



การดำเนินงาน NCD Clinic Plus

โรงพยาบาลห้วยยอด

และเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง



22 มีนาคม 2564

ณ ห้องพนารัตน์ ชั้น 3 โรงแรมสยามออเรียนทัล อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

โดย...นายปิยวิทย์ เนกขพัฒน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยยอด
นางจารุมน ลัคนาวีวัฒน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ข้อมูลทั่วไปของอำเภอห้วยยอด

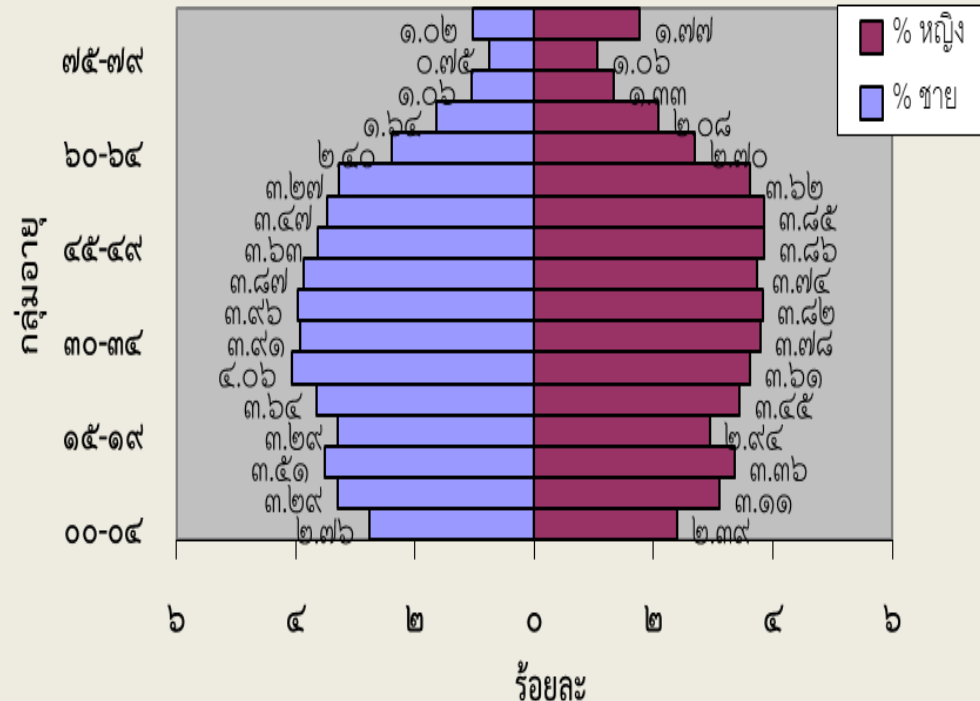
พื้นที่ 773.77 ตารางกิโลเมตร



16 ตำบล 133 หมู่บ้าน
13 ชุมชน 5 เทศบาล
14 อบต.

33,367 หลังคาเรือน
ประชากร 94,580 คน
ชาย 46,844 คน หญิง 47,736 คน

ปิรามิดประชากร อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง



โครงสร้างการบริหารสถานบริการเครือข่ายสุขภาพ

Secondary

โรงพยาบาลห้วยยอด ขนาด 90 เตียง (M2)



นายปิยวิทย์ เนกขพัฒน์
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยยอด

1 รพช.



นางสุนิทยางศ์ยงศิลป์
หัวหน้ากลุ่มงานด้านบริการ
ปฐมภูมิและองค์รวม

1 ศสช.

ดูแลโรงพยาบาลลูกข่าย 2 แห่ง รพ.รัชฎา/รพ.วังวิเศษ (F2)

Primary

สำนักงานสาธารณสุข
อำเภอห้วยยอด



นายอุดม ใสเพ็ญ
สาธารณสุขอำเภอห้วยยอด

20 รพ.สต.

1 กองสาธารณสุขเทศบาลตำบล

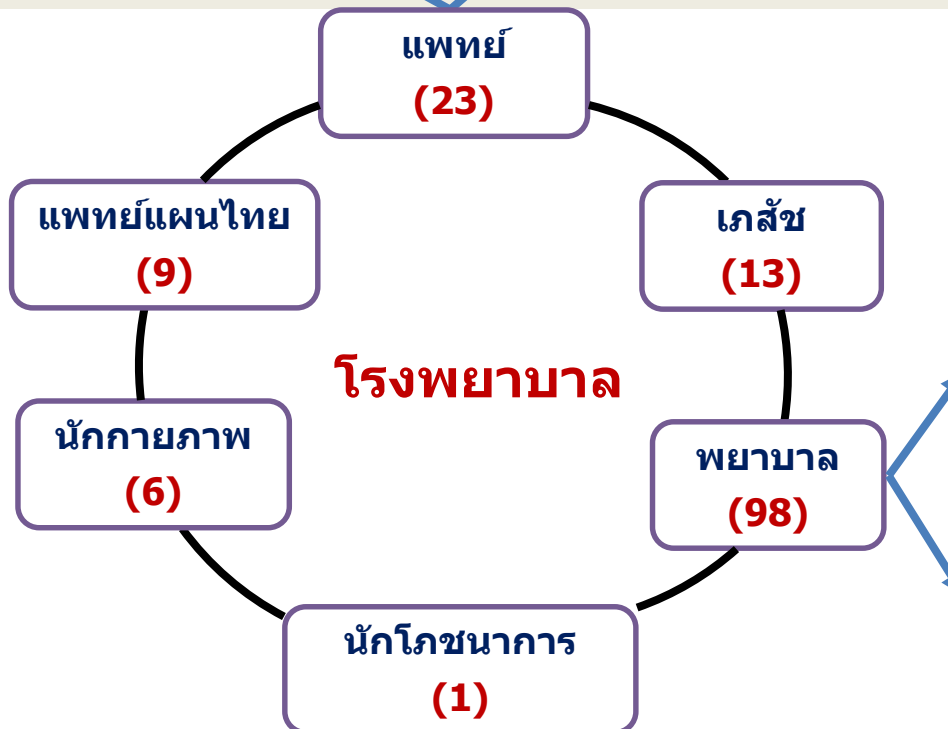
บุคลากรสถานบริการเครือข่ายสุขภาพ

- อายุรแพทย์ 2 คน
- ศัลยแพทย์ 1 คน
- แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 4 คน
(Part time 1 คน/ฝึกหัด 3 คน)
- ออร์โทปิดิกส์ 2 คน
- สูติแพทย์ 3 คน/-แพทย์ใช้ทุน 8 คน
- เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1 คน/-วิสัญญีแพทย์ 2 คน



ช่วยทีมหลัก
ในรพ.สต.

รพ.มีการจัดกำลัง
ทีมเสริม



- SM&CM DM&HT รพ.2คน/สสอ.1 คน
- CM DM&HT รพ.สต.3 คน
- Mini DM&HTรพ.3 คน/รพ.สต.8 คน
- CM CAPD 2 คน
- CM HD 2 คน
- CM COPD 1 คน



สถานะสุขภาพและปัญหาสาธารณสุข

สถิติงานบริการ เปรียบเทียบ ปีพ.ศ. 2559 - 2564

กิจกรรมบริการ	ปีงบประมาณ					
	2559	2560	2561	2562	2563	2564 (ต.ค.63-ธ.ค.63)
ผู้มารับบริการ ทุกประเภท (ครั้ง)	209,830	217,704	221,539	236,451	219,172	59,669
เฉลี่ยต่อวัน	736	764	777	830	766	829
ผู้ป่วยนอก (ครั้ง)	195,255	203,334	192,122	216,093	184,347	53,029
เฉลี่ยต่อวัน	685	713	674	758	646	737
ผู้ป่วยใน (ครั้ง)	11,127	11,193	11,445	12,344	10,743	2,746
เฉลี่ยต่อวัน	82	84	81	90	84	86
อัตราการ ครองเตียง	90	94.44	90.03	100.01	93.01	96.1



5 อันดับโรคผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน โรงพยาบาลห้วยยอด เปรียบเทียบ ปีพ.ศ. 2559 – 2564

ผู้ป่วยนอก

อันดับ	2559	2560	2561	2562	2563	2564 (ค.ศ.63-ค.ศ.63)
1	ความดันโลหิตสูง	ความดันโลหิตสูง	ความดันโลหิตสูง	ความดันโลหิตสูง	ความดันโลหิตสูง	ความดันโลหิตสูง
2	เบาหวาน	เบาหวาน	เบาหวาน	เบาหวาน	เบาหวาน	เบาหวาน
3	ไตวายเรื้อรัง	ไตวายเรื้อรัง	ไตวายเรื้อรัง	ไตวายเรื้อรัง	ไตวายเรื้อรัง	ไตวายเรื้อรัง
4	ไข้ไม่ทราบสาเหตุ	ไข้หวัด	ไข้ไม่ทราบสาเหตุ	ไข้ไม่ทราบสาเหตุ	ไข้ไม่ทราบสาเหตุ	ไข้ไม่ทราบสาเหตุ
5	ไข้หวัด	ปวดหลัง	ไข้หวัด	ปวดหลัง	ปวดหลัง	ปวดหลัง

ผู้ป่วยใน

อันดับ	2559	2560	2561	2562	2563	2564 (ต.ค.63-ธ.ค.63)
1	อุจจาระร่วง	อุจจาระร่วง	อุจจาระร่วง	อุจจาระร่วง	อุจจาระร่วง	อุจจาระร่วง
2	ไข้มัทรบสภเสด	ปอดบวม	ปอดอดกัันเรื้อรัง	ไข้เลื้อดอดอก	ไข้เลื้อดอดอก	ปอดอดกัันเรื้อรัง
3	ปอดบวม	ไข้มัทรบสภเสด	หลอดลมหักเสบ	ปอดบวม	ปอดอดกัันเรื้อรัง	หลอดลมหักเสบ
4	ปอดอดกัันเรื้อรัง	กระเพะอาหาร	ไข้เลื้อดอดอก	ปอดอดกัันเรื้อรัง	ปอดบวม	ศีรชะไ้ร้บบาดเจ็บ
5	กระเพะอาหาร	หลอดลมหักเสบ	ปอดบวม	หลอดลมหักเสบ	หลอดลมหักเสบ	หั่วใจลั้มเหลว

กลุ่ม	ปี2561	ปี2562	ปี2563	2564 ณ 13/3/64
ผู้ป่วย DM	3,578	3,782	3,984	4,063
ผู้ป่วย HT	8,941	9,663	10,197	10,276
คัดกรอง DM	97.66%	95.55%	97.13%	95.93
ปกติ	90.58	91.09	93.00	92.78
เสี่ยง	8.06	7.87	6.21	6.35
สงสัยป่วย	1.11	0.68	0.37	0.50
คัดกรองHT	98.26	96.02	97.88	97.25
ปกติ	67.28	67.18	90.97	86.98
เสี่ยง	26.99	28.75	5.89	7.80
สงสัยป่วย	5.59	3.97	2.96	4.80
รายใหม่ DM	495คน 523.42/แสนประชากร	382คน 403.66/แสนประชากร	374คน 395.43/แสนประชากร	215คน
รายใหม่ HT	1116คน 1,180.08/แสนประชากร	935คน 988.03/แสนประชากร	966คน 1,021.36/แสนประชากร	512คน
รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงDM	42คน (1.87%)	46คน (1.74%)	44คน (1.70%)	28คน (1.22%)
รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงHT	132คน (4.23%)	131คน (3.16%)	16คน (2.38%)	58คน (1.41%)

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง)

กลุ่ม	ปี2561	ปี2562	ปี2563	2564 ณ 13/3/64
DMขึ้นทะเบียนและรักษาในพื้นที่	2,618คน (73.17%)	3,533คน (93.42%)	3,314คน (83.18%)	2,819คน (66.99%)
HTขึ้นทะเบียนและรักษาในพื้นที่	4,614คน (51.60%)	8,895คน (92.05%)	7,889คน (77.37%)	6,064คน (54.55%)
DM&HTเป็นโรคไตรายใหม่	NA	NA	251 คน	35 คน
DM มีภาวะแทรกซ้อนทางตา	NA	NA	185 คน	134 คน
DM มีภาวะแทรกซ้อนทางเท้า	NA	NA	48 คน	36 คน
DM ตัดนิ้วเท้า /เท้า	1	0	0 คน	0 คน

โรงพยาบาลห้วยยอด(M2) เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย..
รองรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลรัฐฯและโรงพยาบาลวังวิเศษ(F2)

เช่น ผู้ป่วย CKD ส่งมาพบอายุรแพทย์
ผู้ป่วย DM foot c PAD ส่งมาพบแพทย์ศัลยกรรม

(โรงงานชาเทียมพระราชทาน)
งานผลิตชาเทียมและตัดแต่งรองเท้าผู้ป่วยเบาหวาน

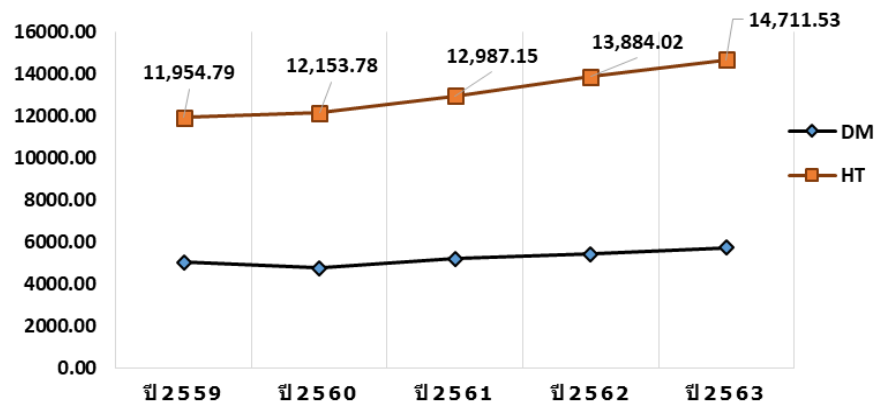


สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 4 โรค

อัตราป่วย อัตราตายต่อแสนประชากร ปี พ.ศ. 2559 – 2563

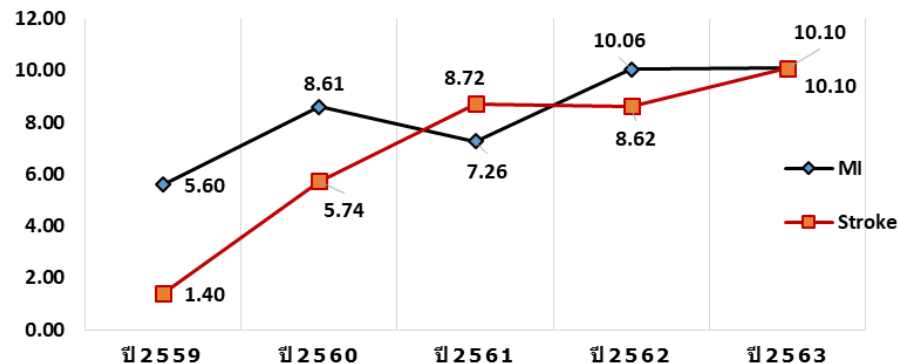
อัตราป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ต่อแสนประชากร



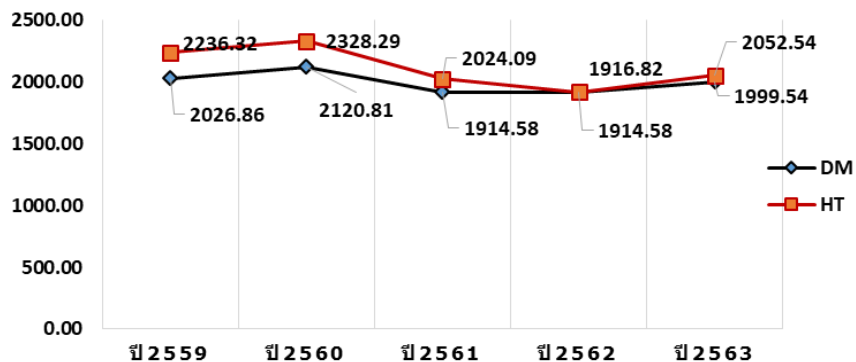
อัตราป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง

ต่อแสนประชากร



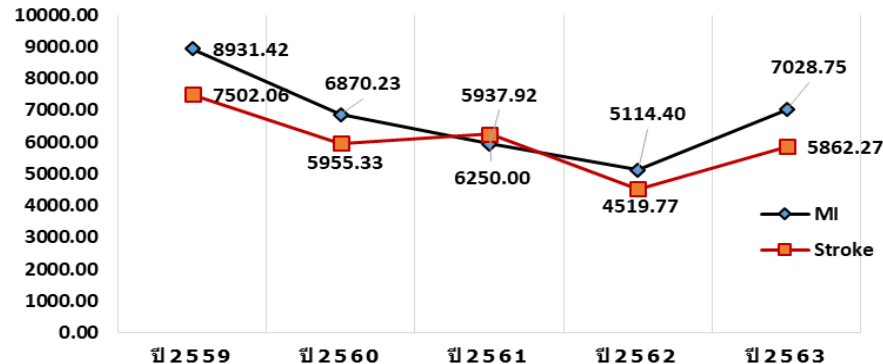
อัตราตายโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ต่อแสนประชากร



อัตราตายโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง

ต่อแสนประชากร



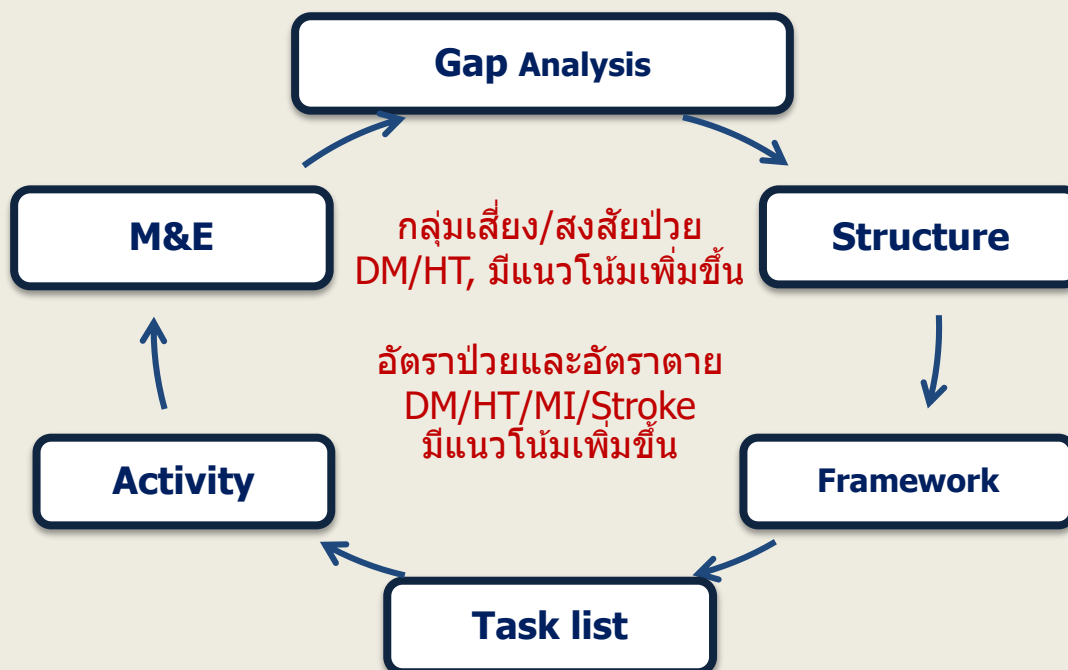
แนวโน้มทั้งอัตราป่วยและอัตราตายเพิ่มขึ้นทุกโรค

การดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง)

จากสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง



ได้นำแนวคิด Six Auditing Block : SAB
มาใช้ในการวิเคราะห์งานด้านการป้องกันและควบคุมโรค

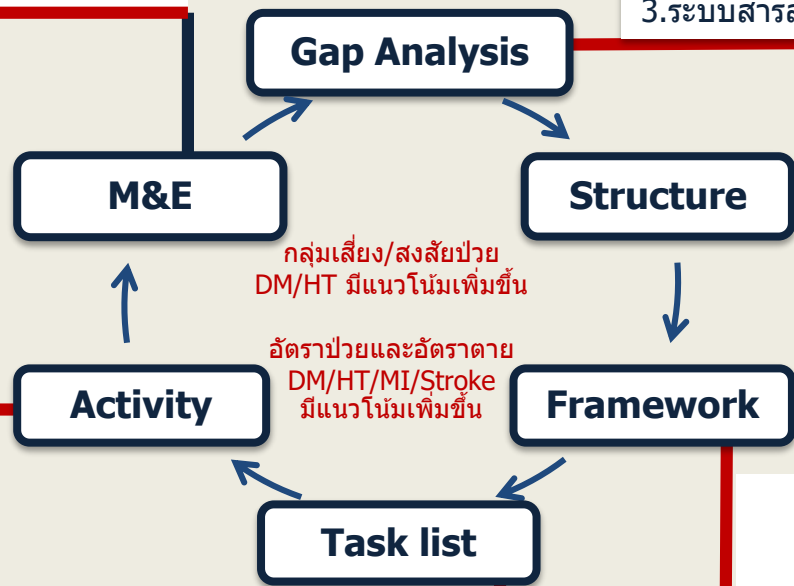


โดยการนำแนวคิด Six Auditing Block : SAB มาใช้ในการวิเคราะห์งานด้านการป้องกันและควบคุมโรค

1. การนิเทศติดตาม
ทุก 1-3 เดือน
2. เวลาที่แลกเปลี่ยน
3. การคืนกลับข้อมูล
4. บุคคลต้นแบบ
5. ผลลัพธ์การ
ดำเนินงาน

1. การเข้าถึงบริการของผู้ป่วย
2. รูปแบบการจัดคลินิกบริการ
- ในโรงพยาบาล
- ในรพ.สต.
3. ระบบสารสนเทศ

1. การจัดทำ CPG
2. การคัดกรองเชิงรุก
3. Self care
4. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
ในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย
5. ขับเคลื่อนการดำเนินงาน
ร่วมกับภาคีเครือข่าย
6. การผลิตต่อสม. /
อสม/CG/CM
7. การรักษาของแพทย์
8. การติดตามเยี่ยมบ้าน



คป.สอ./NCD Board/
 ทีมรพ.สต.ติดตาม/ทีม LTC
 SM,CM DM&HT
 ทีมสหวิชาชีพ รพช./รพช./
 สสอ./รพ.สต./ชุมชน

กรอบแนวคิด NCD Clinic Plus
 กรอบแนวคิด Chronic care model
 CPG
 การขับเคลื่อนผ่าน พชอ.
 การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย
 การมีส่วนร่วมของชุมชน/อปท/อบต.

1. นโยบายงาน NCD /แผนงานโครงการ
2. พัฒนาระบบบริการ
3. การพัฒนาระบบข้อมูล สารสนเทศงาน NCD
4. การพัฒนารูปแบบบริการ เพิ่มผลลัพธ์
5. พัฒนาศักยภาพบุคลากร
6. พัฒนาเครือข่ายชุมชน

การนำประเด็นปัญหาสถานการณ์โรคเข้าสู่เวทีแลกเปลี่ยน



ใครรู้ ?
ใครทำ ?
ใครนำ ?
ใครหนุน ?

เวทีผู้บริหารทุกระดับ ทุก1เดือน



เวทีผู้ปฏิบัติงานทุกฝ่าย ทุก 1เดือน

ประชุมพยาบาลเครือข่ายปทุมภูมิ



ผู้บริหารเห็นความสำคัญของปัญหา

กำหนดเป็นนโยบายและทิศทางการดำเนินงานชัดเจน

นำประเด็น NCD ขับเคลื่อนโดยกลไก พชอ.ใน ปี 2562 เป็นปีแรก

- จัดทำโครงการ.....
- 1.โครงการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) และดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้พิการ
 - 2.โครงการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ป้องกัน Stroke ป้องกันพิการ)



ประเด็น NCD ขับเคลื่อนโดยกลไก พชอ.ใน ปี 2562



- โครงการ..... 1.โครงการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) และดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้พิการ
2.โครงการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ป้องกัน Stroke ป้องกันพิการ)

โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากของสำนักบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย (สสว.)ร่วมกับ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

โครงการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และ ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้พิการ

กิจกรรมการดำเนินโครงการ

- ติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุ ผู้พิการ (ผู้ป่วยติดเตียง) จำนวน 200 คน ประเมินความสามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL)
- บันทึกผลการติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุ ผู้พิการ (ผู้ป่วยติดเตียง)
- ให้การดูแล แก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้พิการ (ผู้ป่วยติดเตียง) ที่พบ
- ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ

โครงการป้องกัน Stroke ป้องกันพิการ กิจกรรมการดำเนินโครงการ

- เยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดบ้าน/ติดเตียง จำนวน 89 คน ประเมินความสามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL)
- ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
- ของบุคคลอายุ >35 ปีขึ้นไป ในครอบครัวของผู้ป่วยติดบ้าน/ติดเตียง
- แบบบันทึกผลการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
- ให้ความรู้ คำแนะนำ เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
- ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ



โดยความร่วมมือของหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ วัดห้วยยอด,องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อปท./อบต. ,หน่วยงานชาดจังหวัดตรัง, พม.จังหวัดตรัง



การเยียวยาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ด้วยแนววิถีพุทธ



วัดห้วยยอด อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง วัดเพื่อชุมชน วัดสร้างสุข วัดแห่งการเยียวยาพื้นที่ต้นแบบการสร้างสังคมสุขภาวะ

จัดตั้ง ...ชมรมชายผ้าเหลืองเพื่อเพื่อนผู้ป่วยระยะสุดท้าย
จัดตั้ง....ชมรมภรรยาห้วยยอดโมเดล
จัดตั้ง....โครงการพระสงฆ์นักพัฒนาการสาธารณสุขสงเคราะห์
จัดตั้ง....ศูนย์รับบริจาคและให้ยืมอุปกรณ์การแพทย์
บริจาคอุปกรณ์ให้แก่ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง



วัดที่มีการบริหารจัดการให้เอื้อโอกาสในการส่งเสริมสุขภาพ และพัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมของประชาชนและชุมชน



ตึกอโรคยาศาล โรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง

การดูแลรักษาองค์รวม ด้วย กาย จิต สังคม



ร่วมกับชมรมชายผ้าเหลืองเพื่อเพื่อนผู้ป่วยระยะสุดท้าย ชุมชนกรุณาห้วยยอดโมเดล
วัดห้วยยอด อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง



นายแพทย์ประวิทย์ เลี่ยมวิถีนินช ผู้ก่อตั้ง



ศูนย์อภิบาลฟื้นฟูผู้ป่วยเรื้อรัง
กระทรวงสาธารณสุข

กล่าวว่า "เหตุผลที่ผมพยายามผลักดันให้มี Palliative care เพราะเป็นการบริบาลที่บูรณาการทุกอย่างโดยทีมสหวิชาชีพและที่สำคัญเป็นการบริบาลด้วยหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์ และถ้าเราจะเป็นโรงเรียนแพทย์ เราต้องมีกิจกรรมแบบนี้เพื่อให้แพทย์มีจิตใจที่อ่อนโยนและมีจิตเมตตาากับผู้ป่วย วิชาชีพอื่นก็เช่นเดียวกัน "เราไม่สามารถสอนแพทย์หรือพยาบาลให้เก่งได้แต่เราสอนให้มีจิตเมตตาากับผู้ป่วยได้"



การดูแลรักษาองค์รวม ด้วย กาย จิต สังคม

การดูแลโดยยึดเอาผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

:: การดูแลที่ที่ทำให้ผู้ป่วยได้มีสิทธิเลือกการรักษาของตัวเองในวาระสุดท้ายของชีวิต

:: การดูแลที่ยึดโยงทั้งศาสตร์และศิลป์ที่มี เพื่อผู้ป่วยและญาติอย่างเป็นองค์รวมที่สุด

ความปรารถนาครั้งสุดท้ายของผู้เป็นแม่ (unfinished business)

ที่จะได้เห็นลูกชายบวช อยู่ภายใต้ร่มกาสาวพัสตร์ ก่อนจากไปอย่างสงบ



ลูกชายกราบลาแม่ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่ออุปสมบท ตัดผมให้เสร็จ แม่สิ้นลมจากไปอย่างสงบ

การดูแลทางด้านจิตวิญญาณให้คนไข้และครอบครัว



โอกาสในการรักษาชีวิตในทิศทางที่สร้างความสุขให้กับผู้ป่วย และญาติได้มีทางเลือกอีกหนทางที่จะทำให้ผู้ป่วย ไม่เจ็บปวดทรมานและจากไปด้วยความสงบสุขได้



การออกแบบและพัฒนาระบบบริการ เพื่อการเข้าถึงบริการ ป้องกันและควบคุมโรค ในโรงพยาบาล



Secondary



คลินิกเฉพาะโรค



ตสข. ห้วยยอด

Primary



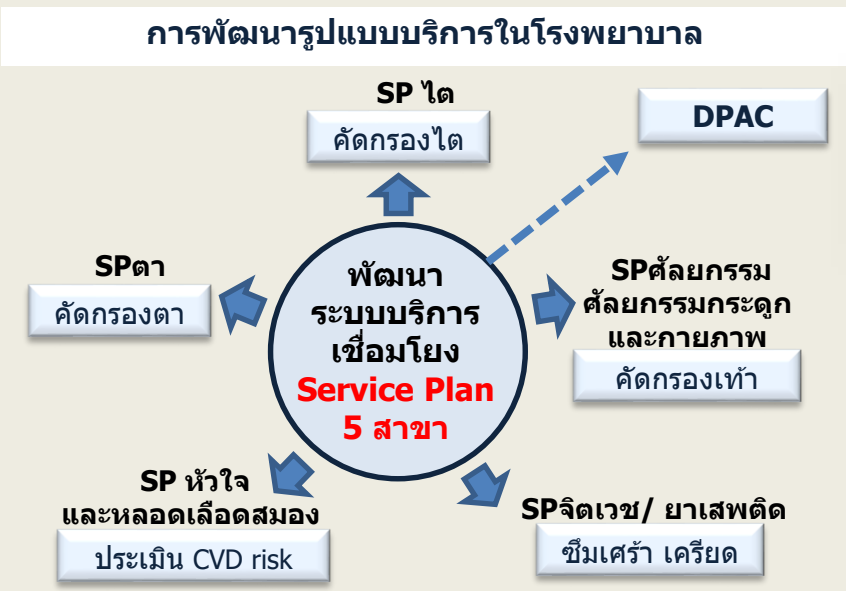
คลินิกหมอครอบครัว 6 โซน



คลินิกหมอครอบครัว 6 โซน



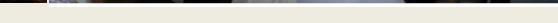
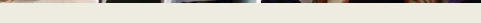
ศูนย์บริการผู้ป่วยโรคไต
โรคไตเรื้อรัง (CKD CLINIC)
ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)
ให้บริการ One stop service



การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด



กิจกรรมการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วย

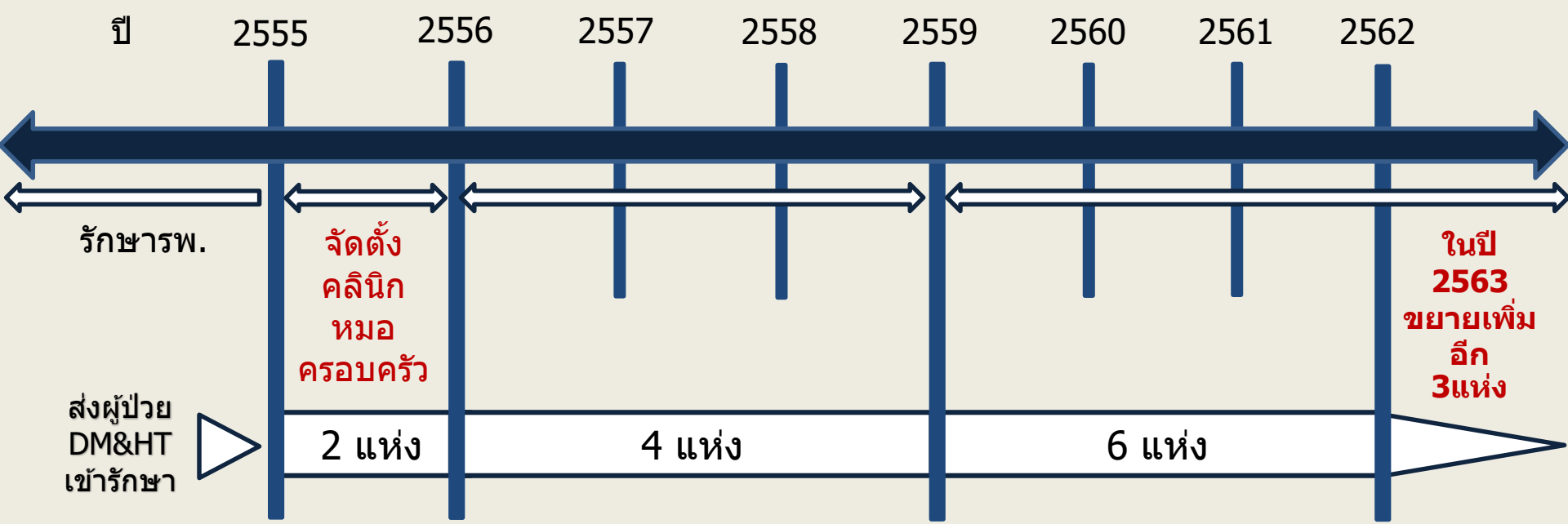


กิจกรรมการคัดกรองการสูบบุหรี่ และสารเสพติด

ส่วนสูง	170	Cm.
BMI	0.00	FBS 0 DTX 0
การสูบบุหรี่	ไม่สูบ	การดื่มสุรา ไม่ดื่ม



จากนโยบายลดความแออัดในโรงพยาบาล ได้จัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวและส่งผู้ป่วยDM&HTรักษาในพื้นที่
จัดให้มีคลินิกบริการผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง





แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

จำนวน 3 คน

+ ทีมสหวิชาชีพ

หน่วยบริการ 22 แห่ง

แบ่งเป็น 6 โซน : 6 PCC

แต่ละ PCC รับผิดชอบ

หน่วยบริการปฐมภูมิ 3-6 หน่วยบริการ

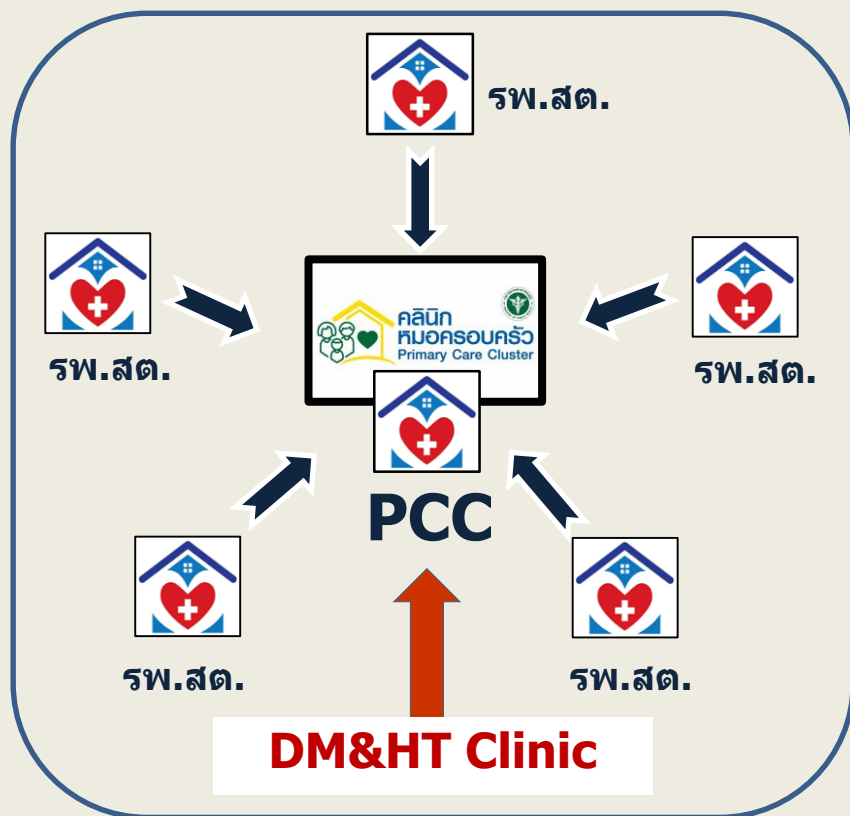


การออกแบบและพัฒนาระบบบริการ เพื่อการเข้าถึงบริการ ป้องกันและควบคุมโรค ในชุมชน

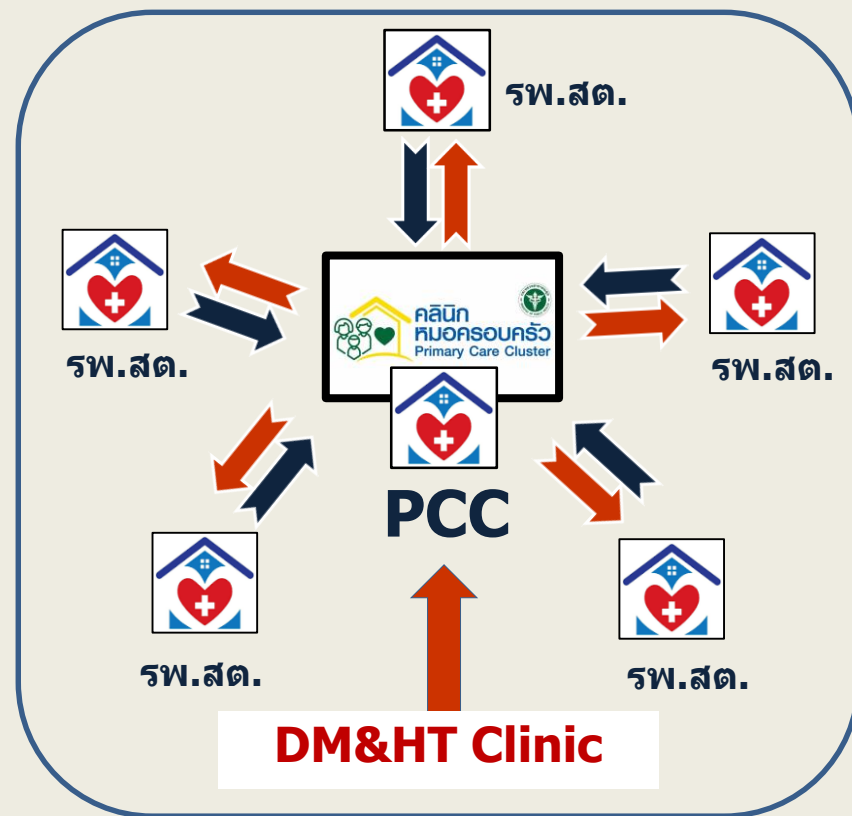
การจัดแบ่งหน่วยบริการ 22 แห่ง เป็น 6 โซน : 6 PCC
แต่ละ PCC รับผิดชอบหน่วยบริการปฐมภูมิ 3-6 หน่วยบริการ

เดิมการจัดคลินิกบริการ การดูแลรักษาผู้ป่วยจะตกอยู่ที่หน่วยบริการที่เป็นศูนย์กลาง

แบบทางเดียว
หน่วยPCCหลักดูแล



แบบสองทาง
หน่วยPCCหลักและรพ.สต.ร่วมดูแลรักษา



การออกแบบและพัฒนาระบบบริการ เพื่อการเข้าถึงบริการ ป้องกันและควบคุมโรค ในชุมชน

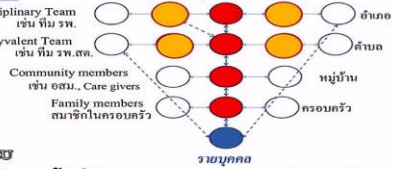
Matrix Team

ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team ---> Matrix Team)

-เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ(NPCU)ให้ับรวมบุคลากรทั้งเครือข่าย-

Matrix Team

ทีมผู้ให้บริการ: พัฒนาการและการขับเคลื่อน DHS



แพทย์ = "สมาชิก" ของ NPCU
ทีมแนวราบ/แนวตั้ง และภาคีเครือข่าย
(Matrix Team/Link/Network)

พื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง

- หัวหน้าทีม (-ได้ข) - แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ---> คลินิกบริการ, เยี่ยมบ้าน
ผู้จัดการและทีมงาน - ผอ.รพ.สต.หลักและเครือข่าย ส่งเสริม, ป้องกัน ในชุมชน
- ทีมหลัก *
- พยาบาลเวชปฏิบัติ
 - นวก. และจพ. สาธารณสุข
 - ทันตภิบาล
 - จพ.เภสัชกรรม แพทย์แผนไทย
- ทีมเฉพาะกิจ
- ทีม NCD, CKD, โภชนาการ
 - ทีม Palliative care
 - ทีม COC&HHC
 - ทีมสุขภาพจิตและอื่นๆ
- ทีมเสริม
- ทันตแพทย์
 - เภสัชกร
 - กายภาพบำบัด
 - นักเทคนิคการแพทย์/จพ. วิทย์
 - แพทย์แผนไทยและแพทย์ฝังเข็ม
- ทีมขยาย
- อสม. จัดอาสา
 - ผู้รับบาลชุมชน (Com. Cg)
 - ผู้ดูแลในครอบครัว (Family Cg)

ทีมมาของกรกลุ่มเป้าหมายและทีมเยี่ยมบ้าน

เยี่ยมในครัว และในครัวเยี่ยม

ผป.นอก/ใน รพ.ศ./รพช.

- ผป. หลังจำหน่าย
- Intermediate care
- Palliative care
- CKD-CAPD, จิตเวช
- ติดตามต่อเนื่อง (จิตนต, รับยาแผน)
- Post-partum care

ผป.นอก คลินิกหมอครอบครัว

- ติดตามต่อเนื่อง
- ผู้สูงอายุ (เปราะบาง)
- ผป. ติดบ้านติดเตียง (Long-term care)
- ประเมินสุขภาพ

พื้นที่รับผิดชอบ (ชุมชน)

- ผป. ถูกเงินและเจ็บป่วย
- ผป. ย้ายมาจากพื้นที่อื่น
- ผป. ติดบ้านติดเตียง
- ขาดการดูแล
- ประเมินความพิการ
- มีปัญหาสุขภาพ/สังคม

COC&Case manager

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
พยาบาลเวชปฏิบัติ

ญาติ อสม., Com. Cg.
อสม., เทศบาล

ทีมเยี่ยมบ้าน

- ทีมรพ. สต. พื้นที่ (พยาบาล+นสค., อสม.)
- ทีมรพ. สต. พื้นที่ +ทีมเฉพาะกิจ รพช.
- ทีมหมอครอบครัว +/ทีมเฉพาะกิจ รพช.

สรุปแจ้งแพทย์ FM (หัวหน้าทีม) ผ่านไลน์กลุ่มเพื่อการประเมินและวางแผน & เรียนรู้ร่วมกัน

- สรุปผลการรักษาผู้ป่วยเบาหวานคลินิกหมอครอบครัวเขาปูน
- ผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด. 57 ราย
- ควบคุมระดับHBA1Cได้ 23ราย คิดเป็น 40.35%
 - เจาะซ้ำในรายที่ควบคุมไม่ได้ 17 ราย ลดลง ทั้ง 17 ราย
 - ไม่ได้เจาะซ้ำในรายที่ยังควบคุมไม่ได้. 10 ราย
 - ขาดการติดต่อ 1 ราย (ติดตามแล้วยังอยู่ในพื้นที่ แนะนำมารับยาแล้ว)
 - Dx.control 4 ราย ระดับ HBA1C ยังผิดปกติ 1 ราย ปกติ 3 ราย

- สรุปผลการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รักษาที่คลินิกเขาปูน
- ผู้ป่วยความดันโลหิตทั้งหมด. 131. คน
- ควบคุมได้. 85. คนคิดเป็น. 64.88 %
- ยังควบคุมไม่ได้ 46 คนคิดเป็น 35.12%



< แบบรายงานFCT เยี่ยมบ้าน รพสต.62.

แบบรายงานผลการดำเนินงานทีมหมอครอบครัวและการเยี่ยมบ้าน ปี 2562					
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล...เขาปูน อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง					
ลำดับ	รายการ	จำนวนทั้งหมด(คน)	ผลการเยี่ยมบ้าน		
			จำนวน (คน/ครั้ง)		
1	LTC	11	19		
2	IMC	8	17		
3	PC	8	13		
4	มารดาและทารกหลังคลอด	2	3		
5	ผส.ที่ต้องการความช่วยเหลือ	3	7		
6	ติดตามผู้ป่วยเบาหวาน/ความดัน	7	10		
7	จิตเวช	2	2		
		41	71		
*อ้างอิงตาม โมด Line FCT					

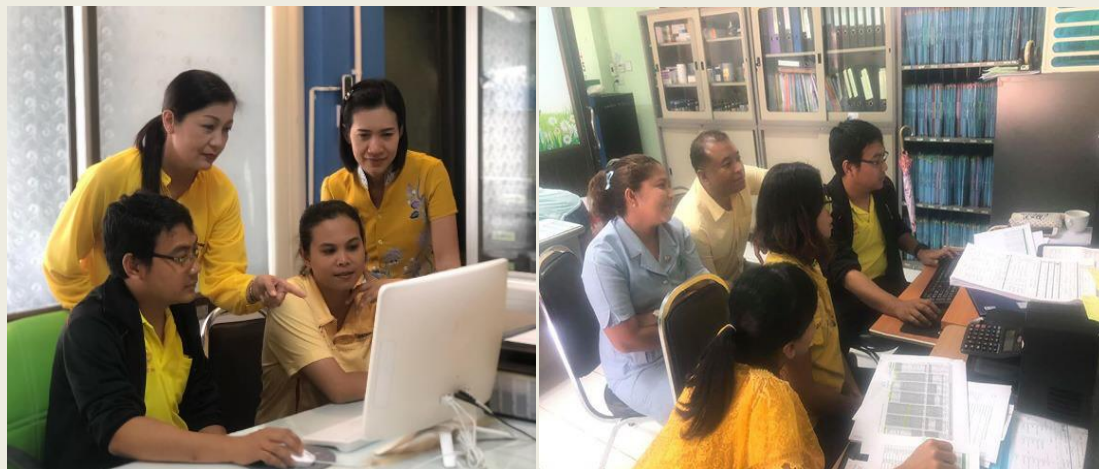
งานในระยะแรกของคลินิกหมอครอบครัว

- งานคลินิกบริการ (NCD clinic)
- งานเยี่ยมบ้าน



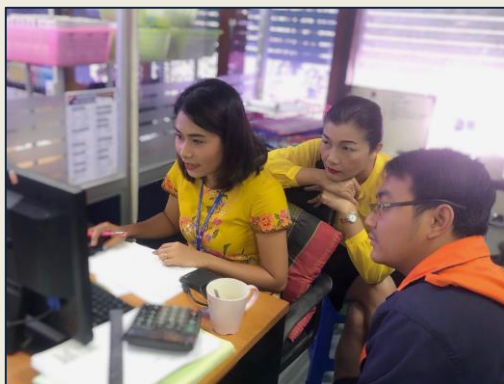
การออกแบบและพัฒนาระบบบริการ ระบบข้อมูลสารสนเทศงานNCD และติดตามผลในระดับพื้นที่

ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล



การประสานข้อมูลระหว่าง IT รพช./รพศ.และเครือข่ายปฐมภูมิ

จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ การจัดการฐานข้อมูลสารสนเทศ



การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เครือข่ายอำเภอห้วยยอด

วันที่ 28 มกราคม 2563

โครงการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่เครือข่ายปฎิบัติในการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางตาในผู้ป่วย



วันที่ 27-28 กุมภาพันธ์ 2563

โครงการอบรม Mini Case manager DM&HT รุ่นที่1/2563 จำนวน 12 คน



การดำเนินงานส่งเสริม ป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เครือข่ายอำเภอห้วยยอด

การถอดบทเรียนสู่ความสำเร็จ ร่วมกับกรมควบคุมโรค

1. การจัดการคัดกรองกลุ่มที่หลุด ไม่ครอบคลุม ได้แก่ ออกแบบบริการ ติดตาม ประเมินคุณภาพระบบบริการ
2. การจัดบริการเพื่อการดูแลผู้ป่วย (DM, HT) ใหม่ และผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (การรักษา การให้ความรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม)
3. การจัดการเพื่อคัดกรองภาวะแทรกซ้อน และดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน (CKD, CVD, ตา, เท้า) ให้มีคุณภาพและผลลัพธ์ดีขึ้น
4. การจัดการข้อมูล และใช้ข้อมูล เช่น การใช้ข้อมูลเพื่อการดูแลราย case และ การใช้ข้อมูลเพื่อป้อนกลับให้ประชาชนและชุมชน



นำประเด็นที่ได้มาพัฒนาการดำเนินงาน

การดำเนินงานส่งเสริม ป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เครือข่ายอำเภอห้วยยอด

มุ่งเน้นการจัดการ ส่งเสริม ป้องกันและควบคุมโรค โดยบูรณาการกับหน่วยงานต่างๆทั้งในเชิงรุกและเชิงรับ



การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ในกลุ่มป่วย



ตรวจจอประสาทตาต่อกระจก
จำนวน1,988คน
ผิดปกติ 382 คน (19.21%)
Referพบจักษุแพทย์ 250 คน
(65.44%) ที่เหลือปฏิบัติ



ตรวจเท้า
จำนวน1,306คน
ผิดปกติ 39 คน (2.98%)
พบ R/O PAD มีแผล
Refer พบศัลยแพทย์



ตรวจสุขภาพช่องปาก
จำนวน 250 คน
นัดดูแลรักษาในกลุ่ม
ผิดปกติ 100%



คัดกรองซีมีเตรา
ในโรคเรื้อรัง
จำนวน 6,775 คน
มีความเครียด 19 คน
(0.28%) ส่งคลินิกจิตเวช



ตรวจทางห้องปฏิบัติการ
LabประจำปีDM&HT
จำนวน 5,776คน
จาก9,091 คน(63.54%)

ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่ปัจจุบันยังควบคุมหรือลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา

ผู้ป่วยDM&HTที่ยังคงควบคุมหรือในปีงบประมาณที่ผ่านมา(ปี2563)	ผู้ป่วยDM&HTที่ยังคงควบคุมหรือในปีงบประมาณปัจจุบัน(ปี2564)
292 คน	93 คน (ณ 17 มีนาคม 2564)

การดำเนินงานส่งเสริม ป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง บูรณาการงานอนามัยโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ และวัดส่งเสริมสุขภาพ

ตรวจสอบสุขภาพนักเรียน
ลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค



ตรวจสอบสุขภาพพระ แม่ชีในวัด
ให้ความรู้คำแนะนำด้านสุขภาพ



ดำเนินการทุกหน่วยบริการปฐมภูมิ

การจัดบริการในการเสริมทักษะให้ชุมชน สามารถจัดการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงสูงในชุมชน

- ❖ มีการดำเนินงาน DHS โรคเรื้อรัง ทุกรพ.สต.
 - ❖ มีการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
 - ❖ โครงการชุมชนลดเสี่ยง ลดโรค
 - ❖ โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (รพ.สต.ละ 2-3 แผนงานโครงการ/ปี)
 - ❖ มีแกนนำสม. การรวมตัวออกกำลังกาย ปั่น เดิน ริ่ง
 - ❖ มีการปรับสถานที่ลานออกกำลังกาย
- พื้นที่บริเวณหน้ารพ.สต.บ้านเหนือคลอง อ.ห้วยยอด





การจัดบริการในการเสริมทักษะให้ชุมชน สามารถจัดการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงสูงในชุมชน



โรงพยาบาลห้วยยอดจัดกิจกรรมมหกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทุกปี(ปีที่14)



การจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน



กิจกรรมสนับสนุนการจัดการตนเองในชุมชน

โครงการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ **การดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวาน** แบบบูรณาการแพทย์แผนไทย
รพ.สต.หนองช้างแล่น อ.ห้วยยอด จ.ตรัง



โครงการเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวาน สามารถตรวจเท้าได้ด้วยตนเองและเฝ้าระวังการเกิดแผล
ป้องกันการถูกตัดนิ้ว เท้า จากโรคเบาหวาน

นวัตกรรม “น้ำปลาแทนเกลือ”

นวัตกรรมการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม



นวัตกรรมการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม



การสาธิตการทำอาหารลดเค็ม รสจืด เพื่อชะลอไตเสื่อม



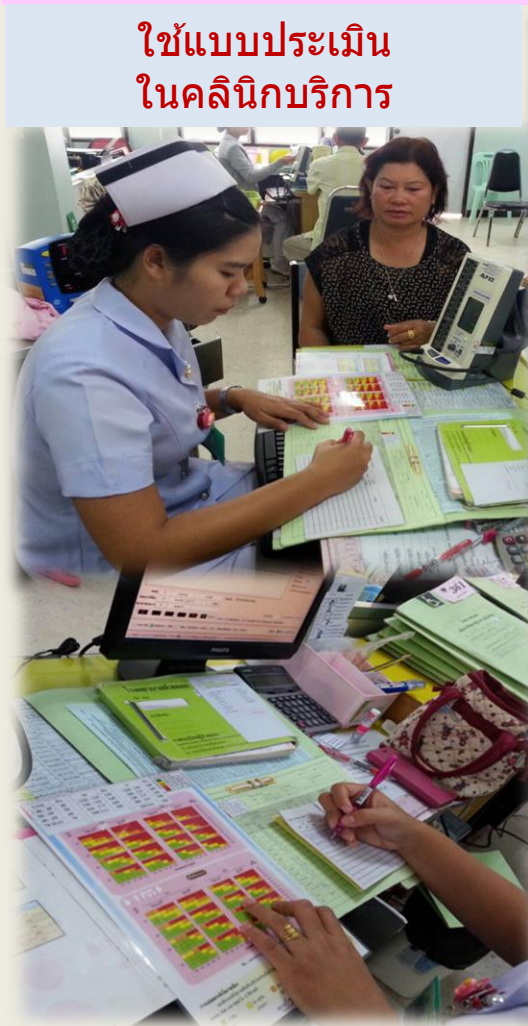
นวัตกรรม “แบบประเมิน TCV risk Score : version A4”

ที่มา: Thai CV risk Score, โครงการศึกษาระยะยาวเพื่อหาอิทธิพลของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด 2528-2558

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ออกแบบโดย: นางจารุมณ ลัคนาวิวัฒน์ โรงพยาบาลห้วยยอด จัดพิมพ์โดย: ศูนย์หัวใจ โรงพยาบาลตรังร่วมกับงานโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

ใช้แบบประเมิน
ในคลินิกบริการ



อบรมแกนนำอสม.
ใช้แบบประเมินในชุมชน

การติดตาม ประเมินผลสุขภาพของคนในชุมชน

บุคคลต้นแบบ การควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
รพ.สต.บ้านโพธิ์โทน จำนวน 50 คน และรพ.สต.ในตา จำนวน 23 คน
จากกลุ่มเสี่ยงเป็นกลุ่มปกติ กลุ่มป่วยควบคุมโรคได้

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์โทน
ตำบลนาง อำเภอยะยง จ.ตรัง

วันศุกร์ที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๖๒ เวลา ๑๓.๐๐ น.
นายธัญวัฒน์ อ่อนขันจิตร นายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาง ให้เกียรติเป็นประธานเปิด
"โครงการจัดการการรณรงค์ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง
ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ได้
ปีงบประมาณ ๒๕๖๒"
ณ ห้องประชุมรพ.สต.บ้านโพธิ์โทน อ.ยะยง จ.ตรัง



โดยมี นายสุทัศน์ ขว่งด้วงกุล ผอ.รพ.สต.บ้านโพธิ์โทน กล่าวรายงานโครงการ
ทั้งนี้วิทยากร ได้แก่ คุณเจริญ สดกวิวัฒน์ พยาบาลวิชาชีพจากศูนย์ฯ จากสสอ.ยะยง
และคุณสุปรียา สิริพัฒน์ พยาบาลวิชาชีพจากรพ.ยะยง ได้ความรู้แก่ผู้เข้าร่วมโครงการ



พร้อมทั้งมีพิธีมอบเกียรติบัตรให้แก่บุคคลต้นแบบและแลกเปลี่ยนประสบการณ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
ของบุคคลต้นแบบสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จำนวน ๔๔ คน



กิจกรรมมาตรการควบคุม การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ ในชุมชน

30 พฤษภาคม 2562 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยยอด

รับโล่ประกาศเกียรติคุณเป็นหน่วยงานที่มีผลงานเชิงชุมชนเล็กนุหรีได้สูงสุด **"ดีเด่นระดับเขต"** ประจำปี 2562
ในโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกนุหรีทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน



วันที่ 30 พฤษภาคม 2562
ณ โรงแรมริชมอนด์

ลด ละ เลิก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ



24 พฤศจิกายน 63 กิจกรรมการสนับสนุนการดำเนินงานในชุมชน
ปลอดนุหรีและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
แก่คณะกรรมการชุมชน อสม.และประชาชนในพื้นที่
เพื่อร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุม
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
และยาสูบ ของอำเภอห้วยยอด
ลด ละ เลิก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ



ความภาคภูมิใจ รางวัลการมีส่วนร่วม ในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน NCDs เครือข่ายอำเภอห้วยยอด



- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทิดถาว(ระดับ 5 ดาว)
- หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทิถ่น รองชนะเลิศอันดับ 2 ระดับเขต
- โรงเรียนต้นแบบการเสริมสร้างสุขบัญญัติแห่งชาติ ทิถ่น ชมเชย ระดับเขต
- ต้นแบบชุมชนรอบรู้ทันสุขภาพ ทิถ่น ชมเชย ระดับเขต
- โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพทิถ่น ระดับเพชร





ความภาคภูมิใจ รางวัลการมีส่วนร่วม ในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน NCDs เครือข่ายอำเภอห้วยยอด

ตำบลหนองช้างแล่น อำเภอห้วยยอด

รางวัลเชิดชูเกียรติ ต้นแบบระดับเขตหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ปี 2561
บ้านห้วยโขง ตำบลหนองช้างแล่น อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง

รางวัลชนะเลิศ หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็งโรคความดันโลหิตสูงโรคหัวใจ
และหลอดเลือดตีตัน ต.หนองช้างแล่น เขตสุขภาพที่ 12 ประจำปี 2560



มอบรางวัลเชิดชูเกียรติต้นแบบระดับเขต

หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ปี ๒๕๖๑

แก่

บ้านห้วยโขง

หมู่ ๓ ตำบลหนองช้างแล่น อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง

ขอให้รักษาความดี และสร้างสรรค์ผลงานให้เจริญก้าวหน้าสืบไป

ร.อ. ธีระ

(นายอนุทิน ชาญวีรกูล)

รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข



สรุป ผลการดำเนินงานในรูปแบบผลงานวิชาการ CQI /Innovation/ R2R ด้าน NCDs ปี2562-2563



**ผลงาน CQI....."ผลของการจัดการผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้
โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและอาสาสมัครสาธารณสุข"**

โดย น.ส.สิริกุล รักสกุล พว.ชำนาญการ รพ.สต.ลำภูรา
ในการประชุมวิชาการจังหวัดตรัง วันที่ 18-19 กันยายน 2562 ณ โรงแรมเรือรัษฎา จังหวัดตรัง



ผลงาน CQI...รางวัลชนะเลิศ มหกรรมวิชาการจังหวัดตรัง

"การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้"
โดย น.ส.จุฑาฉินีย์ หนูเริก พว.ชำนาญการ และนายวรวุฒิ คงดุก รพ.สต.ในตา



รางวัลรองชนะเลิศอันดับ 2 ระดับเขตสุขภาพที่ 12 ประจำปี 2563

ผลงาน R2R "ผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส.เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน"

โดย นายแสนศักดิ์ โพธิ์โทน พว.ชำนาญการ รพ.สต.บ้านโพธิ์โทน

ในการประชุมวิชาการเขตสุขภาพที่ 12 ประจำปี 2563 ณ วันที่ 10 กันยายน 2563 จังหวัดสงขลา



ผลงานวิจัย เรื่อง

"การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะโภชนาการเกินร่วมกับโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว" ได้รับ การตอบรับตีพิมพ์ ใน วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ เมื่อวันที่ 22 ธันวาคม 2563

วิจัยโดย นางมยุรี ลัคนาศิโรรัตน์ นางสุปรียา ติรพัฒน์
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานสุขภาพจิตแลจิตเวช โรงพยาบาลห้วยยอด

เป็นการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะโภชนาการเกินร่วมกับมีโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูง อายุ 20-59 ปี ที่คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลห้วยยอด วันที่ 1 ตุลาคม 2559 – 31 กรกฎาคม 2562 จำนวน 12 ราย และสมาชิกในครอบครัว จำนวน 12 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และแบบบันทึกสภาวะสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test และ Pair Sample t-Test



ผลการศึกษาพบว่าคะแนนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและคะแนนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มเป้าหมาย ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-values} < .05$) คะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและด้านการออกกำลังกาย มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) ส่วนด้านการจัดการกับอารมณ์ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีผลให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชให้ดีขึ้น ในด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย



ผลงานวิชาการ R2R ล่าสุดในปี2563



"ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่2 อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง "

จากปัญหาสำคัญ... ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี(HbA1C<7.0%)
ซึ่งในปี2561ควบคุมได้ ร้อยละ15.82 เป็นอันดับสุดท้ายของ10อำเภอในจังหวัด



ผลการดำเนินงานในรูปแบบ R2R

เป้าหมาย:
เพื่อประเมินผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

เป็นการศึกษากลุ่มตัวอย่าง
ผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 3,742 คน
(HDC ณ วันที่ 4 ก.ย. 2562)

เก็บข้อมูลลักษณะประชากร
เพศ อายุ และการตรวจ HbA1C*

[*ตรวจโดยวิธี Turbidimetric Inhibition Immunoassay (TINIA)] ปัจจุบันเป็นที่น่าเชื่อถือ

วิเคราะห์ โดยใช้สถิติพรรณนา

หาค่าร้อยละ อัตราส่วน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด
ทดสอบความแตกต่างของค่า HbA1C ก่อน-หลัง โดยใช้สถิติทดสอบ Paired t - test
และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ chi-square test



แสดงความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ ความถี่ของการตรวจ HbA1C กับการควบคุม HbA1C

ลักษณะ กลุ่มตัวอย่าง		HbA1C < 7.0%		HbA1C 7.0 - 8.5%		HbA1C > 8.5%		P value
		จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	
เพศ	ชาย	514	43.3	295	24.9	378	31.8	.001*
	หญิง	833	36.9	601	26.7	821	36.4	
อายุ (ปี)	< 40	45	34.9	26	20.2	58	45.0	.000*
	40 - 49	114	29.9	96	25.2	171	44.9	
	50 - 59	315	31.9	261	26.4	411	41.6	
	60 - 69	370	35.5	292	28.0	380	36.5	
	70 - 79	302	50.4	162	27.0	135	22.5	
	≥ 80	201	66.1	59	19.4	44	14.5	
	การตรวจ HbA1C	≥ 1 ครั้ง	1347	39.1	896	26.0	1199	34.9
		≥ 2 ครั้ง	470	44.6	316	30.0	268	25.4

*Chi square test < 0.05

เพศชายควบคุม HbA1C ได้ดีกว่าเพศหญิง

และผู้ป่วยที่อายุ ≥ 70 ปี ควบคุม HbA1C ได้ดีกว่าอายุ < 70 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
และการตรวจ HbA1C ≥ 2 ครั้ง มีผลต่อการควบคุม HbA1C ได้ดีกว่า

แต่อาจเกิดจากกระบวนการดูแลรักษาที่เข้มข้นขึ้น เช่น การรับยาของแพทย์ การให้คำแนะนำเรื่องโภชนาการ
รวมถึง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านอื่นๆ หรือการรับยาสม่ำเสมอ เป็นต้น เพราะการตรวจซ้ำ
เป็นเพียงการติดตามประเมินผู้ป่วยใหม่ หลังการควบคุมแบบเข้มข้น ย่อมน่าเชื่อถือกว่า



แสดงน้ำตาลในเลือด(HbA1C)เฉลี่ยก่อนและหลังตรวจซ้ำ(N=1054)

ตัวแปร ที่ศึกษา	HbA1C ก่อนตรวจซ้ำ		HbA1C หลังตรวจซ้ำ		P-value
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	
HbA1C	(X+SD=9.32+2.58 Max-min=20.1-3.7)		(X+SD=7.72+1.89 Max-min=17.8-3.6)		0.000*
< 7.0%	72	6.8	470	44.6	0.000**
7.0 - 8.5%	474	45.0	316	30.0	
> 8.5%	508	48.2	268	25.4	

*pair t test < 0.05 ** Chi square test < 0.05

จากการติดตามผู้ป่วยที่มีค่า HbA1C ≥ 7.0% ตรวจ HbA1C ซ้ำ
(ตรวจซ้ำในราย HbA1C < 7.0% จำนวน 72 คน เนื่องจากยังควบคุมน้ำตาล FBS/DTX ได้ไม่ดีและแพทย์พิจารณาตรวจซ้ำ)

พบว่า ค่า HbA1C เฉลี่ยหลังตรวจซ้ำ ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
และค่า HbA1C < 7.0% หลังตรวจซ้ำ เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



แผนการพัฒนาในปีถัดไป

1. เพิ่มเป้าหมายความครอบคลุมการตรวจ HbA1C
> ร้อยละ 95.00
2. เพิ่มเป้าหมายการควบคุมน้ำตาลในเลือด(HbA1C<7.0%)
> ร้อยละ 40.00 ในกลุ่มอายุ < 70 ปี

โดย..

- เก็บความครอบคลุมการตรวจ HbA1C ภายใน 2 ไตรมาสแรก
- ติดตามตรวจซ้ำในกลุ่มที่ควบคุมได้ไม่ดี (HbA1C ≥ 7.0%) ไตรมาสที่ 3,4
ซึ่งต้องมีมาตรการ intensive ทั้งพฤติกรรมและการให้ยารักษา

และ.. ประเด็นตัวชี้วัดที่ต้องเพิ่มเติมคือ

- ผู้ป่วยกลุ่มอายุ < 70 ปี ที่มีค่า HbA1C > 8.5% ควรลดลง
เพราะเป็นตัวชี้วัดที่บ่งบอกถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ชัดเจน
- ส่วนกลุ่มอายุ ≥ 70 ปี ควบคุมได้ดีอยู่แล้วและเป็นกลุ่มเปราะบางที่
การลดน้ำตาลมากอาจเป็นอันตราย โดยเฉพาะ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
(Hypoglycemia)

รางวัลชนะเลิศ ระดับเขตสุขภาพที่ 12 ประจำปี 2563

ผลงาน R2R .."ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่2
อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง "

โดย นางจารุมณ ลัคนาวีวัฒน์ พว.ชำนาญการ

ในการประชุมวิชาการเขตสุขภาพที่12 ประจำปี 2563 ณ วันที่ 10 กันยายน 2563 จังหวัดสงขลา

เป็นวิทยากรร่วมแลกเปลี่ยนประเด็น NCD Clinic Plus Sharing ให้จังหวัดสตูล



การเผยแพร่การดำเนินงานแก่โรงพยาบาลทั้งภายในและภายนอกจังหวัด



ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด NCD Clinic Plus ปี 2561-2564

การดำเนินงานตามตัวชี้วัด NCD Clinic Plus รอบที่ 1/2564

หัวข้อ	รายงานตามตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ			
			ปี2561	ปี2562	ปี2563	ปี2564
						ณ16 มี.ค.64 (เป้าหมายครึ่งปี)
1*	ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคDM	≥ 60.00	NA	NA	57.56	34.70
2	อัตราผู้ป่วยDMที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL < 100 mg/dl	≥ 60.00	13.53	20.73	20.11	17.88
3	ร้อยละผู้ป่วยโรคDMที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	≥ 40.00	15.82	36.07	40.84	26.40
4	ร้อยละของผู้ป่วยDMที่มีความดันโลหิตควบคุมได้ตามเกณฑ์	≥ 60.00	53.26	80.27	73.85	53.26
5*	ร้อยละของผู้ป่วยDMที่มีภาวะอ้วน [BMI ≥ 25 กก./ตร.ม.)] ลดลงจากงบประมาณที่ผ่านมา	≥ 5.00	NA	NA	-3.45	-5.91
6	อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยDM	≤ 2.00	1.37	2.12	2.34	1.21
7	ร้อยละของผู้ป่วยDMรายใหม่ลดลง	≥ 5.00	-0.20	22.83	22.09	43.05
8*	ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคHT	≥ 70.00	NA	NA	88.39	85.34
9	ร้อยละผู้ป่วยโรคHTที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี	≥ 60.00	44.94	81.59	70.20	57.20
10	ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคได้แท้จริง	≥ 80.00	71.13	75.17	74.22	63.53
11	ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่เป็น CKD 3-4ชะลอการลดลงของ eGFR	> 50.00	NA	39.47	66.34	78.72

ที่มา: HDC กระทรวง ณ วันที่ 16 มีนาคม 2564

หมายเหตุ: ยังไม่บรรลุตามเป้าหมาย บรรลุตามเป้าหมาย

*ตัวชี้วัดข้อ1,5,8 ตัวชี้วัดใหม่

ผลลัพธ์ที่แสดงออกมาเป็นตัวเลขที่สูงขึ้นหรือต่ำลง หรือรางวัล เชิดชูเกียรติที่ได้รับมากมาย

ก็ไม่สามารถแสดงคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยอย่างแท้จริงได้



เสียงสะท้อนแห่งความสุขของประชาชนในชุมชน ต่อความไว้วางใจ เชื่อมั่น ศรัทธา
ในระบบบริการของสาธารณสุขอำเภอห้วยยอด

นั่นคือ ความสำเร็จของสาธารณสุขไทย
ประโยชน์สูงสุดที่เกิดขึ้นกับประชาชนอย่างแท้จริง

คนไทยดูแล ใส่ใจกัน เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ไม่ทอดทิ้งกัน

ขอบคุณค่ะ