han, “Relation between metabolic syndrome and body compositions among Chinese Adolescents and adults from a large-scale population survey”, BMC Public Health (2017) 17:337, DOI 10.1186/s12889-017-4238-3
13. Y.H. Oh, S. Choi, G. Lee, J.S. Son, K.H. Kim and S.M. Park, “Change in Body Composition Are Associated with Metabolic Changes and the Risk of Metabolic Syndrom”, J. Clin. Med. 2021, 10,745, <https://doi.org/10.3390/jcm10040745>, <https://www.mdpi.com/journal/jcm>
14. R.F. da Costa, R.C. Nogueira, M. Fisberg and G. Ferrari, “Editorial: Body composition assessment techniques in clinical and epidemiological settings: Development, validation and use in dietary programs, physical training and sports”, Frontiers in Nutrition, 31 January 2023, DOI 10.3389/fnut.2023.1146553
15. E.Y. Yu, Z. Ren, S. Mehrkanon, C.D.A. Stehouwer, M.M.J van Greevenborek, S.J.P.M. Eussen, M.P. Zeegers, and A. Wesselius, “Plasma metabolomic profiling of dietary patterns associated with glucose metabolism status: The Maastricht Study”, BMC Medicine (2022) 20:450, <https://doi.org/10.1186/s12916-022-02653-1>
16. T. Leskinen, V.L. Passos, P.C. Dagnelie, H.C.M Savelberg, B.E. De Galan, S.J.P.M. Eussem. C.D.A. Stehouwer, S. Stenholm and A. Koster, “Daily Physical Activity Patterns and Their Associations with Cardiometabolic Biomarkers: The Maastricht Study”, Official Journal of the American College of Sports Medicine, <http://www.acsm-msse.org>
17. M.G.J. Veugen, et., al, “Health burden in type 2 diabetes and prediabetes in the Maastricht Study”, Scientific Reports (2022) 12:7337, Nature portfolio, <https://doi.org/10.1038/s41598-022-11136-5>
18. Isabel Vogel, “ESPA guide to working with Theory of Change for research projects”, Ecosystem Services for Poverty Alleviation, A research programme co-funded by DFID, NERC & ESRC and accredited by LWEC, info@isabelvogel.co.uk, www.isabelvogel.co.uk, 2012