

แนวทางการดำเนินงาน



ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
(รพ.สต.)



กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

แนวทางการดำเนินงาน



ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

คณะที่ปรึกษา

- | | |
|-----------------------------|---|
| 1. นพ. กฤษฏา หาญบรรเจิด | ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค |
| 2. พญ. สุภัตรา ศรีวณิชชากร | นายกสมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย |
| 3. นพ. ไพฑูรย์ อ่อนเกตุ | รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุน ระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| 4. น.ส. ณัฐฉิวรรณ พันธุ์มุง | รองผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค |
| 5. ผศ.ดร.ศุภวรรณ มโนสุนทร | ข้าราชการบำนาญ |
| 6. รศ.ดร.มณฑา เก่งการพานิช | หัวหน้าภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 7. พญ. สกาวเดือน นำแสงกุล | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ เครือข่ายปฐมภูมิแม่คำ จังหวัดนครราชสีมา |

คณะบรรณาธิการ

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. นางหทัยชนก เกตุจونا | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ |
| 2. นางสาวนิษฐา ศรีสวัสดิ์ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ |
| 3. นางสาวพนิดา เจริญกรุง | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ |
| 4. นางสาววิชญาดา ทองเครื่อง | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ |
| 5. นางสาวศศิภรณ์ สารแสง | นักวิชาการสาธารณสุข |

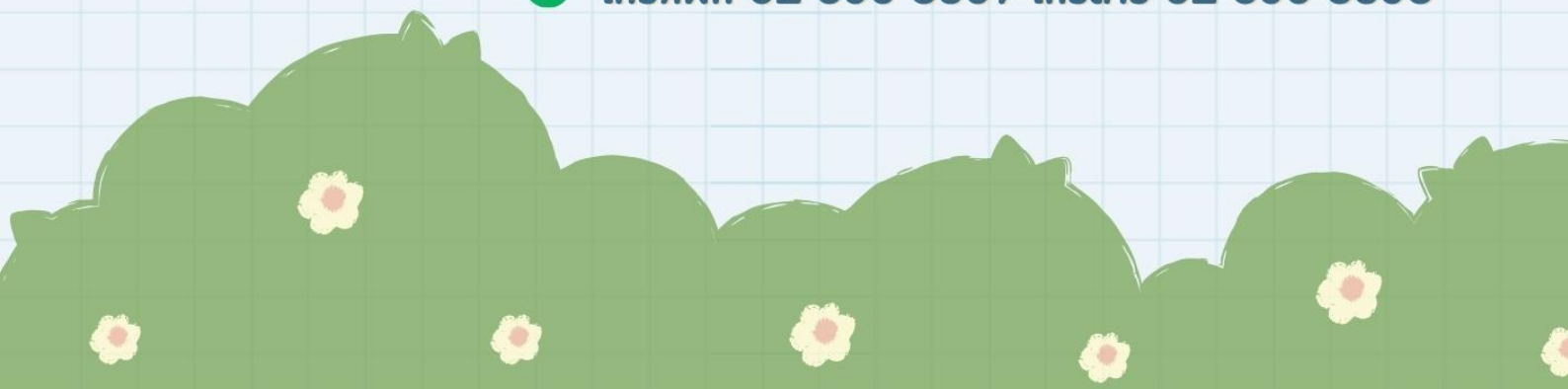


รวบรวมและจัดทำโดย

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 02 590 3867 โทรสาร 02 590 3893



คำนำ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นสถานบริการระดับปฐมภูมิ (Primary care) ที่มีบทบาทสำคัญต่อการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างเป็นองค์รวม ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของพื้นที่ทั่วประเทศ การพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานของคลินิกโรคไม่ติดต่อ (NCD) ถือเป็นหัวใจสำคัญเชิงระบบที่ส่งผลต่อกระบวนการ และคุณภาพการให้บริการ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ลดอัตราป่วย และการลดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงลดอัตราการเสียชีวิตของโรคไม่ติดต่อ

กรมควบคุมโรค โดยกองโรคไม่ติดต่อ จึงได้จัดทำแนวทางการดำเนินงาน NCD ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการให้บริการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าแนวทางการดำเนินงานฯ เล่มนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการด้านโรคไม่ติดต่อ ในรพ.สต. ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เล่มนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความร่วมมือของกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เครือข่ายปฐมภูมิมะค่า จังหวัดนครราชสีมา และโรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน ที่เห็นความสำคัญของการจัดทำคู่มือเล่มนี้

ขอขอบคุณทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องดังกล่าวไว้ ณ โอกาสนี้ ที่กรุณาให้ความรู้ และคำแนะนำอันเป็นประโยชน์ในการจัดทำคู่มือแนวทางฯ เล่มนี้ ให้มีความสมบูรณ์ ชัดเจน เนื้อหาครอบคลุมและเหมาะสมต่อการนำไปใช้พัฒนาการดำเนินงาน คณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือแนวทางฯ เล่มนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานคลินิกโรคไม่ติดต่อ ใน รพ.สต. ต่อไป หากมีข้อเสนอแนะและข้อบกพร่องประการใดของคู่มือแนวทางฯ เล่มนี้ทางคณะผู้จัดทำขออ้อมรับเพื่อพัฒนาให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

สารบัญ

คำนำ	ก
กิตติกรรมประกาศ	ข
สารบัญ	ค
1. ความสำคัญของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ต่อการจัดการโรคไม่ติดต่อ	1
2. กรอบแนวคิดการจัดการโรคเรื้อรังเพื่อพัฒนาคุณภาพการดำเนินงาน NCD ในหน่วยบริการสุขภาพระดับ รพ.สต.	2
3. บทบาทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับการทำงานร่วมกับชุมชน	5
4. การจัดการบริการดูแลรักษาโรคเรื้อรังใน รพ.สต.	7
5. องค์ประกอบหลักของการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงาน NCD (โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง) ในรพ.สต.	8
5.1 แบบประเมินคุณภาพการดำเนินงาน NCD ในรพ.สต.	
5.2 คำอธิบายแบบประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงาน NCD ในรพ.สต.	
6. ผลลัพธ์การดำเนินงาน NCD ในรพ.สต.	18
7. ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการที่สำคัญในการ Monitor	19
เอกสารอ้างอิง	ง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ซึ่งมีคุณลักษณะของระบบบริการ 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ บริการองค์รวม การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และสนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน มีขอบเขตการดำเนินการบริการสาธารณสุขผสมผสาน ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวชุมชนและสังคม ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดยมีจุดเน้นดังนี้

- **ดำเนินการเชิงรุก** โดยมุ่งเข้าหา เข้าถึงประชาชนและชุมชนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพเป็นหลัก รวมทั้งสามารถวิเคราะห์เพื่อจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่เป็นต้นเหตุของปัญหาสุขภาพได้ สำหรับบริการเชิงรุกสิ่งที่จะต้องคำนึงถึง คือ การดูแลแบบองค์รวม การมีทีมสหวิชาชีพ และเครือข่ายสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชน ตลอดจนการนำมาตรฐานวิชาชีพมาสู่การปฏิบัติ การพิทักษ์สิทธิ์และศักดิ์ศรีของผู้ให้และผู้รับบริการ

- **บริการอย่างต่อเนื่องที่สามารถให้คำปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วยได้ตลอดเวลา** โดยสามารถปรึกษาแพทย์ในโรงพยาบาลแม่ข่าย และหากมีกรณีฉุกเฉินก็มีระบบบริการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ

- **มีความเชื่อมโยงและมีส่วนร่วม** โดยเชื่อมโยงกับสถานบริการสุขภาพในระดับอื่นในการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพหรือผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ มีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งในการดำเนินงานของประชาชน ชุมชนและองค์กรปกครองท้องถิ่น ตลอดจนเชื่อมต่อกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

การจัดการโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ต้องดำเนินการทุกช่วงระยะของชีวิต ตั้งแต่ระยะที่ไม่เจ็บป่วย ไม่มีอาการ มีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน/เรื้อรัง มีภาวะแทรกซ้อน มีความพิการต้องใช้การบูรณาการและความร่วมมือของทีมชุมชนหลายภาคส่วน ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง แบบองค์รวมและผสมผสาน ซึ่งรพ.สต. เป็นหน่วยบริการที่ใกล้ชิดและเข้าใจบริบทของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนมากที่สุด การพัฒนาระบบการจัดการโรคเรื้อรังใน รพ.สต. ให้มีคุณภาพ ย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์บริการของผู้มารับบริการ

คำจำกัดความ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หมายถึง หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ทั้งที่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ไม่รวม ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง(ศสม.) และหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาล (PCU)
ที่มา : เกณฑ์การพัฒนาคูณภาพ รพ.สต.ตีดาว

หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) หมายถึง หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562

ที่มา : คู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2566

เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) หมายถึง หน่วยบริการปฐมภูมิหรือหน่วยบริการที่รวมตัวกันและขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

ที่มา : คู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2566

กรอบแนวคิดการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อพัฒนาคุณภาพการดำเนินงาน NCD ในหน่วยบริการสุขภาพระดับ รพ.สต.

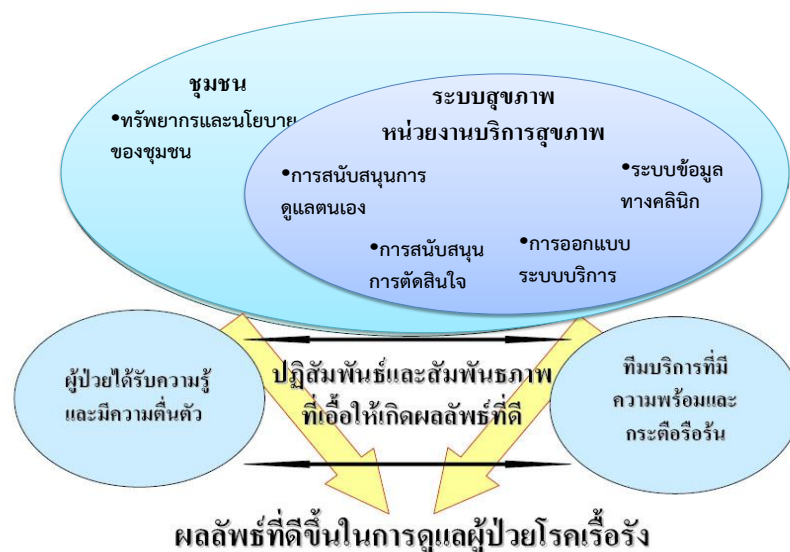
คุณภาพของระบบบริการสุขภาพเป็นปัจจัยกำหนดหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกัน ควบคุม จัดการกับปัจจัยเสี่ยงและโรคเรื้อรัง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ลดความพิการและการตายก่อนวัยอันควร ทั่วโลกได้มีการพัฒนาแนวคิดสำคัญเพื่อเพิ่มคุณภาพระบบบริการสุขภาพในการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงและโรคเรื้อรัง

2.1 รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรังของ Wagner (Wagner's Chronic care Model)

ในปี ค.ศ. 2002 Edward Wagner และคณะ ได้เสนอรูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งปรับจากการดูแลแบบระดับบุคคลมาเป็นการดูแลแบบบูรณาการ เข้าถึงประชากรและการป้องกันมากขึ้น เป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางคลินิก โดยมีการปรับกระบวนการทัศน์ใหม่ของการจัดการภาวะเรื้อรังที่มากกว่าการรักษาทางการแพทย์ แต่รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ บทบาทของกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วยมิใช่เพียงผู้รับการดูแลรักษาแต่เป็นส่วนหนึ่งของทีมการดูแลรักษา พื้นที่การดูแลกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะเกิดขึ้นใน 3 ส่วนที่ซ้อนทับกัน ดังภาพที่ 1 คือส่วนที่ครอบคลุมทั้งหมด ได้แก่ ชุมชน ส่วนวงในที่ซ้อนทับอยู่คือ ระบบสุขภาพ และหน่วยงานบริการสุขภาพ ซึ่ง 3 ส่วนนี้ มีองค์ประกอบที่จำเป็น 6 องค์ประกอบคือ

- ทรัพยากรและนโยบายของชุมชนที่มีการเชื่อมโยงกับหน่วยงานบริการสุขภาพ
- หน่วยงานบริการสุขภาพ ที่มีโครงสร้าง เป้าหมาย และค่านิยมประกอบเป็นรากฐานให้องค์ประกอบอื่นๆ
- การสนับสนุนการดูแลตนเอง
- การออกแบบระบบบริการ โดยทีมสหวิชาชีพทั้งทางการแพทย์และทางสาธารณสุขที่ประสานดำเนินการอย่างครอบคลุมเพื่อการดูแลกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วยในระยะยาว
- การสนับสนุนการตัดสินใจ
- ระบบข้อมูลทางคลินิก

ภาพที่ 1 รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรังของ Wagner (Wagner's Chronic care Model)



ที่มา : ดัดแปลงจาก Wagner's Chronic care Model พัฒนาโดย The MacColl Institute ปี ค.ศ.2002

2.2 กรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO)

องค์การอนามัยโลกได้พัฒนา WHO's Innovative Care for Chronic Conditions Framework เสนอให้มีการดำเนินงานรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง ที่สอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทของประเทศที่แตกต่างกัน โดยได้ให้ความสำคัญต่อเป้าหมายการจัดการโรคที่ 3 ระดับ ของการดูแลสุขภาพ ได้แก่ ระดับนโยบาย ระดับระบบบริการสุขภาพและชุมชน ระดับของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เกิดการดำเนินงานของภาคีหุ้นส่วน อย่างผสมผสานต่อเนื่อง เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ซึ่งไม่ได้พิจารณา แต่ผลลัพธ์ทางคลินิกเท่านั้น แต่ต้องทำให้ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้เกี่ยวข้องรวมทั้งชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีศักยภาพในการจัดการปัญหาสุขภาพและกลุ่มเป้าหมายสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม มีคุณภาพที่ดี มีการจัดการเพื่อลดและป้องกันความเสี่ยงให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระยะยาวเพื่อผลลัพธ์สุขภาพของประชาชนดีขึ้น

ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดหุ้นส่วนและองค์ประกอบในการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง

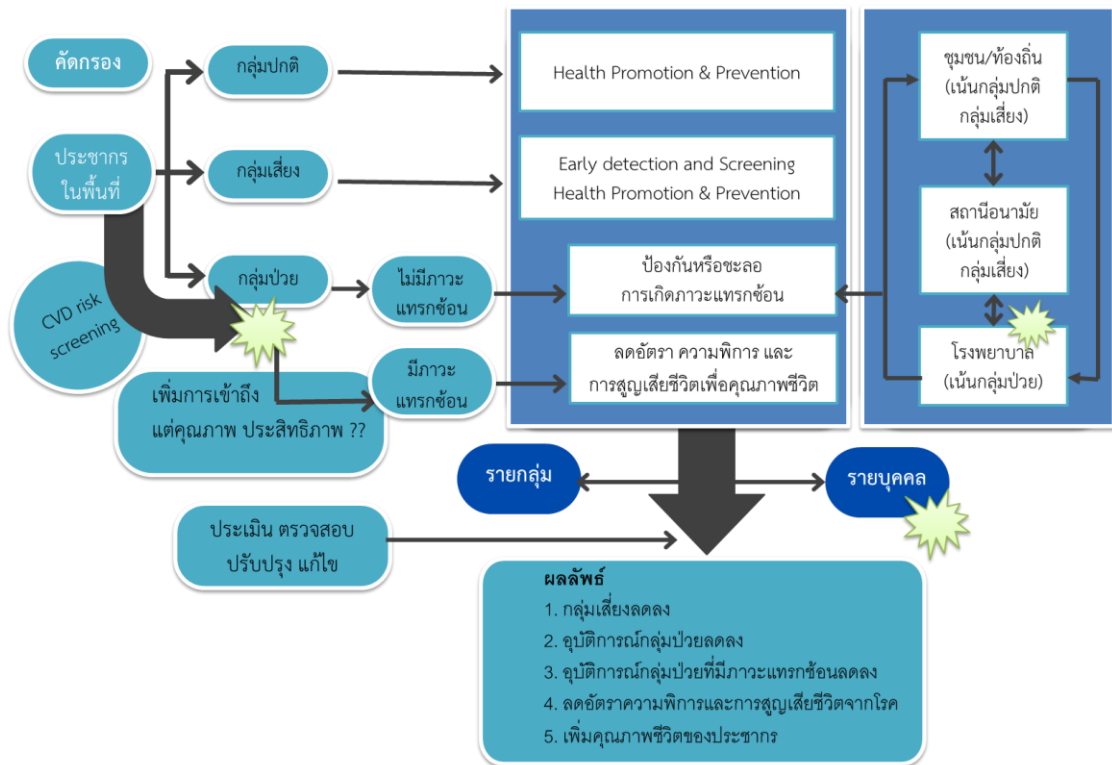


ที่มา : ดัดแปลงจาก innovative care for chronic condition: building block for action. World Health organization 2002

2.3 การออกแบบระบบบริการ (Delivery System Design) ในการจัดการโรคเรื้อรัง

การออกแบบระบบการให้บริการที่ชัดเจน เหมาะสมกับสภาพปัญหา และความต้องการของแต่ละกลุ่มเป้าหมาย เพื่อกำหนดผลลัพธ์และแนวทางการทำงานให้ชัดเจน ก่อให้เกิดการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

ภาพที่ 3 การออกแบบระบบบริการ (Delivery System Design)



ที่มา : คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2552 หน้า 91

ตาราง การออกแบบระบบตามกลุ่มเป้าหมาย ผลลัพธ์ที่คาดหวังและแนวทางการทำงาน

กลุ่มเป้าหมายหลัก	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	แนวทางการทำงาน
กลุ่มประชากรปกติที่ยังไม่ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> - เพิ่มสมรรถนะของร่างกายให้แข็งแรง (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) - ปรับพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง เช่น ลดละเลิกสูบบุหรี่/ดื่มแอลกอฮอล์ ลดอาหารหวาน มัน เค็ม เพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกาย - ปรับปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อ การส่งเสริมสุขภาพ และลด ปัจจัยเสี่ยง (สถานที่ และอุปกรณ์ออกกำลังกาย) 	บูรณาการกับการส่งเสริม สุขภาพตามกลุ่มวัย การณรงค์ และการร่วมมือกับภาคท้องถิ่นและชุมชน

กลุ่มเป้าหมายหลัก	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	แนวทางการทำงาน
กลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยง (น้ำหนักเกิน ประวัติพันธุกรรม หรือมีพฤติกรรมเสี่ยง)	ปรับพฤติกรรม และสภาพแวดล้อมเพื่อลดภาวะเสี่ยง	เฝ้าระวัง ค้นหา คัดกรองและติดตามกลุ่มเสี่ยง มีกระบวนการให้ความรู้ และสนับสนุนเพื่อให้มีการปรับพฤติกรรม ตามลักษณะของกลุ่มเสี่ยง
กลุ่มป่วยในระยะแรก และระยะที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน	ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง อย่างเป็นองค์รวม (กาย จิตใจ สังคม) ทันท่วงที ต่อเนื่อง เฝ้าระวัง และลดภาวะเสี่ยง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยสามารถปรับวิถีชีวิต ประจำวันได้เหมาะสม	ค้นหาผู้ป่วยและให้การดูแลได้เร็ว ตั้งแต่ระยะแรก ดูแล ให้การรักษาอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐาน และติดตามต่อเนื่อง พร้อมกับสนับสนุนให้ความรู้เสริมทักษะผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม เฝ้าระวัง และคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเฉพาะโรค
กลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน	ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรค และภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยสามารถปรับวิถีชีวิตอยู่กับ โรคและภาวะแทรกซ้อนได้อย่าง มีความสุข	ดูแล และรักษาโรค รวมทั้งภาวะแทรกซ้อน ตามมาตรฐาน อย่างต่อเนื่อง เฝ้าระวัง ภาวะแทรกซ้อนเฉพาะโรค ฟันฟูทางกายและใจ ในกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนและมีความพิการร่วมด้วย

ที่มา : คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เป็นการนำแนวคิด ทั้ง 3 แนวคิดมาประยุกต์และปรับใช้ในการดำเนินงาน NCD ในรพ.สต. ร่วมกัน คือการนำแนวคิดมาจัดการโรคไม่ติดต่อ โดยกำหนดบทบาทสำคัญในการป้องกัน ควบคุม จัดการโรคไม่ติดต่อ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ลดความพิการและการตายก่อนวัยอันควร และมีการออกแบบระบบบริการ เพื่อกำหนดผลลัพธ์และแนวทางการทำงานให้ชัดเจน ก่อให้เกิดการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

3.

บทบาทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) กับการทำงานร่วมกับชุมชน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิด้านสุขภาพที่สำคัญและใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด จึงเป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างหน่วยงานบริการสุขภาพทุกระดับกับชุมชน โดยหลักการทำงานร่วมกับชุมชนในการจัดการโรคเรื้อรัง คือการทำงานเชิงรุก โดยมุ่งเข้าไปจัดการที่ปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมปัจจัยที่สร้างสุขภาพในระดับชุมชน ที่จะเป็นแรงหนุนเสริมโอกาสให้กับระดับบุคคลในการปรับเปลี่ยน และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้โดยที่ชุมชนเป็นเจ้าของปัญหาด้วยตนเอง ขณะเดียวกันทรัพยากรของชุมชน ถือเป็นทุน (รวมทั้งทุนทางสังคมและวัฒนธรรม) ที่มีความสำคัญต่อการจัดการปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ออกมา มีผลต่อการลดการเจ็บป่วย ดังนั้น รพ.สต. สามารถช่วยสร้างเสริมบทบาทของชุมชนได้ ดังนี้

1) การเพิ่มความตระหนักของชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้นำท้องถิ่น กลุ่มสนับสนุนต่าง ๆ ในชุมชน นักการเมืองท้องถิ่น จะช่วยเพิ่มการสนับสนุนการดูแลป้องกันโรคเรื้อรังได้ เนื่องจากผู้นำเหล่านี้ มีอิทธิพลต่อการวางนโยบายในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลโรคเรื้อรังได้

2) การสนับสนุนให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีโดยผู้นำชุมชน ที่มีทั้งแบบที่เป็นทางการ และไม่เป็นทางการ ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาชุมชน คณะกรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นต้น มีบทบาทสนับสนุนการดูแลสุขภาพโรคเรื้อรังเนื่องจากเป็นผู้ขับเคลื่อนการดำเนินงาน ในชุมชน นอกจากนี้ยังมีผู้นำแบบอื่น ๆ ก็สามารถเข้ามาตัดสินใจหรือมีอิทธิพลต่อการดูแลโรคเรื้อรังในชุมชนได้ เช่น กรรมการชมรม/กลุ่มต่างๆ ผู้นำศาสนา โรงเรียน นายจ้างในสถานประกอบการ ฯลฯ โดยส่งเสริมผู้นำ เหล่านี้ให้ได้รับความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับภาระของการเป็นโรคเรื้อรัง และกลยุทธ์ในการป้องกันโรค

3) การระดมทรัพยากรและการประสานงาน ผู้นำชุมชนในระดับท้องถิ่นและกลุ่มต่าง ๆ จะสนับสนุนการระดมทุน และทรัพยากรที่จำเป็น เพื่อสนับสนุนกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการ ป้องกันโรคไม่ติดต่อในระดับชุมชน เช่น

- การคัดกรองโรค การประเมินปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อ
- การส่งเสริมสุขภาพและรณรงค์ป้องกันโรคไม่ติดต่อ
- การฝึกอบรมให้แก่เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขชุมชน
- เครื่องมือ อุปกรณ์ของหน่วยบริการเพื่อใช้ทำกิจกรรมต่าง ๆ

4) การจัดบริการที่สมบูรณแบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกิจกรรมการป้องกันและจัดการโรค เรื้อรังต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชน คือเครือข่ายอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่ง อสม. มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับชุมชน มีบทบาทหน้าที่ในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพพื้นฐานให้แก่ประชาชนและ คราวเรือนที่รับผิดชอบ ซึ่งได้รับการฝึกอบรมด้านการให้บริการขั้นพื้นฐานแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมทั้งการจัดการ ตนเองและปัจจัยเสี่ยง สนับสนุนให้ความรู้แก่ชุมชนในระดับกว้างเกี่ยวกับการป้องกันโรคไม่ติดต่อ

4.

กระบวนการจัดบริการดูแลรักษาโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

การจัดบริการเพื่อดูแลรักษาโรคเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพต้องมีการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ข้อมูลที่จำเป็นต่อผู้รับบริการ ไปจนถึงการดำเนินการเชิงรุกร่วมกับชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ครอบคลุมการดูแลทุกระยะของโรค นำไปสู่การได้รับบริการที่สำคัญ และเหมาะสมต่อผู้รับบริการ (โดยมีขั้นตอนดังแผนภาพ)



กรอบแนวทางการจัดบริการดูแลรักษาโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงใน รพ.สต.

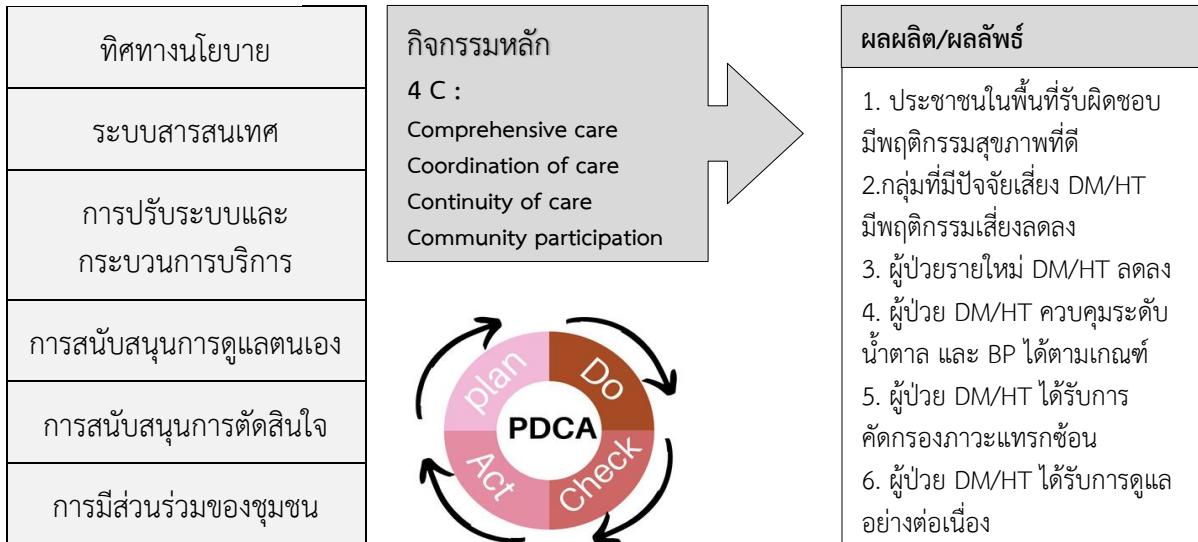
แผนภาพ กรอบแนวทางการจัดบริการดูแลรักษาโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงใน รพ.สต.
ที่มา: การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กรณีเบาหวานและความดันโลหิตสูง

5.

องค์ประกอบหลักของการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงาน NCD (โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง) ในรพ.สต.

กรอบแนวคิด

6 องค์ประกอบ



1. ทิศทางนโยบาย เป้าหมาย การจัดการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในภาพเครือข่ายบริการ (CUP) และบูรณาการในระบบสุขภาพอำเภอ (DHS)

2. ระบบสารสนเทศ ที่เชื่อมโยงกับ data center ของจังหวัด มีข้อมูลที่จำเป็น ได้แก่ การจัดกลุ่มทะเบียน กลุ่มเสี่ยง/ กลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ชุดข้อมูลที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

3. การปรับระบบและกระบวนการบริการ ในการดูแลกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วยโดยเพิ่มการดูแลแบบเบ็ดเสร็จ (comprehensive care) บูรณาการกับเครือข่าย โดยมีทีมสหวิชาชีพในการป้องกัน ควบคุม และจัดการโรคเรื้อรังรวมทั้งประสานการดำเนินงานร่วมกันในการดูแล (coordination of care) เพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง (continuity) ของการดูแลตลอดช่วงอายุ

4. การสนับสนุนการดูแลตนเอง การป้องกัน ควบคุม และจัดการโรคไม่ติดต่อ ที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องและใช้ระยะเวลาที่ยาวนาน กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย จึงต้องมีความสามารถและทักษะในการจัดการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ภายใต้การสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขที่มีความรู้และเชี่ยวชาญ

5. การสนับสนุนการตัดสินใจ เพื่อสนับสนุนความมั่นใจให้กับบุคลากรสาธารณสุข ในการปฏิบัติงานที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัด ภายใต้ข้อมูลหรือหลักฐานอ้างอิงที่เชื่อถือได้

6. การมีส่วนร่วมของชุมชน (community participation) เช่น การบูรณาการทรัพยากรและ/หรือแผนระหว่างสถานบริการสาธารณสุขและชุมชน เพื่อให้เกิดการป้องกัน ควบคุมและจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

โดยนำวงจร PDCA (P-Plan = วางแผน, D-Do = การลงมือปฏิบัติ, C-Check = การติดตาม ทบทวน หรือตรวจสอบการดำเนินงาน, A = Action to improve = การปรับปรุงแก้ไขเพื่อพัฒนาให้ดีขึ้น) มาประยุกต์ใช้ในกระบวนการดำเนินงานเพื่อเพิ่มคุณภาพ ส่งผลให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง นำมาซึ่งผลสัมฤทธิ์และผลลัพธ์ที่คาดหวังในการดูแลกลุ่มปกติ/กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

5.1 แบบประเมินคุณภาพการดำเนินงาน NCD ในรพ.สต.

แบบประเมินคุณภาพการดำเนินงาน NCD ใน รพ.สต. เป็นแบบประเมินตนเองด้วยการตรวจสอบรายการต่างๆ ว่าได้มีการดำเนินการหรือไม่ และมีส่วนที่ขาด/สิ่งที่ต้องพัฒนาอะไรบ้าง

แบบประเมินคุณภาพการดำเนินงาน NCD ในรพ.สต.			
องค์ประกอบที่ 1 ทิศทางและนโยบาย	มี	ไม่มี	ส่วนที่ขาด/สิ่งที่ต้องพัฒนา
1.1 มีการกำหนดทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย และการสื่อสารกับภาคีเครือข่าย			
1.2 มีแผนปฏิบัติการ/ข้อตกลงร่วมกันกับภาคีเครือข่าย เพื่อการจัดบริการในการป้องกันควบคุมและจัดการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อ			
1.3 มีการจัดสรรบุคลากรที่เพียงพอ/เหมาะสม เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ			
1.4 มีการจัดสรร เครื่องมือ อุปกรณ์ และสถานที่ ที่เพียงพอ/เหมาะสม			
1.5 มีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ/ข้อตกลงร่วม			
องค์ประกอบที่ 2 ระบบสารสนเทศ	มี	ไม่มี	ส่วนที่ขาด/สิ่งที่ต้องพัฒนา
2.1 มีระบบทะเบียนข้อมูลการให้บริการ ที่สมบูรณ์ ครบถ้วน เป็นปัจจุบันในระบบคอมพิวเตอร์หรือเอกสาร			
2.2 ระบบข้อมูล และสารสนเทศที่เชื่อมโยง แลกเปลี่ยนเพื่อการบริการต่อเนื่องในเครือข่าย และเชื่อมโยงกับ Health data center (HDC) อำเภอ และ จังหวัด			
2.3 มีข้อมูลใช้ในการวางแผนการดำเนินงาน เพื่อการป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ			
องค์ประกอบที่ 3 การปรับระบบ และกระบวนการบริการ	มี	ไม่มี	ส่วนที่ขาด/สิ่งที่ต้องพัฒนา
3.1 มีการให้บริการคัดกรอง ค้นหาความเสี่ยง ประเมินโอกาสเสี่ยง และคัดกรอง/ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน			
3.2 มีการให้บริการเพื่อสนับสนุนการป้องกัน ควบคุมโรค เช่น HBPM การปรับพฤติกรรม ตามปัจจัยเสี่ยง การให้คำปรึกษารายกลุ่ม/ รายบุคคล			

แบบประเมินคุณภาพการดำเนินงาน NCD ในรพ.สต. (ต่อ)			
องค์ประกอบที่ 3 การปรับระบบ และ กระบวนการบริการ	มี	ไม่มี	ส่วนที่ขาด/สิ่งที่ต้องพัฒนา
3.3 มีระบบส่งต่อ-รับกลับและระบบการดูแล สุขภาพที่บ้าน (Home health care)			
3.4 มีผู้ประสานงานโรคไม่ติดต่อ (Coordinator) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ			
3.5 มีเครือข่ายการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อ ตามระยะของโรค ของสถานบริการทั้งในและ นอกกระทรวงสาธารณสุข			
องค์ประกอบที่ 4 ระบบสนับสนุนการจัดการ ตนเอง	มี	ไม่มี	ส่วนที่ขาด/สิ่งที่ต้องพัฒนา
4.1 มีการจัดบริการส่งเสริมความรู้ด้าน สุขภาพ (Health Literacy) และการจัดการ ตนเองทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย			
4.2 มีการสื่อสารเพื่อคืนและแลกเปลี่ยนข้อมูล การดูแลรักษา ของกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย			
4.3 มีสื่อ และ/หรือ เครื่องมือที่ช่วยสนับสนุน การจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย			
4.4 มีการติดตามและประเมินผลการจัดการ ตนเอง			
องค์ประกอบที่ 5 ระบบสนับสนุนการ ตัดสินใจ	มี	ไม่มี	ส่วนที่ขาด/สิ่งที่ต้องพัฒนา
5.1 มีการนำแนวทางปฏิบัติมาใช้ในการป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ เช่น แนวทางปฏิบัติ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง			
5.2 มีระบบการประสานงานให้คำปรึกษา ระหว่างสถานบริการสาธารณสุขและเครือข่าย			
5.3 มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแล และ จัดการโรค ทั้งในและนอกสถานบริการ สาธารณสุข			
องค์ประกอบที่ 6 การจัดบริการเชื่อมโยง ชุมชน	มี	ไม่มี	ส่วนที่ขาด/สิ่งที่ต้องพัฒนา
6.1 มีการคืนข้อมูลด้านโรคไม่ติดต่อให้ชุมชน เพื่อกระตุ้นให้เกิดการรับรู้และเข้าใจ สถานการณ์ปัญหา			

แบบประเมินคุณภาพการดำเนินงาน NCD ในรพ.สต. (ต่อ)			
องค์ประกอบที่ 6 การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน	มี	ไม่มี	ส่วนที่ขาด/สิ่งที่ต้องพัฒนา
6.2 มีแผนงาน โครงการ/กิจกรรม เพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีโดยชุมชนมีส่วนร่วม			
6.3 มีนโยบายสาธารณะ/ข้อตกลงร่วมกันที่เอื้อประโยชน์ต่อสุขภาพของคนในชุมชน			
6.4 มีการสนับสนุนการจัดกิจกรรม และ/หรือ จัดตั้งกลุ่มชมรมเพื่อสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อในชุมชนอย่างต่อเนื่อง			
6.5 มีการส่งเสริมสนับสนุน ติดตามผลลัพธ์สุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของ อสม. เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต และปัจจัยเสี่ยงหลัก/ปัจจัยเสี่ยงร่วม ในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย			

5.2 คำอธิบายแบบประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงาน NCD ในรพ.สต.

องค์ประกอบที่ 1 ทิศทางและนโยบาย

1.1 มีการกำหนดทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย และการสื่อสารกับภาคีเครือข่าย

ทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย หมายถึง การกำหนดทิศทาง หรือ นโยบาย หรือ เป้าหมาย ร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น คณะกรรมการ NCD ระดับอำเภอ หรือ ระดับตำบล เป็นต้น เพื่อป้องกันและควบคุมความเสี่ยง ลดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประชากร และผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ

การสื่อสาร หมายถึง การสื่อสาร ทิศทาง นโยบาย หรือ เป้าหมาย ไปยังผู้มีส่วนร่วมทุกระดับ

เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณา: แผนงาน หนังสือคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการและบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ หรือรายงานการประชุมคณะกรรมการ NCD เป็นต้น

1.2 มีแผนปฏิบัติการ/ข้อตกลงร่วมกันกับภาคีเครือข่าย เพื่อการจัดบริการในการป้องกัน ควบคุม และจัดการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อ

แผนปฏิบัติการ/ข้อตกลงร่วมกัน หมายถึง แผนปฏิบัติการหรือข้อตกลงที่ตอบสนองต่อเป้าหมายเชิงกระบวนการ ทิศทาง นโยบาย ในข้อ 1.1 รวมทั้งจัดสรรงบประมาณ และทรัพยากรที่สนับสนุนการจัดบริการในการป้องกัน ควบคุมและจัดการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อ

เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณา: แผนที่สอดคล้องกับทิศทางนโยบายเป้าหมาย ในข้อ 1.1 มีการวิเคราะห์ Gap 6 องค์ประกอบ มีแผนพัฒนาการดำเนินงาน NCD (ปิด Gap)

1.3 มีการจัดสรรบุคลากรที่เพียงพอ/เหมาะสม เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานป้องกัน ควบคุม โรคไม่ติดต่อ

การจัดสรรบุคลากรที่เพียงพอ/เหมาะสม หมายถึง การจัดสรรบุคลากรที่เพียงพอต่อการให้บริการ หรือการบริหารจัดการหาคะลากรมาทดแทนในการทำงานได้ โดยบุคลากรควรได้รับการพัฒนาศักยภาพ เช่น การพัฒนาบุคลากรระดับชุมชนด้วยหลักสูตรการเพิ่มสมรรถนะการจัดการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง หลักสูตรการพัฒนาศักยภาพด้านการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง (DM-HT Care Management) หลักสูตรการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เป็นต้น เพื่อให้บุคลากร สาธารณสุขมีความรู้ ทักษะ สามารถพัฒนาภาคีเครือข่ายสุขภาพ และพัฒนาคุณภาพการบริการด้านการ ป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อให้มีประสิทธิภาพ

เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณา: แผนการจัดสรรบุคลากร หรือแผนการพัฒนาศักยภาพบุคลากร (แผนการฝึกอบรม หรือส่งบุคลากรเข้ารับการฝึกอบรม)

1.4 มีการจัดสรร เครื่องมือ อุปกรณ์ และสถานที่ ที่เพียงพอ/เหมาะสม

เครื่องมือ และอุปกรณ์ เพียงพอ/เหมาะสม หมายถึง เครื่องมือ และอุปกรณ์มีจำนวนเพียงพอสำหรับการให้บริการ และสามารถนำไปใช้งานได้มีประสิทธิภาพ มีการกำหนดระยะเวลาที่ชัดเจนในการติดตาม ดูแลรักษา ตรวจสอบสภาพการใช้งาน มีแผนการบริหารจัดการเครื่องมือหรือจัดหาเครื่องมือ เพื่อสนับสนุนการ ให้บริการแก่ผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสม

เครื่องมือและอุปกรณ์สำหรับการให้บริการ ดังนี้

1. เครื่องชั่งน้ำหนัก/ที่วัดส่วนสูง
2. สายวัดเอว
3. ชุดเครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด
4. เครื่องวัดความดันโลหิตแบบปรอท และแบบดิจิทัล
5. Monofilament สำหรับตรวจเท้า
6. การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (Self-Monitoring of Blood Glucose, SMBG)*
7. เครื่องวัดความดันโลหิตที่บ้าน*
8. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG)*

หมายเหตุ * มีหรือไม่มีก็ได้

หากหน่วยบริการระดับปฐมภูมิไม่มีเครื่องมือ และอุปกรณ์ตามข้อมูลข้างต้น ควรมีการบริหารจัดการ หรือจัดหาเครื่องมือ และอุปกรณ์จากหน่วยบริการในเครือข่าย เพื่อสนับสนุนการให้บริการแก่ผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสม

สถานที่เพียงพอ/เหมาะสม หมายถึง สถานที่ในการให้บริการควรเพียงพอกับจำนวนผู้รับบริการ สะดวก เป็นสัดส่วน ไม่แออัดและเข้าถึงบริการได้ง่าย อาจกำหนดวัน หรือการจัดตารางเวลาสำหรับการ ให้บริการ และกำหนดผู้รับผิดชอบในการให้บริการที่ชัดเจน และปฏิบัติงานได้อย่างต่อเนื่อง

เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณา: เช่น แผนการบริหารจัดการเครื่องมือ และอุปกรณ์ของหน่วยงาน, รายงานการติดตามดูแล รักษา ตรวจสอบสภาพการใช้งานของเครื่องมือและอุปกรณ์ เป็นต้น

1.5 มีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ/ข้อตกลงร่วม

การติดตามประเมินผล หมายถึง การติดตามกำกับและประเมินผลการดำเนินงานตามข้อ 1.2 และนำ ผลการติดตามไปปรับปรุงเป้าหมายเชิงกระบวนการ ผลลัพธ์ และผลกระทบ

* ระบบการติดตามประเมินผล เพื่อดูความก้าวหน้าของการดำเนินงาน NCD จะต้องกำหนดระยะเวลาการติดตามที่ชัดเจน เช่น ผ่านการประชุมทุกไตรมาส เป็นต้น

* กลไกในการดำเนินงาน เช่น การประชุมคณะกรรมการ การประชุมทีมงาน การมอบหมายผู้รับผิดชอบ เป็นต้น

เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณา: รายงานการประชุม สรุปผลการประเมิน แผนการปรับปรุงการทำงาน และแผนผังกำหนดงาน (Gantt chart) เป็นต้น

องค์ประกอบที่ 2 ระบบสารสนเทศ

2.1 มีระบบทะเบียนข้อมูลการให้บริการที่สมบูรณ์ ครบถ้วน เป็นปัจจุบันในระบบคอมพิวเตอร์หรือเอกสาร

ระบบทะเบียนข้อมูล หมายถึง ระบบทะเบียนข้อมูลของกลุ่มผู้รับบริการทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม ซึ่งเป็นข้อมูลการให้บริการที่ครอบคลุมทั้งการป้องกัน และควบคุมโรค พร้อมทั้งปรับปรุงระบบข้อมูลและสารสนเทศให้เป็นปัจจุบัน และมีความถูกต้อง โดยชุดทะเบียนข้อมูล ประกอบด้วย

- 1) ทะเบียนข้อมูลการให้บริการรายบุคคล เช่น
 - ทะเบียนการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง
 - ทะเบียนการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน
 - ทะเบียนการประเมินปัจจัยเสี่ยง
 - ทะเบียนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
- 2) ทะเบียนข้อมูลการให้บริการแยกรายกลุ่ม เช่น
 - กลุ่ม Pre-DM, Pre-HT และกลุ่มสงสัยป่วย
 - กลุ่มป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือ โรคความดันโลหิตสูง
 - กลุ่มป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือ โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้
 - กลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนตา
 - กลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเท้า
 - กลุ่มป่วยโรคไตเรื้อรัง (Stage 1-5)
 - กลุ่มเสี่ยงสูง CVD Risk $\geq 20\%$ (แยกกลุ่มตามปัจจัยเสี่ยง)

เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณา: ทะเบียน 43 แฟ้ม, Excel file ที่หน่วยบริการสร้างเพื่อเก็บข้อมูลผู้ป่วยในการดูแลของตนเองสมุดทะเบียนการดูแลสุขภาพ เป็นต้น

2.2 ระบบข้อมูล และสารสนเทศที่เชื่อมโยงแลกเปลี่ยนเพื่อการบริการต่อเนื่องในเครือข่าย และเชื่อมโยงกับ Health data center อำเภอและจังหวัด

ระบบข้อมูล และสารสนเทศที่เชื่อมโยงแลกเปลี่ยน หมายถึง ระบบข้อมูลและสารสนเทศที่เชื่อมโยงกันระหว่าง Health Data Center (HDC) อำเภอและจังหวัด มีการใช้ data exchange ตรวจสอบข้อมูล รวมทั้งมีการคืนข้อมูล สะท้อนปัญหาที่พบให้ชุมชน

เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณา: ระบบ Data Exchange ใน HDC ของสถานบริการสาธารณสุข, Excel file ที่ Export จากระบบ Data Exchange เป็นต้น

2.3 มีข้อมูลใช้ในการวางแผนการดำเนินงานเพื่อการป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ

ข้อมูลใช้ในการวางแผน หมายถึง การนำข้อมูลมาใช้วิเคราะห์ เพื่อพัฒนาคุณภาพและวางแผนงาน เช่น การป้องกัน ลดปัจจัยเสี่ยงรายบุคคลและกลุ่มประชากร การดูแลรักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง การให้บริการติดตามเยี่ยมบ้านรายบุคคล เป็นต้น

การวิเคราะห์ข้อมูล หมายถึง การนำข้อมูลที่เก็บรวบรวม เช่น จากระบบทะเบียน มาจัดทำประมวลผล ให้อยู่ในรูปแบบผลลัพธ์ ที่สามารถนำไปใช้งานได้ เช่น จำนวน อัตรา สัดส่วน ความชุก เป็นต้น และสามารถวิเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งอื่นที่น่าเชื่อถือ เช่น การนำข้อมูลการวิจัย การสำรวจ ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ปัจจัยกำหนดทางสุขภาพ ระบาดวิทยา เป็นต้น เพื่อนำมาใช้อธิบายการเกิดของเหตุการณ์เชิงพรรณนาของบุคคล เวลา สถานที่

เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณา: รายงานการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อของสถานบริการสาธารณสุข

องค์ประกอบที่ 3 การปรับระบบและกระบวนการบริการ

3.1 มีการให้บริการคัดกรอง ค้นหาความเสี่ยง ประเมินโอกาสเสี่ยง และคัดกรอง/เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน

บริการคัดกรอง ค้นหาความเสี่ยง ประเมินโอกาสเสี่ยง และคัดกรอง/เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน หมายถึง การให้บริการคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เพื่อค้นหาแบ่งกลุ่มตามสภาวะสุขภาพ ได้แก่ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มสงสัยป่วย และกลุ่มป่วย ซึ่งนำไปสู่การค้นหาความเสี่ยง ประเมินโอกาสเสี่ยง ดังนี้

กลุ่มปกติ: ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ทั้งเชิงรุกในชุมชน และเชิงรับที่หน่วยบริการปฐมภูมิ

กลุ่มเสี่ยง: ได้รับการประเมินปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน, แบบแผนการออกกำลังกาย, การสูบบุหรี่ (Fagerstrom test), ปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT), แบบแผนการบริโภค, ความเครียด (ST5) เป็นต้น

กลุ่มสงสัยป่วย: ได้รับการตรวจติดตามและส่งต่อเพื่อเข้าสู่กระบวนการยืนยันวินิจฉัยและติดตามผลการวินิจฉัยที่ส่งกลับ รพช.

กลุ่มป่วย: ได้รับการประเมินปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน, แบบแผนการออกกำลังกาย, การสูบบุหรี่ (Fagerstrom test), ปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT), แบบแผนการบริโภค, ความเครียด (ST5), โรคซึมเศร้า (2Q, 9Q) และสุขภาพช่องปาก ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) และการเฝ้าระวังโอกาสเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง คัดกรองภาวะแทรกซ้อนตา ไต เท้า ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประเมิน Target Organ Damage (TOD) ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

หมายเหตุ :

ความเสี่ยง หมายถึง ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับโรคไม่ติดต่อ จำแนกเป็นปัจจัยเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่น เพศ อายุ กรรมพันธุ์ เป็นต้น และปัจจัยเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงได้ เช่น พฤติกรรมเสี่ยง การรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย หรือเคลื่อนไหวร่างกายน้อย การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความเครียด ภาวะน้ำหนักเกิน และอ้วน ภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นต้น

โอกาสเสี่ยง หมายถึง โอกาสที่จะเกิดโรค ซึ่งในโรคไม่ติดต่อเมื่อมีปัจจัยเสี่ยงร่วมหลายอย่าง จะมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคมากขึ้น

3.2 มีการให้บริการเพื่อสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรค เช่น การปรับพฤติกรรมตามปัจจัยเสี่ยง การให้คำปรึกษารายกลุ่ม/รายบุคคล Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)

การป้องกันควบคุมโรค หมายถึง การให้บริการเพื่อสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยการจัดการปัจจัยเสี่ยงทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกิน อ้วน ทานอาหารหวาน/มัน/เค็มเกิน ทานผักผลไม้ไม่พอ สูบบุหรี่ ดื่มสุรา เคลื่อนไหวร่างกายน้อย ความเครียด ในกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มสงสัยป่วย ตามรูปแบบต่างๆ ที่เหมาะสม เช่น การจัดค่าย จัด class/group และรายบุคคล รวมถึงส่งเสริมพฤติกรรม 3อ. 2ส. ในชุมชน การปรับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และการทำ HBPM SMBG เป็นต้น

3.3 มีระบบส่งต่อ-รับกลับ และระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care)

ระบบส่งต่อ-รับกลับ หมายถึง ระบบการส่งต่อ ที่มีแนวทางการดำเนินงานส่งต่อทั้งไปและกลับของสถานบริการสาธารณสุข เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน หมายถึง การให้บริการเยี่ยมบ้าน เริ่มตั้งแต่การประเมินสภาพผู้ป่วยวางแผนกิจกรรม จัดตารางเวลาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพร่วมออกให้บริการ หรือการรับปรึกษาสุขภาพทางโทรศัพท์ (House Call) เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณา: เช่น แผนการรักษาใน Family Folder ของผู้ป่วย กรณีที่ส่งไปรักษาต่อที่สถานบริการสาธารณสุขอื่น เป็นต้น

3.4 มีผู้ประสานงานโรคไม่ติดต่อ (Coordinator) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

ผู้ประสานงานโรคไม่ติดต่อ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการแต่งตั้งผู้ประสานงานโรคไม่ติดต่อ (NCD Case Manager หรือ Coordinator) พร้อมทั้งกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน และมีการประสานการบริการดูแลเชื่อมโยงในภาพรวมด้านโรคไม่ติดต่อ

เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณา: เช่น คำสั่งแต่งตั้งผู้ประสานงาน NCD Case Manager, รายชื่อและเบอร์ติดต่อ NCD Case Manager ของสถานบริการสาธารณสุข เป็นต้น

3.5 มีเครือข่ายการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อตามระยะของโรค ของสถานบริการทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข

เครือข่ายการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อตามระยะของโรค หมายถึง การมีเครือข่ายการดูแลโรคไม่ติดต่อที่ครอบคลุมผู้รับบริการตามระยะของโรคที่เชื่อมโยงกับสถานบริการสาธารณสุขทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ระยะโรค หมายถึง การดำเนินของโรคจากผู้ที่ไม่เป็นโรค ผู้ที่มีความเสี่ยง ผู้ป่วย ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้พิการ

สถานบริการทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง สถานบริการตั้งแต่ระดับสถานอนามัย ศูนย์เทศบาล ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ หน่วยบริการของภาครัฐที่มีการถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และ โรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลเฉพาะทาง

องค์ประกอบที่ 4 ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง

4.1 มีการจัดบริการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และการจัดการตนเอง ทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย

การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) หมายถึง การจัดบริการเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพโดยการให้ความรู้ และทักษะที่จำเป็นต่อการตัดสินใจ เพื่อนำไปสู่การจัดการตนเองที่ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย ทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล เช่น ด้านอาหารและโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการใช้ยา การดูแลเท้า เป็นต้น

เอกสารประกอบการพิจารณา: เช่น เอกสารการติดตามการจัดการรายกรณี

4.2 มีการสื่อสารเพื่อคืนและแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลรักษา ของกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย

การสื่อสารเพื่อคืนและแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลรักษา หมายถึง การคืนและแลกเปลี่ยนข้อมูลแก่ผู้รับบริการ หรือบุคคลในครอบครัว ผ่านช่องทางและวิธีการสื่อสารที่เหมาะสม เช่น สมุดสุขภาพ, LINE Application เป็นต้น เพื่อใช้ในการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ การรักษา ระยะของโรค และปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ โดยผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพ นำไปสู่การพัฒนาทักษะการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง

เอกสารประกอบการพิจารณา: เช่น แนวทาง/Flow chart กระบวนการสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูล การดูแลรักษา และการจัดการตนเองแก่ผู้รับบริการ เป็นต้น

4.3 มีสื่อ และ/หรือ เครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย

สื่อ และ/หรือ เครื่องมือ หมายถึง สื่อ และ/หรือ เครื่องมือที่สนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวในการจัดการตนเอง เพื่อการวางแผนกำกับดูแล เช่น คู่มือ สมุดบันทึกสุขภาพ/พฤติกรรม เอกสารประกอบ วิดีโอ เครื่องวัดความดันโลหิต (เพื่อการกำกับตนเอง (self-monitoring)) เครื่อง blood glucose meter (ในรายที่จำเป็น)

เอกสารประกอบการพิจารณา: เช่น แผนการจัดกิจกรรมกลุ่ม/ชมรมเพื่อสร้างความสามารถในการจัดการตนเอง, ภาพกิจกรรมกลุ่ม/ชมรมที่สนับสนุนการจัดการตนเอง เป็นต้น

4.4 มีการติดตามและประเมินผลการจัดการตนเอง

การติดตามและประเมินผล หมายถึง การติดตามและประเมินผลลัพธ์สุขภาพของผู้รับบริการนำไปสู่การวางแผน เพื่อปรับปรุงกิจกรรมการดำเนินงานเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเอง โดยทีมสหวิชาชีพ หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออสม.

เอกสารประกอบการพิจารณา: เช่น แผนการดำเนินงานที่มีรูปแบบการปรับพฤติกรรมที่ชัดเจน โดยมีการวางแผนติดตามการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ

องค์ประกอบที่ 5 ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ

5.1 มีการนำแนวทางปฏิบัติมาใช้ในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ เช่น แนวทางปฏิบัติโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

แนวทางปฏิบัติ หมายถึง แนวทางปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ที่คณะกรรมการด้านโรคไม่ติดต่อจังหวัดหรือเครือข่ายบริการ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางสนับสนุนการตัดสินใจในการให้บริการ โดยอิงจากแนวทางปฏิบัติระดับประเทศ เช่น แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง แนวปฏิบัติการส่งต่อระหว่างผู้ป่วย รูปแบบแนวทางการคัดกรองโรคและภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น

เอกสารประกอบการพิจารณา: เช่น แนวทางปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) ในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อของสถานบริการสาธารณสุข เป็นต้น

5.2 มีระบบการประสานงานให้คำปรึกษา ระหว่างสถานบริการสาธารณสุขและเครือข่าย

ระบบการประสานงานให้คำปรึกษา หมายถึง ระบบการประสานงานให้คำปรึกษาระหว่างผู้เชี่ยวชาญระหว่างสถานบริการสาธารณสุขและเครือข่าย โดยมีช่องทางการประสานงาน และแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน

เอกสารประกอบการพิจารณา: เช่น แนวทาง/Flow Chart การประสานงานให้คำปรึกษาระหว่างเครือข่ายบริการสาธารณสุข เป็นต้น

5.3 มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแล และจัดการโรค ทั้งในและนอกสถานบริการสาธารณสุข

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแล และจัดการโรค หมายถึง การเข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแล และจัดการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ทั้งในและนอกสถานบริการสาธารณสุข

เอกสารประกอบการพิจารณา: เช่น รายงานสรุปผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลและจัดการโรค, คลังความรู้การดูแลและจัดการโรคของสถานบริการสาธารณสุข เป็นต้น

องค์ประกอบที่ 6 การจัดการบริการเชื่อมโยงชุมชน

6.1 มีการคืนข้อมูลด้านโรคไม่ติดต่อให้ชุมชน เพื่อกระตุ้นให้เกิดการรับรู้และเข้าใจสถานการณ์ปัญหา การคืนข้อมูลด้านโรคไม่ติดต่อให้ชุมชน หมายถึง มีการคืนข้อมูลสุขภาพของคนในชุมชน เพื่อสื่อสารให้เกิดความตระหนัก แก่ ผู้นำชุมชน กลุ่มสนับสนุนต่างๆ ในชุมชน รวมถึงผลักดันให้เกิดนโยบาย และแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมในการลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคในชุมชน

เอกสารประกอบการพิจารณา: เช่น แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมลดเสี่ยงลดโรคในชุมชน เป็นต้น

6.2 มีแผนงาน โครงการ/กิจกรรม เพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีโดยชุมชนมีส่วนร่วม แผนงาน โครงการ/กิจกรรม หมายถึง แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)/คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ฯลฯ เข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการจัดทำแผนโครงการปรับสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการลดเสี่ยงลดโรคร่วมกับชุมชน เช่น ชุมชนลดเค็ม โรงเรียนอ่อนหวาน วัดส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น

เอกสารประกอบการพิจารณา: เช่น แผนงาน/โครงการปรับสภาพแวดล้อมของชุมชน, ภาพกิจกรรม เป็นต้น

6.3 มีนโยบายสาธารณะ/ข้อตกลงร่วมกันที่เอื้อประโยชน์ต่อสุขภาพของคนในชุมชน

นโยบายสาธารณะ/ข้อตกลงร่วมกัน หมายถึง ชุมชนมีการดำเนินนโยบายสาธารณะ หรือ ข้อตกลงร่วมกันที่มุ่งสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมทั้งทางสังคมและกายภาพ และเอื้อ ประโยชน์ต่อสุขภาพของคนในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมจากหลายฝ่าย ได้แก่ เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และตัวบุคคล

เอกสารประกอบการพิจารณา: แผนงานโครงการ/แผนกิจกรรม/นโยบายสาธารณะ หรือข้อตกลงร่วมกัน ในการเอื้อประโยชน์ต่อสุขภาพของคนในชุมชน เป็นต้น

6.4 มีการสนับสนุนการจัดกิจกรรม และ/หรือ จัดตั้งกลุ่มชมรมเพื่อสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

การจัดกิจกรรม และ/หรือ จัดตั้งกลุ่มชมรม หมายถึง สนับสนุนให้ชุมชนมีการจัดกิจกรรมหรือจัดตั้งกลุ่ม ชมรม เพื่อสุขภาพที่มีการดำเนินงานเป็นรูปธรรม มีแผนงาน มีการดำเนินการตามแผน โดยเฉพาะกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลตัวเอง เพื่อให้คนในชุมชนได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพตนเอง และเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบในชุมชน

เอกสารประกอบการพิจารณา: เช่น ภาพการจัดกิจกรรม/กลุ่มชมรมเพื่อสุขภาพของชุมชน เป็นต้น

6.5 มีการส่งเสริมสนับสนุนการติดตามผลลัพธ์สุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของ อสม. เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต และปัจจัยเสี่ยงหลัก/ปัจจัยเสี่ยงร่วม ในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย

การติดตามผลลัพธ์สุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของ อสม. หมายถึง สนับสนุนให้ อสม. ดูแลติดตามผลลัพธ์สุขภาพ เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด และการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองในกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย

เอกสารประกอบการพิจารณา: เช่น แผนการดูแลติดตามกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยในพื้นที่รับผิดชอบ ภาพกิจกรรม เป็นต้น

6.

ผลลัพธ์การดำเนินงาน NCD ในรพ.สต.

ผลลัพธ์การดำเนินงาน	กลุ่มปกติ	กลุ่มเสี่ยง	กลุ่มป่วย	ชุมชน
1. การให้บริการ				
● การเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงในประชากร	/	/		
● การคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิต	/			
● การจัดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคล รายกลุ่ม	/	/	/	
● การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนและประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด			/	
● การคัดกรองการสูบบุหรี่	/	/	/	
● การคัดกรองภาวะซีด ภาวะซีด และประเมินภาวะเครียดและการติดยา	/	/	/	
2. การปรับพฤติกรรมเสี่ยง/การจัดการตนเอง				
● ไม่ให้มีภาวะน้ำหนักเกิน อ้วน (มี BMI 18.5-22.9 กก/ม ²)	/	/	/	
● ลดอาหารหวาน /มัน /เค็ม	/	/	/	
● ทานผักอย่างน้อย 400 กรัมต่อวัน (ผักสุก 6 ทัพพี) และผลไม้ที่มีน้ำตาลต่ำ (ฝรั่ง, แอปเปิ้ล)	/	/	/	
● ลดหรือเลิกสูบบุหรี่	/	/	/	
● ลดหรือเลิกการดื่มแอลกอฮอล์	/	/	/	
● จัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม	/	/	/	
● ออกกำลังกายแบบแอโรบิก มีความหนักปานกลาง นานอย่างน้อย 30-45 นาที อย่างน้อย 3-5 ครั้ง/สัปดาห์	/	/	/	
● การดูแลเท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน			/	
3. การมีส่วนร่วมของชุมชน				
● แผนงานโครงการของชุมชนที่สนับสนุนลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประชากร				/

7.

ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการที่สำคัญในการ Monitor

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลลัพธ์ที่ได้
1. ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวาน	≥ 90	
2. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	≥ 72	
3. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	≥ 40	
4. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตควบคุมได้ตามเกณฑ์	≥ 60	
5. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วน [BMI ≥ 25 กก./ตร.ม.] ลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา	≥ 5	
6. ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยความดันโลหิตสูง	≥ 90	
7. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	≥ 85	
8. ร้อยละของผู้ที่มีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ≥ 180 มม.ปรอท และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ≥ 110 มม.ปรอท จากการคัดกรองได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง (ภายใน 7 วัน)	≥ 25	
9. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	≥ 60	
10. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	≥ 80	
11. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่มี CVD Risk ≥ 20% ในช่วงไตรมาส 1, 2 และมีผล CVD Risk ลดลงเป็น <20% ในไตรมาส 3, 4	≥ 50	

แหล่งที่มา: ฐานข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข (HDC)

เอกสารอ้างอิง

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus; 2565.

จรัสพร คงประเสริฐ. แนวพัฒนาการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ (โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง) ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.); 2558.

ชูชัย ศุภวงศ์, สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, ลัดดา ดำริการเลิศ, สุพัตรา ศรีวณิชชากร, เกษม เวชสุทรานนท์. คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. กรุงเทพฯ: ที คิว พี; 2552.

ถิรจิต บุญแสน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. ดัชนีมวลกาย สำคัญอย่างไร, สืบค้นเมื่อ 4 เมษายน 2567. จาก https://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/sirirajonline2021/Article_files/1361_1.pdf

โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์. เทคนิคเพิ่มการกินผักและผลไม้, สืบค้นเมื่อ 4 กุมภาพันธ์ 2567. จาก <https://www.siphospital.com/th/news/article/share/fruits>

สุพัตรา ศรีวณิชชากร และสุรเกียรติ์ อาชานุกาพ, บรรณาธิการ. การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กรณีเบาหวานและความดันโลหิตสูง. นนทบุรี: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2553.

สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.), สืบค้นเมื่อ 3 มกราคม 2567. จาก <https://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi-list/view/?id=1653>

สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562; 2562