

คำนำ

กรมควบคุมโรค ได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุขเป็นเจ้าภาพจัดการประกวดผลการพัฒนาการดำเนินงานโครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวง ทรงห่วงใยสุขภาพประชาชนฯ ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจแก่หน่วยปฏิบัติงานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และเกิดกระบวนการสร้างความเข้มแข็งให้กับหน่วยงาน และพัฒนาขยายผลรูปแบบการดำเนินงานที่โดดเด่น (Best practice) ให้ครอบคลุมทั่วประเทศ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานมีความกระตือรือร้น เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงานให้เกิดประสิทธิภาพ เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน เกิดการพัฒนางานโครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวง ทรงห่วงใยสุขภาพประชาชนฯ อย่างต่อเนื่องยั่งยืน โดยการนำรูปแบบการปฏิบัติงานที่เป็นเลิศ (Best practice) มาเป็นแบบอย่างในการขยายผลการพัฒนาต่อไป

เอกสารฉบับนี้จัดทำขึ้น โดยรวบรวมบทคัดย่อผลการพัฒนาการดำเนินงานโครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวง ทรงห่วงใยสุขภาพประชาชนฯ จากหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมินผลการพัฒนาและเกณฑ์การตัดสินทั้งในระดับจังหวัดและระดับเขต เพื่อใช้เป็นเอกสารประกอบการคัดเลือกและตัดสินผลการพัฒนาการดำเนินงานดีเด่น/ดีเยี่ยมในระดับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภายใต้โครงการประกวดผลการพัฒนาการดำเนินงานโครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวง ทรงห่วงใยสุขภาพประชาชนฯ ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน สถานบริการทุกระดับ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (เขตตรวจราชการที่ ๑๐, ๑๑, ๑๒, ๑๓ และ ๑๔) หวังว่าจะเกิดประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานในพื้นที่ต่อไป

กรมควบคุมโรค

สิงหาคม ๒๕๕๔

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
กำหนดการ	ค
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย	๑
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร	๓
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์	๖
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี	๘
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	๑๐
โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป	
โรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย	๑๒
โรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร	๑๔
โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม	๑๖
โรงพยาบาลยโสธร จังหวัดยโสธร	๑๙
โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์	๒๒
โรงพยาบาลชุมชน	
โรงพยาบาลศรีธาตุ อำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี	๒๕
โรงพยาบาลท่าอุเทน อำเภوتاอุเทน จังหวัดนครพนม	๒๘
โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์	๓๑
โรงพยาบาลไพรบึง อำเภไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ	๓๓
โรงพยาบาลเสิงสาง อำเภอสเสิงสาง จังหวัดนครราชสีมา	๓๕
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสงวน อำเภศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู	๓๘
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสุขเกษม อำเภอพิงโคน จังหวัดสกลนคร	๔๑
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองไผ่ อำเภอนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์	๓
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี	๔๖
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหงอนไก่ อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์	๔๙
หมู่บ้าน/ชุมชนต้นแบบ	
บ้านหนองเดินเหนือ ตำบลหนองเดิน อ.บุ่งคล้า จังหวัดบึงกาฬ	๕๑
บ้านกุดสะกอย ตำบลโนนตาล อำเภوتاอุเทน จังหวัดนครพนม	๕๓
บ้านโนนสมบูรณ์ อำเภอนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์	๕๕
บ้านจาง ตำบลจาง อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ	๕๗
บ้านสระตอง ตำบลสายออก อำเภอนนไทย จังหวัดนครราชสีมา	๕๙
ภาคผนวก	
รายนามคณะกรรมการตัดสินการประกวด	๖๒
โครงการประกวดผลการพัฒนาการดำเนินงานโครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวง ทรงห่วงใยสุขภาพประชาชนฯ	๖๕

กำหนดการ

โครงการประกวดผลการพัฒนาการดำเนินงานโครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวง
ทรงห่วงใยสุขภาพประชาชนฯ ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน สถานบริการทุกระดับ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (เขตตรวจราชการที่ ๑๐, ๑๑, ๑๒, ๑๓ และ ๑๔)
วันอังคารที่ ๓๐ สิงหาคม ๒๕๕๔ ณ โรงแรมพูลแมน ขอนแก่น ราชา ออร์คิด จังหวัดขอนแก่น

วันอังคารที่ ๓๐ สิงหาคม ๒๕๕๔

๐๘.๐๐ - ๐๙.๐๐ น. ลงทะเบียน

๐๙.๐๐ - ๐๙.๓๐ น. พิธีเปิด

รองอธิบดีกรมควบคุมโรค (นายแพทย์นพพร ชื่นกลิ่น) ประธาน

ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ (ดร.นายแพทย์ภานุวัฒน์ ปานเกตุ) กล่าวรายงาน

๐๙.๓๐ - ๑๐.๐๐ น. ประธาน คณะกรรมการ และผู้เข้าร่วมกิจกรรมชมบุญนิทรรศการ

๑๐.๐๐ - ๑๒.๓๐ น. การประกวดผลการพัฒนาการดำเนินงานฯ (Oral Presentation)

ห้องที่ ๑ ห้องการประกวดประเภทสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ห้องที่ ๒ ห้องการประกวดประเภทโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

ห้องที่ ๓ ห้องการประกวดประเภทโรงพยาบาลชุมชน

ห้องที่ ๔ ห้องการประกวดประเภทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ห้องที่ ๕ ห้องการประกวดประเภทหมู่บ้าน/ชุมชน

๑๒.๓๐ - ๑๓.๓๐ น. พักรับประทานอาหารกลางวัน

๑๓.๓๐ - ๑๔.๐๐ น. เยี่ยมชมบุญนิทรรศการ

๑๔.๐๐ - ๑๕.๓๐ น. การประกาศรางวัลและมอบรางวัลผลการพัฒนาการดำเนินงานฯ

๑๕.๓๐ น. กล่าวปิดการประชุม

หมายเหตุ : พักรับประทานอาหารว่างเวลา ๐๙.๕๐ - ๑๐.๐๐ น. น. และ ๑๔.๓๐ - ๑๔.๔๕ น.

สุขภาพดี ด้วยวิถีไทย

นางวรรณิศา เกตะวันดี

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

สภาพปัญหา : จากการเปลี่ยนแปลงปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจและสังคมอย่างรวดเร็ว ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตของประชาชนเปลี่ยนแปลงอย่างมาก การเจ็บป่วยเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือโรควิถีชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว กลุ่มโรคเรื้อรังซึ่งได้แก่ โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคอ้วน ไขมันในเลือดสูง และมะเร็ง มีอุบัติการณ์เพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารรสหวาน มัน เค็ม รับประทานผักและผลไม้ไม่เพียงพอ การสูบบุหรี่และการดื่มสุราที่มากเกินไป การดำรงชีวิตในปัจจุบันที่ทำให้เกิดความตึงเครียด ดังนั้น การให้ความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค การดูแลรักษาและให้บริการที่เหมาะสม จึงเป็นมาตรการหนึ่งที่กระตุ้นให้ประชาชนได้ตระหนักและใส่ใจดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น

วัตถุประสงค์ : เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค สนับสนุนการดูแลรักษาและให้บริการที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่ม เพื่อสร้างกระแสให้ประชาชนตระหนักและใส่ใจดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น และเพื่อให้มีระบบการเฝ้าระวังและป้องกันความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

วิธีดำเนินงาน : แต่งตั้งคณะกรรมการป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับจังหวัด (NCD Board) โดยกำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบชัดเจน และจัดประชุมสม่ำเสมอทุกเดือน มีการถ่ายทอดนโยบาย กลวิธี และมาตรการในการดำเนินงาน **๑** จัดทำกลยุทธ์ แผนปฏิบัติการด้านโรคเรื้อรังที่สอดคล้องแนวทางการดำเนินงานโครงการฯ มีระบบกำกับและติดตามประเมินผล การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติ วิเคราะห์และนำผลการประเมินสู่การพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง **๒** พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย เพื่อให้สามารถวางแผนจัดบริการสำหรับแต่ละกลุ่มได้อย่างเหมาะสม ให้ข้อมูลข่าวสารสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความตระหนัก และความร่วมมือในการดูแลสุขภาพตนเอง ติดตาม ประเมินความพึงพอใจของผู้ที่เกี่ยวข้องผ่านช่องทางต่างๆ และนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงพัฒนา **๓** พัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อที่ทันสมัย และเป็นปัจจุบัน โดยใช้โปรแกรม Hos-xp และโปรแกรม Disease Surveillance เพื่อให้ได้ข้อมูล สถานการณ์ของโรคที่มีความถูกต้อง ครบคลุม ทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์ ผลการดำเนินงานและนำข้อมูลมาพัฒนาการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จัดประกวดหมู่บ้าน/ชุมชนต้นแบบ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน นำไปพัฒนาการดำเนินงานต่อไป **๔** พัฒนาศักยภาพบุคลากร ในการดำเนินงานคลินิก DPAC การทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (SRM) การดูแลรักษาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และการค้นหาภาวะแทรกซ้อน แก่นักส่งเสริมสุขภาพครอบครัวของหน่วยบริการทุกระดับครอบคลุมทุกแห่ง จัดให้มีกิจกรรมด้านสร้างความตระหนัก/การสร้างแรงจูงใจในบทบาทของการเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ **๕** พัฒนาระบบข้อมูลเฝ้าระวัง ที่เชื่อมโยงในภาพของจังหวัด มีเกณฑ์มาตรฐาน/แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีระบบการรับ - ส่งต่อ เพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง มีการจัดสรรหรือบริหารจัดการทรัพยากรให้เหมาะสมสอดคล้องในการ

ดำเนินงาน สนับสนุน/พัฒนาความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย/ร่วมดำเนินงานในชุมชน ปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อให้ได้ผลงานที่ดีขึ้น

ผลการดำเนินงาน : ประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปได้รับคัดกรองโรคเบาหวาน ร้อยละ ๙๐.๗๕ และโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๙๑.๒๐ ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ ๑๐๐ มีหมู่บ้าน/ชุมชนต้นแบบ (๑ รพ.สต./๑ หมู่บ้าน) ประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงต่อเบาหวาน ป่วยเป็นโรคเบาหวานร้อยละ ๓.๑๑ **ผลงานเด่น**ในด้านระบบสนับสนุน/เทคโนโลยี/นวัตกรรม/กระบวนการ คือ โครงการหมู่บ้านต้นแบบ “สุขภาพดี วิถีไทเลย” โดยบูรณาการงานด้านสาธารณสุขทุกด้านทั้งการป้องกันควบคุมโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ ดำเนินการในหมู่บ้านต้นแบบ รพ.สต./รพช./รพท.ละ ๑ หมู่บ้าน รวมทั้งสิ้น ๑๔๐ หมู่บ้าน **กระบวนการ** รพ.สต./รพช./รพท. คัดเลือกหมู่บ้านต้นแบบอย่างน้อย ๑ แห่ง เพื่อให้คำแนะนำ ส่งเสริม และสนับสนุนให้หมู่บ้านมีการจัดระบบการดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่มีการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (SRM) จัดทำแผนสุขภาพชุมชน มีการจัดระบบข้อมูลในการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อ (ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน) และโรคติดต่อ โดยมีนักสุขภาพครอบครัว (นสค.) เป็นแกนนำในการจัดทำระบบข้อมูลในเขตรับผิดชอบ และสนับสนุนการจัดกิจกรรมโดยชุมชนเพื่อสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรค และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามมาตรการ ๓อ. ๒ส. มีการจัดการสิ่งแวดล้อม และมีนโยบายท้องถิ่นมาตรการทางสังคม/พันธสัญญาที่เอื้อต่อสุขภาพ มีการทบทวนและประเมินการพัฒนาด้วยตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนดและนักสุขภาพครอบครัว (นสค.) ร่วมกับหมู่บ้าน จัดทำสรุปบทเรียนเพื่อถ่ายทอดความรู้ไปยังหมู่บ้านอื่นๆ ต่อไป **ผลลัพธ์ความสำเร็จ** เกิดหมู่บ้าน ชุมชนต้นแบบ สุขภาพดี วิถีไทเลย ที่เป็นแหล่งเรียนรู้และศึกษาดูงาน โดยความร่วมมือของชุมชนและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ประชาชนมีความตระหนักและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

สรุปและวิจารณ์ : จากผลการดำเนินงาน ผลลัพธ์ที่ได้กลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ครอบคลุมตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยแยกกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และกลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนได้รับการจัดบริการที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่ม เกิดหมู่บ้าน/ชุมชนต้นแบบ “สุขภาพดี วิถีไทเลย” ทุกสถานบริการ มีระบบการจัดเก็บข้อมูล และระบบเฝ้าระวังที่เป็นปัจจุบัน ข้อมูลครบถ้วน ซึ่งเป็นผลมาจากการมีนโยบายที่ชัดเจน ความร่วมมือ ร่วมใจของบุคลากรทุกระดับ และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมตัดสินใจ ร่วมเรียนรู้ เพื่อป้องกันและควบคุมโรคตามแนวคิด สุขภาพดี ด้วยวิถีชีวิตของชุมชนคนไทเลย

ข้อเสนอแนะ (เชิงนโยบายท้องถิ่นและแนวทางการดำเนินงาน) : ควรมีการกำหนดมาตรการหรือนโยบายของชุมชนที่เอื้อต่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น นโยบายส่งเสริมการออกกำลังกาย การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของคนในชุมชน สนับสนุนครัวเรือนให้มีการปลูกและกินผักปลอดสารพิษ เป็นต้น อย่างเข้มแข็ง จริงจัง และมีความต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ยั่งยืน

แผนการดำเนินงานในช่วงต่อไป : มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องทั้งในเชิงรับและเชิงรุก พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล ระบบเฝ้าระวังโรคที่เป็นปัจจุบัน ข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วน ขยายผลหมู่บ้านต้นแบบ สุขภาพดี วิถีไทเลย สู่หมู่บ้าน/ชุมชน อื่นที่ยังไม่ได้ดำเนินการ

การดำเนินโครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวงทรงห่วงใยสุขภาพประชาชน จังหวัดมุกดาหาร

นางสาวเกษราวดี คนหาญ *

คณะกรรมการดำเนินงานควบคุมป้องกันและดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจังหวัดมุกดาหาร (NCD Board)
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร ถนนวิจิตรสุการ อำเภอเมืองมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร

หลักการและเหตุผล

จังหวัดมุกดาหารมีผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ๑๐,๘๙๓ ราย และ ๑๔,๔๔๑ ราย ตามลำดับ จากการคัดกรองความเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ในปี ๒๕๕๔ พบกลุ่มเสี่ยงสูงต่อเบาหวาน ร้อยละ ๑๐.๘ สงสัยว่าเป็นเบาหวาน ร้อยละ ๒.๖ กลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๓๒.๔ สงสัยว่าเป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๒.๑ มีเป้าหมายในการดำเนินงานควบคุมป้องกันดูแลรักษาเบาหวานและความดันโลหิตสูง คือ ป้องกันการเกิดโรครายใหม่และควบคุมโรคไม่ให้เป็นภาวะแทรกซ้อนในรายเดิม ซึ่งจังหวัดมุกดาหาร ได้ดำเนินงานตาม “โครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวงทรงห่วงใยสุขภาพประชาชน” เพื่อถวายเป็นพระราชกุศลเนื่องในโอกาสอันเป็นมหามงคล ที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงเจริญพระชนม์มายุครบ ๘๔ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๔ ครอบคลุมทั้ง ๖ ประเด็น ได้แก่ ๑) การพัฒนาระบบบริการ ๒) การพัฒนาศักยภาพชุมชน ๓) การขับเคลื่อนทางสังคมและสื่อสาธารณะ ๔) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและชุมชน ๕) การจัดระบบการติดตามประเมินผล และ ๖) การจัดระบบฐานข้อมูลโรคเรื้อรัง

วัตถุประสงค์ :

๑. เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนแผนงาน โครงการของจังหวัดที่สอดคล้องกับนโยบายแผนงานโครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวงทรงห่วงใยสุขภาพประชาชน

๒. เพื่อให้การบริหารจัดการ การดำเนินงานภายใต้ โครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวงทรงห่วงใยสุขภาพประชาชนฯ ของจังหวัดเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีระบบและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

๓. เพื่อให้มีระบบข้อมูลข่าวสารและระบบการเฝ้าระวังและป้องกันความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

วิธีดำเนินการ : จังหวัดมุกดาหารดำเนินการภายใต้ นโยบายของจังหวัดคือ “เมืองสวย บ้านสะอาด คนสุขภาพดี” ซึ่งประเด็นเรื่องเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็น ๑ ประเด็นในการขับเคลื่อนเพื่อให้เป็นหมู่บ้านต้นแบบ “คนสุขภาพดี” มีการลงนามในบันทึกความเข้าใจร่วมกัน ระหว่าง ผู้ว่าราชการจังหวัดมุกดาหาร นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด นายอำเภอ สาธารณสุขอำเภอ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้ใหญ่บ้าน จำนวน ๘๕ หมู่บ้านเป้าหมาย โดยบูรณาการงานและงบประมาณที่เกี่ยวข้องทั้งหมดในระดับจังหวัด เพื่อผลักดันลงสู่การปฏิบัติในชุมชน ในส่วนของหน่วยงานสาธารณสุข มีการแต่งตั้ง NCD Board และมีคณะกรรมการประสานงาน และขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับจังหวัด เพื่อทำหน้าที่บูรณาการงานที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด มีแผนงานโครงการของจังหวัดที่สอดคล้องกับแนวทางการดำเนินงานโครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวง ทรงห่วงใยสุขภาพประชาชนฯ ทั้งหมด ๑๑ โครงการ และดำเนินงานตามแนวทางของโครงการฯ ดังนี้ ๑.การพัฒนาระบบบริการ มีทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ได้แก่ การคัดกรองและให้บริการตามความเสี่ยง กลุ่มปกติ ดำเนินองค์กรไร้พุง

ต้นแบบ เมืองครีกรที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน ๑๓ องค์กร กลุ่มเสี่ยง (Pre-DM, Pre-HT) ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในรูปแบบหมู่บ้านต้นแบบคนสุขภาพดี จำนวน ๘๕ หมู่บ้าน กลุ่มป่วย มีการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตาเชิงรุก โดยรถตรวจเคลื่อนที่ พัฒนาระบบบริการของโรงพยาบาลทุกแห่ง เป็นแบบการดูแลแบบเรื้อรัง (Chronic Care Model) พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางเท้า จัดตั้งคลินิก DPAC ในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ๒. การพัฒนาศักยภาพชุมชน ดำเนินการในรูปแบบหมู่บ้านต้นแบบ “เมืองสวย บ้านสะอาด คนสุขภาพดี” โดยบูรณาการและสนับสนุนงบประมาณ ในการจัดทำแผนและดำเนินการ โดยใช้กระบวนการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ๓. การขับเคลื่อนทางสังคมและสื่อสาธารณะ มีการณรงค์อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่วันที่ ๕ ธ.ค. ๕๓ แต่ละอำเภอมีรถหน่วยตรวจสุขภาพเชิงรุกเคลื่อนที่ อำเภอละ ๑ คัน และรณรงค์ประชาสัมพันธ์ในพื้นที่ต่อเนื่องตลอดปี ๒๕๕๔ ๔. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและชุมชน โดยพัฒนาศักยภาพบุคลากรเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและ การดำเนินงาน DPAC การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่ตา โดยการถ่ายภาพจอประสาทตา และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ส่วน อสม. และแกนนำในพื้นที่ บูรณาการกับงานภาคประชาชน ในการอบรมฟื้นฟูความรู้ความสามารถของ อสม. ๕ ใช้ NCD Board เป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนและติดตามในพื้นที่ และ๖. มีการพัฒนาระบบข้อมูล โดยการใช้โปรแกรมระบบข้อมูลเบาหวานและความดันโลหิตสูงระดับจังหวัด ซึ่งเป็นโปรแกรมสำหรับส่งออกข้อมูลเกี่ยวกับเบาหวานและความดันโลหิตสูงจากฐานข้อมูล Hos-XP และ HCIS และนำเข้าฐานข้อมูลรวม (Server) ระดับจังหวัด และสร้างสารสนเทศสนับสนุนการดำเนินงานเบาหวานและความดันโลหิตสูง ตามตัวชี้วัดของ TCEN สามารถเรียกใช้งานได้ผ่านระบบอินเทอร์เน็ต โปรแกรมนี้สามารถลดปัญหาความซ้ำซ้อนของการบันทึกข้อมูลและแก้ปัญหาการขาดความเชื่อมโยงของข้อมูลโดยไม่เพิ่มภาระงาน และ NCD Board มีมติให้ใช้โปรแกรมนี้ เป็นเครื่องมือในการวางแผนติดตามและประเมินผลการดำเนินงานควบคุมป้องกันเบาหวานและความดันโลหิตสูงของจังหวัด

ผลการดำเนินงาน : ประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปได้รับคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงตามมาตรฐาน ร้อยละ ๙๓.๗ มีประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงต่อเบาหวาน ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ ๓.๘ มีการดำเนินกิจกรรมหมู่บ้านต้นแบบ “คนสุขภาพดี” ทั้งหมดจำนวน ๘๕ หมู่บ้าน อัตราเพิ่มของการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวาน ลดลง ร้อยละ ๔.๗ ความดันโลหิตสูง ลดลง ร้อยละ ๓.๙ (ข้อมูล ณ เดือนกรกฎาคม ๕๔) มีศูนย์บริหารจัดการฐานข้อมูลโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เพื่อการเฝ้าระวัง ติดตาม และ ประเมินผลที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร และสามารถติดตามข้อมูลได้ที่ <http://203.157.172.7/chronicmuk>

สรุปและวิจารณ์ : นโยบาย “เมืองสวย บ้านสะอาด คนสุขภาพดี” ของจังหวัดเอื้อให้การดำเนินงานภายใต้โครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวงทรงห่วงใยสุขภาพประชาชนฯ มีการบูรณาการและเกิดความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆมากขึ้น จุดเด่นของนโยบายนี้มุ่งเน้นให้หมู่บ้านและชุมชนมีการจัดการสุขภาพตนเองผ่านการขับเคลื่อนของหมู่บ้านต้นแบบ “คนสุขภาพดี” และจังหวัดมีระบบข้อมูลที่สามารถใช้เป็นเครื่องมือในการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานที่น่าเชื่อถือ เข้าถึงง่าย และที่สำคัญลดภาระงานด้านข้อมูลของเจ้าหน้าที่ได้มาก

ข้อเสนอแนะ : จังหวัด : ควรดำเนินงานในรูปแบบหมู่บ้านต้นแบบ “คนสุขภาพดี” ภายใต้นโยบาย “เมืองสวย บ้านสะอาด คนสุขภาพดี” อย่างต่อเนื่องและขยายพื้นที่เพิ่มอีก รพ.สต.ละ ๑ หมู่บ้าน โดยใช้พื้นที่ที่ประสบผลสำเร็จเป็นแหล่งเรียนรู้ ส่งเสริมให้ชุมชนสามารถจัดการสุขภาพของคนในชุมชนได้ ส่วนกลาง : ควรมีการบูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งแนวทางการดำเนินงานและระบบข้อมูล

แผนการดำเนินงานในช่วงต่อไป : ดำเนินการ ๓ ส่วน คือ ๑) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรครายใหม่ เน้นกลุ่มเสี่ยงสูงโดยยึดแนวทางการดำเนินงานหมู่บ้านต้นแบบคนสุขภาพดี เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย ๒) พัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาและการเข้าถึงบริการเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ตามแนวทางของ Chronic Care Model และ ๓) พัฒนาคุณภาพของข้อมูลอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวงทรงห่วงใยสุขภาพประชาชนฯ

โครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวง ทรงห่วงใยสุขภาพประชาชน เพื่อถวายเป็นพระราชกุศล
แด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสที่จะทรงพระเจริญพระชนมพรรษา

๘๔ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๔

จังหวัดกาฬสินธุ์”

พิสิทธิ เอื้อวงศ์กุล

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

หลักการและเหตุผล: สถานการณ์โรคเรื้อรังจังหวัดกาฬสินธุ์ มีแนวโน้มสูงขึ้น ในปี ๒๕๕๑ – ๒๕๕๔ มีอัตราป่วยโรคเบาหวานเท่ากับ ๒๘๔๗ ๓๓๙๐ ๓๕๒๘ และ ๓๕๒๕ และโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ ๑๔๖๔ ๑๕๗๕ ๒๒๐๗ และ ๒๓๖๖ รายต่อแสนประชากร จังหวัดกาฬสินธุ์มียุทธศาสตร์พัฒนาโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง โดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกหน่วยงาน

วัตถุประสงค์:

- ๑) เพื่อลดปัญหาและปัจจัยเสี่ยงด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป
- ๒) เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการดำเนินงาน: ๑. พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ ๒. พัฒนาระบบคุณภาพบริการในสถานบริการ ๓. พัฒนาระบบบริการสุขภาพชุมชนโดยใช้สุขภาพเป็นศูนย์กลาง ๔. พัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองความเสี่ยง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ๕. สนับสนุนให้องค์กร/ชุมชนดูแลสุขภาพตนเอง โดยผสมผสานการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น ๖. ส่งเสริมการจัดการโรคเรื้อรังด้วยนวัตกรรม

ผลการดำเนินงาน:

- ๑) มีการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์การดำเนินงานโดยคณะกรรมการดำเนินการระดับจังหวัด
- ๒) มีการพัฒนากระบวนการดำเนินงานโดยการตรวจสุขภาพเชิงรุกโดยใช้สุขภาพเป็นศูนย์กลาง
- ๓) มีการจัดทำแผนสุขภาพตำบลโดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ กองทุนสุขภาพให้การสนับสนุนแผนงานโครงการในการป้องกันควบคุมโรค จำนวน ๑๕๒ โครงการ
- ๔) มีคู่มือมาตรฐานระดับจังหวัดในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูง ของสถานบริการทุกระดับ และเชื่อมโยงระบบรับ-ส่งต่อ ตั้งแต่สุขภาพจนถึงโรงพยาบาล
- ๕) มีการพัฒนาบุคลากรในการให้บริการในสถานบริการทุกระดับ และอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน/แกนนำสุขภาพครอบครัว
- ๖) เกิดหมู่บ้าน/ชุมชนต้นแบบฯ จำนวน ๕๐๐ หมู่บ้าน/ชุมชน(๓ หมู่บ้าน/ชุมชนต่อหน่วยสถานบริการ)
- ๗) มีระบบข้อมูลสารสนเทศโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ใช้ในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เชื่อมโยงในภาพของจังหวัด
- ๘) ผลงานเด่น/นวัตกรรม ได้แก่ นวัตกรรมชุมชน Community Base ๔ เรื่อง นวัตกรรมโรงพยาบาล/รพ.สต. ๙ เรื่อง และโครงการบูรณาการความร่วมมือพัฒนาตำบลต้นแบบ คนดี สุขภาพดี ๖ ตำบล

๙) ประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปได้รับคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิต ตามมาตรฐาน ร้อยละ ๙๑.๐๓

๑๐) ปชก.กลุ่มเสี่ยงสูงป่วยเป็นเบาหวาน ลดลงร้อยละ ๔.๖๒

๑๑) อัตราการเข้ารับการรักษาด้วยโรคเบาหวานลดลง ร้อยละ ๒๘.๐๓ ความดันโลหิตสูงลดลง ร้อยละ ๑๙.๙๘

สรุปและวิจารณ์: การดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมาย เป็นผลจากการบูรณาการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และมีการระดมทรัพยากร ตั้งแต่ระดับจังหวัดจนถึงระดับชุมชนและเชื่อมโยงระบบคุณภาพบริการกับระบบสุขภาพชุมชนซึ่งเป็นไปตามจุดยืนและวาระสุขภาพของจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่เป็นเมืองสุขภาวะและระบบสุขภาพชุมชนเข้มแข็ง ในการลดการป่วยและตายด้วยโรคที่เป็นปัญหาของจังหวัด รวมทั้งสังคมกาฬสินธุ์มีวัฒนธรรมและวิถีชีวิตสุขภาพที่มีความสุขพอเพียงเป็นองค์รวม

ข้อเสนอแนะ: ควรมีการดำเนินการต่อเนื่อง โดยยกระดับการพัฒนาการดูแลสุขภาพ สร้างความเข้มแข็งในระดับชุมชน การพัฒนานวัตกรรมจนเป็นวิถีของชุมชน

แผนการดำเนินงานในช่วงต่อไป: โครงการบูรณาการความร่วมมือพัฒนาตำบลต้นแบบ คนดี สุขภาพดี เพื่อสร้างความเข้มแข็ง เป็นกลไกการจัดการปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระบบสุขภาพภาคประชาชน เกิดความยั่งยืนในชุมชน

โครงการรณรงค์น้ำพระราชหฤทัยในหลวงทรงห่วงใยสุขภาพประชาชน

นพ.สุวิทย์ โรจนศักดิ์โสธร

นางสาวอลิษา สุพรรณ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

สภาพปัญหาและสถานการณ์ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาสุขภาพที่ประชาชนไทยมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยที่ประชาชนจำนวนมากไม่รู้ตัวเองว่ามีความเสี่ยงหรือเป็นโรคแล้ว และไม่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่เหมาะสม จะทราบก็ต่อเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นแล้ว ซึ่งอาจทำให้เสียชีวิตฉับพลัน หรืออาจเกิดความพิการที่ไม่อาจแก้ไขได้ เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองตีบและแตก โรคไตวาย และตาบอด เพื่อป้องกันปัญหาตลอดจนความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จึงได้กำหนดแนวทางการดำเนินงาน โดยในปี 2549 เริ่มดำเนินการตรวจสุขภาพประชาชนในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป และในปี พ.ศ. 2553 ได้บูรณาการเข้าสู่โครงการรณรงค์น้ำพระราชหฤทัยในหลวงทรงห่วงใยสุขภาพประชาชนฯ จากการติดตามข้อมูลการป่วยและการตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง พบว่า สาเหตุการตายด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี 2553 พบผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน อัตรา 19.03 ต่อแสนประชากร โรคความดันโลหิตสูง 7.72 ต่อแสนประชาชน และอัตราผู้ป่วยของผู้ป่วยของผู้ป่วยในด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จึงจัดทำโครงการดำเนินการเพื่อลดปัญหาดังกล่าว

วัตถุประสงค์

1. เพื่อตรวจคัดกรองและประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพของประชาชนคนไทย และกระตุ้นให้ตระหนักต่อการดูแลสุขภาพของตนเองก่อนเกิดการเจ็บป่วยรุนแรง โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข
2. เพื่อกำหนดมาตรการและวิธีการเชิงรุกในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การสนับสนุนการดูแลรักษา และให้บริการที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่มทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และกลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน
3. เพื่อสร้างกระแสให้ประชาชนใส่ใจดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น
4. เพื่อให้มีระบบการเฝ้าระวังและป้องกันความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิต

วิธีการดำเนินงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้กำหนดกลยุทธ์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ จำนวน 5 กลยุทธ์ คือ กลยุทธ์ที่ 1 ส่งเสริมการค้นหากลุ่มเสี่ยงและป้องกันการเกิดโรคในชุมชน กลยุทธ์ที่ 2 พัฒนาศักยภาพการรักษาพยาบาลให้มีคุณภาพมาตรฐาน ป้องกันภาวะแทรกซ้อนลดความรุนแรงของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง กลยุทธ์ที่ 3 ส่งเสริมการฟื้นฟูสุขภาพในกลุ่มที่มีความพิการจากโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง กลยุทธ์ที่ 4 พัฒนาศักยภาพบุคลากร กลยุทธ์ที่ 5 พัฒนาระบบการบริหารจัดการ ที่มีประสิทธิภาพ

ผลการดำเนินงาน การค้นหากลุ่มเสี่ยงและป้องกันการเกิดโรคในชุมชน ดำเนินการตรวจคัดกรองสุขภาพประชาชน อายุ 35 ปีขึ้นไป ผลการดำเนินงาน ปี 2553-2554 มีการตรวจสุขภาพประชาชน 35 ปีขึ้นไป ร้อยละ 73.18, 93.79 ตามลำดับ โดยในปี 2554 ตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด จำแนกเป็น กลุ่มปกติ ร้อยละ 89.70 กลุ่มเสี่ยง 8.19 และกลุ่มป่วยเบาหวาน ร้อยละ 2.11 ตรวจระดับความดันโลหิต จำแนกเป็น กลุ่มปกติ ร้อยละ 73.40 กลุ่มเสี่ยง 19.87 และกลุ่มเสี่ยงสูง 6.73 ซึ่งในกลุ่มเสี่ยงได้ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชน จำนวน 16,724 ราย ในขณะที่ สปสช. จัดสรรงบประมาณในการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชน 5,645 ราย มีการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพโรคไม่ติดต่อ จำนวน 345 แห่ง ร้อยละ 110.54 อัตราการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 5.21 **การพัฒนาศักยภาพการรักษาพยาบาลให้มีคุณภาพมาตรฐาน ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดความรุนแรงของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง** ดำเนินการสนับสนุนและประสานการจัดทำ CPG ระดับจังหวัด ชี้นำและสนับสนุนการบริการรักษาพยาบาลให้ได้มาตรฐาน โดยเฉพาะ สนับสนุนการตรวจ HbA1C, ACR under Point of Care concept ในผู้ป่วยเบาหวานทุกราย อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี ผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c ปี 2553 ร้อยละ 59.25 ในปี 2554 เพิ่มขึ้นร้อยละ 64.11 ผลักดันให้เกิด M-DPAC ในสถานบริการทุกระดับ รวม 73 แห่ง มีสร้างหน่วยตรวจจอประสาทตาเคลื่อนที่ 2 หน่วยดำเนินการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวาน ร้อยละ 21.20 พบผิดปกติ ร้อยละ 5.43 ส่งผลให้เกิดการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์สำหรับผู้ป่วยต้อกระจก ร้อยละ 49.34 ของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการตรวจคัดกรองจอประสาทตา ดำเนินการแจกแว่นสายตาในกลุ่มผู้สูงอายุ นอกจากนั้นยังสนับสนุนการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางเท้าโดยนักกายภาพบำบัด และให้บูรณาการการดำเนินงานในระดับชุมชนร่วมกับหน่วยตรวจจอประสาทตาเคลื่อนที่ พัฒนาทีมให้คำปรึกษาและดำเนินงาน CAPD จัดตั้งศูนย์ไตเทียมดำเนินการฟอกไตผ่านหน้าท้อง (CAPD) ในโรงพยาบาลรวม 8 แห่ง พัฒนาระบบส่งต่อ (Mobile ICU) เพื่อดูแลผู้ป่วย STEMI และ Stroke Fast tract **การพัฒนาบุคลากรและกระบวนการบริหารจัดการ** จัดให้มีการอบรมพยาบาลเฉพาะทางสาขาต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน เช่น พยาบาลเวชปฏิบัติในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 300 คน พยาบาล CAPD 40 คน PD Nurse 13 คน ICU Nurse 30 คน ทีมตรวจจอประสาทตา 9 คน อาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญในการดูแลผู้พิการ 1,500 คน บุคลากรสาธารณสุขต้นแบบ จำนวน 2,994 คน ส่วนการพัฒนากระบวนการ กำหนดให้มีคณะกรรมการ NCD Board ระดับจังหวัดและอำเภอ ทำหน้าที่ในการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน

แผนการดำเนินงานในช่วงต่อไป

ผลักดันการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพโรคไม่ติดต่อ สนับสนุนการดำเนินงานลดปัจจัยเสี่ยงในชุมชนเพื่อความยั่งยืนในการดำเนินงาน สนับสนุนการบริการรักษาพยาบาลให้ได้มาตรฐาน สนับสนุนการส่งกลับของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงสู่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

โครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวง ทรงห่วงใยสุขภาพประชาชน เพื่อถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสที่จะทรงเจริญพระชนมพรรษา 84 พรรษา 5 ธันวาคม 2554 โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

วิชัย ชัตติยวิทยากุล* และคณะ

ประชาชนมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ไม่มีความรู้ ไม่ได้รับการตรวจคัดกรองวินิจฉัยและการรักษาที่เหมาะสม ก่อให้เกิดผลแทรกซ้อน โรคเหล่านี้เป็นภาระมากขึ้นเรื่อยๆ ทั้งสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาจึงถือโอกาสอันเป็นมหามงคลนี้จัดทำ “โครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวง ทรงห่วงใยสุขภาพประชาชน” ถวายเป็นพระราชกุศลแด่องค์พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวที่ทรงห่วงใยในสุขภาพของพสกนิกรชาวไทยมาโดยตลอดให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

(1) เพื่อถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ในวโรกาสทรงเจริญพระชนมายุครบ 84 พรรษา (2) เพื่อตรวจคัดกรองและประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพของประชาชนตลอดจนกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและดูแลสุขภาพตนเอง (3) เพื่อกำหนดมาตรการเชิงรุกและบริการที่เหมาะสมแก่กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และกลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน (ลดป่วย ลดภาวะแทรกซ้อน ลดตาย) (4) เพื่อสร้างกระแสให้ประชาชนใส่ใจดูแลสุขภาพตนเอง (5) มีระบบเฝ้าระวังและป้องกันความเสี่ยง

วิธีดำเนินการ

(1) ประกาศนโยบายของจังหวัดนครราชสีมาภายใต้แนวคิด นโยบายสาธารณสุขสร้างสุขวิถีพอเพียง เพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศในการบริหารจัดการด้านสุขภาพอย่างมีคุณภาพ จัดตั้งคณะกรรมการ NCD Board โดยผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน มีคณะทำงานและภาคีเครือข่าย ร่วมกันขับเคลื่อนทางสังคมและการสื่อสาร สาธารณะเช่น เปิดตัวโครงการระดับจังหวัด ปลอยยขบวนรถ Mobile unit ทั้ง 32 อำเภอ ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อโทรทัศน์ วิทยุกระจายเสียงและเครือข่ายวิทยุชุมชน เสริมสร้างศักยภาพในการบริหาร การบริการ และใช้ทรัพยากรร่วมกันปฏิบัติการเชิงรุก (2) จัดทำแผนกลยุทธ์/แผนปฏิบัติการ ตั้งแต่ต้นปีงบประมาณร่วมกับทุกหน่วยงานให้สอดคล้องกันทุกระดับ พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ และการจัดการความรู้ เสริมสร้างพลังอำนาจประชาชน ความเข้มแข็งภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค คุ้มครองผู้บริโภค และสร้างคุณภาพการบริหารและบริการทุกระดับ ดูแล กำกับและติดตามประเมินผลงาน KPI (3) ดำเนินการเชิงรุกด้วยการคัดกรองความเสี่ยงในหมู่บ้านโดย อสม และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จัดทำฐานข้อมูลและวิเคราะห์ประมวลผลโดยใช้โปรแกรม NCD Office พร้อมทั้งจัดช่องทาง/เวทีสำหรับภาคีเครือข่ายในการคืนกลับข้อมูลสะท้อนความคิดเห็นและความพึงพอใจเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (4) พัฒนาโปรแกรม NCD Office สร้างระบบฐานข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โครงการ Problem Base Developing จัดทำ SWOT Analysis to Key Successes และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับจังหวัด สร้าง นวัตกรรม แนวปฏิบัติที่ดี (5) พัฒนาศักยภาพบุคลากรเช่น อบรมการเฝ้าระวังภาวะตาบอด/การดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน เสริมสร้างแรงจูงใจของ

ผู้ให้บริการ และปฏิบัติตนเป็นบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพ (6) จัดกระบวนการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคที่เชื่อมโยง ภาพจังหวัด พิธีถวายสัตย์ปฏิญาณเล็กเหล่าเล็กบุหรี และมอบเกียรติบัตร รณรงค์บังคับใช้กฎหมาย ควบคุมแอลกอฮอล์ มีระบบรับ-ส่งผู้ป่วย ระหว่างสถานพยาบาลแต่ละระดับและชุมชน เช่น การดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบเพื่อนช่วยเพื่อน

ผลการดำเนินงาน

ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรอง DM/HT ในปี 2554 ครอบคลุมร้อยละ 95.25 สูงกว่าปี 2553 (ร้อยละ 90.46) และปี 2552 (ร้อยละ 80.20) ตามลำดับ ดำเนินการหมู่บ้านชุมชนต้นแบบในปี 2554 จำนวน 489 หมู่บ้าน/ชุมชน สูงกว่าเป้าหมาย (350 หมู่บ้าน) คิดเป็นร้อยละ 139.71 ลดโอกาสป่วยเป็นโรคเบาหวานในประชากรกลุ่มเสี่ยงได้ต่ำกว่าเป้าหมาย (ร้อยละ 4.67) อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ปี 2554 ด้วยโรคเบาหวานลดลง ร้อยละ 23.43 และโรคความดันลดลง ร้อยละ 32.27 มีผลงานเด่นรางวัลชนะเลิศจากเวทีประกวดระดับเขต 14 จำนวน 3 เรื่องคือ ด้านการรักษา ด้านชุมชนลดเสี่ยง และด้านนวัตกรรม นอกจากนี้ยังมีนวัตกรรมเครือข่ายระบบฐานข้อมูลและประมวลผล NCD Office ของจังหวัดนครราชสีมา ครอบคลุมเครือข่ายสถานบริการสุขภาพภาครัฐและเอกชนด้วย

สรุปและวิจารณ์

การดำเนินโครงการบรรลุความสำเร็จเกินเป้าหมายที่กำหนดไว้ในทุกด้าน ทั้งนี้จากการน้อมนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้เพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศในการบริหารจัดการด้านสุขภาพอย่างมีคุณภาพ โดยการประกาศเป็นนโยบายสาธารณะ มีคณะกรรมการจากทุกภาคส่วนที่เข้มแข็ง มุ่งมั่นเป้าหมายเดียวกัน เน้นภาคีเครือข่ายจากระบบบริการของรัฐและภาคประชาชนทุกระดับ ให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างพลังอำนาจประชาชน มีฐานข้อมูลที่เชื่อมโยง และจัดให้มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

ควรดำเนินงานความครอบคลุมกลุ่มประชากรเป้าหมายทุกคน และยกเป็นนโยบายระดับชาติที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องตลอดไป

แผนการดำเนินงานในช่วงต่อไป

ปฏิบัติการเชิงรุกสู่การวางรากฐานที่มั่นคง พัฒนาระบบ สร้างความเข้มแข็งเชิงโครงสร้างและระบบการป้องกัน และแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ น้ำพระราชหฤทัยในหลวง สุขภาพประชาชน พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว จังหวัดนครราชสีมา

โครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวง ทรงห่วงใยสุขภาพประชาชน
เพื่อถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว
เนื่องในโอกาสที่จะทรงเจริญพระชนมพรรษา ๘๔ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๔

นางเสาวลักษณ์ สัจจา และคณะ

โรงพยาบาลหนองคาย

เลขที่ ๑๑๕๘ หมู่ที่ ๓ ถ.มีชัย ต.ในเมือง อ.เมืองหนองคาย จ.หนองคาย ๔๓๐๐๐

หลักการและเหตุผล

โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ถือว่าเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญทำให้เกิดการป่วยและการตาย ๑๐ อันดับแรกของจังหวัดหนองคาย จากผลการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองคาย ในปีที่ผ่านมาพบว่า กลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตได้น้อย ทำให้อัตราเพิ่มผู้ป่วยในสูงขึ้นตามไปด้วย นอกจากนี้ยังพบว่า การเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ TCEN ยังไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดส่งผลให้กลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลการประเมิน การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ของโรงพยาบาลหนองคาย โดยเครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน (CRCN, ๒๕๕๓) ดังนั้น เพื่อเป็นการกำหนดทิศทางในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวโรงพยาบาลหนองคาย จึงได้ยึดแนวทางโครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวง ทรงห่วงใยสุขภาพประชาชน เพื่อถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสที่จะทรงเจริญพระชนมพรรษา ๘๔ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๔ มาเป็นกรอบในการดำเนินงานดังกล่าว

วัตถุประสงค์

เพื่อลดปัญหาและปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงในกลุ่มประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป โดยใช้มาตรการและกลวิธีเชิงรุกในการบูรณาการการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค และการดูแลรักษาพยาบาล โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และองค์กรภาคีเครือข่าย ภาคประชาชนมีส่วนร่วม

วิธีการดำเนินงาน

ด้านการนำองค์กร มีการกำหนดเข็มมุ่งคือ “เราจะเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ ปี ๒๕๕๔” ในการบริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การคัดกรองโรค การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เน้นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มีการดำเนินงานโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกับภาคีเครือข่ายเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จาก อปท., จิตอาสา, บ้าน, วัด, โรงเรียน และภาคประชาชน ด้านการวางแผนและบริหารเชิงกลยุทธ์ มีการกำหนดกลยุทธ์ แผนปฏิบัติการ กลไกการดูแล และวิเคราะห์ และนำผลประเมินเพื่อพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ด้านมุ่งเน้นผู้รับบริการ/ประชาชน มีการจัดทำทะเบียนแยกกลุ่ม ๔ กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และกลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน จัดช่องทาง และเวทีสําหรับผู้รับบริการ การคืนข้อมูล เพื่อสร้างความร่วมมือจากผู้รับบริการสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการทุก ๖ เดือน วิเคราะห์ และปรับปรุงพัฒนา ด้านการวัด วิเคราะห์ และการจัดการความรู้ โดยทีมงานได้ออกแบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง คือ NCD NongKhai Community (NNC) ด้านการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล มีการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร จิตอาสา และอาสาสมัครสาธารณสุขทุกคนให้มีความรู้ ความเข้าใจ และตระหนัก ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ เป็นบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพ ด้านการจัดกระบวนการ มีการ

ออกแบบระบบและกระบวนการทำงานตามกลุ่มเป้าหมายเน้นการจัดบริการตรวจสอบสุขภาพเชิงรุก จัดตั้งหน่วยให้คำปรึกษาคลินิก DPAC ในโรงพยาบาลหนองคาย และขยายสู่ชุมชน/หมู่บ้านทุกแห่งในพื้นที่อำเภอเมืองหนองคาย ในประชาชนกลุ่มป่วยมีการค้นหาภาวะแทรกซ้อน ตา ไต เท้า สุขภาพช่องปากและฟันปีละ ๑ ครั้ง มีระบบรับ-ส่งต่อผู้ป่วย โดยใช้ระบบ EMS Member Club

ผลลัพธ์การดำเนินงาน

ประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ชายที่มีรอบเอวน้อยกว่า ๙๐ ซม. ร้อยละ ๘๕.๙๙ หญิงที่มีรอบเอวน้อยกว่า ๘๐ ซม. ร้อยละ ๘๗.๓๑ ประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูงร้อยละ ๙๓.๑๕ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อเบาหวานป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ ๔.๕๐ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ร้อยละ ๖๒ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ร้อยละ ๗๑.๕๖ อัตราเพิ่มผู้ป่วยในด้วยโรคเบาหวานลดลงร้อยละ ๒๒.๙๘ อัตราเพิ่มผู้ป่วยในด้วยโรคความดันโลหิตสูงลดลงร้อยละ ๔.๗๓ ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตาโดยการถ่ายภาพจอประสาทตา ร้อยละ ๖๒ ไตและเท้าได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทุกราย นวัตกรรมเด่น ได้แก่ การพัฒนารูปแบบเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง “คนรักไตเมืองหนองคาย” ผลการพัฒนาพบว่า จากการเปรียบเทียบผลการประเมินการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดย CRCN ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Diabetic Nephropathy ปี 2553 ร้อยละ 24.77 ในปี 2554 ลดลงร้อยละ 16.66

สรุปและวิจารณ์

โรงพยาบาลหนองคายได้ดำเนินการตามแนวทางโครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวง ทรงห่วงใยสุขภาพประชาชน มีการแบ่งบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่ชัดเจนโดยการมีส่วนร่วมของทีมงานสหสาขาวิชาชีพ ภาศึเครือข่ายชุมชน อปท. และภาคประชาชน ผลลัพธ์การดำเนินงานผ่านเกณฑ์การประเมินทุกองค์ประกอบระดับดีเยี่ยม เนื่องจากได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารทุกระดับทั้งภาคราชการและส่วนท้องถิ่น

ข้อเสนอแนะ

มีการผลักดันนโยบายการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อน เน้นมาตรการทางสังคมที่ดำเนินงานในกองทุนสุขภาพตำบล โดยการสนับสนุนของเทศบาลเมืองหนองคาย

แผนการดำเนินงานในช่วงต่อไป

ดำเนินการขยายรูปแบบ NCD NongKhai Community (NNC) และระบบ EMS Member Club ลงสู่พื้นที่อำเภอต่างๆ ในจังหวัดหนองคายทั้ง ๙ อำเภอ และส่งเสริมให้เกิดชุมชนคนรักไต ทุกชุมชน/หมู่บ้านในพื้นที่อำเภอเมืองหนองคาย

คำสำคัญ: โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ทีมสหสาขาวิชาชีพ กระบวนการ

การพัฒนาาระบบบริการผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง โดยใช้รูปแบบการจัดการรายโรค โรงพยาบาลสกลนคร

The development of health care system for diabetes mellitus patients and Hypertension
by disease management model in Sakon Nakhon hospital

วิภา แก้วเคน* และคณะ

โรงพยาบาลสกลนคร

หลักการและเหตุผล ; โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูงเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งจัดเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่วงการแพทย์แผนปัจจุบันยังไม่พบวิธีการที่จะรักษาให้หายเป็นปกติได้ด้วยยาสำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานจะมีปัจจัยเสริมที่ทำให้อัตราการตายเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้นต้องมีการควบคุมดูแลรักษาอย่างถูกต้องต่อเนื่อง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการทุพพลภาพหรือการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร จากสถิติข้อมูลโรคเรื้อรัง จังหวัดสกลนคร พบว่าเป็นปัญหา 1 ใน 5 อันดับโรคแรกปี 2550 โรงพยาบาลสกลนคร พบอุบัติการณ์รายใหม่ร้อยละ 0.24 เป็นผู้ป่วยเบาหวานในเขตอำเภอเมืองสกลนคร 3,416 คน เข้านอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 2,275 ราย ส่งผลให้มีผู้ป่วยเข้ารับบริการในคลินิกเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเฉลี่ยวันละ 180-200 คน ในขณะที่ระบบบริการยังไม่เป็นรูปแบบที่ชัดเจน การรักษายังไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน บุคลากรขาดทักษะ และระบบบริการยังคงมุ่งเน้นแต่การรักษาในโรงพยาบาลเท่านั้น ตลอดจนสถานที่ในการให้บริการของคลินิกโรคเรื้อรัง คับแคบ สถานที่ไม่เอื้อต่อการให้บริการ ผู้ป่วยและญาติ ขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยบางส่วนไม่มารับบริการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในปี 2549 พบมีอัตราการขาดนัดโรคเบาหวาน ร้อยละ 8.17 และเพิ่มมากขึ้นในปี 2550 เป็นร้อยละ 16.81 นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยขาดการคัดกรองเพื่อค้นหาภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่แรกเริ่มจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การใช้รูปแบบการจัดการรายโรค (Disease Management) ในผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง จะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่ดี ไขมันในเลือดลดลง สามารถลดอัตราเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ซึ่งส่งผลให้ลดค่าใช้จ่ายในการดูแล และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตโดยรวมที่ดีขึ้น

ดังนั้นการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงนั้น ต้องดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมทุกมิติ คุณภาพต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมสามารถดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทุกจุดบริการ รวมถึงการดูแลเชิงรุกในชุมชน กระบวนการจัดการที่ดีในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยใช้แนวคิดการจัดการรายโรค ได้แก่ การจัดการด้านระบบป้องกันในชุมชนของบุคคลและครอบครัว การคัดกรองและการจัดการความเสี่ยง การให้ความรู้ สร้างทักษะในการจัดการสุขภาพ การจัดระบบการรักษา การส่งต่อหน่วยบริการปฐมภูมิหน่วยบริการประจำ หน่วยบริการรับส่งต่อ เพื่อให้เกิดสมดุลระหว่างผลการรักษา คุณภาพชีวิต และค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม เน้นให้เกิดความร่วมมือระหว่างผู้ให้บริการ ผู้ป่วยและครอบครัว จนผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นในภาพรวมทั้งระยะสั้นและระยะยาว และลดภาวะแทรกซ้อนในรายที่เป็นโรค

จากปัญหาของระบบบริการดังกล่าว คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสกลนคร ได้ตระหนักถึงปัญหาและมองเห็นความสำคัญ จึงสนใจนำรูปแบบการจัดการรายโรคมาใช้เป็นกลยุทธ์ในการดำเนินงาน โดยเน้นการพัฒนาคุณภาพระบบบริการในกลุ่มโรคเรื้อรังเป็นหลัก ทั้งนี้คาดหวังว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานภายใต้ความคุ้มค่าคุ้มทุน

วัตถุประสงค์ ; เพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์ พัฒนาระบบบริการดูแลรักษาโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงโดยใช้รูปแบบการจัดการรายโรค และประเมินผลลัพธ์

ผลการดำเนินงาน ; พัฒนาระบบงานโดยใช้รูปแบบการจัดการรายโรค (Disease Management Model) กลุ่มเป้าหมายได้แก่ 1) ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง เขตพื้นที่อำเภอเมืองสกลนคร 2) ผู้ให้บริการประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักโภชนากร นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย และเจ้าหน้าที่ช่างกายอุปกรณ์ การดำเนินงานมี 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนเตรียมการ ขั้นตอนดำเนินการ มี 4 ระยะคือ 1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ใช้วิธีสนทนากลุ่ม 2) ระยะออกแบบระบบบริการโดยใช้รูปแบบการจัดการรายโรค กำหนดตัวชี้วัดและเป้าหมาย ดำเนินการปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่ปฐมภูมิถึงระดับตติยภูมิ ฝึกอบรม จัดทำคู่มือปฏิบัติ 3) ระยะทดลองปฏิบัติสะท้อนการปฏิบัติ 4) ระยะสรุปรูปแบบระบบบริการที่เหมาะสม และขึ้นประเมินผลลัพธ์ พบว่าการนำรูปแบบการจัดการรายโรคมาใช้ในการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง เกิดการปรับปรุงระบบงาน ดังนี้ 1) การคัดกรองเชิงรุกในชุมชน 2) One stop service Team 3) การดูแลผู้ป่วยในแบบผู้จัดการรายกรณีเฉพาะโรคเบาหวาน และ 4) การส่งต่อและการดูแลต่อเนื่อง

สรุปและวิจารณ์ ; การพัฒนาระบบบริการโดยใช้แนวคิดการจัดการรายโรค พบว่ามีความโดดเด่นในการพัฒนาศักยภาพของทีมสหวิชาชีพที่ชัดเจน ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ต่อการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้นในทุกด้าน โดยสามารถค้นหาคัดกรองผู้ป่วยรายใหม่ได้ครอบคลุมเพิ่มขึ้น ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลและสามารถยกระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติให้สูงขึ้น เกิดการปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างชัดเจนต่อเนื่อง

แผนการดำเนินงานในช่วงต่อไป ; การสร้างศักยภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยง สนับสนุนและบูรณาการแนวคิดคนไทยไร้พุง ให้องค์กรภาคีเครือข่ายตระหนักและมองเห็นความสำคัญด้วยความเข้าใจ มุ่งมั่น จริงจังที่จะดำเนินงานร่วมกัน กำหนดเป็นนโยบายที่ยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ : โรคเบาหวานชนิดที่ 2 , โรคความดันโลหิตสูง , การจัดการรายโรค

การพัฒนาระบบบริการโรคเบาหวาน ของโรงพยาบาลมหาสารคามและเครือข่าย ภายใต้โครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวง ทรงห่วงใยสุขภาพประชาชน

วิศรดา ตีเมืองชัย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

กลุ่มงานพัฒนาระบบเวชกรรมสังคมและเครือข่าย โรงพยาบาลมหาสารคาม

หลักการและเหตุผล : สืบเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่มากและเพิ่มขึ้นทุกปี ผู้ป่วยขาดความตระหนักไม่สนใจดูแลตนเอง บุคลากรไม่เพียงพอ เกิดความเหนื่อยล้าในการทำงาน ระบบบริการขาดความเชื่อมโยงกันทั้งในสถานบริการจนถึงชุมชน

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งจัดระบบบริการให้ได้ตามตัวชี้วัดและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ลดความแออัดของผู้ป่วยเบาหวานที่คลินิกเบาหวานของโรงพยาบาล พัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขในการดำเนินงานตามมาตรฐาน พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชน

วิธีดำเนินงาน : 1. การพัฒนาศักยภาพบุคลากร มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานโรคเบาหวานให้ครบทุกสาขาวิชาชีพ เช่น อายุรแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู เภสัชกร พยาบาล นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด นักเวชศาสตร์ การกีฬา นักสุขศึกษา นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น กำหนดผู้รับผิดชอบหลักให้ชัดเจน โดยเริ่มจาก Disease Manager, Project Manager และ Case Manager ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพจาก OPD, IPD, เวชกรรมสังคม, ศูนย์แพทย์ชุมชน และ รพ.สต. มีการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพให้ได้ตามมาตรฐาน เช่น แนวทางเวชปฏิบัติโรคเบาหวาน (Clinical Practice guideline) และปรับตามบริบทการดำเนินงานของพื้นที่ มีการอบรมเรื่องการตรวจเท้าและนวดเท้า การอบรมฟื้นฟูเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านต่างๆ เช่น โภชนาการ ออกกำลังกาย ยา และมีการจัดการเรียนรู้ ทำกรณีศึกษา ร่วมประกวดผลงานต่างๆ มีการจัดอบรมหมอชุมชนเพื่อช่วยสนับสนุนการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เช่น การคัดกรองค้นหาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การเยี่ยมบ้าน การตรวจและนวดเท้า นอกจากนี้ยังได้แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน พัฒนาศูนย์ DPAC และพัฒนาหมู่บ้านต้นแบบลดโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงด้วย

2. การพัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานและตัวชี้วัด เริ่มจากพัฒนาระบบการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ชี้แจงนโยบายตัวชี้วัดและกำหนดเป้าหมายของแต่ละแห่งร่วมกัน สนับสนุนงบประมาณในการศึกษาคัดกรอง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยครอบคลุมทั้งอำเภอ จัดกิจกรรมหลายๆ รูปแบบให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น คลินิก DPAC สำหรับผู้มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิก DM Camp สำหรับผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ Self help group สำหรับผู้ป่วยในคลินิก การให้สุขศึกษารายกลุ่มสำหรับผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลสูง การให้สุขศึกษารายบุคคล สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาเฉพาะด้าน เช่น การใช้ยา การบริโภคอาหาร ด้านสุขภาพจิต ด้านเศรษฐกิจ ในด้านการคัดกรองหาภาวะแทรกซ้อน มีการตรวจ Yearly lab ต่างๆ ตามมาตรฐาน ตรวจจอประสาทตา โดยกลุ่มงานจักษุวิทยาร่วมกันงานเวชนิทัศน์ จัดตารางการออกตรวจตาให้ผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งที่คลินิกเบาหวานในโรงพยาบาลและรพ.สต.ต่างๆ มีการตรวจเท้าโดยงานกายภาพบำบัด ส่วนในรพ.สต.พยาบาลวิชาชีพร่วมกับหมอชุมชนจะทำการตรวจและนวดเท้า มีการจัดบริการแบบครบวงจรในคลินิกเบาหวาน เพื่อลด

ความแออัดและได้คุณภาพ โดยขยายวันให้บริการจากเดิมจากวันพุธวันเดียว (300ราย/วัน) โดยเพิ่มวันให้บริการเป็น 4 วัน คือวันจันทร์ให้บริการเฉพาะรายGDM และDM type 1 จำนวน 30 ราย / วัน วันอังคาร และวันพุธเป็น DM ทั่วไปผู้รับบริการลดลงเหลือ 100 ราย / วัน วันเสาร์ให้บริการในกลุ่มข้าราชการ นอกจากนี้ยังมีการนิเทศติดตามการดำเนินงานของสถานบริการทุกแห่งอย่างน้อยปีละ 2 ครั้งร่วมกับมาตรฐานงานอื่นๆ

3. การพัฒนาระบบรับ - ส่งต่อผู้ป่วย เพื่อรองรับนโยบายโรงพยาบาลมหาสารคามไร้ความแออัด แบ่งเป็น 2 กรณี คือ กรณีรับ refer จากชุมชน เช่น การส่งผู้ป่วยที่ถูกคัดกรองมาเพื่อให้แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ และการส่งผู้ป่วยรายเก่าที่มีภาวะแทรกซ้อน ได้จัดทำตารางการส่งผู้ป่วยพบอายุรแพทย์ กรณีการ refer กลับสู่ชุมชน มีขั้นตอนดังนี้ คัดเลือกตำบลที่มีผู้ป่วยในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวนมากที่สุด 4 อันดับ กำหนดเกณฑ์ผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์ดี และยาที่จำเป็นต้องได้รับ นำรายชื่อผู้ป่วยทั้งหมดมาคัดกรองตามเกณฑ์ดังกล่าว สอบถามความสมัครใจของผู้ป่วย พร้อมแจ้งเหตุผลและข้อดีของการรับบริการใกล้บ้าน ดำเนินการส่งกลับสู่ชุมชน มีการประชุมทีมสหวิชาชีพในการจัดทำกรอบบัญชียาสำหรับศูนย์แพทย์ชุมชน/รพ.สต.เพื่อรองรับผู้ป่วยที่ถูกส่งกลับมารักษาต่อใกล้บ้าน

4. การสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์สื่อต่างๆ ใช้งบประมาณจาก สปสช. เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงที่มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมทุกสถานบริการ และสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ เช่น Monofilament อุปกรณ์วัดเท้า EKG อุปกรณ์ออกกำลังกาย สมุดคู่มือผู้ป่วย/กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน Model อาหารพื้นบ้าน แผ่นกราฟประเมินระดับน้ำตาล ภาพพลิก แผ่นพับ

5. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ มีโปรแกรมการตรวจรักษาผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อความสะดวกในการลงข้อมูลและเก็บรวบรวมรายงานให้ได้ตามตัวชี้วัด และพัฒนาโปรแกรม NCD Transfer เพื่อใช้ในการรวบรวมข้อมูลการบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งหมดในจังหวัด

6. การพัฒนาหมู่บ้านต้นแบบลดโรคเบาหวาน เน้นการสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนโดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ มีการจัดอบรมการทำ SRMให้กับแกนนำหมู่บ้านครอบคลุมทั้งอำเภอ โดยบูรณาการร่วมกับนโยบายเร่งด่วนอื่นๆ จัดทำแผนสุขภาพระดับตำบล/หมู่บ้านในการแก้ไขปัญหา นำลงสู่การปฏิบัติจริงและเกิดเป็นนโยบาย/มาตรการชุมชนโดยชุมชนเอง

ผลการดำเนินงาน : 1; ด้านการบริการผู้ป่วยในคลินิกปี 2551-2553 พบว่า FBS 90-130 mg/dl ได้ร้อยละ 39,56,68 HbA1C per year ร้อยละ 50, 71.1, 92.8 HbA1C < 7% ร้อยละ 24.5, 36, 42.6 LDL < 100 mg/dl ร้อยละ 42.6, 52.3, 64.5 BP ≤ 130/80 mmHg ร้อยละ 40, 66.2, 75.6 อัตราการ re-admit ด้วย Hypoglycemia ร้อยละ 0.77, 0.64, 0.58 ระยะเวลาวันนอนใน รพ. ร้อยละ 4.62, 4.23, 4.02 2; ด้านการบริการในชุมชน การคัดกรองเบาหวานความดัน ร้อยละ 72.5, 85.5 ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ร้อยละ 2.7, 3.7 อัตราการ admit ด้วย DM ร้อยละ 11.14, 7.79 อัตราการ admit ด้วย HT ร้อยละ 8.85, 7.22 3; ด้านการพัฒนาหมู่บ้านต้นแบบ หมู่บ้านระดับดีมาก 7 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 33.3 ระดับดี 11 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 52.4 ระดับพอใช้ 3 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 14.3 4; เกิด Best Practice เช่น หมอชุมชน ศาลาอนามัย รำวงสุขภาพ หมอลำด้านเบาหวาน การดูแลผู้ป่วยเบาหวานครบวงจรในชุมชน คุณภาพการใช้ยา การเยี่ยมบ้าน 3 Home

สรุปและวิจารณ์ : บทเรียนที่ได้รับครั้งนี้ทำให้เกิดการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ มีทีมงานที่เข้มแข็งและบทบาทที่ชัดเจนเชื่อมโยงงานกันทั้งในโรงพยาบาลสู่ชุมชน และชุมชนมีการดูแลตนเองอย่างมีส่วนร่วมมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ : ควรมีทีมงานที่ครอบคลุมทุกสาขาวิชาชีพและดูแลอย่างเป็นองค์รวมทั้งในรพ.และชุมชน

แผนการดำเนินงานในช่วงต่อไป : 1; พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ระดับปฐมภูมิในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ไตวายเรื้อรัง การตรวจจอประสาทตา 2; มีการถอดบทเรียนการดำเนินงานหมู่บ้านต้นแบบลดโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 3; การจัดตั้งหน่วยบริการผู้ป่วยเบาหวานครบวงจรที่เป็นเอกเทศ มีทั้งระบบบริการและศูนย์การเรียนรู้ 4; พัฒนาการจัดเก็บข้อมูลการบริการผู้ป่วยเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิในโปรแกรม HosXP ตามเกณฑ์ตัวชี้วัด

โครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวง ทรงห่วงใยประชาชนฯ โรงพยาบาลโสธร

นายแพทย์วิทยา วัฒนเรืองโกวิท* และคณะ

โรงพยาบาลโสธร จังหวัดโสธร

หลักการและเหตุผล

จากสถานการณ์ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลโสธร พบว่า ผู้รับบริการเข้ารับการรักษาด้วยโรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อและโรคระบบไหลเวียนเลือด คิดเป็นอัตราต่อแสนประชากร 46,647.0 และ 18,789.8 ตามลำดับ อยู่ในอันดับที่ 3 และ 5 ของผู้ป่วย 10 อันดับแรก และยังเป็นสาเหตุการตาย 10 อันดับโรคของจังหวัดโสธร เมื่อจำแนกออกเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อ โรคหัวใจขาดเลือด ยังเป็นโรคอันดับ 1 ของสาเหตุการตายในปี 2553 และจากการตรวจคัดกรองความเสี่ยงปี 2554 พบจำนวนกลุ่มเสี่ยงด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 17.88 และ 43.06 ตามลำดับ เกิดจากเหตุปัจจัยหลายประการ ทั้งการคัดกรองที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายและมีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมถึงเหตุปัจจัยทางสังคม สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดภาวะเสี่ยงต่อโรคกลุ่มเมตาบอลิกซินโดรม พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสมและเปลี่ยนแปลงไป การใช้ชีวิตที่เร่งรีบขาดความใส่ใจในการออกกำลังกาย ภาวะเครียดจากปัญหาการเศรษฐกิจ การประกอบอาชีพ และเพื่อสนองต่อการดำเนินงานภายใต้ โครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวงทรงห่วงใยสุขภาพประชาชนเพื่อถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสที่จะทรงเจริญพระชนมพรรษา 84 พรรษา 5 ธันวาคม 2554 นี้ โรงพยาบาลโสธร จึงได้ร่วมแรงร่วมใจและประสานความร่วมมือกับเครือข่ายพันธมิตรสุขภาพ เพื่อดำเนินโครงการให้เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผลสูงสุดกับประชาชนผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อถวายเป็นพระราชกุศลแด่องค์พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงเจริญพระชนมายุครบ 84 พรรษา 5 ธันวาคม 2554
2. เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย
3. เพื่อพัฒนาระบบการให้บริการโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูงทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชน
4. เพื่อกระตุ้นและสร้างกระแสการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วย
5. เพื่อพัฒนานวัตกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนที่สอดคล้องกับความต้องการและบริบทของชุมชน

วิธีการดำเนินงาน

ผู้บริหารชี้แจงนโยบายและแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน พัฒนาระบบการทำงานและเชื่อมโยงเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ เข้าถึงประชาชนกลุ่มเป้าหมาย เพื่อลดปัญหาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

การดำเนินงานเชิงรุก สํารวจประชากรกลุ่มเป้าหมาย จัดทำทะเบียนจำแนกตามกลุ่ม กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย กลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน เพื่อการจัดบริการที่สนองต่อความต้องการของกลุ่มผู้รับบริการ โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน เริ่มตั้งแต่ภาคประชาชน กลุ่มเป้าหมาย ครอบครัว ชุมชน

เครือข่ายบริการสุขภาพ ทั้งแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์ทางเลือก บูรณาการกับงานอื่นในชุมชนร่วม ดำเนินการกับเทศบาล บริษัท ห้างร้าน โรงเรียน วัด หน่วยงานราชการต่างๆ

การดำเนินงานในโรงพยาบาล พัฒนาศักยภาพและแนวคิดของบุคลากรทางการแพทย์ ทางการแพทย์ ทางการแพทย์ ในการให้บริการผู้ป่วยที่เป็นองค์รวม ใส่ใจ เข้าใจ และด้วยความห่วงใย ตั้งแต่จุดบริการผู้ป่วยนอก คลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและหอผู้ป่วยใน

การดำเนินงานกับเครือข่ายสุขภาพ ในอำเภอเมืองและต่างอำเภอ พัฒนาระบบบริการร่วมกัน มีการส่งต่อข้อมูลการรักษา ส่งต่อผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล ความดันโลหิตได้ ไปรับการรักษาที่ รพ.สต. ใกล้บ้าน ส่วนผู้ป่วยที่รับบริการที่โรงพยาบาลโยธธ เมื่อพบว่าค่าน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติ จะส่งต่อข้อมูลไปยังเจ้า รพ.สต. ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ไปติดตามเยี่ยมบ้าน พร้อมส่งกลับข้อมูลการเยี่ยมบ้านมายังโรงพยาบาลโยธธ เพื่อเป็นข้อมูลให้แพทย์พิจารณาประกอบการรักษา มีระบบการให้คำปรึกษาโดยแพทย์ พยาบาลทางโทรศัพท์ ให้กับเครือข่าย รพ.สต. และ รพช. มีการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบ Case manager ในโรงพยาบาล และนำร่อง 1 รพ.สต. แบบการเรียนรู้ร่วมกัน

ผลการดำเนินงาน

การคัดกรองความเสี่ยง การดำเนินงานในปีงบประมาณ 2553 – 2554 สามารถคัดกรองความเสี่ยง ครอบคลุมกลุ่มกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น คิดเป็นร้อยละ 64.35 และ 81.13 ตามลำดับ ทำให้สามารถค้นพบผู้ป่วย เบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 3.77 และ 4.68 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่คิดเป็นร้อยละ 3.13 และ 3.20 ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาในระบบที่มีคุณภาพ และยังสามารถนำกลุ่มผู้ป่วยที่รักษานอกระบบ บริการ เข้าสู่ระบบการรักษาที่ได้มาตรฐาน ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน

การดำเนินงานในโรงพยาบาล คลินิกพิเศษ มีระบบการคัดแยกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำ เสี่ยงกลาง และเสี่ยงสูง เพื่อการจัดบริการที่มีประสิทธิภาพ กลุ่มเสี่ยงต่ำถูกส่งไปรับการรักษาที่ใกล้บ้านใน รพ.สต. คิดเป็น ร้อยละ 35.99 เสี่ยงกลางและเสี่ยงสูงยังรับบริการในโรงพยาบาลโยธธ เมื่อพบผู้ป่วยที่มีค่าน้ำตาลในเลือดสูง ตั้งแต่ 250 mg% 2 ครั้งติดต่อกัน จะมีพยาบาลให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล และทำसनากลุ่ม 4 ครั้งเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและให้นำผู้ดูแลที่บ้านเข้ากลุ่มด้วยในโรงเรียนเบาหวาน เกิดบุคคลต้นแบบ 11 คน และครอบครัวต้นแบบ 5 ครอบครัว

ผู้ป่วยเบาหวาน ในโรงพยาบาลโยธธได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต เท้า ในปี 2554 (10 เดือน) ครอบคลุมเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 85.1, 88.9 และ 86 ตามลำดับ การตรวจตา ด้วยการถ่ายภาพจอประสาทตา และผู้ที่พบความเสี่ยงทางตาได้รับการรักษาด้วยเลเซอร์ 184 ดวงตา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อค้นหาภาวะแทรกซ้อนทางไต Creatinine < 1.5 ร้อยละ 89.94 ส่วนการตรวจเท้าพบ ความผิดปกติและแผลรายใหม่ ร้อยละ 1.16 รักษาแผลหายใน 3 เดือนร้อยละ 45.45

เครือข่ายบริการ คปสอ.เมืองโยธธ โรงพยาบาลโยธธในฐานะแม่ข่ายบริการ ได้พัฒนาศักยภาพ บุคลากร พยาบาลวิชาชีพที่ประจำอยู่ รพ.สต. 21 แห่ง ในการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของเท้า และถ่ายภาพจอประสาทตาครอบคลุม ร้อยละ 100 ของ รพ.สต. ให้มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่รับการรักษาใน รพ.สต.

ผลงานเด่นและความภาคภูมิใจ

1. การทำงานอย่างบูรณาการกับภาคีเครือข่าย สร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน และเชื่อมต่อข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพกับ รพ.สต. ผ่าน HOSXP ที่ รพ.สต.สามารถดูผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษา การนัดล่วงหน้าเมื่อส่งผู้ป่วยมาตรวจรักษาที่ รพ.ยส.
2. สนับสนุนแพทย์ออกตรวจรักษาโรคใน รพ.สต. ทั้ง 21 แห่งในอำเภอเมือง ครอบคลุม ร้อยละ 100
3. มีชุมชนต้นแบบปี 2553 คือ ชุมชนอุดมสุข ปี 2554 ขยายเพิ่มอีก 1 ชุมชน คือ ชุมชนร่วมใจสามัคคี
4. มีเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประจำปี ในงานมหกรรมเมืองไทยแข็งแรง ชุมชนนำเสนอผลงานนวัตกรรม เช่น มะรุมกับเบาหวาน หนุ่มากับความดันโลหิตสูง ถอดบทเรียนชีวิตป่าเรณูกับเบาหวาน สภาความดัน

แผนการพัฒนาในปี 2555 – 2556

1. พัฒนาระบบบริการ การเชื่อมต่อข้อมูลในเครือข่ายให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เกิดความต่อเนื่องยั่งยืน
2. การดำเนินงานเชิงรุกในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนให้ครอบคลุมพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป

จากผลการดำเนินงานในปี 2553 – 2554 ที่ผ่านมาด้วยความตั้งใจและทุ่มเทของเจ้าหน้าที่ทั้งผู้บริหาร ผู้ให้บริการทุกระดับ ร่วมกับเครือข่ายสุขภาพทุกภาคส่วน ส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผลการดำเนินงานที่บรรลุเป้าหมาย ที่สำคัญประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการดูแลสุขภาพ ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาฟื้นฟูที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน ชุมชน เกิดนวัตกรรมการดูแลสุขภาพ ป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงทั้งในชุมชนและโรงพยาบาล เกิดระบบเฝ้าระวังภัยสุขภาพในชุมชนอย่างยั่งยืนต่อไป

โครงการรณรงค์น้ำพระราชหฤทัยในหลวง ทรงห่วงใยสุขภาพประชาชนฯ โรงพยาบาลสุรินทร์

นายแพทย์วสันต์ ศรีสุรินทร์

นางณัฐรดา ทองสุทธิ*

โรงพยาบาลสุรินทร์

๖๘ ถนนหลักเมือง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์

หลักการและเหตุผล : โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่ประชาชนไทยมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่วนหนึ่งมาจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โรงพยาบาลสุรินทร์ได้ดำเนินการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพของประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป จากผลการคัดกรองปีงบประมาณ ๒๕๕๓ พบว่า เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ร้อยละ ๑๓.๐๔, เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๑๖.๙๑, เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง ร้อยละ ๓.๔๖ และมีภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ ๑๓.๙๔ ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่รักษาในโรงพยาบาลสุรินทร์ก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน กล่าวคือ ปีงบประมาณ ๒๕๕๒, ๒๕๕๓, ๒๕๕๔ มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ๕,๘๖๕, ๖,๔๙๒, ๖,๗๔๐ คน และจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ๗,๓๐๒, ๙,๑๔๓, ๑๒,๕๓๖ คน ตามลำดับ ดังนั้นโรงพยาบาลสุรินทร์จึงจำเป็นต้องมีแนวทางการดำเนินงานในการดูแลบุคคลและชุมชน เพื่อลดอัตราป่วยและให้ประชาชนมีการสร้างเสริมสุขภาพที่ดี

วัตถุประสงค์ :

๑. เพื่อถวายเป็นพระราชกุศลแด่องค์พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาส “พระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา ๗ รอบ ๕ ธันวาคม ๒๕๕๔”
๒. เพื่อตรวจคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพของประชาชนและกระตุ้นให้ตระหนักต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง
๓. เพื่อกำหนดมาตรการเชิงรุกในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การสนับสนุนการดูแลรักษา และให้บริการที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่ม
๔. เพื่อให้มีระบบข้อมูลข่าวสาร การเฝ้าระวังและป้องกันความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง

วิธีดำเนินงาน :

๑. การนำองค์กร มีนโยบายที่เน้นการบริการเชิงรุกส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค เน้นการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างเป็นระบบ และจัดตั้งคณะกรรมการ NCD Board ตามคำสั่งจังหวัดสุรินทร์ที่ ๔๔๗/๒๕๕๔
๒. การวางแผนและบริหารเชิงกลยุทธ์
 - ๒.๑ มีการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล การวิเคราะห์หน่วยงาน ปัญหา ความต้องการ จัดลำดับความสำคัญของปัญหา แล้วนำแผนกลยุทธ์สู่การปฏิบัติ กำกับดูแลโดย NCD Board ทุก ๓ เดือน
 - ๒.๒ จัดทำแผนงาน/โครงการ ด้านโรคเรื้อรัง กำหนดผู้รับผิดชอบ ระยะเวลาดำเนินการและตัวชี้วัด

๓. การมุ่งเน้นผู้รับบริการ/ประชาชน

๓.๑ มีทะเบียนประชากรอายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไป แยกทะเบียนกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย อย่างชัดเจน

๓.๒ มีผู้รับความคิดเห็นในคลินิกเบาหวานและ รพ.สต.ทุกแห่ง เพื่อแก้ไขปัญหาและประเมินความพึงพอใจ

๓.๓ มีการแจ้งข้อมูลแก่ผู้รับบริการทุกครั้งหลังให้บริการ โดยมีสมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย

๔. การวัด วิเคราะห์ และการจัดการความรู้

๔.๑ มีข้อมูลสุขภาพ สถานการณ์ของโรค วิเคราะห์ปัญหา การจัดการบริการและการพัฒนาคุณภาพบริการ

๔.๒ มีการพัฒนาโปรแกรมจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวาน

๔.๓ มีนวัตกรรมแผ่นรองฝ่าเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน, โครงการเบาหวานและความดันโลหิตสูงสัญญาณรพ.สต. โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

๔.๔ มีการจัดประชุมวิชาการและ มหกรรม CQI ทุกปี เป็นสถานที่ศึกษาดูงานจากโรงพยาบาลต่างๆ มีศูนย์แลกเปลี่ยนเรียนรู้ผู้สูงอายุที่วัดศาลาลอย โดยมีโรงพยาบาลสุรินทร์เป็นพี่เลี้ยง

๕. การมุ่งเน้นผู้รับบริการ/ประชาชน

๕.๑ อบรมความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง แก่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลสุรินทร์/รพ.สต.ในเครือข่าย/รพช. ๒ ครั้ง ในปีงบประมาณ ๒๕๕๔

๕.๒ มอบรางวัลและเกียรติบัตรแก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานดีเด่นและมอบรางวัลแก่กลุ่มเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและลด ปัจจัยเสี่ยงได้ มีการยกย่องผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

๕.๓ ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง บุคลากรใน รพ.สุรินทร์มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดี ร้อยละ ๒๔.๔ ปานกลางร้อยละ ๕๘.๖ และแยกร้อยละ ๑.๗

๖. การจัดการกระบวนการ

๖.๑ จัดบริการเชิงรุกคัดกรองสุขภาพประชาชนในพื้นที่ แบ่งเป็น กลุ่มปกติ /เสี่ยง/ป่วย/ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน

๖.๒ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงในรูปแบบ หมู่บ้านต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน ๓๒ แห่ง (๑ รพ.สต./๑ หมู่บ้าน) และจัดอบรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพข้าราชการและ ผู้ประกันตน

๖.๓ จัดตั้งคลินิก DPAC ในคลินิกเบาหวาน รพ.สุรินทร์ และ รพ.สต. เครือข่าย

๖.๔ ตั้งคลินิก DM/HT ใน รพ.สต.เครือข่ายทุกแห่ง พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ผลการดำเนินงาน : ผลสำเร็จของโครงการฯ ในปีงบประมาณ ๒๕๕๔ ทุกตัวชี้วัดอยู่ในเกณฑ์ดีเลิศ ดังนี้ ประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปได้รับคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงร้อยละ ๙๒.๕๖ ประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงต่อเบาหวานป่วยเป็นโรคเบาหวานร้อยละ ๒.๒๕ อัตราเพิ่มของการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวานลดลง ร้อยละ ๑๗.๒๐ อัตราเพิ่มของการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคความดันโลหิตสูงลดลงร้อยละ ๕.๓๗ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ร้อยละ ๔๖.๖๙ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ร้อยละ ๕๒.๔๗ ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนตามเกณฑ์ทางตาร้อยละ ๘๐.๗๕ ทางไตร้อยละ ๘๖.๐๘ เท้าและขาร้อยละ ๙๐.๐๕ ด้านการพัฒนางาน มี Participatory Action Research อย่างต่อเนื่อง มีคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูงสัญญาณรพ.สต.เครือข่ายทุกแห่ง ตรวจคัดกรอง HbA1c, lipid profile, microalbuminuria, จอประสาทตา, สุขภาพช่องปาก, ตรวจเท้าอย่างละเอียด ในผู้ป่วยจำนวน ๒,๐๔๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๙.๗๐ ได้รับรางวัลนวัตกรรมดีเด่นเรื่อง แผ่นรองฝ่าเท้าผู้ป่วยเบาหวาน จาก กพร. ปี ๒๕๕๓ คลินิกเบาหวานได้รับรางวัล Sanofi-Aventis Distinguished Diabetes Service Award ปี ๒๕๕๒ จากสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย

สรุปและวิจารณ์ : กระบวนการป้องกัน คัดกรอง ดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลสุรินทร์ได้มาตรฐาน ผลการดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย ผู้ป่วยในโครงการคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูงสัญญาณรพ.สต. ได้รับการดูแลต่อเนื่องใกล้บ้าน ลดภาระการเดินทาง สามารถลดความแออัดของผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสุรินทร์ มีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรใน รพ.สต. จำนวนเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทุก รพ.สต. มีมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยใน รพ.สต. โดย รพ.สต. ได้รับการนิเทศและติดตามจากทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง มีระบบการส่งต่อเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลและ รพ.สต.ที่ได้คุณภาพ ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ร่วมกันในแต่ละชมรม การพัฒนาและให้บริการนวัตกรรมแผ่นรองฝ่าเท้าเพื่อผู้ป่วยเบาหวานเป็นที่ยอมรับในระดับประเทศ

ข้อเสนอแนะ : ๑. ระบบการดูแลผู้ป่วยของคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูงสัญญาณรพ.สต.สามารถนำไปพัฒนาและปรับใช้ได้อย่างเหมาะสมตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล ๒. นวัตกรรมแผ่นรองฝ่าเท้าเพื่อผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลสุรินทร์เป็นนวัตกรรมที่มีต้นทุนต่ำและมีประสิทธิภาพ รพ.สุรินทร์มีศักยภาพในการฝึกอบรมเพื่อการผลิตและจำหน่ายแก่หน่วยงานที่สนใจ

แผนการดำเนินงานในช่วงต่อไป : ๑. พัฒนาระบบข้อมูลผู้ป่วยเชื่อมโยงโรงพยาบาลและรพ.สต. ๒. พัฒนาระบบตรวจเท้าผู้ป่วยเบาหวานใน รพ.สต./รพช. ๓. พัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวานสู่ชุมชน ๔. ส่งเสริมบุคคลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพและหมู่บ้านต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ยั่งยืน ๕. พัฒนาโครงการคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูงสัญญาณรพ.สต.อย่างต่อเนื่อง

การพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

นางรักชนก จันตวาปี

นางสาวมณีกานต์ สวางษ์นาม

โรงพยาบาลศรีธาตุ อำเภอัครีธาตุน จังหวัดอุดรธานี

หลักการและเหตุผล

โรคเบาหวาน เป็นปัญหาสุขภาพที่ประชาชนไทยมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารที่ไม่เป็นประโยชน์ ขาดการออกกำลังกาย โดยที่ประชาชนจำนวนมากไม่รู้ตัวเองว่ามีความผิดปกติหรือเป็นโรคแล้ว และไม่ได้รับการวินิจฉัย และการรักษาที่เหมาะสม จะทราบก็ต่อเมื่อเกิดผลแทรกซ้อนขึ้นแล้ว ซึ่งอาจเกิดเสียชีวิตฉับพลัน หรืออาจเกิดภาวะพิการที่ไม่อาจแก้ไขได้ เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองตีบและแตก โรคไตวาย และตาบอด

ผู้ป่วยเบาหวาน เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่อำเภอัครีธาตุน จากสถิติที่ผ่านมาพบว่า มีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก ๑,๑๕๗ ในปี ๒๕๕๒ เป็น ๑,๕๕๙ คนในปี ๒๕๕๓ คิดเป็นอัตราชุกร้อยละ ๒.๕ ร้อยละ ๓.๔ ตามลำดับ นอกจากนี้ผลลัพธ์จากการให้บริการมีกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ตามเกณฑ์เป้าหมายถึง เท่ากับร้อยละ ๕๔.๗ และ ๕๔.๘ ในปี ๒๕๕๒ และ ปี ๒๕๕๓ ด้านการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง โดยพบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานเข้ารับการรักษาที่ด้วยภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ร้อยละ ๑๕.๔ และ ร้อยละ ๖.๘ ในปีงบประมาณ ๒๕๕๒, ปี ๒๕๕๓ ตามลำดับ และจากการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังพบ ภาวะแทรกซ้อนทางไต คิดเป็นร้อยละ ๒.๒ และร้อยละ ๑.๕ ภาวะแทรกซ้อนทางตา คิดเป็นร้อยละ ๑.๔ และ ร้อยละ ๑.๓ ในปี ๒๕๕๒, ปี ๒๕๕๓ ภาวะแทรกซ้อนทางเท้าคิดเป็นร้อยละ ๑.๒ ในปี ๒๕๕๓ พบอัตราการเสียชีวิตในปี ๒๕๕๒, ปี ๒๕๕๓ คิดเป็น ๒๒.๙๗ และ ๕๘.๒ ต่อแสนประชากร ซึ่งเป็นแนวโน้มสูงขึ้น

จากสภาพปัญหา นโยบายการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและโครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวงทรงห่วงใยประชาชน เพื่อถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสที่จะทรงเจริญพระชนมพรรษา ๘๔ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๔ โรงพยาบาลจึงได้กำหนดจุดเน้นในการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวมและครบวงจร โดยชุมชนมีส่วนร่วม เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวและชุมชนสามารถจัดการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมตามสภาวะของโรค รวมทั้งพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในเครือข่ายบริการสาธารณสุขอำเภอัครีธาตุน ให้สามารถดูแลผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานและมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้มีประสิทธิภาพ โดยเน้นการคัดกรองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม การเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้สามารถจัดการและบริการในรูปแบบการพัฒนาเครือข่ายการดูแลต่อเนื่อง โดยการมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและการดูแลในระดับครอบครัวและชุมชน

วิธีดำเนินงาน : ในการดำเนินงานใช้กรอบแนวคิดตาม Chronic care model ตามแนวทางการดำเนินงาน โครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวง (พ.ศ. ๒๕๕๔)

ระบบสุขภาพ

การออกแบบระบบบริการในโรงพยาบาลและเครือข่าย: ทีมบริหารระดับอำเภอกำหนดนโยบายพัฒนา มีการกำหนดกลยุทธ์และจัดทำแผนงานโครงการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในรูปแบบเครือข่ายการดูแลต่อเนื่องในระดับอำเภอ พร้อมทั้งกำหนดตัวชี้วัดติดตามผลการดำเนินงาน พัฒนาสมรรถนะพยาบาลเวชปฏิบัติในโรงพยาบาลและนักส่งเสริมสุขภาพครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เน้นการให้ข้อมูลและเสริมพลังในตัวผู้ป่วยและครอบครัว จัดกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ในโรงพยาบาล ในกลุ่มที่ควบคุมได้ ให้รักษาตามแผนการรักษาเดิมและส่งต่อผู้ป่วยที่ควบคุมได้ผลน้ำตาลดีให้พยาบาลเวชปฏิบัติ เตรียมผู้ป่วยสำหรับส่งกลับโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล พัฒนาระบบการให้การปรึกษา ส่งต่อข้อมูลและการดูแลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลและเครือข่ายโดยการใช้ช่องทาง web site โรงพยาบาล, email address และ web camera รวมทั้งระบบเอกสาร พัฒนาระบบการคืนข้อมูลในการส่งกลับและการดูแลต่อเนื่อง จัดตั้งศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (Continuity Of Care) รวมทั้งการวางแผนการจำหน่าย พัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยมีทีมที่ปรึกษาสาขาวิชาชีพจากโรงพยาบาลเข้าไปร่วมเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพด้านการรักษาพยาบาลในที่มีความซับซ้อนและเข้าถึงบริการลำบาก ตามบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตลอดจนการพัฒนา ศักยภาพของครอบครัว ชุมชน ให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

การสนับสนุนการจัดการตนเอง: โดยการจัดตั้งคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Diet Physical Activity Clinic : DPAC) เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทั้งรายบุคคล รายกลุ่มและในชุมชน

การสนับสนุนการตัดสินใจ: โดยจัดทำแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่าย

ระบบสารสนเทศทางคลินิก: โดยการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เช่น การสนับสนุน Net book พัฒนาระบบเวชระเบียน Online ที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ การออกเยี่ยมบ้านของทีมสหวิชาชีพร่วมกับเครือข่ายและการพัฒนาระบบการคืนข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลศรีธาตุกับ รพ.สต. เครือข่ายและชุมชน

ชุมชน

นโยบายและทรัพยากร: มีการประสานความร่วมมือในการขอสนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณในการดำเนินงาน การสนับสนุนชุมชนต้นแบบในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เช่น ต้นแบบการควบคุมอาหาร ชมรมการออกกำลังกาย ชมรมวงดนตรีพิณแคน เป็นต้น พัฒนาสมรรถนะของ อสม. ในการคัดกรองสุขภาพ การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่บ้านและชุมชน พัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในชุมชน สนับสนุนการสร้างนวัตกรรมในชุมชน

ผลการดำเนินงาน

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาในด้านการจัดการบริการในโรงพยาบาล พบว่า ประสิทธิภาพในการให้บริการที่ดีขึ้นในด้านการวางระบบและการประสานงานในเครือข่าย ส่งผลต่อการดูแลดีขึ้น โดยพบว่าอัตราการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๘๓.๔ ในปี ๒๕๕๓ เป็น ๙๐.๓ ในปี ๒๕๕๔

อัตราการป่วยด้วยเบาหวานรายใหม่ต่อประชากรกลุ่มเสี่ยง ลดลงจากร้อยละ ๒.๗ ในปี ๒๕๕๓ เป็นร้อยละ ๒.๔ ในปี ๒๕๕๔ ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยพบว่า อัตราความครอบคลุมการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนที่เท้า เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๔๘.๕ ในปี ๒๕๕๓ เป็นร้อยละ ๗๐.๙ ในปี ๒๕๕๔ ในด้านความครอบคลุมการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังทั้งทางไตเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๖๑.๘ ในปี ๒๕๕๓ เป็นร้อยละ ๖๘.๘๙ ในปี ๒๕๕๔ อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ได้รับเข้ารักษาในโรงพยาบาลลดลงจากร้อยละ ๖.๘ ในปี ๒๕๕๓ เป็นร้อยละ ๒.๕ ในปี ๒๕๕๓ (ข้อมูล ๙ เดือน) ส่วนด้านอัตราความสามารถการควบคุมน้ำตาลในเลือดลดลงจากร้อยละ ๔๖.๙ ในปี ๒๕๕๓ เป็นร้อยละ ๓๕.๘ ในปี ๒๕๕๔ โดยพบมากในกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนหลายอย่างร่วมกันซึ่งอาจเป็นไปได้ตามพยาธิสภาพของโรค ส่วนอัตราการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา ลดลงจากร้อยละ ๗๒ เป็นร้อยละ ๔๗.๖ ในปี ๒๕๕๔ เนื่องจากช่วงคัดกรองภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว เป็นช่วงเวลาเดียวกันกับการรณรงค์คัดกรองและผ่าตัดรักษาต้อเนื้อต้อกระจกที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องการหยอดตาเพื่อขยายรูม่านตาบ่อยครั้ง จึงส่งผลให้ความครอบคลุมการคัดกรองลดลง

ด้านการพัฒนาศักยภาพบุคคลในเครือข่าย ได้ส่งพยาบาลวิชาชีพเข้ารับการอบรมเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติครบทุกรพ.สต ร่วมกับการเรียนรู้ในเครือข่าย เพื่อรองรับการดูแลต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ทำให้สามารถส่งกลับผู้ป่วยเบาหวานเพื่อรับการดูแลที่สู รพ.สต.มากขึ้น เกิดต้นแบบในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เช่น ต้นแบบการควบคุมอาหาร ชมรมการออกกำลังกาย ชมรมวงดนตรีพินแคณ เป็นต้น

ส่วนการประสานความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานกับเครือข่ายเป็นอย่างดี เห็นได้จากการดำเนินโครงการผ่าตัดรักษาต้อกระจกต้อเนื้อโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนงบประมาณจำนวน ๓ ครั้ง ในปี ๒๕๕๔ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

สรุปและวิจารณ์

จากการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยรวมดีขึ้น แต่ยังคงมีประเด็นในการพัฒนาต่อเนื่องและให้เกิดเป็นวัฒนธรรมในการสร้างเสริมพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว

ข้อเสนอแนะ :

1. ควรขยายพื้นที่ชุมชนต้นแบบในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานให้ครอบคลุมทั้งพื้นที่ เน้นรูปแบบการเรียนรู้โดยให้กลุ่มผู้ป่วยที่ผ่านการพัฒนาทักษะการดูแลตนเองเป็นผู้นำกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในชุมชนอื่นๆ
2. การประสานความร่วมมือในองค์กรท้องถิ่นร่วมกำหนดและขับเคลื่อนนโยบายการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน

แผนการดำเนินงานในช่วงต่อไป

1. พัฒนาการให้ข้อมูลและเสริมพลัง ในกลุ่มเสี่ยง เพื่อป้องกันและยืดระยะเวลาการเกิดโรค
2. พัฒนาการเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในเครือข่าย โดยการใช้บริบทของพื้นที่เป็นฐานการเรียนรู้และพัฒนา
3. พัฒนาศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

เครือข่ายให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังอำเภอท่าอุเทน

นางสาวกรรณิกา ลองจ้านงค์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

นางวรรณภรณ์ กิติศรีวรรณพันธุ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลท่าอุเทน อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม

หลักการและเหตุผล

อำเภอท่าอุเทนเป็นอำเภอที่มีแนวชายแดนติดลำแม่น้ำโขงยาว ประมาณ 64 กิโลเมตร พื้นที่บางแห่งห่างไกลจากโรงพยาบาลชุมชนอำเภอท่าอุเทนต้องใช้ระยะเวลาในการเดินทางประมาณ 1 ชม. และบางพื้นที่ไม่มีรถโดยสารประจำทางเข้าถึงหมู่บ้านทำให้การเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยไม่สะดวก เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมารับบริการต่อเนื่องได้ ปัจจุบันโรงพยาบาลท่าอุเทนต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเบาหวาน 1,316 คน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 1,121 คน ส่วนมากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุและเปิดให้บริการที่โรงพยาบาลสัปดาห์ละ 1 วันทำให้มีผู้มารับบริการจำนวนมาก ประกอบกับอัตรากำลังแพทย์ไม่เพียงพอต่อการให้บริการ ทำให้เกิดปัญหาและข้อขัดแย้งในการให้บริการ

คปสอ.ท่าอุเทนได้เล็งเห็นปัญหาดังกล่าวจึงได้จัดประชุมทีมงานเพื่อปรับกลยุทธ์ในการให้บริการผู้ป่วย ให้ได้รับการบริการคัดกรอง ตรวจรักษา ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีคุณภาพและทั่วถึง โดยให้มีภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดูแลและให้บริการผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละราย
2. เพื่อพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้สามารถรองรับการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพื่อรับการดูแลต่อเนื่องที่หน่วยบริการปฐมภูมิ
3. เพื่อสร้างระบบการส่งต่อที่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลชุมชนให้ชัดเจน
4. เพื่อสนับสนุนทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงแก่หน่วยบริการปฐมภูมิให้เพียงพอและเหมาะสมกับการให้บริการ
5. เพื่อติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนไม่ให้เกิดความรุนแรง และเป็นพี่ปรึกษาแก่หน่วยบริการปฐมภูมิเมื่อเกิดปัญหาในการดำเนินงาน
6. เพื่อให้มีภาคีเครือข่ายร่วมดำเนินการดูแลผู้ป่วยในชุมชน

วิธีการดำเนินงาน

คปสอ.ท่าอุเทน ดำเนินงานให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังภายใต้ยุทธศาสตร์การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยคุกคามทางสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ และการจัดการสุขภาพชุมชนแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ของอำเภอท่าอุเทน ภายในปี พ.ศ. 2555 โรคที่เป็นปัญหาสำคัญของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลดลง ประชาชนมีวิถีชีวิตสุขภาพที่ยั่งยืนแบบมีส่วนร่วม ระบบบริการสุขภาพที่เข้มแข็ง คุณภาพการบริหารและการบริการเป็นเลิศภายใต้องค์กรแห่งการเรียนรู้ โดยดำเนินการดังนี้

1. เชิญผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้าร่วมประชุมเพื่อค้นหาปัญหาและแนวทางในการแก้ปัญหาในการดำเนินงาน
2. แต่งตั้งคณะกรรมการผู้รับผิดชอบในแต่ละพื้นที่
3. จัดประชุมวิชาการแก่เจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. เพื่อเพิ่มพูนทักษะในการปฏิบัติงาน
4. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และจัดทำแนวทางในการปฏิบัติงานพร้อมทั้งจัดตั้งทีมในการดำเนินงานทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล
5. ให้ความรู้และคัดกรองกลุ่มเสี่ยงตามแนวทางปฏิบัติ
6. จัดทำทะเบียนแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเพื่อส่งไปรักษาที่ รพ.สต. และสร้างช่องทางในการส่งต่อข้อมูลโดยใช้ระบบอินเทอร์เน็ต โทรศัพท์ และโทรสาร
7. จัดบริการในชุมชนโดย อปท. อสม. ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน

- การคัดกรอง จากการคัดกรองผู้รับบริการเป้าหมายทั้งหมด 22,330 ราย คัดกรองได้ 20,288 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.85 แบ่งเป็น กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน 4,509 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.19 เสี่ยงความดันโลหิตสูง 4,492 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.16 หลังจากให้ความรู้ 3๐ 2ส ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเป็นผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาเป็นโรคเบาหวาน 79 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.75 เป็นโรคความดันโลหิตสูง 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.42

- การตรวจโคเลสเตอรอลในกลุ่มเป้าหมาย 60 ปีขึ้นไป จำนวน 6,267 ราย ตรวจได้ 4,674 ราย คิดเป็นร้อยละ 74.58 จากการตรวจทั้งหมดเป็นกลุ่มปกติ 3,062 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.51 กลุ่มเสี่ยงปานกลาง 1,086 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.23 กลุ่มเสี่ยงสูง 532 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.38 กลุ่มปกติและเสี่ยงปานกลางให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3๐ 2ส นัดเจาะเลือดซ้ำอีก 6 เดือน กลุ่มเสี่ยงสูงนัดเจาะ lipid profile (อยู่ระหว่างดำเนินการ)

- การรักษาผู้ป่วยเบาหวาน 1,316 ราย ตรวจ HbA1C 983 ราย คิดเป็นร้อยละ 74.69 ผล HbA1C น้อยกว่า 7 จำนวน 219 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.64 ตรวจ LDL Cholesterol 983 ราย คิดเป็นร้อยละ 74.69 ผล LDL Cholesterol น้อยกว่า 100 mg% จำนวน 207 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.72 ตรวจไต 1,005 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.36 ผลค่า GFR น้อยกว่า 60 จำนวน 536 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.33 ตรวจตาจำนวน 737 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.00 พบผิดปกติ 16 ราย (ส่งพบจักษุแพทย์ที่ รพ.นครพนม) คิดเป็นร้อยละ 2.17 ตรวจเท้า 700 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.19 มีแผลที่เท้า 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.57 ตัดเท้า 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.28 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 1,121 ราย ตรวจไขมันในเลือด 758 ราย คิดเป็นร้อยละ 67.61 ผล LDL Cholesterol น้อยกว่า 100 mg% จำนวน 117 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.43 ตรวจไต 758 ราย คิดเป็นร้อยละ 67.61 ผลค่า GFR น้อยกว่า 60 จำนวน 388 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.18 ตรวจน้ำตาลในเลือด 758 ราย คิดเป็นร้อยละ 67.61 ผลน้ำตาลในเลือดมากกว่า 126 mg% 72 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.49 ป่วยเป็นเบาหวาน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.58

สรุปและวิจารณ์

โรคเรื้อรังในชุมชนโดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มในการเกิดโรคเพิ่มสูงมากขึ้นเรื่อยๆ และเป็นภัยเงียบที่ประชาชนขาดความตระหนักในการดูแลตนเองทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งเป็นภาระในการดูแล และต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงในการรักษา ดังนั้น การป้องกันเป็นสิ่งที่ดีที่สุดที่ควรสร้างความตระหนักแก่ประชาชนในพื้นที่โดยต้องอาศัยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานจึงจะสามารถสร้างความเข้มแข็งในการดำเนินงานป้องกันโรคแบบยั่งยืนตลอดไป

ข้อเสนอแนะ

ควรมีงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และมีแรงจูงใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน

แผนการดำเนินงานในช่วงต่อไป

มีการประสานงานกับ อปท. ในการดำเนินงานให้มากขึ้นในส่วนในพื้นที่ การฟื้นฟูความรู้และฝึกทักษะเป็นเรื่องที่ต้องดำเนินการต่อเนื่อง NCD Board จัดประชุมเพื่อทบทวนแนวทางในการดำเนินงาน และติดตามผลการดำเนินงานของทุกพื้นที่

โครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวง ทรงห่วงใยสุขภาพประชาชน โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

นายแพทย์สุพัฒน์ ชาติเพชร*,

กัณฑ์พิชชา ศรีทะลั้บ

โรงพยาบาลกมลาไสย อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ โทรศัพท์ 0-4389-9570

หลักการและเหตุผล : โรงพยาบาลกมลาไสยเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง ห่างจากจังหวัดกาฬสินธุ์ 13 กิโลเมตร รับผิดชอบพื้นที่อำเภอกมลาไสย-ฆ้องชัย ประชากรจำนวน 108,647 คน เบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของอำเภอกมลาไสย-ฆ้องชัย จากสถิติการให้บริการผู้ป่วยพบว่าโรคเบาหวานเป็นโรคที่มีจำนวนผู้ป่วยมารับบริการเป็นอันดับหนึ่งของโรงพยาบาลและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากข้อมูลพบว่า ปี 2551 – 2553 มีผู้ป่วย 3,012, 3,223 และ 3,196 คน ตามลำดับ และจากการวิเคราะห์ปัญหาในการดำเนินงานเบาหวาน พบว่า ผู้เป็นเบาหวานจำนวนมากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา นอกจากนั้นผู้เป็นเบาหวานจำนวนมากไม่มีความรู้ความเข้าใจและไม่เห็นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แพทย์มักไม่มีเวลาพูดคุยกับผู้ป่วยมากนักเนื่องจากผู้ป่วยมีปริมาณมากจึงเพียงพิจารณาจากค่าระดับน้ำตาล แล้วสั่งจ่ายยาเพิ่มหรือลดขนาดยาตามระดับน้ำตาลที่ตรวจวัดได้ในวันนั้น หากปัญหาต่างๆ เหล่านี้ยังไม่ได้รับการแก้ไขผลที่ตามมาคือผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่จะจบลงด้วยภาวะแทรกซ้อน หลังจากการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานแล้ว 15-10 ปี ดังนั้น โรงพยาบาลกมลาไสยจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาระบบบริการเบาหวานเพื่อป้องกันและควบคุมการเกิดโรคเบาหวานส่งผลให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ : 1. เพื่อพัฒนาระบบการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและระบบการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมความเสี่ยง แจ้งข่าวสารการเตือนภัยของโรคเรื้อรังในพื้นที่ และมีการจัดกิจกรรมเพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มเสี่ยงภาวะเบาหวาน 2. เพื่อพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานตามมาตรฐานลดภาวะแทรกซ้อนทั้งระยะสั้นและระยะยาว 3. เพิ่มคุณภาพในการให้บริการชุมชนและเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว ชุมชน 4. เพื่อพัฒนาระบบการเก็บรวบรวมข้อมูลที่สมบูรณ์และครบถ้วน

วิธีการดำเนินงาน : ปี 2548 โรงพยาบาลกมลาไสยได้งบประมาณสนับสนุนการวิจัยจากสำนักงานส่งเสริมวิชาการและปฏิบัติการระบบบริการสาธารณสุขในการศึกษาพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานอำเภอกมลาไสย ซึ่งถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบครบวงจรในปัจจุบัน เริ่มจากส่งทีมสหวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลและสถานีนอามัยเข้ารับอบรมพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลเทพารินทร์ การดำเนินงานเบาหวานจะเป็นการพัฒนาไปพร้อมๆ กันทั้งการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงและการพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิก การพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกเบาหวานช่วงแรก เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ประยุกต์มาจาก กิจกรรม 3 C ซึ่งได้แก่ **Class Club Camp** ของอาจารย์นายแพทย์เทพ หิมะทองคำ ที่เราเรียกสั้นๆ **4 CHD** ประกอบด้วย **Class** พัฒนารูปแบบการให้ความรู้และ สื่อการสอนให้ทันสมัย **Camp** จัดค่ายผู้ป่วยเบาหวาน **Club** จัดตั้งเครือข่ายดูแลผู้ป่วยเบาหวาน **Complication** จัดมาตรฐานในการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน

Home Health Care การติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน **Data** พัฒนารูปแบบการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้เก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างถูกต้อง สมบูรณ์ ครบถ้วน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ต่อมาปี 2551 ได้นำ **Chronic Care Model** มาใช้เป็นกรอบในการพัฒนาระบบบริการเบาหวาน มีการพัฒนาต้นแบบสถานบริการ ใกล้บ้านใกล้ใจ กระจายผู้ป่วยเบาหวานไปรับยาที่ ร.พ.สต.เพื่อลดปัญหาความแออัดในโรงพยาบาลโดยมีพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการครบทุก ร.พ.สต. ให้การดูแลรักษายึดตาม **CPG** พัฒนาระบบการส่งต่อโดยใช้สมุดประจำตัว และใบส่งตัวเป็นเครื่องมือในการติดต่อสื่อสาร รวมไปถึงกรณีเร่งด่วนทางโทรศัพท์ หรือ Skye ผ่านระบบ Internet Online แบบ Realtime รวมทั้งการบันทึกข้อมูลและการส่งต่อข้อมูลเพื่อเชื่อมโยงคุณภาพการบริการโดยโปรแกรม Surveillance, HosXp, JHCIS

ผลการดำเนินงาน : ทำให้เรามี CPG เป็นแนวทางการรักษา ทั้งการตรวจภาวะแทรกซ้อน ระบบการส่งต่อที่ชัดเจนทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและมั่นใจว่าจะได้รับบริการที่มีมาตรฐานเดียวกัน ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังได้นวัตกรรมใหม่ๆ ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานคือ ปี 2551 จัดตั้งคลินิกดูแลเท้า เพื่อให้บริการการตรวจเท้า รักษาแผล ขูดหนังหนา ตาปลา จัดหารองเท้าที่เหมาะสมในผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยง เท้าชา เท้าผิดรูป แผลที่เท้า ต่อมาปี 2552 ได้จัดตั้งห้องเรียนรู้เพื่อใช้ในการให้สุขศึกษาทั้งรายกลุ่ม รายบุคคล รวมถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ผู้ป่วย DM/HT รายใหม่ ฉีดยาเบาหวานรายใหม่ และผู้ที่นอนโรงพยาบาลด้วยภาวะฉุกเฉิน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นผู้ดำเนินการ รวมไปถึงเป็นศูนย์ข้อมูลโรคเรื้อรังระดับอำเภอ และจัดตั้งคลินิกไตวายเรื้อรังบริการทุกวันเสาร์ เพื่อชะลอการเสื่อมของไตในกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า Cr > 1.5 mg/dl ขึ้นไป ผลจากการดำเนินงานที่เราภาคภูมิใจ คือ ได้รับรางวัลการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน 2 ปีซ้อน ทั้งในระดับจังหวัดและระดับเขต 12 และรางวัล Terumo Diabetes Patient Care Team Award ปี 2553

สรุปและวิจารณ์ : การพัฒนางานเบาหวานต้องมีการพัฒนาทั้งบุคลากร ทีม และระบบ ไปพร้อมกันๆจึงจะประสบผลสำเร็จ รวมไปถึงการสนับสนุนจากผู้บริหารและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ข้อเสนอแนะ: การดำเนินงานเบาหวานให้ประสบผลสำเร็จต้องอาศัยการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน ทั้งครอบครัว ชุมชน สังคม เพื่อจะก้าวไปสู่การเป็นชุมชนเข้มแข็งในการป้องกันแก้ไขปัญหาโรคเบาหวานต่อไป

แผนการดำเนินงานช่วงต่อไป : 1. มุ่งมั่นพัฒนาเพื่อเป็นศูนย์กลางข้อมูลโรคเรื้อรังระดับอำเภอและระบบการส่งต่อข้อมูลที่มีคุณภาพ 2. มุ่งมั่นพัฒนาคลินิกโรคเรื้อรังให้เป็นศูนย์แลกเปลี่ยนเรียนรู้งานโรคเรื้อรังระดับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

คำสำคัญ: เบาหวาน, โรงพยาบาลกมลลาไสย ,โครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวง

* Corresponding author : นพ.สุพัฒน์ ธาตุเพชร / E-mail: meo499@hotmail.com

โครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวง เพื่อการบริการการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค
การคัดกรองโรค การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เน้นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง
โรงพยาบาลไพรบึง อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ

นายแพทย์สุขเกษม เรืองนุช*

นางศศิธร แก้วหล่อ

โรงพยาบาลไพรบึง อ.ไพรบึง จ.ศรีสะเกษ

จากภาวะของการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ในเขตพื้นที่ อ.ไพรบึง เพิ่มมากขึ้น โดยในปี 2550 อ.ไพรบึง มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 545 และ 598 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ในปี 2554 มีอัตราป่วยของโรคเบาหวานและอัตราป่วยของโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 577 และ 697 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และเนื่องในโอกาสที่จะทรงเจริญพระชนมพรรษา ๘๔ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๔ เพื่อเทิดพระเกียรติและระลึกในพระมหากรุณาธิคุณของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ที่ทรงห่วงใยในสุขภาพของพสกนิกรชาวไทยมาโดยตลอด จึงได้จัดดำเนินการโครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวง เพื่อการบริการ การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค การคัดกรอง การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะเบาหวานและความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์ เพื่อคัดกรองสุขภาพประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 90 และเพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมในการดูแลกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และกลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน

วิธีดำเนินการ

- กำหนดให้นโยบายเรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นนโยบายหลักในการดำเนินงานของโรงพยาบาลและจัดตั้งคณะกรรมการโดยมีภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนใน อ. ไพรบึง มีส่วนร่วมในการดำเนินงานของโครงการ
- การจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เพื่อกำหนดแนวทางในการดำเนินกิจกรรมให้ครอบคลุมทุกมิติ โดยมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และจัดทำแผนงานโครงการเพื่อให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ ที่ตั้งไว้ของงานโรคไม่ติดต่อ
- การจัดทำแนวทางการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโดย จัดทำทะเบียนบุคคลที่อยู่จริงในพื้นที่ และการสำรวจความคิดเห็นของผู้รับบริการทั้งในสถานพยาบาลและในชุมชน
- จัดประชุมคณะกรรมการอย่างต่อเนื่องเพื่อติดตามตัวชี้วัด และ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเครือข่าย และ ให้ทุนในการดำเนินงานวิจัย หรือการพัฒนานวัตกรรมแก่เจ้าหน้าที่
- ส่งเสริมให้ผู้รับผิดชอบงานให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาตนเอง โดยการจัดศึกษาดูงาน และส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ได้เป็นต้นแบบในเรื่องของการดูแลสุขภาพเป็นต้นแบบที่ดี
- จัดคลินิกบริการให้เป็นไปตามมาตรฐานของการดูแลครอบคลุมทุกกลุ่มโดยการแบ่งกลุ่มออกเป็นกลุ่มผู้ที่มีสุขภาพดี จากการคัดกรองและการสำรวจ เป็นกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยและแบ่งกลุ่มผู้ป่วยออกโดยใช้สัญลักษณ์สี เป็น 3 ย่อยคือ กลุ่มไม่เรื้อรัง(สีเขียว) เรื้อรังปานกลาง(สีเหลือง) และกลุ่มเรื้อรัง (สีแดง)

ด้านการให้บริการมีกระบวนการจัดกิจกรรมทั้งในคลินิกและในชุมชน ครอบคลุมทุกด้านกล่าวคือ มีกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในกลุ่มเสี่ยง ผ่านกระบวนการของคลินิกไร้พุง (DPAC) การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ทางตา, ไต, เท้าและขาในผู้ป่วย และจัดทำระบบการส่งต่อผ่านระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ต

ผลการดำเนินงาน

- ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูงร้อยละ 91
- ร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อเบาหวานป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 3.4
- ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ ร้อยละ 46.5
- ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ร้อยละ 71.6
- อัตราเพิ่มผู้ป่วยในด้วยโรคเบาหวานลดลง ร้อยละ 2.53
- อัตราเพิ่มผู้ป่วยในด้วยความดันโลหิตสูงลดลง ร้อยละ 2.25
- ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนตามเกณฑ์อย่างน้อยปีละครั้ง ทางไตคัดกรองร้อยละ 90.7, ทางตา ร้อยละ 89 และทางเท้าและขา ร้อยละ 92
- นวัตกรรม "คู่มือยาเล่มนี้มีคำตอบ" เพื่อใช้ในการอธิบายการกินยา อาการข้างเคียงของยา ที่เข้าใจง่ายให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

สรุปและวิจารณ์ จากข้อมูลตัวชี้วัด แสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลโพธิ์พิ่ง มีความสามารถในการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับดีและดีเลิศ

ข้อเสนอแนะ การดำเนินงานควรได้รับการสนับสนุนจากกับภาคีเครือข่าย เช่น การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการคัดกรองของ อสม. ในชุมชน หรือการสนับสนุนในเรื่องความสะดวกของผู้ป่วยเพื่อมารับบริการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งภาครัฐต้องมีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเกิดความตระหนักในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและเข้าถึง

แผนการดำเนินงานต่อไป โรงพยาบาลโพธิ์พิ่งได้วางแผนให้มีการบริการที่เน้นการเข้าถึงผู้รับบริการในชุมชนให้มากขึ้น โดยเฉพาะการคัดกรอง รวมทั้งกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนต้องได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพโดยจะดำเนินการในลักษณะเครือข่ายการดูแล เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยและประหยัดงบประมาณในการบริหารจัดการ

การพัฒนาระบบบริการ การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน แบบ One stop service เชื่อมโยงสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเสิงสาง

Development of Diabetes care One stop service to connect Hospital Health Care District.

Soeng sang's Health service

นางเยาวรักษ์ ทะนาไธสง* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ,
นางสาววรัญญ์กานต์ ภาแก้ว* พยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลเสิงสาง อำเภอเสิงสาง จังหวัดนครราชสีมา

หลักการและเหตุผล

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของโลกรวมทั้งประเทศไทย จากปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่มีมากขึ้น จำนวนผู้ป่วยเบาหวานของโลกในปี 2007 มีมากถึง 246 ล้านคน หรือเกือบร้อยละ 6 ของประชากรวัยผู้ใหญ่ ส่วนประเทศไทยพบผู้ป่วยเบาหวานประมาณ 4.3 ล้านคน หรือร้อยละ 6.9 ของประชากร ในการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 เรื่องเบาหวานใน พ.ศ. 2547 สำหรับ อำเภอเสิงสาง จังหวัดนครราชสีมา โรคเบาหวานจัดเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่เป็นภัยต่อสุขภาพที่สำคัญของประชาชนเช่นเดียวกัน จากสถิติการมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก พบว่า โรคเบาหวานเป็นโรคที่มีจำนวนผู้มารับบริการ เป็นอันดับต้นๆอันดับ 1-5 ของการมารับบริการและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปีงบประมาณ 2551, 2552, 2553 มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 1078, 1187, 1270 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 4.9, 5.3 และ 5.8 ของประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในขั้นตอนการมารับแต่ละครั้งผู้ป่วยต้องมารับบริการร่วมกับผู้ป่วยทั่วไปที่แผนกผู้ป่วยนอก ระยะเวลาการมารับบริการแต่ละครั้งนานเฉลี่ย 8-10 ชั่วโมง อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ ในปี 2552 ร้อยละ 77.04 ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมคุณภาพในคลินิกบริการ ได้แก่ อาหารแลกเปลี่ยน, ตรวจเท้า, ออกกำลังกาย, สอนเรื่องการชั่งยา การได้รับคำแนะนำที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพตามปัญหา การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปี, การเข้ากิจกรรม Self help group ไม่ได้มาตรฐาน และการดำเนินงานคลินิกเบาหวานให้บริการเฉพาะที่โรงพยาบาลแม่ข่ายคือโรงพยาบาลเสิงสางเท่านั้น ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา เช่น อัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้ดี ≥ 70 mg% - ≤ 130 mg% ในปี 2551 และปี 2552 ร้อยละ 39.8 และ 45.21 ตามลำดับ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในปี 25521 และปี 2552 ด้วยภาวะ Hypoglycemia ร้อยละ 2.43 และ 1.82 ตามลำดับ และภาวะ Hyperglycemia ร้อยละ 2.08 และ 2.54 ตามลำดับ

วัตถุประสงค์ : 1) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ได้มาตรฐานแบบ One stop service 2.) เพื่อให้เพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติในคลินิกเบาหวาน 3.) เพื่อเพิ่มการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 4.) เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน

วิธีการดำเนินงาน : ทีมบริหารกำหนดนโยบายจากการ SWOT analysis โดยกำหนดให้เป็นนโยบายและพันธะกิจสำคัญของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเสิงสาง, โรงพยาบาลเสิงสาง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทุกแห่ง จากนั้นจัดตั้งทีมงานที่รับผิดชอบระดับอำเภอลงสู่ระดับหน่วยบริการทุกระดับ มอบหมายภารกิจ

หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องจัดทำแผนพัฒนางานที่สอดคล้องกับภารกิจหลักของตนเอง โดยใช้ข้อมูลปัญหาสุขภาพ ที่มีอยู่ คลินิกโรคเรื้อรังในฐานะผู้ประสานงานหลักด้านพัฒนาคลินิกบริการ ได้นำปัญหาการบริการเสนอต่อ ทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลเสิงสาง กำหนดให้มีทีมที่ดูแลเบาหวานความดันโลหิตสูงเฉพาะ จากการ ทบทวนพบว่าโรงพยาบาลเสิงสาง ควรมีคลินิกบริการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงแยกออกจากแผนก ผู้ป่วยนอก จึงได้นำเสนอปัญหาต่อทีมบริหาร และกำหนดกรอบแนวคิดของกิจกรรมบริการมาตรฐานแบบ One stop service ซึ่งแยกเป็นผู้ป่วยรายใหม่ ประกอบด้วย การทำ Discharge plan เรื่องโรค โดยแพทย์, พยาบาล, การแนะนำอาหารแลกเปลี่ยน โดยนักโภชนาการ, การประเมินเท้าอย่างคร่าวๆ โดยนักกายภาพหรือ พยาบาล ออกสมุดเบาหวาน แนะนำเรื่องการใช้ยาโดย เภสัชกร นัดหมายการรับบริการ แล้วรับยากลับบ้าน ส่วนผู้ป่วยรายเก่ากิจกรรม ประกอบด้วย การลงทะเบียน, การตรวจ FBG, การบริการอาหาร, การซักประวัติ คัดกรอง, การคัดกรองภาวะซีมีเคร้า, การตรวจภาวะแทรกซ้อนตา, ไต, เท้า, หลอดเลือด, ตรวจฟันการออก กำลังกาย, อาหารแลกเปลี่ยน, ให้ความรู้ทั่วไปตามปัญหา, ตรวจรักษา, ให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยา นัดหมาย การรับบริการ จากทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง โดยพัฒนาคลินิกบริการบนโรงพยาบาลเสิงสางก่อน จากนั้น นำเสนอข้อมูลผลการดำเนินงานและปัญหาต่อเนืองให้ผู้บริหารทุกระดับได้รับทราบ ดำเนินการรับบริจาคสร้าง ตึกใหม่ และขยายคลินิกบริการลงสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแบบใกล้บ้านใกล้ใจ ผู้บริหารได้สนับสนุน โครงการโดยส่งพยาบาลวิชาชีพลงสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง จำนวน 9 แห่ง และให้พยาบาล วิชาชีพทุกคนทยอยไปอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติจนครบ และได้ค่อยๆ กระจายคลินิกเบาหวานลงสู่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีความพร้อมก่อน และแต่งตั้งสหสาขาวิชาชีพที่ไม่มีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เช่น แพทย์ เภสัชกร โภชนาการ นักกายภาพ ทันตภิบาล และพยาบาลวิชาชีพจากคลินิกโรคเรื้อรังบน โรงพยาบาลเพิ่มเติมให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยแบ่งความรับผิดชอบเป็นรพ.สต. และใช้ ลักษณะ Mobile clinic ร่วมกับเจ้าหน้าที่อื่นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเองทั้งหมด จำนวน 5 แห่ง กำหนดตารางบริการเป็นรายปี เดือนละ 1 ครั้ง โดยใช้ CPG เดียวกันที่อ้างอิงแนวทางเวชปฏิบัติเบาหวานปี 2551 มี ระบบ Consult แพทย์ ทางโทรศัพท์และโดยตรง กำหนดเกณฑ์ส่งต่อผู้ป่วย ทั้งไปและกลับจาก โรงพยาบาลเสิงสางสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แบบ one stop service โดยไม่ปะปนกับผู้ป่วยทั่วไป กิจกรรมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่สามารถดำเนินการได้เอง เช่น ตรวจเลือดประจำปี, ตรวจตา กำหนดตารางรณรงค์ร่วมกัน และงานคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลเสิงสางจะเป็นผู้ประสานงานหลักในการ พัฒนาด้านคลินิกบริการ, พัฒนาบุคลากรและเป็นศูนย์ข้อมูลรวมของเครือข่ายบริการสุขภาพของอำเภอเสิงสาง ทบทวนการดำเนินงานร่วมกันเป็นระยะ จัดทำแผนปฏิบัติงานโรคเรื้อรังระดับเครือข่ายบริการ เพื่อให้หน่วย บริการทำแผนปฏิบัติการต่อเนืองในหน่วยบริการ

ผลการดำเนินงาน : สามารถพัฒนาคลินิกบริการให้ได้มาตรฐานในโรงพยาบาลเสิงสางและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง รวม 6 แห่ง, ลดระยะเวลาการรอคอยการรับบริการเหลือ 3-4 ชม. ต่อการรับบริการในแต่ละ ครั้ง ในปี 2554, อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวานและญาติเพิ่มในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลเสิงสาง ในปี 2553 และ 2554 เพิ่มเป็นร้อยละ 86 และร้อยละ 92 ตามลำดับ, ผลการควบคุมระดับน้ำตาลใน เลือดได้ดี ≥ 70 mg% - ≤ 130 mg% ในปี 2553 และ 2554 ร้อยละ 49.86 และ 51.91 ตามลำดับ และผล HbA1c < 7 % ในปี 2553 และ 2554 เพิ่มเป็นร้อยละ 38.2 และ 46.5 ตามลำดับ และอัตราการเกิด

ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ในปี 2553 และ 2554 ภาวะHypoglycemia ร้อยละ 2.78 และ 2.5 ตามลำดับ, ภาวะ Hyperglycemia ร้อยละ 1.72 และ 1.07 ตามลำดับ

สรุปและวิจารณ์ : จากข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเสิงสาง พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นหญิงมากกว่าชายอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป ระยะเวลาเกิดโรคนานกว่า 7 ปีขึ้นไป มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 24.9 กก./ม.^2 และมีโรคร่วมคือความดันโลหิตสูง สืบเนื่องจากคนที่มีน้ำหนักเกิน ร่างกายจะมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน ทำให้ร่างกายไม่สามารถพาน้ำตาลเข้าไปในเนื้อเยื่อได้ดีเช่นเดิม และเนื่องจากการดำเนินงานในที่ผ่านมา - ปี 2551 นั้น ยังไม่ได้แยกคลินิกบริการ และยังไม่ได้นำแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน มาใช้อย่างชัดเจนทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการตรวจ HbA1c ตามเกณฑ์ โดยถูกสุ่มเลือกตรวจ และพบว่า ผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีในปี 2553 และ ปี 2554 สูงกว่าผลของ HbA1c < 7 % เนื่องมาจากค่าน้ำตาลหลังอดอาหารบ่งบอกถึงระดับน้ำตาลขณะตรวจเลือดขณะที่ตรวจเท่านั้น แต่ค่า HbA1c จะบ่งชี้ถึงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระยะ 1-3 เดือนที่ผ่านมา ดังนั้น ในการประเมินการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจึงควรตรวจ HbA1c เป็นระยะให้ครอบคลุมผู้ป่วย และกิจกรรมการดำเนินงานในคลินิกเองต้องสามารถสร้างให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้เป็นปกติในชีวิตประจำวัน และจะส่งผลให้ให้อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันลดลง ด้วยการดำเนินงานเบาหวานและความดันโลหิตสูงต้องได้มาตรฐานที่ต้องดำเนินการไปด้วยกันเพราะเป็นโรคร่วมที่มักพบร่วมกันถ้าควบคุมไม่ได้ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ง่าย และ ในการดำเนินงานแต่ละปียังพบว่าผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนและต่อเนื่อง ในส่วนของกิจกรรมการดำเนินงานตามโครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวงทรงห่วงใยสุขภาพประชาชน ในส่วนของการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรค ควรดำเนินงานลือไปในทิศทางเดียวกัน

ข้อเสนอแนะ : ควรมีการดำเนินงานที่ต่อเนื่องในชุมชน โดยให้ผู้ป่วยและญาติร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน กำหนดบทบาทหน้าที่ และมีส่วนร่วมในการดูแลทั้งผู้ป่วยและยังไม่ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยงและให้มีกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหมู่บ้านและชุมชนอย่างต่อเนื่อง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งในส่วนของงานชุมชนและคลินิกบริการควรนำเสนอข้อมูลสถานะสุขภาพที่เชื่อมโยงในส่วนของกลุ่มเสี่ยง, กลุ่มป่วยให้กับท้องถิ่นเป็นระยะ เพื่อให้ท้องถิ่นเห็นความสำคัญในการอนุมัติงบประมาณ

แผนการดำเนินงานในช่วงต่อไป : พัฒนารูปแบบคลินิกบริการแบบ DPAC ให้ได้มาตรฐานครอบคลุมทั้งผู้ที่ไม่มีความเสี่ยง, ผู้ที่มีความเสี่ยงในด้านตา, ไต, เท้า ในระยะต่างๆ ที่เหมาะสม, ดำเนินการจัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในชุมชนเพื่อให้มีบทบาททั้งเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยง ดูแลกลุ่มป่วย เพื่อให้เกิดความยั่งยืนต่อเนื่องลดภาระงานในบางส่วนของบุคลากรสาธารณสุข ที่มีบุคลากรอย่างจำกัด

การพัฒนาการดำเนินงานเบาหวาน - ความดันโลหิตสูงในสถานบริการสุขภาพ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล
ภายใต้โครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวงทรงห่วงใยประชาชนฯ

รุ่งนภา ส่วยหนู*, ไบศรี หนูดา

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนม่วงบ้านโนนสงวน

หมู่ที่ ๔ ตำบลโนนม่วง อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู

หลักการและเหตุผล

โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาของพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนม่วงบ้านโนนสงวน การดำเนินงานในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในพื้นที่ระหว่างปี ๒๕๔๙- ๒๕๕๓ อัตราป่วยต่อแสนประชากร เท่ากับ ๑๙๒๙.๕๔, ๒๒๙๖, ๒๔๕๖.๗๖, ๒๔๘๖.๗๒ และ ๒๖๐๘.๕๖ ตามลำดับ ตรวจคัดกรองเบื้องต้นพบกลุ่มเสี่ยงระหว่างปี ๒๕๔๙-๒๕๕๓ คิดเป็นร้อยละ ๑.๓๓, ๑.๓๑, ๑.๒๙, ๑.๒๗ และ ๐.๘๓ ตามลำดับ ซึ่งพบว่า กลุ่มเสี่ยงต่อภาวะเบาหวาน และความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จึงได้จัดทำแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของกลุ่มเสี่ยงตั้งแต่ปี ๒๕๕๙ ซึ่งได้รับการมีส่วนร่วมดำเนินการจากครอบครัวกลุ่มเสี่ยง ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียน ผู้นำชุมชน และกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ ด้วยกลวิธีหลากหลายก็ยังไม่ทำให้ผลลัพธ์บรรลุผลเท่าที่ควรเนื่องจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพซึ่งใช้งบประมาณในการดำเนินการค่อนข้างสูง ประกอบกับอาศัยที่วิทยากรจำนวนมาก ดังนั้น ในแต่ละปีจึงพบว่ากลุ่มเสี่ยงไม่ได้รับการจัดการอย่างครอบคลุม และพบว่าผู้ที่อยู่กลุ่มปกติขาดการส่งเสริมสุขภาพที่ชัดเจน, ไม่ต่อเนื่อง พบว่า จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเกิดความแออัดในการรับบริการในสถานบริการ การปฏิบัติเน้นไปที่ปริมาณงานที่ไม่เน้นคุณภาพงาน เจ้าหน้าที่ขาดการสื่อสาร ถ่ายทอดข้อมูลที่จะเรียนรู้ร่วมกันงานกระจุกเป็นภาระอยู่กับเจ้าของงานเพียงคนขาดการบูรณาการกับงานอื่นๆ ไม่ได้นำเทคโนโลยีมาพัฒนา และสังเคราะห์ ข้อมูลอันจะนำไปสู่การศึกษาความต้องการของผู้รับบริการเน้นงานเชิงรับมากกว่าเชิงรุก

วัตถุประสงค์

ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้องเหมาะสม โดยมีจุดประสงค์ ๑.) เพื่อให้กลุ่มปกติได้รับการประเมินและคัดกรองค้นหาความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ๒.) เพื่อดูแล ควบคุม ป้องกันความเสี่ยงในกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้อัตราการป่วยเพิ่มลดลง ๓.) เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วย

วิธีดำเนินงาน

องค์ประกอบที่ ๑ การนำองค์กร ได้กำหนดทิศทางเป้าหมายองค์กรให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน บุคลากรในองค์กรทุกคนเข้าใจรับรู้และนำไปปฏิบัติให้เป็นแนวทางเดียวกันโดยมีมาตรฐานที่ชัดเจน

องค์ประกอบที่ ๒ การวางแผนเชิงกลยุทธ์ กำหนดกลยุทธ์ขององค์กรที่ชัดเจนร่วมกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายด้วยกันถ่ายทอดตัวชี้วัดจากนโยบายสู่การปฏิบัติมีเจ้าภาพงาน เจ้าของหมู่บ้าน เจ้าของกลุ่มเป้าหมาย โดยสื่อสารข้อมูลกลุ่มเป้าหมายซึ่งกันและกันในวาระการประชุมของหน่วยงานองค์กร

องค์ประกอบที่ ๓ การให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมาย ผู้รับบริการชุมชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่มโดยเน้นการคัดกรองในกลุ่มปกติ การเฝ้าระวังและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยง ให้การดูแลกลุ่มผู้ป่วยแบบองค์รวม ที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานบริการ สะท้อนข้อมูลเพื่อคืนให้กับชุมชน

องค์ประกอบที่ ๔ การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสารสนเทศ โดยใช้เทคโนโลยีในการวิเคราะห์ข้อมูล การเก็บข้อมูลเชิงลึก จากการทำงานเชิงรุกในชุมชน

องค์ประกอบที่ ๕ การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล จัดระบบงาน พัฒนา สร้างแรงจูงใจ ส่งเสริมให้มีเจ้าหน้าที่เป็นต้นแบบด้านสุขภาพ มีค่าตอบแทนจากการปฏิบัติงานในพื้นที่ คัดเลือกบุคคลต้นแบบที่ลดความเสี่ยงผู้ป่วยเบาหวานตัวอย่าง

องค์ประกอบที่ ๖ ระบบบริการ มีการดำเนินงาน ๒ ส่วนคือ

๑. การพัฒนาระบบงานใน รพสต. ปรับเปลี่ยนและพัฒนางานให้ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และกลุ่มหรือองค์กรผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย สร้างความร่วมมือ สะท้อนข้อมูลเพื่อนำไปสู่นโยบายและแผน

๒. กระบวนการสร้างคุณค่า ตั้งแต่การจัดการบริการเชิงรับ ได้แก่ การตรวจคัดกรอง คลินิกให้คำปรึกษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และจัดกิจกรรมเชิงรุก ได้แก่ การจัดการบริการคลินิกเบาหวานในชุมชน “คลินิกเบาหวาน ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” เห็นปรากฏการณ์ที่เป็นความเสี่ยงเร็วขึ้น ในส่วนของชุมชนจัดเป็นแหล่งเรียนรู้ นำไปสู่การสร้างสุขภาพ เช่น การปลูกผักกินเอง การดูแลตนเองตามวิถีพุทธ

ผลการดำเนินงาน ผลลัพธ์การดำเนินงานพบว่า ประชาชน ๑๕ ปีขึ้นไป เพศชายมีรอบเอวน้อยกว่า ๙๐ เซนติเมตรคิดเป็นร้อยละ ๘๗.๕๑ และเพศหญิงมีรอบเอวน้อยกว่า ๘๐ เซนติเมตรคิดเป็นร้อยละ ๗๕.๕๓ ประชาชน ๓๕ ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเบาหวานคิดเป็นร้อยละ ๙๒.๗๘ ประชาชน ๓๕ ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ ๙๕.๗๘ ประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อเบาหวานป่วยเป็นโรคเบาหวานรายใหม่ คิดเป็นร้อยละ ๑.๑๓ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ คิดเป็นร้อยละ ๕๐.๓๙ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ คิดเป็นร้อยละ ๕๘.๗๒ ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการคัดกรอง/ส่งต่อเพื่อคัดกรองภาวะแทรกซ้อน คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงสามารถเป็นพี่เลี้ยงให้คำแนะนำกลุ่มเสี่ยงได้ กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งหมด ๕ รุ่น จำนวน ๑๕๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๒.๒๕ ของกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด สามารถเป็นพี่เลี้ยงให้คำแนะนำกลุ่มปกติได้ และประชากรกลุ่มเป้าหมาย (ปกติ/เสี่ยง/ป่วย) ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่ประจำหมู่บ้านคิดเป็นร้อยละ ๙๐.๑๐ เกิดนวัตกรรม ชุมชนเรียนรู้หมู่บ้านต้นแบบเบาหวาน คลินิกเบาหวานในชุมชน คู่มือเบาหวาน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้กระบวนการสุนทรียสนทนา จนมีหน่วยงานองค์กรมาศึกษาเรียนรู้มากมายทั้งในระดับอำเภอ จังหวัด ต่างจังหวัด องค์กรที่เกี่ยวข้อง

สรุปและวิจารณ์

หลังจากที่ได้ดำเนินการโดยนำกระบวนการเกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Award) มาใช้แล้วพบว่าการทำงานเป็นระบบ วัตถุประสงค์การดำเนินงานได้จึงควรมีการวิเคราะห์ทั้งกระบวนการ

ข้อเสนอแนะ ให้ความสำคัญกับความต้องการผู้รับบริการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นที่ตั้ง
แผนการดำเนินงานในช่วงต่อไป

- ๑.) วิเคราะห์ ประเมิน ทบทวน ถอดบทเรียนอย่างต่อเนื่องทั้งในองค์กรกลุ่มเป้าหมายและชุมชน
- ๒.) ส่งเสริมประชาชนให้มีการดำเนินชีวิตแบบสุขภาพพอเพียง ตามแนวพระราชดำริเศรษฐกิจพอเพียง พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว

*Corresponding author: รุ่งนภา สุ่มหนู / E-mail: joyjo_213@yahoo.com

รพ.สต.บ้านสุขเกษม รวมพลัง ลดเสียง ลดโรค สู่สุขภาพดีตามวิถีชุมชน ภายใต้โครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวง ทรงห่วงใยสุขภาพประชาชน

ดร.ณิ จันทรังสี*, เทวฤทธิ์ คีตวงพันธ์

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสุขเกษม

ตำบลไฮหย่อง อำเภอฟังโคน จังหวัดสกลนคร

หลักการและเหตุผล : จากการวิเคราะห์ปัญหาสาธารณสุขในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสุขเกษม พบว่า ปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสมของประชาชน และสภาพสังคม วัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไป จากเดิมที่เคยบริโภคอาหารที่ทำเองก็เปลี่ยนเป็นซื้ออาหารสำเร็จรูป ตลอดจนสภาพพื้นที่ที่มีการประกอบอาชีพเกษตรกรรม ส่งผลต่อการบริโภค จนทำให้เกิดโรคต่างๆ ตามมา เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งจัดเป็นโรคไม่ติดต่อกลุ่มโรคเรื้อรังที่กำลังเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขของประเทศไทย จากข้อมูลและการศึกษาปัจจุบัน พบว่ามีผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และอื่นๆ เป็นผลมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมรับประทานอาหารประเภทที่มีสาเหตุทำให้เกิดโรครดังกล่าวได้เร็วขึ้น เช่น อาหารรสเค็มจัด อาหารหวานจัด อาหารที่มีไขมันมาก ตลอดจนขาดการดูแลสุขภาพของตนเองในเรื่องการออกกำลังกาย ซึ่งสถานการณ์โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสุขเกษม ปี 2553 พบว่า ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน ร้อยละ 67.81 ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 63.72 พบกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ร้อยละ 1.54 เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 1.95 มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 135 คน ความชุกร้อยละ 1.72 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 111 คน ความชุกร้อยละ 1.42 นับได้ว่าการตรวจคัดกรองเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง ทำให้สามารถค้นพบกลุ่มเสี่ยง และผู้ป่วยได้รวดเร็วยิ่งขึ้น ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการรักษาที่ดี ลดอัตราการเกิดผู้ป่วยรายใหม่ และลดอัตราการตายจากภาวะแทรกซ้อนได้ ดังนั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสุขเกษม จึงได้ดำเนินการตามนโยบายภายใต้โครงการ สนองน้ำพระราชหฤทัย ในหลวงทรงห่วงใยสุขภาพประชาชน

วัตถุประสงค์ : 1. เพื่อส่งเสริมสุขภาพประชาชนทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยตามนโยบายโครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวง ทรงห่วงใยสุขภาพประชาชน 2. เพื่อคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป 3. เพื่อพัฒนาและเพิ่มศักยภาพ งานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค พิ้นฟูสุขภาพ และรักษาพยาบาล โดยประชาชนและภาคีเครือข่ายสุขภาพมีส่วนร่วม 4. เพื่อบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นสู่การพัฒนาทางด้านสาธารณสุข 5. เพื่อลดปัญหาความรุนแรงของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

วิธีการดำเนินงาน : 1. แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานทั้งในระดับตำบลและในระดับหมู่บ้านพร้อมกำหนดนโยบายการดำเนินงาน และบทบาทหน้าที่ ที่มุ่งต่อการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การคัดกรอง และการดูแลผู้ป่วยไม่ติดต่อโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสุขเกษม 2. ออกตรวจคัดกรองสุขภาพเชิงรุกในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป พร้อมจัดทำทะเบียน กลุ่มปกติ กลุ่มป่วย กลุ่มเสี่ยง เพื่อดำเนินการแก้ไข และส่งเสริมสุขภาพให้เหมาะสมกับแต่ละกลุ่ม 3. ร่วมประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาสุขภาพกับภาคีเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ 4. สรุปวิเคราะห์และประเมินผลการดำเนินงานเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในหมู่บ้าน

ผลการดำเนินงาน : 1.คัดกรองประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 93.3 พบกลุ่มปกติ ร้อยละ 72.8 พบกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 20.9 พบกลุ่มสงสัยป่วยรายใหม่ ร้อยละ 3.37 ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง ร้อยละ 92.9 พบกลุ่มปกติร้อยละ 96.4 พบกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 1.5 พบกลุ่มสงสัยป่วยรายใหม่ ร้อยละ 8.9 2.เกิดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้หลักสุขบัญญัติ 10 ประการ สำหรับกลุ่มเสี่ยงชั้น ค่ายที่ 1 จัดขึ้นในเดือน มีนาคม 2554 หลักสูตร 5 วัน 4 คีน มีผู้ผ่านการอบรม 57 คน เมื่อเสร็จสิ้นการอบรมแล้ว กลายมาเป็นต้นแบบด้านสุขภาพและผู้นำด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขออกติดตามทุก 3 เดือน มีการวัดผลประเมินผลก่อนและหลังการอบรม โดยการทดสอบสมรรถภาพทางกาย น้ำหนัก รอบเอว ความดันโลหิต และค่าระดับน้ำตาลในเลือด หลังจากนั้นจะจัดอีกเป็นค่ายที่ 2 ในเดือนกันยายน 2554 3.เกิดคลินิกลดความอ้วนสำเร็จ มีการบันทึกสถิติในแต่ละครั้งเพื่อประเมินผล 4.เกิดคลินิกผู้กล้าเลิกบุหรี่ปัจจุบันเลิกสำเร็จไปแล้วจำนวน 8 ราย 5.เกิดโครงการวิ่งทดสอบสมรรถภาพเชิงสร้างสรรค์ 2.4 กิโลเมตร มีทั้งในระดับหมู่บ้าน เดือนละครั้ง ระดับตำบล 3 เดือน/ครั้ง มีการบันทึกสถิติ และแสดงตารางทดสอบความฟิต เมื่อเข้าเส้นชัยแล้ว 6.เกิดหมู่บ้านต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดเสียง ลดโรค 7.มีการ บูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่น หมอลำ ชาวบ้าน ทั้งผู้ประพันธ์ และหมอลำ เป็นบุคคลที่อยู่ในพื้นที่ และเป็นบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพ เนื้อหากลอนลำเกี่ยวกับการรับประทานผักปลอดสารพิษที่หาได้ตามท้องถิ่น และการดูแลตนเองให้ห่างจากโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง 8.เกิดชมรมสร้างสุขภาพขึ้นในหมู่บ้านทั้ง 8 หมู่บ้านๆ ละ 100 คน (ชมรมคนเสื้อเขียว) 9.เกิดระบบบริการแบบครบวงจรทั้งในคลินิกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และคลินิกบ้านไกล 10.มีการอบรมแกนนำการออกกกำลังกายระดับตำบลจำนวน 250 คน หลักสูตร 3 วัน 11.เกิดหลักสูตรโรงเรียน อสม. ที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลักสุขบัญญัติ 10 ประการ เปิดโรงเรียนเดือนละ 1 ครั้ง ครั้งละ 8 ชั่วโมง 12.อุบัติการณ์การเกิดโรคลดลง ผู้ป่วยควบคุมน้ำตาลได้ดี คิดเป็นร้อยละ 65.15 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี คิดเป็นร้อยละ 78.26 ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนคิดเป็นร้อยละ 96.96

สรุปและวิจารณ์ผลการดำเนินงาน : จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า การพัฒนางานด้านสาธารณสุขจะต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อสม. ครู นักเรียนในโรงเรียน วัด ผู้นำชุมชน ชาวบ้าน ในการช่วยกันระดมความคิด ค้นหาปัญหาและจัดทำแผนสุขภาพชุมชนร่วมกัน เพื่อหาแนวทางแก้ไขแก้ไขปัญหาสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ และมีผลสำเร็จมากขึ้น จากการดำเนินงานข้างต้นจะเห็นว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสุขเกษมได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายทุกองค์กร จนทุกคนเล็งเห็นความสำคัญของสุขภาพตนเอง มีความรู้สึกหวงแหนจะรักษาแนวทางนี้ไว้ตลอดจน

ข้อเสนอแนะ : 1.การดำเนินงานด้านสุขภาพควรมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนและคนในชุมชน 2.ควรเพิ่มบทบาทและเนื้อหาสาระด้านสาธารณสุขในทุกเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชน

แผนการดำเนินงานในช่วงต่อไป : 1.โครงการอบอุ่น แข็งแรง ลดเสียง ลดโรค ปี 2555
2.ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนลดเสียง ลดโรค ปี 2555

คำสำคัญ : รพ.สต.บ้านสุขเกษม, สุขภาพดีตามวิถีชุมชน

โครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวง ทรงห่วงใยสุขภาพประชาชน เพื่อถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสที่ทรงเจริญพระชนมพรรษา ๘๔ พรรษา
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองไผ่ ตำบลเสาเล่า อำเภอนองนงบุรี
จังหวัดกาฬสินธุ์

นางอริยาภรณ์ ไชยศรี, นายเกรียงศักดิ์ บุตรวงษ์*

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองไผ่ หมู่ที่ ๓ ตำบลเสาเล่า อำเภอนองนงบุรี จังหวัดกาฬสินธุ์

หลักการและเหตุผล (สภาพปัญหาของพื้นที่) : ในปี พ.ศ.๒๕๕๓ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองไผ่ มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน ๑๕๖ ราย คิดเป็นอัตราป่วยร้อยละ ๓.๔๐ ซึ่งสูงเป็นอันดับที่ ๑ จาก ๙ ตำบลของอำเภอนองนงบุรี และผลจากการใช้แบบคัดกรองกลุ่มเป้าหมายอายุ ๓๕ ปี พบกลุ่มเสี่ยงสูง ๘๘๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕๒.๐๕ ของประชากรกลุ่มเสี่ยง ซึ่งสูงเป็นอันดับ ๑ ของอำเภอนองนงบุรี และจากการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองไผ่ ปี พ.ศ.๒๕๕๓ มีความครอบคลุมและต่อเนื่องเพียงร้อยละ ๑๐.๑๕ และยังพบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ จำนวน ๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๑๓ ซึ่งพบปัญหาจากขาดการติดตามเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยงสูงและการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงสูงไม่ครอบคลุมและไม่มีความต่อเนื่อง กิจกรรมบางกิจกรรมไม่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน ขาดการประเมินผลการดำเนินงานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ ทำให้กลุ่มเสี่ยงสูงยังมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ดังนั้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองไผ่จึงได้จัดทำโครงการการจัดการโรคเบาหวานในพื้นที่ ตามโครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวง ทรงห่วงใยสุขภาพประชาชนฯ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองไผ่ เพื่อลดอัตราการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่และส่งเสริมการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ :

๑. เพื่อถวายเป็นพระราชกุศล แด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสทรงเจริญพระชนมายุครบ ๘๔ พรรษา ในปี ๒๕๕๔
๒. เพื่อตรวจคัดกรอง ประเมินความเสี่ยง กำหนดมาตรการและกลวิธีการดำเนินการเชิงรุกในการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค การสนับสนุนในการดูแลรักษาพยาบาล (Intervention) และการให้บริการที่เหมาะสมในผู้ป่วย แต่ละกลุ่มที่ได้รับการคัดกรอง ซึ่งมี ๔ กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน
๓. เพื่อทำให้เกิดระบบการเฝ้าระวังและการป้องกันความเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ครอบคลุมพื้นที่ตำบลเสาเล่า
๔. มีหมู่บ้านต้นแบบ เน้น ลดหวาน มัน เค็ม ลดอ้วน ลดโรค
๕. เพื่อสร้างกระแสให้ประชาชนใส่ใจดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น

วิธีดำเนินงาน : จัดกิจกรรมการดำเนินงานโครงการ ตามกรอบดำเนินงานของ ๖ องค์ประกอบ ดังนี้

๑. นโยบายและการนำองค์กร กระตุ้นโดยการสร้างทีมโรคเรื้อรังในการกำหนดนโยบายและรูปแบบการดำเนินงาน ส่งเสริมการจัดทำนโยบายโรคเรื้อรังระดับอำเภอ/ตำบล เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานที่ไปในทิศทางเดียวกัน สร้างบรรยากาศโดยมีผู้ปฏิบัติระดับพื้นที่ร่วมเป็นคณะทำงาน

๒. พัฒนาระบบเฝ้าระวังและการสื่อสารเตือนภัย

๓. ออกแบบและจัดกิจกรรมคัดกรอง โดยเตรียมทีม สํารวจข้อมูล แยกกลุ่ม

๔. ส่งเสริมกิจกรรมลดความเสี่ยง โดยจัดค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีระบบติดตามกลุ่ม ส่งเสริมการจัดกิจกรรม ๓ อ. ๒ ส.

๕. ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จัดการระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพโดยพัฒนาองค์ประกอบ ๖ ส่วน คือ ๑) การจัดโครงสร้างการทำงานบริการของ รพ.สต. ๒) การออกแบบระบบการให้บริการ ๓) การสนับสนุนการตัดสินใจ ๔) การสนับสนุนการดูแลตนเอง ๕) การจัดระบบข้อมูลทางคลินิก ๖) การเชื่อมโยงเสริมพลังชุมชน

๖. ยึดชุมชนเป็นฐาน ดำเนินงานในรอบ ๕ ข้อ ได้แก่ ๑) เน้นปัจจัยเสี่ยงร่วม ๒) เน้นการป้องกันเป็นกุญแจนำไปสู่การต่อสู้ทำลายต่อโรคไม่ติดต่อ เร่งคัดกรองแยกกลุ่มเพื่อการจัดการที่มีประสิทธิภาพ ๓) เน้นงานบริการเชิงรุกในชุมชน ๔) ปฏิบัติการร่วมและการประสานงานความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ๕) มองภาพรวมของการบูรณาการการป้องกันโรคไม่ติดต่อร่วมกัน

ผลการดำเนินงาน :

๑. ประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป เพศชาย ที่มีรอบเอวน้อยกว่า ๙๐ ซม. ร้อยละ ๘๙.๓๓

๒. ประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป เพศหญิง ที่มีรอบเอวน้อยกว่า ๘๐ ซม. ร้อยละ ๘๑.๙๓

๓. ประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองเบาหวาน ร้อยละ ๙๑.๓๖

๔. ประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๙๑.๓๖

๕. ประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงต่อเบาหวาน(Pre DM)ป่วยเป็นโรคเบาหวานรายใหม่ร้อยละ๑.๘๑

๖. ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ ร้อยละ ๕๘.๐๖

๗. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ร้อยละ ๗๓.๓๓

๘. ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการคัดกรอง/ส่งต่อ เพื่อคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ ๙๓.๕๕

๙. มีนวัตกรรม/กระบวนการ คือ รพ.สต.ต้นแบบ รูปแบบการดำเนินงานโรคเรื้อรัง ชุมชนต้นแบบ บุคคลต้นแบบ งานบุญปลอดเหล้า แม่บ้านต้านภัยบุหรี่ แทนมหัสจรรย์ ยายยึดออกกำลังกาย

สรุปและวิจารณ์ : การดำเนินงานตามโครงการประสบผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ เป็นผลจากการดำเนินงานที่เริ่มต้นการคิดจากชุมชน และชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา ประชาชนกลุ่มเสี่ยงรับรู้ถึงปัญหาอันตรายของการเจ็บป่วย กลุ่มเป้าหมายรับทราบถึงอันตรายของภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น สังคม ชุมชน ญาติพี่น้อง รับทราบปัญหาและภาวะต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นเมื่อมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังอยู่ในครอบครัว จึงทำให้ประชาชนให้ความสำคัญและให้ความร่วมมือในการดำเนินงานเป็นอย่างดี ในส่วนของการจัดกิจกรรมเข้าค่าย มีผลทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและยังเป็นการสร้างกระแสให้เกิดการตื่นตัวในชุมชน ทุกคนได้เรียนรู้ตัวอย่าง

ที่ดีและตัวอย่างที่ไม่ดี การมีแบบอย่างที่ดีและการได้รับคำเตือนหรือกำลังใจจากคนรอบข้างมีส่วนทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สามารถเลือกแนวทางการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง โดยมีการดำเนินงานที่ต่อเนื่องของภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน การปรับการทำงานให้เข้ากับบริบทของชุมชนเป็นการสร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงานและเอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการที่ชุมชนรับทราบปัญหา มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา ตลอดจนสิ่งแวดล้อมที่ดีมีส่วนในการทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน

ข้อเสนอแนะ (เชิงนโยบายท้องถิ่น และแนวทางการดำเนินงาน) : ๑.) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ โดยเฉพาะภาคประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๒.) รูปแบบการดำเนินงานควรเน้นหนักในส่วนของกระบวนการทำงานและแนวทางการปฏิบัติที่หลากหลาย เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทุกขั้นตอนจะต้องเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน

แผนการดำเนินงานในช่วงต่อไป : ๑.) สร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ โดยร่วมคิดร่วมดำเนินการ ร่วมประเมินผล และร่วมรับผลประโยชน์ ๒.) พัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่หลากหลาย ค้นหาวัตกรรมมาเสริมกิจกรรมการดำเนินงาน และเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน

กลยุทธ์การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามโครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวง
ทรงห่วงใยสุขภาพประชาชน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

(Chronic care Patum Strategy: CCPS)

นางสำราญ พูลทอง*

นางบันเทิง พลสวัสดิ์*

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม อ.เมือง จ. อุบลราชธานี

หลักการและเหตุผล : โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรังที่นำไปสู่ภาวะที่มากขึ้นทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม ซึ่งภาวะแทรกซ้อนต่างๆส่งผลให้อัตราการตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เพิ่มขึ้นในปัจจุบัน ความต้องการมาตรการเร่งด่วนในการแก้ปัญหาให้มีความสำคัญต่อการกำหนดนโยบายเพื่อนำไปสู่การคัดกรอง ดูแลรักษา ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและฟื้นฟูสุขภาพ ที่มีคุณภาพและครอบคลุมประชากรทั้งในระดับชุมชนและบุคคลเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยเรื้อรัง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม ดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมาเมื่อปี 2544 โดยพัฒนารูปแบบบริการทั้งเชิงรุกเชิงรับ จัดระบบบริการที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนเรื่อยมา โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ข้อมูลสถิติการเจ็บป่วย คุณภาพของการดูแล และอัตราการตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมาวิเคราะห์และปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงาน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน จัดทำโครงการการจัดการโรคเรื้อรังเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ครอบคลุมทั้งการคัดกรองภาวะสุขภาพเพื่อค้นหาภาวะเสี่ยงและผู้ป่วยรายใหม่ การดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่เน้นการจัดการควบคุมภาวะแทรกซ้อน การดูแลต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูสุขภาพ สนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ในปี 2553 จากสถิติการเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานจำนวน 4 ราย อัตราตาย 38.64 ต่อแสน, ความดันโลหิตสูง 2 ราย อัตราตาย 19.32 ต่อแสน คณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับตำบล (NCD Board) โดยความร่วมมือของเทศบาลตำบลปทุม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม ภาคีเครือข่ายในชุมชน ได้ดำเนินงานโครงการภายใต้กรอบแนวคิด ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic care model) นำองค์ประกอบมาดำเนินงานภายใต้บริบทและสภาพปัญหาของชุมชนที่สอดคล้องกับนโยบายโครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวงทรงห่วงใยสุขภาพประชาชน

วัตถุประสงค์ : 1) เพื่อคัดกรองประเมินภาวะสุขภาพกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักและสนใจดูแลตนเอง โดยเน้นการกำหนดมาตรการเชิงรุกในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค 2) การออกแบบบริการรวมทั้งพัฒนานวัตกรรม ในการดูแลที่เหมาะสมทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มป่วย กลุ่มเสี่ยง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการดูแลต่อเนื่อง 3) ส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

วิธีดำเนินงาน: กลยุทธ์ที่ 1 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดย NCD Board ร่วมสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ทำ MOU. 4 องค์กรหลักเทศบาลตำบลปทุม/รพ.สต.ปทุม/ผู้นำชุมชน/อสม. MOU. โครงการ 3อ. ศูนย์ฯ สร้างสุข โรงเรียนมัธยมปทุมพิทยาคม

กลยุทธ์ที่ 2 สร้างกระแสให้ชุมชนรับรู้และมีส่วนร่วมมอบนิทานให้ผู้นำชุมชน อสม.ติดทุกครัวเรือนสร้างกระแสการออกกำลังกายในชุมชนได้รับรู้และมีส่วนร่วม โดยเน้นการออกกำลังกาย อาหาร และรณรงค์การลดการดื่มแอลกอฮอล์ ด้วยการจัดทำหมู่บ้านปลอดสุรางานบุญ

กลยุทธ์ที่ 3 พัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยบุคลากรทุกคนได้รับการอบรมด้านการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังต่อเนื่องทุกปีพัฒนาทักษะ อสม. ในโรงเรียน อสม.อบรมอาสาสมัครพิทักษ์เท้า เพื่อคัดกรองภาวะแทรกซ้อนการเกิดแผลที่เท้าผู้ป่วยเบาหวาน

กลยุทธ์ที่ 4 พัฒนาระบบบริการ เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย อสม.ตรวจคัดกรองสุขภาพร่วมกับทีมตรวจสุขภาพเชิงรุก แจกผลตรวจและดำเนินการในแต่ละกลุ่มดังนี้ **กลุ่มปกติ:** สร้างสุขภาพด้วย 3อ.งดเว้น 2 ส.**กลุ่มเสี่ยง:** เข้าค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และคลินิก DPACในรพ.สต. **กลุ่มป่วย:** จัดระบบบริการผู้ป่วย DM&HTเน้นการทำกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ คัดกรองภาวะแทรกซ้อน ไต ตา เท้า โดยทีมอาสาสมัครพิทักษ์เท้าร่วมกับทีมคัดกรองจอประสาทตา การจัดระบบการดูแลต่อเนื่องทั้งการส่งต่อในระดับทุติยภูมิ และการเชื่อมกับครอบครัวและชุมชนในการดูแลที่บ้านเพื่อฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งพัฒนานวัตกรรมในการดูแลสุขภาพเท้า และการแก้ปัญหาการใช้ยา

ผลการดำเนินงาน: ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการวัดรอบเอวร้อยละ 99.72 เพศชาย/หญิง ที่มีรอบเอวปกติ ร้อยละ 93.93 , 84.06 ตามลำดับ กลุ่มประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 98.77 , 98.78 ตามลำดับ ประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงต่อเบาหวาน(Pre DM) ป่วยเป็นโรคเบาหวานรายใหม่ ร้อยละ 0.75 ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ ร้อยละ 41.66 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ร้อยละ 95.13 และผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรอง/ส่งต่อ เพื่อคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 100 โดยมีนวัตกรรมที่เกิดขึ้นจากกลยุทธ์ CCPS ได้แก่ กระเป๋ายาคูชีพ อสม.ร่วมใจแก้ปัญหาหาเกลือใช้ ลดค่าใช้จ่ายเป็นแสน*, รูปแบบการพัฒนาคลินิกเบาหวานด้วยกิจกรรม 3 in 1 ลานเต็มฝันคนรักสุขภาพ, การมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหาการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการดูแลผู้ติดสุรา (หมู่บ้านปลอดสุรางานบุญ)** รวมทั้งการประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการในคลินิกโรคเรื้อรังผ่านกิจกรรม “ยิ้มหวานผ่านบอล”

สรุปและวิจารณ์: บทเรียนที่ได้รับกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้เกิดภูมิปัญญาและความคิดเป็นเจ้าของ การดูแลสุขภาพร่วมกัน เครือข่ายที่มาจากทุกภาคส่วนในชุมชน สามารถดูแลได้อย่างทั่วถึงและรวดเร็ว เครือข่ายที่เข้มแข็งและยั่งยืนต้องมาจากการรู้ปัญหาพร้อมคิดวิเคราะห์ และร่วมแก้ไข ปัจจัยแห่งความสำเร็จการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนเกิดความเป็นเจ้าของ ชุมชนมีความเข้มแข็ง โดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุน มีการทำงานเป็นทีม และมีระบบที่ดีในการทำงาน มีการพัฒนานวัตกรรมต่อเนื่อง การสร้างความยั่งยืนโดยใช้กระบวนการประชาคม และกำหนดข้อตกลงหรือมาตรการในสังคม

ข้อเสนอแนะ : เสนอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดเป็นนโยบาย สนับสนุนงบประมาณ และสร้าง
มาตรการทางสังคม

แผนการดำเนินงานในช่วงต่อไป : นำองค์ความรู้ (CCPS) เข้าสู่เวทีการจัดการความรู้ระดับอำเภอ และจังหวัด
เพื่อขยายเครือข่าย/พัฒนาความเข้มแข็งในการดำเนินงานโครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวงทรงห่วงใย
สุขภาพประชาชน ต่อไป

.....
*ได้รับรางวัลรองชนะเลิศอันดับ1การประกวดผลงานวิชาการประเภท Poster presentation ด้านนวัตกรรมเขตตรวจราชการ
กระทรวงสาธารณสุขเขต 13 ปี2554

**ได้รับรางวัลรองชนะเลิศอันดับ1 การดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนในการนำเสนอผลงานสุขภาพจิตเขตตรวจราชการกระทรวง
สาธารณสุขเขต 13 ปี2553

การพัฒนารูปแบบบริการตรวจคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิต อ้วนลงพุง ด้วยวิธีจิตอาสาและภาวะผู้นำ

*A Model Development of Diabetes mellitus Hypertension Obesity screening
by Humanize Health Care and Leadership*

นางพนมพร ไกรสุรีย์*

นางทรงพร พัฒนชัย

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองไก่อ อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์

หลักการและเหตุผล

การดำเนินงานบริการตรวจคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิต อ้วนลงพุงเป็นงานนโยบายหลักที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญ เนื่องจากช่วยในการลดอุบัติการณ์และอัตราการตายจากโรคไม่ติดต่อได้ โดยต้องมีการดำเนินงานให้ครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมายให้มากที่สุด ปัญหาที่พบในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองไก่อ ตำบลหนองแวง อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ คือ มีผลการตรวจคัดกรองในปี 2552-2553 เพียงร้อยละ 79.23 และ 73.71 ตามลำดับ ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ ร้อยละ 90 เมื่อวิเคราะห์สาเหตุพบว่ากลยุทธ์การดำเนินงานตรวจคัดกรองที่ผ่านมา มีการจำกัดระยะเวลาในการตรวจและให้บริการแบบตั้งรับที่สถานบริการ ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการไม่สะดวก ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบบริการตรวจคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิต อ้วนลงพุง ด้วยวิธีจิตอาสาและภาวะผู้นำ นำรูปแบบที่สร้างขึ้นไปดำเนินการ ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2553-30 มิถุนายน 2554

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวในวโรกาส ทรงเจริญพระชนมายุครบ 84 พรรษา 2) เพื่อตรวจคัดกรองและประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพของประชาชน ตลอดจนกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและดูแลสุขภาพตนเอง 3) เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองไก่อ

วิธีการดำเนินงาน: วางแผนและกำหนดเป้าหมายการทำงานร่วมกับเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ประกอบด้วยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน คนต้นแบบ อาสาสมัครสาธารณสุข ใช้หลักการเรียนรู้ร่วมกัน ผ่านกระบวนการถอดบทเรียนในเวทีประชาคมและการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ระดมความคิด หาสาเหตุของปัญหาและวิธีการแก้ไข นำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานตรวจคัดกรองเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย กลุ่มปกติ สร้างภาวะผู้นำและบุคคลต้นแบบมีอาชีพให้กับเครือข่ายในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และเป็นแกนนำหลักในการติดตามประเมินผลส่งเสริมให้ประชาชนเกิดความรู้ มีความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเอง สร้างระบบควบคุมป้องกันโรคและภัยทางสุขภาพ พัฒนาให้ชุมชนพึ่งตนเอง สนับสนุนการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในระยะยาว ด้วยการจัดตั้งโรงเรียนอาสาสมัครสาธารณสุขพร้อมทำหลักสูตรการเรียนตามทฤษฎีอาสาสมัครสาธารณสุขร้องขอ ส่งเสริมให้บุคลากรสาธารณสุขเป็นแบบอย่างการดูแลสุขภาพที่ดี มีการบูรณาการงบประมาณร่วมกันกับกองทุนสุขภาพตำบล มีระบบการส่งต่อ เชื่อมโยงข้อมูล

สุขภาพระหว่างโรงพยาบาลชุมชนกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและการส่งต่อจากชุมชนสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใช้ Clinical Practice Guideline ที่ทันสมัยในการคัดกรอง ดูแลและส่งต่อ

ผลการดำเนินงาน: พบว่าการตรวจคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และอ้วนลงพุง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 73.71 ในปี 2553 เป็นร้อยละ 98.75 ในปี 2554 ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป เพศหญิง เพศชายที่มีรอบเอว น้อยกว่า 80,90 ซม. ร้อยละ 68.45 และ 87.20 ตามลำดับ ผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตที่ควบคุมระดับ น้ำตาล ความดันโลหิตได้ ร้อยละ 64.20 และ 68.45 ตามลำดับประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรอง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 98.75 กลุ่มเสี่ยงสูงต่อเบาหวาน(Pre DM)ป่วยเป็นโรคเบาหวานรายใหม่ ร้อยละ 0.15 ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการส่งต่อ เพื่อคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 91.32 **นวัตกรรมชุมชน:** สร้างสิ่งอำนวยความสะดวกให้กับผู้มารับบริการที่สถานบริการ มีคลินิกให้คำปรึกษาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง คลินิกไ้พุง คลินิกบุหรีสุรา มีวัสดุอุปกรณ์ที่ทันสมัยเอื้อต่อการเรียนรู้ด้วยตนเอง มีลานออกกำลังกายที่ตั้งในบริเวณสถานบริการ เกิดโครงการเยี่ยมบ้านเยี่ยมใจสังคมไทยไม่ทอดทิ้งกัน โครงการจิตอาสาสุขภาพดีวิถีไทย โครงการ ท้องถิ่น รัฐ ประชา ร่วมพัฒนาบริการสุขภาพ 24 ชั่วโมง ซึ่งเป็นโครงการที่สร้างความพึงพอใจให้กับประชาชนในชุมชนถึงร้อยละ 98.25 (จากการสำรวจความพึงพอใจในบริการ ปี 2554) เกิดชุมชนลดเสี่ยงปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดโรค ลดพุง จำนวน 13 ชุมชน คิดเป็นร้อยละ 100

สรุปและวิจารณ์: รูปแบบที่พัฒนาขึ้นถือเป็นมิติใหม่ที่มีขั้นตอนการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถให้บริการได้ทั้งปีตรงความต้องการของผู้รับบริการ รวมทั้งการให้บริการสุขภาพเชิงรุก ทำให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการได้สะดวก และได้เปิดโอกาสให้ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามาเป็นเจ้าภาพในการดำเนินงาน ร่วมคิดร่วมตัดสินใจทำให้รู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ จึงทำให้งานบรรลุเป้าหมายเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ: รูปแบบใหม่ที่ได้พัฒนาขึ้นเป็นรูปแบบที่ดีและเหมาะกับบริบทของพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านบุคลากร และภาระงาน เนื่องจากได้พัฒนาขึ้นด้วยความร่วมมือร่วมใจของเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง มีการทำงานเป็นทีม และมีพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง จึงเสนอแนะให้นำผลที่ได้จากการวิจัยไปใช้ประโยชน์ โดยการประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับพื้นที่ เพื่อประโยชน์สุขของประชาชนต่อไป

แผนการดำเนินงานในช่วงต่อไป: 1) โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง 2) โครงการการจัดทำหลักสูตรโรงเรียนนวัตกรรมนำสมัย (โรงเรียนอาสาสมัครสาธารณสุข) 3) โครงการให้บริการสุขภาพเชิงรุกถึงบ้านถึงตัว ครอบครัวสุขภาพดี มีรอยยิ้ม 4) โครงการโรงพยาบาล 2 บาทร่วมลงขันสรรค์สร้างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ 5) โครงการจิตอาสาสุขภาพดีวิถีไทย

คำสำคัญ: การตรวจคัดกรอง การพัฒนารูปแบบ การมีส่วนร่วม จิตอาสา ภาวะผู้นำ

หมู่บ้านต้นแบบโครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวงทรงห่วงใยสุขภาพประชาชนฯ (ลดโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง)

นางสาวประกาย ป็องกัน*

นางเย็นใจ เจนตานกลาง

รพ.สต.หนองเด่น ตำบลหนองเด่น อำเภอบึงคล้า จังหวัดบึงกาฬ

โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาสุขภาพที่เกิดกับทุกพื้นที่ทุกชุมชนคล้ายๆ กัน โครงการหมู่บ้านต้นแบบสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวงทรงห่วงใยสุขภาพประชาชนฯ (ลดโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง) เป็นแนวทางการดำเนินงานที่น่าจะได้ผลดีในการลดโรคดังกล่าว ในภาพรวม อำเภอบึงคล้ามีการดำเนินงานหมู่บ้านต้นแบบดังกล่าวในระดับหนึ่ง แต่ยังไม่ชัดเจน จึงได้นำโครงการนี้สู่คณะกรรมการหมู่บ้าน เปิดโอกาสให้แต่ละหมู่บ้านสมัครเข้าร่วมโครงการฯ และประเมินความเหมาะสมและสามารถเป็นต้นแบบของหมู่บ้านใกล้เคียงได้ ผลคือ บ้านหนองเดิ่นเหนือ ได้รับการคัดเลือกเป็นหมู่บ้านพัฒนาต้นแบบของตำบลหนองเดิ่น เพื่อให้การดำเนินงานลดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงประสบผลสำเร็จและยั่งยืนโดยศักยภาพของชุมชนเอง และเป็นต้นแบบในการดำเนินงานลดโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนอื่นๆ ได้ โดยมีกระบวนการดำเนินงานได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ โดยประชาชนคัดเลือกจากผู้นำกลุ่ม/ชมรมต่างๆ ในหมู่บ้านและแกนนำ อสม. จึงเป็นทีมงานที่เข้มแข็งมุ่งมั่นและเป็นที่น่าเชื่อถือได้ของชุมชน และสามารถหาปัจจัยสนับสนุนให้โครงการสำเร็จได้มากขึ้น รพ.สต.หนองเด่นเป็นที่ปรึกษาในการดำเนินงาน มีจัดทำแผนการดำเนินงานโดยการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (SRM) เป็นเครื่องมือบริหารงานและจัดทำแผนสุขภาพชุมชน มีการวางแผนดำเนินงานให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน และสอดคล้องกับภารกิจของภาคีเครือข่ายจึงเกิดแนวร่วมและการเอื้อหนุนต่อการดำเนินงานร่วมกัน โดยเฉพาะการประสานภาคีเครือข่ายในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมาช่วยสนับสนุนการดำเนินงานทำให้ขับเคลื่อนงานด้านต่างๆ เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลมาก การสื่อสารโครงการสู่ประชาชนให้เข้าใจและเห็นความสำคัญโดยการประชาคมเมื่อทุกคนมีส่วนร่วมคิดจึงก่อให้เกิดความเป็นเจ้าของโครงการที่จะมาร่วมแรงร่วมใจกันดำเนินงาน รวมทั้งการคืนข้อมูลเจ็บป่วยก่อนดำเนินการทำให้ประชาชนได้ตระหนัก คณะกรรมการวางแผนดำเนินงานและมีการจัดกิจกรรมเน้นให้สอดคล้องกับวิถีชุมชนและความต้องการของชุมชนจริง อสม.มีการสำรวจข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย และดำเนินการตรวจคัดกรองสุขภาพแก่ประชาชน มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เน้นการเสริมสร้างความรู้แก่ประชาชนในรูปแบบการประชาสัมพันธ์ต่างๆ บ่อยๆ โดยเรียนรู้การใช้ทรัพยากรที่มี เช่น การใช้หอกระจายข่าวทุกวัน มีการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับชุมชนเพราะส่วนใหญ่ผู้สูงอายุไม่ค่อยออกกำลังกาย เลือกชนิดการออกกำลังกายที่เหมาะสมโดยการใช้การออกกำลังกายแบบยืดเหยียดและใช้ยางยืด สามารถทำได้ทุกเวลาที่บ้านได้ มีการจัดตั้งศูนย์เรียนรู้เพื่อให้ชุมชนสามารถเข้าถึงข้อมูล รวมทั้งชุมชนคาดหวังว่าสถานที่แห่งนี้จะใช้ประโยชน์เป็นรากฐานของการพัฒนาต่อไปข้างหน้า เด็กเล็กเยาวชนสามารถใช้ศูนย์เป็นที่เล่นแทนข้างถนนที่ไม่ปลอดภัย มีการจัดการความรู้ใหม่ให้เข้าใจการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชุมชน โดยจัดทำฐานปฏิบัติการเรียนรู้ในชุมชน การประมาณผักผลไม้ครั้งกิโลกกรัมต่อมือ อาหารหวานมันสามารถดวงวัดได้ง่ายๆ จากการคะเนของผู้บริโภคเอง การส่งเสริมการรับประทานผักสดโดยสนับสนุนพืชผักปลูกไว้

รับประทานที่บ้าน มีการจัดทำนโยบายด้านสุขภาพของประชาชนในหมู่บ้าน จัดกิจกรรมรณรงค์การดูแลสุขภาพในชุมชนโดยมีภาคีเครือข่ายและตัวแทนชุมชนอื่นๆ มาร่วมในการเปิดศูนย์เรียนรู้ของหมู่บ้านสร้างกระแสการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพต่อเนื่องรวมทั้งการรับฟังข้อคิดเห็นและติดตามประเมินผลเพื่อปรับเปลี่ยนดำเนินงาน มีการจัดระบบข้อมูลในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของชุมชนมีการคืนข้อมูลแก่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง

ผลการดำเนินงาน ร้อยละของประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปเพศชาย มีรอบเอวน้อยกว่า ๙๐ ซม. = ๘๗.๐๙ ร้อยละของประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปเพศหญิง มีรอบเอวน้อยกว่า ๘๐ ซม. = ๘๐.๐๙ ร้อยละของประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรองเบาหวาน = ๙๐.๘๗ ร้อยละของประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรองความดันโลหิตสูง = ๙๖.๙๑ ร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อเบาหวานเป็นโรคเบาหวาน = ๑.๓๔ เกิดศูนย์เรียนรู้ด้านสุขภาพของชุมชน เกิดกระบวนการทำงานของภาคีเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ ชุมชนมีความสามัคคี การดำเนินงานนี้เกิดได้จากพลังของชุมชนอย่างแท้จริงมีความมุ่งมั่นร่วมมือร่วมแรงในการดำเนินงานทุกส่วนการใช้กลุ่มต่างๆของต้นทุนในสังคมมาสนับสนุนการดำเนินงานจึงมีความเป็นเจ้าของร่วมกัน การคัดกรองสุขภาพประชาชนวัยทำงานส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรสวนยางพาราต้องปรับแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเฉพาะเน้นเชิงรุกเคาะประตูบ้าน หรือจัดตารางการบริการคัดกรองสุขภาพในวันที่มีการนัดขายยางพาราประจำเดือนและการให้ความรู้ประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องในกลุ่มนี้ การวัดผลลัพธ์การดำเนินงานโดยตัวชี้วัด ต้องใช้ระยะเวลาในการวัดผลให้ชัดเจน ซึ่งการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานได้มากกว่าร้อยละ ๖๐ ศูนย์เรียนรู้เป็นสิ่งที่ต้องมีในชุมชนเพราะเป็นจุดรวมของการดำเนินงานที่เป็นรูปร่างให้เห็นชัดเจนในสิ่งที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน ชุมชนได้มีแผนพัฒนาต่อไปในการพัฒนาศูนย์เรียนรู้ให้เป็นที่รวมในการทำกิจกรรมของชุมชน และจัดสถานที่ออกกำลังกายเป็นการเรียนรู้ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อไป ปรับกระบวนการคัดกรองให้เข้าถึงประชาชนได้มากขึ้น การดูแลต่อเนื่องในรายที่ป่วยเยี่ยมช่วยเหลือแบบเพื่อนช่วยเพื่อนไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน การบูรณาการโครงการร่วมกับโครงการอื่นๆ และการมีส่วนร่วมในโครงการวิจัยหมู่บ้านอ่อนหวานของงานทันตกรรมต่อไป

ชุมชนสุขภาพดี วิถีชนเผ่าญ้อ ลดโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง บ้านกุดสะกอย หมู่ที่ 7 ตำบลโนนตาล อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม

1.นายนิกร บุตรโคตร 2.นายอุดม แผงศรีสาร 3.นายคมกริช พรรณวงศ์

4.นางวารุณี พรรณวงศ์* นวก.สาธารณสุขชำนาญการ

รพ.สต.โนนตาล อ.ท่าอุเทน จ.นครพนม 48120 / E-mail : warunee_2345@hotmail.com

หลักการและเหตุผล

จากข้อมูลสรุปผลการดำเนินงานคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ของบ้านกุดสะกอย ดังนี้ ปี 2551 จำนวนผู้เข้ารับการคัดกรองทั้งหมดจำนวน 96 คน พบผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวาน 1 คน ร้อยละ 1.04 โรคความดันโลหิตสูง 2 คน ร้อยละ 2.08 ปี 2552 จำนวนผู้เข้ารับการคัดกรองทั้งหมดจำนวน 115 คน พบผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวาน 2 คน ร้อยละ 1.74 โรคความดันโลหิตสูง 2 คน ร้อยละ 1.74 ปี 2553 จำนวนผู้เข้ารับการคัดกรองทั้งหมดจำนวน 102 คน พบผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวาน 2 คน ร้อยละ 1.96 โรคความดันโลหิตสูง 4 คน ร้อยละ 3.92 (ข้อมูลจาก รพ.สต.โนนตาล ปี พ.ศ. 2551- 2553) จะเห็นว่าแนวโน้มการพบผู้ป่วยรายใหม่ เพิ่มขึ้นทุกปีซึ่งโรคเหล่านี้เกิดจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงร่วมที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การขาดการออกกำลังกายที่ถูกต้อง การรับประทานอาหารที่มันจัด เค็มจัด หวานจัด น้ำอัดลม ชา กาแฟ รวมทั้งผักและผลไม้ที่ไม่เพียงพอ ความเครียด การสูบบุหรี่และดื่มสุรา เป็นต้น

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นคณะกรรมการหมู่บ้านเห็นว่าโรคเบาหวานและ โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสำคัญของหมู่บ้านจึงร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนตาลจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ จึงได้“โครงการชุมชนสุขภาพดี วิถีชนเผ่าญ้อ ลดโรคเบาหวานและ โรคความดันโลหิตสูง”เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปทุกคนในหมู่บ้าน ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

วิธีดำเนินงาน

1. แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานระดับหมู่บ้าน
2. จัดเวทีชาวบ้าน และประชาคมหมู่บ้านในการกำหนดนโยบายและมาตรการทางสังคมเกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
3. คัดกรองความเสี่ยงประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป และตรวจน้ำตาลในเลือดประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป
4. ดำเนินการขึ้นทะเบียนและแยกประชาชนออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย
5. ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและให้ความรู้กลุ่มเป้าหมาย ทั้ง 3 กลุ่ม
6. จัดงานมหกรรมวิชาการ และนำเสนอผลงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในหมู่บ้านเพื่อเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของคนในชุมชนใกล้เคียง
7. จัดระบบการเฝ้าระวังโรคของชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและมีการดำเนินงานต่อเนื่องทุกปี
8. มีศูนย์การเรียนรู้และโรงเรียน อสม.ในหมู่บ้าน จำนวน 1 แห่ง ณ ศาลาประชาคมประจำหมู่บ้าน

ผลลัพธ์การดำเนินงาน

1. มีคณะกรรมการดำเนินงานระดับหมู่บ้านจำนวน 1 คณะประกอบด้วยผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน
2. ชุมชนกำหนดมาตรการทางสังคมเกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
3. คัดกรองความเสี่ยงประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด/วัดความดันโลหิตประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปในหมู่บ้านโดย จนท.รพ.สต.โนนตาลร่วมกับ อสม. และสรุปผลจากการคัดกรอง ดังนี้
 - 3.1 ร้อยละ 87.71 ของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป เพศชาย มีรอบเอว น้อยกว่า 90 ซม.
 - 3.2 ร้อยละ 75.10 ของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป เพศหญิง มีรอบเอว น้อยกว่า 80 ซม.
 - 3.3 ร้อยละ 100 ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองเบาหวาน
 - 3.4 ร้อยละ 100 ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง
 - 3.5 ประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ร้อยละ 2.08
4. อสม. คณะกรรมการฯและ จนท.ร่วมกันจัดทำทะเบียนและแยกประชาชนออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มปกติ 66 คน กลุ่มเสี่ยง 28 กลุ่มป่วย 35 คน รวมทั้งหมด 139 คน
5. เกิดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและให้ความรู้กลุ่มเป้าหมาย ทั้ง 3 กลุ่ม ภายใต้กรอบแนวคิดนำหลัก 3 อ. และ 2 ส. ผนวกกับภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการบริโภคอาหาร และมีมาตรการทางสังคมเป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อน เกิดนวัตกรรม 3 กิจกรรม ดังนี้ เมนูสุขภาพไทยอุ่น ลูกกอล์ฟมหัศจรรย์ รอกชักห่วงผ้าช่วยบริหาร ผลการสำรวจความพึงพอใจต่อกิจกรรมทั้ง 3 กิจกรรม โดยการสอบถามจากประชาชน พบว่า ร้อยละ 100 เชื่อว่ากิจกรรมทั้ง 3 สามารถทำให้กลุ่มป่วยควบคุมโรคได้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน กลุ่มเสี่ยงไม่ป่วย กลุ่มปกติมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ส่งผลให้การดำเนินงานโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น
6. จัดงานมหกรรมวิชาการ และนำเสนอผลงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในหมู่บ้านเพื่อเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของคนในชุมชนใกล้เคียง จำนวน 1 ครั้ง
7. มีการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังโรคของชุมชนและมีการดำเนินงานต่อเนื่องทุกปี
8. เกิดศูนย์การเรียนรู้และโรงเรียน อสม. ในหมู่บ้าน จำนวน 1 แห่ง ณ ศาลาประชาคมประจำหมู่บ้าน
9. เกิดชุมชนต้นแบบที่ใช้หลักคิดและหลักปฏิบัติ คือ ใช้วิถีชีวิตชุมชนเป็นหลักคิดและปฏิบัติออกแบบกิจกรรมต่างๆ ให้สอดคล้อง โดยคณะกรรมการหมู่บ้านเป็นริ้วแรงสำคัญในการนำประชาชนและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม

สรุปและวิจารณ์ โครงการนี้สำเร็จลงได้เกิดจากการมีส่วนร่วมในกระบวนการคิด การปฏิบัติ และสรุปผลการดำเนินงานโดยชุมชน และเกิดกิจกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชนเผ่าญ้อ ทำให้เกิดความภาคภูมิใจและนำไปสู่ความยั่งยืนต่อไป โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้สนับสนุนอยู่เคียงข้างตั้งพื้น้อง/ญาติ

ข้อเสนอแนะ ความสำเร็จของชุมชนต้นแบบจะเกิดขึ้นได้เพราะความสามัคคีของคนในชุมชนและวิสัยทัศน์ของผู้นำชุมชนและท้องถิ่น

แผนการดำเนินงานในช่วงต่อไป จากวิธีปฏิบัติที่ดี (Best practice) จะดำเนินต่อไปโดยชุมชนเป็นเจ้าของกิจกรรมมากยิ่งขึ้นและสนับสนุนให้ประชาชน คิดค้นนวัตกรรมใหม่ๆ ในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงและโรคติดต่ออื่นๆ

โครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวงทรงห่วงใยสุขภาพประชาชนฯ เพื่อถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสที่ทรงเจริญพระชนมพรรษา ๘๔ พรรษา บ้านโนนสมบูรณ์ หมู่ที่ ๗ ตำบลเสาเล่า อำเภอนองกุ้งศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ประจำปี ๒๕๕๔

นางจรรณี พันธุ์พรม , นางละอองดาว ตูยาธิโก*

* อสม.บ้านโนนสมบูรณ์ หมู่ที่ ๗ ตำบลเสาเล่า อำเภอนองกุ้งศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

หลักการและเหตุผล : บ้านโนนสมบูรณ์ หมู่ที่ ๗ ตำบลเสาเล่า อำเภอนองกุ้งศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นหมู่บ้านขนาดกลาง พบกลุ่มสงสัยเป็นโรคเบาหวาน ๓ ปี ย้อนหลังเป็นอันดับ ๑ ของตำบล ที่อัตราร้อยละ ๙.๓๕, ๑๑.๕๖ และ ๖.๙๖ ตามลำดับ และมีปัญหาจากขาดการติดตามเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยงสูงและการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงสูงไม่ครอบคลุมและไม่มีความต่อเนื่อง กิจกรรมบางกิจกรรมไม่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน ขาดการประเมินผลการดำเนินงานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ ทำให้กลุ่มเสี่ยงสูงยังมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ดังนั้นจึงได้ดำเนินการโครงการจัดการโรคเบาหวานในพื้นที่ ตามโครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยทรงห่วงใยสุขภาพประชาชนฯ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและอัตราการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่และส่งเสริมการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ :

๑. เพื่อถวายเป็นพระราชกุศลแด่องค์พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเนื่องในโอกาสที่จะทรงเจริญพระชนมพรรษา ๘๔ พรรษา
๒. เพื่อทำให้เกิดระบบการเฝ้าระวังและการป้องกันความเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ในพื้นที่ตามบริบทชุมชน
๓. เพื่อสร้างกระแสให้ประชาชนใส่ใจดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น
๔. เพื่อตรวจคัดกรอง ประเมินความเสี่ยง กำหนดมาตรการและกลวิธีการดำเนินการเชิงรุกในการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค การสนับสนุนในการดูแลและการให้บริการที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละกลุ่มที่ได้รับการคัดกรอง ซึ่งมี ๔ กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน

วิธีดำเนินงาน : สร้างทีมโรคเรื้อรังระดับหมู่บ้านโดยมีตัวแทนองค์กรในหมู่บ้านร่วมเป็นคณะกรรมการร่วมดำเนินงานโรคเรื้อรัง กำหนดนโยบายระดับหมู่บ้านภายใต้นโยบายระดับอำเภอ/ตำบลร่วมกัน สร้างบรรยากาศการทำงานโดยการร่วมคิด ร่วมดำเนินการจัดประชุมทุกเดือน พัฒนาระบบเฝ้าระวังและการสื่อสารเตือนภัย จัดตั้งคลินิก DPAC และส่งคืนข้อมูลแก่ประชาชน มีการนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหาผ่านกระบวนการแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์โดยนักจัดการสุขภาพ เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมยึดชุมชนเป็นฐานการดำเนินงาน ออกแบบและจัดกิจกรรมคัดกรองโดยคณะกรรมการดำเนินงานโรคเรื้อรังระดับตำบล/หมู่บ้าน ใช้กลวิธีดำเนินการออกคัดกรองยึดบริบทชุมชน แยกกลุ่มเป็น ๓ กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงปกติ กลุ่มเสี่ยงสูง กลุ่มป่วย ใช้กระบวนการให้กลุ่มยอมรับและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยผ่านนวัตกรรมบุคคลต้นแบบในทุกกลุ่ม เน้นหลัก ๓อ. ๒ส. การออกติดตามการปรับเปลี่ยนอย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง พัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระดับหมู่บ้าน เน้นกระบวนการติดตามเยี่ยมให้กำลังใจ ค้นหาบุคคลต้นแบบเพื่อเป็นแบบอย่างที่ดี

ผลการดำเนินงาน : ประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป เพศชายที่มีรอบเอวน้อยกว่า ๙๐ ซม. คิดเป็นร้อยละ ๙๐.๑๒ ประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป เพศหญิง ที่มีรอบเอวน้อยกว่า ๘๐ ซม. คิดเป็นร้อยละ ๘๔.๘๑ ประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเบาหวานและคัดกรองความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ ๙๑.๘๕ ไม่มีประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อเบาหวานป่วยเป็นโรคเบาหวาน เกิดนวัตกรรมบุคคลต้นแบบ, งานบุญปลอดเหล้า, แม่บ้านต้านภัยบุหรี่, แม่บ้านหัดจรรยา, ยางยืดออกกำลังกาย มีระบบเฝ้าระวังโรค โดยคณะกรรมการระดับหมู่บ้าน/ตำบล ร่วมดำเนินงาน หมู่บ้านโนนสมบูรณ์ มีการยกระดับ ศสมช. เดิมขึ้นเป็นสุขศาลากาฬสินธุ์ ให้บริการด้านสาธารณสุข ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ มี อสม.เป็นผู้ดำเนินงาน เป็นสุขศาลาต้นแบบระดับอำเภอเข้าร่วมประกวดในระดับจังหวัด เป็นแหล่งศึกษาดูงานด้านศูนย์เรียนรู้ชุมชน ชุมชนต้นแบบด้านการดำเนินงานโรคเรื้อรัง โรงเรียนนวัตกรรม และสุขศาลาของอำเภอหนองกุงศรี

สรุปและวิจารณ์ : การดำเนินงานตามโครงการประสบผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นเรื่องยาก ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มป่วย แต่หากส่งเสริมให้กลุ่มบุคคลเหล่านั้นได้รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรค รับรู้ถึงอันตราย ความรุนแรงของโรคที่จะเกิดขึ้น มีการรับรู้ว่ามีผลที่เกิดขึ้นจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะส่งผลให้เขาเป็นอย่างไร โอกาสที่กลุ่มเป้าหมายจะยอมรับและยอมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก็มีโอกาสเป็นไปได้สูง วิธีการสอนให้กลุ่มได้รับรู้จึงเป็นวิธีการหนึ่งที่ทำให้บุคคลเหล่านั้นได้รับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและอันตรายที่จะเกิดขึ้น แต่เนื่องจากการรับรู้ของบุคคลมีความแตกต่างกันอาจจะเกิดจากระดับความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับต่างกัน การสอนผ่านเรื่องเล่าจึงเป็นวิธีการหนึ่งที่น่าสนใจ การสอนให้บุคคลกลุ่มต่างๆ ได้รับรู้ข้อมูลโดยมีข้อจำกัดน้อยที่สุด การดำเนินงานที่จริงจังและต่อเนื่องเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้งานประสบผลสำเร็จ แต่การทำให้กลุ่มเป้าหมายยอมรับและปรับตัวเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานเกิดความยั่งยืน ความเข้มแข็งของ อสม.ตลอดจนชุมชนและภาคีเครือข่ายเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสู่ความสำเร็จ

ข้อเสนอแนะ :

๑. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ โดยเฉพาะภาคประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
๒. รูปแบบการดำเนินงานควรเน้นหนักในส่วนของกระบวนการทำงานและแนวทางการปฏิบัติที่หลากหลาย เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทุกขั้นตอนจะต้องเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน

แผนการดำเนินงานในช่วงต่อไป :

๑. สร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ โดยร่วมคิด ร่วมดำเนินการ ร่วมประเมินผล และร่วมรับผลประโยชน์
๒. พัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่หลากหลาย ค้นหานวัตกรรมมาเสริมกิจกรรมการดำเนินงาน และเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน

โครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวง ทรงห่วงใยสุขภาพประชาชน บ้านจวน ตำบลจวน อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

นายประสิทธิ์ มาระเนตร

นางวิไลวรรณ นัยเนตร*

บ้านจวน หมู่ที่ 1 ตำบลจวน อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

บทคัดย่อ

จากการที่กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำโครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวง ทรงห่วงใยสุขภาพประชาชน เพื่อถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสที่จะทรงเจริญพระชนมพรรษา 84 พรรษา 5 ธันวาคม 2554 เพื่อเทิดพระเกียรติและระลึกในพระมหากรุณาธิคุณของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ที่ทรงห่วงใยในสุขภาพของพสกนิกรชาวไทยมาโดยตลอด โดยเน้นกิจกรรมการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคไม่ติดต่อ โรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งปัจจุบันพบว่าประชาชนในเขตตำบลจวน มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน 1,924.72 ต่อแสนประชากร และโรคความดันโลหิตสูง 1,810.66 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และบ้านจวนมีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน 2,868.85 ต่อแสนประชากร โรคความดันโลหิตสูง 2,049.18 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ จากการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนบ้านจวนพบว่ามีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ในเรื่องการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม ร้อยละ 80.4 รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ร้อยละ 81.3 การรับประทานอาหารที่มีรสหวานจัดร้อยละ 90.3 และการออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาที ร้อยละ 48.65 ดังนั้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองคู ตำบลจวน ร่วมกับประชาชนบ้านจวนได้ดำเนินงานตามโครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวง ทรงห่วงใยสุขภาพประชาชนขึ้น โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่ต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ประชาชนอายุ 15 - 34 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพ ร้อยละ 90 ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ร้อยละ 90 ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้าน 3 อ. 2 ส.ที่ยั่งยืน และเป็นหมู่บ้านต้นแบบในการดำเนินงานสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวง ลดโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

กลวิธีดำเนินงาน คณะกรรมการหมู่บ้านร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองคู และเครือข่ายในชุมชน ดำเนินการจัดประชาคมชาวบ้านในหมู่บ้าน เพื่อจัดทำแนวทางการดำเนินงานและกำหนดข้อตกลงของหมู่บ้านร่วมกัน และมีการแจ้งภาคีเครือข่าย องค์กรทุกหน่วยงานเพื่อรับทราบข้อตกลงของหมู่บ้าน และลงมือปฏิบัติตามแนวทางของหมู่บ้าน โดยร่วมกันรณรงค์จัดสิ่งแวดล้อมในหมู่บ้าน จัดสถานที่ทำการคุ้มในหมู่บ้าน จำนวน 6 คุ้ม เพื่อตรวจสุขภาพประชาชนและคัดกรองความภาวะเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในประชาชน อายุ 15 ปีขึ้นไป และประสานกับองค์การบริหารส่วนตำบลจวน ในการจัดให้มีสถานที่และอุปกรณ์สำหรับการออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมสุขภาพชาวบ้าน และรณรงค์ให้ทุกครัวเรือนมีการปลูกผักสวนครัวไว้รับประทานเอง

ผลการดำเนินงาน จากการดำเนินงานดังกล่าว พบว่าประชาชนเพศชาย อายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 56 คน ได้รับการวัดรอบเอว ร้อยละ 87.50 มีรอบเอว < 90 ซม. ร้อยละ 95.91 ประชาชนเพศหญิง อายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 39 คน ได้รับการวัดรอบเอว ร้อยละ 94.87 มีรอบเอว < 90 ซม. ร้อยละ 91.89 ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 238 คน ได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน 221 คน คิดเป็นร้อยละ 92.85 พบเป็นกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 0.90 ได้รับการส่งต่อร้อยละ 100 ไม่พบกลุ่มเสี่ยงป่วยเป็นโรคเบาหวาน ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 238 คน ได้รับการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 221 คน คิดเป็นร้อยละ 92.85 พบเป็นกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 15.84 ได้รับการส่งต่อร้อยละ 100 พบกลุ่มเสี่ยงป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 0.90

สรุปและวิจารณ์ ในปี 2554 บ้านจางได้ดำเนินงานโครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวง ทรงห่วงใยสุขภาพประชาชน โดยเน้นให้ชาวบ้านมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน มีการประชาคมเพื่อจัดทำข้อตกลงของหมู่บ้าน และมีการกำหนดแนวทางการรณรงค์ 3อ. 2ส. โดยให้ประชาชนทุกครัวเรือนมีการปลูกผักและสมุนไพรไว้รับประทานเอง รวมทั้งมีการประชาคมหมู่บ้านเรื่องงานบุญปลอดเหล้า คือ งานศพ งานบุญกฐิน งานบวช งานบุญอัฐิ และจัดให้มีเขตปลอดบุหรี่ในหมู่บ้าน เช่น วัด มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุและชมรมออกกำลังกายในหมู่บ้าน โดยมีแกนนำในหมู่บ้านเป็นผู้นำในการออกกำลังกาย ทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์

ข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงานตามโครงการ ต้องมีการประชาสัมพันธ์ในวงกว้างเป็นระยะๆ เพื่อกระตุ้นให้ชุมชนและชาวบ้านเห็นความสำคัญในการใส่ใจสุขภาพและมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการมีสุขภาพดี และพฤติกรรมที่ดีดำเนินชีวิตที่เหมาะสมต่อไป

แผนการดำเนินงานในช่วงต่อไป คณะกรรมการหมู่บ้าน ได้วางแนวทางให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการพึ่งตนเองมากขึ้น และสร้างเครือข่ายในการป้องกันและควบคุมการเกิดโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โดยให้ชาวบ้านสามารถดูแลผู้ป่วยในชุมชนด้วยตนเองได้ รวมทั้งให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและภูมิปัญญาในท้องถิ่น พร้อมทั้งกำหนดบุคคลต้นแบบสุขภาพดีเพื่อเป็นแบบอย่างให้กับชุมชน ต่อไป

บ้านสระตอง หมู่บ้านต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประชาชน ในการส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค และการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง แบบบูรณาการ

Sratong behavioral model village to Health promote, Surveillance, Prevention and care for patient of Diabetes, Hypertension with Integrated.

ผู้ร่วมโครงการ : นางสีนวล ลุนบง* ประธาน อสม.บ้านสระตอง, นางนิตยา กอบสันเทียะ* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสายออ, นายไพฑูรย์ วงศ์เวชวิธิต นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา

หลักการและเหตุผล : ปัจจุบันการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ติดต่ออันเกี่ยวเนื่องมาจากการมีพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปตามภาวะสังคมและเศรษฐกิจมีแนวโน้มสูงขึ้น เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคมะเร็ง และอุบัติเหตุ อัตราการเกิดโรคเพิ่มสูงขึ้นและเป็นสาเหตุการตายในอันดับต้นๆ ของประเทศ บ้านสระตองหมู่ที่ 9 ตำบลสายออ อำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา มีจำนวนหลังคาเรือน 195 หลัง ประชากร 641 คน มีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 0.94 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 27 คน คิดเป็นร้อยละ 4.21 และผู้ป่วยที่เป็นทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 1.71 และนับวันมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆซึ่งสามารถคาดการณ์ได้จากผลการตรวจคัดกรองประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ปี 2552 – 2554 (31 พฤษภาคม 2554) พบว่าประชากรเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานร้อยละ 0.00, 39.32 และ 13.33 เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 49.57, 8.47 และ 33.59 ตามลำดับ (NCD Office Pro เดือน พฤษภาคม 54)

วัตถุประสงค์ : 1.) เพื่อค้นหาประชาชนกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยรายใหม่โดยชุมชน 2.) เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม 3.) เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และได้รับการดูแลจากคนในชุมชน 4.) เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

วิธีการดำเนินงาน : ด้านการนำองค์กร มีการประชุม ประชาคม ภาคิเครือข่ายและทุกภาคส่วน เพื่อชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานและ มอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบ กำหนดมาตรการประกาศเป็นนโยบายการดำเนินงานหมู่บ้านลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อทั้งบ้าน วัด โรงเรียน และส่วนราชการในพื้นที่ มีการประชาสัมพันธ์ผ่านเสียงตามสายอย่างต่อเนื่อง ด้านการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์และกลยุทธ์ เชิญผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทุกภาคเครือข่ายและทุกภาคส่วน ร่วมประชาคมจัดทำแผนการดำเนินงานโดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (SRM) เพื่อค้นหาปัญหา การเฝ้าระวัง การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค และการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง แบบบูรณาการ และได้มีการประสานแผนงาน / โครงการยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และมีการกำกับ ติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ด้านการให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้เสีย มีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้รับทราบความรู้เบาหวาน และความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง สํารวจประชาชนที่มีอายุ 35 ปี ขึ้นไป และมีพฤติกรรมเสี่ยง ให้บริการตรวจคัดกรอง ประมวลผลการตรวจคัดกรองด้วยโปรแกรม NCD Office และจัดทำทะเบียนผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคต่างๆ (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง รอบเอวเกิน ภาวะอ้วนลงพุง) มีการคืนข้อมูลให้กับประชาชนพร้อมทั้งเสนอรูปแบบทางเลือก

ในการดูแลสุขภาพ (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ งดสูบบุหรี่ 3 อ ง ด 2 ส.) มีการพัฒนารูปแบบสื่อ เช่น ต้นไม้พูดได้ ส่งเสริมให้มีปลูกผักสวนครัว รั้วกินได้ปลอดสารพิษ มีการรวมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนของผู้ป่วย เปิดช่องทางรับฟังความคิดเห็นของประชาชน มีการนำปัญหาหรือข้อร้องเรียนมาแก้ไขร่วมกันในชุมชน ประสานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนงบประมาณดำเนินการและให้การดูแลผู้ป่วย *ด้านการวัดวิเคราะห์ และการจัดการความรู้* ได้มีการนำระบบสารสนเทศมาใช้ในการจัดเก็บข้อมูลและประมวลผล ได้แก่ โปรแกรม NCD 2009 ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข และโปรแกรม NCD office ซึ่งพัฒนาโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งจะสามารถทำให้ทราบว่าใครมีสถานะสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่ออย่างไร (Individual data) และสามารถนำไปจัดโปรแกรมการดูแลสุขภาพได้อย่างถูกต้อง นำเชื่อถือมาตรฐานเดียวกัน ทั้งจังหวัด จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ *ด้านการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคลและการจัดการความรู้* พัฒนา ศสมช. เป็นศูนย์เรียนรู้ต้นแบบโรคไม่ติดต่อ จัดมุมโรคไม่ติดต่อที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนราชการทุกส่วนดำเนินการตามโครงการ DPAC มีการระดมทรัพยากรจากชุมชน จัดการอบรมแกนนำสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีการวิจัยอย่างง่ายในชุมชน การจัดบริการสุขภาพเชิงรุกในโครงการตลาดนัดสุขภาพชุมชน มีกลุ่ม / ชมรมต่างๆ ในชุมชนดำเนินงาน 3 อ ง ด 2 ส. และมีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดย อสม. อย่างต่อเนื่อง

ผลการดำเนินงาน : ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป มารับการตรวจคัดกรองร้อยละ 91.12 พบว่า เพศหญิงมีรอบเอวเกิน 80 ซม. ร้อยละ 2.22 ไม่พบว่าเพศชายมีรอบเอวเกิน 90 ซม. และผลการตรวจคัดกรองพบว่าผลปกติร้อยละ 40 มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานร้อยละ 3.33 เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 33.59 มีภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 23.33 และมีภาวะอ้วนลงพุงร้อยละ 1.03 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวาน รายใหม่ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.38 ในปี 2554 มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.27 และผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงจำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.27 ฉะนั้นในปี 2554 มีผู้ป่วยรายใหม่ด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และเบาหวานร่วมกับโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 4.55 จากผลการวิจัยดังกล่าวทำให้มีกลุ่ม อสม.ติดตามเยี่ยมกลุ่มเสี่ยง และผู้ป่วยทุกเดือน มีการนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ในการดำเนินงานชุมชนลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ เป็นชุมชนต้นแบบการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อรับการศึกษา ดูแลสุขภาพของหมู่บ้านใกล้เคียงและของอำเภอโนนไทย มีการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อในโครงการตลาดนัดสุขภาพชุมชนเดือนละครั้ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ความสำคัญและสนับสนุนงบประมาณ

สรุปและวิจารณ์ : จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่าเพศชายมารับการตรวจคัดกรองร้อยละ 53.85 ซึ่งมากกว่าเพศหญิง และพบว่า ประชาชนที่ตรวจมีผลการตรวจปกติร้อยละ 40.00 เพศชายมากกว่าเพศหญิง เมื่อเปรียบเทียบต่อการเจ็บป่วยพบว่าประชากรเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง มากที่สุดร้อยละ 33.59 รองลงมา ได้แก่ เสี่ยงต่อการมีภาวะโภชนาการเกิน เสี่ยงต่อเบาหวาน และเสี่ยงต่อภาวะอ้วนลงพุง เพศหญิงมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคเบาหวานมากกว่าเพศชาย และเมื่อวิเคราะห์แยกตามเพศพบว่าเพศชายเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง มากที่สุด รองลงมา คือ ภาวะโภชนาการเกินและเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 34.29, 10.48 และ 1.43 ทั้งนี้ เพราะเพศชายมีพฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์มากกว่าเพศหญิง เพศหญิงพบว่าเสี่ยงต่อการมีภาวะโภชนาการเกินมากที่สุด เพราะเพศหญิงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาลมาก โดยเฉพาะการรับประทานอาหารเน้นหนักในมื้อเย็น รองลงมา ได้แก่ เสี่ยงต่อความดันโลหิตสูง เบาหวาน

และภาวะอ้วนลงพุง คิดเป็น 38.33, 32.78, 5.56 และ 2.22 ปี 2554 มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงร่วมกับ เบาหวานรายใหม่ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.38 และในปี 2554 มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ 1 ราย คิดเป็น ร้อยละ 2.27 และผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงจำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.27 ฉะนั้นในปี 2554 มีผู้ป่วยรายใหม่ด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และเบาหวานร่วมกับโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 4.55 และพบว่าผู้ป่วยใหม่มีอายุน้อยลงเรื่อยๆ ซึ่งการดำเนินงานตามโครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวงทรง ห่วงใยสุขภาพประชาชน ในรูปแบบของบ้านระยองสามารถลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ ประชาชนใส่ใจในการ ดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น ชุมชน / ท้องถิ่น ให้ความสำคัญและมีการดำเนินการร่วมกันของภาคีเครือข่าย ต่างๆ ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ : 1.) ท้องถิ่นควรมีการสนับสนุนงบประมาณดำเนินการอย่างต่อเนื่องครอบคลุมทุกชุมชน (กลุ่ม ปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน กลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน) 2.) ควรมีการประสานเชื่อมโยง ข้อมูลผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยงทุกระดับ

แผนการดำเนินงานในช่วงต่อไป : 1.) พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพให้เหมาะสมกับแต่ละกลุ่ม แต่ละวัย 2.) ขยายผลการดำเนินงานสู่หมู่บ้าน/ชุมชนให้ครอบคลุมทั้งตำบล 3.) ประสานโครงการคนโคกสวายไร้พุงจาก ท้องถิ่น

ภาคผนวก

รายนามคณะกรรมการตัดสินการประกวดผลการพัฒนาการดำเนินงาน

โครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวง ทรงห่วงใยสุขภาพประชาชนฯ

ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน สถานบริการทุกระดับ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

(เขตตรวจราชการที่ ๑๐, ๑๑, ๑๒, ๑๓ และ ๑๔)

ห้องที่ ๑ ห้องการประกวดประเภทสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

- | | |
|--|--------|
| ๑. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย จ.เลย | เขต ๑๐ |
| ๒. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จ.มุกดาหาร | เขต ๑๑ |
| ๓. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ จ.กาฬสินธุ์ | เขต ๑๒ |
| ๔. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จ.อุบลราชธานี | เขต ๑๓ |
| ๕. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จ.นครราชสีมา | เขต ๑๔ |

ประธานกรรมการ	แพทย์หญิงฉายศรี สุพรศิลป์ชัย
	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค
กรรมการ ๑	รองศาสตราจารย์นายแพทย์สมเดช พิณีสุนทร คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
กรรมการ ๒	นางสาวพรทิพย์ ศิริภานุมาศ ผู้อำนวยการกองแผนงาน
เลขานุการ :	นางสาวแพรพรรณ ภูริบัญชา สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ จังหวัดขอนแก่น
ผู้ช่วยเลขานุการ :	ดร.อริยะ บุญงามชัยรัตน์ กองแผนงาน กรมควบคุมโรค

ห้องที่ ๒ ห้องการประกวดประเภทโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

๑. โรงพยาบาลหนองคาย จ.หนองคาย	เขต ๑๐
๒. โรงพยาบาลสกลนคร จ.สกลนคร	เขต ๑๑
๓. โรงพยาบาลมหาสารคาม จ.มหาสารคาม	เขต ๑๒
๔. โรงพยาบาลยโสธร จ.ยโสธร	เขต ๑๓
๕. โรงพยาบาลสุรินทร์ จ.สุรินทร์	เขต ๑๔

ประธานกรรมการ	นายแพทย์นพพร ชื่นกลิ่น รองอธิบดีกรมควบคุมโรค
กรรมการ ๑	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลลา ตันตโยทัย สำนักการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
กรรมการ ๒	แพทย์หญิงวรรณมา หาญเชาว์วรกุล ผู้อำนวยการสำนักจัดการความรู้
เลขานุการ :	นายโกเมศ อนุรักษ์รัตน์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๕ จังหวัดนครราชสีมา
ผู้ช่วยเลขาฯ :	นางสาวกาญจนา ศรีสวัสดิ์ สำนักโรคไม่ติดต่อ

ห้องที่ ๓ ห้องการประกวดประเภทโรงพยาบาลชุมชน

๑. โรงพยาบาลศรีธาตุ อ.ศรีธาตุ จ.อุดรธานี	เขต ๑๐
๒. โรงพยาบาลท่าอุเทน อ.ท่าอุเทน จ.นครพนม	เขต ๑๑
๓. โรงพยาบาลกมลาไสย จ.กาฬสินธุ์	เขต ๑๒
๔. โรงพยาบาลไพรบึง อ.ไพรบึง จ.ศรีสะเกษ	เขต ๑๓
๕. โรงพยาบาลเสิงสาง อ.เสิงสาง จ.นครราชสีมา	เขต ๑๔

ประธานกรรมการ	ดร.นายแพทย์ภานุวัฒน์ ปานเกตุ ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ
กรรมการ ๑	รองศาสตราจารย์นายแพทย์วิชัย เอกพลากร คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
กรรมการ ๒	รศ.ธราดล เก่งการพานิช คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
เลขานุการ :	นางลักขณา แยมพิวัน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๗ จังหวัดอุบลราชธานี
ผู้ช่วยเลขาฯ :	นางสาวปิ่นรสี ขอนพุดชา สำนักโรคไม่ติดต่อ

ห้องที่ ๔ ห้องการประกวดประเภทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๑. รพ.สต.โนนสงวน อ.ศรีบุญเรือง จ.หนองบัวลำภู เขต ๑๐
๒. รพ.สต.สุขเกษม อ.พังโคน จ.สกลนคร เขต ๑๑
๓. รพ.สต.บ้านหนองไผ่ อ.หนองสูง จ.กาฬสินธุ์ เขต ๑๒
๔. รพ.สต.ปทุม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี เขต ๑๓
๕. รพ.สต.หนองไก่อ.ละหานทราย จ.บุรีรัมย์ เขต ๑๔

ประธานกรรมการ	นายแพทย์สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
กรรมการ ๑	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรวจน์ พรหมสัตยพรต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
กรรมการ ๒	แพทย์หญิงจรีพร คงประเสริฐ รองผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ
เลขานุการ :	นางศิมาลักษณ์ ดีธีสวัสดิ์เวย์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ จังหวัดขอนแก่น
ผู้ช่วยเลขานุการ :	นางสาวลินดา จำปาแก้ว สำนักโรคไม่ติดต่อ

ห้องที่ ๕ ห้องการประกวดประเภทหมู่บ้าน/ชุมชนต้นแบบโครงการ

๑. บ้านหนองเดิ่นเหนือ หมู่ ๓ ต.หนองเดิ่น อ.บึงคล้า จ.บึงกาฬ เขต ๑๐
๒. หมู่บ้านกุดสะกอย ต.โนนตาล อ.ท่าอุเทน จ.นครพนม เขต ๑๑
๓. บ้านโนนสมบูรณ์ อ.หนองสูง จ.กาฬสินธุ์ เขต ๑๒
๔. บ้านจาน ต.จาน อ.เมือง จ.ศรีสะเกษ เขต ๑๓
๕. หมู่บ้านสระตอง ต.สายออ อ.โนนไทย จ.นครราชสีมา เขต ๑๔

ประธานกรรมการ	แพทย์หญิงประนอม คำเที่ยง รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
กรรมการ ๑	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มณฑา เก่งการพานิช คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
กรรมการ ๒	ดร.วณิชา กิจวรพัฒน์ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย
เลขานุการ :	นายนิรุจน์ อุทธา ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น
ผู้ช่วยเลขานุการ :	นายขจรศักดิ์ จันทร์พาณิชย์ สำนักโรคไม่ติดต่อ