



ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
ปีงบประมาณ 2567



รูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไตในชุมชน
ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
ปีงบประมาณ 2567

ที่ปรึกษา

1. นายแพทย์กฤษฎา หาญบรรเจิด ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ
2. นางสาวณัฐวิรรณ พันธุ์มั่ง รองผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ

บรรณาธิการ

- | | | |
|----|-------------------------------|-------------------------------|
| 1. | นางสาวสุธาทิพย์ ภัทรกุลวนิชย์ | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ |
| 2. | นายกัณฑพล ทับหุ่น | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ |
| 3. | นางสาววรพร ชีมีใส | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ |
| 4. | นางสาวรัตนาภรณ์ จันทะนี | นักวิชาการสาธารณสุข |
| 5. | นางสาวณัฐรัตน์ ศรีกรงพลี | นักวิชาการสาธารณสุข |

ออกแบบรูปเล่ม

นางสาวกมลวรรณ ใจงาม	นักวิชาการเผยแพร่ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
นางสาวนิศาตร์ณ์ สรรคพงษ์	นักวิชาการเผยแพร่ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

รวบรวมและเผยแพร่โดย

กลุ่มพัฒนานโยบายระดับประชากร กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
โทร. 0 2590 3870
<http://ddc.moph.go.th/dncd>
FB: กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
E-mail: ncdpublicpolicy@gmail.com



คำนำ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases, NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกและประเทศไทย ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและศักยภาพของทรัพยากรมนุษย์ รวมทั้งเศรษฐกิจและสังคมที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศ โดยมีสาเหตุจาก 5 ปัจจัยเสี่ยงหลักด้านสรีรวิทยาที่ก่อให้เกิดภาวะโรคหรือการสูญเสียสุขภาพของประชากรไทย ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง การสูบบุหรี่/ยาสูบ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน นอกจากนี้โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง นำไปสู่การเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) และเมื่อป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังแล้ว การทำงานของไตจะเสื่อมลงจนกลายเป็นโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ต้องได้รับการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกไตทางหน้าท้อง หรือด้วยเครื่องฟอกไตทางหลอดเลือดดำ หรือการปลูกถ่ายไต ส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และระบบบริการ นอกจากนี้ จุดเน้นสำคัญของการป้องกันควบคุมโรค NCDs คือ ความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างเข้มแข็งและจริงจัง รวมทั้ง การกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ

กรมควบคุมโรค ตระหนักถึงความสำคัญในการจัดการปัญหาดังกล่าว จึงมีความร่วมมือกับสถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ดำเนินการโครงการป้องกันควบคุมโรคไตในชุมชน ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และชุมชน โดยใช้หลักการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย (Self-management) ส่งผลให้เกิดความครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง และโรคอ้วนที่มีประสิทธิผล ทั้งนี้ กองโรคไม่ติดต่อ และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 จึงได้จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ และรวบรวมรูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไตในชุมชน ผ่านการจัดการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง แนวทางการแก้ไขปัญห/อุปสรรค รวมถึงปัจจัยความสำเร็จเพื่อค้นหาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีผลงานดีเด่น (Best Practice) ระดับเขตและระดับประเทศจากเขตสุขภาพที่ 1-12

คณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าหนังสือ “รูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไตในชุมชน ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ปีงบประมาณ 2567” จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงานป้องกันโรคไม่ติดต่อ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้ที่สนใจ จะสามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการจัดการปัญหาโรคไตเรื้อรังร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย เพื่อลดและชะลอโรคไตเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้นต่อไป

คณะผู้จัดทำ

พฤษภาคม 2567

กิตติกรรมประกาศ

“รูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไ้ในชุมชน ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ปีงบประมาณ 2567” เล่มนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และหน่วยงานวิชาการที่เกี่ยวข้อง

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์กฤษฎา หาญบรรเจิด ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ และนางสาวณัฐวิวรรณ พันธมุง รองผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ เป็นอย่างสูงที่กรุณาให้คำแนะนำและขับเคลื่อนผลักดันให้เกิดผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สมเกียรติ โพธิ์สัตย์ สถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์ ผศ.ดร.อังสนา บุญธรรม ภาควิชาอนามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ผศ.ดร.ชนิดา ปิไชติการ สมาคมนักกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นคณะกรรมการประเมินผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไ้ในชุมชน ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ปีงบประมาณ 2567 และขอขอบพระคุณคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอทั้ง 11 แห่ง ที่ได้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดำเนินงาน และให้ข้อมูลวิชาการอันเป็นประโยชน์ ซึ่งจะเป็นแบบอย่างที่ดีสำหรับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไ้ในชุมชนให้กับพื้นที่อื่น ๆ ได้นำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ต่อไป

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดทำหนังสือเล่มนี้ให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี กองโรคไม่ติดต่อหวังเป็นอย่างยิ่งว่า หนังสือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไ้ในชุมชน ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อการจัดการปัญหาโรคไ้เรื้อรังในชุมชนร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายให้บรรลุผลสำเร็จยิ่งขึ้นต่อไป

สารบัญ

หน้า

คำนำ

ก

กิตติกรรมประกาศ

ข

สารบัญ

ค

รางวัลชนะเลิศ

- ❖ เขตสุขภาพที่ 2 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุดรธานี 1

รางวัลรองชนะเลิศอันดับหนึ่ง

- ❖ เขตสุขภาพที่ 12 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ควนโตน จังหวัดสตูล 7

รางวัลรองชนะเลิศอันดับสอง

- ❖ เขตสุขภาพที่ 9 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา 11

- ❖ เขตสุขภาพที่ 10 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ศรีรัตน จังหวัดศรีสะเกษ 15

เขตสุขภาพที่ 1 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เชียงของ จังหวัดเชียงราย 18

เขตสุขภาพที่ 3 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ทายทองวัฒนา จังหวัดกำแพงเพชร 22

เขตสุขภาพที่ 4 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หนองม่วง จังหวัดลพบุรี 27

เขตสุขภาพที่ 6 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ บ้านบึง จังหวัดชลบุรี 31

เขตสุขภาพที่ 7 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ กุดรัง จังหวัดมหาสารคาม 34

เขตสุขภาพที่ 8 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คำตาก้า จังหวัดสกลนคร 38

เขตสุขภาพที่ 11 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ บ้านตาขุน จังหวัดสุราษฎร์ธานี 41

ภาคผนวก 45

ภาคผนวก เกณฑ์ประเมินการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคในชุมชน ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) 46

รางวัลชนะเลิศ ผลงานดีเด่นระดับประเทศ

เขตสุขภาพที่ 2 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุดรธานี

1. การขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ผ่านกลไก พขอ.)

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ดำเนินการจัดประชุมเพื่อวิเคราะห์และค้นหาปัญหาาร่วมกัน นำไปสู่การพัฒนาอำเภอ น้ำปาดที่ยั่งยืน มีวิสัยทัศน์คือ “มุ่งสู่ความเป็นเมืองสุขภาพดี (Healthy City)” และมีเป้าหมายให้ประชาชนในอำเภอ น้ำปาด มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดการป่วยและการเสียชีวิตจากโรคที่ป้องกันได้ มีสิ่งแวดล้อมที่ดี มีเศรษฐกิจที่ดี มีชุมชนและสังคมดี สนับสนุนให้ประชาชนพึ่งตนเองภายใต้แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง การกำหนดประเด็นปัญหาในพื้นที่อำเภอ น้ำปาด โดยจัดเวทีให้ทุกภาคส่วนนำเสนอข้อมูลปัญหาต่อคณะกรรมการ พขอ. อำเภอ น้ำปาด เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ จัดลำดับความสำคัญของปัญหาโดยมีหลักการคัดเลือกประเด็นปัญหาคือ เป็นประเด็นที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนในอำเภอ น้ำปาด มีความรุนแรงส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยตรง (ป่วย/เสียชีวิต) ขนาดของปัญหามีจำนวนมาก และประชาชนให้ความสำคัญและมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

การขับเคลื่อนการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผ่านกลไก พขอ. กำหนดให้โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นประเด็นปัญหาหลักที่ต้องขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี 2563 ถึงปัจจุบัน และจัดทำคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พขต.) และคำสั่งอนุกรรมการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2. การจัดการข้อมูลเฝ้าระวังและความครอบคลุมที่มีประสิทธิภาพ

การจัดการข้อมูลเพื่อการแก้ปัญหา และตอบสนองทันเวลาอย่างมีประสิทธิภาพ ในการวิเคราะห์ข้อมูล พขอ.อำเภอ น้ำปาด ได้มอบหมายให้คณะทำงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและคณะอนุกรรมการดำเนินการรวบรวมและวิเคราะห์ประเมินแนวโน้ม (Trend) คาดการณ์ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น เพื่อใช้สนับสนุน/ทบทวนการดำเนินการ รวมถึงทำให้ทราบสาเหตุของปัญหาและจัดลำดับความสำคัญของการใช้ทรัพยากร รวมถึงบริบทสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยภายนอกสำคัญ เช่น นโยบายรัฐบาล, นโยบายผู้ว่าราชการจังหวัด, นโยบายนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ฯลฯ ในประเด็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และโรคไตเรื้อรังในชุมชน ทีมเลขาฯ พขอ. และทีมอนุกรรมการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดำเนินการจัดเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล ประเมินแนวโน้มผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น รายงานต่อคณะกรรมการ พขอ. เพื่อร่วมกันติดตามผลการดำเนินงานและหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน ในประเด็นที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายที่กำหนด และให้มีการจัดทำรายงานสถานการณ์ภาพรวมของอำเภอ น้ำปาดให้ชุมชนรับทราบ

การจัดเก็บข้อมูลเพื่อเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2564-2567 มีการรวบรวมข้อมูลเชิงรุกจากการคัดกรองสุขภาพของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไตเรื้อรัง เพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลกระบวนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เพื่อให้ประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยเข้าถึงการรับบริการตรวจคัดกรองสุขภาพได้ง่าย สะดวก และรวดเร็ว พร้อมทั้งมีความรู้สามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคและลดความรุนแรงของโรคได้

3. กำหนดประเด็นปัญหา เป้าหมาย จัดทำแผนงานโครงการ และกิจกรรม

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ น้ำปาด กำหนดแนวทางการวางแผนปฏิบัติการโครงการเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านเครือข่ายทั้งภายในและภายนอก ดังนี้

- 1) แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.)
- 2) แต่งตั้งคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในประเด็นปัญหา ทั้ง 6 ประเด็น
- 3) คณะกรรมการ พชอ. มีการประชุมจัดทำแผนการดำเนินการและคัดเลือกประเด็นปัญหาหลักสำคัญ ได้แก่ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงาน มีการกำหนดหัวหน้ายุทธศาสตร์ในแต่ละประเด็นปัญหา ซึ่งประเด็นปัญหาการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำปาด และสาธารณสุขอำเภอ น้ำปาดเป็นหัวหน้ายุทธศาสตร์
- 4) มีการประชุมคณะกรรมการ พชอ. เพื่อชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน ติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ของทุกภาคส่วน
- 5) จัดทำแผนงาน/โครงการ และการบูรณาการการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ร่วมกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ

คณะกรรมการ พชอ. อำเภอ น้ำปาด มีการทบทวนแผนการดำเนินงาน ผ่านเวทีประชุมคณะกรรมการ พชอ. อำเภอ น้ำปาด และเวทีประชุมหัวหน้าส่วนราชการอำเภอ น้ำปาดอย่างต่อเนื่อง หากมีผลการดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด พชอ.อำเภอ น้ำปาด จะมอบหมายให้คณะอนุกรรมการตามประเด็นปัญหาที่รับผิดชอบ ดำเนินการวิเคราะห์ปรับปรุง โดยคณะกรรมการ พชอ. น้ำปาด สนับสนุนควบคุมกำกับกับการดำเนินงาน

4. สนับสนุนการสร้างนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรคติดต่อเรื้อรังในชุมชน

การขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคติดต่อเรื้อรังในชุมชน คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ น้ำปาด ประเด็นป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีการประชุมวิเคราะห์ปัญหา ศึกษาบริบทการดำเนินชีวิตของประชาชน สิ่งแวดล้อมในชุมชน สรุปผลการประเมินพฤติกรรม และนำเสนอข้อมูลต่อคณะกรรมการ พชอ. เพื่อกำหนดเป็นข้อตกลง/นโยบายสาธารณะร่วมกันในภาพรวมระดับอำเภอ และถ่ายทอดผ่านการประชุมคณะกรรมการ พชต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และเวทีประชุมของหมู่บ้าน เพื่อกำหนดเป็นข้อตกลงให้ทุกชุมชน/หมู่บ้านนำไปปฏิบัติ โดยข้อตกลงของแต่ละหมู่บ้าน อาจมีมากกว่าข้อตกลงของคณะกรรมการ พชอ.น้ำปาดได้ ตามความเหมาะสมและความต้องการของประชาชน ในหมู่บ้าน/ชุมชนนั้น คณะกรรมการ พชอ.น้ำปาด กำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่อำเภอ น้ำปาด ดังนี้

- 1) ทุกชุมชนต้องจัดให้มีสถานที่ออกกำลังกายสำหรับประชาชนอย่างน้อย 1 แห่ง
- 2) ให้ประชาชนออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที
- 3) ให้ลดการบริโภคอาหารรสเค็ม รสหวาน ลด ละ เลิก สูบบุหรี่ และลดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน
- 4) ร้านจำหน่ายอาหาร กว้างเตี้ย ติดป้ายเตือน “ชิมก่อนปรุง” ที่ชุดเครื่องปรุง
- 5) สนับสนุนให้ชุมชนรับประทานผักพื้นบ้าน อาหารพื้นเมือง
- 6) ผู้นำชุมชน อสม. บุคลากรด้านสุขภาพ เป็นต้นแบบในการดูแลสุขภาพ



5. การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ

สนับสนุนการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพที่ดีในชุมชน ได้แก่ จัดหาสถานที่สำหรับออกกำลังกายในหมู่บ้าน จัดทำข้อตกลงการออกกำลังกายของประชาชนในหมู่บ้าน สนับสนุนการปลูกผักสวนครัวเพื่อบริโภคในครัวเรือน ส่งเสริมการรับประทานผักพื้นบ้าน อาหารพื้นเมือง จัดประกวดเมนูอาหารพื้นบ้านต้านโรค และจัดทำเป็นเมนูอาหารต้านโรค เผยแพร่สื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบ และการลดการบริโภคอาหารรสเค็มในครัวเรือน โดยการตรวจวัดความเค็มในอาหารด้วยเครื่องวัดปริมาณโซเดียมในอาหาร โดยให้อสม. สุ่มตรวจอาหารที่ปรุงรับประทานในครัวเรือน อาหารที่ร้านค้าจำหน่ายในชุมชน และขอความร่วมมือให้ร้านค้าจำหน่ายอาหาร กว้างเตี๋ยวในชุมชน ติดป้ายเตือน “ชิม ก่อน ปรุง” บริเวณชุดเครื่องปรุงในร้าน

6. การสร้างความเข้มแข็งชุมชนในการลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคไตเรื้อรังในชุมชน

พขอ. น้ำปาด ขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมด้วยกระบวนการ ดังนี้

- 1) ประชุมวิเคราะห์ปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา คัดเลือกประเด็นปัญหา กำหนดเป้าหมาย จัดทำแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน
- 2) สื่อสารถ่ายทอดเป้าหมายและแผนการปฏิบัติไปสู่ชุมชน ผ่านคณะกรรมการ พชต. และช่องทางต่าง ๆ
- 3) ประชุมคณะกรรมการ พชต. เพื่อติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน
- 4) วิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางปรับปรุง และวางแผนพัฒนาการดำเนินงาน สนับสนุนความเข้มแข็งในชุมชน ด้วยการขยายเครือข่ายหมู่บ้านต้นแบบชุมชนลดเค็ม หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จำนวน 26 หมู่บ้าน (จากทั้งหมด 58 หมู่บ้าน) โดยมุ่งเน้นให้ชุมชนดำเนินการด้วยตนเอง มีบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่เป็นผู้สนับสนุนองค์ความรู้และการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชุมชน การค้นหาบุคคลต้นแบบ ครอบครัวต้นแบบ พัฒนาศักยภาพบุคคลต้นแบบ เพื่อให้มีทักษะการให้คำปรึกษา มีความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สามารถถ่ายทอดความรู้และให้คำปรึกษาประชาชนในชุมชนได้ คืนข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้จากการรวบรวมวิเคราะห์ของคณะกรรมการฯ ให้ชุมชนได้รับรู้สถานการณ์ปัญหาของชุมชนตนเอง ร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการแก้ไขปัญหาของชุมชน ร่วมติดตามผลการดำเนินงาน และติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดย อสม.



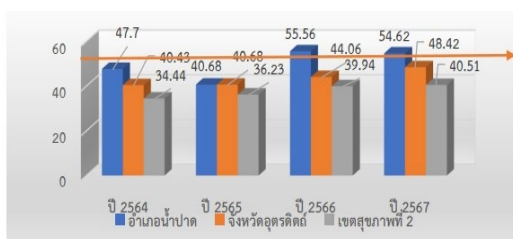
7. การจัดระบบบริการเชิงรุกในชุมชน

พชอ.อำเภอ น้ำปาด มีกระบวนการทำงานที่เชื่อมโยงตั้งแต่ต้นจนจบ แบบต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ อำเภอ น้ำปาด มีการจัดการแก้ไขปัญหากลุ่มเป้าหมาย (กลุ่มป่วย/เสี่ยง/ปกติ) โดยมีกระบวนการทำงานที่สำคัญ คือ

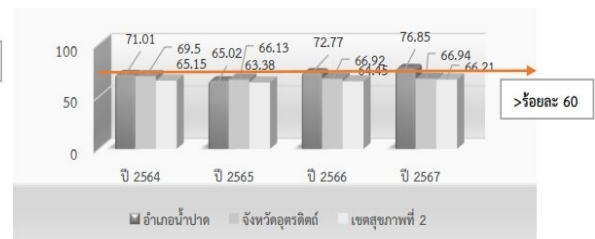
- 1) สนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน ด้วยการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) สร้างชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ และพัฒนาบุคคลต้นแบบ
- 2) ส่งเสริมการออกกำลังกาย สร้างกระแส กระตุ้น สนับสนุนให้มีสถานที่ และกิจกรรมออกกำลังกายร่วมกันในชุมชน
- 3) พัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ
- 4) ขับเคลื่อนนโยบาย 3 หมอ ในการตรวจคัดกรองกลุ่มเป้าหมาย ติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ให้ประชาชนเข้าถึงระบบการรักษาที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน
- 5) พัฒนางานวิชาการในการแก้ไขปัญหา งานวิจัย CQI นวัตกรรม ต้นแบบ

8. ผลลัพธ์การดำเนินงาน

ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมได้ พบว่า ผลการดำเนินงานของอำเภอ น้ำปาด ผู้ป่วยเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ตั้งแต่ปี 2564 – 2567 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตได้ดีเกินเป้าหมายที่กำหนด โดยมีแนวโน้มการควบคุมได้ดีเพิ่มมากขึ้น

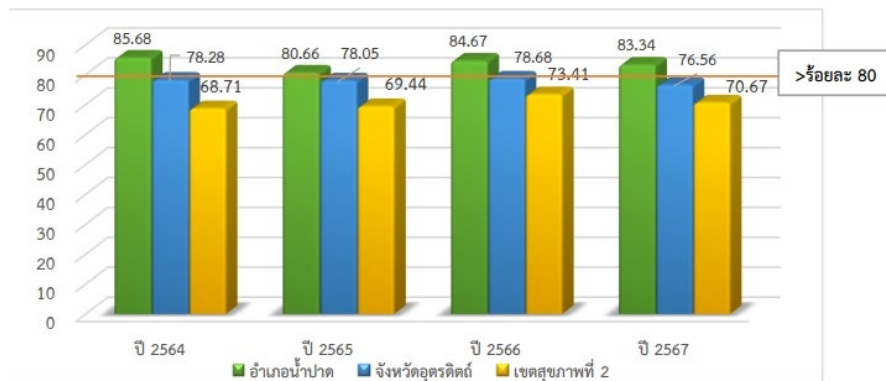


ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้



ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้

ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ปี 2564-2567 ได้รับการคัดกรองไตวายเรื้อรัง ตามเป้าหมายที่กำหนด ได้แก่ ร้อยละ 85.68, 80.66, 84.67 และ 83.34 ตามลำดับ



ร้อยละของผู้ป่วยโรค DM /HT ที่ได้รับการคัดกรองไตวายเรื้อรัง ปี 2564 -2567

ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังรายใหม่ พบว่า ผลการดำเนินงานในปี 2563 – 2567 อำเภอน้ำปาดมีผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังรายใหม่ลดลงอย่างต่อเนื่อง



ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นไตเรื้อรัง ระยะ 3 - 4 ชะลอการลดลงของ eGFR ได้ ปี 2564-2567 พบว่า อำเภอน้ำปาด มีการดำเนินการได้ตามเป้าหมายที่กำหนด



พขอ. อำเภอน้ำปาด มีการพัฒนาการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เป็นต้นแบบการดำเนินงานให้พื้นที่อื่น ๆ ได้รับรางวัลคุณภาพแห่งชาติการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพโดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ ประจำปี 2566 ระดับเงิน เป็นพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ต้นแบบการขับเคลื่อนงานปฐมนุ้มนิเทศในพื้นที่ต้นแบบ 10

รูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไตในชุมชน ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

จังหวัด ภายใต้โครงสร้างการสนับสนุนการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพปฐมภูมิและชุมชนเพื่อสร้างความยั่งยืนทางสุขภาพ โดยมูลนิธิแพथ์ชนบท

9. ปัจจัยความสำเร็จ

- 1) ผู้นำมีนโยบายที่ชัดเจน สนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
- 2) ภาควิชาเครือข่าย พชอ./พชต./ 3 หมอ มีความเข้มแข็ง มีการทำงานร่วมกันเป็นทีม มีการประชุมติดตามการดำเนินงานสม่ำเสมอ
- 3) มีเป้าหมายในการดำเนินงานร่วมกันที่ชัดเจน
- 4) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการบูรณาการใช้ทรัพยากรร่วมกัน
- 5) คณะกรรมการ พชต. มีความเข้มแข็ง องค์กรในชุมชน และประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน
- 6) มีกลไก เครือข่าย 3 หมอที่มีคุณภาพ มีช่องทางการสื่อสารชัดเจน
- 7) หน่วยบริการปฐมภูมิมีการจัดบริการตามมาตรฐาน สถานบริการ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ”

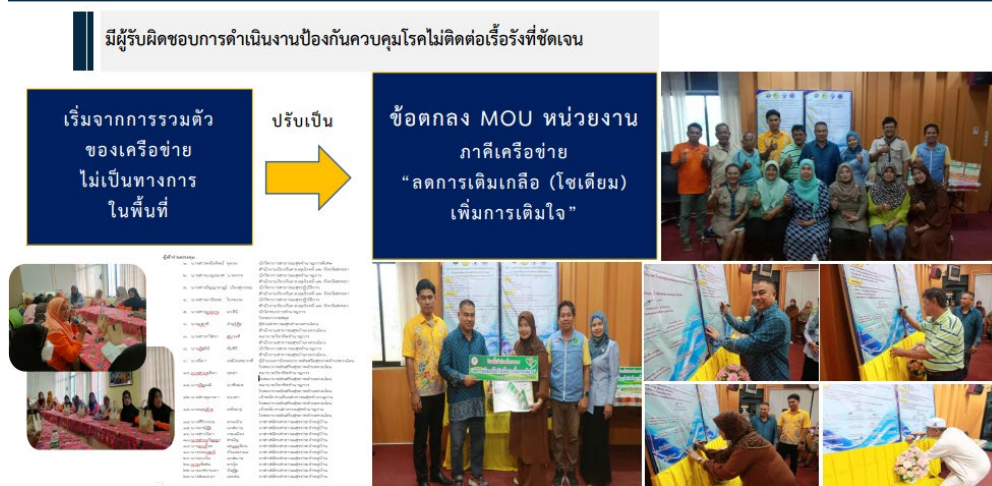
รางวัลรองชนะเลิศอันดับหนึ่ง ผลงานดีเด่นระดับประเทศ

เขตสุขภาพที่ 12 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอควนโดน จังหวัดสตูล

1. การขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ผ่านกลไก พขอ.)

เริ่มการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2567 เพื่อเป็นชุมชนต้นแบบการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังผ่านกลไกคณะกรรมการ พขอ. โดยการบูรณาการการดำเนินงานประเด็นการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีการประชุมนำเสนอข้อมูลและกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้อง ในเวทีการประชุมคณะกรรมการ พขอ. โดยมีว่าที่พันตรียุทธนา เจ้าคูรี นายอำเภอควนโดน เป็นประธาน และสาธารณสุขอำเภอควนโดน เป็นกรรมการและเลขานุการ ร่วมกับผู้แทนจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน การดำเนินงานโครงการฯ เริ่มจากการรวมตัวของเครือข่ายอย่างไม่เป็นทางการ ต่อมา มีการแต่งตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนโครงการลดการดื่มเกลือ (โซเดียม) เพิ่มการดื่มใจ โดยการจัดเวทีประชุมระดมสมองในระดับพื้นที่พัฒนาไปสู่พิธีลงนามความร่วมมือ (MOU) ขับเคลื่อน “นโยบายสาธารณะควบคุมการบริโภคโซเดียมในชุมชน ต.ควนโดน อ.ควนโดน จ.สตูล” ร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายภาครัฐ ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา ผู้บริหารโรงเรียน ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้ประกอบการร้านอาหารและแผงลอย ร่วมกับการนำนโยบายระดับ พขอ. ไปสู่การปฏิบัติในระดับชุมชนผ่านโครงการชุมชน Healthy City MODELS ประเด็นการลดการบริโภคเกลือและโซเดียม เพื่อลดโรคไม่ติดต่อองค์ประกอบที่ 1 หมวกกินดี เป็นมาตรการสำคัญใน House Model ของประเด็นเศรษฐกิจสุขภาพ และมีผู้แทนจาก พขอ. เข้าร่วมประชุมสนับสนุนการดำเนินงาน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกับชุมชนอย่างต่อเนื่อง

สนับสนุน ผลักดัน การดำเนินงานโดย พขอ. และ พชต.



2. การจัดการข้อมูลเฝ้าระวังและความครอบคลุมที่มีประสิทธิภาพ

ข้อมูลสถานการณ์กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ปีงบประมาณ 2567 รพ.สต.ควนโดน เท่ากับ 15.56 ต่อประชากรพันคน เมื่อเปรียบเทียบกับย้อนหลัง 3 ปี พบว่า มีแนวโน้มลดลง พบว่าในพื้นที่ รพ.สต.ควนโดน ความชุกของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ปีงบประมาณ 2564-2566 เท่ากับ 21.49, 23.62 และ 17.92 ต่อประชากรพันคน ตามลำดับ ในขณะที่ความชุกของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ปีงบประมาณ 2564-2566 เท่ากับ 4.13, 3.29 และ 5.22 ต่อประชากรพันคน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่วนข้อมูลสถานการณ์กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ 2567 เท่ากับ 15.56 ต่อประชากร

รูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

พันคน เมื่อเปรียบเทียบย้อนหลัง 3 ปี กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ 2564-2566 เท่ากับ 21.28, 27.12 และ 14.64 ต่อประชากรพันคน ตามลำดับ พบว่า มีแนวโน้มลดลง ในขณะที่ความชุกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงย้อนหลัง 3 ปี ปีงบประมาณ 2564-2566 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เท่ากับ 8.06, 9.35 และ 12.80 ต่อประชากรพันคน ตามลำดับ

อัตราตายโรคความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ 2564-2566 พบว่า รพ.สต.ควนโดน อ.ควนโดน และ จ.สตูล มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปีงบประมาณ 2566 มีอัตราตายโรคความดันโลหิตสูง รพ.สต.ควนโดน มีอัตรา 3 ต่อประชากรพันคน อ.ควนโดน อัตรา 12 ต่อประชากรพันคน และ จ.สตูล เท่ากับ 16 ต่อประชากรพันคน ข้อมูลสถานการณ์กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เมื่อเปรียบเทียบจากการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ 2567 ในพื้นที่ รพ.สต.ควนโดน เท่ากับ 2.64 ต่อประชากรพันคน เมื่อเปรียบเทียบย้อนหลัง 3 ปี พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี 2566 โดยพบกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ปีงบประมาณ 2564-2566 เท่ากับ 1.51, 5.15 และ 2.24 ต่อประชากรพันคน ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าในปี 2565 มีการคัดกรอง 68.46 ใน อ.ควนโดน พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในอัตรา 5.15 ต่อประชากรพันคน เมื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่มีแนวโน้มลดลง ในขณะที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากปี 2566

ข้อมูลสถานการณ์โรคไตเรื้อรังและโรคหลอดเลือดสมอง ปีงบประมาณ 2566 ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง มีความผิดปกติเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ รพ.สต.ควนโดน 15 คน อ.ควนโดน 39 คน และ จ.สตูล 815 คน สำหรับข้อมูลอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน ปีงบประมาณ 2566 รพ.สต.ควนโดน มีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 4 คน อำเภอควนโดน 15 คน และ จ.สตูล 287 คน

ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การดำเนินงานการเฝ้าระวังและลดบริโภคเกลือและโซเดียม จ.สตูล ปีงบประมาณ 2566 พบว่า อ.ควนโดน มีระดับโซเดียมในอาหารในระดับเค็มมาก ค่าเฉลี่ยโซเดียมคลอไรด์ (กรัม) ต่อน้ำหนักอาหาร 100 มิลลิกรัม เท่ากับ 1.07 โดยอาหารที่มีระดับเค็มมากมาจากอาหารประเภทแกงไม่มีกะทิใส่เครื่องแกง ร้อยละ 75 รูปแบบการผลิตอาหาร พบสูงสุดในสถานที่พักอาศัย บ้าน หอพัก คอนโด ร้อยละ 65.47 ส่วนใหญ่ปรุงเองที่บ้าน ร้อยละ 96.00 ผลการสำรวจความตระหนักรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียมของประชาชน จังหวัดสตูล พบว่า มีความตระหนักรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียมร้อยละ 38.55 (ที่มา: Thai salt survey กรมควบคุมโรค) สำหรับผลการวิเคราะห์ค่า BMI พบว่า ประชาชนในพื้นที่ที่มีค่า BMI > 23 kg/m² มากกว่าครึ่งของจำนวนประชากรทั้งหมด (ร้อยละ 55.38)

จากการตรวจเยี่ยมบ้านในพื้นที่เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลการใช้ยาและสมุนไพร โดยทีมเภสัชกรและคณะทำงานอำเภอควนโดน ปี 2567 จำนวน 36 ครั้ง ผู้ป่วยทั้งหมด 32 คน สรุปได้ว่า 1) ผู้ป่วยขาดยา ไม่ได้มารับยาตามนัด 7 คน คิดเป็นร้อยละ 21.87 (กินยาตามแพทย์สั่ง 25 คน คิดเป็นร้อยละ 78.13 2) มีการจัดเก็บยาผิดที่ไม่เหมาะสม เช่น ยา insulin ยาที่ไวต่อแสง เป็นต้น จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.13 3) ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยา หรือใช้ยาตามแพทย์สั่ง จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.13 4) ผู้ป่วยได้รับยาในปริมาณที่น้อยเกินไป เมื่อเปรียบเทียบกับค่าการตรวจต่าง ๆ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.25 5) ผู้ป่วยได้รับยาไม่ถึงวันนัด จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.13 6) ผู้ป่วยได้รับยาไม่เหมาะสมกับโรคและอาการแสดง จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.13 7) ผู้ป่วยหยุดยาเอง เนื่องจากเข้าใจว่าตนเองหายจากโรค ควบคุมระดับความดันโลหิตได้

ไม่มีอาการผิดปกติ จำนวน 7 คน ร้อยละ 21.87 8) ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา เช่น บวมจากการใช้ยา Amlolol จึงหยุดยาเอง จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 9.38 9) ผู้ป่วยซื้อยาสมุนไพรมากินเอง จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.13 และ 10) ผู้ป่วยกินสมุนไพรแทนการกินยาตามแพทย์สั่ง จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.13

3. กำหนดประเด็นปัญหา เป้าหมาย พร้อมทั้งจัดทำแผนงาน/โครงการ และกิจกรรม

การประชุมคืบข้อมูลสถานการณ์ปัญหาและพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน พร้อมทั้งร่วมกันกำหนดประเด็นปัญหา เป้าหมาย พร้อมทั้งจัดทำแผนงาน/โครงการ และกิจกรรม ในวันที่ 22 มกราคม 2567 ผู้เข้าร่วมประชุม ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อ และงาน พชอ. จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา ผู้แทน พชอ. ในระดับพื้นที่ เจ้าหน้าที่ สสอ. ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อ รพ.สต.ควนโดน อสม. กรรมการชุมชน ประชาชนในพื้นที่ และตัวแทนผู้ประกอบการร้านค้า เพื่อรับฟังสถานการณ์ปัญหาในพื้นที่ ร่วมกันระดมสมอง วิเคราะห์ช่องว่าง เพื่อกำหนดแผน และติดตามผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบต่อไป โดยใช้เครื่องมือ SPOME (S: Situation analysis การวิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่, P: Problem identification การระบุปัญหาสำคัญของพื้นที่ โดยใช้แผนภูมิต้นไม้, O: Outcome setting การกำหนดผลลัพธ์, M: Methodology การกำหนดกิจกรรม/มาตรการ, E: Evaluation การวัด/ประเมินผล)

4. สนับสนุนการสร้างนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรคไตเรื้อรังในชุมชน

ชุมชนร่วมกันกำหนดข้อตกลง/มาตรการชุมชน/นโยบายสาธารณะ เพื่อป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อและ กิจกรรมส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้และความตระหนักรู้โดยชุมชน หมู่ที่ 1 บ้านควนโดน ต.ควนโดน อ.ควนโดน จ.สตูล ร่วมกำหนดมาตรการที่ได้จริงครอบคลุมระดับครัวเรือน ชุมชน/สังคม และร้านค้า ดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน โดยยึดชุมชนเป็นศูนย์กลาง และประกาศใช้ข้อตกลงโดยผู้นำชุมชน เพื่อให้ประชาชน รับทราบและปฏิบัติร่วมกัน ได้แก่ ปลูกพืชผักสมุนไพรอย่างน้อย 5 ชนิด เพื่อลดการใช้โซเดียม มาตรการลดการใช้เครื่องปรุงที่มีโซเดียมสูง เช่น น้ำปลา น้ำมันหอย ผงปรุงรส เป็นต้น มาตรการร้านค้าไม่วางเครื่องปรุงบนโต๊ะ มาตรการร้านค้ามีบริการ “ลดเค็ม สั่งได้” มาตรการงานบุญ (นุหรี) เลือกใช้น้ำสมุนไพรหวานน้อย ปลอดภัยลดน้ำตาล มาตรการงานบุญมีเมนูที่มีส่วนประกอบของกะทิเพียง 1 เมนู และกำหนดให้มีเมนูน้ำใส

5. การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

ผลักดันการดำเนินงานตั้งแต่ระดับนโยบาย โดย อ.ควนโดน เป็นพื้นที่ของ จ.สตูล ในการดำเนินงาน HCMs รับการประเมินครั้งที่ 2 ผ่านเกณฑ์การประเมินทั้ง 7D ครอบคลุมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ทั้งกินดี อยู่ดี อารมณ์ดี สติปัญญาดี สังคมดี สิ่งแวดล้อมดี และระบบบริการสุขภาพดี ทำให้ได้รับความร่วมมือในการจัด กิจกรรมจากทุกภาคส่วน เพื่อขับเคลื่อนงานให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ใน House Model

6. การสร้างความเข้มแข็งชุมชนในการลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคไตเรื้อรังโดยชุมชน

กิจกรรมรณรงค์ส่งเสริมในชุมชน (สร้างกระแส การโพสต์สื่อออนไลน์) โดยการให้ความรู้ผ่านสื่อ VDO Infographic ผ่าน Line group Facebook เพจหลักของหน่วยงาน ของเทศบาลตำบลควนโดน เพื่อสร้าง ช่องทางเข้าถึงความรู้ที่หลากหลาย และกิจกรรมสร้างผู้นำทางสุขภาพ โดย รพ.สต.ควนโดน สนับสนุนให้แกนนำ อาสาสมัครโซเดียม เข้าร่วมแข่งขันการประกวดเมนูแกงพะแนง โดยนำความรู้ที่ได้รับไปปรับใช้ในการปรุงอาหาร ร่วมกับการใช้สมุนไพรมาทำเครื่องแกงได้รับรางวัลชนะเลิศ อันดับ 1 ในงานวันสตรีสากลประจำจังหวัดสตูล

7. การจัดระบบบริการเชิงรุกในชุมชน

กิจกรรมสถานีสุขภาพชุมชน (Community Health Station) เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการตรวจประเมินสุขภาพเบื้องต้นในพื้นที่ที่ทราบถึงความเสี่ยงในการเกิดโรคของตนเองและสามารถดูแลสุขภาพของคนในครอบครัว พร้อมทั้งการประเมินภาวะพฤติกรรมสุขภาพตามแบบฟอร์ม โดยให้บริการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณค่าดัชนีมวลกาย วัดรอบเอว ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด วัดความดันโลหิต เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพ ให้คำแนะนำเป็นรายกรณี ส่งต่ออย่างเป็นระบบในรายที่ผิดปกติ เชื่อมโยงกับ รพ.สต. รวดเร็วด้วยระบบออนไลน์ กรณีพบประชาชนที่มีระดับน้ำตาลในเลือดหรือค่าความดันโลหิตสูง เพื่อ early detection เป็นการให้บริการที่สะดวก รวดเร็ว ระหว่างสถานบริการ ชุมชน และโรงพยาบาลแม่ข่าย

กิจกรรมค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง รวมถึงความเสี่ยงโรคไตเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และให้คำแนะนำด้านสุขภาพโดยทีม อสม. และสหสาขาวิชาชีพ มีการดำเนินงานช่วงเดือนตุลาคม 2566-กรกฎาคม 2567 (โดยเก็บรวบรวมข้อมูลนำส่งลงบันทึกข้อมูลที่ รพ.สต.ต่อไป)

มีการติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มเปราะบาง ผู้พิการ ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ในเขตตำบลควนโดน จำนวน 14 ราย โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และ อสม. ให้คำแนะนำ/คำปรึกษาเป็นรายกรณีในรูปแบบ family focus เน้นย้ำผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรุงอาหารลดโซเดียม

8. การประเมินผลการทำงาน

8.1 ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง มีผลการดำเนินงานร้อยละ 69.26

8.2 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง ที่เป็น CKD 3-4 ชะลอการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้าหมาย มีผลการดำเนินงานร้อยละ 77.66

8.3 ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี มีผลการดำเนินงานร้อยละ 29.05

8.4 ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี มีผลการดำเนินงานร้อยละ 56.13

9. ปัจจัยความสำเร็จ

9.1 ผู้บริหารให้ความสำคัญ ในการดำเนินงานผ่านกลไก พขอ.

9.2 ความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย พขอ. สคร. รพ.สต. อปท. ภาคเอกชน และประชาชน ในการดำเนินงานและสนับสนุนงบประมาณ

9.3 ได้รับเลือกให้เป็นพื้นที่การดำเนินงาน Healthy city model ของจังหวัดสตูล

9.4 การออกแบบกิจกรรมตามความต้องการของชุมชน ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม

9.5 การติดตาม ประเมินผล และพัฒนาการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

รางวัลรองชนะเลิศอันดับสอง ผลงานดีเด่นระดับประเทศ

เขตสุขภาพที่ 9 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา

1. การขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ผ่านกลไก พขอ.)

การดำเนินงานเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพชีวิต เริ่มตั้งแต่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด (พขจ.) จังหวัดนครราชสีมา นำโดย นายชัยวัฒน์ ชื่นโกสุม ผู้ว่าราชการจังหวัดนครราชสีมา เป็นประธาน นายแพทย์สุพล ตติยนันท์พร นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เป็นเลขานุการ พขจ. นครราชสีมา ดร.ยลดา หวังศุภกิจโกศล นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา ร่วมเป็นคณะทำงาน ในระดับอำเภอมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) นำโดยว่าที่ ร.ต.พรสรร อุณบรรเทิง นายอำเภอขามสะแกแสง เป็นประธาน, นายชวาล พัฒนกำชัย สมาชิกองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา อำเภอขามสะแกแสง, นายแพทย์นิติคุณ เขียวอยู่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขามสะแกแสง, นายนิติพัฒน์ พิมพ์เจริญวงศ์ สาธารณสุขอำเภอขามสะแกแสง และคณะกรรมการจากส่วนราชการ ภาคเอกชน ร่วมเป็น คณะทำงาน ในระดับตำบล มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พขต.) โดยนายกองค์การปกครอง ส่วนท้องถิ่นทั้ง 9 แห่ง ร่วมเป็นประธาน พขต. และลงสู่ชุมชนมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับหมู่บ้าน (พขม.) มีผู้ใหญ่บ้านเป็นประธาน และมีคณะทำงานตามประเด็นที่เป็นจุดเน้นสำคัญทุกหมู่บ้าน

2. การจัดการข้อมูลเฝ้าระวังและความครอบคลุมที่มีประสิทธิภาพ

การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคในชุมชน ผ่านกลไก พขอ.ขามสะแกแสง มีการจัดการข้อมูล เฝ้าระวังและความครอบคลุมที่มีประสิทธิภาพ เริ่มจากการแต่งตั้งคณะทำงาน ผู้รับผิดชอบด้านข้อมูลโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง การพัฒนาศักยภาพคณะทำงาน/ผู้รับผิดชอบด้านข้อมูล การสร้างเครือข่ายร่วมดำเนินงานด้าน ข้อมูล การเก็บข้อมูลโดยผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่วิเคราะห์ข้อมูลโดยนำข้อมูลที่ได้มาใช้ประโยชน์ การคืนข้อมูล สู่ชุมชนเพื่อทราบและพัฒนาต่อเนื่อง การเชื่อมระบบข้อมูลระหว่าง รพ. รพ.สต ผ่านระบบด้าน IT รวมถึง แหล่งข้อมูลสนับสนุนการดำเนินงาน ได้แก่ ฐานข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพ งานสุขศึกษา health Gate (ข้อมูลบริโภคอาหาร หวานมันเค็ม) ข้อมูลการใช้ยาจากเภสัชกร (งาน RDU ได้แก่ การใช้สมุนไพรที่ไม่ถูกต้อง, ข้อมูลการใช้ยาชุด, ยาเสพติดในชุมชน, ข้อมูลอาหารปลอดภัย, ข้อมูลร้านค้า ร้านชำ) การทำ pop up ของ งานเภสัชกรรมในการเฝ้าระวังการใช้ยาในระบบ HosXP โรงพยาบาล มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสถานบริการ และชุมชน ผ่านจดหมายข่าวประชาสัมพันธ์โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง Social Media กลุ่ม Line การกำหนด ประเด็นปัญหา เป้าหมาย พร้อมทั้งจัดทำแผนงาน/โครงการ และกิจกรรม การใช้แนวทาง NCD Clinic Plus 6 ด้าน เป็นแนวทางการวิเคราะห์ การจัดทำแผนงานระดับ CUP การขับเคลื่อนแผนงานผ่านกองทุนหลักประกัน สุขภาพตำบล และการระดมทุนผ่านประชาชน เพื่อการควบคุมป้องกันโรคในชุมชน และการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคในชุมชน ผ่านกลไก พขอ.ขามสะแกแสง ตามหลักการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา

การจัดการข้อมูลเฝ้าระวังและความครอบคลุมที่มีประสิทธิภาพ



3. กำหนดประเด็นปัญหา เป้าหมาย พร้อมทั้งจัดทำแผนงาน/โครงการ และกิจกรรม

เป้าหมายสูงสุดของการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอขามสะแกแสงคือ เพื่อให้ประชาชนและชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเครือข่ายบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ และได้รับความไว้วางใจจากประชาชน มีการทบทวนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต การจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ การกำหนดประเด็นที่เป็นจุดเน้นสำคัญ และการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานทุกประเด็น โดยอำเภอขามสะแกแสงมีประเด็นจุดเน้นสำคัญ 7 ประเด็น คือ 1.การป้องกันอุบัติเหตุ 2.การจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม 3.การดูแลสุขภาพกลุ่มวัยและมหัศจรรย์ 2500 วันแรกแห่งชีวิต 4.การควบคุมและป้องกันโรคติดต่อและโรคอุบัติใหม่ 5.การควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อ 6.ยาเสพติดและสุขภาพจิต และ 7.การดูแลสุขภาพผู้ด้อยโอกาส

4. สนับสนุนการสร้างนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรคได้เรื้อรังในชุมชน

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต มีการขับเคลื่อนนโยบายการดำเนินงานในพื้นที่ร่วมกับภาคีเครือข่าย ได้แก่ ผู้นำชุมชน คปสอ. อสม. พระสงฆ์ เครือข่ายการดำเนินงานตำบลพัฒนาคุณภาพชีวิต 4+1+1 กิจกรรมเครือข่าย ครู ก., ครู ข. โรงเรียนอ่อนหวานวิทยาขามสะแกแสงโมเดล นโยบายการดำเนินงาน ได้แก่ นโยบายสถานีสภาพ มีการจัดตั้งสถานีสภาพ ครบทั้ง 72 หมู่บ้าน, นโยบาย รร.อ่อนหวานวิทยาขามสะแกแสงโมเดลทุกตำบล มีการเยี่ยมเสริมพลังสร้างขวัญกำลังใจเครือข่ายการดำเนินงานและนักเรียน, นโยบายส่งเสริมการใช้ Thai CKD risk score เพื่อสร้างการรับรู้ความเสี่ยงโรคไต โดยติดตั้ง QR-code ใน Health station การส่งต่อลิงค์ผ่านกลุ่ม Line รวมถึงการรณรงค์ขับเคลื่อนการใช้ Salt Meter จัดซื้อโดยใช้งบกองทุนตำบล ส่งเสริมการใช้งานใน Health Station บูรณาการร่วมกับ รร.อ่อนหวานวิทยา นโยบายใส่บาตรอย่างใส่ใจ ลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์

5. การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

การส่งเสริมการปรับสูตรอาหารท้องถิ่นหรืออาหารปรุงสุกเพื่อจำหน่าย ได้แก่ การวัดค่าปริมาณโซเดียมของอาหารในร้านอาหาร การดำเนินงานตลาดนัดสุขภาพในทุกพื้นที่ การรณรงค์/สร้างความรู้อาหารลดเกลือและโซเดียม การดำเนินงานร้านอาหารลดเค็ม เมนูปรับสูตรลดโซเดียม การมอบป้ายอาหารลดเค็ม ลดเกลือโซเดียมเพื่อลดโรค ส่งเสริมชุมชนปลูกผักกินเอง บูรณาการธรรมนูญตำบล รวมถึงมีชมรมออกกำลังกายในพื้นที่

6. การสร้างความเข้มแข็งชุมชนในการลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคไตเรื้อรังโดยชุมชน

จังหวัดนครราชสีมา มีนโยบายสร้างความเข้มแข็งชุมชนในการลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคไตเรื้อรังได้แก่นโยบายผู้ว่าฯ ตึก นายกन्हอย หมอสุผล พานัศคาร์บ คนโคราชจ้ได้รู้พาสู่สุขภาพดี นโยบายเบาหวานหายได้ โดยหลัก 5 Pillars ได้แก่ พขอ. พขอ พชต. และ พชม. คลินิกเบาหวานหายได้ รพ-รพ.สต. รร.เบาหวานวิทยา ในชุมชน-วัด และครอบครัวในการดูแลสุขภาพ มีการดำเนินงานพื้นที่ต้นแบบส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ การสร้างกระแสในการดูแลสุขภาพกลุ่มหัวหน้าส่วนราชการ ผู้นำชุมชน เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดี การขับเคลื่อน การดำเนินงานเฝ้าระวัง และการลดการบริโภคเกลือและโซเดียม Thai salt survey โดย อสม.ในพื้นที่ ซึ่งการจัดซื้อ Salt meter ใช้งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ



7. การจัดระบบบริการเชิงรุกในชุมชน

การจัดระบบบริการเชิงรุกในชุมชน ได้แก่ การดำเนินงาน 4 หมอ อ.ข้ามสะแกแสง (หมอคนที่ 1 อสม., หมอคนที่ 2 หมอ รพ.สต., หมอคนที่ 3 หมอ รพ., หมอคนที่ 4 หมอตนเอง ซึ่งมีส่วนสำคัญที่สุดในการดูแลสุขภาพ) การใช้แอปพลิเคชันร่วมการดำเนินงาน เช่น Health 4 you, หมอพร้อม, Smart อสม. รวมถึงมีโครงการกิจกรรมต่าง ๆ ในพื้นที่เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทางเลือก-ทางรอด กลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง, กิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันชะลอไตเสื่อมในกลุ่มผู้ป่วย CKD, โครงการชุมชนรักษไต การตรวจวัดความเค็มในอาหารบูรณาการร่วมกับการดำเนินงานเบาหวานหายได้โดยหลัก 5 Pillars, โครงการอบรมกลุ่มผู้ป่วย NCDs ทุกตำบลเพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน, การดำเนินงานปรับสูตรลดโซเดียมในอาหารท้องถิ่น เช่น น้ำพริก ส้มตำ ปลา ร้า, การใช้สื่อรณรงค์ให้ความรู้โรคไตในหมู่บ้านและโรงพยาบาล ได้แก่ อาหารผู้ป่วย รพ.ลดโซเดียม กิจกรรมสัปดาห์วันไตโลก คัดกรอง ป้องกัน รู้ทันโรคไต การป้องกันการไ้ยา เช่น การสำรวจร้านยา ป้องกันการไ้ยาชุด ยาสเตียรอยด์, โครงการอบรมอาหารปลอดภัย โดยเครือข่ายงานคุ้มครองผู้บริโภค, โครงการแพทย์แผนไทย ใส่ใจการใช้สมุนไพรในชุมชน เพื่อส่งเสริมการใช้สมุนไพรในชุมชน รวมถึงการขับเคลื่อนการดำเนินงานในโรงเรียนกลุ่มเยาวชน เช่น ร้านค้าในโรงเรียนลดโซเดียม การรณรงค์ให้ความรู้แก่นักเรียนและผู้ประกอบการร้านค้าในโรงเรียน, โครงการอบรมวัยเรียนอายุ 6-14 ปี เพื่อสร้างนิสัยที่ดีเริ่มตั้งแต่เด็ก ลดการเกิดโรค NCDs ในอนาคต นอกจากนี้ สำนักงานควบคุมป้องกันโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เยี่ยมติดตามเสริมพลังการดำเนินงานในพื้นที่อำเภอข้ามสะแกแสง

แนวทางการดำเนินงานกรณีสงสัยติดเชื้อโควิด-19

1.คัดกรอง
ตรวจเลือด / ภาวะแทรกซ้อน โดย sw.สค.

2.ส่งต่อ
รายที่พบภาวะแทรกซ้อนทางใด

3.ปรับเปลี่ยน
พฤติกรรม / เยี่ยมพบซ้ำ

4.พบแพทย์
พิจารณาปรับยา ปรับพฤติกรรม หรือสั่ง ต่อ sw.มหาราช

หน่วยสนับสนุนการดำเนินงาน

เยี่ยมบ้าน
มีการติดตามผู้ป่วยโรคไต โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ NCD เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ แพทย์แผนไทย จร.ร.ส.พ.ด. และ อสม. มีระบบการให้คำปรึกษา

หน่วยดูแลผู้ป่วยโรคไต

หน่วยไตเทียม (HD)
และหน่วยล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) sw.มาสะ-แกแสง

ศูนย์สุขภาพใจใกล้บ้าน
ประกอบด้วย 2 ตำบล และระดมบุคลากรดำเนินงานต่อไปในขนาด

ThaiCOC
ศูนย์ส่งต่อจากเยี่ยมบ้าน

8.1 ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง มีผลการดำเนินงานร้อยละ 77.56

8.2 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง ที่เป็น CKD 3-4 ชะลอการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้าหมาย มีผลการดำเนินงานร้อยละ 75.24

8.3 ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี มีผลการดำเนินงานร้อยละ 33.87

8.4 ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี มีผลการดำเนินงานร้อยละ 73.46

9.1 มีคณะกรรมการ พขอ. خامสะแกแสง ทั้ง พขอ., พชต. และ พชม. ที่เข้มแข็ง

9.2 การทำงาน 4 สายงาน หนึ่งสายใจ ทั้งในส่วน รพ. خامสะแกแสง, สสอ. خامสะแกแสง และ รพ.สต. ทุกแห่งทั้งสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และ อบจ. นครราชสีมา ภายใต้เครือข่าย คปสอ. خامสะแกแสง

9.3 มีงบประมาณสนับสนุนและขับเคลื่อนการดำเนินงาน เช่น งบ NonUC, งบกองทุนสุขภาพระดับตำบล และแหล่งงบประมาณอื่น ๆ

9.4 มีภาคีเครือข่ายจากทุกภาคส่วนที่เข้มแข็ง ร่วมกันเป็นทีมในการทำงาน

รางวัลรองชนะเลิศอันดับสอง ผลงานดีเด่นระดับประเทศ

เขตสุขภาพที่ 10 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ

1. การขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ผ่านกลไก พขอ.)

คณะอนุกรรมการ พขอ. วาระสุขภาพดี ได้นำเสนอข้อมูลในที่ประชุม พขอ. และมีมติที่จะใช้กลไก พขอ. ในการขับเคลื่อนในวาระสุขภาพดี โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ผสานภาคีเครือข่าย เข้มแข็ง ยึดหลัก 5 ร่วม 5 วาระ ดังนี้ ร่วมคิดร่วมวางแผน ร่วมแรงร่วมทำ ร่วมนำร่วมรับผิดชอบ ร่วมเรียนรู้ แก้ปัญหา ร่วมติดตามประเมินผล 5 วาระ ได้แก่ เพิ่มรายได้ เพิ่มคนดี สร้างสังคมดี สร้างสุขภาพดี และ ลดปัญหาสิ่งแวดล้อม และพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคได้เรื้อรังลดลงในปี 2565 เช่นกัน รวมถึงการชะลอการทำงานของไตในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีแนวโน้มลดลงไม่ได้ตามเป้าหมายเช่นกัน



2. การจัดการข้อมูลเฝ้าระวังและความครอบคลุมที่มีประสิทธิภาพ

สถานการณ์โรคไตเรื้อรังของอำเภอศรีรัตนะ ปี 2562-2567 พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มสูงขึ้นในปี 2565 โดยผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 1-5 เพิ่มขึ้นร้อยละ 78.1 ขณะที่ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง มีเพียงร้อยละ 68.42 และร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง ที่เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 ชะลอการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้าหมาย มีผลการดำเนินงานที่ร้อยละ 67.16

3. กำหนดประเด็นปัญหา เป้าหมาย พร้อมทั้งจัดทำแผนงาน/โครงการ และกิจกรรม

จากสภาพปัญหาอัตราผู้ป่วยที่มีแนวโน้มสูงขึ้น การค้นหา คัดกรอง เพื่อเข้าสู่การวินิจฉัยน้อยลง การควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิต มีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจน พขอ.ร่วมกับเครือข่าย 3 หมอและแกนนำชุมชน ได้พัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังขึ้น โดยใช้สถานี่สุขภาพผ่านระบบการแพทย์ทางไกลในชุมชน เชื่อมโยงธรรมนูญสุขภาพ ควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ เน้นการทำงานเชิงรุก โดยหมอคนที่ 1 และหมอคนที่ 2 ตั้งแต่กระบวนการจำแนกประเภทของผู้รับบริการ การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การดำเนินการพื้นที่ต้นแบบลดเสี่ยงโรค การจัดทำกลุ่มโรงเรียนเบาหวานความดันในชุมชน การติดตามเยี่ยมบ้าน และจัดหาผู้ดูแลกรณีที่ไม่มียุติดูแล เพิ่มช่องทางการสื่อสารทางไลน์แอฟและการเข้าถึง

ระบบการให้คำปรึกษาแพทย์ (หมอคนที่ 3) ได้สะดวกขึ้น ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลในชุมชนช่วยในการตรวจรักษา โดยโปรแกรมลาโบริง ผ่านแพลตฟอร์มของ HosXp มีแผนลดเสี่ยงโรคโดยบูรณาการเข้ากับหมู่บ้านและตำบลจัดการสุขภาพ ปรับสภาพแวดล้อมในครอบครัว ชุมชน เช่น การลดเกลือในชุมชน มีการตรวจเกลือในอาหารที่ผู้ป่วยรับประทานและให้ความรู้ในการเลือกใช้เกลือให้เหมาะสม รวมถึงการตรวจเกลือในอาหารกลางวันของเด็กนักเรียน และโรงอาหารในโรงเรียนมัธยม การลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน โดยการค้นหาคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเข้ารับการบำบัดโดยใช้โปรแกรมสติบำบัดในชุมชน และจัดกิจกรรมกลุ่มในการช่วยเหลือกันเองของกลุ่มผู้ป่วยโดยใช้บุคคลต้นแบบ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น

4. สนับสนุนการสร้างนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรคไตเรื้อรังในชุมชน

พขอ.ศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไต และโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง เพื่อพัฒนาพฤติกรรมประชาชนในอำเภอศรีรัตนะ มีความรอบรู้ในการส่งเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสม ต่อเนื่อง ในประชาชน ชุมชน หน่วยบริการ (โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น สถานที่ราชการ โรงเรียน วัด ให้ตระหนักถึงการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค สามารถดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และจัดการปัญหาสุขภาพระดับชุมชนและสังคมได้ จึงได้กำหนดนโยบายการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังนี้

1. ผสมผสานการดำเนินงานคุณภาพ การส่งเสริมสุขภาพ และการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ
2. พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่ดีโดยใช้กระบวนการรอบรู้สุขภาพ ด้วย 3อ 2ส
3. สนับสนุนร้านอาหาร "ลดหวาน ลดมัน ลดเกลือ" "เค็มน้อย ลดได้ อร่อยได้" รณรงค์ลดการใช้เครื่องปรุงรสอาหารที่มีโซเดียมสูง งดขายสุราในวันพระ
4. รณรงค์ส่งเสริมให้ส่วนราชการจัดอาหารว่างเพื่อสุขภาพ (ไม่เกิน 200 แคลลอรี่)
5. พัฒนาระบบการวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ และนวัตกรรมสุขภาพในชุมชน ส่งเสริมชุมชนต้นแบบลดโรค ส่งเสริมกิจกรรม 3อ 2ส ในชุมชน
6. เจ้าหน้าที่บุคลากรทางการแพทย์ ผู้นำชุมชน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จะต้องเป็นแบบอย่างด้านสุขภาพและองค์ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้ข้อมูลได้อย่างถูกต้อง
7. สร้างและใช้นโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมทุกระดับ การขับเคลื่อนและแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติ และการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตำบล รวมถึงจัดทำแผนงาน/โครงการ พขอ./พชต.ที่สอดคล้องกับประเด็นปัญหา

5. การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

มีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเข้าถึงสภาวะทางสุขภาพของชุมชน ลงพื้นที่สร้าง Health Literacy เป็นรายบุคคล ราย รพ.สต. และรายหมู่บ้านในกลุ่มป่วยและครอบครัว มีการซื้อเครื่องวัดความดันโลหิต และเครื่องเจาะน้ำตาลในเลือด ให้ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน รวมถึงเครื่องวัดความเค็มในอาหาร ใน Health Station และชุมชนร่วมกำหนดมาตรการและกฎกติกาเพื่อลดการเข้าถึงปัจจัยเสี่ยง เช่น ครวเรือน ลดเครื่องปรุงรส

6. การสร้างความเข้มแข็งชุมชนในการลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคไตเรื้อรังโดยชุมชน

มีการพัฒนาศักยภาพ อสม. และเครือข่าย ได้แก่ อบรณ อสม.เชี่ยวชาญงานชะลอไตเสื่อม (หมอคนที่ 1) และการอบรมวางแผนการใช้ระบบการแพทย์ทางไกลในชุมชน (Telemedicine) นอกจากนี้ ยังมีการพัฒนาศักยภาพผ่านโครงการพัฒนาศักยภาพ อสม. (ลดเสี่ยงโรค) โครงการ อสม.นักวิทย โครงการอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โครงการอบรมสถานีสุขภาพ โครงการอบรมอาหารปลอดภัย

7. การจัดระบบบริการเชิงรุกในชุมชน

การปรับระบบบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพ (Reorient Health Service) จัดให้มีคลินิกชะลอไตเสื่อม โดยชุมชนมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อลดป่วย ลดตาย ลดโรค ลดระยะเวลาการรอคอย ลดความแออัด ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมโรคได้ และชะลอไตเสื่อม



8. การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงาน

8.1 ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง มีผลการดำเนินงานร้อยละ 75.47

8.2 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง ที่เป็น CKD 3-4 ชะลอการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้าหมาย มีผลการดำเนินงานร้อยละ 68.59

8.3 ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี มีผลการดำเนินงานร้อยละ 53.12

8.4 ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี มีผลการดำเนินงานร้อยละ 77.73

9. ปัจจัยความสำเร็จ

9.1 ขับเคลื่อนด้วยข้อมูล/วิเคราะห์ข้อมูล/แลกเปลี่ยนข้อมูล

9.2 วิชาการเป็นฐาน/วางระบบ/ประเมิน/ปรับปรุง

9.3 หลักการมีส่วนร่วม 5 ร่วม 5 วาระ

9.4 ไร้รอยต่อ มีมาตรฐาน ใช้เทคโนโลยี (Telemedicine)

9.5 ใช้กลไก พชอ. เครือข่ายเข้มแข็ง มาตรการทางสังคม (ธรรมนูญสุขภาพ)

เขตสุขภาพที่ 1 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเชิงของ จังหวัดเชียงราย

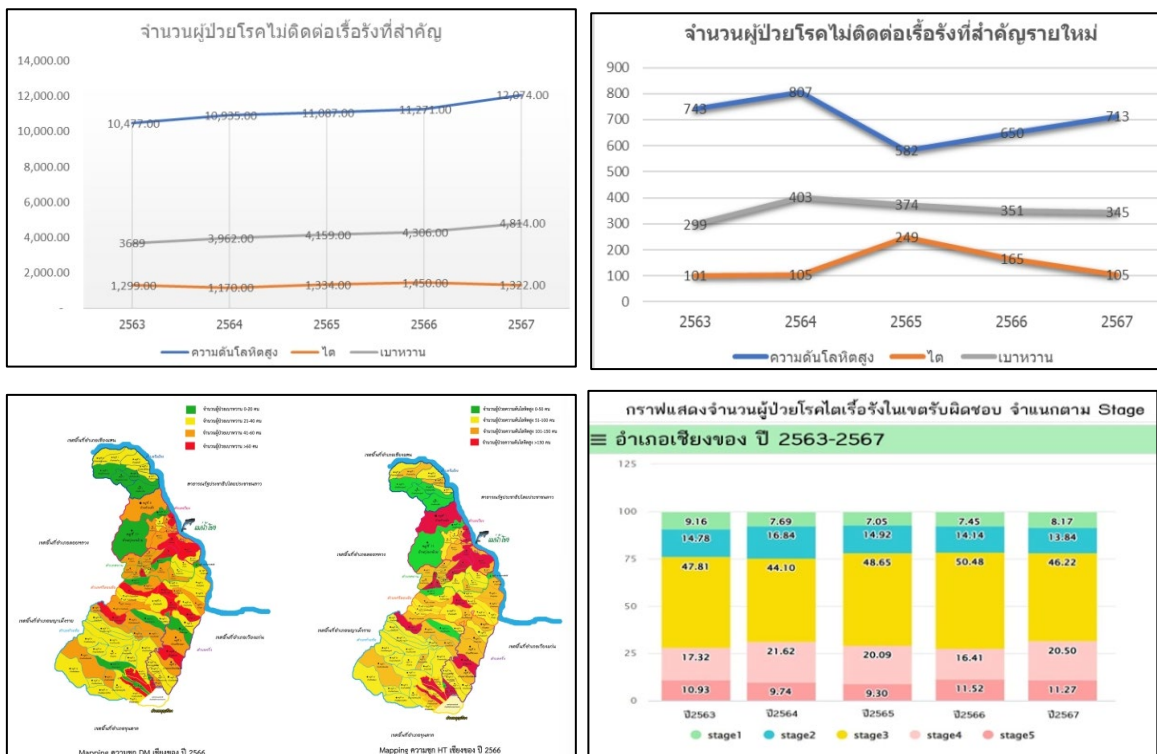
1. การขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ผ่านกลไก พชอ.)

การขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ เริ่มต้นตั้งแต่ปี 2556 โดยเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ เชียงของ วิเคราะห์การทำงานร่วมกัน และนำมาพัฒนาคุณภาพบริการระหว่างแม่ข่ายกับลูกข่าย ต่อมาในปี 2560 ภาควิชาสุขภาพอำเภอได้รับการยอมรับในวงกว้างขึ้น โดยนายอำเภอเชียงของขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภออย่างเป็นรูปธรรม ขับเคลื่อนการทำงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเชียงของ ตามวิสัยทัศน์ “เชียงของร่วมใจ อนามัยสมบูรณ์ เพิ่มพูนคุณภาพชีวิต” ดูแลคุณภาพชีวิต 5 กลุ่มวัย ในทุกมิติ “กาย จิต เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม” ได้แก่ กลุ่มวัยเด็กและเยาวชน กลุ่มวัยสตรี กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มวัยสูงอายุ และกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงและด้อยโอกาส มุ่งเน้นให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพ โดยบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐ เอกชน ภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม รวมทั้งมุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในพื้นที่ โดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เสริมสร้างความเป็นผู้นำ เป็นเจ้าของร่วมในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ตลอดจนสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีสุขภาวะทางกาย จิต เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี สุขภาพชีวิตที่ดีและยั่งยืน ตามประเด็นยุทธศาสตร์ 5 ดวงใจ สายใยคุณภาพชีวิต “เยาวชนสดใส สตรีสุขใจ วัยทำงานแข็งแรง สูงอายุสูงค่า เยียวยาผู้ด้อยโอกาส”



2. การจัดการข้อมูลเฝ้าระวังและความครอบคลุมที่มีประสิทธิภาพ

จากข้อมูลการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญของอำเภอเชียงของ พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี 2563 โดยปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 12,074 คน คิดเป็นร้อยละ 29.90 ของประชากรทั้งหมด มีผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด 4,814 คน คิดเป็นร้อยละ 11.92 ของประชากรทั้งหมด และผู้ป่วยโรคไต จำนวน 1,322 คน



ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอำเภอเชียงของ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารไม่สมดุล มักเกิดในชุมชนพื้นราบมากกว่าประชาชนในพื้นที่สูง พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายมีน้อย และมีความเครียดสูง นอกจากนี้ยังพบปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลให้ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่มีอัตราที่เพิ่มขึ้นดังกราฟข้างต้น

3. กำหนดประเด็นปัญหา เป้าหมาย จัดทำแผนงานโครงการ และกิจกรรม

คณะกรรมการ พขอ.เชียงของ ได้ค้นหาความต้องการ/ความคาดหวังด้านสุขภาพของประชาชนผ่านช่องทางที่หลากหลายและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ การทำประชาคมเวทีไทยนิยมยั่งยืน การเยี่ยมประชาชน ล่องรับฟังความคิดเห็น ชุมชนออนไลน์ “ที่นี่เชียงของ” เว็บไซต์โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ แบบสอบถาม แบบประเมินต่าง ๆ รวมถึงข้อมูลนำเข้าเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพจาก HDC, การทำแผนงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลร่วมกับเทศบาล, จปฐ. (พม), ศูนย์ดำรงธรรม, กองทุนบทบาทสตรี, มูลนิธิศูนย์เพื่อน้องหญิง, มูลนิธิเคียงริมโขง, กลุ่มผู้นำหญิง, กลุ่มคุ้มครองผู้บริโภคและผลิตภัณฑ์สุขภาพ และคณะกรรมการส่งเสริมการเรียนรู้ตำบล ทั้งนี้ คณะกรรมการ พขอ. และตัวแทนจากทุกภาคส่วนร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากข้างต้น นำมาจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และกำหนดทิศทางนโยบายที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาในพื้นที่อำเภอเชียงของ

ประเด็นปัญหา

- 1) โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคไต โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง
- 2) ปัญหาความรุนแรงในสตรี

เป้าหมาย

- 1) ลดการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคไต โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง
- 2) ส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น การบริโภคอาหารลดเค็ม การออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพจิต
- 3) สร้างเครือข่ายชุมชนต้นแบบด้านสุขภาพ เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงและสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน

แผนงานและโครงการ:

- 1) โครงการสตรีเชียงของปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดเสี่ยง ลดเค็ม ลดโรค
- 2) โครงการลดความรุนแรงในครอบครัวและความรุนแรงด้วยเหตุแห่งเพศ

กิจกรรม:

- 1) การรณรงค์ให้ความรู้และการลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) เรื่องนโยบายลดเค็ม ลดโรค
- 2) การอบรมให้ความรู้เรื่อง ทักษะการสื่อสารความรู้ภาวะสุขภาพ และการคำนวณค่าโซเดียม
- 3) สร้างชุมชนต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดเสี่ยง ลดโรค

4. สนับสนุนการสร้างนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรคไตเรื้อรังในชุมชน

พขอ. เชียงของ กำหนดนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพร่วมกันของชุมชนในการออกกำลังกายร่วมกัน ได้แก่ เชียงของเมืองแห่งจักรยาน กิจกรรม "Free Run Sunday" กิจกรรม To be number one และ กลุ่มสตรีเชียงของลดเค็ม ลดโรค

5. การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ

- 1) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการออกกำลังกาย กิจกรรมวิ่งและปั่นจักรยานในชุมชน ในโครงการ "Free Run Sunday" หรือ "เชียงของเมืองจักรยาน"
- 2) ส่งเสริมการปลูกผักสวนครัวปลอดสารไว้รับประทานเองในครัวเรือน

6. การสร้างความเข้มแข็งชุมชนในการลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคไตเรื้อรังในชุมชน

- การสร้างชุมชนต้นแบบบ้านไชยปราการ มุ่งเน้นการลดบริโภคเกลือและการปรับพฤติกรรมสุขภาพ
- การสร้างภาคีเครือข่ายความเข้มแข็งด้านการบริโภคลดเค็มให้กับกลุ่มพัฒนาสตรีอำเภอเชียงของ และการให้ความรู้และเพิ่มศักยภาพของผู้ประกอบการอาหารและผู้บริโภค

7. การจัดระบบบริการเชิงรุกในชุมชน

การจัดกิจกรรมภายใต้โครงการสตรีเชียงของปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดเสี่ยง ลดเค็ม ลดโรค อำเภอ เชียงของ กิจกรรมที่ดำเนินการ ได้แก่ การรณรงค์และขับเคลื่อนการทำ MOU นโยบายลดเค็ม ลดโรค อำเภอ เชียงของ และการอบรมให้ความรู้เรื่องทักษะการสื่อสารความรู้ภาวะสุขภาพสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วย 3อ 2ส 1พ 1ฟ และชุมชนต้นแบบโครงการลดพฤติกรรมเสี่ยง ลดโรคเรื้อรัง โดยชุมชนเป็นฐาน และกิจกรรม ฝึกการใช้เครื่องตรวจวัดปริมาณโซเดียมเพื่อสำรวจปริมาณโซเดียมในอาหารในชุมชน

8. ผลลัพธ์การดำเนินงาน

- 1) เกิดภาคีเครือข่ายการดำเนินงานลดเค้มนลดโรคครอบคลุมทั้ง 7 ตำบล ในอำเภอเชียงของ
- 2) ผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในอำเภอเชียงของ ปี 2567 มีความรอบรู้ระดับสุขภาพดีขึ้นร้อยละ 77.45
- 3) เกิดชุมชนต้นแบบจัดการสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- 4) จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ โรคไต ความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานลดลง

9. ปัจจัยความสำเร็จ

- 1) ด้านนโยบาย: แผนยุทธศาสตร์ของ พขอ.เชียงของ ที่มีรูปธรรมชัดเจน และประกาศเป็นนโยบายสาธารณะ
- 2) ด้านทีมงาน: กลุ่มพัฒนาสตรีอำเภอเชียงของ เป็นแกนนำการดำเนินงานที่เข้มแข็ง บริหารจัดการโครงการช่วยสนับสนุนให้โครงการประสบผลสำเร็จ
- 3) การสนับสนุน: อปท. และองค์กรภาคเอกชน สนับสนุนงบประมาณโครงการที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคไม่ติดต่อ
- 4) การมีส่วนร่วม: บุคลากรสาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยงสนับสนุนความรู้วิชาการ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งองค์กรเอกชน มูลนิธิเพื่อนลูกหญิง สภาพแม่หญิง กองร้อยน้ำส้ม

เขตสุขภาพที่ 3 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอทรายทองวัฒนา จังหวัดกำแพงเพชร

1. การขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ผ่านกลไก พขอ.)

อำเภอทรายทองวัฒนามีการจัดรูปแบบคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) โดยการกำหนดแนวทางการสร้างเป้าหมายร่วมกัน ซึ่งมีนายอำเภอทรายทองวัฒนาเป็นประธานกรรมการในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ นโยบายที่กำหนดเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ให้เป็นไปในทิศทางยุทธศาสตร์ที่วางไว้และเป้าหมายที่กำหนดอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ โดยนายอำเภอได้มอบหน้าที่ให้สาธารณสุขอำเภอทรายทองวัฒนาเป็นกรรมการและเลขานุการ รวมไปถึงมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม โดยมีอำนาจหน้าที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ กำหนดแผนงานให้เหมาะสมกับสภาพข้อเท็จจริงและสภาพปัญหาในพื้นที่ รวมไปถึงการสนับสนุนเสนอแนะ ให้คำปรึกษา ติดตามประเมินผลการดำเนินการโดยมุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เสริมสร้างความเป็นผู้นำและเจ้าของร่วมกันในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ทบทวนการสร้างเป้าหมายร่วมกันปีละ 1 ครั้ง มุ่งเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลางและสอดคล้องกับสภาพปัญหาของพื้นที่ การบูรณาการให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนร่วมวิเคราะห์ปัญหาของพื้นที่และหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันตามบริบทของพื้นที่ กำหนดแผนงานแต่ละตำบล (ตำบลทุ่งทราย, ทุ่งทอง, ถาวรวัฒนา) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 ในรูปแบบ Ottawa Charter โดยกำหนดหัวข้อ ปัญหาสร้างนโยบายสาธารณะ สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เพิ่มความสามารถของชุมชน ทักษะส่วนบุคคล ระบบบริการและแหล่งงบประมาณ เพื่อประเมินและถอดบทเรียนการดำเนินการได้อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

2. การจัดการข้อมูลเฝ้าระวังและความครอบคลุมที่มีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนการให้บริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลทรายทองวัฒนา ในปี 2562-2565 พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนี้ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 1,221, 1,264, 1,327 และ 1,422 คน ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 2,815, 2,869, 2,986 และ 3,152 คน ตามลำดับ และมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 861, 783, 771 และ 595 คน ตามลำดับ ในปี 2564-2566 พบว่า โรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของอำเภอทรายทองวัฒนาอันดับต้น ๆ คือ โรคไต คิดเป็น 21.98, 17.13 และ 26.64 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และมีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีแนวโน้มสูงขึ้น ในปี 2564-2566 คิดเป็นร้อยละ 4.30, 4.63 และ 4.89 ตามลำดับ

3. กำหนดประเด็นปัญหา เป้าหมาย จัดทำแผนงานโครงการ และกิจกรรม

นายอำเภอทรายทองวัฒนา มอบหมายให้คณะกรรมการ พขอ. รวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ปัญหาและ ค้นข้อมูลสุขภาพสู่ชุมชนและภาคีเครือข่ายสุขภาพ กำหนดนโยบายสาธารณะ เพื่อส่งเสริมสุขภาพประชาชน ด้วยกลไก พขอ. รวมถึงสร้างความร่วมมือด้านสุขภาพในชุมชนร่วมกัน (MOU) ดำเนินการกำหนดแผนงาน และขับเคลื่อนไปตามเป้าหมาย ตลอดจนติดตามประเมินผลจากคณะกรรมการ และมีการจัดประชุมตัวแทน ภาคีเครือข่ายและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานต่อเนื่อง ผ่านยุทธศาสตร์ 1.การสร้างระบบภาคีเครือข่าย

ในการดำเนินงานและพัฒนาระบบบริการประชาชน 2.การเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริม รักษาป้องกัน พื้นฟูอย่างมีประสิทธิภาพ 3. ประชาชนสุขภาพดีวิถีพอเพียง โดยอยู่ภายใต้วิถีทัศน์ พชอ.ร่วมประสานลดเสี่ยง ลดโรคชะลอไตเสื่อม เขียนแผนงานโครงการของงบประมาณในการแก้ไขปัญหา ซึ่งมีกรอบแนวคิดการดำเนินงาน ดังนี้



ขั้นตอน/กระบวนการดำเนินงาน

1. การสร้างความเข้าใจกับชุมชนโดยการคืนข้อมูลสุขภาพ: เพื่อให้ พชอ./พชต. มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถวิเคราะห์ปัญหาสาเหตุและติดตามประเมินผลร่วมกันของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยคัดเลือกประเด็นผ่าน Ottawa charter วางแผนประชุมและจัดกิจกรรมในชุมชนเพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรวมถึงญาติผู้ป่วยและร้านค้าในชุมชน เพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังในชุมชน
2. กำหนดนโยบายสาธารณะร่วมกับทุกภาคีเครือข่าย: โดยนายอำเภอทรายทองวัฒนาและคณะกรรมการ พชอ.ทรายทองวัฒนา เกิดเป็นบันทึกข้อตกลง MOU อ่อนหวาน ลดเค็ม ชะลอไตเสื่อมและทุกโรงเรียน และศูนย์เด็กเล็กอำเภอทรายทองวัฒนาเข้าร่วมโครงการเด็กไทยไม่กินหวานลดเค็ม
3. การเตรียมทีม: พัฒนาทักษะสร้างความแตกฉานด้านสุขภาพของทีมสหสาขาวิชาชีพ และการเพิ่มศักยภาพที่จำเป็นในการปฏิบัติงานให้แก่ อสม. โดยทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อนำความรู้มาใช้ในการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน การจัดการบริการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพจาก รพช. และ รพ.สต. มีการจัดตั้ง Clinic CKD ครอบคลุมทุก รพ.สต. ในเขตรับผิดชอบ และมีการจัดตั้งบริการ Health station รองรับระบบ Telemedicine ครอบคลุมทั้ง 38 หมู่บ้าน
4. การคัดกรองผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังครอบคลุม โดยการเจาะเลือดเพื่อหาอัตราการกรองไต (eGFR) และการรั่วของไข่ขาวในปัสสาวะ (Urine Albumin Creatinine Ratio) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตเพื่อค้นหาผู้ป่วยโรคไตระยะ 1-2-3a โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเน้นการเข้าถึงอย่างเท่าเทียมครบทุกพื้นที่
5. การประเมินภาวะสุขภาพ จัดกลุ่ม กลุ่มปกติ ให้คำแนะนำ คัดกรอง 1 ปี กลุ่มเสี่ยงนัดมาพบเจ้าหน้าที่ซักถามกลุ่มเสี่ยงสูงเจาะเลือดส่งพบแพทย์วันคลินิกและนัดตรวจเลือดซ้ำ กลุ่มป่วยตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อดูค่าน้ำตาลสะสม (HbA1C) ระดับไขมันในเลือด การทำงานของไต ติดตามอาการต่อเนื่อง

6. การจัดทำโครงการ/แผนงาน ทั้งกิจกรรม พขอ.ทรายทองวัฒนา ลดเสี่ยง ลดโรค เชลลโตะเสื่อมอบรม ญาคิผู้ป่วย และตัวแทนร้านค้าในหมู่บ้าน กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดโรคเรื้อรัง 6 สัปดาห์ กิจกรรม DM/HT Remission ในกลุ่มป่วย และกิจกรรมดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดัน โลหิตสูง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน 3 สัปดาห์ สนับสนุนอุปกรณ์วัดความเค็มครอบคลุมทุกหมู่บ้าน โรงเรียน และศูนย์เด็กเล็ก
7. การติดตามและประเมินผลพฤติกรรมสุขภาพผ่าน Application google form รักษาใจ เพื่อเพิ่มช่องทาง ที่ให้บริการสะดวกทันเวลา เข้าถึงได้ง่าย ระหว่างทีม 3 หมอ โดย อสม. ติดตามพฤติกรรมของผู้ป่วย ได้แก่ ค่าความดันโลหิต ค่าระดับน้ำตาลในเลือด การกินอาหารหวาน มัน เค็ม และการใช้ยา เป็นต้น ผ่านการเยี่ยมบ้านและการ Monitor แบบ Real Time ผ่าน Dashboard อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 6 เดือน รวมถึงการมีกลุ่ม line และเบอร์โทรศัพท์ของ อสม. เพื่อใช้แจ้งข้อมูลผู้ป่วย

4. สนับสนุนการสร้างนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรคไตเรื้อรังในชุมชน

การสร้างระบบภาคีเครือข่าย ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การทำงานร่วมกันเป็นทีมทั้ง ระดับอำเภอและระดับตำบล ประกอบด้วย นายอำเภอเป็นประธาน ร่วมกับปลัดอาวุโส เกษตรอำเภอ ผู้นำ หมู่บ้าน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตัวแทนผู้สูงอายุ ภาคเอกชน ประชาชน โดยให้ความสำคัญทุกกลุ่มเป้าหมายประชากรและมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย จากการ ชื่นชมและการให้คุณค่าจนเกิดเป็น “ธรรมนูญสุขภาพ”

การกำหนดนโยบายสาธารณะร่วมกัน โดยจัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) โครงการ “อ่อนหวาน ลดเค็ม เชลลโตะเสื่อมอ” ประกาศเป็นนโยบายไม่กินหวานสร้างสุขภาพ ซึ่งเป็นการสร้างนโยบาย สาธารณะที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคในชุมชน โดยมีการกำหนดแนวทางการลดการบริโภค เกลือและน้ำตาลที่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคไตเรื้อรัง การส่งเสริมให้โรงเรียนและศูนย์เด็กเล็กในอำเภอ ทรายทองวัฒนาเข้าร่วมโครงการ “เด็กไทยไม่กินหวาน (อ่อนหวาน)” โดยให้ความรู้เรื่องการอ่านฉลาก โภชนาการ ลดการรับประทานอาหารแปรรูปรสชาติหวานจัด เค็มจัด มันจัด เพื่อลดความเสี่ยงในวัยเด็ก และมีการขยายกิจกรรมเครือข่ายอ่อนหวานในชุมชนภายใต้กิจกรรม “เมนูสุขภาพและคาเฟ่อ่อนหวาน” สนับสนุนให้ ร้านค้าในชุมชนสร้างทางเลือกอาหาร/เครื่องดื่มสุขภาพแก่ประชาชน

5. การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ

1. ส่งเสริมพื้นที่ออกกำลังกาย: มีการจัดสถานที่ออกกำลังกายในชุมชน และกิจกรรมวิ่งเพื่อน้อง Run for student 2024 ของกลุ่มโรงเรียนทรายทองวัฒนา
2. การรณรงค์อาหารปลอดภัย: ส่งเสริมให้ประชาชนบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ลดการบริโภค อาหารที่มีความเค็มและหวานสูง ผ่านโครงการต่าง ๆ เช่น โครงการ “เด็กไทยไม่กินหวาน” หรือการสร้าง “คาเฟ่อ่อนหวาน” ที่จำหน่ายอาหารและเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาลต่ำ
3. ส่งเสริมการปลูกผักและบริโภคผัก: ส่งเสริมการปลูกผักเพื่อบริโภคเองในครัวเรือน และปลูกสมุนไพร ปลอดภัยเพิ่มมูลค่า
4. ส่งเสริมร้านค้าเพื่อสุขภาพ: ได้แก่ โครงการร้านชาสี่ขาว สนับสนุนร้านค้าชุมชนให้จำหน่ายสินค้าที่ ปลอดภัยและเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และโครงการตลาดนัดสีเขียว ส่งเสริมการจัดตั้งตลาดนัด

สีเขียวที่จำหน่ายอาหารและผลิตภัณฑ์ทางการเกษตรที่ปลอดสารพิษ เพื่อสนับสนุนให้ประชาชนได้บริโภคอาหารที่ปลอดภัยและมีคุณภาพ

5. โครงการ “โคก หนอง นา โมเดล” ศูนย์เรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียง ส่งเสริมให้ประชาชนในชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้ทั้งในด้านอาหารและสุขภาพ

6. การสร้างความเข้มแข็งชุมชนในการลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคไตเรื้อรังในชุมชน

ประชาชนสุขภาพดี วิถีชีวิตพอเพียง โดยการส่งเสริมและสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ และประชาชน มีเป้าหมายร่วมกันคือ ประชาชนมีสุขภาพดี ลดเสี่ยง ลดโรค และสามารถเสริมสร้างศักยภาพชุมชนในการพึ่งพาตนเองตามแนวทางปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เช่น การจัดสถานที่ออกกำลังกายในชุมชน หมู่บ้านเพื่อสนับสนุนให้ออกกำลังกาย การรณรงค์ให้ประชาชนกินอาหารที่ปลอดภัยโดยเริ่มจากการเข้าโครงการ “เด็กไทยไม่กินหวาน (อ่อนหวาน)” เพื่อให้ความรู้ปลูกฝังพฤติกรรมการกินอาหารที่ถูกต้อง ส่งเสริมการออกกำลังกาย การอ่านฉลากโภชนาการในผลิตภัณฑ์ จนมีโรงเรียนอ่อนหวานครบ 100% และในปี 2567 ขยายกิจกรรมเครือข่ายอ่อนหวานจนเกิดเป็นกิจกรรม “เมนูสุขภาพและกาแฟอ่อนหวาน” และกิจกรรม “ร้านชาสีขาว” สนับสนุนให้ไม่มียาอันตรายในชุมชน ตลอดจนสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพชุมชน สนับสนุนให้มีร้านค้าทางเลือกที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคไต การให้ความรู้สมาชิกในครอบครัวเรื่อง การดูแลรักษา ติดตามอาการผู้ป่วยและการปรุงประกอบอาหารที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย กิจกรรมสุขภาพตำบลและหมู่บ้าน ส่งเสริมการกินผัก/ปลูกผัก สนับสนุนการขับเคลื่อนกิจกรรมศูนย์เรียนรู้การพัฒนาคุณภาพชีวิตตามหลักทฤษฎีใหม่ ประยุกต์สู่ “โคก หนอง นาโมเดล” สู่การเป็นศูนย์เรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง จัดตั้งตลาดนัดสีเขียว โครงการวัดประชารัฐสร้างสุข

7. การจัดระบบบริการเชิงรุกในชุมชน

การเพิ่มการเข้าถึงบริการ ส่งเสริมรักษา ป้องกันฟื้นฟู อย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้แนวทางการทำงานของรูปแบบคลินิกหมอครอบครัวการดำเนินงานตามนโยบาย “คนไทยทุกคนครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน” มีประชาชนเป็นศูนย์กลางสามารถเลือกใช้บริการใกล้บ้าน ใกล้ใจ อย่างมีประสิทธิภาพ จัดตั้งคลินิกโรคไต ให้บริการประชาชนประจำ รพ.สต. โดย รพ.สต. มีมาตรฐานที่เทียบเคียงได้กับโรงพยาบาลการบริการทุกที่ โดยมีหมอครอบครัวที่มีครบทุกสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ จากโรงพยาบาลประจำคลินิกแต่ละ รพ.สต. และเยี่ยมผู้ป่วย ตลอดจนมีการติดตามการเยี่ยมบ้านโดยผ่านระบบ Application 3 หมอรักษ์ไต เพื่อติดตามและประเมินผลพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งส่งผลให้สามารถติดตามอาการผู้ป่วยได้สะดวกรวดเร็วและใกล้ชิดจากบุคลากรที่มีประสิทธิภาพและระบบเทคโนโลยีที่ทันสมัย การบริการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการแสบหรือมีพฤติกรรมเสี่ยง ผ่านระบบ Telemedicine และวิเคราะห์พฤติกรรมของผู้ป่วยประกอบการติดตามการเยี่ยมบ้านผ่าน Dashboard แบบ Real-time โดยเน้นการพัฒนาเพิ่ม soft skill ของสหสาขาวิชาชีพ และพัฒนาศักยภาพของหมอประจำบ้าน (อสม.) อย่างต่อเนื่อง ปีละ 2 ครั้ง โดยให้ความรู้ เช่น การเยี่ยมบ้าน การวัดความดัน การใช้เครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว การใช้ยา การใช้เครื่องวัดความเค็ม เครื่องวัดความหวาน และการบริโภคอาหาร เป็นต้น



8. ผลลัพธ์การดำเนินงาน

ผลลัพธ์ของการดำเนินงานจัดการโรคไตเรื้อรัง โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงในชุมชน ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ของอำเภอทรายทองวัฒนา จังหวัดกำแพงเพชร มีดังนี้

- 1) การเปลี่ยนแปลงของค่าการกรองไต (eGFR): ผู้ป่วยโรคไตระยะ 3a ที่เข้าร่วมกิจกรรมมีค่าการกรองไตที่ดีขึ้นร้อยละ 10.10 ส่วนกลุ่มที่ค่าการกรองไตไม่เปลี่ยนแปลงอยู่ที่ร้อยละ 87.88 และกลุ่มที่แย่ลงมีเพียงร้อยละ 1.01
- 2) อัตราส่วน Urine Albumin/Creatinine: ผู้ป่วยโรคไตระยะ 1-2 มีค่าการรั่วของโปรตีนในปัสสาวะ (Urine Albumin/Creatinine Ratio) ดีขึ้นร้อยละ 19.51 กลุ่มที่แย่ลงอยู่ที่ร้อยละ 26.83 และกลุ่มที่หายขาด (Remission) มากถึงร้อยละ 53.66
- 3) การควบคุมค่าความดันโลหิต: ค่าความดันโลหิตตัวบนที่มากกว่า 140 mmHg ลดลงร้อยละ 13.67 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลัง 3 เดือน ค่าความดันโลหิตตัวบนที่น้อยกว่า 140 mmHg ดีขึ้นจากร้อยละ 79.99 เป็นร้อยละ 86.33
- 4) การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด: ค่าระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วเฉลี่ยลดลงและควบคุมได้ดี โดยระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วน้อยกว่า 150 mg/dL ร้อยละ 77.35 เทียบกับร้อยละ 77.51 ก่อนเริ่มกิจกรรม

9. ปัจจัยความสำเร็จ

- 1) การยกระดับบริการสุขภาพ โดยการบูรณาการร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นกลไกหลักสู่ความยั่งยืน ทำให้ผลงานได้รับการยอมรับทั้งด้านวิชาการ สามารถลดโรค ลดภัยสุขภาพ ตลอดจนมีการถ่ายทอดเผยแพร่ผลงาน เกิดเป็นองค์กรเป็นแหล่งการเรียนรู้ ส่งผลให้โรงพยาบาลทรายทองวัฒนาได้รับรางวัลระดับประเทศ ประจำปี 2566 “รางวัลคุณภาพแห่งชาติ ในการป้องกันควบคุมโรคเรื้อรังและภัยสุขภาพ โดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พชอ.) รางวัลระดับเพชร”
- 2) การสร้างระบบภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง ภายใต้กลไกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่บูรณาการการทำงานในทุกฝ่าย และการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน

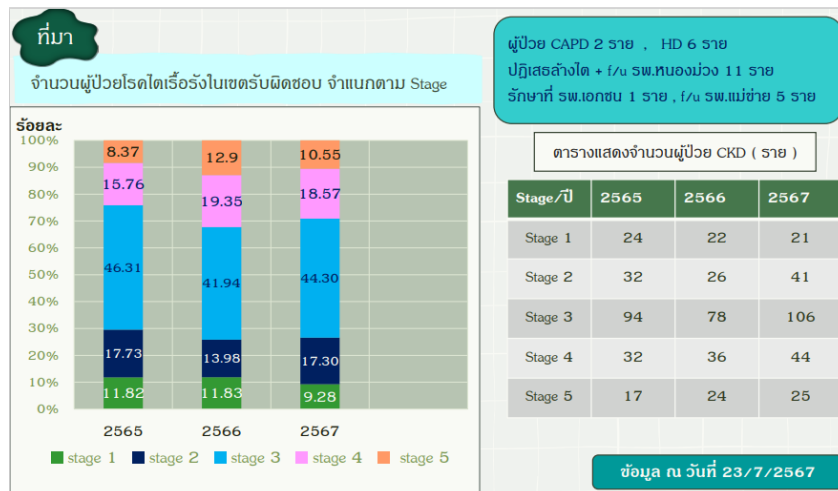
เขตสุขภาพที่ 4 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอหนองม่วง จังหวัดลพบุรี

1. การขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ผ่านกลไก พขอ.)

มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผ่านคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) อำเภอหนองม่วง จังหวัดลพบุรี มีวิสัยทัศน์ คปสอ.หนองม่วง “การจัดการโรคเรื้อรังที่ดี ภาควิชาช่วยเข้มแข็ง เพื่อประชาชนสุขภาพดี” โดยทีม คปสอ.หนองม่วง เป็นแกนหลักในการดำเนินงาน และมีการติดตามกำกับ ผ่านกลไก พขอ. ตั้งแต่ปี 2566

2. การจัดการข้อมูลเฝ้าระวังและความครอบคลุมที่มีประสิทธิภาพ

มีการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์โรค รวบรวมรายชื่อกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพื่อคัดกรองโรคไตในพื้นที่ ความครอบคลุมร้อยละ 81.74 และนำข้อมูลมาวางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรคไตเรื้อรัง รวมถึงการใช้เทคโนโลยี Telemedicine ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการเดินทาง สามารถปรึกษาแพทย์รับคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษา ซึ่งช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาลและเพิ่มความครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วย



3. กำหนดประเด็นปัญหา เป้าหมาย จัดทำแผนงานโครงการ และกิจกรรม

การกำหนดประเด็นปัญหา เป้าหมาย รวมถึงการจัดทำแผนงาน/โครงการ และกิจกรรม ดังนี้:

ประเด็นปัญหา:

- 1) การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน: จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (HT) และเบาหวาน (DM) เพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งมีผลต่อการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD)
- 2) การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วย CKD stage 5 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ต้องมีการฟอกไตและการดูแลที่มากขึ้น

เป้าหมาย:

- 1) ลดอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่
- 2) ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรคเรื้อรัง
- 3) ปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย CKD stage 3-5 เพื่อชะลอการเสื่อมของไตและลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องฟอกไต

การจัดทำแผนงานและโครงการ:

- 1) โครงการคัดกรองโรคไตเรื้อรัง: จัดกิจกรรมคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง
- 2) โครงการ Health Literacy สำหรับผู้ป่วย CKD: จัดการอบรมให้ความรู้กับผู้ป่วย CKD stage 3-5 และญาติ โดยมีการประเมินผลจากการตรวจค่า GFR
- 3) โครงการใช้ Salt Meter และการตรวจ Urine 24 ชั่วโมง: ให้ความรู้เกี่ยวกับการลดการบริโภคเกลือ โดยสอนการใช้ Salt Meter และตรวจปัสสาวะ 24 ชั่วโมงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
- 4) โครงการ Health Leader เพื่อเฝ้าระวังความดันโลหิตสูง: คัดเลือก อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อเป็นผู้นำชุมชนในการเฝ้าระวังและส่งเสริมการลดความดันโลหิต โดยจัดกิจกรรมสร้างแรงบันดาลใจและการส่งเสริมการดูแลสุขภาพในชุมชน
- 5) โครงการ Telemedicine: ให้บริการ Telemedicine สำหรับผู้ป่วย CKD, DM, และ HT ที่มีปัญหาการใช้ยาหรือมีอาการผิดปกติหรือไม่สะดวกในการเดินทางมารับการรักษา ซึ่งเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการความดูแลเฉพาะทาง

กิจกรรม:

- 1) การคัดกรองโรคไตในกลุ่มผู้ป่วย DM และ HT
- 2) จัดอบรม Health Literacy สำหรับผู้ป่วย CKD
- 3) จัดการตรวจและติดตามผลด้วย Salt Meter และการเก็บ Urine 24 ชั่วโมง
- 4) กิจกรรมชุมชนต้นแบบในการชะลอไตเสื่อม
- 5) การเยี่ยมบ้านและการให้บริการ Telemedicine

4. สนับสนุนการสร้างนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรคไตเรื้อรังในชุมชน

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอหนองม่วง จังหวัดลพบุรี มีข้อตกลงร่วมกันในเวที พขอ. ให้จัดกิจกรรมชุมชนต้นแบบชะลอไตเสื่อม รณรงค์สร้างกระแสให้ประชาชนในชุมชนตื่นตัวเรื่องลดเค็มลดโรค

5. การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ

การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพในพื้นที่หนองม่วง จังหวัดลพบุรี เน้นการทำงานร่วมกันของชุมชน องค์กรท้องถิ่น และหน่วยงานสาธารณสุข ดังนี้

- 1) การจัดสถานที่ออกกำลังกายในชุมชน: องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่ 6 ตำบล ได้จัดเตรียมสถานที่ออกกำลังกายที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย ส่งเสริมการดูแลสุขภาพในระยะยาว
- 2) การจัดตั้งมูวัดความดันในหน่วยงานและชุมชน: ในหน่วยงานราชการและสถานประกอบการ จำนวน 15 แห่ง โดยให้เจ้าหน้าที่และผู้บริหารรับทราบผลการวัดความดันเป็นประจำ เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และในชุมชน จำนวน 6 ตำบล ซึ่งประชาชนสามารถเข้ามาวัดความดันได้ด้วยตนเอง สามารถประเมินสุขภาพของตนได้ง่าย
- 3) กิจกรรมชุมชนต้นแบบการชะลอไตเสื่อม: มีข้อตกลงร่วมกันในเวที พขอ. ให้จัดกิจกรรมสร้างกระแสให้ประชาชนตื่นตัวในการลดการบริโภคเค็ม ซึ่งเกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคไต โดยจัดกิจกรรมรณรงค์

ในหมู่บ้านที่ได้รับความร่วมมือจากโรงเรียน ผู้นำชุมชน และหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อสร้างความรู้และแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของประชาชน

- 4) ร้านอาหารมีเมนูลดเค็ม: ตำบลมีร้านค้าในชุมชนที่เข้าร่วมโครงการลดเค็ม 1 เมนูลดเค็ม และมีการทดสอบด้วย Salt Meter เพื่อให้ประชาชนในชุมชนสามารถเข้าถึงอาหารที่ดีต่อสุขภาพมากขึ้น

6. การสร้างความเข้มแข็งชุมชนในการลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคไตเรื้อรังในชุมชน

- 1) การให้ความรู้และส่งเสริมความเข้าใจ (Health Literacy): มีการจัดอบรมให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อาหาร การใช้ยาแก้ปวด (NSAIDs) และการออกกำลังกาย แก่ผู้ป่วยโรคไตและผู้ดูแลในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ป่วย CKD stage 3-5 และผู้ป่วย DM และ HT มีการประเมินความรู้ก่อนและหลังอบรม พร้อมทั้งติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย
- 2) การให้ความรู้และรณรงค์ลดเค็มในชุมชน เช่น การใช้ Salt Meter เพื่อทดสอบปริมาณเกลือในอาหารทั้งในครัวเรือนและร้านอาหาร โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วย HT ซึ่งมีการติดตามผลจากการลดเกลือในอาหารว่ามีการลดลงของอัตราโปรตีนในปัสสาวะ และความดันโลหิตลดลงตามที่ตั้งเป้าหมายไว้
- 3) การสร้างผู้นำชุมชน (Health Leader): คัดเลือกและฝึกอบรม อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชนให้เป็นผู้นำในการเฝ้าระวังและลดความเสี่ยงจากโรคเรื้อรัง โดยสร้างกลุ่มไลน์เพื่อสื่อสารและติดตามผลการวัดความดัน รวมถึงการให้กำลังใจในการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลสุขภาพ

7. การจัดระบบบริการเชิงรุกในชุมชน

- 1) การคัดกรองโรคเรื้อรังในชุมชน: เช่น โรคไตเรื้อรัง โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โดยออกหน่วยเจาะเลือดผู้ป่วยถึงพื้นที่ และให้ อสม. ทำการนัดหมายประชาชนเข้ารับการตรวจตามกำหนด ทำให้สามารถคัดกรองโรคและให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง
- 2) การติดตามผลการรักษาผู้ป่วยที่บ้าน (Home Visit): การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย CKD stage 5 ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างตรงจุด และลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่บ้านได้
- 3) การใช้เทคโนโลยีในการดูแลสุขภาพ: การนำ Telemedicine มาใช้เป็นเครื่องมือในการดูแลสุขภาพเชิงรุกสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินทางมารับการรักษาได้สะดวก เช่น ผู้ป่วยโรค CKD, DM, HT ที่มีปัญหาในการใช้ยาหรือมีอาการผิดปกติ สามารถรับการปรึกษาผ่านระบบ Telemedicine ได้ ซึ่งเป็นการลดภาระการเดินทางของผู้ป่วย และช่วยลดการแออัดในโรงพยาบาล
- 4) โครงการ Health Leader เพื่อเฝ้าระวังและลดปัจจัยเสี่ยงในชุมชน: มุ่งเน้นการฝึกอบรม อสม. และเจ้าหน้าที่ในชุมชนให้เป็นผู้นำในการเฝ้าระวังและให้ความรู้เกี่ยวกับการลดความเสี่ยงจากโรคเรื้อรัง โดยมีการวัดความดันและติดตามผลผ่านกลุ่มไลน์เพื่อการสื่อสารและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตามนี้ช่วยลดจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

8. ผลลัพธ์การดำเนินงาน

- 1) ผลลัพธ์จากการคัดกรองโรคเรื้อรัง: การคัดกรองผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 4,654 ราย ส่งผลให้เกิดการตรวจคัดกรองครอบคลุมร้อยละ 81.74 สามารถติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคไตเรื้อรังได้มากขึ้น ทำให้สามารถเริ่มต้นกระบวนการรักษาและป้องกันการเสื่อมของไตได้รวดเร็ว
- 2) ผลลัพธ์จากการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy): ในโครงการ Health Literacy สำหรับผู้ป่วย CKD stage 3-5 มีผู้เข้าร่วมจำนวน 97 ราย ผลการดำเนินงานพบว่าผู้ป่วยมีค่า GFR เพิ่มขึ้นร้อยละ 54.63 และมีผู้ป่วยที่สามารถเปลี่ยนจากระยะไตเสื่อม stage 4 เป็น stage 3 จำนวน 1 ราย และจาก stage 3 เป็น stage 2 จำนวน 15 ราย
- 3) ผลลัพธ์จากการใช้ Salt Meter ในผู้ป่วย HT: ผู้ป่วย HT จำนวน 48 คน ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยและโปรตีนในปัสสาวะ (Alb) ดีขึ้น มีผู้ป่วยที่สามารถลดระดับ Alb จาก 150 ลงเหลือ 4 ราย จาก 9 รายที่เข้าร่วม และผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ต่ำกว่า 140/90 ร้อยละ 76.08
- 4) ผลลัพธ์จากโครงการ Health Leader: การเฝ้าระวังความดันโลหิตสูง สามารถลดจำนวนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง pre-HT จำนวน 10 ราย กลับเป็นกลุ่มปกติได้ 4 ราย
- 5) ผลลัพธ์จากการใช้ Telemedicine: ให้คำปรึกษาและติดตามผู้ป่วยที่มีปัญหาในการใช้ยาและมีภาวะควบคุมโรคได้ยาก จำนวน 21 ครั้ง ส่งผลให้ลดการเดินทางของผู้ป่วย และช่วยลดภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 6) ผลลัพธ์จากการสร้างชุมชนต้นแบบ: ประชาชนในชุมชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านอาหาร การลดการบริโภคเกลือและการดูแลสุขภาพ ได้รับความร่วมมือจากผู้นำท้องถิ่นและโรงเรียน

ผลลัพธ์การดำเนินงานผ่านโครงการและกิจกรรมต่าง ๆ สามารถสรุปได้ดังนี้

- การคัดกรองและติดตามโรคเรื้อรังมีความครอบคลุมและสามารถตรวจพบผู้ป่วยได้มากขึ้น
- ผู้ป่วย CKD มีค่า GFR เพิ่มขึ้นและความเสื่อมของไตชะลอลง
- การใช้ Salt Meter ช่วยลดการบริโภคเกลือและควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วย
- โครงการ Health Leader ช่วยลดจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง
- การใช้ Telemedicine ช่วยเพิ่มการเข้าถึงการรักษาและลดภาระงานในโรงพยาบาล
- ชุมชนมีความตื่นตัวและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพอย่างยั่งยืน

9. ปัจจัยความสำเร็จ

- 1) ผู้นำมีวิสัยทัศน์ที่ดีและพร้อมให้การสนับสนุน
- 2) มีบุคลากรที่มีความสามารถ
- 3) มีการทำงานเป็นทีม มี TEAMWORK ที่เข้มแข็ง
- 4) ภาศิเครือข่ายเข้มแข็งและพร้อมให้การสนับสนุน
- 5) มีการประสานงานที่ดีทั้งภายในและนอกเครือข่าย
- 6) ได้รับความร่วมมือที่ดีจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- 7) เป็นองค์กรที่พร้อมจะปรับเปลี่ยนเรียนรู้

เขตสุขภาพที่ 6 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี

1. การขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ผ่านกลไก พชอ.)

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอบ้านบึง เล็งเห็นว่าตำบลหนองอิรุณเป็นพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเพิ่มขึ้น จึงกำหนดให้เป็นพื้นที่ดำเนินการโครงการชุมชนชะลอไตเสื่อม ขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไตในชุมชน ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และได้คัดเลือก รพ.สต.บ้านหนองชัน เป็นพื้นที่ชุมชนดำเนินการในปีงบประมาณ 2567

2. การจัดการข้อมูลเฝ้าระวังและความครอบคลุมที่มีประสิทธิภาพ

การจัดการข้อมูลเฝ้าระวังและการประเมินความครอบคลุมการดำเนินงานในพื้นที่ รพ.สต.บ้านหนองชัน ต.หนองอิรุณ จ.ชลบุรี ด้วยกระบวนการ ดังนี้

- 1) การคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น : มีการคัดกรองประชาชนในพื้นที่ โดยการตรวจสุขภาพเบื้องต้น รวมถึงการเจาะเลือดตรวจหาค่าต่าง ๆ เช่น น้ำตาลในเลือด (FBS) ไขมัน (Cholesterol) และการทำงานของไต (eGFR) พบกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน (DM), โรคความดันโลหิตสูง (HT), และโรคไตเสื่อม (CKD)
- 2) การจัดการข้อมูลสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย: มีการแบ่งกลุ่มเป้าหมายตามระดับความเสี่ยงและการจัดกิจกรรมเฉพาะกลุ่ม เช่น การอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย เน้นการให้ความรู้ การดูแลสุขภาพและการปรับวิถีชีวิต เช่น การออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารที่เหมาะสม
- 3) การติดตามผล: มีการติดตามผลลัพธ์หลังจากการดำเนินโครงการอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการติดตามค่า eGFR ของผู้ป่วยเพื่อประเมินความก้าวหน้าและผลลัพธ์การดำเนินงาน แสดงให้เห็นผลดีหลายด้าน เช่น ผู้ป่วยบางรายมีระดับการทำงานของไตดีขึ้น และมีระบบการติดตามผลเลือดและความดันโลหิตในชุมชน โดย อสม.
- 4) การสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมของชุมชน : มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการสร้างเครือข่ายชุมชนชะลอไตเสื่อมเป็นส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน มีแกนนำชุมชนร่วมประชาสัมพันธ์ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับชุมชน รวมถึงการตรวจสอบและปรับปรุงสูตรอาหารในร้านอาหารให้เหมาะสม

3. กำหนดประเด็นปัญหา เป้าหมาย จัดทำแผนงานโครงการ และกิจกรรม

ในพื้นที่ ต.หนองอิรุณ มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไตเสื่อม เนื่องจากประชาชนมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การรับประทานอาหารเค็ม การขาดการออกกำลังกาย และมีภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน ส่งผลต่อการเสื่อมของไตและการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โดยมีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการเกิดโรคไตเสื่อมและ NCDs ในชุมชน และเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชน จึงจัดทำแผนงานโครงการชุมชนชะลอไตเสื่อม เน้นการสร้างชุมชนต้นแบบในพื้นที่ รพ.สต.บ้านหนองชัน กิจกรรมที่ดำเนินการ มีดังนี้

- 1) คัดกรองสุขภาพเบื้องต้น มีการคัดกรองประชาชนในพื้นที่โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงโรคไต เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ด้วยการตรวจสุขภาพ ประเมินค่าดัชนีมวลกาย (BMI) และตรวจเลือดเพื่อวัดค่า FBS, BUN, Creatinine, eGFR ฯลฯ

- 2) อบรมให้ความรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย เกี่ยวกับการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การลดความเครียด ส่งเสริมการลดน้ำหนัก และลดปัจจัยเสี่ยงของโรค NCDs
- 3) ติดตามผลสุขภาพและสร้างเครือข่ายชุมชน โดย อสม. ทำหน้าที่ติดตามความดันโลหิตและค่า DTX ทุก 2 สัปดาห์ รวมถึงติดตามค่าการทำงานของไต (eGFR) อย่างต่อเนื่องเพื่อประเมินผลความสำเร็จของโครงการ
- 4) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้กิจกรรม "สร้างสุข สามัคคี มีพลัง" และแกนนำชุมชน และสร้างเครือข่ายการป้องกันโรคไตในพื้นที่

4. สนับสนุนการสร้างนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรคไตเรื้อรังในชุมชน

พขอ.บ้านบึง ในพื้นที่ รพ.สต.บ้านหนองชัน มีการสนับสนุนการสร้างนโยบายสาธารณะ โดยการสร้างความร่วมมือในระดับชุมชนและเครือข่าย ได้แก่ รพ.สต., อสม., โรงเรียน, วัด, และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) โดยให้ทุกภาคส่วนมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการป้องกันโรคไต และผลักดันให้เกิดกิจกรรมที่ช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงในชุมชน เช่น การรณรงค์ลดการบริโภคเกลือ การส่งเสริมอาหารสุขภาพที่มีโซเดียมต่ำ

5. การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ

- 1) การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมด้านอาหาร: มีการส่งเสริมให้ร้านอาหารและร้านค้าปรับสูตรอาหาร ลดปริมาณเกลือและโซเดียมในอาหารที่จำหน่าย เช่น โครงการ "เค็มน้อย อร่อยได้" โดยให้ความรู้แก่ผู้ประกอบการในการลดการใช้เครื่องปรุงที่มีโซเดียมสูง ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเสื่อม
- 2) การสร้างพื้นที่สนับสนุนการดูแลสุขภาพ: การส่งเสริมการออกกำลังกายในชุมชนผ่านกิจกรรมร่วมกันของกลุ่ม "สร้างสุข"

6. การสร้างความเข้มแข็งชุมชนในการลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคไตเรื้อรังในชุมชน

- 1) การสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยจัดตั้งแกนนำสุขภาพและการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการให้ความรู้ ติดตามสุขภาพ และกระตุ้นให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ
- 2) การจัดอบรมให้ความรู้กับกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การลดการบริโภคโซเดียม การรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ การทำสมุนไพรและการใช้ข้าวกล้องแทนข้าวขาว เพื่อสร้างความตระหนักรู้ต่อการป้องกันโรคไตเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 3) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้กิจกรรมสร้างสุข เช่น การรวมกลุ่มออกกำลังกาย การแบ่งปันประสบการณ์ การดูแลสุขภาพ สร้างความสามัคคีและพลังในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของชุมชนให้มีสุขภาพดีขึ้น

7. การจัดระบบบริการเชิงรุกในชุมชน

การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไตในชุมชน รพ.สต.บ้านหนองชัน มีระบบบริการเชิงรุกที่สำคัญดังนี้

- 1) การคัดกรองสุขภาพเชิงรุก: มีการจัดกิจกรรมคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น เช่น การวัดดัชนีมวลกาย การวัดความดันโลหิต การตรวจเลือดเพื่อตรวจสอบความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตไม่ติดต่อเรื้อรัง
- 2) การเยี่ยมบ้าน: เพื่อติดตามสุขภาพประชาชนที่มีความเสี่ยงหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง โดยการติดตามวัดความดันโลหิตและการเจาะเลือดเพื่อตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ทุก 2 สัปดาห์

- 3) การตรวจสอบคุณภาพอาหารและส่งเสริมโภชนาการในพื้นที่: มีการตรวจสอบร้านค้าและร้านอาหารในพื้นที่เกี่ยวกับการลดปริมาณโซเดียมในอาหาร พร้อมมอบป้ายรับรองร้านค้าที่ปรับปรุงสูตรอาหารเพื่อลดโซเดียม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการลดปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคไต

8. ผลลัพธ์การดำเนินงาน

- 1) มีเครือข่ายแกนนำชะลอไตเสื่อม/โรค NCDs ตำบลหนองอิรุณ และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างรพ.สต.
- 2) อสม. มีความรู้เรื่องโรค NCDs ร้อยละ 89.5 และสามารถนำความรู้ไปเผยแพร่ได้ร้อยละ 90.75
- 3) ประชาชนในชุมชนได้รับการดูแลด้านสุขภาพอย่างครอบคลุม มีการป้องกันและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อนที่จะเกิดโรค

9. ปัจจัยความสำเร็จ

- การมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่ายแกนนำสุขภาพที่เข้มแข็ง

เขตสุขภาพที่ 7 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออุดรฯ จังหวัดมหาสารคาม

1. การขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ผ่านกลไก พชอ.)

การขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมัน) ในชุมชนผ่านกลไก พชอ. ตามคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออุดรฯ ตามคำสั่งที่ 304/2566 ลงวันที่ 27 พฤศจิกายน 2566 โดยมี 1) นายโชคชัย นันทลาด นายอำเภออุดรฯ ประธาน พชอ. 2) นายบัณฑิต พิทักษ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) รองประธานฯ 3) นายปราโมทย์ หามาลา สาธารณสุขอำเภอ กรรมการ/เลขานุการ นอกจากนี้ มีการขับเคลื่อนผ่านกระบวนการ UCCARE: 1) Unity Team 2) Customer Focus 3) Community Participation 4) Appreciation 5) Resources Sharing & HD 6) Essential Care และกำหนดให้มีกิจกรรมการดำเนินงาน พชอ. ดังนี้

1. จัดประชุมคณะกรรมการ พชอ. ทุก 3 เดือน
2. วิเคราะห์ปัญหาสำคัญของพื้นที่
3. คัดเลือกประเด็นในการพัฒนา
4. สื่อสารนโยบายสู่การปฏิบัติในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) และเครือข่าย พชต. 5 แห่ง ได้แก่ พชต.อุดรฯ, พชต.เลิงแฝก, พชต.หนองแวง, พชต.ห้วยเตย และ พชต.นาโพธิ์
5. MOU มอบหมายผู้รับผิดชอบ
6. แต่งตั้งคณะอนุกรรมการดำเนินงานในแต่ละประเด็น/เป้าประสงค์
7. ติดตามผลการดำเนินงานในวาระการประชุม พชอ./คณะกรรมการบริหารงานอำเภอ (กบอ.) ทุกเดือน
8. พชอ. เยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานในทุก พชต.

2. การจัดการข้อมูลเฝ้าระวังและความครอบคลุมที่มีประสิทธิผล

อำเภออุดรฯ ประกอบด้วย 5 ตำบล 85 หมู่บ้าน มีพื้นที่ 290.26 ตร.กม. จำนวนประชากรทั้งหมด 37,073 คน รพ.สต. 8 แห่ง (สังกัด อปท.ทั้งหมด) โรงเรียน ประถม 22 แห่ง/มัธยม 4 แห่ง วัด 35 แห่ง และข้อมูลสุขภาพอำเภออุดรฯ พบว่า 5 อันดับการเสียชีวิต ปี 2565 คือ 1.โรคเบาหวาน 2.Lower respiratory tract infections 3.Ischemic heart disease 4.Cerebra vascular disease และ 5.Other musculoskeletal diseases

3. กำหนดประเด็นปัญหา เป้าหมาย พร้อมทั้งจัดทำแผนงาน/โครงการ และกิจกรรม

แนวทางการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภออุดรฯ ปีงบประมาณ 2567–2570 มี 4 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 คนอุดรฯทุกช่วงวัยคุณภาพชีวิตดีมีอายุยืนยาว 4 เป้าประสงค์

- 1.1 บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx)
- 1.2 ประชาชนปลอดภัยจากโรคที่สำคัญของพื้นที่ คัดกรองให้ประชาชนปลอดภัยจากการใช้ยาผลิตภัณฑ์สุขภาพและยาสมุนไพร
- 1.3 การพัฒนาเศรษฐกิจรอบครัวการดูแลกลุ่มเปราะบางผู้ด้อยโอกาส
- 1.4 ยกกระตือรือร้นการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

ประเด็นที่ 2 กุดรังเมืองน่าอยู่สู่อำเภอสุขภาพดี (เมืองปลอดภัย เมืองสะอาด เมืองสีเขียวและเมืองแห่งอำเภอสุขภาพดี) 5 เป้าประสงค์

- 2.1 เมืองปลอดภัยจากอุบัติเหตุทางถนน ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน และใช้หมวกกันน็อก100%
- 2.2 เมืองสะอาดและบริหารจัดการขยะเปียกลดโลกร้อนได้รับการกำจัดขยะอย่างถูกวิธี
- 2.3 เมืองสีเขียว โดยการเพิ่มป่าชุมชน การเพิ่มต้นไม้แห่งแผ่นดินสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี และสร้างสวนครัวรั้วกินได้
- 2.4 เพื่อให้กุดรังเป็นอำเภอสุขภาพดี
- 2.5 พระสงฆ์กุดรังสุขภาพดี

ประเด็นที่ 3 การพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กเพื่อเด็กอัจฉริยะและมีทักษะชีวิตอายุยืน 5 เป้าประสงค์

- 3.1 ยกระดับมาตรฐานการผลิตเกลือเสริมไอโอดีน
- 3.2 เพื่อให้เด็กกุดรัง เก่ง ดี มีสุข
- 3.3 เพื่อให้เด็กกุดรังได้รับการบริโภคอาหารที่จำเป็นและเพียงพอ
- 3.4 หญิงวัยเจริญพันธุ์เข้าถึงบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การดูแลระหว่างตั้งครรภ์
- 3.5 ประชาชนได้รับความรู้ มีความรอบรู้ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต

ประเด็นที่ 4 คนกุดรังทุกช่วงวัยคุณภาพชีวิตดีมีอายุยืนยาว เป้าประสงค์ที่ 4 ยกกระดานการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง แต่งตั้งคณะกรรมการฯ MOU มอบหมาย คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) และคณะกรรมการ NCDs Board อำเภอ กุดรัง มีกระบวนการดำเนินงานดังนี้

- 4.1 ประชุมคณะกรรมการฯ วิเคราะห์สภาพปัญหาสอดคล้องกับนโยบายและบริบท
- 4.2 จัดทำแผนงานโครงการโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ดังนี้
 - 1) โครงการพัฒนาอำเภอจัดการสุขภาพดี
 - 2) โครงการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนผ่าน Health Station
 - 3) โครงการขับเคลื่อนพลังชุมชนลดเค็ม ลดเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง/ชุมชนรักษั้ไต ลดหวาน มัน เค็ม
 - 4) โครงการพัฒนา NCDs Clinic Plus/โรงเรียนเบาหวาน
- 4.3 พัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพ เช่น เสริมสร้างสมรรถนะพยาบาล ผู้จัดการรายกรณีผู้ที่เป็นเบาหวาน และความดันโลหิตสูง การสนทนาสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI)
- 4.4 พัฒนาศักยภาพ อสม. และภาคีเครือข่าย เช่น เสริมความรู้และทักษะคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน การประเมินความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง แนวทางการประสานงาน และส่งต่อหมอคนที่ 2 การใช้โปรแกรม Self-Record Region 7 (SRR7) ฯลฯ
- 4.5 ประชุมสรุปผลการดำเนินงานและถอดบทเรียนการดำเนินงาน

4. สนับสนุนการสร้างนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรคไตเรื้อรังในชุมชน

มีการกำหนดมาตรการโรงเรียนปลอดน้ำหวาน น้ำอัดลม ลูกอม ขนมขบเคี้ยว รวมถึงโครงการ อย.น้อย ทำหน้าที่เป็นอาสาสมัครในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และกำหนดมาตรการทางสังคม เช่น งานศพ/งานบุญ

ปลอดเหล้า งดเหล้าเข้าพรรษา ชุมชนลด หวาน มัน เค็ม และสนับสนุนงบกองทุนสุขภาพในระดับพื้นที่ในการดำเนินงานโครงการสร้างเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

5. การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

มีการส่งเสริมและสนับสนุนให้ชุมชนมีการปรับสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี เช่น ลานกีฬา ออกกำลังกาย สถานีสุขภาพ และป้ายรณรงค์การป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือสร้างกระแสนการออกกำลังกาย โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน นอกจากนี้ยังมีการปรับสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีในโรงเรียน เช่น ป้ายล้างมือ สุขบัญญัติ 10 ประการ สนามกีฬา มุมพักผ่อน มุมเรียนรู้ เป็นต้น รวมถึงการจัดเมนูอาหารกลางวัน ที่มีคุณค่าทางโภชนาการ/โซเดียมต่ำ (ลดหวาน มัน เค็ม) และสุ่มตรวจอาหารกลางวันด้วย Salt meter

6. การสร้างความเข้มแข็งชุมชนในการลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคไตเรื้อรังโดยชุมชน

มีการรณรงค์สร้างกระแสให้ประชาชนมีความรอบรู้การมีสุขภาพดีบูรณาการร่วมกับงานประจำปีของดีอำเภอคุณครู การขับเคลื่อนอำเภอต้นแบบ กินดี 1 อำเภอ 1 เมนูสุขภาพอายุวัฒนะหรือ เมนูสุขภาพ ปี 2566 ผ่านมาตรฐาน SAN 9 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 44.44 และปี 2567 ผ่านการรับรองเมนูสุขภาพ Food 4 Health ได้แก่ ร้านก๋วยจั๊บต้นเตย และร้านเฟื่องฟ้า รวมถึงการส่งเสริมผลิตภัณฑ์ OTOP อาหารเพื่อสุขภาพที่มีประโยชน์ต่อผู้บริโภค (ลดหวาน มัน เค็ม) เช่น กะหรี่ปั๊บบ้านนาโพธิ์ ชาแป้งกล้วย มีการประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าว การปลูกผักสวนครัวรั้วกินได้ ตลาดนัดสีเขียว/ปลอดสารพิษ และสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ได้แก่ สถานศึกษา ซึ่งมีการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยมีโรงเรียนผ่านการรับรอง 15 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 62.50 มีการผลักดันให้เกิดโรงเรียนต้นแบบ ลดหวาน มัน เค็ม ส่วนในกลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน มีการประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าวเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ “รู้ตัวเลข รู้ความเสี่ยงสุขภาพ” ซึ่งเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ เป็นต้น นอกจากนี้มีการขับเคลื่อน RDU Community ในร้านค้า ร้านชำ ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยค้นหาปัญหาเชิงรุก เฝ้าระวังด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน เยี่ยมเสริมพลังและให้ความรู้ร้านค้า ร้านชำปลอดยาชุด ยาเสพติด



โครงการขับเคลื่อนพลังชุมชน ลดเค็ม ลดเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูง/ชุมชนรักษ์ไต ลด หวาน มัน เค็ม มีกิจกรรมการดำเนินงาน ดังนี้

- 1) สำนวความเค้มในอาหาร
- 2) อบรมเชิงปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภคเกลือและโซเดียมโดยใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจ สร้างการเรียนรู้โดยฝึกปฏิบัติใน 3 ฐาน
 - 2.1) ลดเค้ม 21 วัน กินอย่างไรให้เค้มมาก
 - 2.2) รู้ตัวเลข รู้ความเสี่ยงสุขภาพและสามารถวัดความดันโลหิตได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้อง
 - 2.3) อ่านฉลากโภชนาการอย่างไรให้ถูกต้อง โดยมีการขยายชุมชนรักษั้ไตต้นแบบ ครอบคลุม 26 หมู่บ้าน นอกจากนี้ยังมีการตรวจระดับความเค้มในอาหาร ครั้งที่ 1 เค้มต่ำร้อยละ 12 เค้มกลางร้อยละ 48 เค้มสูงร้อยละ 40 3) ผลการตรวจระดับความเค้มในอาหาร ครั้งที่ 1 เค้มต่ำร้อยละ 46 เค้มกลางร้อยละ 39 เค้มสูงร้อยละ 15

7. การจัดระบบบริการเชิงรุกในชุมชน

การสนับสนุนสถานที่จัดตั้ง Health Station ในศาลาสุขภาพทุกหมู่บ้าน สนับสนุนเครื่องมือ/อุปกรณ์ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต, เครื่องวัดออกซิเจนในเลือด (Oxygen saturation), เครื่องตรวจวัดน้ำตาลในเลือด (DTX), เครื่องตรวจวัดปริมาณโซเดียมในอาหาร (Salt Meter), เครื่องชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง รวมถึงการสร้างความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนผ่าน Health Station โดยมีการจัดตั้ง Health Station ครอบคลุม 85 หมู่บ้าน และจัดทำแนวทางการปฏิบัติ “รู้ตัวเลข รู้ความเสี่ยงสุขภาพ” จัดตารางเวลามอบหมายให้ อสม. ปฏิบัติงานใน Health Station การคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น ประสานส่งต่อหมอคนที่ 2 ผ่านโปรแกรม SRR7 สรุปกิจกรรม วิเคราะห์โอกาสพัฒนา และคืนข้อมูลในการประชุมคณะกรรมการ พชอ./พชต. นอกจากนี้ยังมีนวัตกรรม “Health Rider” จิตอาสาพาส่งยาคุณภาพถึงบ้าน

8. การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงาน

- 8.1 ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง มีผลการดำเนินงานร้อยละ 72.12
- 8.2 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง ที่เป็น CKD 3-4 ชะลอการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้าหมาย มีผลการดำเนินงานร้อยละ 70.81
- 8.3 ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี มีผลการดำเนินงานร้อยละ 29.92
- 8.4 ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี มีผลการดำเนินงานร้อยละ 61.16

9. ปัจจัยความสำเร็จ

- 9.1 เพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรอง DM HT/ภาวะแทรกซ้อนเชิงรุกในชุมชน โดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม
- 9.2 ภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง
- 9.3 พัฒนาระบบติดตามให้ผู้ป่วย DM/HT เข้ารับการรักษาตามนัดของแพทย์
- 9.4 พัฒนาระบบการเฝ้าระวังและชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วย DM/HT (eGFR ระดับ 3 ขึ้นไป, เฝ้าระวังการให้ยา NSAIDs และการจ่ายยา ARB/ACEi มีระบบตรวจสอบซ้ำแบบ Triple check)
- 9.5 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย NCDs ด้วยระบบ Telemedicine – เพิ่มการเข้าถึงบริการ
- 9.6 เพิ่มความพึงพอใจ ลดระยะเวลารอคอย NCD Clinic

เขตสุขภาพที่ 8 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอคำตาก้า จังหวัดสกลนคร

1. การขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ผ่านกลไก พขอ.)

ในการประชุมคณะกรรมการ พขอ. อำเภอคำตาก้า เมื่อวันที่ 12 ธันวาคม 2566 ณ ห้องประชุมชั้น 2 ที่ว่าการอำเภอคำตาก้า มีการพิจารณาและคัดเลือกประเด็นการขับเคลื่อน พขอ. จำนวน 8 ประเด็น ได้แก่ 1) หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และโรงเรียนสุขบัญญัติแห่งชาติ ลดเสี่ยง ลดโรค ประธานคณะทำงาน คือ ผู้อำนวยการศูนย์ส่งเสริมการเรียนรู้อำเภอคำตาก้า (สกร.) 2) การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ประธานคณะทำงาน คือ สาธารณสุขอำเภอคำตาก้า 3) การป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ในตับ ประธานคณะทำงาน คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคำตาก้า 4) การป้องกันอุบัติเหตุทางท้องถนน ประธานคณะทำงาน คือ ผู้กำกับการสถานีตำรวจภูธรคำตาก้า 5) การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ประธานคณะทำงาน คือ นายอำเภอคำตาก้า 6) การจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม ประธานคณะทำงาน คือ ท้องถิ่นอำเภอคำตาก้า 7) การสร้างอาชีพเพิ่มรายได้ อยู่ดีกินดี ชีวีมีสุข ประธานคณะทำงาน คือ พัฒนาการอำเภอคำตาก้า และ 8) แม่ข่ายใส คลอดก่อนกำหนด ประธานคณะทำงาน คือ ท้องถิ่นอำเภอคำตาก้า

นายอำเภอคำตาก้า ลงนามในคำสั่งอำเภอคำตาก้า ที่ 22/2567 เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอคำตาก้า สั่ง ณ วันที่ 18 มกราคม 2567 มอบหมายผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ประกอบด้วย ผู้แทนหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน คณะทำงานภาครัฐ ได้แก่ บุคลากรสำนักงานส่งเสริมการเรียนรู้ (สกร.) โรงเรียน โรงพยาบาลคำตาก้า สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคำตาก้า กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ภาคเอกชน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงเรียนอนุบาลร่มเกล้า ซึ่งเป็นโรงเรียนเอกชน และภาคประชาชน ได้แก่ อสม. กลุ่มสตรี นอกจากนี้มีการแต่งตั้งคณะทำงาน พขอ.NCDs และชี้แจงแผนปฏิบัติการและเป้าหมายแก่คณะ อสม. ในโรงเรียน อสม. และลงพื้นที่หมู่บ้านในเขตตำบลคำตาก้าเพื่อชี้แจงแผนปฏิบัติการแก่ผู้อำนวยการสถานศึกษา พร้อมด้วยคณะครู โรงเรียนต้นแบบ ผู้นำชุมชน และคณะกรรมการหมู่บ้าน

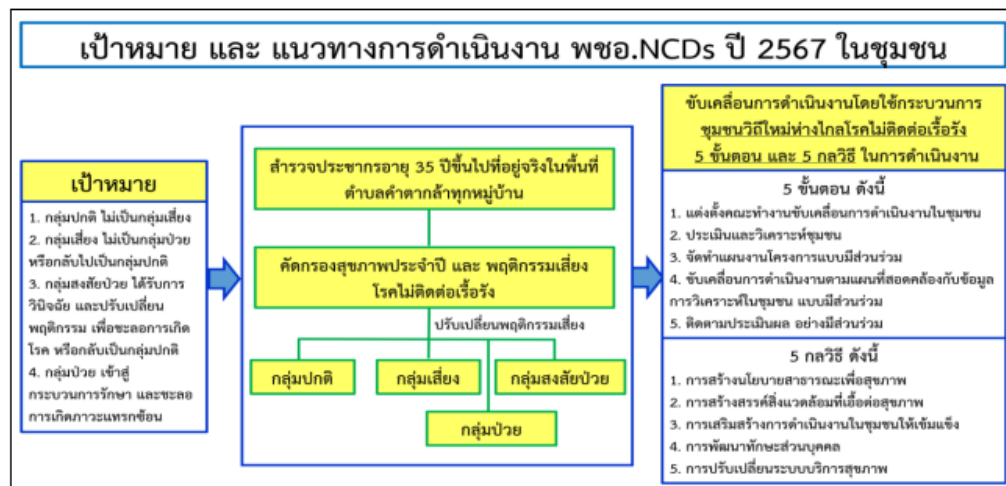
2. การจัดการข้อมูลเฝ้าระวังและความครอบคลุมที่มีประสิทธิภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์โรค กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรังที่ครอบคลุมประชากรในเขตพื้นที่ และคืนข้อมูลให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับหมู่บ้าน (พขบ.)/ตำบล (พขต.)/อำเภอ (พขอ.) ในเวทีการประชุมและเวทีประชาคม พบว่า ความครอบคลุมการคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงผ่านเกณฑ์ที่กำหนด แต่มีแนวโน้มลดลง เนื่องจากมีประชากรที่มีการอพยพไปใช้แรงงานที่อื่น จึงจัดให้มีบริการคัดกรองตลอดปีในชุมชน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงของประชากร ในปี 2567 ได้วางพื้นฐานให้ทุกหมู่บ้านเป็น Health Station โดยได้รับสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบลทุกหมู่บ้านในการจัดซื้ออุปกรณ์คัดกรองไว้ประจำศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ได้แก่ เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้ว เครื่องวัดระดับความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนักดิจิทัล และเครื่องวัดออกซิเจนที่ปลายนิ้ว นอกจากนี้ ร้อยละของกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงในกลุ่มปกติมีแนวโน้มลดลง และกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มสงสัยป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จึงต้องเร่งรัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล โดยการมีส่วนร่วมของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ข้อมูลตำบลคำตาก้า พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.51 ในปี 2563 เป็นร้อยละ 6.93 ในปี 2566 และพบว่า ปี 2567 ลดลงจากปีที่ผ่านมา เป็นโอกาสพัฒนาการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อม/ลดระยะ (Stage) ในผู้ป่วยรายใหม่ โดยให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง จัดกิจกรรมเสริมพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยและญาติในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด

3. กำหนดประเด็นปัญหา เป้าหมาย พร้อมทั้งจัดทำแผนงาน/โครงการ และกิจกรรม

จากข้อมูลสถานการณ์แนวโน้มโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง (DM HT CKD) และพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จึงมีการจัดทำแผนปฏิบัติการ พขอ.NCDs และจัดเวทีประชาคม เพื่อจัดทำแผนสุขภาพของชุมชนต่อไป มีเป้าหมาย/แนวทางการขับเคลื่อนงานในชุมชน และขั้นตอนการดำเนินงานตามกระบวนการชุมชนวิถีใหม่ ห่วงไกล NCDs 5 ขั้นตอน และ 5 กลวิธีการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรอตตาวา



4. สนับสนุนการสร้างนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรคไตเรื้อรังในชุมชน

ส่งเสริมการสร้างนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน เช่น เมนูหวานน้อยอร่อยดี (สามารถเลือกระดับความหวานได้) อาหารตามสั่งเค็มน้อยอร่อยดี (ค่าความเค็มไม่เกิน 0.70) งานศพปลอดเหล้า และกิจกรรมสร้างกระแสส่งเสริมการออกกำลังกาย รวมถึงข้อตกลงมาตรการชุมชน โดยชุมชน เพื่อลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

5. การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

อสม. เฝ้าระวังร้านค้า ร้านชำ ร้านยา ให้คำแนะนำร้านค้าในการจำหน่ายผลิตภัณฑ์หวานน้อย เค็มน้อย โซเดียมต่ำ และไขมันต่ำ เพื่อเป็นทางเลือกให้คนในชุมชน มีการตรวจเค็มทุกครัวเรือนทุกเดือน และตรวจเค็มในครัวสาธารณะ เช่น งานบุญในหมู่บ้าน รวมถึงมีชมรมออกกำลังกายแอโรบิก และจัดให้มีการออกกำลังกายที่สสอ.คำตากล้า ทุกวันจันทร์ถึงศุกร์

6. การสร้างความเข้มแข็งชุมชนในการลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคไตเรื้อรังโดยชุมชน

มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล โดยการมีส่วนร่วมของบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง จัดกิจกรรมเสริมพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยและญาติในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด

7. การจัดระบบบริการเชิงรุกในชุมชน

มีการคัดกรองสุขภาพในชุมชนตลอดปี เพื่อเพิ่มการเข้าถึงของประชากร โดยมี อสม. ผู้นำชุมชนร่วมปฏิบัติงาน และประสานงานในพื้นที่ นอกจากนี้ มีการให้บริการคลินิก NCDs ใกล้เคียงใกล้ใจ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้บริการจ่ายยาโรคเรื้อรังในชุมชน บริการแพทย์แผนไทยในชุมชน และฉีดวัคซีน

ในปี 2567 พัฒนาให้ ศสมช. ทุกแห่ง ทุกหมู่บ้าน เป็น Health Station โดยได้รับสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบลในการซื้ออุปกรณ์ด้านสุขภาพไว้ประจำ ศสมช. ได้แก่ เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้ว เครื่องวัดระดับความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนักดิจิทัล และเครื่องวัดออกซิเจนที่ปลายนิ้ว และเครื่องตรวจวัดปริมาณโซเดียมในอาหาร เพื่อให้ อสม. ใช้ดำเนินงานในชุมชน

8. การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงาน

8.1 ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง มีผลการดำเนินงานร้อยละ 69.89

8.2 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง ที่เป็น CKD 3-4 ชะลอการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้าหมาย มีผลการดำเนินงานร้อยละ 67.76

8.3 ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี มีผลการดำเนินงานร้อยละ 22.46

8.4 ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี มีผลการดำเนินงานร้อยละ 55.39

เขตสุขภาพที่ 11 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอบ้านตาขุน จังหวัดสุราษฎร์ธานี

1. การขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ผ่านกลไก พชอ.)

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอบ้านตาขุน จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีแนวทางการนำทีม สร้างเป้าหมายร่วมกัน โดยนายอำเภอบ้านตาขุนเป็นประธาน มีการประชุมขับเคลื่อน ประเด็นการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิต 3 ประเด็น ได้แก่ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) กลุ่มเปราะบาง และ อุบัติเหตุ โดยมีการดำเนินงานป้องกันโรคไตในชุมชน ภายใต้ประเด็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เพื่อตอบสนอง ความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่อำเภอบ้านตาขุน จึงได้ขับเคลื่อนการเฝ้าระวังป้องกันควบคุม โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยจัดทีมบุคลากรครบทุกสาขาวิชาชีพ ปรับทัศนคติ เปลี่ยนแนวคิด และสร้างความรู้ใหม่ ในการให้บริการ โดยให้ความสำคัญกับประชาชนกลุ่มเสี่ยง เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (ปรับก่อนป่วย) ชักชวนชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรการ จัดทำข้อตกลงชุมชน จัดพื้นที่อำนวยความสะดวก ในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มป่วย เน้นการจัดการดูแลผู้ป่วยให้สามารถลดการใช้ยา หยุดยา มุ่งการเข้าสู่ ระยะสงบของโรคเบาหวาน (Remission) ได้

2. การจัดการข้อมูลเฝ้าระวังและความครอบคลุมที่มีประสิทธิภาพ

อำเภอบ้านตาขุน มีเครือข่ายหน่วยบริการที่เข้มแข็ง และระบบจัดการข้อมูลสุขภาพที่เป็นฐานข้อมูล เดียวกันทั้งหมด การดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เริ่มต้นการดำเนินงานเชิงรุก โดยการคัดกรองค้นหากลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงรายใหม่ในแต่ละพื้นที่ โดย อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เมื่อได้จำนวนกลุ่มเสี่ยงจะนำมาสื่อสาร แลกเปลี่ยนข้อมูลในเวทีการประชุม พชอ. การประชุมหัวหน้าส่วนราชการระดับอำเภอและระดับตำบล ภาครัฐเข้าเป็นการทำงานสร้างความตระหนักและ ทราบทิศทางด้านสุขภาพของคนในชุมชน ผลักดันให้มีการจัดทำแผนงานแก้ไขปัญหา โดยยึดชุมชนเป็นฐาน ช่วยให้เกิดกระบวนการร่วมคิดร่วมทำในชุมชน ขับเคลื่อนนโยบายของชุมชนอย่างเป็นระบบ

ปัญหาสุขภาพในพื้นที่จำแนกตามกลุ่มโรค ประกอบด้วย 1.กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นและโรคหืด และโรคซึมเศร้า 2.กลุ่มอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้แก่ โรคหัวใจ ขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง การบาดเจ็บที่ศีรษะ และโรคที่เกิดจากการดำน้ำ (โรคหนีบน้ำ) 3.กลุ่มโรคติดต่อ ได้แก่ โรคไข้เลือดออก วัณโรค โรคติดต่อโควิด-19 และภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 4.กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก ได้แก่ ภาวะตกเลือดหลังคลอด และหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น 5.กลุ่มโรคทางพันธุกรรม ได้แก่ ฟันผุ

3. กำหนดประเด็นปัญหา เป้าหมาย พร้อมทั้งจัดทำแผนงาน/โครงการ และกิจกรรม

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ได้กำหนดให้โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เป็น ประเด็นหลักในการแก้ไขปัญหา สนับสนุนและขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันโรคไตในชุมชนควบคู่ไปด้วย ผ่านแผนงาน กิจกรรม และโครงการต่าง ๆ ในระดับ พชต. และหน่วยบริการสาธารณสุข โดยกำหนดประเด็น กิจกรรม ได้แก่

1) การจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพจากระบบแม่ข่ายถึงหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอบ้านตาขุน มีระบบ การคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงให้กับประชาชนในรูปแบบเชิงรุกและเชิงรับ เพื่อเข้าสู่ กระบวนการยืนยันวินิจฉัยและติดตามผล โดยทีมสหวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญ ดำเนินการคัดแยกกลุ่มประชากร

ตามสภาวะสุขภาพ เช่น กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยรายใหม่ และกลุ่มป่วย โดยหน่วยบริการมีระบบการติดตาม ควบคุม กำกับ และบันทึกผลอย่างต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อทั้งในส่วนการรักษาและการส่งเสริมสุขภาพ เครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านตาขุน ได้พัฒนาโปรแกรมการรักษาผู้ป่วยด้วยแนวคิด Smart NCDs มีเครื่องมือสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวในการวางแผนจัดการดูแลตนเอง โดยใช้อุปกรณ์ Self-Monitoring เช่น เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดที่บ้าน และ/หรือเครื่องวัดความดันโลหิตทุกราย เป็นต้น ควบคู่กับการเชื่อมโยงข้อมูลผ่าน Cloud เพื่อให้แพทย์วิเคราะห์ข้อมูลวางแผนปรับพฤติกรรมเป็นรายบุคคล การใช้ Smart Watch ติดตามกิจกรรมทางกาย มีทีมสหวิชาชีพให้คำแนะนำปฏิบัติตัว เช่น ออกกำลังกาย ควบคุมอาหาร และการให้กำลังใจ เป็นต้น

2) การจัดบริการและการแก้ปัญหาสาธารณสุขที่มีคุณภาพเชื่อมโยงในระดับชุมชน คณะกรรมการ พชต. หน่วยบริการสาธารณสุข และภาคีเครือข่าย ร่วมระดมสมอง แลกเปลี่ยนข้อมูล รวบรวมข้อมูล การทบทวน วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และความจำเป็นของการกำหนดเป้าหมายการดำเนินงาน จัดทำแผนงานโครงการ ที่เกี่ยวกับการคัดกรองสุขภาพประชาชน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย และการจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

4. สนับสนุนการสร้างนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรคไตเรื้อรังในชุมชน

อำเภอบ้านตาขุน ร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน ให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ขับเคลื่อนการดำเนินงาน มุ่งเน้นการลดปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ โดยเฉพาะการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการลดน้ำหนัก กำหนดข้อตกลงร่วมกันในชุมชน เกิดเป็นธรรมนูญสุขภาพระดับตำบล ด้วยกระบวนการ 5 อ.สภาวะ ประกอบด้วย อ.อาหาร อ.ออกกำลังกาย อ.โรคยา อ.อนามัยสิ่งแวดล้อม อ.อุบัติเหตุ แต่ละองค์ประกอบมีต้นแบบ Role model ที่เป็นแบบอย่างการปฏิบัติที่ดีให้กับคนในชุมชน

จัดกิจกรรมรณรงค์ส่งเสริมการกินอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ตามแนวทางการกินอาหารให้ถูกสัดส่วน ด้วยสูตร 2:1:1 ลดหวาน มัน เค็ม เน้นการรับประทานข้าวกล้อง บูรณาการร่วมกับกิจกรรมการปลูกผักกินเอง ภายในชุมชน ต่อมาได้ขยายกลุ่มเป้าหมายไปในหลากหลายกลุ่ม ให้งานบำเพ็ญกุศลศพ งานประเพณี เช่น งานบวช งานแต่งงานในพื้นที่มีเมนูสุขภาพอย่างน้อย 1 วัน ถือเป็นข้อตกลงของคนในชุมชนที่ระบุไว้ในธรรมนูญสุขภาพ การประชุมของหน่วยงานราชการมีกิจกรรมหิ้วปิ่นโต นำเมนูอาหารสุขภาพมารับประทาน ร่วมกัน ส่งเสริมและขอความร่วมมือจากผู้ประกอบการร้านเครื่องดื่ม จัดทำข้อตกลงและติดตามการลดปริมาณ ความหวานของเครื่องดื่มประเภทต่าง ๆ เพื่อเป็นทางเลือกให้แก่ผู้บริโภคในพื้นที่ ด้านการออกกำลังกาย มีการจัดกิจกรรมนายอำเภอชวนวิ่ง และสลับสับเปลี่ยนกิจกรรมเดิน-วิ่ง ในแต่ละตำบลของอำเภอบ้านตาขุน ถือเป็นความสำเร็จในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และเป็นแรงขับเคลื่อน ผลักดันการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้เป็นอย่างดี เนื่องจากได้รับความร่วมมือจากหัวหน้าส่วนราชการ ผู้นำชุมชน ประชาชนทุกกลุ่มวัย และเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายในการสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างเต็มรูปแบบ นำไปสู่การจัดการแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืน

5. การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

อำเภอบ้านตาขุน ขับเคลื่อนการจัดสภาพแวดล้อมในชุมชน โดยความร่วมมือกันของหน่วยงานราชการ ภาควิชาการ ภาครัฐ เอกชน สถานประกอบการ ร้านค้า และร้านอาหาร เพื่อส่งเสริมปัจจัยเอื้อและการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) กิจกรรมครอบคลุมทั้งการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ดังนี้

1) รมรณรงค์ประชาสัมพันธ์ส่งเสริมการรับประทานอาหารลดความเค็ม โดยขอความร่วมมือให้ร้านอาหารในพื้นที่ ลดปริมาณเกลือและเครื่องปรุงที่มีรสเค็มในเมนูอาหารปรับสูตรลดเกลือโซเดียม จัดทำเป็นเมนูสุขภาพประจำร้าน มีการมอบป้ายและประชาสัมพันธ์ร้านอาหารที่ให้ความร่วมมือ เพื่อเป็นทางเลือกอาหารสุขภาพแก่ผู้บริโภค ประชาชน และนักท่องเที่ยว เป็นการกระตุ้นและสร้างการรับรู้ร่วมกัน นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของคนในชุมชน

2) สนับสนุนให้ร้านค้าในชุมชน จำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพ เช่น ข้าวกล้อง น้ำมันพืช ผลิตภัณฑ์ปรุงรสที่มีโซเดียมต่ำ เป็นต้น

3) การจัดตลาดนัดสุขภาพ “ตลาดนัดวิถีชุมชนคนอายุยืน” ทุกวันอังคาร โดยให้มีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผักและผลไม้ปลอดสารพิษที่ชุมชนปลูกเอง อาหารเมนูสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่เข้าถึงอาหารทางเลือกสุขภาพ และการสาธิตให้ความรู้ในการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ดีและเหมาะสม

4) สนับสนุนให้หน่วยงานส่วนท้องถิ่นให้มีสถานที่ออกกำลังกายที่เอื้อต่อสุขภาพทุกตำบล พร้อมทั้งจัดทำตารางออกกำลังกายประจำสัปดาห์ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การเดิน-วิ่ง การเต้นแอโรบิก บาสโลบ โยคะ ฟิตเนส เป็นต้น ประชาสัมพันธ์รณรงค์และกระตุ้นให้ประชาชนในพื้นที่ออกกำลังกายตามความเหมาะสม

5) ส่งเสริมการจัดตั้งและสนับสนุนให้ได้รับมาตรฐานผลิตภัณฑ์วิสาหกิจชุมชนที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เช่น วิสาหกิจชุมชนเขาพังเวจจี้ (ผักปลอดสารพิษ ออแกนิก) วิสาหกิจชุมชนผู้ปลูกพืชสมุนไพรบ้านเขี้ยวหลาน วิสาหกิจชุมชนบ้านหน้าเขา (ไข่เค็มสมุนไพร ปลาสาม)

6. การสร้างความเข้มแข็งชุมชนในการลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคไตเรื้อรังโดยชุมชน

การขับเคลื่อนการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) อำเภอบ้านตาขุน ในการสร้างความเข้มแข็งชุมชน ให้สามารถดำเนินการโดยชุมชนอย่างต่อเนื่อง ได้แก่

1) **ระดับครัวเรือน** รมรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนมีความรอบรู้ (Health Literacy) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และส่งเสริมให้ทุกครัวเรือนโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยสามารถใช้อุปกรณ์ Self-Monitoring ได้อย่างถูกต้อง เช่น เครื่องตรวจวัดความดันโลหิต เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้ว เครื่องตรวจวัดปริมาณโซเดียมในอาหาร (Salt Meter) ซึ่งปัจจุบันกลุ่มป่วยมีอุปกรณ์ Self-Monitoring ทุกราย

2) **ระดับชุมชน** คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ทุกตำบลร่วมรับรู้ และวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) กำหนดเป็นประเด็นการแก้ปัญหา สนับสนุนและขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไตในชุมชนควบคู่ไปด้วย ส่งเสริมให้ทุกตำบลจัดทำข้อตกลง หรือธรรมนูญสุขภาพ สนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพส่วนท้องถิ่นในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เช่น ชุมชนลดเค็ม ลดการบริโภคเกลือและโซเดียม โรงเรียนส่งเสริม

ให้นักเรียนบริโภคข้าวกล้อง และเมนูอาหารลดหวาน มัน เค็ม ไม่จำหน่ายขนมกรุบกรอบ ผู้ประกอบการอาหารใช้เครื่องปรุงอาหารที่มีโซเดียมต่ำ และการตรวจปริมาณโซเดียมในอาหาร เป็นต้น

7. การจัดระบบบริการเชิงรุกในชุมชน

ดำเนินการค้นหาและคัดกรองความเสี่ยงโรคไตเรื้อรังในชุมชน ควบคู่ไปกับการคัดกรองโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โดยใช้แบบคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป การประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานใน 10 ปีข้างหน้า (Diabetes risk score; DRS) และปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ประกอบด้วย การคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง การประเมินปัจจัยเสี่ยง พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย เป็นต้น โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การบริการคลินิกโรคไตในสถานบริการ โรงพยาบาลบ้านตาขุนมีการให้บริการทุกวันพุธที่ 2 และ 4 ของเดือน โดยมีเจ้าหน้าที่ CM CKD และทีมสหวิชาชีพให้ความรู้ คำแนะนำ เน้นการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล ควบคู่ไปด้วย เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนในครอบครัวของผู้ป่วย

นอกจากนี้ทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และบุคคลต้นแบบ ร่วมกันติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เสริมกำลังใจ (Empowerment) ให้คำแนะนำการใช้ อุปกรณ์ Self-Monitoring ทบทวนเป้าหมายการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร ประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภค และแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อส่งต่อความรู้สู่การปฏิบัติ

8. การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงาน

8.1 ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง มีผลการดำเนินงานร้อยละ 82.70

8.2 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง ที่เป็น CKD 3-4 ชะลอการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้าหมาย มีผลการดำเนินงานร้อยละ 42.68

8.3 ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี มีผลการดำเนินงานร้อยละ 58.58

8.4 ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี มีผลการดำเนินงานร้อยละ 81.19



เกณฑ์ประเมินการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคในชุมชน
ผ่านกลไกคณะกรรมการ
พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

เกณฑ์ประเมินการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไตในชุมชนผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

เกณฑ์การประเมินการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไตในชุมชน ผ่านกลไกคณะกรรมการ พชอ.

ส่วนที่ 1 (70 คะแนน)	
1	การขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ผ่านกลไก พชอ.)
2	การจัดการข้อมูลเฝ้าระวังและความครอบคลุมที่มีประสิทธิผล
3	กำหนดประเด็นปัญหา เป้าหมาย พร้อมทั้งจัดทำแผนงาน/โครงการ และกิจกรรม
4	สนับสนุนการสร้างนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรคไตเรื้อรังในชุมชน
5	การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ
6	การสร้างความเข้มแข็งชุมชนในการลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคไตเรื้อรังโดยชุมชน
7	การจัดระบบบริการเชิงรุกในชุมชน
ส่วนที่ 2 (30 คะแนน)	
1	ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง
2	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง ที่เป็น CKD 3-4 ชะลอการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้าหมาย
3	ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี
4	ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี
รวมคะแนน 100 คะแนน	

หมายเหตุ:-	ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน	60	คะแนน
	ผ่านเกณฑ์ระดับดี	70	คะแนน
	ผ่านเกณฑ์ระดับดีเด่น	80	คะแนน

ส่วนที่ 1

การดำเนินงาน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
1. การขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ผ่านกลไก พขอ.)		
1.1 มีการนำเสนอประเด็นป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในวาระการประชุมคณะกรรมการ พขอ.	10	
1.2 มีผู้รับผิดชอบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ชัดเจน ประกอบด้วย ผู้แทนหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน - มีหลักฐานการมอบหมายผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน (5 คะแนน) - มีผู้รับผิดชอบที่เป็นผู้แทนหน่วยงานภาครัฐ (5 คะแนน) - ผู้รับผิดชอบที่เป็นผู้แทนหน่วยงานภาคเอกชน (5 คะแนน) - ผู้รับผิดชอบที่เป็นผู้แทนหน่วยงานภาคประชาชน (5 คะแนน)	20	
1.3 มีการสนับสนุน/ผลักดัน/ร่วมดำเนินงานโดย พชต./พขอ. - มีการสนับสนุนหรือผลักดันการดำเนินงานโดย พชต./พขอ. เช่น คำสั่งคณะทำงาน หรือหนังสือสั่งการ (10 คะแนน) - มีการร่วมดำเนินงานโดย พชต./พขอ. เช่น มีกิจกรรมการดำเนินงานร่วมกัน หรือการทำ MOU (20 คะแนน)	30	
1.4 มีการนำนโยบายระดับพขอ.ไปสู่การปฏิบัติในระดับชุมชน - มีนโยบายการดำเนินงานอย่างชัดเจน (10 คะแนน) - มีการถ่ายทอดไปสู่ผู้ปฏิบัติอย่างชัดเจน (10 คะแนน) - มีการนำนโยบายไปปฏิบัติ (20 คะแนน)	40	
2. การจัดการข้อมูลเฝ้าระวังและความครอบคลุมที่มีประสิทธิภาพ		
2.1 มีการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์โรค กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง ที่ครอบคลุมประชากรในเขตพื้นที่ - มีข้อมูลการวิเคราะห์สถานการณ์โรค กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคเบาหวาน (10 คะแนน) - มีข้อมูลการวิเคราะห์สถานการณ์โรค กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคความดันโลหิตสูง (10 คะแนน) - มีข้อมูลการวิเคราะห์สถานการณ์โรค กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคไตเรื้อรัง (10 คะแนน)	30	
2.2 มีการวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม การใช้ยาและสมุนไพรที่ไม่ถูกต้อง - มีข้อมูลการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ เรื่องการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม (10 คะแนน) - มีข้อมูลการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ เรื่องการใช้ยา (10 คะแนน) - มีข้อมูลการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ เรื่องสมุนไพรที่ไม่ถูกต้อง (10 คะแนน)	30	

2.3 มีการคืนข้อมูลสถานการณ์ปัญหาและพฤติกรรมสุขภาพของชุมชนในเวทีของชุมชนและนำข้อมูลมาวางแผนการดำเนินงานรวมถึงติดตามประเมินผล อย่างเป็นระบบ - มีการคืนข้อมูลสถานการณ์ปัญหาและพฤติกรรมสุขภาพของชุมชนในเวทีของชุมชน (10 คะแนน) - มีการนำข้อมูลมาวางแผนการดำเนินงาน (10 คะแนน) - มีการติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ (10 คะแนน)	30	
2.4 มีข้อมูลทะเบียนผู้ป่วย เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรังที่ครอบคลุมประชากรในพื้นที่ และมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสถานบริการและชุมชน - มีข้อมูลทะเบียนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรังที่ครอบคลุมประชากรในพื้นที่ (15 คะแนน) - มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสถานบริการและชุมชน (15 คะแนน)	30	
3. กำหนดประเด็นปัญหา เป้าหมาย พร้อมทั้งจัดทำแผนงาน/โครงการ และกิจกรรม		
3.1 มีการกำหนดประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยหน่วยบริการสุขภาพ	10	
3.2 มีการกำหนดประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยการมีส่วนร่วมของหน่วยบริการสุขภาพและภาคีเครือข่ายในชุมชน	20	
3.3 มีแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และมีการดำเนินงานตามแผนรวมถึงมีงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานจากแหล่งทุนต่าง ๆ - มีแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (5 คะแนน) - มีการดำเนินงานตามแผน (10 คะแนน) - มีการสนับสนุนทรัพยากรหรืองบประมาณดำเนินงานจากแหล่งทุนต่าง ๆ (5 คะแนน)	20	
3.4 มีผลการดำเนินงานและติดตามประเมินผลกระบวนการพัฒนาที่สามารถนำผลการดำเนินงานไปพัฒนาต่อยอด - มีผลการดำเนินงานอย่างชัดเจน (5 คะแนน) - มีการกำกับติดตามประเมินผล และมีการวิเคราะห์ GAP หรือโอกาสพัฒนา (15 คะแนน) - มีกระบวนการพัฒนาที่สามารถนำผลการดำเนินงานไปพัฒนาต่อยอด (10 คะแนน)	30	
4. สนับสนุนการสร้างนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรคไตเรื้อรังในชุมชน		
4.1 มีการกำหนดข้อตกลง/มาตรการชุมชน/นโยบายสาธารณะร่วมกันเพื่อการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ และลดความรุนแรงของโรคไตเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน โดยหน่วยบริการสุขภาพ	10	
4.2 มีการกำหนดข้อตกลง/มาตรการชุมชน/นโยบายสาธารณะร่วมกันเพื่อการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ และลดความรุนแรงของโรคไตเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของหน่วยบริการสุขภาพและภาคีเครือข่ายในชุมชน	20	

4.3 มีการประกาศใช้ข้อตกลง/มาตรการชุมชน/นโยบายสาธารณะให้ชุมชนรับทราบ และนำไปสู่การปฏิบัติได้	30	
- มีการประกาศใช้ข้อตกลง/มาตรการชุมชน/นโยบายสาธารณะให้ชุมชนรับทราบ (10 คะแนน) - มีการนำประกาศใช้ข้อตกลง/มาตรการชุมชน/นโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติ (20 คะแนน)		
4.4 มีผลการดำเนินงานตามข้อตกลง/มาตรการชุมชน /นโยบายสาธารณะ ให้เห็นเป็นรูปธรรม หรือมีการต่อยอดการดำเนินงานและการขยายผลการดำเนินงาน	40	
- มีการประเมินผลการดำเนินงานตามข้อตกลง/มาตรการชุมชน /นโยบายสาธารณะ ที่เป็นรูปธรรม (25 คะแนน) - มีการต่อยอดการดำเนินงานหรือการขยายผลการดำเนินงาน (15 คะแนน)		
5. การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ		
5.1 มีการจัดสิ่งแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกในการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น ตลาดนัดสุขภาพ, ร้านอาหารสุขภาพ, ชุมชนปลูกผักกินเอง, ชุมชนเฝ้าระวังการใช้ยาและสมุนไพรที่ไม่ถูกต้อง	10	
5.2 มีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมให้มีจำหน่ายเมนูอาหารเพื่อสุขภาพในพื้นที่แบบมีส่วนร่วม	30	
5.3 มีการส่งเสริมให้มีการปรับสูตรอาหารท้องถิ่นหรืออาหารปรุงสุกเพื่อจำหน่าย เช่น อาหารลดเกลือและโซเดียม	30	
5.4 มีการประเมินผลการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพ	30	
6. การสร้างความเข้มแข็งชุมชนในการลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคไตเรื้อรังโดยชุมชน		
6.1 มีการสร้างภาวะผู้นำกลุ่ม และทีมภาคีเครือข่ายระดับชุมชน ในการจัดการปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคไตเรื้อรังในชุมชน เช่น ชมรมรักสุขภาพ ชมรมออกกำลังกาย	20	
6.2 มีการจัดกิจกรรมโดยใช้เครื่องมือต่างๆ เช่น เครื่องเจาะน้ำตาลในเลือด, เครื่องวัดความดันโลหิต, salt meter หรือนวัตกรรมของพื้นที่ ในการสร้างความตระหนักต่อการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อย่างต่อเนื่อง	20	
6.3 มีการส่งเสริมการใช้เครื่องมือ salt meter ในสำรวจการบริโภคเกลือและโซเดียมในอาหาร	30	
6.4 มีการประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพ เช่น ข้อมูลภาวะพฤติกรรมสุขภาพ	30	
7. การจัดระบบบริการเชิงรุกในชุมชน		
7.1 มีการค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง รวมถึงความเสี่ยงโรคไตเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง	10	
7.2 มีการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และ อสม. และมีระบบการให้คำปรึกษา	20	
- มีการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และ อสม. (10 คะแนน) - มีการให้คำแนะนำหรือคำปรึกษา (10 คะแนน)		
7.3 มีการจัดบริการเชิงรุกในชุมชน เช่น Mobile clinic , Health Station ในชุมชน	20	
7.4 มีระบบส่งต่อเชื่อมโยงการให้บริการระหว่างสถานบริการและชุมชน	20	

7.5 มีผลการดำเนินงานบริการเชิงรุกในชุมชน และมีการนำผลการดำเนินงานไปพัฒนาต่อยอด - มีการประเมินผลการดำเนินงานบริการเชิงรุกในชุมชน (10 คะแนน) - มีการกำกับติดตามประเมินผล และมีการวิเคราะห์ GAP หรือโอกาสพัฒนา (15 คะแนน) - การนำผลการดำเนินงานไปพัฒนาต่อยอด (5 คะแนน)	30	
รวม	700	

การคิดคะแนนส่วนที่ 1

$$\text{คะแนน} = \frac{\text{คะแนนที่ได้}}{10}$$

ส่วนที่ 2

8. การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	น้ำหนัก	คะแนน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
			1	2	3	4	5		
1. ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	≥ 80	10	<65	65	70	75	≥ 80	50	
2. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง ที่เป็น CKD 3-4 ชะลอการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้าหมาย	≥ 69	10	<63	63	65	67	≥ 69	50	
3. ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	≥ 40	5	<25	25	30	35	≥ 40	25	
4. ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	≥ 60	5	<45	45	50	55	≥ 60	25	
รวม		30						150	

การคิดคะแนนส่วนที่ 2

$$\text{คะแนน} = \frac{\text{คะแนนที่ได้} \times 30}{150}$$



รูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไตในชุมชน

ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

ปีงบประมาณ 2567

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

