

โครงการ"ชุมชนเบญจลักษณ์สุขภาพดีวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs"  
การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน :  
ชุมชนลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (CBI NCDs)

พชอ.เบญจลักษณ์ จ.ศรีสะเกษ

อำเภอเบญจลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ

# หมวดที่ 1 ภาวะผู้นำ (Leadership)

## 1.1 การสร้างเป้าหมายร่วมกัน

นายอำเภอเบญจลักษ์ ในฐานะประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเบญจลักษ์ (พขอ.) กำหนดนโยบายให้ พขอ. เป็นแกนหลักขับเคลื่อนกระบวนการทำงาน เชื่อมประสาน รพ.สต. และชุมชน ยกกระดับคุณภาพบริการปฐมภูมิให้ประชาชนได้รับบริการ “ทุกคน ทุกที่ ทุกอย่าง ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี” และแก้ไขปัญหาที่สำคัญในพื้นที่ที่กระทบคุณภาพชีวิต ในระดับอำเภอ เป็นการปฏิรูปการแก้ไขปัญหาประชาชนตามบริบทของแต่ละพื้นที่ ตามแนวคิด คนไทย ใส่ใจดูแลกัน มีเป้าหมายพัฒนาให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีและลดความเหลื่อมล้ำ มีการบูรณาการการทำงานร่วมกันของส่วนราชการ องค์กร และประชาชนในอำเภอ เกิดเป็นวัฒนธรรม “เบญจลักษ์ ดี ฮักแพงแบ่งปัน” สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเบญจลักษ์ ได้ดำเนินงานภายใต้การบริหารในรูปแบบของการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) โดยปี 2566 ได้สร้างกระบวนการมีส่วนร่วมค้นหาปัญหาระดับพื้นที่ ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเบญจลักษ์ ทบทวนวาระงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ร่วมกำหนดเป็นวาระการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอสู่เป้าหมาย 5 ดี 5 ด้าน คือ 1. สุขภาพดี 2. อาชีพดี 3. วัฒนธรรมดี 4. การศึกษาดี 5.ปลอดภัยดี ในการบรรลุเป้าหมาย จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการบูรณาการงานเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนให้สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้จริงในพื้นที่ครบทุกมิติ



ทั้งนี้ นายอำเภอเบญจลักษ์ ได้มอบหมายให้คณะกรรมการและคณะทำงาน พขอ. ใช้กลไก พขอ. เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพดี ได้จัดกระบวนการการวิเคราะห์ ทำแผนขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิต มิติสุขภาพดี โดยการจัดลำดับความสำคัญสภาพปัญหาสาธารณสุข

การจัดลำดับความสำคัญสภาพปัญหาสาธารณสุข อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2565

ลำดับ	ปัญหา	เกณฑ์การพิจารณา											ลำดับของปัญหา
		ขนาดปัญหา		ความรุนแรง/ความ		ความยากง่าย		ความร่วมมือของชุมชน		ผลกระทบใน		คะแนนรวม	
		R(5)	W=4	R(5)	W=3	R(5)	W=5	R(5)	W=5	R(5)	W=2	RxW	
1	โรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง	4	16	5	15	4	20	4	20	5	10	81	1
2	โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19	5	20	5	15	4	20	3	15	2	4	74	2
3	LCT	2	8	5	15	4	20	3	15	4	8	66	3
4	วัณโรคปอด	2	8	2	6	5	25	3	15	5	10	64	4
5	โรคหนองปวยริ	3	12	3	9	3	15	3	15	5	10	61	5
6	โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	4	16	2	6	4	20	3	15	2	4	61	5
7	โรคติดต่อป้องกันได้ด้วยวัคซีน	2	8	3	9	4	20	2	10	4	8	55	6
8	โรคไข้เลือดออก	2	8	4	12	3	15	2	10	5	10	55	6
9	การป้องกันอุบัติเหตุทางถนน	2	8	3	9	4	20	2	10	4	8	55	6
10	โรคมือเท้าปาก	1	4	2	6	2	10	3	15	2	14	39	7

ทั้งนี้ที่ประชุมดังกล่าวได้กำหนดปัญหาสำคัญของพื้นที่คือ ประเด็น การส่งเสริม ป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) ซึ่งเป็นโรคที่เกิดจากนิสัยหรือพฤติกรรมการดำเนิน เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคอ้วนลงพุง โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคถุงลมโป่งพอง และโรคมะเร็ง ซึ่งถือเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโลก จากการรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ( WHO )พบประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรค NCDs มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 38 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 68 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก ) ปี พ. ศ. 2557- 2561 พบอัตราเสียชีวิตอย่างหยาบอันมีสาเหตุมาจาก โรคไม่ติดต่อที่สำคัญ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในประชากรไทย โดยในปี พ. ศ. 2561 โรคไม่ติดต่อ ที่เป็นสาเหตุการตาย 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคมะเร็งรวมทุกประเภท รองลงมา คือ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจขาดเลือด คิดเป็นอัตราเสียชีวิตเท่ากับ 123.3 47.1 และ 31.8 ต่อประชากรแสนคน (ข้อมูล ณ วันที่ 12 พฤศจิกายน 2564 : กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ) ในปี 2566 จังหวัดศรีสะเกษ พบประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรอง จำนวน 31,436 คน และอำเภอเบญจลักษ์ พบประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรอง กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 3,693 คน กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 1,373 คน ( ข้อมูลจากHDC จังหวัดศรีสะเกษ) นอกจากปัจจัยทางกรรมพันธุ์ที่ส่งเสริมการเกิดโรคแล้ว การมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ทั้งด้านอาหาร โดยการรับประทานอาหารเค็ม มัน หวาน ขาดการออกกำลังกาย มีความเครียดสูงเรื้อรัง ดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่เป็นประจำ นับว่าเป็นปัจจัยสำคัญก่อให้เกิดโรสดังกล่าว หากประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความรู้ด้านสุขภาพ ตระหนักในการดูแลสุขภาพ เข้ารับการคัดกรองภาวะสุขภาพ รวมทั้งมีทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จะสามารถดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชน ลดโอกาสการเกิดโรคเรื้อรัง

ปัจจุบันปัญหาสุขภาพที่เป็นสาเหตุการตายอันดับแรกๆ ของประเทศไทย ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด มีอัตราการตาย 85.04, 3.64, 55.29 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (ข้อมูลจากสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2550) และต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา สูงมาก เฉพาะโรคมะเร็งอย่างเดียว ประมาณคนละ 1 ล้านบาท ซึ่งโรคเหล่านี้เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง คือ

ขาดการออกกำลังกายมีการรับประทานอาหารไม่เหมาะสมและไม่เพียงพอ แม้ประชาชนจะมีความรู้แต่ยังไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้อง จากการคัดกรองโรคเมตาบอลิคของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบพื้นที่บริการสุขภาพอำเภอเบญจลักษ์ ในปี 2564 – 2566 พบว่า ประชากรที่มีภาวะความดันโลหิตสูงอยู่ในกลุ่มแฝง/เสียง คิดเป็นร้อยละ 12.58 ,14.91 และ 13.50 ตามลำดับ อยู่ในกลุ่มสงสัยป่วยเป็นโรค คิดเป็นร้อยละ 7.98 , 9.41 และ 7.24 ตามลำดับ ประชากรที่มีภาวะเบาหวาน อยู่ในกลุ่มแฝง/เสียง คิดเป็นร้อยละ 29.48 , 33.17 และ 33.11 ตามลำดับ อยู่ในกลุ่มกลุ่มสงสัยเป็นโรค คิดเป็นร้อยละ 4.76 , 3.66 และ 2.91 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าประชาชนในเขตรับผิดชอบพื้นที่บริการสุขภาพอำเภอเบญจลักษ์ มีกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานลดลงจากปี 2565 เล็กน้อย จากการได้ดำเนินกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงพบว่าในบางชุมชนยังมีกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานจำนวนมาก เมื่อเทียบกับหมู่บ้านอื่น ในเขตรับผิดชอบพื้นที่บริการสุขภาพอำเภอเบญจลักษ์ พขอ.เบญจลักษ์ ได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยจุดประกายให้ประชาชนในหมู่บ้านได้หันมาเอาใจใส่ดูแลสุขภาพของตนเองและคนในชุมชนให้เหมาะสม ซึ่งจะส่งผลดีต่อสุขภาพที่ยั่งยืนต่อไป ตามหลัก 3อ.2ส.1พ. และเพื่อประชาชนได้รับความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสม มีทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดเสี่ยง ลดโรค จึงได้จัดทำโครงการ "ชุมชนเบญจลักษ์สุขภาพดีวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs" การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน : ชุมชนลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (CBI NCDs)

## 1.2 การมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Result base management) โดยการสร้างการมีส่วนร่วมของบุคคลภายในและภายนอกพื้นที่

อำเภอเบญจลักษ์ โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ได้แต่งตั้งคณะทำงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง/ คณะกรรมการ พขอ.ในระดับอำเภอ และระดับตำบล และมีการบูรณาการงาน ขับเคลื่อนการดำเนินงาน NCDs ผ่านเวทีประชุมคณะกรรมการ พขอ.ระดับอำเภอ : ประเด็นการขับเคลื่อนผ่านกลไก พขอ. การดำเนินงานชุมชนลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง CBI,NCD บูรณาการ 3 หมอ&หมู่บ้านยั่งยืน (Sustainable village:SV)



## หมวดที่ 2

### การวางแผนเชิงกลยุทธ์ (Strategic plan) หรือวางแผนทางให้บรรลุเป้าหมาย

#### 2.1 แผนปฏิบัติการของโครงการที่ขับเคลื่อนลงไปทุกภาคส่วน โดยผ่านเครือข่าย

นายอำเภอเบญจลักษ์ ได้มอบหมายให้คณะอนุกรรมการและคณะทำงาน พขอ. ใช้กลไก พขอ. เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพดี ในประเด็นโรค NCDs ดำเนินการรวบรวมข้อมูลสถิติ ผลกระทบจากสถานการณ์โรค NCDs วิเคราะห์ปัจจัยทั้งภายในนอก ได้แก่ นโยบายของภาครัฐ นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข นโยบายของ สปสช. นโยบายของ สสจ. ศรีสะเกษ ทรัพยากรสิ่งแวดล้อมภายในอำเภอ แหล่งอุปโภคบริโภคของประชาชน สถานที่ออกกำลังกาย การเข้าถึงบริการ ความพร้อมของบุคลากร ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีสารสนเทศ และปัจจัยภายในที่เกี่ยวข้อง เช่น พฤติกรรมเสี่ยงในชุมชน ความต้องการของประชาชน ความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หรือผู้รับบริการ นำมาวิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็ง โอกาสพัฒนา และอุปสรรคของการดำเนินงาน และจัดทำร่างประเด็นมุ่งเน้นอย่างมีเป้าหมายในแต่ละกลุ่ม เพื่อให้ตัวแทนคณะอนุกรรมการนำเสนอต่อที่ประชุมคณะกรรมการ พขอ. ร่วมระดมความคิดแลกเปลี่ยนแนวทางการดำเนินงานในประเด็นต่างๆ และกำหนดให้เป็นภารกิจ ดังนี้

1. ประชุมชี้แจงคณะทำงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเบญจลักษ์ เพื่อวางแผนการดำเนินงาน และมอบหมายงาน นโยบายที่เกี่ยวข้อง



2. ประชุมชี้แจงเพื่อประสานความร่วมมือภาคีเครือข่ายสุขภาพ/กิจกรรมชุมชนต้นแบบ เพื่อวิเคราะห์ชุมชนทำแผนร่วมกันในหมู่บ้านต้นแบบ ทั้ง 7 ชุมชน (หน่วยบริการละ 1 ชุมชน) กลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมประชุมประกอบด้วย อสม. อปท. ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และภาคีเครือข่ายในชุมชน ให้เกิดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการวางแผนงานของภาคส่วนนั้นๆ และมุ่งเน้นความสำเร็จในเป้าหมายเดียวกัน อีกทั้งเพื่อนำไปถ่ายทอด แจ้างประชาชนสัมพันธ์ถึงประชาชน หรือกลุ่มเป้าหมาย ได้รับทราบต่อไป





- |                  |                         |
|------------------|-------------------------|
| 5 รพ.สต.บ้านแดง  | บ้านหนองคู หมู่ที่ 8    |
| 6 รพ.สต.หนองหว้า | บ้านหนองหว้า หมู่ที่ 1  |
| 7 รพ.เบญจลักษณ์ฯ | บ้านเหล่าอ้อย หมู่ที่ 9 |

กิจกรรมที่ 3.4 การดำเนินงานตามแผนชุมชน

การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติงานชุมชน โดยการนำทรัพยากรมาร่วมในการดำเนินงาน

กิจกรรมที่ 3.5 กำกับ ติดตาม และประเมินผล การดำเนินงาน

3.5.1 กำกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน(ตามแผน)

3.5.2 ปรับเปลี่ยนกิจกรรมให้เหมาะสม

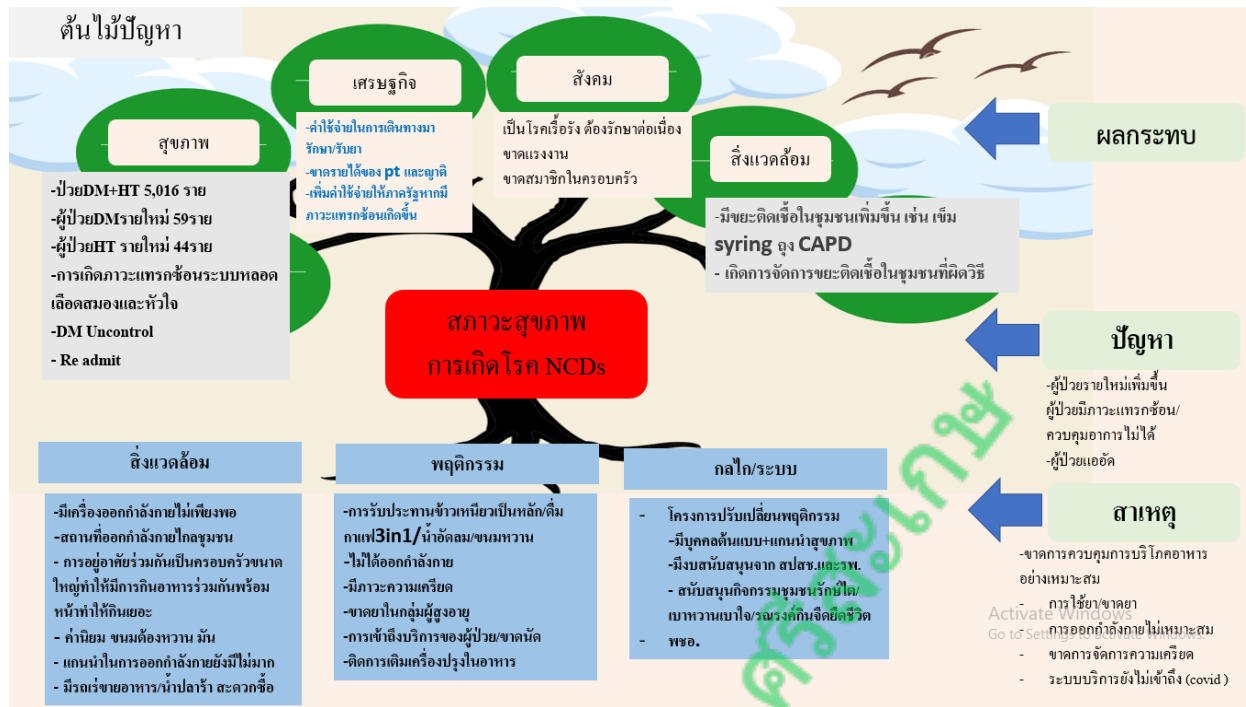
4. จัดซื้อวัสดุอุปกรณ์สนับสนุนในการทำกิจกรรมตามโครงการ ตลอดจนจัดเตรียมสถานที่จัดกิจกรรม

5. ประชาสัมพันธ์ให้กลุ่มที่เสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือผู้ที่มี BMI เกินเกณฑ์มาตรฐาน เข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในกิจกรรม “ชุมชนไร้พุง”

6. จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กับกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

## 2.2 การติดตามผลของการบรรลุเป้าหมายเชิงกลยุทธ์ (Targets) และการรายงานผลอย่างมีประสิทธิภาพ

คณะกรรมการและคณะทำงาน พชอ.ในประเด็นโรค NCDs ได้นำประเด็นการแก้ปัญหาโรค NCDs เข้าหารือในที่ประชุม คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) โดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา เป็นประธาน คปสอ. ร่วมกับสาธารณสุขอำเภอเบญจลักษณ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ในการติดตามการดำเนินงานอย่างใกล้ชิดตามตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ ผ่านรูปแบบการทำ SWOT analysis สนับสนุนเมื่อมีประเด็นนำไปสู่นวัตกรรม หรือแนวทางพื้นที่ต้นแบบ รวมถึงให้ ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะการดำเนินงานตามภารกิจต่างๆเป็นประจำทุกๆ หนึ่ง เดือน กระตุ้นให้เกิดการคืนข้อมูล การดำเนินงานไปยังคณะกรรมการ พชต.ในพื้นที่ของตนเอง โดยผ่านเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง และเพื่อสรุปผลการดำเนินงานที่ติดตามนั้น รายงานไปยังคณะกรรมการ พชอ. อย่างสม่ำเสมอ เพื่อทบทวน ติดตามผลสนับสนุน เสนอแนะ และรับฟังข้อคิดเห็น ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานในพื้นที่ พร้อมทั้งนำมาปรับให้สอดคล้องกับเป้าหมายอย่างเป็นปัจจุบันต่อไป



**บันไดผลลัพธ์ การควบคุมป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง แบบมีส่วนร่วม ครอบคลุม อำเภอเบญจลักษ์ ปี 2566**





### หมวด 3

#### การมุ่งเน้นประชาชน (People Focus)

3.1 ระบบข้อมูลและสารสนเทศด้านการบริการประชาชนที่ทันสมัย รวดเร็วและเข้าถึงทุกระดับสืบเนื่องมาจากกระบวนการ 3 หมอ ที่มีวัตถุประสงค์หรือจุดมุ่งหมาย 1. สร้างความสัมพันธ์ใหม่ที่ร่วมทำงานเป็นทีมของ 3 หมอ 2. ประชาชนดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3. ประชาชนเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ 4. ชุมชนจัดการสุขภาพ ชุมชนมีบทบาท มีส่วนร่วมคิด ร่วมออกแบบในการจัดการสุขภาพชุมชน นั้นมีกระบวนการ/ขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

การดำเนินงานระดับพื้นที่ตามนโยบาย “คนไทยทุกคนรอบครว มีหมอประจำตัว 3 คน” ประกอบด้วย การดำเนินงานหลักเพื่อเตรียมความพร้อม และสนับสนุนการดำเนินงานในส่วนต่างๆ ที่สำคัญ ได้แก่ ด้านการพัฒนาคน (Staff & Spirit), การจัดเตรียมระบบบริการ และการดูแลสุขภาพ (System & Service)

1) การจัดเตรียมคน ทีมหมอครอบครัว และระบบการดูแลประจำ (Staff & spirit) เป็นการเตรียมคนเพื่อติดตั้ง ระบบการดูแลประจำ และต่อเนื่อง สามารถเสริมความสัมพันธ์ระหว่าง 3 หมอ กับประชาชนให้ใกล้ชิด มีความเข้าใจซึ่งกัน และกัน นำไปสู่ระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ โดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง “สร้างระบบที่รู้จัก รู้ใจ เข้าถึง ฟังได้ ให้แก่ประชาชน”

2) การจัดเตรียมระบบบริการ และการดูแลสุขภาพ (System & Service) เป็นการเตรียมระบบงานส่วนต่างๆ ระบบข้อมูล และการบริหารจัดการ ที่ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่ดีมีมาตรฐาน และมีความจำเพาะพอดีกับแต่ละบุคคล พอดีกับบริบทพื้นที่ ประชาชนดูแลตนเองด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม และสนับสนุนให้ชุมชนจัดการระบบสุขภาพพื้นที่ได้

2.1) ระบบการสื่อสาร และการให้คำปรึกษา รับ – ส่งต่อ ระหว่าง 3 หมอ กับประชาชน คือ การพัฒนาต่อยอดระบบเดิม หรือพัฒนาช่องทางการสื่อสารเพิ่ม เพื่อให้มีการติดต่อสองทางระหว่าง 3 หมอ กับประชาชน และปรึกษาบริการได้สะดวก ทันเวลา ในช่องทางที่เข้าถึงได้ง่าย และสะดวก เช่น มีกลุ่มไลน์ และเบอร์โทรศัพท์ของ อสม. และเจ้าหน้าที่ สำหรับใช้ในการแจ้งข่าวสารต่างๆ รับข่าวสารการเจ็บป่วย หรือการขอสนับสนุนอุปกรณ์ต่างๆที่จำเป็นในการดำรงชีวิตสำหรับผู้ป่วย , Application google form ในการรายงาน และติดตามผลสำหรับผู้ป่วยเพื่อนำข้อมูลพฤติกรรมมาวิเคราะห์ข้อมูลปรับปรุงการบริการประชาชน

2.2) ระบบบริการสุขภาพผสมผสานรายบุคคล และการดูแลประชาชน เป็นการพัฒนาต่อยอดบริการเดิมหรือออกแบบใหม่ เพื่อให้ระบบบริการมีคุณภาพ เข้าถึงได้ง่าย โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ทั้งในส่วนที่เป็นบริการพื้นฐาน และการบริการกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น การดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียงกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

- การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพพื้นฐาน เสริมให้ประชาชนดูแลตนเองได้ โดยใช้ฐานการไว้วางใจ และแนวคิดการเป็นหุ้นส่วนสุขภาพร่วมกันระหว่างประชาชนกับหมอประจำตัว 3 คน

- จัดกิจกรรมกระตุ้นเสริม จัดกระบวนการติดตาม เรียนรู้ ความคืบหน้าต่อการรับรู้ของประชาชนต่อประเด็นนั้นๆ เช่น การลดหวาน มันเค็ม ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

2.3) พัฒนาการเชื่อมโยงบริการในชุมชน และสนับสนุนชุมชนในการจัดการสุขภาพ โดยใช้กลไกคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและตำบลจัดการคุณภาพชีวิต

- สนับสนุนให้มีการจัดการสุขภาพตนเอง ส่งเสริมให้ชุมชนมีบทบาทในการจัดการด้วยตนเองและชุมชน
- จัดกิจกรรมที่ทำให้หมอครอบครัว หมอสาธารณสุข หมอประจำบ้าน ได้ลงไปรู้จักชุมชนและผู้นำชุมชนเป็นประจำต่อเนื่อง เพื่อรับรู้ความเป็นอยู่ของประชาชน ข้อปัญหา เข้าไปร่วมแลกเปลี่ยน สะท้อนข้อมูลทางสุขภาพ กระตุ้นให้มีการร่วมคิดแก้ปัญหา ที่กระทบต่อปัญหาสุขภาพ ร่วมกันพัฒนากิจกรรมในชุมชนสร้างกติกา ที่เป็นมาตรการที่ส่งผลให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การป้องกันภัย ความเสี่ยงและปกป้องดูแลสุขภาพของประชาชน

## เบญจลักษณ์ 3 หมอ

เบญจลักษณ์อัครแพ่ง เบ็งแฉง  
แบ่งปัน

บ้านเลขที่ 1234 หมู่ที่ 13 ตำบลหนองงูเหลือม  
อำเภอเบญจลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ

หมอประจำตัว  
ครอบครัวละ 3 คน



หมอคนที่ 1 (อสม.)  
นางสาวเย็นใจ ตัวอย่าง  
โทร 029 999 8877



หมอคนที่ 2 (หมอสาธารณสุข)  
นางคุณธรรำ คำนิง  
โทร 094 993 2987



หมอคนที่ 3 (หมอครอบครัว)  
นายแพทย์พัฒนศักดิ์ กังนาค  
โทร 045 605150

บริการทุกคน ทุกที่ ทุกเวลา ด้วยใจ

รับป่วยฉุกเฉิน  
**1669**  
โทรฟรี 24 ชั่วโมง

บัตรแนะนำตัวหมอประจำตัว 3 คน ให้ทุกครัวเรือนรู้จัก 3 หมอ เพื่อให้ประชาชนติดต่อสื่อสารสอบถามเรื่องสุขภาพกับหมอทั้ง 3 คนซึ่งประกอบด้วย หมอคนที่ 1 หมอประจำบ้าน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นหมอใกล้ตัว แนะนำดูแลผู้ป่วยถึงบ้านและสุขภาพของคนในชุมชน หมอคนที่ 2 หมอสาธารณสุข คือ บุคลากรในสถานบริการปฐมภูมิ ให้การรักษาและส่งต่อ รวมถึงดูแลสุขภาพให้คำแนะนำประชาชน และหมอคนที่ 3 หมอครอบครัว คือ แพทย์ในโรงพยาบาล โดยยึดหลักการให้ผู้ขอรับการปรึกษาสามารถประสานผ่านหมอคนที่ 1 คือ อสม. หมอคนที่ 1 จะประสานหมอคนที่ 2 หมอสาธารณสุข และหมอคนที่ 2 ประสานต่อกับหมอคนที่ 3 ตามลำดับ

### 3.2 การประเมินความพึงพอใจ และความผูกพันของกลุ่มผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

พขอ.เบญจลักษณ์ ภายใต้การดำเนินงานของคณะอนุกรรมการและคณะทำงาน พขอ. ในประเด็นโรค NCDs ได้จัดเก็บข้อมูลความพึงพอใจของผู้รับบริการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผ่านการซักถามระหว่างการเข้ารับบริการ ในหน่วยบริการทุกแห่ง รวมถึงแผนการให้บริการโดย อสม. พบว่าผู้ป่วย ครอบครัว และประชาชนในพื้นที่ แสดงความคิดเห็นชื่นชม การทำงานอย่างเป็นระบบของคณะทำงาน โดยเฉพาะการจัดบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แยกจากคลินิกผู้ป่วยทั่วไป ทั้งใน รพ.เบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา และ รพ.สต.ทุกแห่ง เพื่อลดความแออัด ให้การบริการได้จำเพาะ รวดเร็ว มีแพทย์ทั่วไป แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งมีความเชี่ยวชาญให้การติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังได้รับคำแนะนำต่าง ๆ อย่างเป็นองค์รวมจากสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร ทันตกรรม โภชนากร นักกายภาพบำบัด และแพทย์แผนไทย แบบ one stop service

ทั้งนี้ทางคณะอนุกรรมการและคณะทำงาน พขอ. ในประเด็นโรค NCDs ได้มีแนวทางในการวางระบบการจัดเก็บข้อมูลที่เป็นรูปธรรม และนำเสนอต่อที่ประธานคณะกรรมการ พขอ. ในที่ประชุมคณะกรรมการฯ เพื่อนำมาทบทวน วิเคราะห์ ต่อไป

## หมวด 4

### การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ (Measurement, analysis and knowledge management)

#### 4.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการแก้ปัญหา และตอบสนองทันเวลา

##### 1. การจัดการในพื้นที่เพื่อเตรียมพื้นที่ให้พร้อม

1.1 การเตรียมทีมในพื้นที่ ประกอบด้วย ทีมสามหมอ คือ อสม.เครือข่ายในพื้นที่, หมออนามัย (เจ้าหน้าที่ รพ.สต.), หมอเวชศาสตร์ครอบครัว, ทีมสหวิชาชีพ รพ.เบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา, พขอ., อสค., ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และหรือความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคไตเรื้อรัง

1.2 การเตรียมความพร้อมของพื้นที่ เพื่อสร้างความเข้าใจกับชุมชน โดยจัดกิจกรรมการประชุมชี้แจง แก่ พขอ. พชต. เป็นการให้ข้อมูลสุขภาพประชาชนของ อ.เบญจลักษณ์ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แจกแจงรายละเอียดผู้ป่วยรายตำบล/หมู่บ้าน เพื่อกระตุ้นให้ พขอ./พชต. มีความรู้ ความเข้าใจ และสนับสนุนการแก้ไขปัญหา ร่วมกับทีมสามหมอ และสหวิชาชีพ เพื่อทำแผนเสนองบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบล ประชุมเพื่ออบรม อสม./อสค. เรื่องการปรุงอาหาร ที่รสหวาน มัน เค็ม น้อย และทักษะการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเปลี่ยนพฤติกรรมแบบสมัครใจ พร้อมติดตามประเมินผลการอบรม โดยคืนข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการแก่ พขอ., ผู้ดูแลผู้ป่วย และตัวผู้ป่วยเอง จำแนกเป็นรายหมู่บ้าน ตำบล เพื่อสร้างแรงจูงใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้เกิดการสร้างกระแสการกินอาหาร ลดหวาน มัน เค็ม และออกกำลังกาย เพื่อชะลอไตเสื่อม

2. กิจกรรมดำเนินการ โดยการประชุมวางแผนของคณะทำงาน จัดกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยทำกระบวนการกลุ่มการเรียนรู้ในชุมชนเพื่อให้ได้มาซึ่งกิจกรรมในการแก้ไขปัญหาในแต่ละประเด็น ขับเคลื่อนผ่านกลไก พขอ. การดำเนินงานหมู่บ้านลดเสี่ยงลดโรค CBI บูรณาการ 3 หมอ&หมู่บ้านยั่งยืน (Sustainable village:SV)



2.1 วิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพกิจกรรมระดมความคิด เสนอแนวทางและวิธีการแก้ไขปัญหาดูแลสุขภาพ ร่วมกัน โดยแสดงความคิดเห็นบนบัตรคำ และคำถามที่ใช้มีดังนี้

- คิดเห็นอย่างไรกับโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต
- วิธีการป้องกันโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิต
- การรับประทานอาหารที่เหมาะสม เมนูอาหารอะไรบ้างที่ลดโรค (เช่น เมนูนี้ปลาโซเดียมต่ำ ปลาย่างไม่โรยเกลือ เป็นต้น)
- การออกกำลังกายที่เหมาะสม วิธีใดบ้างที่ช่วยป้องกันการเกิดโรคเรื้อรัง
- วิธีการผ่อนคลายความเครียด
- วิธีเลิกสูบบุหรี่ และเลิกดื่มสุรา

#### กิจกรรมการ ทำแผนชุมชนร่วมกันในเวทีชุมชน

การจัดทำแผนการดำเนินงาน/แผนปฏิบัติการลดปัญหา NCD (โรคและพฤติกรรม) โดยวางแผน เชื่อมโยงทรัพยากร และ setting และมีการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติงานชุมชน



ประเด็นความคาดหวังของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ ไม่มีผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง หรือลดผู้ป่วยรายใหม่ให้น้อยที่สุด รวมทั้ง หากมีผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และจะทำอย่างไรให้มีการดูแลผู้ป่วยด้วยทางเลือกต่างๆที่ไม่ใช่แค่เพียงการรับประทานยา สำหรับประเด็นความต้องการของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ ให้ชุมชนรวมกลุ่มออกกำลังกาย โดยมีชุดเครื่องเสียงและสถานที่สำหรับทำกิจกรรม รวมทั้งตรวจระดับความเค็มของอาหาร จัดทำ

สวนสมุนไพร ผักปลอดสารพิษ และความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ และรู้จักจัดการความเครียดของตนเอง ลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ น้ำอัดลม เครื่องดื่มชูกำลัง

-กิจกรรมหมอดูเค็มน้อย โดยมีชุมชนต้นแบบซึ่งบูรณาการร่วมกับหมู่บ้านยั่งยืน โดยมีหมู่บ้านนำร่องที่ต่อยอดจากกิจกรรมบ้านสร้างเม็ก ในหน่วยบริการ รพ.สต.หนองฮาง อ.เบญจลักษ์ จ.ศรีสะเกษ ภายใต้กิจกรรม “หนองฮางโมเดล” ซึ่งเป็นโครงการที่จัดทำร่วมกับนักศึกษา วสส.อุบลราชธานี และมีการต่อยอดอีก 7 หมู่บ้านร่วมกับหมู่บ้านยั่งยืน โดยการดำเนินงานนี้ในส่วนของ คปสอ.เบญจลักษ์ ได้มีการสนับสนุนอุปกรณ์ในการตรวจหาปริมาณโซเดียมในอาหาร โดยการให้ หมอดูเค็ม (หมอคคนที่ 1 หรือ อสม. ทำการไปสุ่มตรวจอาหารของแต่ละบ้านเพื่อดูปริมาณโซเดียมในอาหาร เป็นการสุ่มตรวจโดยไม่ได้กำหนดว่าจะไปตรวจในช่วงมื้ออาหารใด)

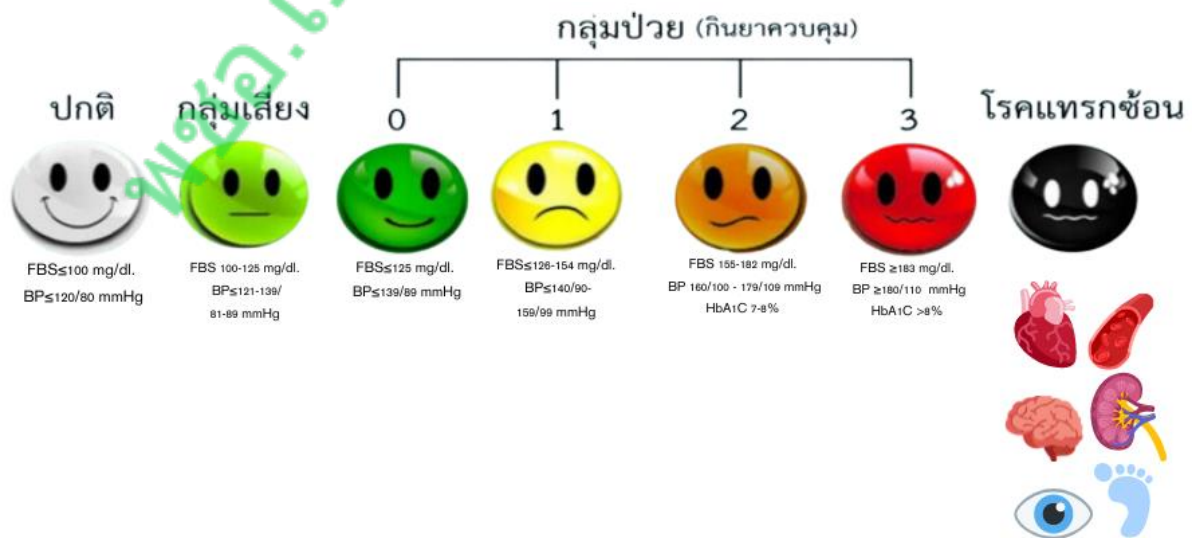
- ออกสุ่มตรวจปริมาณเกลือในอาหาร ที่ตลาดนัดชุมชน
- ให้บริการเจาะเลือดประจำปีผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน และใน รพ.สต.
- ออกเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ
- ให้บริการออกให้สุขศึกษาผ่านโครงการโรงเรียนเบาหวานเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอไตเสื่อม ในแต่ละ รพ.สต.ต่างๆ
- ออกสุ่มตรวจปริมาณเกลือในอาหาร ที่ตลาดนัดชุมชน
- จัดให้บริการคลินิกโรคชะลอไตเสื่อม ในโรงพยาบาล ทุกวันจันทร์/ กิจกรรมโรงเรียนเบาหวาน

การดำเนินงาน สบข.โมเดล กรณี “หนองฮางโมเดล”

#### หลักการ

1. Strengthening: 7 กลุ่มโรค NDC ด้วยมาตรการ “ป้องกันจรรยา 7 สี ด้วย 3อ.,3ลด”
  - 1.1 กลุ่มสีแดง ลด ให้เป็น ส้ม เหลือง เขียวเข้ม...ไม่กลายเป็น ดำ
  - 1.2 กลุ่มเขียวอ่อน ให้เป็น “สีขาว”.....ไม่เป็น เหลือง ส้ม แดง ดำ
  - 1.3 กลุ่มสีดำ ให้คงอยู่นานเท่านั้น (ไม่เสียชีวิต)

เฝ้าระวังด้วย “ป้องกันจรรยาชีวิต ๗ สี”





## กิจกรรมในการดำเนินการสำหรับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง



สำรวจภาวะสุขภาพ  
ของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป  
ครอบคลุมพื้นที่ชุมชนเป้าหมาย



แยกตะกร้าใส่สี โดยวิธีการวัดความดัน  
โลหิต และเจาะเลือดตรวจระดับน้ำตาลใน  
เลือด เพื่อคัดกรองภาวะสุขภาพของ  
ประชาชน



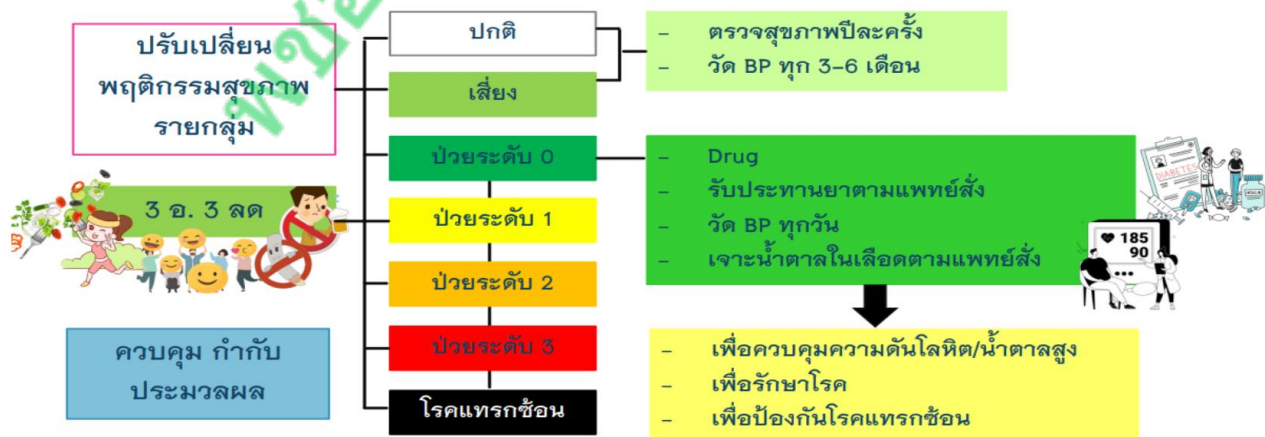
เมื่อได้กลุ่มปกติและกลุ่มและกลุ่ม  
ป่วยแล้ว ดำเนินการโดยการแยก  
กลุ่มเป้าหมายที่เป็นโรคเบาหวาน  
และโรคความดันโลหิตสูง

## ผลการเก็บข้อมูลหมู่บ้านเป้าหมาย

กลุ่ม	ป้องกัน 7 สี	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มปกติ	ขาว	470	73.32
กลุ่มเสี่ยง	เขียวอ่อน	142	22.15
กลุ่มป่วย	เขียว	2	0.31
	เหลือง	17	2.65
	ส้ม	2	0.31
	แดง	3	0.47
กลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน	ดำ	5	0.78

ระเบียนรายงาน รพ.สต.หนองฮาง เมื่อ มกราคม 2565

## การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยคัดกรองให้ผู้ป่วยแต่ละสี ให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น





ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยคัดกรองผู้ป่วยแต่ละสี ให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น		ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ รายกลุ่ม		3 อ. 3 ลด		ควบคุม กำกับ ประเมินผล		ป้องกัน 7 สี			
								จำนวน (ร้อยละ)	ความต้องการ ของชุมชน	ความคาดหวัง ของชุมชน	
ปกติ	ขาว	73.32	1.ไม่มีผู้ป่วยเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูงหรือ ลดผู้ป่วยรายใหม่ให้ น้อยที่สุด  2.หากมีผู้ป่วยเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยต้องได้รับการ ดูแลอย่างต่อเนื่อง  3.จะกำเริบอย่างไรให้มีการ ดูแลผู้ป่วยด้วยทาง ทางเลือกต่างๆ ที่ไม่ใช่ แค่เพียงการรับปรึกษา  1.ให้ชุมชนรวมกลุ่ม ออกกำลังกาย โดยมีชุด เครื่องเสียงและสถานที่ สำหรับทำกิจกรรม  2.ตรวจระดับความเค็ม ของอาหาร จัดทำสวน สมุนไพร ผักปลอดสารพิษ และความรู้เกี่ยวกับอาหาร เพื่อสุขภาพ  3.รู้จักจัดการความเครียด ของตนเอง  4.ลดการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ น้ำอัดลม เครื่องดื่มชูกำลัง								
เสี่ยง	เขียวอ่อน	22.15									
กินยาคุมอาหาร	เขียวเข้ม	0.31									
ป่วยระดับ 1	เหลือง	2.65									
ป่วยระดับ 2	ส้ม	0.31									
ป่วยระดับ 3	แดง	0.47									
โรคแทรกซ้อน	ดำ	0.78									

สถานะสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย (ผู้ป่วยสีดำ สีแดง สีส้ม) ที่ได้รับการติดตามความก้าวหน้าด้านสุขภาพ

Code Pt	สีป้องกัน ครั้งแรก	Intervention	ติดตามผลรอบ 6 เดือน			Γ/U ครั้งที่ 1 เดือนที่ 7			Γ/U ครั้งที่ 2 เดือนที่ 8		
			ความดันโลหิต	น้ำตาลในเลือด	BMI	ความดันโลหิต	น้ำตาลในเลือด	BMI	ความดันโลหิต	น้ำตาลในเลือด	BMI
1	ปกติ		ปกติ	ปกติ	Over	ปกติ	ปกติ	Over	ปกติ	ปกติ	Over
2	ป่วย ระดับ1		ปกติ	ปกติ	อันตราย	เสี่ยง	ป่วย ระดับ1	อันตราย	เสี่ยง	ป่วย ระดับ1	Over
16	ป่วย ระดับ1		ป่วย ระดับ1	ป่วย ระดับ1	ปกติ	เสี่ยง	ป่วย ระดับ1	ปกติ	เสี่ยง	ป่วย ระดับ1	ปกติ
34	ป่วย ระดับ1		เสี่ยง	ปกติ	ปกติ	ป่วย ระดับ1	ปกติ	ปกติ	ป่วย ระดับ1	ปกติ	ปกติ
39	เสี่ยง		ป่วย ระดับ1	ปกติ	ปกติ	เสี่ยง	ป่วย ระดับ2	ปกติ	เสี่ยง	ป่วย ระดับ2	ปกติ
47	ป่วย ระดับ1		ปกติ	Over	Over	เสี่ยง	ปกติ	Over	เสี่ยง	ปกติ	Over
49	ป่วย ระดับ2		ป่วย ระดับ1	Over	Over	ป่วย ระดับ2	ป่วย ระดับ1	ปกติ	ป่วย ระดับ2	ป่วย ระดับ1	ปกติ
69	ป่วยคุมอาหาร		ป่วย ระดับ2	โรคอ้วน	โรคอ้วน	ป่วย ระดับ1	ป่วย ระดับ2	โรคอ้วน	ป่วย ระดับ1	ป่วย ระดับ2	โรคอ้วน
97	1.Self help groups		เสี่ยง	เสี่ยง	Over	เสี่ยง	เสี่ยง	Over	เสี่ยง	เสี่ยง	Over
103	จำนวน 6 เดือนๆ ละ 1 ครั้ง		ปกติ	ป่วย ระดับ1	ปกติ	เสี่ยง	ป่วย ระดับ1	ปกติ	เสี่ยง	ป่วย ระดับ1	ปกติ
112	2.Home visit		เสี่ยง	ป่วย ระดับ2	Over	เสี่ยง	ป่วย ระดับ2	Over	เสี่ยง	ป่วย ระดับ1	Over
119	เดือนที่ 6,7,8		ปกติ	ป่วย ระดับ2	ปกติ	ปกติ	เสี่ยง	Over	ปกติ	เสี่ยง	Over
137	3.Empowerment		ป่วย ระดับ1	ป่วย ระดับ1	ปกติ	ป่วย ระดับ1	ป่วย ระดับ2	ปกติ	ป่วย ระดับ1	ป่วย ระดับ1	ปกติ
147	เดือนที่ 6,7		ป่วย ระดับ1	ปกติ	ปกติ	ป่วย ระดับ1	ปกติ	ปกติ	ป่วย ระดับ1	ปกติ	ปกติ
156			เสี่ยง	ปกติ	โรคอ้วน	เสี่ยง	ปกติ	โรคอ้วน	เสี่ยง	ปกติ	โรคอ้วน
158			เสี่ยง	ปกติ	Over	เสี่ยง	ปกติ	Over	เสี่ยง	ปกติ	Over
166			ป่วย ระดับ2	ป่วยคุมอาหาร	ปกติ	ป่วย ระดับ2	ป่วยคุมอาหาร	ปกติ	ป่วย ระดับ2	ป่วยคุมอาหาร	ปกติ
179			ป่วย ระดับ1	ปกติ	โรคอ้วน	ป่วย ระดับ1	ปกติ	โรคอ้วน	ป่วย ระดับ1	ปกติ	โรคอ้วน
181			เสี่ยง	ป่วย ระดับ2	ปกติ	เสี่ยง	ป่วย ระดับ1	ปกติ	เสี่ยง	ป่วย ระดับ1	ปกติ
315			ป่วย ระดับ1	ปกติ	ปกติ	ป่วย ระดับ1	ปกติ	ปกติ	ป่วย ระดับ1	ปกติ	ปกติ
327			ปกติ	ปกติ	โรคอ้วน	ปกติ	ปกติ	โรคอ้วน	ปกติ	ปกติ	โรคอ้วน
971			ป่วย ระดับ1	ปกติ	ปกติ	ป่วย ระดับ1	ปกติ	ปกติ	ป่วย ระดับ1	ปกติ	ปกติ



3.M&E และปรับปรุง แผนการดำเนินงาน ผ่าน กลไก พขอ.และคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCD Board) อำเภอบางละมุง



### หมวด 5 การมุ่งเน้นบุคลากร (Workforce focus)

5.1 แผนพัฒนาบุคลากรและทีมงานเครือข่ายเพื่อสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ คณะกรรมการ พขอ. อำเภอบางละมุง ได้ดำเนินการพัฒนาบุคลากร และทีมงานเครือข่ายอำเภอ เพื่อสนับสนุนระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและกลุ่มเสี่ยง โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางละมุงเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ร่วมกับ สาธารณสุขอำเภอบางละมุง ร่วมวางแผนขับเคลื่อนการให้บริการ โดยวางแผนทาง CPG ของเครือข่ายสุขภาพอำเภอบางละมุง ไว้อย่างครอบคลุม มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 2 ท่านเป็นแพทย์ให้คำปรึกษา ระดับปฐมภูมิและชุมชน แพทย์ทั่วไปพลัดเปลี่ยนออกตรวจรักษา ให้คำแนะนำในคลินิก NCDs โดยมีสหสาขาวิชาชีพทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม ทั้งนี้การดำเนินการ ที่ผ่านมาได้พัฒนาศักยภาพให้กับบุคลากรในคณะทำงาน ดังนี้

1) การจัดเตรียมระบบสนับสนุนบริการ และพัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยส่งพยาบาลวิชาชีพ อบรม FNP ทุก รพ.สต.

2) อบรมฟื้นฟูศักยภาพของ อสม. เพื่อเพิ่มทักษะความรู้ต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับ หมอคนที่ 1 (อสม.) อาทิ เช่น เรื่อง การใช้เครื่องมือตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว(DTX) การใช้เครื่องมือวัดความเค็มในอาหาร การใช้ยาที่ถูกต้อง การเยี่ยมบ้าน ผ่าน Application google form เป็นต้น เพื่อการดูแลผู้ป่วย ติดตามอาการป่วย



## หมวด 6 มุ่งเน้นระบบการปฏิบัติการ (Operational focus)

### 6.1 กระบวนการทำงานที่เชื่อมโยงตั้งแต่ต้นจนจบ เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเบญจลักษ์ ได้มีแนวทางการวิเคราะห์ขั้นตอนโดยเชื่อมโยงตั้งแต่ต้นจนจบกระบวนการทำงานเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในประเด็น เรื่อง NCDs ให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดร่วมกันไว้ คือ การสร้างระบบภาคีเครือข่ายในการดำเนินการ และพัฒนาระบบบริการประชาชน โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมและพัฒนาบริการประชาชนสะดวกรวดเร็วและมีคุณภาพ โดยได้จัดตั้งทีมและมีคำสั่งทั้ง พขอ. และ พชต. ครอบคลุมทั้งอำเภอ ทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐบาลภาคเอกชน และภาคประชาชนและได้ให้คณะกรรมการมาร่วมวิเคราะห์คุณภาพชีวิต และคืนข้อมูลสู่ภาวะในชุมชนจนเกิดเป็นธรรมนูญสุขภาพ โดยมีการประชุม/ชี้แจงคณะกรรมการระดับอำเภอ/คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและคืนข้อมูล สภาวะสุขภาพ, การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของประชาชนอำเภอเบญจลักษ์ เพื่อให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) รับทราบปัญหาและร่วมวางแผนในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาของประชาชน สร้างความเข้าใจร่วมกับชุมชนโดยเริ่มจากการค้นหาและยอมรับปัญหาจากทีมสหวิชาชีพและชุมชน การคืนข้อมูล “สุขภาพในชุมชน” เพื่อให้ พขอ./พชต. มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถสนับสนุนการแก้ไขปัญหาพร้อมกับทีม 3 หมอ

### 6.2 การสร้างนวัตกรรมในการปรับปรุงผลผลิตกระบวนการและบริการ

กิจกรรม "ชุมชนเบญจลักษ์สุขภาพดีวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs" การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน : ชุมชนลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (CBI NCDs) โดยการดำเนินงานควบคู่ไปกับหมู่บ้านยั่งยืน (Sustainable village:SV) "ปี 67-67 หมู่บ้าน พัฒนาอย่างยั่งยืนที่เบญจลักษ์" โดยหมู่บ้านต้นแบบดำเนินการพัฒนาบ้านตนเอง ตามหลัก 8 ประการ ประกอบด้วย ด้านความมั่นคงด้านที่อยู่อาศัย ด้านความมั่นคงทางอาหาร ด้านความสะอาด ด้านความสามัคคี ด้านความร่วมมือ ด้านการปฏิบัติตามหลักศาสนา ประเพณี วัฒนธรรม ด้านความมั่นคงปลอดภัย ด้านการมีน้ำสะอาดสำหรับใช้ในการอุปโภคและบริโภค มีการปลูกพืชผักสวนครัวแบบปลอดสารไว้บริโภคในครัวเรือน เป็นกิจกรรมที่สืบเนื่องจากการแก้ปัญหาสุขภาพที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของแต่ละชุมชน ตั้งแต่ปี 2565 จนถึงปัจจุบันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ได้ร่วมสะท้อนและวิเคราะห์ปัญหาคุณภาพชีวิตของประชาชนแต่ละชุมชน เกิดการวางแผนแก้ไขปัญหา จนได้ข้อสรุปประเด็นปัญหาที่สำคัญในแต่ละปี นำไปสู่การวางแผนยุทธศาสตร์ของอำเภอเบญจลักษ์



## หมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ (Results)

### 7.1 ความสำเร็จของการเป็นต้นแบบ หรือแบบอย่างที่ดีเชื่อมโยงหมวด 1



คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต(พชอ.) เบญจักษ์ เข้ารับเกียรติบัตรชื่นชมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ./พชข.) ปีงบประมาณ 2565 จาก นพ.โอภาส การย์กวินพงศ์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข นายชัยวัฒน์ ชื่นโกสุม รองปลัดกระทรวงมหาดไทย จัดโดยกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(สรพ.) องค์การมหาชน ในงาน HA forum ครั้งที่ 23 ณ ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

7.2 ความสำเร็จของการสร้างผลผลิต (Outputs) ของโครงการเชื่อมโยงกับการลดโรค ลดภัยสุขภาพ  
เชื่อมโยงหมวด 2

**1. KPI โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ปี 2566**

ที่	กิจกรรม	เป้าหมาย	ระยะเวลาในการ
1	DM Screen HT Screen ใน ปชช. 35 ปีขึ้นไป	90 %	ไตรมาสที่ 2
2	การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย DM การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย HT	70 % 80 %	ภายใน 180 วัน หลังพบความเสี่ยง
3	ร้อยละของผู้ที่มีค่า SBP $\geq$ 180 มม.ปรอท และ/หรือ ค่า DBP $\geq$ 110 มม.ปรอท จากการคัดกรอง ได้รับการวินิจฉัยความดันโลหิต		
4	ผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาล ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันได้	40 % (ทำท่าย 60 %) 60 % (ทำท่าย 80 %)	
5	ทุกสถานบริการมี Health Station อย่างน้อย 1 หมู่บ้าน	277 แห่ง	

3. ร้อยละของผู้ที่มีค่า SBP  $\geq$  180 มม.ปรอท และ/หรือ ค่า DBP  $\geq$  110 มม.ปรอท จากการคัดกรอง ได้รับการวินิจฉัยความดันโลหิต

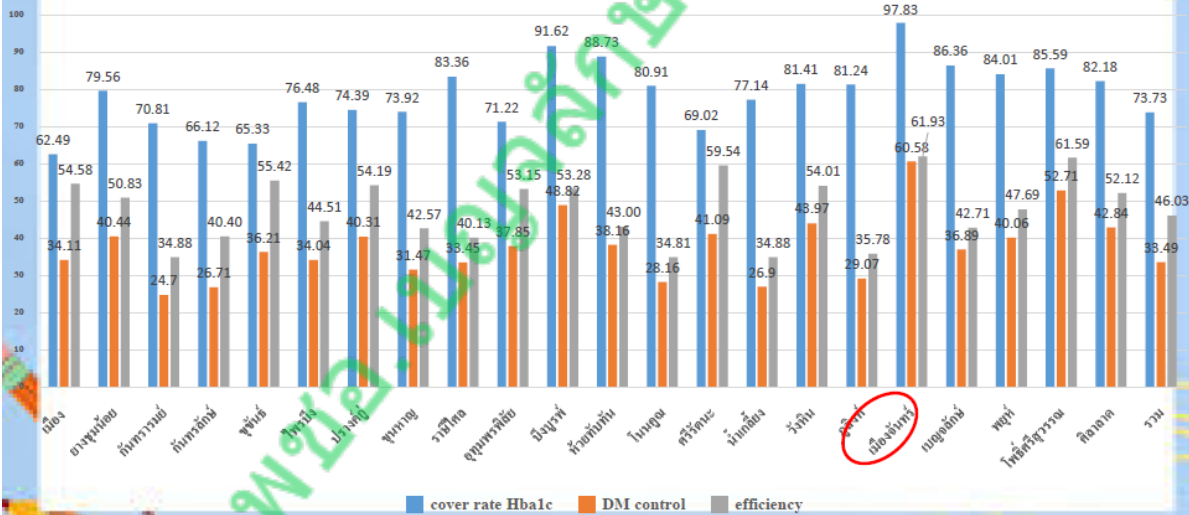
อำเภอ	จากการคัดกรองในชุมชนทั้งหมด(คน)(D)	ได้รับการวัดซ้ำที่สถานบริการสาธารณสุข(คน)(C)	ได้รับการวัดซ้ำแล้วยังมีค่าความดันโลหิต SBP $\geq$ 180 และ/หรือ DBP $\geq$ 110 มม.ปรอท(B)	ได้รับการวินิจฉัย(คน)(A)	ร้อยละ [A/B]x100
	หมอกันที่ 1	หมอกันที่ 2		หมอกันที่ 3	
ห้วยทับทัน	48	48	44	8	18.18
โนนคูณ	5	5	5	0	0
ศรีรัตนะ	21	21	17	0	0
น้ำเกลี้ยง	15	15	15	6	40
วังหิน	49	48	46	12	26.09
ภูสิงห์	89	89	87	22	25.29
เมืองจันทร์	22	22	22	3	13.64
เบญจลักษ์	15	15	13	2	15.38
พยุห์	41	41	41	7	17.07
โพธิ์ศรีสุวรรณ	10	10	10	2	20
ศิลาลาด	32	32	32	1	3.13
รวม	1,113	1,107	1,079	164	15.20

## มุ่งเป้าการควบคุมระดับน้ำตาลร้อยละ ๖๐ หรือเพิ่มการควบคุมระดับน้ำตาล (Hba1c)

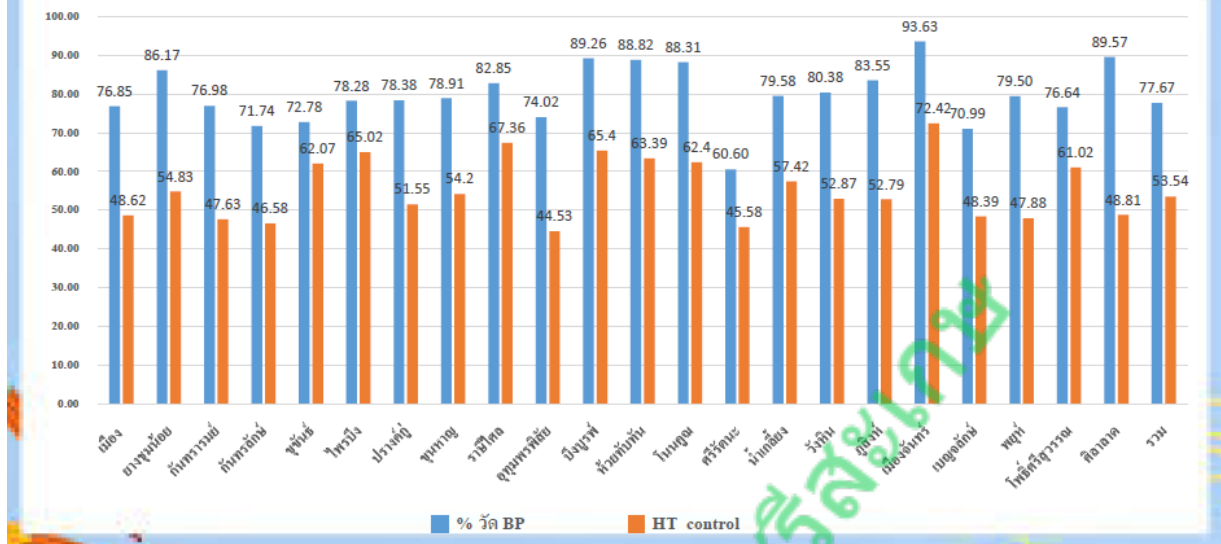
ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ๑๐ เปอร์เซ็นต์ จากปี ๒๕๖๕

ที่	อำเภอ	DM Total	DM Cotroll 60 %	DM Control ปี 2566	เพิ่ม ปี 2566
1	เมือง	6,720	4,032.00	2,292	1,740
2	บางขุนห้อย	1,810	1,086.00	732	354
3	กันทรารมย์	5,762	3,458.00	1,423	2,035
4	กันทรลักษ์	9,242	5,546.00	2,469	3,077
5	สุขสำราญ	4,546	2,728.00	1,646	1,082
6	โพธิ์ประทับ	1,454	873.00	495	378
7	ปรางค์กู่	2,565	1,539.00	1,034	505
8	ขุนหาญ	4,245	2,547.00	1,336	1,211
9	ราษีไศล	4,266	2,560.00	1,427	1,133
10	อุทุมพรพิสัย	5,125	3,075.00	1,940	1,135
11	บึงบูรพ์	549	330.00	268	62
12	ห้วยทับทัน	1,562	938.00	596	342
13	โนนคูณ	2,425	1,455.00	683	772
14	ศรีรัตนะ	2,195	1,317.00	902	415
15	น้ำเกลี้ยง	2,100	1,260.00	565	695
16	วังหิน	1,533	920.00	674	246
17	คูสิงห์	1,775	1,065.00	516	549
18	เมืองจันทร์	690	414.00	418	-4
19	บึงจอก	2,177	1,307.00	803	504
20	พยุห์	1,570	942.00	629	313
21	โพธิ์ศรีสุวรรณ	958	575.00	505	70
22	ศิลาลาด	1,347	809.00	577	232
23	รวม	64,616	38,776	21,930	16,846

## 4. ร้อยละ DM Control จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2566 (เป้า 40 % ท้าทาย 60 %)



#### 4.ร้อยละ DM Control จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2566 (เป้า 60 % ทำหาย 80 % )



#### 7.3 การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีทัศนคติ และความรู้อีกต่อโครงการ

จากการดำเนินงานตามแนวทางปฏิบัติที่มุ่งเน้นประชาชน ในประเด็นโรค NCDs โดยคณะกรรมการ พขอ.อำเภอเบญจลักษณ์ พบว่าได้ดำเนินการให้เกิดการนำข้อมูลและสารสนเทศที่ทันสมัยรวดเร็วเข้ามาให้บริการ ประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้เป็นอย่างดี ได้แก่

(1) มีการจัดให้บริการผู้ป่วยด้วย Telemedicine ในพื้นที่ ลดการเดินทาง ลดค่าใช้จ่าย เพิ่มระยะเวลา การประกอบอาชีพ ไม่สูญเสียรายได้รายวัน ลดความแออัดจากการรอคอย

(2) จัดทำระบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) อย่างเป็นรูปธรรม รองรับการให้บริการผู้ป่วยที่มีความพร้อมและเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยตามแนวทาง ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2565

(3) ประสบความสำเร็จในการใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อเผยแพร่กิจกรรม และองค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ โดยเฉพาะเรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยสามารถรับรู้ข่าวสารได้ทันสมัย และสามารถติดต่อ สอบถามกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องผ่านระบบออนไลน์ได้สะดวกขึ้น ทำให้ได้รับเสียงตอบรับจากประชาชนที่ได้ ติดตามทาง facebook ที่เกี่ยวข้อง มีความพึงพอใจเป็นอย่างมาก

#### 7.4 ผลผลิต ผลลัพธ์ และความยั่งยืน บทเรียนที่ได้รับจากการดำเนินโครงการฯเชื่อมโยงหมวด 4

ผลจากการดำเนินงานชุมชนลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง CBI,NCD บูรณาการ 3 หมอ&หมู่บ้านยั่งยืน (Sustainable village:SV) สร้างความมั่นคงด้านอาหารและด้านสุขภาพ ดังนี้

1. ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ในพื้นที่ได้รับการตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
2. ได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายในชุมชน ในการดูแลสุขภาพประชาชนร่วมกัน
3. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม
4. อัตราผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง
5. เกิดต้นแบบบุคคลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีชุมชนต้นแบบ “ชุมชนไร้พุง” จำนวน 14 หมู่บ้าน

## 7.5 ความสำเร็จของการดำเนินงานด้านการพัฒนาบุคลากร เชื่อมโยงหมวด 5

นายอำเภอเบญจลักษ์ ประธานคณะกรรมการ พขอ. เป็นผู้นำในการดูแลสุขภาพมาอย่างต่อเนื่อง โดยการจัดให้มีการแข่งขันกีฬาและส่งเสริมให้ข้าราชการ ภาครัฐ เอกชน มีส่วนร่วมในการกิจกรรมเป็นประจำทุกปี และจากการที่คณะกรรมการ พขอ. โดยคณะอนุกรรมการและคณะทำงาน พขอ. ประเด็นเรื่อง NCDs ได้ส่งเสริมให้มีการพัฒนาบุคลากรให้มีความพร้อมในการส่งเสริม ป้องกันดูแล รักษาประชาชน

## 7.6 ความสำเร็จของการดำเนินงานที่สามารถลดขั้นตอนการดำเนินงาน และสร้างนวัตกรรม

สร้างกลุ่ม Application Line เพื่อเป็นเครื่องมือในการสื่อสาร และส่งข้อมูลต่างๆ ระหว่าง หมอคนที่1 หมอคนที่2 และ หมอคนที่3 โดยให้ หมอที่ 1 (อสม.) ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง และผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงตามที่ได้รับมอบหมายจากทาง หมอที่2 และ หมอที่3 หรือ อสม.รายงานอาการต่างๆ ทั้ง พฤติกรรม อาหาร การใช้จ่าย ในเขตพื้นที่ของตนเองให้กับทีม 3หมอทราบ รวมถึงผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือ หรือมีความประสงค์ให้ทีม 3 หมอ ลงพื้นที่ไปเยี่ยมบ้านของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีการบริการสาธารณสุขทางไกลในชุมชน (Telehealth/Telemedicine) ในกรณีที่พบความผิดปกติของผู้ป่วยที่มารับบริการที่ รพ.สต.

## 7.7 ความสำเร็จของโครงการฯ ที่บรรลุผลลัพธ์ (Outcomes) ที่ต้องการ ซึ่งสะท้อนถึงสิ่งที่คุณชนได้รับการแก้ปัญหาต่อโรคและภัยสุขภาพ

เกิดยุทธศาสตร์ของอำเภอเบญจลักษ์ ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์ที่มาจากปัญหาที่แท้จริงและมาจากทุกภาคส่วน มองคุณภาพชีวิตคนอำเภอเบญจลักษ์ การวางแผนแก้ไขปัญหา กิจกรรมได้มาจากประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประชาชนรู้สึกเป็นเจ้าของ เป็นผู้มีบทบาทในการวางแผน /ดำเนินการเอง เพื่อความยั่งยืนและความภาคภูมิใจ ปัญหาด้านสุขภาพ ด้านคุณภาพชีวิตไม่ได้อยู่ที่ส่วนสาธารณสุขเพียงฝ่ายเดียว ไม่ใช่หน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประชาชนและภาคีเครือข่าย ต้องร่วมมือในการแก้ปัญหาร่วมกัน เพราะปัญหาด้านสุขภาพโดยเฉพาะโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นทุกปี จึงจำเป็นต้องมีการร่วมมือจากประชาชนและภาคีเครือข่ายอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

จากการจัดทำยุทธศาสตร์อำเภอการพัฒนาศักยภาพ พขอ/พขอ.ทำให้เกิดการเรียนรู้กระบวนการทำงาน ในระดับอำเภอและระดับตำบล เรียนรู้กระบวนการที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ ในการที่จะให้ประชาชนและภาคีเครือข่าย เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองรวมทั้งสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ด้านสาธารณสุข คำนึงข้อมูลให้กับ พขอ.เพื่อให้ พขอ.รับทราบข้อมูลและร่วมแก้ปัญหาเช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง การรณรงค์การออกกำลังกายชุมชนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย การส่งเสริมการปรุงอาหารที่ลดหวาน มัน เค็ม ในประชาชนกลุ่มป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง