

เครื่องมือประเมิน

การบริการสถานพยาบาลในการป้องกันและจัดการ
โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ASSESSMENT TOOLS

For Diabetes mellitus & Hypertension

Prevention

Hypertension

ASSESSMENT TOOLS Infirmery

Thaihospital Management

Diabetes mellitus

Clinic



โครงการพัฒนาระบบบูรณาการการป้องกันและจัดการ

WK

810

ส831ค

2553

โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ระยะที่ ๑ (ปี ๒๕๕๑-๒๕๕๒)





กระทรวงสาธารณสุข

เครื่องมือประเมินการบริการสถานพยาบาล

ในการป้องกันและจัดการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง



เลขที่ PK810 ๘๘๓๑๕ ๒๕๕๓
เลขหน้า ๒๕ ๑๗๖๓
วันที่ ๘ ส.ค. ๒๕๕๓



โครงการพัฒนาระบบบูรณาการการป้องกันและจัดการ
โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ระยะที่ ๑ ปี (๒๕๕๑-๒๕๕๒)



โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจาก
แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (พรส.)
เพื่อสำนักงานกองทุนสนับสนุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)



**เครื่องมือประเมินการบริการสถานพยาบาล
ในการป้องกันและจัดการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง**

จัดพิมพ์โดย

สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 02 590 6249 และ 02 590 6387

โทรสาร 02 965 9844

พิมพ์ครั้งแรก มิถุนายน 2553

จำนวนพิมพ์ 500 เล่ม

จำนวนหน้า 34 หน้า

ISBN 978-974-422-567-2

พิมพ์ที่

โรงพิมพ์หมามุกราววิทยาลัย

129 หมู่ 3 ถนนศาลายา-นครชัยศรี ตำบลศาลายา

อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170

โทร. 0-2281-7790, 0-2800-2373-4

เครื่องมือประเมินการบริการของสถานพยาบาล



เป้าหมาย

ประชากรสามารถได้รับการบริการสุขภาพ เพื่อป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง กรณีโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง โดยอาศัยความร่วมมือจากภาคต่างๆ คือ ชุมชน ท้องถิ่น สาธารณสุข และภาคเอกชน ในแง่การป้องกัน ส่งเสริม รักษา และฟื้นฟู ด้วยรูปแบบและกระบวนการบริการที่มีประสิทธิภาพ และการสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน

บทนำ

เครื่องมือนี้เป็นส่วนหนึ่งของการประเมินการบริการของสถานพยาบาลในการจัดการแบบบูรณาการกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เพื่อให้ผู้ปฏิบัติสามารถประเมินตนเองได้ว่าอยู่ที่สถานะไหนและจะต้องพัฒนาทางด้านไหน เพื่อพัฒนาเครือข่ายหน่วยบริการในการจัดระบบบูรณาการในการจัดการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันเสี่ยง ลดโรค และป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการใช้ชีวิตแบบมีคุณภาพของผู้ป่วยอย่างมีความสุข ซึ่งจะมีการเชื่อมโยงของข้อมูลระหว่างสถานบริการต่างๆ ในการออกแบบบริการทุกด้านในประชาชนทุกกลุ่ม และมีการคืนข้อมูลให้แก่ท้องถิ่นและชุมชน การพัฒนาศักยภาพและความสามารถเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมถึงส่งเสริมศักยภาพและเน้นการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนในการจัดการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการดำเนินการจัดระบบจัดการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เพื่อให้ได้ประสบการณ์ในพื้นที่นำร่อง เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์บทเรียน เพื่อการพัฒนาในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

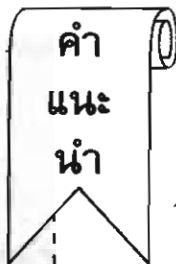
ความสำเร็จของรูปแบบการดูแลโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงนั้นคือการลดช่องว่างระหว่างผู้ป่วย (เบื่อหน่าย หมดกำลังใจ ไม่มาตามนัด) กับผู้ให้บริการ (ไม่ทราบประวัติเดิม แพทย์ไม่มีเวลา รับภาระผู้ป่วยที่เกิด complication) เพื่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์กันระหว่างผู้ป่วย (ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลถูกต้อง และมีความกระตือรือร้นที่จะดูแลสุขภาพ) กับผู้บริการ (เตรียมพร้อม ทำงานเชิงรุก) อีกทั้งผู้บริหารจะต้องมีความเข้าใจ ให้ความสำคัญ และสามารถพัฒนานโยบายการบริการหรือกลยุทธ์ประกอบด้วย

- การออกแบบระบบบริการ:
- ระบบข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจ:

- การจัดระบบข้อมูลทางคลินิก:

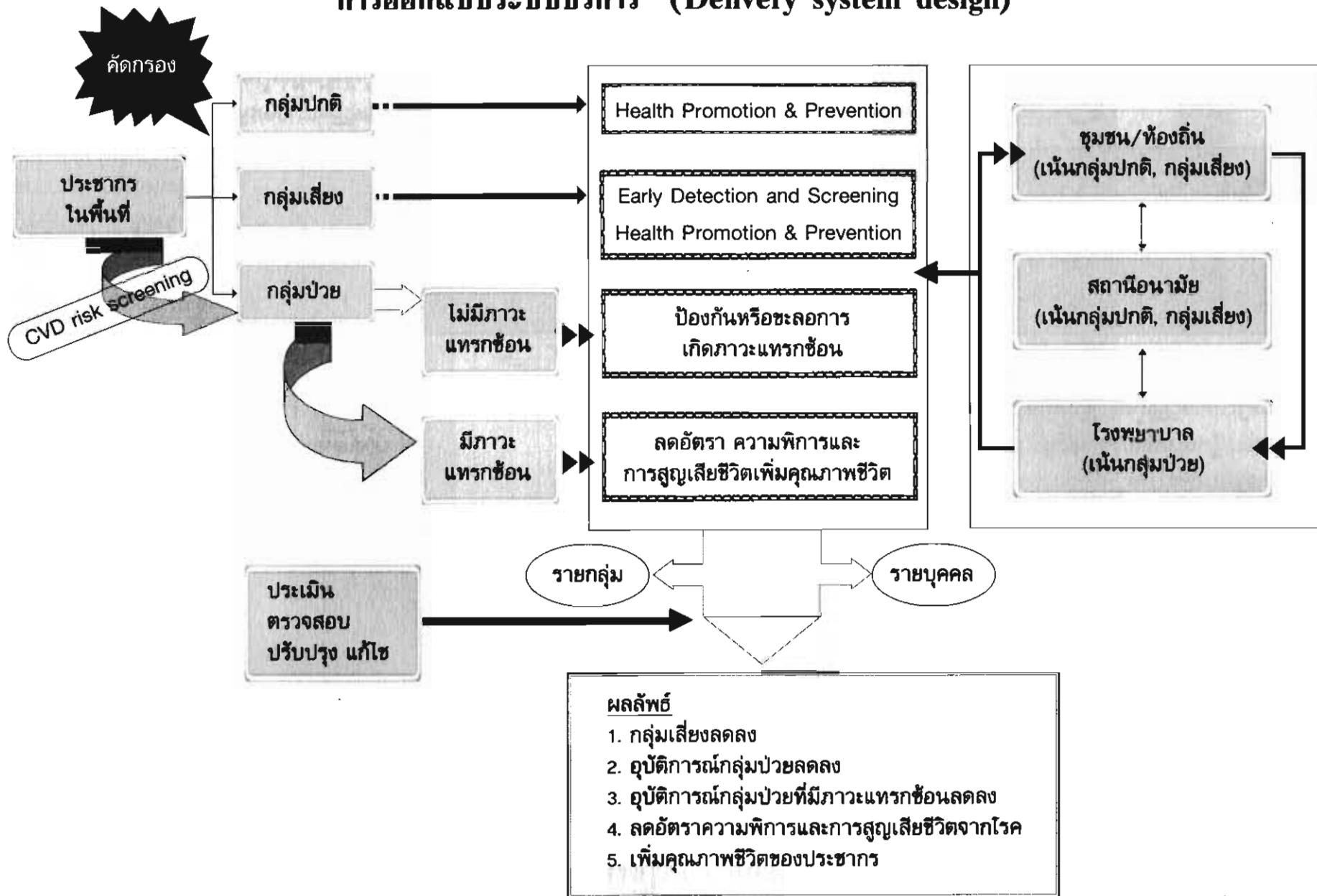
- การเชื่อมโยงกับชุมชน:

จัดวางรูปแบบการบริการของประชากรกลุ่มเป้าหมายได้อย่างเหมาะสมกับบริบทที่แตกต่างกันของแต่ละพื้นที่ เพื่อให้เกิดการบริการแบบองค์รวมและมีประสิทธิภาพ มีระบบสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติงานใช้ความรู้ที่ทันสมัย และมี evidence-based guidelines ในการตัดสินใจให้บริการ รวมทั้งมีการคืนข้อมูลให้แก่ผู้ป่วยและผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง มีระบบการจัดเก็บข้อมูลที่สำคัญในเวชระเบียนที่เป็น real time สามารถเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยในแต่ละสถานพยาบาล มีการคืนข้อมูลให้แก่ผู้ป่วย ชุมชนและองค์กรอื่น และมีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษา และการออกแบบบริการสุขภาพ ทั้งในรายบุคคล และกลุ่มประชากรในพื้นที่ สร้างความร่วมมือกับชุมชนและจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ให้สอดคล้องกับความจำเป็นของผู้ป่วยและชุมชน



1. เป็นการประเมินเพื่อพิจารณาบริบทขององค์กรและหน่วยงานในการให้บริการ เพื่อการป้องกันและจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง
2. ทำความเข้าใจกรอบความคิด เป้าหมาย คำสำคัญ (key words) ความเชื่อมโยงขององค์ประกอบต่างๆ ในแต่ละระบบ และการเชื่อมโยงระหว่างระบบงานต่างๆ ของแบบประเมินให้กระชับ
3. ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ ที่ต้องการ พร้อมทั้งให้เหตุผลที่เลือก (เช่น ทราบ: ทราบเพราะอะไร ไม่ทราบ: ไม่ทราบเพราะอะไร เป็นต้น)
4. ตอบข้อคำถามตามความเป็นจริง ให้สมบูรณ์
5. คำตอบไม่มีถูกหรือผิด ท่านสามารถตอบได้อย่างอิสระ
6. สามารถใช้หน้าว่างได้ หากต้องการเนื้อที่เขียนเพิ่มเติม

การออกแบบระบบบริการ (Delivery system design)

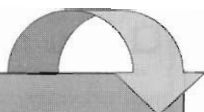


ตารางสรุปประเด็นที่ควรมีในการออกแบบระบบบริการ

ประเด็น เป้าหมาย	กลุ่มปกติ	กลุ่มเสี่ยง		กลุ่มผู้ป่วย		กลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน	
		กลุ่มเสี่ยงต่ำ	กลุ่มเสี่ยงสูง	กลุ่มผู้ป่วยใหม่	กลุ่มผู้ป่วยเก่า	กลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน	กลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง
ข้อมูล - จำนวน/สัดส่วน/อัตรา - วินิจฉัย - ลงทะเบียน	จำนวน, สัดส่วน, อัตราอุบัติการณ์และความชุก						
แนวทางการจัดการ วิธีการ - รักษา - สนับสนุน - ให้ความรู้ - เฝ้าระวัง	- Health surveillance - Health promotion - Health prevention			- ปรับพฤติกรรม - ยา - การติดตามอย่างสม่ำเสมอ - ระบบการส่งต่อ - การเยี่ยมบ้าน - สนับสนุนการพึ่งตนเอง/กลุ่มเรียนรู้/กลุ่มช่วยเหลือ		- การค้นหาและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน - ป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน - สนับสนุนการพึ่งตนเอง/กลุ่มเรียนรู้/กลุ่มช่วยเหลือ - ให้การสนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพ	
ผู้มีส่วนร่วม - ผู้ป่วย - ชุมชน - ญาติผู้ป่วย - ห้องถิ่น - บุคลากรทางการแพทย์	Multidisciplinary team						
ผลลัพธ์	- เพิ่มคุณภาพชีวิต - ลด/ไม่เกิดปัจจัยเสี่ยง	- ตระหนักต่อวิธีการลดเสี่ยงและปฏิบัติตนลดเสี่ยง - กลุ่มเสี่ยงลดลง	- อุบัติการณ์กลุ่มป่วยลดลง - ควบคุมโรคเป้าหมายและปฏิบัติตนลดเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อน - กลุ่มมีภาวะแทรกซ้อนลดลง	- ส่งเสริมคุณภาพชีวิต - อุบัติการณ์กลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนลดลง - ลดอัตราความพิการและการสูญเสียชีวิต - ผู้ป่วยที่มีเตรียมโรคแทรกซ้อนระยะสุดท้ายเตรียมตัวตายอย่างมีศักดิ์ศรีและสงบ			

1) ประเด็นในการประเมินความพร้อมในการออกแบบระบบบริการ (Delivery System Design)

ก. ข้อมูลสำคัญ



1. ทราบสถานการณ์ประชากรทุกกลุ่มในพื้นที่หรือไม่ อย่างไร ได้แก่

1.1 ประชากรทั้งหมดในพื้นที่ที่รับผิดชอบเพื่อจะทำให้ทราบโครงสร้างของประชากรและนำไปวางแผนในการให้บริการได้

☐ ทราบ : จำนวนประชากรทั้งหมดในพื้นที่ที่รับผิดชอบมีจำนวนคน

☐ ไม่ทราบ : ไม่ทราบเพราะเหตุใด (ระบุ)

1.2 ประชากรกลุ่มเสี่ยง (ตาม criteria ของ สปสช.) ต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

☐ ทราบ : จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่รับผิดชอบ (กรณารอกข้อ 2.4 หน้า 6)

☐ ไม่ทราบ : ไม่ทราบเพราะเหตุใด (ระบุ)

1.3 กลุ่มป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

☐ ทราบ : จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ในพื้นที่รับผิดชอบ

เบาหวาน.....คน ความดันฯ.....คน เบาหวานและความดันฯ.....คน

☐ ไม่ทราบ : ไม่ทราบเพราะเหตุใด (ระบุ)

1.4 กลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

☐ ทราบ : จำนวนกลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ในพื้นที่รับผิดชอบ

เบาหวาน.....คน ความดันฯ.....คน

☐ ไม่ทราบ : ไม่ทราบเพราะเหตุใด (ระบุ)

1.5 ประเด็น/ข้อเสนอแนะอื่นๆ ด้านสถานการณ์ประชากรในกลุ่มพื้นที่

2. ทราบสถานการณ์ประชากรกลุ่มเสี่ยงได้รับการจัดการหรือไม่ อย่างไร เช่น

2.1 ทราบกระบวนการในการค้นหาและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงรวมถึงเทคนิคต่างที่ใช้หรือไม่ อะไรบ้าง

- ☐ ทราบ: กระบวนการที่ใช้คือ
- ☐ ไม่ทราบ: ไม่ทราบเพราะเหตุใด (ระบุ)
- เนื่องจาก (ระบุ).....

2.2 จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการลงทะเบียนว่ามีความครอบคลุมทั้งพื้นที่หรือไม่และมีกระบวนการจัดการกับกลุ่มเสี่ยงที่ได้ค้นหาหรือไม่

- ☐ จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงมีความครอบคลุมทั้งพื้นที่
- ☐ จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยง ไม่ ครอบคลุมทั้งพื้นที่ (ครอบคลุมร้อยละ.....ของประชากรในพื้นที่)
- ☐ มีกระบวนการจัดการกับกลุ่มเสี่ยง ได้แก่
- ☐ ไม่ มีกระบวนการจัดการกับกลุ่มเสี่ยง เนื่องจาก (ระบุ).....

2.3 วิธีการที่ใช้ในประเมิน การจัดการ และสื่อสารความเสี่ยงมีอะไรบ้าง ให้ยกตัวอย่างพร้อมทั้งบอกข้อดีข้อเสีย

วิธีการที่ใช้ในประเมิน การจัดการ และสื่อสารความเสี่ยง ได้แก่

2.4 จำนวนและประเภทของประชากรกลุ่มเสี่ยงมีอะไรบ้าง ซึ่งเป็นประโยชน์ในการวางแผนจัดการกับกลุ่มเสี่ยงได้

- | | |
|---|--|
| ☐ มีประวัติความดันโลหิตสูง.....คน | ☐ ภาวะน้ำตาลในเลือด 100-125 มก./ดล.คน |
| ☐ มีดัชนีมวลกาย (BMI) ≥ 25คน | ☐ มีประวัติญาติสายตรง.....คน |
| ☐ <u>ชาย</u> มีรอบพุง ≥ 90 ซม.คน | ☐ <u>หญิง</u> มีรอบพุง ≥ 80 ซม.คน |
| ☐ มี Triglyceride (TG) ≥ 250 มก./ดล.คน | ☐ มี HDL < 35 มก./ดล.คน |
- ☐ ประเภทของประชากรกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ

2.5 ทราบจำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการจัดการ เช่น มีการจัดอบรมให้คำแนะนำในการลดน้ำหนัก การบริโภคอาหารที่ถูกต้อง การออกกำลังกาย เป็นต้น	
☐ ทราบ: จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการจัดการมีจำนวน คน	
☐ ไม่ทราบ: ไม่ทราบเพราะเหตุใด (ระบุ)	
2.6 จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงที่เปลี่ยนเป็นกลุ่มป่วยและกลุ่มปกติ ซึ่งจะบ่งถึงประสิทธิผลของกระบวนการจัดการว่ามีประสิทธิผลแค่ไหน	
☐ ทราบ: จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงที่เปลี่ยนเป็นกลุ่ม <u>ป่วย</u>	
กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน เป็นกลุ่มป่วย.....คน	กลุ่มเสี่ยงความดันฯ เป็นกลุ่มป่วย.....คน
☐ ทราบ: จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงที่เปลี่ยนเป็นกลุ่ม <u>ปกติ</u>	
☐ ภาวะน้ำตาลในเลือดลดลงจาก 100-125 มก./ดล. เป็นปกติ (<100 มก./ดล.)คน	☐ ความดันโลหิตสูงลดลงจาก 120-139 และ 80-89 มม.ปรอท เป็น ปกติ (120/80 มม.ปรอท)คน
☐ มีดัชนีมวลกาย (BMI) ลดลงจาก ≥ 25 เป็น < 25คน	☐ ชาย มีรอบพุงลดลงจาก ≥ 90 ซม. เป็น < 90 ซม.คน
☐ หญิง มีรอบพุงลดลงจาก ≥ 80 ซม. เป็น < 80 ซม.คน	☐ มี Triglyceride (TG)ลดลงจาก ≥ 250 มก./ดล. เป็น < 250 มก./ดล.คน
☐ มี HDL เพิ่มขึ้นจาก < 35 มก./ดล. เป็น ≥ 35 มก./ดล.คน	
☐ ไม่ทราบ: ไม่ทราบเพราะเหตุใด (ระบุ)	
2.7 ประเด็น/ข้อเสนอแนะอื่นๆ ด้านสถานการณ์ประชากรกลุ่มเสี่ยง	
.....	
.....	
.....	
.....	



3. ทราบสถานการณ์การไปประชากรกลุ่มป่วยได้รับการจัดการหรือไม่ อย่างไร เช่น	
3.1 ทราบสถานการณ์ของกลุ่มป่วย ได้แก่ อัตรา/อุบัติการณ์การเกิดโรค ความชุกของโรค	
☐ ทราบ: อุตบัติการณ์การเกิดโรค (คนไข้ใหม่/100,000 ใน 1 ปี หรือแต่ละปี)	
เบาหวาน.....	ต่อแสนประชากร
☐ ทราบ: ความชุกการเกิดโรค (ร้อยละ ต่อจำนวนประชากรทั้งหมดในพื้นที่ที่รับผิดชอบ)	
เบาหวาน ร้อยละ.....	ความดันฯ.....
☐ ไม่ทราบ: ไม่ทราบเพราะเหตุใด (ระบุ)	
3.2 จำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนครอบคลุมหรือไม่ และครอบคลุมแค่ไหน (ให้บอกเป็นร้อยละ) และจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการว่าครอบคลุมผู้ป่วยทั้งหมดหรือไม่	
โรคเบาหวาน	
☐ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนมีความครอบคลุมทั้งพื้นที่	
☐ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน ไม่ ครอบคลุมทั้งพื้นที่ (ครอบคลุมร้อยละ.....ของผู้ป่วยทั้งหมด) เนื่องจาก (ระบุ).....	
ความดันโลหิตสูง	
☐ จำนวนผู้ป่วยความดันฯ ที่ขึ้นทะเบียนมีความครอบคลุมทั้งพื้นที่	
☐ จำนวนผู้ป่วยความดันฯ ที่ขึ้นทะเบียน ไม่ ครอบคลุมทั้งพื้นที่ (ครอบคลุมร้อยละ....ของผู้ป่วยทั้งหมด) เนื่องจาก (ระบุ).....	
โรคเบาหวาน	
☐ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการจัดการครอบคลุมผู้ป่วยทั้งหมด	
☐ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการจัดการ ไม่ ครอบคลุมผู้ป่วยทั้งหมด (ครอบคลุมร้อยละ.....ของผู้ป่วยทั้งหมด) เนื่องจาก (ระบุ).....	
ความดันโลหิตสูง	
☐ จำนวนผู้ป่วยความดันฯ ที่ได้รับการจัดการครอบคลุมผู้ป่วยทั้งหมด	
☐ จำนวนผู้ป่วยความดันฯ ที่ได้รับการจัดการ ไม่ ครอบคลุมผู้ป่วยทั้งหมด (ครอบคลุมร้อยละ.....ของผู้ป่วยทั้งหมด) เนื่องจาก (ระบุ).....	

3.3 วิธีการจัดการกับผู้ป่วย เช่น การบริการด้านการรักษา การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การให้คำปรึกษา ได้แก่อะไรบ้าง

- ☐ วิธีการจัดการกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่
- ☐ วิธีการจัดการกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้แก่
- ☐ ไม่ทราบ วิธีการจัดการกับผู้ป่วยเพราะ (ระบุ)

3.4 ตัวชี้วัดประสิทธิผลของวิธจัดการป้องกันและควบคุมโรคกับผู้ป่วยของจังหวัดเป็นอย่างไร

อุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (☐ เพิ่มขึ้น/☐ ลดลง) ที่..... จากปี 255.....
เป็น.....ในปี 255..... (ต่อแสนประชากร)

๖. ผู้ดำเนินการผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (☐ เพิ่มขึ้น/☐ ลดลง) ที่..... จากปี 255.....
 เป็น.....ในปี 255..... (ต่อแสนประชากร)

ความชุกของโรคเบาหวาน (☐ เพิ่มขึ้น/☐ ลดลง) ที่ร้อยละ..... จากปี 255.....
เป็นร้อยละ.....ในปี 255..... (ต่อประชากรทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบ)

ความชุกของความดันโลหิตสูง (☐ เพิ่มขึ้น/☐ลดลง) ที่ร้อยละ..... จากปี 255.....
เป็นร้อยละ.....ในปี 255..... (ต่อประชากรทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบ)

ผลของการดำเนินงานตามนโยบายลดความแออัดในโรงพยาบาลพบว่า

- ผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในความดูแลโรงพยาบาล **ลดลงจาก** ร้อยละ..... จากก่อนเริ่มโครงการ (ปี 255.....) เป็นร้อยละ.....ในปี 255..... (ต่อคนไข้เบาหวานทั้งหมดที่โรงพยาบาลรับผิดชอบ)
- ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่อยู่ในความดูแลโรงพยาบาล **ลดลงจาก** ร้อยละ.....จากก่อนเริ่มโครงการ (ปี 255.....) เป็นร้อยละ.....ในปี 255..... (ต่อคนไข้ความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่โรงพยาบาลรับผิดชอบ)

หมายเหตุ:

- สูตรการคำนวณร้อยละของจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง คือ

$$A = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่อยู่ในความดูแลโรงพยาบาล}}{\text{ในปีก่อนเริ่มโครงการ}} \times 100$$

$$B = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่อยู่ในความดูแลโรงพยาบาล} \text{ ล่าสุด} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงทั้งหมดในพื้นที่ที่โรงพยาบาลรับผิดชอบ}}$$

- เป้าหมายที่จังหวัดสกลนครตั้งไว้ในปี 2551 คือ ผลต่างของร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่อยู่ในความดูแลโรงพยาบาลจากปีก่อนเริ่มโครงการฯ **(A-B) ลดลงร้อยละ 50** ของผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่โรงพยาบาลรับผิดชอบ

คัดกรองเบาหวานกับประชากรที่มีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป ได้ร้อยละของประชากรทั้งหมดในพื้นที่
คัดกรองความดันโลหิตสูงกับประชากรที่มีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป ได้ร้อยละ....ของประชากรทั้งหมดในพื้นที่
หลังจากการคัดกรองเบาหวานพบว่า - มีจำนวนกลุ่มเสี่ยงทั้งหมดคน - กลุ่มเสี่ยงได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมคน ต่อปี - มีจำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนเป็นเบาหวานทั้งหมดคน
หลังจากการคัดกรองความดันโลหิตสูงพบว่า - มีจำนวนกลุ่มเสี่ยงทั้งหมดคน - กลุ่มเสี่ยงได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมคน ต่อปี - มีจำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนเป็นความดันโลหิตสูงทั้งหมดคน
จำนวนผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น (☐ เกินกว่า/ ☐ ไม่เกิน) ร้อยละ 10 ของปีที่แล้ว (255....)
จำนวนผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาด้วยความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น (☐ เกินกว่า/ ☐ ไม่เกิน) ร้อยละ 10 ของปีที่แล้ว (255....)
จำนวนผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาด้วยโรคอัมพฤกษ์/อัมพาตเพิ่มขึ้น (☐ เกินกว่า/ ☐ ไม่เกิน) ร้อยละ 10 ของปีที่แล้ว (255....)
คนไข้เบาหวานระดับดี (มีระดับน้ำตาล 70-130 มก./ดล.) มีจำนวน..... คน คนไข้ความดันโลหิตสูงระดับดี (130/80 มิลลิเมตรปรอท) มีจำนวน..... คน อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น (☐ เกินกว่า/☐ ไม่เกิน) ร้อยละ 10 ของปีที่แล้ว (255....)
3.5 ประสิทธิภาพของวิธีการป้องกันและควบคุมโรคกับผู้ป่วยตามตัวชี้วัดของจังหวัด มีประสิทธิภาพ มากน้อยเพียงใด เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนาวิธีการและเครื่องมือในการจัดการกับผู้ป่วย ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
☐ ตัวชี้วัดมีความเหมาะสมในการวัดประสิทธิผลการป้องกันและจัดการโรค ☐ ตัวชี้วัด ไม่ เหมาะสมในการวัดประสิทธิผลการป้องกันและจัดการโรค เนื่องจาก ระบุตัวชี้วัดที่ท่านเห็นว่าสมควรเพิ่มเติม.....
3.6 วิธีการเฝ้าระวังและค้นหาภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วย ได้แก่อะไรบ้าง
วิธีการเฝ้าระวังและค้นหาภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วย ได้แก่.....

3.7 ประเด็น/ข้อเสนอแนะอื่นๆ ด้านสถานการณ์ประชากรกลุ่มป่วย



4. ทราบสถานการณ์ประชากรกลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนได้รับการจัดการหรือไม่ อย่างไร เช่น

4.1 อัตราอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อน/พิการ (คนไข้รายใหม่ /100,000 ในปีหรือแต่ละปี)

เบาหวาน

- ☐ อุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนทางตา เท่ากับ.....ต่อแสนประชากร
- ☐ อุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนทางไต เท่ากับ.....ต่อแสนประชากร
- ☐ อุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท เท่ากับ.....ต่อแสนประชากร
- ☐ อุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดง เท่ากับ.....ต่อแสนประชากร
- ☐ อุบัติการณ์ความพิการ ต้องตัดอวัยวะ เท่ากับ.....ต่อแสนประชากร
- ☐ อุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง เท่ากับ.....ต่อแสนประชากร
- ☐ อุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ (ระบุอัตราอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนนั้นด้วย)

ความดันโลหิตสูง

- ☐ อุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจ เท่ากับ.....ต่อแสนประชากร
- ☐ อุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนทางไต เท่ากับ.....ต่อแสนประชากร
- ☐ อุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนเป็นอัมพาต เท่ากับ.....ต่อแสนประชากร
- ☐ อุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง เท่ากับ.....ต่อแสนประชากร
- ☐ อุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ (ระบุอัตราอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนนั้นด้วย)

4.2 ความชุกของการเกิดภาวะแทรกซ้อน/พิการ

เบาหวาน

- ☐ ความชุกของภาวะแทรกซ้อนทางตา เท่ากับร้อยละ.....ของประชากรทั้งหมด
- ☐ ความชุกของภาวะแทรกซ้อนทางไต เท่ากับร้อยละ.....ของประชากรทั้งหมด
- ☐ ความชุกของภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท เท่ากับร้อยละ.....ของประชากรทั้งหมด
- ☐ ความชุกของภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดง เท่ากับร้อยละ.....ของประชากรทั้งหมด
- ☐ ความชุกของความพิการ/ต้องตัดอวัยวะ เท่ากับร้อยละ.....ของประชากรทั้งหมด
- ☐ ความชุกของภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง เท่ากับร้อยละ.....ของประชากรทั้งหมด

☐ ความซุกของภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ (ระบุความซุกของภาวะแทรกซ้อนนั้นด้วย)

ความดันโลหิตสูง

☐ ความซุกของภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจ เท่ากับร้อยละ.....ของประชากรทั้งหมด

☐ ความซุกของภาวะแทรกซ้อนทางไต เท่ากับร้อยละ.....ของประชากรทั้งหมด

☐ ความซุกของภาวะแทรกซ้อนเป็นอัมพาต เท่ากับร้อยละ.....ของประชากรทั้งหมด

☐ ความซุกของภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง เท่ากับร้อยละ.....ของประชากรทั้งหมด

☐ ความซุกของภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ (ระบุความซุกของภาวะแทรกซ้อนนั้นด้วย)

☐ **ไม่ทราบ** อัตราอุบัติการณ์และความซุกของการเกิดภาวะแทรกซ้อน/การพิการ เนื่องจาก.....

4.3 วิธีการในการป้องกันและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน

4.4 อัตราการสูญเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน

โรคเบาหวาน ร้อยละ.....ต่อจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่พื้นที่รับผิดชอบ

ความดันโลหิตสูง ร้อยละ.....ต่อจำนวนผู้ป่วยความดันฯ ทั้งหมดที่พื้นที่รับผิดชอบ

☐ **ไม่ทราบ** อัตราการสูญเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน เนื่องจาก.....

4.5 วิธีการเตรียมผู้ป่วยให้ตายอย่างมีศักดิ์ศรีและสงบ

4.6 ประเด็น/ข้อเสนอแนะอื่นๆ ด้านสถานการณ์ประชากรกลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน





ข. กระบวนการสำคัญเพื่อเตรียมความพร้อมในการออกแบบระบบบริการ

1. มีการเตรียมความพร้อมในเรื่องทุน เครื่องมือ และบุคลากร (ทักษะและความรู้) หรือไม่อย่างไร

- ☐ มีการเตรียมความพร้อมในเรื่องทุน ได้แก่ (ระบุ).....
- ☐ มีการเตรียมความพร้อมในเรื่องเครื่องมือ ได้แก่ (ระบุ).....
- ☐ มีการเตรียมความพร้อมในเรื่องบุคลากร เช่น การเพิ่มพูนทักษะ ได้แก่ (ระบุ).....
- ☐ **ไม่** มีการเตรียมความพร้อม เนื่องจาก.....

2. มีการเน้นกลุ่มเป้าหมายประชากรกลุ่มใดเป็นส่วนใหญ่ ให้เหมาะสมกับความสามารถของสถานบริการ และบริบทของชุมชน เช่น กลุ่มป่วย กลุ่มเสี่ยง กลุ่มประชากรทั่วไป หรือกลุ่มผู้ป่วยที่คุมไม่ได้

ระบุกลุ่มเป้าหมายประชากรของพื้นที่.....

3. ระบบการคัดกรอง เน้นเป้าหมายในเรื่องใด ทำอย่างไร

ระบุเป้าหมายของระบบคัดกรอง และวิธีการไปสู่เป้าหมายนั้น.....

4. มีระบบการนัดติดตามกลุ่มเป้าหมายหรือไม่อย่างไร

- ☐ มีระบบการนัดติดตามกลุ่มเป้าหมาย
- ☐ **ไม่** มีระบบการนัดติดตามกลุ่มเป้าหมาย เนื่องจาก.....

5. มีการออกแบบให้หน่วยบริการแต่ละระดับ ทั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และครอบครัว ชุมชน มีบทบาทร่วมในการให้บริการด้วยหรือไม่ มีบทบาทอย่างไร การจัดระบบเพื่อให้มีการดูแลที่ต่อเนื่อง ทั้งในด้านการจัดระบบเตือน หรือการติดตามเยี่ยมบ้านมีหรือไม่ ดำเนินอย่างไร มีผู้ทบทวนอย่างต่อเนื่อง ชัดเจนหรือไม่

- ☐ มีการออกแบบให้หน่วยบริการแต่ละระดับมีบทบาทร่วมในการให้บริการ
- ระบุบทบาทของแต่ละหน่วยบริการ.....

☐ มีการจัดระบบเพื่อให้มีการดูแลที่ต่อเนื่อง ทั้งในด้านการจัดระบบเตือน หรือการติดตามเยี่ยมบ้าน
ระบุวิธีการดำเนินการจัดระบบการดูแลต่อเนื่อง.....

☐ มีกระบวนการทบทวนอย่างต่อเนื่อง ชัดเจน
ระบุกระบวนการทบทวนอย่างต่อเนื่อง.....

6. การจัดระบบส่งต่อ ทั้งไป และกลับ ดำเนินการอย่างไร ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ง่าย และได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง มีคุณภาพหรือไม่

ระบุวิธีการจัดระบบส่งต่อ ทั้งไป และกลับ.....

☐ ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ง่าย และได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง มีคุณภาพ

☐ ผู้ป่วย **ไม่สามารถ** เข้าถึงบริการ และการดูแลได้ เนื่องจาก

7. การจัดระบบบริการ ได้มีการวางแผนหรือออกแบบระบบ ที่เน้นสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสามารถในการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร

☐ มีการวางแผนหรือออกแบบระบบบริการที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสามารถในการจัดการตนเอง

☐ **ไม่** มีการวางแผนหรือออกแบบระบบบริการที่สนับสนุนการจัดการตนเอง เนื่องจาก

8. มีการประเมิน ตรวจสอบ ปรับปรุงระบบหรือไม่อย่างไร

☐ มีการประเมิน ตรวจสอบ ปรับปรุงระบบ

☐ **ไม่** มีการประเมิน ตรวจสอบ ปรับปรุงระบบ เนื่องจาก.....

9. ประเด็น/ข้อเสนอแนะอื่นๆ ด้านการเตรียมความพร้อมในการออกแบบระบบบริการ

.....

.....

.....

.....



ค. ผู้มีส่วนร่วม/ภาคีเครือข่าย



1. ผู้มีส่วนร่วม/ภาคีเครือข่ายของท่านได้แก่หน่วยงานใดบ้าง และมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ในทีมอย่างชัดเจนหรือไม่

ระบุผู้มีส่วนร่วม/ภาคีเครือข่าย และบทบาทหน้าที่

- 1 หน้าที่.....
- 2 หน้าที่.....
- 3 หน้าที่.....
- 4 หน้าที่.....
- 5 หน้าที่.....
- 6 หน้าที่.....
- 7 หน้าที่.....

☐ ไม่ มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ในทีมอย่างชัดเจน เนื่องจาก.....

2. มีการแจ้งให้ผู้มีส่วนร่วมรับทราบถึงนโยบาย และแนวทางปฏิบัติที่ควรทราบหรือไม่ อย่างไร

☐ มีการแจ้งให้ผู้มีส่วนร่วมรับทราบถึงนโยบาย และแนวทางปฏิบัติที่ควรทราบ
ระบุวิธีการแจ้งให้ผู้มีส่วนร่วมรับทราบ.....

☐ ไม่ มีการแจ้งให้ผู้มีส่วนร่วมรับทราบ เนื่องจาก.....

3. มีกระบวนการในการกระตุ้นให้ผู้มีส่วนร่วมมีกำลังใจในการปฏิบัติงานหรือไม่ อย่างไร

☐ มีกระบวนการในการกระตุ้นให้ผู้มีส่วนร่วมมีกำลังใจในการปฏิบัติงาน
ระบุกระบวนการกระตุ้นให้ผู้มีส่วนร่วมมีกำลังใจในการปฏิบัติงาน.....

☐ ไม่ มีกระบวนการในการกระตุ้นให้ผู้มีส่วนร่วมมีกำลังใจในการปฏิบัติงาน เนื่องจาก.....

4. ผู้มีส่วนร่วมเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติได้หรือไม่ อย่างไร

- ☐ ผู้มีส่วนร่วมเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติได้
- ☐ ผู้มีส่วนร่วม ไม่ สามารถปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติได้ เนื่องจาก

5. มีการจัดระบบหรือวางแผน โดยคำนึงถึงบทบาทของชุมชน ท้องถิ่น หรือเชื่อมโยงกับองค์กรชุมชน กับ อปท. ให้มีบทบาท และมีส่วนร่วม ด้วยอย่างไรหรือไม่ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ มีการสนับสนุนการจัดการบริการของโรงพยาบาลชุมชนขึ้นไป เพื่อลดเสี่ยงในชุมชน ให้ข้อมูลข่าวสาร ส่งเสริมทักษะ ที่ทำให้ชุมชนจัดการลดโอกาสการเกิดปัจจัยเสี่ยงได้
- ☐ ประชากรเป้าหมายได้รับการจัดการอย่างถูกต้องและมีคุณภาพแบบองค์รวมจากทีมแพทย์และ เจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
- ☐ อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขช่วยกันคัดกรองหากกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มป่วย
- ☐ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นตัวเชื่อมระหว่าง โรงพยาบาลและชุมชนในด้านต่างๆ
- ☐ ชุมชนมีการสร้างพฤติกรรมชีวิตเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยมี บุคลากรทางสาธารณสุขเป็นผู้ส่งเสริม
- ☐ ชุมชนมีบทบาทในการเกื้อหนุนให้ระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานสามารถขับเคลื่อนได้ เช่น พระเทศนา สั่งสอนให้คนในชุมชนหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง
- ☐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรเอกชนอื่นๆ ช่วยสนับสนุนในด้านงบประมาณ
- ☐ ครู ได้อบรมสั่งสอนบุตรหลานของคนในชุมชนให้มีความรู้เรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่ดีป้องกัน โรคเบาหวานให้แก่เด็กเรียนได้ และสามารถส่งความรู้ผ่านเด็กไปยังพ่อ แม่ และญาติผู้ใหญ่
- ☐ บุคคลต้นแบบ หรือผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีที่สามารถเป็นแบบอย่างในการ สร้างพฤติกรรมใหม่อยู่กับเบาหวานได้อย่างปกติสุข
- ☐ ประเด็น/ข้อเสนอแนะอื่นๆ

6. มีการประสานงานกันในทีมผู้มีส่วนร่วมหรือไม่อย่างไร

- ☐ มีการประสานงานกันในทีมผู้มีส่วนร่วม
ระบุวิธีการประสานงาน.....
- ☐ ไม่ มีการประสานงานกันในทีมผู้มีส่วนร่วม เนื่องจาก.....

7. มีการกำหนดหัวหน้าทีมผู้มีส่วนร่วมอย่างชัดเจนหรือไม่อย่างไร

- ☐ มีการกำหนดหัวหน้าทีมผู้มีส่วนร่วมอย่างชัดเจน
- ☐ ไม่ มีการกำหนดหัวหน้าทีมผู้มีส่วนร่วม เนื่องจาก.....

8. ประเด็น/ข้อเสนอแนะอื่นๆ ด้านผู้มีส่วนร่วม/ภาคีเครือข่าย

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

หมายเหตุ:

ผลลัพธ์ ได้แก่

พฤติกรรมเสี่ยงลดลง

กลุ่มเสี่ยงลดลง

อุบัติการณ์กลุ่มป่วยลดลง

ผู้ป่วยติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง

เพิ่มคุณภาพชีวิตของประชากร

ค่าใช้จ่ายต่อผู้ป่วยต่อรายและค่าใช้จ่ายโดยรวมลดลง

สถานะทางสุขภาพดีขึ้น

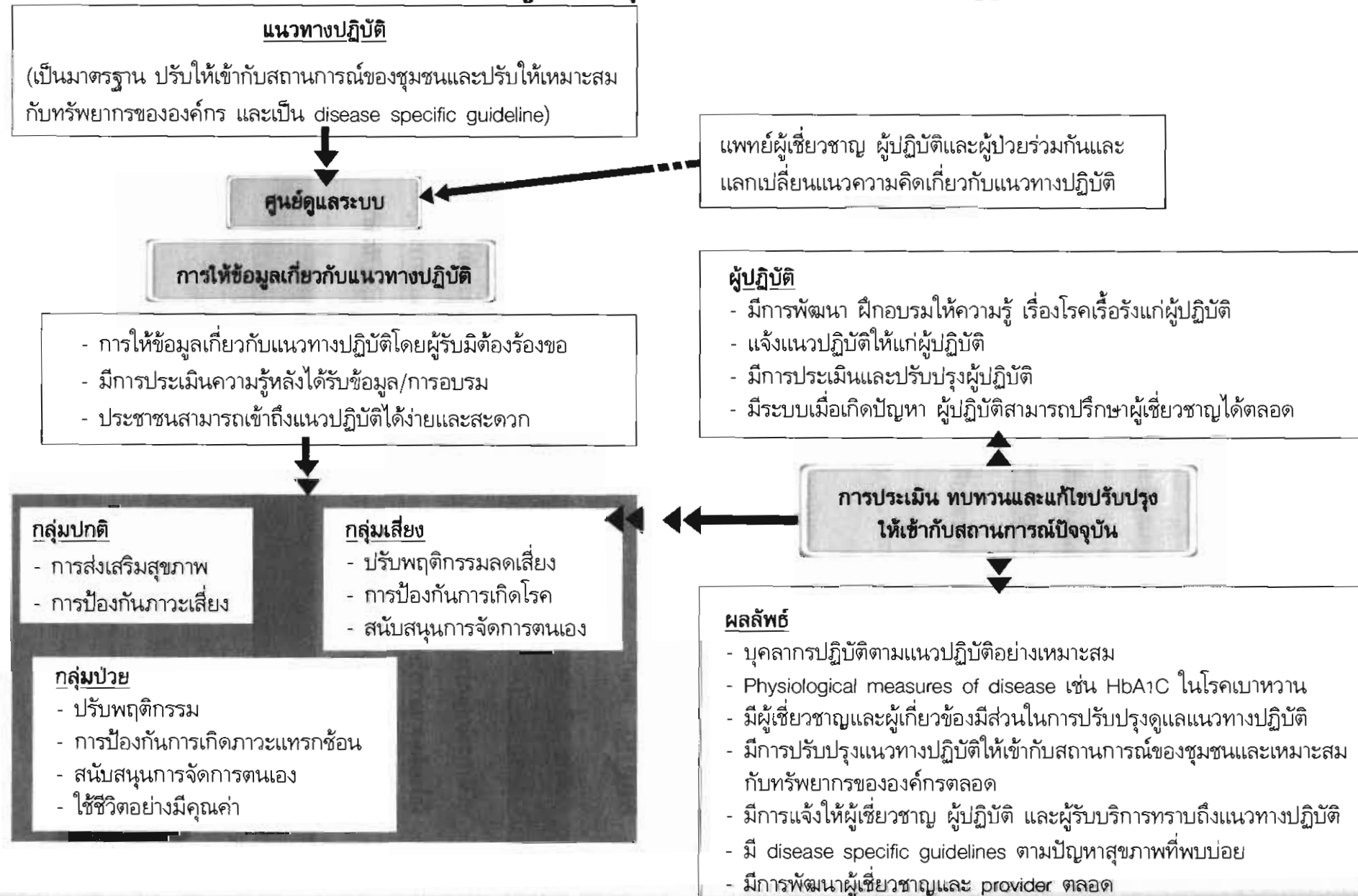
กลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนลดลง

ลดอัตราความพิการและการสูญเสียชีวิตจากโรค

ความพึงพอใจในการรับบริการ



ระบบข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision Support)



หลักในการจัดทำระบบสนับสนุนการตัดสินใจ



ระบบสนับสนุนการตัดสินใจที่สนับสนุนการบริการดูแลที่ดีนั้น จะต้องมีความรู้พื้นฐานอ้างอิงทางวิทยาศาสตร์ ร่วมกับผู้ป่วยจะต้องมีความชอบในระบบสนับสนุนการตัดสินใจนั้นด้วย ซึ่งระบบสนับสนุนการตัดสินใจไม่ใช่แนวทางปฏิบัติ (guideline) เท่านั้น แต่เป็นข้อมูลที่สามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง รวมถึงมีสิทธิในการตัดสินใจในการให้บริการรวมถึงมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา ระบบสนับสนุนการตัดสินใจควรประกอบด้วย

- * ให้นำแนวทางเวชปฏิบัติที่มีหลักฐานอ้างอิงที่น่าเชื่อถือนำมาใช้ในการบริการทุกวัน
- * มีการประสานกันระหว่างผู้เชี่ยวชาญและเจ้าหน้าที่สถานบริการปฐมภูมิ
- * มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางด้านความรู้และทักษะ
- * มีการให้ข้อมูลแก่ประชาชน
- * มีการประเมินและปรับปรุงระบบสนับสนุนการตัดสินใจเป็นระยะๆ



II) ประเด็นในการประเมินระบบข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision Support)

1. มีนโยบายหรือแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนหรือไม่ อย่างไร

☐ มีนโยบายหรือแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน

ระบุนโยบายหรือแนวทางปฏิบัติที่สำคัญ.....

☐ **ไม่** มีนโยบายหรือแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน เนื่องจาก.....

2. มีแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน (กระทรวงสาธารณสุขหรือ สปสช.) และปรับให้เข้ากับสถานการณ์ของชุมชนและปรับให้เหมาะสมกับทรัพยากรขององค์กร

☐ มีแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

☐ ปรับให้เข้ากับสถานการณ์ของชุมชน

☐ ปรับให้เหมาะสมกับทรัพยากรขององค์กร

☐ **ไม่** มีแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม เนื่องจาก.....

3. มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติแก่ผู้ให้บริการ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (แพทย์เฉพาะทาง) ผู้ป่วย และเครือข่ายชุมชนหรือไม่อย่างไร

☐ มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติดังกล่าว

☐ **ไม่** มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติ เนื่องจาก

4. ผู้ให้บริการ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (แพทย์เฉพาะทาง) และผู้ป่วย มีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนแนวคิดเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติหรือไม่ อย่างไร

- ☐ มีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนแนวคิดเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติ
- ☐ *ไม่* มีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนแนวคิดเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติ เนื่องจาก
-

5. มีการพัฒนา ฝึกอบรมให้ความรู้เรื่องโรคเรื้อรังแก่ผู้ให้บริการ รวมถึงมีการประเมินและปรับปรุงผู้ปฏิบัติหรือไม่ อย่างไร

☐ มีการพัฒนา ฝึกอบรมให้ความรู้เรื่องโรคเรื้อรังแก่ผู้ให้บริการ
ระบบการพัฒนา ฝึกอบรมให้ความรู้เรื่องโรคเรื้อรังที่ได้รับ

.....

☐ *ไม่* มีการพัฒนา ฝึกอบรมให้ความรู้ เนื่องจาก

.....

☐ มีการประเมินและปรับปรุงผู้ให้บริการ
ระบบการประเมินและปรับปรุงผู้ให้บริการ

.....

☐ *ไม่* มีการประเมินและปรับปรุงผู้ปฏิบัติ เนื่องจาก

.....

6. มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (แพทย์เฉพาะทาง) คอยดูแลและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับระบบหรือไม่ อย่างไร

☐ มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (แพทย์เฉพาะทาง) คอยดูแลและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับระบบ (หากมีกรุณากรอก ข้อ 7 ข้างต่อไป)

☐ *ไม่* มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (แพทย์เฉพาะทาง) คอยดูแลและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับระบบ เนื่องจาก.....

.....

กรณีที่ไม่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (แพทย์เฉพาะทาง) คอยดูแลและให้คำปรึกษา ผู้ใด เป็นผู้ดูแลและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับระบบดังกล่าว (ระบุ)

7. เมื่อเกิดปัญหาเกี่ยวกับระบบ ผู้ให้บริการสามารถปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (แพทย์เฉพาะทาง) โดยวิธีใด ตลอดเวลาหรือไม่

วิธีการปรึกษากับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (แพทย์เฉพาะทาง) ของผู้ปฏิบัติ ทำได้โดย

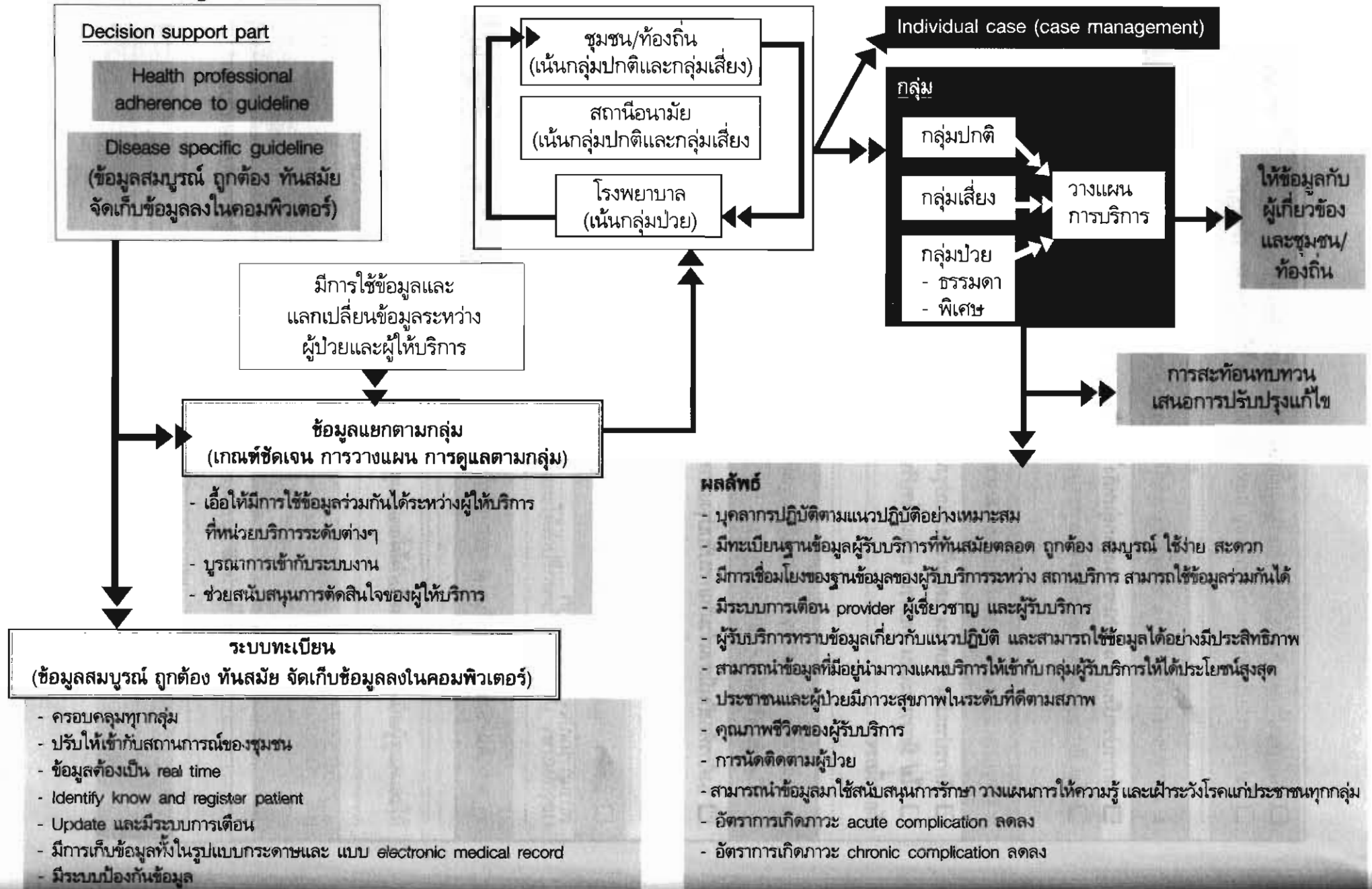
.....

.....

☐ สามารถปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (แพทย์เฉพาะทาง) ได้ตลอดเวลา ☐ ไม่ สามารถปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (แพทย์เฉพาะทาง) ได้ตลอดเวลา เนื่องจาก.....
8. มีการประเมินความรู้ประชาชนทุกกลุ่มหลังได้รับข้อมูล/การอบรมหรือไม่ อย่างไร
☐ มีการประเมินความรู้ประชาชนทุกกลุ่มหลังได้รับข้อมูล/การอบรม ☐ ไม่ มีการประเมินความรู้ประชาชนทุกกลุ่มหลังได้รับข้อมูล/การอบรม เนื่องจาก
9. มีการประเมิน ทบทวน และแก้ไขปรับปรุงแนวทางปฏิบัติให้เข้ากับสถานการณ์ปัจจุบันและถูกต้องหรือไม่
☐ มีการประเมิน ทบทวน และแก้ไขปรับปรุงแนวทางปฏิบัติให้เข้ากับสถานการณ์ปัจจุบันและถูกต้อง ☐ ไม่ มีการประเมิน ทบทวน และแก้ไขปรับปรุงแนวทางปฏิบัติให้เข้ากับสถานการณ์ปัจจุบันและถูกต้อง เนื่องจาก
10. องค์กรท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการปรับปรุงแนวทางปฏิบัติเพื่อให้เข้ากับสภาพชุมชนและสถานการณ์ปัจจุบันหรือไม่ อย่างไร
☐ องค์กรท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการปรับปรุงแนวทางปฏิบัติเพื่อให้เข้ากับสภาพชุมชนและสถานการณ์ปัจจุบัน ตัวอย่างแนวทางปฏิบัติที่องค์กรท้องถิ่นมีส่วนร่วม เช่น..... ☐ องค์กรท้องถิ่น ไม่ มีส่วนร่วมในการปรับปรุงแนวทางปฏิบัติเพื่อให้เข้ากับสภาพชุมชนและสถานการณ์ปัจจุบัน เนื่องจาก
11. ประเด็น/ข้อเสนอแนะอื่นๆ ด้านระบบข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจ



การจัดระบบข้อมูล (Clinical information system)





ระบบข้อมูลข่าวสาร ในสถานพยาบาล เพื่อการจัดการเบาหวาน

ระบบข้อมูลที่ควรจัดเก็บ ประกอบด้วย

1. ทะเบียนประชากรในชุมชนที่รับผิดชอบ ที่แยกเป็นกลุ่มป่วย กลุ่มเสี่ยง กลุ่มปกติ เพื่อวางแผนการจัดกิจกรรมดูแล ป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพ
2. ทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานที่รับบริการที่สถานพยาบาล เพื่อการติดตาม และดูแลต่อเนื่อง ได้อย่างครอบคลุม ในกรณีที่ เป็นโรงพยาบาลควรมีข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมดที่มาใช้บริการ แยกเป็นผู้ป่วยในเขต นอกเขต รวมทั้งผู้ป่วยที่ส่งต่อไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ และผู้ป่วยที่ไปรับบริการที่อื่น แต่ยังมีรายชื่ออยู่ในความรับผิดชอบของเรา
3. ข้อมูลรายบุคคลของผู้รับบริการ เป็นรูปแบบแฟ้มเอกสาร หรือ อยู่ในฐานคอมพิวเตอร์ เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย การป้องกัน และรักษาโรคร่วม และภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน
4. ข้อมูลชุมชน ได้แก่ ลักษณะทาง Genogram ลักษณะบริบททางกายภาพ สภาพเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม วิถีชีวิต และพฤติกรรมที่เป็นภาวะเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวาน คนต้นแบบที่ควบคุมเบาหวานได้ดี ต้นทุนศักยภาพของชุมชน ที่เป็นส่วนการป้องกันโรค และลดภาวะเสี่ยง รวมทั้งศักยภาพในการจัดการตนเองของชุมชน เพื่อใช้ประกอบการวางแผนการดำเนินงาน
5. ข้อมูลที่รวบรวมวิเคราะห์ เป็นรายงาน

สถานการณ์ชุมชน

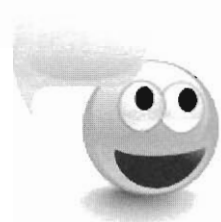
- * สถานการณ์ความเสี่ยงของประชากรในชุมชน
- * อุบัติการณ์ผู้ป่วยใหม่
- * ความชุกของผู้ป่วย

ประเมินผลสถานพยาบาล

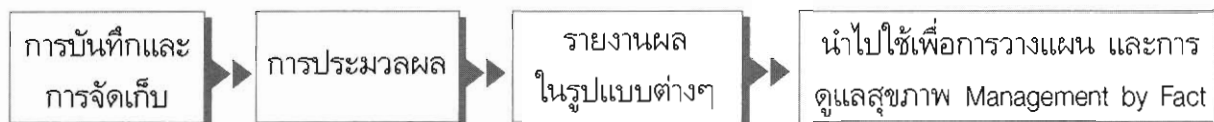
- * สถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมได้
- * ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานที่รับบริการที่สถานพยาบาล
- * อัตราการตายด้วยภาวะที่เกี่ยวข้องกับเบาหวาน

ผลลัพธ์สุขภาพระดับบุคคล

ระดับผลการรักษา แนวโน้มของโรค



การจัดการระบบข้อมูลข่าวสารในคลินิกเบาหวานของบุคคล/ครอบครัว ศูนย์
สุขภาพชุมชน ควรมีการวางแผนอย่างเป็นระบบ โดยเน้นถึงการนำข้อมูลไปใช้
ให้เกิดประโยชน์ ต่อการวางแผน และประเมินการทำงานทั้งระดับบุคคล/ครอบครัว
และการดำเนินการจัดบริการสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดในชุมชน ขั้นตอน
ในการจัดการระบบข้อมูลข่าวสาร



ในกระบวนการพัฒนาระบบข้อมูล ควรมีการวางแผน โดยเริ่มต้นที่การทำงาน ว่าต้องการรายงาน
หรือข้อมูลอะไร เพื่อช่วยการตัดสินใจ แล้วออกแบบการเก็บข้อมูล การประมวลผล และการจัดทำรายงาน
ที่เหมาะสมเพื่อให้รายงานที่ต้องการเนื่องจากบริบทของระบบข้อมูล ในแต่ละแห่งในปัจจุบัน มีการจัดเก็บ
และการประมวลผล การจัดทำรายงาน หลายรูปแบบ จึงจะเสนอแนวคิดตัวอย่าง โครงสร้างระบบรายงาน
และข้อมูลที่จำเป็น โดยแต่ละแห่งสามารถปรับปรุงการจัดการให้ดีขึ้นได้ด้วยตัวเอง

III) ประเด็นในการประเมินระบบการจัดการข้อมูล (Clinical information system)

1. มีระบบทะเบียนข้อมูลของกลุ่มประชากรเป้าหมาย ครอบคลุมประชากรในพื้นที่ ข้อมูลทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม มีความสมบูรณ์ ครบถ้วน มีความทันสมัย เป็นปัจจุบัน และจัดเก็บลงในระบบคอมพิวเตอร์ หรือไม่ อย่างไร
☐ มีระบบทะเบียนข้อมูลของกลุ่มประชากรเป้าหมาย
☐ ไม่ มีระบบทะเบียนข้อมูล เนื่องจาก.....
☐ ทะเบียนข้อมูล ครอบคลุมประชากรในพื้นที่
☐ ทะเบียนข้อมูล ไม่ ครอบคลุมประชากรในพื้นที่เนื่องจาก.....
หาก ไม่ ครอบคลุม ร้อยละของข้อมูลที่มีอยู่คือ.....ต่อกลุ่มประชากรเป้าหมายในพื้นที่
ความสมบูรณ์ของข้อมูล
☐ ข้อมูลมีความสมบูรณ์ทั้งข้อมูลรายบุคคล และรายกลุ่ม
☐ เฉพาะข้อมูลรายบุคคลที่สมบูรณ์
☐ เฉพาะข้อมูลรายกลุ่มที่สมบูรณ์
☐ ข้อมูล ไม่ มีความสมบูรณ์ทั้งข้อมูลรายบุคคล และรายกลุ่ม
ความทันสมัย เป็นปัจจุบันของข้อมูล
☐ ข้อมูล มีความทันสมัย เป็นปัจจุบัน
☐ ข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน เนื่องจาก
โดยจะมีการบันทึกข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน ทุก เดือน

2. รวบรวมข้อมูลพื้นฐานที่กึ่งกลางในระบบทะเบียน มีอะไรบ้าง	
ข้อมูลรายบุคคล	ข้อมูลรายกลุ่ม
☐ ข้อมูลส่วนตัวเช่น ชื่อ นามสกุล เพศ อายุ วันเดือนปีเกิด ที่อยู่ ชุมชน เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน สถานที่รับยาประจำ	☐ แบ่งตามกลุ่ม เช่น กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และกลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน
☐ ข้อมูลเกี่ยวกับโรค (symptom)	☐ จำนวนประชากรในแต่ละกลุ่ม
☐ ข้อมูลทางด้านกายภาพ (sign)	☐ ข้อมูลของพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่ม
☐ ประวัติในอดีตที่เกี่ยวกับการรักษา เช่น โรคประจำตัว ยาที่ใช้ประจำ การแพ้ยา เป็นต้น	☐ สถานการณ์ชุมชนของกลุ่ม เช่น สภาพแวดล้อม ในชุมชน วัฒนธรรมประเพณีในชุมชน
☐ ประวัติครอบครัว เช่น โรคที่คนในครอบครัวเป็นโรค	☐ อุบัติการณ์การเกิดโรคใหม่
☐ ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ เช่น สูบบุหรี่ ดื่มสุรา	☐ ความชุกของโรค
☐ ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ	☐ ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคและแนวโน้มในกลุ่ม แต่ละกลุ่ม
☐ ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน	☐ อาชีพและฐานะ
☐ ข้อมูลการทำการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	

3. มีระบบทะเบียนที่บันทึกทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย ปรับให้เข้ากับบริบทของพื้นที่อย่างไร

☐ มีกระบวนการปรับระบบทะเบียนให้เข้ากับบริบทของพื้นที่ ได้แก่.....

☐ **ไม่** มีกระบวนการปรับระบบทะเบียนให้เข้ากับบริบทของพื้นที่ เนื่องจาก

4. มีการแลกเปลี่ยนและใช้ข้อมูลระหว่างผู้เชี่ยวชาญ/นักวิชาการ ผู้ให้บริการ และผู้ป่วยหรือไม่ อย่างไร

☐ มีการแลกเปลี่ยนและใช้ข้อมูลระหว่างผู้เชี่ยวชาญ/นักวิชาการ ผู้ให้บริการ และผู้ป่วย
ข้อมูลที่แลกเปลี่ยนกันกับผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่.....

☐ **ไม่** มีการแลกเปลี่ยนและใช้ข้อมูลระหว่างผู้เชี่ยวชาญ/นักวิชาการ ผู้ให้บริการ และผู้ป่วย เนื่องจาก

5. มีการให้ข้อมูลกลับคืนสู่ผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและชุมชนหรือไม่ อย่างไร

☐ มีการให้ข้อมูลกลับคืนสู่ผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและชุมชน
ข้อมูลคืนกลับแก่ผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่.....

☐ **ไม่** มีการให้ข้อมูลกลับคืนสู่ผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและชุมชน เนื่องจาก

6. สามารถนำข้อมูลที่มีอยู่มาใช้ในการวางแผนการดูแลหรือไม่ อย่างไร

☐ สามารถนำข้อมูลที่มีอยู่มาใช้ในการวางแผนการดูแล
แผนการดูแลที่พัฒนาจากข้อมูลที่มีอยู่ ได้แก่.....

☐ **ไม่** มีการนำข้อมูลที่มีอยู่มาใช้ในการวางแผนการดูแล เนื่องจาก.....

7. มีระบบเตือนผู้ให้บริการและมีระบบการเตือนผู้ป่วยในการดูแลตามแผน (Reminders to providers) หรือไม่ เช่น มีระบบเตือนผู้ให้บริการในการตรวจ

☐ มีระบบเตือนผู้ให้บริการในการดูแลตามแผน ได้แก่

☐ มีระบบการเตือนผู้ป่วยให้เข้ารับบริการตามแผน ได้แก่

☐ **ไม่** มีระบบเตือนผู้ให้บริการ หรือผู้ป่วย ในการดูแลตามแผน เนื่องจาก.....

8. มีการสะท้อน (feedback) ทบทวน และเสนอการแก้ไขข้อมูลให้ทันสมัยและเข้าสู่สถานการณ์ของพื้นที่หรือไม่ อย่างไร

☐ มีการสะท้อน ทบทวน และเสนอการแก้ไขข้อมูลให้ทันสมัยและเข้าสู่สถานการณ์ของพื้นที่ อธิบายวิธี
การสะท้อน ทบทวน และเสนอการแก้ไขข้อมูล.....

☐ **ไม่** มีการสะท้อน ทบทวน และเสนอการแก้ไขข้อมูล แต่อย่างไร เนื่องจาก.....

9. มีข้อมูลแผนการบริการ (patients treatment plans) ที่ชัดเจนหรือไม่อย่างไร

☐ มีข้อมูลแผนการบริการที่ชัดเจน เช่น.....

☐ **ไม่** มีข้อมูลแผนการบริการที่ชัดเจน เนื่องจาก.....

10. มีการเชื่อมโยงของฐานข้อมูลของผู้รับบริการระหว่างสถานบริการ สามารถใช้ข้อมูลร่วมกันได้หรือไม่

- ☐ ฐานข้อมูลของผู้รับบริการระหว่างสถานบริการ สามารถเชื่อมโยงข้อมูลร่วมกันได้
- ☐ ฐานข้อมูล **ไม่** สามารถเชื่อมโยงข้อมูลร่วมกันได้ เนื่องจาก

11. ผู้รับบริการทราบข้อมูลเกี่ยวกับแนวปฏิบัติและสามารถใช้ข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ อย่างไร

- ☐ ผู้รับบริการทราบข้อมูลเกี่ยวกับแนวปฏิบัติ
- ☐ ผู้รับบริการสามารถใช้ข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ☐ ผู้รับบริการ **ไม่** ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับแนวปฏิบัติ และสามารถใช้อ้างอิงได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจาก.....

12. มีระบบนัดติดตามผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพหรือไม่ อย่างไร

- ☐ มีระบบนัดติดตามผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ (อธิบายระบบนัดดังกล่าว)
- ☐ **ไม่** มีระบบนัดติดตามผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ

13. ประเด็น/ข้อเสนอแนะอื่นๆ ด้านระบบการจัดเก็บข้อมูล

หมายเหตุ:

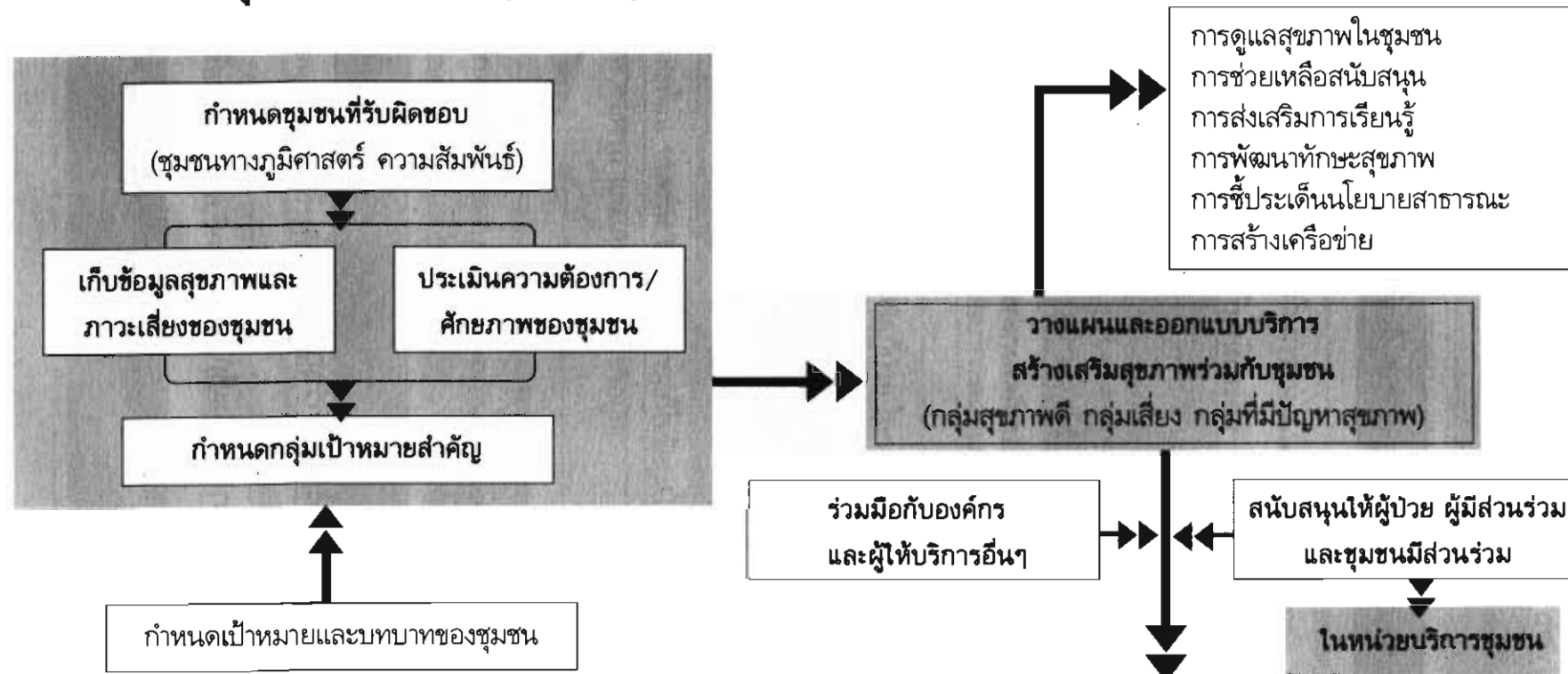
กลุ่มผู้ป่วยพิเศษ

ได้แก่ ผู้ป่วยที่

1. ขาดการตรวจติดตาม
2. กระบวนการ/ผลการดูแลรักษาต่ำกว่ามาตรฐาน
3. มีภาวะแทรกซ้อน
4. ผู้ป่วยหญิงที่มีภาวะตั้งครรภ์ ผู้ป่วยเด็ก



การเชื่อมโยงกับชุมชน (Community Linkage)



- มีเป้าหมายและแผนเพื่อการเชื่อมโยงกับชุมชนและท้องถิ่นที่ชัดเจน
- มีการพัฒนารูปแบบระบบสนับสนุนทั้งระบบ มีการประเมินและปรับปรุงให้เข้ากับบริบทของชุมชน
- จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชนโดยชุมชนเอง
- มีบทบาท/ส่วนร่วมที่ชัดเจน
 - การเชื่อมทรัพยากร/ใช้ทรัพยากรร่วมกัน
 - การสร้างพันธมิตร ทุกภาคส่วนร่วมกันดำเนินการ
 - การร่วมกันคิด สร้างแผนเฉพาะของพื้นที่
 - การสร้างนโยบายสาธารณะในระดับท้องถิ่น
- มีรายงานการทำงานในชุมชน

การเชื่อมโยงกับชุมชน



การเชื่อมโยงระหว่างชุมชนและสถานบริการทางด้านสุขภาพนั้น มีบทบาทสำคัญในการจัดการปัญหาโรคเรื้อรัง สิ่งที่จะต้องคำนึงถึงเมื่อจะทำการเชื่อมโยงกับชุมชนมีดังนี้

1. กำหนดชุมชนที่รับผิดชอบ
2. ศึกษาบริบทของชุมชนเพื่อนำมาใช้ในการออกแบบวางแผนบริการ
3. เก็บข้อมูลสุขภาพของชุมชน
4. ตั้งเป้าหมาย วางแผนและออกแบบบริการร่วมกับชุมชนโดยใช้ทรัพยากรจากชุมชนเป็นหลัก
5. กระตุ้นประชากรและชุมชนให้มีส่วนร่วมในการจัดบริการ
6. สร้างชุมชนให้เป็นภาคีร่วมในการจัดบริการ
7. สร้างให้ชุมชนมีความตระหนักในเรื่องสุขภาพของตนเอง
8. มีการจัดตั้งบริการลงไปในชุมชน
9. มีการร่วมมือกับองค์กรและผู้ให้บริการอื่นๆ



IV) ประเด็นการประเมินการเชื่อมโยงกับชุมชน (Community linkage)

1. มีเป้าหมายและแผนเพื่อการเชื่อมโยงกับชุมชนและท้องถิ่นที่ชัดเจนหรือไม่

☐ มีเป้าหมายและแผนเพื่อการเชื่อมโยงกับชุมชนและท้องถิ่นที่ชัดเจน (อธิบายเป้าหมาย และแผนดังกล่าว)

☐ **ไม่** มีเป้าหมายและแผนเพื่อการเชื่อมโยงกับชุมชนและท้องถิ่น เนื่องจาก.....

2. มีการพัฒนาศักยภาพชุมชนโดยมีการสนับสนุนชุมชนให้เกิดความเข้มแข็ง กล่าวคือชุมชนยอมมีศักยภาพที่จะโน้มน้าวเหนี่ยวนำให้กลุ่มคนในชุมชนตระหนักว่าการดูแลสุขภาพให้ได้ดีต้องอาศัยความร่วมมือกันของประชาชนในชุมชน โดยมีบุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้ส่งเสริมสนับสนุน

☐ มีการพัฒนาศักยภาพชุมชน ได้แก่

☐ **ไม่** มีการพัฒนาศักยภาพชุมชน เนื่องจาก.....

3. มีการสนับสนุนชุมชนให้สร้างสภาพแวดล้อมของชุมชนและวิถีชีวิตให้เหมาะสมเกิดสุขภาพที่ดี ป้องกันการเกิดโรคเรื้อรัง เช่น รณรงค์การเลิกดื่มสุรา งดหวานในกลุ่มเด็ก รณรงค์การออกกำลังกาย เป็นต้น

☐ มีการสนับสนุนชุมชนให้สร้างสภาพแวดล้อมของชุมชนและวิถีชีวิตให้เหมาะสมในการมีสุขภาพที่ดี ป้องกันการเกิดโรคเรื้อรัง ได้แก่

☐ **ไม่** มีการสนับสนุนชุมชนในการมีสุขภาพที่ดี ป้องกันการเกิดโรคเรื้อรัง เนื่องจาก.....

4. มีการวางแผนและออกแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับชุมชน (กลุ่มสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยง กลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพ) หรือไม่ อย่างไร (จำนวน 1 คน)

☐ มีการวางแผนและออกแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับชุมชน (อธิบายแผนดังกล่าว).....

☐ **ไม่** มีการวางแผนและออกแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับชุมชน เนื่องจาก.....

5. สนับสนุนให้ผู้ป่วย ผู้มีส่วนร่วมและชุมชนมีส่วนร่วมหรือไม่ อย่างไร

☐ มีการสนับสนุนให้ผู้ป่วย ผู้มีส่วนร่วมและชุมชนมีส่วนร่วมได้แก่.....

☐ **ไม่** มีการสนับสนุนให้ผู้ป่วย ผู้มีส่วนร่วมและชุมชนมีส่วนร่วม เนื่องจาก.....

6. มีการพัฒนาบุคลากร (อสม./ประชาชน) เพื่อมาช่วยงาน เช่น กลุ่มอาสาสมัครในชุมชน มีแนวร่วมที่มีศักยภาพสูงแทรกซึมเข้าถึงทุกบ้าน ทุกคุ้ม ทุกหมู่ในชุมชน เกิดเป็นชมกำลังอันสำคัญที่จะเข้าถึงทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยได้แบบตัวต่อตัว

☐ มีการพัฒนาบุคลากร (อสม./ประชาชน) เพื่อมาช่วยงาน ได้แก่.....

☐ **ไม่** มีการพัฒนาบุคลากรเพื่อมาช่วยงาน เนื่องจาก.....

7. มีการร่วมมือกับองค์กรและผู้ให้บริการอื่นๆ หรือไม่อย่างไร เช่น มีการร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนในเรื่องงบประมาณ เป็นต้น

☐ มีการร่วมมือกับองค์กรและผู้ให้บริการอื่นๆ ได้แก่.....

☐ ไม่ มีการร่วมมือกับองค์กรและผู้ให้บริการอื่นๆ เนื่องจาก.....

8. จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชนโดยชุมชนเอง

☐ มีบทบาท/ส่วนร่วมที่ชัดเจนเช่น การเชื่อมทรัพยากร เพื่อสนับสนุนบริการ	☐ ไม่มี
☐ มีการสร้างพันธมิตร ร่วมกันดำเนินการ	☐ ไม่มี
☐ มีการร่วมกันคิด สร้างแผนเฉพาะของพื้นที่	☐ ไม่มี
☐ มีการสร้างนโยบายสาธารณะในระดับท้องถิ่น ชุมชน	☐ ไม่มี
☐ ชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	☐ ไม่มี

 อธิบายกระบวนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน.....

.....

.....

.....

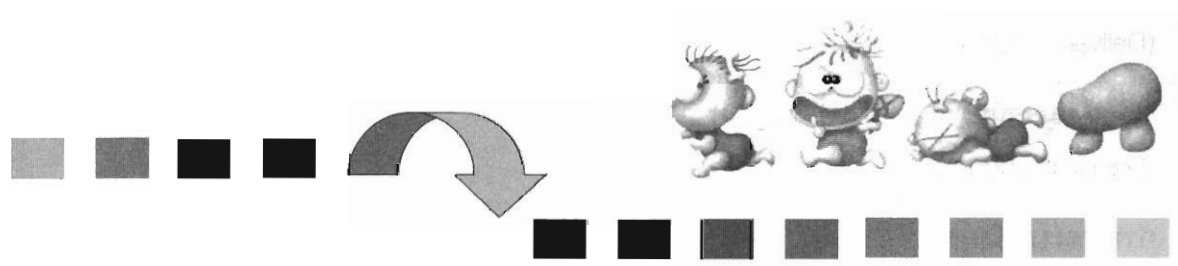
.....

9. ประเด็น/ข้อเสนอแนะอื่นๆ ด้านการเชื่อมโยงกับชุมชน

.....

.....

.....





คำถามเพื่อการประเมินระบบโดยรวม

1. ในแต่ละองค์ประกอบของระบบต่อไปนี้คือ ด้านการจัดบริการ การจัดการข้อมูล decision support, self management support และการเชื่อมโยงกับชุมชน องค์การ มีเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ที่เน้นหนักในเรื่องใดต่อไปนี้

กรุณาระบุระดับของการดำเนินการในแต่ละหัวข้อของหน่วยงาน/พื้นที่ ลงในตาราง

กำหนดให้	✓✓✓✓	หมายถึง มีการดำเนินการมากที่สุด
	✓✓✓	หมายถึง มีการดำเนินการมาก
	✓✓	หมายถึง มีการดำเนินการปานกลาง
	✓	หมายถึง มีการดำเนินการเล็กน้อย
	—	หมายถึง ไม่มีการดำเนินการในส่วนนี้เลย

หัวข้อ	ขอบเขตของเป้าหมายของระบบ			
	การดูแลควบคุมทางคลินิกเพื่อให้ระดับน้ำตาล และความดันโลหิตปกติ (clinic)	การควบคุมภาวะเสี่ยงในกลุ่มที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไป (primary prevention)	การควบคุมภาวะเสี่ยงที่จะทำให้เกิดความผิดปกติในกลุ่มผู้ป่วย (secondary prevention)	การควบคุมป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นทั้งในส่วนตัว ตา หัวใจ เท้า (tertiary prevention)
การออกแบบระบบบริการ (Delivery system design)				
ระบบข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support)				
การจัดการระบบข้อมูล (Clinical information system [CIS]) บุคคล ข้อมูลที่เกี่ยวข้องด้านครอบครัว				
การสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self management support) เชื่อมโยงครอบครัว				
การเชื่อมโยงกับชุมชน (Community linkage)				

เครื่องมือประเมิน
การบริการสถานพยาบาลในการป้องกันและจัดการ
โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง



พจนานุกรม ๑๐๐ ปี กรมวิทยาศาสตร์



00005616

โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากแผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (พรส.)
เพื่อสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

จัดพิมพ์โดย สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข