



กรมควบคุมโรค
กองโรคไม่ติดต่อ

ลดบทเรียน

รูปแบบการให้บริการสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน
และ/หรือ ความดันโลหิตสูง



☎ 0 2590 3867
🌐 <https://ddc.moph.go.th/dncd>
✉ ncd.clinic.plus3867@gmail.com
📍 กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

ถอดบทเรียน

รูปแบบการให้บริการสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง

ที่ปรึกษา

- | | |
|------------------------------|-------------------------------|
| 1. นายแพทย์กฤษฏา หาญบรรเจิด | ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ |
| 2. นางสาวณัฐริวรรณ พันธุ์มุง | รองผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ |

คณะกรรมการ

- | | |
|---------------------------|----------------------------------|
| 1. นางสาวณิษฐา ศรีสวัสดิ์ | นักวิชาการสาธารณสุขสูงปฏิบัติการ |
| 2. นางสาวพนิดา เจริญกรุง | นักวิชาการสาธารณสุขสูงปฏิบัติการ |
| 3. นางสาวศศิภรณ์ สารแสง | นักวิชาการสาธารณสุข |

รวบรวมและเผยแพร่โดย

กลุ่มพัฒนาคุณภาพบริการ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

คำนำ

กลุ่มโรค NCDs (Non-communicable diseases) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย ยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงและการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ซึ่งปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ และปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ มลพิษทางอากาศ 5 ปัจจัยหลักนี้ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา คือ ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และภาวะน้ำหนักเกินนำไปสู่การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ตระหนักถึงความสำคัญในการจัดการปัญหาดังกล่าว โดยขับเคลื่อนผ่านการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ซึ่งเป็นการประเมินตนเองเพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อของสถานบริการสาธารณสุข ทั้งนี้ยังได้มีการค้นหาผลงานดีเด่น (Best Practice) ด้านโรคไม่ติดต่อลงพื้นที่ถอดบทเรียนเพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ รูปแบบการดำเนินงานการให้บริการด้านโรคไม่ติดต่อ แนวทางการแก้ไขปัญหา/อุปสรรค รวมถึงปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงาน ประกอบด้วย

1. โรงพยาบาลชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์ “Champion of NCD Clinic Plus Awards”
2. โรงพยาบาลเขาสุกิ จังหวัดจันทบุรี “การจัดการโรคเรื้อรังด้วยการแพทย์ผสมผสาน”
3. โรงพยาบาลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก “โรงเรียนเบาหวานภูวดลโมเดล”
4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา “โรงเรียนเบาหวานวิทยา”
5. โรงพยาบาลบ้านตาขุน จังหวัดสุราษฎร์ธานี “Remission Service”

จากหน่วยงานที่มีผลการดำเนินงานดีเด่นด้านโรคไม่ติดต่อ คณะผู้จัดทำหวังว่าการถอดบทเรียนรูปแบบการให้บริการสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง ของหน่วยงานสถานบริการสาธารณสุขดังกล่าว จะเป็นประโยชน์ต่อผู้มีความสนใจ ให้สามารถนำความรู้ที่ได้จากถอดบทเรียนไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพการบริการ รวมถึงแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อในสถานบริการสาธารณสุขตนเองได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับบริบท และความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

หนังสือถอดบทเรียนรูปแบบการให้บริการสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง เล่มนี้สำเร็จล่วงได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาจากผู้บริหาร และบุคลากรของหน่วยงานสถานบริการ สาธารณสุข ขอขอบคุณนายแพทย์กฤษฏา หาญบรรเจิด ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ นางสาวณัฐฉิรวรรณ พันธุ์มั่ง รองผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ ที่ผลักดันให้เกิดผลสำเร็จของงาน ตามผลลัพธ์ที่มุ่งหวังและบรรลุความสำเร็จ ในการจัดทำหนังสือเล่มนี้

ขอขอบคุณโรงพยาบาลชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์ โรงพยาบาลเขาสุกิมา จังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา และโรงพยาบาลบ้านตาขุน จังหวัดสุราษฎร์ธานี สำหรับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการดำเนินงาน การให้บริการด้านโรคไม่ติดต่อ อันเป็นประโยชน์ในการจัดทำหนังสือเล่มนี้ เพื่อเป็นต้นแบบการดำเนินงานด้านโรคไม่ติดต่อที่ดีให้กับพื้นที่อื่น ได้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ของตนเอง ทำยนี้คณะบรรณาธิการ ขอขอบคุณทุกท่าน ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการจัดทำหนังสือเล่มนี้ให้สำเร็จล่วงไปด้วยดี ณ โอกาสนี้ หวังเป็นอย่างยิ่งว่า เนื้อหาที่ได้นำมาเรียบเรียงในหนังสือเล่มนี้นั้น จะเป็นประโยชน์ต่อสถานบริการสาธารณสุข เพื่อพัฒนาการดำเนินงานด้านโรคไม่ติดต่อให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

สารบัญ

| | |
|---|----|
| คำนำ..... | ก |
| กิตติกรรมประกาศ..... | ข |
| สารบัญ..... | ค |
| ❖ Champion of NCD Clinic Plus Awards | 1 |
| โรงพยาบาลชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์ | |
| ❖ การจัดการโรคเรื้อรังด้วยการแพทย์ผสมผสาน | 8 |
| โรงพยาบาลเขาสุกิมี จังหวัดจันทบุรี | |
| ❖ โรงเรียนเบาหวานภูวดลโมเดล..... | 18 |
| โรงพยาบาลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก | |
| ❖ โรงเรียนเบาหวานวิทยา..... | 29 |
| สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา | |
| ❖ Remission Service..... | 37 |
| โรงพยาบาลบ้านตาขุน จังหวัดสุราษฎร์ธานี | |

Champion of NCD Clinic Plus Awards

โรงพยาบาลชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์

รางวัลชนะเลิศ NCD Clinic Plus Awards ผลงานดีเด่นระดับประเทศ ประเภทโรงพยาบาลขนาดกลาง 3 ปีซ้อน (ระหว่างปี 2562, 2564, 2565)*

*หมายเหตุ: ปี 2563 ไม่มีจัดการประกวดฯ เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 หรือ COVID-19

1. ด้านบริบท (Context)

1.1 สถานการณ์ปัญหา

โรงพยาบาลชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์ เป็นโรงพยาบาลชุมชน ระดับ F1 ขนาด 60 เตียง ดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอชุมแสง ประชากรส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยทำงาน มีแนวโน้มกำลังเปลี่ยนผ่านสู่สังคมผู้สูงอายุ จากสถิติผู้มารับบริการผู้ป่วยนอกทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่ายพบว่า โรคไม่ติดต่อ (NCDs) เป็นปัญหาสำคัญในลำดับต้นๆ นำไปสู่การกำหนดทิศทางนโยบาย จัดบริการโดยชุมชนมีส่วนร่วมพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ของเครือข่ายบริการสุขภาพให้เข้มแข็ง และยั่งยืน

ตารางแสดงข้อมูลโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ของอำเภอชุมแสง

| โรค | จำนวนผู้ป่วย (คน) | ร้อยละต่อประชากร (ร้อยละ) | จำนวนผู้ป่วย เสียชีวิต (คน) | ร้อยละต่อผู้ป่วย ทั้งหมด (ร้อยละ) |
|-----------------|-------------------|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| เบาหวาน | 3,863 | 10.1 | 114 | 2.9 |
| ความดันโลหิตสูง | 10,047 | 26.4 | 295 | 2.9 |
| หัวใจ | 765 | 2.0 | 76 | 9.9 |
| หลอดเลือดสมอง | 736 | 1.9 | 96 | 13.1 |

ที่มา : HDC สสจ.นครสวรรค์ ปี 2565

1.2 โรคไม่ติดต่อ (NCDs) สู่ประเด็นปัญหา พขอ.

มีกลไกขับเคลื่อนการทำงานด้วยคณะกรรมการ NCD Board ประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) อายุรแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้นำชุมชน อสม. รวมถึงประชาชน เพื่อกำหนดทิศทาง นโยบายสื่อสาร แนวทางการดำเนินงานตามตัวชี้วัด และ Service Plan ของกระทรวงสาธารณสุข มีการกำกับติดตามทุกไตรมาส รวมถึงการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ถ่ายทอดลงสู่ผู้ปฏิบัติและผู้มีส่วนร่วมทุกระดับ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปทิศทางเดียวกันทั้งอำเภอ โดยมีการประชุม พขอ. ทุก 3 เดือน เพื่อกำหนดประเด็นปัญหาที่จะแก้ไข ซึ่งได้กำหนดให้โรคไม่ติดต่อ (NCDs) เป็น 1 ในปัญหาระดับ พขอ. พร้อมทั้งเป้าหมาย “ประชาชนในพื้นที่อำเภอชุมแสงมีอายุขัยเฉลี่ยที่มากกว่า 75 ปีขึ้นไป” โดยใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ (NCDs) เป็น 4 ลด 4 เพิ่ม ภายใต้อำนาจหน้าที่ 4 อ. รายละเอียดดังนี้

| 4 ลด | 4 เพิ่ม | 4 อ. |
|----------------------------------|-----------------------|------------------|
| ลดอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร | เพิ่มอายุขัยเฉลี่ย | อาหารดี |
| ลดภาวะแทรกซ้อนจากโรค NCDs | เพิ่มการเข้าถึงบริการ | มีที่ออกกำลังกาย |
| ลดระยะเวลาการรอรับบริการ | เพิ่มมาตรฐานการบริการ | อารมณ์แจ่มใส |
| ลดค่าใช้จ่ายในครัวเรือน | เพิ่มดัชนีความสุข | อนามัยเหมาะสม |

2. ด้านปัจจัยเบื้องต้น (Input)

- 2.1 งบประมาณโรงพยาบาลชุมแสง
- 2.2 ขอสันับสนุนงบประมาณจากสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (สสป.)
- 2.3 เงินบริจาคจากสะพานบุญในพื้นที่ รวมถึงเงินชมรมแกนนำหมู่บ้านที่มีการเก็บรวบรวม เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยติดเตียง และผู้ป่วยยากไร้ในชุมชน
- 2.4 หน่วยงานท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณ สถานที่ในการจัดกิจกรรมสร้างเสริม ป้องกัน ปัญหาสุขภาพในชุมชน

3. ด้านกระบวนการ (Process)

- 3.1 รูปแบบในการดำเนินงานของโรงพยาบาลชุมแสง

รูปแบบการดำเนินงานแบ่งกลุ่มประชากร ตามการดูแลออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

ต้นน้ำ (กลุ่มดี) : ประชาชนทั่วไปที่ไม่ป่วยเป็นโรค ต้องไม่มีความเสี่ยง เน้นการ “ส่งเสริม ป้องกัน คัดกรอง”

การดำเนินงาน : ประชาสัมพันธ์ความรู้ข่าวสารด้านสุขภาพให้กับประชาชนรับรู้ โดยเฉพาะในวันสำคัญเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ (NCDs) เช่น วันไตโลก วันความดันโลหิตสูงโลก วันหลอดเลือดสมองโลก เป็นต้น เพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ผ่านเพจ Facebook โรงพยาบาลชุมแสง ทีมเครือข่ายปฐมภูมิ และรพ.สต. สนับสนุนให้มีร้านอาหารทางเลือกสุขภาพให้กับประชาชน โดยแต่ละตำบลสามารถหาร้านอาหารทางเลือกเพื่อสุขภาพ แนะนำผู้ป่วยในการเลือกรับประทานอาหาร เช่น ร้านอาหารผักมั่งลุงช้าง ในตำบลทับกฤช เป็นร้านอาหาร Organic จากผักปลอดสารพิษ รวมถึงการคัดกรองสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มปกติตามช่วงวัยที่เหมาะสม ผ่านอสม.

กลางน้ำ (กลุ่มเสี่ยง) : ประชาชนที่เสี่ยง ต้องไม่ป่วย “ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และกำกับติดตาม”

การดำเนินงาน : พัฒนาแกนนำ อสม.เพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ใช้งบประมาณของสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (สสป.) แบ่งเป็น 2 พื้นที่ คือ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ตำบลทับกฤช และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ตำบลหนองซอน ผ่านการจัดอบรมอสม.ในพื้นที่จำนวน 60 คน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคี ซึ่งมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวช่วยดูแล เพื่อการกำกับติดตามที่ง่าย รวมถึงชุมชนมีการกำหนดนโยบายสาธารณะ/มาตรการชุมชน การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่

ปลายน้ำ (กลุ่มป่วย) : ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ต้องไม่มีภาวะแทรกซ้อน เน้น “การดูแลรักษาต่อเนื่องตามมาตรฐาน ค้นหาภาวะแทรกซ้อน และบำบัดฟื้นฟู”

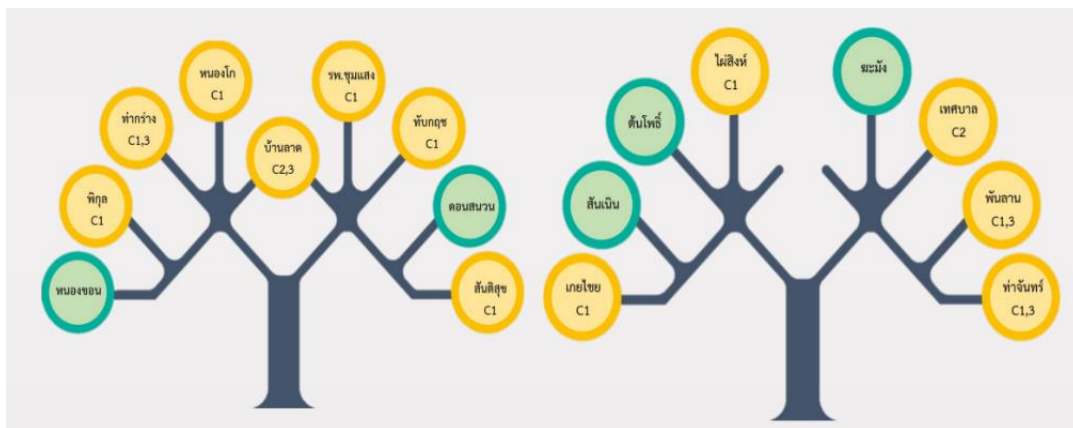
การดำเนินงาน : มีกระบวนการติดตามกลุ่มป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง มีนวัตกรรมสมุดคู่มือโรคเบาหวาน วงล้อเบาหวาน เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมถึงมีการลงพื้นที่ตรวจรักษา จ่ายยาในพื้นที่ประสอทุกภัย ค้นหาภาวะแทรกซ้อน เจาะ Lab ตรวจเท้า ตา เป็นประจำทุกปี



รูปที่ 1 ตัวอย่างนวัตกรรม

นอกจากนี้ยังมีการกำกับติดตามผลการดำเนินงานในเครือข่าย โดยบูรณาการเครือข่ายอำเภอ ตาม Surveillance NID3C model ผ่านการจัดลำดับความสำคัญของการแก้ไขปัญหา แบ่งออกเป็นสี่ (เขียว เหลือง แดง) ตามลำดับ รายละเอียดดังนี้

| | | |
|-----------------|--|-----------------------|
| N = Network | C1=Criteria (New Case ลดลง \geq ร้อยละ 5) | สีแดง=ไม่ผ่าน 3 ข้อ |
| I = Integration | C2=control (HbA1C < 7 \geq ร้อยละ 40) | สีเหลือง=ผ่าน 1-2 ข้อ |
| D = District | C3=complication (Acute Complication \leq ร้อยละ 2 Hypo – Hyper glycemias, DKA, HHS) | สีเขียว=ผ่าน 3 ข้อ |



รูปที่ 2 แสดงการกำกับติดตามผลการดำเนินงานผ่าน Surveillance NID3C model

3.2 การดูแลผู้ป่วยทางระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ COVID-19 ประกอบกับพื้นที่ในอำเภอชุมแสงมีน้ำท่วมในช่วงหน้าฝน ทำให้ผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลเดินทางลำบาก ไม่ได้พบแพทย์ ส่งผลให้ผู้ป่วยควบคุมโรคไม่ได้ตามเป้าหมาย จึงมีแนวคิดในการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ทางระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยใช้ Line Official Account เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้รับการดูแลต่อเนื่อง ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ดำเนินการตั้งแต่วันที่มิถุนายน 2565

กระบวนการดำเนินงาน

1. คัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ ผ่านการประชุมวางแผนร่วมกับแกนนำ อสม. โดยเลือกพื้นที่ห่างไกล การเข้าถึงบริการ เดินทางลำบาก ผู้ป่วยติดเตียง
2. ประสานนัดหมาย ชี้แจงข้อตกลง นัดหมายเพื่อการตรวจรักษา และปรึกษาแพทย์ผ่านทาง Telemedicine รวมถึงการตรวจสอบสิทธิ์การรักษา และเตรียม visit ประวัติการรักษา
3. แสดงตัวตนผ่าน Telemedicine แกนนำ อสม. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลผู้ป่วย และประเมินอาการเบื้องต้น รวมถึงตรวจวัดความดันโลหิต ชีพจร และเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว (DTX)
4. ปรึกษาแพทย์ และสหวิชาชีพ แบบ Online โดยแพทย์/พยาบาลประเมิน สอบถามอาการ รวมถึงให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว ผ่าน Video Call
5. บันทึกข้อมูลการตรวจรักษาลงระบบ JHCIS/Hos OS เพื่อเบิกยา
6. จัดส่งยาผ่านอสม./Care giver โดยรพ.สต. จัดเตรียมยาตามคำสั่งแพทย์ เพื่อให้ส่งมอบยาให้กับผู้ป่วยตามบ้าน

การประเมินผลระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ที่นำมาใช้ ซึ่งมีงานวิจัยเพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการตรวจติดตามด้วยระบบการแพทย์ทางไกล ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทับกฤช ดำเนินการเก็บข้อมูลเดือนกันยายน 2565 พบว่า ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้นร้อยละ 30.69 ในด้านผลลัพธ์ สัดส่วนผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย ก่อนและหลังการติดตามด้วย Telemedicine คิดเป็นร้อยละ 20.69 และ 34.48 ตามลำดับ โดยที่ผู้ป่วยมีความพึงพอใจอย่างมาก ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ลดเวลารอคอย เพิ่มเวลาทำมาหากิน จึงสรุปได้ว่าการนำระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มาใช้อาจไม่มีผลต่อการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีประโยชน์ในแง่ความสะดวกสบายในการเข้าถึงบริการ

3.3 การเกิดเครือข่ายชุมชนที่เข้มแข็ง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองขอน อำเภอชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์ เป็นต้นแบบของการบูรณาการและจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านภาคีเครือข่าย รพ.สต. พชอ. พชต. ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลทางด้านสุขภาพ ในหาแนวทางการแก้ปัญหาแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กลไกการประชุม เช่น ประชุมหัวหน้าส่วนราชการระดับอำเภอ ประชุมกองทุนระดับตำบล ประชาคมหมู่บ้าน เป็นต้น โดยประเด็นการแก้ไขปัญหาที่เลือก คือ การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กำหนดคำขวัญไว้ว่า “กินน้ำเป็นยา กินปลาเป็นหลัก กินผักกินครั้ง ไข่ไก่ฟองหนึ่ง ไม่พึ่งกาแฟ อย่าแก่ของเค็ม” โดยมีแกนนำอสม./ผู้นำชุมชน ที่ให้ความร่วมมือขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างเข้มแข็ง ผ่านความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่ และอสม. พร้อมกับมี อสม.เชี่ยวชาญสาขาโรคไม่ติดต่อ

จุดเด่นของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองขอน คือมีการออกแบบด้านสิ่งแวดล้อม พัฒนาให้เป็น Smart Place โดยจัดพื้นที่ภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้มีพื้นที่ Co-healthy space มีการจัดสภาพแวดล้อมพื้นที่สีเขียว มุมผ่อนคลาย มุมหนังสือ มุมเรียนรู้การทำอาหารสำหรับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการพูดคุยกันระหว่าง ผู้ป่วยกับผู้ป่วย ผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น อีกทั้งยังมีการจัดบริการเบ็ดเสร็จ ประกอบด้วย เจาะ FBS/Lab และมีอาหารเข้าให้ผู้ป่วย, Self Help Group, ตรวจ/นวดเท้าในผู้ป่วย

เบาหวาน, ปอกเข้า, ตรวจฟัน ตรวจตา โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมาให้บริการ รวมถึงมีการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยทีม 3 หมอ รางวัลที่ได้รับ ได้แก่ Healthy Work Place ระดับยั่งยืน, สูดยอดส่วมสาธารณสุขระดับประเทศ รพ.สต.ติดดาว ระดับดีเยี่ยม และองค์กรต้นแบบด้านสิ่งแวดล้อม พร้อมกับเป็นพื้นที่สำหรับการดำเนินงานด้าน Co-healthy space รวมถึงจัดกิจกรรม/โครงการดูแลครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่ม ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว วัด ตัวอย่างกิจกรรม เช่น โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และให้กลุ่มเสี่ยงออกแรงเคลื่อนไหวด้วยวัฒนธรรมพื้นบ้าน โครงการถนนสายสุขภาพ แนะนำอาหารสำหรับพระสงฆ์ ดำเนินการโดยวัด และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จนได้รับรางวัล “สปายะ” วัดต้นแบบระดับประเทศ ผลิตข้าว กข43 ที่มี GI ต่ำซึ่งมีประโยชน์ในการช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จนได้รับรางวัลผู้ผลิตเมล็ดพันธุ์ข้าวดีเด่นระดับประเทศ สร้างนวัตกรรม กระชับมือ กระชับใจ ผักจับอาหาร แปรงฟัน ในผู้ป่วยสูงอายุ เป็นต้น

4. ผลผลิต (Product)

- 4.1 มีเครือข่าย (รพ.สต.หนองซอน) เป็นต้นแบบในการจัดการโรคไม่ติดต่อ ในชุมชน
- 4.2 มี Telemedicine เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการดูแลอย่างต่อเนื่อง ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง
- 4.3 มีนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อได้อย่างเหมาะสมต่อเนื่อง เช่น สมุดคู่มือพิชิตเบาหวาน วงล้อเบาหวาน ลูกตาล 3 ระดับ สกัดเท้าชา ไอยราบำบัด ลดปวด ลดยา สร้างมูลค่าสู่ชุมชน เป็นต้น
- 4.4 มีแกนนำ อสม. / ผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง

5. ปัญหาและอุปสรรค

- 5.1 วิถีชีวิตของชาวบ้าน เนื่องจากอำเภอชุมแสง เป็นแหล่งที่มีอาหารขึ้นชื่อที่สำคัญ ได้แก่ น้ำตาลหวาน เกยไชย รากบัวเชื่อม ข้าวโพดต้มหวาน และปลาเค็ม ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ (NCDs)
- 5.2 ร้านอาหารสุขภาพ จากมติที่ประชุม พขอ. ได้เสนอแผนให้แต่ละตำบล มีร้านอาหารสุขภาพอย่างน้อย 3 ร้าน แต่ตำบลทับกฤช มีเพียง 1 ร้าน จึงทำให้เบื้องต้น ยังไม่ได้รับ Feedback ในแง่ของความขัดแย้งระหว่างร้านที่ได้รับ และไม่ได้รับการประชาสัมพันธ์ แต่จะพิจารณาถึงแนวทางในการวางแผนรับมือต่อไป
- 5.3 คู่มือ หรือสื่อแนวทางไม่เพียงพอ ต้องการการสนับสนุนสื่อที่สามารถเขียนบันทึกถึงสิ่งที่ควรปฏิบัติได้สำหรับกลุ่มผู้ป่วย เช่น อาหารที่ควร หรือไม่ควรกิน เป็นต้น
- 5.4 ในอนาคตการใช้ Line Official Account สำหรับทำ Telemedicine อาจจะต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม การเข้าถึงระบบอินเทอร์เน็ต รวมถึงค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง และความเชี่ยวชาญของอสม. ในการใช้ Application ต่างๆ ยังมีน้อย
- 5.5 การเก็บข้อมูลการดำเนินงาน Telemedicine ยังเป็นการจดบันทึกบนกระดาษ หากในอนาคตที่มีแผนการขยายพื้นที่ดำเนินการเพิ่มเติม จะต้องมีการพัฒนาระบบการเก็บข้อมูล ให้สามารถนำข้อมูลไปใช้ได้ง่ายขึ้น

6. ปัจจัยความสำเร็จ

- 6.1 ขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ผ่าน พขอ. และ พชต.
- 6.2 มีคณะกรรมการ NCD Board และทีม 3 หมอที่เข้มแข็ง
- 6.3 ผู้บริหารให้ความสำคัญ และเน้นการทำงานโดยเชื่อมโยงและบูรณาการกับชุมชน
- 6.4 การพัฒนา อสม. เชี่ยวชาญ โดยเน้นการให้ความรู้โภชนาการที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

7. แผนพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในอนาคต

7.1 จัดตั้ง Telemedicine Center และ NCDs Health Station ในพื้นที่ตำบลทับกฤช และขยายการดำเนินงานจาก 2 หมู่บ้าน เป็น 6 หมู่บ้าน ในปี 2566

7.2 เชื่อมโยงระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จาก Line official มาที่แอปพลิเคชันหมอพร้อม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลได้ด้วยตนเอง โดยที่ไม่ต้องผ่าน อสม.

7.3 จัดทำ Tele-Consultation เพื่อให้บริการ และคำปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ครอบคลุมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้งหมดในอำเภอชุมแสง และขอคำปรึกษา กับอายุรแพทย์ในโรงพยาบาลชุมแสงผ่านระบบ Telemedicine

7.4 การประสาน Logistic จากหน่วยงานภาคเอกชน เพื่อการส่งยาให้กับผู้ป่วย ลดค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการส่งยาของอสม.

7.5 กิจกรรม อสม. เชี่ยวชาญให้ความรู้ผู้ป่วยด้านโภชนาการ ขยายผล อสม.เชี่ยวชาญ (จาก 16 คน เป็น 30 คน) สู่การดำเนินงาน Health Station

8. ข้อค้นพบจากส่วนกลางในการลงพื้นที่

8.1 มุมมองของผู้บริหาร และการปรับมุมมองของทีม

ผู้บริหารให้ความสำคัญกับการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ในพื้นที่ โดยมีมุมมองมีทิศทางการดำเนินงานที่ชัดเจน สร้างการมีส่วนร่วม และบูรณาการการดำเนินงานในทุกระดับ ตั้งแต่ผู้บริหาร แพทย์ พยาบาลประจำโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน อสม. จนถึงประชาชน ทำให้ทุกคนเห็นปัญหา และแก้ไขปัญหาาร่วมกัน โดยมองทั้งระบบ ตั้งแต่การจัดการกลุ่มปกติเพื่อทำอย่างไรไม่ให้เกิดความเสี่ยงกลุ่มเสี่ยงที่ทำอะไรไม่ไหวไปจนถึงกลุ่มป่วยที่ทำอะไรให้สามารถควบคุมได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา พร้อมกับสนับสนุน ส่งเสริม ชื่นชม และต่อยอดการดำเนินงานในทุกภาคส่วน เช่น เปิดโอกาสให้หาแหล่งทุนเพิ่มเติมสำหรับดำเนินงาน การเข้าร่วมประชุมการจัดการสุขภาพระดับปทุมภูมิ เป็นต้น หากทุกคนปฏิบัติหน้าที่ของตนเองอย่างดี แม้จะมีการเปลี่ยนแปลงก็สามารถดำเนินงานต่อไปได้ โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็น Key Factor หลักในการทำงานเป็นทีม

8.2 การนำเทคโนโลยีมาใช้แก้ไขปัญหา

การนำเทคโนโลยี ระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มาใช้ประโยชน์ในดูแลผู้ป่วย เพื่อแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ฉุกเฉินทั้งในปัจจุบัน และอนาคต โดยเฉพาะในกลุ่มที่เดินทางลำบาก ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการบริการสุขภาพที่สำคัญได้มากขึ้น พร้อมกับลดความแออัดจากการมารับบริการที่โรงพยาบาล ช่วยให้ผู้ป่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมากขึ้น

8.3 การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี

ออกแบบให้หน่วยบริการสาธารณสุขเป็นพื้นที่ Co-healthy space ที่ทุกคนสามารถทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพร่วมกัน แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน เกิดความสัมพันธ์กันระหว่างเจ้าหน้าที่ และประชาชน ลดช่องว่างในการเข้าถึงบริการ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น พร้อมกับการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ทุกคนสามารถมีสุขภาพที่ดีได้ ทั้งในวัด โรงเรียน และชุมชน นำไปสู่การมีสุขภาพที่ยั่งยืน

8.4 สายสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ และชุมชน

เจ้าหน้าที่มีความคุ้นเคย ใกล้ชิดกับบริบทในพื้นที่อย่างมาก มีการลงพื้นที่อย่างจริงจัง ทำให้เห็นปัญหาที่ถูกต้อง ชัดเจน มีการแทรกซึมไปในทุกกิจกรรมของชุมชน เพื่อสร้างความสนิทสนมกับชาวบ้าน โดยผู้บริหาร/เจ้าหน้าที่สามารถจำชื่อชาวบ้านได้ทุกคน ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญทำให้คนในพื้นที่ไว้วางใจ ด้วยบริการดูแลสุขภาพดีมิตร พร้อมให้ความช่วยเหลือในทุกกิจกรรมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดำเนินการ ทำให้มีสายสัมพันธ์ที่ดีระหว่างชุมชน กับเจ้าหน้าที่

8.5 ข้อเสนอแนะในการพัฒนา

- ควรมีการเก็บรวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อประเมินผลการดำเนินงาน Telemedicine ในเชิงลึก (รวมถึงปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค) เพื่อพัฒนาต่อยอด นำไปสู่การปฏิบัติในระดับจังหวัด และประเทศต่อไป
- ควรมีการถอดบทเรียนการดำเนินงาน รวมถึงแนวทางการสร้างชุมชนเข้มแข็ง ให้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญต่อการสร้างการมีส่วนร่วมในทุกๆระดับ ตั้งแต่ผู้บริหาร ไปจนถึงระดับประชาชน



การจัดการโรคเรื้อรังด้วยการแพทย์ผสมผสาน โรงพยาบาลเขาสุกิ จังหวัดจันทบุรี

1. ด้านบริบท (Context)

1.1 สถานการณ์/สภาพปัญหา

โรงพยาบาลเขาสุกิ จังหวัดจันทบุรี เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 ขนาด จำนวน 30 เตียง มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตพื้นที่รับผิดชอบ จำนวน 6 แห่ง ประชากรในพื้นที่จำนวน 14,543 คน เป็นเพศชาย จำนวน 7,168 คน (ร้อยละ 49.3) เพศหญิง จำนวน 7,375 คน (ร้อยละ 50.7) ประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 22.7 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ทำสวน (ทุเรียน มังคุด ลิ้นจี่ สวนยาง) และรับจ้างทำสวน

จากข้อมูล HDC ปี 2566 พบผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวาน คิดเป็นอัตราป่วย 308.66 ต่อแสนประชากร มีแนวโน้มลดลงจากปี 2565 และปี 2564 คิดเป็นอัตราป่วย 351.76 และ 692.72 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นอัตราป่วย 888.07 ต่อแสนประชากร มีแนวโน้มลดลงจากปี 2565 และปี 2564 คิดเป็นอัตราป่วย 952.48 และ 1504.49 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ในปี 2566 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ควบคุมได้ดี คิดเป็นร้อยละ 40 ปี 2565 ร้อยละ 42.82 และปี 2564 ร้อยละ 37.92 และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมได้ดี ปี 2566 คิดเป็นร้อยละ 60.37 ปี 2565 คิดเป็นร้อยละ 42.82 และปี 2564 ร้อยละ 37.92 ตามลำดับ

1.2 ทิศทางนโยบายการจัดการโรคเรื้อรัง

เครือข่ายสุขภาพชั้นนำของจังหวัดจันทบุรีที่เน้นการจัดการโรคเรื้อรังด้วยการแพทย์ผสมผสาน เป็นวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลเขาสุกิที่มุ่งเน้นการจัดการโรคเรื้อรัง นำไปสู่การมีพันธกิจที่จะพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพมาตรฐาน ปลอดภัย ผสมผสานและต่อเนื่องอย่างเป็นองค์รวม ส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน รวมไปถึงการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพชีวิตบุคลากร โดยการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนในการลดการตายกลุ่มโรคสำคัญ เพิ่ม Patient Engagement, HR Performance, community Performance และพัฒนาเป็น Smart hospital



ตั้งแต่ปี 2560 มีการจัดบริการแพทย์แผนไทยคู่ขนานกับ OPD ปี 2561 ขยายสู่การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยการแพทย์ผสมผสาน ปี 2562-2563 เริ่มมุ่งเน้นที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากผลลัพธ์สุขภาพของผู้ป่วย NCD ดีขึ้นด้วยการบูรณาการใช้สมุนไพรการแพทย์ผสมผสานคลินิกโรคเรื้อรังทุกมิติ ทุกหมู่บ้านมีการปลูกพืชสมุนไพร สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพตนเองในปี 2566 ใช้ Digital Medicine มุ่งเน้นการลดผู้ป่วยรายใหม่ เพิ่มผู้ป่วยควบคุมได้ดี และลดภาวะแทรกซ้อน

2. ด้านปัจจัยเบื้องต้น (Input)

จากการกำหนดโรคเรื้อรังเป็นวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล ในปี 2561 ทำให้มีแผนการดำเนินงาน เป้าหมาย และการสนับสนุนที่ชัดเจนในการจัดการโรคเรื้อรัง นำไปสู่การสนับสนุนด้านต่าง ๆ ดังนี้

2.1 ด้านบุคลากร: อบรมบุคลากรในด้านที่จำเป็น ต่อการทำงาน และด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น

2.2 ด้านอุปกรณ์ เครื่องมือและเทคโนโลยี: สนับสนุน การใช้คอมพิวเตอร์/Tablet/เครื่องวัดความดันโลหิต/ ไมโครโฟน/โทรศัพท์มือถือถือส่วนกลาง เพื่อเพิ่มความสะดวก ให้กับเจ้าหน้าที่



2.3 ด้านสถานที่: ปรับปรุงอาคารสถานที่รองรับผู้ป่วยและแยกส่วน การให้บริการคลินิก NCD ออกจาก OPD ทั่วไป พร้อมจัดสรร บุคลากรที่รับผิดชอบชัดเจน ทั้งยังได้รับการสนับสนุนพัฒนา ศักยภาพที่จำเป็นอย่างต่อเนื่อง

2.4 ด้านงบประมาณ: ได้แก่ งบประมาณของโรงพยาบาล งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น และงบประมาณจากการบริจาค เพื่อสนับสนุนเครื่องวัดความดันโลหิตและเครื่องตรวจน้ำตาล รวมไปถึงการจัดทำ โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ

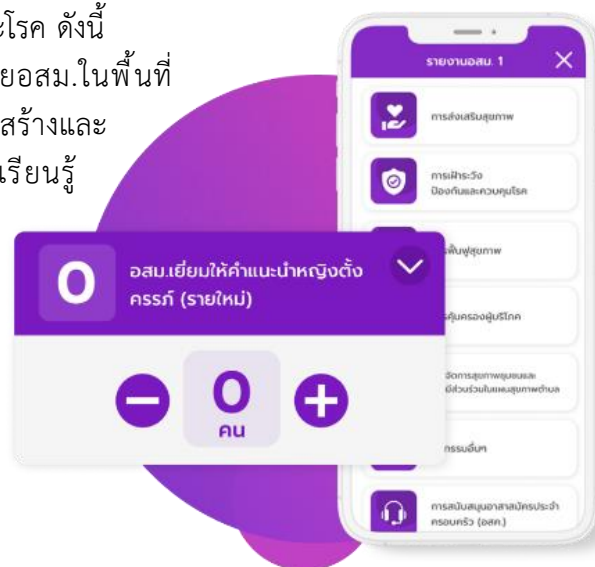
3. ด้านกระบวนการ (Process)

3.1 พัฒนารูปแบบการให้บริการแบบผสมผสาน

โรงพยาบาลเขาสุกิมมีการให้บริการแบบผสมผสาน ปรับกระบวนการให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ประชาชนได้รับการบริการด้วยใจและเหมาะสมตามระยะโรค ดังนี้

กลุ่มปกติ: ได้รับการคัดกรองในชุมชน โดยอสม.ในพื้นที่ การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ สร้างและ พัฒนาชุมชนสุขภาพดี (ชุมชนสมุนไพร) สร้างแหล่งเรียนรู้ ด้านสมุนไพรและทำให้อาหารเป็นยา ประชาชนรู้จัก ตัวเลข รู้ความเสี่ยง ผ่านหมอรู้อัจฉริยะ

กลุ่มเสี่ยง: ได้รับการสนับสนุนการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากชุมชนและตนเอง เช่น การติดตามประเมินซ้ำด้วย อสม.การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมเด็กอ้วน BMI เกินในโรงเรียน และปรับ พฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงในโรงพยาบาลและชุมชน





กลุ่มป่วย: ได้รับการ Triage ผู้ป่วยทุกราย ทั้งผู้ป่วยตามนัดหมายหรือไม่ใช้ผู้ป่วยตามนัดก็ตาม ผู้ป่วยจะถูกส่งเจาะ Lab ส่งพบแพทย์แผนไทยcare manager (CM) ตามอาการของผู้ป่วย ส่งต่อทีมสหวิชาชีพพบแพทย์แผนปัจจุบัน และรับยากลับบ้าน การติดตามนัดผู้ป่วยให้มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งสำคัญในผู้ป่วย NCD เพื่อลดการขาดนัด จึงจัดให้มีการส่งข้อมูลการเลื่อนนัดของผู้ป่วยผ่าน Application Line สามารถปรึกษากับพยาบาลเพื่อสอบถามวันที่ผู้ป่วยสะดวก เช่น การมารับบริการก่อนหรือหลังวันนัด หรือไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ หากผู้ป่วยไม่สามารถมาตัวเอง เจ้าหน้าที่จะจับคู่กับผู้ป่วยท่านอื่นที่มีควีนัดตรงกันและบ้านใกล้กันจัดให้มาตรงตามนัดได้



3.2 เพิ่มการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ

ทีมสหวิชาชีพ ร่วมคิดและร่วมทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม แก้ปัญหาจากการปรึกษาสหสาขาวิชาชีพ ทำให้ปัญหา stroke ที่เพิ่มขึ้นในปี 2565 ลดลง การแยก NCD Clinic เวลาในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น แนะนำผู้ป่วยได้ตรงกับโรคที่เป็นมากขึ้น จัดสรรอัตรากำลังทดแทนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากขึ้น การดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย

- CM: คัดกรองปัญหา และส่งปรึกษาตามปัญหาที่พบ
- ทันตกรรม: ดูแลปัญหาสุขภาพช่องปาก
- กายภาพบำบัด: ดูแลปัญหาเรื่องตรวจเท้า ดูแลเท้า

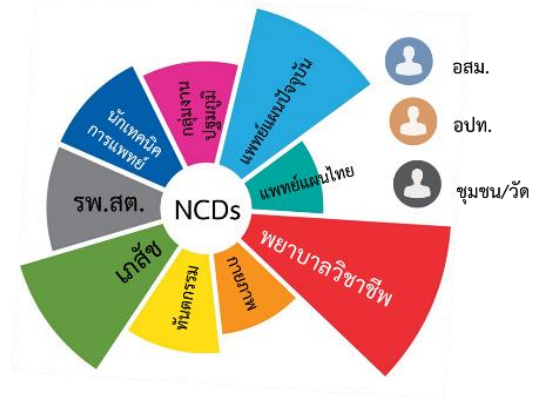
BMI >30 ปัญหาข้อเสื่อม ปวดเมื่อย

- แพทย์แผนไทย: ประเมินสุขภาพตามธาตุ/การใช้สมุนไพร ปรับพฤติกรรมกรกิน อาหารเป็นยา บรรเทาอาการปวดโดยไม่ใช้ยา NSAID

- เภสัชกรรม: ดูแลปัญหาเรื่องการใช้ยา/ส่งสยแพ้ยา
- บางคนกินยาไม่ถูกต้องฉีดยาไม่ถูกต้อง
- แพทย์: ให้บริการรักษา

Working Group

on Noncommunicable Diseases, Khaosukim Hospital



3.3 สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้ประชาชน

การสร้างความรู้ด้านสุขภาพให้แก่ประชาชน เน้นเข้าใจง่ายตามปัญหาที่พบ เพิ่มสื่อช่องทาง Social Network ผ่าน Line group HTDM และสนับสนุนการเข้าถึง ในเรื่องของผู้ป่วยมีปัญหา โดยใช้สื่อออนไลน์ จากกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์ เป็นต้น ในการจัดการรายบุคคลสนับสนุนอุปกรณ์ที่สามารถเข้าถึงสื่อออนไลน์ภายในคลินิก รวมทั้งมีพยาบาลวิชาชีพคอยตอบคำถามที่ผู้ป่วยมีปัญหา การแนะนำอาหาร ผลไม้อะไรที่ควรกิน เนื่องจากมีผลไม้เยอะ รวมไปถึงอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยสามารถเลื่อนนัดผ่านช่องทางนี้ได้ด้วย



3.4 ทำงานร่วมกับชุมชนและภาคีเครือข่าย

การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ตั้งแต่ระดับประชาชน มีแกนนำ อสม./อสค. ด้านอาหาร เป็นบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพ เคลื่อนสู่ชุมชนต้นแบบ ชุมชนสมุนไพร มีตลาดนัดสุขภาพอาหารเป็นยา ท้องเที่ยวนวนวิถี มีมาตรการถวายอาหารสุขภาพในวัด ใช้ธรรมะกับโรคความดันโลหิตสูง มีโรงเรียน อย.น้อย สร้างส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ โภชนาการ อาหารกลางวัน และแปลงผักปลอดสาร ขยายสู่ทัณฑสถานให้เป็นแหล่งเรียนรู้อาหารเป็นยา แหล่งเพาะพันธุ์สมุนไพร และปลูกผักปลอดสารพิษ



อสค./อสม.

ชุมชนต้นแบบ

วัด

โรงเรียน

ทัณฑสถาน

3.5 ทบทวนการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ทีมมีการทบทวนกระบวนการ ตั้งแต่การทบทวนรายบุคคล ทบทวนระบบ ดูแลรักษาตามกลุ่มโรค นำไปสู่การปรับกระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่อง ที่รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ

3.6 พัฒนาเทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

- การใช้ Application Line สนับสนุนการจัดการตนเอง และการติดตามนัด ของผู้ป่วย มีพยาบาลวิชาชีพคอยให้คำแนะนำและตอบปัญหาผ่านไลน์

- การใช้ Application หมอรู้จักคุณ ประชาชนรู้จักตัวเลข รู้ความเสี่ยง ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงบันทึก ค่าความดัน (BP) และระดับน้ำตาลที่บ้าน พยาบาลติดตามผลผ่าน NUX Dashboard

และบันทึกลงใน HOSxP ส่งต่อแพทย์พิจารณาการรักษาตามเวชปฏิบัติ กรณีสัญญาณชีพ (Vital Sign) ปกติ แพทย์สามารถสั่งยา ผู้ป่วยรอรับยาที่บ้านโดยสม.ประจำหมู่บ้าน โดยที่ไม่ต้องเข้ามาใช้บริการซ้ำที่โรงพยาบาล

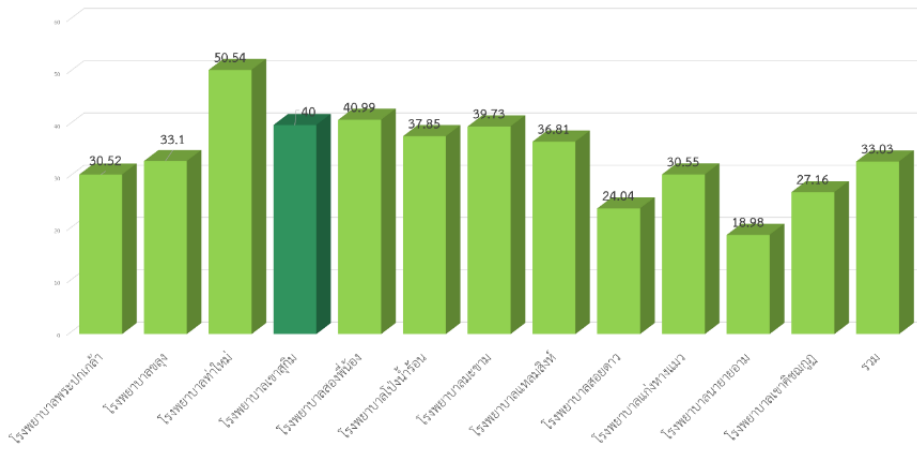
- โปรแกรม Home Health Care Mobile (HHC) เป็นระบบที่พัฒนาขึ้นสำหรับการดูแลสุขภาพที่บ้าน ผู้ป่วย ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส สำหรับทีมสหวิชาชีพ มีการส่งข้อมูลผู้ป่วย แผนที่การเยี่ยมบ้านจากคลินิก NCD ส่งให้ทีมเยี่ยมบ้าน โดยสามารถส่งให้เป็น SMS ปักหมุดบ้านผู้ป่วย บันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้านผ่าน Smart Phone, Tablet และสามารถส่งข้อมูลจากการเยี่ยมบ้านเข้าโปรแกรม HosXp ของโรงพยาบาลได้ทันที



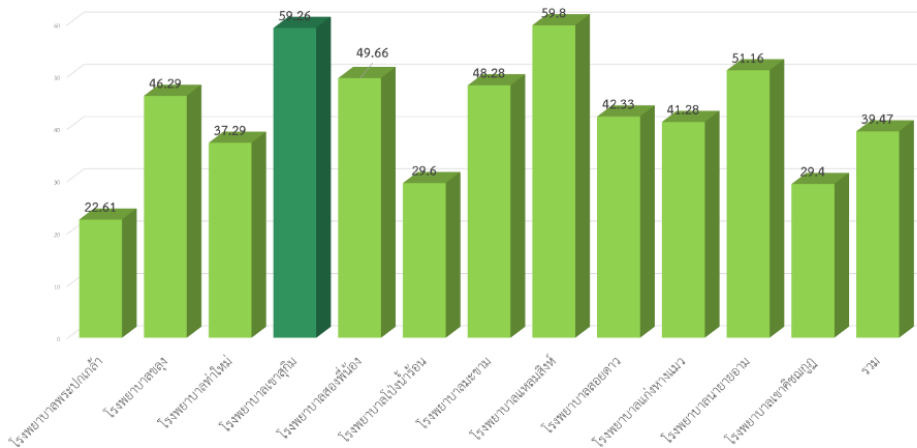
4. ด้านผลผลิต (Product)

ผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชนและผู้ป่วยดีขึ้น

- แนวโน้ม BMI เกิน ดีขึ้น โดยเน้นการรับประทานอาหารเป็นยา (ผัก สมุนไพร + Low Carb)
- อัตราผู้ป่วยรายใหม่ DM, HT ต่อแสนประชากร มีแนวโน้มลดลง
- ผู้ป่วย DM HT คุมได้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น



รูปที่ 3 ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี จังหวัดจันทบุรี ปีงบประมาณ 2566



รูปที่ 4 ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี จังหวัดจันทบุรี ปีงบประมาณ 2566

5. ปัญหาอุปสรรค

5.1 บุคลากรไม่เพียงพอ

- พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิก ไม่เพียงพอที่จะเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการผู้ป่วยรายบุคคล
- นักโภชนาการ ทำให้การจัดการในคลินิก DPAC ขาดเจ้าหน้าที่รับผิดชอบที่จะจัดบริการในกลุ่มเสี่ยง

5.2 ทักษะคติ ปัจเจกฐานะของผู้ป่วย

ทักษะคติ ปัจเจกฐานะต่อการรักษา NCD/ผู้ป่วยเบาหวาน เช่น ผู้ป่วยมีฐานะทางบ้านไม่ดี ทำให้ไม่มีตู้เย็นสำหรับเก็บยาฉีด การไม่เห็นความสำคัญของการทานยาของผู้ป่วย ทำให้แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ต้องมีการพูดคุยให้คำปรึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการทานยาและมารับการรักษาต่อเนื่อง การสอบถามเชิงลึกจึงทำให้เจ้าหน้าที่เข้าใจปัญหาได้อย่างชัดเจนมากยิ่งขึ้น

5.3 ข้อจำกัดของเทคโนโลยีที่นำมาใช้ในการพัฒนางาน

เนื่องจาก Application หมอรู้จักคุณ มีข้อจำกัดในการใช้งาน กระทั่งต่อกระบวนการให้บริการ จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาและพัฒนา Application อื่น ๆ เพื่อนำมาใช้งานเพิ่มเติม

6. ปัจจัยความสำเร็จ

6.1 ทีมนำ ให้การสนับสนุน ผู้บริหารเข้าใจและเห็นถึงปัญหาของ NCD นำไปสู่การสนับสนุนคน เงิน ของ ในการดำเนินงาน

6.2 ทีมบุคลากร แบ่งหน้าที่รับผิดชอบชัดเจน เข้าใจบทบาท เข้าใจผู้ป่วย พร้อมให้บริการ

6.3 เครือข่าย ให้ความร่วมมือ ในการติดตาม คัดกรอง และการควบคุมโรค

6.4 ชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแล ให้กำลังใจผู้ป่วยในการรักษาโรคอย่างต่อเนื่อง ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม ในชุมชนทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ดี

6.5 ความไว้วางใจกันและกัน ผู้บริหารไว้วางใจให้ทีม NCD จัดการรักษาผู้ป่วย มีปัญหาพร้อมแก้ไขและพร้อม สนับสนุน

7. การพัฒนาในอนาคต

7.1 การนำ Telemedicine มาให้บริการ โดยเลือกผู้ป่วยที่ไม่ต้องตรวจร่างกาย ควบคุมโรคได้ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน พบแพทย์ทางไกลไม่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาลด้วยตนเอง

7.2 พัฒนา Application ติดตามการขาดนัดของผู้ป่วย/self-monitoring

7.3 เน้นการดูแลเชิงรุก โดยการตั้งคลินิก DPAC ปรับพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงรายใหม่ทั้งแบบรายกลุ่ม และรายบุคคล

7.4 เพิ่มความเข้มข้นในการดูแลผู้ป่วยรายใหม่ เน้นการหารากของปัญหารายบุคคล

7.5 เพิ่ม Digital Medicine เพื่อรองรับปริมาณผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นในอนาคต

7.6 ลดผู้ป่วยรายใหม่ เพิ่ม Good Control

8. ข้อค้นพบจากการลงพื้นที่ศึกษารูปแบบ

8.1 มุมมองของผู้บริการและการปรับมุมมองของทีม

ผู้บริหารมีวิสัยทัศน์ที่ชัดเจน เข้าใจทิศทาง และรู้จักวิธีขับเคลื่อนงานไปสู่เป้าหมายได้ มีความคิดริเริ่มที่ดี หาริธีการหรือกระบวนการใหม่ๆ พัฒนางาน NCD มีทักษะในการสร้างแรงจูงใจ ส่งเสริมการทำงานระบบทีม และสร้างความเชื่อมั่นที่ดีให้กับคนในทีม รับฟังความคิดเห็นของสมาชิกในทีมอย่างเท่าเทียม และพร้อมสนับสนุน สิ่งที่จะทำให้กระบวนการทำงานของทีมราบรื่น และบรรลุเป้าหมาย

8.2 การทำงานเป็นทีม

ทีมมีการแบ่งหน้าที่ชัดเจนในกระบวนการทำงานไม่ทับซ้อน มีความรับผิดชอบในการทำงาน ให้ความร่วมมือกัน อย่างเต็มที่ ทำให้แผนงานที่วางไว้ประสบความสำเร็จ มีแนวทางปฏิบัติร่วมกัน กระบวนการทำงาน มีความชัดเจน เพื่อยึดถือและปฏิบัติในกรอบเดียวกัน เปิดใจรับความคิดเห็นใหม่ ๆ ยอมรับความคิดเห็นที่แตกต่างกัน ร่วมกันพิจารณาหาแนวทางที่ดีที่สุดกับสถานการณ์นั้น ๆ และสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ ที่เหมาะสม ส่งผลให้กระบวนการทำงานมีประสิทธิภาพ

8.3 การนำเทคโนโลยีมาใช้ในการพัฒนา

หน่วยงานมีความคิดสร้างสรรค์ในการปรับรูปแบบบริการ/วิธีดำเนินงาน และนำนวัตกรรม/เทคโนโลยี เข้ามาผสมผสานกับการทำงานพื้นฐาน เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยควบคุมโรคได้ตามเป้าหมาย มีความรู้ความเข้าใจใน นวัตกรรม/เทคโนโลยี เหล่านั้นระดับหนึ่ง เพื่อที่จะสามารถใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทันต่อการเปลี่ยนแปลงและสามารถใช้งานได้อย่างต่อเนื่อง

8.4 การมองผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

การให้บริการเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีความเข้าใจในตัวผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลทุกมิติ ครอบคลุมความต้องการแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ รวมทั้งการยอมรับค่านิยมความชื่นชอบและความต้องการของผู้ป่วย บูรณาการการดูแล การให้ข้อมูล การติดต่อสื่อสาร และให้ความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพ ทั้งด้านร่างกาย การประคับประคองจิตใจและลดความวิตกกังวล ความกลัว การมีส่วนร่วมของครอบครัวและญาติตลอดจนการส่งต่อและการดูแลต่อเนื่องจนถึงชุมชน

8.5 ชุมชนเข้มแข็ง ภาครัฐมีส่วนร่วม

ชุมชน ประชาชน อสม./อสค. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น วัด โรงเรียน ท้องถิ่นสถาน พร้อมทั้งจะร่วมกันจัดการกับปัญหาการจัดการโรคเรื้อรังด้วยการแพทย์ผสมผสาน ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมทำและร่วมรับผิดชอบ นำไปสู่การใช้ทรัพยากรในชุมชนอย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพ สมาชิกชุมชนเกิดการเรียนรู้ผ่านการเข้าร่วมในกระบวนการของชุมชน เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่าย

8.6 ข้อเสนอแนะในการพัฒนา

- เพิ่มการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อชี้ให้เห็นว่าปัญหาไหนสำคัญที่สุด ส่งผลกระทบมากที่สุด นำไปสู่การหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหาและวิเคราะห์ทางเลือกในการแก้ไขปัญหานั้น ๆ ว่ามีประโยชน์ ข้อดี ข้อเสีย ความเสี่ยงอะไรบ้าง แล้วค่อยตัดสินใจเลือกทางเลือกที่ดีที่สุด

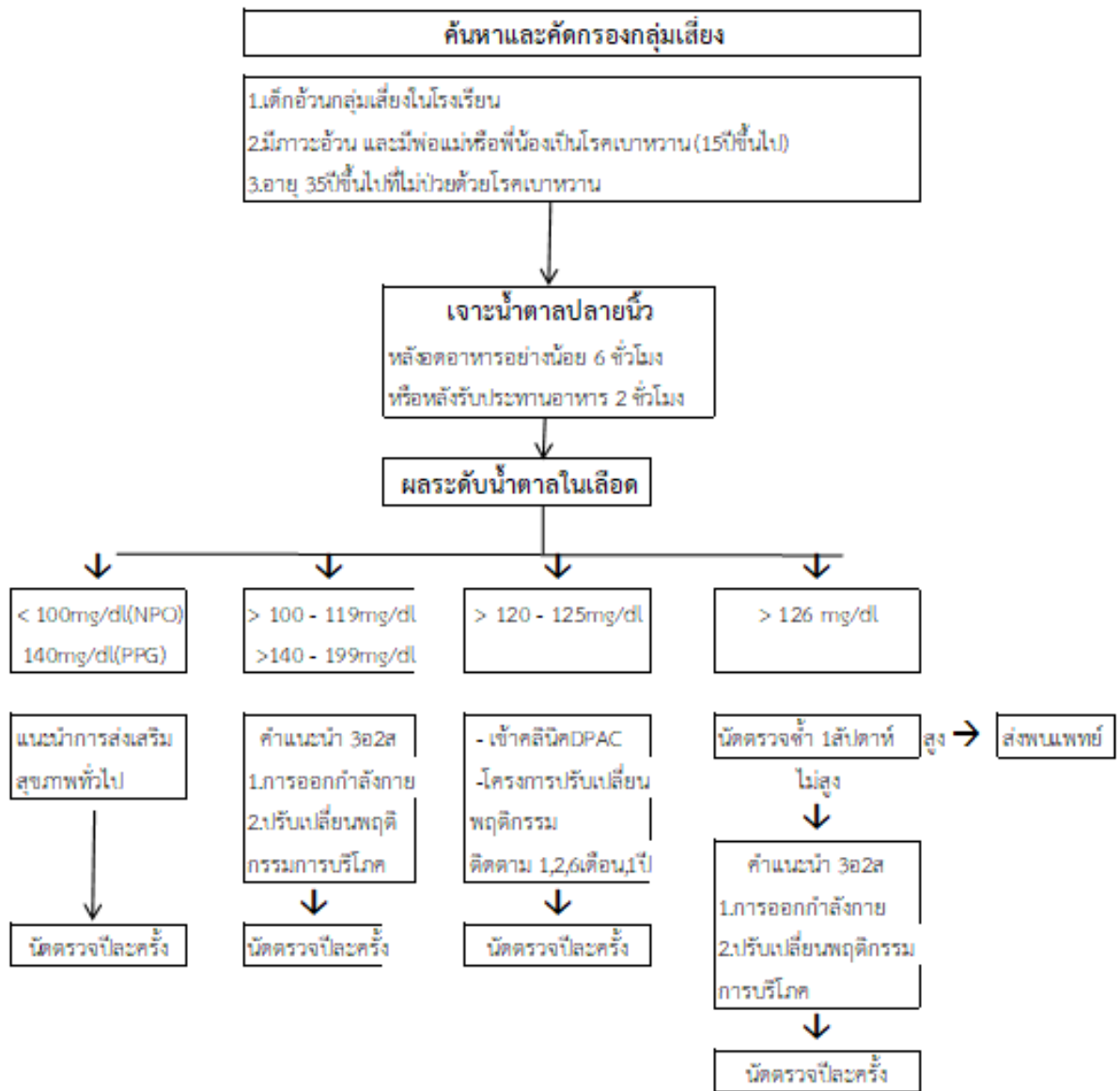
- เพิ่มกระบวนการติดตามและประเมินผล การนำเทคโนโลยีมาใช้ในการพัฒนา การมีส่วนร่วมของชุมชน และเครือข่ายเพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงการดำเนินงาน



ภาพแนวทางการคัดกรองและวินิจฉัยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเขาสุกิม จังหวัดจันทบุรี

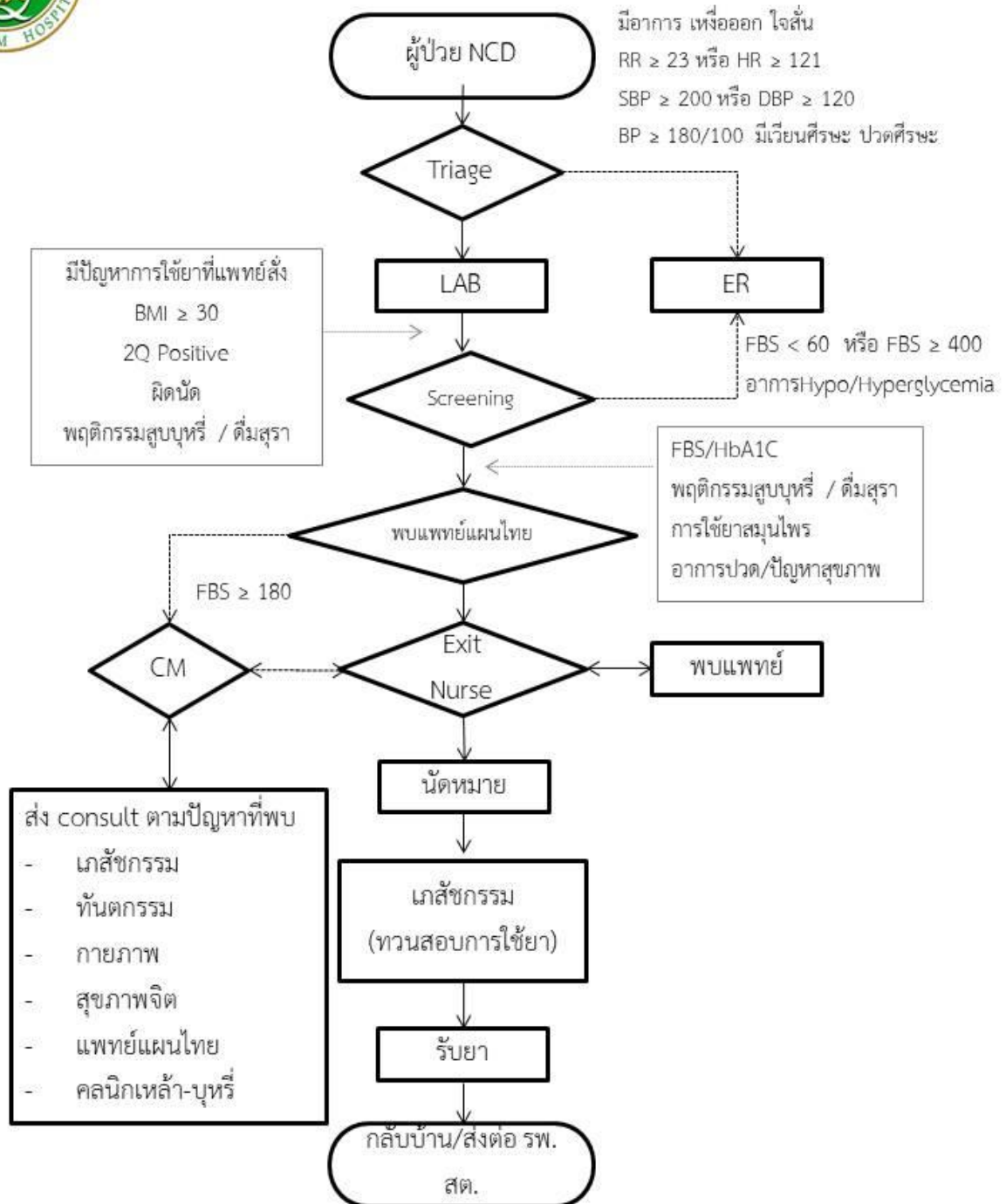


แนวทางการคัดกรองและวินิจฉัยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเขาสุกิม





Process flow chart การดูแลผู้ป่วย NCDs



โรงเรียนเบาหวานภูวดลโมเดล

โรงพยาบาลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

1. ด้านบริบท (Context)

1.1 สถานการณ์ปัญหา

โรงพยาบาลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก เป็นโรงพยาบาลระดับ F2 ขนาด 50 เตียง มีจำนวนประชากร 90,000 คน จากการดำเนินงานในคลินิกโรคเบาหวานของอำเภอบางระกำในปี 2560 มีผู้ป่วยเบาหวานที่รับผิดชอบ จำนวน 4,946 คน เป็นกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ 2,132 คน คิดเป็นร้อยละ 43.11 เป็นกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จำนวน 2,814 คน คิดเป็น ร้อยละ 56.89 พบว่าผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ สาเหตุส่วนใหญ่ มาจากการไม่ควบคุมการรับประทานอาหาร ร้อยละ 86.25 รับประทานยาไม่ถูกต้องปรับยากินเอง ร้อยละ 56.40 ทีมงาน NCD อำเภอบางระกำ ตระหนักถึงความสำคัญของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย จึงได้จัดกิจกรรม ในรูปแบบการเรียนรู้และการจัดการตนเอง “โรงเรียนเบาหวานอำเภอบางระกำ” ขึ้น และพัฒนาเป็นโรงเรียนเบาหวาน PUWADOL Model ที่มีการนำไปปรับใช้อย่างแพร่หลายในหลายจังหวัด

โดยเริ่มตั้งแต่ปี 2561-2562 เน้นการควบคุมระดับ HbA1c <7% (ลดลงร้อยละ 74 - 84) โดยใช้ Plate model และ SMBG online

ปี 2563-2564 เริ่มทำ diabetes remission (หยุดยาได้ร้อยละ 54, ลดยาร้อยละ 35, ลดมูลค่ายาเบาหวานได้ร้อยละ 66) เน้นการใช้ Low carb, Intermittent fasting (IF)

ในปี 2565 ได้ขยายกลุ่มเป้าหมายเป็น 400 คน ทั้งอำเภอ โดยใช้ Telehealth ตั้ง Remission Clinic ใน โรงพยาบาลบางระกำ เป็น Setting ทางเลือกของคนไข้ในการเข้าสู่ DM Remission โดยไม่ใช้ยา

โดยมีหลักการ PUWADOL Model ดังนี้

P: patient centric (บริบท, การศึกษา, เศรษฐฐานะ)

U: unity (สาธารณสุข-สหสาขาวิชาชีพ, ท้องถิ่น, เอกชน)

W: work out (ออกกำลังกาย เพิ่มกิจกรรมทางกาย)

A: appreciate (ชื่นชมยินดีให้กับคนไข้)

D: drug lessness (ไม่ใช้ยาหรือใช้ยาน้อยที่สุด)

O: owner health mindset (ปรับให้คนไข้คือเจ้าของสุขภาพตนเอง)

L: low insulin resistance (Low carb, VLCD, IF, exercise, Stressless, sleep) intervention ที่ใช้ Remission Low carb/ลดน้ำหนัก/IF/ออกกำลังกาย/ลดความเครียด/การพักผ่อนที่เพียงพอ

1.2 วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาล HbA1c < 7%
2. ผู้ป่วยลดการใช้ยาให้น้อยหรือไม่ใช้ยาเลย

2. ด้านปัจจัยเบื้องต้น (Input)

งบประมาณและแหล่งทุน: ใช้งบประมาณจากโรงพยาบาลบางระกำในการดำเนินงาน ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมตามระยะเวลาที่กำหนดมีต้นทุนที่ประมาณ 2,000 บาทต่อ 1 คน แบ่งเป็นวัสดุที่ถูกใช้จำนวนมากคือ เครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือด (Blood Glucose Meter : BGM) และวัสดุสิ้นเปลือง คือ แผ่นตรวจน้ำตาล (Test Strip) ในปัจจุบันมีการขอสนับสนุนจากแหล่งทุนต่าง ๆ เช่น สปสช. / อปท. / เอกชน เป็นต้น เพื่อจัดซื้อแผ่นตรวจน้ำตาล Test Strip รองรับบริการขยายการดำเนินงานโรงเรียนเบาหวานในอนาคต

3. ด้านกระบวนการ (Process)

- 3.1 จัดทำโครงการ
- 3.2 จัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงาน สนับสนุนทีมเครือข่าย รพ.สต.
- 3.3 กำหนดวิธีการคัดเลือกผู้ป่วย ผ่านการประชุมทีม NCD ประกอบด้วย
 - ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เข้าร่วมด้วยความสมัครใจ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต (CKD stage 3b ขึ้นไป)
 - ผู้ป่วยมีอายุ 35-65 ปี หรืออายุมากกว่า 65 ปีควรมีผู้ดูแลที่ให้ความสนใจ
- 3.4 เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนเข้าโรงเรียนเบาหวาน รายละเอียดดังนี้
 - ประเมินภาวะสุขภาพด้วยวิธีการตรวจเลือด ได้แก่ FBS, Lipid profile, HbA1c, Cr eGFR
 - ลงทะเบียนและประเมินพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้แพลตฟอร์ม โรงเรียนเบาหวาน PUWADOL Model ข้อมูลพื้นฐาน ใช้ AADE 7 Selfcare behavior ประกอบด้วย Healthy eating, Being active, Taking medication, Monitoring, Healthy coping, Reducing risk, Problem solving

3.5 ให้ความรู้โดยทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลบางระกำ และกำหนดเป็นบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่ชัดเจนของทีมสหวิชาชีพ เน้นให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการปรับ Mindset ของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมีความเชื่อว่าโรคเบาหวานไม่สามารถรักษาให้หายได้ เมื่อเป็นโรคเบาหวานแล้วต้องรักษาโดยการกินยาไปตลอดชีวิต รวมถึงให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยในการรักษา ประกอบด้วย

แพทย์: ประเมินสุขภาพของผู้ป่วย ปรับยาให้คำแนะนำ มีความรู้ด้านโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัจจุบัน

พยาบาลวิชาชีพ/เจ้าหน้าที่ รพ.สต.:

- ให้ความรู้เกี่ยวกับ ภาวะดีอินซูลิน การจัดการภาวะดีอินซูลินการทานแบบจำกัดช่วงเวลา การเจาะเลือดด้วยตนเอง และการออกกำลังกาย
- ติดตาม โดยการสื่อสารถึงความห่วงใย, ติดตาม กาย/ใจ, ทบทวนความรู้ ความเข้าใจ
- ให้กำลังใจ โดยเข้าใจผู้ป่วย, ปรับเป้าหมายร่วมกันกับผู้ป่วย, ร่วมกันหาแนวทางการปรับพฤติกรรมสุขภาพกับผู้ป่วย จากการดำเนินงานพบว่า เดือนแรกสำคัญมาก
- ส่งเสริมศักยภาพ โดยติดตามการทานอาหาร ให้ผู้ป่วยส่งรูปมาทางไลน์
- ครอบครัวยมีส่วนช่วยสนับสนุนให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบรรลุเป้าหมาย จากการดำเนินงาน พบว่าคนไข้แต่ละรายมีความพร้อม ศักยภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างกัน เช่น บางรายครอบครัวมีส่วนในการช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยภรรยาหรือลูกสาวทำอาหารสุขภาพให้ทาน

เภสัชกร:

- ให้ความรู้และอธิบายกลไกการออกฤทธิ์ของยาอย่างง่าย ให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างถูกต้อง ตรงเวลา
- การปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยลืมรับประทานยา ปรับการรับประทานยาให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต หรือการกินอาหารแบบจำกัดช่วงเวลา สรุปผลการดำเนินงาน การรับประทานยาของผู้ป่วย

นักโภชนาการ:

- ให้ความรู้ สร้างความเข้าใจหลักการควบคุมอาหารแบบ Low Carb และ IF เช่น Plate Model (2:1:1) อาหารแลกเปลี่ยนปริมาณโปรตีนที่เหมาะสม โปรตีนแปรรูปที่ควรหลีกเลี่ยง คาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน การเลือกไขมันดี การอ่านฉลากโภชนาการ เป็นต้น รวมถึงการใช้โมเดลอาหารเสมือนจริงเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นภาพและสามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับวิถีชีวิต รวมถึงการออกแบบสัดส่วนอาหารให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

- ให้คำปรึกษาด้านโภชนาการและให้คำแนะนำรูปแบบการรับประทานอาหารแบบ Low Carb ที่ถูกต้อง ผ่านทางกลุ่มไลน์

- ติดตามประเมินผลผ่านระบบออนไลน์ โดยการพูดคุย แก้ปัญหาและปรับโภชนาการให้กับผู้ป่วย

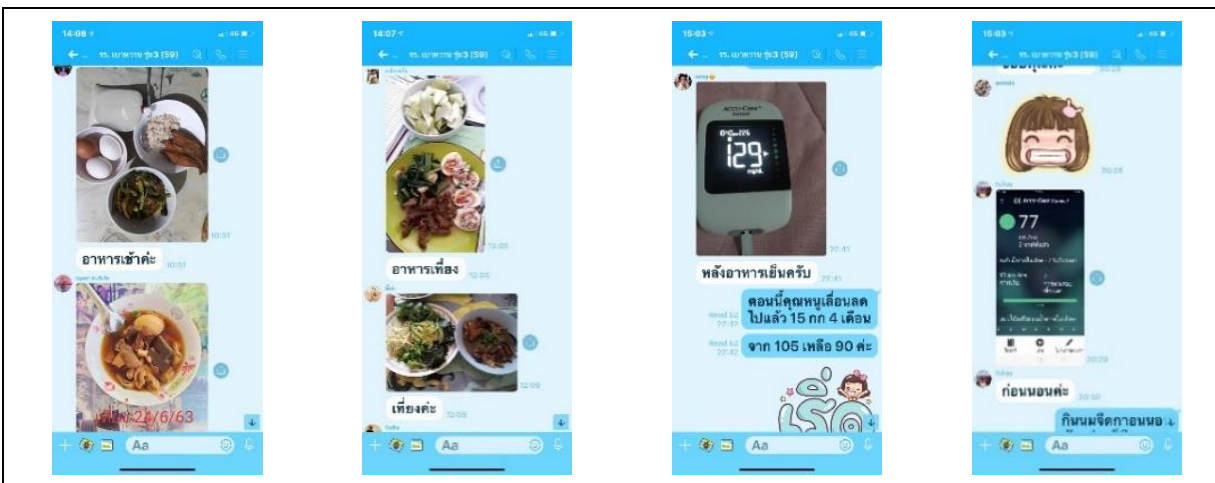
อสม.: มีบทบาท เจาะเลือดทำ SMBG Online

3.6 กิจกรรมวางแผนการรักษา และตั้งเป้าร่วมกันกับคนไข้ (HbA1c<6.5, ไม่ใช้ยา) implementation รูปแบบ Diet, Intermittent Fasting, Exercise, SMBG, ปรับลดยาและหยุดยา ตามกราฟระดับน้ำตาลในเลือด

3.7 วางแผนเรื่องการติดตาม SMBG online โดยเป็นการประเมินความพร้อม หมายถึง การมีและสามารถใช้งาน smartphone ในการรายงานผลของผู้ป่วย

- มีความพร้อม ผู้ป่วยเจาะเลือดเองโดยจะได้รับเครื่องตรวจน้ำตาลและ Test Strip
- ไม่มีความพร้อม วางแผนเจาะเลือดโดย อสม.ใกล้บ้าน

3.8 กิจกรรมการติดตาม Monitor โดยใช้การติดตามแบบ SMBG online จำนวน 2 ครั้ง/สัปดาห์ โดยในแต่ละครั้งจะทำ SMBG ก่อนและหลังทานอาหาร 2 ชั่วโมง เป็นระยะเวลา 6 เดือน โดยให้นักเรียนส่งการบ้านเป็นรูปอาหารตามรูปแบบ Plate model และ Low carb รวมถึงผลเลือดส่งใน line group



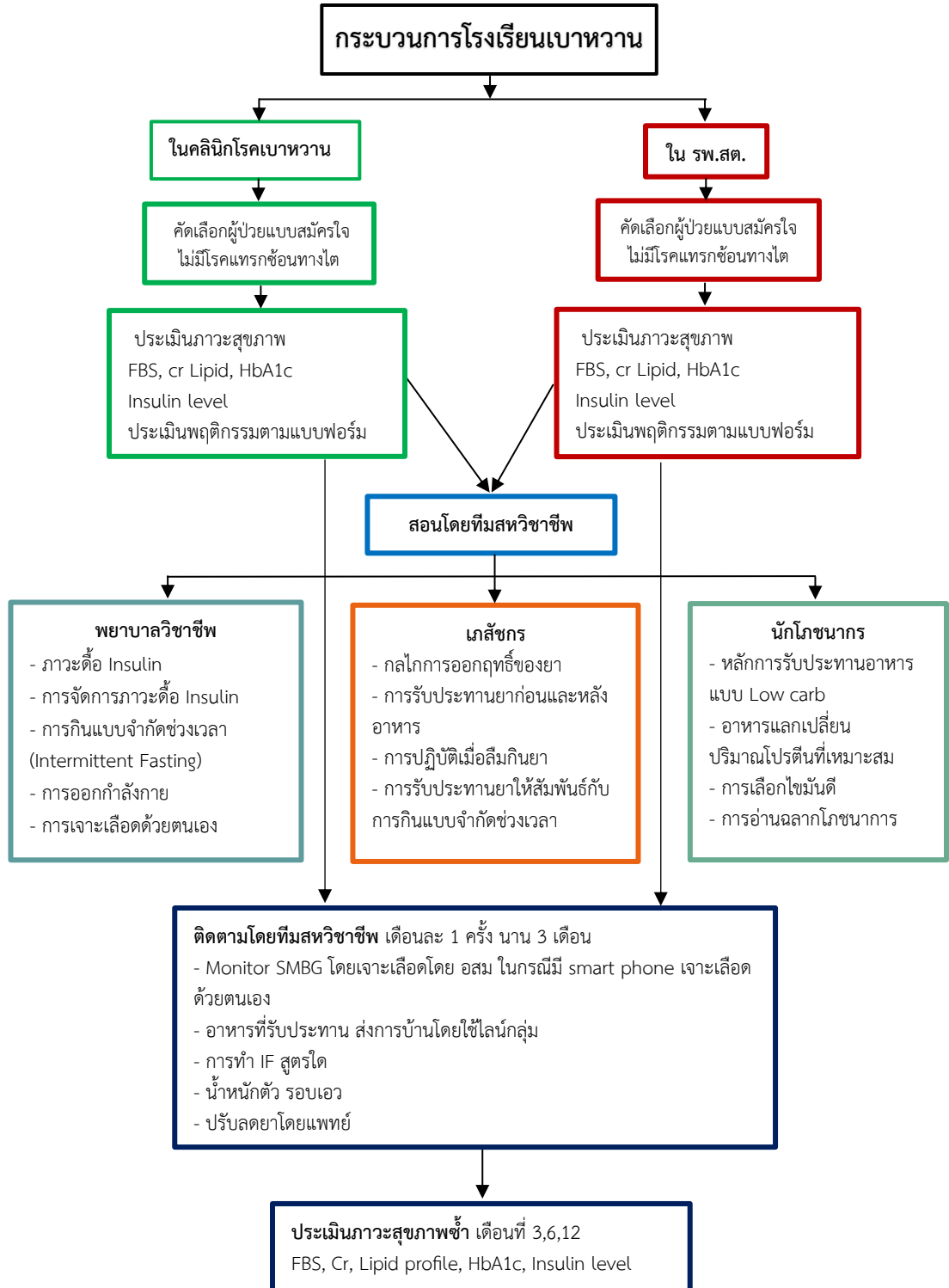
รูปที่ 5 ผู้ป่วยส่งการบ้านรูปอาหาร และผลเลือดใน line group

3.9 มีการติดตาม F/U ในรูปแบบ Online/off line ที่ รพ.สต. ร่วมกับแพทย์ เจ้าหน้าที่ เพื่อเรียนรู้การปรับยาและ advice ผู้ป่วย ประกอบด้วย

- เดือนที่ 1-3 เจาะเลือดปลายนิ้ว สัปดาห์ละ 2 วัน ก่อนอาหารและหลังอาหาร 2 ชั่วโมง ในมือเดียวกัน ติดตามเดือนละ 1 ครั้ง
- เดือนที่ 4-6 เจาะน้ำตาลปลายนิ้ว สัปดาห์ละ 1 วัน มือใดก็ได้ เจาะหลังอาหาร 2 ชั่วโมง ติดตามเดือนละ 1 ครั้ง
- กรณี เข้าสู่ Remission นัดปีละ 1 ครั้ง เจาะเลือดและคัดกรองภาวะแทรกซ้อนตามเกณฑ์

Flow กระบวนการโรงเรียนเบาหวาน PUWADOL Model

เป้าหมายคือ การทำ DM Remission: ผู้ป่วยเบาหวานมีค่า HbA1c < 6.5 % โดยไม่ใช้ยา มากกว่า 3 เดือน หรือ 6 เดือนในรายที่ไม่เริ่มใช้ยา



4. ผลผลิต (Product)

4.1 ผลลัพธ์การดำเนินงาน

- รุ่น 1 ปี 2561 ผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ 200 ราย HbA1c ลดลง ร้อยละ 74 และมูลค่ายาที่ประหยัดได้เท่ากับ 574 บาท/เดือน

- รุ่น 2 ปี 2562 ผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ 300 ราย HbA1c ลดลง ร้อยละ 84 และมูลค่ายาที่ประหยัดได้เท่ากับ 1,569 บาท/เดือน

- รุ่น 3,4 ปี 2563-2564 เน้น DM remission จำนวนผู้ป่วยเข้าร่วมทั้งหมด 106 ราย ติดตามต่อเนื่องในปี 2565 และมูลค่ายาที่ประหยัดได้ ในรุ่นที่ 3 เท่ากับ 2,901 บาท/เดือน และ รุ่นที่ 4 เท่ากับ 4,750 บาท/เดือน พบว่า

| รายการ | จำนวน (ราย) | ร้อยละ |
|-----------------------|-------------|--------|
| หยุดยาได้ | 58 | 54.42 |
| ลดยาได้ | 38 | 35.85 |
| น้ำตาลสะสมลดลงจากเดิม | 88 | 83.02 |
| HbA1c < 7% | 58 | 54.42 |

- รุ่น 5 ปี 2565 เน้น DM remission ขยายไปยังรพ.สต. 20 แห่ง ผู้ป่วย จำนวน 400 ราย เข้าร่วมติดตาม 15 รพ.สต. จำนวน 318 ราย มาติดตามระดับน้ำตาล จำนวน 256 ราย (ร้อยละ 79.75) ผลการติดตาม พบว่า

| รายการ | จำนวน (ราย) | ร้อยละ |
|-------------|-------------|--------|
| หยุดยา | 101 | 39.45 |
| ลดยา | 68 | 26.56 |
| คงยาเดิม | 72 | 28.12 |
| เพิ่มยา | 4 | 7.69 |
| ควบคุมอาหาร | 11 | 4.29 |

หมายเหตุ: ผล HbA1c อยู่ระหว่างการติดตามและสรุปผล

4.2 ข้อแตกต่างการให้บริการระหว่างกลุ่มป่วยและไม่ได้เข้าร่วมโรงเรียนเบาหวาน

| กลุ่มที่เข้าโรงเรียนเบาหวาน | กลุ่มที่ไม่เข้าโรงเรียนเบาหวาน |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับความรู้เรื่อง Low carb/IF (รายกลุ่ม) - มีการตั้งเป้าหมาย , มีวินัย และได้รับการกระตุ้น - มีการกำกับติดตาม Monitor (SMBG online) และ Line group , F/U (Online/off line) - หลังออกจากโรงเรียนผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ เป็นกิจวัตรประจำวัน <p>ข้อดี : เป็นทางเลือกในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ผู้ป่วย, ผู้ป่วยได้รับการกระตุ้น ติดตาม ได้ความรู้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืนด้วยตัวผู้ป่วยเอง, ลดภาวะแทรกซ้อน, ลดภาระของเจ้าหน้าที่ (ผู้ป่วยคุมได้นัด F/U ห่างขึ้นไม่ต้องเดินทาง มารพ.บ่อย)</p> | <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับความรู้เรื่อง Low carb/IF (รายกลุ่ม) แต่ไม่ได้รับการติดตาม - ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาแบบเดิม (บางรายไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเน้นทานยา บางรายคุมไม่ได้และเกิดภาวะแทรกซ้อน) |

5. ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข

| ปัญหา/อุปสรรค | แนวทางแก้ไข |
|---|---|
| ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและความพร้อม | |
| ผู้ป่วยที่ไม่พร้อมเรียนมักไม่ประสบความสำเร็จ การเลือกผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรม เน้นผู้ป่วยเป็น ศูนย์กลาง โดยความสมัครใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรม จะทำให้ประสบความสำเร็จมากขึ้น | <ul style="list-style-type: none"> - สิ่งสำคัญในการเลือกผู้ป่วย ต้องให้ผู้ป่วยสมัครใจ พร้อมที่จะเรียนรู้ในการปรับพฤติกรรมของตนเอง และให้ผู้ป่วยรู้ว่า สุขภาพเป็นของตัวเอง จะสำเร็จหรือไม่ ขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยเท่านั้น ทีมสหวิชาชีพเป็น Coaching - ในผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ทุกรายจะส่งไปที่คลินิก NCDs เพื่อแนะนำทางเลือกการรักษาโดยการกินยา หรือปรับโภชนาการและรูปแบบการกินในการรักษา (โปรแกรมโรงเรียนเบาหวาน Low carb /Intermittent fasting |
| ผู้ป่วยไม่มีสมาร์ตโฟน | แนะนำให้ใช้ Smartphone ของบุตรหลานในบ้าน เพื่อถ่ายรูปส่งการบ้านรูปอาหาร และผลเลือด ใน line group ได้ |
| ผู้ป่วยบางรายเกิดการ relapse (น้ำตาลสะสมเกิน 6.5%) จากการติดตาม ต้องนัดกลับมาให้ความรู้ สอบถามสาเหตุและหาแนวทางแก้ปัญหาเฉพาะราย | การติดตามผู้ป่วยต้องมีความต่อเนื่อง (ยังต้องมีการติดตามน้ำตาลสะสมทุกปี) ในเวลาที่ชัดเจนอย่างน้อยปีละครั้ง |

| ปัญหา/อุปสรรค (ต่อ) | แนวทางแก้ไข (ต่อ) |
|---|---|
| ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและความพร้อม (ต่อ) | |
| ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถทำได้ตามเป้าหมาย หากขาดการกระตุ้นเตือนหรือการติดตามผู้ป่วยจะไม่ควบคุมอาหาร บางรายมีน้ำหนักเพิ่มสูงขึ้น | ทำความเข้าใจ หาสาเหตุร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว คนรอบข้าง เพื่อให้ความรู้และหารื้อกับคนรอบข้างไปพร้อมกัน |
| ด้านยา | |
| ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาบางมื้อ เนื่องจากเร่งรีบในการไปทำงาน หรือลืมเวลารับประทานยา | แจกถ้ำบยาหรือซองพลาสติกซองเล็กให้ ผู้ป่วยพกไปที่ทำงานด้วย |
| ผู้ป่วยอ่านฉลากยาไม่ออก ทำให้รับประทานยาผิด | จัดทำฉลากยารูปภาพให้ผู้ป่วย หรือวาดรูปประกอบเพื่ออธิบายการรับประทานยา |
| ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ตรงเวลา เนื่องจากไม่ได้รับประทานอาหารตรงเวลา | ให้คำแนะนำผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานยาและอาหารให้ตรงเวลา รับประทานให้ครบ 5 หมู่ |
| ผู้ป่วยไม่รับประทานยามื้อกลางวัน เพราะไม่ได้รับประทานอาหารกลางวัน หรือรับประทานอาหารแบบ IF 2 เวลา | ปรับวิธีการรับประทานยาของผู้ป่วยให้เหมาะสมกับชีวิต เช่น Metformin 2x3 pc ปรับเป็น 3x2 pc และ Metformin 1x3 pc ปรับเป็น 0-2-1 pc |
| ผู้ป่วยหยุดยาบางรายการเอง เพราะเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา | ให้คำแนะนำผู้ป่วยเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ห้ามหยุดยาเอง ให้ปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรเพื่อหาสาเหตุที่แท้จริงว่าอาการที่เกิดจากยาจริงหรือไม่ เพื่อแจ้งแพทย์เปลี่ยนยา |
| ด้านอาหาร | |
| ผู้ป่วยได้รับความรู้ แต่ไม่สามารถปฏิบัติได้จริง เนื่องจากมีวิถีชีวิตที่ต้องทำงานหนัก ผู้ป่วยเชื่อว่าหากลดอาหารจำพวกข้าว แป้ง จะไม่มีแรงในการทำงาน | มีการติดตามประเมินผลและให้ความรู้เพิ่มเติมอย่างต่อเนื่อง สอนความรู้ให้เชิงการแลกเปลี่ยนให้สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย |
| ผู้ป่วยรับประทานอาหารจำพวกโปรตีนน้อย และสับสนระหว่างโปรตีนแปรรูปว่าสามารถกินทดแทนโปรตีนหลักได้ | ให้คำปรึกษาปัญหาด้านโภชนาการ และการเลือกรับประทานอาหารแลกเปลี่ยนในปริมาณที่เหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย |

6. ปัจจัยความสำเร็จ

6.1 ด้านบุคลากร: ผู้บริหารให้ความสำคัญ การทำงานเป็นทีมที่เข้มแข็ง ความเข้าใจของทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ เครือข่ายรพ.สต. และอสม.

6.2 ด้านกระบวนการ: การติดตาม Monitor Online + telehealth และการติดตามหลังจากจบโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง

6.3 ด้านผู้รับบริการ: ความมุ่งมั่นตั้งใจของผู้ป่วย (เข้าโรงเรียนโดยความสมัครใจ), คนไข้รายใหม่จะทำได้ดี

7. แนวทางในการพัฒนาต่อยอด

7.1 การนำเทคโนโลยีสารสนเทศ Telehealth มาใช้ในการติดตามผู้ป่วย (เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ได้เรียนรู้กระบวนการทำงาน) เพื่อลดระยะเวลาในการเดินทางของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดยนำมาขยายผลในรุ่นที่ 5 จำนวน 415 ราย (ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย รพ.สต.ใกล้บ้านทั้ง 20 แห่งกับ 1 PCU ของรพ.)

7.2 การนำอุปกรณ์ที่สามารถเชื่อมต่อกับ Cloud มาใช้ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องเจาะน้ำตาลในเลือดเพื่อติดตามผู้ป่วยแบบออนไลน์

7.3 การให้ความรู้กับ อสม. ในพื้นที่ที่ดูแลผู้ป่วยคอยติดตามกระตุ้นเตือนและเจาะเลือด (3 หมอ)

7.4 เก็บข้อมูลเรื่องภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานลดลงหรือไม่ถ้าเปรียบเทียบกับประชากรเบาหวานส่วนใหญ่เก็บข้อมูลไปข้างหน้า (Prospective Study)

7.5 นำองค์ความรู้เรื่อง Low carb/IF ไปขยายในกลุ่ม pre DM หรือ กลุ่ม metabolic syndrome

7.6 ขยาย Scale ไปในระดับอำเภอ จังหวัดอื่น ๆ ในประเทศ

8. ข้อค้นพบจากส่วนกลางในการลงพื้นที่

8.1 การสร้างทีม และการปรับมุมมองของทีม

ผู้บริหารเป็นตัวอย่างที่ดี มีความรับผิดชอบ ให้ความสำคัญ เห็นประโยชน์ของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชักจูงให้เกิดการมีส่วนร่วมในการทำงานแบบทีมและเครือข่าย ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ เจ้าหน้าที่จากรพ.สต. อสม. โดยทีมมีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละสาขาวิชาชีพแบบมีจุดมุ่งหมายเดียวกัน คือ ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาล HbA1c < 7% และ/หรือลดการใช้ยาเบาหวานให้น้อยที่สุด มีการปรับ mindset ของทีมเรื่องเบาหวานหายได้ (DM Remission) โดยได้เชิญ วิทยากรผู้เชี่ยวชาญให้ความรู้ความเข้าใจเพื่อปรับมุมมองของทีม จากนั้นกำหนดเป้าหมายหลักของการดำเนินงาน นำไปสู่การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เริ่มต้น ปี 2561 – ปัจจุบัน

8.2 การมองผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการด้วยความสมัครใจ พร้อมทั้งจะเรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง โดยจะได้รับความรู้และการประเมินความพร้อมเพื่อช่วยในการตัดสินใจจากทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งได้รับการประเมินภาวะสุขภาพด้วยวิธีการตรวจเลือด ได้แก่ FBS, Lipid profile, HbA1c, Cr eGFR ผู้ป่วยจะร่วมวางแผนการ Diet ที่เหมาะสมสำหรับบุคคล เช่น Low carb, Intermittent fasting (IF), keto สามารถออกแบบกิจกรรมและตั้งเป้าหมายร่วมกันกับทีมดูแลสุขภาพ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืนด้วยตัวผู้ป่วยเอง

8.3 ระบบสารสนเทศและการวิเคราะห์ข้อมูล

การนำระบบสารสนเทศเข้ามาใช้ในการดำเนินงานอย่างหลากหลาย เช่น AADE 7 Selfcare behavior ประกอบด้วย Healthy eating, Being active, Taking medication, Monitoring, Healthy copying, Reducing risk, Problem solving แพลตฟอร์มเหล่านี้เป็นข้อมูลพื้นฐานช่วยในการประเมินสุขภาพของผู้ป่วย, การใช้ SMBG online เพื่อตรวจและบันทึกผลระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย เป็นข้อมูลประกอบการปรับยาของแพทย์, Line Grope สำหรับให้ผู้ป่วยส่งผลเลือด (DTX) และรูปอาหารตาม Plate model, Low carb, อีกทั้งยังเชื่อมโยงฐานข้อมูลของโรงพยาบาลบางระกำ และ Dashboard ของ Website โรงเรียนเบาหวานภูวดล.com เพื่อวิเคราะห์และแสดงผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยทั้งผล Lab และประวัติการรักษาทำให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ

8.4 การปฏิบัติตามแผนงาน/กิจกรรม

การดำเนินงานโรงเรียนเบาหวาน PUWADOL Model

ระยะที่ 1 (2561-2562) มีเป้าหมายเพื่อเน้นการควบคุมระดับ HbA1c <7% และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารและยาได้ถูกต้อง โดยใช้หลักการ Plate model สาธิตภาพตัวอย่างที่ชัดเจน สร้างแรงจูงใจเพื่อทำให้ผู้ป่วยตระหนักรู้และตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง ทั้งติดตามระดับน้ำตาล SMBG เป็นระยะ ๆ เพื่อปรับเปลี่ยนยาและรูปแบบการ Diet รายบุคคล

ระยะที่ 2 (2563-2564) มีการปรับเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถเข้าสู่เบาหวานระยะสงบ (DM Remission) โดยเพิ่มหลักการ Low carb, Intermittent fasting (IF) และให้ความสำคัญในเรื่องการสร้างแรงจูงใจ การติดตามอย่างต่อเนื่องและการปรับเปลี่ยนแผนการดูแลรายบุคคล นอกจากนี้ยังสามารถประเมินผลมูลค่ายาโรคเบาหวานที่ประหยัดลงได้อีกด้วย

ระยะที่ 3 (2565-ปัจจุบัน) ตั้ง Remission Clinic ใน รพ.บางระกำ เป็น Setting ทางเลือกของคนไข้ ในการเข้าสู่ DM Remission โดยไม่ใช้ยา ขยายกลุ่มเป้าหมายสู่ รพ.สต. โดยใช้ Telehealth เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ได้รับการฝึกอบรม พัฒนาศักยภาพให้ตรงตามกระบวนการของโรงเรียนเบาหวานและร่วมมือกับ อสม. ในชุมชนให้เป็นผู้ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อการปรับเปลี่ยนแผนการดูแลให้เหมาะสมรายบุคคล

ดังนั้น การมีเป้าหมายของแผนงานกิจกรรมที่ชัดเจนร่วมกับการติดตามผลระดับน้ำตาลในเลือดอย่างต่อเนื่อง ช่วยในการปรับเปลี่ยนแผนการดูแลสุขภาพรายบุคคลและอาศัยการสร้างแรงจูงใจ นำไปสู่ผลสำเร็จตามเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยลดการใช้ยาโรคเบาหวานและลดระดับ HbA1c ลงได้

8.5 การกำกับติดตาม

กลไกการกำกับติดตามผู้ป่วยที่ชัดเจนและอย่างต่อเนื่อง มีแนวทางติดตามโดยทีมสหวิชาชีพ เดือนละ 1 ครั้ง นาน 3 เดือน และประเมินภาวะสุขภาพซ้ำ เดือนที่ 3,6,12 ด้วยการทำ SMBG Online และการใช้ Line group เป็นการติดตามเพื่อเสริมพลังในการดำเนินงานส่งผลให้ ผู้ป่วยรับรู้ความเสี่ยงของตนเอง นำไปสู่การตั้งเป้าหมายเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง รวมถึงทีมแพทย์นำข้อมูลสุขภาพที่ได้มาวางแผนเพื่อปรับเปลี่ยนการรักษาได้อย่างรวดเร็ว เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีของผู้ป่วย อีกทั้งเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

จะมีการกระตุ้นเตือน ติดตาม เพื่อทำความเข้าใจ สอบถามหาสาเหตุร่วมกันกับผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้ดูแล ในการดูแลสุขภาพอย่างยั่งยืน

8.6 ข้อเสนอแนะในการพัฒนา

- กิจกรรมโรงเรียนเบาหวาน ผู้ป่วยสามารถลดการทานยาเบาหวานลง หรือบางรายไม่จำเป็นต้องทานยา แต่ยังคงทานยาลดไขมัน และยาลดความดันโลหิต จากการสอบถามผู้รับบริการยังมีความดันโลหิตสูงในบางราย หากกิจกรรมนี้สามารถให้คำแนะนำเรื่องการควบคุมความดันโลหิต หรือ Monitor ข้อมูลดังกล่าวร่วมด้วยจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความดันโลหิตที่เป็นปกติได้มากขึ้น

- เพิ่มกิจกรรมการลดปัจจัยเสี่ยง เช่น เหล้า บุหรี่ การออกกำลังกาย เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้



โรงเรียนเบหาหวานวิทยา

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา

1.ด้านบริบท (context)

1.1 สถานการณ์ปัญหาสุขภาพในพื้นที่

อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา มีสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไประดับ M1 จำนวน 1 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 1 แห่ง รพ.สต./ศูนย์สาธารณสุขชุมชน จำนวน 20 แห่ง จำนวนประชากร ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2565 ทั้งหมด 130,043 คน แบ่งเป็น ชาย 63,768 คน หญิง 66,275 คน จำนวนผู้ป่วยเบาหวานปี 2563 - 2565 จำนวน 6,868.3, 7,365.3, และ 7,587.2 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ โรคความดันโลหิตสูงจำนวน 14,929.96, 15,932.38 และ 16,364.80 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ จะเห็นได้ว่า มีแนวโน้มที่สูงขึ้นทุกปี จึงต้องมีการวางแผนสร้างระบบในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ตั้งแต่ปฐมภูมิ ,ทุติยภูมิ และตติยภูมิ การดำเนินการจะต้องมีการเชื่อมโยงข้อมูลการดูแลผู้ป่วยเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง และต้องอาศัยเครือข่ายหลายภาคส่วนมาบูรณาการในการดำเนินงาน จึงจะสามารถลดการเกิดผู้ป่วยรายใหม่และชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยได้

การดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนประเด็นด้านโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอพิมาย (พชอ.) โดยมี นพ.ชัชวาลย์ สีลาเจริญพร เป็นประธานคณะกรรมการ ใช้กลไก “โรงเรียนเบหาหวานวิทยาอำเภอพิมาย” เริ่มดำเนินการในปี 2563 เพื่อสร้างโอกาสการหายจากโรคเบาหวาน กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย ได้รับการส่งเสริม และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมสอดคล้องกับภาวะเสี่ยงรายบุคคล ในทุกกลุ่มอายุ อาชีพ สนับสนุนการจัดการตนเองอย่างมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน พร้อมทั้งสร้างหลักสูตรการเรียนการสอนที่เป็นรูปแบบการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต และการศึกษาตามอัธยาศัย พัฒนาด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ภายใต้แนวคิด “หมอที่ดีที่สุดคือตัวเรา ยาที่ดีที่สุดคืออาหาร” โรงเรียนเบหาหวานวิทยาดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ผ่านการสร้างครูที่เป็นต้นแบบ และถ่ายทอดวิชาความรู้ที่สำคัญ ทำให้เกิดผลลัพธ์การดำเนินงานที่ได้ผลสูงสุดต่อนักเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรม โดยคัดเลือกนักเรียนจากผู้ป่วยเบาหวาน ค่าน้ำตาลสะสม (HbA1C) > 7% ที่มีความสมัครใจ ตั้งใจเข้าร่วมกระบวนการเรียนรู้ และสามารถดูแลตนเองได้ นักเรียนจะได้รับการติดตามประเมินผลพฤติกรรมสุขภาพอย่างน้อย 4 ครั้ง เน้นมาตรการการควบคุมอาหารลดการทานคาร์โบไฮเดรตเป็นหลัก เพิ่มโปรตีนและไขมันดี ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) เพื่อควบคุมน้ำตาลหลังอาหาร 2 ชั่วโมง ซึ่งกำหนดน้ำตาลสะสมไม่เกิน 140 dU/mg ปล่อยให้ผู้ป่วยรับยาที่ รพ.สต. มากขึ้นช่วยลดเวลาการเดินทาง ลดเวลาารับบริการที่โรงพยาบาล แพทย์ผู้ให้การรักษาคอยสังเกตการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อสั่งหยุดยาตามเกณฑ์ต่อไป เกณฑ์ “เบาหวานหายหรือสงบ” อ้างอิงมาจาก สมาคมเวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัวฯ สมาคมโรคเบาหวานฯ สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน สมาคมต่อมไร้ท่อฯ

สมาคมกำหนดอาหารฯ สมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำฯ และกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยให้ค่านิยาม เบาหวานหายหรือสงบ คือ การมีน้ำตาลสะสมต่ำกว่า 6.5% เป็นเวลาต่อเนื่องกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยไม่มีการใช้ยาใด ๆ

1.2 วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน (pre-DM) มีค่า FBS น้อยกว่า 100 dl/mg และ HbA1C น้อยกว่าเท่ากับ 5.7 %
2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาล HbA1C น้อยกว่าเท่ากับ 6.5 % ได้
3. เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ตามปกติ โดยสามารถลดยา หรือไม่ใช้ยาเบาหวานได้

2. ด้านปัจจัยเบื้องต้น (Input)

งบประมาณและแหล่งทุน: การจัดตั้งโรงเรียนเบาหวาน เริ่มต้นด้วยงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 800,000 บาท ปัจจุบันดำเนินงานด้วยงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพิมาย ผ่านการจัดทำแผนงาน/โครงการ ของรพ.สต. รวมถึงงบประมาณจากโรงพยาบาลพิมาย กองทุนโรคเรื้อรังขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และกองทุนสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอพิมาย เพื่อบริหารจัดการกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรงเรียนเบาหวานวิทยา เงินบริจาคของคนในชุมชน คหบดีในพื้นที่ ประกอบกับการจัดทำกาแฟสกัดเย็นจำหน่ายในโรงพยาบาล และรพ.สต. เพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของคนในชุมชน เป็นทางเลือกให้แก่ประชาชนได้ทานกาแฟดำ รสชาติดี ไม่ใส่น้ำตาล และครีมเทียม สามารถทานในช่วง Intermittent Fasting (IF) ได้

3. ด้านกระบวนการ (Process)

- 3.1 ประชุมจัดทำแผนงาน/โครงการ ระหว่าง สสอ.พิมาย ผอ.รพ.สต.และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ
- 3.2 สสอ.พิมาย กำหนดแผนงานของ รพ.สต. ให้สอดคล้องกับประเด็น พขอ. จำนวน 2 แผนงาน
 - 1) แผนคัดกรองความเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง
 - 2) แผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง
- 3.3 รพ.สต. ส่งแผนขออนุมัติไปยังกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลและสสอ.พิมาย
- 3.4 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ใช้บริบทพื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ด้วยการทำงานอย่างมีส่วนร่วม ตามแนวทางการทำงานร่วมกันของภาครัฐ และประชาสังคม สร้างการมีบทบาทของภาคีเครือข่าย ดังนี้
 - สสจ. ผู้บริหารกำหนดนโยบาย ทิศทาง การดำเนินงาน มีจุดมุ่งหมายคือประชาชนในพื้นที่ ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานลดการใช้ยา หยุดยา ลดระยะเวลารอคอยการมารับบริการที่โรงพยาบาล
 - สสอ. จัดทำ Focus group ประกอบด้วย ผอ. ครูโรงเรียนเบาหวานวิทยา (ครู ก.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของทุกวิทยาเขตที่มีการดำเนินงานโรงเรียนเบาหวานวิทยา
 - รพ. แพทย์ในโรงพยาบาลสามารถสั่งหยุดยาให้ผู้ป่วยตามเกณฑ์การหายของโรคเบาหวาน

- รพ.สต. สร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการเสริมสร้างสุขภาพ จัด Setting ในทุกชุมชน เช่น ศาลาวัด เพื่อใช้เป็นสถานที่รวมตัวของนักเรียนเบาหวาน อบรมให้ความรู้ เรื่องการนับ carb ในมื้ออาหาร สัดส่วนการรับประทานอาหารตามธงโภชนาการ

- อปท. สนับสนุนงบประมาณจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ ได้แก่ เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด แผ่นตรวจน้ำตาล (strip) เข็มเจาะปลายนิ้ว เป็นต้น

- ภาศึเครือข่าย ประกอบด้วย ข้าราชการเกษียณ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว อาสาสมัครพระสงฆ์ประจำวัด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำโรงเรียน เข้าอบรมหลักสูตรโรงเรียนเบาหวาน

3.5 สถานที่ดำเนินงาน: วัดในชุมชน, วิทยาลัยครูเบาหวาน ณ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพิมาย

กิจกรรมการดำเนินงานของโรงเรียนเบาหวานวิทยาลัยครูอำเภอพิมายระดับตำบล

1. อบรม ผอ.โรงเรียนเบาหวาน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อปรับกระบวนการทัศนในการดำเนินงาน

2. อบรมการใช้กระบวนการฝึกสติแบบสั้น (MBBI): สมาธิคลายเครียด, สติเคลื่อนไหว, สติในการกิน, สติ

ควบคุมอารมณ์/เป็นวิถีชีวิต

3. อบรมการใช้ยา 8 ขนาน คือ การใช้พิซสมุนไพรรักษาในท้องถิ่นควบคุมดูแลสุขภาพ

4. แบ่งระดับชั้น นักเรียน

● ระดับอนุบาล : ผู้ป่วย Pre- DM

● ระดับประถม : ผู้ป่วยเบาหวาน HbA1C \leq 7 %

● ระดับมัธยม : ผู้ป่วยเบาหวาน HbA1C \geq 7 %

● ระดับมหาวิทยาลัย : ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคแทรกซ้อน

5. ประชุมกลุ่มในหมู่บ้าน สร้างความเข้าใจของคนในชุมชน

6. กิจกรรมเยี่ยมพ่่าผู้ป่วยเบาหวาน “เยี่ยมพ่่าเข้า เข้าถึงคร้ว” โดย ผอ.และครูประจำชั้นโรงเรียนเบาหวานวิทยาลัยครู อำเภอพิมาย สร้างความรู้แก่บุคคลในครอบครัว อาทิ เช่น

- ความรู้เรื่องอาหาร Low carb เช่น ข้าวกล้อง ไข่ ผักสด

- การทำ IF เว้นช่วงการกินของผู้ป่วย

- ฝึกออกกำลังกายทำพื้นฐาน

- ฝึกสมาธิ ปรับอารมณ์ เสริมสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วย

7. ติดตามผู้ป่วยระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยเจาะ HbA1C ทุก 3 เดือน โรงเรียนเบาหวานวิทยาลัยครูอำเภอพิมายแบ่งเป็นระดับผลการเรียนตามเกณฑ์การประเมิน ดังนี้

- กลุ่มเสี่ยงก่อนเบาหวาน (Prediabetes) มีค่าน้ำตาลก่อนอาหารเช้า FBS $<$ 100 mg%, HbA1C $<$ 5.7% การบันทึกผลการตรวจร่างกายด้วยเครื่อง Body composition ดีขึ้น เช่น ไขมันในช่องท้อง สัดส่วนเอวต่อสะโพก ระดับไขมันในเลือดลดลง

| เกณฑ์การประเมิน | | ระดับผลการเรียน |
|-----------------|--|-----------------|
| ผ่าน | น้ำตาลก่อนอาหารเช้า (FBS) <100 mg%, HbA1C < 5.7% และ Body composition ดีขึ้น เช่น ไขมันในช่องท้อง สัดส่วนเอวต่อสะโพก ระดับไขมันในเลือดลดลง | ดีมาก (A) |
| | FBS หรือ HbA1c ลดลง หรือ Body composition ดีขึ้น เช่น ไขมันในช่องท้อง สัดส่วนเอวต่อสะโพก ระดับไขมันในเลือดลดลง | ดี (B) |
| | FBS หรือ HbA1c คงที่ หรือ Body composition คงที่ เช่น ไขมันในช่องท้อง สัดส่วนเอวต่อสะโพก ระดับไขมันในเลือดคงที่ | พอใช้ (C) |
| ไม่ผ่าน | FBS หรือ HbA1c เพิ่มขึ้น หรือ Body composition เพิ่มขึ้น เช่น ไขมันในช่องท้อง สัดส่วนเอวต่อสะโพก ระดับไขมันในเลือดเพิ่มขึ้น | ปรับปรุง (D) |

- กลุ่มป่วย มีค่า HbA1C < 5.7% ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปโดยไม่ใช้ยา หรือ Diabetes remission

| ระดับเป้าหมาย | Grade |
|--|-------|
| HbA1C < 6.5% ไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยไม่ใช้ยา | 4 |
| HbA1C < 6.5% โดยใช้ยาแค่ Metformin ตัวเดียว | 3.5 |
| HbA1C < 6.5% โดยใช้ยาลดลง | 3 |
| HbA1C < 6.5% โดยใช้ยาเท่าเดิม | 2.5 |
| HbA1C < 7% หรือน้อยลงกว่าเดิม | 2 |

8. เป้าหมายในการดำเนินงาน

- 1) ร้อยละ 100 ของผู้เรียนได้รับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน/ การนับ Carb ไขมันและน้ำตาล
- 2) ร้อยละ 80 ของผู้เรียนสามารถปรับพฤติกรรมด้านโภชนาการ
- 3) ร้อยละ 60 ของผู้เรียนนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันของตนเอง และครอบครัว
- 4) ร้อยละ 60 ของผู้เรียนกลุ่มเสี่ยงกลับไปอยู่กลุ่มปกติ เมื่อจบหลักสูตร
- 5) ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีค่าน้ำตาลสะสมในเลือดดีขึ้น ปรับลดยาและเลิกยา

บทบาทหน้าที่ของนักเรียนและครูโรงเรียนเบาหวานวิทยา

1) นักเรียนโรงเรียนเบาหวาน คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความสนใจเข้าร่วมกิจกรรม ตั้งใจปฏิบัติตามคำแนะนำ ใช้มาตรการการควบคุมอาหารเป็นหลัก (low cabs เพิ่มโปรตีนและไขมันดี) ทราบค่าน้ำหนักตัว ส่วนสูง ความดันโลหิต รอบเอว ตรวจน้ำตาลปลายนิ้วด้วยตนเอง ทราบค่าน้ำตาลสะสมในเลือด ตรวจ DTX เพื่อดูน้ำตาลหลังอาหาร 2 ชม. น้ำตาลสะสมกำหนดให้ไม่เกิน 140 dV/mg ติดตามประเมินผลพฤติกรรมสุขภาพอย่างน้อย 4 ครั้ง/เดือน (เข้าโรงเรียน 1 วันต่อสัปดาห์ครั้งละ 4 ชม.) เรียนรู้โภชนาการจากอาหารในปิ่นโตอาหาร เกิดความรู้ ความตระหนัก และสามารถจัดการตนเองได้

2.) ครูโรงเรียนเบาหวานวิทยา

| ตำแหน่ง | บทบาทหน้าที่ |
|----------------------------|---|
| ผู้อำนวยการโรงเรียนเบาหวาน | บริหารจัดการในโรงเรียนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน และจัดสรรทรัพยากร |
| ฝ่ายพยาบาล | เจาะเลือดและประเมินผลภาวะสุขภาพของนักเรียนก่อนและหลังให้คำปรึกษาผู้ที่มีภาวะสุขภาพ วางแผนการบริการด้านสุขภาพ ทำสัญลักษณ์แถบสีนักเรียน 4 ชั้นเรียน ป้ายชื่อนักเรียน |
| ฝ่ายบริหาร | จัดหาอุปกรณ์การเรียนการสอน รับสมัครนักเรียนเข้าโรงเรียน แผนงานโครงการ/การเงิน ติดต่อประสานงานหน่วยงานราชการ |
| ฝ่ายวิชาการ | หลักสูตรกระบวนการเรียนการสอน การเรียนรู้ ข้อมูลนักเรียน วัดผลประเมินผลนักเรียน สื่อการเรียนการสอน เอกสารวิชาการด้านต่างๆ กิจกรรม MBBI จิตและสมาธิ 4อ. ยา 8 ขนาน |
| ฝ่ายยุทธศาสตร์ | เอกสารการเรียนการสอน หลักสูตรการเรียนการสอน/จัดหาสื่อการเรียนการสอน วัดและประเมินผลการเรียนของนักเรียน จัดเก็บข้อมูลนักเรียน และสรุปผลการเรียน งานวิจัยในชั้นเรียน จัดทำใบประกาศจบหลักสูตร |

การตั้งวิทยาลัยเบาหวานเป็น Center training

1) อบรมหลักสูตร หลักสูตรโรงเรียนเบาหวานวิทยาอำเภอพิมาย มีจำนวน 7 สารการเรียนรู้ ใช้เวลาในการจัดการเรียนรู้จำนวน 14 สัปดาห์ (42 ชั่วโมง)

สารการเรียนรู้ที่ 1 ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และ ระบบเผาผลาญและการดื้ออินซูลิน จำนวน 2 ชั่วโมง

สารการเรียนรู้ที่ 2 อาหารและสารอาหาร ติดตามน้ำตาลหลังอาหาร และความสำคัญของน้ำตาลหลังอาหาร จำนวน 4 ชั่วโมง

สารการเรียนรู้ที่ 3 อาหารพร่องแป้งหรือ Low carb ฉลาดรู้ ฉลาดเลือก จำนวน 12 ชั่วโมง

สารการเรียนรู้ที่ 4 การงดอาหารเป็นช่วง หรือ (IF) จำนวน 2 ชั่วโมง

สารการเรียนรู้ที่ 5 กลัwn้ำตาล และเลิกกลัวไขมัน จำนวน 6 ชั่วโมง

สารการเรียนรู้ที่ 6 ออกกำลังกาย จิตใจเบิกบาน จำนวน 13 ชั่วโมง

สารการเรียนรู้ที่ 7 ประเมินผล จำนวน 3 ชั่วโมง

2) กลุ่มเป้าหมาย คือ ครู ก เช่น อสม. ข้าราชการเกษียณ

3) ระยะเวลาการสอน 2 วัน 1 คืน

4. ผลผลิต (Product)

ผลลัพธ์การดำเนินงาน

จากข้อมูล ณ เดือนสิงหาคม 2564 นักเรียนโรงเรียนเบาหวานวิทยาอำเภอพิมาย ที่มีค่า HbA1C > 6.5 % จำนวน 295 คน พบว่า

| รายการ | จำนวน (ราย) | ร้อยละ |
|-----------------------|-------------|--------|
| 1. หยุดยา | 74 | 15.93 |
| 2. มีผลการปรับลดยาได้ | 68 | 23.05 |
| 3. งดยาบางตัว | 39 | 13.22 |
| 4. ใช้อาาเติม | 130 | 44.07 |
| 5. เพิ่มยา | 2 | 0.68 |
| 6. อื่นๆ | 9 | 3.05 |

รวมถึงผลการดำเนินงานของโครงการ เยี่ยมยาม ถามข่าว “เยี่ยมพาข้าวผู้ป่วยเบาหวาน” ของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ 22 หมู่บ้าน จำนวนผู้ป่วย 256 คน พบว่า ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1C) ลดลงร้อยละ 62.11 นอกจากนี้ยังส่งผลถึงตัวชี้วัดที่สำคัญ คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ที่มีผลลัพธ์ ร้อยละ 37.20 เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา

5. ปัญหา/อุปสรรคและแนวทางแก้ไขปัญหา

| ปัญหา/อุปสรรค | แนวทางแก้ไขปัญหา |
|---|---|
| เงินทุนสนับสนุนการดำเนินงานโรงเรียนเบาหวานวิทยา เช่น การเจาะตรวจค่าน้ำตาล HbA1C พบว่า ผู้ป่วยบางรายต้องไปเจาะ LAB เอกชน (180 บาท/ราย) | ใช้งบประมาณส่วนกลางจากกองทุนสำนักงาน เลขาธิการ พขอ.พิมาย ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย |
| งบกองทุนโรคเรื้อรังจาก อปท. มีข้อจำกัดเนื่องจากเป็นงบเหมาจ่ายรวมในการดูแลสุขภาพด้านอื่นๆ | สปสช. จัดสรรงบประมาณเบิกจ่ายสำหรับการทำ DM Remission |

6. ปัจจัยความสำเร็จ

การกำหนดทิศทางนโยบายของผู้บริหาร การจัดตั้งกลไกโรงเรียนเบาหวานวิทยาในชุมชน ครูโรงเรียนเบาหวาน (ครู ก.) ที่มีความรู้และประสบการณ์จากการอบรม สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพของคนในสังคมและชุมชน ทีมบุคลากรมีจุดมุ่งหมายเพื่อโรคเบาหวานหายได้ของประชาชนในอำเภอพิมาย

7. แนวทางการพัฒนาต่อยอด

สร้างวิทยาลัยครูเบาหวานอำเภอพิมายเพื่อเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ของทีมบุคลากรให้มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานอย่างเป็นระบบ จัดการอบรมหลักสูตรตามระดับชั้นเรียน เป็นแหล่งเรียนรู้และขยายผลการปฏิบัติในพื้นที่ที่สนใจการทำ DM Remission ด้วยหลักสูตรวิทยากรโรงเรียนเบาหวาน เป็นหลักสูตรพิเศษสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ให้แก่หน่วยงานที่สนใจ เพื่อใช้ดำเนินงานคลินิกเบาหวานในโรงพยาบาล โรงเรียนเบาหวานในชุมชน เพื่อลดกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และโรงเรียนอนุบาลเบาหวาน เพื่อลดกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน รวมถึงประชาชนทั่วไปที่เป็นผู้ป่วยเบาหวาน ผู้มีน้ำหนักเกิน และผู้ที่สนใจที่จะดูแลตนเอง จะได้รับความรู้ เครื่องมือ/คู่มือที่สำคัญ สามารถสมัครได้ที่วิทยาลัยครูโรงเรียนเบาหวาน ค่าใช้จ่าย เป็นค่าลงทะเบียน 3,500 บาท/คน

8. ข้อสังเกต/ความคิดเห็น จากส่วนกลางในการลงพื้นที่โรงเรียนเบาหวานวิทยาอำเภอพิมาย

8.1 การสร้างทีม และการปรับมุมมองของทีม: สร้างทีมเครือข่ายบุคลากรตามบทบาทหน้าที่ชัดเจน บูรณาการภาคการศึกษา และระบบบริการสาธารณสุขส่งเสริมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย เพิ่มบุคลากรดูแลสุขภาพในชุมชน คือ ครู ก. (ข้าราชการบำนาญ, อสม.) ทีมมีความเสียสละเพื่อประโยชน์ส่วนรวมของคนในอำเภอพิมาย เป็นต้นแบบ (Role Model) ที่เห็นผลได้จริง สามารถให้คำแนะนำจากประสบการณ์ของตนเองได้

8.2 การมองผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง: ผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจเป็นไปอย่างอิสระ เน้นสร้างความเข้าใจ ทำให้ผู้ป่วยใส่ใจและตั้งใจทำให้สำเร็จ เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามอัยาศัยทำให้ผู้ป่วยไม่กดดันมากเกินไป มีทางเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพที่หลากหลาย สนับสนุนการจัดการตนเองอย่างมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ผู้ป่วยมีความตระหนัก การเลือกรับประทานอาหาร การนับ Carb ได้ เลือกวิธีการปฏิบัติตัว การออกกำลังกาย และสามารถประเมินตัวเลขความเสี่ยงของตนเองได้ (น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ค่าความดันโลหิต ค่าน้ำตาล, ค่าไขมัน)

8.3 การปฏิบัติตามแผนงาน/กิจกรรม: การจัด setting สถานที่สุขภาพในชุมชน เช่น วัด ที่สะดวกและเอื้ออำนวยต่อการเข้าถึงการดูแลสุขภาพของนักเรียน (กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย) การแบ่งระดับชั้นนักเรียนของโรงเรียนเบหวนวิทยาช่วยให้การดำเนินงานด้านการจัดการโรคสะดวกต่อการใส่ intervention เฉพาะกลุ่ม ช่วยให้การติดตามเห็นผลชัดเจน

8.4 ข้อเสนอแนะการพัฒนา:

- บูรณาการทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องมาร่วมให้ความรู้ในการสอน ครู ก เช่น การมีนักโภชนาการสำหรับผู้ป่วย บางรายยังเข้าใจผิดเรื่องอาหาร และกลัวการกินไขมัน, ผู้เชี่ยวชาญจากศูนย์อนามัยผู้ให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย เป็นต้น

- สามารถปรับพฤติกรรม สร้างการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ด้วยกิจกรรมแบบเดียวกันผ่านโรงเรียนเบหวนวิทยาได้

- สร้างครู ก. และบุคคลตัวอย่างการหายจากโรคเบาหวานในพื้นที่อำเภอพิมายได้มากยิ่งขึ้น



“Remission Service”

โรงพยาบาลบ้านตาขุน จังหวัดสุราษฎร์ธานี

1. ด้านบริบท (Context)

1.1 สถานการณ์/สภาพปัญหา

โรงพยาบาลบ้านตาขุน จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 ขนาด จำนวน 30 เตียง จากการดำเนินงานในอำเภอบ้านตาขุน พบผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนมากและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีการรักษาที่ใช้ระยะเวลานาน ใช้ยาหลายชนิด และเกือบทุกรายจำเป็นต้องทานยาอย่างสม่ำเสมอ หากไม่สามารถควบคุมสภาวะของโรคได้อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ในระยะยาว

จากปัญหาที่เกิดขึ้น โรงพยาบาลบ้านตาขุน จึงมีการออกแบบระบบการดูแลผู้ป่วยเป็น Smart NCD Clinic โดยการนำเครื่องมือดิจิทัลเข้ามาช่วยออกแบบ แบ่งผู้รับบริการเป็น 3 ระดับ ได้แก่ conventional, Smart Patient และ Intensive Care หวังผลให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง ใช้ข้อมูลสะท้อนกลับไปยังผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยทำ Self-monitoring และบันทึกข้อมูลผ่าน Platform Analog และ Digital แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ วิเคราะห์ข้อมูลจาก Platform และนำมาปรึกษา วางแผนการรักษาพยาบาลให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยแต่ละบุคคล และมีการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่องผ่านระบบ telemedicine พูดคุย สอบถาม แนะนำทางโทรศัพท์ ลดการเดินทางมาโรงพยาบาล และประหยัดเวลาในการรอคอย ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความสำคัญในการปรับพฤติกรรมด้วยตนเองเพื่อลดความรุนแรงและความเสี่ยงของโรค

จากการจัดให้บริการแบบ SMART NCD CLINIC ในปี พ.ศ.2563 -2565 พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (Controlled) ร้อยละ 40.26, 47.47, 55.23 หยุดการเข้ายาได้ (Remission) จำนวน 9,16 และ 21 ราย ตามลำดับ สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี (Controlled) ร้อยละ 73.83, 71.22, 71.23 หยุดการเข้ายาได้ (Remission) จำนวน 137, 144 และ 161 ราย ตามลำดับ และพบว่าผู้ป่วยที่สามารถหยุดยาได้ไม่กลับมารับประทานยา ทั้งนี้ได้ขยายระบบบริการสู่ระดับพื้นที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอบ้านตาขุนทุกแห่ง

1.2 วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงเข้าสู่ภาวะโรคสงบ (Remission) โดยเร็ว ลดจำนวนการเข้ายา หรือเพื่อให้เกิดการหยุดยาในผู้ป่วย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน

2. ด้านปัจจัยเบื้องต้น (Input)

2.1 Health Workforce

- ตั้งกรอบอัตรากำลังบุคลากรด้านโรคไม่ติดต่อและกำหนดบทบาทหน้าที่การดำเนินงานที่ชัดเจน โดยเสนออนุมัติผ่าน NCD board จังหวัดและประกาศใช้ในพื้นที่รับผิดชอบ รายละเอียดดังตาราง

| Primary care | Secondary care | Tertiary care |
|-------------------------------|----------------------|--------------------|
| - แพทย์ 1 คน | - แพทย์ 1 คน | - แพทย์ 1 คน |
| - เภสัชกร 1 คน | - เภสัชกร 1 คน | - เภสัชกร 1 คน |
| - พยาบาล 2 คน | - พยาบาล 3 คน | - พยาบาล 2 คน |
| - โภชนากร 1 คน | - โภชนากร 1 คน | - โภชนากร 1 คน |
| - กายภาพบำบัด 1 คน | - กายภาพบำบัด 1 คน | - กายภาพบำบัด 1 คน |
| - นวก.สาธารณสุขและอื่น ๆ 1 คน | - นวก.สาธารณสุข 1 คน | |
| - อสม. 3 คน | | |

- ประสานการทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สื่อมวลชน องค์กรเอกชน และเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน

- จัดทำหลักสูตรพัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยถ่ายทอดความรู้จากประสบการณ์การทำงานจริง ให้กับโรงพยาบาลอื่นๆ ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

2.2 Medical Products and Technologies

- เพิ่มการเข้าถึงยาเวชภัณฑ์และพัฒนาคุณภาพการส่งต่อผู้ป่วย
- การใช้ยาสมุนไพรในการรักษาโรคไม่ติดต่อ
- จัดหาเครื่องมือ เทคโนโลยี เพื่อใช้สำหรับ self-monitoring ประกอบด้วย เครื่องเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว เครื่องวัดความดันโลหิต อุปกรณ์ในการนับก้าว ร่วมกับ digital platform

2.3 Information System

- ใช้ข้อมูล digital platform ประมวลผลบนระบบคลาวด์ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลและวางแผนการรักษา
- ใช้ข้อมูลจากการ self-monitoring ของผู้ป่วย ประกอบการรักษาและลดการจ่ายยา
- พัฒนาการดำเนินงานในรูปแบบ Tele intervention center

2.4 financing

- Government; สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, เงินบำรุงโรงพยาบาล และกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

- Non-government; หน่วยงานเอกชนและเงินบริจาค

3. ด้านกระบวนการ (Process)

3.1 รูปแบบการดำเนินงาน Remission Service

1) วิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยแต่ละรายที่เข้ารับบริการและแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามมุมมองการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยทุกรายเข้าถึงการรักษาอย่างรวดเร็วและเหมาะสมมากที่สุด ประกอบด้วย

- กลุ่ม Intensive care: ผู้ป่วยที่มีความพร้อม ต้องการหาย และกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ต้องได้รับการแก้ไขเร่งด่วน

- กลุ่ม Smart patient: ผู้ป่วยพร้อมใช้ Device เพื่อทำ self-monitoring แต่เป้าหมายของผู้ป่วยยังไม่ถึง กลุ่ม Intensive care

- กลุ่ม Conventional: ผู้ป่วยต้องการรักษาแบบเดิม รับประทานยา

2) การเลือก intervention ที่ง่าย ดี และประสบผลสำเร็จในภาพใหญ่ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะ Remission อย่างรวดเร็ว กำหนดแนวทางการรักษาเชิงลึกเป็นรายกรณี สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าสู่ภาวะ Remission ได้

3) ออกแบบการสื่อสารที่ถูกต้อง เข้าใจง่าย และสร้างแรงบันดาลใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กับผู้ป่วย นำไปสู่การปฏิบัติได้จริง (soft skill intensive care) Key word ของการสื่อสาร คือ “ข้าวกล้อง” และ “2:1:1”

4) ใช้ค่า BMI และประวัติการกินยาของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อกำหนด treatment goal โดยไม่พิจารณาระยะเวลาป่วย

5) การติดตามผลการตรวจ Self-Monitoring of Blood Glucose; SMBG ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypoglycemia

6) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถทำ self-monitoring และบันทึกข้อมูลผ่าน platform analog และ Digital เพื่อใช้ข้อมูลในการวางแผนการรักษาที่ถูกต้อง เหมาะสมยิ่งขึ้น

7) ค้นหาผู้ป่วยต้นแบบที่สามารถเข้าสู่ภาวะ Remission และสามารถส่งต่อชุดความรู้สู่ครอบครัวและชุมชน

8) พัฒนาคุณภาพ NCD Clinic โดยการปรับเปลี่ยนรูปแบบการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ผ่านการดูแลโดยสหวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ และนักวิชาการสาธารณสุข) ให้คำปรึกษาผู้ป่วยเป็นรายกรณี เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จากข้าวขาวเป็นข้าวกล้อง

9) การออกแบบให้มีปัจจัยสนับสนุนสุขภาพที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย เช่น มีสินค้าสุขภาพจำหน่ายทุกหน่วยบริการหรือมีสถานการออกกำลังกายในชุมชน

10) มีการทบทวนระบบการบริการและผลการดำเนินงาน Remission อย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาการให้บริการที่รวดเร็วมากยิ่งขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการอัตราการตายจากโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงาน DM Remission ของโรงพยาบาลบ้านตากประสบความสำเร็จ มีดังนี้ ยา 25%, Competency 15%, Technology 15%, Teamwork 15%, Management 15% and Collaboration 15%

3.2 การดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention)

1) กระบวนการเรียนรู้ร่วมกับชุมชน สร้างการรับรู้ปัญหาสุขภาพของคนในชุมชนผ่านเวทีประชาคม ตั้งเป้าหมาย และทิศทางการบริหารจัดการปัญหาสุขภาพ จัดทำโครงการแกนนำใส่ใจด้านสุขภาพ ขยายโครงการสู่กลุ่มวัยเรียน ผู้นำชุมชน ให้การดูแลสุขภาพเป็นภาพเดียวกันทั้งอำเภอ ติดตามผู้เข้าร่วมโครงการให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ใช้กลุ่ม line Open chat ส่งข้อความกระตุ้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สร้าง Line Official จัดทำ Trainer Delivery ชมรมแอโรบิกบริเวณสันเขื่อนรัชชประภา ชมรมคนรักผักผ่านการแจกเมล็ดพันธุ์นำผลผลิตมาเปลี่ยนเป็นเงินที่ รพ.สต. พร้อมจัดจำหน่ายผลิตภัณฑ์ ทำให้บุคลากรสาธารณสุขสะดวกต่อการแนะนำเมนูสุขภาพให้กลุ่มเสี่ยงได้ง่าย ดูแลได้ดีขึ้น ใช้กำไรช่วยดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีกำลังซื้ออาหารสุขภาพได้ด้วยตนเอง ขยายกิจกรรมสู่หน่วยงานภายนอก อบรมสร้างสุขภาพะ รู้ทัน ป้องกันโรค กิจกรรมก้าวทำใจ ระดับหมู่บ้าน ตำบล ปัจจุบันกลายเป็น นายอำเภอชวนวิ่ง เป็นอำเภอสุขภาพ ตามนโยบายผู้บริหาร การหากิจกรรมใหม่ เช่น โยคะคลาส เพื่อสร้างผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้นของประชาชน

2) การดูแลผู้ป่วย NCD ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) แบ่งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงที่ให้ความดูแลได้ และกลุ่มป่วย โดยนัดผู้ป่วยทุกเดือนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรักษาใน รพ.สต. มีจุดแข็ง คือ ความเข้าใจบริบทพื้นที่ ช่วยออกแบบแผนการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย (เฉพาะบุคคล) แบ่งจุดบริการ NCD Clinic ใน รพ.สต. 7 จุดบริการ ดังนี้

จุด1 คัดกรอง ประชาชน ดูแลผู้ป่วย ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว วัดความดันโลหิตสูง เจาะน้ำตาลปลายนิ้ว บันทึกอาการเบื้องต้น ส่งต่อจุดซักประวัติ เป็นบทบาทหลักของทีม อสม. ในชุมชน

จุด2 พยาบาลวิชาชีพ/นักรักษาการสาธารณสุข ซักประวัติตามอาการ เน้นพฤติกรรมทานอาหาร การออกกำลังกาย บันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต ลงสมุดบันทึกประจำตัว จำนวนก้าวเดินในแต่ละวัน หาค่าเฉลี่ย โดยใช้เครื่องหมายแถบสีเพื่อสุขภาพเป็นสัญลักษณ์ให้เข้าใจง่ายขึ้น

จุด3 แพทย์ร่วมกับพยาบาลเวชปฏิบัติตรวจรักษาผู้ป่วยเฉพาะราย ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เปลี่ยนวิธีการรักษาจากการจ่ายยาตามอาการ เพื่อตรวจแบบใหม่ การรักษาแบบใหม่ การสื่อสาร วิธีการสอน คู่ขนานกับการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการรักษาเพื่อสร้างแรงบรรดาลใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กับผู้ป่วย ใช้ Model การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยกับทีมสหวิชาชีพ

จุด4 นักรักษาการสาธารณสุข นำแบบแผนการรักษาที่มี แนะนำการตรวจ จดบันทึก การใช้นาฬิกาบันทึก ยืมอุปกรณ์สำหรับทำ Self- monitoring ด้วยตัวเองที่บ้าน ติดตาม Home-BP และ SMBG 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยนำผลมาแจ้งที่ รพ.สต. บุคลากรสาธารณสุขประมวลผล nursing -consulting ให้คำแนะนำการดูแลตนเองเพื่อทราบค่าน้ำตาลที่ผิดปกติ

จุด5 นักโภชนาการส่งต่อองค์ความรู้ไปสู่แนวทางการปฏิบัติเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้น โดยจะซักประวัติการรับประทานอาหาร ให้ความรู้ วางแผนการรับประทานอาหารแต่ละมื้อ เน้นบริโภคข้าวกล้อง 100% บริโภคตามจานอาหารพิชิตโรค 2:1:1 คือ ผัก 2 ส่วน ข้าว 1 ส่วน และเนื้อ 1 ส่วน

จุด6 ทีมกายภาพบำบัด เพื่อประเมินปัญหาภาวะแทรกซ้อนของโรค และให้การรักษากายภาพบำบัด แนะนำการใช้นาฬิกา smart watch กระตุ้นให้เกิดการเคลื่อนไหวหรือการนับก้าวและนำกลับไปใช้งานที่บ้าน

จุด7 เภสัชกรจ่ายยา แนะนำการใช้

4. ด้านผลผลิต (Product)

4.1 ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เข้าสู่ภาวะ Remission 4.7% ในปี 2565 เพิ่มขึ้นจากปี 2564 ที่มีผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เข้าสู่ภาวะ Remission 3.0% ของผู้ป่วยโรคความเบาหวาน ในพื้นที่อำเภอบ้านตาขุน ซึ่งส่งผลให้ HbA1C ดีขึ้นตามมา

4.2 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เข้าสู่ภาวะ Remission จำนวน 177 ราย ในปี 2565 เพิ่มขึ้นจากปี 2564 ที่มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เข้าสู่ภาวะ Remission 155 ราย

4.3 ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ 30 % สามารถเข้าสู่ภาวะ Remission ได้โดยใช้เทคนิคการสื่อสาร

4.4 การลดยาหรือหยุดยาได้ ส่งผลต่อการลดค่าใช้จ่ายทั้งในระบบบริการ รวมทั้งเป็นการลดค่าใช้จ่ายจากการเดินทางของผู้ป่วยอีกด้วย (ผลรวมส่วนต่างมูลค่ายาใน Remission Clinic ปี 2563-2566 มีผลรวมมูลค่ายาที่ลดลงของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 700,447 บาท โดยมีผู้ป่วยหยุดยา 371 ราย และสามารถลดยาได้ 802 ราย

5. ปัญหาอุปสรรค

5.1 ผู้บริหารทุกโรงพยาบาล ควรให้ความสำคัญด้านการบริหารจัดการโรคไม่ติดต่อ

5.2 การลงทุนงบประมาณในการดำเนินงานป้องกันโรคไม่ติดต่อทำได้น้อย

5.3 จำนวนบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลมีอย่างจำกัด

5.4 การถ่ายโอนหน่วยงานในสังกัด ส่งผลต่อคุณภาพการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่มีจำนวนเพิ่มขึ้น

6. วิธีแก้ไขปัญหา

6.1 จัดทำหลักสูตรพัฒนาศักยภาพบุคลากรของโรงพยาบาลอื่นๆ ในจังหวัดสุราษฎร์ธานีโดยกำหนดให้มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเข้าอบรม อย่างน้อย 1-2 วันแรก และมีทีมแพทย์เข้าร่วมการอบรม เพื่อนำไปสู่การตั้งเป้าหมายและออกแบบการรักษาโรคไม่ติดต่อที่มีประสิทธิภาพ

6.2 พัฒนาความรู้ ความเข้าใจให้กับบุคลากรสาธารณสุข ผู้ปฏิบัติงานด้านโรคด้านโรคไม่ติดต่ออย่างต่อเนื่อง

6.4 จังหวัดสุราษฎร์ธานีกำหนดกรอบอัตรากำลังเป็นทีมตามจำนวนผู้ป่วย NCD เพิ่มบุคลากรด้านสาธารณสุข

6.5 แพทย์จากโรงพยาบาลบ้านตาขุน ตรวจสอบให้บริการ ณ รพ.สต. ทุกสัปดาห์สับเปลี่ยนหมุนเวียนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังใน รพ.สต. ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ (นักโภชนาการ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร) สร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

7. ปัจจัยความสำเร็จ

7.1 ผู้บริหารกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อที่ชัดเจน คือ “NCDs หายได้ที่สุราษฎร์ธานี”

7.2 การทำงานเป็น Team Work ที่ดีมีศักยภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าสู่เป้าหมายของการรักษา คือ ลดและหยุดยา

7.3 ผู้ป่วย ร่วมมือกับทีมแพทย์ พยาบาลและสหวิชาชีพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจัง มีกำลังใจจากครอบครัว และคนรอบข้าง

7.4 การร่วมมือจากทุกภาคส่วน ในภาพองคาพยพสร้างเสริมทิศสู่ทิศทางขับเคลื่อนเป้าหมายเดียวกัน

8. การพัฒนาในอนาคต

8.1 ปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริการเข้าสู่ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

8.2 พัฒนาระบบบริการในระดับ Primary Care ให้มีความเข้มแข็ง สร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีอุปกรณ์เป็นส่วนตัวเพื่อติดตามตนเองได้สะดวกยิ่งขึ้น เพิ่มการเข้าสู่ remission ของผู้ป่วยเบาหวาน (DM) และความดันโลหิตสูง (HT) มากขึ้นในอนาคต

8.3 ปรับปรุงหลักสูตรและขยายผลการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ไปสู่โรงพยาบาลอื่นๆ ที่มีความสนใจ

9. ข้อค้นพบจากการลงพื้นที่ศึกษารูปแบบ

9.1 มุมมองของผู้บริหาร

ผู้บริหารกำหนดให้การดำเนินงาน Remission เป็นนโยบายหลักในการควบคุมโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง มีการวางระบบตั้งแต่ระดับชุมชน ตำบล อำเภอ จังหวัด เริ่มตั้งแต่การป้องกันในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดการอาหาร การออกกำลังกาย เปลี่ยนจากการรักษาเป็นการป้องกัน เน้นการทำงานเชิงรุก พัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนด้วยการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบองค์รวม เพื่อตัดวงจรปัญหาการเกิดใหม่ของผู้ป่วย NCD อย่างยั่งยืน

9.2 การทำงานเป็นทีม

มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันตั้งแต่ระดับผู้บริหารและปฏิบัติงาน ทั้งใน รพ. และรพ.สต. รวมถึงเครือข่ายภายนอกหน่วยงานสาธารณสุข อาทิเช่น องค์กรบริหารปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีส่วนสนับสนุนงบประมาณ และอุปกรณ์ในการติดตามผลลัพธ์สุขภาพของประชาชนในพื้นที่ บุคลากรด้านสาธารณสุขอัปเดต CPG up-skill Reskill ออกแบบการเรียนรู้ on the job training คือ การฝึกปฏิบัติงานลักษณะต่าง ๆ ให้กับบุคลากรสาธารณสุข ได้เริ่มต้นทดลองทำงานจริง ผสานกับการเรียนรู้ไปในเวลาเดียวกัน เพื่อให้เข้ากับบริบท รพ.สต. ถอดบทเรียนหลังการตรวจรักษาทุกครั้งโดยแพทย์ แก้ปัญหาและเติมความรู้จากหน้างานจริงตามหลัก CPG แยกบทบาทหน้าที่ของบุคลากรสาธารณสุขชัดเจนทั้งการตรวจรักษาและการส่งเสริมป้องกันโรคไม่ติดต่อ

9.3 การนำเทคโนโลยีมาใช้ในการพัฒนา

มีการผลิตคลิปสั้นเพื่อการเรียนรู้แบบ micro learning การนำเทคโนโลยีสมัยใหม่ เข้ามามีส่วนช่วยในการทำ Self-monitoring ได้แก่ เครื่องเจาะน้ำตาลในเลือด เครื่องวัดความดันโลหิต อุปกรณ์ในการนับก้าว (smart watch) ในการบันทึกเชื่อมโยงข้อมูลเข้าระบบ Cloud เพื่อรวบรวมข้อมูลสุขภาพให้แพทย์ พยาบาล วิเคราะห์และวางแผนการปรับพฤติกรรม รวมถึงการรักษาให้เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละรายบุคคล

9.4 การมองผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

การให้บริการเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ร่วมวางแผนการรักษาระหว่างบุคลากรสาธารณสุขและผู้ป่วย การจัดการเฉพาะรายเป็นแผนการรักษารายบุคคล (care share plan) สร้างความเข้าใจกับทั้งผู้ป่วย ญาติ และครอบครัว ผู้ป่วยนำองค์ความรู้ที่ได้ไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็น role model ที่ให้คำแนะนำกับบุคคลอื่นได้ มีทักษะการตั้งคำถาม ทักษะการสื่อสาร สร้างความตระหนัก เป็น influencer/Presenter ให้ความรู้ที่ถูกต้อง ทุกที่ตลอดเวลา

9.5 ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม

พขอ. ให้ความสำคัญกับ NCD share vision ทุกองค์กรเห็นภาพการดูแลสุขภาพแบบเดียวกันทั้งพื้นที่ ภาค ประชาสังคมและชุมชนเกื้อหนุนสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเฝ้าระวังสุขภาพ ติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง อาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งองค์กรปกครอง ภาคประชาสังคมและชุมชนร่วมมือจัดให้มี “โต๊ะสุขภาพ” ใน งานมหรสพต่างๆ จัดให้มีสถานที่ไว้สำหรับออกกำลังกาย มีกิจกรรมร่วมกัน เปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เกิดความยั่งยืน โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นตัวกลางในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ และการมีสังคมที่มีสุขภาวะดีของ อำเภอบ้านตาขุน

9.6 ข้อเสนอแนะในการพัฒนา

ขยายผล และประเมินผลการอบรมบุคลากรด้านสาธารณสุข มีการกำหนดหัวข้อหลักสูตรการสื่อสาร และ content ที่บุคลากรสาธารณสุขควรได้รับการพัฒนาอย่างชัดเจน





