

เครื่องมือประเมิน

นโยบายการบริการสุขภาพ ความร่วมมือการบูรณาการ
และเสริมสร้างสมรรถนะชุมชน ในการป้องกันและจัดการ
โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ASSESSMENT TOOLS
For Diabetes mellitus & Hypertension

Policy
Diabetes mellitus Hypertension
ASSESSMENT TOOLS
Hypertension
Diabetes mellitus
Hypertension



โครงการพัฒนาระบบบูรณาการการป้องกันและจัดการ
โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ระยะที่ ๑ (ปี ๒๕๕๑-๒๕๕๒)





กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

**เครื่องมือประเมินนโยบายการบริการสุขภาพ
ความร่วมมือการบูรณาการและเสริมสร้างสมรรถนะชุมชน
ในการป้องกันและจัดการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง**



เลขที่: NK810	ท.บ. ๖๘ก ๒๕๕๓
ปี: ๒๕๕๓	หน้า: ๗๖๑
วันที่: ๘	๘ ส.ค. ๒๕๕๓



สสส. การรณรงค์สุขภาพ



โครงการพัฒนาระบบบูรณาการการป้องกันและจัดการ

โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ระยะที่ ๑ ปี (๒๕๕๑-๒๕๕๒)

โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจาก

แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ผรส.)

เพื่อสำนักงานกองทุนสนับสนุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

**เครื่องมือประเมินนโยบายการบริการสุขภาพ
ความร่วมมือการบูรณาการและเสริมสร้างสมรรถนะชุมชน
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 64 หน้า

ISBN 978-974-422-656-8

พิมพ์ที่

โรงพิมพ์หามกุฏราชวิทยาลัย

129 หมู่ 3 ถนนศาลายา-นครชัยศรี ตำบลศาลายา

อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170

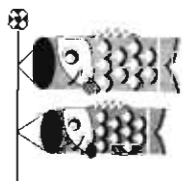
โทร. 0-2281-7790, 0-2800-2373-4



สารบัญ

ความเป็นมา.....	1
ประสิทธิผลของการบริการดูแลสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง.....	2
การป้องกันโรคไม่ติดต่อสู่การบูรณาการการบริหารจัดการโรคเรื้อรัง.....	5
เครื่องมือการประเมิน.....	9
วัตถุประสงค์ของการสร้างเครื่องมือประเมิน.....	9
กรอบแนวคิดการสร้างเครื่องมือประเมิน.....	10
เครื่องมือประเมินตนเอง.....	12
เอกสารอ้างอิง.....	50
ภาคผนวก ๑:	
แผนภูมิการป้องกันโรคไม่ติดต่อสู่การบูรณาการการบริหารจัดการโรคเรื้อรัง.....	52
ภาคผนวก ๒:	
คำนิยามศัพท์.....	54





ความเป็นมา

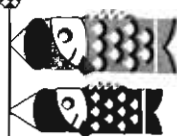
แม้ว่าในประเทศไทยจากผลการดำเนินการที่ผ่านมาจะทำให้ในระยะ 4 ปีหลัง (ปี 2546-2549)

จะมีจำนวนและอัตราการตายของกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการบาดเจ็บ ได้แก่ กลุ่มโรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง โรคทางเดินหายใจส่วนล่างเรื้อรัง รวมทั้งการบาดเจ็บจากการจราจรมีแนวโน้มลดลง อย่างไรก็ตามพบว่าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดและโรคเบาหวาน มีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นใหม่ ขณะที่เกินครึ่งเป็นการตายในกลุ่มอายุต่ำกว่า 70 ปี ทั้งยังเป็นสาเหตุหลักของภาระโรค นอกจากนั้นยังพบว่า กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดและเบาหวานยังเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยจนต้องรับไว้ในโรงพยาบาลสูงขึ้นถึง 4 เท่าของทั้งจำนวนและอัตราป่วยในต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2541'

องค์การอนามัยโลกได้กล่าวว่า กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดและโรคเบาหวานนี้สามารถป้องกันควบคุมได้ถึงร้อยละ 80 ถ้ามีมาตรการดำเนินการลดปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกำหนด การระบาคในวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมในชุมชนและอิทธิพลจากชุมชนภายนอก

ในระดับประเทศ ในปัจจุบันและอนาคตภายใต้แผนสุขภาพดีวิถีชีวิตไทย^๑ ได้มีความพยายามดำเนินการเพื่อลดโรค ภาวะแทรกซ้อน และค่าใช้จ่าย ผ่านทางมาตรการหลักรวมทั้งมาตรการกลุ่มกลยุทธ์ประชากร (population strategies) ที่มุ่งเน้นการป้องกันเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงร่วมผ่านทางนโยบายสาธารณะ การสื่อสารสาธารณะและการเพิ่มความสามารถชุมชนในการจัดการปัจจัยกำหนดสนับสนุนการลดเสี่ยงลดโรคอันมีผลต่อประชากรส่วนใหญ่โดยเฉพาะปัจจัยเสี่ยงหลักๆ ได้แก่ การบริโภคยาสูบ การบริโภคแอลกอฮอล์ที่เป็นภัยต่อสุขภาพ การขาดกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ การบริโภคอาหารเกินไม่ได้สัดส่วน การจัดการภาวะความดันโลหิตและน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นและเกิน และกลยุทธ์กลุ่มเสี่ยงสูง (high risk strategies) ที่รวมเอาการดำเนินการการป้องกันและการจัดการให้เกิดการบริการสุขภาพแก่บุคคลและครอบครัวซึ่งมุ่งเน้นการควบคุมปัจจัยเสี่ยงในระดับชีวะสรีระ เช่น ระดับความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะอ้วนและภาวะเมตาโบลิค และ/หรือสปัจจัยเสี่ยงของหลอดเลือด ฯลฯ และการจัดการโรคที่มุ่งเน้นลดโอกาสการเกิดและควบคุมความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน นอกจากนั้นยังบริการสนับสนุนข้อมูลแก่ชุมชนในการจัดการสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมเสี่ยง





ประสิทธิภาพของการบริการดูแลสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

จากหลักฐานการทบทวนที่มีอยู่^{3,4} การดูแลสุขภาพมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญในการป้องกัน และลดการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในประเทศพัฒนาแล้วพบว่า การดูแลสุขภาพเป็นส่วนที่ทำให้ลดการตายจากโรคหัวใจขาดเลือดถึงร้อยละ 35-60 ของการตายทั้งหมด ใน 30 ปีที่ผ่านมา ดังนั้นปัจจัยกำหนดสำคัญได้แก่ การเข้าถึงและคุณภาพบริการการดูแลสุขภาพเพื่อการป้องกัน และลดการตายของคนในชุมชนโดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาที่มีเศรษฐกิจปานกลางและต่ำ ได้แก่ ชุดบริการพื้นฐานที่มีเป้าหมายชัดเจน (a well-targeted basic package) และกลุ่มยากจน (poor) และเกือบยากจนเข้าถึงได้ (pro-poor) โดยการดำเนินการสนับสนุนทางการเงินอาจผ่านทางระบบประกันหรือการสนับสนุนการเงินเพื่อสาธารณะ รวมทั้งนวัตกรรมบริการที่ควรเพิ่มประโยชน์มากขึ้นในชุดบริการ และการกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินการประสิทธิผลและคัดสรรการดำเนินการที่ได้ผลเพื่อสนับสนุนความยั่งยืน รวมทั้งการต่อรองตกลงราคาขายที่จำเป็นต้องใช้ในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อสำคัญ

นอกจากนั้น จากลักษณะธรรมชาติของโรคไม่ติดต่อพบว่า การป้องกันและควบคุมโรคต้องการการดูแลต่อเนื่อง ตัวอย่างเช่น การป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน เป็นต้น ซึ่งเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีสาเหตุการเกิดโรคและการดำเนินโรคมามากจากกลุ่มปัจจัยเสี่ยง กลุ่มปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้มีหลายลักษณะและระดับ อย่างไรก็ตามปัจจัยเสี่ยงหลักจะมีลักษณะเป็นปัจจัยเสี่ยงร่วม 'หนึ่งปัจจัยเสี่ยงร่วมสำคัญทำให้เกิดโรคได้หลายโรค และโรคเรื้อรังสำคัญจะมาจากปัจจัยเสี่ยงร่วมหลักหลายปัจจัยเสี่ยง' สหปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มโรคนี้มีลักษณะเป็นปัจจัยต่อเนื่อง ซ้ำซ้อน มีปฏิสัมพันธ์และอิงซึ่งกันและกัน ซึ่งเมื่อสะสมมากขึ้นจะเพิ่มโอกาสต่อการเกิดและตายของโรคกลุ่มนี้เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้สามารถป้องกัน ลดหรือกำจัดได้ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาทางระบาดวิทยาคลินิกพบว่า เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยเสี่ยงทางชีวเคมีในร่างกายมนุษย์ในระยะแรกมักไม่มีอาการ คนจำนวนมากจึงเพิกเฉย ขาดความสนใจ ขาดการรับรู้ และไม่ได้เรียนรู้ถึงปัจจัยเหล่านี้ตั้งแต่ต้นทำให้มีการสะสมของปัจจัยเสี่ยงเพิ่มขึ้นจนกระทั่งเกิดอาการหรือถูกวินิจฉัยเป็นโรคก็มีการทำลายของหลอดเลือดไปมากแล้ว ปัจจัยเสี่ยงหลักๆ ได้แก่ บริโภคยาสูบ บริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย เป็นกลุ่มพฤติกรรมที่นำไปสู่การพัฒนาหรือการป้องกันปัจจัยเสี่ยงระดับชีวเคมี ปัจจัยด้านชีวเคมี คือ ความดันโลหิตสูง คอเลสเตอรอลในเลือดสูง (ไขมันผิดปกติที่พบบ่อย) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือภาวะดื้อต่ออินซูลิน ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน สภาวะกลุ่มอาการเมตาบอลิก (ที่มีลักษณะแสดงออกของ อ้วนลงพุง) อายุ และปัจจัยทางพันธุกรรมก็มีบทบาทเป็นปัจจัยสาเหตุกลไกหนึ่งเช่นกัน ในปัจจุบันความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงอิสระเหล่านี้กับปัจจัยเสี่ยงภายนอกยังไม่ชัดเจนทั้งหมด อย่างไรก็ตามความเสี่ยงของบุคคลคนหนึ่งขึ้นกับจำนวนการปรากฏและความเข้มข้นของปัจจัยเสี่ยงที่เป็นอิสระที่มีอยู่ในคนๆ นั้น และถูกแสดงออกของโอกาสเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดขึ้นใน 10 ปี ชำนาญ โดยผ่านทางค่า 'absolute risk'⁵⁻¹⁰

ดังนั้น เป้าหมายการลดโรคของประชากรโดยรวมจึงต้องมุ่งเน้นที่ลดปัจจัยก่อเหตุ จากหลักฐานพบว่า ความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงพบได้บ่อยและการควบคุมความดันโลหิตสูง เป็นหนึ่งในหนทางที่มีประสิทธิผลสูงที่สุดในการลดการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด มาตรการการรักษาความดันโลหิตสูงที่เพียงพอสามารถลดการตายจากอัมพฤกษ์อัมพาตร้อยละ 30 ตายจากโรคหัวใจขาดเลือดร้อยละ 20 และจากโรคหัวใจและหลอดเลือดในภาพรวมร้อยละ 19 (Neal and others 2000; Psaty and others 2003)

ผลการวิจัยในสิบปีที่ผ่านมาได้แสดงถึง “ความสัมพันธ์ระหว่างความดันโลหิต และความเสี่ยงของการเกิดการป่วยและตายของโรคหัวใจและหลอดเลือดอื่นๆ มีลักษณะต่อเนื่อง สอดคล้อง และเป็นอิสระจากปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ” และพบว่าแนวโน้มความชุกของผู้มีความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532 เป็นต้นมา ปัจจุบันจากการสำรวจปี พ.ศ. 2547 ความชุกภาวะความดันโลหิตสูงในคนไทยมากกว่าสิบห้าปีขึ้นไปมีถึง ร้อยละ 22.0¹¹

ส่วนเบาหวานในประเทศไทยจากการสำรวจปี พ.ศ. 2547¹² พบร้อยละ 6.6 และพบแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะกลุ่มอายุกลางคนและเยาวชน และจากการศึกษาทบทวนในกลุ่มประเทศในเอเชีย ปัจจัยเสี่ยงก่อเหตุสำคัญที่ปรับเปลี่ยนได้ของเบาหวาน¹³ ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์และมีความชุกเพิ่มอย่างรวดเร็วในกลุ่มประเทศเอเชีย ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนที่เป็นผลตามมาจากการพัฒนาเศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลงทางโภชนาการ (Nutrition transition) และการเพิ่มขึ้นของวิถีชีวิตนั่งๆ นอนๆ รวมทั้งภาวะเอวเกินแต่น้ำหนักปกติ “metabolically obese” phenotype และ การเพิ่มขึ้นของภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ (Gestational diabetes)

ในที่นี้ ปัจจัยเสี่ยงก่อเหตุสำคัญที่ปรับเปลี่ยนได้ของโรคหัวใจและหลอดเลือด¹⁴ เรียงตามลำดับความสำคัญที่พบในประเทศไทย ได้แก่

1. บริโภคยาสูบ
2. ภาวะความดันโลหิตสูงทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิก
3. เบาหวาน
4. น้ำหนักเกินและอ้วน
5. ภาวะไขมันโคเลสเตอรอลรวมในเลือดผิดปกติ

นอกจากนั้นจากการศึกษาในประชากรกลุ่มเดียวกันในผู้ชาย¹⁵ ยังพบว่า บุคคลในภาวะกลุ่มอาการเมตาบอลิกที่ประกอบด้วย 3 ปัจจัยเสี่ยงขึ้นไปของ ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำตาลในพลาสมาสูงหรือเคยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภาวะไตรกลีเซอไรด์สูง ภาวะคอเลสเตอรอล เอช ดี แอล ต่ำ และภาวะอ้วนลงพุง พบมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างชัดเจนและโอกาสเสี่ยงสูงกว่าปัจจัยเสี่ยงเพียงปัจจัยเดียวไม่ว่าจะใช้เกณฑ์การตัดสินของ the Adult Treatment Panel (ATP) III หรือ The International Diabetes Federation (IDF) และยังพบว่า ภาวะความดันโลหิตสูงและภาวะน้ำตาลในพลาสมาสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงอิสระเพียงสองปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

และการตายโดยรวม และในปี พ.ศ. 2547 จากการสำรวจสถานะสุขภาพ พบ ปัจจัยเสี่ยงหลัก มากกว่า 3 ปัจจัย ในผู้ชายถึงร้อยละ 7 และร้อยละ 6 ในเพศหญิง นอกจากนั้นยังมักพบภาวะปัจจัยเสี่ยงทั้งความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูงและเบาหวานร่วมกันบ่อยๆ ในคนเดียวกัน รวมทั้งการปรากฏร่วมของปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ ได้แก่ การบริโภคยาสูบ เป็นต้น^{16,17}

อย่างไรก็ตามจากหลักฐานพบว่า การลดโอกาสการเกิดโรค ลดความรุนแรงของโรค และลดค่าใช้จ่ายและผลกระทบต่อเนื่องอื่นๆ ของภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวานยังขึ้นกับประสิทธิภาพของการบริการดูแลเพื่อการป้องกันการเกิดโรค ยังขึ้นกับ

ก. จัดบริการมุ่งเน้นไปที่สาเหตุการเกิดโรคและการดำเนินโรคต่อเนื่อง ได้แก่

- การบริการสนับสนุนลดโอกาสเสี่ยงของกลุ่มก่อนเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
- กลุ่มเมตาบอลิก
- กลุ่มสหปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือ ความเสี่ยงสมบูรณ์ (absolute risk)
- การเข้าถึงและคุณภาพการบริการโดยเฉพาะในกลุ่มยากจนและก่อนยากจน

ข. การบริการดูแลป้องกันควบคุมต้องใช้การดูแลทั้งโดยไม่ใช้ยาและใช้ยา

ค. การจัดการของความเสี่ยงสมบูรณ์ (absolute risk) นอกจากขึ้นกับการลดพฤติกรรมเสี่ยงแล้ว ยังต้องใช้การป้องกันรักษาโดยใช้ยาตลอดช่วงชีวิตแต่ละเทคโนโลยีใหม่ๆ ได้แก่ วัคซีน การทดสอบการรักษาแบบเคลื่อนที่ (ambulatory treatment) มีศักยภาพต่อการเพิ่มการเข้าถึงการป้องกันและจัดการโรคไม่ติดต่อ

ง. ค่าเตือนที่ควรระมัดระวัง ได้แก่ ระยะต้นของโรคไม่ติดต่อยังไม่มีอาการและการรับรู้ความเสี่ยงค่อนข้างต่ำ (Slovic and others 2005) ดังนั้น ทำให้เกิดความลำบากของการบรรลุความครอบคลุมสูงในการบริการป้องกันนอกจากจำนวนของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคและผู้เป็นโรคที่มีปริมาณจำนวนสูงเป็นล้านๆ คน แม้ว่าการดำเนินการป้องกันจะมีการดำเนินการประยุกต์ในวงกว้างก็ยังมีสัดส่วนของคนที่พัฒนาสู่สถานะสุขภาพที่รุนแรงจากสาเหตุทางชีวและสาเหตุที่ยังไม่รู้ด้วย

จ. การเพิ่มความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดและการขาดความสนใจต่อการเพิ่มความชุกของปัจจัยเสี่ยงของหัวใจและหลอดเลือด การถกเถียงถึงความเป็นไปได้และแนวโน้มการเข้าถึงอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อการป้องกันปฐมภูมิจึงกำลังเพิ่มสำคัญขึ้นเรื่อยๆ

ฉ. อย่างไรก็ตามวิวัฒนาการของโรคไม่ได้เป็นแนวตรง (linear) ดังนั้น ความต่อเนื่องการดูแล (continuity of care) จึงมีความจำเป็น ความเจ็บป่วยไม่ได้จำกัดเฉพาะเงื่อนไขเดียว แท้จริงแล้วความเสี่ยงและโรคค่อยๆ พัฒนาไปกับอายุของคน ความเจ็บป่วยร่วม (co-morbidity) พบได้บ่อยๆ ดังนั้น การดูแลที่ครอบคลุมเป็นภาพรวม (comprehensive care) จึงจำเป็น

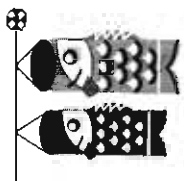
ช. ในกระบวนการดูแล การดำเนินการหนึ่งอาจจะนำไปสู่การดำเนินการอื่น เช่น การคัดกรองผู้สงสัยเป็นโรคหรือผู้เสี่ยงสูง เช่น การคัดกรองมะเร็ง เป็นต้น การทดสอบเพิ่มเติมและการรักษาเฉพาะจำเป็นต้องมีตามมา ดังนั้น ความจำเป็นของการประสานการดำเนินการร่วมกันในการดูแลจึงเป็นความจำเป็นเช่นกัน (coordination of care)

“ความต่อเนื่อง ความครอบคลุมภาพรวม และการประสานการดูแล ต้องไปพร้อมกัน”

(continuity, comprehensiveness, and coordination of care)

จึงเป็นภาพลักษณ์สามประการของการให้บริการดูแลสุขภาพที่ต้องบรรลุเพื่อให้การดูแลที่มีประสิทธิผลสำหรับสถานะสุขภาพที่เรื้อรัง (Rothman and Wagner 2003)

ซ. มาตรการและการดำเนินการร่วมที่มีประสิทธิผลในการลดปัญหาโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน พบว่า สามารถป้องกันได้โดยการเข้าถึงการดูแลในประชากรยากจน จัดการความเสี่ยงในระดับการดูแลปฐมภูมิ ความมั่นใจในการมีและเข้าถึงยา การปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติดูแลรักษาทั้งโดยไม่ใช้ยาและใช้ยา และการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตทั้งภายในและภายนอกการบริการสุขภาพ โดยเฉพาะปัจจัยเสี่ยงร่วมหลัก ได้แก่ การบริโภคยาสูบ การบริโภคอาหารที่เกินไม่ได้สัดส่วน การขาดกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ การบริโภคแอลกอฮอล์เกิน อย่างไรก็ตามการดำเนินการ การดูแลสำหรับสถานะโรคและปัจจัยเสี่ยงเรื้อรังที่มีประสิทธิผลโดยยึดการดูแลปฐมภูมิเป็นฐานจะมีผลดียิ่งขึ้นกับการดูแลรักษาต่อเนื่องที่มีคุณภาพ ซึ่งทำให้การบริการต้องการความต่อเนื่อง (continuity) ความครอบคลุมเบ็ดเสร็จ (comprehensiveness) และการประสานดำเนินการดูแล (coordination of care) ไปพร้อมๆ กับการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้เสี่ยงและผู้เป็นโรค (self-management) ขณะเดียวกันการเปลี่ยนแปลงการบริการนี้จากการดูแลแยกส่วนและตั้งรับปัญหาสุขภาพเฉียบพลันมากกว่ามาสู่การตอบสนองเชิงรุกรอบด้านในการลดปัญหาโรคเรื้อรังจะเกิดไม่ได้ถ้าไม่มีการขับเคลื่อนสถานบริการสาธารณสุขให้สามารถทำหน้าที่และสามารถปฏิบัติไปในทิศทางที่ปรับเปลี่ยนนี้ได้



การป้องกันโรคไม่ติดต่อสู่การบูรณาการ การบริการจัดการโรคเรื้อรัง

จากขนาดและแนวโน้มของโรคที่มีขนาดใหญ่และเพิ่มขึ้นรวดเร็วทั้งยังมีลักษณะเรื้อรังและซับซ้อนของธรรมชาติของโรค ปัจจัยสาเหตุและปัจจัยกำหนด แนวทางทิศทางเป้าหมายการดำเนินการลดเสี่ยงลดโรค รวมทั้งความสำคัญของลักษณะและเงื่อนไขจำเป็นที่กล่าวถึงข้างต้นในการจัดการบริการให้เกิดความต่อเนื่อง ครอบคลุมเบ็ดเสร็จ ประสานดำเนินการดูแล และสนับสนุนการจัดการตนเองตลอดช่วงชีวิตไปพร้อมกัน จึงจำเป็นต้องมีการบริหารจัดการภาวะเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพให้เกิดความยั่งยืนไม่เกิดภาวะโรค ความพิการ การบริการ และค่าใช้จ่าย

การบริหารจัดการโรคเรื้อรัง^{๑๖} คือ การบริหารจัดการให้เกิดการเข้าถึงอย่างเป็นระบบเพื่อประสานการดำเนินการดูแลสุขภาพข้ามระดับ (บุคคล องค์กร ท้องถิ่น และประเทศ) และหลักฐานที่บ่งชี้ว่าการประสานงานข้ามชุดเครือข่ายการดูแลและผู้ให้บริการดูแลจะมีประสิทธิผลมากกว่าการดำเนินการเดี่ยวๆ และไม่ประสานกัน

องค์การอนามัยโลกนับเป็นองค์กรแรกๆ ที่มองการขยายการจัดการโรค (Chronic diseases Management) จากรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง Wagner's Chronic Care Model ที่มุ่งการปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในระดับบุคคลโดยพัฒนาองค์ประกอบบริการในสถานบริการเชื่อมโยงชุมชน มาสู่การบูรณาการการเข้าถึงการดูแลประชากรและการป้องกันมากขึ้น และได้พัฒนากรอบการปฏิบัติ “WHO's Innovative Care for Chronic Conditions Framework” ขึ้นให้สอดคล้องและเหมาะสมกับประเทศที่มีเศรษฐกิจปานกลางและต่ำ แผนภูมิกรอบการปฏิบัตินี้ประกอบด้วยองค์ประกอบสามเหลี่ยมหลักของหุ้นส่วนระหว่างผู้ป่วย ทีมดูแลสุขภาพ และชุมชน ที่มีการสนับสนุนให้เกิดความสามารถร่วมปฏิสัมพันธ์และปฏิบัติเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นในการดูแลสถานะเรื้อรังจากองค์กรดูแลสุขภาพ องค์กรชุมชน และนโยบายสนับสนุนปฏิบัติการ (ด้านผู้นำ การบูรณาการ โครงสร้าง ทรัพยากรและสมรรถนะ เป็นต้น) กรอบการปฏิบัตินี้มุ่งเน้นไปที่ชุมชนและนโยบายเป็นการเข้าถึงเชิงระบบวงกว้างเพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลภาวะสุขภาพเรื้อรังมากกว่าจุดเน้นที่หน่วยการบริการดูแลปฐมภูมิเท่านั้น อันเป็นจุดเน้นของ Wagner's Chronic Care Model องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญต่อเป้าหมายการจัดการโรค (Disease Management) ไปที่ 3 ระดับ ของการดูแลสุขภาพ ได้แก่ ระดับจุลภาค (Micro Level) ได้แก่ ระดับบุคคลและครอบครัว ระดับกลาง (Meso Level) ได้แก่ องค์การการดูแลสุขภาพและชุมชน และระดับมหภาค (Macro Level) ได้แก่ ระดับนโยบายและการเงิน ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกได้พัฒนาเครื่องมือการประเมินสถานการณ์ทั้ง 3 ระดับเพื่อเป็นเครื่องมือประกอบการพัฒนาตนเองสำหรับประเทศสมาชิก

อย่างไรก็ตาม แม้ว่ารูปแบบขององค์การอนามัยโลกนี้จะมีความพยายามที่จะพัฒนาให้เกิดการเพิ่มคุณภาพขององค์กรดูแลสุขภาพและนโยบายสนับสนุนไปที่กระบวนการเพิ่มคุณภาพปรับการดูแลและบริการสุขภาพที่ตอบสนองภาวะสุขภาพเรื้อรังมากขึ้น แต่กรอบการปฏิบัติการยังขาดความชัดเจนของนโยบายกลยุทธ์ ที่แสดงถึงและตอบสนองต่อสถานการณ์การป้องกันการเกิดโรคและการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของจำนวนภาระของโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อ ดังนั้น ในระยะ 5-6 ปีที่ผ่านมาจึงมีความพยายามในการใช้กรอบความคิดในการเข้าถึงนโยบายที่เป็นระบบอื่นซึ่งครอบคลุมการเกิดโรครายใหม่และการเพิ่มภาระโรค ได้แก่ รูปแบบด้านสาธารณสุขหรือสถานะแวดล้อมสำหรับสถานะสุขภาพเรื้อรัง (the ecological or public health model for chronic conditions) โดยมีหลักการที่กล่าวถึงอิทธิพลของภาระเรื้อรังที่ต้องการการดำเนินการด้านนโยบายประชากรในวงกว้าง กิจกรรมชุมชน และการบริการสุขภาพไปพร้อมๆ กัน มิตินี้ได้รวมเอาความต่อเนื่องของการป้องกันและการดูแลไว้ด้วยกัน (The continuum of prevention and care) จึงเกิดการสร้างรูปแบบกรอบการปฏิบัติการใหม่ๆ ในหลายพื้นที่นำร่องในหลายประเทศ รูปแบบนี้จะเน้นไปที่ปัจจัยกำหนดของโรค (the determinants of disease) ไปพร้อมๆ กับปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจ ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อทั้งปริมาณและคุณภาพของการดูแล นโยบายที่เกิดขึ้นบนพื้นฐานมิติที่คำนึงถึงสถานะแวดล้อมนี้จะเน้นไปที่ปฏิสัมพันธ์ระหว่างและปัจจัยที่อิงกันอยู่ทั้งภายในและข้ามระดับต่างๆ ของนโยบายสุขภาพ ทั้งนี้รวมเอาปฏิสัมพันธ์ของคนกับสิ่งแวดล้อมทั้งด้านสังคม วัฒนธรรมและกายภาพ และการสอบทานความไม่เสมอภาคในสุขภาพและสาเหตุที่เกิดขึ้น

จากการทดลองและประเมินผลรูปแบบนวัตกรรมนี้พบว่ารูปแบบนี้มีประโยชน์กับทั้งผู้ให้บริการและผู้ให้บริการ และยังสามารถเชื่อมโยงนโยบายของการบริการที่ครอบคลุมเบ็ดเสร็จภาพรวมทั้งด้านบริการสาธารณสุขและบริการดูแลสุขภาพระดับบุคคล ขยายบทบาทของชุมชนและท้องถิ่นต่อการสนับสนุนการปรับสภาพแวดล้อมทั้งด้านสังคมและกายภาพที่เอื้อทั้งการป้องกันการเกิดโรคในผู้เสี่ยงและประชาชนทั่วไปและสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้เป็นโรคไปพร้อมๆ กัน เช่น การกระตุ้นการเดินทาง การเคลื่อนไหวออกกำลังกาย การทำทางเดิน และท่องเที่ยวเพื่อสุขภาพ ตลาดผักผลไม้ที่ปลอดภัยและเพียงพอเข้าถึงง่าย เป็นต้น

จากการทบทวนขององค์การอนามัยโลกและในหลายประเทศพบว่า ระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันของโลกยังไม่สามารถตอบสนองต่อสถานการณ์ของโรคเรื้อรังที่กำลังเผชิญอยู่ ลักษณะบริการที่ไม่ตอบสนองพบว่ามีลักษณะร่วมที่องค์การอนามัยโลกเรียกว่าลักษณะ Radar logic (= inappropriate care for chronic conditions) ที่มีลักษณะดังนี้คือ

- ❖ ทิศของระบบบริการมุ่งไปที่การดูแลผู้ป่วยเฉียบพลัน (System oriented to acute illness)
- ❖ ไม่เน้นบทบาทของผู้ป่วย (Patient's role not emphasized)
- ❖ การติดตามเป็นครั้งไม่สม่ำเสมอ (Follow-up sporadic)
- ❖ การป้องกันไม่ได้รับความสนใจ (Prevention overlooked)

ขณะที่ยังมีอุปสรรคการดำเนินการป้องกันจัดการโรคเรื้อรังในภาพรวมอีกหลายประการที่ไม่ใช่เฉพาะระดับบุคคลและผู้ป่วย ได้แก่

- ✍ โครงสร้างภายในระดับชุมชนซึ่งเป็นสถานที่จำเป็นที่การดูแลป้องกันและจัดการโรคจะต้องเกิดขึ้นยังไม่เพียงพอและยั่งยืน
- ✍ การลดปัจจัยเสี่ยงโดยการส่งเสริมสนับสนุนนโยบายสาธารณะที่จำเป็นในชุมชน
- ✍ ประเด็นการให้การศึกษาต่อผู้บริการวิชาชีพทั้งด้านสาธารณสุขและการดูแลปฐมภูมิที่ไม่ได้รับการฝึกอบรมการวางแผนและการดูแลต่อเนื่องในการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรังมาก่อนโดยเฉพาะการให้เกิดผลลัพธ์การบริการที่จำเป็นใหม่ๆ เช่น การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต การสนับสนุนการจัดการตนเอง เป็นต้น

ดังนั้น การปรับการบริการให้ตอบสนองโรคเรื้อรังให้มีความยั่งยืนในบริบทชุมชนหนึ่งๆ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งเพื่อลดรายโรคใหม่ รายป่วยใหม่ ภาระค่าใช้จ่าย และมีคุณภาพชีวิต ใน 2 ประเด็นทั้งด้านบริการสาธารณสุขและบริการสุขภาพรายคนและรายกลุ่ม ได้แก่

1. การบูรณาการการเข้าถึงการป้องกันโรคไม่ติดต่อ
 - ❖ ลดปัจจัยเสี่ยงร่วมสำคัญ
 - ❖ ใช้ทรัพยากรชุมชนและการบริการสุขภาพร่วมกัน
 - ❖ เชื่อมและสร้างความสมดุลของความพยายามเพื่อการป้องกันสุขภาพ
 - ❖ การสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจสุขภาพของตนเอง

- ◆ สร้างข้อตกลงกลยุทธ์ร่วมกันระหว่างหุ้นส่วนต่างๆ ของทั้งรัฐและเอกชนในความพยายาม เพื่อเพิ่มความร่วมมือและตอบสนองต่อความจำเป็นของประชากร

2. นำการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไปในการจัดระบบบริการการดูแลโรคเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพที่มีลักษณะข้างต้น

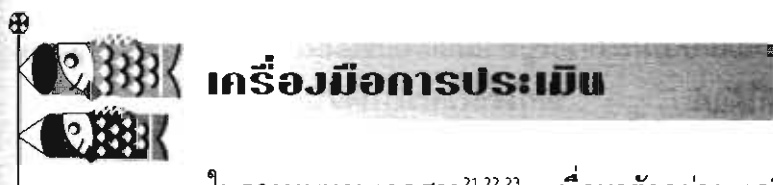
โดยมีแนวทางและข้อเสนอแนะแนวการจัดบูรณาการในหลายรูปแบบของการเข้าถึง ในที่นี้พอสรุป ได้ดังนี้คือ

1. การจัดปรับและเรียง วิสัยทัศน์ เป้าประสงค์ และกลยุทธ์ดำเนินการให้เกิดการบูรณาการ การบริการในภาพรวมให้เอื้อต่อการป้องกันและจัดการโรคที่ดีขึ้น
2. การเชื่อมโยงการเข้าถึงการดูแลในระดับบุคคลและประชากร
3. การสร้างการป้องกันเข้าไปในการริเริ่มการจัดการโรคเรื้อรัง
4. ร่วมกันวางแผนเพื่อประสานความพยายามการดำเนินงานและ/หรือทรัพยากร
5. กลไกสนับสนุนการใช้ข่าวสารร่วมกัน การสื่อสาร และการประสานงาน
6. บูรณาการระดับบริการเพื่อเพิ่มการดูแลที่ครอบคลุมในภาพรวมเบ็ดเสร็จและต่อเนื่อง

นอกจากนั้น การบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพของโรคเรื้อรังนับเป็นหนึ่งในประเด็นสำคัญที่สุดในปัจจุบันที่การดูแลสุขภาพตะวันตกกำลังเผชิญอยู่ และนักวิเคราะห์ท่านหนึ่งได้ลงความเห็นไว้ว่า มันเป็น “กุญแจสู่ระบบดูแลสุขภาพที่ยั่งยืน” (A Sustainable Health Care System)¹⁹ ซึ่งจากการทบทวนพบว่า ปัจจัยความสำเร็จจะประกอบด้วยปัจจัย 8 ประการได้แก่

1. เป้าประสงค์และคุณค่าร่วมกัน
2. เน้นที่ปัจจัยกำหนดสุขภาพ
3. ภาวะผู้นำ หุ้นส่วน และการลงทุน
4. โครงสร้างภายในและความสามารถด้านสาธารณสุข
5. โครงสร้างภายในและความสามารถในการดูแลปฐมภูมิ
6. โครงสร้างภายในและความสามารถของชุมชน
7. การบูรณาการการป้องกันโรคเรื้อรังและการจัดการ
8. การกำกับติดตาม การประเมินผล และการเรียนรู้

สำหรับชุมชนไทย จากหลักฐานที่มีอยู่จากการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประเทศ พ.ศ. 2547 พบว่า สถานการณ์การดูแลรักษาภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวานพบว่า ผลลัพธ์ของการควบคุมความดันโลหิตได้ดีพบไม่ถึงร้อยละ 10 และมีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของผู้ป่วยในของโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานจากเมื่อสิบปีที่ผ่านมาพบมากกว่า 10-14 เท่า เป็นต้น²⁰



ในการทบทวนเอกสาร^{21,22,23} เพื่อหาตัวอย่าง เครื่องมือประเมินตนเองที่เกี่ยวข้องกับการ

ประเมินความร่วมมือด้านนโยบายการบริการสุขภาพ การบูรณาการ และการเสริมสร้างสมรรถนะชุมชนภายใต้กรอบความคิดการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic diseases prevention and management) ในครั้งนี้ พบว่า เครื่องมือการประเมินการจัดการโรคเรื้อรังส่วนใหญ่อยู่ในระดับจุลภาคหรือระดับบุคคล และระดับกลางหรือระดับองค์กรและชุมชน ส่วนเครื่องมือประเมินระดับนโยบายและการเชื่อมโยง การบูรณาการการป้องกันและจัดการโรค พบได้น้อยและเป็นการประเมินประสิทธิผลไม่ใช่เครื่องมือประเมินระบบด้วยตนเองเพื่อการพัฒนา อย่างไรก็ตามได้พบ “เครื่องมือการประเมินประกอบการเพิ่มความเข้มแข็งการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรังผ่านการพูดคุย วางแผน และการประเมิน” (A Tool, Strengthening Chronic Disease Prevention and Management through Dialogue, Planning and Assessment)²⁴ พัฒนาขึ้นโดย Canada’s Public Health Leader ประเทศแคนาดามีความเหมาะสมใกล้เคียงเป้าประสงค์การประเมินในการศึกษาครั้งนี้ที่เน้นการประเมินตนเองเพื่อนำสู่การตัดสินใจพัฒนาวิสัยทัศน์นโยบายและแผนด้วยตนเอง นอกจากนี้เครื่องมือนี้ยังได้วางคำถามอยู่บนพื้นฐานข้อเท็จจริงและประสบการณ์การดำเนินการทั้งจากการทบทวนและการปฏิบัติจริงรวมทั้งปัจจัยแห่งความสำเร็จแปดปัจจัย ผลการประเมินจากกลุ่มคำถามนี้จะนำไปสู่การพูดคุยและวางแผนภาพรวมต่อไป โดยมีองค์ประกอบหลักของแนวคิดมาออกแบบเครื่องมือประเมินฯ ของประเทศแคนาดา ได้แก่ การเสริมสร้างการป้องกันเข้าไปในระบบ รูปแบบบูรณาการเพื่อการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง การเสริมสร้างความสามารถการทำงาน และการปฏิบัติการสร้างความร่วมมือ

วัตถุประสงค์ของการสร้างเครื่องมือประเมิน

1. เพื่อเชื่อมโยงผู้ตัดสินใจนโยบาย ผู้วางแผน
2. เพื่อส่งเสริมการแลกเปลี่ยนข่าวสาร
3. ประเมินนโยบาย แผน และการปฏิบัติ ที่กำลังดำเนินการอยู่
4. เพื่อระบุการปฏิบัติการ บทบาท และความร่วมรับผิดชอบให้เกิดความเข้มแข็งของการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง

ผลผลิตและที่คาดหวังจากการดำเนินการ

1. เครื่องมือการประเมินนโยบายการปรับการจัดบริการและการเชื่อมโยง
 - ปัจจัยความสำเร็จสำคัญ
 - แนวคำถามของแต่ละปัจจัย
2. แผนงานความร่วมมือการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง (a collaborative planning)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น

เพิ่มข้อมูลที่เหมาะสมสำหรับพื้นที่ได้แก่:

- ✍ กลยุทธ์หรือเป้าประสงค์ของเขตภูมิภาคเพื่อการป้องกันโรคเรื้อรัง ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยกำหนดพื้นฐาน
- ✍ กรอบการทำงานหรือรูปแบบที่ขึ้นการป้องกันและ/หรือความพยายามการจัดการโรคเรื้อรัง
- ✍ ตัวอย่างเป้าหมาย ตัวชี้วัดการแสดงผล หรือสถิติที่ควรใช้ในการกำกับ ประเมินผล ที่สอดคล้องกับการทำงานในพื้นที่ เช่น ร้อยละของการเพิ่มประชากรที่บริโภคผลไม้และผักประจำวันตามข้อเสนอแนะ เป็นต้น

กลุ่มเป้าหมาย

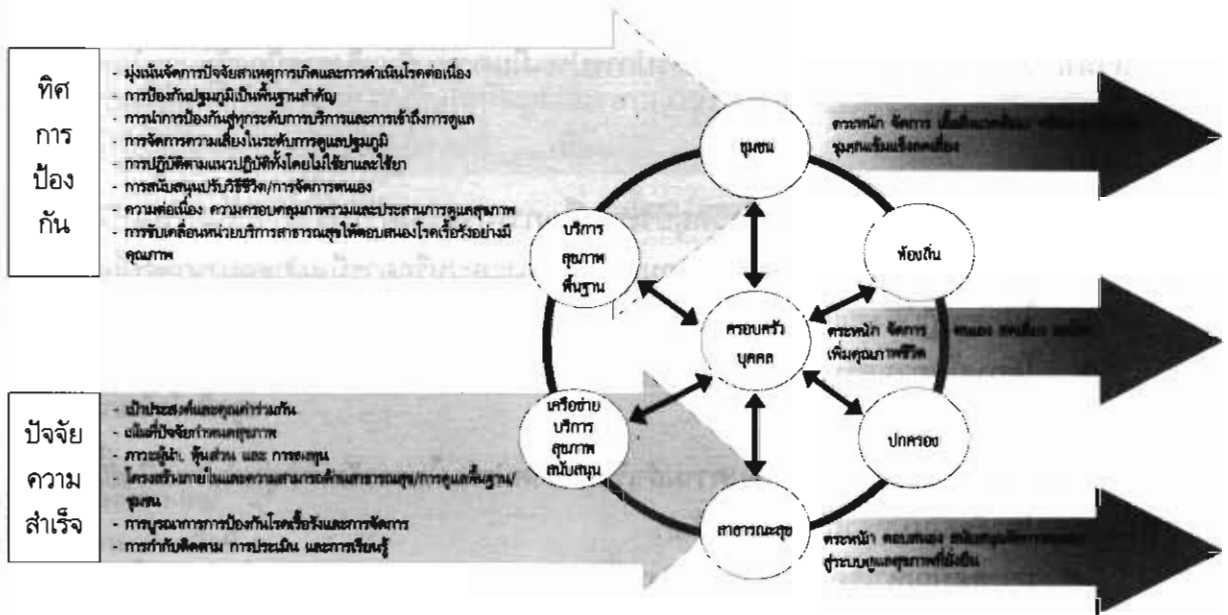
❖ ผู้ตัดสินใจนโยบายและผู้วางแผนงานรวมทั้งผู้รับผิดชอบหลักของกลุ่มบริการหลักที่ร่วมรับผิดชอบในการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรังซึ่งทำงานอยู่ใน

- ✍ การบริการสาธารณสุข ทั้งในกระทรวงสาธารณสุขและนอกกระทรวงสาธารณสุข (สสส. สปสช.)
- ✍ การบริการดูแลปฐมภูมิ
- ✍ การดูแลในระยะเฉียบพลันหรือฉุกเฉิน และการดูแลที่บ้าน
- ✍ การดูแลนอกภาครัฐ
- ✍ การดูแลนอกภาคสุขภาพ เช่น องค์กรบริหารท้องถิ่น ภาคชุมชน กระทรวงอื่นๆ

กรอบแนวคิดการสร้างเครื่องมือประเมิน

จากผลการทบทวน แนวคิด กรอบการปฏิบัติ และตัวอย่างเครื่องมือที่เลือกใช้พื้นฐานหลักในการทดสอบและประยุกต์เป็นเครื่องมือประเมินนโยบายการบริการสุขภาพ การบูรณาการ และสมรรถนะชุมชน ด้วยตนเองเพื่อพัฒนาการขับเคลื่อนเป้าหมาย กลยุทธ์และแผนการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรังในพื้นที่ จึงได้สรุปออกมาเป็นแผนภูมิแสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบสำคัญและจำเป็นทั้งทิศการป้องกันเข้าถึงในระดับประชากรและปัจจัยความสำเร็จเพื่อการขับเคลื่อนกลไกความร่วมมือและสมรรถนะของผู้มีส่วนร่วมได้ประโยชน์หลัก จากการปรับการบริการสุขภาพเดิมที่ตั้งรับรักษาแยกส่วนสู่ระบบการบริการสุขภาพที่ยั่งยืนเกิดการบูรณาการบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การดูแลโดยชุมชนเป็นฐาน และจัดการโรคเรื้อรัง เพื่อสนับสนุนให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน สู่ความตระหนักจัดการตนเอง สนับสนุนให้เกิดปัจจัยเอื้อในสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรที่เพียงพอ และเสริมศักยภาพการปฏิบัติการลดเสี่ยงลดโรค ชุมชนเข้มแข็งขึ้นและเพิ่มคุณภาพชีวิต ดังแสดงไว้ในแผนภูมิ

แผนภูมิ **กลไกความร่วมมือขับเคลื่อนการบูรณาการนโยบายและสมรรถนะสู่ความสำเร็จการพัฒนาระบบการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรังไทย**



ลักษณะของเครื่องมือประเมิน

- ❖ นำเสนอภาพรวมและทิศของการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง
- ❖ ให้ข้อมูลสนับสนุนการกระตุ้นความคิดและทิศทางการเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติของเครือข่ายบริการสุขภาพและสาธารณสุขที่น่าจะเกิดผลและไม่ใช้ไม่ใช้เครื่องมือตรวจสอบมาตรฐานคุณภาพ
- ❖ ง่ายต่อการสังเคราะห์สรุปประเด็นหลักๆ เพื่อนำมาพูดคุยปรึกษาหารือเพื่อหาทางออกและระบุประเด็นสู่การเพิ่มคุณภาพไม่ใช้ใบสั่งที่บอกรายละเอียดในทุกจุด
- ❖ มีลักษณะที่มีความยืดหยุ่นและนำไปใช้หรือปรับใช้ในการประเมินเพื่อพัฒนาในพื้นที่อื่นได้

ผู้ใช้เครื่องมือประเมิน

ผู้วางแผนงานรวมทั้งผู้รับผิดชอบหลักของกลุ่มบริการหลักที่ร่วมรับผิดชอบในการป้องกันและจัดการโรค

เครื่องมือประเมินตนเอง

ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบฟอร์มการเตรียมข้อมูลพื้นฐานเพื่อการประเมินการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ
สู่กรอบคุณภาพดูแลป้องกันและจัดการโรค

ส่วนที่ 2 คำถามการประเมินและใบสรุปการประเมินความเข้มแข็งการป้องกันและจัดการดูแล
ความดันโลหิตสูงและเบาหวานจังหวัดสกลนคร

โดยมีแนวทางการออกแบบคำถามเพื่อวัตถุประสงค์ในการประเมินความสามารถในการปฏิบัติการให้
บรรลุความสำเร็จโดยอิงบนผลลัพธ์และปัจจัยความสำเร็จที่ต้องและ/หรือควรมี และสามารถตอบได้ว่า

- ◆ ในการปฏิบัติงานเราอยู่ที่ไหนในปัจจุบัน
- ◆ โอกาสในการเสริมสร้างความสามารถในการปฏิบัติ

ทั้งนี้ ความสำคัญของการนำปัจจัยความสำเร็จเป็นทิศนำร่องในการจัดทำกลุ่มคำถามเพื่อสัมภาษณ์
และสรุปในแบบประเมินนั้นมีหลายประการ ได้แก่

- ✍ การลดปัญหาโรคเรื้อรังเป็นปัญหาเกี่ยวพันประชากรตลอดช่วงชีวิต มีขนาดใหญ่ และ
เกี่ยวข้องกับหลายมิติของสุขภาพ และต้องใช้ระยะเวลาในการดูแล
- ✍ การมองภาพรวม การกำหนดความคาดหวังและทิศร่วมกัน การบูรณาการ และความ
ร่วมมือการปฏิบัติในหลาย สาขา ภาคส่วน และระดับ รวมทั้งชุมชน ทุกระดับไปพร้อมกัน
อย่างต่อเนื่องจึงมีความสำคัญ
- ✍ การขับเคลื่อนให้เกิดการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรังขึ้นต้องอยู่บนการปรับและเพิ่ม
คุณภาพที่จำเป็นจากโครงสร้างการดูแลสุขภาพและการบริหารจัดการพื้นฐานเดิมให้ตอบ
สนองต่อลักษณะปัญหาสุขภาพใหม่
- ✍ การมีและเพิ่มคุณภาพปัจจัยความสำเร็จเพื่อให้เกิดผลต่อการขับเคลื่อนการดำเนินการ
การดูแลป้องกันและจัดการสถานะสุขภาพที่เรื้อรังจึงเป็นความจำเป็น
- ✍ การประเมินมองภาพปัจจัยความสำเร็จจะทำให้เห็นภาพใหญ่ในการบอกแนวทางการ
วางแผนโรคเรื้อรังในภาพรวม และสามารถพิจารณาความเชื่อมโยงของส่วนต่างๆ ของ
ระบบสุขภาพเพื่อป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง



แบบฟอร์มตัวอย่าง

การเตรียมข้อมูลพื้นฐานเพื่อการประเมินเพื่อพัฒนาคุณภาพระบบบริการสู่รอบคุณภาพดูแล ป้องกันและจัดการโรค

I) ระบาดวิทยาพื้นฐานของความดันโลหิตสูงและเบาหวานในพื้นที่ของท่าน

ประเมินเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. 255.....

โรค/ปัจจัยเสี่ยง	อัตรา/ความชุก	จำนวน	ปี/เอกสารอ้างอิง
กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด % ของจำนวนการตายทั้งหมด % ของจำนวนการป่วยและพิการ			
ภาวะความดันโลหิตสูง ความชุก จำนวนของรายใหม่			
ภาวะเบาหวานชนิดที่ 2 ความชุก จำนวนของรายใหม่			
ภาวะอ้วน ความชุก จำนวนของรายใหม่			
การบริโภคผักและผลไม้ประจำวัน ความชุกบริโภคน้อยกว่า 5 ส่วนต่อวัน			
กิจกรรมทางกาย ความชุกของกิจกรรมทางกายกระฉับกระเฉง (ที่เพียงพอ) (physically active)			
การบริโภคยาสูบ ร้อยละของผู้ที่สูบบุหรี่ทุกวัน			
การบริโภคแอลกอฮอล์ ความชุกของผู้ดื่มแอลกอฮอล์ 12 แก้วมาตรฐานขึ้นไปต่อสัปดาห์			
การศึกษา ร้อยละของผู้จบประถมศึกษา ร้อยละของผู้จบมัธยมศึกษาหรือสายอาชีพระดับเทคนิค			
รายได้ ร้อยละของจำนวนผู้อยู่ต่ำกว่า Poverty line			
การเข้าถึงบริการ ร้อยละของผู้ที่มีประกันสุขภาพ (ประเภทใดประเภทหนึ่ง)			
ที่อยู่อาศัย ร้อยละของผู้ที่ไม่มีที่อยู่อาศัย			

ใบสรุปในการสัมภาษณ์และประเมินความเข้มแข็งการป้องกันและจัดการดูแล
ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน จังหวัด.....ระดับ.....พื้นที่.....

คำถามกลุ่ม 1 : คุณค่าและเป้าประสงค์สุขภาพร่วมกัน

1. ปัจจุบันผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์เข้าร่วมในการทำงานร่วมกันอย่างไรเพื่อเสริมความเข้มแข็งในการป้องกันและจัดการดูแลโรคเรื้อรัง

สรุปประเด็น:

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

2. ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ (หุ้นส่วน) ได้พูดคุยถึงประเด็นการพัฒนาคุณค่าร่วมกันอย่างไรบ้างเพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติของตนให้เกิดความเข้มแข็งในการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง

สรุปประเด็น:

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

3. ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ระบุประเด็นของการพัฒนาเป้าประสงค์ร่วมกันอย่างไรสำหรับการทำงานในการเพิ่มความเข้มแข็งการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง

สรุปประเด็น:

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

คำถามกลุ่ม 2 : มุ่งเน้นต่อปัจจัยกำหนดของสุขภาพ

4. ปัจจัยกำหนดทางสังคมต่อสุขภาพถูกประเมินและติดตามในชุมชนได้อย่างไร

สรุปประเด็น:

0

1

2

3

4

5. ข้อมูลปัจจัยกำหนดทางสังคมต่อสุขภาพ ถูกยอมรับในกระบวนการกิจกรรมหลัก การวางแผน และการประเมินผล ของผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์

สรุปประเด็น:

0

1

2

3

4

6. ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์จะรวมเอาภาคส่วนต่างๆ มาช่วยกันวางแผนปัจจัยกำหนดทางสังคมต่อสุขภาพ ที่สอดคล้องต่อการป้องกันและจัดการดูแลโรคเรื้อรังได้อย่างไร

สรุปประเด็น:

0

1

2

3

4

7. อะไรคือทรัพยากรหรือความช่วยเหลืออื่นๆ ที่มีอยู่เพื่อการสนับสนุนกิจกรรมชุมชนที่เกี่ยวกับปัจจัยกำหนดทางสังคมต่อสุขภาพ

สรุปประเด็น:

0

1

2

3

4

8. ในปัจจุบัน มีกฎหมาย กฎระเบียบ หรือข้อบังคับใดในเขตพื้นที่ของท่าน ที่เสริมสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพหรือไม่

สรุปประเด็น:

0

1

2

3

4

9. กลไกอะไรที่ถูกพัฒนาขึ้นให้เกิดความ<u>ร่วมมือกับโรงเรียน/สถานศึกษา</u> เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคเรื้อรัง				
สรุปประเด็น:				
0	1	2	3	4
10. กลไกอะไรที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อเกิดความ<u>ร่วมมือกับสถานที่ทำงาน</u> เพื่อสร้างเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรคเรื้อรัง				
สรุปประเด็น:				
0	1	2	3	4

คำถามกลุ่ม 8 : สมรรถนะด้านสาธารณสุขและโครงสร้างภายใน

11. องค์การสาธารณสุขประเมินความจำเป็น/ความต้องการด้านสุขภาพในชุมชนอย่างไร				
สรุปประเด็น:				
0	1	2	3	4
12. องค์การสาธารณสุขวางแผนสำหรับทรัพยากรมนุษย์ที่ต้องการอย่างไรในการป้องกันและจัดการดูแลโรคเรื้อรัง				
สรุปประเด็น:				
0	1	2	3	4
13. องค์การสาธารณสุขสนับสนุนทีมบุคลากรขององค์กรในการพัฒนาความสามารถที่ต้องการเพื่อการป้องกันและจัดการดูแลโรคเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพได้อย่างไร				
สรุปประเด็น:				
0	1	2	3	4
14. ทรัพยากรอะไรที่องค์การสาธารณสุขได้จัดสรรเพื่อนำแผนทรัพยากรมนุษย์และกิจการการฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องสู่การปฏิบัติ				
สรุปประเด็น:				
0	1	2	3	4
15. มีอะไรที่เข้าไปเพื่อให้แน่ใจได้ว่าทุกบริการและโปรแกรมต่างๆได้ถูกพัฒนา หรือปรับให้เข้ากับประชากรซึ่งต้องเผชิญต่ออุปสรรคการเข้าถึงบริการหรือโปรแกรมนั้นๆ				
สรุปประเด็น:				
0	1	2	3	4

16. “รากของสาเหตุ” ถูกนำมาพิจารณาในการพัฒนาโปรแกรมที่กล่าวถึงการป้องกันโรคเรื้อรังได้อย่างไร สรุปประเด็น:				
0	1	2	3	4



คำถามกลุ่ม 4 : สมรรถนะด้านการดูแลปฐมภูมิ (Primary care) และโครงสร้างภายใน

17. การดูแลปฐมภูมิมีบทบาทอย่างไรกับแผนของภูมิภาคและท้องถิ่นในการป้องกันและจัดการดูแลโรคเรื้อรัง

สรุปประเด็น:

0

1

2

3

4

18. ความจำเป็นและความต้องการเพื่อการดูแลปฐมภูมิจะถูกประเมินมาได้อย่างไร

0

1

2

3

4

19. แผนภูมิภาคและท้องถิ่นเพื่อทรัพยากรมนุษย์ที่ต้องการในการดูแลปฐมภูมิในการป้องกันและจัดการดูแลโรคเรื้อรังเป็นอย่างไร

สรุปประเด็น:

0

1

2

3

4

20. ผู้ให้บริการดูแลปฐมภูมิได้รับการสนับสนุนอย่างไรในการพัฒนาความสามารถที่จำเป็นเพื่อการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง

สรุปประเด็น:

0

1

2

3

4

21. ทรัพยากรอะไรที่ถูกจัดสรรในการนำแผนทรัพยากรมนุษย์และกิจกรรมการฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องสู่การปฏิบัติ

สรุปประเด็น:

0

1

2

3

4

22. จะต้องทำอะไรบ้างเพื่อให้แน่ใจได้ว่าประชากรทั้งหมดสามารถเข้าถึงการบริการดูแลปฐมภูมิ ได้

สรุปประเด็น:

0

1

2

3

4

23. ภูมิภาคท้องถิ่นได้เข้าถึงข้อมูลหลักฐานอย่างไรในการพัฒนาแผนการบริการปฐมภูมิในการป้องกันและจัดการดูแลโรคเรื้อรัง

สรุปประเด็น:

0

1

2

3

4

24. ผู้ให้บริการการดูแลปฐมภูมิได้รับการสนับสนุนในการนำแนวทางการป้องกันทางคลินิกและการเข้าถึงการจัดการตนเองเพื่อการป้องกันและจัดการดูแลโรคเรื้อรังสู่การปฏิบัติได้อย่างไร

สรุปประเด็น:

0

1

2

3

4

25. อะไรคือสิ่งกระตุ้นให้ผู้ให้บริการในการดูแลปฐมภูมิเกิดการพัฒนาความสามารถในการป้องกันและจัดการดูแลโรคเรื้อรัง

สรุปประเด็น:

0

1

2

3

4

26. อะไรคือกลไกที่มีอยู่เพื่อสนับสนุนข้อมูลและการส่งต่อระหว่างผู้ให้การดูแลปฐมภูมิ สาธารณสุข การดูแลที่บ้าน และการดูแลเฉียบพลัน เพื่อการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง

สรุปประเด็น:

0

1

2

3

4

คำถามกลุ่ม 5 : สมรรถนะของชุมชนและโครงสร้างภายใน

27. องค์กรและกลุ่มชุมชนมีส่วนร่วมอย่างไรในภาพรวมกลยุทธ์ภูมิภาคท้องถิ่นเพื่อการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง

สรุปประเด็น:

0

1

2

3

4

28. กลุ่มชุมชน/ องค์กร มีวิธีประเมินกำหนดความต้องการการบริการของชุมชน องค์กร ได้อย่างไร

สรุปประเด็น:

0

1

2

3

4

29. กลุ่มชุมชน/ องค์กร พัฒนาความสามารถของการเป็นผู้นำเพื่อทำงานในการป้องกัน และจัดการดูแลโรคเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพได้อย่างไร

สรุปประเด็น:

0

1

2

3

4

30. กลุ่มชุมชน/องค์กร ระดมทรัพยากรที่ต้องการในการทำงานการป้องกันและจัดการกับโรคที่เรื้อรังของพวกเขา อย่างไร

สรุปประเด็น:

0

1

2

3

4

31. กลุ่มชุมชน/องค์กร เรียนรู้จากประสบการณ์ของพวกเขา และจากกาปฏิบัติที่เกี่ยวข้องในการป้องกันและจัดการดูแลโรคที่เรื้อรังได้อย่างไร

สรุปประเด็น:

0

1

2

3

4

คำถามกลุ่ม 6 : การบูรณาการการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง

32. ท่ามกลางผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ที่เป็นกุญแจหลัก ความเข้าใจต่อการเข้าถึงการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรังผ่านทางความร่วมมือ และระบบต่างๆ ที่มีอยู่นั้นเป็นรูปแบบลักษณะใด

สรุปประเด็น:

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

33. ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ร่วมมือวางแผนกันอย่างไรเพื่อเพิ่มความเข้มแข็งในการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง

สรุปประเด็น:

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

34. กลไกอะไรที่ถูกพัฒนาให้สนับสนุนการบูรณาการบริการเชื่อมโยงความต่อเนื่องของการบริการการป้องกันและจัดการโรค

สรุปประเด็น:

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

35. ระบบอะไรที่มีอยู่ในการทำให้ง่ายขึ้นในการใช้ข้อมูลร่วมกันเพื่อการกำกับติดตาม การเฝ้าระวัง และการประเมินผลระหว่างผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์

สรุปประเด็น:

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

36. ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ร่วมมือในการพัฒนาข่าวสารสุขภาพที่เป็นกุญแจ เพื่อสนับสนุนการดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพและการจัดการตนเองของโรคเรื้อรัง

สรุปประเด็น:

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

คำถามกลุ่ม 7 : การกำกับ ประเมินผล และเรียนรู้

37. หลักฐานถูกนำไปใช้เป็นแนวทางการวางแผน และกิจกรรมปฏิบัติ ในระบบการป้องกันและจัดการ โรคเรื้อรังในเขตภูมิภาค ได้อย่างไร

สรุปประเด็น:

0

1

2

3

4

38. ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์พัฒนาความสามารถของเจ้าหน้าที่/อาสาสมัคร สำหรับการกำกับติดตาม การประเมินผล และการเรียนรู้ ในประเด็นการป้องกันและจัดการดูแลโรคเรื้อรังได้อย่างไร

สรุปประเด็น:

0

1

2

3

4

39. ดัชนีชี้วัด และระบบอะไรที่ถูกใช้กำกับติดตามผลลัพธ์ของการป้องกัน และจัดการโรคเรื้อรัง

สรุปประเด็น:

0

1

2

3

4

40. ความสามารถเขตภูมิภาคสำหรับการวิเคราะห์อย่างสม่ำเสมอการแปลผลและการรายงาน ของผลลัพธ์การป้องกันและจัดการดูแลโรคเรื้อรัง

สรุปประเด็น:

0

1

2

3

4

คำถามกลุ่ม 8 : ภาวะผู้นำ การมีหุ้นส่วน และการลงทุน

41. ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ระดับความสำคัญและกิจกรรมปฏิบัติร่วมกันสำหรับการเพิ่มความเข้มแข็งการป้องกันและการจัดการดูแลโรคเรื้อรังได้ อย่างไร

สรุปประเด็น:

0

1

2

3

4

42. ทรัพยากรอะไรได้ถูกเป็นพันธมิตรผูกพันที่ใช้ในการเข้าถึงในภาพรวมสำหรับการป้องกันและจัดการดูแลโรคเรื้อรัง และเวลาช่วงใดที่พันธมิตรผูกพันนี้ได้ถูกทำขึ้น

สรุปประเด็น:

0

1

2

3

4

43. ใครเป็นผู้ประสานงานกลยุทธ์ภาพรวมเขตเพื่อการป้องกันและจัดการดูแลโรคเรื้อรัง

สรุปประเด็น:

0

1

2

3

4

44. ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ทำอะไรที่จะเกิดรูปแบบสิ่งแวดล้อมการทำงานที่สร้างเสริมสุขภาพ

สรุปประเด็น:

0

1

2

3

4

45. กลไกความรับผิดชอบอะไรที่ได้ถูกพัฒนาขึ้นในการกำกับติดตามนโยบายและผลลัพธ์ของโปรแกรมของการป้องกันและจัดการกับโรคเรื้อรัง

สรุปประเด็น:

0

1

2

3

4

คำอธิบายประกอบการสัมภาษณ์และสรุปประเมิน

คำถามกลุ่ม 1 : คุณค่าและเป้าประสงค์สุขภาพร่วมกัน

1. ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์เข้ามาร่วมกันในการทำงานเพื่อเสริมความเข้มแข็งในการป้องกันและจัดการดูแลโรคเรื้อรังได้อย่างไร

คำอธิบาย: ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถได้รับประโยชน์จากการวางแผนโครงสร้างและกระบวนการที่สนับสนุนการทำงานร่วมกัน โครงสร้างนี้จะเอื้ออำนวยด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล การวางแผน และกิจกรรมต่างๆ

ความสำคัญของการทำงานร่วมกันอยู่ที่ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องแต่ละท่านต้องยอมรับในความแตกต่าง ทั้งในเรื่องทรัพยากร ความสามารถ และทักษะความรู้ซึ่งกันและกัน ซึ่งอาจใช้ในการหาทางออกระหว่างกัน และการจัดการความต้องการที่แตกต่างกันอย่างเหมาะสม

ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ในภาคส่วนต่างๆ ในแต่ละพื้นที่กำลังทำงานในลักษณะต่างคนต่างทำ	เครือข่ายต่างๆ ของผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ (แม้ว่าจะทำงานโรคเรื้อรังที่ต่างกัน) มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ซึ่งกันและกัน เป็นปกติ และสม่ำเสมอ	บางส่วนของผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ มีการพบปะสม่ำเสมอ เพื่อวางแผนร่วมกัน	มีการวางแผนร่วมกันจากผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์และได้พบปะกันอย่างสม่ำเสมอ	ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ตกลงที่จะทำงานร่วมกันต่างยอมรับการทำงานกลยุทธ์ภาพรวมเพื่อการป้องกันและจัดการดูแล และความพยายามที่ใช้ทรัพยากรร่วมกันเพื่อสนับสนุนการทำงานของกลุ่ม
0	1	2	3	4

2. ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ ได้พูดคุยถึงประเด็นการพัฒนาคุณค่าร่วมกันอย่างไร เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติของคนให้เกิดความเข้มแข็งในการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง

คำอธิบาย: คุณค่าร่วมกัน (Common Values) ต่างๆ จะเป็นการวางรากฐานที่แข็งแรงให้กับผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ในการดำเนินการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรังร่วมกัน

ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ไม่ได้มีการพูดคุยกันถึงคุณค่าของตนต่อประเด็นของการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง	ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ ได้มีการพูดคุยกันถึงคุณค่าของตนต่อประเด็นดังกล่าวแต่ไม่ได้นำเสนอการจัดทำแถลงการณ์ร่วมกัน	ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ตกลงในแถลงการณ์ที่แสดงชัดเจนถึงคุณค่าร่วมกันของตนต่อประเด็นการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง	ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ใช้คุณค่าร่วมกันนี้เพื่อเป็นข้อมูลการทำงานของตนเองร่วมกัน	ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์พัฒนาแผนยุทธศาสตร์และแผนการปฏิบัติบนพื้นฐานคุณค่าร่วมกัน
0 ไม่	1 ให้	2 ให้พอใช้	3 ดี	4 ดีมาก

3. ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ระบุประเด็นของการพัฒนาเป้าประสงค์ร่วมกันสำหรับการทำงานในการเพิ่มความเข้มแข็งการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรังได้อย่างไร

คำอธิบาย: เป้าหมายร่วมกันบนข้อมูลหลักฐานสำหรับสถานะสุขภาพและการกระทำที่แสดงออกมาของระบบสุขภาพในพื้นที่ของท่านควรเป็นข้อมูลบ่งบอกแผนกลยุทธ์และแผนการปฏิบัติการของผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์

ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ไม่ได้มีการพัฒนาเป้าประสงค์ร่วมกันเพื่อการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง	ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ได้ร่วมตลอดกระบวนการที่เป็นทางการของการจัดทำเป้าประสงค์ร่วมกันบนข้อมูลหลักฐาน	เป้าประสงค์ร่วมกันนั้นได้รับการรับรองอย่างเป็นทางการโดยผู้นำของผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ในแต่ละส่วน	เป้าประสงค์เหล่านั้นถูกละทิ้งอยู่ในแผนการดำเนินงานและยุทธศาสตร์ของผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ทุกภาคส่วนที่มีส่วนร่วม (เช่น แต่ละภาคส่วนต่างระบุการดำเนินงานที่ส่งผลให้พุ่งตรงไปที่การบรรลุเป้าหมาย)	ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ มีการทบทวนทิศ ความก้าวหน้าที่มีผลในการบรรลุเป้าประสงค์อย่างสม่ำเสมอ และเป้าประสงค์ได้ถูกทำให้ทันสมัยตามความต้องการจากผลการทบทวน
0	1	2	3	4

คำถามกลุ่ม 2 : มุ่งเน้นต่อปัจจัยกำหนดของสุขภาพ

4. ปัจจัยกำหนดทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพถูกประเมินและติดตามในชุมชนได้อย่างไร

คำอธิบาย: ข้อมูลปัจจัยกำหนดทางสังคมด้านสุขภาพ และความไม่เสมอภาคด้านสุขภาพ (Health inequities) มีความสำคัญในการออกแบบโปรแกรมและกิจกรรมสำหรับการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรังให้ยั่งยืน

แต่ละประสบการณ์ของบุคคลต่างๆ ในปัญหา ทั้งด้านอาหาร ที่อยู่อาศัย และรายได้ ตัวอย่างเช่น สถานะทางอาชีพ หรือ/และเศรษฐกิจอาจเสี่ยงสูงเพิ่มมากกว่าในการพัฒนาโรคเรื้อรังบางโรคและอาจมีความลำบากในการเข้าถึงการบริการสุขภาพ

ผู้ร่วมมีส่วนได้ ประโยชน์ ไม่ได้เก็บ รวบรวมข้อมูลปัจจัย กำหนดทางสังคมต่อ สุขภาพ	ผู้ร่วมมีส่วนได้ ประโยชน์ ตระหนัก ถึงความสำคัญของ การเก็บรวบรวม ข้อมูลปัจจัยกำหนด ทางสังคมต่อสุขภาพ	ผู้ร่วมมีส่วนได้ ประโยชน์ ระบุ ตัวชี้วัดปัจจัยกำหนด ทางสังคมต่อสุขภาพ ที่บ่งชี้แสดงถึง ประเด็นได้ตรงกับ งานของตนมากที่สุด	ผู้ร่วมมีส่วนได้ ประโยชน์ ได้พัฒนา ภาคีเครือข่าย/ระบบ ที่จำเป็นเพื่อการเก็บ รวบรวมข้อมูลปัจจัย กำหนดทางสังคมต่อ สุขภาพ	ผู้ร่วมมีส่วนได้ ประโยชน์ มีการเก็บ รวบรวมข้อมูลปัจจัย กำหนดสังคมด้าน สุขภาพ สม่าเสมอ และได้ใช้ข้อมูลนี้ ในการออกแบบ โปรแกรม และการ จัดลำดับความสำคัญ
0	1	2	3	4

5. ข้อมูลปัจจัยกำหนดทางสังคมต่อสุขภาพ ถูกยอมรับหรือไม่ อย่างไร ในกระบวนการกิจกรรมหลัก การวางแผน และการประเมินผล ของผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์

คำอธิบาย: เพื่อให้แน่ใจว่า ข้อมูลปัจจัยกำหนดทางสังคมต่อสุขภาพถูกนำไปใช้เข้าไปในระบบงานขององค์กรในหน่วยงานแต่ละองค์กร โดยผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ควรตระหนักถึงข้อมูลปัจจัยกำหนดฯ ในขั้นตอนกระบวนการที่เป็นกฎอย่างเป็นกิจจะลักษณะ ได้แก่ ในแถลงการณ์พันธกิจขององค์กร กระบวนการวางแผน และโครงการประเมินผล แม้ว่ากระบวนการผลกระทบของโครงการที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลปัจจัยกำหนดฯ อาจะยากที่จะประเมินเพราะมีปัจจัยจำนวนมากเข้ามาเกี่ยวข้อง ดังนั้นโครงการที่มีความจำเพาะเจาะจงถึงปัจจัยกำหนดฯ จึงต้องการกลยุทธ์การประเมินผลที่ตระหนักถึงความเชื่อมโยงเบื้องหลังปัจจัยกำหนดแต่ละปัจจัยบนพื้นฐานหลักฐานที่ดีที่สุดและทฤษฎีที่เป็นปัจจุบันที่สุด

ผู้ร่วมมีส่วนได้ ประโยชน์ไม่ได้มีการ พิจารณา ข้อมูลปัจจัย กำหนดทางสังคมต่อ สุขภาพ เป็นส่วนหนึ่ง ในการดำเนินการ กิจกรรมหลัก	ผู้ร่วมมีส่วนได้ ประโยชน์ มีความ ตระหนักถึงข้อมูล ปัจจัย กำหนดทาง สังคมต่อสุขภาพ แต่ ไม่ได้พัฒนากิจกรรม ใดๆที่เกี่ยวข้องกับจุด มุ่งเน้นในส่วนนี้	ผู้ร่วมมีส่วนได้ ประโยชน์ ได้รวม ปัจจัยกำหนดทาง สังคมต่อสุขภาพ เป็นหลักสำหรับ กระบวนการวางแผน (รวมถึงความสัมพันธ์ ของตัวแทนชุมชน จากกลุ่มต่างๆ) แต่ ยังไม่มีการพัฒนา กิจกรรมที่เฉพาะเจาะจง	ผู้ร่วมมีส่วนได้ ประโยชน์ มีการพัฒนา กิจกรรมที่เฉพาะ เจาะจง ที่เน้นการ กล่าวถึง ปัจจัย กำหนดทาง สังคมต่อสุขภาพ	ผู้ร่วมมีส่วนได้ ประโยชน์ มีการ ประเมินผลกิจกรรม บนพื้นฐานที่กล่าวถึง ปัจจัยกำหนดทาง สังคมต่อสุขภาพ
0	1	2	3	4

**6. ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์จะร่วมเอาภาคส่วนต่างๆ มาช่วยกันวางประเด็นปัจจัยกำหนดทางสังคม
ต่อสุขภาพที่สอดคล้องต่อการป้องกันและจัดการดูแลโรคเรื้อรังได้อย่างไร**

คำอธิบาย: มีหลายประเด็นที่เชื่อมโยงกับปัจจัยกำหนดทางสังคมต่อสุขภาพ/ความไม่เสมอภาคด้านสุขภาพ ความต้องการ
การเข้าถึงที่นอกเหนือจากหน่วยงานสุขภาพ ความสามารถที่ทำให้การทำงานจากหลายภาคส่วนมีประสิทธิภาพในระดับการให้
บริการพอๆ กับระดับนโยบาย นั้น นับเป็นทักษะสำคัญสำหรับการทำงานประเภทนี้ โครงสร้างที่ต่อเนื่องนี้ เช่น ความร่วมมือ
กันเป็นหนึ่งเดียวกัน สามารถช่วยจัดตั้งให้การเข้าถึงจากหลายภาคส่วนกลายเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรในการเข้าไปจัดการกับ
ปัจจัยกำหนดสังคมด้านสุขภาพ

ผู้ร่วมมีส่วนได้ ประโยชน์ <u>ไม่ได้</u> มีการ ร่วมมือกันหลาย ภาคส่วน	ผู้ร่วมมีส่วนได้ ประโยชน์ <u>รู้</u> ว่าภาค ส่วนใดต้องมีความ เกี่ยวข้อง และ ประสานงานกัน กับ หน่วยงานอื่น (นอก เหนือจากหน่วยงาน สุขภาพ) ที่ระดับ ด้านหน้ามีการร่วมมือ เป็นครั้งคราว	ผู้ร่วมมีส่วนได้ ประโยชน์ <u>ประสาน</u> งาน การทำงานด้าน หน้า ระหว่างภาค ส่วนต่างๆ <u>อย่างเป็น</u> กิจวัตรประจำวัน	ผู้ร่วมมีส่วนได้ ประโยชน์ มีการ พัฒนา โครงสร้าง อย่างต่อเนื่อง เพื่อ สนับสนุน การทำงาน ระหว่างภาคส่วนต่างๆ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับ ปัจจัยกำหนดทาง สังคมฯ	ผู้ร่วมมีส่วนได้ ประโยชน์มีการทำงาน ร่วมกันผ่านทาง โครงสร้างที่มีอิทธิพล ต่อนโยบาย (ในระดับ เทศบาล จังหวัด เขต หรือ ประเทศ) เชื่อม โยงกับปัจจัยกำหนด ทางสังคมฯ
0	1	2	3	4

**7. อะไรคือทรัพยากรหรือความช่วยเหลืออื่นๆ ที่มีอยู่เพื่อการสนับสนุนกิจกรรมชุมชนที่เกี่ยวข้องกับ
ปัจจัยกำหนดทางสังคมต่อสุขภาพ**

คำอธิบาย: กลุ่มต่างๆ ของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยกำหนดทางสังคมต่อสุขภาพยังไม่มีแนวโน้มการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในสังคม
กลุ่มต่างๆ ของชุมชนที่ช่วยพัฒนาความสามารถของสมาชิกด้วยโอกาสของสังคมให้มีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ จัดระบบตนเองและ
ผลักดันสนับสนุนสิทธิของตนเหล่านั้นสามารถทำให้เกิดการสนับสนุนสำคัญต่อปัจจัยกำหนดทางสังคมฯ การจัดองค์กรในชุมชน
สามารถสนับสนุนกลุ่มด้วยโอกาสของชุมชนเหล่านี้โดยการจัดหาการเข้าถึงทรัพยากร (เช่น เงินสนับสนุน พื้นที่การจัดประชุม
นักพัฒนาชุมชน เวลาการส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น) ชุมชนและความเชี่ยวชาญ

<u>ไม่</u> มีการสนับสนุน ใดๆ สำหรับกิจกรรม ชุมชนที่เกี่ยวข้อง ปัจจัยกำหนดทาง สังคมต่อสุขภาพ	ผู้ร่วมมีส่วนได้ ประโยชน์ ให้การ สนับสนุนชุมชนกลุ่ม ต่างๆ เป็นครั้งคราว เพื่อจัดการกับปัจจัย กำหนดทางสังคม ต่อสุขภาพ	ผู้ร่วมมีส่วนได้ ประโยชน์ มีการ สนับสนุนชุมชนกลุ่ม ต่างๆ เป็นประจำ เช่น ให้การเข้าถึง พื้นที่ จัดการประชุม เป็นต้น	ผู้ร่วมมีส่วนได้ ประโยชน์ มีการจัด เวลาของผู้ปฏิบัติงาน เพื่อสนับสนุน กลุ่มชุมชนในการ ทำงานที่เกี่ยวข้องกับ ปัจจัยกำหนด ทางสังคมต่อสุขภาพ	ผู้ร่วมมีส่วนได้ ประโยชน์ มีนโยบาย ที่พัฒนาอย่างดี สำหรับสนับสนุน การพัฒนา ชุมชน สนับสนุนทรัพยากร และชุมชนกลุ่มต่างๆ เป็นผู้มีส่วนร่วมใน การระบุลำดับความ สำคัญ
0	1	2	3	4

8. ในปัจจุบัน มีกฎหมาย กฎระเบียบ หรือข้อบังคับใดในเขตพื้นที่ของท่าน ที่เสริมสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพหรือไม่

คำอธิบาย: -

ไม่มีกฎหมาย กฎระเบียบ ข้อบังคับใดๆ ในพื้นที่	ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ ได้รับกฎหมาย กฎระเบียบ ข้อบังคับ สำหรับการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพเป็นประเด็นที่มีลำดับสำคัญ	ภาคีเครือข่ายระหว่างภาคส่วนต่างๆ ได้ถูกพัฒนาเพื่อการเริ่มต้นทำงานในยุทธศาสตร์เหล่านี้	การสนับสนุนการดำเนินการไปถึงระดับที่เหมาะสมของรัฐบาลต่อประเด็นกลยุทธ์ต่างๆ เช่น การรณรงค์สื่อสารสู่สาธารณะ	การนำกฎหมาย กฎระเบียบ ข้อบังคับสู่การปฏิบัติโดยรัฐบาล
0	1	2	3	4

9. กลไกอะไรที่ถูกพัฒนาขึ้นให้เกิดความร่วมมือกับโรงเรียน/สถานศึกษา เพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเรื้อรัง

คำอธิบาย: โรงเรียน/สถานศึกษาเป็นกุญแจสำคัญชัดเจนเพื่อการเริ่มต้นการป้องกันโรคเรื้อรัง เสมือนมีประชากร “เชลยหรือจับไว้” ที่เรียกว่า “captive” ของประชาชนอายุน้อยผู้ซึ่งอยู่ในกระบวนการก่อตัวทางความและนิสัยที่เชื่อมโยงไปสู่ การมีชีวิตอย่างมีสุขภาพของเขาเหล่านั้น ภาคีเครือข่ายกับโรงเรียน/สถานศึกษาสามารถเข้าไปร่วมมือในด้านต่างๆดังต่อไปนี้ หลักสูตรการให้สิ่งเร้าใจหรือสิ่งกระตุ้นและกฎระเบียบ สนับสนุนเครื่องมือการสร้างเสริมสภาพแวดล้อมโรงเรียนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพเพื่อสนับสนุนกิจกรรม

ไม่มีกลไกใดๆ มีอยู่เพื่อการร่วมเป็นภาคีเครือข่ายกับโรงเรียน	ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ ร่วมกับสถานศึกษาหารือกันต่อความเป็นไปได้ในการร่วมกันเป็นภาคีเครือข่าย	สถานศึกษา และผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ ระบุประเด็นที่มีลำดับความสำคัญสำหรับความร่วมมือเป็นภาคีเครือข่าย	สถานศึกษา และผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์พัฒนาและนำกิจกรรมเฉพาะสู่การปฏิบัติ	สถานศึกษา และผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์จัดตั้งโครงสร้างเพื่อความร่วมมือของความร่วมมือกัน
0	1	2	3	4

10. กลไกอะไรที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อเกิดความร่วมมือกับสถานที่ทำงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเรื้อรัง

คำอธิบาย: สถานที่ทำงานเป็นสถานที่ที่คนใช้เวลาในการดำรงชีวิตหลายชั่วโมงในแต่ละวัน ดังนั้น สถานที่ทำงานจึงเป็นส่วนสำคัญยิ่งใหญ่มุมของการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี แนวโน้มผู้มีส่วนร่วมฯ สามารถรমনายจ้างและสหพันธ์แรงงานต่างๆ การเป็นเครือข่ายกับสถานที่ทำงานอาจสามารถเข้าไปเกี่ยวข้องได้ ได้แก่ หลักสูตร การให้สิ่งเร้าใจหรือสิ่งกระตุ้นและกฎระเบียบ ที่สนับสนุนการสร้างเสริมสภาพแวดล้อมการทำงานที่เอื้อต่อการมีสุขภาพ และเครื่องมือที่สนับสนุนกิจกรรม

ไม่มีกลไกอยู่สำหรับการสร้างเครือข่ายกับสถานที่ทำงาน	ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ ร่วมกับสถานที่ทำงานหรือกันต่อความเป็นไปได้ในการร่วมกันเป็นภาคีเครือข่าย	สถานที่ทำงาน และ ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ ระบุประเด็นที่มีลำดับความสำคัญสำหรับการร่วมเป็นภาคีเครือข่าย	สถานที่ทำงาน และ ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์พัฒนาและนำกิจกรรมเฉพาะสู่การปฏิบัติ	สถานที่ทำงาน และ ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์จัดตั้งโครงสร้างเพื่อความต่อเนื่องของความร่วมมือกัน
0	1	2	3	4

คำถามกลุ่ม 3 : สมรรถนะด้านสาธารณสุขและโครงสร้างภายใน

11. องค์การสาธารณสุขประเมินความจำเป็น/ความต้องการด้านสุขภาพในชุมชนอย่างไร

คำอธิบาย: การประเมินสุขภาพในชุมชน ควรจะรวมข้อมูลของสถานะสุขภาพพอๆ กับ แพ้ภาพของปัจจัยกำหนดทางสังคมต่อสุขภาพ และกระบวนการประเมินควรจะรวมกลุ่มชุมชนที่เป็นกุญแจในฐานะส่วนหนึ่งของกระบวนการด้วย การประเมินสุขภาพชุมชนให้เกิดมีบริบทสำหรับการพัฒนาทรัพยากรบุคคลและแผนการฝึกอบรม

ไม่เคยมีการประเมินสุขภาพชุมชน	ข้อมูลระบาดวิทยาได้ถูกเก็บรวบรวมอย่างไม่สม่ำเสมอ	ข้อมูลระบาดวิทยาได้ถูกเก็บรวบรวมอย่างสม่ำเสมอ	กลุ่มชุมชนได้ร่วมอยู่ในกระบวนการการประเมินสุขภาพชุมชน รวมทั้งเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยกำหนดทางสังคมต่อสุขภาพ	การประเมินสุขภาพชุมชนสามารถระบุประชากรที่อ่อนแอ กลุ่มเสี่ยงที่มีลำดับความสำคัญต่อการดำเนินการและถูกใช้เป็นฐานสำหรับการวางแผนและจัดสรรทรัพยากร
0	1	2	3	4

12. องค์การสาธารณสุขวางแผนสำหรับทรัพยากรมนุษย์ที่ต้องการอย่างไรในการป้องกันและจัดการดูแลโรคเรื้อรัง

คำอธิบาย: การประเมินทรัพยากรบุคคล (Human resource assessment) จะต้องอยู่บนมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับ (เช่น public health core competencies, community health nursing standards of practice) บนพื้นฐานการประเมินองค์การสามารถพัฒนาแผนการรับบุคลากรหรือพัฒนาความสามารถของทรัพยากรมนุษย์ตามต้องการ

ไม่เคยมีแผนทรัพยากรมนุษย์ถูกพัฒนามาก่อน	ความต้องการแรงงานเพื่อการป้องกันและจัดการดูแลโรคเรื้อรังได้ถูกประเมินจนเสร็จสมบูรณ์	แผนทรัพยากรมนุษย์ถูกพัฒนาขึ้น	แผนทรัพยากรมนุษย์ถูกนำสู่การปฏิบัติ	แผนทรัพยากรมนุษย์ได้ถูกประเมินผลและปรับตามผลการประเมิน
0	1	2	3	4

13. องค์การสาธารณสุขสนับสนุนที่บุคลากรขององค์กรในการพัฒนาความสามารถที่ต้องการเพื่อการป้องกันและจัดการดูแลโรคเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพได้อย่างไร

คำอธิบาย: บนพื้นฐานการประเมินทรัพยากรบุคลากรประเภทต่างๆตามที่อธิบายข้างต้น แผนพัฒนาความเชี่ยวชาญของบุคลากรถูกสร้างขึ้นเพื่อพัฒนาตามความสามารถที่ต้องการ และกลยุทธ์จำนวนมากอาจถูกใช้เพื่อสนับสนุนการพัฒนาความเชี่ยวชาญรวมถึง การฝึกฝนงาน ที่ปรึกษา การให้คำปรึกษา การเป็นที่เลี้ยง ให้เข้าถึงวัสดุอุปกรณ์ ห้องสมุดความเชี่ยวชาญที่มีความพร้อมและชุมชนการเรียนรู้ ฯลฯ สิ่งกระตุ้นที่สนับสนุนการพัฒนาความเป็นความเชี่ยวชาญของบุคลากร (เช่น เงินค่าตอบแทน เวลาสำหรับการประสานความร่วมมือ) เป็นส่วนสำคัญของกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพ

ไม่มีแผนการพัฒนาความเชี่ยวชาญของบุคลากรเพื่อสนับสนุนพัฒนาความสามารถในการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง	ได้มีการประเมินความสามารถในการป้องกัน และจัดการโรคเรื้อรัง	มีการสร้างแผนพัฒนาความเชี่ยวชาญ ของบุคลากร	แผนการพัฒนาความเชี่ยวชาญของบุคลากรได้ถูกนำสู่การปฏิบัติ	แผนการพัฒนาความเชี่ยวชาญของบุคลากรได้ถูกประเมินผลและปรับตามผลการประเมิน
0	1	2	3	4

14. ทรัพยากรอะไรที่องค์กรสาธารณสุขได้จัดสรรเพื่อนำแผนทรัพยากรมนุษย์และกิจกรรมการฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องสู่การปฏิบัติ

คำอธิบาย: ทรัพยากรที่จัดสรรด้วยความรับผิดชอบอย่างยั่งยืนเป็นสิ่งที่ต้องการในการสนับสนุนแผนพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และความเชี่ยวชาญของบุคลากร

ไม่มีการจัดสรรทรัพยากรสำหรับแผนพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และความเชี่ยวชาญของบุคลากร	มีการสนับสนุนทรัพยากรเพื่อการทำแผนพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และความเชี่ยวชาญของบุคลากรเป็นครั้งคราว	องค์กรมีการพัฒนาแผนสำหรับจัดการทรัพยากรที่จำเป็น	มีการสนับสนุนและข้อผูกพันจากนโยบายผู้นำ/ชุมชนในการผลักดันสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น	มีทรัพยากรที่เพียงพอและถูกใช้ในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และความเชี่ยวชาญของบุคลากร
0	1	2	3	4

15. มีอะไรที่นำไปเพื่อให้แน่ใจได้ว่าทุกบริการและโปรแกรมต่างๆ ได้ถูกพัฒนา หรือปรับให้เข้ากับประชากรซึ่งต้องเผชิญต่ออุปสรรคการเข้าถึงบริการหรือโปรแกรมนั้นๆ

คำอธิบาย: ประชากรเฉพาะบางกลุ่มต้องรู้และเผชิญต่อความท้าทายใหญ่ในการเข้าถึงโปรแกรมและบริการสาธารณสุขจากปัจจัยต่างๆ เช่น ภาษา วัฒนธรรม เชื้อชาติ สภาวะเศรษฐกิจสังคม และความพิการ และองค์กรต้องให้ความตระหนักรู้ถึงประเด็นการเข้าถึงบริการ (accessibility issue) ดังกล่าวและนำประเด็นเข้าสู่การพิจารณาในการพัฒนาการเริ่มต้นใหม่ๆ อาจมีการพัฒนามาตรการเฉพาะเพื่อให้แน่ใจได้ว่าโปรแกรมและบริการนั้นได้เข้าถึงจากทุกกลุ่มประชากรที่จำเป็นต้องได้รับ

บริการและโปรแกรม สุขภาพ ถูกพัฒนาโดย ปราศจากข้อ พิจารณาถึง ประเด็นการเข้า ถึงบริการฯ	ประเด็นการเข้าถึงฯ ได้ ถูกรวมอยู่ใน การประเมิน ความต้องการ ที่จำเป็นของชุมชน	องค์กรมีความ ตระหนักถึงการ ค้นคว้าและการ ปฏิบัติการใน ปัจจุบันที่เชื่อมโยง การเข้าถึงบริการ และโปรแกรม	องค์กรพัฒนา มาตรฐานที่ชัดเจน เพื่อการเข้าถึง โปรแกรมและ บริการ เช่น การแปลภาษา ระดับความสามารถ ในการอ่านเขียน	กระบวนการวางแผนโปรแกรม โดยชุมชนมีส่วนร่วมในการระบุ ประเด็น สุขภาพ และพัฒนา และให้การบริการโปรแกรม ส่งเสริมสุขภาพและข้อมูลสุขภาพ มีกลยุทธ์ปฏิบัติอยู่ที่เพิ่มการเข้า ถึงการส่งเสริมสุขภาพ การคัดกรอง และการจัดการโรค ทั้งนี้มีการจัดสรรทุนสนับสนุน การมีส่วนร่วมของชุมชน และกลยุทธ์นอกสถานที่
0	1	2	3	4

16. “รากของสาเหตุ” ถูกนำเข้าพิจารณาในการพัฒนาโปรแกรมที่กล่าวถึงการป้องกันโรคเรื้อรังได้อย่างไร

คำอธิบาย: การเข้าถึง “ทฤษฎีสาเหตุ” (Causal Theory) เป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคเรื้อรัง ในการเข้าถึงจากรากของสาเหตุนั้นจะเชื่อมทฤษฎีและหลักฐานที่สัมพันธ์กันกับปัจจัยสาเหตุต่างๆ และสัมพันธ์กับโรคเรื้อรังที่มีอยู่ในปัจจุบัน ตลอดจนการใช้ข้อมูลเหล่านี้ในการพัฒนากลยุทธ์ที่กล่าวถึงรากของสาเหตุ เช่น องค์กรต้องทำงานกับหน่วยงานอื่น เพื่อกล่าวถึงปัจจัยต่างๆ ได้แก่ อาหาร และความมั่นคงของรายได้ ซึ่งได้แสดงถึงความเชื่อมโยงกับโรคเรื้อรังบางชนิด

รากของสาเหตุไม่ได้ รับเข้าไปเป็น ข้อพิจารณาใน การพัฒนาโปรแกรม	องค์กรให้ความ ตระหนักกับทฤษฎี และวิจัยในปัจจุบัน ซึ่งพบความสัมพันธ์ เชื่อมโยงกับรากของ สาเหตุของโรคเรื้อรัง	องค์กรให้การ สนับสนุนทีมงานใน การพัฒนาทักษะการ วางแผนบนพื้นฐาน ของ “ทฤษฎีสาเหตุ” (Causal Theory)	การวางแผน โปรแกรมมีการใช้ “ทฤษฎีสาเหตุ” เป็นปกติสม่ำเสมอ การทำงานระหว่าง ภาคส่วนถูก สนับสนุนให้กล่าวถึง ต้นเหตุที่แท้จริง (Root cause)	ผลกระทบของราก ของสาเหตุต่างๆ ถูกให้รวมในการ ประเมินผล โปรแกรม
0	1	2	3	4

คำถามกลุ่ม 4 : สมรรถนะด้านการดูแลปฐมภูมิและโครงสร้างภายใน

17. การดูแลปฐมภูมิ (Primary care) มีบทบาทอย่างไรกับแผนของเขตภูมิภาคในการป้องกันและจัดการดูแลโรคเรื้อรัง

คำอธิบาย: แผนของเขตภูมิภาคตระหนักถึงบทบาทที่จำเพาะและจำเป็นของการดูแลปฐมภูมิหรือการดูแลปฐมภูมิ (Primary care) ในการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง และแผนเหล่านี้กำหนดบทบาทเฉพาะสำหรับการดูแลปฐมภูมิและความสัมพันธ์กับส่วนอื่นๆ ของภาคส่วนสุขภาพ และชุมชน

บทบาทของ การดูแลปฐมภูมิ ไม่ได้รับความสนใจ ให้เป็นกลยุทธ์ ของเขตภูมิภาค ในการป้องกันและ จัดการโรคเรื้อรัง	ภาคส่วนการดูแล ปฐมภูมิเริ่มกิจกรรม บางอย่างของตนเอง ในการป้องกันและ จัดการโรคเรื้อรัง	ผู้ร่วมมีส่วนได้ ประโยชน์ อื่นๆ ได้รวมภาคส่วนการ ดูแลปฐมภูมิเข้ามา ร่วมในเวทีการพูดคุย เพื่อกลยุทธ์ของเขต ภูมิภาค	บทบาทที่เฉพาะ เจาะจงได้ถูกระบุใน ภาคส่วนของการ ดูแลปฐมภูมิ	กลยุทธ์และทรัพยากร ต่างๆ เพื่อเพิ่มความ เข้มแข็งของความ สามารถของการดูแล ปฐมภูมิในการป้องกัน และจัดการโรคเรื้อรัง ได้ถูกพัฒนาขึ้น
0	1	2	3	4

18. ความจำเป็นและความต้องการเพื่อการดูแลปฐมภูมิจะถูกประเมินมาได้อย่างไร

คำอธิบาย: การประเมินสุขภาพชุมชนรวมถึงข่าวสารของสถานะสุขภาพพหุๆ กับเพิ่มข้อมูลปัจจัยกำหนดทางสังคมของสุขภาพ ในกระบวนการการประเมินควรรวมถึงข่าวสารด้านระบาดวิทยาและการมีส่วนร่วมของกลุ่มชุมชนที่เป็นกุญแจในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการ การประเมินสุขภาพชุมชนจะทำให้มีบริบทเพื่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ การวางแผนฝึกอบรม ดังนั้น องค์การการดูแลปฐมภูมิควรจะทำการศึกษาประเมินชุมชนที่ตนบริการเพื่อได้ข้อมูลในงานของตนเอง

ไม่มีการประเมิน สุขภาพชุมชน	ข้อมูลระบาดวิทยา ได้ถูกเก็บรวบรวม อย่างไม่สม่ำเสมอ	ข้อมูลระบาดวิทยา ได้ถูกเก็บรวบรวม อย่างสม่ำเสมอ	กลุ่มชุมชนกลุ่ม ต่างๆ (Community groups) ได้ถูกรวม อยู่ในกระบวนการ การประเมินสุขภาพ ชุมชน (Community health assessment) และมีการเก็บข้อมูล ปัจจัยทางสังคมต่อ สุขภาพ (SDOH)	การประเมินสุขภาพ ชุมชนสามารถระบุ ถึงกลุ่มประชากรที่ อ่อนแอและเสี่ยง เพื่อเป็นลำดับความ สำคัญแรกๆ ในการ ดำเนินการและถูกใช้ เป็นฐานสำหรับการ วางแผนโครงการ และการจัดสรร ทรัพยากร
0	1	2	3	4

19. แผนเขตภูมิภาคเพื่อทรัพยากรมนุษย์ที่ต้องการในการดูแลปฐมภูมิในการป้องกันและจัดการดูแลโรคเรื้อรังเป็นอย่างไร

คำอธิบาย: ความสามารถที่ต้องมีในการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรังเพื่อการดูแลปฐมภูมิควรจะถูกใช้เป็นมาตรฐานต่อการถูกใช้ประเมินความสามารถของทรัพยากรมนุษย์ของภูมิภาคท้องถิ่น จากการประเมิน องค์กรสามารถพัฒนาแผนในการรับหรือพัฒนาความสามารถทรัพยากรมนุษย์ที่ต้องการ

ไม่เคยมีการพัฒนาแผน	มีการประเมินความต้องการแรงงานเพื่อการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง	มีการพัฒนาแผนทรัพยากรมนุษย์	แผนทรัพยากรมนุษย์ได้ถูกนำไปสู่การปฏิบัติ	มีการประเมินและปรับแผนทรัพยากรมนุษย์บนพื้นฐานของการประเมินผล
0	1	2	3	4

20. ผู้ให้บริการดูแลปฐมภูมิได้รับการสนับสนุนอย่างไรในการพัฒนาความสามารถที่จำเป็นเพื่อการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง

คำอธิบาย: ช่วงความสามารถจำเป็นสำหรับผู้ให้บริการดูแลปฐมภูมิเพื่อการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่

- ✍ ความสามารถทำงานในรูปแบบการปฏิบัติบูรณาการและร่วมมือกับวิชาชีพอื่นๆ
- ✍ ความสามารถด้านวัฒนธรรม
- ✍ เป็นผู้นำชุมชนและการผลักดันสนับสนุนอย่างมีประสิทธิภาพ
- ✍ สนับสนุนการจัดการตนเอง

ภูมิภาคท้องถิ่นควรจะทำงานร่วมกันกับหน่วยองค์กรการดูแลปฐมภูมิและภาคีเครือข่ายอื่นๆ ที่เหมาะสม (เช่น องค์กรวิชาชีพสุขภาพ) ในการพัฒนาแผนที่ทำให้แน่ใจได้ว่าผู้ให้บริการการดูแลปฐมภูมิได้เข้าถึงการฝึกฝนเพื่อพัฒนาความสามารถเหล่านี้

ไม่มีแผนที่มียุ่สนับสนุนการพัฒนาความสามารถ	เขตและผู้ให้การดูแลปฐมภูมิมีความตระหนักต่อความสามารถเพื่อการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง	มีการประเมินความสามารถของผู้ให้บริการในภูมิภาคท้องถิ่น	ผู้ให้การดูแลปฐมภูมิผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง และกลุ่มวิชาชีพและกลุ่มให้การศึกษา มีการพูดคุยถึงความจำเป็นและทรัพยากรการฝึกอบรม	มีแผนเขตภูมิภาคที่สนับสนุนการฝึกอบรมบนพื้นฐานความสามารถโดยมีการสนับสนุนและการจัดสรรทรัพยากรจากสถาบันต่างๆ
0	1	2	3	4

21. <u>ทรัพยากรอะไรที่ถูกจัดสรรในการนำแผนทรัพยากรมนุษย์และกิจกรรมการฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องสู่การปฏิบัติ</u>				
คำอธิบาย: การสนับสนุนแผนพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และความเชี่ยวชาญต่างๆ ต้องการคำมั่นหรือความรับผิดชอบที่แน่นอนต่อทรัพยากรที่จำเพาะสำหรับการพัฒนา				
<u>ไม่มีการจัดสรรทรัพยากรมาเพื่อการทำแผนพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และความเชี่ยวชาญต่างๆ</u>	<u>มีการสนับสนุนทรัพยากรเป็นการเฉพาะเป็นครั้งคราว (on an ad hoc basis) ในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และความเชี่ยวชาญต่างๆ</u>	<u>องค์กรมีการพัฒนาแผนสำหรับได้มาซึ่งทรัพยากรที่จำเป็น</u>	<u>มีการสนับสนุนและสัญญาจากนักการเมืองและชุมชนที่จะสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น</u>	<u>มีทรัพยากรที่เพียงพอและถูกใช้ในการนำแผนพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และความเชี่ยวชาญต่างๆสู่การปฏิบัติ</u>
0	1	2	3	4
22. <u>จะต้องทำอะไรบ้างเพื่อให้แน่ใจได้ว่าประชากรทั้งหมดสามารถเข้าถึงการบริการดูแลปฐมภูมิ (Primary care service) ได้</u>				
คำอธิบาย: การเข้าถึงการบริการพื้นฐาน (Primary care service) รวมส่วนประกอบต่างๆ ต่อไปนี้: ✍ การเข้าถึงจากความแตกต่างของพื้นที่/ภูมิศาสตร์ ✍ การเข้าถึงจากความแตกต่างของเวลา (บริการตลอด 24 ชม. ทุกวัน) ✍ การเข้าถึงจากความแตกต่างของสังคมวัฒนธรรม (เช่น การบริการต้องสามารถตอบสนองความต้องการที่แตกต่างกันตามวัฒนธรรมทางสังคมและกลุ่มของภาษาของชุมชนนั้นๆ)				
<u>การบริการปฐมภูมิถูกพัฒนาโดยปราศจากการพิจารณาประเด็นการเข้าถึงบริการ</u>	<u>ประเด็นการเข้าถึงนั้นได้ถูกรวมในการประเมินความจำเป็นของชุมชน</u>	<u>เขตภูมิภาคมีความตระหนักถึงการค้นคว้าและการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึง</u>	<u>เขตภูมิภาคพัฒนามาตรฐานที่ชัดเจนเพื่อการเข้าถึงการบริการปฐมภูมิ เช่น การแปล การเข้าถึง ฯลฯ</u>	<u>แผนการเข้าถึงการบริการได้ถูกนำไปปฏิบัติและประเมินผล</u>
0	1	2	3	4

23. เขตภูมิภาคได้เข้าถึงข้อมูลหลักฐานอย่างไรในการพัฒนาแผนการบริการปฐมภูมิในการป้องกันและจัดการดูแลโรคเรื้อรัง

คำอธิบาย: จากการวิจัยพบว่า รูปแบบ (Model) การบริการปฐมภูมิที่แตกต่างกันจะให้ระดับของผลลัพธ์การแสดงออกในมิติของการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรังที่แตกต่างกัน

เขตภูมิภาคซึ่งส่วนใหญ่มีความรับผิดชอบต่อการออกแบบระบบบริการปฐมภูมิสำหรับประชาชนในความรับผิดชอบสามารถใช้รูปแบบผสม (Mix of Model) ตำแหน่งของการให้บริการ และแผนการพัฒนาศูนย์บริการบุคคลเพื่อให้แน่ใจได้ว่าประชากรในพื้นที่รับบริการครอบคลุมดีที่สุด

ผู้บริหารของเขต ท้องถิ่นและจังหวัด ไม่ได้พิจารณา ประสิทธิภาพ ของรูป แบบการดูแลปฐมภูมิ (Primary care model) ที่กล่าวถึงการป้องกัน และจัดการโรคเรื้อรัง เมื่อกำหนด ยุทธศาสตร์ ของท้องถิ่น	ผู้บริหารให้ความ ตระหนักในหลักฐาน ที่เกี่ยวกับประสิทธิภาพ ของรูปแบบการดูแล ปฐมภูมิ	เขตภูมิภาคมีการ ประเมินความจำเป็น และกลยุทธ์ที่พัฒนา มาจากข้อมูลหลักฐาน เพื่อการพัฒนา การดูแลปฐมภูมิ	เขตภูมิภาคสนับสนุน ผลักดันจังหวัดเพื่อ สนับสนุนรูปแบบการ ดูแลปฐมภูมิที่กล่าว ถึงการป้องกันและ จัดการโรคเรื้อรัง มีประสิทธิภาพสูง	เขตภูมิภาคสามารถ ที่จะนำระบบและ รูปแบบการดูแล ปฐมภูมิซึ่งเอื้อให้ผู้ให้ บริการทำงานได้ตาม ความสามารถสูงสุด ในการป้องกันและ จัดการโรค
0	1	2	3	4

24. ผู้ให้บริการการดูแลปฐมภูมิได้รับการสนับสนุนในการนำแนวทางการป้องกันทางคลินิกและการเข้าถึงการจัดการตนเองเพื่อการป้องกันและจัดการดูแลโรคเรื้อรังสู่การปฏิบัติได้อย่างไร

คำอธิบาย: ผู้ให้บริการในการดูแลปฐมภูมิเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอันเป็นปัจจุบันที่สุดอันเกี่ยวกับการปฏิบัติที่ดี (best practices) ในการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรังได้ง่าย และบูรณาการการปฏิบัติเหล่านี้เข้าไปในการทำงาน ตัวอย่าง รวมเอาประเด็นต่างๆ ได้แก่

- เครื่องมือที่ง่ายต่อการใช้สำหรับการประเมินปัจจัยเสี่ยง การให้คำปรึกษา และการส่งต่อ
- ระบบการสนับสนุนการตัดสินใจที่ทันการณ์
- ทรัพยากรที่ช่วยในการจัดการตนเอง

การเข้าถึงอาจมีหลายแบบ จากการเข้าถึงแบบ electronic ถึงเครื่องมือ on-line เพื่อการศึกษาต่อเนื่อง

ผู้ให้บริการในการ ดูแลปฐมภูมิ ไม่ได้ รับการสนับสนุนเพื่อ นำแนวทางการ ป้องกัน ทางคลินิก และการเข้าถึงการ จัดการตนเองเข้าไป ในการทำงาน	ผู้ให้บริการในการ ดูแลปฐมภูมิ ตระหนักถึงทรัพยากร และการเข้าถึงด้วย ตนเอง	เขตภูมิภาค พัฒนาการประเมิน ความจำเป็นเพื่อ กำหนดกระบวนการ เข้าถึงทรัพยากรของ ผู้ให้บริการในการ ดูแลปฐมภูมิ	เขตภูมิภาคพัฒนา แผนที่สนับสนุน กระบวนการเข้าถึง ทรัพยากรของผู้ให้ บริการในการดูแล ปฐมภูมิ	ผู้ให้บริการในการดูแล ปฐมภูมิสามารถเข้าถึง ทรัพยากรเหล่านั้นได้ อย่างดี ทรัพยากรที่ถูก สนับสนุนนี้ต้องมี ช่วง เวลาจำเป็นสำหรับการ พัฒนาวิชาชีพที่ต้องใช้ ในการบริการ
0	1	2	3	4

25. อะไรคือสิ่งกระตุ้นให้ผู้ให้บริการในการดูแลปฐมภูมิเกิดการพัฒนาศามารถในการป้องกันและจัดการดูแลโรคเรื้อรัง

คำอธิบาย: ผู้ให้บริการในการดูแลปฐมภูมิจะชอบที่จะมีส่วนร่วมในโปรแกรมเพื่อพัฒนาศามารถในการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรังเมื่อมีการให้การสนับสนุนและสิ่งกระตุ้น. การสนับสนุนนี้รวมทั้งเวลาและทรัพยากรสำหรับการพัฒนาศามารถเชี่ยวชาญ การสนับสนุนนี้อาจให้มีที่ระดับจังหวัด ระดับภูมิภาคท้องถิ่น หรือโดยองค์กรการดูแลปฐมภูมิเอง (primary care organization)

องค์กรการดูแลปฐมภูมิไม่มีนโยบายที่สนับสนุนการพัฒนาความสามารถในการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง	องค์กรการดูแลปฐมภูมิตระหนักถึงความสามารถที่ต้องการ	องค์กรการดูแลปฐมภูมิมีการประเมินระดับความสามารถของผู้ให้บริการในการดูแลปฐมภูมิ	องค์กรการดูแลปฐมภูมิได้พัฒนาแผนที่ให้เกิดการเข้าถึงการฝึกอบรมบนพื้นฐานความสามารถ (competency based training)	องค์กรการดูแลปฐมภูมิทำงานร่วมกันในการพัฒนาแผนประสานการดำเนินงานและการฝึกอบรมที่ผู้ให้บริการเข้าถึงได้อย่างดี
0	1	2	3	4

26. อะไรคือกลไกที่มีอยู่เพื่อสนับสนุนข้อมูลและการส่งต่อระหว่างผู้ให้การดูแลปฐมภูมิ การบริการสาธารณสุข การดูแลที่บ้าน และการดูแลเฉียบพลัน เพื่อการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง

คำอธิบาย: กลไกข้อมูลและการส่งต่อมีความสำคัญสำหรับการเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแล มีกลไกสนับสนุนผู้ให้บริการการดูแลปฐมภูมิที่จะรู้ถึงแหล่งทรัพยากรอื่นที่มีอยู่สำหรับผู้ป่วยในชุมชน และทำให้มันง่ายขึ้นในการส่งต่อไปยังแหล่งทรัพยากรเหล่านี้ (และอนุญาตให้ผู้บริการติดตามสถานะของการส่งต่อ)

ไม่มีอยู่ของรูปแบบกลไกที่เป็นระบบในการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารและการส่งต่อเพื่อการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง	รายการของทรัพยากรในชุมชนมีการจัดทำและถูกปรับปรุงให้ทันสมัยอยู่เสมอ	รายการของทรัพยากรอยู่ในรูปแบบซึ่งง่ายต่อการเข้าถึงของผู้ให้บริการการดูแลปฐมภูมิ	ระบบกลไกการส่งกลับถูกจัดตั้งขึ้นและนำไปสู่การปฏิบัติ	ผู้ให้บริการการดูแลพื้นฐานใช้ระบบข้อมูลและรายการทรัพยากรอย่างคล่องแคล่ว และระบบส่งต่อถูกบูรณาการเข้าไปในระบบรายการบันทึกผู้ป่วยอิเล็กทรอนิกส์
0	1	2	3	4

คำถามกลุ่ม 5 : สมรรถนะของชุมชนและโครงสร้างภายใน

27. องค์กรและกลุ่มชุมชนมีส่วนร่วมอย่างไรในภาพรวมกลยุทธ์เขตภูมิภาคเพื่อการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง

คำอธิบาย: เพราะโครงสร้างของชุมชนมักจะมีขนาดค่อนข้างเล็กและอยู่บนโครงสร้างที่มีพื้นฐานเป็นอาสาสมัคร บางกลุ่มบางชุมชน บางองค์กรอาจจะต้องเผชิญความท้าทายการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในกลยุทธ์ของเขตภูมิภาค

กลยุทธ์ในเขตภูมิภาคควรจะวัดต่อความท้าทายเหล่านี้และทำให้กลุ่มต่างๆ สามารถมีส่วนร่วมได้อย่างเต็มที่เท่าที่จะเป็นไปได้ (เป็นต้นว่า ถ้ากลุ่มใหญ่อาจจะเสนอการแบ่งปันทรัพยากร เช่น การประชุม หรือ พื้นที่สำนักงานให้กับกลุ่มเล็กๆ เพื่อสนับสนุนการมีส่วนร่วม)

กลุ่มชุมชน/องค์กร <u>ไม่มีส่วนร่วม</u> ในกลยุทธ์เพื่อการป้องกันและจัดการกับโรคเรื้อรัง	กลุ่มชุมชน/องค์กร <u>มีส่วนร่วมเฉพาะกิจชั่วคราว</u>	กลุ่มเขตภูมิภาคจัด <u>ทำรายชื่อของกลุ่มชุมชน/องค์กร ที่มีการทำงานในการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรังและเชิญให้มีส่วนร่วมด้วย</u>	กลุ่มชุมชน/องค์กร <u>มีส่วนร่วมในการสื่อสารอย่างสม่ำเสมอ</u> กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องๆ อื่นๆ ด้วย	<u>ผู้บริหารระดับอาวุโส</u> ของชุมชน/องค์กร <u>มีส่วนร่วมอย่างเต็มที่</u> ในฐานะสมาชิกของกลยุทธ์การดำเนินงานในส่วนเขตภูมิภาคนั้นๆ
0	1	2	3	4

28. กลุ่มชุมชน/องค์กร มีวิธีประเมินเพื่อกำหนดความต้องการการบริการของชุมชน องค์กร ได้อย่างไร

คำอธิบาย: การประเมินสุขภาพของชุมชนรวมเอาข้อมูลของสถานภาพด้านสุขภาพ เช่นเดียวกับ ข้อมูลของปัจจัยกำหนดทางสังคมต่อสุขภาพ (Social determinant of health (SDOH))

กระบวนการประเมินควรจะรวมข้อมูลระดับชาติวิทยาและร่วมกับกลุ่มชุมชนที่เป็นกุญแจในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการประเมิน และการประเมินสุขภาพชุมชนสามารถดำเนินการได้ด้วยความร่วมมือระหว่างองค์กร

การประเมินทำให้ได้บริบทเนื้อหาสำหรับการพัฒนาแผนทรัพยากรบุคคล/ แผนการฝึกอบรม
การประเมินของชุมชนเฉพาะชุมชนหนึ่งๆ ที่เขาเหล่านั้นทำงานอยู่ด้วย ทำให้กลุ่มชุมชน/ องค์กร ประยุกต์กิจกรรม โครงการ และการริเริ่มที่สอดคล้องกับความต้องการของท้องถิ่นนั้นๆ

<u>ไม่มีการประเมิน</u> สุขภาพของชุมชน	<u>มีการประเมินสุขภาพ</u> ของชุมชน <u>แต่ข้อมูลไม่ได้ถูกเก็บที่ระดับภูมิภาค</u> <u>ท้องถิ่น และชุมชน</u>	<u>การประเมินสุขภาพ</u> ของชุมชนได้เก็บ <u>ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพภูมิภาคท้องถิ่น/</u> <u>ชุมชนอย่างเป็นระบบ</u>	<u>สมาชิกชุมชนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการประเมินสุขภาพ</u> ของชุมชน <u>ปัจจัยกำหนดทางสังคมต่อสุขภาพ (SDOH) ได้ถูกเก็บรวบรวมด้วย</u>	<u>การประเมินสุขภาพ</u> ของชุมชนได้สร้าง <u>พื้นฐานของการวางแผน และจัดลำดับความสำคัญ</u> สำหรับกลุ่มชุมชน/ องค์กร กลุ่มเหล่านี้มี <u>ความสามารถที่จะ</u> <u>ประยุกต์กิจกรรมของ</u> <u>เขาที่ระบุตามความ</u> <u>จำเป็นของท้องถิ่น</u>
0	1	2	3	4

29. กลุ่มชุมชน/องค์กร พัฒนาศักยภาพของการเป็นผู้นำเพื่อทำงานในการป้องกัน และจัดการดูแลโรคเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพได้อย่างไร

คำอธิบาย: ภาวะผู้นำ เป็น ปัจจัยวิกฤตต่อความสำเร็จขององค์กร แต่บ่อยครั้งที่มีทรัพยากรเพียงเล็กน้อยที่ใช้ลงทุนในการพัฒนาผู้นำ ผู้นำมีความจำเป็นที่ต้องมีความสามารถที่จะชักนำกลุ่มและองค์กร ทำให้การเป็นหุ้นส่วนกับองค์กรอื่นๆ ง่ายขึ้น และขับเคลื่อนทรัพยากร และมีความเป็นไปได้ที่องค์กรเล็กๆ จะทำงานด้วยกันรวมกันเพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้นำของเขา โดยเฉพาะในกรณีที่มีทรัพยากรจำกัด

กลุ่มชุมชน/องค์กร <u>ไม่มีการพัฒนา</u> กลยุทธ์ที่จะเพิ่มความเข้มแข็งคงภาวะผู้นำของชุมชน/องค์กร	ผู้นำแต่ละคนมีการ <u>พัฒนาภาวะผู้นำตาม</u> โอกาส	กลุ่มชุมชน/องค์กร มีการประเมินความสามารถของผู้นำ <u>อย่างสม่ำเสมอ</u>	แต่ละกลุ่มชุมชน/องค์กร <u>พัฒนาแผน</u> งานที่สนับสนุนการ <u>พัฒนาศักยภาพ</u> สำหรับผู้นำของพวกเขา	แต่ละกลุ่มชุมชน/องค์กรในเขตภูมิภาค <u>พัฒนาและสนับสนุน</u> <u>แผนร่วมกัน</u> เพื่อการ <u>พัฒนาความเป็นผู้นำ</u>
0	1	2	3	4

30. กลุ่มชุมชน/องค์กร ระดมทรัพยากรที่ต้องการในการทำงานการป้องกันและจัดการกับโรคที่เรื้อรังของพวกเขา อย่างไร

คำอธิบาย: กลุ่มชุมชน/องค์กร บ่อยครั้งที่จะต้องอาศัยพึ่งพิงอย่างมากต่อความร่วมมือของอาสาสมัครและการหารายได้เพื่อให้ได้มาซึ่งทรัพยากรที่ต้องการ องค์กรต่างๆ มีประสิทธิภาพการดำเนินการส่วนใหญ่เมื่อมีแผนและทรัพยากรที่จัดสรรเฉพาะมาในการดำเนินงานนี้

การอุทิศทรัพยากรสำคัญของกลุ่มชุมชน/องค์กร คือ พวกเขาสามารถที่จะเข้าไปสัมพันธ์กับบุคคล/ครอบครัวที่ได้รับผลกระทบเนื่องจากโรคเรื้อรังเฉพาะโรคใดโรคหนึ่ง บุคคลกลุ่มนี้จะทำให้เกิดอารมณ์สนับสนุนผลักดันและอุทิศพลังที่ชัดเจนให้แก่กลุ่ม

กลุ่มชุมชน/องค์กร <u>ไม่มีแผนงาน</u> ในมือที่จะระดมทรัพยากร	กลุ่มชุมชน/องค์กร มีการดำเนินงานเริ่มต้นเป็นครั้งแรกเพื่อ <u>เกิดความมั่นคง</u> ของทรัพยากรที่จะใช้	กลุ่มชุมชน/องค์กร มีการประเมินความต้องการทรัพยากร <u>อย่างเต็มรูปแบบ</u> อยู่บนพื้นฐานการประเมินสุขภาพชุมชน	กลุ่มชุมชน/องค์กร มีการพัฒนากลยุทธ์เพื่อระดมทรัพยากร <u>และจัดสรร</u> ทรัพยากรให้สนับสนุนเกิดการดำเนินการฯ ได้	กลุ่มชุมชน/องค์กร ในเขตภูมิภาคมีความร่วมมือต่อกลยุทธ์การขับเคลื่อนระดมทรัพยากร
0	1	2	3	4

31. **กลุ่มชุมชน/องค์กร เรียนรู้จากประสบการณ์และจากการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องในการป้องกันและจัดการ
ดูแลโรคที่เรื้อรังได้อย่างไร**

คำอธิบาย: เช่นเดียวกันองค์กรอื่นๆ กลุ่มชุมชน/องค์กรจะมีประสิทธิผลมากขึ้นเมื่อพวกเขามีระบบที่จะสนับสนุน การพัฒนา
ความรู้ และการเรียนรู้

กลุ่มชุมชน/ องค์กรไม่มี กลยุทธ์การ เรียนรู้	เจ้าหน้าที่/ อาสาสมัคร แต่ละคน ติดตามการ เรียนรู้ด้วย ตนเอง	กลุ่มชุมชน/องค์กร มีระบบเพื่อการอยู่ กับปัจจุบันด้วยการ ปฏิบัติที่ดีที่สุด (best practice) ในการป้องกัน และ จัดการโรคเรื้อรัง	กลุ่มชุมชน/องค์กร มีการ ประเมินผลโครงการและความ สามารถของเจ้าหน้าที่/อาสา สมัครเปรียบเทียบกับ ปฏิบัติที่ดีที่สุด และมีระบบที่ สนับสนุนการประยุกต์การ ปฏิบัติเหล่านี้เป็นประจำ	กลุ่มชุมชน/องค์กร พัฒนากลยุทธ์ความ ร่วมมือที่สนับสนุน การประยุกต์ การปฏิบัติที่ดีที่สุด
0	1	2	3	4

คำถามกลุ่ม ๑ : การบูรณาการการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง

32. ท่ามกลางผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ที่เป็นกุญแจหลัก มีความเข้าใจอย่างไรต่อการเข้าถึงอย่างเป็นระบบ และความร่วมมือกันในการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง

คำอธิบาย: ความเข้าใจร่วมกันของการเข้าถึงอย่างเป็นระบบและความร่วมมือกันในการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรังนั้นอยู่บนพื้นฐานชุดการให้คุณค่าร่วมกันเป็นรากฐานสำคัญสำหรับการบูรณาการระบบ

ไม่มีความเข้าใจร่วมกันท่ามกลางผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์	กลุ่มย่อยของผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์มีประสบการณ์ในการทำงานร่วมกันภายใต้โครงการร่วม	ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ระบุการเข้าถึงแบบบูรณาการเป็นลำดับสำคัญและเริ่มต้นถกเถียงที่ระบุคุณค่าร่วมและการเข้าถึงเพื่อเป็นแนวการทำงานของกลุ่ม	ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ตกลงในคุณค่าและการเข้าถึงร่วมกัน	ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ใช้คุณค่าและการเข้าถึงร่วมกันนั้นเป็นฐานเพื่อการจัดลำดับความสำคัญและการวางแผน
0	1	2	3	4

33. ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ร่วมมือวางแผนกันอย่างไรเพื่อเพิ่มความเข้มแข็งในการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง

คำอธิบาย: แผนเชื่อมโยง ได้ถูกพัฒนาขึ้นด้วยความร่วมมือกัน อธิบายลำดับความสำคัญ กลยุทธ์และกิจกรรมปฏิบัติ

ในกรณีเฉพาะ การระบุเป้าประสงค์ร่วมกันที่มีการริเริ่มการข้ามระหว่างโรค ช่วงอายุ และ/หรือปัจจัยเสี่ยง ที่เฉพาะเจาะจงสามารถที่จะทำให้กิจกรรมปฏิบัติร่วมกันง่ายขึ้น การดำเนินการที่มีเป้าประสงค์ร่วมกันนี้ทำให้เกิดจุดเน้นร่วมกันสำหรับกิจกรรมปฏิบัติระหว่างผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ และเกิดความชัดเจนของความรับผิดชอบในแต่ละผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์

ในที่สุด โครงสร้างที่เหมาะสม (เช่น คณะกรรมการประสานงาน) จะสามารถทำให้เกิดความร่วมมือระหว่างผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ต่อเนื่องต่อไป

ไม่มีความร่วมมือกันในการวางแผน	ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ตกลงร่วมมือในการประเมินสุขภาพชุมชน	ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ได้ตกลงจัดลำดับความสำคัญกลยุทธ์ และแผนปฏิบัติการร่วมกัน	ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ตกลงร่วมมือกันในการดำเนินการโรค ช่วงอายุ และ/หรือ ปัจจัยเสี่ยงเฉพาะเจาะจงเดียวกัน	ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ตกลงมีส่วนร่วมในการวางแผนและกลไกการประสานงานเชื่อมโยงกันอย่างต่อเนื่องเพื่อนำสู่การปฏิบัติและประเมินผลแผน
0	1	2	3	4

34. กลไกอะไรที่ถูกพัฒนาให้สนับสนุนการบูรณาการบริการเชื่อมโยงความต่อเนื่องของการบริการ การป้องกันและจัดการโรค

คำอธิบาย: การบูรณาการการบริการมีความสำคัญโดยเฉพาะในการทำให้ความต่อเนื่องของการดูแลสำหรับผู้รับบริการง่ายขึ้น กลยุทธ์และเครื่องมือหลายอย่างอาจจะเป็นประโยชน์เพื่อทำให้การบูรณาการการบริการง่ายขึ้น:

- การพัฒนาและคงดำเนินการให้มีความทันสมัยเสมอในรายการของโปรแกรมการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง และการพัฒนานี้จำเป็นต้องพร้อมให้ผู้ให้บริการสุขภาพเข้าถึงเป็นลำดับขั้นตอนสอดคล้องตามประโยชน์ที่เกิดขึ้น
- การพัฒนาต้นร่างข้อตกลงขั้นตอนกิจกรรมที่เชื่อมโยงกันเพื่อทำให้การส่งต่อง่ายขึ้นระหว่างส่วนต่างๆ ของระบบสุขภาพ
- การพัฒนากลไกการส่งต่ออิเล็กทรอนิกส์เชื่อมโยงกับผังการดูแลผู้ป่วย

กลไกการประสานงานไม่ถูกพัฒนาให้เกิดขึ้น	มีการพัฒนาการดำเนินการที่ทันสมัยของโปรแกรมการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง	มีการระบุลำดับความสำคัญประเด็นการบูรณาการการบริการ	ต้นร่างข้อตกลงการปฏิบัติและเครื่องมือถูกพัฒนาขึ้นเพื่อให้การบูรณาการสะดวกขึ้น	เวลาที่รอและดัชนีอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของการดูแลถูกใช้กำกับเป็นประจำในการกำกับการบูรณาการการบริการ
0	1	2	3	4

35. ระบบอะไรที่มีอยู่ในการทำให้การใช้ข้อมูลร่วมกันเพื่อการกำกับติดตาม การเฝ้าระวัง และการประเมินผลระหว่างผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ง่ายขึ้น

คำอธิบาย: ความก้าวหน้ามุ่งสู่การบูรณาการระบบสามารถถูกกำกับติดตามผ่านการรวบรวมข้อมูลที่เฉพาะเจาะจง การรวบรวมข้อมูลที่มีระบบกว้างขวางจะต้องการร่างข้อกำหนดปฏิบัติเฉพาะที่ถูกพัฒนาขึ้นให้อนุญาตการร่วมกันใช้ข้อมูล และกลไกอิเล็กทรอนิกส์ที่ทำให้เกิดการร่วมกันใช้ข้อมูล

ไม่มีระบบอะไรอยู่	ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ตกลงดัชนีชี้วัดระบบสุขภาพที่ต้องติดตาม	ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์พัฒนาแผนงานการร่วมกันใช้ข้อมูล	ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ตกลงใช้ต้นร่างข้อกำหนดการร่วมกันใช้ข้อมูล	ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์มีสิทธิ์ในระบบทรัพยากรและการนำสู่การปฏิบัติสำหรับการร่วมกันใช้ข้อมูล
0	1	2	3	4

36. ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ร่วมมือในการพัฒนาข่าวสารสุขภาพที่เป็นกุญแจ เพื่อสนับสนุนการดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพและการจัดการตนเองของโรคเรื้อรัง

คำอธิบาย: การพัฒนาข่าวสารร่วมกันและความร่วมมือในกลยุทธ์การสื่อสารระหว่างผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์สามารถสร้างผลที่เกิดขึ้นรวมกันที่ยิ่งใหญ่กว่าเพื่อสาธารณชนโดยให้ข่าวสารในหลายช่องทาง การพัฒนานี้สามารถเกิดประสิทธิผลโดยเฉพาะเมื่อการณรงค์เชิงการตลาดสังคมของ เขตภูมิภาค จังหวัด และประเทศ มีการประสานงานกัน

<u>ไม่มีความร่วมมือ</u> ในข่าวสารเดียวกัน	ผู้ร่วมมีส่วนได้ ประโยชน์ <u>ใช้ข้อมูล</u> ข่าวสารร่วมกันใน การรณรงค์การ สื่อสารเป็นครั้งคราว	ผู้ร่วมมีส่วนได้ ประโยชน์แต่งตั้ง ตัวแทนเพื่อรับผิดชอบ สำหรับถกเถียง แผนงานการสื่อสาร	ผู้ร่วมมีส่วนได้ ประโยชน์ตกลงใน การจัดลำดับสำคัญ ความร่วมมือการ สื่อสารและแผน ปฏิบัติงานพัฒนา	ผู้ร่วมมีส่วนได้ ประโยชน์นำแผนสู่ การปฏิบัติและเกิด การประเมินผลรวม กัน รวมทั้งมองหา หนทางที่จะรวม ทรัพยากรให้บรรลุ ผลกระทบที่ใหญ่กว่า
0	1	2	3	4

คำถามกลุ่ม 7 : การกำกับ ประเมินผล และเรียนรู้

37. หลักฐานถูกนำไปใช้เป็นแนวทางการวางแผนและกิจกรรมปฏิบัติ ในระบบการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรังในเขตภูมิภาค ได้อย่างไร

คำอธิบาย: หลักฐานในปัจจุบันจากการวิจัยให้ข้อมูลข่าวสารสำคัญที่จะช่วยในการพัฒนาแผนงานเขตภูมิภาค รวมทั้งกลยุทธ์การดำเนินการที่มีประสิทธิภาพที่สุดและกลยุทธ์สำหรับการบูรณาการ

การพัฒนาระบบการป้องกัน และจัดการโรคเรื้อรังในเขตภูมิภาคไม่ได้อยู่บนข้อมูลหลักฐาน	หลักฐานถูกใช้ใน การพัฒนา เป้าประสงค์ และ ตัวชี้วัดการแสดงผล การดำเนินการอย่าง ชัดเจนสำหรับระบบ เขตภูมิภาค	รูปแบบการวางแผน อย่างเป็นเหตุเป็นผล ได้ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อ สนับสนุนระบบการ ประเมินผล	การริเริ่มในภูมิภาค ถูกประเมินผลบน พื้นฐานรูปแบบ วางแผนอย่างเป็น เหตุเป็นผล	การวางแผนระบบ เขตภูมิภาค ถูก ปรับปรุงบนพื้นฐาน ของผลการประเมิน
0	1	2	3	4

38. ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์พัฒนาความสามารถของเจ้าหน้าที่ /อาสาสมัคร สำหรับการกำกับติดตามการประเมินผล และการเรียนรู้ ในประเด็นการป้องกันและจัดการดูแลโรคเรื้อรังได้อย่างไร

คำอธิบาย: กลยุทธ์เพื่อพัฒนาความสามารถของบุคคลและความสามารถรวมสำหรับการกำกับติดตาม การประเมินผล และการเรียนรู้ ประกอบด้วย

- ❖ ความมั่นใจว่าเจ้าหน้าที่มีความรู้และทักษะที่เพียงพอ
- ❖ การให้มีการสนับสนุนเทคนิค (เช่น จากศูนย์เขตหรือจังหวัดสำหรับการส่งเสริมสุขภาพ หรือ การป้องกันโรค)
- ❖ การให้มีการเข้าถึงเครื่องมือต่างๆ (เช่น การเข้าถึงทางสายออนไลน์ต่อข้อมูลชุมชนด้านสุขภาพ แบบประเมินผล การเข้าถึงการทบทวนอย่างเป็นระบบ วารสารกรรมสิทธิ์และผู้ให้ข้อมูลที่เป็นกุญแจ)
- ❖ การให้มีโอกาสการฝึกฝน (ประชุมปฏิบัติการ หลักสูตรออนไลน์ แบบฝึกหัดออนไลน์ เครือข่ายชุมชนนักปฏิบัติ โอกาสในเครือข่ายการทำงาน และระบบ ที่จะสนับสนุนให้เป็นความเชี่ยวชาญของชุมชน ในการฝึกฝนและการแบ่งปันการเรียนรู้

ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ไม่มีแผนที่จะพัฒนาความสามารถในการกำกับติดตาม การประเมินผลและการเรียนรู้

ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ไม่มีแผนที่ จะพัฒนาความสามารถ ในการกำกับติดตาม การประเมินผลและการเรียนรู้	ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ประเมิน ความสามารถของ เจ้าหน้าที่/อาสาสมัคร ในเรื่องนี้	ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์จัดลำดับ ความสำคัญการพัฒนาความสามารถ	ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์พัฒนา แผนงานสำหรับการ พัฒนาความสามารถ	ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์พัฒนาและ นำแผนร่วมเพื่อการ พัฒนาความสามารถ การใช้ทรัพยากร ร่วมกัน และการ เรียนรู้สู่การปฏิบัติ
0	1	2	3	4

39. ดัชนีชี้วัดและระบบอะไรที่ถูกใช้กำกับติดตาม ผลลัพธ์ของการป้องกัน และจัดการโรคเรื้อรัง

คำอธิบาย: ดัชนีชี้วัดหลายประเภทมีความสำคัญเพื่อการพิจารณา:

- ❖ ระดับผลลัพธ์สุขภาพของแต่ละบุคคล และชุมชน (เช่น ความชุกของปัจจัยเสี่ยงและโรคเรื้อรัง ปัจจัยกำหนดทางสังคม)
- ❖ ผลลัพธ์ระหว่างกลางจากโครงการ (เช่น ความสัมพันธ์ของชุมชน การสร้างความร่วมมือ การพัฒนานโยบาย)
- ❖ ผลผลิตของโครงการ (เช่น กิจกรรมเฉพาะ)
- ❖ การจัดสรรโครงการและค่าใช้จ่าย
- ❖ ดัชนีชี้วัดคุณภาพ (เช่น ข้อมูลเฉพาะเจาะจงจากลูกค้าและกลุ่มชุมชน)

ไม่มีดัชนีที่กำลังใช้ ในการติดตาม ผลลัพธ์	ผู้ร่วมมีส่วนได้ ประโยชน์ระบุ ผลลัพธ์ที่มีลำดับ ความสำคัญที่ต้อง ถูกกำกับติดตาม	ผู้ร่วมมีส่วนได้ ประโยชน์ระบุดัชนี ชี้วัดเป็นหลักฐาน ยืนยันได้	ผู้ร่วมมีส่วนได้ ประโยชน์พัฒนา ระบบที่ต้องการใน การรวบรวมข้อมูลใน การชี้วัด รวมทั้ง ระบบรวบรวมข้อมูล อย่างสม่ำเสมอ	ผู้ร่วมมีส่วนได้ ประโยชน์ใช้ข้อมูล จากระบบการกำกับ ติดตามผลเพื่อ ปรับปรุงโครงการ
0	1	2	3	4

40. สมรรถนะภูมิภาคท้องถิ่นในการวิเคราะห์ การแปลผล และการรายงานผลลัพธ์การป้องกันและจัดการ ดูแลโรคเรื้อรัง อย่างสม่ำเสมอ

คำอธิบาย: ในส่วนเพิ่มเติมในงานจากผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์เฉพาะ มีความจำเป็นสำหรับสมรรถนะระดับภูมิภาคท้องถิ่นในการวิเคราะห์ แปลข้อมูล และการนำเสนอรายงาน

สมรรถนะระดับภูมิภาคท้องถิ่น สามารถจัดเตรียมความชำนาญเฉพาะ และสะดวกในการเก็บรวบรวมจากแหล่งต่างๆ สมรรถนะระดับเขตภูมิภาคมักถูกพบได้บ่อยในองค์กรเช่น หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานแผน ผู้มีอำนาจด้านสุขภาพระดับเขต และมหาวิทยาลัยต่างๆ

ไม่มีสมรรถนะระดับ เขตภูมิภาคสำหรับ การวิเคราะห์ การ แปลข้อมูล และการ นำเสนอรายงานของ ผลลัพธ์การป้องกัน และจัดการโรคเรื้อรัง อย่างสม่ำเสมอ	มีการประเมิน สมรรถนะเขตภูมิภาค ในเรื่องเหล่านี้	ผู้ร่วมมีส่วนได้ ประโยชน์ทำงานร่วม กับแหล่งทรัพยากร ของเขตภูมิภาคใน การระบุลำดับความ สำคัญสำหรับพัฒนา สมรรถนะในเรื่อง เหล่านี้	ผู้ร่วมมีส่วนได้ ประโยชน์ และ แหล่งทรัพยากรของ เขตภูมิภาคตกลง กลยุทธ์เพื่อการ พัฒนาสมรรถนะ	ผู้ร่วมมีส่วนได้ ประโยชน์และแหล่ง ทรัพยากรของ ภูมิภาคท้องถิ่น พัฒนากลไกต่อเนื่อง ที่ประสานการดำเนินงานการพัฒนา สมรรถนะในเรื่อง เหล่านี้
0	1	2	3	4

คำถามกลุ่ม 8 : ภาวะผู้นำ การมีส่วนร่วม และการลงทุน

41. ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ระดับความสำคัญและกิจกรรมปฏิบัติร่วมกันสำหรับการเพิ่มความเข้มแข็งการป้องกันและการจัดการดูแลโรคเรื้อรังได้ อย่างไร

คำอธิบาย: การลำดับความสำคัญและกิจกรรมปฏิบัติร่วมกันมีความสำคัญในการสร้างพื้นฐานสำหรับผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ที่จะทำงานร่วมกันบนกลยุทธ์ความเข้าใจภาพรวมและการประสานงาน

ไม่มีอยู่ของลำดับความสำคัญเชิงกลยุทธ์และแผนกิจกรรมปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง สำหรับการเพิ่มความเข้มแข็งการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง	มีการระบุออกมาถึงการจัดลำดับความสำคัญเชิงกลยุทธ์ แต่ไม่มีการพัฒนาแผนกิจกรรมปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง	ลำดับความสำคัญเชิงกลยุทธ์ถูกระบุและผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาแผนการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง	ลำดับความสำคัญเชิงกลยุทธ์ถูกระบุและผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ได้มีส่วนร่วม และแผนการปฏิบัติงานถูกพัฒนาขึ้นสำหรับบางเรื่องที่เป็นกุญแจ	ลำดับความสำคัญเชิงกลยุทธ์ถูกระบุเป้าประสงค์และวัตถุประสงค์ที่วัดได้ร่วมกันถูกพัฒนาขึ้น มีแผนกิจกรรมปฏิบัติที่มุ่งประมาณเติมถูกพัฒนาขึ้นพร้อมกับบทบาทและความรับผิดชอบถูกระบุสำหรับผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ที่เป็นกุญแจหลัก
0	1	2	3	4

42. ทรัพยากรอะไรได้ถูกเป็นพันธมิตรที่เข้าในการเข้าถึงในภาพรวมสำหรับการป้องกันและจัดการดูแลโรคเรื้อรัง และเวลาช่วงใดที่พันธมิตรนี้ได้ถูกทำขึ้น

คำอธิบาย: กลยุทธ์การป้องกันและจัดการโรคเรื้อรังที่ประสบความสำเร็จได้รวมเอาการจัดสรรทรัพยากรเฉพาะ (เช่น การจ่ายเงินให้เจ้าหน้าที่/อาสาสมัคร ระบบการเงิน) ที่ยั่งยืนไปตลอด 5-10 ปี เพื่อสามารถทำให้แสดงผลได้

ไม่มีการผูกพันเงินทุนเพื่อการเข้าถึงในภาพรวมในการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง	ไม่มีการผูกพันเงินทุน แต่มีกิจกรรมเฉพาะที่ดำเนินการในการเพิ่มความตระหนักถึงประเด็นการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรังต่อผู้มีหน้าที่ตัดสินใจ	ไม่มีการผูกพันเงินทุน อย่างไรก็ตามตระหนักได้เกิดขึ้นและมีกลยุทธ์/กิจกรรมที่มีอิทธิพลต่อผู้มีอำนาจตัดสินใจต่อการบรรลุนutzenที่ยั่งยืน	มีทุนระยะสั้นเพื่อการเข้าถึงในภาพรวม ยังคงมีการความสัมพันธ์ต่อเนื่องกับผู้ทำการตัดสินใจ	มีเงินทุนระยะยาวที่ผูกพัน เป็นส่วนของกลยุทธ์ระยะยาวที่กล่าวถึงปัจจัยความสำเร็จวิกฤตที่อยู่ในรายการในเครื่องมือประเมิน
0	1	2	3	4

43. ใครเป็นผู้ประสานงานกลยุทธ์ภาพรวมเขตเพื่อป้องกันและจัดการดูแลโรคเรื้อรัง

คำอธิบาย: คณะกรรมการเขตฯ ของผู้จัดการอาวุโสเป็นกลไกที่เป็นประโยชน์เพื่อให้แนวทางกลยุทธ์การป้องกันและจัดการโรคเรื้อรังในภาพรวมคณะกรรมการฯ ควรรวมตัวแทนจาก

- องค์กรสาธารณสุข
- การบริการสุขภาพชุมชนและการดูแลสุขภาพที่บ้าน
- การบริการดูแลปฐมภูมิ
- การดูแลระยะยาว
- การดูแลเฉียบพลัน
- องค์กรชุมชน และองค์กรที่ไม่ใช่หน่วยงานของรัฐบาล

คณะกรรมการเขตฯ ของผู้จัดการอาวุโส เป็นคณะกรรมการที่ตั้งใจให้เกิดการนำผู้ที่ทำการตัดสินใจจากการบริการต่างๆ ที่ต่อเนื่องกันในการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง รวมทั้งภาคส่วนสุขภาพและชุมชนมารวมกันเพื่อตัดสินใจในฐานะองค์กรของเขา

ต่างคนต่างทำในการ บริการของตนไม่มี การกำหนดผู้ ประสานงานกลยุทธ์ ภาพรวมเพื่อการ ป้องกันและจัดการ กับโรคฯ	ไม่มีการกำหนดผู้ ประสานงานกลยุทธ์ ภาพรวมฯ แต่มี กิจกรรมเฉพาะเป็น ครั้งคราวในการ ประสานกลยุทธ์ให้ เกิดการบริการต่างๆ ที่ต่อเนื่องกันในการ ป้องกันและจัดการ โรคฯ	มีการมอบหมายผู้ ประสานงานกลยุทธ์ ภาพรวมฯ แต่ไม่มี คณะกรรมการของผู้ จัดการอาวุโสจากการ บริการต่างๆ มารวม กันตัดสินใจการ ป้องกันและจัดการ โรคฯ	มีการมอบหมายผู้ ประสานงานกลยุทธ์ ภาพรวมฯ และมี คณะกรรมการของผู้ จัดการอาวุโสจากการ บริการต่างๆ มารวม กันตัดสินใจใน การป้องกันและ จัดการโรคฯ	มีการมอบหมายผู้ ประสานงานกลยุทธ์ ภาพรวมฯ มีคณะ กรรมการของผู้ จัดการอาวุโสจากการ บริการต่างๆ รวมทั้ง องค์กรชุมชนและ องค์กรสาธารณะที่ เกี่ยวข้องมารวมกัน ตัดสินใจในการ ป้องกันและจัดการ โรคฯ
0	1	2	3	4

44. ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ทำอะไรที่จะเกิดรูปแบบสิ่งแวดล้อมการทำงานที่สร้างเสริมสุขภาพ

คำอธิบาย: สิ่งแวดล้อมการทำงานที่สร้างเสริมสุขภาพเป็นกลยุทธ์สำคัญสำหรับการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง

❖ องค์กรสุขภาพสามารถเป็นผู้นำต่อชุมชนต่อวิธีการเสริมสร้างสิ่งแวดล้อมสุขภาพโดยการสร้างรูปแบบของสิ่งแวดล้อมการทำงานที่สร้างเสริมสุขภาพเป็นแม่แบบตัวอย่าง

❖ องค์กรของผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์สามารถสร้าง “รูปแบบ” ของ สิ่งแวดล้อมการทำงานที่สร้างเสริมสุขภาพ โดยการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ ได้แก่ การจัดการทำงานที่ยืดหยุ่น (เช่น เวลาการเริ่มงาน/เวลาสิ้นสุด) การดูแลเด็กในสถานที่ทำงาน การติดต่อสื่อสาร การบริการทางเลือกการบริโภคที่มีสุขภาพในโรงอาหาร สนับสนุนกิจกรรมทางกายภาพ (เช่น อนุญาตให้มีเวลาสำหรับกิจกรรมทางกาย การบริการสิ่งอำนวยความสะดวกไว้ใกล้ๆ)

องค์กรไม่มีนโยบาย ในการสร้าง สิ่งแวดล้อมในการ ทำงานด้วยการ ส่งเสริมสุขภาพ	ผู้นำในองค์กรสุขภาพ ต้องการที่จะ สนับสนุนให้มีการ ลงทุนด้านการดำเนิน งานกับสิ่งแวดล้อมใน การทำงานด้านการ ส่งเสริมสุขภาพ	วัฒนธรรมในองค์กร สนับสนุนในการริเริ่ม แต่ละบุคคล แต่ไม่มี นโยบายกำหนด แทนที่อย่างเป็นทางการ ในการสนับสนุนทางเลือก ด้านสุขภาพ	มีการพัฒนานโยบาย เบื้องต้นในการ สนับสนุน สิ่งแวดล้อมในการ ทำงานเพื่อส่งเสริม สุขภาพ	องค์กรปรับปรุง นโยบายให้ครอบคลุม ในการสนับสนุน สิ่งแวดล้อมในการ ทำงานเพื่อส่งเสริม สุขภาพ
0	1	2	3	4

45. กลไกความรับผิดชอบอะไรที่ได้ถูกพัฒนาขึ้นในการกำกับติดตามนโยบายและผลลัพธ์ของโปรแกรมของการป้องกันและจัดการกับโรคเรื้อรัง

คำอธิบาย: มีระบบการแสดงความรับผิดชอบสองแบบที่ต้องการเพื่อวัดประสิทธิผลของกลยุทธ์การป้องกันและจัดการโรคเรื้อรังในภาพรวม

- 1. ระบบกำกับติดตามสถานะสุขภาพซึ่งสามารถชี้วัดความเปลี่ยนแปลงในเรื่องต่างๆ ได้แก่ ความชุกปัจจัยเสี่ยง และความชุกของโรคเรื้อรังในประชากรกลุ่มต่างๆ
- 2. ระบบที่กำกับติดตามการแสดงผลการดำเนินการในการตอบสนองจากระบบสุขภาพซึ่งวัดความสามารถของระบบสุขภาพในการนำกิจกรรมการปฏิบัติเฉพาะสู่การดำเนินการ (เช่น การคัดกรองปัจจัยความเสี่ยงโดยผู้ให้บริการปฐมภูมิ การส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ)

การวัดความรับผิดชอบจะเป็นการวัดที่มีประสิทธิภาพที่สุดต่อเมื่อการวัดนั้นสามารถสื่อสารไปถึงผู้ตัดสินใจและสาธารณชนทั่วไปได้ ในรูปแบบที่มีความหมายต่อเขาเหล่านั้น (เช่น รายงานประจำปีของการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรังที่อยู่ในลำดับความสำคัญต้นๆ และผลลัพธ์) และในท้ายสุดมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ และการจัดสรรทรัพยากร

<u>ไม่มีกลไกแสดง</u> <u>ความรับผิดชอบใดๆ</u> <u>ที่กำกับติดตาม</u> <u>ผลลัพธ์</u> <u>ของนโยบาย</u> <u>และโปรแกรม</u>	<u>แผนการประเมินผล</u> <u>และดัชนีที่เป็น</u> <u>กฎเกณฑ์ถูกพัฒนา</u> <u>ขึ้นแต่ไม่มีการนำไป</u> <u>ดำเนินการ</u>	<u>ระบบได้ถูกนำไปสู่</u> <u>การปฏิบัติสนับสนุน</u> <u>การประเมินผล</u> <u>การรวบรวมข้อมูล</u> <u>และการเตรียมการ</u> <u>รายงานพื้นฐานและ</u> <u>ต่อเนื่อง</u>	<u>รายงานพื้นฐานและ</u> <u>ต่อเนื่องสม่ำเสมอ</u> <u>ถูกจัดทำและนำ</u> <u>เสนอในรูปแบบที่ใช้</u> <u>งานได้ง่าย</u> <u>ต่อผู้มีอำนาจในการ</u> <u>ตัดสินใจและ</u> <u>สาธารณชน</u>	<u>รายงานสม่ำเสมอจน</u> <u>เป็นปกติ ถูกนำรวม</u> <u>เข้าไปในกระบวนการ</u> <u>วางแผน และถูกใช้</u> <u>ในการกำหนดชุด</u> <u>นโยบาย การจัดลำดับ</u> <u>ความสำคัญ และ</u> <u>การตัดสินใจ ด้าน</u> <u>การจัดสรรทรัพยากร</u>
0	1	2	3	4

เอกสารอ้างอิง

1. ส่วนข้อมูลสถิติสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข สถิติสาธารณสุข 2551.
2. คณะกรรมการอำนวยการลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและคณะกรรมการดำเนินการลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. ร่างแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2550-2559, กุมภาพันธ์ 2551.
3. World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO global report. WHO 2007.
4. The Evidence Base for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. World Bank 2007.
5. Anderson KM, Odell PM, Wilson PWF, Kannel WB. Cardiovascular disease risk profiles. *Nm Heart, J.* 1991;293:298.
6. Peter W.F. Wilson, Ralph B. D'Agostino, Daniel Levy, and et al. Prediction of Coronary Heart Disease Using Risk Factor Categories. *Circulation.* 1998;97:1837-1847.
7. Simons LA, Simons J, Friedlander Y, and et al. Risk Functions for Prediction of Cardiovascular Disease In Elderly Australians: the Dubbo Study. *Med J Aust.* 2003 Feb 3 ; 178 (3) : 113-6.
8. Yamanaka G, Otsuka K, Hotta N, and et al. Depressive Mood Is Independently Related To Stroke and Cardiovascular Events in a Community. *Biomed Pharmacother.* 2005 Oct; 59 Suppl 1:S31-9.
9. Eguchi K, Boden-Albala B, Jin Z, Di Tullio MR, and et al. Usefulness of Fasting Blood Glucose To Predict Vascular Outcomes Among Individuals Without diabetes Mellitus (From The Northern Manhattan Study). *Am J Cardiol.* 2007 Nov 1;100(9):1404-9.
10. Vanuzzo D, Pilotto >, Mirolo R, Pirelli S. Cardiovascular risk And cardiometabolic risk: An pidemiological evaluation. *G Ital Cardiol (Rome).* 2008 Apr, 9 (4 Suppl 1) : 6s-17s.
11. ปันรลี ขอนพุดชา, วิชัย เอกพลากร, ปิยทัศน์ ทัศนวิวัฒน์ และคณะ. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดูแลภาวะความดันเลือดสูงในประเทศไทย: การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 3 พ.ศ. 2547.
12. วีรยุทธ ชัยพรสุไพศาล, วิชัย เอกพลากร, อมร เปรมกมล และคณะ. โรคเบาหวาน ภาวะก่อนเบาหวาน และการควบคุมจัดการผู้ป่วยเบาหวานคนไทย พ.ศ. ๒๕๕๗. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. ปีที่ 1 ฉบับที่ 3-4 ต.ค.-ธ.ค. 2550.
13. Juliana C.N. Chan; Vasanti Malik; Weiping Jia; et al. Diabetes in Asia: Epidemiology, Risk Factors, and Pathophysiology. *JAMA.* 2009 ; 301 (20) : 2129-2140.

14. Piyamitr Sritara; Sayan Cheepudomwit; Neil Chapman; et al. Twelve-year Changes In Vascular Risk Factors And Their Associations With Mortality In A Cohort of 3499 Thais: the Electricity Generating Authority of Thailand Study. International Journal of Epidemiology 2003;32:461-468.
15. S. Tanomsup, S. Tanomsup, W. Aekplakorn, And Etal. A comparison Of Components of Two Definitions of The Metaboilc Syndrome Related To Cardiovascular Disease And All-Cause Mortality In A Cohort Study In Thailand. Diabetes Care, Volume 30, Number 8, August 2007.
16. ปิณรสี ขอนพุดชา, วิชัย เอกพลากร, ปิยทัศน์ ทศนาวิวัฒน์ และคณะ. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดูแลภาวะความดันเลือดสูงในประเทศไทย: การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 3 พ.ศ. 2547.
17. วีรยุทธ ชัยพรสุไพศาล, วิชัย เอกพลากร, อมร เปรมกมล และคณะ. โรคเบาหวาน ภาวะก่อนเบาหวาน และการควบคุมจัดการผู้ป่วยเบาหวานคนไทย พ.ศ. ๒๕๔๗. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. ปีที่ ๑ ฉบับที่ ๓-๔ ต.ค.-ธ.ค. ๒๕๕๐.
18. World Health Organization 2008 and World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies 2008. How can chronic disease management programmes operate across care settings and providers?



แบบภูมิการป้องกันโรคไม่ติดต่อสู่การบูรณาการการบริหารจัดการโรคเรื้อรัง

Wagner Chronic Care Model 1997

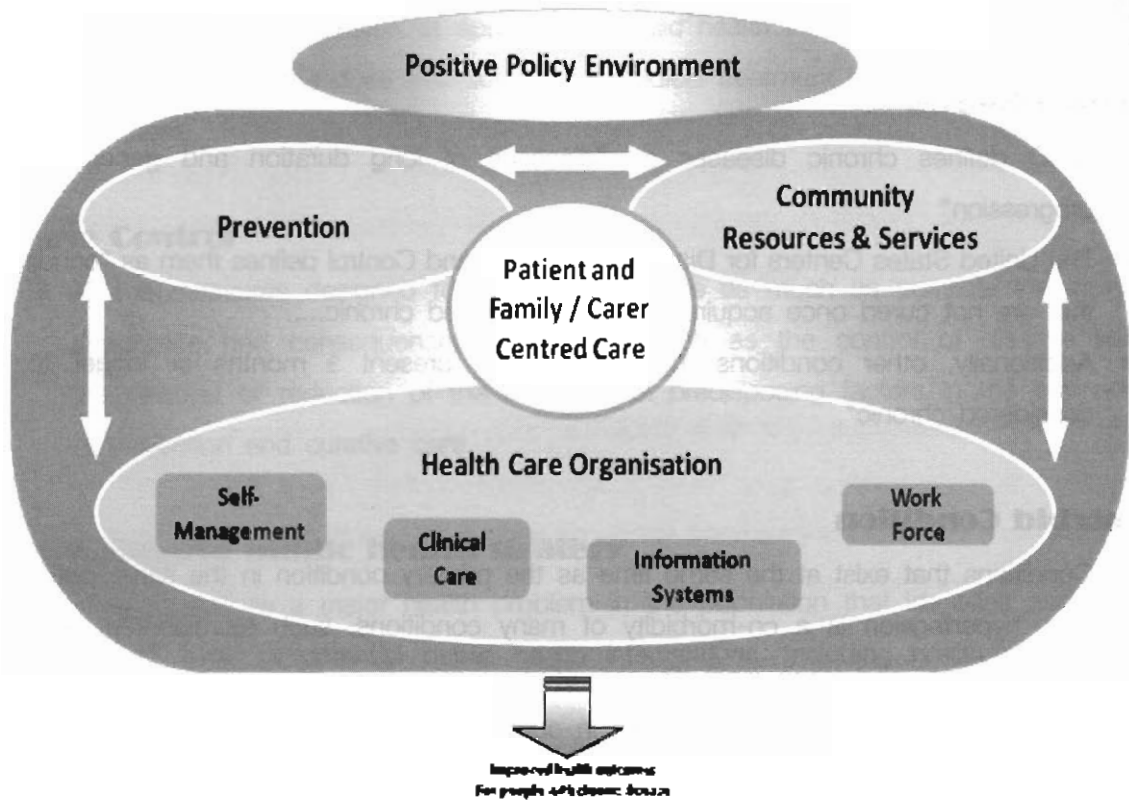


ICCC Framework Situation Assessment

Innovative Care for Chronic Conditions Framework

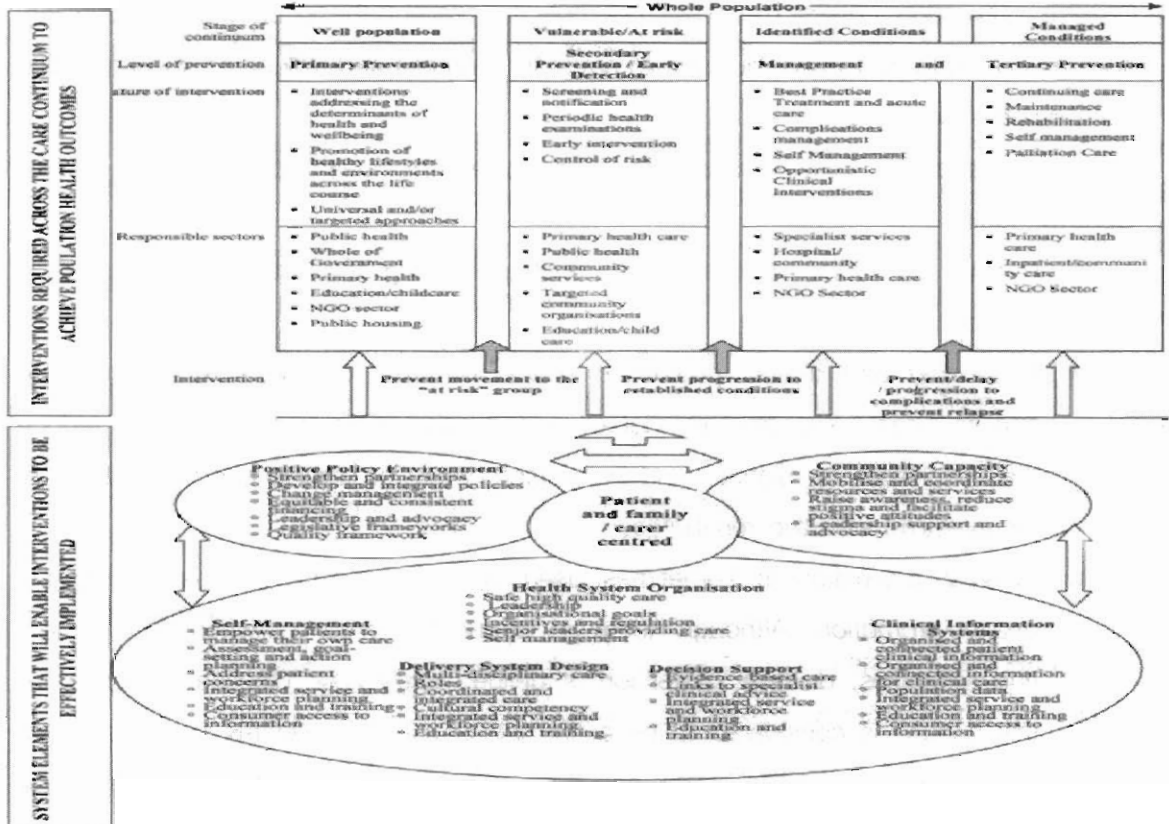


NSW Chronic Care Model 2004



CONCEPTUAL FRAMEWORK FOR CHRONIC DISEASE INITIATIVE

Improved health outcomes for people at risk of developing and with chronic conditions



Chronic Diseases

- * WHO defines chronic diseases as “diseases of long duration and generally slow progression”
- * The United States Centers for Disease Prevention and Control defines them as “conditions that are not cured once acquiredare considered chronic.....
- * Additionally, other conditions must have been present 3 months or longer to be considered chronic”.

Co-morbid Condition

- * Conditions that exist at the same time as the primary condition in the same patient (e.g. hypertension is a co-morbidity of many conditions, such as diabetes, ischemic heart disease, end-stage renal disease, etc.).
- * Two or more conditions may interact in such a way as to prolong a stay in hospital or hinder successful rehabilitation.

Disease prevention

- * Disease prevention covers measures not only to prevent the occurrence of disease, such as risk factor reduction, but also to arrest its progress and reduce its consequences once established.

Reference: adapted from Glossary of Terms used in Health for All series. WHO, Geneva, 1984

- * Primary prevention is directed towards preventing the initial occurrence of a disorder.
- * Secondary and tertiary prevention seeks to arrest or retard existing disease and its effects through early detection and appropriate treatment; or to reduce the occurrence of relapses and the establishment of chronic conditions through, for example, effective rehabilitation.
- * Disease prevention is sometimes used as a complementary term alongside *health promotion*. Although there is frequent overlap between the content and strategies, disease prevention is defined separately. Disease prevention in this context is considered to be action which usually emanates from the *health sector*, dealing with individuals and populations identified as exhibiting identifiable risk factors, often associated with different risk behaviours.

Preventive dose

- * The intensity and duration of appropriate public health interventions needed to achieve goals: similar to the dose and duration of medical treatment sufficient to control or cure an illness.

Disease Control

- * All the measures designed to prevent or reduce as much as possible the incidence, prevalence and consequences of disease, such as the control of disease vectors, the removal or reduction of the influence of predisposing factors in the environment, immunization and curative care.

Comprehensive public health strategy

- * an approach to a major health problem in the population that identifies and employs the full array of potential public health interventions, including health promotion and disease prevention.

Health outcomes

- * A change in the health status of an individual, group or population which is attributable to a planned intervention or series of interventions, regardless of whether such an intervention was intended to change health status.
- * Reference: new definition
- * Such a definition emphasizes the outcome of planned interventions (as opposed, for example, to incidental exposure to risk), and that outcomes may be for individuals, groups or whole populations. Interventions may include government policies and consequent programmes, laws and regulations, or health services and programmes, including health promotion programmes. It may also include the intended or unintended health outcomes of government policies in sectors other than health.
- * Health outcomes will normally be assessed using health indicators. See also intermediate health outcomes, and health promotion outcomes.

Epidemiology

- * *Health Promotion Glossary World Health Organization 1998; WHO/HPR/HEP/98.1:*

Epidemiology is the study of the distribution and determinants of health-states or events in specified populations, and the application of this study to the control of health problems.

- * Reference: Last, JM. *Dictionary of Epidemiology*. UK, 1988.

Epidemiological information, particularly that defining individual, population and/or physical environmental risks has been at the core of public health, and provided the basis for disease prevention activities.

- * Epidemiological studies use social classifications (such as socioeconomic status) in the study of disease in populations, but generally make less than optimal use of social sciences, including economic and public policy information, in investigating and understanding disease and health in populations.

Social Determinants of Health (SDOH)

The social determinants of health are the economic and social conditions that influence the health of individual, communities and jurisdictions.

These determine the extent to which a person possesses the physical, social and personal resources to achieve aspirations, satisfy needs and cope with the environment.

Social determinants of health are about the quantity and quality of resources that a society makes available to its members, including-but not limited to-conditions of childhood, income, availability of food, housing, employment and working conditions, and health and social services.

From Raphael, D. (2004). Social Determinants of Health: Canadian Perspectives, Canadian Scholars Press Inc. Toronto: 2004.

Effective strategies for chronic disease prevention and management, therefore, need to include a social determinants of health perspective:

- * to take into account the root causes of chronic disease
- * to use strategies that are based on the best available evidence to develop policies and programs
- * to identify the populations at greatest risk or who are living with chronic disease
- * to ensure these populations have equitable access to prevention and management

Equity in health

- * Health Promotion Glossary World Health Organization 1998: WHO/HPR/HEP/98.1:

Equity means fairness. Equity in health means that people's needs guide the distribution of opportunities for well-being.

- * Reference: Equity in health and health care. WHO, Geneva, 1996

The WHO global strategy of achieving Health for All is fundamentally directed towards achieving greater equity in health between and within populations, and between countries. This implies that all people have an equal opportunity to develop and maintain their health, through fair and just access to resources for health.

- * Equity in health is not the same as equality in health status. Inequalities in health status between individuals and populations are inevitable consequences of genetic differences, of different social and economic conditions, or a result of personal lifestyle choices.
- * Inequities occur as a consequence of differences in opportunity which result, for example in unequal access to health services, to nutritious food, adequate housing and so on. In such cases, inequalities in health status arise as a consequence of inequities in opportunities in life.

Public health

Public health can be defined in a number of ways, but a simple explanation is that it is the organized efforts of society to keep people healthy and prevent injury, disease and premature death.

It is a combination of programs, services and policies that protect and promote the health of all Canadians.

While health care focuses mainly on treating individuals, public health targets entire populations to keep people from becoming sick or getting sicker. Both work to limit the impacts of disease and disability.

From Last, J. (2001). A Dictionary of Epidemiology. 4th Edition. Oxford University Press.

The population-wide approach of public health requires a combination of activities. These include education and skill-building, social policy, intersectoral partnership and collaboration, regulation, community development and the support of effective clinical preventive interventions.

These activities are delivered through six core functions: population health assessment, health surveillance, health promotion, disease and injury prevention, health protection, and emergency preparedness.

การจัดการโรคเรื้อรังและการป้องกัน

(Chronic Disease Management and Prevention)

หมายถึง การเข้าถึงเชิงรุกบนพื้นฐานประชากร (a pro-active, population-based approach) ที่ระบุถึงโรคเรื้อรังตั้งแต่ระยะต้นของวงจรโรคเพื่อป้องกันความก้าวหน้าของโรคและลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน กลยุทธ์หลายกลยุทธ์ถูกใช้เพื่อทำให้ผู้รับบริการทุกรายที่ถูกวินิจฉัยด้วยเงื่อนไขเฉพาะมีสุขภาพที่ดีขึ้นแต่ไม่ใช่ทุกคนที่มารับบริการที่สถานบริการ การเข้าถึงนี้ลดความจำเป็นในการดำเนินการดูแลเฉียบพลันที่ตามมาในอนาคต และมีผลให้ประชาชนกลุ่มเฉพาะนั้นดำรงชีวิตด้วยตนเองอย่างมีสุขภาพนานเท่าที่จะเป็นไปได้

การสร้างเสริมสุขภาพ

(Health Promotion)

- * *Health Promotion Glossary World Health Organization 1998; WHO/HPR/HEP/98.1:*

Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve their health.

- * *Reference: Ottawa Charter for Health Promotion. WHO, Geneva, 1986.*

Health promotion represents a comprehensive social and political process, it not only embraces actions directed at strengthening the skills and capabilities of individuals, but also action directed towards changing social, environmental and economic conditions so as to alleviate their impact on public and individual health. Health promotion is the process of enabling people to increase control over the determinants of health and thereby improve their health. Participation is essential to sustain health promotion action.

Chronic care

- * The ongoing provision of medical, functional, psychological, social, environmental and spiritual care services that enable people with serious and persistent health and/or mental conditions to optimize their functional independence and well-being, from the time of condition onset until problem resolution or death.

- * Chronic care conditions are multidimensional, interdependent, complex and ongoing.

Continuity of Care

- * The provision of barrier-free access to the necessary range of health care services over any given period of time, with the level of care varying according to individual needs.
- * การบริการที่เข้าถึงได้ตามความจำเป็นของความต้องการการบริการดูแลตามเวลาและระดับการดูแลที่สอดคล้องตามความจำเป็นของบุคคล

Coordinated Care

- * A collaborative process that promotes quality care, continuity of care and cost-effective outcomes which enhance the physical, psychosocial and vocational health of individuals.
- * It includes assessing, planning, implementing, coordinating, monitoring and evaluating health-related service options.
- * It may also include advocating for the older person.

Comprehensive Health Care

- * Provision of a complete range of health services, from diagnosis to rehabilitation.
- * Comprehensive health system: A health system that includes all the elements required to meet all the health needs of the population.

Integration of Chronic Disease Prevention and Management

The term integration is used in many different ways. When talking about integration in the Tool, we mean:

1. better aligning strategies, visions and goals
2. linking individual and population-level approaches
3. building prevention into chronic disease management initiatives
4. shared planning to coordinate efforts and/or resources
5. mechanisms to support information-sharing, communication and coordination
6. service-level integration to improve comprehensiveness and continuity of care

Adapted from World Health Organization Integrated Chronic Disease Prevention and Control at http://www.who.int/chp/about/integrated_cd/en/

- * Exploring integration of prevention and management efforts is part of a comprehensive approach to chronic disease planning with potential for improving population health and reducing health care costs.
- * Integration of chronic disease prevention and management takes place at many different levels.
 - * At the service delivery level, integration might include improving continuity of care; for example, implementing a formal mechanism for referral from a primary health care practice to a community-based diabetes education or self-management program.

- * Alternatively, it may mean putting in place a community-oriented primary health care program that builds wellness into routine practice, emphasizing self-care for those at risk or living with chronic disease.
- * At the health system level, integration might include improving information systems to support community health needs assessment, planning and evaluation, or developing shared goals and a common framework to guide policy and planning for chronic disease prevention and management.

กิจกรรมความร่วมมือ

(COLLABORATIVE ACTION)

การบูรณาการการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรังต้องการความรับผิดชอบร่วมดังนั้นการกิจกรรมความร่วมมือ จึงจำเป็นและต้องเน้น ซึ่งประกอบด้วย

- * ร่วมรับผิดชอบเพื่อการป้องกันและจัดการโรค
- * ความครอบคลุมขอบเขตความร่วมมือของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
- * สร้างระบบเพิ่มความสามารถเพื่อการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรังต้องการกิจกรรมความร่วมมือ

การสร้างความสามารถ

(CAPACITY-BUILDING)

เพื่อช่วยผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ในการเพิ่มความสามารถร่วม (collective capacity) สำหรับการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง การสร้างความสามารถที่สำคัญต้องพัฒนา ได้แก่

- * การพัฒนาองค์กร
- * การพัฒนาผู้ทำงาน
- * การจัดสรรทรัพยากร
- * ภาวะผู้นำ
- * การพัฒนาหุ้นส่วน

Reference: A Framework for Building Capacity to Improve Health, NSW Health, 2001.

Community-based Care/Community-based Services/Programmes

- * The blend of health and social services provided to an individual or family in his/her place of residence for the purpose of promoting, maintaining or restoring health or minimizing the effects of illness and disability. These services are usually designed to help older people remain independent and in their own homes.
- * They can include senior centres, transportation, delivered meals or congregate meals sites, visiting nurses or home health aides, adult day care and homemaker services.

Community Care

* Services and support to help people with care needs to live as independently as possible in their communities

Community Health Care

* Includes health services and integrates social care. It promotes self care, independence and family support networks.

Community Health

- * The combination of sciences, skills and beliefs directed towards the maintenance and improvement of the health of all the people through collective or social actions.
- * The programmes, services and institutions involved emphasize the prevention of disease and the health needs of the population as a whole.
- * Community health activities change with changing technology and social values, but the goals remain the same.

Community Capacity

Community capacity is a collection of characteristics and resources which, when combined, improve the ability of a community to recognize, evaluate, and address key problems.

It is now well-recognized that the most effective way to reach people to promote health and prevent disease is where they live, work and play in the community.

Primary Care

Primary care is the element within primary health care that focuses on health care services, including health promotion, illness and injury prevention, and the diagnosis and treatment of illness and injury.

Primary care is focused on individuals and families, but not the community as the unit of intervention.

Primary health care refers to an approach to health and a spectrum of services beyond the traditional health care system. It includes all services that play a part in health, such as income, housing, education, and environment.

Health Systems	Have four essential functions of a health system defined as service provision, resource generation, financing and stewardship.
Health Service Delivery	are accessible, equitable, safe, and responsive to the needs of the users represents the main output of any health system
Primary Health Care	Looking to 'narrow the intolerable gaps between aspiration and implementation' the report puts forth four sets of reforms that constitute the agenda for the renewal of PHC: ◆ Universal coverage reforms-ensure universal access to health services and universal social health protection. ◆ Service delivery reforms-reorganise health services around people's needs and expectations. ◆ Public policy reforms-integrate public health policies with primary care. ◆ Leadership reforms-need for inclusive, participatory, negotiation-based leadership

Primary health care

Primary health care is essential health care made accessible at a cost a country and community can afford, with methods that are practical, scientifically sound and socially acceptable.

Reference: Alma Ata Declaration, WHO, Geneva, 1978

- * The Alma-Ata Declaration, also emphasises that everyone should have access to primary health care, and everyone should be involved in it.
- * The primary health care approach encompasses the following key components: equity, *community involvement/participation*, *intersectorality*, appropriateness of technology and affordable costs.
- * As a set of activities, primary health care should include at the very least health education for individuals and the whole community on the size and nature of health problems, and on methods of preventing and controlling these problems. Other essential activities include the promotion of adequate supplies of food and proper nutrition; sufficient safe water and basic sanitation; maternal and child health care, including family planning; immunization; appropriate treatment of common diseases and injuries; and the provision of essential drugs.

- * Primary health care as defined above will do much to address many of the pre-requisites for health indicated earlier.
- * *In addition, at a very practical level, there is great scope for both planned and opportunistic health promotion through the day to day contact between primary health care personnel and individuals in their community. Through health education with clients, and advocacy on behalf of their community, PHC personnel are well placed both to support individual needs and to influence the policies and programmes that affect the health of the community.*
- * The primary health care concept and themes are currently being reviewed by WHO.

Re-orienting health services

- * Health services re-orientation is characterized by a more explicit concern for the achievement of population health outcomes in the ways in which the health system is organized and funded.
- * This must lead to a change of attitude and organization of health services, which focuses on the needs of the individual as a whole person, balanced against the needs of population groups.

Reference: adapted from Ottawa Charter for Health Promotion. WHO, Geneva, 1986.

- * The *Ottawa Charter* also emphasizes the importance of a health sector which contributes to the pursuit of health.
- * Responsibility for achieving this is shared between
 1. all the health professions, health service institutions and government,
 2. alongside the contribution of individuals and communities served by the health sector.

Health promoting hospital

- * A health promoting hospital does not only provide high quality comprehensive medical and nursing services, but also develops a corporate identity that embraces the aims of health promotion, develops a health promoting organizational structure and culture, including active, participatory roles for patients and all members of staff, develops itself into a health promoting physical environment and actively cooperates with its community.

Reference: based on Budapest Declaration on Health Promoting Hospitals. WHO, (EURO), Copenhagen, 1991.

- * Health promoting hospitals take action to promote the health of their patients, their staff, and the population in the community they are located in.
- * Health promoting hospitals are actively attempting to become “healthy organizations”.
- * Health Promoting Hospitals are being implemented since 1988. An international network has developed to promote the wider adoption of this concept in hospitals and other health care settings.





ทีมร่วมพัฒนาเครื่องมือ

พญ.นายศรี	สุพรศิลป์ชัย
พญ.สุพัตรา	ศรีวณิชชากร
ศ.พญ.วรรณิ	นิธยานันท์
พญ.ณภากุล	โรจนสุภัค
ผศ. ดร.นภาพร	วาณิชย์กุล
นพ.สมชาย	ลีทองอิน
นพ.สมเกียรติ	โพธิสัตย์
นายณัฐวุฒิ	สงแสง



เครื่องมือประเมิน

นโยบายการบริการสุขภาพ ความร่วมมือการบูรณาการ
และเสริมสร้างสมรรถนะชุมชน ในการป้องกันและจัดการ
โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง



จัดพิมพ์ ๓๐๐ ปี แห่ง พระมหากษัตริย์
๐๐๐๕๖๐๖

โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากแผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (พรส.)
เพื่อสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

จัดพิมพ์โดย สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข