



# รายงานการศึกษา

## โครงการพัฒนาระบบบูรณาการ การป้องกัน และจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ระยะที่ 1

*กรณีจังหวัดสกลนคร*

โดย

นายแพทย์สมเกียรติ โพธิ์สัตย์

สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์

โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจาก  
แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(ผรส.)  
เพื่อสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.)

---

## รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการพัฒนาระบบบูรณาการ  
การป้องกัน และจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ระยะที่ 1  
กรณีจังหวัดสกลนคร

โดย

นายแพทย์สมเกียรติ โพธิ์สัตย์

สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์

โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจาก  
แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(ผรส.)  
เพื่อสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.)  
เดือนมิถุนายน 2551

## กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) โดยแผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ผรส.) ที่สนับสนุนทุนพัฒนา และวิจัย โครงการ “พัฒนาระบบบูรณาการ การป้องกัน และจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ระยะที่ 1 ” เป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิง ชนิกา ตู้จินดา ที่มีเมตตา กรุณาเป็นประธานคณะกรรมการบริหารโครงการฯ รวมทั้งคณะกรรมการทุกท่านทั้งกรรมการบริหารโครงการฯ และคณะทำงานโครงการฯ จำนวนมาก ตามรายนามในภาคผนวก มีส่วนร่วมให้ความคิดเห็นต่อโครงการ ซึ่งเป็นประโยชน์มาก

ขอขอบคุณ นายแพทย์ชรัตน์ วสุธาดา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด สกลนคร นายแพทย์ปรเมศร์ กิ่งไก่อ๋ นายแพทย์ประวิตร ศรีบุญรัตน์ ผู้ร่วมดำเนินการ ตลอดถึง คุณอนงค์ บังกระโทก และ คุณปนัดดา ทรัพย์แสนยากร ที่ให้ความช่วยเหลือในการดำเนินการด้านต่างๆ และการประสานงานที่ดีเยี่ยม เพื่อให้สามารถดำเนินการพัฒนาแบบประเมินสำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขอขอบคุณแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกคนในจังหวัด สกลนคร ที่กรุณาให้ข้อมูลต่างๆ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการประเมินตนเอง และมีส่วนร่วมในการระดมความคิดเห็น เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาการบริการ เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง และประชาชนต่อไป

ขอขอบคุณ ทันตแพทย์ จเร วิชาไทย นายแพทย์กิตตินันท์ อนรรฆมณี แพทย์หญิงอรพินท์ มุกดาดีลก คุณน้องนุช ป่อคำ และเจ้าหน้าที่แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ให้ความช่วยเหลือในการดำเนินงานต่างๆ ให้ลุล่วงไปด้วยดี

ทีมวิจัย

**บทสรุปสำหรับผู้บริหาร**  
**โครงการ “พัฒนาระบบบูรณาการ การป้องกัน และจัดการโรค**  
**เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ระยะที่ 1 ”**

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังกำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทย การประเมินสถานการณ์เบื้องต้นพบว่า อัตราชุกของโรคเหล่านี้ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นแบบชันอย่างรวดเร็วดังเฉพาะโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง การสำรวจภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อ ในประชากรอายุ 15-74 ปี ใน พ.ศ. 2550 พบว่าปัจจัยเสี่ยงหลักของการเกิดโรคหลายปัจจัยยังไม่ได้ การประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยเป็นเบาหวานของเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพ ระดับคุณภาพของระบบงานในการดูแลผู้ป่วยเป็นเบาหวานส่วนใหญ่ยังดำเนินการในลักษณะตั้งรับ แม้ว่าจะมีนวัตกรรมกิจกรรมเชิงรุกอยู่ในหน่วยบริการระดับต่างๆ อยู่จำนวนหนึ่ง แต่ยังไม่อาจกล่าวได้ว่าเป็นระบบที่ต่อเชื่อมกันได้ดี มีการจัดการกับพฤติกรรมเสี่ยงน้อย ระบบติดตามภาวะแทรกซ้อนยังขาดความต่อเนื่อง หน่วยบริการปฐมภูมิยังได้รับการพัฒนาในด้านความรู้ ความสามารถไม่เต็มที่ ส่วนผลลัพธ์สุขภาพของผู้เป็นเบาหวานพบว่าผู้คุมระดับน้ำตาลได้ดีเพียงร้อยละ 38 มีระดับไขมันในเลือดสูงร้อยละ 10-19 และเริ่มมีความผิดปกติของไต ร้อยละ 31-50

การทบทวนเพื่อศึกษาการลดปัญหาและผลกระทบโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือโรคไร้เชื้อเรื้อรังในหลายประเทศเบื้องต้นพบว่า การเข้าถึงการลดปัญหากลุ่มนี้ที่มีรากของการเกิดโรคและการระบาดของโรคจากวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อม การดำเนินการที่มีผลอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ต้องเน้นไปที่การลดปัจจัยเสี่ยงร่วมหลักของโรคไม่ติดต่อสำคัญทั้งในระดับบุคคล ประชากรและสิ่งแวดล้อม สร้างให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งโรงเรียน ชุมชน ผู้ประกอบการตระหนักและให้ความสำคัญกับการจัดการเพื่อลดเสี่ยงที่สัมพันธ์กับวิถีชีวิตและเงื่อนไขสังคม สนับสนุนให้เกิดนโยบายสาธารณะและสภาพแวดล้อม และลดสหปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

ประสบการณ์จากประเทศที่พัฒนาแล้วพบว่า การบริการที่เกี่ยวข้องกับการลดปัญหาโรคเรื้อรัง ได้แก่ ลดค่าใช้จ่าย ลดการเข้าอยู่ในโรงพยาบาล ลดโรค และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ภายใต้แนวคิดการรักษาโรคให้มีประสิทธิภาพ และแนวคิดการป้องกันโรคในระดับประชากรและบุคคล ดำเนินมาอย่างแยกเป็นส่วนๆ ไม่ได้ต่อเชื่อมกัน จนกระทั่งในระยะสิบกว่าปีมานี้ ได้นำการเพิ่มคุณภาพการบริการ “การจัดการโรค” (Diseases Management) ได้แก่ เน้นการให้การศึกษาเป็นหลัก การทำงานเป็นทีม เน้นการบริการเชิงรุก ฯลฯ และต่อมาได้ใช้ “รูปแบบโรคเรื้อรัง” (Chronic Care Model) ที่ประกอบด้วยองค์ประกอบหลักอย่างน้อย 6 องค์ประกอบ (การปรับองค์บริการ การปรับการจัดบริการ การสร้างเสริมศักยภาพการจัดการตนเองของผู้ป่วย การมีระบบข้อมูลทางคลินิก ระบบสนับสนุนการตัดสินใจบริการ การประสานร่วมมือกับทรัพยากรในชุมชนในการดูแล) มาเป็นเครื่องมือการมองการจัดการดูแลโรคเรื้อรังที่มุ่งการเพิ่มคุณภาพผลลัพธ์ในผู้เป็นโรคเรื้อรัง ต่อมา มีการออกแบบประยุกต์และขยายกรอบความคิด “รูปแบบการจัดการดูแลโรคเรื้อรัง” (“Chronic Diseases Management Model”) และบูรณาการกับกรอบความคิด “รูปแบบการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง” ขององค์การอนามัยโลก เกิดกรอบแนวคิดรูปแบบการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรังที่ เน้น ‘ความต่อเนื่อง’ ‘บูรณาการ’ และ ‘ประสานดำเนินการ’ ในรูปแบบต่างๆ กันในแต่ละประเทศ

ขึ้นกับบริบทของชุมชนประเทศนั้น ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้และทดสอบ “รูปแบบระบบบูรณาการการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง” ในกรอบระดับจังหวัด เป็นพื้นที่ในการบูรณาการ

### วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. พัฒนาระบบการจัดการองค์บริการสุขภาพในแต่ละระดับให้ประสาน เชื่อมโยงกัน ที่ตอบสนองต่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม และบูรณาการการป้องกัน และการจัดการโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. พัฒนาระบบการประเมินสถานการณ์ ของระบบการส่งเสริม ป้องกัน และการจัดการโรคเรื้อรัง
3. พัฒนาการวางแผนยุทธศาสตร์การป้องกัน และจัดการโรคเรื้อรัง ในระดับจังหวัด เชื่อมโยงบูรณาการเชื่อมโยงไปถึงชุมชน

### วิธีการพัฒนา

ใช้แนวคิดการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมและการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เลือกจังหวัดแบบเจาะจง (Purposive sampling) 1 จังหวัด ที่มีความสนใจและความพร้อมในการพัฒนา เป็นพื้นที่ดำเนินการ ได้แก่ จังหวัดสกลนคร

พัฒนาเครื่องมือประเมินสถานการณ์การป้องกัน และจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงเกิดจากการประชุมระดมสมองของผู้เชี่ยวชาญในหลายภาคส่วน ทั้งจาก ส่วนกลาง องค์กร และมหาวิทยาลัย ซึ่งสามารถแยกประเภทตามรูปแบบการประเมินได้ 2 รูปแบบ คือ เครื่องมือประเมินอย่างมีส่วนร่วม (Co-assessment) และ เครื่องมือประเมินตนเอง (Self-assessment) ประกอบด้วย 4 ประเด็น ตามกรอบแนวคิดของโครงการ ได้แก่ 1) ด้านนโยบายการบริการสุขภาพ และสมรรถนะชุมชนในการป้องกันและจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง 2) ด้านการบริการของสถานพยาบาลในการป้องกัน และจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง 3) ด้านการสนับสนุนการจัดการตนเองได้ของผู้ป่วย และกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง 4) ด้านผลลัพธ์การบริการของแต่ละสถานบริการที่เกี่ยวข้องในการป้องกัน และจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง

ทดสอบการประเมินสถานการณ์ในการป้องกัน และจัดการโรคเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูงแล้ว จากนั้นจะมีการส่งกลับข้อมูลผลการประเมินสู่พื้นที่ เพื่อให้พื้นที่รับรู้ถึงสถานการณ์ของตนเอง พร้อมกับการชี้เป้าการพัฒนาในแต่ละประเด็น โดยเมื่อพื้นที่ได้รับทราบถึงสถานการณ์การป้องกันและจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ดังกล่าวแล้ว จึงมีการระดมสมองของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ของตน และพัฒนายุทธศาสตร์เพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนา จากผลการประเมิน

### ผลการศึกษา และพัฒนา

1. เครื่องมือประเมินนโยบายการบริการสุขภาพ และสมรรถนะชุมชนในการป้องกันและจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง (ภาคผนวก 1)

2. เครื่องมือประเมินการบริการของสถานพยาบาลในการป้องกันและจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง จังหวัดสกลนคร (ภาคผนวก 2)
3. เครื่องมือประเมินการสนับสนุนการจัดการตนเองได้ของผู้ป่วย และกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง (ภาคผนวก 3)
4. เครื่องมือประเมินผลลัพธ์การบริการของแต่ละสถานบริการที่เกี่ยวข้องในการป้องกันและจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง (ภาคผนวก 4)

ผลการประเมินโดยสรุปดังนี้ 1) สถานการณ์เบาหวานและความดันโลหิตสูงในพื้นที่จังหวัดสกลนคร พบว่ามีภาวะเบาหวานร้อยละ 5.9 และความดันโลหิตสูงร้อยละ 6.8 (เปรียบเทียบกับระดับประเทศซึ่งพบว่าผู้ป่วยมีภาวะเบาหวานร้อยละ 3.9 และความดันโลหิตสูงร้อยละ 9.4) พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ พบว่าร้อยละของการทานผักและผลไม้ และการสูบบุหรี่ ของจังหวัดสกลนครมีมากกว่าระดับประเทศ ส่วนลักษณะพฤติกรรมอื่นๆ มีอัตราใกล้เคียงกัน 2) มีความชัดเจนของรูปแบบและระบบการดูแลบนพื้นฐานแนวทางเวชปฏิบัติ การบริการคัดกรอง และลดพฤติกรรมเสี่ยงรายบุคคล รวมทั้งการเชื่อมโยงระหว่างบริการแต่ละระดับภายใต้นโยบายการลดความแออัด แต่ยังคงความแน่นหนาของการลดปัจจัยเสี่ยงร่วม ได้แก่ การลดการบริโภคยาสูบและแอลกอฮอล์ในผู้เป็นโรค และยังคงการเชื่อมโยงกับการป้องกันในประชากรทั่วไป 3) มีศักยภาพสูงในการประสานและการวางนโยบายและน่านโยบายสู่การปฏิบัติเพื่อการแก้ปัญหาที่เห็นอยู่ การพัฒนาบุคลากรอย่างเป็นระบบเพื่อการบริหารรูปแบบใหม่ตามนโยบาย ส่วนที่มีโอกาสต้องพัฒนาได้แก่ การเชื่อมโยงทั้งภายในและภายนอกองค์กรเพื่อบูรณาการการป้องกันเชิงรุกในประชากร ระบบการเชื่อมโยงข้อมูลข่าวสารและร่วมใช้ระหว่างเครือข่าย กระบวนการสื่อสารและเรียนรู้ของชุมชน สมรรถนะในการใช้ข้อมูลระบาดวิทยาในการจัดบริการสาธารณสุข รวมทั้งการกำกับติดตามประเมินผล 4) โครงสร้างภายในของการบริการปฐมภูมิมีความเข้มแข็งในกลไกการจัดการเข้าถึงและการดูแลรายบุคคลของผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยง 5) การจัดการตนเองและระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง ยังมีโอกาสในการพัฒนาอีกมาก

### ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำแนวคิดเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค มาเชื่อมกับการทำงานเชิงรุก มีการบูรณาการ การส่งเสริมป้องกัน และการดูแลรักษา โดยใช้โครงสร้าง กลไกในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ “สุขภาพดี วิถีชีวิตไทย” ในการขับเคลื่อนมาตรการ และพัฒนาระบบเชื่อมโยงเครือข่ายหน่วยบริการสู่ชุมชนในรูปแบบต่างๆ
2. ควรเน้นการพัฒนาระบบบริหารจัดการในเชิงการสร้างเครือข่าย (Network) การทำงานสุขภาพในพื้นที่ ให้มีการดำเนินงานเป็นภาคีเครือข่าย เช่น อสม. ทำงานร่วมกับบุคลากรด้านสุขภาพในพื้นที่ และในทุกขั้นตอนของการดำเนินการต้องคำนึงถึง risk assessment and management รวมทั้ง comorbidity
3. แนวทางการพัฒนาควรใช้หลักการ CQI : Continuous Quality Improvement เข้ามาประกอบการดำเนินงาน

4. ระบบการจัดการข้อมูล ควรเป็นแบบ provincial-based registry เน้นระบบข้อมูลที่มีวัตถุประสงค์การใช้ที่ชัดเจน เชื่อมโยงข้อมูล ปรับปรุงให้ update ตลอดเวลา มีการใช้ข้อมูลเพื่อการบริการผู้ป่วยเฉพาะรายเพื่อการการดูแลต่อเนื่อง เป็นประโยชน์กับการออกแบบและจัดการการให้บริการในภาพรวม และประสานการดำเนินการที่เน้น population focused for quality improvement รวมทั้งการบริหารจัดการ และการควบคุมคุณภาพการดูแลรักษา และสามารถนำไปสู่การวางแผนยุทธศาสตร์ที่สอดคล้องกับสถานการณ์

5. วิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) ให้กับคนต้นแบบ ด้วยการใช้รูปแบบเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชน โดยมีทีมสหวิชาชีพเป็นผู้ดูแล ก่อให้เกิดการสร้าง ความมั่นใจ ความพร้อมในการเป็นวิทยากรชุมชน จนกลายเป็นจิตอาสา ให้มีการสนับสนุนการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะเป็นทุนทางสังคม และเสริมความแข็งแกร่งของชุมชนในการดำเนินการต่อไปได้

.....

# โครงการ “พัฒนาระบบบูรณาการ การป้องกัน และจัดการโรค เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ระยะที่ 1 ”

นพ. สมเกียรติ โพธิ์สัตย์ และคณะ

สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์

## บทคัดย่อ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกรวมทั้งในประเทศไทย จากการประเมินสถานการณ์พบว่า อัตราชุกของโรคเหล่านี้ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นแบบขั้นอย่างรวดเร็วดังเฉพาะโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ระดับคุณภาพของระบบงานในการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ ยังดำเนินการในลักษณะตั้งรับ แม้ว่าจะมีนวัตกรรมกิจกรรมเชิงรุกอยู่ในหน่วยบริการระดับต่างๆ อยู่จำนวนหนึ่ง แต่ยังไม่เป็นระบบที่ ต่อเชื่อมกันได้ดี มีการจัดการกับพฤติกรรมเสี่ยงน้อย ระบบติดตามภาวะแทรกซ้อนยังขาดความต่อเนื่อง หน่วยบริการปฐมภูมิยังได้รับการพัฒนาความรู้ ความสามารถไม่เต็มที่ จึงได้นำวิธิตัด “การจัดการโรค” (Diseases Management) “รูปแบบโรคเรื้อรัง” (Chronic Care Model) และ “รูปแบบการจัดการดูแลโรคเรื้อรัง” (“Chronic Diseases Management Model”) บูรณาการกับกรอบความคิด “รูปแบบการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง” ขององค์การอนามัยโลก เกิดกรอบแนวคิดบูรณาการที่ เน้น ‘ความต่อเนื่อง’ ‘บูรณาการ’ และ ‘ประสานดำเนินการ’ การพัฒนา วิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้และทดสอบ “รูปแบบระบบบูรณาการการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง” ในกรอบระดับจังหวัด เป็นพื้นที่ในการบูรณาการ

**วิธีการพัฒนาวิจัย :** ใช้แนวคิดการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม และการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เลือกจังหวัดแบบเจาะจง (Purposive sampling) ในจังหวัดสกลนคร พัฒนาเครื่องมือประเมินสถานการณ์การป้องกัน และจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง 4 ประเด็น มีการทดสอบการประเมินสถานการณ์ในพื้นที่ และพัฒนาแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาในระดับจังหวัด

**ผลการศึกษา :** ได้เครื่องมือประเมินสถานการณ์การป้องกัน และจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง 4 ประเด็น คือ 1) ด้านนโยบายการบริการสุขภาพ และสมรรถนะชุมชนในการป้องกันและจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง 2) ด้านการบริการของสถานพยาบาลในการป้องกัน และจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง 3) ด้านการสนับสนุนการจัดการตนเองได้ของผู้ป่วย และกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง 4) ด้านผลลัพธ์การบริการของแต่ละสถานบริการที่เกี่ยวข้องในการป้องกัน และจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง รวมทั้งแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาการป้องกัน และจัดการโรคเรื้อรัง จังหวัดสกลนคร

.....



# The integration of chronic disease management system in Diabetes Mellitus and Hypertension: Phase I

Somkiat Potisat MD, et al.

Institute of Medical Research and Technology Assessment, DMS.

## Abstract

The one of leading non communicable disease burdens around the world including Thailand are Diabetes Mellitus and Hypertension. Health delivery system in Thailand was not proactive enough even having some focal innovative good practicing around country but lack to integration as a system. The management initiative of linking between concepts of Diseases Management, Chronic Care Model (CCM) and Chronic Diseases Management Model was integrated to WHO's "Chronic disease prevention model". Our conceptual framework is stress on 'continuums' 'integrations' and 'comprehensive' aiming to developing and testing "The integration of chronic disease management system in Diabetes Mellitus and Hypertension Model: phase I " in provincial level.

**Method** : Action research by purposive sampling. Develop assessment tools for assessing the situation in 4 issues. Field testing those assessment tools was performed in the area of Sakon Nakhon province and participatory develop the provincial strategic plan.

**Results** : 1) The situation assessment tools was developed: a) Health service policy and community strengthening. b) Health service delivery design. c) Self management and self management support. d) Performance indicators. 2) Participatory Sakon Nakhon's provincial strategic plan.

.....

|                                                                                                                    | หน้า |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| <b>บทที่ 1 บทนำ</b>                                                                                                |      |
| ความเป็นมา และความสำคัญของโครงการ                                                                                  | 1    |
| วัตถุประสงค์ของโครงการ                                                                                             | 4    |
| ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ                                                                                          | 5    |
| <b>บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง</b>                                                                      | 7    |
| <b>บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา</b>                                                                                  |      |
| ขั้นตอนการดำเนินงาน                                                                                                | 13   |
| วิธีการพัฒนา                                                                                                       | 14   |
| พื้นที่ทดลองพัฒนา                                                                                                  | 14   |
| กลุ่มเป้าหมายการดำเนินงาน                                                                                          | 14   |
| การพัฒนาเครื่องมือ และการประเมินสถานการณ์การป้องกันและจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงในพื้นที่ (Assessment tools) | 15   |
| การพัฒนาผลการประเมินสถานการณ์สู่การพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ในการป้องกันและจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง               | 16   |
| <b>บทที่ 4 ผลการศึกษา</b>                                                                                          |      |
| ผลการเลือกพื้นที่ทดลองพัฒนา                                                                                        | 17   |
| ผลการประเมินสถานการณ์การป้องกันและจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง                                                 | 17   |
| แผนยุทธศาสตร์ในการป้องกันและจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง                                                       | 30   |
| <b>บทที่ 5 สรุปและข้อเสนอแนะ</b>                                                                                   | 52   |

## สารบัญ (ต่อ)

---

- ภาคผนวก 1 เครื่องมือประเมินนโยบายการบริการสุขภาพและสมรรถนะชุมชนในการป้องกันและจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง จังหวัดสกลนคร
- ภาคผนวก 2 เครื่องมือประเมินการบริการสถานพยาบาล ในการป้องกันและจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง จังหวัดสกลนคร
- ภาคผนวก 3 เครื่องมือประเมินการสนับสนุนการจัดการตนเองได้ ของผู้ป่วย/กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง จังหวัดสกลนคร
- ภาคผนวก 4 เครื่องมือประเมินผลลัพธ์การบริการของแต่ละสถานบริการในการป้องกันและจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง จังหวัดสกลนคร
- ภาคผนวก 5 ผลการประเมินการบริการของสถานพยาบาล ในการป้องกันและจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง จังหวัดสกลนคร
- ภาคผนวก 6 ผลการประเมินการสนับสนุนการจัดการตนเองได้ของผู้ป่วย/กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ในจังหวัดสกลนคร
- ภาคผนวก 7 ผลการประเมินผลลัพธ์การบริการของแต่ละสถานบริการในการป้องกันและจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง จังหวัดสกลนคร
- ภาคผนวก 8 แผนยุทธศาสตร์การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง) ปี 2553 - 2557 จังหวัดสกลนคร
- ภาคผนวก 9 คณะกรรมการบริหาร และ คณะทำงาน โครงการพัฒนาระบบบูรณาการ การป้องกันและจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ระยะที่ 1
- ภาคผนวก 10 รายชื่อ คณะผู้วิจัย พัฒนา โครงการพัฒนาระบบบูรณาการ การป้องกันและจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ระยะที่ 1

## บทที่ 1: บทนำ

### ความเป็นมา และความสำคัญของโครงการ

การเปลี่ยนผ่านทางเศรษฐกิจ และสังคม ส่งผลให้ โรคเรื้อรังที่เกิดจากการเสื่อมสภาพร่างกายตามอายุที่เพิ่มขึ้น เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคของหลอดเลือดส่วนปลาย มะเร็ง ฯลฯ และปัจจัยเสี่ยงร่วมของโรคเหล่านี้ กำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทย

จากการประเมินสถานการณ์เบื้องต้นของไทยพบว่า อัตราชุกของโรคเหล่านี้จะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในสิบปีแรก และในสิบปีต่อมาพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นแบบชันอย่างรวดเร็วจนโดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ปัจจุบันพบว่า ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 6.7 และ 22 ตามลำดับ กำลังเป็นโรคดังกล่าว (กระทรวงสาธารณสุข, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547) ทั้งนี้ สถานการณ์เบาหวานเพิ่มขึ้นจากเกือบ 2 ล้านคนเป็น 3 ล้านกว่าคน ระหว่างปี พ.ศ. 2539-2540 ถึงปี พ.ศ. 2546-2547 คาดการณ์ว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอีกในอนาคต ในปี พ.ศ. 2568 เป็นประมาณ 5 ล้านคน (Aekplakorn, 2008) ส่วนสถานการณ์ความดันโลหิตสูง พบว่า ปี พ.ศ. 2539-2540 พบผู้สงสัยเป็นความดันโลหิตสูงกว่า 5 ล้านคนและเพิ่มเป็นมากกว่า 10 ล้านคนในปี 2546-2547 และคาดการณ์ว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในอนาคต จากการสำรวจสภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อ ในประชากรอายุ 15-74 ปี ใน พ.ศ. 2550 พบว่าปัจจัยเสี่ยงหลักของการเกิดโรคหลายตัวยังไม่ดี เช่น การบริโภคผักผลไม้ที่ไม่เพียงพอถึงร้อยละ 77.5 ทั้งๆ ที่ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีผักผลไม้กินได้มากที่สุด ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนร้อยละ 22.8 บริโภคสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร้อยละ 36.1 (รายงานการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ 2550) ทั้งผลการสำรวจการบริการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและลดโรคเสี่ยงเหล่านี้ยังมีคุณภาพต่ำโดยพบว่า ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ (ทราบว่าเป็นผู้ป่วย) มีเพียงร้อยละ 21 ในชายและร้อยละ 36 ในหญิง และในกลุ่มที่ทราบว่าตนเองป่วย มีร้อยละ 79 ในชาย และร้อยละ 85 ในหญิง ที่ได้รับการรักษา และในกลุ่มที่ได้รับการรักษา มีเพียงร้อยละ 34 ในชาย และร้อยละ 38 ในหญิง ที่สามารถควบคุมโรคได้ (การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547) ส่วนผู้ที่เป็นเบาหวาน ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ (ทราบว่าเป็นผู้ป่วย) เพียงร้อยละ 34.5 ในชาย และร้อยละ 50.8 ในหญิง และในกลุ่มที่ทราบว่าตนเองป่วย ได้รับการรักษาถึงร้อยละ 98 ทั้งชายและหญิง แต่ในกลุ่มที่ได้รับการรักษา มีเพียงร้อยละ 26 ในชาย และร้อยละ 31 ในหญิง ที่สามารถควบคุมโรคได้ (การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547)

การศึกษาคุณภาพการบริการ ในปี พ.ศ. 2548 จากการประเมินระบบการดูแลผู้เป็นเบาหวานของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิรวม 44 หน่วยทั่วประเทศ พบว่าระดับคุณภาพของระบบงานในการดูแลผู้เป็นเบาหวานส่วนใหญ่ยังดำเนินการในลักษณะตั้งรับ มีการจัดการกับพฤติกรรมเสี่ยงน้อย ระบบติดตามภาวะแทรกซ้อนยังขาดความต่อเนื่อง หน่วยบริการปฐมภูมิยังได้รับการพัฒนาในด้านความรู้ ความสามารถไม่เต็มที่ ส่วนผลลัพธ์สุขภาพของผู้เป็นเบาหวานพบว่าผู้คุมระดับน้ำตาลได้ดีเพียงร้อยละ 38 มีระดับไขมันในเลือดสูงร้อยละ 10-19 และเริ่มมีความผิดปกติของไต ร้อยละ 31-50 (การประเมินระบบดูแลผู้เป็นเบาหวานของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า )

ผลกระทบจากการบริการของระบบบริการสุขภาพในระยะสิบปีที่ผ่านมา โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงและโรคที่เป็นผลกระทบเกี่ยวเนื่องเป็นสาเหตุหลักในสิบอันดับแรกของการรับเข้าเป็นผู้ป่วยในในการบริการภาครัฐทั้งนี้ยังไม่รวมในส่วนของบริการสุขภาพภาคเอกชนและยังพบว่าแนวโน้มการต้องบริการเป็นผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นทุกปี โดยอัตราการพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น จากปี 2540-2550 โรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น 4.95 เท่า โรคเบาหวานเพิ่มขึ้น 4.40 เท่า โรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้น 5.35 เท่า โรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 2.75 เท่า (ข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2550 และ สำนักโรคไม่ติดต่อ 2551)

จากข้อมูลข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่าการดำเนินการด้านสาธารณสุขในส่วนต่างๆ ยังไม่มีศักยภาพอย่างเพียงพอที่จะรองรับปัญหาโรคเรื้อรังที่กำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ ทั้งในด้านการควบคุมป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การดูแลรักษาผู้ที่เป็โรคแล้ว และการจัดการโรค ดังนั้นจึงมีความจำเป็นเร่งด่วนอย่างยิ่งที่จะต้องมีการพัฒนารูปแบบระบบและกลไกดำเนินการเพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ป้องกันความเสี่ยงและจัดการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประเทศไทย

การทบทวนเพื่อศึกษาการลดปัญหาและผลกระทบโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือโรคไร้เชื้อเรื้อรังในหลายประเทศเบื้องต้นพบว่า การเข้าถึงการลดปัญหากลุ่มนี้ที่มีรากของการเกิดโรคและการระบาดของโรคจากวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อม การดำเนินการที่มีผลอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ต้องเน้นไปที่การลดปัจจัยเสี่ยงร่วมหลักของโรคไม่ติดต่อสำคัญทั้งในระดับบุคคล ประชากรและสิ่งแวดล้อม สร้างให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งโรงเรียน ชุมชน ผู้ประกอบการตระหนักและให้ความสำคัญกับการจัดการเพื่อลดเสี่ยงที่สัมพันธ์กับวิถีชีวิตและเงื่อนไขสังคม สนับสนุนให้เกิดนโยบายสาธารณะและสภาพแวดล้อม และลดสหปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคของหลอดเลือดและเบาหวานที่มีผลต่อกลุ่มบุคคลเสี่ยงสูงมากและปานกลางโดยให้ประชาชนเข้าถึงข่าวสาร และทรัพยากรดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพและปลอดภัย ที่เอื้อต่อการป้องกันตนเองหรือควบคุมเสี่ยงของบุคคลและครอบครัว ได้อย่างยั่งยืนในแต่ละวันของชีวิตเพื่อลดโรคแทรกซ้อนตามมาซึ่งจะมีผลในสัดส่วนถึงร้อยละ 70 อย่างไรก็ตามในการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงและสนับสนุนการจัดการดูแลเมื่อเป็นโรคแล้วเพื่อลดปัญหาผลกระทบโรคที่มีสัดส่วนโดยรวมร้อยละ 25 ของการเกิดโรคแทรกซ้อนทั้งหมดยังจำเป็นต้องดำเนินการไปพร้อมกันเพื่อลดค่าใช้จ่ายการบริการของโรคที่มีขนาดใหญ่ (High volume cost)

การบริการดูแลสุขภาพ (Health service) นับเป็นหนึ่งในสามแนวทางและเครื่องมือสำคัญของการลดปัญหา อย่างไรก็ตามพบว่าบริการสุขภาพเดิมที่มีอยู่มีลักษณะรองรับรายป่วยที่มาถึงสถานบริการ (reactive) การดูแลรักษาเป็นครั้งๆ แยกส่วนไม่เชื่อมโยงต่อผลลัพธ์ที่ดีขึ้นร่วมกัน ขาดระบบที่สนับสนุนให้ประชาชนดูแลตนเอง พึ่งพิงการบริการองค์กรสุขภาพและเทคโนโลยีราคาแพงสูงมากกว่าการป้องกันการเกิดโรคและการเป็นซ้ำ มีการเรียนรู้ การเข้าถึงข่าวสารเพื่อดูแลตนเองไม่เพียงพอ ภายใต้อาณัติใหม่ที่มีเรื่องและซับซ้อนทั้งความเสี่ยง โรคภัยและการใช้ชีวิต ทำให้ระบบการบริการเดิมนอกจากไม่สามารถลดปัญหาได้แล้วยังเป็นระบบที่เสริมและขยายการเพิ่มปัญหาของกลุ่มโรคนี้โดยเฉพาะการเพิ่มความพิการ การตาย และค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นเรื่อยๆ มากจนเกินที่ทรัพยากรของชุมชนและประเทศจะรองรับได้

การปรับระบบบริการสุขภาพ (Health care organization) ให้ขับเคลื่อนสู่การบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงและภาวะคุกคามสุขภาพใหม่ที่เรื้อรังและมีสาเหตุที่หลากหลาย นั้นจึงเป็นสิ่งจำเป็น ที่ต้องมีการพัฒนาในประเด็นต่างๆ ต่อไปนี้ คือ

- **การปรับกระบวนการให้บริการ** ในภาพรวมและบูรณาการการบริการตามระยะต่างๆ ของธรรมชาติของโรค โดยเน้นชุมชนและประชากรโดยรวมเป็นฐานและสร้างเป้าหมายการเพิ่มคุณภาพและประสิทธิผลในการลดปัญหาแต่ละระยะซึ่งมีความสัมพันธ์กระทบเกี่ยวเนื่องกัน เป็นลูกโซ่
- **ปรับการจัดการของระบบบริการสุขภาพใหม่** ที่มีใช้ดูแลแต่มิติทางการแพทย์ แต่ต้องขยายขอบเขต ไปถึงการดูแลบนหลักฐานข้อเท็จจริง อื่นๆ รวมทั้งทางด้านสังคม จิตใจ มีการทำงานร่วมกันเป็นสหวิชาชีพ เพื่อให้ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยง ที่มีความแตกต่างไปตามเวลา ระยะของโรค และบริบทของสภาพแวดล้อม ที่ต้องการสนับสนุนให้มีความสามารถในการป้องกันโรค ดูแล และบริหารจัดการด้วยตนเองได้ ฉะนั้นระบบบริการสุขภาพจึงจำเป็นต้องมีการจัดการที่เปลี่ยนไปจากระบบปกติที่รองรับการบริการเฉียบพลันทั่วไป ให้มีความหลากหลายมากขึ้น ขอบเขตการดูแลกว้างขึ้น ได้เหมาะสมกับความต้องการในแต่ละสถานการณ์ ที่มีทั้งลักษณะเรื้อรัง กึ่งเฉียบพลัน และเฉียบพลัน
- **เชื่อมโยงการดำเนินการร่วมกันระหว่างผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ และนโยบายสาธารณะสนับสนุน**

ระบบดูแลสุขภาพแบบใหม่ จำเป็นต้องเพิ่มบทบาทและขีดความสามารถของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ และครอบครัวในการจัดการสุขภาพของตนเอง ภายใต้อาณัติสนับสนุนช่วยเหลือจากทีมบุคลากรสาธารณสุข และชุมชน ทำให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลที่เป็นได้มากขึ้น

ซึ่งทั้งสามองค์ประกอบนี้ต้องเชื่อมโยง และบูรณาการกัน แต่ละส่วนต่างก็มีส่วนทำให้ผลลัพธ์สุขภาพดีขึ้น โดยมีนโยบายสาธารณะที่เหมาะสมสนับสนุน

ประสบการณ์จากประเทศที่พัฒนาแล้วพบว่า การบริการที่เกี่ยวข้องกับการลดปัญหาโรคเรื้อรัง ได้แก่ ลดค่าใช้จ่าย ลดการเข้าอยู่ในโรงพยาบาล ลดโรค และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ภายใต้แนวคิดการรักษาโรคให้มีประสิทธิภาพ และแนวคิดการป้องกันโรคในระดับประชากรและบุคคล เดินมาอย่างแยกเป็นส่วนๆ ไม่ได้ต่อเชื่อมกัน จนกระทั่งในระยะสิบกว่าปีมานี้ ได้นำการเพิ่มคุณภาพการบริการ “การจัดการโรค” (Diseases Management) ได้แก่ เน้นการให้การศึกษาเป็นหลัก การทำงานเป็นทีม เน้นการบริการเชิงรุก ฯลฯ และต่อมาได้ใช้ “รูปแบบโรคเรื้อรัง” (Chronic Care Model) ที่ประกอบด้วยองค์ประกอบหลักอย่างน้อย 6 องค์ประกอบ (การปรับองค์การบริการ การปรับการจัดบริการ การสร้างเสริมศักยภาพการจัดการตนเองของผู้ป่วย การมีระบบข้อมูลทางคลินิก ระบบสนับสนุนการตัดสินใจบริการ การประสานร่วมมือกับทรัพยากรในชุมชนในการดูแล) มาเป็นเครื่องมือการมองการจัดการดูแลโรคเรื้อรังที่มุ่งการเพิ่มคุณภาพผลลัพธ์ในผู้เป็นโรคเรื้อรังซึ่งพบว่าเกิดผลในโรคเรื้อรังบางกลุ่ม เช่น เบาหวาน โรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง เป็นต้น ในการลดค่าใช้จ่ายและการรักษาในโรงพยาบาลรวมทั้งเพิ่มคุณภาพชีวิต แต่เมื่อประเทศต่างๆ ได้มีการทบทวนและมีเป้าหมายการปรับบริการให้สนับสนุนในการเพิ่มประสิทธิภาพที่เพิ่มขึ้นในการลดโรคลดค่าใช้จ่ายและการเจ็บป่วยซ้ำ จึงมีการออกแบบประยุกต์และขยายกรอบความคิด “รูปแบบการจัดการดูแลโรคเรื้อรัง” (“Chronic Diseases Management Model”) และบูรณาการกับกรอบความคิด “รูปแบบการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง” ขององค์การอนามัยโลก (WHO “Noncommunicable Diseases Prevention and Control Model”) เกิดกรอบแนวคิดรูปแบบการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรังที่ เน้น ‘ความต่อเนื่อง’ ‘บูรณาการ’ และ ‘ประสานดำเนินการ’ ในรูปแบบต่างๆ กันในแต่ละประเทศขึ้นกับบริบทของชุมชนประเทศนั้น ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้และทดสอบ **“รูปแบบระบบบูรณาการการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง”** โดยเลือก เบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นสถานะเรื้อรังที่นำมาศึกษาและทดสอบ การปรับการบริการ การเข้าถึง และแนวปฏิบัติบริการ อย่างเป็นระบบ เพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของบุคคลรอบครัวและชุมชนในการลดปัจจัยเสี่ยงและลดโรคในบุคคลและชุมชนนั้นๆ โดยผ่านการพัฒนาและวิจัยเชิงปฏิบัติการเชิงระบบ ในกรอบระดับจังหวัด เป็นพื้นที่ในการบูรณาการ

### วัตถุประสงค์ของโครงการ

พัฒนาและทดสอบรูปแบบ ระบบและกลไกการดำเนินการที่จำเป็นตามกรอบความคิดต้นแบบ ระบบบูรณาการด้านการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรังฯ กรณีความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ที่สนับสนุนให้เกิดมีคุณภาพ และผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ทั้งในกลุ่มประชากรและบุคคล

1. เพื่อพัฒนาระบบการจัดการองค์การบริการสุขภาพในแต่ละระดับให้ประสาน เชื่อมโยงกัน ที่ตอบสนองต่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม และบูรณาการการป้องกัน และการจัดการลดโรคเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ

2. เพื่อพัฒนาการจัดการที่จุดบริการ ให้มีลักษณะที่ประเมินและดูแลผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยง และผู้เกี่ยวข้องอย่างเป็นองค์รวม และสนับสนุนการจัดการตนเองของประชาชน
3. เพื่อพัฒนาแนวทางการตัดสินใจ แนวปฏิบัติในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ตลอดจนกลุ่มเสี่ยง ให้มีลักษณะที่บูรณาการทั้งด้านการดูแลรักษา การป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ และการลดความเสี่ยง ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น มีการใช้หลักฐานที่เหมาะสมทั้งในด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ ด้านสภาพวิถีชีวิตจริงของประชาชน และทรัพยากรที่มีในพื้นที่แต่ละแห่ง

#### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. บูรณาการและต่อยอดนวัตกรรมต่างๆ ในการพัฒนาการบริการดูแลผู้รับบริการและการบริการป้องกันโรคปฐมภูมิและทุติยภูมิให้เกิดการดูแลต่อเนื่องทั้งระยะเรื้อรัง กึ่งเฉียบพลันและเฉียบพลัน สอดคล้องเข้ากับระบบปกติของการบริการในพื้นที่ทดลอง
2. พัฒนาทีมบริการดูแลสุขภาพและหุ้นส่วนพร้อมปฏิบัติการสนับสนุน
3. พัฒนาการจัดการได้ด้วยตนเองของผู้เป็นโรค ผู้เสี่ยง ครอบครัว และชุมชน
4. พัฒนาวิธีการติดตามประเมินผลและพัฒนาต่อเนื่อง ที่จะสนับสนุนกิจกรรมทั้งในการบริการและในชุมชน

#### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

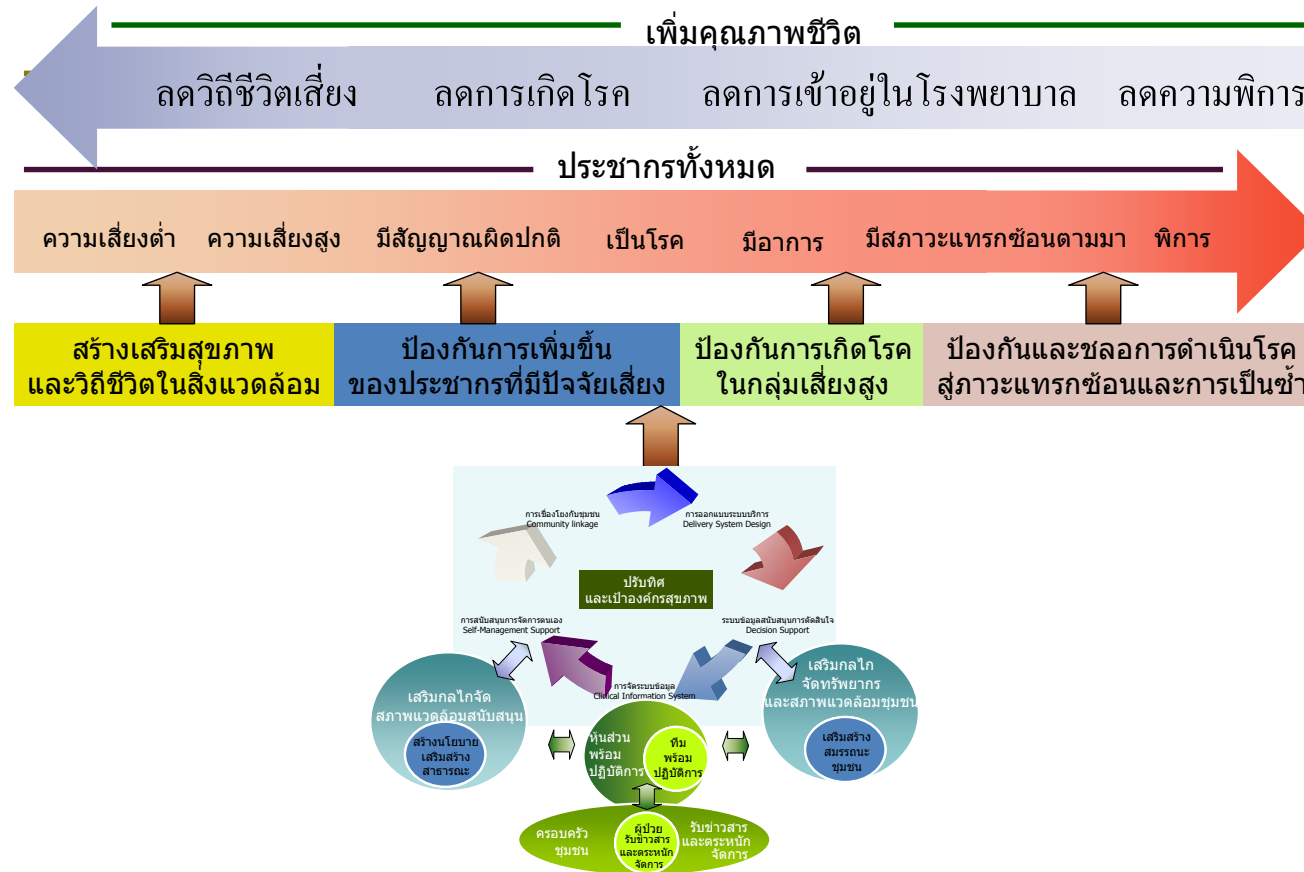
1. ประชาชนและชุมชนตระหนักถึง ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และโรค เบาหวาน รวมทั้งผลที่จะเกิดตามมา เข้าใจหลักการการป้องกันโรค และสามารถจัดการปฏิบัติตนเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้
2. มีระบบการป้องกันที่ชัดเจนมี ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ปลอดภัย เข้าถึงได้ที่สมาชิกในชุมชนสามารถประเมินความเสี่ยงของโอกาสเกิดโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานได้ด้วยตนเอง รวมทั้งได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรกรวมทั้งการบริการสนับสนุนการจัดการลดเสี่ยงด้วยตนเองโดยการสนับสนุนของชุมชน
3. สถานบริการแต่ละระดับสามารถปรับการบริการสู่การป้องกันและจัดการดูแลผู้ที่มีความดันโลหิตสูงและเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพเป็นแบบองค์รวม ประสานเชื่อมโยง ต่อเนื่อง ตามศักยภาพของสถานบริการ และมีการทำงานในรูปแบบสหสาขาวิชาชีพ



4. มีระบบการส่งต่อที่ชัดเจนเื้ออและสนับสนุนบุคลากรสาธารณสุขแต่ละระดับทราบข้อบ่งชี้ของการประสานความร่วมมือในการดูแลต่อเนื่อง และสามารถมีการส่งต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ
5. กลุ่มเสี่ยงสูง ผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานเข้าถึงบริการที่จำเป็นและมีคุณภาพอย่างทั่วถึง มีความตระหนักและเข้าใจธรรมชาติของโรค การป้องกันชะลอการดำเนินโรค หลักการการรักษา และมั่นใจในการจัดการปฏิบัติตนเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนที่ตามมาได้
6. มีความร่วมมือระหว่างชุมชนและสถานบริการที่ยั่งยืนและมีการพัฒนาสนับสนุนทรัพยากร กิจกรรม แผนงานโครงการ เพื่อลดปัญหาของชุมชนและประชาชนที่เกิดเนื่องจากความดันโลหิตสูงและเบาหวาน

## กรอบแนวคิด “รูปแบบระบบบูรณาการการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง”

ประชากรมีความตระหนัก จัดการลดเสี่ยง ลดโรค ลดเจ็บป่วย  
 ได้รับความคุ้มครอง ได้รับการบริการอย่างมีคุณภาพ เพิ่มคุณภาพชีวิต



## บทที่ 2: เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ระบบการบริการสุขภาพในปัจจุบันเป็นออกแบบมาเพื่อรองรับการดูแลรักษาแบบเฉียบพลัน และโรคติดเชื้อต่างๆ เป็นหลัก เมื่อสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เพิ่มรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนแนวคิด ดังที่ Kesteloot K. ได้ทบทวนเปรียบเทียบแนวคิดระบบบริการแบบดั้งเดิม และระบบบูรณาการการป้องกันและจัดการโรคไว้ดังนี้

| ระบบบริการแบบดั้งเดิม                                            | → ระบบบูรณาการป้องกันและจัดการโรค                                                                                |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| การดูแลเน้นระยะเฉียบพลัน แบบแยกส่วนการป้องกัน/การรักษา/การฟื้นฟู | การดูแลอย่างบูรณาการครอบคลุมทั้งเฉียบพลัน, กึ่งเฉียบพลัน, เรื้อรัง/เรื้อรัง รวมการป้องกัน และการสร้างเสริมสุขภาพ |
| การเจ็บป่วยเป็นครั้งๆ                                            | การดูแลแบบบูรณาการ การดูแลต่อเนื่อง                                                                              |
| ตอบสนองตามสถานการณ์                                              | เน้นการดูแลองค์รวมทั้งคน                                                                                         |
| เป็นเฉพาะบุคคล                                                   | เป็นประชากร มุ่งกลุ่มคน                                                                                          |
| ผู้ป่วยหวังพึ่งพิงผู้ให้บริการ                                   | ผู้ป่วยและผู้รับบริการที่กระตือรือร้น; มีเครื่องมือสนับสนุนการจัดการดูแลได้ด้วยตนเอง                             |
| การแพทย์เชิงเดี่ยว                                               | สหสาขาวิชาชีพทั้งทางการแพทย์และการสาธารณสุข                                                                      |
| การเชื่อดั้งเดิม นิสัย ความคิดเห็น                               | วัตถุประสงค์, หลักฐานเชิงประจักษ์ (ทางการแพทย์, การประเมินทางเศรษฐศาสตร์และผลลัพธ์)                              |
| การดูแลเป็นอิสระ                                                 | มีแนวทางปฏิบัติ, ข้อกำหนด, แนวทางการดูแล                                                                         |
| ดำเนินการโดยส่วนตน                                               | การประกันความเชื่อถือได้, เทคโนโลยีสารสนเทศ (ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ, ระบบข้อมูลสารสนเทศอัจฉริยะ)                |
| การปรับเปลี่ยนยาก                                                | ความเป็นพลวัต การพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง                                                                            |

Ref: Kesteloot, K. Disease management. A new technology in need of critical assessment. *Int J Technol Assess Health Care*. 1999; 15(3):506-19.

### แนวคิด หลักการสำคัญของการพัฒนาระบบบูรณาการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง ในโครงการนี้

1. ปรับกระบวนการทัศน์และระบบบริการจากระบบการดูแลแบบเฉียบพลัน ที่ดูแลเฉพาะเมื่อมีภาวะวิกฤต ไม่ต่อเนื่อง และแยกส่วน เป็นระบบการดูแลแบบต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิตที่เน้นการป้องกัน และการจัดการบริการต่อเนื่องของธรรมชาติการดำเนินโรคของโรคเรื้อรัง ทั้งที่เป็นภาวะวิกฤต ภาวะประคับ ประคอง และภาวะปกติและสนับสนุนผู้ป่วย ผู้เสี่ยงสูง และครอบครัว ให้มีความสามารถในการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม
2. เพิ่มคุณภาพการบริการให้มีลักษณะของการพิจารณาประชากรในชุมชน ผู้ป่วย หรือผู้รับบริการ เป็นศูนย์กลาง มองจากประโยชน์ของประชากรและผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเป็นหลัก เป็นการพัฒนาระบบการบริการเพื่อให้เป็นเครื่องมือสำคัญหนึ่งของการเสริมการลดปัญหาสุขภาพเรื้อรังของชุมชนและบุคคลโดยการเพิ่มการบูรณาการการป้องกันโรคเข้าไปในดูแลจัดการสุขภาพเรื้อรังรายบุคคลที่ดูแลแบบองค์รวมทั้งกาย จิตใจ และสังคม เป็นการดูแลแบบผสมผสานทั้งการจัดการป้องกันลดเสี่ยงอย่างต่อเนื่องในบุคคลที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงไม่ให้เป็นโรค การรักษาดูแลความเจ็บป่วย การส่งเสริมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สภาพแวดล้อมที่เหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพให้ดำรงชีวิตประจำวันได้ตามปกติ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี
3. บูรณาการและพัฒนาระบบและกลไกการดูแลของเครือข่ายบริการทั้งในบริการปฐมภูมิ บริการทุติยภูมิ และบริการตติยภูมิ ให้เกิดการประสานการดำเนินงานการจัดบริการที่เสริมซึ่งกันและกันเพื่อการดูแลสนับสนุนประชาชนให้สามารถจัดการตนเองในการลดปัญหาจากสถานะสุขภาพเรื้อรังในชุมชนของตนได้ (กรณีศึกษาเบาหวานและความดันโลหิตสูง) ได้แก่ ปรับทิศและเป้าหมายของกระบวนการข้อมูลเพื่อการดูแลสุขภาพเรื้อรัง ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ ปรับระบบบริการและจัดบริการ การเชื่อมโยงทรัพยากรชุมชน การสนับสนุนจัดการตนเอง

### บูรณาการระบบย่อย

1. พัฒนาระบบข้อมูลบูรณาการการดูแลจัดการสุขภาพและป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง ทั้งในสถานบริการเครือข่ายและชุมชน เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจการติดตาม การประเมินผล และการป้องกันกลับ
2. พัฒนาการจัดการดูแลโดยทีมสหสาขาและระบบการบริหารจัดการสุขภาพระดับพื้นที่ (จังหวัด อำเภอ ตำบล) ในการปรับบทบาทการดูแลบูรณาการการป้องกันและจัดการโรคและประสานเชื่อมโยงการบริการ สอดคล้องกับวัฒนธรรม (ระบบบริการและจัดบริการ)
3. พัฒนานโยบาย กฎระเบียบ และการจัดการทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานโดยคำนึงถึงประสิทธิผลและประสิทธิภาพ และความปลอดภัย (ปรับองค์กรและระบบสนับสนุนการตัดสินใจ)

4. สนับสนุนการเพิ่มความสามารถผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในการจัดการตนเองผ่านการเสริมพลังความมั่นใจในการวางแผนปฏิบัติด้วยตนเองและสามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการที่จำเป็น (ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง)
5. พัฒนาระบบการประสาน เสริมสร้างสมรรถนะและสนับสนุนชุมชนให้เกิดการเรียนรู้ จัดการตนเอง และปรับสภาพแวดล้อมชุมชนให้เอื้อสนับสนุนประชาชนในการป้องกันโรคและลดความเสี่ยง
6. เพิ่มคุณภาพการประเมินความเสี่ยงของโอกาสเกิดโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานได้ด้วยตนเองของสมาชิกชุมชน และเพิ่มการเข้าถึงการคัดกรองและวินิจฉัยโรคตั้งแต่วัยแรก
7. พัฒนาระบบการสนับสนุนการเพิ่มศักยภาพของบุคลากรและการจัดการความรู้เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติการจัดการและการบริการ ให้สามารถดำเนินการในระบบบูรณาการการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรังที่พัฒนาขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ
8. พัฒนาระบบติดตาม ประเมินผลผลิตและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และป้อนกลับเพื่อการพัฒนากระบวนการเพิ่มคุณภาพการบริการบูรณาการอย่างมีส่วนร่วมและต่อเนื่อง

องค์การอนามัยโลก (Innovative care for chronic conditions: building blocks for action: global report; World Health Organization 2002.) ได้เสนอกรอบแนวคิด ที่เป็นหลักการในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้มีปัญหสุขภาพเรื้อรังให้มีคุณภาพเพิ่มขึ้น ประกอบด้วย แนวทางปฏิบัติพื้นฐานอยู่ 6 ประการ ดังนี้

### 1. การตัดสินใจ โดยใช้ข้อมูล

การตัดสินใจไม่ว่าจะเป็นระดับใดควรใช้ข้อมูลประกอบการพิจารณา ไม่ว่าจะเป็นระดับนโยบาย การวางแผนบริการ และการให้บริการทางคลินิก

ข้อมูลประกอบการตัดสินใจนี้ ได้แก่ ขนาดของปัญหา ประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของกระบวนการ/มาตรการแก้ปัญหาต่างๆ ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยในปัจจุบันและแนวโน้มอนาคต ความรู้ ความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก

หากข้อมูลที่มีอยู่ในปัจจุบันหายาก รวบรวมไม่เป็นระบบ หรือเชื่อถือไม่ได้ ก็ควรมีการจัดการเพื่อพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของข้อมูลตั้งแต่การรวบรวม จัดเก็บ วิเคราะห์ และเมื่อมีข้อมูลที่ตีพิมพ์ก็ควรทำให้การจัดการระบบดูแลผู้ป่วยเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพคุ้มค่า

### 2. ประชาชนเป็นศูนย์กลาง

ระบบดูแลสุขภาพจะมีประสิทธิภาพมากที่สุด เมื่อพิจารณาสภาวะสุขภาพของประชากรในความรับผิดชอบรวมเป็นกลุ่มแทนที่จะพิจารณาแยกเป็นรายคนเดี่ยวๆ การจัดการเป็นกลุ่มประชากร

เป็นกลวิธีการดำเนินงานที่เป็นแบบเชิงรุก และมองผลเป็นระยะยาว เพื่อให้คุณภาพชีวิตของประชากรดีขึ้นตรงตามความต้องการ ด้วยการจัดการแบบนี้จะเป็นการลดการใช้ยาที่สูงเกินไป

### 3. เน้นการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพ

เนื่องจากปัญหาสุขภาพเรื้อรังนี้สามารถป้องกันได้ ฉะนั้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับระบบบริการควรต้องสนับสนุนการป้องกันเสมอ เมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลเพียงพอ และมีการฝึกทักษะเพิ่มขึ้น ก็จะลดความเสี่ยงได้ ซึ่งการจะปรับให้ได้

### 4. เน้นคุณภาพ มีการกำกับคุณภาพเพื่อหวังว่าจะมีการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสมที่ทำให้เกิดบริการที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ ภายใต้ข้อจำกัดและเงื่อนไขต่างๆ โดยที่เกิดคุณภาพทั้งในระดับการบริการ และระดับองค์กรบริการ ชุมชน และผู้ป่วย

### 5. การบูรณาการ การบูรณาการในมิติต่างๆถือว่าเป็นหัวใจสำคัญหนึ่งของระบบดูแลสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรัง ทั้งในระดับมหภาค ระดับปฏิบัติการ และชุมชน บูรณาการระหว่างบริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ จนถึงการดูแลผู้ป่วยใน การเชื่อมโยงบริการภายในสถานพยาบาล และบูรณาการระหว่างสถานพยาบาล จนถึงบูรณาการการดูแลระหว่างสาขาต่างๆ ที่นอกเหนือจากระบบการดูแลทางการแพทย์แบบเดิม

### 6. ความยืดหยุ่น และปรับตัว

ระบบบริการสุขภาพจำเป็นต้องยืดหยุ่นและปรับให้เหมาะกับการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ทั้งที่เป็นข้อมูลใหม่ สถานการณ์โรคที่เปลี่ยนไป การเปลี่ยนของภาวะสังคมเศรษฐกิจ และเหตุการณ์ที่ยังพยากรณ์ล่วงหน้าไม่ได้ ซึ่งจำเป็นต้องมีระบบเพื่อการเฝ้าระวัง ติดตาม ประเมิน ที่สร้างประสานไว้อยู่ในระบบจึงจะทำให้การปรับตัวดำเนินการได้อย่างทันเวลา

นอกจากนี้ยังเสนอองค์ประกอบที่จำเป็น 8 ประการ ดังนี้

1. การสนับสนุนกระบวนทัศน์ใหม่ (Support a paradigm shift) จากการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพ และภาวะโรคเรื้อรังที่เพิ่มมากขึ้นในปัจจุบัน กระบวนทัศน์ใหม่ในการดูแลภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นการตอบสนองต่อการจัดการปัญหาความต้องการที่หลากหลายของผู้ป่วยภายใต้ทรัพยากรอันจำกัด ที่ต้องใช้นวัตกรรม ระบบการดูแลสุขภาพที่สามารถให้บริการภายใต้ทรัพยากรที่มีแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

2. การจัดการด้านนโยบายสิ่งแวดล้อม การตัดสินใจเชิงนโยบาย การวางแผนการให้บริการจะเกิดขึ้นภายใต้บริบทเชิงนโยบาย การเปลี่ยนแปลงการดูแลภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจะประสบความสำเร็จ จำเป็นต้องมีการตัดสินใจร่วมกันภายใต้ข้อมูล สร้างความเห็นร่วม และพันธสัญญา ที่มุ่งมั่นระหว่างผู้เกี่ยวข้องในทุกกระยะ

3. สร้างระบบการดูแลสุขภาพที่เชื่อมโยงประสานกัน ระบบการดูแลภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

ต้องมีการประสานเชื่อมโยงกันในแต่ละส่วน มีการใช้ข้อมูลร่วมกันระหว่างผู้ดูแลแต่ละระดับ และแต่ละช่วงเวลา เชื่อมประสานกับสหสาขาวิชาชีพ การป้องกันโรค การบริการสุขภาพภายใต้ทรัพยากรของชุมชน ผลลัพธ์การให้บริการที่เชื่อมโยงประสานกันทำให้สุขภาพดีขึ้น ลดการสูญเสีย เกิดประสิทธิภาพ ผู้ป่วยมีประสบการณ์ที่ก่อให้เกิดกำลังใจ

4. ข้อตกลง นโยบายร่วมด้านสุขภาพ นโยบายของทุกภาคส่วนจำเป็นต้องได้รับการวิเคราะห์ และตกลงร่วมกันเพื่อก่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพสูงสุด ระบบการดูแลสุขภาพควรที่จะตกลงบนพื้นฐานตามบริบทที่เป็น คือ การทำงาน (เช่นสภาพการทำงานที่ปลอดภัย) วัฒนธรรมเกษตรกรรม (เช่น การตรวจตราการใช้ยาฆ่าแมลง ยาปราบศัตรูพืช) การศึกษา (เช่น การสอนการส่งเสริมสุขภาพในชั้นเรียน) และกรอบการบัญญัติกฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

5. การใช้ประโยชน์การดูแลสุขภาพบุคคลอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ การดูแลสุขภาพชุมชน ต้องได้รับการสนับสนุนจากองค์กรดูแลด้านสุขภาพที่ต้องมีรูปแบบที่ดูแลสุขภาพที่มีทักษะบนพื้นฐานหลักฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ ที่จะจัดการกับภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง ความสามารถในการติดต่อสื่อสาร เทคนิคการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การให้ความรู้กับผู้ป่วย ทักษะการให้คำปรึกษาที่เป็นที่ช่วยให้ผู้ป่วยแก้ปัญหาจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งเกิดจากความร่วมมือของบุคลากรทางสุขภาพที่ต้องศึกษาและฝึกปฏิบัติอย่างเป็นรูปแบบ

6. ดูแลสุขภาพที่มุ่งเน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง การดูแลการเจ็บป่วยเรื้อรัง จำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต และพฤติกรรมประจำวัน จุดสำคัญอยู่ที่การดำเนินชีวิต และความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย การมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมีความสำคัญก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางปฏิบัติทางคลินิก ในปัจจุบันจะลดบทบาทที่ผู้ป่วยเป็นผู้คอยแต่รับบริการ ขาดโอกาสที่จะส่งเสริมสุขภาพตนเอง ซึ่งระบบการดูแลภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังต้องมีการปรับเปลี่ยน ภายใต้สภาพของผู้ป่วยและครอบครัว

7. สนับสนุนส่งเสริมชุมชนของผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง การดูแลภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องขยายวงไปสู่ชีวิตความเป็นอยู่ ชีวิตการทำงาน สภาพแวดล้อมของผู้ป่วย การที่จะประสบความสำเร็จในการจัดการภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยและครอบครัวจำเป็นต้องได้รับการบริการ และการสนับสนุนจากชุมชนของตนเอง ชุมชนสังคมเองจะช่วยเติมช่องว่างในการดูแลสุขภาพเพิ่มจากที่องค์กรด้านสุขภาพจัดบริการให้

8. การให้ความสำคัญกับการป้องกันโรค ส่วนใหญ่ภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง และภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังสามารถป้องกันได้ กลยุทธ์ที่จะลดการเกิดโรค และป้องกันภาวะแทรกซ้อนประกอบด้วย การวินิจฉัยโรคได้เร็ว การเพิ่มกิจกรรมทางกาย การลดการใช้สารเสพติด และการจำกัดขยายตัวของอาหารที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคควรจะเป็นส่วนหนึ่งในทุก ๆ กิจกรรมการดูแลสุขภาพ

## กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

Innovative Care for Chronic Conditions Framework; ICCF





### บทที่3: วิธีดำเนินการวิจัย

#### 3.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. จัดตั้งคณะทำงานพัฒนาที่เป็นทีมสหวิทยาการในการดำเนินการพัฒนาระบบอย่างบูรณาการร่วมกัน
2. ทบทวน รวบรวม จัดการ และสังเคราะห์ องค์ความรู้ ประสบการณ์การดำเนินงานพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ระบบลดและป้องกันความเสี่ยง ทั้งในต่างประเทศ
3. ประชุมคณะทำงาน Partnership กำหนดหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกพื้นที่ในระดับจังหวัด 5 จังหวัด
4. ประสาน และทำความเข้าใจกับผู้บริหาร และผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการในพื้นที่ที่คัดเลือก 5 จังหวัด
5. จัดประชุมตัวแทนพื้นที่ 5 จังหวัด เพื่อนำเสนอรูปแบบความสำเร็จและไม่สำเร็จในการจัดการเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงในแต่ละพื้นที่
6. คัดเลือกพื้นที่ทดลองพัฒนา 1 จังหวัด
7. ประสาน และทำความเข้าใจกับผู้บริหาร และผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการในพื้นที่ทดลองพัฒนา 1 จังหวัด
8. คัดเลือกอำเภอ และตำบลที่เป็นพื้นที่ทดลองนำร่อง
9. ให้พื้นที่ได้มีการจัดตั้งผู้บริหาร และผู้แทนที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วมเป็นคณะกรรมการพัฒนาระบบในระดับจังหวัด เพื่อทำหน้าที่บริหาร และประสานการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมจากทุกภาคีที่อยู่ในพื้นที่ (ผู้ว่าราชการจังหวัด, สสจ., รพ., อบต., เทศบาล, ประชาคม ฯลฯ)
10. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อการทำความเข้าใจต่อแนวคิด หลักการ และวางแผนขั้นตอนการดำเนินงานในพื้นที่ ร่วมกันระหว่างนักวิชาการภายนอก กับผู้เกี่ยวข้องในระบบพื้นที่
11. ทบทวนสถานการณ์, กำหนดเครื่องมือและประเมินสถานการณ์จริงในจังหวัดที่คัดเลือก
12. ระดมสมอง เพื่อออกแบบระบบปฏิบัติการในการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและระบบป้องกันความเสี่ยง ที่สอดคล้องกับสถานการณ์พื้นที่
13. ดำเนินการประเมินสถานการณ์จริงของระบบทำงานที่เป็นระบบย่อยในระบบป้องกันและจัดการดูแลเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในด้านต่างๆ คือ
  1. ระบบข้อมูลเพื่อการบริหาร การติดตาม ประเมินผล และการป้อนกลับ
  2. ระบบสนับสนุนการตัดสินใจแนวปฏิบัติในการดำเนินงาน
  3. ระบบบริการระหว่างผู้ป่วยหรือผู้รับบริการกับผู้ให้บริการ
  4. ระบบสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย

5. การดำเนินการร่วมกับชุมชน ท้องถิ่น
6. ระบบกลไกพัฒนาองค์กรบริการสุขภาพและเครือข่ายรวมทั้งการจัดโครงสร้างบริการ และการส่งต่อ เชื่อมโยงบริการ
7. การบริหารจัดการระบบในหน่วยบริการ และบริหารจัดการระดับพื้นที่
14. สรุป รวบรวมผลการประเมินสถานการณ์ระบบย่อยทั้งหมด พร้อมกับสังเคราะห์แนวทางการพัฒนาระบบป้องกันและจัดการดูแลประชาชนในชุมชนเพื่อลดปัญหาจากเบาหวานและความดันโลหิตสูงในด้านต่างๆ
15. จัดทำแผนปฏิบัติการในการพัฒนาระบบ พร้อมกับแผนการติดตาม ประเมินผล
16. เตรียมความพร้อมของระบบ และพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดำเนินการตามความจำเป็น
17. ดำเนินการพัฒนา ตามแผนที่วางไว้ร่วมกัน
18. ติดตาม ประเมิน กระบวนการและผลการพัฒนาเป็นระยะ พร้อมกับการปรับแผนให้สอดคล้องกรณีที่มีปัญหา
19. สรุป ประเมินผลการดำเนินงาน ระยะ 6 เดือน และระยะ 1 ปี
20. ประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อนำเสนอผลการดำเนินงาน ผลการประเมิน ติดตาม และระดมความเห็นต่อบทเรียนความสำเร็จ จุดอ่อน และเงื่อนไขการพัฒนา
21. สังเคราะห์บทเรียน และข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบป้องกันและจัดการดูแลโรคเรื้อรัง และข้อเสนอแนวทางการดำเนินงานในพื้นที่อื่นๆ

### 3.2 วิธีการพัฒนา

ใช้แนวคิดการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมและการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) มีการติดตาม ประเมินผลโดยบุคคลภายใน และบุคคลภายนอก

### 3.3 พื้นที่ทดลองพัฒนา

เลือกจังหวัดแบบเจาะจง (Purposive sampling) 1 จังหวัด ที่มีความสนใจและความพร้อมในการพัฒนา เป็นพื้นที่ดำเนินการ

### 3.4 กลุ่มเป้าหมายการดำเนินงาน

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 1 จังหวัด
- โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไปในพื้นที่
- โรงพยาบาลชุมชน
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

- สถานีนอนามัย/ ศูนย์สุขภาพชุมชน/ ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลในเขตพื้นที่ตัวอย่าง
- ชุมชนในพื้นที่ตัวอย่าง
- ผู้ป่วยและผู้เสี่ยงสูงต่อภาวะเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง และครอบครัว หรือผู้ดูแล
- ผู้นำชุมชน และประชาชนในพื้นที่ตัวอย่าง

### 3.5 การพัฒนาเครื่องมือ และการประเมินสถานการณ์การป้องกันและจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงในพื้นที่ (Assessment tools)

เครื่องมือประเมินสถานการณ์การป้องกันและจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงเกิดจากการประชุมระดมสมองของผู้เชี่ยวชาญในหลายภาคส่วน ทั้งจาก ส่วนกลาง องค์กร และมหาวิทยาลัย ซึ่งสามารถแยกประเภทตามรูปแบบการประเมินได้ 2 รูปแบบ คือ

- เครื่องมือประเมินอย่างมีส่วนร่วม (Co-assessment)
- เครื่องมือประเมินตนเอง (Self-assessment)

เครื่องมือประเมินสถานการณ์นั้นประกอบด้วยกันทั้งสิ้น 4 ประเด็นตามกรอบแนวคิดของโครงการ ได้แก่

1. เครื่องมือประเมินนโยบายการบริการสุขภาพ และสมรรถนะชุมชนในการป้องกันและจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง จังหวัดสกลนคร โดย แพทย์หญิงฉายศรี สุพรรณพิชัย ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค เป็นผู้รับผิดชอบ (ภาคผนวก 1)
2. เครื่องมือประเมินการบริการของสถานพยาบาลในการป้องกันและจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง จังหวัดสกลนคร โดย แพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวณิชชากร ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน เป็นผู้รับผิดชอบ (ภาคผนวก 2)
3. เครื่องมือประเมินการสนับสนุนการจัดการตนเองได้ของผู้ป่วย และกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง จังหวัดสกลนคร โดยผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นภาพร วาณิชยกุล เป็นผู้รับผิดชอบ (ภาคผนวก 3)
4. เครื่องมือประเมินผลลัพธ์การบริการของแต่ละสถานบริการที่เกี่ยวข้องในการป้องกันและจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง จังหวัดสกลนคร โดย ศาสตราจารย์แพทย์หญิงวรรณิ นิธิยานันท์ อุปนายกสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย (ภาคผนวก 4)

การพัฒนาเครื่องมือประเมินนั้น เริ่มจากการชี้แจงให้พื้นที่ได้ทราบถึงกรอบแนวคิดในการพัฒนา ตลอดจนทั้งเป้าหมายที่ต้องการให้เกิดขึ้นร่วมกัน จากนั้นจึงได้ร่วมกันพัฒนาเครื่องมือขึ้นกับพื้นที่เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วม และความเป็นเจ้าของ

เมื่อได้เครื่องมือแล้ว จึงทดลองประเมินในพื้นที่ตัวอย่าง เพื่อแก้ไขข้อบกพร่องของเครื่องมือ แล้วจึงจะได้เครื่องมือที่สามารถใช้ประเมินจริงได้

### วิธีการใช้เครื่องมือประเมินสถานการณ์

ดำเนินการโดยให้ทีมงานที่ประกอบด้วยผู้รับผิดชอบการดูแลเบาหวานและความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาล และสถานีนอามัยประชุมร่วมกันและประเมินร่วมกัน แล้วบันทึกลงในเอกสาร

#### 1. การประเมินอย่างมีส่วนร่วม (Co-assessment)

การประเมินอย่างมีส่วนร่วมโดยการสัมภาษณ์ แบ่งอำเภอต่างๆเป็น 3 ระดับ (ขนาดใหญ่ เขต Junction และ ขนาดเล็ก) และสุ่มเลือกอำเภอ มา 5 อำเภอ ได้แก่ อ.เมือง อ.สว่างแดนดิน อ.พังโคน อ.เต่างอย อ.กุดบาก โดยสัมภาษณ์ ผู้ให้บริการ อบต. และผู้ใหญ่บ้านในอำเภอนั้นๆ อีกทั้งยังสัมภาษณ์ รองผู้ว่าราชการจังหวัดสกลนคร นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และผู้เกี่ยวข้องอื่นๆในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

#### 2. การประเมินตนเอง (Self-assessment)

การประเมินตนเองนั้นทำได้เมื่อผู้ประเมินได้เข้าใจถึงแนวคิดในการพัฒนา และมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันและ โดยผู้ประเมินจะจัดประชุมขึ้นในพื้นที่ หรืออำเภอของตน และทำการประเมินร่วมกัน โดยในระหว่างการประเมิน จะมีการแลกเปลี่ยนข้อเสนอแนะ ซึ่งนั่นจะทำให้เกิดการเรียนรู้ขึ้นจากการประเมิน

โครงการได้จัดการประเมินขึ้นทั้ง 18 อำเภอ ในจังหวัดสกลนคร เพื่อให้สามารถทราบถึงภาพรวมทั้งจังหวัดได้อย่างแท้จริง

### 3.6 การพัฒนาผลการประเมินสถานการณ์สู่การพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ในการป้องกันและจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง

เมื่อได้ทราบถึงผลการประเมินสถานการณ์ในการป้องกันและจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงแล้ว จากนั้นจะมีการคืนกลับข้อมูลผลการวิจัยดังกล่าวสู่พื้นที่ เพื่อให้พื้นที่รับรู้ถึงสถานการณ์ของตนเอง พร้อมกับการชี้เป้าการพัฒนาในแต่ละประเด็น โดยเมื่อพื้นที่ได้รับทราบถึงสถานการณ์การป้องกันและจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ดังกล่าวแล้ว จึงมีการระดมสมองของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ของตน และพัฒนายุทธศาสตร์เพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนา จากผลการประเมินต่อไป

## บทที่ 4: ผลการศึกษา

### 4.1 ผลการเลือกพื้นที่ทดลองพัฒนา

จากผลการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในพื้นที่ 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดลำปาง สกลนคร สิงห์บุรี อ่างทอง และสุราษฎร์ธานี: ได้มีการนำเสนอผลงานการป้องกันและจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่ได้ดำเนินการใน 5 จังหวัด ทำให้ทราบถึงศักยภาพของการป้องกันและจัดการโรคฯ ของแต่ละพื้นที่เพื่อพิจารณาเลือกพื้นที่ที่เหมาะสม ซึ่งที่ประชุมได้เลือกจังหวัดสกลนครพื้นที่ต้นแบบ เนื่องจากเป็นจังหวัดที่มีศักยภาพในการพัฒนา โดยมีโครงการที่ได้ดำเนินการแล้วมากมาย เช่น

1. การทำงานด้านการป้องกันและจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงอย่างเป็นรูปธรรม
2. การประชุมติดตามการทำงานทุก 2 เดือน
3. การประชุมวิชาการ
4. การจัดอบรมการจัดการความรู้
5. การสร้างวิทยากรชุมชน 1:5 – 1: 10 ต่อจำนวนประชากร
6. การติดตามเยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง ต่อสัปดาห์
7. การอบรมเจ้าหน้าที่เป็น Diabetes Educator ซึ่งปัจจุบันมีทั้งสิ้น 180 คน
8. การจัดค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (ในปี 2550 มีด้วยกัน 180 ค่าย)
9. นวัตกรรมในชุมชน เช่น เครื่องตรวจเท้าภูมิปัญญาชาวบ้าน เครื่องนวดฝ่าเท้า การทำรองเท้าลดการกดทับของหนังด้านตาปลา เป็นต้น

### 4.2 ผลการประเมินสถานการณ์การป้องกันและจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง

#### 4.2.1 ผลการประเมินนโยบายการบริการสุขภาพ และสมรรถนะชุมชนในการป้องกันและจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง จังหวัดสกลนคร

การประเมินนโยบายการบริการสุขภาพเพื่อเพิ่มความเข้มแข็งการป้องกันและจัดการดูแลโรคเรื้อรัง นับเป็นนวัตกรรมใหม่ของการประเมินผลอย่างมีส่วนร่วมเพื่อใช้ในการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่องโดยการปรับวิสัยทัศน์ เป้าประสงค์ เป้าหมาย กลยุทธ์ และกระบวนการดำเนินการและทำงานเพื่อลดโรคเรื้อรัง

ด้วยเหตุนี้เครื่องมือนี้จึงไม่ใช่เครื่องมือตรวจสอบมาตรฐานคุณภาพ แนวคิดพื้นฐานในการพัฒนาเครื่องมือ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ต่อไปนี้คือ

1. การบูรณาการรูปแบบการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง กรณีศึกษา เบาหวานและความดันโลหิตสูง
2. กรอบโครงสร้างการทำงานการป้องกันและจัดการดูแลโรคเรื้อรัง
3. การสร้างการป้องกันเข้าไปในระบบสุขภาพ
4. การปฏิบัติการความร่วมมือ

## 5. การสร้างความสามารถการทำงาน

โดยมุ่งเน้นการประเมินเพื่อสนับสนุนการบรรลุเป้าประสงค์การดำเนินการลดปัญหาเบาหวานและความดันโลหิตสูงของจังหวัดสกลนคร โดยมีเป้าประสงค์ ดังนี้

### 1. ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน

- ป้องกันความก้าวหน้าการดำเนินงานที่ซับซ้อน
- ลดการเข้าอยู่ในโรงพยาบาล

### 2. ลดรายใหม่

- ป้องกันความก้าวหน้าสู่การเป็นโรค
- ป้องกันการเข้าสู่กลุ่มเสี่ยงสูงที่เสี่ยงมากขึ้น

โดยมีกลุ่มเป้าหมายผู้ถูกประเมิน ได้แก่ ผู้ตัดสินใจนโยบายและผู้วางแผน รวมทั้ง ผู้รับผิดชอบหลักของกลุ่มบริการหลักที่ร่วมรับผิดชอบในการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง

## ผลการศึกษาเบื้องต้น

1. สถานการณ์เบาหวานและความดันโลหิตสูงในพื้นที่จังหวัดสกลนคร พบว่ามีภาวะเบาหวานร้อยละ 5.9 และความดันโลหิตสูงร้อยละ 6.8 โดยเปรียบเทียบกับผลการสัมภาษณ์ระดับประเทศในผู้ป่วยอายุ 15 - 74 ปี ของ BRFSS พบว่าผู้ป่วยมีภาวะเบาหวานร้อยละ 3.9 และความดันโลหิตสูงร้อยละ 9.4

2. พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ พบว่าร้อยละของการทานผักและผลไม้ และการสูบบุหรี่ ของจังหวัดสกลนครมีมากกว่าระดับประเทศ ลักษณะพฤติกรรมอื่นๆ มีอัตราเช่นเดียวกัน รายละเอียดดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 เปรียบเทียบลักษณะพฤติกรรมของประชากรจังหวัดสกลนคร กับระดับประเทศ

|                                                              | ระดับประเทศ (%) | จังหวัดสกลนคร (%) |
|--------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------|
| การรับประทานผักผลไม้ (5 หน่วยมาตรฐานขึ้นไปต่อวัน)            | 22.5            | 38.7              |
| การออกกำลังกาย (กิจกรรมทางกายและการเคลื่อนไหว)               | 92.5            | 95.7              |
| การดื่มแอลกอฮอล์ (มากกว่า 2 แก้วต่อวัน)                      | 3.6             | 4.4               |
| การสูบบุหรี่                                                 | 21.5            | 23.0              |
| ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน                                       | 19.1            | 20.2              |
| ขนาดเส้นรอบเอวมากกว่า 32 นิ้ว ในเพศหญิง และ 36 นิ้ว ในเพศชาย | 21.1            | 20.9              |

3. สถานการณ์ป่วย จากสาเหตุการตายและป่วยจากโรคและภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่า อัตราผู้ป่วยใน 546.4 ต่อแสนประชากร คิดเป็นปัญหา 1 ใน 10 อันดับแรก

4. สถานการณ์ปัจจัยกำหนดทางสังคมต่อสุขภาพ ที่ได้จากการสัมภาษณ์พบว่า ความปลอดภัยทางด้านอาหาร เช่น ผัก ผลไม้ และความหลากหลายของพืชผัก สมุนไพรลดลง สถานะแนวโน้มทางเศรษฐกิจที่ดีขึ้น ทำให้มีวิถีชีวิตที่ดีขึ้น การรับประทานอาหารที่ง่ายขึ้น ความสนใจและความตระหนักต่อการบริโภค การเคลื่อนไหวที่น้อยลง และการโฆษณาที่น้อย เพราะห่วงเรื่องเศรษฐกิจ

5. การป้องกันและการจัดการดูแล พบว่า มีความชัดเจนของรูปแบบและระบบการดูแลบนพื้นฐานแนวทางเวชปฏิบัติ การบริการคัดกรอง และลดพฤติกรรมเสี่ยงรายบุคคล รวมทั้งการเชื่อมโยงระหว่างบริการแต่ละระดับภายใต้นโยบายการลดความแออัด แต่อย่างไรก็ตาม แต่ยังคงขาดความแน่นหนักของการลดปัจจัยเสี่ยงร่วม ได้แก่ การลดการบริโภคยาสูบและแอลกอฮอล์ในผู้เป็นโรค และยังขาดการเชื่อมโยงกับการป้องกันในประชากรทั่วไปโดยการสนับสนุนผ่านทางบริการข้อมูลข่าวสารและเสริมทักษะชุมชนยังจำกัด และทำให้มีประสิทธิผลในส่วนของกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ในการลดปัจจัยเสี่ยงร่วม เช่น ภาวะน้ำหนักเกิน การบริโภคผักผลไม้ไม่พอเพียง การบริโภคยาสูบและแอลกอฮอล์ รวมทั้งรูปแบบแนวทางการจัดการลดอัตราการป่วยในสถานพยาบาลของผู้ป่วยเบาหวาน และการบริการสนับสนุนผู้ป่วยและผู้เลี้ยงให้สามารถบริหารจัดการตนเองได้

6. โครงสร้างภายในและความสามารถทางด้านสาธารณสุข พบว่ามีศักยภาพสูงในการประสานและการวางแผนนโยบายและน่านโยบายสู่การปฏิบัติเพื่อการแก้ปัญหาที่เห็นอยู่ การพัฒนานุเคราะห์อย่างเป็นระบบเพื่อการบริการรูปแบบใหม่ตามนโยบาย ส่วนการเชื่อมโยงทั้งภายในและภายนอกองค์กรเพื่อบูรณาการการป้องกัน เชิงรุกในประชากรยังจำเป็นต้องพัฒนา เช่น วิสัยทัศน์ เป้าประสงค์ กลยุทธ์ร่วมระหว่างเครือข่าย เพื่อบูรณาการระหว่างเครือข่ายทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ความสามารถในการวิเคราะห์สาเหตุและการสร้างโครงการที่สอดคล้องกับปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกำหนดร่วมของพื้นที่ ระบบการเชื่อมโยงข้อมูลข่าวสารและร่วมใช้ระหว่างเครือข่าย กระบวนการสื่อสารและเรียนรู้ของชุมชนยังไม่เพียงพอแม้ว่าจะมีความเข้มแข็งของเครือข่ายการจัดการความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอยู่ และในท้ายสุดยังต้องเพิ่มสมรรถนะในการใช้ข้อมูลระดับชาติในการจัดบริการสาธารณสุข รวมทั้งการกำกับติดตามประเมินผล

7. โครงสร้างภายในของการบริการปฐมภูมิมีความเข้มแข็งในกลไกการจัดการเข้าถึงและการดูแลรายบุคคลของผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยง จากผลของการพัฒนานโยบาย 5 เลือ และนโยบายรวมงาน รวมคน รวมเงิน อย่างไรก็ตามยังขาดการเชื่อมโยงระหว่างภาคสังคมและชุมชนในมิติการลดปัจจัยเสี่ยงร่วมอื่นๆ เช่น ผักผลไม้ปลอดภัย ลดเค็ม ฉลากโภชนาการ และกระบวนการเรียนรู้และเสริมทักษะให้เกิดการจัดการตนเองในเรื่องการกินการอยู่อย่างพอเพียง ปลอดภัย และไม่เสี่ยง เป็นต้น สำหรับการพัฒนาศักยภาพมนุษย์และบุคลากร รวมทั้งสิ่งกระตุ้นให้เกิดการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพโดยเฉพาะผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงมีความชัดเจนและเป็นระบบแต่ยังขาดมิติ ที่กล่าวมาแล้ว

#### ประเด็นนโยบายการบริการสุขภาพ และสมรรถนะชุมชน

- โครงสร้างภายในระดับชุมชนซึ่งเป็นสถานที่จำเป็นที่การดูแลป้องกันและจัดการโรคจะต้องเกิดขึ้นยังไม่เพียงพอและขาดความยั่งยืน
- ประเด็นการให้การศึกษาต่อผู้บริหารวิชาชีพทั้งด้านสาธารณสุขและการดูแลปฐมภูมิที่ไม่ได้รับการฝึกอบรมด้านการวางแผนและการดูแลต่อเนื่องในการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรังมาก่อน โดยเฉพาะการให้เกิดผลลัพธ์การบริการที่จำเป็นใหม่ๆ เช่น การป้องกันในบริการการรักษาโดยการลดปัจจัยเสี่ยงร่วม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยการส่งเสริมสนับสนุนนโยบายสาธารณะที่จำเป็นในชุมชน

#### **4.2.2 ผลการประเมินการบริการของสถานพยาบาลในการป้องกันและจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง จังหวัดสกลนคร**

##### 4.2.2.1 การออกแบบระบบบริการ

ในด้านการออกแบบระบบบริการนั้น หมายถึง การที่สถานพยาบาลรู้สถานการณ์การเป็นโรคเรื้อรังรวมทั้งภาวะเสี่ยงที่เกี่ยวข้องของประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ มีการประเมินศักยภาพและความพร้อมของสถานพยาบาลในการจัดบริการด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง แล้วนำมาสู่การวางแผนการดำเนินงาน การกำหนดเป้าหมายงานที่ต้องการให้บรรลุในแต่ละช่วงเวลา รวมทั้ง การเตรียมความพร้อมระบบ การจัดการระบบ (ทั้งด้านทรัพยากรบุคคล ทีมงาน วิธีจัดบริการ วิชาการ และงบประมาณ) เพื่อให้สามารถดำเนินการได้สอดคล้องกับสถานการณ์และเป้าหมายการดำเนินงาน

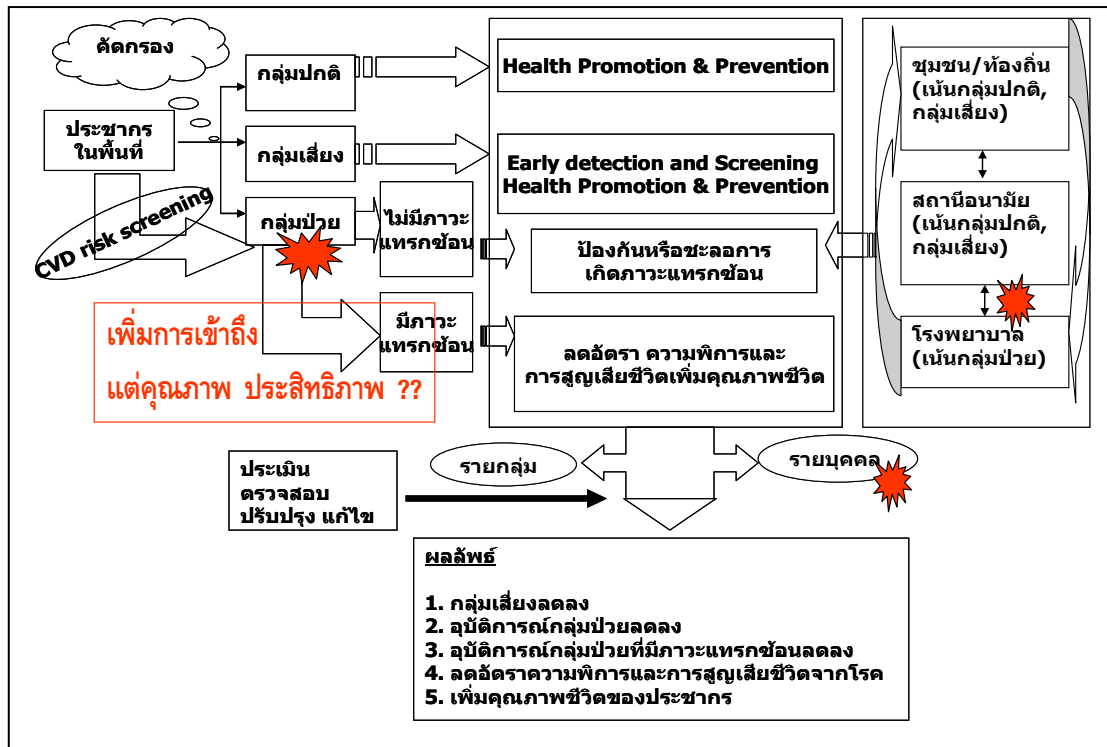
จากการประเมินใช้กรอบระบบการจัดการโรคเรื้อรัง (ภาพที่ 1) พบน้ำหนักของการดำเนินงานของสถานพยาบาลในทุกอำเภออยู่ที่การจัดการกลุ่มป่วยเป็นรายบุคคล และเน้นที่การจัดการเรื่องการให้ยาและการตรวจ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน มีบางอำเภอที่มีการเริ่มจัดบริการกับกลุ่มเสี่ยง แต่กิจกรรมดำเนินการไม่มากพอที่จะเกิดประสิทธิผล ตัวอย่าง เช่นมีกิจกรรมเพื่อให้ความรู้เพียง 1-2 ครั้ง ในด้านการจัดบริการมีทั้งในระดับโรงพยาบาลและสถานีอนามัย แต่น้ำหนักการบริการจะอยู่ที่โรงพยาบาลมากกว่า สถานีอนามัยเน้นการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการไม่มาก และไม่มีภาวะแทรกซ้อน และเน้นการคัดกรองประชากรเป้าหมายเพื่อค้นหาผู้ป่วย

ในส่วนของการดูแลกลุ่มป่วย ทุกอำเภอมีความพยายามในการจัดบริการที่รุกเข้าไปในชุมชนมากขึ้น รวมทั้งการจัดบริการให้แก่ผู้ป่วยเป็นกลุ่มตามพื้นที่พักอาศัย เพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้บริการอย่างทั่วถึง และต่อเนื่องมากขึ้น ในด้านการให้ความรู้แก่กลุ่มป่วยมีบางแห่งได้มีการจัดรวมเป็นกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มที่เป็นใหม่ หรือกลุ่มควบคุมภาวะโรคไม่ได้ดี แต่กลุ่มอื่นๆ มักจะไม่มีการดำเนินการพิเศษเพิ่มเติม การออกแบบ



บริการยังเน้นที่ตรวจและควบคุมระดับทางคลินิกมากกว่าการจัดการเพื่อป้องกันหรือลดความเสี่ยงของผู้ป่วย

ภาพที่ 4.1 กรอบการจัดระบบเพื่อการจัดการโรคเรื้อรัง



ในด้านการกำหนดเป้าหมายของระบบบริการ มิได้กำหนดเป็นการเฉพาะชัดเจน มักเป็นเป้าหมายในด้านการคัดกรอง ที่กำหนดจากกระทรวงสาธารณสุข แต่เป้าหมายการป้องกัน หรือ การดูแลที่มีคุณภาพ มิได้ระบุ การทบทวนระบบ หรือการออกแบบระบบจัดการเบาหวานจึงไม่ชัดเจน มักเป็นวิธีการดำเนินงานตามความถนัดของผู้ให้บริการ และตามนโยบายที่กำหนดจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ในด้านการคัดกรองประชากรเป้าหมาย มักจะเน้นที่การคัดกรองได้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายให้ได้มากที่สุด แต่การออกแบบเพื่อการดูแลหลังคัดกรองไม่ชัดเจน มักเน้นค้นหาผู้เข้าเกณฑ์เป็นคนป่วยแล้วส่งต่อการรักษาต่อที่โรงพยาบาล

การดำเนินการเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงในกลุ่มประชากรทั่วไปไม่ชัดเจน แม้จะมีการณรงค์ออกกำลังกาย ลดพุงบ้าง ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข แต่มิได้ออกแบบงานที่เชื่อมโยงกับการป้องกันความเสี่ยงในการเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ชัดเจน ต่างดำเนินงานคนละส่วนมิได้มีการบูรณาการร่วมกัน

ภาพที่ 4.2 ลักษณะของขอบเขตเป้าหมายของระบบในการจัดการโรคเรื้อรัง

| หัวข้อ                                                                                           | ขอบเขตของเป้าหมายของระบบ                                                              |                                                                                                           |                                                                                                 |                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                  | การดูแลควบคุมทางคลินิก เพื่อให้ระดับน้ำตาล และความดันโลหิตปกติ (clinic)<br><b>(1)</b> | การควบคุม ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นทั้งในส่วนไต ตา หัวใจ เท้า (tertiary prevention)<br><b>(2)</b> | การควบคุมภาวะเสี่ยงที่จะทำให้เกิดความผิดปกติในกลุ่มผู้ป่วย (secondary prevention)<br><b>(3)</b> | การควบคุมภาวะเสี่ยงในกลุ่มที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไป (primary prevention)<br><b>(4)</b> |
| การออกแบบระบบบริการ (Delivery system design)                                                     |                                                                                       |                                                                                                           |                                                                                                 |                                                                                                 |
| ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support)                                                       |                                                                                       |                                                                                                           |                                                                                                 |                                                                                                 |
| การจัดระบบข้อมูล (Clinical information system (CIS))<br>บุคคล<br>ข้อมูลที่เกี่ยวข้องด้านครอบครัว |                                                                                       |                                                                                                           |                                                                                                 |                                                                                                 |
| การสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self management support)<br>เชื่อมโยงครอบครัว                         |                                                                                       |                                                                                                           |                                                                                                 |                                                                                                 |
| การเชื่อมโยงกับชุมชน (Community linkage)                                                         |                                                                                       |                                                                                                           |                                                                                                 |                                                                                                 |

### ระบบข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจ

หากแบ่งลักษณะของเป้าหมายของระบบจัดการโรคเรื้อรังเป็นกลุ่ม 4 กลุ่ม (ภาพที่ 4.2) ซึ่งใช้แนวทางที่สถานพยาบาลดำเนินการอยู่ในปัจจุบันร่วมกับระดับเป้าหมายของระบบที่พึงประสงค์ และจากการประเมินระบบของสถานพยาบาลในสกลนคร พบว่าสถานพยาบาลดำเนินการออกแบบระบบบริการโดยเน้นที่เป้าเรื่องการควบคุมระดับทางคลินิก และการตรวจทางการแพทย์เพื่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเป็นส่วนใหญ่ การดำเนินการในระดับ (3) และ (4) ยังดำเนินการน้อย

ในด้านรายละเอียดย่อยของการจัดระบบบริการ อันประกอบด้วย ประเด็นต่างๆ ต่อไปนี้

- ยังไม่มีการประเมินเรื่องนี้อย่างทั่วถึงชัดเจน
- บทบาท และลักษณะของผู้ให้บริการ (แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สหวิชาชีพ) ผู้จัดการ และทีมงาน
- การไหลเวียนบริการ
- การให้เวลาบริการ ในคลินิกที่ประเด็นต่างๆ
- กระบวนการ pt-provider relationship
- การให้ข้อมูล และแรงหนุนที่ตรงประเด็น

- การให้เวลา โอกาสการตัดสินใจร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว
- เสริมทักษะการจัดการตนเอง
- การจัดข้อมูลเพื่อประกอบการดูแลรายบุคคล (case mgt) และรายกลุ่ม (gr.mgt)
- การมีระบบเตือนผู้ให้บริการ ผู้ป่วย
- การทบทวน ประเมิน

#### 4.2.2.2 ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ

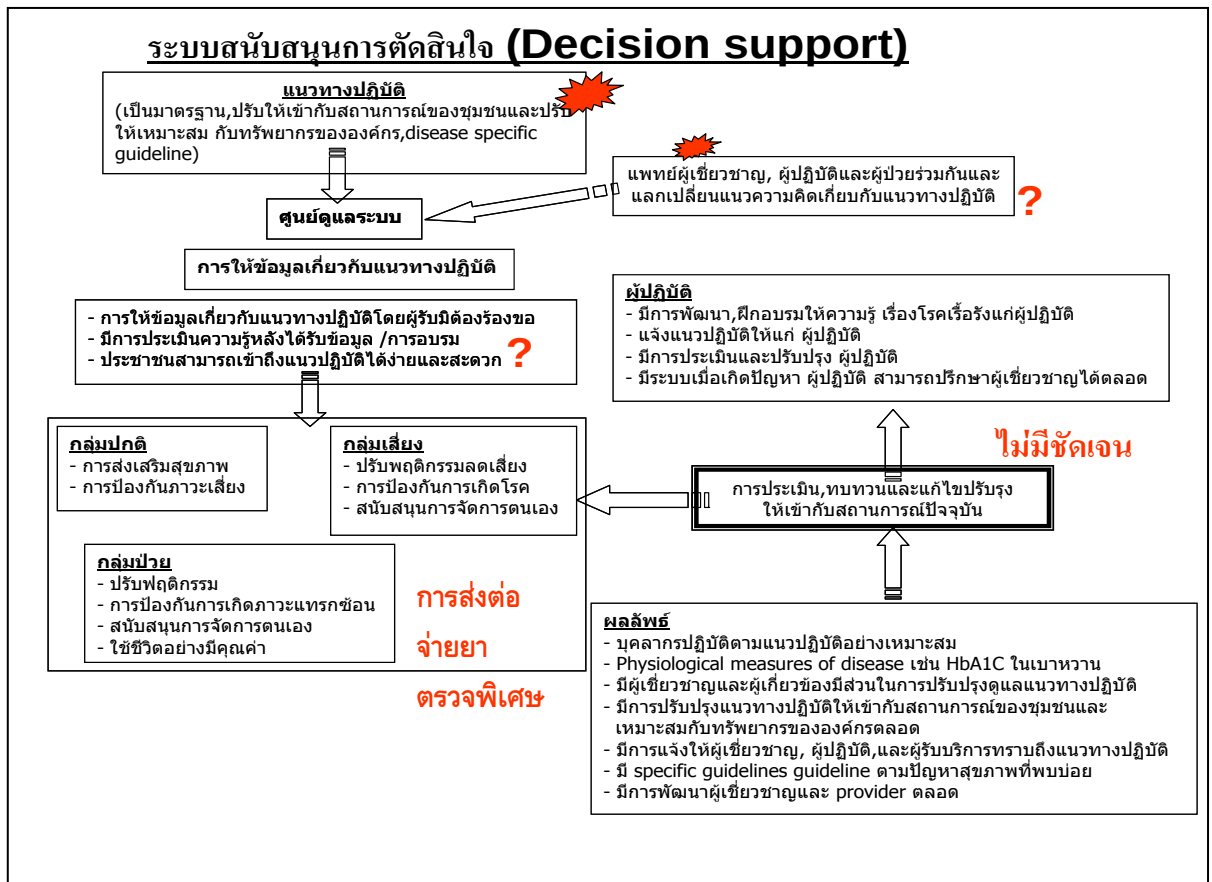
ระบบสนับสนุนการตัดสินใจที่สนับสนุนการบริการดูแลโรคเรื้อรังที่ดีนั้นจะต้องมีพื้นฐานอ้างอิงทางวิทยาศาสตร์ ร่วมกับผู้ป่วยจะต้องมีความชอบในระบบสนับสนุนการตัดสินใจนั้นด้วย และมีการปรับให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหา สถานการณ์บุคลากร และทรัพยากรในพื้นที่ นอกจากนี้ระบบสนับสนุนการตัดสินใจไม่ใช่แนวทางปฏิบัติ (guideline) เท่านั้น แต่เป็นข้อมูลที่สามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง รวมถึงมีสิทธิในการตัดสินใจในการให้บริการรวมถึงมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา รวมทั้งการพัฒนาบุคลากร

โดยสรุประบบสนับสนุนการตัดสินใจควรประกอบด้วย

- นำแนวทางเวชปฏิบัติที่มีพื้นฐานอ้างอิงที่น่าเชื่อถือนำมาใช้ในบริการทุกวัน
- มีการประสานกันระหว่างผู้เชี่ยวชาญและเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ
- มีการสื่อสารข้อมูลแนวปฏิบัติอย่างทั่วถึง
- มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทั้งด้านความรู้และ ทักษะให้สอดคล้องกับแนวปฏิบัติ
- มีการให้ข้อมูลแก่ประชาชน และผู้ป่วย
- มีการประเมินและปรับปรุงระบบสนับสนุนการตัดสินใจเป็นระยะๆ

จากการทบทวนตนเอง และการแลกเปลี่ยนกับกลุ่มผู้รับผิดชอบ พบว่า แนวปฏิบัติที่ใช้ในสถานพยาบาลส่วนใหญ่เป็นแนวปฏิบัติที่รับมาจากองค์กรภายนอก (กระทรวงสาธารณสุข สปสช. องค์กรวิชาชีพ) แล้วนำมาปรับบางส่วนให้สอดคล้องกับพื้นที่ แนวปฏิบัติที่ใช้เป็นแนวปฏิบัติทางด้านคลินิกที่เน้นการดูแลกลุ่มผู้ป่วยเพื่อให้ควบคุมภาวะโรคให้ได้ แนวการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อติดตามสภาวะโรคและภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งแนวการส่งต่อไปยังบริการสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า แต่มีน้อยมากที่เป็นแนวปฏิบัติในด้านการให้ความรู้ หรือเสริมศักยภาพของผู้ป่วยในการจัดการตนเอง รวมทั้งยังไม่มีแนวปฏิบัติเพื่อการจัดการกับกลุ่มเสี่ยง และยังไม่มีระบบให้คำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญที่ชัดเจน ระบบการสื่อสารเพื่อให้เข้าใจแนวปฏิบัติร่วมกัน เน้นที่การจัดการส่งต่อ ไม่มีการแจ้งแนวปฏิบัติแก่ผู้ป่วยอย่างชัดเจน และไม่มีการทบทวนแนวปฏิบัติ เพื่อปรับปรุงพัฒนาต่อเนื่อง

ภาพที่ 4.3 องค์ประกอบของระบบสนับสนุนการตัดสินใจ เพื่อการจัดการโรคเรื้อรัง



#### 4.2.2.3 การจัดระบบข้อมูล

ระบบข้อมูลที่ควรจัดเก็บ ประกอบด้วย

1. ทะเบียนประชากรในชุมชนที่รับผิดชอบ ที่แยกเป็นกลุ่มป่วย กลุ่มเสี่ยง กลุ่มปกติ เพื่อวางแผนการจัดกิจกรรมดูแล ป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพ
2. ทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานที่รับบริการที่สถานพยาบาล เพื่อการติดตาม ดูแลต่อเนื่อง ได้อย่างครอบคลุมในกรณีที่เป็นโรงพยาบาลควรมีข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมดที่มาใช้บริการ แยกเป็นผู้ป่วยในเขตนอกเขต รวมทั้งผู้ป่วยที่ส่งต่อไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ และผู้ป่วยที่ไปรับบริการที่อื่น แต่ยังมีรายชื่ออยู่ในความรับผิดชอบของเรา
3. ข้อมูลรายบุคคลของผู้รับบริการ เป็นรูปแบบแฟ้มเอกสาร หรือ อยู่ในฐานคอมพิวเตอร์ เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย การป้องกันความเสี่ยง และรักษาโรคร่วม และภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน
4. ข้อมูลชุมชน ได้แก่ ลักษณะบริบททางกายภาพ สภาพเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม วิถีชีวิต และพฤติกรรมที่เป็นภาวะเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวาน ลักษณะเชื้อสายวงศ์ตระกูลของคนในชุมชน คน

ต้นแบบที่ควบคุมเบาหวานได้ดี ต้นทุนศักยภาพของชุมชน ที่เป็นส่วนการป้องกันโรค และลดภาวะเสี่ยง รวมทั้งศักยภาพในการจัดการตนเองของชุมชน เพื่อให้ประกอบการวางแผนการดำเนินงาน

5. ข้อมูลที่รวบรวมวิเคราะห์ เป็นรายงาน ควรประกอบด้วยข้อมูลที่แสดงถึง

5.1 สถานการณ์ชุมชน

- สถานการณ์ความเสี่ยงของประชากรในชุมชน
- อุบัติการณ์ผู้ป่วยใหม่
- ความชุกของผู้ป่วย

5.2 การประเมินผลบริการของสถานพยาบาล

- สถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมได้
- ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานที่รับบริการที่สถานพยาบาล
- อัตราการตายด้วยภาวะที่เกี่ยวข้องกับเบาหวาน

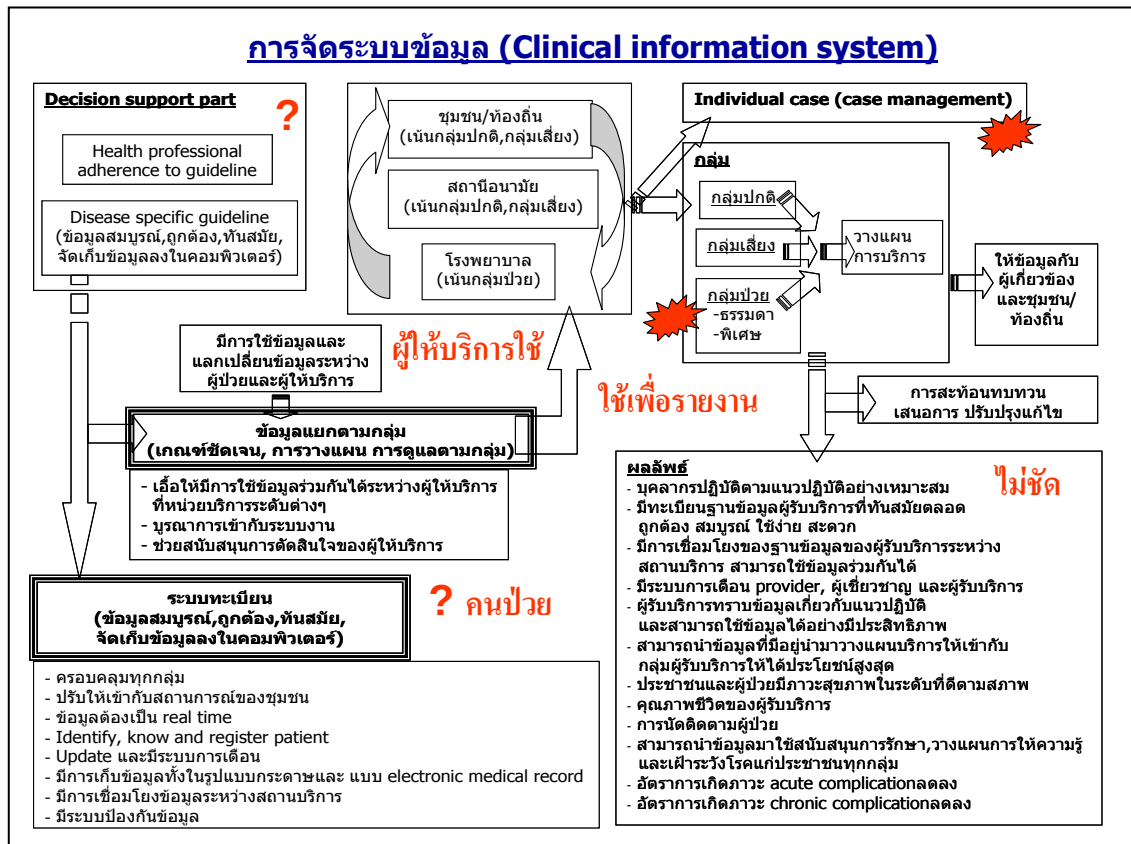
5.3 ผลลัพธ์สุขภาพระดับบุคคล

ระดับผลการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ และแนวโน้มสภาวะของโรค

การประเมินระบบของสถานพยาบาลในด้านระบบข้อมูล หมายถึง การจัดระบบข้อมูลในด้านต่างๆ ต่อไปนี้

- มีระบบทะเบียนข้อมูลประชาชนที่ครอบคลุม สมบูรณ์ ครบถ้วน ทันสมัยและจัดเก็บข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์หรือไม่ อย่างไร
- มีระบบทะเบียนที่บันทึกทั้งกลุ่มปกติ,กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย ปรับให้เข้ากับบริบทของพื้นที่อย่างไร
- มีการแลกเปลี่ยนและใช้ข้อมูลระหว่างผู้เชี่ยวชาญ,ผู้ให้บริการ และผู้ป่วยหรือไม่ อย่างไร
- มีการให้ข้อมูลกับผู้ป่วย ผู้เกี่ยวข้องและชุมชนหรือไม่ อย่างไร
- สามารถนำข้อมูลที่มีอยู่มาใช้ในการวางแผนการดูแลหรือไม่ อย่างไร
- ระบบเตือนผู้ให้บริการและมีระบบการเตือนผู้ป่วยในการดูแลตามแผน (Reminders to providers) หรือไม่ รวมทั้งระบบนัดติดตามผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพอย่างไร
- มีการสะท้อน ทบทวน เสนอการแก้ไข (feedback) ข้อมูลให้ทันสมัยและเข้าสถานการณ์ของพื้นที่หรือไม่ อย่างไร
- มีการเชื่อมโยงฐานข้อมูลของผู้รับบริการระหว่างสถานบริการ สามารถใช้ข้อมูลร่วมกันได้หรือไม่
- ผู้รับบริการทราบข้อมูลเกี่ยวกับแนวปฏิบัติและสามารถใช้ข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ อย่างไร

ภาพที่ 4.4



จากการประเมินตนเอง โดยผู้เกี่ยวข้องร่วมกับการพูดคุยกลุ่ม พบว่า ระบบข้อมูลที่มีการดำเนินการในทุกสถานพยาบาล คือ การจัดการข้อมูลในกลุ่มที่มีการคัดกรอง ข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคล และข้อมูลที่ต้องรายงานส่งกระทรวงสาธารณสุข หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่สถานพยาบาลเป็นรายคน แต่การรวบรวมข้อมูลรายบุคคลมาเป็นกลุ่มผู้ป่วย หรือกลุ่มเสี่ยงนั้น มีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่บางแห่งดำเนินการจัดเก็บในคอมพิวเตอร์ บางแห่งไม่มีการรวบรวม ทะเบียนข้อมูลที่มีส่วนใหญ่อิงข้อมูลผู้ป่วย ซึ่งบางแห่งเป็นฐานผู้ป่วยทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบทั้งที่รักษาที่สถานพยาบาลแห่งนั้นหรือรักษาที่อื่น แต่บางแห่งมีเฉพาะฐานข้อมูลผู้ที่รักษาที่สถานพยาบาลนั้นๆ ส่วนข้อมูลกลุ่มเสี่ยงมักถูกจัดเก็บเป็นปีๆ ไม่มีความต่อเนื่องกัน ส่วนฐานข้อมูลความเสี่ยงของประชากรทั่วไป ไม่มีทั้งหมด ข้อมูลทั้งหมดอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ให้บริการ การให้ข้อมูลแก่ประชาชนอย่างชัดเจนต่อเนื่องมี น้อย

ในด้านข้อมูลเพื่อการเตือนนั้น ทุกแห่งมีการนัดหมายให้ผู้ป่วยมารับบริการ และมีการติดตามหากผู้ป่วยไม่มาตามนัด ยังไม่มีการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างสถานพยาบาล

การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างสถานพยาบาลมีน้อย และมักเป็นการส่งต่อเป็นครั้งๆ มิใช่การเชื่อมโยงข้อมูลอย่างเป็นระบบ ยังไม่อาจใช้ข้อมูลร่วมกันได้

ข้อมูลที่มีส่วนใหญเป็นข้อมูลเพื่อการรายงานมากกว่าการนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนการดูแลหรือวางแผนการจัดบริการ และเป็นข้อมูลที่จัดเก็บส่วนใหญเพื่อผู้ให้บริการใช้มากกว่าการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมใช้ได้

ข้อมูลด้านผลลัพธ์สุขภาพของผู้ป่วยมักจะมีน้อยเช่นกัน

#### 4.2.2.4 การเชื่อมโยงกับชุมชน

การเชื่อมโยงระหว่างชุมชนและสถานบริการทางด้านสุขภาพ นั้นมีบทบาทสำคัญในการจัดการปัญหาโรคเรื้อรัง ซึ่งสิ่งที่จะต้องคิดถึงเมื่อจะทำการเชื่อมโยงกับชุมชนนั้นจะต้องคิดถึงหัวข้อเหล่านี้

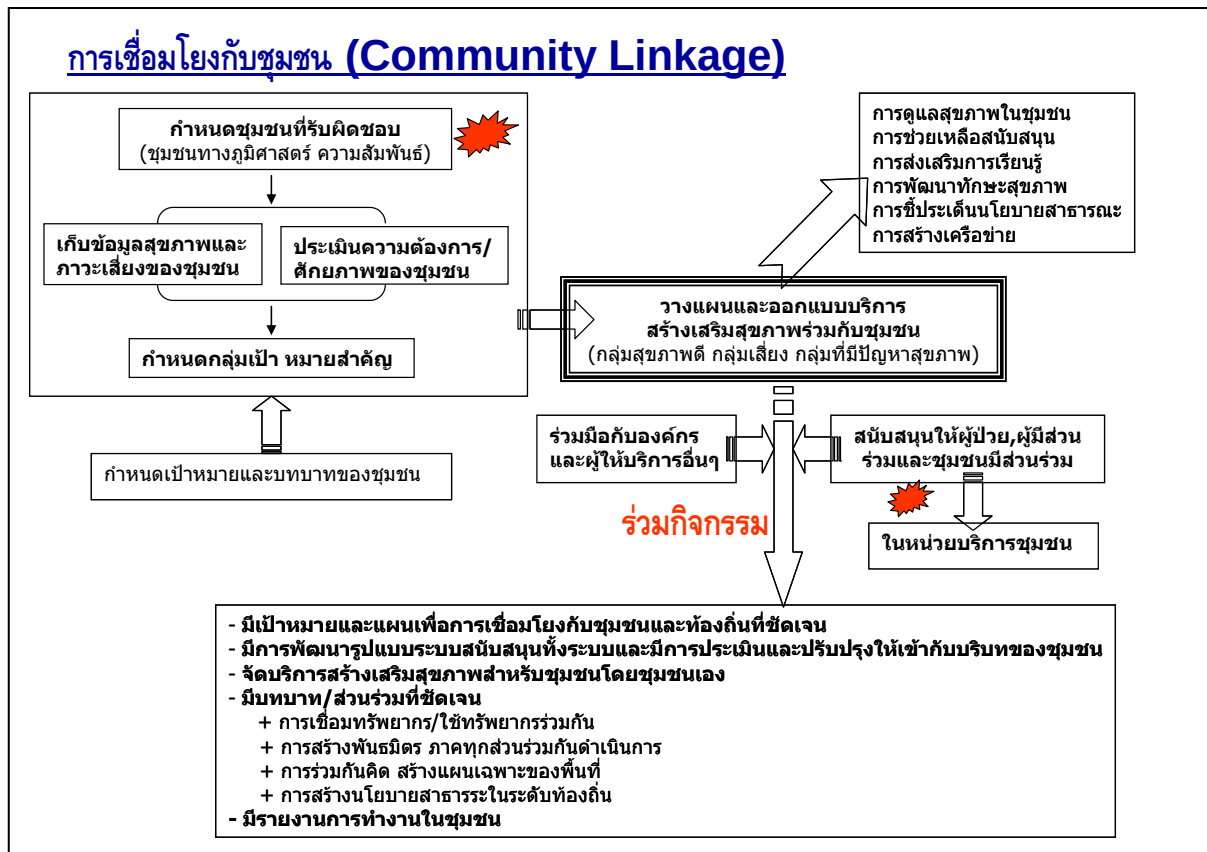
1. กำหนดชุมชนที่รับผิดชอบ
2. ศึกษาบริบทของชุมชนเพื่อนำมาใช้ในการออกแบบวางแผนบริการ
3. เก็บข้อมูลสุขภาพของชุมชน
4. ตั้งเป้าหมาย วางแผน ออกแบบบริการร่วมกับชุมชน และร่วมใช้ทรัพยากรจากชุมชน
5. กระตุ้นประชากรและชุมชนให้มีส่วนร่วมในการจัดบริการ
6. สร้างชุมชนให้เป็นภาคีร่วมในการจัดระบบดูแลและจัดการสุขภาพ
7. สร้างให้ชุมชนมีความตระหนักในเรื่องการจัดการสุขภาพของตนเอง
8. มีการพัฒนาบริการให้เข้าถึงชุมชน
9. มีการร่วมมือกับองค์กรและผู้ให้บริการอื่นๆ

ในการประเมินระบบบริการสุขภาพ จึงหมายถึง การประเมินว่ามีการดำเนินการในประเด็นดังต่อไปนี้หรือไม่ อย่างไร

- 1) การกำหนดเป้าหมายและวางแผนเพื่อการเชื่อมโยงกับชุมชนและท้องถิ่นที่ชัดเจน
- 2) การดำเนินการศึกษาบริบทและข้อมูลสุขภาพของชุมชน เพื่อนำมาใช้ในการออกแบบบริการ
- 3) การพัฒนาศักยภาพชุมชนโดยมีการสนับสนุนชุมชนให้เกิดความเข้มแข็ง กล่าวคือชุมชนย่อมมีศักยภาพที่จะโน้มน้าวเหนี่ยวนำให้กลุ่มคนในชุมชนตระหนักว่าการดูแลสุขภาพให้ได้ดีต้องอาศัยความร่วมมือกันของประชาชนในชุมชน โดยมีบุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้ส่งเสริมสนับสนุน
- 4) การสนับสนุนชุมชนให้สร้างสภาพแวดล้อมของชุมชนและวิถีชีวิตให้เหมาะสมเกิดสุขภาพที่ดี ป้องกันการเกิดโรคเรื้อรัง เช่น รมวรงค์การเลิกดื่มสุรา งดหวานในกลุ่มเด็ก รมวรงค์การออกกำลังกาย เป็นต้น
- 5) การวางแผนและออกแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับชุมชน(กลุ่มสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยง กลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพ)
- 6) การสนับสนุนให้ผู้ป่วย ผู้มีส่วนร่วม และชุมชน มีส่วนร่วมในการดำเนินงานแต่ละด้าน

- 7) การพัฒนาบุคลากร (อสม.,ประชาชน) เพื่อมาช่วยงาน
- 8) การร่วมมือกับองค์กรและผู้ให้บริการอื่นๆ เช่น มีการร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนในเรื่องงบประมาณ เป็นต้น
- 9) จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชนโดยชุมชนเอง

ภาพที่ 4.5



ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบันของสถานพยาบาลที่ดำเนินการด้านนี้ จากการประเมินตนเองและการพูดคุยกลุ่ม พบว่า ทุกพื้นที่ที่มีการกำหนดพื้นที่รับผิดชอบชัดเจน ส่วนใหญ่มีเป้าหมายการดำเนินการร่วมกับชุมชนแต่เป็นเป้าหมายเชิงกิจกรรมดำเนินงาน มากกว่าการให้ชุมชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบและคิดวางแผนร่วมกันที่ชัดเจน ส่วนการให้ประชาชนมีส่วนร่วมพบว่า เป็นการให้อาสาสมัครสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมการคัดกรองโรค การชวนออกกำลังกาย การจัดชมรมสร้างสุขภาพ การจัดทำค่าย และการจัดกิจกรรมต่างๆ ที่เจ้าหน้าที่เป็นผู้ริเริ่ม รวมทั้งการชักชวนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามาร่วมให้งบประมาณเพื่อการคัดกรองโรค เพื่อจัดกิจกรรมออกกำลังกาย หรือกิจกรรมบริการผู้ป่วยบางส่วน การให้อสม.และอปท.เข้ามาร่วมคิด ร่วมออกแบบการจัดบริการไม่ชัดเจน



#### 4.2.2.5 ภาพรวมทั้งหมด

จากการประเมินโดยให้น้ำหนักการดำเนินงานในแต่ละด้าน โดยระดับ 1-4 หมายความว่า การดำเนินการจากน้อยที่สุด จนถึง มากที่สุด ซึ่งผลสรุปจากการประเมินตนเองของสถานพยาบาลทั้งหมดใน สกลนคร ได้คะแนนเฉลี่ยดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 4.2 ผลสรุปจากการประเมินตนเองของสถานพยาบาลในสกลนคร

|                                                     | การดูแลควบคุมทางคลินิกเพื่อให้ระดับน้ำตาล และความดันโลหิตปกติ (clinic) | การควบคุมป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นทั้งในส่วนไต ตา หัวใจ เหน็บ (tertiary) | การควบคุมภาวะเสี่ยง ที่จะทำให้เกิดความผิดปกติในกลุ่มผู้ป่วย (secondary) | การควบคุมภาวะเสี่ยงในกลุ่มที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไป (primary) |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| ออกแบบบริการ (Delivery system design)               | 3.00                                                                   | 2.65                                                                             | 2.75                                                                    | 2.13                                                                   |
| ระบบข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support)    | 2.50                                                                   | 2.56                                                                             | 2.53                                                                    | 2.13                                                                   |
| การจัดระบบข้อมูล (Clinical information system)      | 2.47                                                                   | 2.59                                                                             | 2.44                                                                    | 2.19                                                                   |
| การสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self management support) | 2.29                                                                   | 2.18                                                                             | 2.13                                                                    | 2.06                                                                   |
| การเชื่อมโยงชุมชน (Community linkage)               | 2.06                                                                   | 2.12                                                                             | 2.00                                                                    | 2.19                                                                   |

หมายเหตุ - 4 หมายถึง มีการดำเนินการมากที่สุด  
3 หมายถึง มีการดำเนินการมาก  
2 หมายถึง มีการดำเนินการปานกลาง  
1 หมายถึง มีการดำเนินการเล็กน้อย

จากคะแนนเฉลี่ย แสดงให้เห็นว่าปัจจุบันสถานพยาบาลให้น้ำหนักการออกแบบดำเนินงานเพื่อดูแลควบคุมทางคลินิกมากที่สุด และส่วนที่ต่ำที่สุดคือการควบคุมภาวะเสี่ยงในกลุ่มประชากรทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง (Primary) รองลงมาคือการควบคุมภาวะเสี่ยงที่จะทำให้เกิดความผิดปกติ (secondary) และการควบคุมภาวะแทรกซ้อน (tertiary)

ในด้านการเชื่อมโยงกับชุมชนมีการดำเนินการน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับองค์ประกอบอื่นๆ

## แผนยุทธศาสตร์การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง) ปี 2553 - 2557 จังหวัดสกลนคร

### 1. พันธกิจ (mission)

1. พัฒนาเครือข่ายในการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการกำหนดนโยบายและสร้างความร่วมมือในการบริหารจัดการในการลดความเสี่ยงและลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีเป้าหมายและยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน
2. พัฒนาระบบในการให้บริการดูแลประชาชน กลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยที่มีคุณภาพเพื่อลดความรุนแรงของการดำเนินโรค
3. จัดการสิ่งแวดล้อมและชุมชนให้เอื้อในการที่จะสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การสร้างภูมิคุ้มกันทางชุมชนลดโอกาสเสี่ยง (determinant) ปกป้องประชาชนจากปัจจัยเสี่ยงเฉพาะ เพื่อป้องกันควบคุมโรคที่จำเป็น

### 2. วิสัยทัศน์ (vision)

จังหวัดสกลนครมีเครือข่ายในการดูแลเฝ้าระวังภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพ และมีระบบการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ ส่งผลให้ประชาชนเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังลดลง

### 3. ภาคิหุ้นส่วนที่เกี่ยวข้อง (Boundary Partners : BP)

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร
2. ศาลากลางจังหวัดสกลนคร
3. องค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร
4. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับในเขตจังหวัดสกลนคร
5. สื่อมวลชนทุกแขนงในจังหวัดสกลนคร
6. เครือข่ายการสนับสนุนจากส่วนกลาง
7. ศูนย์อนามัยที่ 7 กรมการแพทย์

8. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี กรมควบคุมโรค
9. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
10. สถานศึกษาทุกระดับในกระทรวงศึกษาธิการ ได้แก่ ครู นักเรียน ผู้ประกอบอาหาร ผู้ปกครอง

ศูนย์เด็กเล็ก ชมรมรักฟัน

11. วัด สำนักสงฆ์
12. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

#### 4. ผลลัพธ์ที่ท้าทาย (Outcome Challenges : OC)

1. ประชาชนในจังหวัดสกลนครมีอัตราการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังลดลง
2. จังหวัดสกลนครสามารถลด/ชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้
3. จังหวัดสกลนครมีผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายใหม่น้อยลง
4. ภาคีเครือข่ายสุขภาพในจังหวัดสกลนครได้ร่วมมือกันในการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน
5. จังหวัดสกลนครมีระบบในการให้บริการ ส่งเสริม ป้องกัน ดูแล รักษาและส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ
6. จังหวัดสกลนครสามารถลดความแออัดในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลได้

#### 5. เป้าหมายที่คาดว่าจะเกิดขึ้น (Progress Markers : PM)

##### 5.1 เป้าหมายหรือตัวชี้วัดระยะสั้น (ทุก 1 ปี)

- 5.1.1 จังหวัดและอำเภอมีนโยบายและแผนงานโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 100
- 5.1.2 จังหวัดและอำเภอมีคณะกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรัง จากหน่วยงานทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและประชุมอย่างน้อย ทุก 3 เดือน
- 5.1.3 จังหวัด อำเภอและตำบล มีการนำสถานการณ์ในพื้นที่มาสื่อสารเตือนภัยในชุมชนทางช่องทางต่างๆ เช่น เสียงตามสาย วิทยุ หนังสือพิมพ์ เป็นต้น ทุก 1 เดือน
- 5.1.4 ทุกตำบลดำเนินการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือดและโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป

ตามเกณฑ์มาตรฐาน อย่างน้อยร้อยละ 80 ภายในไตรมาสแรกของแต่ละปี

- 5.1.5 ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต และผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคอัมพฤกษ์ อัมพาตทั้งรายเก่าและ

รายใหม่ทุกคน ได้รับการส่งเสริมทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ลดเกลือ/หวาน/มัน ลดภาวะน้ำหนักเกิน เพิ่มผักผลไม้ เพิ่มออกกำลังกาย ลดสุรา ลดการสูบบุหรี่ เป็นต้น อย่างน้อยร้อยละ 80

5.1.6 ทุกตำบลมีทะเบียนและติดตามเพื่อลดเสี่ยงในประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงปานกลางต่อโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงควรได้รับการติดตามผลเลือด ( FPG) / ค่าความดันโลหิต ใน 6 เดือน หลังจากได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร้อยละ 50 และพบว่าระดับ FPG < 100 mg% และระดับความดันโลหิต < 130/80 mmHg อย่างน้อยร้อยละ 50

5.1.7 ทุกสถานบริการมีระบบฐานข้อมูลของประชาชน กลุ่มเสี่ยง และผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ทั้งแบบกระดาษและข้อมูลทางคอมพิวเตอร์ ครอบคลุมประชาชนร้อยละ 90

5.1.8 ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการถ่ายภาพจอประสาทตาเพื่อเฝ้าระวังภาวะเบาหวานขึ้นตา อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ร้อยละ 90

5.1.9 ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจ HbA<sub>1c</sub> อย่างน้อย 1 ครั้งในรอบปี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50

5.1.10 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันได้รับยาต้านเกล็ดเลือดหรือยาละลายลิ่มเลือด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

5.1.11 ทุกตำบลมีรูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมความเสี่ยงในชุมชน มีการวิเคราะห์ชุมชน การจัดทำแผนงาน การดำเนินงานป้องกันควบคุมความเสี่ยงในชุมชน มีการกำกับ ติดตาม ประเมินผลมีการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อในชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 ชุมชนในแต่ละปี ร้อยละ 100

## 5.2 เป้าหมายหรือตัวชี้วัดระยะกลาง (2 - 5 ปี)

5.2.1 กระบวนการคัดกรองประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานอย่างน้อยร้อยละ 80 ภายในไตรมาสแรกของปี

5.2.2 ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต และผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคอัมพฤกษ์ อัมพาตทั้งรายเก่าและรายใหม่ทุกคน ได้รับการส่งเสริมทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ลดเกลือ/หวาน/มัน ลดภาวะน้ำหนักเกิน เพิ่มผักผลไม้ เพิ่มออกกำลังกาย ลดสุรา ลดการสูบบุหรี่ เป็นต้น อย่างน้อยร้อยละ 80

5.2.3 ทุกตำบลมีทะเบียนและติดตามเพื่อลดเสี่ยงในประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงปานกลางต่อโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงควรได้รับการติดตามผลเลือด ( FPG) / ค่าความดันโลหิต ใน 6 เดือน หลังจากได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร้อยละ 50 และพบว่าระดับ FPG < 100 mg% และระดับความดันโลหิต < 130/80 mmHg อย่างน้อยร้อยละ 50

5.2.4 ทุกสถานบริการมีระบบฐานข้อมูลของประชาชน กลุ่มเสี่ยง และผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ทั้งแบบกระดาษและข้อมูล

ทางคอมพิวเตอร์ ครอบคลุมประชาชนร้อยละ 90

5.2.5 อัตราความชุกโรคเบาหวาน ไม่เกินระดับประเทศ

5.2.6 อัตราความชุกโรคความดันโลหิตสูง ไม่เกินระดับประเทศ

5.2.7 อัตราการตัดขา/ตัดนิ้ว/ตัดอวัยวะจากภาวะเบาหวานลดลงจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ 50

5.2.8 อัตราตาบอดจากเบาหวานลดลงจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ 50

5.2.9 อัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองลดลงจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ 10

5.2.10 อัตราการเกิดโรคหัวใจลดลงจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ 10

5.2.11 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตลดลงจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ 50

### 5.3 เป้าหมายหรือตัวชี้วัดระยะยาว (มากกว่า 5 ปี)

5.3.1 อัตราความชุกโรคเบาหวาน ไม่เกินระดับประเทศ

5.3.2 อัตราความชุกโรคความดันโลหิตสูง ไม่เกินระดับประเทศ

5.3.3 อัตราการตัดขา/ตัดนิ้ว/ตัดอวัยวะจากภาวะเบาหวานลดลงจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ 90

5.3.4 อัตราตาบอดจากเบาหวานลดลงจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ 90

5.3.5 อัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองลดลงจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ 30

5.3.6 อัตราการเกิดโรคหัวใจลดลงจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ 30

5.3.7 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตลดลงจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ 90

### 5.4 เป้าหมายที่คาดหวัง (Expect to see)

5.4.1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพที่กว้างขวางและครอบคลุม

5.4.2 มีระบบในการให้บริการเฝ้าระวังดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ

5.4.3 ประชาชนในจังหวัดเกิดความตระหนักในการมุ่งรักษาสุขภาพให้แข็งแรง

5.4.4 ภาคีเครือข่ายสุขภาพและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลด้านสุขภาพซึ่งกันและกัน

- 5.4.5 ชุมชนมีข้อตกลงร่วมกันในการร่วมกันสร้างสุขภาพของคนในชุมชน
- 5.4.6 ประชาชนและชุมชนมีความรู้ ทักษะและการปฏิบัติเพื่อป้องกันควบคุมโรคโดยความร่วมมือของบ้าน วัด โรงเรียน
- 5.4.7 การสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ในชุมชน การประกวด อาหารสุขภาพ การออกกำลังกาย การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้
- 5.4.8 การสร้างหรือกำหนดปฏิทินชุมชนร่วมกัน
- 5.4.9 การพัฒนาระบบฐานข้อมูลที่เชื่อมโยงกันตั้งแต่ระดับตำบล อำเภอ จังหวัด เขต และประเทศ
- 5.4.10 การสะท้อนข้อมูลด้านสุขภาพกลับสู่ชุมชน
- 5.4.11 การสื่อสารและสนับสนุนด้วยข้อมูลข่าวสารที่ครอบคลุมประชาชน
- 5.4.12 การพัฒนาระบบบริการด้านหน้า (one stop service)

#### 5.5 เป้าหมายที่คาดว่าจะเกิดขึ้นได้ (Like to see)

- 5.5.1 มีการรณรงค์อย่างต่อเนื่องให้ประชาชนมีความรู้และตระหนักในการป้องกันตนเองไม่ให้เกิดโรค
- 5.5.2 ประชาชนร่วมมือกันปรับปรุงสภาพแวดล้อมในบ้านตนเองและในชุมชน
- 5.5.3 มีการจัดเวทีประชาคมเพื่อหาข้อตกลงในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนและผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
- 5.5.4 การลดผู้ป่วยรายใหม่
- 5.5.5 การลดปัจจัยเสี่ยงในประชาชนและลดแทรกซ้อนในผู้ป่วย
- 5.5.6 การลดอัตราตายและพิการในผู้ป่วย

#### 5.6 เป้าหมายที่ถือว่าประสบความสำเร็จ (Love to see)

- 5.6.1 ประชาชนเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังลดลง
- 5.6.2 ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง
- 5.6.3 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและโรงเรียนมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพของประชาชนและผู้ป่วยในชุมชน
- 5.6.4 ประชาชนสามารถปฏิบัติตนโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- 5.6.5 ภาครัฐหรือข่ายในชุมชนมีการร่วมมือร่วมใจในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

5.6.5 เกิดประชาคมหมู่บ้านในการสร้างสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

5.6.7 ประชาชนตระหนักและตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ

5.6.8 ประชาชนไม่เป็นกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงไม่ป่วยเป็นโรค กลุ่มผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน

## 6. แผนที่ยุทธศาสตร์ (Strategy Map : SM)

1. ยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านองค์ความรู้ในการป้องกัน รักษา ควบคุมและส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรและภาคีเครือข่ายสุขภาพ
2. ยุทธศาสตร์การส่งเสริมการจัดเวทีเพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและภาคีเครือข่ายสุขภาพร่วมกันแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพและร่วมกันวางแผนส่งเสริมสุขภาพของประชาชน
3. ยุทธศาสตร์การสร้างเครือข่ายในการสร้างเสริมสุขภาพให้เกิดอย่างกว้างขวาง
4. ยุทธศาสตร์การสนับสนุนกิจกรรมและวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงานเพื่อนำไปสู่การลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน
5. ยุทธศาสตร์การสร้างกระแสและการประชาสัมพันธ์ต่อเนื่องด้านข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพตามช่องทางต่างๆ เช่น หอกระจายข่าว เสียงตามสายในโรงพยาบาลและในโรงเรียน บอร์ดนิเทศการ เป็นต้น เพื่อให้ประชาชนนำไปปรับในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรค โดยการเพิ่ม 3 อ (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์)

ลด 2 ส (สุรา สูบบุหรี่)

6. ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและการวิเคราะห์ข้อมูล
7. ยุทธศาสตร์การพัฒนาการจัดการสิ่งแวดล้อมและชุมชนให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ
8. ยุทธศาสตร์การพัฒนาการจัดการความรู้ด้านโภชนาการ/อาหารที่มีคุณค่าและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในท้องถิ่น

## 7. แนวปฏิบัติงานขององค์กร (Organizational Practices : OP)

จังหวัดสกลนครได้กำหนดยุทธศาสตร์เพื่อวางแผนการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุตามพันธกิจที่กำหนดไว้ ดังต่อไปนี้

| พันธกิจ<br>(mission)                                                                                                                                                                                                    | ประเด็นยุทธศาสตร์<br>(strategy issue)                                                                 | เป้าประสงค์<br>(goal)                                                                                                                                                                                                                             | ตัวชี้วัด (Key Performance Identification) และค่าเป้าหมาย<br>(target)                                                                                                                                                                                                                                                 | กลยุทธ์<br>(strategy)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.การพัฒนาเครือข่ายในการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการกำหนดนโยบายและกลไกความร่วมมือในการบริหารจัดการในการลดความเสี่ยงและลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีเป้าหมายและยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน | 1.การพัฒนาด้านองค์ความรู้ในการป้องกันรักษา ควบคุมและส่งต่อที่มีคุณภาพของบุคลากรและภาคีเครือข่ายสุขภาพ | 1.ประชาชนมีสุขภาพดีทั้งกายและจิตใจ สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขตามวิถีชีวิตคนไทย<br>2.ประชาชนทั้งภาครัฐและเอกชนร่วมกันสร้างความเข้มแข็งในการสร้างสุขภาพเพื่อป้องกันและลดโรคไม่ติดต่อ<br>3.เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพประชาชน | 1.สกลนครมีชุมชนลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อย 1 ชุมชนต่ออำเภอ (ปี2552นำร่อง 1 ชุมชน (ณ ตำบลแร่ อำเภอพังโคน)<br>2.ผู้ป่วยรายใหม่ลดลง (ณ กรกฎาคม 2552 สกลนครมีผู้ป่วย DM จำนวน 29,707 คน ผู้ป่วย HT จำนวน 19,521 คน)<br>3.ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง (ปี2551สกลนครพบภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานมากที่สุดคือ อื่นๆ | - ส่งเสริมการแต่งตั้ง/ทบทวน/ประชุมคณะกรรมการที่มีบุคคลทั้งในและนอกหน่วยงานสาธารณสุข ทุกปีๆ ละ 1-2 ครั้ง<br>- การสร้างความร่วมมือ/ประชุม/สร้างโอกาสในการเรียนรู้ร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพสุขภาพที่กว้างขวางและครอบคลุม เช่น ผู้นำชุมชน เทศบาล อบต. ครู นักเรียน อสม. แกนนำสุขภาพ ชมรม เป็นต้น<br>- การสร้างกระแสให้ประชาชนเกิดความตระหนักในการดูแลรักษาสุขภาพให้แข็งแรง โดยรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ มีการออกกำลังกาย จัดการเรื่องอารมณ์ ลดการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ลดการสูบบุหรี่<br>- ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและภาคีเครือข่ายสุขภาพได้รับทราบข้อมูลด้านสุขภาพร่วมกันและวางแผนเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้ลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ<br>- สนับสนุนให้ทุกCUP/ทุกPCUมีเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมการให้ความรู้โรคเบาหวานจากหน่วยงานต่างๆ<br>- สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ได้รับการอบรมหรือฟื้นฟูวิชาการเรื่องโรคไม่ติดต่อ |



| พันธกิจ<br>(mission) | ประเด็นยุทธศาสตร์<br>(strategy issue) | เป้าประสงค์<br>(goal) | ตัวชี้วัด (Key Performance Identification) และค่าเป้าหมาย (target)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | กลยุทธ์<br>(strategy)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------|---------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                      |                                       |                       | <p>ร้อยละ6.52 ไต ร้อยละ 5.42 ตา ร้อยละ 3.84</p> <p>แทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดคือ อื่นๆ</p> <p>ร้อยละ17.87 ไตร้อยละ4.45 หัวใจ ร้อยละ3.39</p> <p>4.ผู้ป่วยมีอัตราการตายและพิการ ลดลง (ปี2551สถกนศร มีผู้ป่วยเบาหวานตายจาก หลายอย่าง ร้อยละ 0.45</p> <p>ไต ร้อยละ0.44 อื่นๆ ร้อยละ 0.43)</p> <p>5.ประชาชนตระหนักและ ตัดสินใจในการดูแลสุขภาพได้</p> <p>6.ภาคีเครือข่ายสุขภาพได้ ร่วมกันสร้างสุขภาพอย่าง ต่อเนื่อง</p> <p>7.ความชุกโรคเบาหวาน</p> | <p>เรื้อรัง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง</p> <p>- สนับสนุนให้ทุกCUP มีทีมสหสาขาวิชาชีพในการให้ความรู้เรื่องโรค และเป็นทีมพี่เลี้ยงในการจัดระบบบริการและติดตามประเมินผล</p> <p>- เสริมสร้างให้ผู้ป่วยเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, หัวใจขาดเลือด, อัมพฤกษ์ อัมพาต ได้พบแพทย์ อย่างน้อย 6, 12 เดือน</p> <p>เพื่อรับการตรวจรักษาตามเกณฑ์ ดังนี้</p> <p>ผู้ป่วยโรคเบาหวาน</p> <p>- ได้รับการตรวจ DTX FBS FPG เดือนละ 1 ครั้ง,</p> <p>- ได้รับการตรวจ Cholesterol,HDL Cholesterol,Triglyceride, Bun cr HbA1c ปีละ 1 ครั้ง</p> <p>- ได้รับการตรวจตา,ตรวจภาวะเบาหวานขึ้นจอตาโดยจักษุแพทย์ ปีละ1ครั้ง</p> <p>- ได้รับการตรวจหาไข่ขาวในปัสสาวะเพื่อดูการทำงานของไต ปีละ 1 ครั้ง</p> <p>- ได้รับการตรวจฟันโดยทันตแพทย์/ทันตภิบาลทุก 6 เดือน</p> <p>- ได้รับการตรวจผิวหนังและเท้าด้วยเครื่องมือ/สายตา/สัมผัส ทุกเดือน</p> <p>- โรงพยาบาลดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 70 mg% และตั้งแต่ 181 mg%ขึ้นไป รวมทั้งรายที่มีภาวะแทรกซ้อน</p> |

| พันธกิจ<br>(mission) | ประเด็นยุทธศาสตร์<br>(strategy issue) | เป้าประสงค์<br>(goal) | ตัวชี้วัด (Key Performance Identification) และค่าเป้าหมาย<br>(target)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | กลยุทธ์<br>(strategy)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------|---------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                      |                                       |                       | <p>ไม่เกินระดับประเทศ (ร้อยละ4.6)</p> <p>(ปี2551สกลนครพบความชุกโรคเบาหวาน ร้อยละ 2.63 เมื่อเทียบกับประชากรกลางปี และร้อยละ 2.73 เมื่อเทียบกับประชากรอายุ 15ปีขึ้นไป)</p> <p>8.ความชุกโรคความดันโลหิตสูงไม่เกินระดับประเทศ (ร้อยละ16.3)</p> <p>(ปี2551สกลนครพบความชุกโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ1.69เมื่อเทียบกับประชากรกลางปี และร้อยละ 1.79เมื่อเทียบกับประชากรอายุ15ปีขึ้นไป)</p> <p>9.คณะกรรมการมีการ</p> | <p>- สถานีนอมนายดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือด 70-180 mg% และรายที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน</p> <p>ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิต ทุกเดือน</li> <li>- ได้รับการตรวจ (Serum) คุ FBS ปีละ 1 ครั้ง</li> <li>- ได้รับการตรวจปัสสาวะ คุโปรตีน ปีละ 1 ครั้ง</li> <li>- ได้รับการตรวจ BUN,Creatinine,Potassium,Cholesterol, HDL Cholesterol,Triglyceride,HbA1c ปีละ 1 ครั้ง</li> </ul> <p>- โรงพยาบาลดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 mmHg ขึ้นไป รวมทั้งรายที่มีภาวะแทรกซ้อน</p> <p>- สถานีนอมนายดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันไม่เกิน 140/90 mmHg และรายที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน</p> <p>- ส่งเสริมให้มีการจัดกลุ่มประชาชนที่ผ่านการคัดกรองว่ากลุ่มไหนปกติ กลุ่มไหนมีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 ข้อ กลุ่มไหนต้องนัดตรวจเลือด และขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยต่อไป</p> <p>- สนับสนุนระบบส่งต่อ/นัดติดตามผู้ป่วยทั้งในรายที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อน และรายที่ขาดยา โดยใช้ใบ refer แบบฟอร์มส่งต่อ electronic file</p> <p>- ส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนและขาดยาได้รับการติดตามเยี่ยม</p> |

| พันธกิจ<br>(mission) | ประเด็นยุทธศาสตร์<br>(strategy issue) | เป้าประสงค์<br>(goal) | ตัวชี้วัด (Key Performance Identification) และค่าเป้าหมาย (target)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | กลยุทธ์<br>(strategy)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------|---------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                      |                                       |                       | <p>ประชุมอย่างน้อยทุก3เดือน</p> <p>10.ทุกPCU มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมโรคเบาหวาน ร้อยละ100 (ปี2552สกลนครมีพยาบาลที่ผ่านการอบรม 180คนครบทุกPCUคืออำเภอโคกศรีสุพรรณ นอกนั้นมีพยาบาลที่ผ่านการอบรม ร้อยละ80ของ PCUทั้งหมดในแต่ละอำเภอ</p> <p>11.ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้พบแพทย์ เพื่อตรวจสุขภาพประจำปี อย่างน้อยปีละ1-2ครั้ง ร้อยละ 90</p> <p>12.โรงพยาบาลทุกแห่งสามารถลดความแออัดในการดูแลผู้ป่วยDM/HT</p> | <p>บ้านโดย อสม. แกนนำสุขภาพครอบครัว อย่างน้อย 2 ครั้ง/สัปดาห์</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ส่งเสริมการให้สุศึกษาโรคเบาหวาน,ความดันโลหิตสูง,อัมพฤกษ์อัมพาต ทั้งรายบุคคล/รายกลุ่ม ทั้งในประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยและญาติ เช่น อาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ การสังเกตภาวะผิดปกติของเท้า</li> <li>- สนับสนุนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยและญาติ ในการดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น สัปดาห์ละ1ครั้ง</li> <li>- สนับสนุนการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือดและโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต โดยใช้แบบคัดกรอง Verbal screening การคัดกรองโรคเบาหวาน หากพบปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 ข้อ ให้ตรวจด้วยวิธี DTX และยืนยันด้วย FPG ให้คัดกรองทุก 1 ปี หากผลปกติติดต่อกัน 3 ปี ให้เจาะเลือดในปีที่ 3 (เจาะเลือด 1 ปี เว้น 2 ปี)</li> <li>- สนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การจ่ายค่า การนั่งสมาธิ การเดิน การวิ่ง การรำไม้พลอง การเต้นแอโรบิค</li> <li>- สนับสนุนการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานทั้งระดับบุคคลและองค์กร</li> <li>- สนับสนุนการส่งผลงานเข้าประกวดทั้งระดับจังหวัด เขต และประเทศ</li> <li>- สนับสนุนการสร้างและต่อยอด CUP PCU ต้นแบบในการป้องกันโรค</li> <li>- สนับสนุนให้ทุก CUP/PCU จัดตั้งคลินิกโรคเบาหวาน,ความดันโลหิตสูง ทั้งในและนอกสถานบริการ เพื่อลดความแออัดในการให้บริการ</li> </ul> |

| พันธกิจ<br>(mission) | ประเด็นยุทธศาสตร์<br>(strategy issue) | เป้าประสงค์<br>(goal) | ตัวชี้วัด (Key Performance<br>Identification) และค่าเป้าหมาย<br>(target)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | กลยุทธ์<br>(strategy)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------|---------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                      |                                       |                       | จากโรงพยาบาลออกไป<br>หมู่บ้านได้อย่างน้อย<br>ร้อยละ50 ของผู้ป่วยที่<br>ควบคุมน้ำตาลได้ดีและพอใช้<br>70-180 mg% และควบคุม<br>ความดันโลหิตได้ดีคือ<br>ไม่เกิน 140/90 mmHg<br>และไม่มีภาวะแทรกซ้อน<br>13.ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการ<br>คัดกรอง/รักษาภาวะ<br>เบาหวานขึ้นตาปีละ1ครั้ง<br>(ปี2550-2552 สกจนคร<br>ตรวจได้ร้อยละ 88.85 ของ<br>ผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด<br>และพบภาวะเบาหวานขึ้นตา<br>ร้อยละ5.96 ต้อกระจก ร้อย<br>ละ14.89 ต้อเนื้อ ร้อยละ<br>1.27 ต้อหิน ร้อยละ 0.13) | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ส่งเสริมการใช้แนวคิดการลดความแออัดในการดูแลผู้ป่วย DM/HT</li> <li>- สนับสนุนการพัฒนางานเรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่า BMI เกิน 25 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup></li> <li>- สนับสนุนการพัฒนางานเรื่อง : แนวทางการดูแลประชาชนกลุ่ม Impair Plasma Glucose (FPG = 100-125 mg%)</li> <li>- สนับสนุนการพัฒนางานเรื่องอื่นๆ 1 เรื่องตามความเหมาะสมของพื้นที่</li> <li>- ส่งเสริมระบบติดตาม/นัดหมายผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ</li> <li>- สนับสนุนการทบทวนแนวทางเวชปฏิบัติ (CPG) ในการดูแลประชาชนและผู้ป่วย</li> </ul> |

| พันธกิจ<br>(mission) | ประเด็นยุทธศาสตร์<br>(strategy issue) | เป้าประสงค์<br>(goal) | ตัวชี้วัด (Key Performance Identification) และค่าเป้าหมาย (target)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | กลยุทธ์<br>(strategy) |
|----------------------|---------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|                      |                                       |                       | <p>และรายชื่อที่ผลิตปกติต้องได้รับการรักษาที่เหมาะสม ร้อยละ 100</p> <p>14. อัตราการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน ลดลง ร้อยละ 10 ของปีที่ผ่านมา</p> <p>15. อัตราการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูงลดลง ร้อยละ 10 ของปีที่ผ่านมา</p> <p>16. ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานอย่างน้อยร้อยละ 80 (ณ กรกฎาคม 2552 สกส. นคร คัดกรองได้ร้อยละ</p> |                       |

| พันธกิจ<br>(mission) | ประเด็นยุทธศาสตร์<br>(strategy issue) | เป้าประสงค์<br>(goal) | ตัวชี้วัด (Key Performance<br>Identification) และค่าเป้าหมาย<br>(target)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | กลยุทธ์<br>(strategy) |
|----------------------|---------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|                      |                                       |                       | <p>89.72)</p> <p>17.ประชาชนอายุ35ปีขึ้นไป<br/>ได้รับการคัดกรองโรค<br/>ความดันโลหิตสูงอย่างน้อย<br/>ร้อยละ80<br/>(ณ กรกฎาคม 2552 สกล<br/>นคร คัดกรองได้ร้อยละ<br/>87.81)</p> <p>18.ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงปาน<br/>กลางต่อโรคเบาหวานและ<br/>ความดันโลหิตสูงได้รับการ<br/>ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อ<br/>ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง<br/>อย่างน้อยร้อยละ50 และได้<br/>รับการติดตามผล FPG และ<br/>ค่าความดันโลหิตเมื่อครบ<br/>6 เดือน ควรมีระดับน้ำตาล<br/>ในเลือด &lt; 100mg% ร้อยละ</p> |                       |

| พันธกิจ<br>(mission) | ประเด็นยุทธศาสตร์<br>(strategy issue) | เป้าประสงค์<br>(goal) | ตัวชี้วัด (Key Performance<br>Identification) และค่าเป้าหมาย<br>(target)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | กลยุทธ์<br>(strategy) |
|----------------------|---------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|                      |                                       |                       | <p>50 และควรมีค่าความดันโลหิต ไม่เกิน 140/90mmHg ร้อยละ 50</p> <p>(ณ เดือนกรกฎาคม 2552 สกลนคร พบประชาชนที่มีความเสี่ยงต่อDM ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร้อยละ 64.5 และประชาชนที่มีความเสี่ยง สกลนคร พบประชาชนที่มีความเสี่ยงต่อHT ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร้อยละ 81.29</p> <p>19.ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อ้วนหรือน้ำหนักเกินมี รอบเวลดลงร้อยละ 10</p> <p>20.จังหวัดสกลนครมี CPG งานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง</p> |                       |

| พันธกิจ<br>(mission) | ประเด็นยุทธศาสตร์<br>(strategy issue)                                                                                       | เป้าประสงค์<br>(goal)                                                     | ตัวชี้วัด (Key Performance<br>Identification) และค่าเป้าหมาย<br>(target)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | กลยุทธ์<br>(strategy)                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                      | 2.ยุทธศาสตร์การส่งเสริม<br>การจัดเวทีเพื่อให้เจ้าหน้าที่<br>สาธารณสุขและภาคีเครือ<br>ข่ายสุขภาพได้ร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ | 1.ประชาชนทั้งภาค<br>รัฐและเอกชนร่วม<br>กันสร้างความเข้ม<br>แข็งในการสร้าง | <p>อย่างน้อย 1 เรื่อง<br/>(สกลนครมีการปรับ/ทบทวน<br/>CPG ทุกปี)</p> <p>21.การขึ้นทะเบียนผู้ป่วย<br/>โรคDM/HT รายใหม่ ไม่เกิน<br/>ร้อยละ 5 ของประชาชน<br/>อายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับ<br/>การคัดกรองในแต่ละปี<br/>(ณ เดือนกรกฎาคม 2552<br/>สกลนคร พบการขึ้นทะเบียน<br/>ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ร้อย<br/>ละ 0.5 และขึ้นทะเบียน<br/>ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง<br/>รายใหม่ ร้อยละ 0.36</p> <p>1.อำเภอ/จังหวัดจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันปีละ1ครั้ง</p> <p>2.มีคลังความรู้โรคเบาหวาน<br/>และความดันโลหิตสูง</p> | <p>- สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนกิจกรรมด้านสุขภาพ<br/>เช่น งบประมาณ การเป็นวิทยากร เครื่องเจาะเลือด เครื่องวัดความดันโลหิต<br/>การร่วมจัดค่าย เป็นต้น</p> <p>- ส่งเสริมการส่งกลับข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชนให้เทศบาล/อบต.</p> |



| พันธกิจ<br>(mission) | ประเด็นยุทธศาสตร์<br>(strategy issue)                                                                                                       | เป้าประสงค์<br>(goal)                                                                                                            | ตัวชี้วัด (Key Performance Identification) และค่าเป้าหมาย<br>(target)                                 | กลยุทธ์<br>(strategy)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                      | <p>เปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพและร่วมกันวางแผนส่งเสริมสุขภาพของประชาชน</p> <p>3.การสร้างเครือข่ายในการสร้างเสริมสุขภาพให้เกิดอย่างกว้างขวาง</p> | <p>สุขภาพเพื่อป้องกันและลดโรคไม่ติดต่อ</p> <p>วิทยาการเบาหวานและความดันโลหิตสูงช่วยงานในคลินิกและเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ</p> | <p>อย่างน้อยอำเภอละ1เรื่อง</p> <p>1.ทุกอำเภอมีวิทยาการเบาหวานและความดันโลหิตสูงอย่างน้อยตำบลละ1คน</p> | <p>เพื่อร่วมกันวางแผนส่งเสริมสุขภาพรวมทั้งช่วยเหลือด้านเงินสวัสดิการ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สนับสนุนการใช้แนวคิดการจัดการความรู้ (K.M) มาพัฒนางาน เช่น งานตลาดนัด การสร้างวิทยากร DM/HT การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่ม/เครือข่าย การสร้างนวัตกรรม เช่น กะลามะพร้าว ออกกำลังกาย สร้างราวเดินกะลามะพร้าว การตั้งซักรอก</li> <li>- สนับสนุนการจัดประชุมวางแผนยุทธศาสตร์ในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในแต่ละระดับ</li> <li>- สนับสนุนการสร้างและรวบรวมนวัตกรรมเป็นคลังความรู้และเผยแพร่</li> <li>- สนับสนุนการศึกษาดูงานในพื้นที่ตัวอย่างที่ดีและผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ดี (Best Practice)</li> <li>- สร้างเสริมความรู้โดยการจัดประชุมวิชาการประจำปีด้านโรคไม่ติดต่อ</li> <li>- สนับสนุนให้มีการประชุมในแต่ละระดับ เช่น กองทุนตำบล ชมรม</li> <li>- สนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน</li> <li>- ส่งเสริมให้มีการสร้าง/ค้นหาวิทยากร DM/HT ดีเด่นต้นแบบในชุมชน</li> <li>- สนับสนุนการประชุมการป้องกันควบคุมโรคโดยท่านผู้ว่าราชการจังหวัด</li> <li>- สนับสนุนการจัดทำโครงการแก้ไขปัญหามีทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง</li> <li>- สร้างเสริมศักยภาพของเครือข่ายในการติดต่อสื่อสารและประสานงาน</li> </ul> |

| พันธกิจ<br>(mission)                      | ประเด็นยุทธศาสตร์<br>(strategy issue)                                                                 | เป้าประสงค์<br>(goal)                                          | ตัวชี้วัด (Key Performance Identification) และค่าเป้าหมาย<br>(target)                      | กลยุทธ์<br>(strategy)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                           | 4.การสนับสนุนกิจกรรมและวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงานเพื่อนำไปสู่การลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน | รพ./สอ./PCU มีอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการดูแลรักษาประชาชนและผู้ป่วย | รพ./สอ./PCU มีอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการดูแลรักษาประชาชนและผู้ป่วยอย่างเพียงพอและมีประสิทธิภาพ | <ul style="list-style-type: none"> <li>- สนับสนุนการระดมสมองในการวางแผนงานร่วมกันกับหน่วยงานต่างๆ</li> <li>- ส่งเสริมให้มีการแต่งตั้งทีมแกนนำด้านสุขภาพในการดำเนินงาน</li> <li>- ส่งเสริมการจัดทำแผนในการติดตาม ประชุม กำกับงานอย่างต่อเนื่อง</li> <li>- สนับสนุนให้มีเครื่องเจาะน้ำตาล/เครื่องวัดความดันโลหิตให้ทุกหมู่บ้าน</li> <li>- สนับสนุนในการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนงบและการใช้งบประมาณที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชน</li> <li>- สนับสนุนการวางแผนสร้างสื่อ/วัสดุอุปกรณ์ในการส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>- ส่งเสริมการจัดสรรบุคลากรและอัตรากำลังในการปฏิบัติงาน ตลอดจนค่าตอบแทนต่างๆ</li> <li>- สนับสนุนให้มีการประสานงานกับองค์กรที่เกี่ยวข้องในการอำนวยความสะดวกในการจัดกิจกรรมต่างๆ ด้านสุขภาพ</li> <li>- ส่งเสริมให้มีการแบ่งกลุ่มผู้ป่วย DM เป็นกลุ่มดี,พอใช้,ปรับปรุง และผู้ป่วย HT เป็นกลุ่มดีและปรับปรุง เพื่อมีส่วนร่วมในชุมชน/หมู่บ้าน</li> <li>- ส่งเสริมความร่วมมือขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการสร้างสุขภาพ</li> </ul> |
| 2. พัฒนาระบบในการให้บริการดูแลเพื่อลดความ | 5.การสร้างกระแสและการประชาสัมพันธ์ที่ต่อเนื่องด้านข้อมูลข่าวสารด้านสุข                                | ประชาชน กลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้รับ        | 1.ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีและใช้สมุนไพรที่ก<br>สุขภาพทุกคน ร้อยละ 100            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพทั้งด้านบริหารจัดการ ระบบบริการและติดตามประเมินผล</li> <li>- สนับสนุนให้ประชาชนและผู้ป่วยมีการจัดการสุขภาพตนเองได้อย่าง</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

| พันธกิจ<br>(mission)                         | ประเด็นยุทธศาสตร์<br>(strategy issue)                                                                                                                                                                                                                                                       | เป้าประสงค์<br>(goal)                                                                                                               | ตัวชี้วัด (Key Performance Identification) และค่าเป้าหมาย<br>(target)                                                                                                                | กลยุทธ์<br>(strategy)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>รุนแรงของการดำเนินโรคให้มีประสิทธิภาพ</p> | <p>ภาพตามช่องทางต่างๆ เช่น หอกระจายข่าว เสียตามสายในโรงพยาบาลและในโรงเรียน บอร์ดนิทรรศการ เป็นต้น เพื่อให้ประชาชนนำไปปรับในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรค โดยการเพิ่ม 3 อ (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) ลด 2 ส (สุรา สูบบุหรี่)</p> <p>6.การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและการวิเคราะห์ข้อมูล</p> | <p>บริการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมอย่างมีคุณภาพ</p> <p>ประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง และผู้ป่วยได้รับการแก้ไขปัญหสุขภาพที่พบ</p> | <p>2.ทุกตำบลมีฐานข้อมูลสุขภาพของประชาชนและผู้ป่วยทุกคน แบบรายบุคคล ร้อยละ 100</p> <p>1.สถานบริการทุกแห่งมีการบันทึกข้อมูลผู้รับบริการลงโปรแกรมที่ใช้ดูแลรักษา และสามารถเชื่อมโยง</p> | <p>เหมาะสม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ส่งเสริมให้มีและใช้สมุดประจำตัวของผู้ป่วยเพื่อเป็นสื่อกลางด้านข้อมูล</li> <li>- สนับสนุนการตรวจสอบเวชระเบียนเพื่อประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Clinical Audit)</li> <li>- สนับสนุนการสร้าง CUP PCU ต้นแบบในการป้องกันควบคุมโรค</li> <li>- ส่งเสริมการจัดทำทะเบียนประชาชนทั่วไป ประชาชนกลุ่มเสี่ยง และผู้ป่วยในภาพรวมของจังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้านและเครือข่าย</li> <li>- ส่งเสริมให้มีการจัดทำแผนสุขภาพพร้อมสื่อที่มีประสิทธิภาพ</li> <li>- สนับสนุนการจัดรณรงค์ประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องผ่านสื่อต่างๆ</li> <li>- สนับสนุนการให้ความรู้เรื่องโรคผ่านสื่อต่างๆ อย่างต่อเนื่อง</li> <li>- ส่งเสริมให้ผู้บริหารและปฏิบัติทุกระดับตระหนักในการป้องกันควบคุมโรค เพื่อนำไปสู่การรณรงค์ให้ความรู้และประชาสัมพันธ์แก่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง</li> <li>- สนับสนุนให้มีการบรรจุเข้าเป็นวาระการประชุมทุกระดับเพื่อติดตามงาน</li> <li>- สนับสนุนการจัดทำฐานข้อมูลประชาชน กลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วย ลงใน family folder ทะเบียน โปรแกรมต่างๆ และนำมาวิเคราะห์แก้ไขปัญหา</li> <li>- ส่งเสริมการรวบรวม/ตรวจสอบ/สรุป/วิเคราะห์ข้อมูลและ Feed back ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทุก 1,6,12 เดือน</li> </ul> |

| พันธกิจ<br>(mission)                                                                               | ประเด็นยุทธศาสตร์<br>(strategy issue)                        | เป้าประสงค์<br>(goal)                                                                                                                                                                                      | ตัวชี้วัด (Key Performance Identification) และค่าเป้าหมาย<br>(target)                                                                                                                                                                                                                                                                    | กลยุทธ์<br>(strategy)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3.จัดการสิ่งแวดล้อมและชุมชนให้เอื้อในการที่จะสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง | 7.การจัดการสิ่งแวดล้อมและชุมชนให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ | อย่างเหมาะสมกับแต่ละบุคคล<br><br>1.ประชาชน/กลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม<br>2.ประชาชน/กลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้มีการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม | ในการวิเคราะห์หรือวางแผนแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพได้ร้อยละ 90 ของสถานบริการทุกแห่ง<br><br>2.12 และ 18 แห่งมีคุณภาพร้อยละ 90<br><br>1.ประชาชนในชุมชนมีการทำประชาคมอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง<br>2.ประชาชนในชุมชนมีการออกกำลังกายที่เหมาะสม<br>3.ประชาชนได้รับการแก้ไขปัญหาสุขภาพตรงตามที่ต้องการ และเกิดความร่วมมือกันอย่างยั่งยืน | - ส่งเสริมการมีและใช้โปรแกรมในการจัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล เช่น HOSWIN HCIS HOS XP Microsoft Excel 12 แฟ้ม 18 แฟ้ม เป็นต้นให้มีประสิทธิภาพ<br>- สนับสนุนการนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้เพื่อจัดทำโปรแกรมกำกับการงาน<br>- สนับสนุนการปรับปรุงสมุดประจำตัวผู้ป่วยให้สอดคล้องในทางปฏิบัติ<br>- ส่งเสริมระบบการกำกับการงาน/นิเทศงาน/ประเมินผลให้มีประสิทธิภาพ<br>- ส่งเสริมการนำข้อมูลข่าวสารมาวิเคราะห์และใช้ประกอบการวางแผนและแก้ไขปัญหา<br>- สนับสนุนการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องแก่ประชาชนเพื่อให้มีความรู้และตระหนักในการป้องกันการเกิดโรค<br>- ส่งเสริมให้มีการปรับปรุงพื้นที่ในชุมชนที่อยู่อาศัยให้เอื้อต่อการสร้างสุขภาพ เช่น สนามกีฬาในหมู่บ้าน<br>- ส่งเสริมให้มีการจัดอบรมในชุมชนเพื่อให้มีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชน<br>- ส่งเสริมให้คนในชุมชนร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางแก้ไขปัญหาสุขภาพร่วมกันอย่างต่อเนื่อง<br>- สนับสนุนให้คนในชุมชนร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็น จัดแสดงตัวอย่างด้านสุขภาพ ประกวดด้านสุขภาพ เพื่อให้คนในชุมชนมีสุขภาพที่ดี |

| พันธกิจ<br>(mission) | ประเด็นยุทธศาสตร์<br>(strategy issue) | เป้าประสงค์<br>(goal) | ตัวชี้วัด (Key Performance Identification) และค่าเป้าหมาย<br>(target) | กลยุทธ์<br>(strategy)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------|---------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                      |                                       |                       |                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- สนับสนุนให้คนในชุมชนร่วมกันกำหนดปฏิทินชุมชน</li> <li>- ส่งเสริมการสร้างค่านิยมในเรื่องสร้างสุขภาพ เช่น หมู่บ้านปลอดเหล้า ปลอดยาเสพติด</li> <li>- สนับสนุนให้มีการจัดตั้งชมรมส่งเสริมการออกกำลังกายในทุกพื้นที่</li> <li>- สนับสนุนให้ประชาชนมีการออกกำลังกายต่อเนื่องในบ้าน เช่น โรงเรียน โรงงาน ในชุมชน และจัดประกวด/แข่งขัน เป็นต้น</li> <li>- สนับสนุนการจัดสถานที่ทำงานให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>- ส่งเสริมให้มีเขตปลอดบุหรี่ในสถานที่ทำงาน/สถานที่ราชการ/ชุมชน/บ้าน</li> <li>- ส่งเสริมการจัดรณรงค์เพื่อการดื่มสุรารับงานเทศกาลต่างๆ</li> <li>- สนับสนุนการจัดประชาคมในหมู่บ้านเพื่อร่วมมือกันคิดค้นกิจกรรมต่างๆ ในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อสอดคล้องวิถีชีวิตชุมชน</li> <li>- สนับสนุนการสร้างค่านิยมในการสร้างสุขภาพของลูกจ้างและสร้างโอกาส ในการสร้างเสริมสุขภาพของลูกจ้าง</li> <li>- สนับสนุนการประกวดและยกย่องบุคคลหรือชุมชนที่เป็นตัวอย่างที่ดี</li> <li>- สนับสนุนการสร้างเงื่อนไขในการทำกิจกรรมให้สอดคล้องกับสุขภาพ</li> <li>- ส่งเสริมให้มีการกำหนดคุณสมบัติของบุคคลที่สมัครเข้าทำงานให้สอดคล้องกับการสร้างสุขภาพ</li> <li>- ส่งเสริมการกำหนดเกณฑ์ในการอนุญาตสถานประกอบการให้สอดคล้อง</li> </ul> |

| พันธกิจ<br>(mission) | ประเด็นยุทธศาสตร์<br>(strategy issue)                                                                     | เป้าประสงค์<br>(goal)                                             | ตัวชี้วัด (Key Performance<br>Identification) และค่าเป้าหมาย<br>(target)                         | กลยุทธ์<br>(strategy)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                      | 8.การพัฒนาการจัดการ<br>ความรู้ด้านโภชนาการ/<br>อาหารที่มีคุณค่าและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคน<br>ในท้องถิ่น | ประชาชนได้รับ<br>ประทานอาหารที่<br>เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิต | 1.ประชาชนได้รับข้อมูล<br>เรื่องอาหารที่เหมาะสมและ<br>ปรับใช้ในชีวิตประจำวัน<br>อย่างน้อยร้อยละ50 | <p>กับการสร้างสุขภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ส่งเสริมสนับสนุนกีฬาเพื่อให้มีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพ</li> <li>- สนับสนุนการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สอดคล้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ</li> </ul> <p>สอดคล้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ส่งเสริมการนำเสนอและรณรงค์โปรแกรมสุขภาพที่เป็นประโยชน์ต่อการสร้างสุขภาพ</li> <li>- ส่งเสริมการจัดรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพในโอกาสต่างๆอย่างต่อเนื่อง</li> <li>- ส่งเสริมการจัดแข่งขันการวิ่งจ้าวสนามในแต่ละพื้นที่อย่างต่อเนื่อง</li> <li>- สนับสนุนและผลักดันให้มีการนำนโยบายการสร้างสุขภาพเป็นนโยบายที่สำคัญในแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</li> <li>- สนับสนุนโครงการวัด โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ</li> <li>- สนับสนุนการจัดระบบงานสาธารณสุขมูลฐานให้มีประสิทธิภาพ</li> <li>- ส่งเสริมให้ประชาชนได้จัดการดูแลสุขภาพตนเองในการป้องกันโรค</li> </ul> <p>ยึดหลักเพิ่ม 3 อ (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) ลด 2 ส (สุรา สบุน้ำ)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ส่งเสริมการรณรงค์ประชาสัมพันธ์เรื่องโภชนาการ อาหารที่มีคุณค่าในท้องถิ่น อาหารที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนอีสาน เช่น โรงเรียน วัด โรงงาน โรงพยาบาล สถานือนามัย มหาวิทยาลัย ศูนย์เด็กเล็ก เป็นต้น</li> </ul> |

| พันธกิจ<br>(mission) | ประเด็นยุทธศาสตร์<br>(strategy issue) | เป้าประสงค์<br>(goal) | ตัวชี้วัด (Key Performance Identification) และค่าเป้าหมาย<br>(target) | กลยุทธ์<br>(strategy)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------|---------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                      |                                       |                       |                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ส่งเสริมนโยบายด้านอาหารและโภชนาการที่จำเป็นต่อการสร้างสุขภาพให้กับหน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้อง</li> <li>- ส่งเสริมการบรรจุหลักสูตรด้านโภชนาการที่จำเป็นต่อการสร้างสุขภาพในสถานศึกษาทุกแห่ง</li> <li>- ส่งเสริมอาหารท้องถิ่นที่มีประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพให้เป็นที่ยอมรับหลาย</li> <li>- ส่งเสริมการสร้างค่านิยมในการจัดเตรียมการจัดงานเลี้ยงแต่พอดีให้เกิดขึ้นในจังหวัดสกลนคร</li> <li>- สนับสนุนการกำหนดนโยบายด้านโภชนาการที่เป็นประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพในสถานศึกษา สถานประกอบการ ตลอดจนการบังคับใช้</li> <li>- สนับสนุนงานตลาดสดน่าซื้อให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรม เช่น สะอาด รสชาติอร่อย การแบ่งอาหารพลังงานสูง/กลาง/ต่ำ</li> <li>- สนับสนุนการบังคับใช้กฎหมาย ระเบียบเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคอย่างมีประสิทธิภาพ</li> <li>- ส่งเสริมการศึกษาวิจัย วิเคราะห์เกี่ยวกับคุณค่าทางโภชนาการของอาหารท้องถิ่น ที่เป็นประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ</li> <li>- สนับสนุนการตรวจสอบสารปนเปื้อนในอาหารให้ดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง</li> </ul> |

## บทที่ 5 : สรุปและข้อเสนอแนะ

จากการจัดประชุมสรุปการดำเนินการโครงการ โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งในระดับนโยบาย นักวิชาการ และพื้นที่ดำเนินการ และที่ประชุมได้ให้ข้อเสนอแนะ ดังนี้

### 1. การพัฒนาระบบบูรณาการการป้องกันและจัดการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ระยะที่ 1

คณะวิจัยหรือคณะทำงานได้ร่วมกันพัฒนาเครื่องมือแนวทางการประเมินนโยบายการบริการสุขภาพ ฯ โดยพิจารณาปัจจัยความสำเร็จ จากองค์ประกอบ 8 ประการคือ 1) เป้าประสงค์และคุณค่าร่วมกัน 2) เน้นที่ปัจจัยกำหนดสุขภาพ 3) ภาวะหุ้นส่วนและการลงทุน 4) โครงสร้างภายในและความสามารถด้านสาธารณสุข 5) โครงสร้างภายในและความสามารถในการดูแลปฐมภูมิ 6) โครงสร้างภายในและความสามารถของชุมชน 7) การบูรณาการและการจัดการโรคเรื้อรัง และ 8) การกำกับติดตาม การประเมินผลและการเรียนรู้

เครื่องมือการประเมินสถานการณ์ฯ มีการปรับพัฒนาโดยอาศัยข้อมูล area-based เพื่อให้เกิดความเหมาะสม ครอบคลุมภาพรวม มีการบูรณาการ และความต่อเนื่อง การใช้แบบประเมิน self assessment tool ภายในพื้นที่ ควรใช้เป็นแบบ Co-Assessment Tool คือ มีการประเมินทั้งภายในและภายนอกควบคู่กัน

#### ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำแนวคิดเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค มาเชื่อมกับการทำงานเชิงรุก มีการบูรณาการ การส่งเสริมป้องกัน และการดูแลรักษา โดยใช้โครงสร้าง กลไกในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ “สุขภาพดี วิถีชีวิตไทย” ในการขับเคลื่อนมาตรการ และการบริการ

2. ควรเน้นการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการในเชิงการสร้างเครือข่าย (Network) การทำงานสุขภาพในพื้นที่ ให้มีการดำเนินงานเป็นภาคีเครือข่าย เช่น อสม. ทำงานร่วมกับบุคลากรด้านสุขภาพในพื้นที่ และในทุกขั้นตอนของการดำเนินการโรคต้องคำนึงถึง risk assessment and management รวมทั้ง comorbidity

3. แนวทางการพัฒนาควรใช้หลักการ CQI : Continuous Quality Improvement เข้ามาประกอบการดำเนินงาน

4. ระบบการจัดการข้อมูล ควรเป็นแบบ provincial-based registry เน้นระบบข้อมูลที่มีวัตถุประสงค์การใช้ที่ชัดเจน เชื่อมโยงข้อมูล ปรับปรุงให้ update ตลอดเวลา มีการใช้ข้อมูลเพื่อการบริการผู้ป่วยเฉพาะรายเพื่อการดูแลต่อเนื่อง เป็นประโยชน์กับการออกแบบและจัดการการให้บริการในภาพรวม และประสานการดำเนินการที่เน้น population focused for quality improvement รวมทั้งการบริหารจัดการ และการควบคุมคุณภาพการดูแลรักษา และสามารถนำไปสู่การวางแผนยุทธศาสตร์ที่สอดคล้องกับสถานการณ์



## 2. การพัฒนาเครือข่ายหน่วยบริการในการจัดระบบบูรณาการการจัดการเบาหวาน ความดันโลหิตสูงเชื่อมโยงกับชุมชน จังหวัดสกลนคร (ภายใต้โครงการ ต้นแบบระบบบูรณาการการจัดการเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง)

คณะกรรมการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ ได้ประชุม ระดมสมอง ถอดบทเรียน ร่วมกับคณะทำงานโครงการฯ : พบว่า โครงการควรมีการปรับแนวทางเวชปฏิบัติในการป้องกัน ควบคุม ดูแลรักษา และฟื้นฟูของจังหวัดสกลนคร รวมถึงเกณฑ์มาตรฐานต่างๆให้เป็นแนวทางเดียวกันทุกประเด็น โดยดำเนินการต่อยอด ในประเด็น การปรับเปลี่ยนระบบการบริการในหมู่บ้าน โดยใช้แนวคิดชุมชนเป็นโรงพยาบาล บ้านเป็นเตียงผู้ป่วย จัดตั้งคลินิกในหมู่บ้าน พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีความเชี่ยวชาญ สามารถเจาะเลือดแปลค่าน้ำตาล วัดความดันโลหิต ค้นหาภาวะแทรกซ้อน ตรวจประเมินเท้า ช่วยจ่ายยา และร่วมเป็นคนต้นแบบในการจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยชุมชนได้เอง เยี่ยมบ้านโดยกลุ่มเพื่อนเตือนเพื่อน นำข้อมูลมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน บูรณาการเชื่อมโยงแนวคิด การทำแผนยุทธศาสตร์ร่วมกับภาคส่วนต่างๆ ระดับท้องถิ่น

### ข้อเสนอแนะ

1. การบูรณาการแนวคิดการพัฒนาระบบเชื่อมโยงเครือข่ายหน่วยบริการในชุมชน การจัดการเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นการจั้ดบริการรูปแบบหนึ่งที่จะช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและโรคเรื้อรังอื่นๆ ได้เป็นอย่างดี อย่างไรก็ตามในการที่จะนำแนวคิดบูรณาการเชื่อมโยงสู่ชุมชนไปประยุกต์ใช้อาจเป็นเรื่องยากและใช้เวลานาน ดังนั้นควรดำเนินการที่ละขั้นตอนอย่างค่อยเป็นค่อยไป และมีการวัดประสิทธิภาพ อย่างต่อเนื่อง

2. วิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) ให้กับคนต้นแบบ ด้วยการให้รูปแบบเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชน โดยมีทีมสหวิชาชีพเป็นผู้ดูแล ก่อให้เกิดการสร้างเชื่อมั่นใจ ความพร้อมในการเป็นวิทยากรชุมชน จนกลายเป็นจิตอาสา ให้มีการสนับสนุนการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะเป็นทุนทางสังคม และเสริมความแข็งแกร่งของชุมชนในการดำเนินการต่อไปได้

3. การพัฒนาฐานข้อมูลเดียวกันทั้งจังหวัดด้วยระบบคอมพิวเตอร์ จะเป็นตัวช่วยในการติดตามผลการดูแลรักษา ระบบเตือน ตรวจจับประสิทธิผลของการปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติ

### 3. Self-Management and Self-Management Support

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการประเมิน Self-Management มองใน 2 ระดับ คือ 1) ผลลัพธ์เชิงคลินิก ซึ่งเป็นผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโดยตรง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของคุณภาพชีวิต หรือในเรื่องของ A1C BP เป็นต้น และ 2) ผลลัพธ์เชิงระบบ เช่น การใช้ข้อมูลสุขภาพ หรืองบประมาณในการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น ดังนั้นการประเมินผลลัพธ์จึงต้องมีการประเมิน 2 ส่วน คือ ทั้ง Process และ outcome

## บรรณานุกรม

1. Aekplakorn, W.; Abbott-Klafter, J.; Khonputsa, P.; Tatsanavivat, P.; Chongsuvivatwong, V.; Chariyalertsak, S.; Sangwatanaroj, S.; Tiptaradol, S., and Lim, S. S. Prevalence and management of prehypertension and hypertension by geographic regions of Thailand: the Third National Health Examination Survey, 2004. J Hypertens. 2008 Feb; 26(2):191-8.
2. Aekplakorn, W.; Abbott-Klafter, J.; Premgamone, A.; Dhanamun, B.; Chaikittiporn, C.; Chongsuvivatwong, V.; Suwanprapisa, T.; Chaipornsupaisan, W.; Tiptaradol, S., and Lim, S. S. Prevalence and management of diabetes and associated risk factors by regions of Thailand: Third National Health Examination Survey 2004. Diabetes Care. 2007 Aug; 30(8):2007-12.
3. Bodenheimer, T.; Wagner, E. H., and Grumbach, K. Improving primary care for patients with chronic illness. JAMA. 2002 Oct 9; 288(14):1775-9.
4. ---. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. JAMA. 2002 Oct 16; 288(15):1909-14.
5. Canadian Public Health Association. A Tool for Strengthening Chronic Disease Prevention and Management through Dialogue, Planning and Assessment. 2008.
6. Kesteloot, K. Disease management. A new technology in need of critical assessment. Int J Technol Assess Health Care. 1999 Summer; 15(3):506-19.
7. Porapakham, Y.; Pattaraarchachai, J., and Aekplakorn, W. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and diabetes mellitus among the elderly: the 2004 National Health Examination Survey III, Thailand. Singapore Med J. 2008 Nov; 49(11):868-73.
8. Smith, S. M.; Allwright, S., and O'Dowd, T. Does sharing care across the primary-specialty

interface improve outcomes in chronic disease? A systematic review. Am J Manag Care. 2008 Apr; 14(4):213-24.

9. ---. Effectiveness of shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease management. Cochrane Database Syst Rev. 2007; (3):CD004910.
10. World Health Organization . Innovative care for chronic conditions: building blocks for action. 2002.
11. กรมควบคุมโรค. รายงานการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ. 2550.
12. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546 - 2547. 2549.

# ภาคผนวกที่ 1

เครื่องมือประเมินนโยบายการบริการสุขภาพ และ  
สมรรถนะชุมชน ในการป้องกันและจัดการ  
โรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง  
จังหวัดสกลนคร

แพทย์หญิงนายศรี สุพรศิลป์ชัย

เครื่องมือประเมิน  
นโยบายการบริการสุขภาพ ความร่วมมือการบูรณาการ  
และการเสริมสร้างสมรรถนะชุมชน  
ในการป้องกันและจัดการเบาหวานและความดันโลหิตสูง

---

ทีมร่วมพัฒนาเครื่องมือ

แพทย์หญิงฉายศรี สุพรศิลป์ชัย

แพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวณิชชากร

ศาสตราจารย์แพทย์หญิงวรรณิ นิธิยานันท์

แพทย์หญิงณภากุล ไรจนสุภัก

นายแพทย์สมชาย ลีทองอิน

นายณัฐวุฒิ ส่งแสง

นายแพทย์สมเกียรติ โพธิ์สัตย์

## ความเป็นมาของเครื่องมือ

แม้ว่าในประเทศไทยจากผลการดำเนินการที่ผ่านมาจะทำให้ในระย 4 ปีหลัง 2546-2549 จะมีจำนวนและอัตราการตายของกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการบาดเจ็บ ได้แก่ กลุ่มโรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง โรคทางเดินหายใจส่วนล่างเรื้อรัง รวมทั้งการบาดเจ็บจากการจราจรมีแนวโน้มลดลง อย่างไรก็ตามพบว่าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดและโรคเบาหวาน มีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นใหม่ ขณะที่เกินครึ่งเป็นการตายในกลุ่มอายุต่ำกว่า 70 ทั้งยังเป็นสาเหตุหลักของภาระโรค นอกจากนั้นยังพบว่า กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดและเบาหวานยังเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยจนต้องรับไว้ในโรงพยาบาลสูงขึ้นถึง 4 เท่าของทั้งจำนวนและอัตราป่วยในต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2541<sup>1</sup>

องค์การอนามัยโลกได้กล่าวว่า กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดและโรคเบาหวานนี้สามารถป้องกันควบคุมได้ถึงร้อยละ 80 ถ้ามีมาตรการดำเนินการลดปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกำหนดการระบาดในวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมในชุมชนและอิทธิพลจากชุมชนภายนอก

ในระดับประเทศ ในปัจจุบันและอนาคตภายใต้แผนสุขภาพวิถีไทย<sup>2</sup> ได้มีความพยายามดำเนินการเพื่อลดโรค ภาวะแทรกซ้อน และค่าใช้จ่าย ผ่านทางมาตรการหลักรวมทั้งมาตรการกลุ่มกลยุทธ์ประชากร (Population strategies) ที่มุ่งเน้นการป้องกันเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงร่วมผ่านทางนโยบายสาธารณะ การสื่อสารสาธารณะและการเพิ่มความสามารถชุมชนในการจัดการปัจจัยกำหนดสนับสนุนการลดเสี่ยงลดโรคอันมีผลต่อประชากรส่วนใหญ่ โดยเฉพาะปัจจัยเสี่ยงหลักๆ ได้แก่ การบริโภคยาสูบ การบริโภคแอลกอฮอล์ที่เป็นภัยต่อสุขภาพ การขาดกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ การบริโภคอาหารเกินไม่ได้สัดส่วน การจัดการภาวะความดันโลหิตและน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นและเกิน และกลยุทธ์กลุ่มเสี่ยงสูง (High risk strategies) ที่รวมเอาการดำเนินการป้องกันและการจัดการให้เกิดการบริการสุขภาพแก่บุคคลและครอบครัวซึ่งมุ่งเน้นการควบคุมปัจจัยเสี่ยงในระดับชีวะสรีระ เช่น ระดับความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะอ้วนและภาวะเมตาบอลิกและ/หรือสหปัจจัยเสี่ยงของหลอดเลือด ฯลฯ และการจัดการโรคที่มุ่งเน้นลดโอกาสการเกิดและควบคุมความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน นอกจากนั้นยังบริการสนับสนุนข้อมูลแก่ชุมชนในการจัดการสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมเสี่ยง

<sup>1</sup> ส่วนข้อมูลสถิติสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข ๒๕๕๑

<sup>2</sup> คณะกรรมการอำนวยการลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและคณะกรรมการดำเนินการลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. ร่างแผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ – ๒๕๕๙, กุมภาพันธ์ ๒๕๕๑.

## ประสิทธิผลของการบริการดูแลสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

จากหลักฐานการทบทวนที่มีอยู่<sup>3, 4</sup> การดูแลสุขภาพมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญในการป้องกันและลดการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในประเทศพัฒนาแล้วพบว่า การดูแลสุขภาพเป็นส่วนให้ลดการตายจากโรคหัวใจขาดเลือดถึงร้อยละ 35-60 ของการตายทั้งหมด ใน 30 ปีที่ผ่านมา ดังนั้นปัจจัยกำหนดสำคัญได้แก่ การเข้าถึงและคุณภาพบริการการดูแลสุขภาพเพื่อการป้องกันและลดการตายของคนในชุมชน โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาที่มีเศรษฐกิจปานกลางและต่ำ ได้แก่ ชุดบริการพื้นฐานที่มีเป้าหมายชัดเจน (*a well-targeted basic package*) และกลุ่มยากจน (poor) และเกือบยากจนเข้าถึงได้ (pro-poor) โดยการดำเนินการสนับสนุนทางการเงินอาจผ่านทางระบบประกันหรือการสนับสนุนการเงินเพื่อสาธารณะ รวมทั้งนวัตกรรมบริการที่ควรที่จะเพิ่มประโยชน์มากขึ้นในชุดบริการและการกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินการประสิทธิผลและคัดสรรการดำเนินการที่ได้ผลเพื่อสนับสนุนความยั่งยืน รวมทั้งการต่อรองตกลงราคาที่ใช้จำเป็นต้องใช้ในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อสำคัญ

นอกจากนั้น จากลักษณะธรรมชาติของโรคไม่ติดต่อพบว่า การป้องกันและควบคุมโรคต้องการการดูแลต่อเนื่อง ตัวอย่างเช่น การป้องกัน โรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน เป็นต้น ซึ่งเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีสาเหตุการเกิดโรคและการดำเนินโรคมามากจากกลุ่มปัจจัยเสี่ยง กลุ่มปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้มีหลายลักษณะและระดับ อย่างไรก็ตาม ปัจจัยเสี่ยงหลักจะมีลักษณะเป็นปัจจัยเสี่ยงร่วม ‘หนึ่งปัจจัยเสี่ยงร่วมสำคัญทำให้เกิดโรคได้หลายโรค และโรคเรื้อรังสำคัญจะมาจากปัจจัยเสี่ยงร่วมหลักหลายปัจจัยเสี่ยง’ สหปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มโรคนี้มีลักษณะเป็นปัจจัยต่อเนื่อง ซ้ำซ้อน มีปฏิสัมพันธ์และอิงซึ่งกันและกัน ซึ่งเมื่อสะสมมากขึ้นจะเพิ่มโอกาสต่อการเกิดและตายของโรค กลุ่มนี้เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้สามารถป้องกัน ลด หรือกำจัดได้ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาทางระบาดวิทยาคลินิกพบว่าเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยเสี่ยงทางชีวสรีระในร่างกายมนุษย์ในระยะแรกมักไม่มีอาการ คนจำนวนมากจึงเพิกเฉย ขาดความสนใจ ขาดการรับรู้ และไม่ได้เรียนรู้ถึงปัจจัยเหล่านี้ตั้งแต่ต้นทำให้มีการสะสมของปัจจัยเสี่ยงเพิ่มขึ้นจนกระทั่งเกิดอาการหรือถูกวินิจฉัยเป็นโรคก็มีการทำลายของหลอดเลือดไปมากแล้ว ปัจจัยเสี่ยงหลักๆ ได้แก่ บริโภคยาสูบ บริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย เป็นกลุ่มพฤติกรรมที่นำไปสู่การพัฒนาหรือการป้องกันปัจจัยเสี่ยงระดับชีวสรีระปัจจัยด้านชีวสรีระ คือ ความดันโลหิตสูง คอเลสเตอรอลในเลือดสูง (ไขมันผิดปกติที่พบบ่อย) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือภาวะดื้อต่ออินซูลิน ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน สภาวะกลุ่มอาการเมตาบอลิก (ที่มีลักษณะแสดงออกของ อ้วนลงพุง) อายุ และปัจจัยทางพันธุกรรมก็มีบทบาทเป็นปัจจัยสาเหตุกลไกหนึ่งเช่นกัน ในปัจจุบันความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงอิสระเหล่านี้กับปัจจัยเสี่ยงภายนอกยังไม่ชัดเจนทั้งหมด อย่างไรก็ตามความเสี่ยงของบุคคลคนหนึ่งขึ้นกับจำนวนการปรากฏและความเข้มข้นของปัจจัยเสี่ยงที่เป็น

<sup>3</sup> World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment : WHO global report. WHO 2007.

<sup>4</sup> The Evidence Base for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. World Bank 2007.

อิสระที่มีอยู่ในคนๆ นั้น และถูกแสดงออกของโอกาสเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดขึ้นใน 10 ปี ข้างหน้า โดยผ่านทางค่า ‘absolute risk’<sup>5, 6, 7, 8, 9, 10</sup>

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

ผลการวิจัยในสิบปีที่ผ่านมาได้แสดงถึง “ความสัมพันธ์ระหว่างความดันโลหิต และความเสี่ยงของการเกิดการป่วยและตายของโรคหัวใจและหลอดเลือดอื่นๆ มีลักษณะต่อเนื่อง สอดคล้อง และเป็นอิสระจากปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ” และพบว่าแนวโน้มความชุกของผู้มีภาวะความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๓๒ เป็นต้นมา ปัจจุบันจากการสำรวจปี พ.ศ. 2547 ความชุกภาวะความดันโลหิตสูงในคนอายุมากกว่าสิบห้าปีขึ้นไปมีถึง ร้อยละ 22.0<sup>11</sup>

ส่วน เบาหวานในประเทศไทยจากการสำรวจปี พ.ศ. 2547<sup>12</sup> พบร้อยละ 6.6 และพบแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มอายุกลางคนและเยาวชน และจากการศึกษาทบทวนในกลุ่มประเทศในเอเชีย ปัจจัยเสี่ยงก่อเหตุ

<sup>5</sup> Anderson KM, Odell PM, Wilson PWF, Kannel WB. Cardiovascular disease risk profiles. *Am Heart J.* 1991; 121:293-298.

<sup>6</sup> 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.

<sup>7</sup> 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.

<sup>8</sup> 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.

<sup>9</sup> 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. Epub 2007 Aug 17.

<sup>10</sup> Vanuzzo D, Pilotto L, Mirolo R, Pirelli S. Cardiovascular risk And cardiometabolic risk: An epidemiological evaluation. *G Ital Cardiol (Rome).* 2008 Apr; 9(4 Suppl 1):6S-17S.

<sup>11</sup> ปันรสี ขอนพุดชา, วิชัย เอกพลากร, ปิยทัศน์ ทศนาวิวัฒน์ และคณะ. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดูแลภาวะความดันเลือดสูงในประเทศไทย: การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 3 พ.ศ. 2547.

<sup>12</sup> วีรยุทธ ชัยพรสุไพศาล, วิชัย เอกพลากร, อมร เปรมกมล และคณะ. โรคเบาหวาน ภาวะก่อนเบาหวาน และการควบคุมจัดการผู้ป่วยเบาหวานคนไทย พ.ศ. ๒๕๕๑. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. ปีที่ ๑ ฉบับที่ ๓-๔ ต.ค. - ธ.ค. ๒๕๕๐.



สำคัญที่ปรับเปลี่ยนได้ของเบาหวาน<sup>13</sup> ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์และมีความชุกเพิ่มอย่างรวดเร็วในกลุ่มประเทศเอเชีย ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนที่เป็นผลตามมาจากการพัฒนาเศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลงทางโภชนาการ (Nutrition transition) และการเพิ่มขึ้นของวิถีชีวิตต่างๆ นานา รวมทั้งภาวะเอวเกินแต่น้ำหนักปกติ "metabolically obese" phenotype และการเพิ่มขึ้นของภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ (Gestational diabetes) ในที่นี้ ปัจจัยเสี่ยงก่อเหตุสำคัญที่ปรับเปลี่ยนได้ของโรคหัวใจและหลอดเลือด<sup>14</sup> เรียงตามลำดับความสำคัญที่พบในประเทศไทย ได้แก่

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

นอกจากนี้จากการศึกษาในประชากรกลุ่มเดียวกันในผู้ชาย<sup>15</sup> ยังพบว่า บุคคลในภาวะกลุ่มอาการเมตาบอลิกที่ประกอบด้วย 3 ปัจจัยเสี่ยงขึ้นไปของ ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำตาลในพลาสมาสูงหรือเคยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานประเภทที่ ๒ ภาวะไตรกลีเซอไรด์สูง ภาวะคลอเลสเตอรอล เอช ดี แอล ต่ำ และภาวะอ้วนลงพุง พบมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างชัดเจนและโอกาสเสี่ยงสูงกว่าปัจจัยเสี่ยงเพียงปัจจัยเดียวไม่ว่าจะใช้เกณฑ์การตัดสินของ the Adult Treatment Panel (ATP) III หรือ The International Diabetes Federation (IDF) และยังพบว่า ภาวะความดันโลหิตสูงและภาวะน้ำตาลในพลาสมาสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงอิสระเพียงสองปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดและการตายโดยรวม และในปี พ.ศ. 2547 จากการสำรวจสถานะสุขภาพ พบ ปัจจัยเสี่ยงหลัก มากกว่า 3 ปัจจัย ในผู้ชายถึงร้อยละ 7 และร้อยละ 6 ในเพศหญิง นอกจากนี้ยัง

<sup>13</sup> Juliana C. N. Chan; Vasanti Malik; Weiping Jia; et al. Diabetes in Asia: Epidemiology, Risk Factors, and Pathophysiology. *JAMA*. 2009;301(20):2129-2140.

<sup>14</sup> Piyanitr 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.

<sup>15</sup> S. Tanomsup, S. Tanomsup, W. Aekplakorn, And Etal. A Comparison Of Components of Two Definitions of The Metabolic Syndrome Related To Cardiovascular Disease And All-Cause Mortality In A Cohort Study In Thailand. *Diabetes Care*, Volume 30, Number 8, August 2007.

มักพบภาวะปัจจัยเสี่ยงทั้งความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูงและเบาหวานร่วมกันบ่อยๆ ในคนเดียวกัน รวมทั้งการปรากฏร่วมของปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ ได้แก่ การบริโภคยาสูบ เป็นต้น<sup>16, 17</sup>

อย่างไรก็ตามจากหลักฐานพบว่า การลดโอกาสการเกิดโรค ลดความรุนแรงของโรค และลดค่าใช้จ่ายและผลกระทบต่อเนื่องอื่นๆ ของภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวานยังขึ้นกับประสิทธิภาพของการบริการดูแลเพื่อการป้องกันการเกิดโรค ยังขึ้นกับ

- ก. จัดบริการมุ่งเน้นไปที่สาเหตุการเกิดโรคและการดำเนินโรคต่อเนื่อง ได้แก่
  - a. การบริการสนับสนุนลดโอกาสเสี่ยงของกลุ่มก่อนเป็นโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน
  - b. กลุ่มเมตาโบลิค
  - c. กลุ่มสหปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือ ความเสี่ยงสมบูรณ์ (absolute risk)
  - d. การเข้าถึงและคุณภาพการบริการ โดยเฉพาะในกลุ่มยากจนและก่อนยากจน
- ข. การบริการดูแลป้องกันควบคุมต้องใช้การดูแลทั้งโดยไม่ใช้ยาและใช้ยา
- ค. การจัดการของความเสี่ยงสมบูรณ์ (absolute risk) นอกจากขึ้นกับการลดพฤติกรรมเสี่ยงแล้วยังต้องใช้การป้องกันรักษาโดยใช้ยาตลอดช่วงชีวิตแต่เทคโนโลยีใหม่ๆ ได้แก่ วัคซีน การทดสอบ การรักษาแบบเคลื่อนที่ (ambulatory treatment) มีศักยภาพต่อการเพิ่มการเข้าถึงการป้องกันและจัดการโรคไม่ติดต่อ
- ง. คำเตือนที่ควรระมัดระวัง ได้แก่ ระยะต้นของโรคไม่ติดต่อจะไม่มีอาการและการรับรู้ความเสี่ยงค่อนข้างต่ำ (Slovic and others 2005) ดังนั้นทำให้เกิดความลำบากของการบรรลุความครอบคลุมสูงในการบริการป้องกันนอกจากจำนวนของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคและผู้เป็นโรคที่มีปริมาณจำนวนสูงเป็นล้านๆ คน แม้ว่าการดำเนินการป้องกันจะมีการดำเนินการประยุกต์ในวงกว้างก็ยังมีสัดส่วนของคนที่ไม่พัฒนาสู่สถานะสุขภาพที่รุนแรงจากสาเหตุทางชีวและสาเหตุที่ยังไม่รู้ด้วย
- จ. การเพิ่มความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดและการขาดความสนใจต่อการเพิ่มความชุกของปัจจัยเสี่ยงของหัวใจและหลอดเลือด การถกเถียงถึงความเป็นไปได้และแนวโน้มการเข้าถึงอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อการป้องกันปฐมภูมิจึงกำลังเพิ่มความสำคัญขึ้นเรื่อยๆ
- ฉ. อย่างไรก็ตามวิวัฒนาการของโรคไม่ได้เป็นแนวตรง (linear) ดังนั้น ความต่อเนื่องการดูแล (continuity of care) จึงมีความจำเป็น ความเจ็บป่วยไม่ได้จำกัดเฉพาะเงื่อนไขเดียว แท้จริงแล้วความ

<sup>16</sup> ปิ่นรส ขอนพุดชา, วิชัย เอกพลากร, ปิยทัศน์ ทศนาวิวัฒน์ และคณะ. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดูแลภาวะความดันโลหิตสูงในประเทศไทย: การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 3 พ.ศ. 2547.

<sup>17</sup> วีรยุทธ ชัยพรสุไพศาล, วิชัย เอกพลากร, อมร เปรมกมล และคณะ. โรคเบาหวาน ภาวะก่อนเบาหวาน และการควบคุมจัดการผู้ป่วยเบาหวานคนไทย พ.ศ. ๒๕๕๑. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. ปีที่ ๑ ฉบับที่ ๓-๔ ต.ค. - ธ.ค. ๒๕๕๐.

เสี่ยงและโรคต่างๆ พัฒนาไปกับอายุของคน ความเจ็บป่วยร่วม (comorbidity) พบได้บ่อยๆ ดังนั้น การดูแลที่ครอบคลุมเป็นภาพรวม(comprehensive care) จึงจำเป็น

- ข. ในกระบวนการดูแล การดำเนินการหนึ่งอาจนำไปสู่การดำเนินการอื่น เช่น การคัดกรองผู้สงสัย เป็นโรคหรือผู้เสี่ยงสูง เช่น การคัดกรองมะเร็ง เป็นต้น การทดสอบเพิ่มเติมและการรักษาเฉพาะ จำเป็นต้องมีตามมา ดังนั้น ความจำเป็นของการประสานการดำเนินการร่วมกันในการดูแลจึงเป็น ความจำเป็นเช่นกัน(coordination of care)

**“ความต่อเนื่อง ความครอบคลุมภาพรวม และการประสานการดูแล ต้องไปพร้อมกัน”**

(continuity, comprehensiveness and coordination of care)

จึงเป็นภาพลักษณ์สามประการของการให้บริการดูแลสุขภาพที่ต้องบรรลุเพื่อให้การดูแลที่มี ประสิทธิภาพสำหรับสถานะสุขภาพภาพที่เรื้อรัง (Rothman and Wagner 2003)

- ข. มาตรการและการดำเนินการร่วมที่มีประสิทธิผลในการลดปัญหาโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะกลุ่ม โรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน พบว่า สามารถป้องกันได้โดยการเข้าถึงการดูแลประชากร ยากจน จัดการความเสี่ยงในระดับการดูแลปฐมภูมิ ความมั่นใจในการมีและเข้าถึงยา การปฏิบัติ ตามแนวทางการปฏิบัติดูแลรักษาทั้งโดยไม่ใช้ยาและใช้ยา และการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนวิถี ชีวิตทั้งภายในและภายนอกการบริการสุขภาพ โดยเฉพาะปัจจัยเสี่ยงร่วมหลัก ได้แก่ การบริโภค ยาสูบ การบริโภคอาหารที่เกินไม่ได้สัดส่วน การขาดกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ การบริโภค แอลกอฮอล์เกิน อย่างไรก็ตามการดำเนินการ การดูแลสำหรับสถานะ โรคและปัจจัยเสี่ยงเรื้อรังที่มี ประสิทธิภาพโดยยึดการดูแลปฐมภูมิเป็นฐานจะมีผลดียิ่งขึ้นกับการดูแลรักษาต่อเนื่องที่มีคุณภาพ ซึ่งทำให้การบริการต้องการความต่อเนื่อง(continuity) ความครอบคลุมเบ็ดเสร็จ (comprehensiveness) และการประสานดำเนินการดูแล (coordination of care) ไปพร้อมๆ กับการ สนับสนุนการจัดการตนเองของผู้เสี่ยงและผู้เป็นโรค (self-management) ขณะเดียวกันการ เปลี่ยนแปลงการบริการนี้จากการดูแลแยกส่วนและตั้งรับปัญหาสุขภาพเฉียบพลันมากกว่ามาสู่การ ตอบสนองเชิงรุกรอบด้านในการลดปัญหาโรคเรื้อรังจะเกิดไม่ได้ถ้าไม่มีการขับเคลื่อนสถาน บริการสาธารณสุขให้สามารถทำหน้าที่และสามารถปฏิบัติไปในทิศทางที่ปรับเปลี่ยนนี้ได้

## การป้องกันโรคไม่ติดต่อสู่การบูรณาการการบริหารจัดการโรคเรื้อรัง

จากขนาดและแนวโน้มของโรคที่มีขนาดใหญ่และเพิ่มขึ้นรวดเร็วทั้งยังมีลักษณะเรื้อรังและซับซ้อนของธรรมชาติของโรค ปัจจัยสาเหตุและปัจจัยกำหนด แนวทางทิศทางเป้าหมายการดำเนินการลดเสี่ยงลดโรค รวมทั้งความสำคัญของลักษณะและเงื่อนไขจำเป็นที่กล่าวถึงข้างต้นในการจัดบริการให้เกิดความต่อเนื่อง ครอบคลุม เป็ตเสร็จ ประสานดำเนินการดูแล และสนับสนุนการจัดการตนเองตลอดช่วงชีวิตไปพร้อมกัน จึงจำเป็นต้องมีการบริหารจัดการภาวะเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพให้เกิดความยั่งยืนไม่เกิดภาระโรค ความพิการ การบริการ และค่าใช้จ่าย

การบริหารจัดการโรคเรื้อรัง<sup>18</sup> คือ การบริหารจัดการให้เกิดการเข้าถึงอย่างเป็นระบบเพื่อประสานงานการดำเนินการดูแลสุขภาพข้ามระดับ (บุคคล, องค์กร, ท้องถิ่น และประเทศ) และหลักฐานที่บ่งชี้ว่าการประสานงานข้ามชุดเครือข่ายการดูแลและผู้ให้บริการดูแลจะมีประสิทธิผลมากกว่าการดำเนินการเดี่ยวๆและไม่ประสานกัน

องค์การอนามัยโลกนับเป็นองค์กรแรกๆ ที่เฝ้าระวังการขยายการจัดการโรค(Chronic diseases Management) จากรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง Wagner's Chronic Care Model ซึ่งมุ่งการปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้เจ็บป่วยในระดับบุคคลโดยพัฒนาองค์ประกอบบริการในสถานบริการเชื่อมโยงชุมชน มาสู่การบูรณาการเข้าถึงการดูแลประชากรและการป้องกันมากขึ้น และได้พัฒนารอบการปฏิบัติ “WHO's Innovative Care for Chronic Conditions Framework” ขึ้นให้สอดคล้องและเหมาะสมกับประเทศที่มีเศรษฐกิจปานกลางและต่ำ แผนภูมิกรอบการปฏิบัตินี้ประกอบด้วยองค์ประกอบสามเหลี่ยมหลักของหุ้นส่วนระหว่างผู้ป่วย ทีมดูแลสุขภาพ และชุมชน ที่มีการสนับสนุนให้เกิดความสามารถพร้อมปฏิสัมพันธ์และปฏิบัติเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นในการดูแลสถานะเรื้อรังจากองค์กรดูแลสุขภาพ องค์กรชุมชน และนโยบายสนับสนุนปฏิบัติการ(ด้านผู้นำ การบูรณาการ โครงสร้าง ทรัพยากรและสมรรถนะ เป็นต้น) กรอบการปฏิบัตินี้มุ่งเน้นไปที่ชุมชนและนโยบายเป็นการเข้าถึงเชิงระบบวงกว้างเพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลภาวะสุขภาพเรื้อรังมากกว่าจุดเน้นที่หน่วยการบริการดูแลปฐมภูมิเท่านั้น อันเป็นจุดเน้นของ Wagner's Chronic Care Model องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญต่อเป้าหมายการจัดการโรค (Disease Management) ไปที่ ๓ ระดับ ของการดูแลสุขภาพ ได้แก่ ระดับจุลภาค (Micro Level) ได้แก่ ระดับบุคคลและครอบครัว ระดับกลาง (Meso Level) ได้แก่ องค์กรการดูแลสุขภาพและชุมชน และ

<sup>18</sup> 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?

ระดับมหภาค (Macro Level) ได้แก่ ระดับนโยบายและการเงิน ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกได้พัฒนาเครื่องมือการประเมินสถานการณ์ทั้ง ๓ ระดับเพื่อเป็นเครื่องมือประกอบการพัฒนาตนเองสำหรับประเทศสมาชิก

อย่างไรก็ตาม แม้ว่ารูปแบบขององค์การอนามัยโลกนี้จะมีความพยายามที่จะพัฒนาให้เกิดการเพิ่มคุณภาพขององค์กรดูแลสุขภาพและนโยบายสนับสนุนไปที่กระบวนการเพิ่มคุณภาพบริการดูแลสุขภาพที่ตอบสนองภาวะสุขภาพเรื้อรังมากขึ้น แต่กรอบการปฏิบัติการยังขาดความชัดเจนของนโยบาย กลยุทธ์ ที่แสดงถึงและตอบสนองต่อสถานการณ์การป้องกันการเกิดโรคและการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของจำนวนภาระของโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อ ดังนั้น ในระยะ 5-6 ปีที่ผ่านมาจึงมีความพยายามในการใช้กรอบความคิดในการเข้าถึงนโยบายที่เป็นระบบอื่นซึ่งครอบคลุมการเกิดโรครายใหม่และการเพิ่มภาระโรค ได้แก่ รูปแบบด้านสาธารณสุขหรือสถานะแวดล้อมสำหรับสถานะสุขภาพเรื้อรัง (the ecological or public health model for chronic conditions) ซึ่งมีหลักการที่กล่าวถึงอิทธิพลของภาระเรื้อรังที่ต้องการการดำเนินการด้านนโยบายประชากรในวงกว้าง กิจกรรมชุมชน และการบริการสุขภาพไปพร้อมๆ กัน ซึ่งมีมตินี้ได้รวมเอา**ความต่อเนื่องของการป้องกันและการดูแล**ไว้ด้วยกัน (The continuum of prevention and care) จึงเกิดการสร้างรูปแบบกรอบการปฏิบัติการใหม่ๆ ในหลายพื้นที่นำร่องในหลายประเทศ รูปแบบนี้จะเน้นไปที่ปัจจัยกำหนดของโรค (the determinants of disease) ไปพร้อมๆ กับปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจ ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อทั้งปริมาณและคุณภาพของการดูแล นโยบายที่เกิดขึ้นบนพื้นฐานมิติที่คำนึงถึงสถานะแวดล้อมนี้จะเน้นไปที่ปฏิสัมพันธ์ระหว่างและปัจจัยที่อิงกันอยู่ทั้งภายในและข้ามระดับต่างๆ ของนโยบายสุขภาพ ทั้งนี้รวมเอาปฏิสัมพันธ์ของคนกับสิ่งแวดล้อมทั้งด้านสังคมวัฒนธรรมและกายภาพ และการสอบทานความไม่เสมอภาคในสุขภาพและสาเหตุที่เกิดขึ้น

จากการทดลองและประเมินผลรูปแบบนวัตกรรมนี้พบว่ารูปแบบนี้มีประโยชน์กับทั้งผู้ให้บริการและผู้ให้บริการ และยังสามารถเชื่อมโยงนโยบายของการบริการที่ครอบคลุมเบ็ดเสร็จภาพรวมทั้งด้านบริการสาธารณสุขและบริการดูแลสุขภาพระดับบุคคล ขยายบทบาทของชุมชนและท้องถิ่นต่อการสนับสนุนการปรับสภาพแวดล้อมทั้งด้านสังคมและกายภาพที่เอื้อทั้งการป้องกันการเกิดโรคในผู้เสี่ยงและประชาชนทั่วไปและสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้เป็นโรคไปพร้อมๆ กัน เช่น การกระตุ้นการเดินทาง การเคลื่อนไหวออกกำลัง การทำทางเดินและท้องเขียวเพื่อสุขภาพ ตลาดผักผลไม้ที่ปลอดภัยและเพียงพอเข้าถึงง่าย เป็นต้น

จากการทบทวนขององค์การอนามัยโลกและในหลายประเทศพบว่า ระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันของโลกยังไม่สามารถตอบสนองต่อสถานการณ์ของโรคเรื้อรังที่กำลังเผชิญอยู่ ลักษณะบริการที่ไม่ตอบสนอง

พบว่ามึลัษณะร่วมที่องค์การอนามัยโลกเรียกว่าลัษณะ Radar logic (= inappropriate care for chronic conditions) ที่มีลัษณะดังนีคือ

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

ขณะที่ยังมีอุปสรรคการดำเนินการป้องกันจัดการโรคเรื้อรังในภาพรวมอีกหลายประการที่ไม่ใช่เฉพาะระดับบุคคลและผู้ป่วย ได้แก่

- ➡ โครงสร้างภายในระดับชุมชนซึ่งเป็นสถานที่จำเป็นที่การดูแลป้องกันและจัดการโรคจะต้องเกิดขึ้นยังไม่เพียงพอและยั่งยืน
- ➡ การลดปัจจัยเสี่ยงโดยการส่งเสริมสนับสนุนนโยบายสาธารณะที่จำเป็นในชุมชน
- ➡ ประเด็นการให้การศึกษาคือต่อผู้บริการวิชาชีพทั้งด้านสาธารณสุขและการดูแลปฐมภูมิที่ไม่ได้รับการฝึกอบรมการวางแผนและการดูแลต่อเนื่องในการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรังมาก่อน โดยเฉพาะการให้เกิดผลลัพธ์การบริการที่จำเป็นใหม่ๆ เช่น การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต การสนับสนุนการจัดการตนเอง เป็นต้น

ดังนั้น การปรับบริการให้ตอบสนองโรคเรื้อรังให้มีความยั่งยืนในบริบทชุมชนหนึ่งๆ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งเพื่อลดรายโรคใหม่ รายป่วยใหม่ ภาระค่าใช้จ่าย และมีคุณภาพชีวิต ใน ๒ ประเด็น ทั้งด้านบริการสาธารณสุขและบริการสุขภาพรายคนและรายกลุ่ม ได้แก่

#### 1. การบูรณาการการเข้าถึงการป้องกันโรคไม่ติดต่อ

- ลดปัจจัยเสี่ยงร่วมสำคัญ
- ใช้ทรัพยากรชุมชนและการบริการสุขภาพร่วมกัน
- เชื่อมและสร้างความสมดุลของความพยายามเพื่อป้องกันสุขภาพ
- การสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจสุขภาพของตนเอง
- สร้างข้อตกลงกลยุทธร่วมกันระหว่างหุ้นส่วนต่างๆ ของทั้งรัฐและเอกชนในความพยายามเพื่อเพิ่มความร่วมมือและตอบสนองต่อความจำเป็นของประชากร

2. นำการป้องกันโรคไม่ติดต่อมาบูรณาการเข้าไปในการจัดระบบบริการการดูแลโรคเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพที่มีลักษณะข้างต้น

โดยมีแนวทางและข้อเสนอแนะแนวการจัดบูรณาการในหลายรูปแบบของการเข้าถึง ในที่นี้พอสรุปได้ดังนี้คือ

- a. การจัดปรับและเรียง วิสัยทัศน์ เป้าประสงค์ และกลยุทธ์ดำเนินการให้เกิดการบูรณาการบริการในภาพรวมให้เอื้อต่อการป้องกันและจัดการโรคที่ดีขึ้น
- b. การเชื่อมโยงการเข้าถึงการดูแลในระดับบุคคลและประชากร
- c. การสร้างการป้องกันเข้าไปในการริเริ่มการจัดการโรคเรื้อรัง
- d. ร่วมกันวางแผนเพื่อประสานความพยายามการดำเนินงานและ/หรือทรัพยากร
- e. กลไกสนับสนุนการใช้อำนาจร่วมกัน การสื่อสาร และการประสานงาน
- f. บูรณาการระดับบริการเพื่อเพิ่มการดูแลที่ครอบคลุมในภาพรวมเบ็ดเสร็จและต่อเนื่อง

นอกจากนั้น การบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพของโรคเรื้อรังนับเป็นหนึ่งในประเด็นสำคัญที่สุดในปัจจุบันที่การดูแลสุขภาพตะวันตกกำลังเผชิญอยู่ และนักวิเคราะห์ท่านหนึ่งได้ลงความเห็นว่ามัน เป็น “กุญแจสู่ระบบดูแลสุขภาพที่ยั่งยืน” (A Sustainable Health Care System)<sup>19</sup> ซึ่งจากการทบทวนพบว่าปัจจัยความสำเร็จจะประกอบด้วยปัจจัย 8 ประการได้แก่

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

สำหรับชุมชนไทย จากหลักฐานที่มีอยู่จากการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๗ พบว่า สถานการณ์การดูแลรักษาภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวานพบว่าผลลัพธ์ของการควบคุมความดันโลหิตได้ดีพบไม่ถึงร้อยละ 10 และมีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของผู้ป่วยในของโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน

<sup>19</sup> Rachlis, M.. Presentation to the 38<sup>th</sup> Annual Mackid Symposium on Chronic Disease Management Winnipeg, MB May 13, 2004.

จากเมื่อสิบปีที่ผ่านมาพบมากกว่า 10-14 เท่า เป็นต้น<sup>20</sup> สำหรับจังหวัดสกลนครจากหลักฐานข้อมูลสถานการณ์การบริการที่มีอยู่พบว่า จังหวัดได้มีความก้าวหน้าและความพยายามในการพัฒนาคุณภาพการบริการของทั้งจังหวัดโดยเน้นหนักที่การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การจัดทำแนวเวชปฏิบัติการดูแล แนวการส่งต่อผู้ป่วย นโยบายการพัฒนาบุคลากรด้านหน้า นโยบายการคัดกรองความดันโลหิตสูงและเบาหวาน และนโยบายการลดความแออัดผู้ป่วยในโรงพยาบาลใหญ่โดยเฉพาะกลุ่มโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เครือข่ายการจัดการความรู้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัด อย่างไรก็ตามพบว่ายังมีการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยในภาวะแทรกซ้อนและรายโรคใหม่ของทั้งเบาหวานและความดันโลหิตสูงนับ เป็นภาระการบริการอย่างมากแก่เครือข่ายบริการของจังหวัดสกลนคร

## เครื่องมือการประเมิน

ในการทบทวนเอกสาร<sup>21, 22, 23</sup> etc. เพื่อหาตัวอย่าง เครื่องมือประเมินตนเองที่เกี่ยวข้องกับการประเมินความร่วมมือด้านนโยบายการบริการสุขภาพ การบูรณาการ และการเสริมสร้างสมรรถนะชุมชนภายใต้กรอบความคิดการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic diseases prevention and management) ในครั้งนี้ พบว่า เครื่องมือการประเมินการจัดการโรคเรื้อรังส่วนใหญ่อยู่ในระดับจุลภาคหรือระดับบุคคล และระดับกลางหรือระดับองค์กรและชุมชน ส่วนเครื่องมือประเมินระดับนโยบายและการเชื่อมโยง การบูรณาการการป้องกันและจัดการโรค พบได้น้อย และเป็นการประเมินประสิทธิภาพไม่ใช่เครื่องมือประเมินระบบด้วยตนเองเพื่อการพัฒนา อย่างไรก็ตามได้พบ “เครื่องมือการประเมินประกอบการเพิ่มความเข้มแข็งการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรังผ่านการพูดคุย วางแผน และการประเมิน”<sup>24</sup> (A Tool, Strengthening Chronic Disease Prevention and Management through Dialogue, Planning and Assessment) ซึ่งพัฒนาขึ้นมาโดย Canada's Public Health Leader ประเทศแคนาดาที่มีความเหมาะสมใกล้เคียงเป้าประสงค์การประเมินในการศึกษาครั้งนี้ที่เน้นการประเมินตนเองเพื่อนำสู่การตัดสินใจพัฒนาวิสัยทัศน์

<sup>20</sup> สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3, พ.ศ. 2546-2547.

<sup>21</sup> Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) – MacColl Institute for Health care Innovation (USA). ·

<sup>22</sup> The Audit and Best Practice for Chronic Disease; Systems Assessment Tool (ABCD-SAT) – Menzies School of Health Research (NT, Australia).

<sup>23</sup> Self Management Assessment Tool for Community Health Organisations – Gill and Willcox (Vic, Australia).

<sup>24</sup> The Canadian Public Health Association (CPHA). A Tool, Strengthening Chronic Disease Prevention and Management through Dialogue, Planning and Assessment; 2007-2008. Available at <http://chronicdisease.cpha.ca> effective July 2008. This work was made possible through financial contributions from the Public Health Agency of Canada.



นโยบายและแผนด้วยตนเอง นอกจากนั้นเครื่องมือนี้ยังได้วางคำถามอยู่บนพื้นฐานข้อเท็จจริงและประสบการณ์การดำเนินการทั้งจากการทบทวนและการปฏิบัติจริงรวมทั้งปัจจัยแห่งความสำเร็จแปดปัจจัย ผลการประเมินจากกลุ่มคำถามนี้จะนำสู่การพูดคุยและวางแผนภาพรวมต่อไป โดยมีองค์ประกอบหลักของแนวคิดมาออกแบบเครื่องมือประเมินฯ ของประเทศแคนาดา ได้แก่ การเสริมสร้างการป้องกันเข้าไปในระบบ รูปแบบบูรณาการเพื่อป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง การเสริมสร้างความสามารถการทำงาน และการปฏิบัติการสร้างความร่วมมือ

### วัตถุประสงค์ของการสร้างเครื่องมือประเมิน

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

### ผลผลิตและที่คาดหวังจากการดำเนินการ

1. เครื่องมือการประเมินนโยบายการบริหารจัดการบริการและการเชื่อมโยง
  - a. ปัจจัยความสำเร็จสำคัญ
  - b. แนวคำถามของแต่ละปัจจัย
2. แผนงานความร่วมมือการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง (A collaborative planning )

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น

เพิ่มข้อมูลที่เหมาะสมสำหรับพื้นที่ได้แก่:

- ⇒ กลยุทธ์หรือเป้าประสงค์ของเขตภูมิภาคเพื่อการป้องกันโรคเรื้อรัง ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยกำหนดพื้นฐาน
- ⇒ กรอบการทำงานหรือรูปแบบที่ชี้นำการป้องกันและ/หรือความพยายามการจัดการโรคเรื้อรัง
- ⇒ ตัวอย่างเป้าหมาย ตัวชี้วัดการแสดงผล หรือสถิติที่ควรใช้ในการกำกับ ประเมินผล ที่สอดคล้องกับการทำงานในพื้นที่ เช่น ร้อยละของการเพิ่มประชากรที่บริโภคผลไม้และผักประจำวันตามข้อเสนอแนะ เป็นต้น

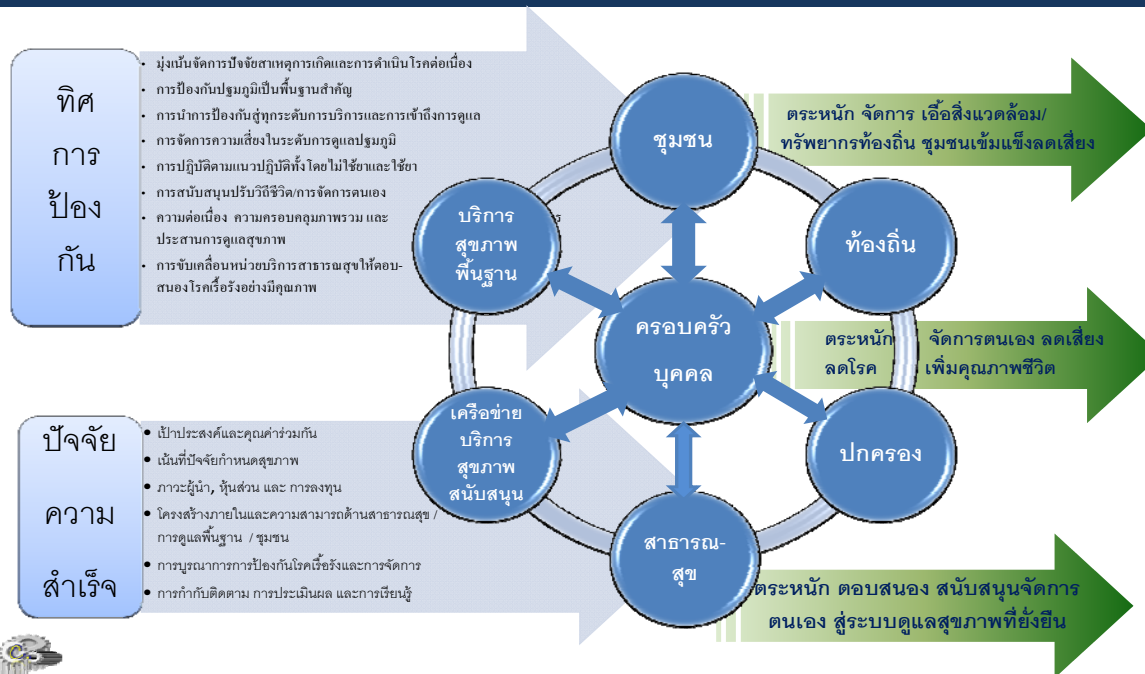
### กลุ่มเป้าหมาย

- ผู้ตัดสินใจนโยบายและผู้วางแผนงานรวมทั้งผู้รับผิดชอบหลักของกลุ่มบริการหลักที่ร่วมรับผิดชอบในการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรังซึ่งทำงานอยู่ใน
  - การบริการสาธารณสุข ทั้งในกระทรวงสาธารณสุขและนอกกระทรวงสาธารณสุข (สสส. สปสช.)
  - การบริการดูแลปฐมภูมิ
  - การดูแลในระยะเฉียบพลันหรือฉุกเฉินและการดูแลที่บ้าน
  - การดูแลนอกภาครัฐ
  - การดูแลนอกภาคสุขภาพ เช่น องค์กรบริหารท้องถิ่น ภาคชุมชน กระทรวงอื่นๆ

### กรอบแนวคิดการสร้างเครื่องมือประเมิน

จากผลการทบทวน แนวคิด กรอบการปฏิบัติ และตัวอย่างเครื่องมือที่เลือกใช้เป็นฐานหลักในการมาทดสอบและประยุกต์เป็นเครื่องมือประเมินนโยบายการบริการสุขภาพ การบูรณาการ และสมรรถนะชุมชน ด้วยตนเองเพื่อพัฒนาการขับเคลื่อนเป้าหมาย กลยุทธ์และแผนการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรังในพื้นที่ จึงได้สรุปออกมาเป็นแผนภูมิแสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบสำคัญและจำเป็นทั้งทิศการป้องกันเข้าถึงในระดับประชากรและปัจจัยความสำเร็จเพื่อการขับเคลื่อนกลไกความร่วมมือและสมรรถนะของผู้มีส่วนร่วมได้ประโยชน์หลักจากการปรับการบริการสุขภาพเดิมที่ตั้งรับรักษาแยกส่วนสู่ระบบการบริการสุขภาพที่ยั่งยืนเกิดการบูรณาการบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การดูแลโดยชุมชนเป็นฐาน และจัดการโรคเรื้อรัง เพื่อสนับสนุนให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน สู้ความตระหนัก จัดการตนเอง สนับสนุนให้เกิดปัจจัยเอื้อในสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรที่เพียงพอ และเสริมศักยภาพการปฏิบัติลดเสี่ยงโรค ชุมชนเข้มแข็งขึ้นและเพิ่มคุณภาพชีวิต ดังแสดงไว้ในแผนภูมิ

## **แผนภูมิ** กลไกความร่วมมือขับเคลื่อนการบูรณาการนโยบายและสมรรถนะสู่ความสำเร็จ การพัฒนาระบบการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรังไทย



### ลักษณะของเครื่องมือประเมิน

- นำเสนอภาพรวมและทิศทางการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง
- ให้ข้อมูลสนับสนุนการกระตุ้นความคิดและทิศทางการเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติของเครือข่ายบริการสุขภาพและสาธารณสุขที่น่าจะเกิดผลและไม่ใช่มิใช่เครื่องมือตรวจสอบมาตรฐานคุณภาพ
- ง่ายต่อการสังเคราะห์สรุปประเด็นหลักๆเพื่อนำมาพูดคุยปรึกษาหารือเพื่อหาทางออกและระบุประเด็นสู่การเพิ่มคุณภาพไม่ใช่ใบสั่งที่บอกรายละเอียดในทุกจุด
- มีลักษณะที่มีความยืดหยุ่นและนำไปใช้หรือปรับใช้ในการประเมินเพื่อพัฒนาในพื้นที่อื่นได้

### ผู้ใช้เครื่องมือประเมิน

ผู้วางแผนงานรวมทั้งผู้รับผิดชอบหลักของกลุ่มบริการหลักที่ร่วมรับผิดชอบในการป้องกันและจัดการโรค

## เครื่องมือประเมินตนเอง

ประกอบด้วย ๒ ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ ๑ แบบฟอร์มการเตรียมข้อมูลพื้นฐานเพื่อการประเมินการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสู่กรอบคุณภาพดูแลป้องกันและจัดการโรค

ส่วนที่ ๒ คำถามการประเมินและใบสรุปการประเมินความเข้มแข็งการป้องกันและจัดการดูแล ความดันโลหิตสูงและเบาหวานจังหวัดสกลนคร

โดยมีแนวการออกแบบคำถามเพื่อ วัตถุประสงค์ในการประเมินความสามารถในการปฏิบัติการให้บรรลุความสำเร็จโดยอิงบนผลลัพธ์และปัจจัยความสำเร็จที่ต้องและ/หรือควรมี และสามารถตอบได้ว่า

- ในการปฏิบัติงานเราอยู่ที่ไหนในปัจจุบัน
- โอกาสในการเสริมสร้างความสามารถในการปฏิบัติ

ทั้งนี้ ความสำคัญของการนำปัจจัยความสำเร็จเป็นทิศนำร่องในการจัดทำกลุ่มคำถามเพื่อสัมภาษณ์ และสรุปในแบบประเมินนั้นมีหลายประการ ได้แก่

- การลดปัญหาโรคเรื้อรังเป็นปัญหาเกี่ยวพันประชากรตลอดช่วงชีวิต มีขนาดใหญ่ และเกี่ยวข้องกับหลายมิติของสุขภาพ และต้องใช้ระยะเวลาในการดูแล
- การมองภาพรวม การกำหนดความคาดหวังและทิศร่วมกัน การบูรณาการ และความร่วมมือ การปฏิบัติในหลาย สาขา ภาคส่วน และระดับ รวมทั้งชุมชน ทุกระดับไปพร้อมกันอย่างต่อเนื่องจึงมีความสำคัญ
- การขับเคลื่อนให้เกิดการป้องกันและจัดการ โรคเรื้อรังขึ้นต้องอยู่บนการปรับและเพิ่มคุณภาพที่จำเป็นจากโครงสร้างการดูแลสุขภาพและการบริหารจัดการพื้นฐานเดิมให้ตอบสนองต่อลักษณะปัญหาสุขภาพใหม่
- การมีและเพิ่มคุณภาพปัจจัยความสำเร็จเพื่อให้เกิดผลต่อการขับเคลื่อนการดำเนินการดูแล ป้องกันและจัดการสถานะสุขภาพที่เรื้อรังจึงเป็นความจำเป็น
- การประเมินมองภาพปัจจัยความสำเร็จจะทำให้เห็นภาพใหญ่ในการบอกแนวทางการวางแผน โรคเรื้อรังในภาพรวม และสามารถพิจารณาความเชื่อมโยงของส่วนต่างๆของระบบสุขภาพ เพื่อป้องกันและจัดการ โรคเรื้อรัง

## แบบฟอร์มตัวอย่าง

การเตรียมข้อมูลพื้นฐานเพื่อการประเมินเพื่อพัฒนาคุณภาพระบบบริการสู่กรอบคุณภาพดูแลป้องกันและจัดการโรค

| I) ระบาดวิทยาพื้นฐานของความดันโลหิตสูงและเบาหวานในพื้นที่ของท่าน                                      |               |       |                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------|-------------------|
| ประเมินเมื่อวันที่ __ เดือน _____ พ.ศ. 255__                                                          |               |       |                   |
| โรค/ปัจจัยเสี่ยง                                                                                      | อัตรา/ความชุก | จำนวน | ปี/เอกสาร อ้างอิง |
| <b>กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด</b><br>% ของจำนวนการตายทั้งหมด<br>% ของจำนวนการป่วยและพิการ              |               |       |                   |
| <b>ภาวะความดันโลหิตสูง</b><br>ความชุก<br>จำนวนของรายใหม่                                              |               |       |                   |
| <b>ภาวะเบาหวานประเภทที่ 2</b><br>ความชุก<br>จำนวนของรายใหม่                                           |               |       |                   |
| <b>ภาวะอ้วน</b><br>ความชุก<br>จำนวนของรายใหม่                                                         |               |       |                   |
| <b>การบริโภคผักและผลไม้ประจำวัน</b><br>ความชุกบริโภคน้อยกว่า 5 ส่วนต่อวัน                             |               |       |                   |
| <b>กิจกรรมทางกาย</b><br>ความชุกของกิจกรรมทางกายกระฉับกระเฉง(ที่เพียงพอ)<br><b>(physically active)</b> |               |       |                   |
| <b>การบริโภคยาสูบ</b><br>ร้อยละของผู้ที่สูบบุหรี่ทุกวัน                                               |               |       |                   |
| <b>การบริโภคแอลกอฮอล์</b><br>ความชุกของผู้ดื่มแอลกอฮอล์ 12 แก้วมาตรฐานขึ้นไปต่อสัปดาห์                |               |       |                   |
| <b>การศึกษา</b><br>ร้อยละของผู้จบประถมศึกษา<br>ร้อยละของผู้จบมัธยมศึกษาหรือสายอาชีพระดับเทคนิค        |               |       |                   |
| <b>รายได้</b><br>ร้อยละของจำนวนผู้อยู่ต่ำกว่า Poverty line                                            |               |       |                   |
| <b>การเข้าถึงบริการ</b><br>ร้อยละของผู้ที่มีประกันสุขภาพ(ประเภทใดประเภทหนึ่ง)                         |               |       |                   |
| <b>ที่อยู่อาศัย</b><br>ร้อยละของผู้ที่ไม่มีที่อยู่อาศัย                                               |               |       |                   |

**ใบสรุปในการสัมภาษณ์และประเมินความเข้มแข็งการป้องกันและจัดการดูแล  
ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน จังหวัดสกลนคร ...ระดับ.....พื้นที่.....**

|                                                                                                                                                                                             |   |   |   |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| <b>คำถามกลุ่ม๑: คุณค่าและเป้าประสงค์สุขภาพร่วมกัน</b>                                                                                                                                       |   |   |   |   |
| <b>1.</b> ปัจจุบันผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ <u>เข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานร่วมกัน</u> อย่างไรเพื่อเสริมความเข้มแข็งในการป้องกันและจัดการดูแลโรคเรื้อรัง                                       |   |   |   |   |
| สรุปประเด็น:                                                                                                                                                                                |   |   |   |   |
| 0                                                                                                                                                                                           | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <b>2.</b> ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ (หุ้นส่วน) ได้พูดคุยถึง <u>ประเด็นการพัฒนาคุณค่าร่วมกัน</u> อย่างไรบ้างเพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติของตนให้เกิดความเข้มแข็งในการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง |   |   |   |   |
| สรุปประเด็น:                                                                                                                                                                                |   |   |   |   |
| 0                                                                                                                                                                                           | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <b>3.</b> ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ระบุประเด็นของการพัฒนา <u>เป้าประสงค์ร่วมกัน</u> อย่างไรสำหรับการทำงานในการเพิ่มความเข้มแข็งการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง                                |   |   |   |   |
| สรุปประเด็น:                                                                                                                                                                                |   |   |   |   |
| 0                                                                                                                                                                                           | 1 | 2 | 3 | 4 |

**คำถามกลุ่ม๒: มุ่งเน้นต่อปัจจัยกำหนดของสุขภาพ**

**4. ปัจจัยกำหนดทางสังคมต่อสุขภาพถูกประเมินและติดตามในชุมชนได้อย่างไร**

สรุปประเด็น:

0

1

2

3

4

**5. ข้อมูลปัจจัยกำหนดทางสังคมต่อสุขภาพ ถูกยอมรับในกระบวนการกิจกรรมหลัก การวางแผน และการประเมินผล ของผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์**

สรุปประเด็น:

0

1

2

3

4

**6. ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์จะรวมเอาภาคส่วนต่างๆ มาช่วยกันวางแผนประเด็นปัจจัยกำหนดทางสังคมต่อสุขภาพ 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

**คำถามกลุ่ม๒: มุ่งเน้นต่อปัจจัยกำหนดของสุขภาพ**

**9.** กลไกอะไรที่ถูกพัฒนาขึ้นให้เกิดความร่วมมือกับโรงเรียน /สถานศึกษา เพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเรื้อรัง

สรุปประเด็น:

0

1

2

3

4

**10.** กลไกอะไรที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อให้เกิดความร่วมมือกับสถานที่ทำงาน เพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเรื้อรัง

สรุปประเด็น:

0

1

2

3

4

**คำถามกลุ่ม๓: สมรรถนะด้านสาธารณสุขและโครงสร้างภายใน**

**11.** องค์การสาธารณสุขประเมินความจำเป็น/ความต้องการด้านสุขภาพในชุมชนอย่างไร

สรุปประเด็น:

0

1

2

3

4

**12.** องค์การสาธารณสุขวางแผนสำหรับทรัพยากรมนุษย์ที่ต้องการอย่างไรในการป้องกันและจัดการดูแลโรคเรื้อรัง

สรุปประเด็น:

0

1

2

3

4



**คำถามกลุ่ม๓: สมรรถนะด้านสาธารณสุขและโครงสร้างภายใน**

**13. องค์การสาธารณสุขสนับสนุนทีมบุคลากรขององค์กรในการพัฒนาความสามารถที่ต้องการเพื่อการป้องกันและจัดการดูแลโรคเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพได้อย่างไร**

สรุปประเด็น:

0

1

2

3

4

**14. ทรัพยากรอะไรที่องค์กรสาธารณสุขได้จัดสรรเพื่อนำแผนทรัพยากรมนุษย์และกิจกรรมการฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องสู่การปฏิบัติ**

สรุปประเด็น:

0

1

2

3

4

**15. มีอะไรที่นำไปเพื่อให้แน่ใจได้ว่าทุกบริการและโปรแกรมต่างๆได้ถูกพัฒนา หรือปรับให้เข้ากับประชากรซึ่งต้องเผชิญต่ออุปสรรคการเข้าถึงบริการหรือโปรแกรมนั้นๆ**

สรุปประเด็น:

0

1

2

3

4

**16. “รากของสาเหตุ” ถูกนำเข้าพิจารณาในการพัฒนาโปรแกรมที่กล่าวถึงการป้องกันโรคเรื้อรังได้อย่างไร**

สรุปประเด็น:

0

1

2

3

4

|                                                                                                                              |   |   |   |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| <b>คำถามกลุ่ม๔: สมรรถนะด้านการดูแลปฐมภูมิ(Primary care) และโครงสร้างภายใน</b>                                                |   |   |   |   |
| <b>17. การดูแลปฐมภูมิมีบทบาทอย่างไรกับแผนของภูมิภาคและท้องถิ่นในการป้องกันและจัดการดูแลโรคเรื้อรัง</b>                       |   |   |   |   |
| สรุปประเด็น:                                                                                                                 |   |   |   |   |
| 0                                                                                                                            | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <b>18. ความจำเป็นและความต้องการเพื่อการดูแลปฐมภูมิจะถูกประเมินมาได้อย่างไร</b>                                               |   |   |   |   |
| สรุปประเด็น:                                                                                                                 |   |   |   |   |
| 0                                                                                                                            | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <b>19. แผนภูมิภาคและท้องถิ่นเพื่อทรัพยากรมนุษย์ที่ต้องการในการดูแลปฐมภูมิในการป้องกันและจัดการดูแลโรคเรื้อรังเป็นอย่างไร</b> |   |   |   |   |
| สรุปประเด็น:                                                                                                                 |   |   |   |   |
| 0                                                                                                                            | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <b>20. ผู้ให้บริการดูแลปฐมภูมิได้รับการสนับสนุนอย่างไรในการพัฒนาความสามารถที่จำเป็นเพื่อการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง</b>   |   |   |   |   |
| สรุปประเด็น:                                                                                                                 |   |   |   |   |
| 0                                                                                                                            | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <b>21. ทรัพยากรอะไรที่ถูกจัดสรรในการนำแผนทรัพยากรมนุษย์และกิจกรรมการฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องสู่การปฏิบัติ</b>                    |   |   |   |   |
| สรุปประเด็น:                                                                                                                 |   |   |   |   |
| 0                                                                                                                            | 1 | 2 | 3 | 4 |

|                                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| <b>คำถามกลุ่ม๔: สมรรถนะด้านการดูแลปฐมภูมิ(Primary care) และโครงสร้างภายใน</b>                                                                                                   |   |   |   |   |
| <b>22. จะต้องทำอะไรบ้างเพื่อให้แน่ใจได้ว่าประชากรทั้งหมดสามารถเข้าถึงการบริการดูแลปฐมภูมิ ได้</b>                                                                               |   |   |   |   |
| สรุปประเด็น:                                                                                                                                                                    |   |   |   |   |
| 0                                                                                                                                                                               | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <b>23. ภูมิภาคท้องถิ่นได้เข้าถึงข้อมูลหลักฐานอย่างไรในการพัฒนาแผนการบริการปฐมภูมิในการป้องกันและจัดการดูแลโรคเรื้อรัง</b>                                                       |   |   |   |   |
| สรุปประเด็น:                                                                                                                                                                    |   |   |   |   |
| 0                                                                                                                                                                               | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <b>24. ผู้ให้บริการการดูแลปฐมภูมิได้รับการสนับสนุนในการนำแนวทางการป้องกันทางคลินิกและการเข้าถึงการจัดการตนเองเพื่อการป้องกันและจัดการดูแลโรคเรื้อรังสู่การปฏิบัติได้อย่างไร</b> |   |   |   |   |
| สรุปประเด็น:                                                                                                                                                                    |   |   |   |   |
| 0                                                                                                                                                                               | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <b>25. อะไรคือสิ่งกระตุ้นให้ผู้ให้บริการในการดูแลปฐมภูมิเกิดการพัฒนาความสามารถในการป้องกันและจัดการดูแลโรคเรื้อรัง</b>                                                          |   |   |   |   |
| สรุปประเด็น:                                                                                                                                                                    |   |   |   |   |
| 0                                                                                                                                                                               | 1 | 2 | 3 | 4 |

**คำถามกลุ่ม๔: สมรรถนะด้านการดูแลปฐมภูมิ(Primary care) และโครงสร้างภายใน**

- 26.** อะไรคือกลไกที่มีอยู่เพื่อสนับสนุนข้อมูลและการส่งต่อระหว่างผู้ให้การดูแลปฐมภูมิ สาธารณสุข การดูแลที่บ้าน และการดูแลเฉียบพลัน เพื่อการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง

สรุปประเด็น:

0

1

2

3

4

**คำถามกลุ่ม๕: 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

**คำถามกลุ่ม๕: สมรรถนะของชุมชนและโครงสร้างภายใน**

- 30.** กลุ่มชุมชน/ องค์กร ระดมทรัพยากรที่ต้องการในการทำงานการป้องกันและจัดการกับโรคที่เรื้อรังของพวกเขา  
อย่างไร

สรุปประเด็น:

0

1

2

3

4

- 31.** กลุ่มชุมชน/ องค์กร เรียนรู้จากประสบการณ์ของพวกเขา และจากการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องในการป้องกันและ  
จัดการดูแลโรคที่เรื้อรังได้อย่างไร

สรุปประเด็น:

0

1

2

3

4

**คำถามกลุ่ม๖: การบูรณาการการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง**

- 32.** ท่ามกลางผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ที่เป็นกุญแจหลัก ความเข้าใจต่อการเข้าถึงการป้องกันและจัดการโรค  
เรื้อรังผ่านทางความร่วมมือ และระบบต่างๆ ที่มีอยู่นั้นเป็นรูปแบบลักษณะใด

สรุปประเด็น:

0

1

2

3

4

- 33.** ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ร่วมมือวางแผนกันอย่างไรเพื่อเพิ่มความเข้มแข็งในการป้องกันและจัดการโรค  
เรื้อรัง

สรุปประเด็น:

0

1

2

3

4

**คำถามกลุ่ม๖: การบูรณาการการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง**

**34. กลไกอะไรที่ถูกพัฒนาให้สนับสนุนการบูรณาการบริการเชื่อมโยงความต่อเนื่องของการบริการการป้องกันและจัดการโรค**

สรุปประเด็น:

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

**35. ระบบอะไรที่มีอยู่ในการทำให้ง่ายขึ้นในการใช้ข้อมูลร่วมกันเพื่อกำกับติดตาม การเฝ้าระวัง และการประเมินผลระหว่างผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์**

สรุปประเด็น:

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

**36. ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ร่วมมือในการพัฒนาข่าวสารสุขภาพที่เป็นกุญแจ เพื่อสนับสนุนการดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพและการจัดการตนเองของโรคเรื้อรัง**

สรุปประเด็น:

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

**คำถามกลุ่ม๗: การกำกับ ประเมินผล และเรียนรู้**

**37. หลักฐานถูกนำไปใช้เป็นแนวทางการวางแผน และกิจกรรมปฏิบัติ ในระบบการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรังในเขตภูมิภาค ได้อย่างไร**

สรุปประเด็น:

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

**คำถามกลุ่ม๗: การกำกับ ประเมินผล และเรียนรู้**

**38.** ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์พัฒนาความสามารถของเจ้าหน้าที่ /อาสาสมัคร สำหรับการกำกับติดตาม การประเมินผล และการเรียนรู้ ในประเด็นการป้องกันและจัดการดูแลโรคเรื้อรังได้อย่างไร

สรุปประเด็น:

0

1

2

3

4

**39.** ดัชนีชี้วัด และระบบอะไรที่ถูกใช้กำกับติดตามผลลัพธ์ของการป้องกัน และจัดการโรคเรื้อรัง

สรุปประเด็น:

0

1

2

3

4

**40.** ความสามารถเขตภูมิภาคสำหรับการวิเคราะห์อย่างสม่ำเสมอการแปลผลและการรายงานของผลลัพธ์การป้องกันและจัดการดูแลโรคเรื้อรัง

สรุปประเด็น:

0

1

2

3

4

**คำถามกลุ่ม๘: ภาวะผู้นำ การมีหุ้นส่วน และการลงทุน**

- 41. ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ระดับความสำคัญและกิจกรรมปฏิบัติร่วมกันสำหรับการเพิ่มความเข้มแข็ง การป้องกันและการจัดการดูแลโรคเรื้อรังได้ อย่างไร**

สรุปประเด็น:

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

- 42. ทรัพยากรอะไรได้ถูกเป็นพันธมิตรผูกพันที่ใช้ในการเข้าถึงในภาพรวมสำหรับการป้องกันและการจัดการดูแลโรคเรื้อรัง และเวลาช่วงใดที่พันธมิตรผูกพันนี้ได้ถูกทำขึ้น**

สรุปประเด็น:

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

- 43. ใครเป็นผู้ประสานงานกลยุทธ์ภาพรวมเขตเพื่อการป้องกันและการจัดการดูแลโรคเรื้อรัง**

สรุปประเด็น:

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

- 44. ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ทำอะไรที่จะเกิดรูปแบบสิ่งแวดล้อมการทำงานที่สร้างเสริมสุขภาพ**

สรุปประเด็น:

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

- 45. กลไกความรับผิดชอบอะไรที่ได้ถูกพัฒนาขึ้นในการกำกับติดตามนโยบายและผลลัพธ์ของโปรแกรม ของ การป้องกันและการจัดการกับโรคเรื้อรัง**

สรุปประเด็น:

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



### คำอธิบายประกอบการสัมภาษณ์และสรุปประเมิน

#### คำถามกลุ่ม ๑: คุณค่าและเป้าหมายประสงค์สุขภาพร่วมกัน

#### 1. ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์เข้ามาร่วมกันในการทำงานเพื่อเสริมความเข้มแข็งในการป้องกันและจัดการดูแลโรคเรื้อรังได้อย่างไร

คำอธิบาย: ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถได้รับประโยชน์จากการวางแผนโครงสร้างและกระบวนการที่สนับสนุนการทำงานร่วมกัน โครงสร้างนี้จะเอื้ออำนวยด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล การวางแผน และกิจกรรมต่างๆ

ความสำคัญของการทำงานร่วมกันอยู่ที่ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องแต่ละท่านต้องยอมรับในความแตกต่าง ทั้งในเรื่องทรัพยากร ความสามารถ และทักษะความรู้ซึ่งกันและกัน ซึ่งอาจใช้ในการหาทางออกระหว่างกัน และการจัดการความต้องการที่แตกต่างอย่างเหมาะสม

| ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ในภาคส่วนต่างๆ ในแต่ละพื้นที่กำลังทำงานในลักษณะต่างคนต่างทำ | เครือข่ายต่างๆของผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ (แม้ว่าจะทำงานโรคเรื้อรังที่ต่างกัน) มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกันเป็นปกติและสม่ำเสมอ | บางส่วนของผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์มีการพบปะสม่ำเสมอเพื่อวางแผนร่วมกัน | มีการวางแผนร่วมกันจากผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์และได้พบปะกันอย่างสม่ำเสมอ | ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ตกลงที่จะทำงานร่วมกันต่างยอมรับการทำงานกลยุทธ์ภาพรวมเพื่อการป้องกันและจัดการดูแล และความพยายามที่ใช้ทรัพยากรร่วมกัน เพื่อสนับสนุนการทำงานของของกลุ่ม |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0                                                                                   | 1                                                                                                                                    | 2                                                                     | 3                                                                       | 4                                                                                                                                                                            |

#### 2. ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ ได้พูดคุยถึงประเด็นการพัฒนาคุณค่าร่วมกันอย่างไร เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติของตนให้เกิดความเข้มแข็งในการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง

คำอธิบาย: คุณค่าร่วมกัน (Common Values) ต่างๆ จะเป็นการวางรากฐานที่แข็งแรงให้กับผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ในการดำเนินการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรังร่วมกัน

| ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ไม่ได้มีการพูดคุยกันถึงคุณค่าของตนต่อประเด็นของการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง | ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ ได้มีการพูดคุยกันถึงคุณค่าของตนต่อประเด็นดังกล่าวแต่ไม่ได้นำสู่การจัดทำแถลงการณ์ร่วมกัน | ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ตกลงในแถลงการณ์ที่แสดงชัดเจนถึงคุณค่าร่วมกันของตนต่อประเด็นการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง | ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ใช้คุณค่าร่วมกันนี้เพื่อเป็นข้อมูลการทำงานของตนเองร่วมกัน | ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์พัฒนาแผนยุทธศาสตร์และแผนการปฏิบัติบนพื้นฐานคุณค่าร่วมกัน |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 0<br>ไม่                                                                                              | 1<br>ให้                                                                                                         | 2<br>ให้พอใช้                                                                                                     | 3<br>ดี                                                                           | 4<br>ดีมาก                                                                       |

### คำถามกลุ่ม ๑: คุณค่าและเป้าประสงค์สุขภาพร่วมกัน

#### 3. ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ระบุประเด็นของการพัฒนาเป้าประสงค์ร่วมกันสำหรับการทำงานในการเพิ่มความเข้มแข็งการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรังได้อย่างไร

คำอธิบาย: เป้าหมายร่วมกันบนข้อมูลหลักฐานสำหรับสถานะสุขภาพและการกระทำที่แสดงออกมาของระบบสุขภาพในพื้นที่ของท่านควรเป็นข้อมูลบ่งบอกแผนกลยุทธ์และแผนการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์

| ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ไม่ได้มีการพัฒนาเป้าประสงค์ร่วมกันเพื่อการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง | ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ได้ร่วมตลอดกระบวนการที่เป็นทางการของการจัดทำเป้าประสงค์ร่วมกันบนข้อมูลหลักฐาน | เป้าประสงค์ร่วมกันนั้นได้รับการรับรองอย่างเป็นทางการโดยผู้นำของผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ในแต่ละส่วน | เป้าประสงค์เหล่านั้นถูกสะท้อนอยู่ในแผนการดำเนินงานและยุทธศาสตร์ของผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ทุกภาคส่วนที่มีส่วนร่วม (เช่น แต่ละภาคส่วนต่างระบุการดำเนินงานที่ส่งผลให้พุ่งตรงไปที่การบรรลุเป้าหมาย) | ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์มีการทบทวนทบทวนความก้าวหน้าที่มีผลในการบรรลุเป้าประสงค์อย่างสม่ำเสมอ และเป้าประสงค์ได้ถูกทำให้ทันสมัยตามความต้องการจากการทบทวน |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0                                                                                             | 1                                                                                                     | 2                                                                                                  | 3                                                                                                                                                                                                | 4                                                                                                                                                      |

### คำถามกลุ่ม ๒: มุ่งเน้นต่อปัจจัยกำหนดของสุขภาพ

#### 4. ปัจจัยกำหนดทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพถูกประเมินและติดตามในชุมชนได้อย่างไร

คำอธิบาย: ข้อมูลปัจจัยกำหนดทางสังคมด้านสุขภาพ และความไม่เสมอภาคด้านสุขภาพ (*Health inequities*) มีความสำคัญในการออกแบบโปรแกรมและกิจกรรมสำหรับการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรังให้ยั่งยืน

แต่ละประสบการณ์ของบุคคลต่างๆ ในปัญหา ทั้ง ด้าน อาหาร ที่อยู่อาศัย และรายได้ ตัวอย่างเช่น สถานะทางอาชีพหรือ/และเศรษฐกิจ อาจเสี่ยงสูงเพิ่มมากกว่าในการพัฒนาโรคเรื้อรังบางโรค และอาจมีความลำบากในการเข้าถึงการบริการสุขภาพ

| ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ ไม่ได้เก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยกำหนดทางสังคมต่อสุขภาพ | ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ตระหนักถึงความสำคัญของการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยกำหนดทางสังคมต่อสุขภาพ | ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ระบุตัวชี้วัดปัจจัยกำหนดทางสังคมต่อสุขภาพที่บ่งชี้แสดงถึงประเด็นได้ตรงกับงานของตนมากที่สุด | ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ได้พัฒนาภาคีเครือข่าย/ระบบที่จำเป็นเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยกำหนดทางสังคมต่อสุขภาพ | ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยกำหนดสังคมด้านสุขภาพสม่ำเสมอและได้ใช้ข้อมูลนี้ในการออกแบบโปรแกรมและการจัดลำดับความสำคัญ |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0                                                                           | 1                                                                                             | 2                                                                                                                  | 3                                                                                                               | 4                                                                                                                                           |

## คำถามกลุ่ม ๒: มุ่งเน้นต่อปัจจัยกำหนดของสุขภาพ

### 5. ข้อมูลปัจจัยกำหนดทางสังคมต่อสุขภาพ ถูกยอมรับหรือไม่ อย่างไร ในกระบวนการกิจกรรมหลัก การวางแผน และการประเมินผล ของผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์

**คำอธิบาย:** เพื่อให้แน่ใจว่า ข้อมูลปัจจัยกำหนดทางสังคมต่อสุขภาพถูกนำไปใช้เข้าไปในระบบงานขององค์กรในหน่วยงานแต่ละองค์กร โดยผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ควรจะตระหนักถึงข้อมูลปัจจัยกำหนดฯ ในขั้นตอนกระบวนการที่เป็นกฎอย่างเป็นกิจจะลักษณะ ได้แก่ ในแถลงการณ์พันธกิจขององค์กร กระบวนการวางแผน และโครงการประเมินผล แม้ว่าการประเมินผลกระทบของโครงการที่เกี่ยวกับข้อมูลปัจจัยกำหนดฯ อาจจะยากที่จะประเมินเพราะมีปัจจัยจำนวนมากเข้ามาเกี่ยวข้อง ดังนั้น โครงการที่มีความจำเพาะเจาะจงถึงปัจจัยกำหนดฯ จึงต้องการกลยุทธ์การประเมินผลที่ตระหนักถึงความเชื่อมโยงเบื้องหลังปัจจัยกำหนดแต่ละปัจจัยบนพื้นฐานหลักฐานที่ดีที่สุดและทฤษฎีที่เป็นปัจจุบันที่สุด

| ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ ไม่ได้มีการพิจารณา ข้อมูลปัจจัยกำหนดทางสังคมต่อสุขภาพ เป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินการกิจกรรมหลัก | ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ มีความตระหนักถึงข้อมูลปัจจัยกำหนดทางสังคมต่อสุขภาพ แต่ไม่ได้พัฒนากิจกรรมใดๆ ที่เกี่ยวกับจุดมุ่งเน้นในส่วนนี้ | ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ ได้รวมปัจจัยกำหนดทางสังคมต่อสุขภาพ เป็นหลักสำหรับกระบวนการวางแผน (รวมถึงความสัมพันธ์ของตัวแทนชุมชนจากกลุ่มต่างๆ) แต่ยัง 'ไม่มีการพัฒนา' กิจกรรมที่เฉพาะเจาะจง | ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ มีการพัฒนากิจกรรมที่เฉพาะเจาะจง ที่เน้นการกล่าวถึงปัจจัยกำหนดทางสังคมต่อสุขภาพ | ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ มีการประเมินผลกิจกรรมบนพื้นฐานที่กล่าวถึงปัจจัยกำหนดทางสังคมต่อสุขภาพ |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0                                                                                                                     | 1                                                                                                                                     | 2                                                                                                                                                                                      | 3                                                                                                       | 4                                                                                              |

### 6. ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์จะรวมเอาภาคส่วนต่างๆ มาช่วยกันวางประเด็นปัจจัยกำหนดทางสังคมต่อสุขภาพที่สอดคล้องต่อการป้องกันและจัดการดูแลโรคเรื้อรังได้อย่างไร

**คำอธิบาย:** มีหลายประเด็นที่เชื่อมโยงกับปัจจัยกำหนดทางสังคมต่อสุขภาพ/ความไม่เสมอภาคด้านสุขภาพ ความต้องการการเข้าถึงที่นอกเหนือจากหน่วยงานสุขภาพ ความสามารถที่ทำให้การทำงานจากหลายภาคส่วนมีประสิทธิภาพในระดับการให้บริการพอๆ กับระดับนโยบาย นั้น นับเป็นทักษะสำคัญสำหรับการทำงานประเภทนี้ โครงสร้างที่ต่อเนื่องนี้ เช่น ความร่วมมือกันเป็นหนึ่งเดียวกัน สามารถช่วยจัดตั้งให้การเข้าถึงจากหลายภาคส่วนกลายเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรในการเข้าไปจัดการกับปัจจัยกำหนดสังคมด้านสุขภาพ

| ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ ไม่ได้มีการร่วมมือกับหลายภาคส่วน | ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ รู้ว่าภาคส่วนใดต้องมีความเกี่ยวข้องกับประสานงานกันกับหน่วยงานอื่น (นอกเหนือจากหน่วยงานสุขภาพ) ที่ระดับด้านหน้ามีการร่วมมือ เป็นครั้งคราว | ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ ประสานงานการทำงานด้านหน้าระหว่างภาคส่วนต่างๆ อย่างเป็นกิจวัตรประจำวัน | ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ มีการพัฒนาโครงสร้างอย่างต่อเนื่องเพื่อสนับสนุนการทำงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยกำหนดทางสังคมฯ | ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ มีการทำงานร่วมกันผ่านทางโครงสร้างที่มีอิทธิพลต่อนโยบาย (ในระดับเทศบาล จังหวัด เขต หรือประเทศ) เชื่อมโยงกับปัจจัยกำหนดทางสังคมฯ |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0                                                         | 1                                                                                                                                                                 | 2                                                                                              | 3                                                                                                                                             | 4                                                                                                                                                       |

## คำถามกลุ่ม ๒: มุ่งเน้นต่อปัจจัยกำหนดของสุขภาพ

### 7. อะไรคือทรัพยากรหรือความช่วยเหลืออื่นๆ ที่มีอยู่เพื่อการสนับสนุนกิจกรรมชุมชนที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยกำหนดทางสังคมต่อสุขภาพ

**คำอธิบาย:** กลุ่มต่างๆ ของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยกำหนดทางสังคมต่อสุขภาพยังไม่มีแนวโน้มการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในสังคม กลุ่มต่างๆ ของชุมชนที่ช่วยพัฒนาความสามารถของสมาชิกด้วยโอกาสของสังคมให้มีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ จัดระบบตนเอง และผลักดันสนับสนุนสิทธิของคนเหล่านั้นสามารถทำให้เกิดการสนับสนุนสำคัญต่อปัจจัยกำหนดทางสังคมฯ **การจัดองค์กรในชุมชนสามารถสนับสนุนกลุ่มด้วยโอกาสของชุมชนเหล่านี้โดยการจัดการเข้าถึงทรัพยากร** (เช่น เงินสนับสนุน พื้นที่การจัดประชุม นักพัฒนาชุมชน เวลาการส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น) ชุมชนและความเชี่ยวชาญ

| ไม่มีทรัพยากรสนับสนุนใดๆ สำหรับกิจกรรมชุมชนที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยกำหนดทางสังคมต่อสุขภาพ | ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ ให้การสนับสนุนชุมชนกลุ่มต่างๆ เป็นครั้งคราว เพื่อจัดการกับปัจจัยกำหนดทางสังคมต่อสุขภาพ | ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ มีการสนับสนุนชุมชนกลุ่มต่างๆ เป็นประจำ เช่น ให้การเข้าถึงพื้นที่จัดการประชุม เป็นต้น | ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ มีการจัดเวลาของผู้ปฏิบัติงานเพื่อสนับสนุนกลุ่มชุมชนในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยกำหนดทางสังคมต่อสุขภาพ | ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ มีนโยบายที่พัฒนาอย่างดีสำหรับสนับสนุนการพัฒนาชุมชน สนับสนุนทรัพยากร และชุมชนกลุ่มต่างๆเป็นผู้มีส่วนร่วมในการระบุลำดับความสำคัญ |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0                                                                                       | 1                                                                                                               | 2                                                                                                             | 3                                                                                                                                  | 4                                                                                                                                                       |

### 8. ในปัจจุบัน มีกฎหมาย กฎระเบียบ หรือข้อบังคับใดในเขตพื้นที่ของท่าน ที่เสริมสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพหรือไม่

คำอธิบายคำถาม: -

| ไม่มีกฎหมาย กฎระเบียบ ข้อบังคับใดๆในพื้นที่ | ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ ได้ระบุกลยุทธ์ที่เป็นกฎหมาย กฎระเบียบ ข้อบังคับ สำหรับการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพเป็นประเด็นที่มีลำดับสำคัญ | ภาคีเครือข่ายระหว่างภาคส่วนต่างๆ ได้ถูกพัฒนาเพื่อการเริ่มต้นทำงานในยุทธศาสตร์เหล่านี้ | การสนับสนุนการดำเนินการไปถึงระดับที่เหมาะสมของรัฐบาลต่อประเด็นกลยุทธ์ต่างๆ เช่น การณรงค์สื่อสารสู่สาธารณะ | การนำกฎหมาย กฎระเบียบ ข้อบังคับสู่การปฏิบัติโดยรัฐบาล |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 0                                           | 1                                                                                                                                                  | 2                                                                                     | 3                                                                                                         | 4                                                     |

## คำถามกลุ่ม ๒: มุ่งเน้นต่อปัจจัยกำหนดของสุขภาพ

### 9. กลไกอะไรที่ถูกพัฒนาขึ้นให้เกิดความร่วมมือกับโรงเรียน /สถานศึกษา เพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเรื้อรัง

**คำอธิบาย:** โรงเรียน/สถานศึกษาเป็นกุญแจสำคัญชัดเจนเพื่อการเริ่มต้นการป้องกันโรคเรื้อรัง เสมือนมีประชากร “เชลยหรือจับไว้” ที่เรียกว่า “captive” ของประชาชนอายุน้อยผู้ซึ่งอยู่ในกระบวนการก่อตัวทางความและนิสัยที่เชื่อมโยงไปสู่ การมีชีวิตอย่างมีสุขภาพของเขาเหล่านั้น ภาควิเคราะห์กับโรงเรียน/สถานศึกษาสามารถเข้าไปร่วมมือในด้านต่างๆดังต่อไปนี้ หลักสูตร การให้สิ่งเร้าใจหรือสิ่งกระตุ้นและกฎระเบียบ สนับสนุนเครื่องมือการสร้างเสริมสภาพแวดล้อมโรงเรียนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพเพื่อสนับสนุนกิจกรรม

| ไม่มีกลไกใดๆ มีอยู่<br>เพื่อการร่วมเป็นภาคี<br>เครือข่ายกับโรงเรียน | ผู้ร่วมมีส่วนได้<br>ประโยชน์ ร่วมกับ<br>สถานศึกษาหรือกัน<br>ต่อความเป็นไปได้ใน<br>การร่วมกันเป็นภาคี<br>เครือข่าย | สถานศึกษา และ ผู้<br>ร่วมมีส่วนได้<br>ประโยชน์ ระบุ<br>ประเด็นที่มีลำดับ<br>ความสำคัญสำหรับ<br>ความร่วมมือเป็นภาคี<br>เครือข่าย | สถานศึกษา และผู้<br>ร่วมมีส่วนได้<br>ประโยชน์พัฒนาและ<br>นำกิจกรรมเฉพาะสู่<br>การปฏิบัติ | สถานศึกษา และ ผู้ร่วมมี<br>ส่วนได้ประโยชน์จัดตั้ง<br>โครงสร้างเพื่อความต่อเนื่อง<br>ของความร่วมมือกัน |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0                                                                   | 1                                                                                                                 | 2                                                                                                                               | 3                                                                                        | 4                                                                                                     |

### 10. กลไกอะไรที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อเกิดความร่วมมือกับสถานที่ทำงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเรื้อรัง

**คำอธิบาย:** สถานที่ทำงานเป็นสถานที่ที่คนใช้เวลาในการดำรงชีวิตหลายชั่วโมงในแต่ละวัน ดังนั้น สถานที่ทำงานจึงเป็นส่วนสำคัญยิ่งใหญ่ในมุมมองของการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี แนวโน้มผู้มีส่วนร่วมๆ สามารถรวมนายจ้างและสหพันธ์แรงงาน ต่างๆ การเป็นเครือข่ายกับสถานที่ทำงานอาจสามารถเข้าไปเกี่ยวข้องกับได้ ได้แก่ หลักสูตร การให้สิ่งเร้าใจหรือสิ่งกระตุ้นและกฎระเบียบ ที่สนับสนุนการสร้างเสริมสภาพแวดล้อมการทำงานที่เอื้อต่อการมีสุขภาพ และเครื่องมือที่สนับสนุนกิจกรรม

| ไม่มีกลไกอยู่สำหรับ<br>การสร้างเครือข่ายกับ<br>สถานที่ทำงาน | ผู้ร่วมมีส่วนได้<br>ประโยชน์ ร่วมกับ<br>สถานที่ทำงานหรือ<br>กันต่อความเป็นไปได้<br>ในการร่วมกันเป็น<br>ภาคีเครือข่าย | สถานที่ทำงาน และ ผู้<br>ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์<br>ระบุประเด็นที่มีลำดับ<br>ความสำคัญสำหรับการ<br>ร่วมเป็นภาคีเครือข่าย | สถานที่ทำงาน และผู้<br>ร่วมมีส่วนได้<br>ประโยชน์พัฒนาและ<br>นำกิจกรรมเฉพาะสู่<br>การปฏิบัติ | สถานที่ทำงาน และ ผู้ร่วม<br>มีส่วนได้ประโยชน์จัดตั้ง<br>โครงสร้างเพื่อความ<br>ต่อเนื่องของความร่วมมือ<br>กัน |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0                                                           | 1                                                                                                                    | 2                                                                                                                     | 3                                                                                           | 4                                                                                                            |

### คำถามกลุ่ม ๓: สมรรถนะด้านสาธารณสุขและโครงสร้างภายใน

#### 11. องค์การสาธารณสุขประเมินความจำเป็น/ ความต้องการด้านสุขภาพในชุมชนอย่างไร

คำอธิบาย: การประเมินสุขภาพในชุมชน ควรจะรวมข้อมูลของสถานะสุขภาพ พอกับ แพ้ภาพของปัจจัยกำหนดทางสังคม ต่อสุขภาพ และกระบวนการประเมินควรจะรวมกลุ่มชุมชนที่เป็นกุญแจในฐานะส่วนหนึ่งของกระบวนการด้วย การประเมินสุขภาพชุมชนให้เกิดมีบริบทสำหรับการพัฒนาทรัพยากรบุคคลและแผนการฝึกอบรม

| ไม่เคยมีการ<br>ประเมินสุขภาพ<br>ชุมชน | ข้อมูลระดับวิทยา<br>ได้ถูกเก็บรวบรวม<br>อย่างไม่สม่ำเสมอ | ข้อมูลระดับ<br>วิทยาได้ถูกเก็บ<br>รวบรวมอย่าง<br>สม่ำเสมอ | กลุ่มชุมชนได้ร่วมอยู่ใน<br>กระบวนการประเมิน<br>สุขภาพชุมชน รวมทั้งเก็บ<br>รวบรวมข้อมูลปัจจัย<br>กำหนดทางสังคมต่อ<br>สุขภาพ | การประเมินสุขภาพชุมชน<br>สามารถระบุประชากรที่อ่อนแอ<br>สู่ความเสี่ยงที่มีลำดับความสำคัญต่อ<br>การดำเนินการและถูกใช้พื้นฐาน<br>สำหรับการวางแผนและจัดสรร<br>ทรัพยากร |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0                                     | 1                                                        | 2                                                         | 3                                                                                                                          | 4                                                                                                                                                                  |

#### 12. องค์การสาธารณสุขวางแผนสำหรับทรัพยากรมนุษย์ที่ต้องการอย่างไรในการป้องกันและจัดการดูแลโรคเรื้อรัง

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

| ไม่เคยมีแผน<br>ทรัพยากรมนุษย์ถูก<br>พัฒนามาก่อน | ความต้องการแรงงานเพื่อการ<br>ป้องกันและจัดการดูแลโรค<br>เรื้อรังได้ถูกประเมินจนเสร็จ<br>สมบูรณ์ | แผนทรัพยากร<br>มนุษย์ถูก<br>พัฒนาขึ้น | แผนทรัพยากรมนุษย์<br>ถูกนำสู่การปฏิบัติ | แผนทรัพยากรมนุษย์ได้<br>ถูกประเมินผล และปรับ<br>ตามผลการประเมิน |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 0                                               | 1                                                                                               | 2                                     | 3                                       | 4                                                               |

### คำถามกลุ่ม ๓: สมรรถนะด้านสาธารณสุขและโครงสร้างภายใน

#### 13. องค์การสาธารณสุขสนับสนุนทีมบุคลากรขององค์กรในการพัฒนาความสามารถที่ต้องการเพื่อการป้องกันและจัดการดูแลโรคเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพได้อย่างไร

คำอธิบาย: บนพื้นฐานการประเมินทรัพยากรบุคคลประเภทต่างๆตามที่อธิบายข้างต้น แผนพัฒนาความเชี่ยวชาญของบุคลากรถูกสร้างขึ้นเพื่อพัฒนาตามความสามารถที่ต้องการ และกลยุทธ์จำนวนมากอาจถูกใช้เพื่อสนับสนุนการพัฒนาความเชี่ยวชาญ รวมถึง การฝึกฝนงาน ที่ปรึกษา การให้คำปรึกษา การเป็นพี่เลี้ยง ให้เข้าถึงวัสดุอุปกรณ์ ห้องสมุดความเชี่ยวชาญที่มีความพร้อม และชุมชนการเรียนรู้ ฯลฯ สิ่งกระตุ้นที่สนับสนุนการพัฒนาความเป็นความเชี่ยวชาญของบุคลากร (เช่น เงินค่าตอบแทน เวลาสำหรับการประสานความร่วมมือ) เป็นส่วนสำคัญของกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพ

|                                                                                                            |                                                                  |                                                  |                                                                |                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <u>ไม่มีแผนการพัฒนาความเชี่ยวชาญของบุคลากรเพื่อสนับสนุนพัฒนาความสามารถในการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง</u> | <u>ได้มีการประเมินความสามารถในการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง</u> | <u>มีการสร้างแผนพัฒนาความเชี่ยวชาญของบุคลากร</u> | <u>แผนการพัฒนาความเชี่ยวชาญของบุคลากรได้ถูกนำสู่การปฏิบัติ</u> | <u>แผนการพัฒนาความเชี่ยวชาญของบุคลากรได้ถูกประเมินผลและปรับตามผลการประเมิน</u> |
| 0                                                                                                          | 1                                                                | 2                                                | 3                                                              | 4                                                                              |

#### 14. ทรัพยากรอะไรที่องค์กรสาธารณสุขได้จัดสรรเพื่อนำแผนทรัพยากรมนุษย์และกิจกรรมการฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องสู่การปฏิบัติ

คำอธิบายคำถาม: ทรัพยากรที่จัดสรรด้วยความรับผิดชอบอย่างยั่งยืนเป็นสิ่งที่ต้องการในการสนับสนุนแผนพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และความเชี่ยวชาญของบุคลากร

|                                                                                     |                                                                                                     |                                                         |                                                                                           |                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| <u>ไม่มีการจัดสรรทรัพยากรสำหรับแผนพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และความเชี่ยวชาญของบุคลากร</u> | <u>มีการสนับสนุนทรัพยากรเพื่อการทำแผนพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และความเชี่ยวชาญของบุคลากรเป็นครั้งคราว</u> | <u>องค์กรมีการพัฒนาแผนสำหรับจัดการทรัพยากรที่จำเป็น</u> | <u>มีการสนับสนุนและข้อผูกพันจากนโยบายผู้นำ/ชุมชนในการผลักดันสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น</u> | <u>มีทรัพยากรที่เพียงพอและถูกใช้ในการแผนพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และความเชี่ยวชาญของบุคลากร</u> |
| 0                                                                                   | 1                                                                                                   | 2                                                       | 3                                                                                         | 4                                                                                         |

### คำถามกลุ่ม ๓: สมรรถนะด้านสาธารณสุขและโครงสร้างภายใน

#### 15. มีอะไรที่นำไปเพื่อให้แน่ใจได้ว่าทุกบริการและโปรแกรมต่างๆ ได้ถูกพัฒนา หรือปรับให้เข้ากับประชากรซึ่งต้องเผชิญต่ออุปสรรคการเข้าถึงบริการหรือโปรแกรมนั้นๆ

**คำอธิบาย:** ประชากรเฉพาะบางกลุ่มต้องรู้และเผชิญต่อความท้าทายใหญ่ในการเข้าถึงโปรแกรมและบริการสาธารณสุขจากปัจจัยต่างๆ เช่น ภาษา วัฒนธรรม เชื้อชาติ สภาวะเศรษฐกิจสังคม และความพิการ และองค์กรต้องให้ความตระหนักรู้ถึงประเด็นการเข้าถึงบริการ (accessibility issue) ดังกล่าว และนำประเด็นเข้าสู่การพิจารณาในการพัฒนาการเริ่มต้นใหม่ๆ อาจมีการพัฒนามาตรการเฉพาะเพื่อให้แน่ใจได้ว่าโปรแกรมและบริการนั้นได้เข้าถึงจากทุกกลุ่มประชากรที่จำเป็นต้องได้รับ

| บริการและโปรแกรมสุขภาพถูกพัฒนาโดยปราศจากข้อพิจารณาถึงประเด็นการเข้าถึงบริการฯ | ประเด็นการเข้าถึงฯ ได้ถูกรวมอยู่ในการประเมินความต้องการที่จำเป็นของชุมชน | องค์กรมีความตระหนักถึงการค้นคว้าและการปฏิบัติการในปัจจุบันที่เชื่อมโยงการเข้าถึงบริการและโปรแกรม | องค์กรพัฒนามาตรฐานที่ชัดเจนเพื่อการเข้าถึงโปรแกรมและบริการ เช่น การแปลภาษา ระดับความสามารถในการอ่านเขียน | กระบวนการวางแผนโปรแกรมโดยชุมชนมีส่วนร่วมในการระบุ ประเด็นสุขภาพ และพัฒนา และให้การบริการโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและข้อมูลสุขภาพ มีกลยุทธ์ปฏิบัติอยู่ที่เพิ่มการเข้าถึงการส่งเสริมสุขภาพ การคัดกรอง และการจัดการโรค ทั้งนี้มีการจัดสรรทุนสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชน และกลยุทธ์นอกสถานที่ |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0                                                                             | 1                                                                        | 2                                                                                                | 3                                                                                                        | 4                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

#### 16. “รากของสาเหตุ” ถูกนำมาพิจารณาในการพัฒนาโปรแกรมที่กล่าวถึงการป้องกันโรคเรื้อรังได้อย่างไร

**คำอธิบาย:** การเข้าถึง “ทฤษฎีสาเหตุ” (Causal Theory) เป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาโปรแกรมที่มีประสิทธิผลในการป้องกันโรคเรื้อรัง ในการเข้าถึงจากรากของสาเหตุนั้นจะเชื่อมทฤษฎีและหลักฐานที่สัมพันธ์กับปัจจัยสาเหตุต่างๆ และสัมพันธ์กับโรคเรื้อรังที่มีอยู่ในปัจจุบัน ตลอดจนการใช้ข้อมูลเหล่านี้ในการพัฒนากลยุทธ์ที่กล่าวถึงรากของสาเหตุ เช่น องค์กรต้องทำงานกับหน่วยงานอื่น เพื่อกล่าวถึงปัจจัยต่างๆ ได้แก่ อาหาร และความมั่นคงของรายได้ ซึ่งได้แสดงถึงความเชื่อมโยงกับโรคเรื้อรังบางชนิด

| รากของสาเหตุไม่ได้รับเข้าไปเป็นข้อพิจารณาในการพัฒนาโปรแกรม | องค์กรให้ความตระหนักกับทฤษฎีและวิจัยในปัจจุบันซึ่งพบความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับรากของสาเหตุของโรคเรื้อรัง | องค์กรให้การสนับสนุนทีมงานในการพัฒนาทักษะการวางแผนบนพื้นฐานของ “ทฤษฎีสาเหตุ” (Causal Theory) | การวางแผนโปรแกรมมีการใช้ “ทฤษฎีสาเหตุ” เป็นปกติสม่ำเสมอ การทำงานระหว่างภาคส่วนถูกสนับสนุนให้กล่าวถึงต้นเหตุที่แท้จริง (Root cause) | ผลกระทบของรากของสาเหตุต่างๆ ถูกให้รวมในการประเมินผลโปรแกรม |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 0                                                          | 1                                                                                                      | 2                                                                                            | 3                                                                                                                                  | 4                                                          |



## คำถามกลุ่ม ๔: สมรรถนะด้านการดูแลปฐมภูมิและโครงสร้างภายใน

### 17. การดูแลปฐมภูมิ (Primary care) มีบทบาทอย่างไรกับแผนของเขตภูมิภาคในการป้องกันและจัดการดูแลโรคเรื้อรัง

คำอธิบาย: แผนของเขตภูมิภาค**ตระหนักถึงบทบาทที่จำเพาะและจำเป็นของการดูแลปฐมภูมิ**หรือการดูแลปฐมภูมิ (Primary care) ในการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง และแผนเหล่านี้กำหนดบทบาทเฉพาะสำหรับการดูแลปฐมภูมิและความสัมพันธ์กับส่วนอื่นๆของภาคส่วนสุขภาพ และชุมชน

|                                                                                                     |                                                                                              |                                                                                                             |                                                         |                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| บทบาทของ การดูแลปฐมภูมิไม่ได้รับความสนใจให้เป็นกลยุทธ์ของเขตภูมิภาคในการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง | ภาคส่วนการดูแลปฐมภูมิ <b>ริเริ่มกิจกรรม</b> บางอย่างของตนเองในการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง | ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์อื่นๆ ได้รวมภาคส่วนการดูแลปฐมภูมิเข้ามาร่วมในเวทีการพูดคุยเพื่อกลยุทธ์ของเขตภูมิภาค | บทบาทที่เฉพาะเจาะจงได้ถูกระบุในภาคส่วนของการดูแลปฐมภูมิ | กลยุทธ์และทรัพยากรต่างๆ เพื่อเพิ่มความเข้มแข็งของความสามารถของการดูแลปฐมภูมิในการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรังได้ถูกพัฒนาขึ้น |
| 0                                                                                                   | 1                                                                                            | 2                                                                                                           | 3                                                       | 4                                                                                                                           |

### 18. ความจำเป็นและความต้องการเพื่อการดูแลปฐมภูมิจะถูกประเมินมาได้อย่างไร

คำอธิบาย: การประเมินสุขภาพชุมชนรวมถึงข่าวสารของสถานะสุขภาพพอๆ กับแฟ้มข้อมูลปัจจัยกำหนดทางสังคมของสุขภาพ ในกระบวนการประเมินควรจะต้องรวมถึงข่าวสารด้านระบาดวิทยาและการมีส่วนร่วมของกลุ่มชุมชนที่เป็นกุญแจในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการ การประเมินสุขภาพชุมชนจะทำให้มีบริบทเพื่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ การวางแผนฝึกอบรม ดังนั้น องค์การการดูแลปฐมภูมิควรจะทำ การประเมินชุมชนที่ตนบริการเพื่อได้ข้อมูลในงานของตนเอง

|                            |                                                  |                                               |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                     |
|----------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ไม่มีการประเมินสุขภาพชุมชน | ข้อมูลระดับวิทยาได้ถูกเก็บรวบรวมอย่างไม่สม่ำเสมอ | ข้อมูลระดับวิทยาได้ถูกเก็บรวบรวมอย่างสม่ำเสมอ | กลุ่มชุมชนกลุ่มต่างๆ (Community groups) ได้ถูกรวมอยู่ในกระบวนการประเมินสุขภาพชุมชน (Community health assessment) และมีการเก็บข้อมูลปัจจัยทางสังคมต่อสุขภาพ (SDOH) | การประเมินสุขภาพชุมชนสามารถระบุถึงกลุ่มประชากรที่อ่อนแอและเสี่ยงเพื่อเป็นลำดับความสำคัญแรกๆในการดำเนินการและถูกใช้เป็นฐานสำหรับการวางแผนโครงการและการจัดสรรทรัพยากร |
| 0                          | 1                                                | 2                                             | 3                                                                                                                                                                 | 4                                                                                                                                                                   |

### คำถามกลุ่ม ๔: สมรรถนะด้านการดูแลปฐมภูมิและโครงสร้างภายใน

#### 19. แผนเขตภูมิภาคเพื่อทรัพยากรมนุษย์ที่ต้องการในการดูแลปฐมภูมิในการป้องกันและจัดการดูแลโรคเรื้อรังเป็นอย่างไร

คำอธิบาย: ความสามารถที่ต้องมีในการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรังเพื่อการดูแลปฐมภูมิควรจะถูกใช้เป็นมาตรฐานต่อการถูกใช้ประเมินความสามารถของทรัพยากรมนุษย์ของภูมิภาคท้องถิ่น จากการประเมิน องค์ความรู้สามารถพัฒนาแผนในการรับหรือพัฒนาความสามารถทรัพยากรมนุษย์ที่ต้องการ

| ไม่เคยมีการพัฒนาแผน | มีการประเมินความต้องการแรงงานเพื่อป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง | มีการพัฒนาแผนทรัพยากรมนุษย์ | แผนทรัพยากรมนุษย์ได้ถูกนำไปสู่การปฏิบัติ | มีการประเมินและปรับแผนทรัพยากรมนุษย์บนพื้นฐานของการประเมินผล |
|---------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 0                   | 1                                                             | 2                           | 3                                        | 4                                                            |

#### 20. ผู้ให้บริการดูแลปฐมภูมิได้รับการสนับสนุนอย่างไรในการพัฒนาความสามารถที่จำเป็นเพื่อการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง

คำอธิบาย: ช่วงความสามารถจำเป็นสำหรับผู้ให้บริการดูแลปฐมภูมิเพื่อการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่

- ความสามารถการทำงานในรูปแบบการปฏิบัติงานและการร่วมมือกับวิชาชีพอื่นๆ
- ความสามารถด้านวัฒนธรรม
- เป็นผู้นำชุมชนและการผลักดันสนับสนุนอย่างมีประสิทธิภาพ
- สนับสนุนการจัดการตนเอง

ภูมิภาคท้องถิ่นควรจะทำงานร่วมกับหน่วยงานองค์กรการดูแลปฐมภูมิและภาคีเครือข่ายอื่นๆ ที่เหมาะสม (เช่น องค์การวิชาชีพสุขภาพ) ในการพัฒนาแผนที่ทำให้แน่ใจได้ว่าผู้ให้บริการการดูแลปฐมภูมิได้เข้าถึงการฝึกฝนเพื่อพัฒนาความสามารถเหล่านี้

| ไม่มีแผนที่มืออยู่สนับสนุนการพัฒนาความสามารถ | เขตและผู้ให้การดูแลปฐมภูมิมีความตระหนักต่อความสามารถเพื่อป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง | มีการประเมินความสามารถของผู้ให้บริการในภูมิภาคท้องถิ่น | ผู้ให้การดูแลปฐมภูมิ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง และกลุ่มวิชาชีพและกลุ่มให้การศึกษา มีการพูดคุยถึงความจำเป็นและทรัพยากรการฝึกอบรม | มีแผนเขตภูมิภาคที่สนับสนุนการฝึกอบรมบนพื้นฐานความสามารถโดยมีการสนับสนุนและการจัดสรรทรัพยากรจากสถาบันต่างๆ |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0                                            | 1                                                                                    | 2                                                      | 3                                                                                                                                                          | 4                                                                                                         |

## คำถามกลุ่ม ๔: สมรรถนะด้านการดูแลปฐมภูมิและโครงสร้างภายใน

### 21. ทรัพยากรอะไรที่ถูกจัดสรรในการนำแผนทรัพยากรมนุษย์และกิจกรรมการฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องสู่การปฏิบัติ

**คำอธิบาย:** การสนับสนุนแผนพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และความเชี่ยวชาญต่างๆ ต้องการคำมั่นหรือความรับผิดชอบที่แน่นอนต่อทรัพยากรที่จำเพาะสำหรับการพัฒนา

|                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                     |                                                                                             |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <u>ไม่มีการจัดสรร</u><br><u>ทรัพยากรมาเพื่อการทำ</u><br><u>แผนพัฒนาทรัพยากร</u><br><u>มนุษย์และความเชี่ยวชาญ</u><br><u>ต่างๆ</u> | <u>มีการสนับสนุนทรัพยากร</u><br><u>เป็นการเฉพาะเป็นครั้งคราว</u><br><u>(on an ad hoc basis) ในการ</u><br><u>พัฒนาทรัพยากรมนุษย์และ</u><br><u>ความเชี่ยวชาญต่างๆ</u> | <u>องค์กรมีการพัฒนา</u><br><u>แผนสำหรับได้มา</u><br><u>ซึ่งทรัพยากรที่</u><br><u>จำเป็น</u> | <u>มีการสนับสนุนและ</u><br><u>สัญญาจาก</u><br><u>นักการเมืองและ</u><br><u>ชุมชนที่จะ</u><br><u>สนับสนุน</u><br><u>ทรัพยากรที่จำเป็น</u> | <u>มีทรัพยากรที่เพียงพอและ</u><br><u>ถูกใช้ในการนำ</u><br><u>แผนพัฒนาทรัพยากร</u><br><u>มนุษย์และความ-</u><br><u>เชี่ยวชาญต่างๆ สู่การ</u><br><u>ปฏิบัติ</u> |
| 0                                                                                                                                | 1                                                                                                                                                                   | 2                                                                                           | 3                                                                                                                                       | 4                                                                                                                                                            |

### 22. จะต้องทำอะไรบ้างเพื่อให้แน่ใจได้ว่าประชากรทั้งหมดสามารถเข้าถึงการบริการดูแลปฐมภูมิ (Primary care service) ได้

**คำอธิบาย:** การเข้าถึงการบริการพื้นฐาน (Primary care service) รวมส่วนประกอบต่างๆ ต่อไปนี้:

- การเข้าถึงจาก ความแตกต่างของพื้นที่/ภูมิศาสตร์
- การเข้าถึงจากความแตกต่างของเวลา (บริการตลอด 24 ชม. ทุกวัน)
- การเข้าถึงจากความแตกต่างของสังคมวัฒนธรรม ( เช่น การบริการต้องสามารถตอบสนองความต้องการที่แตกต่างกันตามวัฒนธรรมทางสังคมและกลุ่มของภาษาของชุมชนนั้นๆ )

|                                                                                                             |                                                                                                      |                                                                                                                                |                                                                                                                                             |                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <u>การบริการปฐมภูมิถูก</u><br><u>พัฒนาโดยปราศจาก</u><br><u>การพิจารณาประเด็น</u><br><u>การเข้าถึงบริการ</u> | <u>ประเด็นการเข้าถึง</u><br><u>นั้นได้ถูกรวมในการ</u><br><u>ประเมินความจำเป็น</u><br><u>ของชุมชน</u> | <u>เขตภูมิภาคมีความ</u><br><u>ตระหนักถึงการ</u><br><u>ค้นคว้าและการ</u><br><u>ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับ</u><br><u>การเข้าถึง</u> | <u>เขตภูมิภาคพัฒนา</u><br><u>มาตรฐานที่ชัดเจนเพื่อ</u><br><u>การเข้าถึงการบริการ</u><br><u>ปฐมภูมิ เช่น การแปล</u><br><u>การเข้าถึง ฯลฯ</u> | <u>แผนการเข้าถึงการบริการ</u><br><u>ได้ถูกนำไปปฏิบัติและ</u><br><u>ประเมินผล</u> |
| 0                                                                                                           | 1                                                                                                    | 2                                                                                                                              | 3                                                                                                                                           | 4                                                                                |

### คำถามกลุ่ม ๔: สมรรถนะด้านการดูแลปฐมภูมิและโครงสร้างภายใน

#### 23. เขตภูมิภาคได้เข้าถึงข้อมูลหลักฐานอย่างไรในการพัฒนาแผนการบริการปฐมภูมิในการป้องกันและจัดการดูแลโรคเรื้อรัง

คำอธิบาย: จากการวิจัยพบว่า **รูปแบบ (Model) การบริการปฐมภูมิที่แตกต่างกันจะให้ระดับของผลลัพธ์**การแสดงผลออกในมิติของการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรังที่แตกต่างกัน

เขตภูมิภาคซึ่งส่วนใหญ่มีความรับผิดชอบต่อการออกแบบ**ระบบบริการปฐมภูมิ**สำหรับประชาชนในความรับผิดชอบ **สามารถใช้รูปแบบผสม (Mix of Model)** ตำแหน่งของการให้บริการ และแผนการพัฒนาศูนย์บริการบุคคลเพื่อให้แน่ใจได้ว่าประชากรในพื้นที่ได้รับการบริการครอบคลุมที่สุด

|                                                                                                                                                                               |                                                                                |                                                                                                       |                                                                                                                            |                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ผู้บริหารของเขตท้องถิ่นและจังหวัดไม่ได้พิจารณาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลปฐมภูมิ (Primary care model) ที่กล่าวถึงการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรังเมื่อกำหนดยุทธศาสตร์ของท้องถิ่น | ผู้บริหารให้ความตระหนักในหลักฐานที่เกี่ยวข้องประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลปฐมภูมิ | เขตภูมิภาคมีการประเมินความจำเป็นและกลยุทธ์ที่พัฒนามาจากข้อมูลหลักฐานเพื่อการพัฒนากระบวนการดูแลปฐมภูมิ | เขตภูมิภาคสนับสนุนผลักดันจังหวัดเพื่อสนับสนุนรูปแบบการดูแลปฐมภูมิที่กล่าวถึงการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรังมีประสิทธิภาพสูง | เขตภูมิภาคสามารถที่จะนำระบบและรูปแบบการดูแลปฐมภูมิซึ่งเอื้อให้ผู้ให้บริการทำงานได้ตามความสามารถสูงสุดในการป้องกันและจัดการโรค |
| 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

|                                                                                                                               |                                                                      |                                                                                                      |                                                                                      |                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ผู้ให้บริการในการดูแลปฐมภูมิ ไม่ได้รับการสนับสนุนเพื่อนำแนวทางการป้องกันทางคลินิก และการเข้าถึงการจัดการตนเองเข้าไปในการทำงาน | ผู้ให้บริการในการดูแลปฐมภูมิตระหนักถึงทรัพยากรและการเข้าถึงด้วยตนเอง | เขตภูมิภาคพัฒนาการประเมินความจำเป็นเพื่อกำหนดกระบวนการเข้าถึงทรัพยากรของผู้ให้บริการในการดูแลปฐมภูมิ | เขตภูมิภาคพัฒนาแผนที่สนับสนุนกระบวนการเข้าถึงทรัพยากรของผู้ให้บริการในการดูแลปฐมภูมิ | ผู้ให้บริการในการดูแลปฐมภูมิสามารถเข้าถึงทรัพยากรเหล่านั้นได้อย่างดี ทรัพยากรที่ถูกสนับสนุนนี้ต้องมีช่วงเวลาจำเป็นสำหรับการพัฒนาวิชาชีพที่ต้องใช้ในการบริการ |
| 0                                                                                                                             | 1                                                                    | 2                                                                                                    | 3                                                                                    | 4                                                                                                                                                            |

### คำถามกลุ่ม ๔: สมรรถนะด้านการดูแลปฐมภูมิและโครงสร้างภายใน

#### 25. อะไรคือสิ่งกระตุ้นให้ผู้ให้บริการในการดูแลปฐมภูมิเกิดการพัฒนาความสามารถในการป้องกันและจัดการดูแลโรคเรื้อรัง

คำอธิบาย: ผู้ให้บริการในการดูแลปฐมภูมิจะชอบที่จะมีส่วนร่วมในโปรแกรมเพื่อพัฒนาความสามารถในการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรังเมื่อมีการให้การสนับสนุนและสิ่งกระตุ้น. การสนับสนุนนี้รวมทั้งเวลาและทรัพยากรสำหรับการพัฒนาความเชี่ยวชาญ การสนับสนุนนี้อาจให้มีที่ระดับจังหวัด ระดับภูมิภาคท้องถิ่น หรือโดยองค์กรการดูแลปฐมภูมิเอง (primary care organization)

| องค์กรการดูแลปฐมภูมิ<br>ไม่มีนโยบายที่สนับสนุน<br>การพัฒนาความสามารถ<br>ในการป้องกันและ<br>จัดการโรคเรื้อรัง | องค์กรการดูแล<br>ปฐมภูมิ<br>ตระหนักถึง<br>ความสามารถที่<br>ต้องการ | องค์กรการดูแลปฐม<br>ภูมิมีการประเมิน<br>ระดับความสามารถ<br>ของผู้ให้บริการใน<br>การดูแลปฐมภูมิ | องค์กรการดูแลปฐมภูมิ-<br>ได้พัฒนาแผนที่ให้เกิด<br>การเข้าถึงการฝึกอบรม<br>บนพื้นฐานความสามารถ<br>(competency based<br>training) | องค์กรการดูแลปฐมภูมิ<br>ทำงานร่วมกันในการพัฒนา<br>แผนประสานการดำเนินงาน<br>และการฝึกอบรมที่ผู้ให้<br>บริการเข้าถึงได้อย่างดี |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0                                                                                                            | 1                                                                  | 2                                                                                              | 3                                                                                                                               | 4                                                                                                                            |

#### 26. อะไรคือกลไกที่มีอยู่เพื่อสนับสนุนข้อมูลและการส่งต่อระหว่างผู้ให้บริการดูแลปฐมภูมิ การบริการสาธารณสุข การดูแลที่บ้าน และการดูแลเจ็บป่วย เพื่อการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง

คำอธิบาย: กลไกข้อมูลและการส่งต่อมีความสำคัญสำหรับการเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแล มีกลไกสนับสนุนผู้ให้บริการการดูแลปฐมภูมิที่จะรู้ถึงแหล่งทรัพยากรอื่นที่มีอยู่สำหรับผู้ป่วยในชุมชน และทำให้มันง่ายขึ้นในการส่งต่อไปยังแหล่งทรัพยากรเหล่านี้ (และอนุญาตให้ผู้บริการติดตามสถานะของการส่งต่อ)

| ไม่มีอยู่ของรูปแบบ<br>กลไกที่เป็นระบบใน<br>การสนับสนุนข้อมูล<br>ข่าวสารและการส่งต่อ<br>เพื่อการป้องกันและ<br>จัดการโรคเรื้อรัง | รายการของทรัพยากร<br>ในชุมชนมีการจัดทำ<br>และถูกปรับปรุงให้<br>ทันสมัยอยู่เสมอ | รายการของทรัพยากร<br>อยู่ในรูปแบบซึ่งง่าย<br>ต่อการเข้าถึงของผู้<br>ให้บริการการดูแล<br>ปฐมภูมิ | ระบบกลไกการ<br>ส่งกลับถูกจัดตั้ง<br>ขึ้นและนำไปสู่<br>การปฏิบัติ | ผู้ให้บริการการดูแลพื้นฐานใช้<br>ระบบข้อมูลและรายการ<br>ทรัพยากรอย่างคล่องแคล่ว<br>และระบบส่งต่อถูกบูรณาการ<br>เข้าไปในระบบรายการบันทึก<br>ผู้ป่วยอิเล็กทรอนิกส์ |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0                                                                                                                              | 1                                                                              | 2                                                                                               | 3                                                                | 4                                                                                                                                                                |

### คำถามกลุ่ม ๕: สมรรถนะของชุมชนและโครงสร้างภายใน

## 27. องค์กรและกลุ่มชุมชนมีส่วนร่วมอย่างไรในภาพรวมกลยุทธ์เขตภูมิภาคเพื่อการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง

**คำอธิบาย:** เพราะโครงสร้างของชุมชนมักจะมีขนาดค่อนข้างเล็กและอยู่บนโครงสร้างที่มีพื้นฐานเป็นอาสาสมัคร บางกลุ่ม บางชุมชน บางองค์กร อาจจะต้องเผชิญความท้าทายการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในกลยุทธ์ของเขตภูมิภาค

กลยุทธ์ในเขตภูมิภาคควรจะวัดต่อความท้าทายเหล่านี้และทำให้กลุ่มต่างๆ สามารถมีส่วนร่วมได้อย่างเต็มที่เท่าที่จะเป็นไปได้ (เป็นต้นว่า ถ้ากลุ่มใหญ่อาจจะเสนอการแบ่งปันทรัพยากร เช่น การประชุม หรือ พื้นที่สำนักงานให้กับกลุ่มเล็กๆ เพื่อสนับสนุนการมีส่วนร่วม)

| กลุ่มชุมชน/ องค์กร <u>ไม่</u> มีส่วนร่วมในกลยุทธ์เพื่อการป้องกันและจัดการกับโรคเรื้อรัง | กลุ่มชุมชน/ องค์กร <u>มี</u> ส่วนร่วมเฉพาะกิจชั่วคราว | กลุ่มเขตภูมิภาคจัดทำรายชื่อของกลุ่มชุมชน/ องค์กร ที่มีงานในการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรังและเชิญให้มีส่วนร่วมด้วย | กลุ่มชุมชน/ องค์กร <u>มี</u> ส่วนร่วมในการสื่อสารอย่างสม่ำเสมอ กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องๆ อื่นๆ ด้วย | ผู้บริหารระดับอาวุโส ของชุมชน/ องค์กร มีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในฐานะสมาชิกของกลยุทธ์การดำเนินงานในส่วนเขตภูมิกานั้นๆ |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0                                                                                       | 1                                                     | 2                                                                                                                 | 3                                                                                                 | 4                                                                                                                  |

## 28. กลุ่มชุมชน/ องค์กร มีวิธีประเมินเพื่อกำหนดความต้องการการบริการของชุมชน องค์กร ได้อย่างไร

**คำอธิบาย:** การประเมินสุขภาพของชุมชนรวมเอาข้อมูลของสถานะทางด้านสุขภาพ เช่นเดียวกับ ข้อมูลของปัจจัยกำหนดทางสังคมต่อสุขภาพ (Social determinant of health (SDOH))

กระบวนการประเมินควรจะรวมข้อมูลระดับวิทยาและร่วมกับกลุ่มชุมชนที่เป็นกุญแจในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการประเมิน และการประเมินสุขภาพชุมชนสามารถดำเนินการได้ด้วยความร่วมมือระหว่างองค์กร

การประเมินทำให้ได้บริบทเนื้อหาสำหรับการพัฒนาแผนทรัพยากรบุคคล/ แผนการฝึกอบรม

การประเมินของชุมชนเฉพาะชุมชนหนึ่งๆ ที่เขาเหล่านั้นทำงานอยู่ด้วย ทำให้กลุ่มชุมชน/ องค์กร ประยุกต์กิจกรรม โครงการ และการริเริ่มที่สอดคล้องกับความต้องการของท้องถิ่นนั้นๆ

| <u>ไม่มีการประเมิน-สุขภาพของชุมชน</u> | <u>มีการประเมินสุขภาพของชุมชน, แต่ข้อมูลไม่ได้ถูกเก็บที่ระดับภูมิภาคท้องถิ่น และชุมชน</u> | <u>การประเมินสุขภาพของชุมชนได้เก็บข้อมูลเกี่ยวกับสภาพภูมิภาคท้องถิ่น/ชุมชนอย่างเป็นระบบ</u> | <u>สมาชิกชุมชนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการประเมินสุขภาพของชุมชน ปัจจัยกำหนดทางสังคมต่อสุขภาพ (SDOH) ได้ถูกเก็บรวบรวมด้วย</u> | <u>การประเมินสุขภาพของชุมชนได้สร้างพื้นฐานของการวางแผนและจัดลำดับความสำคัญสำหรับกลุ่มชุมชน/ องค์กร กลุ่มเหล่านี้มีความสามารถที่จะประยุกต์กิจกรรมของเขาที่ระบุตามความจำเป็นของท้องถิ่น</u> |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0                                     | 1                                                                                         | 2                                                                                           | 3                                                                                                                       | 4                                                                                                                                                                                         |

### คำถามกลุ่ม ๕: สมรรถนะของชุมชนและโครงสร้างภายใน

#### 29. กลุ่มชุมชน/ องค์กร พัฒนาความสามารถของการเป็นผู้นำเพื่อทำงานในการป้องกัน และจัดการดูแลโรคเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพได้อย่างไร

**คำอธิบาย:** ภาวะผู้นำ เป็น ปัจจัยวิกฤตต่อความสำเร็จขององค์กร แต่บ่อยครั้งที่ทรัพยากรเพียงเล็กน้อยที่ใช้ลงทุนในการพัฒนาผู้นำ ผู้นำมีความจำเป็นที่ต้องมีความสามารถที่จะชักนำกลุ่มและองค์กร ทำให้การเป็นหุ้นส่วนกับองค์กรอื่นๆ ง่ายขึ้น และขับเคลื่อนทรัพยากร และมีความเป็นไปได้ที่องค์กรเล็กๆ จะทำงานด้วยกันรวมกันเพื่อพัฒนาความสามารถของผู้นำของเขา โดยเฉพาะในกรณีที่มีทรัพยากรจำกัด

| กลุ่มชุมชน/ องค์กร<br>ไม่มีการพัฒนากลยุทธ์ที่จะเพิ่มความเข้มแข็งภาวะผู้นำของชุมชน/องค์กร | ผู้นำแต่ละคนมี<br>การพัฒนาภาวะ<br>ผู้นำตามโอกาส | กลุ่มชุมชน/ องค์กร<br>มีการประเมิน<br>ความสามารถของ<br>ผู้นำอย่างสม่ำเสมอ | แต่ละกลุ่มชุมชน/ องค์กร<br>พัฒนาแผนงานที่สนับสนุน<br>การพัฒนาความสามารถ<br>การพัฒนาศักยภาพ<br>สำหรับผู้นำของพวกเขา | แต่ละกลุ่มชุมชน/ องค์กรใน<br>เขตภูมิภาคพัฒนาและ<br>สนับสนุนแผนร่วมกันเพื่อ<br>การพัฒนาความเป็นผู้นำ |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0                                                                                        | 1                                               | 2                                                                         | 3                                                                                                                  | 4                                                                                                   |

#### 30. กลุ่มชุมชน/ องค์กร ระดมทรัพยากรที่ต้องการในการทำงานการป้องกันและจัดการกับโรคที่เรื้อรังของพวกเขา อย่างไร

**คำอธิบาย:** กลุ่มชุมชน/องค์กร บ่อยครั้งที่จะต้องอาศัยพึ่งพิงอย่างมากต่อความร่วมมือของอาสาสมัครและการหารายได้เพื่อให้ได้มาซึ่งทรัพยากรที่ต้องการ องค์กรต่างๆ มีประสิทธิผลการดำเนินการส่วนใหญ่เมื่อมีแผนและทรัพยากรที่จัดสรรเฉพาะมาในการดำเนินงานนี้ การอุทิศทรัพยากรสำคัญของกลุ่มชุมชน/ องค์กร คือ พวกเขาสามารถที่จะเข้าไปสัมพันธ์กับบุคคล/ครอบครัวที่ได้รับผลอันเนื่องมาจากโรคเรื้อรังเฉพาะโรคใดโรคหนึ่ง บุคคลกลุ่มนี้จะทำให้เกิดอารมณ์สนับสนุนผลักดันและอุปถัมภ์ที่ชัดเจนให้แก่กลุ่ม

| กลุ่มชุมชน/<br>องค์กร <u>ไม่มี</u><br>แผนงานในมือที่<br>จะระดม<br>ทรัพยากร | กลุ่มชุมชน/ องค์กร มี<br>การดำเนินงานเริ่มต้น<br>เป็นครั้งคราวเพื่อเกิด<br>ความมั่นคงของ<br>ทรัพยากรที่จะใช้ | กลุ่มชุมชน/ องค์กร มีการ<br>ประเมินความต้องการ<br>ทรัพยากรอย่างเต็มรูปแบบ<br>อยู่บนพื้นฐานการประเมิน<br>สุขภาพชุมชน | กลุ่มชุมชน/ องค์กร มีการ<br>พัฒนากลยุทธ์เพื่อระดม<br>ทรัพยากรและจัดสรร<br>ทรัพยากรให้สนับสนุนเกิด<br>การดำเนินการได้ | กลุ่มชุมชน/ องค์กร<br>ในเขตภูมิภาคมีความ<br>ร่วมมือต่อกกลยุทธ์การ<br>ขับเคลื่อนระดม<br>ทรัพยากร |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0                                                                          | 1                                                                                                            | 2                                                                                                                   | 3                                                                                                                    | 4                                                                                               |

### คำถามกลุ่ม ๕: สมรรถนะของชุมชนและโครงสร้างภายใน

#### 31. กลุ่มชุมชน/ องค์กร เรียนรู้จากประสบการณ์และจากการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องในการป้องกันและจัดการดูแลโรคที่เรื้อรังได้อย่างไร

คำอธิบาย: เช่นเดียวกันองค์กรอื่นๆ, กลุ่มชุมชน/ องค์กรจะมีประสิทธิผลมากขึ้นเมื่อพวกเขามีระบบที่จะสนับสนุน การพัฒนาความรู้ และการเรียนรู้

| กลุ่มชุมชน/<br>องค์กร <u>ไม่มีกล</u><br><u>ยุทธ์การเรียนรู้</u> | เจ้าหน้าที่/<br>อาสาสมัครแต่<br>ละคนติดตาม<br>การเรียนรู้ด้วย<br>ตนเอง | กลุ่มชุมชน/ องค์กรมีระบบ<br>เพื่อการอยู่กับปัจจุบันด้วย<br>การปฏิบัติที่ดีที่สุด (best<br>practice) ในการป้องกัน<br>และจัดการ โรคเรื้อรัง | กลุ่มชุมชน/ องค์กร มีการประเมินผล<br>โครงการและความ-สามารถของ<br>เจ้าหน้าที่/ อาสา-สมัครเปรียบเทียบกับ<br>การปฏิบัติที่ดีที่สุด และมี ระบบที่<br>สนับสนุนการประยุกต์การปฏิบัติ<br>เหล่านี้เป็นประจำ | กลุ่มชุมชน/ องค์กร<br>พัฒนากลยุทธ์ความ<br>ร่วมมือที่สนับสนุน<br>การประยุกต์การ<br>ปฏิบัติที่ดีที่สุด |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0                                                               | 1                                                                      | 2                                                                                                                                         | 3                                                                                                                                                                                                   | 4                                                                                                    |

### คำถามกลุ่ม ๖: การบูรณาการการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง

#### 32. ท่ามกลางผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ที่เป็นกุญแจหลัก มีความเข้าใจอย่างไรต่อการเข้าถึงอย่างเป็นระบบและความร่วมมือกันในการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง

คำอธิบาย: ความเข้าใจร่วมกันของการเข้าถึงอย่างเป็นระบบและความร่วมมือกันในการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรังนั้นอยู่บนพื้นฐานชุดการให้คุณค่าร่วมกันเป็นรากฐานสำคัญสำหรับการบูรณาการระบบ

| <u>ไม่มีอยู่ของความ</u><br><u>เข้าใจร่วมกัน</u><br>ท่ามกลางผู้ร่วมมี<br>ส่วนได้<br>ประโยชน์ | กลุ่มย่อยของผู้ร่วมมี<br>ส่วนได้ประโยชน์มี<br>ประสบการณ์ในการ<br>ทำงานร่วมกันภายใต้<br>โครงการร่วม | ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ระบุการ<br>เข้าถึงแบบบูรณาการเป็นลำดับ<br>สำคัญและเริ่มต้นถกเถียงที่ระบุ<br>คุณค่าร่วมและการเข้าถึงเพื่อเป็น<br>แนวการทำงานของกลุ่ม | ผู้ร่วมมีส่วนได้<br>ประโยชน์ตกลง<br>ในคุณค่าและ<br>การเข้าถึง<br>ร่วมกัน | ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์<br>ใช้คุณค่าและการเข้าถึง<br>ร่วมกันนั้นเป็นฐานเพื่อ<br>การจัดลำดับความสำคัญ<br>และการวางแผน |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0                                                                                           | 1                                                                                                  | 2                                                                                                                                                           | 3                                                                        | 4                                                                                                                     |



## คำถามกลุ่ม ๖: การบูรณาการการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง

### 33. ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ร่วมมือวางแผนกันอย่างไรเพื่อเพิ่มความเข้มแข็งในการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง

**คำอธิบาย:** แผนเชื่อมโยง ได้ถูกพัฒนาขึ้นด้วยความร่วมมือกัน อธิบายลำดับความสำคัญ กลยุทธ์และกิจกรรมปฏิบัติ

ในกรณีเฉพาะ การระบุเป้าประสงค์ร่วมกันที่มีการริเริ่มการข้ามระหว่างโรค ช่วงอายุ และ/หรือปัจจัยเสี่ยง ที่เฉพาะเจาะจง สามารถที่จะทำให้เกิดกิจกรรมปฏิบัติร่วมกันง่ายขึ้น การดำเนินการที่มีเป้าประสงค์ร่วมกันนี้ทำให้เกิดจุดเน้นร่วมกันสำหรับกิจกรรมปฏิบัติระหว่างผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ และเกิดความชัดเจนของความรับผิดชอบในแต่ละผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์

ในที่สุด โครงสร้างที่เหมาะสม (เช่น คณะกรรมการประสานงาน) จะสามารถทำให้เกิดความร่วมมือระหว่างผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ต่อเนื่องต่อไป

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

### 34. กลไกอะไรที่ถูกพัฒนาให้สนับสนุนการบูรณาการบริการเชื่อมโยงความต่อเนื่องของการบริการการป้องกันและจัดการโรค

**คำอธิบาย:** การบูรณาการการบริการมีความสำคัญโดยเฉพาะในการทำให้ความต่อเนื่องของการดูแลสำหรับผู้รับบริการง่ายขึ้น

กลยุทธ์และเครื่องมือหลายอย่างอาจจะเป็นประโยชน์เพื่อทำให้การบูรณาการการบริการง่ายขึ้น:

- การพัฒนาและคงดำเนินการให้มีความทันสมัยเสมอในรายการของโปรแกรมการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง และการพัฒนานี้จำเป็นต้องพร้อมให้ผู้ให้บริการสุขภาพเข้าถึงเป็นลำดับขั้นตอนสอดคล้องตามประโยชน์ที่เกิดขึ้น
- การพัฒนาด้านร่างข้อตกลงขั้นตอนกิจกรรมที่เชื่อมโยงกันเพื่อทำให้การส่งต่อง่ายขึ้นระหว่างส่วนต่างๆของระบบสุขภาพ
- การพัฒนากลไกการส่งต่ออิเล็กทรอนิกส์เชื่อมโยงกับผังการดูแลผู้ป่วย

| กลไกการประสานงานไม่ถูกพัฒนาให้เกิดขึ้น | มีการพัฒนาการดำเนินการที่ทันสมัยของโปรแกรมการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง | มีการระบุลำดับความสำคัญประเด็นการบูรณาการการบริการ | ต้นร่างข้อตกลงการปฏิบัติและเครื่องมือถูกพัฒนาขึ้นเพื่อให้การบูรณาการสะดวกขึ้น | เวลาที่รอและดัชนีอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของการดูแลถูกใช้กำกับเป็นประจำในการกำกับการบูรณาการการบริการ |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0                                      | 1                                                                        | 2                                                  | 3                                                                             | 4                                                                                                              |

## คำถามกลุ่ม ๖: การบูรณาการการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง

### 35. ระบบอะไรที่มีอยู่ในการทำให้การใช้ข้อมูลร่วมกันเพื่อการกำกับติดตาม การเฝ้าระวัง และ การประเมินผลระหว่างผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ง่ายขึ้น

**คำอธิบาย:** ความก้าวหน้ามุ่งสู่การบูรณาการระบบสามารถถูกกำกับติดตามผ่านการรวบรวมข้อมูลที่เฉพาะเจาะจง

การรวบรวมข้อมูลที่มีระบบกว้างขวางจะต้องการร่างข้อกำหนดปฏิบัติเฉพาะที่ถูกพัฒนาขึ้นให้อนุญาตการร่วมกันใช้ข้อมูล และกลไก อิเล็กทรอนิกส์ที่ทำให้เกิดการร่วมกันใช้ข้อมูล

| ไม่มีระบบ<br>อะไรอยู่ | ผู้ร่วมมีส่วนได้<br>ประโยชน์ตกลงดัชนีชี้<br>วัดระบบสุขภาพที่ต้อง<br>ติดตาม | ผู้ร่วมมีส่วนได้<br>ประโยชน์พัฒนา<br>แผนงานการร่วมกัน<br>ใช้ข้อมูล | ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์<br>ตกลงใช้ต้นร่างข้อ<br>กำหนดการร่วมกันใช้<br>ข้อมูล | ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์มีสิทธิ์<br>ในระบบทรัพยากรและการนำสู่<br>การปฏิบัติสำหรับการร่วมกัน<br>ใช้ข้อมูล |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0                     | 1                                                                          | 2                                                                  | 3                                                                             | 4                                                                                                        |

### 36. ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ร่วมมือในการพัฒนาข่าวสารสุขภาพที่เป็นกุญแจ เพื่อสนับสนุนการ ดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพและการจัดการตนเองของโรคเรื้อรัง

**คำอธิบาย:** การพัฒนาข่าวสารร่วมกันและความร่วมมือในกลยุทธ์การสื่อสารระหว่างผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์สามารถสร้างผลที่เกิดขึ้นรวมกัน ที่ยิ่งใหญ่กว่าเพื่อสาธารณสุขโดยให้ข่าวสารในหลายช่องทาง การพัฒนานี้สามารถเกิดประสิทธิผลโดยเฉพาะเมื่อการรณรงค์เชิงการตลาดสังคมของ เขตภูมิภาค, จังหวัด และประเทศ มีการประสานงานกัน

| ไม่มีความ<br>ร่วมมือใน<br>ข่าวสาร<br>เดียวกัน | ผู้ร่วมมีส่วนได้<br>ประโยชน์ใช้ข้อมูล<br>ข่าวสารร่วมกันใน<br>การรณรงค์การ<br>สื่อสารเป็นครั้งคราว | ผู้ร่วมมีส่วนได้<br>ประโยชน์แต่งตั้ง<br>ตัวแทนเพื่อรับผิ-<br>ชอบสำหรับออกเฝีย<br>แผนงานการสื่อสาร | ผู้ร่วมมีส่วนได้<br>ประโยชน์ตกลงในการ<br>จัดลำดับสำคัญความ<br>ร่วมมือการสื่อสารและ<br>แผนปฏิบัติงานพัฒนา | ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์นำแผนสู่<br>การปฏิบัติและเกิดการประเมินผล<br>ร่วมกัน รวมทั้งมองหาหนทางที่จะ<br>รวมทรัพยากรให้บรรลุผลกระทบที่<br>ใหญ่กว่า |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0                                             | 1                                                                                                 | 2                                                                                                 | 3                                                                                                        | 4                                                                                                                                                |

## คำถามกลุ่ม ๘: การกำกับ ประเมินผล และเรียนรู้

### 37. หลักฐานถูกนำไปใช้เป็นแนวทางการวางแผนและกิจกรรมปฏิบัติ ในระบบการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรังในเขตภูมิภาค ได้อย่างไร

คำอธิบาย: หลักฐานในปัจจุบันจากการวิจัยให้ข้อมูลข่าวสารสำคัญที่จะช่วยในการพัฒนาแผนงานเขตภูมิภาค รวมทั้งกลยุทธ์การดำเนินการที่มีประสิทธิภาพที่สุดและกลยุทธ์สำหรับการบูรณาการ

| การพัฒนากระบวนการป้องกัน และจัดการโรคเรื้อรังในเขตภูมิภาคไม่ได้อยู่บนข้อมูลหลักฐาน | หลักฐานถูกใช้ในการพัฒนา เป้าประสงค์และตัวชี้วัดการแสดงผลการดำเนินการอย่างชัดเจนสำหรับระบบเขตภูมิภาค | รูปแบบการวางแผนอย่างเป็นเหตุเป็นผลได้ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อสนับสนุนระบบการประเมินผล | การริเริ่มในภูมิภาคถูกประเมินผลบนพื้นฐานรูปแบบวางแผนอย่างเป็นเหตุเป็นผล | การวางแผนระบบเขตภูมิภาค ถูกปรับปรุงบนพื้นฐานของผลการประเมิน |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 0                                                                                  | 1                                                                                                   | 2                                                                              | 3                                                                       | 4                                                           |

### 38. ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์พัฒนาความสามารถของเจ้าหน้าที่ /อาสาสมัคร สำหรับการกำกับติดตาม การประเมินผล และการเรียนรู้ ในประเด็นการป้องกันและจัดการดูแลโรคเรื้อรัง ได้อย่างไร

คำอธิบาย: กลยุทธ์เพื่อพัฒนาความสามารถของบุคคลและความสามารถรวมสำหรับการกำกับติดตาม การประเมินผล และการเรียนรู้ ประกอบด้วย

- ความมั่นใจว่าพนักงานมีความรู้และทักษะที่เพียงพอ
- การให้มีการสนับสนุนเทคนิค (เช่น จากศูนย์เขตหรือจังหวัดสำหรับการส่งเสริมสุขภาพ หรือ การป้องกันโรค)
- การให้มีการเข้าถึงเครื่องมือต่างๆ (เช่น การเข้าถึงทางสายออนไลน์ต่อข้อมูลชุมชนด้านสุขภาพ, แบบประเมินผล, การเข้าถึงการทบทวนอย่างเป็นระบบ, วรรณกรรมสีเทาและผู้ให้ข้อมูลที่เป็นกุญแจ)
- การให้มีโอกาสการฝึกฝน (ประชุมปฏิบัติการ, หลักสูตรออนไลน์, แบบฝึกหัดออนไลน์, เครือข่ายชุมชนนักปฏิบัติ โอกาสในการถ่ายทอดการทำงาน และระบบ ที่จะสนับสนุนให้เป็นความเชี่ยวชาญของชุมชน ในการฝึกฝนและการแบ่งปันการเรียนรู้

| ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ไม่มีแผนที่จะพัฒนาความสามารถในการกำกับติดตาม,การประเมินผลและการเรียนรู้ | ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ประเมินความสามารถของเจ้าหน้าที่ / อาสาสมัครในเรื่องนี้ | ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์จัดลำดับความสำคัญการพัฒนาความสามารถ | ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์พัฒนาแผนงานสำหรับการพัฒนาความสามารถ | ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์พัฒนาและนำแผนร่วมเพื่อการพัฒนาความสามารถ ,การใช้ทรัพยากรร่วมกัน และการเรียนรู้สู่การปฏิบัติ |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0                                                                                               | 1                                                                              | 2                                                           | 3                                                           | 4                                                                                                                   |

## คำถามกลุ่ม ๘: การกำกับ ประเมินผล และเรียนรู้

### 39. ดัชนีชี้วัดและระบบอะไรที่ถูกใช้กำกับติดตาม ผลลัพธ์ของการป้องกัน และจัดการโรคเรื้อรัง

คำอธิบาย: ดัชนีชี้วัดหลายประเภทมีความสำคัญเพื่อการพิจารณา:

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

| ไม่มีดัชนีที่กำลังใช้ในการติดตามผลลัพธ์ | ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ระบุผลลัพธ์ที่มีลำดับความสำคัญที่ต้องถูกกำกับติดตาม | ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ระบุดัชนีชี้วัดเป็นหลักฐานยืนยันได้ | ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์พัฒนาระบบที่ต้องการในการรวบรวมข้อมูลในการชี้วัด, รวมทั้งระบบรวบรวมข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ | ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ใช้ข้อมูลจากระบบการกำกับติดตามผลเพื่อปรับปรุงโครงการ |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 0                                       | 1                                                                           | 2                                                           | 3                                                                                                             | 4                                                                            |

### 40. สมรรถนะภูมิภาคท้องถิ่นในการวิเคราะห์ การแปลผล และการรายงานผลลัพธ์ การป้องกัน และจัดการดูแลโรคเรื้อรัง อย่างสม่ำเสมอ

คำอธิบาย: ในส่วนเพิ่มเติมในงานจากผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์เฉพาะ มีความจำเป็นสำหรับสมรรถนะระดับภูมิภาคท้องถิ่นในการวิเคราะห์ แปลข้อมูล และการนำเสนอรายงาน

สมรรถนะระดับภูมิภาคท้องถิ่น สามารถจัดเตรียมความชำนาญเฉพาะ และสะดวกในการเก็บรวบรวมจากแหล่งต่างๆ สมรรถนะระดับเขตภูมิภาคมักถูกพบได้บ่อยในองค์กรเช่น หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานแผน ผู้มีอำนาจด้านสุขภาพระดับเขต และมหาวิทยาลัยต่างๆ

| ไม่มีสมรรถนะระดับเขตภูมิภาคสำหรับการวิเคราะห์, การแปลข้อมูล และการนำเสนอรายงานของผลลัพธ์ การป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง อย่างสม่ำเสมอ | มีการประเมินสมรรถนะเขตภูมิภาคในเรื่องเหล่านี้ | ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ทำงานร่วมกับแหล่งทรัพยากรของเขตภูมิภาคในการระบุลำดับความสำคัญสำหรับพัฒนาสมรรถนะในเรื่องเหล่านี้ | ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์และแหล่งทรัพยากรของเขตภูมิภาคตกลงกลยุทธเพื่อการพัฒนาสมรรถนะ | ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์และแหล่งทรัพยากรของภูมิภาคท้องถิ่น พัฒนากลไกต่อเนื่องที่ประสานการดำเนินงานการพัฒนาสมรรถนะในเรื่องเหล่านี้ |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0                                                                                                                                     | 1                                             | 2                                                                                                                       | 3                                                                                   | 4                                                                                                                                 |

## คำถามกลุ่ม ๘: ภาวะผู้นำ การมีส่วนร่วม และการลงทุน

### 41. ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ระดับความสำคัญและกิจกรรมปฏิบัติร่วมกันสำหรับการเพิ่มความเข้มแข็งการป้องกันและการจัดการดูแลโรคเรื้อรังได้ อย่างไร

คำอธิบายคำถาม: การลำดับความสำคัญและกิจกรรมปฏิบัติร่วมกันมีความสำคัญในการสร้างพื้นฐานสำหรับผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ที่จะทำงานร่วมกันบนกลยุทธ์ความเข้าใจภาพรวมและการประสานงาน

| ไม่มีอยู่ของลำดับความสำคัญเชิงกลยุทธ์และแผนกิจกรรมปฏิบัติที่เกี่ยวข้องสำหรับการเพิ่มความเข้มแข็งการป้องกันและจัดการ โรคเรื้อรัง | มีการระบุออกมาถึงการจัดลำดับความสำคัญเชิงกลยุทธ์ แต่ไม่มีการพัฒนาแผนกิจกรรมปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง | ลำดับความสำคัญเชิงกลยุทธ์ถูกระบุและผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาแผนการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง | ลำดับความสำคัญเชิงกลยุทธ์ถูกระบุ และผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ได้มีส่วนร่วม ,และแผนการปฏิบัติงานถูกพัฒนาขึ้นสำหรับบางเรื่องที่เป็นกลยุทธ์ | ลำดับความสำคัญเชิงกลยุทธ์ถูกระบุ เป้าประสงค์และวัตถุประสงค์ที่วัดได้ร่วมกันถูกพัฒนาขึ้น มีแผนกิจกรรมปฏิบัติที่มีงบประมาณเดิมถูกพัฒนาขึ้นพร้อมกับบทบาทและความรับผิดชอบถูกระบุสำหรับผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ที่เป็นกลยุทธ์หลัก |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0                                                                                                                               | 1                                                                                               | 2                                                                                                               | 3                                                                                                                                       | 4                                                                                                                                                                                                                            |

### 42. ทรัพยากรอะไรได้ถูกเป็นพันธะผูกพันที่ใช้ในการเข้าถึงในภาพรวมสำหรับการป้องกันและจัดการดูแลโรคเรื้อรัง และเวลาช่วงใดที่พันธะผูกพันนี้ได้ถูกทำขึ้น

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

| ไม่มีการผูกพันเงินทุนเพื่อการเข้าถึงในภาพรวมในการป้องกันและจัดการ โรคเรื้อรัง | ไม่มีการผูกพันเงินทุน แต่มีกิจกรรมเฉพาะที่ดำเนินการในการเพิ่มความตระหนักถึงประเด็นการป้องกันและจัดการ โรคเรื้อรังต่อผู้มีหน้าที่ตัดสินใจ | ไม่มีการผูกพันเงินทุน, อย่างไรก็ตามตระหนักได้เกิดขึ้นและมีกลยุทธ์/กิจกรรมที่มีอิทธิพลต่อผู้มีอำนาจตัดสินใจต่อการบรรลุดูเงินทุนที่ยั่งยืน | มีทุนระยะสั้นเพื่อการเข้าถึงในภาพรวม ยังคงมีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกับผู้ที่ทำการตัดสินใจ | มีเงินทุนระยะยาวที่ผูกพัน เป็นส่วนของกลยุทธ์ระยะยาวที่กล่าวถึงปัจจัยความสำเร็จวิกฤตที่อยู่ในรายการในเครื่องมือประเมิน |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0                                                                             | 1                                                                                                                                        | 2                                                                                                                                        | 3                                                                                       | 4                                                                                                                     |

## คำถามกลุ่ม ๘: ภาวะผู้นำ การมีส่วนร่วม และการลงทุน

### 43. ใครเป็นผู้ประสานงานกลยุทธ์ภาพรวมเขตเพื่อการป้องกันและจัดการดูแลโรคเรื้อรัง

คำอธิบาย: คณะกรรมการเขตฯ ของผู้จัดการอาวุโสเป็นกลไกที่เป็นประโยชน์เพื่อให้แนวทางกลยุทธ์การป้องกันและจัดการโรคเรื้อรังในภาพรวม คณะกรรมการฯ ควรรวมตัวแทนจากจาก

- องค์กรสาธารณสุข
- การบริการสุขภาพชุมชนและการดูแลสุขภาพที่บ้าน
- การบริการดูแลปฐมภูมิ
- การดูแลระยะยาว
- การดูแลเชิงป้องกัน
- องค์กรชุมชน และองค์กรที่ไม่ใช่หน่วยงานของรัฐบาล

คณะกรรมการเขตฯ ของผู้จัดการอาวุโส เป็นคณะกรรมการที่ตั้งใจให้เกิดการนำผู้ที่ทำการตัดสินใจจากการบริการต่างๆ ที่ต่อเนื่องกันในการ ป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง รวมทั้งภาคส่วนสุขภาพและชุมชนมาร่วมกันเพื่อตัดสินใจในฐานะองค์กรของเขา

|                                                                                                          |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                              |                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ต่างคนต่างทำใน การบริการของ ตนไม่มีการ กำหนดผู้ ประสานงานกล ยุทธ์ภาพรวมเพื่อ การป้องกันและ จัดการกับโรคฯ | ไม่มีการกำหนดผู้ประ-สานงานกลยุทธ์ภาพ-รวมฯ แต่มีกิจกรรม เฉพาะเป็นครั้งคราวใน การประสานกลยุทธ์ให้ เกิดการบริการต่างๆที่ ต่อเนื่องกันในการป้อง-กันและจัดการ โรคฯ | มีการมอบหมายผู้ ประสานงานกลยุทธ์ ภาพรวมฯ แต่ไม่มี คณะกรรมการของ ผู้จัดการอาวุโสจากการ บริการต่างๆ มารวม-กันตัดสินใจการป้องกัน และจัดการ โรคฯ | มีการมอบหมายผู้ประ-สานงานกลยุทธ์ภาพ-รวมฯ และมีกรรม-การของผู้จัดการอาวุโส จากการบริการต่างๆ มารวมกันตัดสินใจใน การป้องกันและจัดการ โรคฯ | มีการมอบหมายผู้ประสาน-งานกลยุทธ์ภาพรวมฯ มี คณะกรรมการของผู้จัดการ อาวุโสจากการบริการต่างๆ ทั่วทั้งองค์กรชุมชนและ องค์กรสาธารณะที่เกี่ยวข้อง มาร่วมกันตัดสินใจในการ ป้องกันและจัดการ โรคฯ |
| 0                                                                                                        | 1                                                                                                                                                             | 2                                                                                                                                            | 3                                                                                                                                      | 4                                                                                                                                                                                        |

### 44. ผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ทำอะไรที่จะเกิดรูปแบบสิ่งแวดล้อมการทำงานที่สร้างเสริม สุขภาพ

คำอธิบายคำถาม: สิ่งแวดล้อมการทำงานที่สร้างเสริมสุขภาพเป็นกลยุทธ์สำคัญสำหรับการป้องกันและจัดการ โรคเรื้อรัง

- องค์กรสุขภาพสามารถเป็นผู้นำต่อชุมชนต่อวิธีการเสริมสร้างสิ่งแวดล้อมสุขภาพโดยการสร้างรูปแบบของสิ่งแวดล้อมการทำงานที่สร้างเสริม สุขภาพเป็นแม่แบบตัวอย่าง

- องค์กรของผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์สามารถสร้าง “รูปแบบ” ของ สิ่งแวดล้อมการทำงานที่สร้างเสริมสุขภาพโดยการนำ นโยบายสู่การปฏิบัติ ได้แก่ การจัดการทำงานที่ยืดหยุ่น (เช่น เวลาการเริ่มงาน/เวลาสิ้นสุด), การดูแลเด็กในสถานที่ทำงาน, การติดต่อสื่อสาร, การบริการทางเลือกการบริโภค ที่มีสุขภาพในโรงอาหาร, สนับสนุนกิจกรรมทางกายภาพ (เช่น อนุญาตให้มีเวลาสำหรับกิจกรรมทางกาย, การบริการสิ่งอำนวยความสะดวกไว้ใกล้ๆ)

|                                                                           |                                                                                                                        |                                                                                                                             |                                                                                     |                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| องค์กรไม่มีนโยบาย ในการสร้าง สิ่งแวดล้อมในการ ทำงานด้วยการ ส่งเสริมสุขภาพ | ผู้นำในองค์กรสุขภาพ ต้องการที่จะสนับสนุนให้ มีการลงทุนด้านการ ดำเนินงานกับสิ่งแวดล้อม ในการทำงานด้านการ ส่งเสริมสุขภาพ | วัฒนธรรมในองค์กร สนับสนุนในการริเริ่มแต่ละ บุคคล, แต่ไม่มีนโยบาย กำหนดแทนที่อย่างเป็นทางการในการสนับสนุน ทางเลือกด้านสุขภาพ | มีการพัฒนา นโยบายเบื้องต้นใน การสนับสนุน สิ่งแวดล้อมในการ ทำงานเพื่อส่งเสริม สุขภาพ | องค์กรปรับปรุง นโยบายให้ครอบคลุม ในการสนับสนุน สิ่งแวดล้อมในการ ทำงานเพื่อส่งเสริม สุขภาพ |
| 0                                                                         | 1                                                                                                                      | 2                                                                                                                           | 3                                                                                   | 4                                                                                         |

คำถามกลุ่ม ๘: ภาวะผู้นำ การมีหุ้นส่วน และการลงทุน

**45. กลไกความรับผิดชอบอะไรที่ได้ถูกพัฒนาขึ้นในการกำกับติดตามนโยบายและผลลัพธ์ของโปรแกรม ของการป้องกันและจัดการกับโรคเรื้อรัง**

คำอธิบาย: มีระบบการแสดงความรับผิดชอบสองแบบที่ต้องการเพื่อวัดประสิทธิผลของกลยุทธ์การป้องกันและจัดการโรคเรื้อรังในภาพรวม

1. ระบบที่กำกับติดตามสถานะสุขภาพซึ่งสามารถชี้วัดความเปลี่ยนแปลงในเรื่องต่างๆ ได้แก่ ความชุกปัจจัยเสี่ยง และความชุกของโรคเรื้อรังในประชากรกลุ่มต่างๆ
2. ระบบที่กำกับติดตามการแสดงผลการดำเนินการในการตอบสนองจากระบบสุขภาพซึ่งวัดความสามารถของระบบสุขภาพในการนำกิจกรรมการปฏิบัติเฉพาะสู่การดำเนินการ (เช่น การคัดกรองปัจจัยความเสี่ยง โดยผู้ให้บริการปฐมภูมิ การส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ)

การวัดความรับผิดชอบจะเป็นการวัดที่มีประสิทธิภาพที่สุดต่อการวัดนั้นสามารถสื่อสารไปถึงผู้ตัดสินใจและสาธารณชนทั่วไปได้ ในรูปแบบที่มีความหมายต่อเขาเหล่านั้น (เช่น รายงานประจำปีของการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรังที่อยู่ในลำดับความสำคัญอื่นๆ และผลลัพธ์) , และในท้ายสุดมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ และการจัดสรรทรัพยากร

| ไม่มีกลไกแสดง<br>ความรับผิดชอบใดๆ<br>ที่กำกับติดตาม<br>ผลลัพธ์ของนโยบาย<br>และโปรแกรม | แผนการประเมินผล<br>และดัชนีที่เป็นกฎเกณฑ์<br>ได้ถูกพัฒนาขึ้นแต่<br>ไม่มีการนำไป<br>ดำเนินการ | ระบบได้นำไปสู่การ<br>ปฏิบัติสนับสนุนการ<br>ประเมินผล การรวบรวม<br>ข้อมูล และการเตรียมการ<br>รายงานพื้นฐานและต่อเนื่อง | รายงานพื้นฐานและต่อเนื่อง<br>สม่ำเสมอถูกจัดทำและ<br>นำเสนอในรูปแบบที่ใช้งาน<br>ได้ง่ายต่อผู้มีอำนาจในการ<br>ตัดสินใจและสาธารณชน | รายงานสม่ำเสมอจนเป็นปกติ ถูกนำ<br>รวมเข้าไปในกระบวนการวางแผน,<br>และถูกใช้ในการกำหนดคุณนโยบาย<br>, การจัดลำดับความสำคัญ, และการ<br>ตัดสินใจ ด้านการจัดสรรทรัพยากร |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0                                                                                     | 1                                                                                            | 2                                                                                                                     | 3                                                                                                                               | 4                                                                                                                                                                 |

## ภาคผนวก: คำนิยาม

### 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 acquired ... are 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 กลยุทธ์หลายกลยุทธ์ถูกใช้เพื่อให้ผู้รับบริการทุกรายที่ถูกวินิจฉัยด้วยเงื่อนไขเฉพาะมีสุขภาพที่ดีขึ้นแต่ไม่ใช่ทุกคนที่มาใช้บริการที่สถานบริการ 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/](http://www.who.int/chp/about/integrated_cd/en/)

- O 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.
- O 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)

การบูรณาการการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรังต้องการความรับผิดชอบร่วมกันการกิจกรรมความร่วมมือ จึงจำเป็นและต้องเน้น ซึ่งประกอบด้วย

- ร่วมรับผิดชอบเพื่อการป้องกันและจัดการโรค
- ความครอบคลุมขอบเขตความร่วมมือของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
- สร้างระบบเพิ่มความสามารถเพื่อการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรังต้องการกิจกรรมความร่วมมือ

### การสร้างความสามารถ

#### (CAPACITY-BUILDING)

เพื่อช่วยผู้ร่วมมีส่วนได้ประโยชน์ในการเพิ่มความสามารถรวม (collective capacity) สำหรับการป้องกันและจัดการ โรคเรื้อรัง 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.

|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Health Systems</b>          | Have four essential functions of a health system defined as service provision, resource generation, financing and stewardship.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Health Service Delivery</b> | are accessible, equitable, safe, and responsive to the needs of the users<br>represents the main output of any health system                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Primary Health Care</b>     | 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: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Universal coverage reforms – ensure universal access to health services and universal social health protection.</li> <li>● Service delivery reforms – reorganise health services around people's needs and expectations.</li> <li>● Public policy reforms – integrate public health policies with primary care.</li> <li>● Leadership reforms – need for inclusive, participatory, negotiation-based leadership</li> </ul> |

### 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



- o The Alma-Ata Declaration, also emphasises that everyone should have access to primary health care, and everyone should be involved in it.
- o The primary health care approach encompasses the following key components: equity, *community involvement/participation, intersectorality*, appropriateness of technology and affordable costs.
- o 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.
- o Primary health care as defined above will do much to address many of the pre-requisites for *health indicated earlier*.
- o *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.*
- o 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.

# ภาคผนวกที่ 2

เครื่องมือประเมินการบริการสถานพยาบาล ในการป้องกัน  
และจัดการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จังหวัด  
สกลนคร

แพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวณิชชากร

ชื่ออำเภอ/พื้นที่รับผิดชอบ..... วัน/เดือน/ปีที่บันทึก.....

## การประเมินการบริการของสถานพยาบาล

### เป้าหมาย

ประชากรสามารถได้รับการบริการสุขภาพ เพื่อป้องกันและจัดการ โรคเรื้อรัง กรณีเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูงโดยอาศัยความร่วมมือจากภาคต่างๆคือ ชุมชน,ท้องถิ่น,สาธารณสุข และภาคเอกชน ในแง่ การป้องกัน, ส่งเสริม, รักษา และฟื้นฟู ด้วยรูปแบบและกระบวนการบริการที่มีประสิทธิภาพ และการสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน

### บทนำ

เครื่องมือนี้เป็นส่วนหนึ่งของการประเมินการบริการของสถานพยาบาลในการจัดการแบบบูรณาการกับโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เพื่อให้ผู้ปฏิบัติสามารถประเมินตนเองได้ว่าอยู่ที่สถานะไหน และจะต้องพัฒนาทางด้านไหนเพื่อพัฒนาเครือข่ายหน่วยบริการในการจัดระบบบูรณาการในการจัดการเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันเสี่ยง ลดโรค และป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการใช้ชีวิตแบบมีคุณภาพของผู้ป่วยอย่างมีความสุข ซึ่งจะมีการเชื่อมโยงของข้อมูลระหว่างสถานบริการต่างๆในการออกแบบบริการทุกด้านในประชาชนทุกกลุ่ม และมีการคืนข้อมูลให้แก่ท้องถิ่นและชุมชน การพัฒนาศักยภาพและความสามารถเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมถึงส่งเสริมศักยภาพและเน้นการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนในการจัดการ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการดำเนินการจัดระบบจัดการเบาหวาน และความดันโลหิตสูง เพื่อให้ได้ประสิทธิผลในพื้นที่นำร่อง เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์บทเรียน เพื่อการพัฒนาในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

ความสำเร็จของรูปแบบการดูแลโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงนั้นคือการลดช่องว่างระหว่างผู้ป่วย (เบื่อหน่าย, หמדก้างใจ, ไม่มาตามนัด) กับผู้ให้บริการ (ไม่ทราบประวัติเดิม, แพทย์ไม่มีเวลา, รับภาระผู้ป่วยที่เกิด complication) เพื่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์กัน ระหว่างผู้ป่วย (ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลถูกต้อง และมีความกระตือรือร้นที่จะดูแลสุขภาพ) กับผู้บริการ (เตรียมพร้อม, ทำงานเชิงรุก) อีกทั้งผู้บริหารจะต้องมีความเข้าใจ ให้ความสำคัญ และสามารถพัฒนานโยบายการบริการหรือกลยุทธ์ ประกอบด้วย

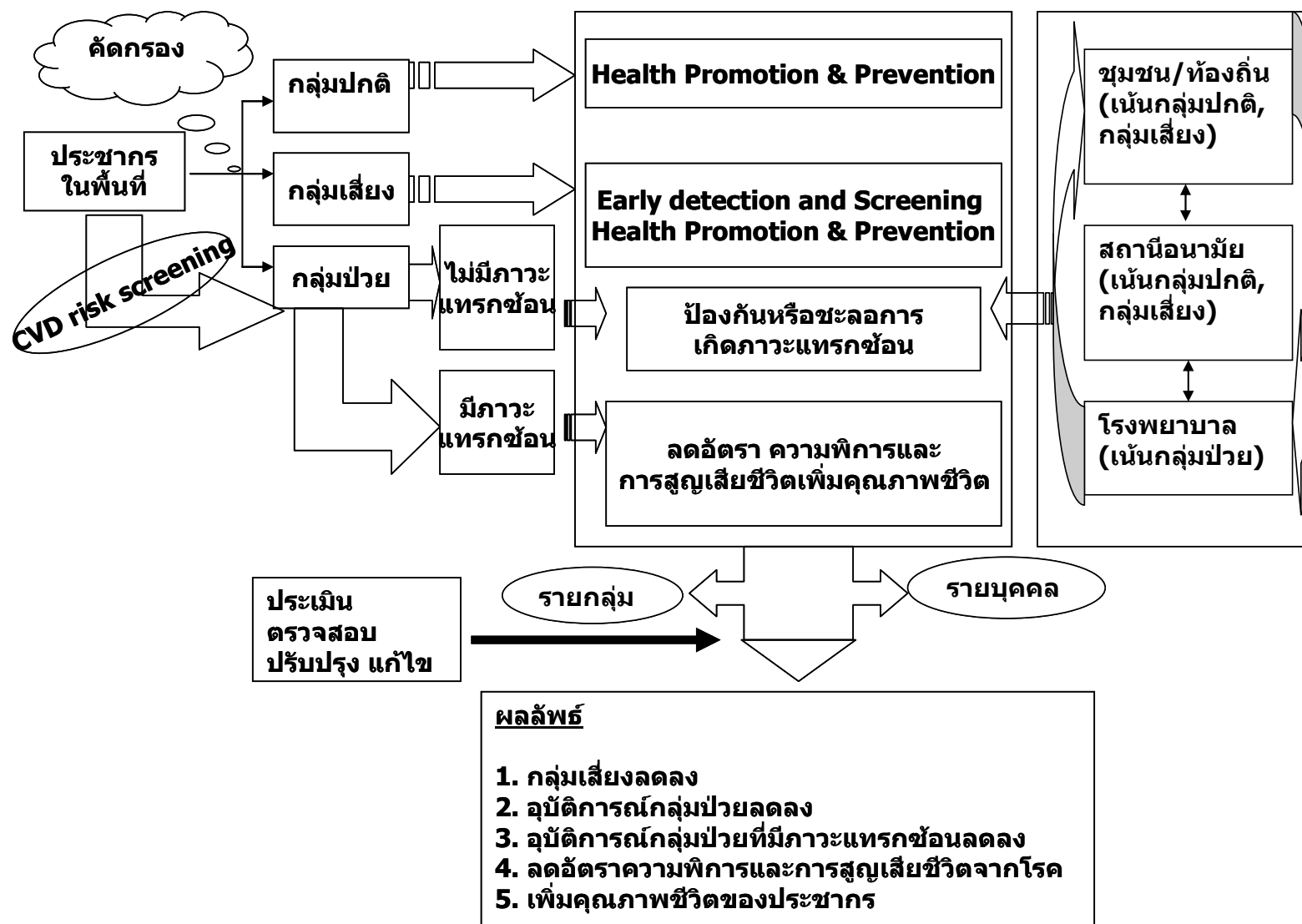
- การออกแบบระบบบริการ: จัดวางรูปแบบการบริการของประชากรกลุ่มเป้าหมายได้อย่างเหมาะสมกับบริบทที่แตกต่างกันของแต่ละพื้นที่ เพื่อให้เกิดการบริการแบบองค์รวมและมีประสิทธิภาพ
- ระบบข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจ: มีระบบสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติงานใช้ความรู้ที่ทันสมัย และมี Evidence-based guidelines ในการตัดสินใจให้บริการ รวมทั้งมีการคืนข้อมูลให้แก่ผู้ป่วยและผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง

- การจัดระบบข้อมูลทางคลินิก: มีระบบการจัดเก็บข้อมูลที่สำคัญในเวชระเบียนที่เป็น real time , สามารถเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยในแต่ละสถานพยาบาล, มีการคืนข้อมูลให้แก่ผู้ป่วย ชุมชนและองค์กรอื่น และมีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษา และการออกแบบบริการสุขภาพ ทั้งในรายบุคคล และกลุ่มประชากรในพื้นที่
- การเชื่อมโยงกับชุมชน: สร้างความร่วมมือกับชุมชนและจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ให้สอดคล้องกับความจำเป็นของผู้ป่วยและชุมชน

### คำแนะนำ

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

## การออกแบบระบบบริการ (Delivery system design)



### ตารางสรุปประเด็นที่ควรมีในการออกแบบระบบบริการ

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

## 1) ประเด็นในการประเมินความพร้อมในการออกแบบระบบบริการ (Delivery System Design)

### ก. ข้อมูลสำคัญ

|                                                                                                                   |                 |                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------------|
| 1. ทราบสถานการณ์ประชากรทุกกลุ่มในพื้นที่หรือไม่ อย่างไร ได้แก่                                                    |                 |                           |
| 1.1 ประชากรทั้งหมดในพื้นที่ที่รับผิดชอบเพื่อจะทำให้ทราบโครงสร้างของประชากรและนำไปวางแผนในการให้บริการได้          |                 |                           |
| <input type="checkbox"/> <b>ทราบ:</b> จำนวนประชากรทั้งหมดในพื้นที่ที่รับผิดชอบมีจำนวน ..... คน                    |                 |                           |
| <input type="checkbox"/> <b>ไม่ทราบ:</b> ไม่ทราบเพราะเหตุใด (ระบุ) .....<br>.....                                 |                 |                           |
| 1.2 ประชากรกลุ่มเสี่ยง (ตาม criteria ของ สปสช) ต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง                               |                 |                           |
| <input type="checkbox"/> <b>ทราบ:</b> จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ที่รับผิดชอบ (กรุณารอกข้อ 2.4 หน้า 6)       |                 |                           |
| <input type="checkbox"/> <b>ไม่ทราบ:</b> ไม่ทราบเพราะเหตุใด (ระบุ) .....<br>.....                                 |                 |                           |
| 1.3 กลุ่มป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง                                                                         |                 |                           |
| <input type="checkbox"/> <b>ทราบ:</b> จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันฯ ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ                       |                 |                           |
| เบาหวาน.....คน                                                                                                    | ความดันฯ.....คน | เบาหวานและความดันฯ.....คน |
| <input type="checkbox"/> <b>ไม่ทราบ:</b> ไม่ทราบเพราะเหตุใด (ระบุ) .....<br>.....                                 |                 |                           |
| 1.4 กลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง                                                     |                 |                           |
| <input type="checkbox"/> <b>ทราบ:</b> จำนวนกลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน/ความดันฯ ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ |                 |                           |
| เบาหวาน.....คน                                                                                                    | ความดันฯ.....คน |                           |
| <input type="checkbox"/> <b>ไม่ทราบ:</b> ไม่ทราบเพราะเหตุใด (ระบุ) .....<br>.....                                 |                 |                           |
| 1.5 ประเด็น/ข้อเสนอแนะอื่นๆ ด้านสถานการณ์ประชากรในกลุ่มพื้นที่                                                    |                 |                           |
| .....<br>.....<br>.....<br>.....                                                                                  |                 |                           |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2 ทราบสถานการณ์ประชากรกลุ่มเสี่ยงได้รับการจัดการหรือไม่ อย่างไร เช่น                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 2.1 ทราบกระบวนการในการค้นหาและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงรวมถึงเทคนิคต่างที่ใช้หรือไม่ อะไรบ้าง                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> <b>ทราบ:</b> กระบวนการที่ใช้คือ .....<br>.....<br><input type="checkbox"/> <b>ไม่ทราบ:</b> ไม่ทราบเพราะเหตุใด (ระบุ) .....<br>เนื่องจาก (ระบุ).....                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 2.2 จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการลงทะเบียนว่ามีความครอบคลุมทั้งพื้นที่หรือไม่และมีกระบวนการจัดการกับกลุ่มเสี่ยงที่ได้ค้นหาหรือไม่                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงมีความครอบคลุมทั้งพื้นที่<br><input type="checkbox"/> จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยง <b>ไม่</b> ครอบคลุมทั้งพื้นที่ (ครอบคลุมร้อยละ .....ของประชากรในพื้นที่)<br>.....<br><input type="checkbox"/> มีกระบวนการจัดการกับกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ .....<br>.....<br><input type="checkbox"/> <b>ไม่</b> มีกระบวนการจัดการกับกลุ่มเสี่ยง เนื่องจาก (ระบุ).....<br>..... |                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 2.3 วิธีการที่ใช้ในประเมิน การจัดการ และสื่อสารความเสี่ยงมีอะไรบ้าง ให้ยกตัวอย่างพร้อมทั้งบอกข้อดีข้อเสีย                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                         |
| วิธีการที่ใช้ในประเมิน การจัดการ และสื่อสารความเสี่ยง ได้แก่ .....<br>.....<br>.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 2.4 จำนวนและประเภทของประชากรกลุ่มเสี่ยงมีอะไรบ้าง ซึ่งเป็นประโยชน์ในการวางแผนจัดการกับกลุ่มเสี่ยงได้                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> มีประวัติความดันโลหิตสูง.....คน<br><input type="checkbox"/> มีดัชนีมวลกาย (BMI) $\geq 25$ .....คน<br><input type="checkbox"/> <b>ชาย</b> มีรอบพุง $\geq 90$ ซม. ....คน<br><input type="checkbox"/> มี Triglyceride (TG) $\geq 250$ มก./ดล. ....คน                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> ภาวะน้ำตาลในเลือด 100-125 มก./ดล. ....คน<br><input type="checkbox"/> มีประวัติญาติสายตรง.....คน<br><input type="checkbox"/> <b>หญิง</b> มีรอบพุง $\geq 80$ ซม. ....คน<br><input type="checkbox"/> มี HDL $< 35$ มก./ดล. ....คน |
| <input type="checkbox"/> ประเภทของประชากรกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ .....<br>.....<br>.....<br>.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                         |

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 3 ทราบสถานการณ์ประชากรกลุ่มป่วยได้รับการจัดการหรือไม่ อย่างไร เช่น                                                                                                                                                                                                                           |                            |
| 3.1 ทราบสถานการณ์ของกลุ่มป่วย ได้แก่ อัตราอุบัติการณ์การเกิดโรค, ความชุกของโรค                                                                                                                                                                                                               |                            |
| <input type="checkbox"/> <b>ทราบ:</b> อุบัติการณ์การเกิดโรค (คนไข้ใหม่/100,000 ใน 1 ปี หรือแต่ละปี)                                                                                                                                                                                          |                            |
| เบาหวาน.....ต่อแสนประชากร                                                                                                                                                                                                                                                                    | ความดันฯ.....ต่อแสนประชากร |
| <input type="checkbox"/> <b>ทราบ:</b> ความชุกการเกิดโรค (ร้อยละ ต่อจำนวนประชากรทั้งหมดในพื้นที่ที่รับผิดชอบ)                                                                                                                                                                                 |                            |
| เบาหวาน ร้อยละ.....                                                                                                                                                                                                                                                                          | ความดันฯ.....              |
| <input type="checkbox"/> <b>ไม่ทราบ:</b> ไม่ทราบเพราะเหตุใด (ระบุ) .....<br>.....                                                                                                                                                                                                            |                            |
| 3.2 จำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนครอบคลุมหรือไม่ และครอบคลุมแค่ไหน (ให้บอกเป็นร้อยละ) และจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการว่าครอบคลุมผู้ป่วยทั้งหมดหรือไม่                                                                                                                                         |                            |
| <b>เบาหวาน</b><br><input type="checkbox"/> จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนมีความครอบคลุมทั้งพื้นที่<br><input type="checkbox"/> จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน <b>ไม่</b> ครอบคลุมทั้งพื้นที่ (ครอบคลุมร้อยละ.....ของผู้ป่วยทั้งหมด) เนื่องจาก (ระบุ).....<br>.....                     |                            |
| <b>ความดันโลหิตสูง</b><br><input type="checkbox"/> จำนวนผู้ป่วยความดันฯ ที่ขึ้นทะเบียนมีความครอบคลุมทั้งพื้นที่<br><input type="checkbox"/> จำนวนผู้ป่วยความดันฯ ที่ขึ้นทะเบียน <b>ไม่</b> ครอบคลุมทั้งพื้นที่ (ครอบคลุมร้อยละ.....ของผู้ป่วยทั้งหมด) เนื่องจาก (ระบุ).....<br>.....         |                            |
| <b>เบาหวาน</b><br><input type="checkbox"/> จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการจัดการครอบคลุมผู้ป่วยทั้งหมด<br><input type="checkbox"/> จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการจัดการ <b>ไม่</b> ครอบคลุมผู้ป่วยทั้งหมด (ครอบคลุมร้อยละ.....ของผู้ป่วยทั้งหมด) เนื่องจาก (ระบุ).....<br>.....             |                            |
| <b>ความดันโลหิตสูง</b><br><input type="checkbox"/> จำนวนผู้ป่วยความดันฯ ที่ได้รับการจัดการครอบคลุมผู้ป่วยทั้งหมด<br><input type="checkbox"/> จำนวนผู้ป่วยความดันฯ ที่ได้รับการจัดการ <b>ไม่</b> ครอบคลุมผู้ป่วยทั้งหมด (ครอบคลุมร้อยละ.....ของผู้ป่วยทั้งหมด) เนื่องจาก (ระบุ).....<br>..... |                            |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3.3 วิธีการจัดการกับผู้ป่วย เช่น การบริการด้านการรักษา การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การให้คำปรึกษา ได้แก่อะไรบ้าง                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> วิธีการจัดการกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ .....<br>.....<br><input type="checkbox"/> วิธีการจัดการกับผู้ป่วยโรคความดันฯ ได้แก่ .....<br>.....<br><input type="checkbox"/> <b>ไม่ทราบ</b> วิธีการจัดการกับผู้ป่วยเพราะ (ระบุ) .....<br>.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 3.4 ตัวชี้วัดประสิทธิผลของวิธีการป้องกันและควบคุมโรคกับผู้ป่วยของจังหวัดเป็นอย่างไร                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| อุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ( <input type="checkbox"/> เพิ่มขึ้น/ <input type="checkbox"/> ลดลง) ที่..... จากปี 255.....<br>เป็น..... ในปี 255..... (ต่อแสนประชากร)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| อุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ( <input type="checkbox"/> เพิ่มขึ้น/ <input type="checkbox"/> ลดลง) ที่..... จากปี 255.....<br>เป็น..... ในปี 255..... (ต่อแสนประชากร)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| ความชุกของโรคเบาหวาน ( <input type="checkbox"/> เพิ่มขึ้น/ <input type="checkbox"/> ลดลง) ที่ร้อยละ..... จากปี 255.....<br>เป็นร้อยละ..... ในปี 255..... (ต่อประชากรทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบ)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| ความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ( <input type="checkbox"/> เพิ่มขึ้น/ <input type="checkbox"/> ลดลง) ที่ร้อยละ..... จากปี 255.....<br>เป็นร้อยละ..... ในปี 255..... (ต่อประชากรทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบ)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ผลของการดำเนินงานตามนโยบายลดความแออัดในโรงพยาบาลพบว่า <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในความดูแลโรงพยาบาล <b>ลดลงจาก</b> ร้อยละ..... จากก่อนเริ่มโครงการ (ปี 255.....) เป็นร้อยละ..... ในปี 255..... (ต่อคนไข้เบาหวานทั้งหมดที่โรงพยาบาลรับผิดชอบ)</li> <li>- ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่อยู่ในความดูแลโรงพยาบาล <b>ลดลงจาก</b> ร้อยละ..... จากก่อนเริ่มโครงการ (ปี 255.....) เป็นร้อยละ..... ในปี 255..... (ต่อคนไข้เบาหวานทั้งหมดที่โรงพยาบาลรับผิดชอบ)</li> </ul> <b>หมายเหตุ:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สูตรการคำนวณร้อยละของจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง คือ<br/> <math display="block">A = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่อยู่ในความดูแลโรงพยาบาล ในปีก่อนเริ่มโครงการ}}{\text{จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงทั้งหมดในพื้นที่ที่โรงพยาบาลรับผิดชอบ}} \times 100</math> <math display="block">B = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่อยู่ในความดูแลโรงพยาบาล ล่าสุด}}{\text{จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงทั้งหมดในพื้นที่ที่โรงพยาบาลรับผิดชอบ}} \times 100</math> </li> <li>- เป้าหมายที่จังหวัดสกลนครตั้งไว้ในปี 2551 คือ ผลต่างของร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่อยู่ในความดูแลโรงพยาบาลจากปีก่อนเริ่มโครงการฯ (<b>A-B</b>) <b>ลดลงร้อยละ 50</b> ของผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่โรงพยาบาลรับผิดชอบ</li> </ul> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| คัดกรองเบาหวานกับประชากรที่มีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป ได้ร้อยละ .....ของประชากรทั้งหมดในพื้นที่                                                                                                                                                                                 |
| คัดกรองความดันโลหิตสูงกับประชากรที่มีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป ได้ร้อยละ .....ของประชากรทั้งหมดในพื้นที่                                                                                                                                                                         |
| <p>หลังจากการคัดกรองเบาหวานพบว่า</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีจำนวนกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด .....คน</li> <li>- กลุ่มเสี่ยงได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม .....คน ต่อปี</li> <li>- มีจำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนเป็นเบาหวานทั้งหมด .....คน</li> </ul>                  |
| <p>หลังจากการคัดกรองความดันโลหิตสูงพบว่า</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีจำนวนกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด .....คน</li> <li>- กลุ่มเสี่ยงได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม .....คน ต่อปี</li> <li>- มีจำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนเป็นความดันโลหิตสูงทั้งหมด .....คน</li> </ul>  |
| จำนวนผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น ( <input type="checkbox"/> เกินกว่า/ <input type="checkbox"/> ไม่เกิน) ร้อยละ 10 ของปีที่แล้ว (255....)                                                                                                                 |
| จำนวนผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น ( <input type="checkbox"/> เกินกว่า/ <input type="checkbox"/> ไม่เกิน) ร้อยละ 10 ของปีที่แล้ว (255....)                                                                                                         |
| จำนวนผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาด้วยโรคอัมพฤกษ์/อัมพาตเพิ่มขึ้น ( <input type="checkbox"/> เกินกว่า/ <input type="checkbox"/> ไม่เกิน) ร้อยละ 10 ของปีที่แล้ว (255....)                                                                                                         |
| คนไข้เบาหวานระดับดี (มีระดับน้ำตาล 70-130 มก./ดล.) มีจำนวน..... คน                                                                                                                                                                                                             |
| คนไข้ความดันโลหิตสูงระดับดี (130/80 มิลลิเมตรปรอท) มีจำนวน..... คน                                                                                                                                                                                                             |
| อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ( <input type="checkbox"/> เกินกว่า/ <input type="checkbox"/> ไม่เกิน) ร้อยละ 10 ของปีที่แล้ว (255....)                                                                                                                     |
| <p>3.5 ประสิทธิภาพของวิธีการป้องกันและควบคุมโรคกับผู้ป่วยตามตัวชี้วัดของจังหวัด มีประสิทธิภาพน้อยเพียงใด เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนาวิธีการและเครื่องมือในการจัดการกับผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น</p>                                                                       |
| <input type="checkbox"/> ตัวชี้วัดมีความเหมาะสมในการวัดประสิทธิภาพการป้องกันและจัดการโรค<br><input type="checkbox"/> ตัวชี้วัด <i>ไม่</i> เหมาะสมในการวัดประสิทธิภาพการป้องกันและจัดการโรค เนื่องจาก .....<br>.....<br>ระบุตัวชี้วัดที่ท่านเห็นว่าสมควรเพิ่มเติม.....<br>..... |
| <p>3.6 วิธีการเฝ้าระวังและค้นหาภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วย ได้แก่อะไรบ้าง</p> <p>วิธีการเฝ้าระวังและค้นหาภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วย ได้แก่.....<br/>         .....<br/>         .....<br/>         .....</p>                                                                    |

|                                                           |
|-----------------------------------------------------------|
| 3.7 ประเด็น/ข้อเสนอแนะอื่นๆ ด้านสถานการณ์ประชากรกลุ่มป่วย |
| .....                                                     |
| .....                                                     |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4 ทราบสถานการณ์ประชากรกลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนได้รับการจัดการหรือไม่ อย่างไร เช่น                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 4.1 อัตราอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อน/พิการ (คนไข้รายใหม่ /100,000 ในปีหรือแต่ละปี)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <p><u>เบาหวาน</u></p> <p><input type="checkbox"/> อุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนทางตา เท่ากับ.....ต่อแสนประชากร</p> <p><input type="checkbox"/> อุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนทางไต เท่ากับ.....ต่อแสนประชากร</p> <p><input type="checkbox"/> อุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท เท่ากับ.....ต่อแสนประชากร</p> <p><input type="checkbox"/> อุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดง เท่ากับ.....ต่อแสนประชากร</p> <p><input type="checkbox"/> อุบัติการณ์ความพิการ ต้องตัดอวัยวะ เท่ากับ.....ต่อแสนประชากร</p> <p><input type="checkbox"/> อุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง เท่ากับ.....ต่อแสนประชากร</p> <p><input type="checkbox"/> อุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ (ระบุอัตราอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนนั้นด้วย)</p> <p>.....</p> |
| <p><u>ความดันโลหิตสูง</u></p> <p><input type="checkbox"/> อุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจ เท่ากับ.....ต่อแสนประชากร</p> <p><input type="checkbox"/> อุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนทางไต เท่ากับ.....ต่อแสนประชากร</p> <p><input type="checkbox"/> อุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนเป็นอัมพาต เท่ากับ.....ต่อแสนประชากร</p> <p><input type="checkbox"/> อุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง เท่ากับ.....ต่อแสนประชากร</p> <p><input type="checkbox"/> อุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ (ระบุอัตราอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนนั้นด้วย)</p> <p>.....</p>                                                                                                                                                                                       |
| 4.2 ความชุกของการเกิดภาวะแทรกซ้อน/พิการ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <p><u>เบาหวาน</u></p> <p><input type="checkbox"/> ความชุกของภาวะแทรกซ้อนทางตา เท่ากับร้อยละ.....ของประชากรทั้งหมด</p> <p><input type="checkbox"/> ความชุกของภาวะแทรกซ้อนทางไต เท่ากับร้อยละ.....ของประชากรทั้งหมด</p> <p><input type="checkbox"/> ความชุกของภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท เท่ากับร้อยละ.....ของประชากรทั้งหมด</p> <p><input type="checkbox"/> ความชุกของภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดง เท่ากับร้อยละ.....ของประชากรทั้งหมด</p> <p><input type="checkbox"/> ความชุกของความพิการ ต้องตัดอวัยวะ เท่ากับร้อยละ.....ของประชากรทั้งหมด</p> <p><input type="checkbox"/> ความชุกของภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง เท่ากับร้อยละ.....ของประชากรทั้งหมด</p>                                                                   |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ความสุขของภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ (ระบุความสุขของภาวะแทรกซ้อนนั้นด้วย)<br>.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>ความดันโลหิตสูง</b><br><input type="checkbox"/> ความสุขของภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจ เท่ากับร้อยละ.....ของประชากรทั้งหมด<br><input type="checkbox"/> ความสุขของภาวะแทรกซ้อนทางไต เท่ากับร้อยละ.....ของประชากรทั้งหมด<br><input type="checkbox"/> ความสุขของภาวะแทรกซ้อนเป็นอัมพาต เท่ากับร้อยละ.....ของประชากรทั้งหมด<br><input type="checkbox"/> ความสุขของภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง เท่ากับร้อยละ.....ของประชากรทั้งหมด<br><input type="checkbox"/> ความสุขของภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ (ระบุความสุขของภาวะแทรกซ้อนนั้นด้วย)<br>..... |
| <input type="checkbox"/> <b>ไม่ทราบ</b> อัตราอุบัติการณ์และความสุขของการเกิดภาวะแทรกซ้อน การพิจารณา เนื่องจาก.....<br>.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>4.3 วิธีการในการป้องกันและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน</b><br>.....<br>.....<br>.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>4.4 อัตราการสูญเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน</b><br>เบาหวาน ร้อยละ..... ต่อจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่พื้นที่รับผิดชอบ<br>ความดันฯ ร้อยละ..... ต่อจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่พื้นที่รับผิดชอบ<br><input type="checkbox"/> <b>ไม่ทราบ</b> อัตราการสูญเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน เนื่องจาก.....<br>.....                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>4.5 วิธีการเตรียมผู้ป่วยให้ตายอย่างมีศักดิ์ศรีและสงบ</b><br>.....<br>.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>4.6 ประเด็น/ข้อเสนอแนะอื่นๆ ด้านสถานการณ์ประชากรกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน</b><br>.....<br>.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

**ข. กระบวนการสำคัญเพื่อเตรียมความพร้อมในการออกแบบระบบบริการ**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. มีการเตรียมความพร้อมในเรื่องทุน เครื่องมือ และบุคลากร (ทักษะและความรู้) หรือไม่อย่างไร                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> มีการเตรียมความพร้อมในเรื่องทุน ได้แก่ (ระบุ).....<br>.....<br><input type="checkbox"/> มีการเตรียมความพร้อมในเรื่องเครื่องมือ ได้แก่ (ระบุ).....<br>.....<br><input type="checkbox"/> มีการเตรียมความพร้อมในเรื่องบุคลากร เช่น การเพิ่มพูนทักษะ ได้แก่ (ระบุ).....<br>.....<br><input type="checkbox"/> ไม่มีการเตรียมความพร้อม เนื่องจาก.....<br>..... |
| 2. มีการเน้นกลุ่มเป้าหมายประชากรกลุ่มใดเป็นส่วนใหญ่ ให้เหมาะสมกับความสามารถของสถานบริการและบริบทของชุมชน เช่น กลุ่มป่วย กลุ่มเสี่ยง กลุ่มประชากรทั่วไป หรือกลุ่มผู้ป่วยที่คุมไม่ได้ดี                                                                                                                                                                                             |
| ระบุกลุ่มเป้าหมายประชากรของพื้นที่.....<br>.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 3. ระบบการคัดกรอง เน้นเป้าหมายในเรื่องใด ทำอย่างไร                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| ระบุเป้าหมายของระบบคัดกรอง และวิธีการไปสู่เป้าหมายนั้น.....<br>.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 4. มีระบบการนัดติดตามกลุ่มเป้าหมายหรือไม่อย่างไร                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> มีระบบการนัดติดตามกลุ่มเป้าหมาย<br><input type="checkbox"/> ไม่มีการนัดติดตามกลุ่มเป้าหมาย เนื่องจาก.....<br>.....                                                                                                                                                                                                                                       |
| 5. มีการออกแบบให้หน่วยบริการแต่ละระดับ ทั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์/รพ.ทั่วไป และครอบครัว ชุมชน มีบทบาทร่วมในการให้บริการด้วยหรือไม่ มีบทบาทอย่างไร การจัดระบบเพื่อให้มีการดูแลต่อเนื่อง ทั้งในด้านการจัดระบบเตือน หรือการติดตามเยี่ยมบ้านมีหรือไม่ ดำเนินอย่างไร มีผู้ทบทวนอย่างต่อเนื่อง ชัดเจนหรือไม่                                                  |
| <input type="checkbox"/> มีการออกแบบให้หน่วยบริการแต่ละระดับมีบทบาทร่วมในการให้บริการ<br>ระบุบทบาทของแต่ละหน่วยบริการ.....<br>.....<br><input type="checkbox"/> มีการจัดระบบเพื่อให้มีการดูแลต่อเนื่อง ทั้งในด้านการจัดระบบเตือน หรือการติดตามเยี่ยมบ้าน<br>ระบุวิธีการดำเนินการจัดระบบการดูแลต่อเนื่อง.....<br>.....                                                             |



|                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> มีกระบวนการทบทวนอย่างต่อเนื่อง ชัดเจน<br>ระบุกระบวนการทบทวนอย่างต่อเนื่อง.....<br>.....                                                                                                                              |
| 6. การจัดระบบส่งต่อ ทั้งไป และกลับ ดำเนินการอย่างไร ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ง่าย และได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง มีคุณภาพหรือไม่                                                                                                             |
| ระบุวิธีการจัดระบบส่งต่อ ทั้งไป และกลับ.....<br>.....                                                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ง่าย และได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง มีคุณภาพ<br><input type="checkbox"/> ผู้ป่วย <i>ไม่สามารถ</i> เข้าถึงบริการ และการดูแลได้ เนื่องจาก .....<br>.....                                          |
| 7. การจัดระบบบริการ ได้มีการวางแผนหรือออกแบบระบบ ที่เน้นสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสามารถในการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร                                                                                               |
| <input type="checkbox"/> มีการวางแผนหรือออกแบบระบบบริการที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสามารถในการจัดการตนเอง<br><input type="checkbox"/> <i>ไม่</i> มีการวางแผนหรือออกแบบระบบบริการที่สนับสนุนการจัดการตนเอง เนื่องจาก .....<br>..... |
| 8. มีการประเมิน ตรวจสอบ ปรับปรุงระบบหรือไม่อย่างไร                                                                                                                                                                                            |
| <input type="checkbox"/> มีการประเมิน ตรวจสอบ ปรับปรุงระบบ<br><input type="checkbox"/> <i>ไม่</i> มีการประเมิน ตรวจสอบ ปรับปรุงระบบ เนื่องจาก.....<br>.....                                                                                   |
| 9. ประเด็น/ข้อเสนอแนะอื่นๆ ด้านการเตรียมความพร้อมในการออกแบบระบบบริการ                                                                                                                                                                        |
| .....<br>.....                                                                                                                                                                                                                                |

**ค. ผู้มีส่วนร่วม/ภาคีเครือข่าย**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. ผู้มีส่วนร่วม/ภาคีเครือข่ายของท่านได้แก่หน่วยงานใดบ้าง และมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ในทีมอย่างชัดเจนหรือไม่                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <p>ระบุผู้มีส่วนร่วม/ภาคีเครือข่าย และบทบาทหน้าที่</p> <p>1 ..... หน้าที่.....</p> <p>2 ..... หน้าที่.....</p> <p>3 ..... หน้าที่.....</p> <p>4 ..... หน้าที่.....</p> <p>5 ..... หน้าที่.....</p> <p>6 ..... หน้าที่.....</p> <p>7 ..... หน้าที่.....</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ในทีมอย่างชัดเจน เนื่องจาก.....</p> <p>.....</p> |
| 2. มีการแจ้งให้ผู้ร่วมรับทราบถึงนโยบาย และแนวทางปฏิบัติที่ควรทราบหรือไม่ อย่างไร                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <p><input type="checkbox"/> มีการแจ้งให้ผู้มีส่วนร่วมรับทราบถึงนโยบาย และแนวทางปฏิบัติที่ควรทราบ</p> <p>ระบุวิธีการแจ้งให้ผู้มีส่วนร่วมรับทราบ.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีการแจ้งให้ผู้มีส่วนร่วมรับทราบ เนื่องจาก.....</p> <p>.....</p>                                                                                             |
| 3. มีกระบวนการในการกระตุ้นให้ผู้มีส่วนร่วมมีกำลังใจในการปฏิบัติงานหรือไม่ อย่างไร                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <p><input type="checkbox"/> มีกระบวนการในการกระตุ้นให้ผู้มีส่วนร่วมมีกำลังใจในการปฏิบัติงาน</p> <p>ระบุกระบวนการกระตุ้นให้ผู้มีส่วนร่วมมีกำลังใจในการปฏิบัติงาน.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีการกระบวนการในการกระตุ้นให้ผู้มีส่วนร่วมมีกำลังใจในการปฏิบัติงาน เนื่องจาก.....</p> <p>.....</p>                                          |
| 4. ผู้มีส่วนร่วมเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติได้หรือไม่ อย่างไร                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <p><input type="checkbox"/> ผู้มีส่วนร่วมเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติได้</p> <p><input type="checkbox"/> ผู้มีส่วนร่วม ไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติได้ เนื่องจาก .....</p> <p>.....</p>                                                                                                                                                            |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>5. มีการจัดระบบหรือวางแผน โดยคำนึงถึงบทบาทของชุมชน ท้องถิ่น หรือเชื่อมโยงกับองค์กรชุมชน กับอปท. ให้มีบทบาท มีส่วนร่วม ด้วยอย่างไรหรือไม่ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p><input type="checkbox"/> มีการสนับสนุนการจัดการบริการของโรงพยาบาลชุมชนขึ้นไป เพื่อลดเสี่ยงในชุมชน ให้ข้อมูลข่าวสาร ส่งเสริมทักษะ ที่ทำให้ชุมชนจัดการลดโอกาสการเกิดปัจจัยเสี่ยงได้</p> <p><input type="checkbox"/> ประชากรเป้าหมายได้รับการจัดการอย่างถูกต้องและมีคุณภาพแบบองค์รวมจากทีมแพทย์และเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)</p> <p><input type="checkbox"/> อสม. และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขช่วยกันคัดกรองหากกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย แลภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มป่วย</p> <p><input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นตัวเชื่อมระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนในด้านต่างๆ</p> <p><input type="checkbox"/> ชุมชนมีการสร้างพฤติกรรมชีวิตเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยมีบุคลากรทางสาธารณสุขเป็นผู้ส่งเสริม</p> <p><input type="checkbox"/> ชุมชนมีบทบาทในการเกื้อหนุนให้ระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานสามารถขับเคลื่อนได้ เช่น พระเทศนาสั่งสอนให้คนในชุมชนหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง</p> <p><input type="checkbox"/> องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรเอกชนอื่นๆช่วยสนับสนุนในด้านงบประมาณ</p> <p><input type="checkbox"/> ครู ได้อบรมสั่งสอนบุตรหลานของคนในชุมชนให้มีความรู้เรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่ดีป้องกันโรคเบาหวานให้แก่ นักเรียนได้ และสามารถส่งความรู้ผ่านเด็กไปยังพ่อ แม่ ญาติผู้ใหญ่</p> <p><input type="checkbox"/> บุคคลต้นแบบ หรือผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีที่สามารถเป็นแบบอย่างในการสร้างพฤติกรรมใหม่อยู่กับเบาหวานได้อย่างปกติสุข</p> <p><input type="checkbox"/> ประเด็น/ข้อเสนอแนะอื่นๆ .....</p> <p>.....</p> |
| <p>6. มีการประสานงานกันในทีมผู้มีส่วนร่วมหรือไม่อย่างไร</p> <p><input type="checkbox"/> มีการประสานงานกันในทีมผู้มีส่วนร่วม</p> <p>ระบุวิธีการประสานงาน.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีการประสานงานกันในทีมผู้มีส่วนร่วม เนื่องจาก.....</p> <p>.....</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <p>7. มีการกำหนดหัวหน้าทีมผู้มีส่วนร่วมอย่างชัดเจนหรือไม่อย่างไร</p> <p><input type="checkbox"/> มีการกำหนดหัวหน้าทีมผู้มีส่วนร่วมอย่างชัดเจน</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีการกำหนดหัวหน้าทีมผู้มีส่วนร่วม เนื่องจาก.....</p> <p>.....</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

8. ประเด็น/ข้อเสนอแนะอื่นๆ ด้านผู้มีส่วนร่วม/ภาคีเครือข่าย

.....

.....

**หมายเหตุ:**

**ผลลัพธ์ ได้แก่**

พฤติกรรมเสี่ยงลดลง

กลุ่มเสี่ยงลดลง

อุบัติการณ์กลุ่มป่วยลดลง

ผู้ป่วยติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง

เพิ่มคุณภาพชีวิตของประชากร

ค่าใช้จ่ายต่อผู้ป่วยต่อรายและค่าใช้จ่ายโดยรวมลดลง

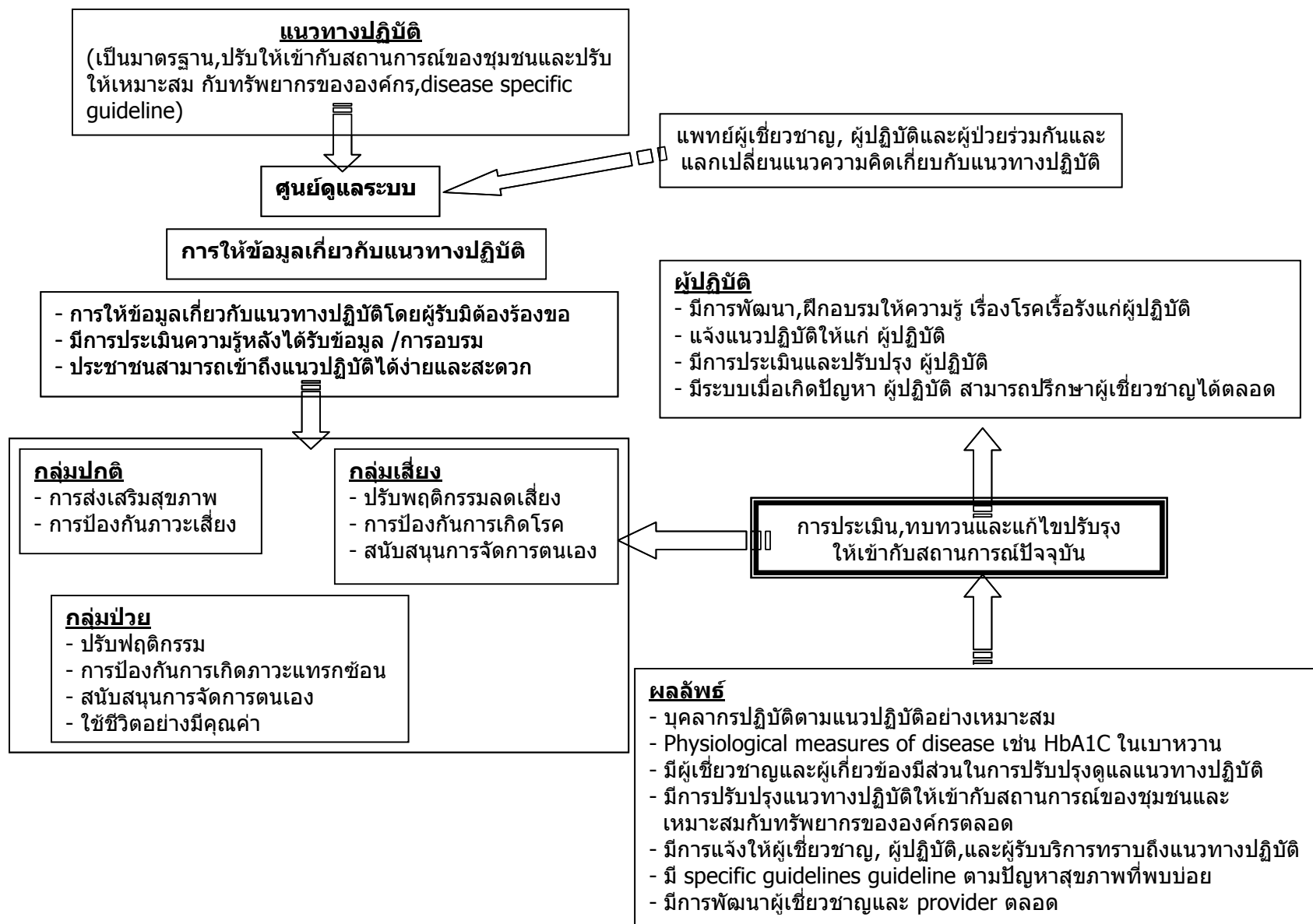
สถานะทางสุขภาพดีขึ้น

กลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนลดลง

ลดอัตราความพิการและการสูญเสียชีวิตจากโรค

ความพึงพอใจในการรับบริการ

## ระบบข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support)



### หลักในการจัดทำระบบสนับสนุนการตัดสินใจ

ระบบสนับสนุนการตัดสินใจที่สนับสนุนการบริการดูแลที่คืบหน้าจะต้องมีหลักฐานอ้างอิงทางวิทยาศาสตร์ ร่วมกับผู้ป่วยจะต้องมีความชอบในระบบสนับสนุนการตัดสินใจนั้นด้วย ซึ่งระบบสนับสนุนการตัดสินใจไม่ใช่แนวทางปฏิบัติ(guideline)เท่านั้น แต่เป็นข้อมูลที่สามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง รวมถึงมีสิทธิในการตัดสินใจในการให้บริการรวมถึงมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา ระบบสนับสนุนการตัดสินใจควรประกอบด้วย

- ให้นำแนวทางเวชปฏิบัติที่มีหลักฐานอ้างอิงที่น่าเชื่อถือนำมาใช้ในบริการทุกวัน
- มีการประสานกันระหว่างผู้เชี่ยวชาญและเจ้าหน้าที่สถานบริการปฐมภูมิ
- มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางด้านความรู้และ ทักษะ
- มีการให้ข้อมูลแก่ประชาชน
- มีการประเมินและปรับปรุงระบบสนับสนุนการตัดสินใจเป็นระยะๆ

### II) ประเด็นในการประเมินระบบข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision Support)

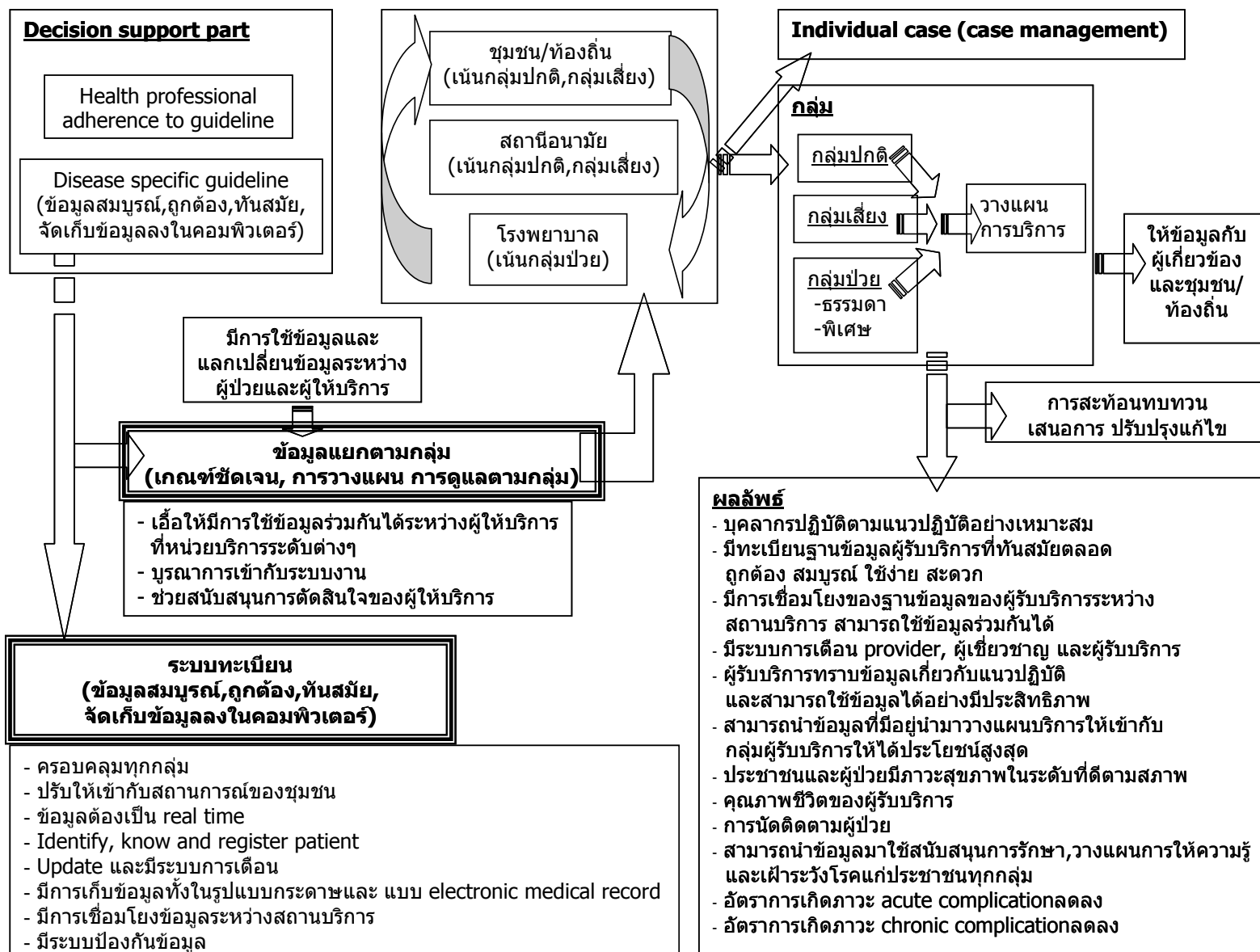
|                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. มีนโยบายหรือแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนหรือไม่ อย่างไร                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> มีนโยบายหรือแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน<br>ระบุนโยบายหรือแนวทางปฏิบัติที่สำคัญ.....<br>.....                              |
| <input type="checkbox"/> ไม่มีนโยบายหรือแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน เนื่องจาก.....<br>.....                                                        |
| 2. มีแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน (กระทรวงสาธารณสุขหรือ สปสช ) และปรับให้เข้ากับสถานการณ์ของชุมชนและปรับให้เหมาะสมกับทรัพยากรขององค์กร |
| <input type="checkbox"/> มีแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน                                                                                |
| <input type="checkbox"/> ปรับให้เข้ากับสถานการณ์ของชุมชน                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> ปรับให้เหมาะสมกับทรัพยากรขององค์กร                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> ไม่มีแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม เนื่องจาก.....<br>.....                                                                 |
| 3. มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติแก่ผู้ให้บริการ, แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (แพทย์เฉพาะทาง), ผู้ป่วย และเครือข่ายชุมชนหรือไม่อย่างไร            |
| <input type="checkbox"/> มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติดังกล่าว                                                                         |
| <input type="checkbox"/> ไม่มีมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติ เนื่องจาก .....                                                            |

|                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4. ผู้ให้บริการ, แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (แพทย์เฉพาะทาง) และผู้ป่วย มีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนแนวคิดเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติหรือไม่ อย่างไร                                                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> มีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนแนวคิดเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติ<br><input type="checkbox"/> <b>ไม่</b> มีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนแนวคิดเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติ เนื่องจาก .....<br>.....                                                                              |
| 5. มีการพัฒนา, ฝึกอบรมให้ความรู้เรื่องโรคเรื้อรังแก่ผู้ให้บริการ รวมถึงมีการประเมินและปรับปรุงผู้ปฏิบัติหรือไม่ อย่างไร                                                                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> มีการพัฒนา, ฝึกอบรมให้ความรู้เรื่องโรคเรื้อรังแก่ผู้ให้บริการ<br>ระบุการพัฒนา, ฝึกอบรมให้ความรู้เรื่องโรคเรื้อรังที่ได้รับ .....<br>.....                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> <b>ไม่</b> มีการพัฒนา, ฝึกอบรมให้ความรู้ เนื่องจาก .....<br>.....                                                                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> มีการประเมินและปรับปรุงผู้ให้บริการ<br>ระบุการประเมินและปรับปรุงผู้ให้บริการ .....<br>.....                                                                                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> <b>ไม่</b> มีการประเมินและปรับปรุงผู้ปฏิบัติ เนื่องจาก .....<br>.....                                                                                                                                                                          |
| 6. มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (แพทย์เฉพาะทาง) คอยดูแลและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับระบบหรือไม่ อย่างไร                                                                                                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (แพทย์เฉพาะทาง) คอยดูแลและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับระบบ (หากมีกรุณากรอก ข้อ 7 ข้างต่อไป)<br><input type="checkbox"/> <b>ไม่</b> มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (แพทย์เฉพาะทาง) คอยดูแลและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับระบบ เนื่องจาก .....<br>..... |
| กรณีที่ไม่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (แพทย์เฉพาะทาง) คอยดูแลและให้คำปรึกษา <b>ผู้ใด</b> เป็นผู้ดูแลและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับระบบดังกล่าว (ระบุ) .....                                                                                                                            |
| 7. เมื่อเกิดปัญหาเกี่ยวกับระบบ ผู้ให้บริการสามารถปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (แพทย์เฉพาะทาง) โดยวิธีใด ตลอดเวลาหรือไม่                                                                                                                                                      |
| วิธีการปรึกษากับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (แพทย์เฉพาะทาง) ของผู้ปฏิบัติ ทำได้โดย .....<br>.....<br>.....                                                                                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> สามารถปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (แพทย์เฉพาะทาง) ได้ตลอดเวลา<br><input type="checkbox"/> <b>ไม่</b> สามารถปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (แพทย์เฉพาะทาง) ได้ตลอดเวลา เนื่องจาก.....<br>.....                                                             |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8. มีการประเมินความรู้ประชาชนทุกกลุ่มหลังได้รับข้อมูล/การอบรมหรือไม่ อย่างไร                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> มีการประเมินความรู้ประชาชนทุกกลุ่มหลังได้รับข้อมูล/การอบรม<br><input type="checkbox"/> <b>ไม่</b> มีการประเมินความรู้ประชาชนทุกกลุ่มหลังได้รับข้อมูล/การอบรม เนื่องจาก .....<br>.....                                                                                                                                                     |
| 9. มีการประเมิน, ทบทวน และแก้ไขปรับปรุงแนวทางปฏิบัติให้เข้ากับสถานการณ์ปัจจุบันและถูกต้องหรือไม่                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> มีการประเมิน, ทบทวน และแก้ไขปรับปรุงแนวทางปฏิบัติให้เข้ากับสถานการณ์ปัจจุบันและถูกต้อง<br><input type="checkbox"/> <b>ไม่</b> มีการประเมิน, ทบทวน และแก้ไขปรับปรุงแนวทางปฏิบัติให้เข้ากับสถานการณ์ปัจจุบันและถูกต้อง เนื่องจาก ..<br>.....<br>.....                                                                                       |
| 10. องค์กรท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการปรับปรุงแนวทางปฏิบัติเพื่อให้เข้ากับสภาพชุมชนและสถานการณ์ปัจจุบันหรือไม่ อย่างไร                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> องค์กรท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการปรับปรุงแนวทางปฏิบัติเพื่อให้เข้ากับสภาพชุมชนและสถานการณ์ปัจจุบัน<br>ตัวอย่างแนวทางปฏิบัติที่องค์กรท้องถิ่นมีส่วนร่วม เช่น .....<br>.....<br><input type="checkbox"/> องค์กรท้องถิ่น <b>ไม่</b> มีส่วนร่วมในการปรับปรุงแนวทางปฏิบัติเพื่อให้เข้ากับสภาพชุมชนและสถานการณ์ปัจจุบัน<br>เนื่องจาก .....<br>..... |
| 11. ประเด็น/ข้อเสนอแนะอื่นๆ ด้านระบบข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจ                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| .....<br>.....<br>.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |



## การจัดระบบข้อมูล (Clinical information system)



## ระบบข้อมูลข่าวสาร ในสถานพยาบาล เพื่อการจัดการเบาหวาน

### ระบบข้อมูลที่ควรจัดเก็บ ประกอบด้วย

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

#### สถานการณ์ชุมชน

- สถานการณ์ความเสี่ยงของประชากรในชุมชน
- อุบัติการณ์ผู้ป่วยใหม่
- ความชุกของผู้ป่วย

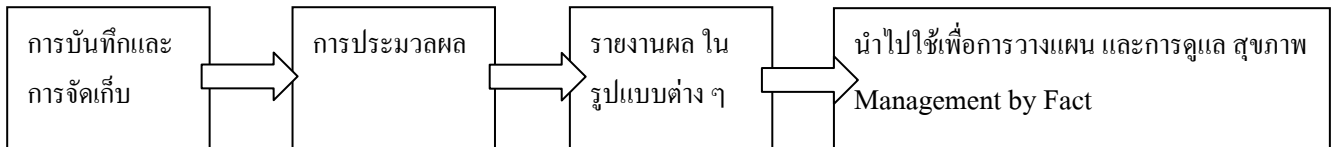
#### ประเมินผลสถานพยาบาล

- สถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมได้
- ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานที่รับบริการที่สถานพยาบาล
- อัตราการตายด้วยภาวะที่เกี่ยวข้องกับเบาหวาน

#### ผลลัพธ์สุขภาพระดับบุคคล

ระดับผลการรักษา แนวโน้มของโรค

การจัดการระบบข้อมูลข่าวสาร ในคลินิกเบาหวาน ของศูนย์สุขภาพชุมชน ควรมีการวางแผนอย่างเป็นระบบ โดยเน้นถึงการนำข้อมูลไปใช้ ให้เกิดประโยชน์ ต่อการวางแผน และประเมิน การทำงานทั้งระดับบุคคล ครอบครัวและ การ ดำเนินการจัดบริการสุขภาพหัวใจและหลอดเลือด ในชุมชน ขั้นตอนในการจัดการ ระบบข้อมูลข่าวสาร



ในกระบวนการพัฒนาระบบข้อมูล ควรมีการวางระบบ โดยเริ่มต้น ที่ การทำงาน ว่าต้องการรายงาน หรือข้อมูลอะไร เพื่อช่วยการตัดสินใจ แล้ว ออกแบบการเก็บข้อมูล การประมวลผล และการจัดทำรายงาน ที่เหมาะสมเพื่อให้รายงานที่ต้องการเนื่องจากบริบทของระบบข้อมูล ในแต่ละแห่งในปัจจุบัน มีการจัดเก็บ และการประมวลผล การจัดทำรายงาน หลากรูปแบบ จึงจะเสนอแนวคิดตัวอย่าง โครงสร้างระบบรายงาน และข้อมูลที่ จำเป็น โดยแต่ละแห่งสามารถ ปรับปรุงการจัดการให้ดีขึ้นได้ด้วยตัวเอง

### III) ประเด็นในการประเมินระบบการจัดการข้อมูล (Clinical information system)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. มีระบบทะเบียนข้อมูลของกลุ่มประชากรเป้าหมาย ครอบคลุมประชากรในพื้นที่ ข้อมูลทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม มีความสมบูรณ์ ครบถ้วน มีความทันสมัย เป็นปัจจุบัน และจัดเก็บลงในระบบคอมพิวเตอร์ หรือไม่ อย่างไร</p>                                                                                                                                    |
| <p><input type="checkbox"/> มีระบบทะเบียนข้อมูลของกลุ่มประชากรเป้าหมาย</p> <p><input type="checkbox"/> <b>ไม่</b>มีระบบทะเบียนข้อมูล เนื่องจาก.....</p>                                                                                                                                                                                        |
| <p><input type="checkbox"/> ทะเบียนข้อมูล ครอบคลุมประชากรในพื้นที่</p> <p><input type="checkbox"/> ทะเบียนข้อมูล <b>ไม่</b> ครอบคลุมประชากรในพื้นที่เนื่องจาก.....</p> <p>.....</p> <p>หาก <b>ไม่</b> ครอบคลุม ร้อยละของข้อมูลที่มีอยู่คือ.....ต่อกลุ่มประชากรเป้าหมายในพื้นที่</p>                                                            |
| <p><b>ความสมบูรณ์ของข้อมูล</b></p> <p><input type="checkbox"/> ข้อมูลมีความสมบูรณ์ทั้งข้อมูลรายบุคคล และรายกลุ่ม</p> <p><input type="checkbox"/> เฉพาะข้อมูลรายบุคคลที่สมบูรณ์</p> <p><input type="checkbox"/> เฉพาะข้อมูลรายกลุ่มที่สมบูรณ์</p> <p><input type="checkbox"/> ข้อมูล <b>ไม่</b> มีความสมบูรณ์ทั้งข้อมูลรายบุคคล และรายกลุ่ม</p> |
| <p><b>ความทันสมัย เป็นปัจจุบันของข้อมูล</b></p> <p><input type="checkbox"/> ข้อมูล มีความทันสมัย เป็นปัจจุบัน</p> <p><input type="checkbox"/> ข้อมูล ไม่เป็นปัจจุบัน เนื่องจาก .....</p> <p>ซึ่งจะมีการบันทึกข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน ทุก ..... เดือน</p>                                                                                         |

| 2. ระบบข้อมูลที่บันทึกลงในระบบทะเบียน มีอะไรบ้าง                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ข้อมูลรายบุคคล                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ข้อมูลรายกลุ่ม                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> ข้อมูลส่วนตัวเช่น นามสกุล เพศ อายุ วันเดือนปีเกิด ที่อยู่ ชุมชน เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน สถานที่รับยาประจำ                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> แบ่งตามกลุ่ม เช่น กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และกลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน |
| <input type="checkbox"/> ข้อมูลเกี่ยวกับโรค(symptom)                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> จำนวนประชากรในแต่ละกลุ่ม                                                        |
| <input type="checkbox"/> ข้อมูลทางด้านกายภาพ(sign)                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> ข้อมูลของพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่ม                                                  |
| <input type="checkbox"/> ประวัติในอดีตที่เกี่ยวกับการรักษา เช่น โรคประจำตัว ยาที่ใช้ประจำ การแพ้ยา เป็นต้น                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> สถานการณ์ชุมชนของกลุ่ม เช่น สภาพแวดล้อมในชุมชน, วัฒนธรรมประเพณีในชุมชน          |
| <input type="checkbox"/> ประวัติครอบครัว เช่น โรคที่คนในครอบครัวเป็นโรค                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> อุบัติการณ์การเกิดโรคใหม่                                                       |
| <input type="checkbox"/> ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ เช่น สูบบุหรี่ ดื่มสุรา                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> ความชุกของโรค                                                                   |
| <input type="checkbox"/> ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคและแนวโน้มในกลุ่มแต่ละกลุ่ม                             |
| <input type="checkbox"/> ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> อาชีพและเศรษฐกิจฐานะ                                                            |
| <input type="checkbox"/> ข้อมูลการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                          |
| 3. มีระบบทะเบียนที่บันทึกทั้งกลุ่มปกติ, กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย ปรับให้เข้ากับบริบทของพื้นที่อย่างไร                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> มีกระบวนการปรับระบบทะเบียนให้เข้ากับบริบทของพื้นที่ ได้แก่.....<br><br><input type="checkbox"/> ไม่มีกระบวนการปรับระบบทะเบียนให้เข้ากับบริบทของพื้นที่ เนื่องจาก .....<br><br>                                                                                                      |                                                                                                          |
| 4. มีการแลกเปลี่ยนและใช้ข้อมูลระหว่างผู้เชี่ยวชาญ/นักวิชาการ, ผู้ให้บริการ และผู้ป่วยหรือไม่ อย่างไร                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> มีการแลกเปลี่ยนและใช้ข้อมูลระหว่างผู้เชี่ยวชาญ/นักวิชาการ, ผู้ให้บริการ และผู้ป่วย ข้อมูลที่แลกเปลี่ยนกันกับผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่.....<br><br><input type="checkbox"/> ไม่มีการแลกเปลี่ยนและใช้ข้อมูลระหว่างผู้เชี่ยวชาญ/นักวิชาการ, ผู้ให้บริการ และผู้ป่วย เนื่องจาก .....<br><br> |                                                                                                          |
| 5. มีการให้ข้อมูลกลับคืนสู่ผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและชุมชนหรือไม่ อย่างไร                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> มีการให้ข้อมูลกลับคืนสู่ผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและชุมชน ข้อมูลคืนกลับแก่ผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่.....<br><br>                                                                                                                                                                           |                                                                                                          |

|                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ไม่มีการให้ข้อมูลกลับคืนสู่ผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและชุมชน เนื่องจาก .....<br>..... |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                  |
|------------------------------------------------------------------|
| 6. สามารถนำข้อมูลที่มีอยู่มาใช้ในการวางแผนการดูแลหรือไม่ อย่างไร |
|------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> สามารถนำข้อมูลที่มีอยู่มาใช้ในการวางแผนการดูแล<br>แผนการดูแลที่พัฒนาจากข้อมูลที่มีอยู่ได้แก่.....<br>..... |
| <input type="checkbox"/> ไม่มีการนำข้อมูลที่มีอยู่มาใช้ในการวางแผนการดูแล เนื่องจาก.....<br>.....                                   |

|                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7. มีระบบเตือนผู้ให้บริการและมีระบบการเตือนผู้ป่วยในการดูแลตามแผน (Reminders to providers) หรือไม่<br>เช่น มีระบบเตือนผู้ให้บริการในการตรวจ |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> มีระบบเตือนผู้ให้บริการในการดูแลตามแผน ได้แก่ .....<br>.....                  |
| <input type="checkbox"/> มีระบบการเตือนผู้ป่วยให้เข้ารับบริการตามแผน ได้แก่ .....<br>.....             |
| <input type="checkbox"/> ไม่มีการเตือนผู้ให้บริการ หรือผู้ป่วย ในการดูแลตามแผน เนื่องจาก.....<br>..... |

|                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8. มีการสะท้อน (feedback) ทบทวน และเสนอการแก้ไข ข้อมูลให้ทันสมัยและเข้าสถานการณ์ของพื้นที่หรือไม่<br>อย่างไร |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> มีการสะท้อน (feedback) ทบทวน และเสนอการแก้ไข ข้อมูลให้ทันสมัยและเข้าสถานการณ์ของพื้นที่<br>อธิบายวิธีการการสะท้อน (feedback) ทบทวน และเสนอการแก้ไขข้อมูล.....<br>..... |
| <input type="checkbox"/> ไม่มีการสะท้อน (feedback) ทบทวน และเสนอการแก้ไข ข้อมูล แต่อย่างใด เนื่องจาก.....<br>.....                                                                              |

|                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------|
| 9. มีข้อมูลแผนการบริการ (patients treatment plans) ที่ชัดเจนหรือไม่อย่างไร |
|----------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> มีข้อมูลแผนการบริการที่ชัดเจน เช่น.....<br>.....              |
| <input type="checkbox"/> ไม่มีการมีข้อมูลแผนการบริการที่ชัดเจน เนื่องจาก.....<br>..... |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10. มีการเชื่อมโยงของฐานข้อมูลของผู้รับบริการระหว่างสถานบริการ สามารถใช้ข้อมูลร่วมกันได้หรือไม่                                                                                                                                                                                            |
| <input type="checkbox"/> ฐานข้อมูลของผู้รับบริการระหว่างสถานบริการ สามารถเชื่อมโยงข้อมูลร่วมกันได้<br><input type="checkbox"/> ฐานข้อมูล <i>ไม่</i> สามารถเชื่อมโยงข้อมูลร่วมกันได้ เนื่องจาก .....<br>.....                                                                               |
| 11. ผู้รับบริการทราบข้อมูลเกี่ยวกับแนวปฏิบัติและสามารถใช้ข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ อย่างไร                                                                                                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> ผู้รับบริการทราบข้อมูลเกี่ยวกับแนวปฏิบัติ<br><input type="checkbox"/> ผู้รับบริการสามารถใช้ข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ<br><input type="checkbox"/> ผู้รับบริการ <i>ไม่</i> ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับแนวปฏิบัติ และสามารถใช้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจาก.....<br>..... |
| 12. มีระบบนัดติดตามผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพหรือไม่ อย่างไร                                                                                                                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> มีระบบนัดติดตามผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ (อธิบายระบบนัดดังกล่าว) .....<br>.....<br><input type="checkbox"/> <i>ไม่</i> มีระบบนัดติดตามผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ<br>.....                                                                                              |
| 13. ประเด็น/ข้อเสนอแนะอื่นๆ ด้านระบบการจัดเก็บข้อมูล                                                                                                                                                                                                                                       |
| .....                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| .....                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| .....                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

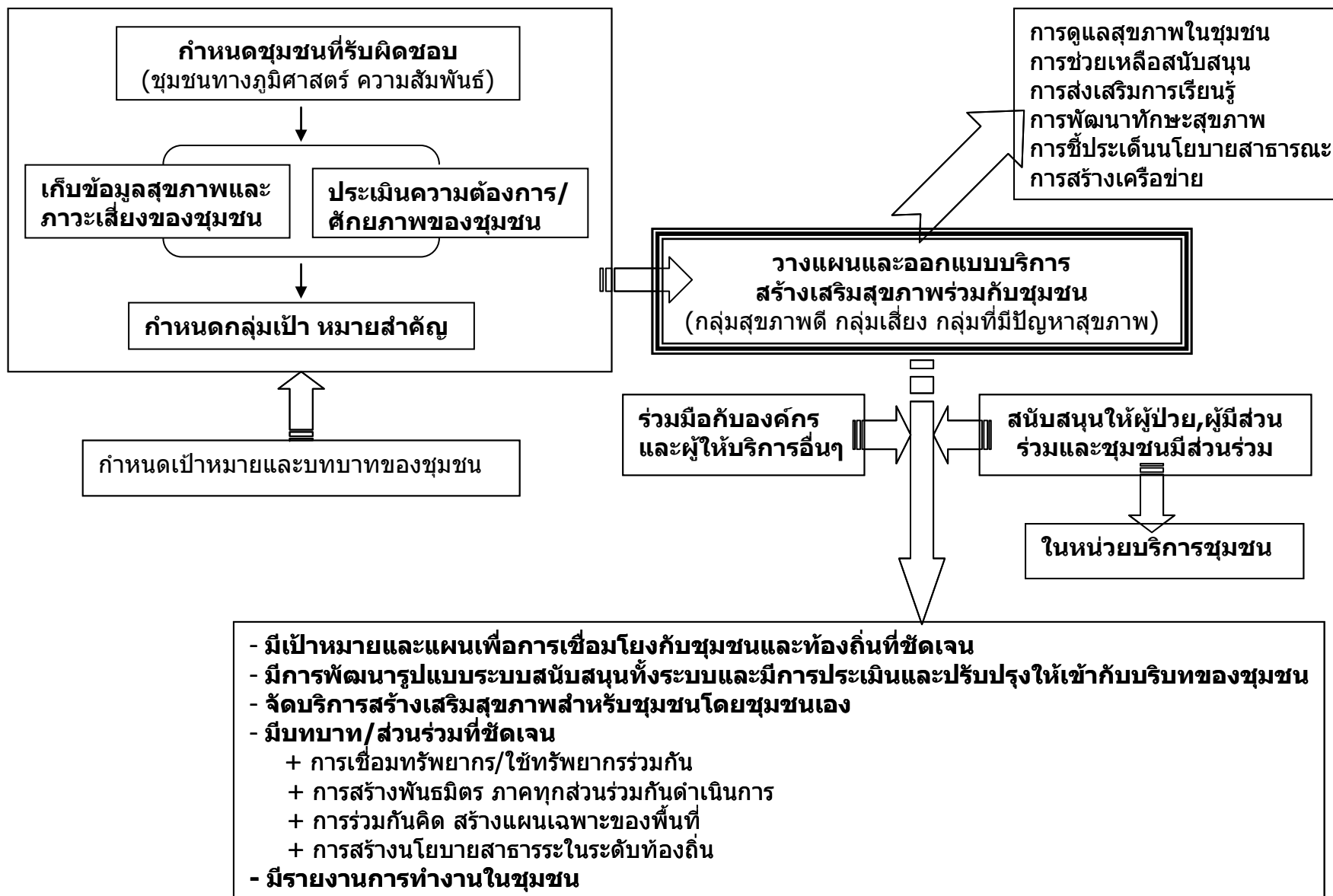
**หมายเหตุ:**

กลุ่มผู้ป่วยพิเศษ ได้แก่ผู้ป่วยที่

1. ขาดการตรวจติดตาม
2. กระบวนการ/ผลการดูแลรักษาต่ำกว่ามาตรฐาน
3. มีภาวะแทรกซ้อน

ผู้ป่วยหญิงที่มีภาวะตั้งครรภ์, ผู้ป่วยเด็ก

## การเชื่อมโยงกับชุมชน (Community Linkage)



### การเชื่อมโยงกับชุมชน

การเชื่อมโยงระหว่างชุมชนและสถานบริการทางด้านสุขภาพ นั้นมีบทบาทสำคัญในการจัดการปัญหาโรคเรื้อรัง ซึ่งสิ่งที่จะต้องคิดถึงเมื่อจะทำการเชื่อมโยงกับชุมชนนั้นจะต้องคิดถึงหัวข้อเหล่านี้

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

### IV) ประเด็นการประเมินการเชื่อมโยงกับชุมชน (Community linkage)

|                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. มีเป้าหมายและแผนเพื่อการเชื่อมโยงกับชุมชนและท้องถิ่นที่ชัดเจนหรือไม่                                                                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> มีเป้าหมายและแผนเพื่อการเชื่อมโยงกับชุมชนและท้องถิ่นที่ชัดเจน (อธิบายเป้าหมาย และแผนดังกล่าว) .....                                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> ไม่มีเป้าหมายและแผนเพื่อการเชื่อมโยงกับชุมชนและท้องถิ่น เนื่องจาก.....                                                                                                                                                          |
| 2. มีการพัฒนาศักยภาพชุมชน โดยมีการสนับสนุนชุมชนให้เกิดความเข้มแข็ง กล่าวคือชุมชนย่อมมีศักยภาพที่จะโน้มน้าวเหนี่ยวนำให้กลุ่มคนในชุมชนตระหนักว่าการดูแลสุขภาพให้ได้ดีต้องอาศัยความร่วมมือกันของประชาชนในชุมชน โดยมีบุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้ส่งเสริมสนับสนุน |
| <input type="checkbox"/> มีการพัฒนาศักยภาพชุมชน ได้แก่ .....                                                                                                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> ไม่มีมีการพัฒนาศักยภาพชุมชน เนื่องจาก.....                                                                                                                                                                                      |
| 3. มีการสนับสนุนชุมชนให้สร้างสภาพแวดล้อมของชุมชนและวิถีชีวิตให้เหมาะสมเกิดสุขภาพที่ดี ป้องกันการเกิดโรคเรื้อรัง เช่น รมรงค์การเลิกดื่มสุรา ดหวนในกุ่มเด็ก รมรงค์การออกกำลังกาย เป็นต้น                                                                   |
| <input type="checkbox"/> มีการสนับสนุนชุมชนให้สร้างสภาพแวดล้อมของชุมชนและวิถีชีวิตให้เหมาะสมในการมีสุขภาพที่ดี ป้องกันการเกิดโรคเรื้อรัง ได้แก่ .....                                                                                                    |



|                                                                                                                                                                                                                                                |                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>ไม่</b> มีการสนับสนุนชุมชนในการมีสุขภาพที่ดี ป้องกันการเกิดโรคเรื้อรัง เนื่องจาก.....<br>                                                                                                                          |                                |
| 4. มีการวางแผนและออกแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับชุมชน (กลุ่มสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยง กลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพ) หรือไม่ อย่างไร (จำนวน 1 คน)                                                                                                       |                                |
| <input type="checkbox"/> มีการวางแผนและออกแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับชุมชน (อธิบายแผนดังกล่าว) .....<br>                                                                                                                                  |                                |
| <input type="checkbox"/> <b>ไม่</b> มีการวางแผนและออกแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับชุมชน เนื่องจาก.....<br>                                                                                                                                  |                                |
| 5. สนับสนุนให้ผู้ป่วย ผู้มีส่วนร่วมและชุมชนมีส่วนร่วมหรือไม่ อย่างไร                                                                                                                                                                           |                                |
| <input type="checkbox"/> มีการสนับสนุนให้ผู้ป่วย ผู้มีส่วนร่วมและชุมชนมีส่วนร่วมได้แก่.....<br>                                                                                                                                                |                                |
| <input type="checkbox"/> <b>ไม่</b> มีการสนับสนุนให้ผู้ป่วย ผู้มีส่วนร่วมและชุมชนมีส่วนร่วม เนื่องจาก.....<br>                                                                                                                                 |                                |
| 6. มีการพัฒนาบุคลากร (อสม.,ประชาชน) เพื่อมาช่วยงาน เช่น กลุ่มอาสาสมัครในชุมชน เราจะมีแนวร่วมที่มีศักยภาพสูงแทรกซึมเข้าถึงทุกบ้าน ทุกคุ้ม ทุกหมู่ในชุมชน เกิดเป็นขุมกำลังอันสำคัญที่จะเข้าถึงทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยได้แบบตัวต่อตัว |                                |
| <input type="checkbox"/> มีการพัฒนาบุคลากร (อสม.,ประชาชน) เพื่อมาช่วยงาน ได้แก่.....<br>                                                                                                                                                       |                                |
| <input type="checkbox"/> <b>ไม่</b> มีการพัฒนาบุคลากรเพื่อมาช่วยงาน เนื่องจาก.....<br>                                                                                                                                                         |                                |
| 7. มีการร่วมมือกับองค์กรและผู้ให้บริการอื่นๆหรือไม่ อย่างไร เช่น มีการร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนในเรื่องงบประมาณ เป็นต้น                                                                                                  |                                |
| <input type="checkbox"/> มีการร่วมมือกับองค์กรและผู้ให้บริการอื่นๆ ได้แก่.....<br>                                                                                                                                                             |                                |
| <input type="checkbox"/> <b>ไม่</b> มีการร่วมมือกับองค์กรและผู้ให้บริการอื่นๆ เนื่องจาก.....<br>                                                                                                                                               |                                |
| 8. จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน โดยชุมชนเอง                                                                                                                                                                                            |                                |
| <input type="checkbox"/> มีบทบาท/ส่วนร่วมที่ชัดเจนเช่น การเชื่อมทรัพยากร เพื่อสนับสนุนบริการ                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
| <input type="checkbox"/> มีการสร้างพันธมิตร ร่วมกันดำเนินการ                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
| <input type="checkbox"/> มีการร่วมกันคิด สร้างแผนเฉพาะของพื้นที่                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> ไม่มี |

|                                                                       |                                |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> มีการสร้างนโยบายสาธารณะในระดับท้องถิ่น ชุมชน | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
| <input type="checkbox"/> ชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน                | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
| อธิบายกระบวนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน.....                          |                                |
| .....                                                                 |                                |
| .....                                                                 |                                |
| .....                                                                 |                                |
| .....                                                                 |                                |
| .....                                                                 |                                |
| 9. ประเด็น/ข้อเสนอแนะอื่นๆ ด้านการเชื่อมโยงกับชุมชน                   |                                |
| .....                                                                 |                                |
| .....                                                                 |                                |
| .....                                                                 |                                |

### คำถามเพื่อการประเมินระบบโดยรวม

1. ในแต่ละองค์ประกอบของระบบต่อไปนี้คือ ด้านการจัดบริการ การจัดระบบข้อมูล Decision support, self management support และการเชื่อมโยงกับชุมชน องค์การท่านมีเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ ที่เน้นหนักในเรื่องใดต่อไปนี้

กรุณาระบุระดับของการดำเนินการในแต่ละหัวข้อหน่วยงาน/พื้นที่ของท่าน ลงในตาราง

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

| หัวข้อ                                                                                           | ขอบเขตของเป้าหมายของระบบ                                                |                                                                                    |                                                                                   |                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                  | การดูแลควบคุมทางคลินิก เพื่อให้ระดับน้ำตาล และความดันโลหิตปกติ (clinic) | การควบคุมภาวะเสี่ยงในกลุ่มที่เป็นกลุ่มเสี่ยง และประชาชนทั่วไป (primary prevention) | การควบคุมภาวะเสี่ยงที่จะทำให้เกิดความผิดปกติในกลุ่มผู้ป่วย (secondary prevention) | การควบคุม ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นทั้งในส่วนไต ตา หัวใจ เท้า (tertiary prevention) |
| การออกแบบระบบบริการ (Delivery system design)                                                     |                                                                         |                                                                                    |                                                                                   |                                                                                             |
| ระบบข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support)                                                 |                                                                         |                                                                                    |                                                                                   |                                                                                             |
| การจัดระบบข้อมูล (Clinical information system (CIS))<br>บุคคล<br>ข้อมูลที่เกี่ยวข้องด้านครอบครัว |                                                                         |                                                                                    |                                                                                   |                                                                                             |
| การสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self management support)<br>เชื่อมโยงครอบครัว                         |                                                                         |                                                                                    |                                                                                   |                                                                                             |
| การเชื่อมโยงกับชุมชน (Community linkage)                                                         |                                                                         |                                                                                    |                                                                                   |                                                                                             |

### บรรณานุกรม

1. Menzies School of Health Research: adapted with permission from MacColl Institute for Healthcare Innovation. 2003
2. Improving Chronic Illness Care,a national program of the Robert Wood Johnson Foundation

2009

# แบบประเมิน ระบบสนับสนุน การจัดการตนเอง

สำหรับ  
โรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน  
และความดันโลหิตสูง

**Self-Management Support**

ผศ.ดร.นภาพร วาณิชยกุลและคณะ



# กิจกรรมประกาศ

---

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่สนับสนุนทุนวิจัยเพื่อพัฒนาแบบประเมินตนเองของระบบการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับโรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นอย่างดี

ขอขอบคุณ นายแพทย์ชรัตน์ วสุธาดา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร นายแพทย์ประวิตร ศรีบุญยรัตน์ และ คุณปนัดดา ทรัพย์แสนยากร ที่ให้ความช่วยเหลือในการดำเนิน การด้านต่างๆ และการประสานงานที่ดีเยี่ยม เพื่อให้สามารถดำเนินการพัฒนาแบบประเมินสำเร็จลงด้วยดี ขอขอบคุณ นายแพทย์ปรเมศร์ กิ่งโก้ สำหรับคำแนะนำต่างๆที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาแบบประเมิน

ขอขอบคุณแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องทุกคน ดังรายนามในภาคผนวก ที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการประเมินตนเอง และอนุเคราะห์ตอบข้อมูลต่างๆ เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการบริการต่อไป

ขอขอบคุณอาจารย์ทุกท่านในภาควิชาการพยาบาลสัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ที่เป็นกำลังใจในการทำงานเป็นอย่างดีเสมอมา หายที่สุดขอขอบคุณ นายแพทย์กิตตินันท์ อนรรฆมณี ทันตแพทย์ จเร วิชาไทย พญ.อรพินท์ มุกดาดีลก คุณน้องนุช บ่อคำ และเจ้าหน้าที่แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ให้ความช่วยเหลือในดำเนินงานต่างๆ ให้ลุล่วงไปด้วยดี

ทีมวิจัย

# ทีมวิจัย

|              |              |                                                              |
|--------------|--------------|--------------------------------------------------------------|
| ผศ.ดร.นภาพร  | วาณิชยกุล    | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล                             |
| นพ.สมเกียรติ | โพธิ์สัตย์   | สถาบันวิจัยและประเมินผลเทคโนโลยีทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข |
| พญ.นายศรี    | สุพรศิลป์ชัย | กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข                                |
| พญ.สุพัตรา   | ศรีวณิชชากร  | สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข              |
| ศ.พญ.วรรณิ   | นิธยานันท์   | คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล                  |
| พญ.ณภากุล    | โรจนสุภาค    | สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข              |
| นพ.สมชาย     | สีทองอิน     | กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข                                   |

# สารบัญ

---

|                                                                        |    |
|------------------------------------------------------------------------|----|
| ความเป็นมา .....                                                       | 5  |
| วัตถุประสงค์.....                                                      | 6  |
| คำจำกัดความ .....                                                      | 7  |
| กรอบแนวคิด.....                                                        | 10 |
| คำชี้แจงการใช้แบบประเมินตนเอง .....                                    | 13 |
| แบบประเมินการสนับสนุนการจัดการตนเอง .....                              | 15 |
| องค์ประกอบที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล .....                         | 15 |
| องค์ประกอบที่ 2 แบบประเมินการสนับสนุนขององค์กร .....                   | 16 |
| องค์ประกอบที่ 3 แบบประเมินการสนับสนุนการดูแลผู้รับบริการรายบุคคล ..... | 20 |
| แผ่นให้คะแนน.....                                                      | 27 |
| เอกสารอ้างอิง .....                                                    | 29 |



# ความเป็นมา

แบบประเมินตนเองในการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้รับบริการโรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน และความดันโลหิตสูง พัฒนากายใต้โครงการพัฒนาระบบบูรณาการการป้องกันและจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง โดยการสนับสนุนของสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข การพัฒนาดำเนินโดยการประชุมกลุ่มทีมผู้ดูแล โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจของจังหวัดสกลนคร จำนวน 151 ท่าน เพื่อวิเคราะห์จุดเด่น ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการพัฒนาการดูแล ร่วมกับการอาศัยกรอบแนวคิดและประเด็นคำถามจากเครื่องมือ Assessment of Chronic Illness Care (ACIC)<sup>1</sup> และ เครื่องมือ Primary Care Resources and Supports for Chronic Disease Self Management (PCRS)<sup>2-3</sup> มาพัฒนาเป็นแบบประเมิน เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของสถานการณ์ของการดูแลสำหรับระบบสาธารณสุขไทย ทีมวิจัยได้ตรวจสอบความเหมาะสมทางภาษาและเนื้อหา จากพยาบาลผู้ดูแล โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดหัวใจของจังหวัดสกลนคร จำนวน 16 ท่าน เพื่อปรับปรุงให้มีความเหมาะสม

แบบประเมินมุ่งเน้นลักษณะที่สำคัญของสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการ ทั้งในระดับกระบวนการการรักษาดูแลของทีมผู้ดูแล (Micro systems) ที่แสดงว่าระบบในการดูแลที่ดีเป็นอย่างไร และระดับโครงสร้างขององค์กรต่างๆ จำเป็นต้องมีอะไรในการสนับสนุนการทำงานภายในองค์กรและเครือข่าย (Macro system) การประเมินดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการสนับสนุนการจัดการตนเอง ในระบบการจัดการโรค หลอดเลือดหัวใจ เบาหวานและความดันโลหิตสูง

## วัตถุประสงค์

---

1. เพื่อช่วยให้ทีมดูแลในระดับต่างๆ รวบรวมสถานการณ์จริง การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ไปสู่ระบบ โดยการระบุขอบเขตที่จำเป็นสำหรับผู้สนับสนุนการจัดการตนเอง สำหรับผู้รับบริการโรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวานและความดันโลหิตสูง
2. เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาการดูแลเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้รับบริการโรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวานและความดันโลหิตสูง จากการเรียนรู้ผลการประเมินสู่การยกระดับการดำเนินการบริการ
3. เพื่อเป็นแนวทางการส่งเสริมการพัฒนาระบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง ในสถานพยาบาลและเครือข่ายการดูแล สำหรับผู้รับบริการโรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวานและความดันโลหิตสูง

# คำจำกัดความ<sup>2-3</sup>

## 1) การจัดการตนเอง

ความสามารถของบุคคลที่จะเผชิญกับผลที่หลีกเลี่ยงไม่ได้จากปัญหาที่เผชิญอยู่หรือเผชิญกับความเสี่ยงที่จะเกิดโรค อาทิเช่น อาการ การรักษา ผลกระทบทางด้านร่างกาย และสังคม และการต้องเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต การจัดการตนเองต้องอาศัยทักษะที่สำคัญ 5 ทักษะ: ทักษะการแก้ปัญหา ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการเลือกใช้แหล่งประโยชน์ ทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ และทักษะการลงมือปฏิบัติ การที่บุคคลสามารถจัดการตนเองได้นั้นบุคคลจะต้องสามารถเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลง ทั้งทางด้าน ความรู้สึกนึกคิด พฤติกรรม และอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้

## 2) การสนับสนุนการจัดการตนเอง

การสนับสนุนการจัดการตนเอง เป็นส่วนประกอบที่สำคัญของรูปแบบการดูแลผู้รับบริการโรคเรื้อรัง เป็นกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงหลายระดับในระบบการดูแลสุขภาพและชุมชนที่จะกระตุ้นให้เกิดการจัดการตนเองในกลุ่มผู้รับบริการ การสนับสนุนจะเป็นกระบวนการให้การดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ด้วยการสร้างความมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา การประสานงานระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ที่จะระบุปัญหา จัดลำดับความสำคัญ ตั้งเป้าหมาย ประเมินอุปสรรคที่จะเกิด และสร้างแนวทางการดูแลเพื่อแก้ปัญหา<sup>4</sup>ที่เกิดจากโรค พร้อมร่วมกำหนดแนวทางการแก้ไข ติดตามความสำเร็จตามเป้าหมาย รวมทั้งการมีระบบสนับสนุนทางข้อมูลทางคลินิกให้เครือข่ายการดูแลได้ใช้เพื่อให้เกิดการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ในการเลือกกิจกรรมการรักษาดูแลต้องตระหนักในความเหมาะสมตามลักษณะผู้รับบริการและครอบครัว อาทิเช่น ความพร้อมทางด้านความคิด ความเชื่อ จุดมุ่งหมาย และแหล่งประโยชน์

## 3) การดูแลต่อเนื่อง

การประสานงานของทีมสหสาขาที่จะดำเนินการให้เกิดความเชื่อมโยงและต่อเนื่องในการดูแลผู้รับบริการ การดูแลต่อเนื่องจะต้องอาศัยระบบที่มีการทำงานเป็นทีม มีการวางแผน จัดตารางแผนการติดตามเยี่ยมผู้รับบริการ

## 4) เครือข่ายการส่งต่อ

การประสานงานและสื่อสารในกลุ่มทีมสุขภาพทั้งข้อมูลทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับการรักษาและการจัดการตนเอง ที่ต้องอาศัยระบบการติดตามรายบุคคล ระบบเฝ้าระวังการส่งต่อการรักษาที่ไม่สมบูรณ์ และระบบติดตามให้เกิดความแน่ใจว่าการส่งต่อมีความครบถ้วนสมบูรณ์

## 5) ทีมดูแลผู้รับบริการ

ทีมเป็นทีมสหสาขา (แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ เภสัชกร นักสังคม อาสาสมัครชุมชน) ที่ทำงานร่วมกันเพื่อให้การดูแลผู้รับบริการ

## 6) การอบรมสมาชิกเกี่ยวกับการสนับสนุนการจัดการตนเอง

โอกาสที่สมาชิกในทีมสุขภาพที่จะเพิ่มเติมความรู้ และทักษะในการปฏิบัติเพื่อพัฒนาคุณภาพการสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยมีเนื้อหา ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพ ความซับซ้อนของโรค หลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน และความดันโลหิตสูง และองค์ความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทักษะการสื่อสารแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ทักษะการพูดจูงใจ ทักษะการกระตุ้นการวิเคราะห์ปัญหาและทางแก้ไข และทักษะการทำงานเป็นทีม องค์กรสามารถสนับสนุนการศึกษาต่อเนื่อง การอบรมสมาชิกในทีมทุกคน และประเมิน

และติดตามสมรรถนะของสมาชิกในทีมดูแล และมีการให้แรงกระตุ้น หรือจูงใจให้เกิดการพัฒนาทักษะและเทคนิคใหม่ๆในการดูแล

### **7) การประสานการสนับสนุนการจัดการตนเองในการดูแลผู้รับบริการตามปกติ**

การประสานการสนับสนุนการจัดการตนเองให้เป็นการดูแลพื้นฐานตามปกติทางคลินิกสำหรับทุกสถานการณ์ในการดูแลผู้รับบริการที่มีโรคเรื้อรัง

### **8) การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ**

ผู้รับบริการมีส่วนในการวางแผนและการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา ในกระบวนการดังกล่าวผู้รับบริการจะเป็นบุคคลสำคัญของทีมดูแลและสามารถเข้าถึงข้อมูลที่เป็นประโยชน์ที่จะใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพและการจัดการตนเอง โดยทีมผู้ดูแลต้องมั่นใจว่าความคิดเห็น ความเชื่อของผู้รับบริการเป็นข้อมูลที่ผู้ให้บริการนำมาเป็นแนวทางในการตัดสินใจทางคลินิก และระบบการดูแลมีการติดตามเป็นระยะ โดยอาศัยกระบวนการทำกลุ่ม การสำรวจ หรือ กล้องการเสนอแนะบริการ

### **9) ระบบข้อมูลเอกสารของการให้บริการสนับสนุนการจัดการตนเอง**

เป็นกระบวนการการบันทึกข้อมูลที่เป็นมาตรฐาน ในเรื่องเป้าหมายการจัดการตนเอง ความก้าวหน้า และการเฝ้าระวังของผู้รับบริการ ในการจัดการตนเอง

### **10) ความต่อเนื่องในการพัฒนาคุณภาพ**

กระบวนการที่ใช้ข้อมูลในการกำหนดแนวโน้ม พัฒนาการให้การดูแล และการวัดประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ โดยมีขั้นตอนการทำงานที่ทำไปประเมินผลไป และปรับแนวทางการปฏิบัติเพื่อพัฒนาคุณภาพเป็นระยะๆ เช่น กระบวนการ Plan → Do → Study → Act

### **11) การเชื่อมโยงแหล่งประโยชน์ในชุมชน**

แหล่งประโยชน์ในชุมชน เป็นการบริการ หรือลักษณะสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนให้ผู้รับบริการเกิดการจัดการตนเอง เช่น ความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งการออกกำลังกาย การเลือกซื้ออาหารสุขภาพ เป็นต้น

### **12) การสนับสนุนทางสังคม**

การช่วยให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ทั้งจากคนใกล้ชิด เช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อน หรือจากชุมชน เช่น คนในหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับต่างๆ การสนับสนุนทางสังคมอาจมีในหลายรูปแบบ เช่น การเป็นที่ปรึกษา ทุกข์ การให้ความช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม การให้ข้อมูลหรือแนวคิดที่เป็นประโยชน์ เป็นต้น

### **13) ทักษะในการแก้ปัญหา**

บุคคลที่สามารถเรียนรู้และเลือกทางปฏิบัติที่จะเอาชนะอุปสรรคเพื่อให้เกิดการจัดการภาวะเจ็บป่วย/สุขภาพ ได้ดี กระบวนการประกอบด้วย การวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค จำแนกทางแก้ไขปัญหาที่เป็นไปได้ เลือกและลงมือปฏิบัติตามแนวทางการแก้ไข ปัญหาที่ดีที่สุดที่เลือกได้ ประเมินผลการแก้ปัญหา และวางแผนการก้าวต่อไปข้างหน้า

### **14) การมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมาย**

กระบวนการที่ผู้ให้บริการและผู้รับบริการทำงานร่วมกันในการวิเคราะห์ความต้องการของผู้รับบริการ และหาข้อตกลงในการวางแผนการเริ่มปฏิบัติการ เป้าหมายที่ดีควรเป็นเป้าหมายที่ฉลาดเฉียบแหลม(SMART) S = specific คือความจำเพาะ M = Measurable คือ ต้องวัดประเมินได้ A = Action-oriented คือ เป็นเป้าหมายที่มุ่งการปฏิบัติ

ให้เป็นรูปธรรม R= Realistic คือ เป็นเป้าที่สามารถบรรลุได้ในสถานการณ์จริง T = Time-limited คือ มีการกำกับเวลาที่ชัดเจนว่าต้องบรรลุเป้าหมายที่ตั้งเมื่อไร

### **15) การให้คำปรึกษาเพื่อการจัดการตนเอง**

เป็นกระบวนการต่อเนื่องของการมีปฏิสัมพันธ์ การทำงานร่วมกัน ของการให้ข้อมูลและคำแนะนำเพื่อสนับสนุนให้ผู้รับบริการมีความสามารถจัดการภาวะสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจและการดำเนินกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันของตนเองได้สำเร็จทั้งหมดที่มีโรคเรื้อรัง

### **16) การประเมินผู้รับบริการรายบุคคลเกี่ยวกับความต้องการการสนับสนุนการจัดการตนเอง**

กระบวนการประเมินความต้องการความรู้ อุปสรรค ทักษะการจัดการตนเอง ความชอบส่วนบุคคล รูปแบบการเรียนรู้ และแหล่งประโยชน์ของการที่จะจัดการตนเองในแต่ละบุคคล

# กรอบแนวคิด

การสนับสนุนการจัดการตนเองเป็นการให้การดูแลที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานความร่วมมือในการดูแลระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการทั้งในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้รับบริการโรคเรื้อรัง ที่จะก่อให้เกิดความสามารถในการจัดการภาวะสุขภาพด้วยตนเองของผู้รับบริการ เพื่อให้เกิดสุขภาวะและมีความเป็นอยู่แบบมีคุณภาพชีวิต การดูแลเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองจะเปลี่ยนวิธีการให้การดูแลรักษาจากผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกสู่การเป็นโค้ชให้กับผู้รับบริการ โดยการพาสานการดูแลดังกล่าวเข้าสู่การปฏิบัติทางคลินิกในงานประจำแบบ มุ่งเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

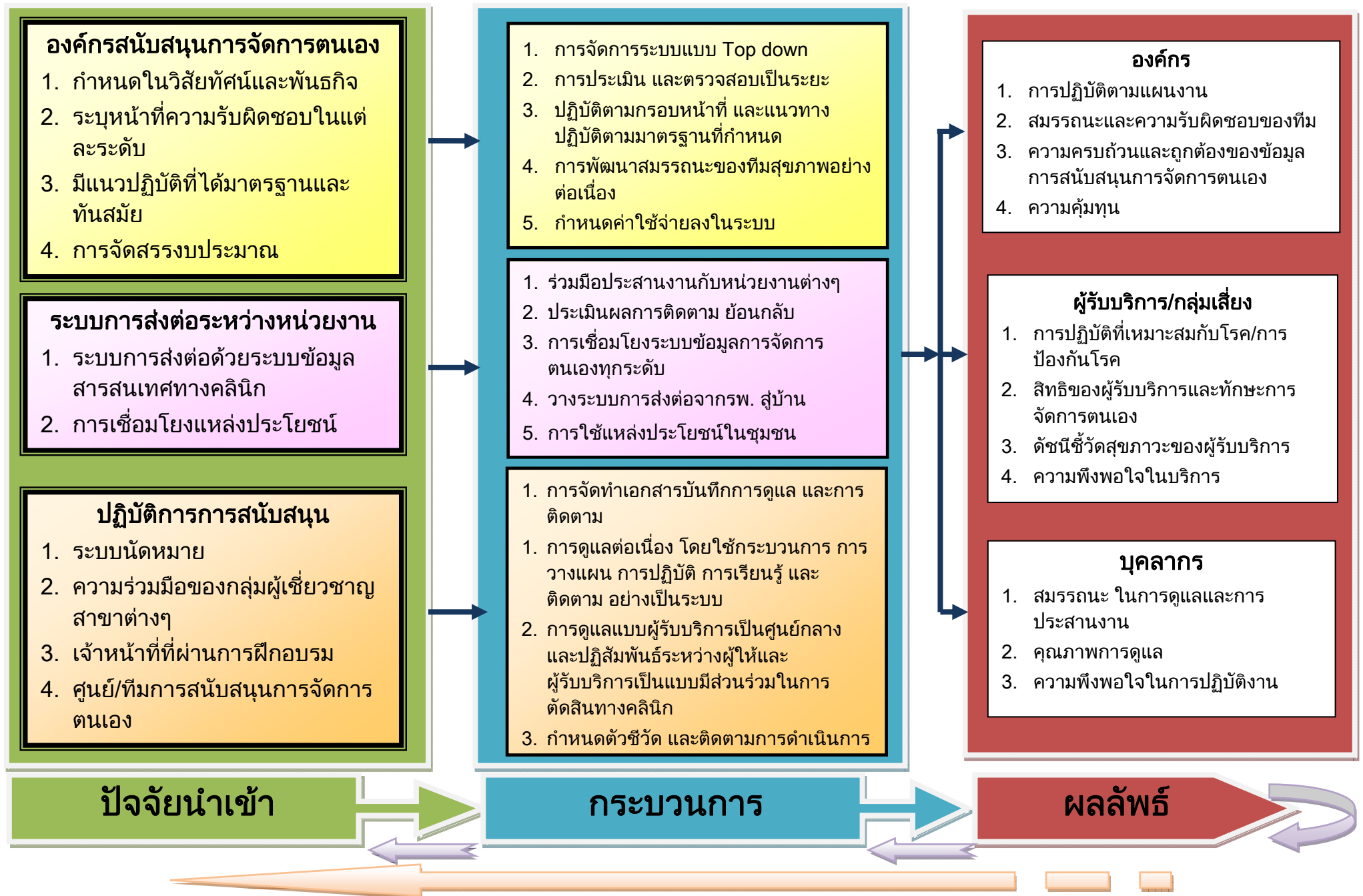
การจัดการตนเองเป็นความสามารถของบุคคลที่จะดำรงชีวิตกับสภาพการเจ็บป่วย ด้วยการพัฒนาความสามารถและความมั่นใจในการจัดการทั้งทางด้านการรักษา และ พฤติกรรมเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรค การสนับสนุนการจัดการตนเองเป็นการเตรียมผู้รับบริการให้เข้าใจบทบาทในกระบวนการรักษา และร่วมมือในการตั้งเป้าหมายที่มีคุณค่า และอยู่ในขีดความสามารถของตนเองที่จะกระทำให้สำเร็จได้ และช่วยพัฒนาทักษะที่จำเป็นตามความต้องการของผู้รับบริการ จากการทบทวนวรรณกรรม<sup>5-10</sup> พบว่า องค์ประกอบที่สำคัญของระบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง ประกอบด้วย

- 1) มีการจัดการระบบแบบ Top down โดยการดำเนินการควรถูกกำหนดเป็นนโยบายของโรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน และ หน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ชัดเจนในการให้บริการแบบสนับสนุนให้ผู้รับบริการสามารถจัดการตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรังได้
- 2) ควรเป็นการทำงานของทีมสหสาขา ที่มีทั้งความรู้และทักษะเกี่ยวกับการดูแลรักษาโรคหัวใจ เบาหวาน และความดันโลหิตสูงและความรู้ทางพฤติกรรมที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีการกำหนดขอบเขตความรับผิดชอบที่ชัดเจน
- 3) มาตรการแทรกแซงจะต้องดำเนินงานพาสานอยู่ในการดูแลทางคลินิกตามปกติตามระดับต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการดูแลในระบบผู้รับบริการใน ผู้รับบริการที่มาติดตามการรักษาที่คลินิก หรือในชุมชน
- 4) มีระบบการประเมินสถานการณ์ของผู้รับบริการที่ครอบคลุมปัจจัยต่างๆที่สำคัญในการสนับสนุนให้บุคคลสามารถจัดการตนเองในการดูแลเกี่ยวกับโรคเรื้อรังได้ โดยจัดระบบข้อมูลการประเมินผลรวมของการตอบสนองทางชีวภาพ อิทธิพลทางสังคม ประสบการณ์การอยู่กับโรค แรงจูงใจและอุปสรรคที่จะเกิด และการควบคุมตนเอง ของแต่ละบุคคล
- 5) กิจกรรมในมาตรการแทรกแซงพัฒนาอย่างเป็นระบบจากบนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัยและประสบการณ์การเรียนรู้ของทีมงาน
- 6) การจัดมาตรการแทรกแซง ควรพาสานความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่ควรเป็น กับการพัฒนากระบวนการคิด ในการระบุปัญหา จัดลำดับความสำคัญ การตัดสินใจของบุคคลในด้านผลดีและผลเสียจากการเปลี่ยนแปลง ความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเอง และทักษะการแก้ไขปัญหา โดยใช้การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการและทีมสุขภาพแบบมุ่งเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ดังนั้น โปรแกรมควรเน้น ความเข้าใจในประสบการณ์ การรับรู้ ความเชื่อ พฤติกรรมของผู้รับบริการ และให้ผู้รับบริการเป็นผู้เลือกวิธีการปฏิบัติและตั้งจุดมุ่งหมายด้วย

- ตนเอง ดังนั้นผู้ให้คำปรึกษาจะถือหลักการเคารพต่อความเป็นปัจเจกบุคคล สิทธิส่วนบุคคล วิธีทางการแก้ปัญหา และการเลือกดำเนินตามลีลาชีวิต
- 7) มีการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองในกลุ่มเสี่ยงและผู้รับบริการ โดยการสื่อสารบนข้อมูลแฟ้มประวัติ ที่ส่งต่อกันอย่างเป็นระบบ
  - 8) มีการประเมินผลติดตามอย่างต่อเนื่อง จนเกิดความยั่งยืน จากระดับบุคคล สู่องค์กร และเครือข่าย
  - 9) เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพทุกภาคส่วนจำเป็นต้องได้รับการฝึกการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางที่เป็นระบบและมุ่งเน้นพัฒนาศักยภาพของกลุ่มเสี่ยง/ผู้รับบริการให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างครอบคลุม และต้องมีความรู้ที่ทันสมัยเกี่ยวกับความซับซ้อนของโรคเรื้อรังในสถานการณ์ปัจจุบัน
  - 10) ผู้ดำเนินโครงการควรเป็นพยาบาลหรือบุคลากรทางสาธารณสุขที่ได้รับการอบรมดังกล่าวในข้อหนึ่ง และมีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบในฐานะผู้จัดการรายบุคคลให้ชัดเจน

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น ร่วมกับความต้องการของทีมสุขภาพและผู้รับบริการในพื้นที่นำร่อง นำสู่การวางระบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง ดังรูปที่ 1 โดย ระบบจะประกอบด้วย 3 ส่วนสำคัญ คือ

1. ปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วยปัจจัยขององค์กร (โรงพยาบาล และPCU) ระบบการส่งต่อ และระบบปฏิบัติการ
2. กระบวนการ เป็นกระบวนการพัฒนาระบบการสนับสนุนการจัดการตนเองเข้าสู่การปฏิบัติปกติ การพัฒนาเครือข่ายการดูแล และการส่งต่อ รวมทั้งการพัฒนาปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และปฏิสัมพันธ์ที่กระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและการจัดการพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค/ความก้าวหน้าของโรค
3. ผลลัพธ์ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือผลลัพธ์ขององค์กร ผลลัพธ์ของผู้ให้บริการ และผลลัพธ์ของผู้รับบริการ





# คำชี้แจงการใช้แบบประเมินตนเอง

เครื่องมือนี้พัฒนาสำหรับผู้ที่อยู่ในสถานบริการทางสาธารณสุขระดับต่างๆ ทั้งในโรงพยาบาล หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่สนใจในการปรับปรุงคุณภาพการบริการในระบบการสนับสนุนการจัดการตนเองที่มีการให้บริการแบบทีมสหสาขา (แพทย์ พยาบาล ระดับต่างๆ นักวิชาการสาธารณสุขในสาขาต่างๆ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักโภชนาการ เจ้าหน้าที่บริหารส่วนท้องถิ่นและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) ในการดูแลผู้รับบริการโรคเรื้อรัง ให้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดของ Chronic Care Model โดยที่สมาชิกในทีมได้รับการฝึกฝนที่หลากหลายและมีกรอบการทำงานที่เหมาะสมตามสาขาวิชาชีพ

การใช้เครื่องมือนี้มีประเด็นสำคัญในการใช้ดังนี้

- 1) ในการประเมินตนเอง **ทีมควรมีการตกลงกรอบเวลาที่จะประเมินร่วมกัน และควรดำเนินการประเมินเป็นช่วงๆ** (เช่น ทุก 3 เดือน, ปีละ 2 ครั้ง) เหมือนเป็นการรวบรวมแนวทางการจัดการตนเองไปสู่ระบบการดูแลสุขภาพ
- 2) สมาชิกแต่ละคนของทีม**ควรมีอิสระในการตอบแบบประเมิน** เพื่อให้เกิดมุมมองอิสระและหลากหลาย
- 3) เมื่อสมาชิกทั้งหมดประเมินเรียบร้อยแล้ว ควรประชุมทีมเพื่ออภิปรายความแตกต่างระหว่าง คะแนนของทีม **ความแตกต่างของคะแนนเป็นโอกาสที่สำคัญสำหรับการอภิปรายที่นำไปสู่การปรับปรุงการสื่อสารระหว่างสมาชิก หน้าที่ของสมาชิกในทีมและคุณภาพการดูแล** คุณค่าของเครื่องมือไม่ได้อยู่ที่ระดับคะแนนที่สมาชิกแต่ละคนให้ แต่อยู่ที่การนำผลคะแนนมาปรับปรุงกระบวนการซึ่งเริ่มจากการค้นพบความแตกต่าง หรือการปรับปรุงการมอบหมายงาน

## ลักษณะแบบประเมิน

เครื่องมือประเมินนี้ ประกอบด้วย 17 ลักษณะการสนับสนุนการจัดการตนเอง ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ การสนับสนุนขององค์กร (6 ข้อ) และการสนับสนุนผู้รับบริการ 14 ข้อ) เครื่องมือประเมินกำหนดการตอบคำถามออกเป็น 4 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบ องค์ประกอบที่ 2 แบบประเมินการสนับสนุนขององค์กร องค์ประกอบที่ 3 แบบประเมินการสนับสนุนการดูแลผู้รับบริการรายบุคคล โดยในองค์ประกอบที่ 2 – 3 แต่ละองค์ประกอบจะประกอบด้วย 2 ส่วน

- ส่วนที่ 1 การสรุปข้อมูลสำคัญ
- ส่วนที่ 2 การประเมินสถานการณ์การปฏิบัติงานในปัจจุบัน

### ส่วนที่ 1 การสรุปข้อมูลสำคัญจากสถานการณ์

แนวทางการตอบแบบประเมินตนเอง สำหรับคำถามในส่วนที่ 2 การสรุปข้อมูลสำคัญเป็นการสรุปภาพรวมของระบบการสนับสนุนการจัดการตนเองในองค์กรของท่าน **การตอบเป็นการเขียนบรรยายสรุปสถานการณ์ ข้อมูล กิจกรรมที่ท่าน/หน่วยงานของท่าน การเขียนควรให้กระชับและเป็นการสังเคราะห์และสรุปใจความสำคัญของสิ่งที่ต้องการจะสื่อ** โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- 1) ควรสรุปใจความสำคัญของมาตรการหรือการปฏิบัติที่กำหนดในข้อคำถามให้ครบถ้วน

- 2) ต้องเป็นข้อความที่ผู้อ่านสามารถเข้าใจทันที โดยไม่ต้องไปเปิดหาเอกสารอ้างอิงอื่นๆ
- 3) แสดงความเชื่อมโยง ใน 3 ด้าน 1) เป้าหมายที่กำหนด 2) กระบวนการที่นำสู่การบรรลุความสำเร็จอย่างไร และ 3) ผลของงาน โดยการบอกเล่าความสำเร็จที่เกิดขึ้น

## ส่วนที่ 2 การประเมินสถานการณ์การปฏิบัติงานในปัจจุบัน

แนวทางการตอบแบบประเมินตนเองสำหรับคำถามในส่วนที่ 2 การประเมินสถานการณ์การปฏิบัติงานในปัจจุบัน

**คำชี้แจง :** โปรดตอบคำถามต่อไปนี้ที่ตรงกับความรู้สึกและประสบการณ์ของท่านมากที่สุด ไม่ว่าท่านจะทำเครื่องหมายที่ตำแหน่งใด ไม่มีถูกผิด เนื่องจากเป็นความรู้สึกต่อการให้ดูแลรักษาของท่าน โปรดทำเครื่องหมาย X ใน ..... ของช่องข้อความที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุด ดังตัวอย่าง

| องค์ประกอบ<br>(ด้าน)                                                     | ระดับ<br>0    | ระดับ 1                                                                                                             | ระดับ 2                                                                                                       | ระดับ 3                                                                                                                                                                          | ระดับ 4                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1. การบริหารจัดการเกี่ยวกับระบบการสนับสนุนการจัดการตนเองโดยองค์กร</b> |               |                                                                                                                     |                                                                                                               |                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                 |
| วิสัยทัศน์ขององค์กรและภาพรวมในเรื่องบทบาทหน้าที่ของผู้บริหารองค์กร       | ไม่ได้ระบุไว้ | ปรากฏอยู่ในวิสัยทัศน์ขององค์กร แต่ไม่ปรากฏว่ามีหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนด้านทรัพยากร บุคคล หรือแนวทางในการดำเนินงาน | ปรากฏอยู่ในวิสัยทัศน์ขององค์กร ผู้บริหารให้การสนับสนุนด้านทรัพยากร แต่ยังไม่มีการจัดสรรบุคลากรรับผิดชอบชัดเจน | เป็นส่วนหนึ่งของแผนยุทธศาสตร์ระยะยาวได้รับการสนับสนุนทั้งทรัพยากรและการบริหารจัดการจากหน่วยงานและองค์กรต่างๆ และมีการมอบหมายบุคลากรเฉพาะเป็นผู้รับผิดชอบ ในการจัดโครงการเป็นระยะ | เป็นส่วนหนึ่งของแผนยุทธศาสตร์ระยะยาวได้รับการสนับสนุนทั้งทรัพยากรและมีบทบาทในการบริหารจัดการและการดำเนินงาน เป็นการดูแลปกติขององค์กรและมีการติดตามอย่างเป็นระบบ<br><br><b>X</b> |

# แบบประเมินการสนับสนุนการจัดการตนเอง ในผู้รับบริการโรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวานและความดัน โลหิตสูง (สำหรับระดับปฏิบัติการ)

## องค์ประกอบที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

**คำชี้แจง** โปรดตอบคำถามต่อไปนี้ตามความเป็นจริงให้ใส่เครื่องหมาย "X" ลงใน ( ) และเติมคำลงในช่องว่าง

1. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี
2. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
3. การระดับการศึกษาและอบรมที่ท่านได้รับล่าสุด \_\_\_\_\_
4. ท่านปฏิบัติงานในฐานะเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพมาเป็นระยะเวลา .....ปี.....เดือน
5. ตำแหน่ง และสถานที่ทำงาน

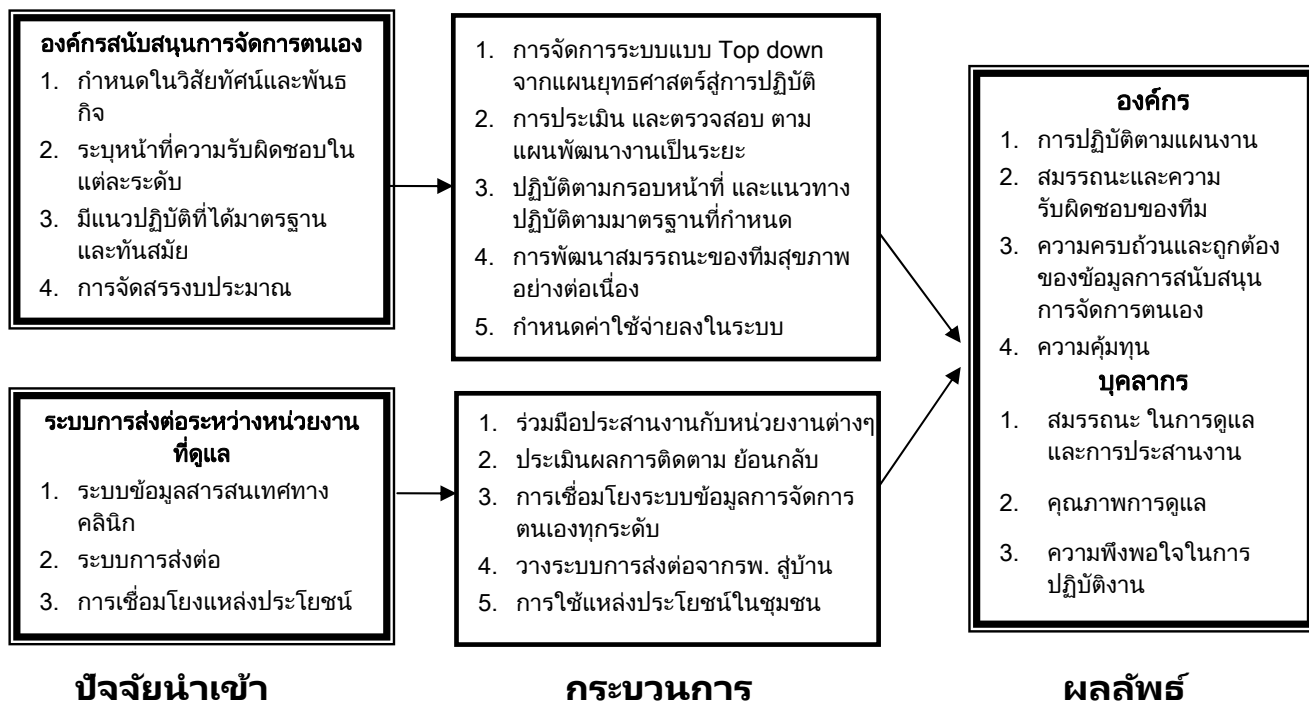
ตำแหน่ง

- นายแพทย์ \_\_\_\_\_ ระดับ \_\_\_\_\_
- พยาบาลวิชาชีพ.....ระดับ.....
- เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ โปรดระบุ.....

สถานที่ทำงาน

- สาธารณสุขจังหวัด .....
- โรงพยาบาล.....ระดับ.....
- สถานีอนามัย.....
- หมู่บ้าน.....

## องค์ประกอบที่ 2 แบบประเมินการสนับสนุนขององค์กร



### ส่วนที่ 1 การสรุปข้อมูลสำคัญขององค์กร

**คำชี้แจง :** โปรดตอบคำถามต่อไปนี้ ตามที่ท่านได้ปฏิบัติในการดูแลผู้รับบริการโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดหัวใจ ในปีที่ผ่านมา

**1. องค์กรที่ท่านปฏิบัติงานมีการกำหนดวิสัยทัศน์/ยุทธศาสตร์แผนการดำเนินงานประจำปี เกี่ยวกับการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้รับบริการโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือไม่ อย่างไร? ในกรณีที่มีการกำหนด กรุณาอธิบายการดำเนินการที่ได้ปฏิบัติไปทั้งในเชิงกระบวนการที่ทำ (การกำหนดผู้รับผิดชอบ ขอบเขตงาน การพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการ และการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติและงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินการ) และผลของงานที่ผ่านมา**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

2. การดำเนินการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้บริการโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดหัวใจ ท่านได้มีการเชื่อมโยงเครือข่ายการดูแล หรือไม่ อย่างไร (แสดงเป้าหมายของการพัฒนาเครือข่ายที่ใช้ กระบวนการการเชื่อมโยงเครือข่าย และผลของการเชื่อมโยงเครือข่ายที่เกิดขึ้น)

[illegible]

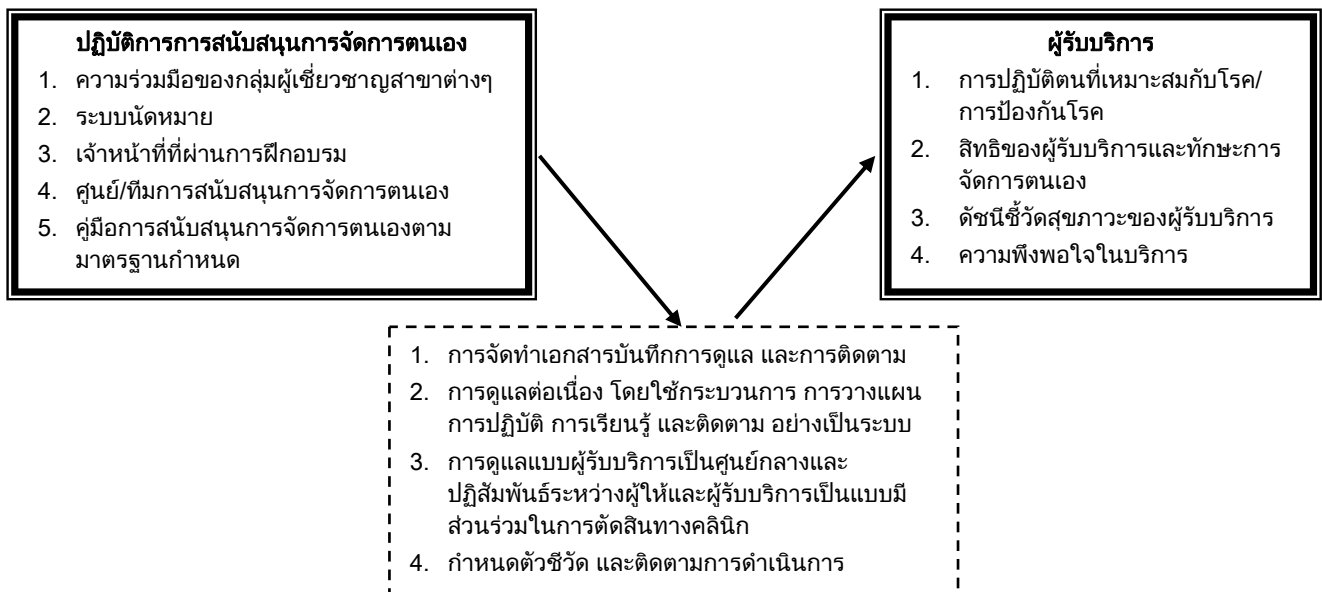
## ส่วนที่ 2 การประเมินสถานการณ์องค์กร

### การประเมินสถานการณ์องค์กร

| องค์ประกอบ                                                               | ระดับ 0                                           | ระดับ 1                                                                                                             | ระดับ 2                                                                                                                                                                                      | ระดับ 3                                                                                                                                                                          | ระดับ 4                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1. การบริหารจัดการเกี่ยวกับระบบการสนับสนุนการจัดการตนเองโดยองค์กร</b> |                                                   |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                         |
| วิสัยทัศน์ขององค์กรและภาพรวมในเรื่องบทบาทหน้าที่ของผู้บริหารองค์กร       | ไม่ได้ระบุไว้                                     | ปรากฏอยู่ในวิสัยทัศน์ขององค์กร แต่ไม่ปรากฏว่ามีหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนด้านทรัพยากร บุคคล หรือแนวทางในการดำเนินงาน | ปรากฏอยู่ในวิสัยทัศน์ขององค์กร ผู้บริหารให้การสนับสนุนด้านทรัพยากร แต่ยังไม่มีการจัดสรรบุคลากรรับผิดชอบชัดเจน                                                                                | เป็นส่วนหนึ่งของแผนยุทธศาสตร์ระยะยาว ได้รับการสนับสนุนทั้งทรัพยากรและการบริหารจัดการจากหน่วยงานและองค์กรต่างๆและมีการมอบหมายบุคลากรเฉพาะเป็นผู้รับผิดชอบ ในการจัดโครงการเป็นระยะ | เป็นส่วนหนึ่งของแผนยุทธศาสตร์ระยะยาวได้รับการสนับสนุนทั้งทรัพยากรและมีบทบาทในการบริหารจัดการและการดำเนินงานเป็นการดูแลปกติขององค์กรและมีการติดตามอย่างเป็นระบบ          |
| เป้าหมายขององค์กรในการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้รับบริการ           | ไม่มีการกำหนดเป้าหมายหรือมีข้อจำกัดภายใต้เงื่อนไข | มีอยู่แต่ไม่มีข้อมูลที่สามารถตรวจสอบได้                                                                             | มีข้อมูลที่สามารถประเมินและตรวจสอบได้                                                                                                                                                        | มีข้อมูลที่สามารถประเมินและตรวจสอบได้แต่ยังไม่กำหนดแนวทางชัดเจนในการประเมินและตรวจสอบ                                                                                            | ประเมินและตรวจสอบอยู่ตามปกติและกำหนดไว้ในแผนพัฒนางาน                                                                                                                    |
| หลักฐานขั้นพื้นฐานของแนวปฏิบัติ                                          | ไม่ได้จัดทำ                                       | จัดทำโดยองค์กรแต่ไม่ได้นำมาบูรณาการกับระบบดูแลโดยตรง                                                                | จัดทำและได้รับการช่วยเหลือจากผู้ให้ความรู้ แต่ไม่ได้นำมาบูรณาการกับระบบดูแลโดยตรง                                                                                                            | จัดทำและได้รับการช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญและนำมาใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้ตามการดูแลทั่วไป                                                                                     | จัดทำและได้รับการช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญและผู้ปฏิบัติสามารถบูรณาการการดูแลเป็นแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางและผลสำเร็จการดูแลบนวิถีการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการ        |
| ระบบการดูแลต่อเนื่อง                                                     | ยังไม่มีระบบการส่งต่อที่ชัดเจนในทุกเครือข่าย      | ยังจำกัด; ผู้ป่วยบางคนมีนัดพบทีมผู้ดูแล; วางแผนการพบและการดูแลเพื่อการจัดการตนเองเป็นประจำโดยมีกำหนดเป็นมาตรฐาน     | ดูแลต่อเนื่องจากสถานบริการสู่บ้านโดยผ่านการประเมินติดตามทุกเครือข่าย, กำหนดวางแผนการเยี่ยมประจำกับสมาชิกของทีมที่เหมาะสม<br>- ยังขาดการครอบคลุมและการเชื่อมโยงการประเมินผลการดูแลในแต่ละส่วน | - มีระบบสนับสนุนการดูแลอย่างต่อเนื่อง, ผู้ป่วยทั้งหมดพบกับผู้ให้บริการมากกว่า 50%<br>- กำหนดวางแผนการเยี่ยม, ติดตามและติดตามผลการเยี่ยมผู้ป่วยทั้งหมด                            | - มีระบบการมอบหมายผู้รับบริการให้แก่ทีมผู้ดูแล<br>- มีการกำหนดการติดตาม การรักษา และภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ<br>- ครอบคลุมการดูแลต่อเนื่องในผู้รับบริการได้มากกว่า 80% |

| องค์ประกอบ                                            | ระดับ 0                                         | ระดับ 1                                                                                          | ระดับ 2                                                                                   | ระดับ 3                                                                                                                               | ระดับ 4                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>2. การประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ</b>            |                                                 |                                                                                                  |                                                                                           |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                      |
| ระบบข้อมูลเอกสารของการให้บริการสนับสนุนการจัดการตนเอง | ไม่ได้ดำเนินการอย่างเป็นระบบและยังไม่ได้ปฏิบัติ | มีข้อจำกัดเพราะการส่งต่อข้อมูลยังไม่เป็นระบบและอยู่กับผู้รับบริการ                               | ร่วมมือประสานงานกับบุคลากรเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องการประสานระดับองค์กรอยู่ในขั้นกำหนดนโยบาย | ร่วมมือประสานงานกับคณะบุคคลหรือหน่วยงานที่มีความรับผิดชอบแต่ยังไม่มี การประเมินผลการติดตามและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลอย่างเป็นระบบ | ร่วมมือประสานงานเป็นอย่างดีระหว่างองค์กร หน่วยงานบริการชุมชนและผู้รับบริการและมีการประเมินผลการติดตามและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลย้อนกลับอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง |
| เชื่อมโยงแหล่งประโยชน์ต่างๆ                           | ไม่ได้ดำเนินการ                                 | มีแผนพับของข้อมูลการติดต่อสำหรับทรัพยากรขององค์กรเท่านั้นขาดการเชื่อมโยงกับชุมชนที่เกี่ยวข้องกัน | ถูกจำกัดรายการหรือแผนพับของข้อมูลการติดต่อสำหรับทรัพยากรที่เกี่ยวข้องกัน                  | เกิดขึ้นผ่านระบบอ้างอิง; ทีมมีการอภิปรายความต้องการของผู้รับบริการ, อุปสรรค และแหล่งทรัพยากรก่อนทำการอ้างอิง                          | มีระบบอ้างอิงร่วมกัน, การติดตามผลการอ้างอิง และการสื่อสารระหว่างการศึกษาปฏิบัติต่างๆ, แหล่งทรัพยากรองค์กร และผู้รับบริการ                                            |

### องค์ประกอบที่ 3 แบบประเมินการสนับสนุนการดูแลผู้รับบริการรายบุคคล



## ปัจจัยนำเข้า

## กระบวนการ

**ผลลัพธ์**

## ส่วนที่ 1 การสรุปข้อมูลสำคัญของการดูแลผู้รับบริการรายบุคคล

1. ท่านดำเนินการเกี่ยวกับข้อมูลที่ใช้ในการประเมินและติดตามผลรายบุคคลเป็นระยะ ในเรื่องพฤติกรรมเสี่ยง ทั้งลักษณะพฤติกรรม ทักษะและอุปสรรคในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน ที่ จะสนับสนุนการจัดการตนเอง หรือไม่ อย่างไร (แสดงข้อมูลต่างๆที่เก็บ ลักษณะการเก็บ การตรวจสอบ ความถูกต้องของข้อมูล การใช้ข้อมูลมาเป็นแนวทางการให้การดูแลและการติดตามผลการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม)





## ส่วนที่ 2 การประเมินสถานการณ์การให้ดูแลเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเอง

คำชี้แจง : โปรดตอบคำถามต่อไปนี้ที่ตรงกับความรู้สึกและประสบการณ์ของท่านมากที่สุด

| ระบบปฏิบัติการการสนับสนุนการจัดการตนเอง                                    |                                           |                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| องค์ประกอบ                                                                 | ระดับ 0                                   | ระดับ 1                                                                                                                                                                                                       | ระดับ 2                                                                                                                                                                                                                                                                  | ระดับ 3                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ระดับ 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| ระบบเอกสาร                                                                 | ไม่มีระบบเอกสาร                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>มีเอกสารความรู้เกี่ยวกับโรค และปัจจัยเสี่ยงแจ้งให้ผู้รับบริการ</li> <li>เอกสารแยกออกจากแฟ้ม ข้อมูลทางคลินิกตามปกติ</li> </ul>                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>มีเอกสารการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงและวิถีชีวิตของผู้รับบริการแต่ละราย แต่ยังไม่ได้นำมาเป็นแนวทางการดูแลตามปกติทุกราย</li> <li>เอกสารแยกออกจากแฟ้ม ข้อมูลทางคลินิกตามปกติ</li> </ul>                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>มีเอกสารการประเมินในระดับ 2 และติดตามผลทั้งหมดอยู่ในแบบฟอร์มมาตรฐานการดูแลตามปกติ</li> <li>ข้อมูลยังขาดการเชื่อมโยงกับแผนการบำบัด รักษาและการติดตามผล</li> </ul>                                                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>มีระบบเอกสารการประเมิน การให้การดูแล การติดตามความก้าวหน้าของการจัดการตนเองในผู้รับบริการแต่ละรายในแบบฟอร์มมาตรฐาน</li> <li>เชื่อมโยงระหว่างแผนการบำบัดรักษาของผู้รับบริการกับการสนับสนุนการจัดการตนเอง</li> </ul>                                                           |
| การให้การสนับสนุนการดูแลให้เป็นมาตรฐาน                                     | ไม่จัดทำเอกสารมาตรฐานการดูแลให้ทีมผู้ดูแล | <ul style="list-style-type: none"> <li>จัดทำเอกสารมาตรฐานการดูแลบนหลักฐานเชิงประจักษ์</li> <li>จัดให้มีการประชุมหรืออบรมที่เป็นประโยชน์จากผู้เชี่ยวชาญเป็นระยะ</li> </ul>                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>เอกสารมาตรฐานที่นำมาใช้ในการดูแลตามปกติ</li> <li>จัดอบรมให้บุคลากรในองค์กร มีทั้งความรู้และทักษะเฉพาะในการสื่อสารและพัฒนาศักยภาพผู้รับบริการในการจัดการตนเองตามมาตรฐาน</li> </ul>                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>จัดอบรมบุคลากรในองค์กรทุกระดับให้มีความรู้และทักษะเฉพาะตามมาตรฐาน</li> <li>มีการทบทวนเป็นระยะๆ รวมทั้งการฝึกปฏิบัติจริงให้สามารถกระตุ้นให้ผู้รับบริการวางแผนในการแก้ปัญหาและกำหนดเป้าหมายและการปฏิบัติได้</li> </ul>                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>จัดให้บุคลากรในองค์กรที่มีทักษะเฉพาะเข้าร่วมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในองค์กรเป็นระยะ กำหนดและดำเนินการทบทวนมาตรฐานเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการประเมินมาตรฐานในการปฏิบัติทางคลินิกเป็นระยะๆ</li> </ul>                                                                      |
| การประเมินความต้องการเกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้รับบริการในแต่ละรายบุคคล | ...ไม่ได้ทำ                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>ยังไม่เป็นมาตรฐานการประเมินยังไม่ทั่วถึงเลือกเฉพาะกลุ่ม</li> <li>การประเมินยังไม่ทำสม่ำเสมอ</li> <li>ยังไม่ครอบคลุมการประเมินบริบทของการจัดการตนเองส่วนใหญ่</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>เป็นมาตรฐาน มีการคัดเลือกการประเมินเป็นกลุ่มตามความจำเป็นเร่งด่วนทางคลินิก</li> <li>การประเมินครอบคลุมความต้องการความรู้ ทัศนคติ ความชอบส่วนบุคคล รูปแบบการเรียนรู้ และแหล่งประโยชน์</li> <li>ยังขาดเอกสารบันทึกข้อมูล</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>เป็นมาตรฐาน ครอบคลุมผู้รับบริการอย่างยุติธรรม</li> <li>มีเอกสารประกอบที่สำคัญที่กำหนดจุดประสงค์เบื้องต้น; นำไปสู่เรื่องการประเมินความรู้ในการจัดการตนเองของผู้รับบริการ, พฤติกรรม, ความเชื่อมั่น, อุปสรรค, ทรัพยากร และความชอบการเรียนรู้</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>เป็นมาตรฐาน ครอบคลุมผู้รับบริการและมีเอกสารประกอบ</li> <li>เป็นการรวบรวมส่วนของการวางแผนการดูแลผู้รับบริการโรคเรื้อรัง: มีผลสรุปเป็นเอกสาร</li> <li>ประเมินซ้ำได้อย่างมีระบบ</li> <li>ข้อมูลที่ประเมินได้นำไปใช้เป็นประโยชน์สำหรับการวางแผนการดูแลกับผู้รับบริการ</li> </ul> |

| ระบบปฏิบัติการการสนับสนุนการจัดการตนเอง (ต่อ)                                  |                            |                                                                                        |                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| องค์ประกอบ                                                                     | ระดับ 0                    | ระดับ 1                                                                                | ระดับ 2                                                                                                                                                 | ระดับ 3                                                                                                                                           | ระดับ 4                                                                                                                                                                                                                      |
| การสื่อสารโดยยึดผู้บริการเป็นศูนย์กลาง                                         | ไม่ได้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ | เข้ารับการอบรมการสื่อสารเฉพาะแต่ยังไม่สามารถนำมาใช้ในการดูแลตามปกติ                    | เข้าอบรมและมีการพัฒนาทักษะในการสื่อสารในการดูแลผู้บริการตามปกติในบางโอกาส                                                                               | - เข้าอบรมและมีการพัฒนาทักษะในการสื่อสารในการดูแลผู้บริการตามปกติ<br>- ยังขาดการประเมินผลการดูแลอย่างเป็นระบบ                                     | - เข้าอบรมและมีการพัฒนาทักษะในการสื่อสารในการดูแลผู้บริการตามปกติอย่างต่อเนื่อง<br>- มีเอกสารการประเมินความคิดเห็นของผู้บริการในการดูแลโดยยึดผู้บริการเป็นศูนย์กลางในการดูแลตามปกติ<br>สม่ำเสมอ ครอบคลุมการดูแลอย่างน้อย 80% |
| การดูแลเพื่อส่งเสริมความเชื่อมั่นในสมรรถนะตนเองเพื่อการจัดการตนเองของผู้บริการ | ไม่ได้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ | มีการกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหา/อุปสรรคการจัดการตนเองในรายที่เป็นปัญหาเป็นลายลักษณ์อักษร | มีการประเมินปัญหาในการจัดการตนเองและความเชื่อมั่นในสมรรถนะตนเองเพื่อการจัดการตนเองของผู้บริการ เพื่อนำมากำหนดแนวทางการจัดการตนเองในแต่ละรายน้อยกว่า 50% | มีการประเมินปัญหาในการจัดการตนเองและความเชื่อมั่นในสมรรถนะตนเองเพื่อการจัดการตนเองของผู้บริการ เพื่อนำมากำหนดแนวทางการดูแลในแต่ละราย น้อยกว่า 80% | มีการประเมินปัญหาในการจัดการตนเองและความเชื่อมั่นในสมรรถนะตนเองเพื่อการจัดการตนเองของผู้บริการ เพื่อนำมากำหนดแนวทางการจัดการตนเองในแต่ละรายอย่างน้อย 80%                                                                     |
| การสนับสนุนทางสังคม                                                            | ไม่ได้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ | จัดให้เป็นกรณีพิเศษแก่ผู้บริการและครอบครัวที่มีปัญหาเฉพาะราย                           | จัดโครงการให้มีกลุ่มเพื่อนและการเข้ากลุ่มรวม ทั้งจัดโปรแกรมเพื่อให้คำปรึกษา ตามโอกาสและงบประมาณ                                                         | กำหนดไว้อย่างเป็นระบบให้ปฏิบัติเป็นหน้าที่ประจำในเรื่องการจัดกลุ่มเพื่อน, การเข้ากลุ่มและการจัดโปรแกรมเพื่อให้คำปรึกษา                            | กำหนดไว้อย่างเป็นระบบและให้ปฏิบัติเป็นหน้าที่ประจำในการให้คำปรึกษา และมีการประเมินผลอย่างเป็นระบบ                                                                                                                            |
| การสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงด้วยตนเอง                               | ไม่สามารถทำได้             | สนับสนุนโดยการแจกเอกสารคำแนะนำและข้อมูลต่างๆ                                           | จัดเป็นโครงการ เช่น การเข้าค่ายการจัดนัดพบกลุ่มผู้บริการเป็นระยะ แต่ยังไม่เข้าสู่การดูแลตามปกติ                                                         | มีความพร้อมและมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผู้บริการน้อยกว่า 80% และถือเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำแต่ยังขาดระบบการติดตามในระยะยาว                   | มีความพร้อมและมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผู้บริการมากกว่า 80% และถือเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำ และมีการติดตามอย่างน้อยหลังการดูแลมากกว่า 6 เดือน                                                                            |

| ระบบปฏิบัติการการสนับสนุนการจัดการตนเอง (ต่อ)                |                       |                                                                                                          |                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| องค์ประกอบ                                                   | ระดับ 0               | ระดับ 1                                                                                                  | ระดับ 2                                                                                                                                                                       | ระดับ 3                                                                                                                                                                                                 | ระดับ 4                                                                                                                                                                                                                                |
| มีผู้ชำนาญพิเศษด้านการปรับปรุงการดูแลผู้รับบริการเบื้องต้น   | ไม่มี                 | เบื้องต้นจัดให้กับผู้รับบริการเดิมที่ส่งตัวมารับบริการ                                                   | จัดโดยให้ผู้บริหารส่งเสริมความสามารถในการกำหนดภาพรวมของระบบไปสู่แนวปฏิบัติของงานประจำ                                                                                         | มีผู้เชี่ยวชาญพิเศษในด้านการบริหารและจัดการฝึกอบรมคณะทำงาน                                                                                                                                              | มีผู้เชี่ยวชาญพิเศษในการปรับปรุงการดูแลผู้รับบริการ                                                                                                                                                                                    |
| การพัฒนาคุณภาพการดูแลการสนับสนุนการจัดการตนเอง               | ไม่มี                 | มีการจัดวางระบบข้อมูลให้ผู้ดูแลในทีมสามารถเข้าถึงแต่ยังไม่มีการควบคุมคุณภาพการดูแลในการปฏิบัติงานตามปกติ | มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยทีมผู้รับผิดชอบ แต่ยังไม่สามารถตรวจสอบคุณภาพอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง ว่าได้ตามเป้าหมายในระยะสั้นและยาวอย่างไร และเป็นการพัฒนาคุณภาพเป็นเฉพาะภาคส่วน | มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยทีมผู้รับผิดชอบ จัดทำระบบการตรวจสอบคุณภาพเพื่อประเมินแนวโน้มและความสำเร็จตามเป้าหมายในภาพรวมของการดูแล แต่ยังไม่มีการติดตามรายบุคคลว่าได้ตามเป้าหมายในระยะสั้นและยาวอย่างไร | มีการจัดทำทะเบียนผู้รับบริการที่สามารถเข้าถึงและประเมินดัชนีชี้วัดคุณภาพได้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว พร้อมมีการตรวจสอบความเที่ยงตรงของคุณภาพเป็นระยะด้วยวิธีการที่เป็นมาตรฐานละมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มที่ปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ |
| การให้ข้อมูลผู้รับบริการเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติในการดูแลตนเอง | ไม่ได้ทำแนวทางปฏิบัติ | จะทำเมื่อมีการกำหนดจากทีมบริหารหรือจัดทำผ่านระบบสารสนเทศ                                                 | จัดทำแบบเป็นกลุ่ม โดยการให้ความรู้และฝึกทักษะ ตามตารางที่ผู้ให้การดูแลกำหนด                                                                                                   | จัดทำผ่านสื่อให้ความรู้แก่ผู้รับบริการเฉพาะในการแนะนำปฏิบัติแต่ละครั้ง จัดเป็นทางเลือกให้แก่ผู้รับบริการที่มีความสนใจ                                                                                   | มีการพัฒนาสื่อพิเศษสำหรับผู้รับบริการซึ่งกำหนดบทบาทและแนวทางปฏิบัติที่ประสบความสำเร็จใช้สำหรับผู้รับบริการทุกคนรวมทั้งมีการประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ และมีการสอดแทรกเรื่องวิธีป้องกันและสนับสนุนให้ผู้รับบริการใส่ใจในการดูแลตนเอง        |
| การติดตามผลและแผนการเยี่ยมผู้รับบริการ                       | ไม่ใช่                | ไม่มีแนวทางปฏิบัติขึ้นกับผู้จัดโครงการ/ทีมผู้ดูแลเป็นผู้กำหนด                                            | กำหนดตารางกิจกรรมการสนับสนุนการจัดการตนเองตามแนวปฏิบัติ แต่ปฏิบัติเป็นบางโอกาสเฉพาะผู้รับบริการที่มีปัญหา                                                                     | มีคณะทำงานที่ปฏิบัติงานอย่างยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนรูปแบบการนัด โดยคำนึงถึงประโยชน์และบริบทของผู้รับบริการ                                                                                               | จัดตามความต้องการของผู้รับบริการด้วยวิธีการที่หลากหลาย (โทรศัพท์จดหมายการเยี่ยมบ้าน) และมีการติดตามผลในระยะยาว                                                                                                                         |

| ระบบปฏิบัติการการสนับสนุนการจัดการตนเอง (ต่อ) |                               |                                                                                                                                              |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| องค์ประกอบ                                    | ระดับ 0                       | ระดับ 1                                                                                                                                      | ระดับ 2                                                                                                                                           | ระดับ 3                                                                                                                                                       | ระดับ 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| ความต่อเนื่อง                                 | ไม่มีการจัดลำดับงาน           | ขึ้นอยู่กับการจัดลำดับงานของแต่ละบุคคลในกลุ่มทีมผู้ดูแลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง                                                              | มีการวางระบบการประสานงานระหว่างทีมผู้ดูแลและหน่วยงานที่ดูแลแต่ยังไม่มีข้อกำหนดชัดเจนในการปฏิบัติ                                                  | มีการจัดลำดับการทำงานระหว่างผู้ให้การดูแลเบื้องต้นกับแพทย์เฉพาะทางและบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องแต่ยังไม่เข้าสู่การดำเนินการที่เป็นระบบที่สมบูรณ์                  | มีการจัดลำดับงานอย่างดี และมีการร่วมมือระหว่างผู้ดูแลเบื้องต้น แพทย์เฉพาะทางและกลุ่มบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ                                                                                                                                                 |
| ข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับผู้รับบริการ           | ไม่ได้จัดทำ                   | มีรายละเอียดข้อมูลเกี่ยวกับชื่อ การวินิจฉัยโรค ข้อมูลการติดต่อที่มีการระบุเวลาติดต่อครั้งสุดท้ายทั้งที่เป็นเอกสารและจัดเก็บในระบบคอมพิวเตอร์ | มีการใช้แบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองแต่ยังไม่มีการประเมินบริบทเพื่อนำมาเป็นแนวทางการจัดกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพผู้รับบริการในการจัดการตนเอง | มีการประเมินอย่างเป็นระบบและมีการทำแนวปฏิบัติมาตรฐานสำหรับกลุ่มผู้รับบริการโรคเบาหวานและความดันโลหิต                                                          | จัดทำข้อมูลผู้รับบริการเฉพาะการจัดการตนเองสำหรับคณะทำงานเกี่ยวกับแนวปฏิบัติในการพบผู้รับบริการเป็นรายบุคคล ที่พยานเป็นการดูแลตามปกติ และมีการส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง                                                                                                                     |
| ความยั่งยืน                                   | ยังไม่มีการประเมินผลในระยะยาว | มีนโยบายเริ่มต้นดำเนินการในเรื่องการสนับสนุนการจัดการตนเอง ยังไม่ติดตามผลระยะยาว                                                             | มีแผนดำเนินงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้องที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพสม่ำเสมอ<br>การจัดกิจกรรมเป็นไปตามนโยบายเป็นครั้งๆไป ติดตามน้อยกว่า 6 เดือน          | การบริการสนับสนุนการจัดการตนเองเป็นการดูแลตามปกติและงาน: ผู้รับบริการสามารถจัดการตนเองได้ไม่น้อยกว่า 80% แต่เป็นผลการดำเนินงานระยะสั้น 3-6 เดือนอย่างเป็นระบบ | การสนับสนุนการจัดการตนเองเป็นงานประจำที่ปฏิบัติและมีการประเมินผู้รับบริการเป็นระยะ<br>ผลการประเมินเกิดประสิทธิภาพของตัวชี้วัดมากกว่า 80% ตามการประเมิน ความรู้ พฤติกรรม และสุขภาพ และองค์กรยังมีกิจกรรมอย่างต่อเนื่องมากกว่า 80%<br>ผู้รับบริการมากกว่า 80% สามารถเข้าถึงแหล่งการพัฒนาการจัดการตนเองได้ |

| ในภาพรวม ผลการปฏิบัติงานสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับพฤติกรรมเหล่านี้ อยู่ในระดับใด |                                          |                                                                        |                                                             |                                                          |                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
|                                                                                    | ยังไม่ทำ/ยังไม่ประเมินผล<br>การดำเนินการ | ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เทียบ<br>ก่อนและหลัง<br>โครงการ น้อยกว่า 3 เดือน | ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้<br>น้อยกว่า 50%<br>ติดตาม 3- 6 เดือน | ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้<br>~50 - 70%<br>ติดตาม 3- 6 เดือน | ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้<br>มากกว่า 70%<br>นานกว่า 6 เดือน |
| บุหรื                                                                              | ระดับ 0                                  | ระดับ 1                                                                | ระดับ 2                                                     | ระดับ 3                                                  | ระดับ 4                                                  |
| การเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกาย                                                    | ระดับ 0                                  | ระดับ 1                                                                | ระดับ 2                                                     | ระดับ 3                                                  | ระดับ 4                                                  |
| การบริโภคอาหาร                                                                     | ระดับ 0                                  | ระดับ 1                                                                | ระดับ 2                                                     | ระดับ 3                                                  | ระดับ 4                                                  |
| การปฏิบัติตามแผนการรักษา                                                           | ระดับ 0                                  | ระดับ 1                                                                | ระดับ 2                                                     | ระดับ 3                                                  | ระดับ 4                                                  |
| การจัดการความเครียด                                                                | ระดับ 0                                  | ระดับ 1                                                                | ระดับ 2                                                     | ระดับ 3                                                  | ระดับ 4                                                  |

# แผ่นให้คะแนน

ในแต่ละระดับคะแนน เป็นสเกลของ Likert ที่ค่อนข้างเป็นความคิดส่วนตัว คุณ สามารถปรับคะแนนของคุณเพิ่มหรือลด ขึ้นอยู่กับว่าตรงกับเกณฑ์ของคุณเท่าไร และ สอดคล้องกับคุณเท่าไร หลังจากสมาชิกของทีมทำสำรวจของแต่ละคนเรียบร้อยแล้ว ให้ สมาชิกหนึ่งคนเก็บรวบรวมคะแนนจาก ทุกคำตอบ และรวมคะแนนเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น (อาจจะเขียนคะแนนของแต่ละคำถามบนกระดานหรือ flip chart) ประชุมและแบ่งปันความคิดเห็น ความเข้าใจ และเหตุผลที่ให้คะแนน โดยไม่ควรให้ความสนใจว่าใครถูกใคร ผิด แต่ให้ สนใจว่าทำไมจึงมีการให้คะแนนแตกต่างกัน และถ้ามีเวลาอาจจะแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เกี่ยวกับกิจกรรม และตอบคำถาม 5 ข้อ ในกระดาษเปล่าที่แจกให้ ตามที่ทีมเห็นว่าสามารถ นำไปวางแผนสู่ระดับที่สูงกว่าได้

## การสนับสนุนขององค์กร

คะแนนรวม \_\_\_\_\_ คะแนน คะแนนเฉลี่ย \_\_\_\_\_ คะแนน

## การสนับสนุนการดูแลผู้รับบริการรายบุคคล

คะแนนรวม \_\_\_\_\_ คะแนน คะแนนเฉลี่ย \_\_\_\_\_ คะแนน

การให้ระดับ มี 5 ระดับ ดังนี้

- ระดับการพัฒนาน้อยมาก คะแนนเฉลี่ย 0-0.49
- ระดับการพัฒนายังเป็นเฉพาะส่วน คะแนนเฉลี่ย 0.5 – 1.49
- ระดับการพัฒนาเริ่มเชื่อมโยงเข้าสู่การดูแลตามปกติ คะแนนเฉลี่ย 1.5 – 2.49
- ระดับการพัฒนาเชื่อมโยงเข้าสู่การดูแลตามปกติบางส่วน คะแนนเฉลี่ย 2.5 – 3.49
- ระดับระบบที่สมบูรณ์แข็งแกร่งพสานการดูแลและติดตามอย่างเป็นระบบ  
คะแนนเฉลี่ย 3.5 – 4.0

## คำถามในการประชุมกลุ่ม

- 1) ท่านคิดว่าองค์กรของท่านควรดำเนินการพัฒนาอย่างไร เพื่อสนับสนุนให้ผู้รับบริการ สามารถจัดการตนเองได้
- 2) ขั้นตอนที่จะนำพาคุณไปสู่เป้าหมาย ประกอบด้วยอะไรบ้าง
- 3) อะไรที่จะช่วยให้คุณสามารถบรรลุเป้าหมายในข้อ 1 ได้
- 4) อะไรที่จะเป็นอุปสรรคทำให้คุณไม่สามารถบรรลุเป้าหมายในข้อ 1 ได้
- 5) อะไรคือผลลัพธ์ที่คุณต้องการเห็นจากการเปลี่ยนแปลงครั้งนี้





## เอกสารอ้างอิง

---

1. Bonomi, A. E., E. H. Wagner, et al. (2002). "Assessment of chronic illness care (ACIC): a practical tool to measure quality improvement." *Health Serv Res* **37**(3): 791-820.
2. Brownson CA, Miller D, Crespo R, Neuner S, Thompson JC, Wall JC, Emont S, Fazzone P, Fisher EB, Glasgow RE. Development and Use of a Quality Improvement Tool to Assess Self-Management Support in Primary Care. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2007;33(7):408-16.
3. Shetty G, Brownson CA. Characteristics of Organizational Resources and Supports for Self Management in Primary Care. *The Diabetes Educator*. 2007;33(Suppl 6):185S-192
4. Glasgow RE, Strycker LA, Toobert DJ, Eakin E. A social-ecologic approach to assessing support for disease self-management: The chronic illness resources survey. *Journal of Behavioral Medicine* 2000;23(6):559-83.
5. Glasgow RE, Toobert DJ, Barrera M, Jr., Strycker LA. Assessment of problem-solving: a key to successful diabetes self-management. *Journal Of Behavioral Medicine* 2004;27(5):477-90.
6. Warsi A, Wang PS, LaValley MP, Avorn J, Solomon DH. Self-management education programs in chronic disease - A systematic review and methodological critique of the literature. *Archives of Internal Medicine* 2004 Aug 9;164(15):1641-9.
7. Norris SL, Engelgau MM, Narayan KMV. Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes: A systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Care*. 2001;24:561-87.
8. Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals Of Behavioral Medicine: A Publication Of The Society Of Behavioral Medicine* 2003;26(1):1-7.
9. Lenz M, Steckelberg A, Richter B, Mørchhauser I. Meta-analysis does not allow appraisal of complex interventions in diabetes and hypertension self-management: a methodological review. *Diabetologia* 2007;50(7):1375-83.
10. Leeman J. Interventions to Improve Diabetes Self-management: Utility and Relevance for Practice. *The Diabetes Educator* 2006;32: 571.

# ภาคผนวกที่ 4

เครื่องมือประเมินการผลลัพธ์การบริการของแต่ละ  
สถานบริการ  
ในการป้องกันและจัดการ โรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง  
จังหวัดสกลนคร

ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวรรณิ นิธิยานันท์

## การประเมินผลลัพท์การบริการที่สถานบริการรับผิชอบ

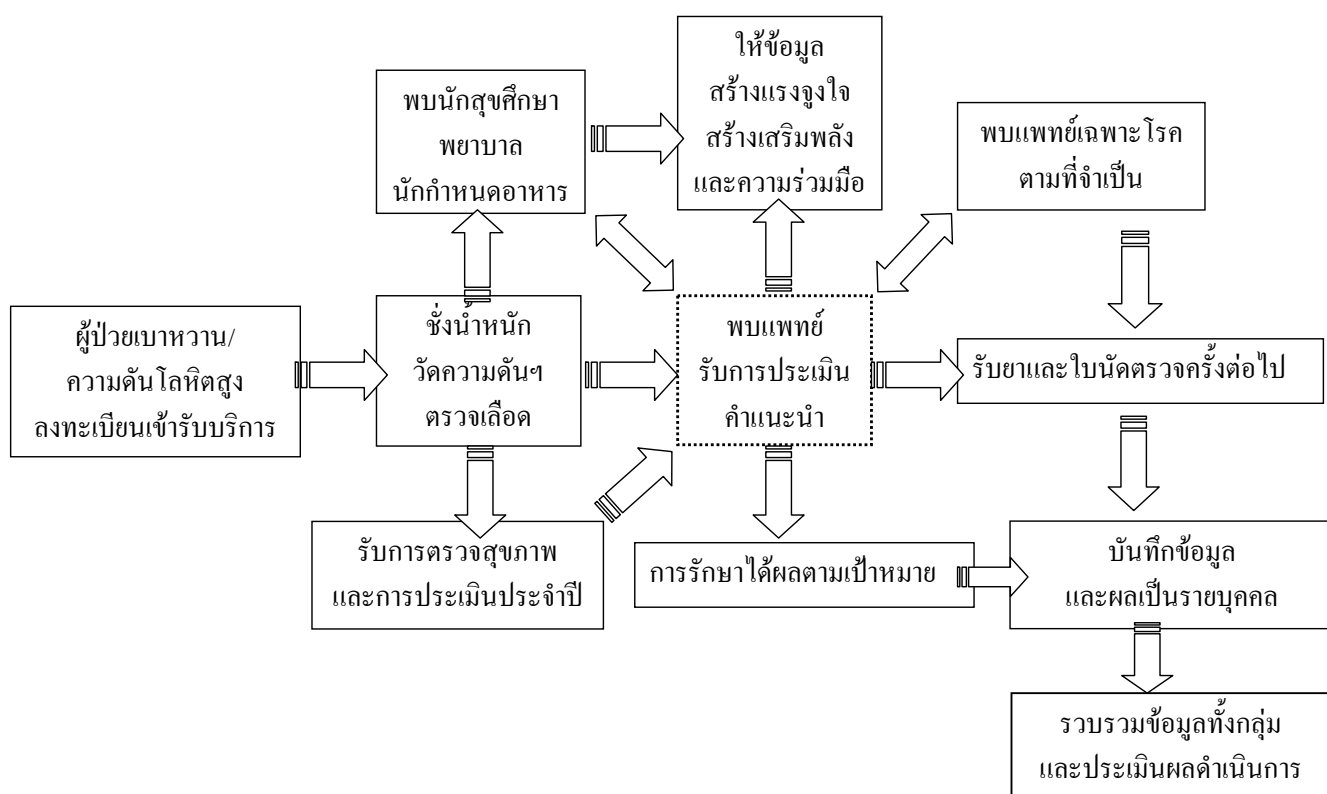
### เป้าหมาย

ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย กระบวนการครบถ้วน สอดรับกับความต้องการและปัญหาสุขภาพ ภายในเวลาที่เหมาะสม มีการประสานงานที่ดี และมีประสิทธิผลดี

### บทนำ

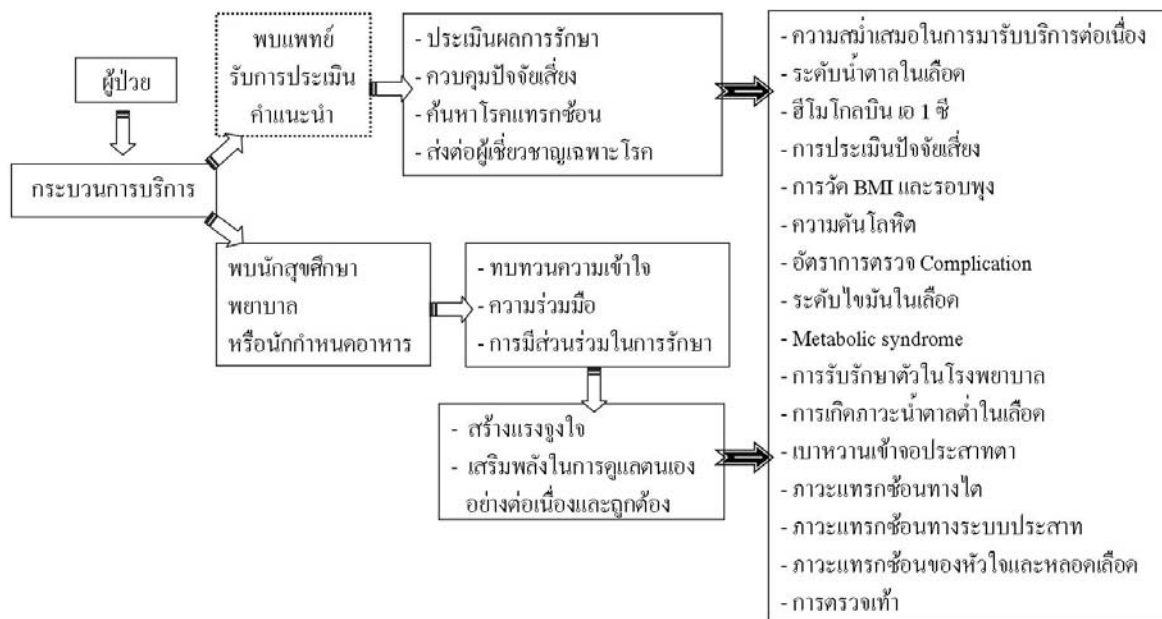
ผู้ป่วยเบาหวาน / ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ต้องรับการตรวจเป็นระยะ เพื่อประเมินผลการรักษา และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง มีการตรวจค้นหาโรคแทรกซ้อนในระยะเริ่มแรก เพื่อให้การรักษาอย่างเหมาะสม สามารถยับยั้งการดำเนินของโรคหรือทำให้โรคแทรกซ้อนดีขึ้น มีการส่งต่อผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคเพื่อร่วมรักษาอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยเบาหวาน / ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ต้องพบนักสุขศึกษา หรือพยาบาล และ/หรือนักกำหนดอาหาร เพื่อทบทวนความเข้าใจถึงความร่วมมือและการมีส่วนร่วมในการรักษา สร้างแรงจูงใจและเสริมพลังในการดูแลตนเองอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

**รูปที่ 4.1** ภาพรวมการบริการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่สถานบริการรับผิชอบ



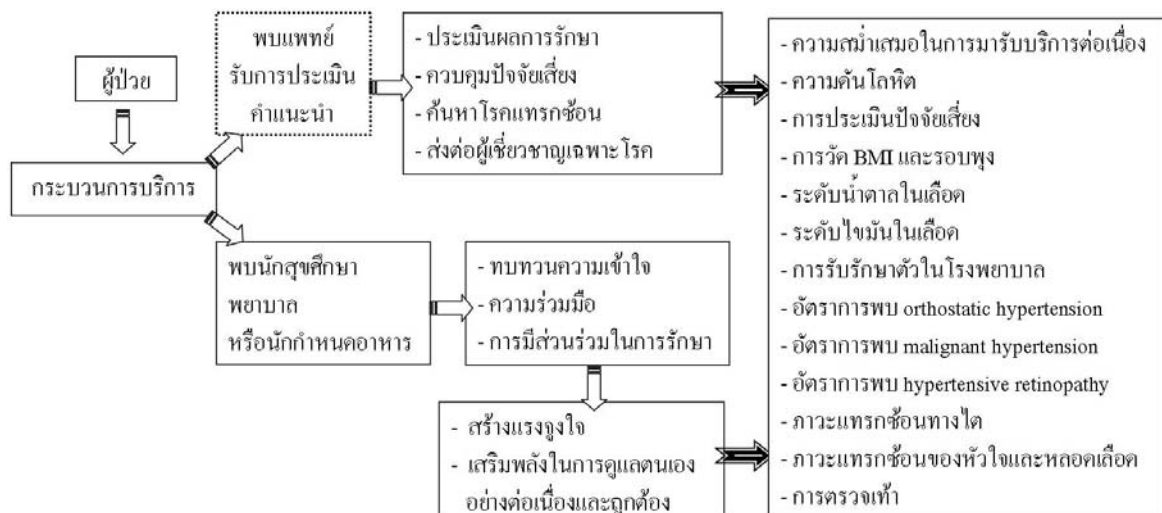
รูปที่ 4.2 ภาพรวมการประเมินผลลัพธ์การบริการโรคเบาหวานของกลุ่มประชากร

ที่สถานบริการรับผิดชอบ



รูปที่ 4.3 ภาพรวมการประเมินผลลัพธ์การบริการโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มประชากร

ที่สถานบริการรับผิดชอบ



## คำแนะนำ

1. ทำความเข้าใจการคำนวณตัวชี้วัดต่างๆ ให้กระจ่างชัด
2. ตัวชี้วัดมี 4 ระดับ คือ
  - ก. ตัวชี้วัดการพัฒนาระบบพื้นฐาน (ขั้นต้น)
  - ข. ตัวชี้วัดที่ 2 ของการพัฒนาระบบการดำเนินงานตัวชี้วัด ก. แล้ว
  - ค. ตัวชี้วัดที่ 3 ของการพัฒนาระบบการดำเนินงานตัวชี้วัด ก. และข. แล้ว
  - ง. ตัวชี้วัดที่ 4 ของการพัฒนาระบบการดำเนินงานตัวชี้วัด ก. ข. และค. แล้ว
3. กรอกข้อมูลตัวชี้วัดลงในตารางตามความเป็นจริงและมีความถูกต้องให้มากที่สุด โดยอย่างน้อยต้องมีข้อมูลตัวชี้วัดการพัฒนาระบบการดำเนินงานขั้นต้น ตัวชี้วัดการพัฒนาระบบสามารถเพิ่มมากกว่า 1 ตัวชี้วัดได้ ไม่จำเป็นต้องเรียงตามลำดับ
4. หากการคำนวณตัวชี้วัดใดไม่เป็นไปตามสูตรคำนวณที่กำหนด ต้องระบุวิธีการการคำนวณนั้นด้วย

## หมายเหตุ:

\* หมายถึง ผลลัพธ์การบริการเชิงระบบ

\*\* หมายถึง ผลลัพธ์การบริการเชิงคุณภาพ

<sup>ก</sup> หมายถึง ตัวชี้วัดการพัฒนาระบบขั้นต้น

<sup>ข</sup> หมายถึง ตัวชี้วัดที่ 2 ของการพัฒนาระบบการดำเนินงาน <sup>ก</sup> แล้ว

<sup>ค</sup> หมายถึง ตัวชี้วัดที่ 3 ของการพัฒนาระบบการดำเนินงาน <sup>ก</sup> และ <sup>ข</sup> แล้ว

<sup>ง</sup> หมายถึง ตัวชี้วัดที่ 4 ของการพัฒนาระบบการดำเนินงาน <sup>ก, ข และ ค</sup> แล้ว

ชื่อสถานบริการ..... จังหวัด.....

ระดับสถานบริการ ☐ PCU ☐ รพ.ชุมชน ☐ รพ.จังหวัด ☐ รพ.ศูนย์

จำนวนผู้ป่วยลงทะเบียนสถานในบริการ..... คน วัน/เดือน/ปีที่บันทึก.....

## 1. การประเมินผลลัพธ์การบริการโรคเบาหวานของกลุ่มประชากรที่สถานบริการรับผิดชอบ

### 1.1 ความสม่ำเสมอในการมารับบริการต่อเนื่อง และอัตราการให้สุศึกษา

| ตัววัดคุณภาพ                           | อัตราที่ทำ / ที่พบ | เป้าหมาย    | หมายเหตุ                         |
|----------------------------------------|--------------------|-------------|----------------------------------|
|                                        | ปีงบประมาณ 2552    |             |                                  |
| ความสม่ำเสมอในการมารับบริการต่อเนื่อง* |                    | > ร้อยละ 70 | ร้อยละของผู้ที่มาตรวจตามนัด >80% |
| อัตราการให้สุศึกษา*                    |                    | > ร้อยละ 90 |                                  |

- การมารับบริการต่อเนื่องหมายถึงมาตรวจตามนัด  $\geq 80\%$   
เช่น 1 ปี นัด 6 ครั้ง มาตรวจ 5 ครั้ง = มาตรวจต่อเนื่อง  $(5 \times 100) / 6 = 83.3\%$   
ถ้ามาตรวจ 4 ครั้ง = มาตรวจไม่ต่อเนื่อง  $(4 \times 100) / 6 = 66.7\%$
- ความสม่ำเสมอในการมารับบริการต่อเนื่อง = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการต่อเนื่องสถานพยาบาลในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ)  $\times 100$
- อัตราการให้สุศึกษา = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการให้สุศึกษาในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ)  $\times 100$

### 1.2 การควบคุมเบาหวาน (FBS และ HbA1c)

| ตัววัดคุณภาพ                                                    | อัตราที่ทำ / ที่พบ | เป้าหมาย     | หมายเหตุ                          |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------|--------------|-----------------------------------|
|                                                                 | ปีงบประมาณ 2552    |              |                                   |
| การควบคุมเบาหวาน                                                |                    |              |                                   |
| อัตราการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด*                                 |                    | ร้อยละ 100   | การบริการพื้นฐาน                  |
| - ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ทั้งกลุ่ม** <sup>†</sup> |                    | <150 มก./ดล. | Mean $\pm$ SD                     |
| - ระดับน้ำตาล ในเลือด <110 มก./ดล.** <sup>†</sup>               |                    | > ร้อยละ 15  | ใช้ค่าล่าสุดที่บันทึกในแบบประวัติ |
| - ระดับน้ำตาล ในเลือด 110-129 มก./ดล. <sup>†</sup>              |                    | > ร้อยละ 25  |                                   |
| - ระดับน้ำตาล ในเลือด $\geq 130$ มก./ดล.                        |                    |              |                                   |

- อัตราการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ)  $\times 100$

- ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ทั้งหมด = (ผลรวมค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ของผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบ ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่นำ ค่า FBS มาคำนวณ)
- ระดับน้ำตาล ในเลือด <110 มก./ดล. = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่มีระดับน้ำตาลในเลือด < 110 มก./ดล. ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่มีค่า FBS) × 100
- ระดับน้ำตาล ในเลือด 110-129 มก./ดล. = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่มีระดับน้ำตาลในเลือด 110-129 มก./ดล. ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่มีค่า FBS) × 100
- ระดับน้ำตาล ในเลือด ≥130 มก./ดล. = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่มีระดับน้ำตาลในเลือด ≥130 มก./ดล. ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่มีค่า FBS) × 100

| ตัววัดคุณภาพ                                                | อัตราที่ทำ / ที่พบ | เป้าหมาย    | หมายเหตุ                          |
|-------------------------------------------------------------|--------------------|-------------|-----------------------------------|
|                                                             | ปีงบประมาณ 2552    |             |                                   |
| อัตราการตรวจฮีโมโกลบินเอ 1 ซี (HbA1c)* <sup>ก</sup>         |                    | > ร้อยละ 95 | อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี              |
| - ค่าเฉลี่ยของ ฮีโมโกลบิน เอ 1 ซี ทั้งกลุ่ม** <sup>ก</sup>  |                    | <8.0%       | ใช้ค่าล่าสุดที่บันทึกในแบบประวัติ |
| - การควบคุมระดับ ฮีโมโกลบิน เอ 1 ซี <6.5%** <sup>ก</sup>    |                    | > ร้อยละ 10 | ใช้ค่าล่าสุดที่บันทึกในแบบประวัติ |
| - การควบคุมระดับ ฮีโมโกลบิน เอ 1 ซี 6.5-6.9%** <sup>ก</sup> |                    | > ร้อยละ 25 |                                   |
| - การควบคุมระดับ ฮีโมโกลบิน เอ 1 ซี 7.0-7.9%                |                    |             |                                   |
| - การควบคุมระดับ ฮีโมโกลบิน เอ 1 ซี ≥8.0%                   |                    |             |                                   |

- อัตราการวัดระดับฮีโมโกลบิน เอ 1 ซี = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจระดับฮีโมโกลบิน เอ 1 ซี ในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ) × 100
- ค่าเฉลี่ยของฮีโมโกลบิน เอ 1 ซี ทั้งกลุ่ม = (ผลรวมค่าฮีโมโกลบิน เอ 1 ซี ของผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบ ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่นำ ค่าฮีโมโกลบิน เอ 1 ซี มาคำนวณ)
- การควบคุมระดับฮีโมโกลบิน เอ 1 ซี <6.5% = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่มีระดับฮีโมโกลบิน เอ 1 ซี <6.5% ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่มีค่าฮีโมโกลบิน เอ 1 ซี) × 100
- การควบคุมระดับฮีโมโกลบิน เอ 1 ซี 6.5-6.9% = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่มีระดับฮีโมโกลบิน เอ 1 ซี 6.5-6.9% ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่มีค่าฮีโมโกลบิน เอ 1 ซี) × 100
- การควบคุมระดับฮีโมโกลบิน เอ 1 ซี 7.0-7.9% = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่มีระดับฮีโมโกลบิน เอ 1 ซี 7.0-7.9% ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่มีค่าฮีโมโกลบิน เอ 1 ซี) × 100
- การควบคุมระดับฮีโมโกลบิน เอ 1 ซี ≥8.0% = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่มีระดับฮีโมโกลบิน เอ 1 ซี ≥8.0% ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่มีค่าฮีโมโกลบิน เอ 1 ซี) × 100

### 1.3 การประเมินปัจจัยเสี่ยง

| ตัววัดคุณภาพ                                  | อัตราที่ทำ / ที่พบ | เป้าหมาย    | หมายเหตุ                                  |
|-----------------------------------------------|--------------------|-------------|-------------------------------------------|
|                                               | ปีงบประมาณ 2552    |             |                                           |
| <b>การประเมินปัจจัยเสี่ยง</b>                 |                    |             |                                           |
| - การประเมินปัจจัยเสี่ยงครบ 4 รายการ*         |                    | >ร้อยละ 60  | สูบบุหรี่, BMI/รอบพุง ความดันโลหิต, ไขมัน |
| <b>สอบถามประวัติการสูบบุหรี่</b>              |                    |             |                                           |
| อัตราสอบถามการสูบบุหรี่                       |                    | >ร้อยละ 95  |                                           |
| - อัตราการสูบบุหรี่ที่พบในกลุ่ม* <sup>ก</sup> |                    | < ร้อยละ 10 | สูบต่อเนื่องนานเกิน 1 เดือน               |
| - อัตราผู้ที่หยุดสูบบุหรี่ที่พบในกลุ่ม        |                    | < ร้อยละ 15 | หยุดสูบนานมากกว่า 3 เดือน                 |

- อัตราการประเมินปัจจัยเสี่ยงครบ 4 รายการ (นับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ร้อยละ 100 ที่ดำเนินการในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา) = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการประเมินปัจจัยเสี่ยงครบ 4 รายการในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ) × 100
- อัตราสอบถามการสูบบุหรี่ = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการสอบถามประวัติการสูบบุหรี่ ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ) × 100
- อัตราการสูบบุหรี่ = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สูบบุหรี่ ณ ปัจจุบัน ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่สอบถามประวัติการสูบบุหรี่) × 100
- อัตราผู้ที่หยุดสูบบุหรี่ = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่หยุดสูบบุหรี่นานกว่า 3 เดือน ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่สอบถามประวัติการสูบบุหรี่) × 100



#### 1.4 การวัด BMI และรอบพุง

| ตัววัดคุณภาพ                                        | อัตราที่ทำ / ที่พบ | เป้าหมาย                  | หมายเหตุ                          |
|-----------------------------------------------------|--------------------|---------------------------|-----------------------------------|
|                                                     | ปีงบประมาณ 2552    |                           |                                   |
| การวัด BMI และรอบพุง                                |                    |                           |                                   |
| อัตราที่มีข้อมูล BMI*                               |                    | > ร้อยละ 90               | การบริการพื้นฐาน                  |
| - ค่าเฉลี่ย BMI (kg/m <sup>2</sup> )** <sup>ก</sup> |                    | <25.0 กก./ม. <sup>2</sup> | Mean ± SD                         |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI ≥ 25** <sup>ก</sup>           |                    | < ร้อยละ 20               | ใช้ค่าล่าสุดที่บันทึกในแบบประวัติ |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI 23-24.9** <sup>ก</sup>        |                    | < ร้อยละ 30               |                                   |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI 18.5-22.9                     |                    | > ร้อยละ 40               |                                   |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI <18.5                         |                    |                           |                                   |
| รอบพุงผู้ชาย                                        |                    |                           |                                   |
| อัตราการวัดรอบพุงผู้ชาย*                            |                    | > ร้อยละ 90               |                                   |
| - ค่าเฉลี่ยรอบพุงผู้ชาย**                           |                    | <90 ซม.                   | Mean ± SD                         |
| - อัตราผู้ชายมีรอบพุง ≥90 ซม.**                     |                    | < ร้อยละ 20               | ใช้ค่าล่าสุดที่บันทึกในแบบประวัติ |
| รอบพุงผู้หญิง                                       |                    |                           |                                   |
| อัตราการวัดรอบพุงผู้หญิง*                           |                    | > ร้อยละ 90               |                                   |
| - ค่าเฉลี่ยรอบพุงผู้หญิง**                          |                    | <80 ซม.                   | Mean ± SD                         |
| - อัตราผู้หญิงมีรอบพุง ≥80 ซม.**                    |                    | < ร้อยละ 35               | ใช้ค่าล่าสุดที่บันทึกในแบบประวัติ |

- $\text{BMI} (\text{kg}/\text{m}^2) = \text{น้ำหนักเป็นกิโลกรัม} \div \text{ส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง}$  (ส่วนสูงใช้ทศนิยม 2 ตำแหน่ง)
- อัตราที่มีข้อมูล BMI =  $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่มีข้อมูล BMI}}{\text{จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ}} \times 100$
- ค่าเฉลี่ย BMI ทั้งกลุ่ม =  $\frac{\text{ผลรวมค่า BMI ของผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบ}}{\text{จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่นำค่า BMI มาคำนวณ}}$
- ร้อยละของผู้ที่ BMI  $\geq 25$  =  $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่มี BMI } \geq 25}{\text{จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่มีค่า BMI}} \times 100$
- ร้อยละของผู้ที่ BMI 23-24.9 =  $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่มี BMI 23-24.9}}{\text{จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่มีค่า BMI}} \times 100$
- ร้อยละของผู้ที่ BMI 18.5-22.9 =  $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่มี BMI 18.5-22.9}}{\text{จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่มีค่า BMI}} \times 100$
- ร้อยละของผู้ที่ BMI <18.5 =  $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่มี BMI <18.5}}{\text{จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่มีค่า BMI}} \times 100$
- อัตราการวัดรอบพุงผู้ชาย =  $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยเบาหวานผู้ชายที่สถานบริการรับผิดชอบที่มีข้อมูลรอบพุง}}{\text{จำนวนผู้ป่วยเบาหวานผู้ชายทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ}} \times 100$

- ค่าเฉลี่ยรอบพุงผู้ชายทั้งกลุ่ม = (ผลรวมค่า รอบพุงของผู้ป่วยเบาหวานผู้ชายที่สถานบริการรับผิดชอบ ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานผู้ชายที่นำค่า รอบพุงมาคำนวณ)
- อัตราผู้ชายมีรอบพุง  $\geq 90$  ซม. = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานชายที่สถานบริการรับผิดชอบที่มีรอบพุง  $\geq 90$  ซม. ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานผู้ชายทั้งหมดที่วัดรอบพุง)  $\times 100$
- อัตราการวัดรอบพุงผู้หญิง = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานผู้หญิงที่สถานบริการรับผิดชอบที่มีข้อมูลรอบพุง ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานผู้หญิงทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ)  $\times 100$
- ค่าเฉลี่ยรอบพุงผู้หญิงทั้งกลุ่ม = (ผลรวมค่า รอบพุงของผู้ป่วยเบาหวานผู้หญิงที่สถานบริการรับผิดชอบ ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานผู้หญิงที่นำค่า รอบพุงมาคำนวณ)
- อัตราผู้หญิงมีรอบพุง  $\geq 80$  ซม. = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานหญิงที่สถานบริการรับผิดชอบที่มีรอบพุง  $\geq 80$  ซม. ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานผู้หญิงทั้งหมดที่วัดรอบพุง)  $\times 100$

## 1.5 ความดันโลหิต

| ตัววัดคุณภาพ                                                           | อัตราที่ทำ / ที่พบ | เป้าหมาย    | หมายเหตุ                          |
|------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------|-----------------------------------|
|                                                                        | ปีงบประมาณ 2552    |             |                                   |
| <b>ความดันโลหิต</b>                                                    |                    |             |                                   |
| อัตราการวัดความดันโลหิต*                                               |                    | >ร้อยละ 95  |                                   |
| - อัตราการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย** (BP <130/80 มม.ปรอท) |                    | >ร้อยละ 50  | ใช้ค่าล่าสุดที่บันทึกในแบบประวัติ |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก <130 มม.ปรอท              |                    | > ร้อยละ 40 |                                   |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก 130-139 มม.ปรอท           |                    | > ร้อยละ 30 |                                   |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก $\geq 140$ มม.ปรอท        |                    |             |                                   |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก <80 มม.ปรอท             |                    | > ร้อยละ 40 | ใช้ค่าล่าสุดที่บันทึกในแบบประวัติ |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก 80-89 มม.ปรอท           |                    | > ร้อยละ 30 |                                   |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก $\geq 90$ มม.ปรอท       |                    |             |                                   |

- ความดันโลหิตวัดในท่านั่ง ให้นั่งพักอย่างน้อย 5 นาทีก่อนวัดความดันโลหิต
- อัตราการวัดความดันโลหิต = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่ได้รับการวัดความดันโลหิตในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ)  $\times 100$
- อัตราการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่ BP <130/80 มม.ปรอท ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่วัดความดันโลหิต)  $\times 100$

- ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก <130 มม.ปรอท = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการ  
รับผิดชอบที่ BP ซิสโตลิก <130 มม.ปรอท ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่วัดความดันโลหิต) × 100
- ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก 130-139 มม.ปรอท = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการ  
รับผิดชอบที่ BP ซิสโตลิก 130-139 มม.ปรอท ÷ ผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่วัดความดันโลหิต) × 100
- ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ≥140 มม.ปรอท = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการ  
รับผิดชอบที่ BP ซิสโตลิก ≥140 มม.ปรอท ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่วัดความดันโลหิต) × 100
- ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก <80 มม.ปรอท = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการ  
รับผิดชอบที่ BP ไดแอสโตลิก <80 มม.ปรอท ÷ ผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่วัดความดันโลหิต) × 100
- ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก 80-89 มม.ปรอท = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการ  
รับผิดชอบที่ BP ไดแอสโตลิก 80-89 มม.ปรอท ÷ ผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่วัดความดันโลหิต) × 100
- ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ≥90 มม.ปรอท = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการ  
รับผิดชอบที่ BP ไดแอสโตลิก ≥90 มม.ปรอท ÷ ผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่วัดความดันโลหิต) × 100

## 1.6 ระดับไขมันในเลือด

| ตัววัดคุณภาพ                                                                    | อัตราที่ทำ / ที่พบ | เป้าหมาย   | หมายเหตุ                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                 | ปีงบประมาณ 2552    |            |                                                                                                                   |
| <b>ระดับไขมันในเลือด</b>                                                        |                    |            |                                                                                                                   |
| อัตราการวัดระดับไขมันในเลือด* <sup>1</sup>                                      |                    | >ร้อยละ 60 | ได้รับการตรวจ cholesterol, triglyceride, HDL-C ทุกตัว และ LDL-C (โดยการคำนวณหรือวัดโดยตรง) อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี |
| - อัตราการควบคุมระดับ LDL-C ได้ตามเป้าหมาย (ตามกลุ่มความเสี่ยง)** <sup>1</sup>  |                    | >ร้อยละ 50 | ใช้ค่าล่าสุดที่บันทึกในแบบประวัติ                                                                                 |
| - อัตราการควบคุมระดับ nonHDL-C ได้ เป้าหมาย (ตามกลุ่มความเสี่ยง)** <sup>1</sup> |                    | >ร้อยละ 50 |                                                                                                                   |
| - อัตราผู้ชายที่มีระดับ HDL-C ≥40 มก./ดล.** <sup>1</sup>                        |                    | >ร้อยละ 60 |                                                                                                                   |
| - อัตราผู้หญิงที่มีระดับ HDL-C ≥50 มก./ดล.** <sup>1</sup>                       |                    | >ร้อยละ 60 |                                                                                                                   |
| - อัตราการควบคุมระดับ TG ได้ตามเป้าหมาย (ต่ำกว่า 200 มก./ดล.)** <sup>1</sup>    |                    | >ร้อยละ 60 |                                                                                                                   |

- อัตราการวัดระดับไขมันในเลือด = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่ได้รับการวัดระดับไขมันในเลือดในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ) × 100
- ความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดและเป้าหมายการควบคุม

| ระดับความเสี่ยง                                                                                                                                               | เป้าหมาย LDL-C      | เป้าหมาย non HDL-C  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------|
| เสี่ยงสูงมาก (มีโรคหัวใจขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย)                                                                                                       | ต่ำกว่า 70 มก./ดล.  | ต่ำกว่า 100 มก./ดล. |
| เสี่ยงมาก – ปานกลาง (มีโรคหรือปัจจัยเสี่ยงหนึ่งอย่างขึ้นไป: stroke, abdominal aortic aneurysm, metabolic syndrome, PAD, HT, low HDL-C, ประวัติครอบครัว, อายุ) | ต่ำกว่า 100 มก./ดล. | ต่ำกว่า 130 มก./ดล. |
| เสี่ยงน้อย (ไม่มีปัจจัยเสี่ยง)                                                                                                                                | ต่ำกว่า 130 มก./ดล. | ต่ำกว่า 160 มก./ดล. |

- อัตราผู้ชายที่มีระดับ HDL-C ≥ 40 มก./ดล. = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานผู้ชายที่สถานบริการรับผิดชอบที่มีระดับ HDL-C ≥ 40 มก./ดล. ในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานผู้ชายทั้งหมดที่มีผลการตรวจระดับ HDL-C) × 100
- อัตราผู้หญิงที่มีระดับ HDL-C ≥ 50 มก./ดล. = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานผู้หญิงที่สถานบริการรับผิดชอบที่มีระดับ HDL-C ≥ 50 มก./ดล. ในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานผู้หญิงทั้งหมดที่มีผลการตรวจระดับ HDL-C) × 100
- อัตราการควบคุมระดับ TG ได้ตามเป้าหมาย = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่ระดับ TG ต่ำกว่า 200 มก./ดล. ในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่มีผลการตรวจระดับ TG) × 100
- การคำนวณ LDL-C ใช้ได้เมื่อ triglyceride < 400 มก./ดล.  
คำนวณโดย LDL-C = total cholesterol – (HDL- cholesterol + triglyceride)

5

- เป้าหมาย non HDL-C ใช้เมื่อระดับ triglyceride ≥ 200 มก./ดล.  
คำนวณโดย ลบ HDL- cholesterol ออกจาก total cholesterol

## 1.7 metabolic syndrome

| ตัววัดคุณภาพ                    | อัตราที่ทำ / ที่พบ | เป้าหมาย   | หมายเหตุ                          |
|---------------------------------|--------------------|------------|-----------------------------------|
|                                 | ปีงบประมาณ 2552    |            |                                   |
| <b>metabolic syndrome</b>       |                    |            |                                   |
| อัตราที่พบ metabolic syndrome** |                    | <ร้อยละ 40 | ใช้ค่าล่าสุดที่บันทึกในแบบประวัติ |

- Metabolic syndrome หมายถึงผู้ที่มีปัจจัย 3 ใน 5 ปัจจัยต่อไปนี้
  - รอบพุง (รอบเอว) ผู้ชายเท่ากับหรือมากกว่า 90 ซม. ผู้หญิงเท่ากับหรือมากกว่า 80 ซม.
  - ความดันโลหิตเท่ากับหรือมากกว่า 130/85 มม.ปรอท หรือได้ยาลดความดันโลหิต
  - ระดับ triglyceride ในเลือด เท่ากับหรือมากกว่า 150 มก./ดล.
  - ระดับ HDL-cholesterol ในเลือด ผู้ชายน้อยกว่า 40 มก./ดล. ผู้หญิงน้อยกว่า 50 มก./ดล.
  - ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) เท่ากับหรือมากกว่า 100 มก./ดล. หรือได้ยาควบคุมระดับน้ำตาล
- อัตราที่พบ Metabolic syndrome = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่พบ Metabolic syndrome ในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ) × 100

## 1.8 อัตราการตรวจ Complication

| ตัววัดคุณภาพ                                      | อัตราที่ทำ / ที่พบ | เป้าหมาย    | หมายเหตุ         |
|---------------------------------------------------|--------------------|-------------|------------------|
|                                                   | ปีงบประมาณ 2552    |             |                  |
| <b>อัตราการตรวจ Complication</b>                  |                    |             |                  |
| อัตราการตรวจเท้า* <sup>ก</sup>                    |                    | > ร้อยละ 80 |                  |
| อัตราการตรวจตาและจอประสาทตา* <sup>ข</sup>         |                    | > ร้อยละ 80 |                  |
| อัตราการตรวจ albumin ในปัสสาวะ*                   |                    | > ร้อยละ 90 | การบริการพื้นฐาน |
| อัตราการตรวจ microalbumin ในปัสสาวะ* <sup>ก</sup> |                    | > ร้อยละ 50 |                  |

- อัตราการตรวจเท้า = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจเท้าในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ) × 100
- อัตราการตรวจตาและจอประสาทตา = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจตาและจอประสาทตาในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ) × 100
- อัตราการตรวจ albumin ในปัสสาวะ = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจ albumin ในปัสสาวะในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ) × 100
- อัตราการตรวจ microalbumin ในปัสสาวะ = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจ microalbumin ในปัสสาวะในรอบ 1 ปี ÷ ผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ) × 100

## 1.9 การรับรักษาตัวในโรงพยาบาล

| ตัววัดคุณภาพ                                                         | อัตราที่ทำ / ที่พบ | เป้าหมาย   | หมายเหตุ |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------|------------|----------|
|                                                                      | ปีงบประมาณ 2552    |            |          |
| <b>การรับรักษาตัวในโรงพยาบาล</b>                                     |                    |            |          |
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่รพ. ระดับ สูงกว่า**               |                    | <ร้อยละ 30 |          |
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาตัวในรพ.จากอาการแทรกซ้อนของเบาหวาน** |                    | <ร้อยละ 15 |          |
| - อัตราการรับเข้ารักษาตัว ใน รพ. เนื่องจากอาการแทรกซ้อนของเบาหวาน**  |                    | <ร้อยละ 15 |          |
| - จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล (เฉลี่ย)                                   |                    | <10 วัน    |          |
| - อัตราการรับเข้ารักษาตัวซ้ำใน รพ. ภายใน 30 วัน                      |                    | <ร้อยละ 5  |          |

- อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่รพ. ระดับ สูงกว่า = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่ต้องส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่รพ. ระดับ สูงกว่า ในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ) × 100
- อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาตัวในรพ.จากอาการแทรกซ้อนของเบาหวาน = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่ต้องส่งต่อเพื่อรับการรักษาตัวในรพ.จากอาการแทรกซ้อนของเบาหวาน ในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ) × 100
- อัตราการเข้ารับการรักษาคัวในรพ.จากอาการแทรกซ้อนของเบาหวาน = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่เข้ารับการรักษาคัวในรพ.จากอาการแทรกซ้อนของเบาหวาน ในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ) × 100
- จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล (เฉลี่ย) = จำนวนวันรวมทั้งหมดที่ผู้ป่วยนอนรักษาคัวในโรงพยาบาล ÷ จำนวนผู้ป่วยที่นอนรักษาคัวในโรงพยาบาล
- อัตราการรับเข้ารักษาคัวซ้ำใน รพ. ภายใน 30 วัน = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่ต้องเข้ารักษาคัวซ้ำใน รพ. ภายใน 30 วัน ในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่นอนรักษาคัวในโรงพยาบาล เช่น มีผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาล 30 ราย มี 2 รายที่ต้องเข้ารักษาคัวซ้ำภายใน 30 วัน หลังจากได้กลับบ้าน อัตราการรับเข้ารักษาคัวซ้ำใน รพ. ภายใน 30 วัน =  $\frac{2}{30} \times 100 = 6.7 \%$

30

### 1.10 การเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

| ตัววัดคุณภาพ                                             | อัตราที่ทำ / ที่พบ | เป้าหมาย   | หมายเหตุ                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------|--------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                          | ปีงบประมาณ 2552    |            |                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>การเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ</b>                       |                    |            |                                                                                                                                                                                                                                                                |
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด** <sup>ก</sup>        |                    | <ร้อยละ 20 |                                                                                                                                                                                                                                                                |
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่มีความรุนแรงน้อย    |                    | <ร้อยละ 10 | มีอาการหิว ใจสั่น มือสั่น เหงื่อออก อาการดีขึ้นเองหรือดีขึ้นหลังได้กลูโคสหรืออาหาร                                                                                                                                                                             |
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่มีความรุนแรงปานกลาง |                    | <ร้อยละ 10 | มีอาการหิว ใจสั่น มือสั่น เหงื่อออก ร่วมกับอาการ สมองขาดกลูโคส ได้แก่ อ่อนเพลีย มึนงง ปวดศีรษะ ไม่มีสมาธิ สมองเฉื่อย ตาพร่ามัว อาการดีขึ้นหลังได้กลูโคสหรืออาหาร                                                                                               |
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่มีความรุนแรงมาก     |                    | <ร้อยละ 1  | มีหรืออาจไม่มีอาการข้างต้น แต่มีอาการทางสมองรุนแรง เช่น สับสน พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง อาจเป็นลม หมดสติ ชัก ไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง ต้องได้รับกลูโคส โดยการช่วยเหลือของผู้อื่น อาการดีขึ้นหลังได้รับกลูโคส หากตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจะพบว่ามีค่าน้อยกว่า 50 มก./ดล. |

- อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่เกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด ในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ) × 100
- อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่มีความรุนแรงน้อย = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่เกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่มีความรุนแรงน้อย ในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ) × 100
- อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่มีความรุนแรงปานกลาง = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่เกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่มีความรุนแรงปานกลาง ในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ) × 100
- อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่มีความรุนแรงมาก = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่เกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่มีความรุนแรงมาก ในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ) × 100

หมายเหตุ: ถ้าเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด หลายครั้งใช้ครั้งที่อาการรุนแรงที่สุด

### 1.11 เบาหวานแทรกซ้อนจอประสาทตา

| ตัววัดคุณภาพ                                                                                                   | อัตราที่ทำ / ที่พบ | เป้าหมาย   | หมายเหตุ |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------|----------|
|                                                                                                                | ปีงบประมาณ 2552    |            |          |
| <b>เบาหวานแทรกซ้อนจอประสาทตา</b>                                                                               |                    |            |          |
| - อัตราที่พบพยาธิสภาพของจอประสาทตาระยะเริ่มแรก (non-proliferative DR)** <sup>๑</sup>                           |                    | <ร้อยละ 20 |          |
| - อัตราที่พบพยาธิสภาพของจอประสาทตาระยะเริ่มแรกความรุนแรงเล็กน้อย (Mild non-proliferative DR)** <sup>๑</sup>    |                    |            |          |
| - อัตราที่พบพยาธิสภาพของจอประสาทตาระยะเริ่มแรกความรุนแรงปานกลาง (Moderate non-proliferative DR)** <sup>๑</sup> |                    |            |          |
| - อัตราที่พบพยาธิสภาพของจอประสาทตาระยะเริ่มแรกความรุนแรงมาก (Severe non-proliferative DR)** <sup>๑</sup>       |                    |            |          |
| - อัตราที่พบพยาธิสภาพของจอประสาทตาระยะท้าย (proliferative DR)** <sup>๑</sup>                                   |                    |            |          |
| - อัตราที่พบ macular edema** <sup>๑</sup>                                                                      |                    |            |          |
| - อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยจักษุแพทย์                                                                   |                    |            |          |

- อัตราการพบภาวะ non-proliferative DR = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่พบภาวะ non-proliferative DR ในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ) × 100
- อัตราการพบภาวะ proliferative DR = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่พบภาวะ proliferative DR ในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ) × 100
- อัตราการพบภาวะ macular edema = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่พบภาวะ macular edema ในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ) × 100
- อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยจักษุแพทย์ = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่ได้รับการรักษาโดยจักษุแพทย์ในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่พบพยาธิสภาพของจอประสาทตา) × 100

**Remark:** เนื่องจากการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นเบาหวานแทรกซ้อนจอประสาทตา ยังมีจำนวนน้อย ดังนั้นการคำนวณอัตราผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยแพทย์เฉพาะทาง จึงคำนวณโดยใช้ผู้ป่วยที่วินิจฉัยว่ามีภาวะ proliferative DR เป็นตัวหาร

**หมายเหตุ:**

- ภาวะแทรกซ้อนที่จอประสาทตา หมายรวมถึง non-proliferative diabetic retinopathy, proliferative diabetic retinopathy และ macular edema
- ตรวจจอประสาทตา โดยจักษุแพทย์หรือภาพถ่ายจากกล้องถ่ายภาพจอประสาทตาดิจิทัล



### 1.12 โรคตาที่พบบ่อยในเบาหวาน

| ตัววัดคุณภาพ            | อัตราที่ท่า / ที่พบ | เป้าหมาย   | หมายเหตุ                                                        |
|-------------------------|---------------------|------------|-----------------------------------------------------------------|
|                         | ปีงบประมาณ 2552     |            |                                                                 |
| โรคตาที่พบบ่อยในเบาหวาน |                     |            |                                                                 |
| - อัตราที่พบต้อกระจก**  |                     | <ร้อยละ 40 | นับรวมถึงการตรวจพบต้อกระจกที่ได้รับการรักษาหรือรับการผ่าตัดแล้ว |
| - อัตราที่พบต้อหิน**    |                     | <ร้อยละ 20 | นับรวมถึงการตรวจพบต้อหินที่ได้รับการรักษาหรือรับการผ่าตัดแล้ว   |

- อัตราที่พบต้อกระจก = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่พบต้อกระจก ในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ) × 100
- อัตราที่พบต้อหิน = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่พบต้อหิน ในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ) × 100

### 1.13 ภาวะแทรกซ้อนทางไต

| ตัววัดคุณภาพ                             | อัตราที่ท่า / ที่พบ | เป้าหมาย    | หมายเหตุ                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------|---------------------|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                          | ปีงบประมาณ 2552     |             |                                                                                                                                                                                        |
| ภาวะแทรกซ้อนทางไต                        |                     |             |                                                                                                                                                                                        |
| อัตราการวัดระดับครีเอตินินในเลือด*       |                     | > ร้อยละ 90 |                                                                                                                                                                                        |
| - อัตราที่พบโรคไตเรื้อรัง** <sup>ก</sup> |                     | <ร้อยละ 15  | ระดับครีเอตินินในเลือด >1.4 มก./ดล. ในผู้ชาย หรือ >1.2 มก./ดล. ในผู้หญิง หรือ การคำนวณ glomerular filtration rate (eGFR) ได้ค่า < 60 -15 มล./นาที/1.73 ม. <sup>2</sup> นานเกิน 3 เดือน |
| - อัตราที่พบภาวะไตวาย** <sup>ก</sup>     |                     | <ร้อยละ 10  | ผู้ที่มี eGFR < 15 มล./นาที/1.73 ม. <sup>2</sup> หรือรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง หรือปลูกถ่ายไต                                                              |

หมายเหตุ: สูตรคำนวณ glomerular filtration rate (eGFR) ใช้สมการ Modification of Diet in Renal Disease (MDRD)

$$eGFR (\text{มล./นาที/1.73 ตร.ม.}) = 186.3 \times \text{SCr}^{-1.154} \times \text{Age}^{-0.203} \times (0.742 \text{ สำหรับผู้หญิง})$$

กำหนดให้:

- SCr = ค่าซีรัมครีเอตินิน (มก./ดล.)
- Age = อายุ (ปี)
- อัตราการวัดระดับครีเอตินินในเลือด = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่ได้รับการวัดระดับครีเอตินินในเลือดในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ) × 100

- อัตราที่พบโรคไตเรื้อรัง = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่พบโรคไตเรื้อรังในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่วัดระดับครีเอตินินในเลือด) × 100
- อัตราที่พบภาวะไตวาย = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่พบภาวะไตวายในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่วัดระดับครีเอตินินในเลือด) × 100

#### 1.14 ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท

| ตัววัดคุณภาพ                                                 | อัตราที่ทำ / ที่พบ | เป้าหมาย   | หมายเหตุ                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------|--------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                              | ปีงบประมาณ 2552    |            |                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท</b>                             |                    |            |                                                                                                                                                                                                                                |
| - อัตราที่พบภาวะแทรกซ้อนจากระบบประสาทส่วนปลาย** <sup>1</sup> |                    | <ร้อยละ 20 | ความรู้สึกรับรู้ลดลง โดยการตรวจ monofilament หรือการรับรู้ความสั่นจากการตรวจด้วยส้อมเสียง                                                                                                                                      |
| - อัตราที่พบภาวะแทรกซ้อนจากระบบประสาทอัตโนมัติ               |                    | <ร้อยละ 10 | การวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนจากระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น<br>1. Orthostatic hypotension<br>2. Urinary retention (Neurogenic bladder)<br>3. gastroparesis diabeticorum<br>4. diabetic diarrhea<br>แล้วแต่สถานพยาบาลจะ monitor อะไรบ้าง |

- อัตราที่พบภาวะแทรกซ้อนจากระบบประสาทส่วนปลาย = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่พบภาวะแทรกซ้อนจากระบบประสาทส่วนปลายในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่ประเมินระบบประสาทส่วนปลาย) × 100
- อัตราที่พบภาวะแทรกซ้อนจากระบบประสาทอัตโนมัติ = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่พบภาวะแทรกซ้อนจากระบบประสาทอัตโนมัติในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน) × 100

### 1.15ภาวะผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือด

| ตัววัดคุณภาพ                                                               | อัตราที่ท่า / ที่พบ | เป้าหมาย   | หมายเหตุ                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------|----------------------------------------------------------|
|                                                                            | ปีงบประมาณ 2552     |            |                                                          |
| <b>ภาวะผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือด</b>                                     |                     |            |                                                          |
| - อัตราที่พบภาวะ angina pectoris** <sup>1</sup>                            |                     | <ร้อยละ 10 |                                                          |
| - อัตราที่พบโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (MI) หรือ unstable angina** <sup>1</sup> |                     | <ร้อยละ 3  |                                                          |
| - อัตราการเกิดหัวใจโต                                                      |                     | <ร้อยละ 5  |                                                          |
| - อัตราการเกิดหัวใจวาย                                                     |                     | <ร้อยละ 5  |                                                          |
| - อัตราที่พบโรคอัมพาต** <sup>1</sup>                                       |                     | <ร้อยละ 3  | อวัยวะบางส่วน เช่น แขนขาตาย ขยับไม่ได้ เดินไม่ได้        |
| - อัตราที่พบโรคอัมพฤกษ์** <sup>1</sup>                                     |                     | <ร้อยละ 3  | อวัยวะบางส่วน เช่น แขนขาอ่อนแรง เดินได้โดยใช้เครื่องพยุง |
| - อัตราที่พบ TIA** <sup>1</sup>                                            |                     | <ร้อยละ 3  | อัมพาตหรืออาการของโรคสมองขาดเลือดที่หายเป็นปกติใน 24 ชม. |

- อัตราที่พบภาวะ angina pectoris = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่พบภาวะ angina pectoris ในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ) × 100
- อัตราที่พบโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (MI) หรือ unstable angina = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่พบโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (MI) หรือ unstable angina ในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ) × 100
- อัตราการเกิดหัวใจโต = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่เกิดหัวใจโตในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ) × 100
- อัตราการเกิดหัวใจวาย = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่เกิดหัวใจวายในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ) × 100
- อัตราที่พบโรคอัมพาต = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่พบโรคอัมพาตในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ) × 100
- อัตราที่พบโรคอัมพฤกษ์ = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่พบโรคอัมพฤกษ์ในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ) × 100
- อัตราที่พบ TIA = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่พบ TIA ในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ) × 100

**หมายเหตุ:** ภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง angina pectoris, acute coronary syndrome (unstable angina, myocardial infarction)

## 1.16 การตรวจเท้า

| ตัววัดคุณภาพ                                       | อัตราที่ทำ / ที่พบ | เป้าหมาย   | หมายเหตุ                                                        |
|----------------------------------------------------|--------------------|------------|-----------------------------------------------------------------|
|                                                    | ปีงบประมาณ 2552    |            |                                                                 |
| <b>การตรวจเท้า</b>                                 |                    |            |                                                                 |
| - อัตราที่คลำชีพจรที่เท้าทั้ง 2 ข้างไม่ได้**       |                    | <ร้อยละ 10 | คลำชีพจรที่ dorsalis pedis และ posterior tibialis artery ไม่ได้ |
| - อัตราที่คลำชีพจรที่เท้าข้างขวาไม่ได้             |                    | <ร้อยละ 10 |                                                                 |
| - อัตราที่คลำชีพจรที่เท้าข้างซ้ายไม่ได้            |                    | <ร้อยละ 10 |                                                                 |
| - อัตราที่พบหลอดเลือดส่วนปลายตีบตัน** <sup>ก</sup> |                    | <ร้อยละ 20 | ABI <0.9                                                        |
| - อัตราที่พบแผลที่เท้า** <sup>ก</sup>              |                    | <ร้อยละ 15 | ได้แก่ แผลใหม่, แผลเรื้อรังและแผลหายแล้ว                        |
| - อัตราที่พบแผลใหม่ที่เท้า** <sup>ก</sup>          |                    | <ร้อยละ 5  | แผลที่เกิดขึ้นไม่เกิน 2 สัปดาห์                                 |
| - อัตราพบแผลที่เท้าเรื้อรัง** <sup>ก</sup>         |                    | <ร้อยละ 5  | แผลที่เป็นเรื้อรังนานเกิน 2 สัปดาห์                             |
| - อัตราพบแผลหายแล้วที่เท้า** <sup>ก</sup>          |                    | <ร้อยละ 5  | แผลที่เปลี่ยนเป็นแผลเป็นแล้ว                                    |
| - อัตราพบผู้ถูกตัดนิ้ว/เท้า/ขา** <sup>ก</sup>      |                    | <ร้อยละ 1  |                                                                 |

- อัตราที่คลำชีพจรที่เท้าทั้ง 2 ข้างไม่ได้ = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่คลำชีพจรที่เท้าทั้ง 2 ข้างไม่ได้ในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่ได้รับการตรวจเท้า) × 100
- อัตราที่คลำชีพจรที่เท้าข้างขวาไม่ได้ = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่คลำชีพจรที่เท้าข้างขวาไม่ได้ในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่ได้รับการตรวจเท้า) × 100
- อัตราที่คลำชีพจรที่เท้าข้างซ้ายไม่ได้ = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่คลำชีพจรที่เท้าข้างซ้ายไม่ได้ ในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่ได้รับการตรวจเท้า) × 100
- อัตราที่พบหลอดเลือดส่วนปลายตีบตัน = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่พบหลอดเลือดส่วนปลายตีบตันในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่ได้รับการตรวจเท้า) × 100
- อัตราที่พบแผลที่เท้า = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่พบแผลที่เท้า ทั้งแผลใหม่, แผลเรื้อรัง และแผลหายแล้ว ในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่ได้รับการตรวจเท้า) × 100
- อัตราที่พบแผลใหม่ที่เท้า = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่พบแผลใหม่ที่เท้าในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่ได้รับการตรวจเท้า) × 100
- อัตราพบแผลที่เท้าเรื้อรัง = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่พบแผลที่เท้าเรื้อรังในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่ได้รับการตรวจเท้า) × 100
- อัตราพบแผลหายแล้วที่เท้า = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่พบแผลหายแล้วที่เท้าในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่ได้รับการตรวจเท้า) × 100
- อัตราพบผู้ถูกตัดนิ้ว/เท้า/ขา = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่ถูกตัดนิ้ว/เท้า/ขาที่เท้าในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่ได้รับการตรวจเท้า) × 100

**หมายเหตุ:** ตรวจเท้า หมายถึงตรวจลักษณะเท้า ผิวหนัง ตรวจความรู้สึกกับรู้ (monofilament หรือการรับรู้ความสั่นจากการตรวจด้วยส้อมเสียง) คลำชีพจรที่เท้าหรือวัด ABI และอื่นๆ

ชื่อสถานบริการ..... จังหวัด.....

ระดับสถานบริการ ☐ PCU ☐ รพ.ชุมชน ☐ รพ.จังหวัด ☐ รพ.ศูนย์

จำนวนผู้ป่วยลงทะเบียนสถานในบริการ..... คน วัน/เดือน/ปีที่บันทึก.....

## 2. การประเมินผลลัพธ์การบริการโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มประชากรที่สถานบริการรับผิดชอบ ผู้ที่มีโรคเบาหวานร่วมด้วยให้ใช้เกณฑ์โรคเบาหวานเป็นหลัก

### 2.1 ความสม่ำเสมอในการมารับบริการต่อเนื่อง และอัตราการให้สุศึกษา

| ตัววัดคุณภาพ                           | อัตราที่ทำ / ที่พบ | เป้าหมาย    | หมายเหตุ                         |
|----------------------------------------|--------------------|-------------|----------------------------------|
|                                        | ปีงบประมาณ 2552    |             |                                  |
| ความสม่ำเสมอในการมารับบริการต่อเนื่อง* |                    | > ร้อยละ 70 | ร้อยละของผู้ที่มาตรวจตามนัด >80% |
| อัตราการให้สุศึกษา*                    |                    | > ร้อยละ 90 |                                  |

- การมารับบริการต่อเนื่องหมายถึงมาตรวจตามนัด  $\geq 80\%$   
เช่น 1 ปี นัด 6 ครั้ง มาตรวจ 5 ครั้ง = มาตรวจต่อเนื่อง  $(5 \times 100) / 6 = 83.3\%$   
ถ้ามาตรวจ 4 ครั้ง = มาตรวจไม่ต่อเนื่อง  $(4 \times 100) / 6 = 66.7\%$
- ความสม่ำเสมอในการมารับบริการต่อเนื่อง = (จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการต่อเนื่อง  
สถานพยาบาลในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ)  $\times 100$
- อัตราการให้สุศึกษา = (จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการให้สุศึกษาในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วย  
ความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ)  $\times 100$

## 2.2 ความดันโลหิต

| ตัววัดคุณภาพ                                                                      | อัตราที่ทำ / ที่พบ | เป้าหมาย    | หมายเหตุ                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------|-------------------------------------------|
|                                                                                   | ปีงบประมาณ 2552    |             |                                           |
| <b>ความดันโลหิต</b>                                                               |                    |             |                                           |
| อัตราการวัดความดันโลหิต*                                                          |                    | ร้อยละ 100  |                                           |
| - การควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย** <sup>n</sup><br>(BP <140/90 มม.ปรอท) |                    | >ร้อยละ 50  | ใช้ค่าล่าสุดที่บันทึก<br>ในแบบประวัติ     |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก<br><140 มม.ปรอท                      |                    | > ร้อยละ 50 |                                           |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก<br>140-159 มม.ปรอท                   |                    | < ร้อยละ 30 |                                           |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก<br>≥160 มม.ปรอท                      |                    |             |                                           |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก<br><90 มม.ปรอท                     |                    | > ร้อยละ 50 | ใช้ค่าล่าสุดที่<br>บันทึกในแบบ<br>ประวัติ |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก<br>90-99 มม.ปรอท                   |                    | < ร้อยละ 30 |                                           |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก<br>≥100 มม.ปรอท                    |                    |             |                                           |

- ความดันโลหิตวัดในท่านั่ง หลังนั่งพักอย่างน้อย 5 นาที
- อัตราการวัดความดันโลหิต = (จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานบริการรับผิดชอบที่ได้รับการวัดความดันโลหิตในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ) × 100
- อัตราการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย = (จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานบริการรับผิดชอบที่ BP <140/90 มม.ปรอท ÷ จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่มีค่าความดันโลหิต) × 100
- ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก <140 มม.ปรอท = (จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานบริการรับผิดชอบที่ BP ซิสโตลิก <140 มม.ปรอท ÷ จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่มีค่าความดันโลหิต) × 100
- ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก 140-159 มม.ปรอท = (จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานบริการรับผิดชอบที่ BP ซิสโตลิก 140-159 มม.ปรอท ÷ จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่มีค่าความดันโลหิต) × 100
- ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ≥160 มม.ปรอท = (จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานบริการรับผิดชอบที่ BP ซิสโตลิก ≥160 มม.ปรอท ÷ จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่มีค่าความดันโลหิต) × 100

- ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก <90 มม.ปรอท = (จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานบริการรับผิดชอบที่ BP ไดแอสโตลิก <90 มม.ปรอท ÷ จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่มีค่าความดันโลหิต) × 100
- ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก 90-99 มม.ปรอท = (จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานบริการรับผิดชอบที่ BP ไดแอสโตลิก 90-99 มม.ปรอท ÷ จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่มีค่าความดันโลหิต) × 100
- ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ≥100 มม.ปรอท = (จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานบริการรับผิดชอบที่ BP ไดแอสโตลิก ≥100 มม.ปรอท ÷ จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่มีค่าความดันโลหิต) × 100

## 2.3 การประเมินปัจจัยเสี่ยง

| ตัววัดคุณภาพ                           | อัตราที่ทำได้ / ที่พบ | เป้าหมาย    | หมายเหตุ                                              |
|----------------------------------------|-----------------------|-------------|-------------------------------------------------------|
|                                        | ปีงบประมาณ 2552       |             |                                                       |
| <b>การประเมินปัจจัยเสี่ยง</b>          |                       |             |                                                       |
| - การประเมินปัจจัยเสี่ยงครบ 4 รายการ*  |                       | >ร้อยละ 90  | สูบบุหรี่, BMI/รอบพุง, ระดับน้ำตาล, ระดับไขมันในเลือด |
| <b>สอบถามประวัติการสูบบุหรี่</b>       |                       |             |                                                       |
| อัตราสอบถามการสูบบุหรี่                |                       | >ร้อยละ 95  |                                                       |
| - อัตราการสูบบุหรี่ที่พบในกลุ่ม*       |                       | < ร้อยละ 10 | สูบต่อเนื่องนานเกิน 1 เดือน                           |
| - อัตราผู้ที่หยุดสูบบุหรี่ที่พบในกลุ่ม |                       | < ร้อยละ 15 | หยุดสูบนานมากกว่า 3 เดือน                             |

- อัตราการประเมินปัจจัยเสี่ยงครบ 4 รายการ (นับปัจจัยเสี่ยงที่ทำได้ร้อยละ 100 ที่ดำเนินการในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา) = (จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการประเมินปัจจัยเสี่ยงครบ 4 รายการในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ) × 100
- อัตราสอบถามการสูบบุหรี่ = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการสอบถามประวัติการสูบบุหรี่ ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ) × 100
- อัตราการสูบบุหรี่ = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สูบบุหรี่ ณ ปัจจุบัน ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่สอบถามประวัติการสูบบุหรี่) × 100
- อัตราผู้ที่หยุดสูบบุหรี่ = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่หยุดสูบบุหรี่นานกว่า 3 เดือน ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่สอบถามประวัติการสูบบุหรี่) × 100

## 2.4 การวัด BMI และรอบพุง

| ตัววัดคุณภาพ                                        | อัตราที่ทำ / ที่พบ | เป้าหมาย                  | หมายเหตุ                          |
|-----------------------------------------------------|--------------------|---------------------------|-----------------------------------|
|                                                     | ปีงบประมาณ 2552    |                           |                                   |
| การวัด BMI และรอบพุง                                |                    |                           |                                   |
| อัตราที่มีข้อมูล BMI*                               |                    | > ร้อยละ 90               | การบริการพื้นฐาน                  |
| - ค่าเฉลี่ย BMI (kg/m <sup>2</sup> )** <sup>ก</sup> |                    | <25.0 กก./ม. <sup>2</sup> | Mean ± SD                         |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI ≥ 25** <sup>ก</sup>           |                    | < ร้อยละ 20               | ใช้ค่าล่าสุดที่บันทึกในแบบประวัติ |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI 23-24.9** <sup>ก</sup>        |                    | < ร้อยละ 30               |                                   |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI 18.5-22.9                     |                    | > ร้อยละ 40               |                                   |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI <18.5                         |                    |                           |                                   |
| รอบพุงผู้ชาย                                        |                    |                           |                                   |
| อัตราการวัดรอบพุงผู้ชาย* <sup>ก</sup>               |                    | > ร้อยละ 90               |                                   |
| - ค่าเฉลี่ยรอบพุงผู้ชาย** <sup>ก</sup>              |                    | <90 ซม.                   | Mean ± SD                         |
| - อัตราผู้ชายมีรอบพุง ≥90 ซม.** <sup>ก</sup>        |                    | < ร้อยละ 20               | ใช้ค่าล่าสุดที่บันทึกในแบบประวัติ |
| รอบพุงผู้หญิง                                       |                    |                           |                                   |
| อัตราการวัดรอบพุงผู้หญิง* <sup>ก</sup>              |                    | > ร้อยละ 90               |                                   |
| - ค่าเฉลี่ยรอบพุงผู้หญิง** <sup>ก</sup>             |                    | <80 ซม.                   | Mean ± SD                         |
| - อัตราผู้หญิงมีรอบพุง ≥80 ซม.** <sup>ก</sup>       |                    | < ร้อยละ 35               | ใช้ค่าล่าสุดที่บันทึกในแบบประวัติ |

- BMI ( $\text{kg/m}^2$ ) = น้ำหนักเป็นกิโลกรัม หารด้วย ส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง (ส่วนสูงใช้ทศนิยม 2 ตำแหน่ง)
- อัตราที่มีข้อมูล BMI = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่มีข้อมูล BMI  $\div$  จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ  $\times 100$
- ค่าเฉลี่ย BMI ทั้งกลุ่ม = (ผลรวมค่า BMI ของผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบ  $\div$  จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่นำ ค่า BMI มาคำนวณ)
- ร้อยละของผู้ที่ BMI  $\geq 25$  = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่มี BMI  $\geq 25 \div$  จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่มีค่า BMI)  $\times 100$
- ร้อยละของผู้ที่ BMI 23-24.9 = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่มี BMI 23-24.9  $\div$  จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่มีค่า BMI)  $\times 100$
- ร้อยละของผู้ที่ BMI 18.5-22.9 = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่มี BMI 18.5-22.9  $\div$  จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่มีค่า BMI)  $\times 100$
- ร้อยละของผู้ที่ BMI <18.5 = (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่มี BMI <18.5  $\div$  จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่มีค่า BMI)  $\times 100$
- อัตราการวัดรอบพุงผู้ชาย = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานผู้ชายที่สถานบริการรับผิดชอบที่มีข้อมูลรอบพุง  $\div$  จำนวนผู้ป่วยเบาหวานผู้ชายทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ  $\times 100$



- ค่าเฉลี่ยรอบพุงผู้ชายทั้งกลุ่ม = (ผลรวมค่า รอบพุงของผู้ป่วยเบาหวานผู้ชายที่สถานบริการรับผิดชอบ ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานผู้ชายที่นำค่า รอบพุงมาคำนวณ)
- อัตราผู้ชายมีรอบพุง  $\geq 90$  ซม. = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานชายที่สถานบริการรับผิดชอบที่มีรอบพุง  $\geq 90$  ซม. ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานผู้ชายทั้งหมดที่วัดรอบพุง)  $\times 100$
- อัตราการวัดรอบพุงผู้หญิง = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานผู้หญิงที่สถานบริการรับผิดชอบที่มีข้อมูลรอบพุง ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานผู้หญิงทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ)  $\times 100$
- ค่าเฉลี่ยรอบพุงผู้หญิงทั้งกลุ่ม = (ผลรวมค่า รอบพุงของผู้ป่วยเบาหวานผู้หญิงที่สถานบริการรับผิดชอบ ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานผู้หญิงที่นำค่า รอบพุงมาคำนวณ)
- อัตราผู้หญิงมีรอบพุง  $\geq 80$  ซม. = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานหญิงที่สถานบริการรับผิดชอบที่มีรอบพุง  $\geq 80$  ซม. ÷ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานผู้หญิงทั้งหมดที่วัดรอบพุง)  $\times 100$

## 2.5 ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)

| ตัววัดคุณภาพ                                    | อัตราที่ท่า / ที่พบ | เป้าหมาย    | หมายเหตุ                          |
|-------------------------------------------------|---------------------|-------------|-----------------------------------|
|                                                 | ปีงบประมาณ 2552     |             |                                   |
| ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)                        |                     |             |                                   |
| อัตราการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด*                 |                     | ร้อยละ 100  |                                   |
| - อัตราผู้มีระดับน้ำตาล (FBS) 100-125 มก./ดล.** |                     | < ร้อยละ 25 | ใช้ค่าล่าสุดที่บันทึกในแบบประวัติ |

- อัตราการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด = (จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานบริการรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ)  $\times 100$
- อัตราผู้มีระดับน้ำตาล (FBS) 100-125 มก./ดล. = (จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานบริการรับผิดชอบที่มีระดับน้ำตาล (FBS) 100-125 มก./ดล. ในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด)  $\times 100$

## 2.6 ระดับไขมันในเลือด

| ตัววัดคุณภาพ                                                                    | อัตราที่ทำ / ที่พบ | เป้าหมาย   | หมายเหตุ                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                 | ปีงบประมาณ 2552    |            |                                                                                                                |
| ระดับไขมันในเลือด                                                               |                    |            |                                                                                                                |
| อัตราการวัดระดับไขมันในเลือด* <sup>2</sup>                                      |                    | >ร้อยละ 90 | ได้รับการตรวจ cholesterol, triglyceride, HDL-C, ทุกตัว (LDL-C โดยการคำนวณหรือวัดโดยตรง) อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี |
| - อัตราการควบคุมระดับ LDL-C ได้ตามเป้าหมาย (ตามกลุ่มความเสี่ยง)** <sup>๓</sup>  |                    | >ร้อยละ 50 | ใช้ค่าล่าสุดที่บันทึกในแบบประวัติ                                                                              |
| - อัตราการควบคุมระดับ Non-HDL-C ได้เป้าหมาย** <sup>๓</sup> (ตามกลุ่มความเสี่ยง) |                    | >ร้อยละ 50 |                                                                                                                |
| - อัตราผู้ชายที่มีระดับ HDL-C ≥40 มก./ดล.** <sup>๓</sup>                        |                    | >ร้อยละ 60 |                                                                                                                |
| - อัตราผู้หญิงที่มีระดับ HDL-C ≥50 มก./ดล.**                                    |                    | >ร้อยละ 60 |                                                                                                                |
| - อัตราการควบคุมระดับ TG ได้ตามเป้าหมาย (ต่ำกว่า 200 มก./ดล.)** <sup>๓</sup>    |                    | >ร้อยละ 60 |                                                                                                                |

- อัตราการวัดระดับไขมันในเลือด = (จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานบริการรับผิดชอบที่ได้รับการวัดระดับไขมันในเลือดในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ) × 100
- ความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดและเป้าหมายการควบคุม

| ระดับความเสี่ยง                                                                                                                                              | เป้าหมาย LDL-C      | เป้าหมาย non HDL-C  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------|
| เสี่ยงสูงมาก (มีโรคหัวใจขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย)                                                                                                      | ต่ำกว่า 70 มก./ดล.  | ต่ำกว่า 100 มก./ดล. |
| เสี่ยงมาก – ปานกลาง (มีโรคหรือปัจจัยเสี่ยงหนึ่งอย่างขึ้นไป: stroke, abdominal aortic aneurysm, metabolic syndrome, DM PAD, low HDL-C, ประวัติครอบครัว, อายุ) | ต่ำกว่า 100 มก./ดล. | ต่ำกว่า 130 มก./ดล. |
| เสี่ยงน้อย (ไม่มีปัจจัยเสี่ยง)                                                                                                                               | ต่ำกว่า 130 มก./ดล. | ต่ำกว่า 160 มก./ดล. |

- อัตราผู้ชายที่มีระดับ HDL-C  $\geq 40$  มก./ดล. = (จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงผู้ชายที่สถานบริการรับผิดชอบที่มีระดับ HDL-C  $\geq 40$  มก./ดล. ในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงผู้ชายทั้งหมดที่มีผลการตรวจระดับ HDL-C) × 100
- อัตราผู้หญิงที่มีระดับ HDL-C  $\geq 50$  มก./ดล. = (จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงผู้หญิงที่สถานบริการรับผิดชอบที่มีระดับ HDL-C  $\geq 50$  มก./ดล. ในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงผู้หญิงทั้งหมดที่มีผลการตรวจระดับ HDL-C) × 100
- อัตราการควบคุมระดับ TG ได้ตามเป้าหมาย = (จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานบริการรับผิดชอบที่มีระดับ TG ต่ำกว่า 200 มก./ดล. ในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่มีผลการตรวจระดับ TG) × 100

- การคำนวณ LDL-C ใช้ได้เมื่อ triglyceride < 400 มก./ดล.  
คำนวณโดย  $LDL-C = total\ cholesterol - (HDL-cholesterol + \frac{triglyceride}{5})$

5

- เป้าหมาย non-HDL-C ใช้เมื่อระดับ triglyceride  $\geq 200$  มก./ดล.  
คำนวณโดย ลบ HDL-cholesterol ออกจาก total cholesterol

## 2.7 การรับรักษาตัวในโรงพยาบาล

| ตัววัดคุณภาพ                                                      | อัตราที่ท่า / ที่พบ | เป้าหมาย   | หมายเหตุ |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------|------------|----------|
|                                                                   | ปีงบประมาณ 2552     |            |          |
| <b>การรับรักษาตัวในโรงพยาบาล</b>                                  |                     |            |          |
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่รพ. ระดับสูงกว่า**             |                     | <ร้อยละ 30 |          |
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาตัวในรพ.จาก อาการแทรกซ้อนของ HT** |                     | <ร้อยละ 15 |          |
| - อัตราการรับเข้ารักษาตัวในรพ. เนื่องจากอาการแทรกซ้อนของ HT**     |                     | <ร้อยละ 15 |          |
| - จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล (เฉลี่ย)                                |                     | <10 วัน    |          |
| - อัตราการรับเข้ารักษาตัวซ้ำในรพ. ภายใน 30 วัน                    |                     | <ร้อยละ 5  |          |

- อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่รพ. ระดับ สูงกว่า =  $(\text{จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานบริการรับผิดชอบที่ต้องส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่รพ. ระดับ สูงกว่า ในรอบ 1 ปี} \div \text{จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ}) \times 100$
- อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาตัวในรพ.จากอาการแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง =  $(\text{จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานบริการรับผิดชอบที่ต้องส่งต่อเพื่อรับการรักษาตัวในรพ.จากอาการแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง ในรอบ 1 ปี} \div \text{จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ}) \times 100$
- อัตราการเข้ารับการรักษาตัวในรพ.จากอาการแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง =  $(\text{จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานบริการรับผิดชอบที่เข้ารับการรักษาตัวในรพ.จากอาการแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง ในรอบ 1 ปี} \div \text{จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ}) \times 100$
- จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล (เฉลี่ย) =  $\text{จำนวนวันรวมทั้งหมดที่ผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล} \div \text{จำนวนผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล}$
- อัตราการรับเข้ารักษาตัวซ้ำใน รพ. ภายใน 30 วัน =  $(\text{จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการรับผิดชอบที่ต้องเข้ารับรักษาตัวซ้ำใน รพ. ภายใน 30 วัน ในรอบ 1 ปี} \div \text{จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล เช่น มีผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาล 30 ราย มี 2 รายที่ต้องเข้ารับรักษาตัวซ้ำภายใน 30 วัน หลังจากได้กลับบ้าน อัตราการรับเข้ารักษาตัวซ้ำใน รพ. ภายใน 30 วัน} = \frac{2}{30} \times 100 = 6.7 \%$

30

## 2.8 การรับรักษาตัวในโรงพยาบาล

| ตัววัดคุณภาพ                                       | อัตราที่ทำ / ที่พบ | เป้าหมาย   | หมายเหตุ |
|----------------------------------------------------|--------------------|------------|----------|
|                                                    | ปีงบประมาณ 2552    |            |          |
| <b>การรับรักษาตัวในโรงพยาบาล</b>                   |                    |            |          |
| - อัตราที่พบ orthostatic hypotension**             |                    | <ร้อยละ 15 |          |
| - อัตราที่พบ malignant hypertension** <sup>ก</sup> |                    | <ร้อยละ 10 |          |
| - อัตราที่พบ Hypertensive retinopathy**            |                    | <ร้อยละ 15 |          |

- อัตราที่พบ orthostatic hypotension = (จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานบริการรับผิดชอบที่พบ orthostatic hypotension ในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ) × 100
- อัตราที่พบ malignant hypertension = (จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานบริการรับผิดชอบที่พบ malignant hypertension ในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ) × 100
- อัตราที่พบ Hypertensive retinopathy = (จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานบริการรับผิดชอบที่พบ Hypertensive retinopathy ในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ) × 100

## 2.9 ภาวะแทรกซ้อนทางไต

| ตัววัดคุณภาพ                             | อัตราที่ทำ / ที่พบ | เป้าหมาย    | หมายเหตุ                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------|--------------------|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                          | ปีงบประมาณ 2552    |             |                                                                                                                                                                                        |
| <b>ภาวะแทรกซ้อนทางไต</b>                 |                    |             |                                                                                                                                                                                        |
| อัตราการวัดระดับครีเอตินินในเลือด*       |                    | > ร้อยละ 90 |                                                                                                                                                                                        |
| - อัตราที่พบโรคไตเรื้อรัง** <sup>ก</sup> |                    | <ร้อยละ 10  | ระดับครีเอตินินในเลือด >1.4 มก./ดล. ในผู้ชาย หรือ >1.2 มก./ดล. ในผู้หญิง หรือ การคำนวณ glomerular filtration rate (eGFR) ได้ค่า < 60 -15 มล./นาที/1.73 ม. <sup>2</sup> นานเกิน 3 เดือน |
| - อัตราที่พบภาวะไตวาย** <sup>ก</sup>     |                    | <ร้อยละ 5   | ผู้ที่มี eGFR < 15 มล./นาที/1.73 ม. <sup>2</sup> หรือรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง หรือปลูกถ่ายไต                                                              |

- อัตราการวัดระดับครีเอตินินในเลือด = (จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานบริการรับผิดชอบที่ได้รับการวัดระดับครีเอตินินในเลือดในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ) × 100
- อัตราที่พบโรคไตเรื้อรัง = (จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานบริการรับผิดชอบที่พบโรคไตเรื้อรังในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ) × 100

- อัตราที่พบภาวะไตวาย =  $(\text{จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานบริการรับผิดชอบที่พบภาวะไตวายในรอบ 1 ปี} \div \text{จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ}) \times 100$

หมายเหตุ: สูตรคำนวณ glomerular filtration rate (eGFR) ใช้สมการ Modification of Diet in Renal Disease (MDRD)

$$\text{eGFR (มล./นาที่/1.73 ตร.ม.)} = 186.3 \times \text{SCr}^{-1.154} \times \text{Age}^{-0.203} \times (0.742 \text{ สำหรับผู้หญิง})$$

กำหนดให้:

- SCr = ค่าซีรัมครีเอตินิน (มก./ดล.)
- Age = อายุ (ปี)

## 2.10 ภาวะผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือด

| ตัววัดคุณภาพ                                                               | อัตราที่ทำ / ที่พบ | เป้าหมาย  | หมายเหตุ                                                |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------|---------------------------------------------------------|
|                                                                            | ปีงบประมาณ 2552    |           |                                                         |
| <b>ภาวะผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือด</b>                                     |                    |           |                                                         |
| - อัตราที่พบอาการ angina pectoris** <sup>๑</sup>                           |                    | <ร้อยละ 5 |                                                         |
| - อัตราที่พบโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (MI) หรือ unstable angina** <sup>๑</sup> |                    | <ร้อยละ 3 |                                                         |
| - อัตราการเกิดหัวใจโต** <sup>๑</sup>                                       |                    | <ร้อยละ 5 |                                                         |
| - อัตราการเกิดหัวใจวาย** <sup>๑</sup>                                      |                    | <ร้อยละ 5 |                                                         |
| - อัตราที่พบโรคอัมพาต** <sup>๑</sup>                                       |                    | <ร้อยละ 3 | อวัยวะบางส่วน เช่นแขนขาตาย ขยับไม่ได้ เดินไม่ได้        |
| - อัตราที่พบโรคอัมพฤกษ์** <sup>๑</sup>                                     |                    | <ร้อยละ 3 | อวัยวะบางส่วน เช่นแขนขาอ่อนแรง เดินได้โดยใช้เครื่องพยุง |
| - อัตราที่พบ TIA** <sup>๑</sup>                                            |                    | <ร้อยละ 3 | อาการหลอดเลือดสมองอุดตันที่กลับเป็นปกติใน 24 ชม.        |

- อัตราที่พบภาวะ angina pectoris =  $(\text{จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานบริการรับผิดชอบที่พบภาวะ angina pectoris ในรอบ 1 ปี} \div \text{จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ}) \times 100$
- อัตราที่พบโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (MI) หรือ unstable angina =  $(\text{จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานบริการรับผิดชอบที่พบโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (MI) หรือ unstable angina ในรอบ 1 ปี} \div \text{จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ}) \times 100$
- อัตราการเกิดหัวใจโต =  $(\text{จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานบริการรับผิดชอบที่เกิดหัวใจโตในรอบ 1 ปี} \div \text{จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ}) \times 100$
- อัตราการเกิดหัวใจวาย =  $(\text{จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานบริการรับผิดชอบที่เกิดหัวใจวายในรอบ 1 ปี} \div \text{จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ}) \times 100$

- อัตราที่พบโรคอัมพาต = (จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานบริการรับผิดชอบที่พบโรคอัมพาตในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ) × 100
- อัตราที่พบโรคอัมพฤกษ์ = (จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานบริการรับผิดชอบที่พบโรคอัมพฤกษ์ในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ) × 100
- อัตราที่พบ TIA = (จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานบริการรับผิดชอบที่พบ TIA ในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่สถานบริการรับผิดชอบ) × 100

**หมายเหตุ:** ภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง angina pectoris, acute coronary syndrome (unstable angina, myocardial infarction)

## 2.11 การตรวจเท้า

| ตัววัดคุณภาพ                                       | อัตราที่ท่า / ที่พบ | เป้าหมาย   | หมายเหตุ                                                       |
|----------------------------------------------------|---------------------|------------|----------------------------------------------------------------|
|                                                    | ปีงบประมาณ 2552     |            |                                                                |
| <b>การตรวจเท้า</b>                                 |                     |            |                                                                |
| - อัตราที่คลำชีพจรที่เท้าทั้ง 2 ข้างไม่ได้**       |                     | <ร้อยละ 10 | คลำชีพจรที่dorsalis pedis และ posterior tibialis artery ไม่ได้ |
| - อัตราที่คลำชีพจรที่เท้าข้างขวาไม่ได้             |                     | <ร้อยละ 10 |                                                                |
| - อัตราที่คลำชีพจรที่เท้าข้างซ้ายไม่ได้            |                     | <ร้อยละ 10 |                                                                |
| - อัตราที่พบหลอดเลือดส่วนปลายตีบตัน** <sup>ก</sup> |                     | <ร้อยละ 20 | ABI <0.9                                                       |

- อัตราที่คลำชีพจรที่เท้าทั้ง 2 ข้างไม่ได้ = (จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานบริการรับผิดชอบที่คลำชีพจรที่เท้าทั้ง 2 ข้างไม่ได้ในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่ได้รับการตรวจเท้า) × 100
- อัตราที่คลำชีพจรที่เท้าข้างขวาไม่ได้ = (จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานบริการรับผิดชอบที่คลำชีพจรที่เท้าข้างขวาไม่ได้ในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่ได้รับการตรวจเท้า) × 100
- อัตราที่คลำชีพจรที่เท้าข้างซ้ายไม่ได้ = (จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานบริการรับผิดชอบที่คลำชีพจรที่เท้าข้างซ้ายไม่ได้ในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่ได้รับการตรวจเท้า) × 100
- อัตราที่พบหลอดเลือดส่วนปลายตีบตัน = (จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานบริการรับผิดชอบที่พบหลอดเลือดส่วนปลายตีบตันในรอบ 1 ปี ÷ จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่ได้รับการตรวจเท้า) × 100

## บรรณานุกรม

1. เป้าหมายการรักษา การติดตาม การประเมินผลและการส่งปรึกษา. ใน: แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. ๒๕๕๑. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมโรคต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รุ่งศิลป์การพิมพ์, กรุงเทพมหานคร 2551: หน้า 31-35.
2. การประเมินการทำงานของไต. ใน: แนวปฏิบัติเพื่อชะลอการเสื่อมของไต สำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ พ.ศ. 2548. ทวี ศิริวงศ์, บรรณาธิการ. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. ศรีเมืองการพิมพ์, กรุงเทพมหานคร 2548: หน้า 23-25.
3. Nitiyanant W, Chetthakul T, Sang-A-kad P, Therakiatkumjorn C, Kunsuikmengrai K, Yeo PJ. A survey study on diabetes management and complication status in primary care setting in Thailand. J Med Assoc Thai 2007; 90: 65-71.
4. Rawdaree P, Ngarmukos C, Deerochanawong C, et al. Thailand Diabetes Registry (TDR) Project: clinical status and long term vascular complications in diabetic patients. J Med Assoc Thai 2006; 89 (Suppl 1): S1-S9.
5. Pratipanawatr T, Rawdaree P, Chettakul T, et al. Thailand Diabetes Registry Project: current status of dyslipidemia in Thai diabetic patients. J Med Assoc Thai 2006; 89 (Suppl 1): S60-S65.
6. Bunnag P, Plengvidhya N, Deerochanawong C, et al. Thailand Diabetes Registry Project: prevalence of hypertension, treatment and control of blood pressure in hypertensive adults with type 2 diabetes. J Med Assoc Thai 2006; 89 (Suppl 1): S72-S77.
7. แนวทางการป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดหัวใจและสมอง. ใน: แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. ๒๕๕๑. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมโรคต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รุ่งศิลป์การพิมพ์, กรุงเทพมหานคร 2551: หน้า 44-47.
8. แนวทางการตรวจค้น การป้องกัน และดูแลรักษาปัญหาเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน. ใน: แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. ๒๕๕๑. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมโรคต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รุ่งศิลป์การพิมพ์, กรุงเทพมหานคร 2551: หน้า 48-55.
9. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2551. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร 2551
10. Buranakitjaroen P. An audit of blood pressure control in clinical practice in Thailand. J Med Assoc Thai 2006; 89 (Suppl 5): S8-S17.

11. Srinivas S, Annigeri RA, Mani MK, Rao BS, Kowdle PK, Seshadri R. Estimation of glomerular filtration rate in South Asian healthy adult kidney donors. Nephrology 2008; 13: 440-6.



# ภาคผนวกที่ 5

ผลการประเมินการบริการสถานพยาบาล ในการป้องกันและ  
จัดการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จังหวัดสกลนคร

แพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวณิชชากร

- I. ประเด็นในการประเมินความพร้อมในการออกแบบระบบบริการ ประกอบไปด้วย
  - ข้อมูลสำคัญ
  - กระบวนการสำคัญเพื่อเตรียมความพร้อมในการออกแบบระบบบริการ
  - ผู้มีส่วนร่วม/ภาคีเครือข่าย
- II. ประเด็นในการประเมินระบบข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจ
- III. ประเด็นในการประเมินระบบการจัดการข้อมูล
- IV. ประเด็นในการประเมินการเชื่อมโยงกับชุมชน
- V. คำถามเพื่อประเมินระบบภาพรวม

1.ประเด็นในการประเมินความพร้อมในการออกแบบระบบบริการ

ก. ข้อมูลสำคัญ

| ข้อ | ประเด็น                  | อ.เมือง                                                                                                           | อ.พรหมนิคม | อ.คำตากล้า                                                  | อ.กุสุมาลย์                                                                                         | อ.เจริญศิลป์ | อ.วานรนิวาส |
|-----|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------|
| 1   | ประชากรในพื้นที่         |                                                                                                                   |            |                                                             |                                                                                                     |              |             |
| 1.1 | จำนวนทั้งหมด             | 189,288.0                                                                                                         | 80,043.00  | 38,626.00                                                   | 45,431.00                                                                                           | 41,844.00    | 120,456.00  |
| 1.2 | กลุ่มเสี่ยง              | 15,044.0                                                                                                          | 6,852.00   | 11,592.00                                                   | ยังไม่มีสรุปข้อมูล                                                                                  | 2,864.00     | 24,293.00   |
| 1.3 | เบาหวาน                  | 3,614.0                                                                                                           | 2,420.00   | 710.00                                                      | 733.00                                                                                              | 1,179.00     | 1,910.00    |
|     | ความดันฯ                 | 1,684.0                                                                                                           | 1,702.00   | 692.00                                                      | 33.00                                                                                               | 708.00       | 1,786.00    |
|     | เบาหวานและความดันฯ       | 3,614.0                                                                                                           | -          | 324.00                                                      | 201.00                                                                                              | 988.00       | 1,649.00    |
| 1.4 | กลุ่มป่วย+มีภาวะแทรกซ้อน |                                                                                                                   |            |                                                             |                                                                                                     |              |             |
|     | เบาหวาน/พื้นที่ (คน)     | 0.1                                                                                                               | 235.00     | 103.00                                                      | ไม่ทราบไม่ได้มีการ<br>วิเคราะห์ว่าโรคไหนเกิดก่อน<br>เกิดหลังทำให้ไม่ทราบว่า<br>โรคใดเป็นโรคแทรกซ้อน | 201.00       | 774.00      |
|     | ความดันฯ/พื้นที่ (คน)    | n/a                                                                                                               | 68.00      | 49.00                                                       |                                                                                                     | 180.00       | 193.00      |
| 1.5 | ข้อเสนอแนะด้าน ปชก.      | พบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่<br>เพิ่มขึ้น, เมื่อผู้ป่วยเกิด<br>ภาวะแทรกซ้อน พื้นที่ไม่ทราบ<br>สถานการณ์ที่เป็นปัจจุบัน |            | การส่งต่อระบบข้อมูล<br>กลุ่มเสี่ยงกรณีย้าย<br>ออกจากพื้นที่ |                                                                                                     |              |             |

| ข้อ | ประเด็น                  | อ.อากาศอำนวย | อ.สว่างแดนดิน                                                   | อ.โคกศรีสุพรรณ                                                                                   | อ.โพนนาแก้ว                                                                           | อ.ภูพาน | อ.บ้านม่วง |
|-----|--------------------------|--------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------|
| 1   | ประชากรในพื้นที่         |              |                                                                 |                                                                                                  |                                                                                       |         |            |
| 1.1 | จำนวนทั้งหมด             | 70,199.00    | 138,470.00                                                      | 34,369.00                                                                                        | 35,778.00                                                                             |         | 71,308.00  |
| 1.2 | กลุ่มเสี่ยง              | 14,943.00    | ทราบ(ไม่มีจำนวน)                                                | 3,489.00                                                                                         | 676.00                                                                                |         | 8,624.00   |
| 1.3 | เบาหวาน                  | 2,213.00     | 4,339.00                                                        | 551.00                                                                                           | 948.00                                                                                |         | 1,401.00   |
|     | ความดันฯ                 | 1,775.00     | 2,159.00                                                        | 459.00                                                                                           | 656.00                                                                                |         | 935.00     |
|     | เบาหวานและความดันฯ       | 790.00       | 1,754.00                                                        | 544.00                                                                                           | 32.00                                                                                 |         | 549.00     |
| 1.4 | กลุ่มป่วย+มีภาวะแทรกซ้อน |              |                                                                 |                                                                                                  |                                                                                       |         |            |
|     | เบาหวาน/พื้นที่ (คน)     | 988.00       | ไม่ทราบ เพราะการ                                                | 600.00                                                                                           | 152.00                                                                                |         | 470.00     |
|     | ความดันฯ/พื้นที่ (คน)    | 300.00       | จัดการระบบข้อมูล<br>ยังไม่มีรองรับ<br>โปรแกรมที่ใช้<br>ปัจจุบัน | 536.00                                                                                           | 29.00                                                                                 |         | 390.00     |
| 1.5 | ข้อเสนอแนะด้าน ปชก.      |              | ควรมีโปรแกรม<br>การบันทึกข้อมูล<br>สะดวกในการใช้<br>ข้อมูล      | เป้าหมายในการ<br>ดำเนินงานในพื้นที่มี<br>การโยกย้ายไปทำงาน<br>ต่างถิ่นทำให้เป้าหมาย<br>ไม่แน่นอน | การรับบริการนอกเขต<br>บริการ ไม่นับว่าเป็นการ<br>ขาดนัด(เพราะเป็นรอยต่อ<br>การบริการ) |         |            |

| ข้อ | ประเด็น                  | อ.ส่องดาว | อ.นิคมνάอัน | อ.พังโคน                                                                                                                                                                                                                                                                                               | อ.วาริชภูมิ | อ.กุดบาก                                                               | อ.เต่างอย |
|-----|--------------------------|-----------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1   | ประชากรในพื้นที่         |           |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |             |                                                                        |           |
| 1.1 | จำนวนทั้งหมด             | 33,579.00 | 14,289.00   | 53,336.00                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 17,448.00   | 27,057.00                                                              | 22,800.00 |
| 1.2 | กลุ่มเสี่ยง              | 6,708.00  | 1,885.00    | 11,895.00                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 5,296.00    | 1,314.00                                                               | 2,684.00  |
| 1.3 | เบาหวาน                  | 948.00    | 435.00      | 910.00                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 1,041.00    | 715.00                                                                 | 507.00    |
|     | ความดันฯ                 | 927.00    | 420.00      | 1,082.00                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 1,005.00    | 578.00                                                                 | 413.00    |
|     | เบาหวานและความดันฯ       | 394.00    | 118.00      | 672.00                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 1,672.00    |                                                                        |           |
| 1.4 | กลุ่มป่วย+มีภาวะแทรกซ้อน |           |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |             |                                                                        |           |
|     | เบาหวาน/พื้นที่ (คน)     | 332.00    | 34.00       | 310.00                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 574.00      | 333.00                                                                 | 76.00     |
|     | ความดันฯ/พื้นที่ (คน)    | 284.00    | 9.00        | 67.00                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 914.00      | 41.00                                                                  | 49.00     |
| 1.5 | ข้อเสนอแนะด้าน ปชก.      |           |             | <p>ในด้านการเก็บข้อมูล<br/>กลุ่มป่วยที่มี<br/>ภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วย<br/>ที่เป็นทั้งเบาหวานและ<br/>ความดันฯและพบ<br/>ภาวะแทรกซ้อน การ<br/>นับภาวะแทรกซ้อนจะ<br/>ยังสับสนในการเก็บ<br/>ข้อมูลว่าจะนับ<br/>ภาวะแทรกซ้อนของ<br/>โรคเบาหวาน หรือ<br/>ความดันโลหิตสูง หรือ<br/>ภาวะแทรกซ้อนทั้ง 2<br/>โรค</p> |             | <p>กลุ่มประชากรมีการ<br/>เคลื่อนย้ายถิ่น อยู่<br/>จริงเฉพาะช่วงฤดู</p> |           |

| ข้อ | ประเด็น                        | อ.เมือง                                                                                                                                      | อ.พรหมนิคม                                                                                                 | อ.คำตากล้า                                                                                                                                                                                 | อ.กุสุมาลย์                                                                                                                                                                           | อ.เจริญศิลป์                                                                                                                                   | อ.วานรนิวาส                                                                                                                                                                                          |
|-----|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2   | สถานการณ์กลุ่มเสี่ยง+การจัดการ |                                                                                                                                              |                                                                                                            |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                      |
| 2.1 | การค้นหา และเฝ้าระวัง          | ทราบ                                                                                                                                         | ทราบ                                                                                                       | ทราบ                                                                                                                                                                                       | ทราบ                                                                                                                                                                                  | ทราบ                                                                                                                                           | ทราบ                                                                                                                                                                                                 |
|     | ดังนี้                         | คัดกรอง, วิเคราะห์ปัญหา, ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, มีการจัดเครื่องตรวจน้ำตาล 1 เครื่อง/หมู่บ้าน, ประเมินผลปีละ 1 ครั้ง                            | คัดกรองประชากร อายุ 35 ปี จัดกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ชุมชน, มีแกนนำในชุมชน/หมู่บ้าน | อบรม อสม. เรื่องการคัดกรองสำรวจประชากรเป้าหมายที่อยู่จริง, นำข้อมูลพื้นฐานจาก HCIS ทะเบียนราษฎรมาใช้, อสม.ดำเนินการค้นหาสรุปผลจัดทำทะเบียนแยกกลุ่มป่วย กลุ่มเสี่ยง กลุ่มปกติ               | การคัดกรองเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงการเจาะเลือด DTX ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงตามแบบ verbal screening, การวินิจฉัย DM ด้วยวิธี FPG, การติดตามเจาะ DTX ทุกปีในกลุ่มเสี่ยง เว้น 3 ปีในกลุ่มปกติ | คัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงโดยการสัมภาษณ์ทั้งในชุมชน ผู้มาบริการที่รพ.                                                                           | คัดกรองประชากร อายุ 35 ปีขึ้นไปที่อยู่ในพื้นที่จริงโดยอสม. เชี่ยวชาญ และเครือข่ายในพื้นที่ร่วมคัดกรอง, อบต. สนับสนุนเครื่องเจาะน้ำตาลในการตรวจคัดกรอง, ผู้นำชุมชน ประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าวชุมชน |
| 2.2 | ปชก.ลงทะเบียนพื้นที่           | (ไม่ครอบคลุม) 97%                                                                                                                            | ครอบคลุม                                                                                                   | ครอบคลุม                                                                                                                                                                                   | ครอบคลุม                                                                                                                                                                              | ครอบคลุม                                                                                                                                       | ครอบคลุม                                                                                                                                                                                             |
|     | กระบวนการจัดการกลุ่มเสี่ยง     | ค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้ความรู้ ประชาสัมพันธ์ (แจกแผ่นพับ เอกสาร เสี่ยงตามสาย วิทยุชุมชน) อสม. เชี่ยวชาญ คลินิกเบาหวานในหมู่บ้าน/ชุมชน | ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การออกกำลังกาย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยชุมชน อสม. แกนนำสุขภาพ                          | จัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยง ติดตามให้มา F/U ทุก 1-3 เดือน ให้ความรู้คำแนะนำ จัดกิจกรรมและเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน จัดค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง ติดตามประเมินผลในเดือนที่ 1,3,6,12 เพื่อ | จัดอบรมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง ให้สูขศึกษา แจกแผ่นพับ ติดตามเจาะเลือดเพื่อตรวจ FPG พบแพทย์ เกี่ยวกับการวินิจฉัย                                                         | จัดค่ายให้ความรู้กลุ่มเสี่ยง ออกประชาสัมพันธ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ใช้สื่อประชาสัมพันธ์ แผ่นพับ วิทยุชุมชน VCD มี อสม.เชี่ยวชาญในการเฝ้าระวัง | ขึ้นทะเบียน มีสมุดประจำตัว จัดทำค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จัดตั้งชมรมออกกำลังกายในหมู่บ้าน จัดกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายโดยการวิ่งทุกเดือนหมุนเวียนไปตามตำบล                                        |

| ข้อ | ประเด็น                                                              | อ.เมือง                                                      | อ.พรหมนิคม | อ.คำตากล้า                                                                                 | อ.กุสุมาลย์                   | อ.เจริญศิลป์                                | อ.วานรนิวาส                                   |
|-----|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------|
|     |                                                                      |                                                              |            | ติดตามการเปลี่ยนแปลง                                                                       |                               |                                             |                                               |
| 2.3 | วิธีประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการสื่อสารกับความเสี่ยง | แบบคัดกรอง(verbal screening) โดยใช้เอกสารแจ้งรายบุคคลโดยวาจา |            | ติดตามผลโดยการนัด F/U 1-3 เดือน แจ้งผลการตรวจคัดกรองที่พบเป็นรายบุคคล มีการประเมินรายบุคคล | -                             | การสอบถาม และเก็บข้อมูลจากใบสัมภาษณ์คัดกรอง | ใช้แบบคัดกรองฯโดยผ่าน อสม. เชี่ยวชาญ          |
|     | ข้อดี                                                                | ใช้ง่าย นำมาเปรียบเทียบกันได้ทั้งจังหวัด                     |            |                                                                                            | -                             |                                             | ชาวบ้านกล้าที่จะบอกความจริง และให้ความร่วมมือ |
|     | ข้อเสีย                                                              |                                                              |            | ใช้เวลาในการสื่อสารมาก                                                                     | -                             |                                             | หากสื่อสารผิดจะทำให้ข้อมูลผิดพลาด             |
| 2.4 | จำนวนและประเภทของปชก.กลุ่มเสี่ยง (คน)                                | 15,044.0                                                     | 6,852.00   | 11,592.00                                                                                  | ปี 2552 ยังไม่มีการสรุปข้อมูล | 2,864.00                                    | 24,293.00                                     |
|     | มีประวัติความดันฯ                                                    | -                                                            | -          | 1,322.00                                                                                   | -                             | 101.00                                      | 975.00                                        |
|     | น้ำตาลในเลือด 100-125 มก./ดล.                                        | -                                                            | 295.00     | 780.00                                                                                     | -                             | 490.00                                      | 1,311.00                                      |
|     | ประวัติญาติสายตรง                                                    | -                                                            | 8.00       | 1,183.00                                                                                   | -                             | 152.00                                      | 3,491.00                                      |
|     | BMI $\geq$ 25                                                        | -                                                            | 3,365.00   | 4,907.00                                                                                   | -                             | 2,017.00                                    | 8,457.00                                      |
|     | ชาย มีรอบพุง $\geq$ 90 ซม.                                           | -                                                            | 3,116.00   | 561.00                                                                                     | -                             | -                                           |                                               |
|     | หญิง มีรอบพุง $\geq$ 80 ซม.                                          | -                                                            |            | 2,685.00                                                                                   | -                             | -                                           |                                               |
|     | triglyceride (TG) $\geq$ 250 มก./ดล.                                 | -                                                            | 34.00      | 154.00                                                                                     | -                             | 104.00                                      | 105.00                                        |
|     | HDL < 35 มก./ดล.                                                     | -                                                            |            |                                                                                            | -                             | -                                           |                                               |

| ข้อ | ประเด็น                                   | อ.เมือง                                                                                  | อ.พรหมนิคม          | อ.คำตากล้า         | อ.กุสุมาลย์                                                                                           | อ.เจริญศิลป์     | อ.วานรนิวาส                           |
|-----|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------------|
|     |                                           |                                                                                          | 34.00               |                    |                                                                                                       |                  | 285.00                                |
|     | ประเภทกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ                    | สูบบุหรี่                                                                                | เด็ก และวัยรุ่นอ่อน | สูบบุหรี่ ดื่มสุรา | -                                                                                                     | -                | ดื่มสุรา(5,557) สูบบุหรี่(4,112)      |
| 2.5 | กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการจัดการ             | ทราบ (ไม่ระบุจำนวน)                                                                      | ทราบ(2,222)         | ทราบ(3,795)        | (ทราบ)275                                                                                             | (ทราบ) 1,118     | (ทราบ) 2,100                          |
| 2.6 | กลุ่มเสี่ยงเปลี่ยนเป็นกลุ่มป่วย           |                                                                                          |                     |                    |                                                                                                       |                  |                                       |
|     | เสี่ยงเบาหวานเป็นป่วย                     | ทราบ (198 คน)                                                                            | ทราบ(1,539)         | ทราบ(50)           | (ทราบ)22                                                                                              | (ทราบ) 31        | (ทราบ)226                             |
|     | เสี่ยงความดันเป็นป่วย                     | ทราบ (137 คน)                                                                            | ทราบ(683)           | ทราบ(67)           | (ทราบ)18                                                                                              | (ทราบ) 81        | (ทราบ) 174                            |
|     | กลุ่มเสี่ยงเปลี่ยนเป็นกลุ่มปกติ           |                                                                                          |                     |                    | ไม่ทราบ                                                                                               | ไม่ทราบ          | ไม่ทราบ                               |
|     | น้ำตาลในเลือดลดลง                         | -                                                                                        | 6,458.00            | 64.00              | -                                                                                                     | -                | -                                     |
|     | ความดันลดลง                               | -                                                                                        | 713.00              | 385.00             | -                                                                                                     | -                | -                                     |
|     | BMI $\geq$ 25 ลดลง                        | -                                                                                        | -                   | 1,473.00           | -                                                                                                     | -                | -                                     |
|     | ชาย มีรอบพุง $\geq$ 90 ซม. ลดลง           | -                                                                                        | -                   | 57.00              | -                                                                                                     | -                | -                                     |
|     | หญิง มีรอบพุง $\geq$ 80 ซม. ลดลง          | -                                                                                        | -                   | 269.00             | -                                                                                                     | -                | -                                     |
|     | triglyceride (TG) $\geq$ 250 มก./ดล. ลดลง | -                                                                                        | -                   | 108.00             | -                                                                                                     | -                | -                                     |
|     | HDL < 35 มก./ดล. เพิ่มขึ้น                | -                                                                                        | -                   | -                  | -                                                                                                     | -                | -                                     |
|     | ไม่ทราบ                                   | เพราะ การจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีจริงแต่ขาดการติดตามและประเมินผล ก่อน-หลัง การ |                     |                    | ยังไม่มีระบบเก็บรวบรวมข้อมูลที่สามารถึงข้อมูลได้ง่าย รวดเร็ว ปัจจุบันยังใช้วิธี manual ทำให้วิเคราะห์ | ไม่ได้เก็บข้อมูล | ไม่ได้นำข้อมูลมาสรุปวิเคราะห์ในภาพรวม |



| ข้อ | ประเด็น                        | อ.เมือง                         | อ.พรหมนิคม | อ.คำตากล้า                                                                         | อ.กุสุมาลย์ | อ.เจริญศิลป์ | อ.วานรนิวาส                                    |
|-----|--------------------------------|---------------------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------|------------------------------------------------|
|     |                                | ดำเนินการอย่างครอบคลุมทั้งอำเภอ |            |                                                                                    | ข้อมูลยาก   |              |                                                |
| 2.7 | ข้อเสนอแนะด้าน ปชก.กลุ่มเสี่ยง |                                 |            | ขาดงบประมาณสนับสนุนในการจัดการกลุ่มเสี่ยง เช่น การจัดค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ |             |              | ข้อมูลที่เก็บเก็บตามข้อมูลที่จังหวัดให้จัดเก็บ |

| ข้อ | ประเด็น                        | อ.อากาศอำนวย                                                                                             | อ.สว่างแดนดิน                                                                                                                                                                         | อ.โคกศรีสุพรรณ                                                                                                                                                                                                                | อ.โพนนาแก้ว                                                                                              | อ.ภูพาน                                                                                                                                                                                                        | อ.บ้านม่วง                                                                     |
|-----|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 2   | สถานการณ์กลุ่มเสี่ยง+การจัดการ |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                |
| 2.1 | การค้นหา และเฝ้าระวัง          | ทราบ                                                                                                     | ทราบ                                                                                                                                                                                  | ทราบ                                                                                                                                                                                                                          | ทราบ                                                                                                     | ทราบ                                                                                                                                                                                                           | ทราบ                                                                           |
|     | ดังนี้                         | การคัดกรองเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงตาม verbal screening การตรวจเลือด DTX, FPG, การทำกลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรม | การคัดกรองเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงตาม verbal screening จัดแบ่งกลุ่ม กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย กลุ่มปกติ แนะนำทั่วไป กลุ่มเสี่ยงให้คำแนะนำ และจัดค่ายปรับพฤติกรรม กลุ่มป่วย พบแพทย์ | การประชาสัมพันธ์ สร้างกระแส การอบรมให้ความรู้ พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย คัดกรองโดยใช้แบบคัดกรองด้วยวาจา วิเคราะห์แบ่งกลุ่มปกติเสี่ยงป่วย สรุปประเมินผล/ติดตามดูแลเยี่ยมบ้านต่อเนื่องโดยมีภาคีเครือข่ายร่วมดำเนินงานทุกขั้นตอน | การคัดกรองเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงตาม verbal screening โดย อสม.                                             | ค้นหาโดยใช้แบบคัดกรองความเสี่ยง verbal screening ในประชากรกลุ่มเสี่ยงอายุ 35 ปีขึ้นไป การเฝ้าระวังทำโดยขึ้นทะเบียนกลุ่มเสี่ยง การให้สุขศึกษา ส่งเสริมการออกกำลังกาย ให้เทคนิคให้ อสม. มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ | ค้นหาโดยใช้แบบคัดกรองความเสี่ยง verbal screening                               |
| 2.2 | ปชก.ลงทะเบียนพื้นที่           | ครอบคลุม                                                                                                 | ครอบคลุม                                                                                                                                                                              | ครอบคลุม                                                                                                                                                                                                                      | ครอบคลุม                                                                                                 | ครอบคลุม                                                                                                                                                                                                       | ครอบคลุม                                                                       |
|     | กระบวนการจัดการกลุ่มเสี่ยง     | มีการอบรมให้ความรู้ การทำกลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีการเจาะเลือดตรวจ DTX, FPG ทุกปี                      | ให้สุขศึกษา จัดค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่งเสริมให้มีกิจกรรมออกกำลังกายต่อเนื่อง F/U 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน 1 ปี ตามความเหมาะสม                                                       | ให้ความรู้รายบุคคล/รายกลุ่มเรื่องโรคอาหาร การออกกำลังกาย ตรวจ FPG ในกลุ่มเสี่ยงที่มี DTX $\geq$ 100 ติดตามประเมินผล                                                                                                           | มีการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทำเฉพาะบางแห่ง การติดตามประเมินผลนัดตรวจซ้ำ 1 เดือน | ขึ้นทะเบียนกลุ่มเสี่ยง ส่งเสริมการออกกำลังกาย ให้สุขศึกษา                                                                                                                                                      | การส่งเสริมสุขภาพ การให้ความรู้ การตรวจสุขภาพอย่าสม่ำเสมอ การจัดค่ายให้ความรู้ |

| ข้อ | ประเด็น                                                              | อ.อากาศอำนวย                                                                             | อ.สว่างแดนดิน                       | อ.โคกศรีสุพรรณ | อ.โพนนาแก้ว                                  | อ.ภูพาน                                                                                                                                                           | อ.บ้านม่วง                                            |
|-----|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 2.3 | วิธีประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการสื่อสารกับความเสี่ยง | ใช้แบบฟอร์ม verbal screening ,มีใบแปรรผลการคัดกรอง,ที่ร่วมกันกำหนดแนวทางการแก้ไขรายบุคคล | ได้แก่ แบบคัดกรอง และการตรวจร่างกาย |                | ใช้แบบประเมิน การคุยเป็นรายบุคคลและเป็นกลุ่ม | ใช้แบบฟอร์มคัดกรองโดยเจ้าหน้าที่ และ อสม.ร่วมกันในการคัดกรองและแปรรผลให้ผู้มาคัดกรองทราบ กลุ่มปกติให้สุศึกษา กลุ่มเสี่ยงส่งเข้าโรงพยาบาลเพื่อคัดกรองและให้สุศึกษา | การคัดกรอง verbal screening เพื่อใช้ประเมินความเสี่ยง |
|     | ข้อดี                                                                |                                                                                          |                                     |                |                                              | ง่าย สะดวก ครอบคลุม                                                                                                                                               | ประหยัด รวดเร็ว สามารถมอบหมาย อสม. ปฏิบัติแทนได้      |
|     | ข้อเสีย                                                              |                                                                                          |                                     |                |                                              | ใช้เวลานาน                                                                                                                                                        |                                                       |
| 2.4 | จำนวนและประเภทของ ปชก.กลุ่มเสี่ยง (คน)                               |                                                                                          |                                     |                |                                              | -                                                                                                                                                                 |                                                       |
|     | มีประวัติความดันฯ                                                    | 3,542.00                                                                                 | n/a                                 | 654.00         | 32.00                                        | -                                                                                                                                                                 | 1,283.00                                              |
|     | น้ำตาลในเลือด 100-125 มก./ดล.                                        | 1,951.00                                                                                 | n/a                                 | 432.00         | 383.00                                       | -                                                                                                                                                                 | 280.00                                                |
|     | ประวัติญาติสายตรง                                                    | 1,868.00                                                                                 | n/a                                 | 833.00         | 43.00                                        | -                                                                                                                                                                 | 2,510.00                                              |
|     | BMI $\geq$ 25                                                        | 3,791.00                                                                                 | n/a                                 | 1,569.00       | 109.00                                       | -                                                                                                                                                                 | 2,258.00                                              |
|     | ชาย มีรอบพุง $\geq$ 90 ซม.                                           |                                                                                          | n/a                                 |                | -                                            | -                                                                                                                                                                 | 1,269.00                                              |
|     | หญิง มีรอบพุง $\geq$ 80 ซม.                                          |                                                                                          | n/a                                 |                | 101.00                                       | -                                                                                                                                                                 | 989.00                                                |
|     | triglyceride (TG) $\geq$ 250                                         | -                                                                                        | n/a                                 |                | -                                            | -                                                                                                                                                                 |                                                       |

| ข้อ | ประเด็น                             | อ.อากาศอำนวย | อ.สว่างแดนดิน                   | อ.โคกศรีสุพรรณ                 | อ.โพนนาแก้ว                                     | อ.ภูพาน | อ.บ้านม่วง |
|-----|-------------------------------------|--------------|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------|---------|------------|
|     | มก./ดล.                             |              |                                 | 1.00                           |                                                 |         | 35.00      |
|     | HDL < 35 มก./ดล.                    | -            | n/a                             | -                              | -                                               | -       |            |
|     | ประเภทกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ              | -            | ประวัติการสูบบุหรี่<br>ดื่มสุรา | -                              | พฤติกรรมการบริโภค /การ<br>ออกกำลังกาย/กลุ่มอายุ | -       |            |
| 2.5 | กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการจัดการ       | (ทราบ) 3,791 | (ทราบ) 17,724                   | 422.00                         | 8,143.00                                        | -       | 2,591.00   |
| 2.6 | กลุ่มเสี่ยงเปลี่ยนเป็นกลุ่ม<br>ป่วย |              |                                 |                                |                                                 |         |            |
|     | เสี่ยงเบาหวานเป็นป่วย               | (ทราบ) 35    | ทราบ(ไม่มีจำนวน)                | 73.00                          | 73.00                                           | -       | -          |
|     | เสี่ยงความดันฯเป็นป่วย              | (ทราบ) 25    | ทราบ(ไม่มีจำนวน)                | 57.00                          | 48.00                                           | -       | -          |
|     | กลุ่มเสี่ยงเปลี่ยนเป็นกลุ่ม<br>ปกติ | ไม่ทราบ      | ทราบ(ไม่มีจำนวน)                | ทราบ                           | ไม่ทราบ                                         | -       | -          |
|     | น้ำตาลในเลือดลดลง                   | -            | n/a                             | 378.00                         |                                                 | -       | -          |
|     | ความดันฯลดลง                        | -            | n/a                             | มีข้อมูลแต่ไม่ได้<br>วิเคราะห์ |                                                 | -       | -          |
|     | BMI $\geq$ 25 ลดลง                  | -            | n/a                             | มีข้อมูลแต่ไม่ได้<br>วิเคราะห์ |                                                 | -       | -          |
|     | ชาย มีรอบพุง $\geq$ 90 ซม.<br>ลดลง  | -            | n/a                             | มีข้อมูลแต่ไม่ได้<br>วิเคราะห์ |                                                 | -       | -          |
|     | หญิง มีรอบพุง $\geq$ 80 ซม.<br>ลดลง | -            | n/a                             | มีข้อมูลแต่ไม่ได้<br>วิเคราะห์ |                                                 | -       | -          |

| ข้อ | ประเด็น                                      | อ.อากาศอำนวย                         | อ.สว่างแดนดิน                                          | อ.โคกศรีสุพรรณ                 | อ.โพนนาแก้ว                                                              | อ.ภูพาน                                                                     | อ.บ้านม่วง                                                 |
|-----|----------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
|     | triglyceride (TG) $\geq$ 250<br>มก./ดล. ลดลง | -                                    | n/a                                                    | มีข้อมูลแต่ไม่ได้<br>วิเคราะห์ |                                                                          | -                                                                           | -                                                          |
|     | HDL < 35 มก./ดล. เพิ่มขึ้น                   | -                                    | n/a                                                    | ไม่ได้เก็บข้อมูล               |                                                                          | -                                                                           | -                                                          |
|     | ไม่ทราบ                                      | เพราะไม่ได้รวบรวมไว้เป็น<br>หมวดหมู่ |                                                        |                                | ไม่ได้เจาะตรวจ ไม่ได้รับ<br>การตรวจซ้ำเนื่องจากไม่มี<br>งบประมาณสนับสนุน | -                                                                           | ไม่มีการรายงาน<br>ผลลัพธ์เหล่านี้หลังการ<br>จัดกิจกรรมค่าย |
| 2.7 | ข้อเสนอแนะด้าน ปชก.กลุ่ม<br>เสี่ยง           |                                      | ควรมีโปรแกรม<br>รวบรวมและบันทึก<br>ข้อมูลในกลุ่มเสี่ยง |                                | การค้นหากกลุ่มเสี่ยงมีการ<br>จัดการแต่ยังไม่มีกร<br>ประเมินผลซ้ำ         | ควรจัดทำค่าย<br>ปรับเปลี่ยน<br>พฤติกรรมประชากร<br>กลุ่มเสี่ยงระดับ<br>อำเภอ |                                                            |

| ข้อ | ประเด็น                        | อ.ส่องดาว                                                                                                      | อ.นิคมน้ำอุ่น                                                                                                                                                                                                                        | อ.พังโคน                                                                                                                                                                                                                                        | อ.วาริชภูมิ                                                                                    | อ.กุดบาก                                                                              | อ.เต่างอย                                                                                                 |
|-----|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2   | สถานการณ์กลุ่มเสี่ยง+การจัดการ |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                |                                                                                       |                                                                                                           |
| 2.1 | การค้นหา และเฝ้าระวัง          | ทราบ                                                                                                           | ทราบ                                                                                                                                                                                                                                 | ทราบ                                                                                                                                                                                                                                            | ทราบ                                                                                           | ทราบ                                                                                  | ทราบ                                                                                                      |
|     | ดังนี้                         | การคัดกรองเบื้องต้น (verbal screening) เฝ้าระวังโดยการ จัดค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้สุขศึกษาหลังจากการคัดกรอง | ค้นหาแลเฝ้าระวัง กลุ่มเสี่ยงโดย อสม. เชี่ยวชาญโดยใช้ แบบฟอร์มคัดกรอง (verbal screening) และตรวจเช็คระดับ น้ำตาล ระดับความดันโลหิต ในคลินิก ชุมชนและส่งต่อเพื่อ วินิจฉัยจากแพทย์ใน รายที่สงสัยว่าจะเป็น โรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน | มีทะเบียนประชาชน อายุ 35 ปีขึ้นไป ค้นหา กลุ่มเป้าหมายที่อยู่จริง ในพื้นที่ แบ่งโซนพื้นที่ ให้ อสม./จิตอาสาช่วย ในการคัดกรอง และ ติดตามกลุ่มเป้าหมาย ให้มารับบริการตามนัด ให้บริการเชิงรุก และ เชิงรับขณะที่ประชาชน เข้ามารับบริการใน สถานบริการ | การคัดกรองโดยใช้ verbal screening (แบบคัดกรอง โดยวาจา)                                         | การคัดกรองโดยใช้ verbal screening บูรณาการงานค้นหา ร่วมกับคลินิกบริการ คัดกรองในชุมชน | การคัดกรองโดยใช้ verbal screening ใน กลุ่มประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป และเจาะ DTX ในกลุ่มญาติสายตรงปี ละครั้ง |
| 2.2 | ปชก.ลงทะเบียนพื้นที่           | ครอบคลุม                                                                                                       | ครอบคลุม                                                                                                                                                                                                                             | ครอบคลุม                                                                                                                                                                                                                                        | ครอบคลุม                                                                                       | ครอบคลุม                                                                              | ครอบคลุม                                                                                                  |
|     | กระบวนการจัดการกลุ่มเสี่ยง     | จัดค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และให้สุขศึกษาการดูแล ตนเองและปรับพฤติกรรมเพื่อ หลีกเลี่ยงโรค                       | มีการให้ความรู้สร้าง ความเข้าใจใน รูปแบบการอบรมใน พื้นที่ และเฝ้าระวัง ตรวจเช็คระดับ น้ำตาล ระดับความดันโลหิตทุก 6 เดือน โดย อสม.เชี่ยวชาญ                                                                                           | แจ้งให้กลุ่มเสี่ยงทราบ ให้สมุดประจำตัวกลุ่มเสี่ยง จัดอบรม จัดค่าย ปรับเปลี่ยน ให้ความรู้ วิทยุบุคคล นัดหมายให้ เจาะเลือดที่ชุมชนใกล้ บ้าน ส่งเสริมให้เข้า กลุ่มออกกำลังกายใน                                                                    | มีการสร้างกระแสในการ ออกกำลังกาย การ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดย การเข้าค่าย กลุ่มเพื่อนช่วย เพื่อน | ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมทั้งกลุ่ม ปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่ม ป่วย                             | มีการให้ความรู้เรื่อง อาหาร การออกกำลังกาย และนัด F/U ทุกปี                                               |

| ข้อ | ประเด็น                                                                      | อ.ส่องดาว                                        | อ.นิคมน้ำอุ่น                                                                                                                                                                                                                                 | อ.พังโคน                                                                                                                 | อ.วาริชภูมิ                                                           | อ.กุดบาก                                                        | อ.เต่างอย                                                                                                                                                 |
|-----|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                                                                              |                                                  | ประจำหมู่บ้าน และ<br>ส่งต่อพบทีมสุขภาพ<br>กรณีผิดปกติ                                                                                                                                                                                         | หมู่บ้าน                                                                                                                 |                                                                       |                                                                 |                                                                                                                                                           |
| 2.3 | วิธีประเมินความเสี่ยง การ<br>จัดการความเสี่ยง และการ<br>สื่อสารกับความเสี่ยง | ใช้แบบคัดกรอง verbal<br>screening และพูดด้วยวาจา | ใช้แบบประเมิน<br>ความเสี่ยง(verbal<br>screening) จาก<br>จังหวัด วิเคราะห์<br>ข้อมูลและแจ้ง<br>ผู้รับบริการทราบผล<br>ให้คำแนะนำในการ<br>ดูแลสุขภาพ ส่งต่อ<br>ในรายที่สงสัย และ<br>จัดทำทะเบียนความ<br>เสี่ยง ติดตามทุก 3<br>เดือน 6 เดือน 1 ปี | ใช้แบบประเมิน<br>พฤติกรรมและการดูแล<br>สุขภาพ และสมุด<br>ประจำตัวกลุ่มเสี่ยง                                             | สื่อสารโดยการบอกผู้ป่วย<br>โดยตรง                                     | ประเมินจากแบบ<br>คัดกรองความเสี่ยง<br>โดยยึดเกณฑ์ของ<br>จังหวัด | การชักประวัติโดยการ<br>ใช้verbal screening<br>และการชักประวัติ<br>ญาติสายตรง ภาวะ<br>เสี่ยงอื่นๆ เช่น สุรา<br>บุหรี่ การรับประทาน<br>อาหาร การออกกำลังกาย |
|     | ข้อดี                                                                        | สะดวกและสามารถประเมิน<br>ตามเกณฑ์                |                                                                                                                                                                                                                                               | ง่าย สะดวก รวดเร็ว<br>ผู้ป่วยทราบข้อมูล                                                                                  | เกิดความตระหนักในการ<br>ในการรับรู้ข้อมูลใน<br>ระยะแรก                | เป็นแนวทาง<br>เดียวกันทั้งจังหวัด                               |                                                                                                                                                           |
|     | ข้อเสีย                                                                      | วาจา:ไม่มีลายลักษณ์อักษร<br>ทำให้ไม่ครอบคลุม     |                                                                                                                                                                                                                                               | บางครั้งตอบไม่ตรง<br>ความจริง การเก็บ<br>ข้อมูลจากผู้ป่วย<br>สูงอายุข้อมูลคลาด<br>เคลื่อนสูง บันทึกข้อมูล<br>ไม่ครอบคลุม | ขาดหลักฐานชัดเจนในการ<br>ดำเนินงาน การติดตามไม่<br>ต่อเนื่อง ครอบคลุม | ไม่มีโปรแกรม<br>สำเร็จรูป และ<br>โปรแกรม<br>ประมวลผล            | ใช้เวลานาน                                                                                                                                                |
| 2.4 | จำนวนและประเภทของ                                                            |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                          |                                                                       |                                                                 |                                                                                                                                                           |

| ข้อ | ประเด็น                                 | อ.ส่องดาว                                              | อ.นิคมνάอัน | อ.พังโคน                     | อ.วาริชภูมิ                                                                | อ.กุดบาก           | อ.เต่างอย                                                                            |
|-----|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
|     | ปชก.กลุ่มเสี่ยง (คน)                    |                                                        |             |                              |                                                                            |                    |                                                                                      |
|     | มีประวัติความดันฯ                       | 765.00                                                 | 418.00      | 1,114.00                     | 1,005.00                                                                   | ไม่มีข้อมูล        | -                                                                                    |
|     | น้ำตาลในเลือด 100-125<br>มก./ดล.        | 242.00                                                 | 336.00      | 575.00                       | 342.00                                                                     | 274.00             | 124.00                                                                               |
|     | ประวัติญาติสายตรง                       | 350.00                                                 | 239.00      | 1,150.00                     | 2,176.00                                                                   | ไม่มีข้อมูล        | 425.00                                                                               |
|     | BMI $\geq$ 25                           | 653.00                                                 | 892.00      | 4,356.00                     | 550.00                                                                     | 1,040.00           | 413.00                                                                               |
|     | ชาย มีรอบพุง $\geq$ 90 ซม.              |                                                        | -           |                              | 102.00                                                                     | ไม่ได้ประมวลผล     |                                                                                      |
|     | หญิง มีรอบพุง $\geq$ 80 ซม.             |                                                        | -           | -                            | 438.00                                                                     | ไม่ได้ประมวลผล     |                                                                                      |
|     | triglyceride (TG) $\geq$ 250<br>มก./ดล. | 65.00                                                  | -           | 185.00                       | 225.00                                                                     | ไม่มีข้อมูล        | 59.00                                                                                |
|     | HDL < 35 มก./ดล.                        | 65.00                                                  | -           | -                            | 458.00                                                                     | ไม่มีข้อมูล        |                                                                                      |
|     | ประเภทกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ                  | บุหรี(1,504) ต้มสุรา(1,647)<br>อัมพฤกษ์ อัมพาต (1,417) |             | สุรา(2,510) บุหรี<br>(2,005) | คลอดบุตรมากกว่า 4 กิโล<br>กรัม,โรคหัวใจ,สูบบุหรี่,ดื่ม<br>สุรา,เคยเป็น CVA | หัวใจ และหลอดเลือด | สูบบุหรี่(554 คน) ต้ม<br>สุรา(938 คน) มี<br>ประวัติน้ำตาลในเลือด<br>100-125 (171 คน) |
| 2.5 | กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการจัดการ           | 3,306.00                                               | 904.00      | 386.00                       | 2,606.00                                                                   | 1,010.00           | 53.00                                                                                |
| 2.6 | กลุ่มเสี่ยงเปลี่ยนเป็นกลุ่ม<br>ป่วย     |                                                        |             |                              |                                                                            |                    |                                                                                      |
|     | เสี่ยงเบาหวานเป็นป่วย                   | 106.00                                                 | 6.00        | -                            | 56.00                                                                      | 12.00              |                                                                                      |
|     | เสี่ยงความดันฯเป็นป่วย                  | 60.00                                                  | 31.00       | -                            | 63.00                                                                      | 12.00              |                                                                                      |
|     | กลุ่มเสี่ยงเปลี่ยนเป็นกลุ่ม<br>ปกติ     |                                                        |             |                              |                                                                            |                    |                                                                                      |
|     | น้ำตาลในเลือดลดลง                       | 252.00                                                 | 479.00      | -                            | n/a                                                                        | ไม่มีข้อมูล        |                                                                                      |
|     | ความดันฯลดลง                            | 571.00                                                 | 388.00      | -                            | n/a                                                                        | ไม่มีข้อมูล        |                                                                                      |



| ข้อ | ประเด็น                                      | อ.ส่องดาว | อ.นิคมνάฮูน | อ.พังโคน                                                                                                                                                     | อ.วาริชภูมิ | อ.กุดบาก                                                                                 | อ.เต่างอย                                                                                                                             |
|-----|----------------------------------------------|-----------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     | BMI $\geq$ 25 ลดลง                           | 321.00    | -           | -                                                                                                                                                            | n/a         | ไม่มีข้อมูล                                                                              |                                                                                                                                       |
|     | ชาย มีรอบพุง $\geq$ 90 ซม.<br>ลดลง           | 276.00    | -           | -                                                                                                                                                            | n/a         | ไม่มีข้อมูล                                                                              |                                                                                                                                       |
|     | หญิง มีรอบพุง $\geq$ 80 ซม.<br>ลดลง          | 164.00    | -           | -                                                                                                                                                            | n/a         | ไม่มีข้อมูล                                                                              |                                                                                                                                       |
|     | triglyceride (TG) $\geq$ 250<br>มก./ดล. ลดลง | 42.00     | -           | -                                                                                                                                                            | n/a         | ไม่มีข้อมูล                                                                              |                                                                                                                                       |
|     | HDL < 35 มก./ดล. เพิ่มขึ้น                   | 35.00     | -           | -                                                                                                                                                            | n/a         | ไม่มีข้อมูล                                                                              |                                                                                                                                       |
|     | ไม่ทราบ                                      |           |             | มีข้อมูลแต่ไม่ได้แยก<br>รายละเอียด จะทราบ<br>เฉพาะกลุ่มทั่วไป กลุ่ม<br>เสี่ยง ที่เป็นเบาหวาน<br>ประชากรกลุ่มเสี่ยง<br>กลายเป็นกลุ่มปกติ<br>ไม่ได้มีการบันทึก |             | ไม่ได้ติดตามผล<br>ย้อนหลัง และระบบ<br>การจัดเก็บข้อมูลไม่<br>สมบูรณ์                     | ไม่มีการวิเคราะห์<br>ข้อมูล                                                                                                           |
| 2.7 | ข้อเสนอแนะด้าน ปชก.กลุ่ม<br>เสี่ยง           |           |             | ข้อมูลที่เก็บจะเก็บ<br>ตามที่จังหวัดกำหนด                                                                                                                    |             | ต้องการโปรแกรม<br>สำเร็จรูปที่มีการ<br>ประมวลผลทุกข้อ<br>ตามที่คณะวิจัย<br>ต้องการข้อมูล | ควรมีโปรแกรมบันทึก<br>ข้อมูลที่สามารถ<br>ประมวลผลได้ , ควรมี<br>การจัดสรร<br>งบประมาณในทุกกลุ่ม<br>ประชากรในด้านการ<br>ส่งเสริมสุขภาพ |

| ข้อ | ประเด็น                      | อ.เมือง                                                                                          | อ.พรหมนิคม | อ.คำตากล้า | อ.กุสุมาลย์ | อ.เจริญศิลป์      | อ.วานรนิวาส |
|-----|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|-------------|-------------------|-------------|
| 3   | สถานการณ์กลุ่มป่วย+การจัดการ |                                                                                                  |            |            |             |                   |             |
| 3.1 | สถานการณ์(pt.ใหม่/แสน ปชก.)  |                                                                                                  |            |            |             |                   |             |
|     | สถานการณ์อุบัติการณ์เบาหวาน  | 104.6                                                                                            | 168.00     | 129.49     | 46.22       | ทราบ (ไม่มีจำนวน) | 187.62      |
|     | สถานการณ์อุบัติการณ์ความดันฯ | 75.0                                                                                             | 277.00     | 173.46     | 39.62       | ทราบ (ไม่มีจำนวน) | 144.45      |
|     | สถานการณ์ความชุกเบาหวาน      | 1.9                                                                                              | 2.80       | 2.68       | 2.04        | 2.80              | 2.82        |
|     | สถานการณ์ความชุกความดันฯ     | 0.9                                                                                              | 1.90       | 1.79       | 0.51        | 1.68              | 1.34        |
|     | ไม่ทราบ                      |                                                                                                  |            |            |             |                   |             |
| 3.2 | การขึ้นทะเบียน (ครอบคลุม)    |                                                                                                  |            |            |             |                   |             |
|     | เบาหวาน                      | (ไม่ครอบคลุม) ผู้ป่วย<br>บางส่วนใช้บริการที่<br>คลินิกเอกชน, รพ.<br>เอกชน,รพ.ค่ายกฤษณ์<br>สังยา  | ครอบคลุม   | ครอบคลุม   | ครอบคลุม    | ครอบคลุม          | ครอบคลุม    |
|     | ความดันฯ                     | (ไม่ครอบคลุม) ผู้ป่วย<br>บางส่วนใช้บริการที่<br>คลินิกเอกชน, รพ.<br>เอกชน,รพ.ค่าย กฤษณ์<br>สังยา | ครอบคลุม   | ครอบคลุม   | ครอบคลุม    | ครอบคลุม          | ครอบคลุม    |

| ข้อ | ประเด็น                   | อ.เมือง                                                                                                                              | อ.พรหมนิคม | อ.คำตากล้า | อ.กุสุมาลย์                                                                                          | อ.เจริญศิลป์                                                                        | อ.วานรนิวาส |
|-----|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
|     | การจัดการ (ครอบคลุม)      |                                                                                                                                      |            |            |                                                                                                      |                                                                                     |             |
|     | เบาหวาน                   | (ไม่ครอบคลุม) มีความล่าช้าในระบบบริการ, ผู้ป่วยจำนวนมากแออัด,งบประมาณจำกัดในการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย   | ครอบคลุม   | ครอบคลุม   | (ไม่ครอบคลุม) เพราะผู้ป่วยไปทำงานนอกพื้นที่ /รับยาที่คลินิก เอกชน ทำให้ติดตามผลน้ำตาล และการรักษายาก | (ไม่ครอบคลุม) ครอบคลุมเพียงร้อยละ 85 มีข้อจำกัดในเรื่องงบประมาณ บุคลากร และระยะเวลา | ครอบคลุม    |
|     | ความดันฯ                  | (ไม่ครอบคลุม) ใน รพ. สกลนคร ยังไม่ได้แยกคลินิกบริการ HT ยังคงรวมอยู่กับแผนกผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรม จึงไม่สามารถดำเนินการเฉพาะ HT ได้ | ครอบคลุม   | ครอบคลุม   | (ไม่ครอบคลุม) เพราะผู้ป่วยไปทำงานนอกพื้นที่ /รับยาที่คลินิก เอกชน ทำให้ติดตามผลน้ำตาล และการรักษายาก | (ไม่ครอบคลุม) ครอบคลุมเพียงร้อยละ 78 มีข้อจำกัดในเรื่องงบประมาณ บุคลากร และระยะเวลา | ครอบคลุม    |
| 3.3 | วิธีการจัดการกับกลุ่มป่วย |                                                                                                                                      |            |            |                                                                                                      |                                                                                     |             |

| ข้อ | ประเด็น  | อ.เมือง                                                                            | อ.พรหมนิคม                                                                                                                        | อ.คำตากล้า                                                                                             | อ.กุสุมาลย์                                                                                                                                                                                                                                                                                            | อ.เจริญศิลป์                                                                                                                                                   | อ.วานรนิวาส                                                                                                                                                 |
|-----|----------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     | เบาหวาน  | SHG, GP, GS, Csg, TEL., Sernice, HE, Home Visit                                    | มีคลินิกโรคเบาหวาน วันพุธ ศุกร์ เช้า /การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน /การให้ความรู้/ตรวจเลือด/ตรวจตา/ตรวจเท้า                           | มี ได้แก่ การให้บริการตรวจรักษาตามเกณฑ์มาตรฐาน ยกเว้นการตรวจ Hba1c และการจ่ายยาให้ผู้ป่วยชนิดไม่แพคเกจ | บริการคลินิกเบาหวาน ในโรงพยาบาลและชุมชนโดยมี อสม.เชี่ยวชาญเข้ามามีส่วนร่วมในการบริการโดยใช้มาตรฐานตามเกณฑ์ สปสช.มีการตรวจสุขภาพประจำปี ค้นหาภาวะแทรกซ้อน จัดกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ดี พอใช้ ปรับปรุงโดยกลุ่มดีให้รับยาที่ชุมชน กลุ่มพอใช้พบเจ้าหน้าที่ที่ PCU/สอ. กลุ่มปรับปรุงพบแพทย์ที่โรงพยาบาล | ให้สุศึกษาเน้นการดูแลตนเองทุกครั้งที่มารับบริการ จัดค่ายอบรมกระตุ้นการดูแลสุขภาพ แนะนำการเข้าถึง บริการสาธารณสุข ร่วมกิจกรรมทางสุขภาพ วิ่งทดสอบสมรรถภาพเป็นต้น | เจาะน้ำตาล ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ความดัน ตรวจรักษา จ่ายยานัดติดตามในรายที่ผิดปกติ เยี่ยมบ้าน ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ มีระบบ EMS ตรวจสุขภาพประจำปีตามมาตรฐาน |
|     | ความดันฯ | คล้ายกับ DM แต่จะทำได้ดีในกลุ่มที่เป็น HT ร่วมกับ DM (เฉพาะ HT ยังไม่มีแยกต่างหาก) | มีคลินิกให้บริการตรวจเลือดคัดกรอง ตาม CPG ของจังหวัดปีละครั้ง ผู้ป่วยกลุ่มดีออกรับยาที่ PCU ใกล้บ้านครบ 6 เดือนแล้วมา F/U ที่ รพ. | มี ได้แก่ ให้บริการรักษาตามเกณฑ์มาตรฐาน และการจ่ายยาให้ผู้ป่วยชนิดไม่แพคเกจ                            | บริการคลินิกเบาหวาน ในโรงพยาบาลและชุมชนโดยมี อสม.เชี่ยวชาญเข้ามามีส่วนร่วมในการบริการโดยใช้มาตรฐานตามเกณฑ์ สปสช.มีการตรวจสุขภาพประจำปี ค้นหาภาวะแทรกซ้อน จัด                                                                                                                                           | ให้สุศึกษาเน้นการดูแลตนเองทุกครั้งที่มารับบริการ จัดค่ายอบรมกระตุ้นการดูแลสุขภาพ แนะนำการเข้าถึง บริการสาธารณสุข ร่วมกิจกรรมทางสุขภาพ วิ่งทดสอบสมรรถภาพเป็นต้น | เจาะน้ำตาล ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ความดัน ตรวจรักษา จ่ายยานัดติดตามในรายที่ผิดปกติ เยี่ยมบ้าน ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ มีระบบ EMS ตรวจสุขภาพประจำปีตามมาตรฐาน |

| ข้อ | ประเด็น                                          | อ.เมือง               | อ.พรหมนิคม            | อ.คำตากล้า           | อ.กุสุมาลย์                                                                                                                                                       | อ.เจริญศิลป์                 | อ.วานรนิวาส           |
|-----|--------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------|
|     |                                                  |                       |                       |                      | กลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมโรค<br>ได้ดี พอใช้ ปรับปรุง<br>โดยกลุ่มดีให้รับยาที่<br>ชุมชน กลุ่มพอใช้พบ<br>เจ้าหน้าที่ที่ PCU/สอ.<br>กลุ่มปรับปรุงพบแพทย์<br>ที่โรงพยาบาล |                              |                       |
| 3.4 | ตัวชี้วัดประสิทธิผลของการควบคุม/<br>ป้องกัน      |                       |                       |                      |                                                                                                                                                                   |                              |                       |
|     | อุบัติการณ์ผู้ป่วยเบาหวาน จาก<br>(ที่/ในปี)      | (ลดลง) 104.60/2551    | (เพิ่มขึ้น) 141/2550  | (ลดลง) 268.38/2550   | (ลดลง)33/2551                                                                                                                                                     | (เพิ่มขึ้น)<br>2,743.19/2550 | (เพิ่มขึ้น) 0.09/2550 |
|     | เป็น (ที่/ในปี) : แส่นประชากร                    | 75.97/2552            | 168/2551              | 129.45/2551          | 22/2552                                                                                                                                                           | 2,805/2551                   | 0.18/2551             |
|     | อุบัติการณ์ผู้ป่วยความดันฯ จาก<br>(ที่/ในปี)     | (ลดลง) 75.02/2551     | (เพิ่มขึ้น) 195/2550  | ลดลง(531.49/2550)    | (เพิ่มขึ้น) 14/2551                                                                                                                                               | (เพิ่มขึ้น)<br>1,708.56/2550 | (เพิ่มขึ้น) 0.10/2550 |
|     | เป็น (ที่/ในปี) : แส่นประชากร                    | 26.75/2552            | 277/2551              | 173.46/2551          | 18/2552                                                                                                                                                           |                              | 0.14/2551             |
|     | ความชุกเบาหวาน จาก<br>(ร้อยละ/ในปี)              | (เพิ่มขึ้น) 1.93/2551 | (เพิ่มขึ้น) 2.68/2550 | (เพิ่มขึ้น)2.64/2550 | (ลดลง) 956/2551                                                                                                                                                   | (เพิ่มขึ้น) 2.62/2550        | (เพิ่มขึ้น) 2.55/2550 |
|     | เป็น (ร้อยละ/ในปี) : ปชก. ในพื้นที่<br>รับผิดชอบ | 1.98/2552             | 2.80/2551             | 2.68/2551            | 931/2552                                                                                                                                                          | 2.80/2551                    | 2.78/2551             |
|     | ความชุกความดัน จาก<br>(ร้อยละ/ในปี)              | (เพิ่มขึ้น) 0.90/2551 | (เพิ่มขึ้น) 1.60/2550 | (เพิ่มขึ้น) 1.66/250 | (ลดลง) 260/2551                                                                                                                                                   | (เพิ่มขึ้น)1.61/2550         | (เพิ่มขึ้น) 0.09/2550 |
|     | เป็น (ร้อยละ/ในปี) : ปชก. ในพื้นที่<br>รับผิดชอบ | 0.93/2552             | 1.90/2551             | 1.82/2551            | 234/2552                                                                                                                                                          | 1.68/2551                    | 1.34/2551             |

| ข้อ | ประเด็น                                       | อ.เมือง                         | อ.พรหมนิคม                      | อ.คำตากล้า                      | อ.กุสุมาลย์                     | อ.เจริญศิลป์                    | อ.วานรนิวาส                     |
|-----|-----------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
|     | ผลดำเนินการตาม รพ.ลดแอ็ด                      |                                 |                                 |                                 |                                 |                                 |                                 |
|     | เบาหวาน ลดลงจาก(ร้อยละ/ในปี)                  | 94.74/2550                      | 63.51/2550                      | 100/2546                        |                                 | 65.98/2550                      | 2,550.00                        |
|     | เป็น (ร้อยละ/ในปี) : pt. ที่ รพ.<br>รับผิดชอบ | 56.27/2551                      | 42.68/2551                      | 31.82/2551                      |                                 | 46.31/2551                      | 33.55/2551                      |
|     | ความดันฯ ลดลงจาก (ร้อยละ/ในปี)                | 100/2550                        | 71.73/2550                      | 100/2546                        |                                 | 73.58/2550                      | 2,550.00                        |
|     | เป็น (ร้อยละ/ในปี) : pt. ที่ รพ.<br>รับผิดชอบ | (ไม่มีข้อมูล)/2551              | 40.59/2551                      | 38.73/2551                      |                                 | 61.01/2551                      | 31.94/2551                      |
|     | การคัดกรองเบาหวานในกลุ่ม 35 ปี<br>ขึ้น        | 1.0                             | 0.98                            | 0.91                            | 0.94                            | 0.93                            |                                 |
|     | การคัดกรองความดันฯ ในกลุ่ม 35<br>ปีขึ้น       | 1.0                             | 0.93                            | 0.94                            | 0.90                            | 0.90                            |                                 |
|     | หลังการคัดกรองเบาหวาน พบว่า                   |                                 |                                 |                                 |                                 |                                 |                                 |
|     | มีจำนวนกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด                     | 15,044.0                        | 1,539.00                        | 4,443.00                        | 3,176.00                        | 11,384.00                       | 9,626.00                        |
|     | กลุ่มเสี่ยงได้รับการปรับเปลี่ยน<br>พฤติกรรม   |                                 | 1,539.00                        | 4,443.00                        | 275.00                          | 9,118.00                        | 9,626.00                        |
|     | กลุ่มป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียน              | 198.0                           | 168.00                          | 50.00                           | 931.00                          | 41.00                           | 226.00                          |
|     | หลังการคัดกรองความดันฯ พบว่า                  |                                 |                                 |                                 |                                 |                                 |                                 |
|     | มีจำนวนกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด                     | 15,044.0                        | 683.00                          | 937.00                          | 956.00                          | 11,711.00                       | 975.00                          |
|     | กลุ่มเสี่ยงได้รับการปรับเปลี่ยน<br>พฤติกรรม   |                                 | 683.00                          | 937.00                          | 105.00                          | 9,351.00                        | 975.00                          |
|     | กลุ่มป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียน              | 142.0                           | 277.00                          | 67.00                           | 234.00                          | 81.00                           | 174.00                          |
|     | pt. ที่เข้ารับการรักษาโรคเบาหวาน              | ไม่เกินร้อยละ 10 ของ<br>ปี 2551 | ไม่เกินร้อยละ 10 ของ<br>ปี 2551 | ไม่เกินร้อยละ 10 ของ<br>ปี 2550 | ไม่เกินร้อยละ 10 ของ<br>ปี 2550 | ไม่เกินร้อยละ 10 ของ<br>ปี 2550 | ไม่เกินร้อยละ 10 ของ<br>ปี 2550 |
|     | pt. ที่เข้ารับการรักษาโรคความดันฯ             | n/a                             | ไม่เกินร้อยละ 10 ของ            | ไม่เกินร้อยละ 10 ของ            | ไม่เกินร้อยละ 10 ของ            | -                               | ไม่เกินร้อยละ 10 ของ            |

| ข้อ | ประเด็น                                                           | อ.เมือง | อ.พรหมนิคม                      | อ.คำตากล้า                      | อ.กุสุมาลย์                     | อ.เจริญศิลป์                    | อ.วานรนิวาส                                                                                                                                            |
|-----|-------------------------------------------------------------------|---------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                                                                   |         | ปี 2551                         | ปี 2550                         | ปี 2550                         |                                 | ปี 2550                                                                                                                                                |
|     | pt. ที่เข้ารับการรักษาโรคอัมพฤกษ์/<br>อัมพาต                      | n/a     | ไม่เกินร้อยละ 10 ของ<br>ปี 2551 | ไม่เกินร้อยละ 10 ของ<br>ปี 2550 | ไม่เกินร้อยละ 10 ของ<br>ปี 2550 | ไม่เกินร้อยละ 10 ของ<br>ปี 2550 | ไม่เกินร้อยละ 10 ของ<br>ปี 2550                                                                                                                        |
|     | pt.เบาหวานระดับดี (70/130 มม.<br>ดล.)                             | 1,592.0 | 1,387.00                        | 459.00                          | 189.00                          | 500.00                          | 2,116.00                                                                                                                                               |
|     | pt.ความดันฯ ระดับดี<br>(130/80มิลลิเมตรปรอท)                      | n/a     | 961.00                          | 380.00                          | 82.00                           | 588.00                          | 1,096.00                                                                                                                                               |
|     | อัตราตายของ pt.โรคหัวใจและ<br>หลอดเลือด                           |         | ไม่เกินร้อยละ 10 ของ<br>ปี 2551 |                                 | ไม่เกินร้อยละ 10 ของ<br>ปี 2551 | ไม่เกินร้อยละ 10 ของ<br>ปี 2550 | -                                                                                                                                                      |
| 3.5 | ประสิทธิผลของวิธีจัดการป้องกัน<br>ควบคุมโรคตามตัวชี้วัดของจังหวัด | เหมาะสม | เหมาะสม                         | เหมาะสม                         | เหมาะสม                         | เหมาะสม                         | เหมาะสม                                                                                                                                                |
|     | ระบุ ตัวชี้วัดที่ควรเพิ่มเติม                                     |         |                                 |                                 |                                 |                                 | แบบคัดกรอง verbal<br>screening การลง<br>รายงานการเก็บข้อมูล<br>ให้สอดคล้องกับ<br>โปรแกรมความเสี่ยง<br>ของ สปสช.เพื่อลง<br>ข้อมูลแบบครั้งเดียว<br>เสร็จ |

| ข้อ | ประเด็น                                                    | อ.เมือง                                                                                                                       | อ.พรหมนิคม                                                                                                                                                                        | อ.คำตากล้า                                                                                                                                                                                                            | อ.กุสุมาลย์                                                                  | อ.เจริญศิลป์                                                                    | อ.วานรนิวาส                                                                                                                                                                                                                               |
|-----|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3.6 | วิธีการเฝ้าระวังและค้นหา<br>ภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มป่วย ได้แก่ | ตรวจเลือด Lab; TG;<br>HbA1C; ตรวจตาปีละ<br>ครั้ง ดูเท้าทุก visit<br>ติดตามทุก 2 เดือนการ<br>ตรวจสุขภาพประจำปี<br>ปีละ 1 ครั้ง | ตรวจเลือด Lab; TG;<br>HbA1C; ตรวจตา/เท้า<br>ปีละครั้ง มีทีมให้<br>คำปรึกษา /ความรู้ พบ<br>ทีมโภชนาการกรณี<br>น้ำตาลสูงมากกว่า 250<br>mg% การตรวจ<br>สุขภาพประจำปี ปีละ 1<br>ครั้ง | การตรวจสุขภาพ<br>ประจำปีเพื่อคัดกรอง<br>หาความเสี่ยงการเกิด<br>ภาวะแทรกซ้อน การ<br>ตรวจคัดกรองภาวะ<br>เสี่ยงโดย อสม. ใน<br>ชุมชน โดยประเมิน 5<br>อย่าง คือ ตา ไต หัวใจ<br>เท้า การตรวจระบบ<br>ประสาทตามแบบ<br>ประเมิน | การตรวจสุขภาพ<br>ประจำปี การตรวจเท้า<br>ทุก visit เพื่อประเมิน<br>แผลที่เท้า | การตรวจ Lab<br>ประจำปี การตรวจ<br>ร่างกาย คลื่นหัวใจ<br>ตรวจเท้า จอประสาท<br>ตา | ให้การรักษาคตาม CPG<br>การดูแลผู้ป่วย ตรวจ<br>สุขภาพตามเกณฑ์ใน<br>ผู้ป่วยรายใหม่ครั้งแรก<br>ที่เจอ ตรวจสุขภาพ<br>ประจำปีตามเกณฑ์ปี<br>ละครั้ง ในรายที่ผิดปกติ<br>มากกว่า 1 ครั้งตาม<br>แพทย์สั่ง ในรายที่<br>ซับซ้อนส่งอายุรแพทย์<br>ดูแล |
| 3.7 | ประเด็น/ข้อเสนอแนะด้าน<br>สถานการณ์ ปชก.กลุ่มป่วย          | การตรวจสุขภาพช่อง<br>ปากและฟัน สุขภาพจิต<br>ในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง<br>ภาวะเศรษฐกิจ ความ<br>สะดวกสบายในการมา<br>รับบริการ      |                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                       |                                                                              |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                           |



| ข้อ | ประเด็น                      | อ.อากาศอำนวย | อ.สว่างแดนดิน                                                                                                             | อ.โคกศรีสุพรรณ | อ.โพนนาแก้ว | อ.ภูพาน          | อ.บ้านม่วง |
|-----|------------------------------|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------|------------------|------------|
| 3   | สถานการณ์กลุ่มป่วย+การจัดการ |              |                                                                                                                           |                |             |                  |            |
| 3.1 | สถานการณ์(pt.ใหม่/แสน ปชก.)  |              |                                                                                                                           |                |             |                  |            |
|     | สถานการณ์อุบัติการณ์เบาหวาน  | 49.85        | 109.61                                                                                                                    | 212.40         | 117.00      | ทราบ(ไม่มีจำนวน) | 258.20     |
|     | สถานการณ์อุบัติการณ์ความดันฯ | 35.61        | 70.37                                                                                                                     | 165.84         | 92.00       | ทราบ(ไม่มีจำนวน) | 150.74     |
|     | สถานการณ์ความชุกเบาหวาน      | 3.15         | 2.51                                                                                                                      | 3.14           | 2.48        | ทราบ(ไม่มีจำนวน) | 2.60       |
|     | สถานการณ์ความชุกความดันฯ     | 2.52         | 1.19                                                                                                                      | 2.72           | 1.85        | ทราบ(ไม่มีจำนวน) | 1.90       |
|     | ไม่ทราบ                      |              |                                                                                                                           |                |             |                  |            |
| 3.2 | การขึ้นทะเบียน (ครอบคลุม)    |              |                                                                                                                           |                |             |                  |            |
|     | เบาหวาน                      | ครอบคลุม     | ไม่ครอบคลุม<br>เนื่องจากประชาชน<br>บางส่วนตรวจและรับ<br>ยาที่คลินิกเอกชน และ<br>บางส่วนปกปิดข้อมูล<br>การเจ็บป่วยของตนเอง | ครอบคลุม       | ครอบคลุม    | ครอบคลุม         | ครอบคลุม   |
|     | ความดันฯ                     | ครอบคลุม     | ไม่ครอบคลุม<br>เนื่องจากประชาชน<br>บางส่วนตรวจและรับ<br>ยาที่คลินิกเอกชน และ<br>บางส่วนปกปิดข้อมูล<br>การเจ็บป่วยของตนเอง | ครอบคลุม       | ครอบคลุม    | ครอบคลุม         | ครอบคลุม   |

| ข้อ | ประเด็น                   | อ.อากาศอำนวย                                                                                                                        | อ.สว่างแดนดิน                                                                                                                                          | อ.โคกศรีสุพรรณ                                                                                                       | อ.โพนนาแก้ว                                                                                                                | อ.ภูพาน                                                                                                                                                                                                            | อ.บ้านม่วง                                                                                              |
|-----|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     | การจัดการ (ครอบคลุม)      |                                                                                                                                     |                                                                                                                                                        |                                                                                                                      |                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                         |
|     | เบาหวาน                   | ครอบคลุม                                                                                                                            | ไม่ครอบคลุม<br>เนื่องจากบางส่วนยังไม่<br>เห็นความสำคัญ                                                                                                 | ครอบคลุม                                                                                                             | ไม่ทราบ                                                                                                                    | ครอบคลุม                                                                                                                                                                                                           | ไม่ครอบคลุมเนื่องจาก<br>ผู้ป่วยไปทำงานต่างถิ่น                                                          |
|     | ความดันฯ                  | ครอบคลุม                                                                                                                            | ไม่ครอบคลุม                                                                                                                                            | ครอบคลุม                                                                                                             | ไม่ทราบ                                                                                                                    | ครอบคลุม                                                                                                                                                                                                           | ไม่ครอบคลุมเนื่องจาก<br>ผู้ป่วยไปทำงานต่างถิ่น                                                          |
| 3.3 | วิธีการจัดการกับกลุ่มป่วย |                                                                                                                                     |                                                                                                                                                        |                                                                                                                      |                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                         |
|     | เบาหวาน                   | การให้คำปรึกษาใน<br>รายที่มีภาวะแทรกซ้อน<br>ติดตามเยี่ยมบ้าน เฝ้า<br>ระวังการเกิด<br>ภาวะแทรกซ้อน สอน<br>การประเมินการดูแล<br>ตนเอง | ประเมินสภาพทั่วไป<br>และความเสี่ยง ให้สุข<br>ศึกษา การออกกำลังกาย การบริหารเท้า<br>คำแนะนำเรื่องอาหาร<br>คำแนะนำเรื่องยา ตรวจ<br>รักษา นัด F/U ตรวจLab | ตรวจสุขภาพประจำปี<br>ให้คำแนะนำปรึกษามี<br>สมุดประจำตัวผู้ป่วย<br>เบาหวานส่งติดตาม<br>เยี่ยมบ้านโดยใบส่งต่อ<br>บส.08 | ตรวจตามนัดปกติ 2<br>เดือน/ครั้ง กรณีมี<br>ภาวะแทรกซ้อนส่งต่อที่<br>รพ.เพื่อรักษาและให้<br>การตรวจตามนัด ส่งต่อ<br>กลับ PCU | การบริการโดยแพทย์<br>การให้สุขศึกษา การ<br>ติดตามสำรวจผลที่<br>เท่า การจัดกลุ่มผู้ป่วย<br>การติดตามดูแลการกิน<br>ยา การติดตามออก<br>เยี่ยมบ้าน การตรวจตา<br>และตรวจสุขภาพ<br>ประจำปี การส่งเสริม<br>การออกกำลังกาย | ตรวจร่างกายในทุก<br>visit การให้ความรู้ราย<br>กลุ่ม การให้คำปรึกษา<br>เฉพาะบุคคล การใช้ยา<br>การนัดหมาย |
|     | ความดันฯ                  | การให้คำปรึกษาใน<br>รายที่มีภาวะแทรกซ้อน<br>ติดตามเยี่ยมบ้าน เฝ้า<br>ระวังการเกิด                                                   | ประเมินสภาพทั่วไป<br>และความเสี่ยง ให้สุข<br>ศึกษา คำแนะนำเรื่อง<br>อาหาร ยา บุหรี่ สุรา                                                               | ตรวจสุขภาพประจำปี<br>ให้คำแนะนำปรึกษามี<br>สมุดประจำตัวผู้ป่วย<br>ความดันโลหิตสูงส่ง                                 | ตรวจตามนัดตามปกติ<br>2 เดือน/ครั้ง                                                                                         | การบริการโดยแพทย์<br>การให้สุขศึกษา การ<br>ติดตามสำรวจผลที่<br>เท่า การจัดกลุ่มผู้ป่วย                                                                                                                             | ตรวจร่างกายในทุก<br>visit การให้ความรู้ราย<br>กลุ่ม การให้คำปรึกษา<br>เฉพาะบุคคล การใช้ยา               |

| ข้อ | ประเด็น                                          | อ.อากาศอำนวย                                   | อ.สว่างแดนดิน                | อ.โคกศรีสุพรรณ                        | อ.โพนนาแก้ว            | อ.ภูพาน                                                                                                                  | อ.บ้านม่วง           |
|-----|--------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
|     |                                                  | ภาวะแทรกซ้อน สอน<br>การประเมินการดูแล<br>ตนเอง | ตรวจรักษา นัด F/U<br>ตรวจLab | ติดตามเยี่ยมบ้านโดย<br>ใบส่งต่อ บส.08 |                        | การติดตามดูแลการกิน<br>ยา การติดตามออก<br>เยี่ยมบ้าน การตรวจตา<br>และตรวจสุขภาพ<br>ประจำปี การส่งเสริม<br>การออกกำลังกาย | การนัดหมาย           |
| 3.4 | ตัวชี้วัดประสิทธิผลของการควบคุม/<br>ป้องกัน      |                                                |                              |                                       |                        |                                                                                                                          |                      |
|     | อุบัติการณ์ผู้ป่วยเบาหวาน จาก<br>(ที่/ในปี)      | -                                              | -                            | (ลดลง) 294.31/2550                    | (เพิ่มขึ้น) ไม่มีจำนวน | -                                                                                                                        | (ลดลง) 380/2550      |
|     | เป็น (ที่/ในปี) : แส่นประชากร                    | -                                              | -                            | 212.40/2551                           | ไม่มีจำนวน             | -                                                                                                                        | 258.20/2551          |
|     | อุบัติการณ์ผู้ป่วยความดันฯ จาก<br>(ที่/ในปี)     | -                                              | -                            | (ลดลง) 201.21/2550                    | (เพิ่มขึ้น) ไม่มีจำนวน | -                                                                                                                        | (ลดลง)216.41/2550    |
|     | เป็น (ที่/ในปี) : แส่นประชากร                    | -                                              | -                            | 165.84/2551                           | ไม่มีจำนวน             | -                                                                                                                        | 150.20/2551          |
|     | ความชุกเบาหวาน จาก<br>(ร้อยละ/ในปี)              | -                                              | -                            | (เพิ่มขึ้น) 2.95/2550                 | (เพิ่มขึ้น) 2.47/2550  | -                                                                                                                        | (เพิ่มขึ้น)2.49/2550 |
|     | เป็น (ร้อยละ/ในปี) : ปชก. ในพื้นที่<br>รับผิดชอบ | -                                              | -                            | 3.14/2551                             | 2.66/2551              | -                                                                                                                        | 2.7/2551             |
|     | ความชุกความดัน จาก<br>(ร้อยละ/ในปี)              | -                                              | -                            | (ลดลง)2.71/2550                       | (เพิ่มขึ้น)1.84/2550   | -                                                                                                                        | (เพิ่มขึ้น)1.79/2550 |
|     | เป็น (ร้อยละ/ในปี) : ปชก. ในพื้นที่<br>รับผิดชอบ | -                                              | -                            | 2.70/2551                             | 1.90/2551              | -                                                                                                                        | 1.9/2551             |

| ข้อ | ประเด็น                                       | อ.อากาศอำนวย                    | อ.สว่างแดนดิน | อ.โคกศรีสุพรรณ                  | อ.โพนนาแก้ว                     | อ.ภูพาน | อ.บ้านม่วง                      |
|-----|-----------------------------------------------|---------------------------------|---------------|---------------------------------|---------------------------------|---------|---------------------------------|
|     | ผลดำเนินการตาม รพ.ลดแออัด                     |                                 |               |                                 |                                 |         |                                 |
|     | เบาหวาน ลดลงจาก(ร้อยละ/ในปี)                  | 100/2551                        | n/a           | 67.87/2550                      | 100/2550                        | -       | 90/2550                         |
|     | เป็น (ร้อยละ/ในปี) : pt. ที่ รพ.<br>รับผิดชอบ | 92/2552                         | n/a           | 51.57/2551                      | 9.62/2551                       | -       | 40/2551                         |
|     | ความดันฯ ลดลงจาก (ร้อยละ/ในปี)                | -                               | n/a           | 88.66/2550                      | 100/2550                        | -       | 95/2550                         |
|     | เป็น (ร้อยละ/ในปี) : pt. ที่ รพ.<br>รับผิดชอบ | -                               | n/a           | 76.25/2551                      | 15/2551                         | -       | 50/2551                         |
|     | การคัดกรองเบาหวานในกลุ่ม 35 ปี<br>ขึ้น        | 0.85                            | 1.00          | 0.98                            | 1.00                            | -       | 0.94                            |
|     | การคัดกรองความดันฯ ในกลุ่ม 35<br>ปีขึ้น       | 0.84                            | 1.00          | 0.98                            | 1.00                            | -       | 0.92                            |
|     | หลังการคัดกรองเบาหวาน พบว่า                   |                                 |               |                                 |                                 |         |                                 |
|     | มีจำนวนกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด                     | 10,420.00                       | 38,957.00     | 5,946.00                        | 8,158.00                        | -       | 5,668.00                        |
|     | กลุ่มเสี่ยงได้รับการปรับเปลี่ยน<br>พฤติกรรม   | 6,039.00                        | 17,724.00     | 5,370.00                        | 8,143.00                        | -       | 2,710.00                        |
|     | กลุ่มป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียน              | 2,213.00                        | 4,164.00      | 1,080.00                        | 954.00                          | -       | 173.00                          |
|     | หลังการคัดกรองความดันฯ พบว่า                  |                                 |               |                                 |                                 |         |                                 |
|     | มีจำนวนกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด                     | 4,803.00                        | 4,310.00      | 2,369.00                        | 10,843.00                       | -       | 3,580.00                        |
|     | กลุ่มเสี่ยงได้รับการปรับเปลี่ยน<br>พฤติกรรม   | 3,309.00                        | 4,310.00      | 1,729.00                        | 10,793.00                       | -       | 2,386.00                        |
|     | กลุ่มป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียน              | 1,775.00                        | 1,160.00      | 935.00                          | 682.00                          | -       | 101.00                          |
|     | pt. ที่เข้ารับการรักษาโรคเบาหวาน              | ไม่เกินร้อยละ 10 ของ<br>ปี 2551 | n/a           | เกินกว่าร้อยละ 10<br>ของปี 2550 | ไม่เกินร้อยละ 10 ของ<br>ปี 2551 | -       | ไม่เกินร้อยละ 10 ของ<br>ปี 2550 |

| ข้อ | ประเด็น                                                       | อ.อากาศอำนวย                                                                        | อ.สว่างแดนดิน                                                                              | อ.โคกศรีสุพรรณ                                                                                                                                                                        | อ.โพนนาแก้ว                                                                 | อ.ภูพาน                                                                                                                | อ.บ้านม่วง                                    |
|-----|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
|     | pt. ที่เข้ารับการรักษาโรคความดันฯ                             | ไม่เกินร้อยละ 10 ของปี 2551                                                         | n/a                                                                                        | เกินกว่าร้อยละ 10 ของปี 2550                                                                                                                                                          | ไม่เกินร้อยละ 10 ของปี 2551                                                 | -                                                                                                                      | ไม่เกินร้อยละ 10 ของปี 2550                   |
|     | pt. ที่เข้ารับการรักษาโรคอัมพฤกษ์/อัมพาต                      | ไม่เกินร้อยละ 10 ของปี 2551                                                         | n/a                                                                                        | เกินกว่าร้อยละ 10 ของปี 2550                                                                                                                                                          | ไม่เกินร้อยละ 10 ของปี 2551                                                 | -                                                                                                                      | ไม่เกินร้อยละ 10 ของปี 2550                   |
|     | pt.เบาหวานระดับดี (70/130 มก. ดล.)                            | 600.00                                                                              | 1,697.00                                                                                   | 541.00                                                                                                                                                                                | 456.00                                                                      | -                                                                                                                      | 1,107.00                                      |
|     | pt.ความดันฯ ระดับดี (130/80มิลลิเมตรปรอท)                     | 998.00                                                                              | 375.00                                                                                     | 753.00                                                                                                                                                                                | 288.00                                                                      | -                                                                                                                      | 1,105.00                                      |
|     | อัตราการตายของ pt.โรคหัวใจและหลอดเลือด                        | ไม่เกินร้อยละ 10 ของปี 2551                                                         | n/a                                                                                        | เกินกว่าร้อยละ 10 ของปี 2550                                                                                                                                                          | ไม่เกินร้อยละ 10 ของปี 2551                                                 | -                                                                                                                      | ไม่เกินร้อยละ 10 ของปี 2550                   |
| 3.5 | ประสิทธิผลของวิถีจัดการป้องกันควบคุมโรคตามตัวชี้วัดของจังหวัด | เหมาะสม                                                                             | เหมาะสม                                                                                    | เหมาะสม                                                                                                                                                                               | เหมาะสม                                                                     | เหมาะสม                                                                                                                | เหมาะสม                                       |
|     | ระบุ ตัวชี้วัดที่ควรเพิ่มเติม                                 |                                                                                     |                                                                                            |                                                                                                                                                                                       |                                                                             |                                                                                                                        |                                               |
| 3.6 | วิธีการเฝ้าระวังและค้นหาภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วย ได้แก่     | การตรวจสุขภาพประจำปีทุกราย BUN, CR, CBC, HbA1C, Lipid, profile, EKG, ตรวจจอประสาทตา | การตรวจระดับน้ำตาลวัดความดัน ตรวจเท้า ตรวจ Lab ประจำปี ประเมินสภาพไต ไชมัน ตรวจตา ประสาทตา | ตรวจสุขภาพประจำปีทุกรายปีละครั้ง ตรวจตาโดยการถ่ายภาพจอประสาทตาโดยทีมตรวจตาจากโรงพยาบาลสกลนครปีละครั้ง ตรวจฟันปีละ 2 ครั้ง ตรวจเท้าด้วยตาเปล่าทุกเดือน ตรวจด้วย monofilament ปีละครั้ง | การตรวจตา ตรวจเท้า (ด้วยตนเอง และเจ้าหน้าที่) ให้ผู้ศึกษาเพื่อเห็นความสำคัญ | มีการตรวจเท้าผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการทุก 6 เดือน มีการตรวจตาประจำปี มีการตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อดูการทำงานของไต/ตับ | การตรวจสุขภาพในทุก visit การตรวจสุขภาพประจำปี |

| ข้อ | ประเด็น                                           | อ.อากาศอำนวย | อ.สว่างแดนดิน | อ.โคกศรีสุพรรณ | อ.โพนนาแก้ว                                                                                               | อ.ภูพาน                                                                                         | อ.บ้านม่วง |
|-----|---------------------------------------------------|--------------|---------------|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 3.7 | ประเด็น/ข้อเสนอแนะด้าน<br>สถานการณ์ ปชก.กลุ่มป่วย |              |               |                | การส่งต่อการตอบ<br>กลับข้อมูลการส่งต่อ<br>และการรักษาที่ให้แล้ว<br>รวมถึงแนวทางการ<br>รักษาอย่างต่อเนื่อง | ให้ชุมชนมีส่วนร่วมใน<br>การดูแลผู้ป่วย<br>เบาหวาน ความดันฯ<br>โดยการสร้างเป็น<br>เครือข่ายชุมชน |            |

| ข้อ | ประเด็น                      | อ.สองดาว                                                                                                                                | อ.นิคมน้ำอุ่น                                                                                                                                                                                     | อ.พังโคน                                                                                                                                                                                                    | อ.วาริชภูมิ                                                                                                                      | อ.กุดบาก                                                               | อ.เต่างอย                                                                                                            |
|-----|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3   | สถานการณ์กลุ่มป่วย+การจัดการ |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                  |                                                                        |                                                                                                                      |
| 3.1 | สถานการณ์(pt.ใหม่/แสน ปชก.)  |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                  |                                                                        |                                                                                                                      |
|     | สถานการณ์อุบัติการณ์เบาหวาน  | 315.70                                                                                                                                  | 41.99                                                                                                                                                                                             | 1,678.00                                                                                                                                                                                                    | 108.77                                                                                                                           | 2,642.56                                                               | 0.04                                                                                                                 |
|     | สถานการณ์อุบัติการณ์ความดันฯ | 178.70                                                                                                                                  | 216.95                                                                                                                                                                                            | 1,532.80                                                                                                                                                                                                    | 122.36                                                                                                                           | 2,136.23                                                               | 0.03                                                                                                                 |
|     | สถานการณ์ความชุกเบาหวาน      | 2.82                                                                                                                                    | 0.042                                                                                                                                                                                             | 3.49                                                                                                                                                                                                        | 3.17                                                                                                                             | 2.64                                                                   | 2.18                                                                                                                 |
|     | สถานการณ์ความชุกความดันฯ     | 2.75                                                                                                                                    | 0.217                                                                                                                                                                                             | 2.36                                                                                                                                                                                                        | 3.14                                                                                                                             | 2.13                                                                   | 1.78                                                                                                                 |
|     | ไม่ทราบ                      |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                  |                                                                        |                                                                                                                      |
| 3.2 | การขึ้นทะเบียน (ครอบคลุม)    |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                  |                                                                        |                                                                                                                      |
|     | เบาหวาน                      | ครอบคลุม                                                                                                                                | ครอบคลุม                                                                                                                                                                                          | ครอบคลุม                                                                                                                                                                                                    | ครอบคลุม                                                                                                                         | ครอบคลุม                                                               | ครอบคลุม                                                                                                             |
|     | ความดันฯ                     | ครอบคลุม                                                                                                                                | ครอบคลุม                                                                                                                                                                                          | ครอบคลุม                                                                                                                                                                                                    | ครอบคลุม                                                                                                                         | ครอบคลุม                                                               | ครอบคลุม                                                                                                             |
|     | การจัดการ (ครอบคลุม)         |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                  |                                                                        |                                                                                                                      |
|     | เบาหวาน                      | ครอบคลุม                                                                                                                                | ครอบคลุม                                                                                                                                                                                          | ครอบคลุม                                                                                                                                                                                                    | ครอบคลุม                                                                                                                         | ครอบคลุม                                                               | ครอบคลุม                                                                                                             |
|     | ความดันฯ                     | ครอบคลุม                                                                                                                                | ครอบคลุม                                                                                                                                                                                          | ครอบคลุม                                                                                                                                                                                                    | ครอบคลุม                                                                                                                         | ครอบคลุม                                                               | ครอบคลุม                                                                                                             |
| 3.3 | วิธีการจัดการกับกลุ่มป่วย    |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                  |                                                                        |                                                                                                                      |
|     | เบาหวาน                      | บริการด้านการรักษา<br>เฝ้าระวัง<br>ภาวะแทรกซ้อน การให้<br>คำปรึกษาเฝ้าระวัง<br>ภาวะสุขภาพจิต การส่ง<br>ต่อ การดูแลต่อเนื่องถึง<br>ชุมชน | การให้บริการด้านการ<br>รักษา การเฝ้าระวัง<br>ภาวะแทรกซ้อน การให้<br>คำปรึกษาในคลินิก<br>โรงพยาบาล สถานี<br>อนามัย และคลินิก<br>เบาหวานในชุมชน และ<br>ประสานงานด้านข้อมูล<br>ต่างๆที่เป็นเครือข่าย | นัดตรวจทุก 1 เดือน<br>(เจาะเลือด ชั่งน้ำหนัก<br>วัดความดัน ตรวจรักษา<br>จ่ายยา) เข้ากลุ่มในราย<br>ที่มีปัญหา ให้สุศึกษา<br>รายการกลุ่ม รายบุคคล<br>ติดตามเยี่ยมบ้าน<br>ระบบส่งต่อ EMS ตรวจ<br>สุขภาพประจำปี | ให้สุศึกษารายการกลุ่ม<br>รายบุคคล การตรวจ<br>เท้า ค่ายปรับเปลี่ยน<br>พฤติกรรม การเยี่ยม<br>บ้าน จัดตั้งชมรมเพื่อน<br>เตือนเพื่อน | เข้าค่ายปรับเปลี่ยน<br>พฤติกรรม กิจกรรม<br>กลุ่ม การให้<br>empowerment | ให้ความรู้โดยการทำ<br>กลุ่มเรื่องโรค อาหาร<br>การออกกำลังกาย การ<br>นวดเท้า การตรวจ<br>สุขภาพประจำปี การ<br>เจาะ DTX |

| ข้อ | ประเด็น                                          | อ.ส่องดาว                                                                                                                               | อ.นิคมคำนูน                                                                                                                                                                                       | อ.พังโคน                                                                                                                                       | อ.วาริชภูมิ                                                | อ.กุดบาก                          | อ.เต่างอย                                                                                               |
|-----|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     | ความดันฯ                                         | บริการด้านการรักษา<br>เฝ้าระวัง<br>ภาวะแทรกซ้อน การให้<br>คำปรึกษาเฝ้าระวัง<br>ภาวะสุขภาพจิต การส่ง<br>ต่อ การดูแลต่อเนื่องถึง<br>ชุมชน | การให้บริการด้านการ<br>รักษา การเฝ้าระวัง<br>ภาวะแทรกซ้อน การให้<br>คำปรึกษาในคลินิก<br>โรงพยาบาล สถานี<br>อนามัย และคลินิก<br>เบาหวานในชุมชน และ<br>ประสานงานด้านข้อมูล<br>ต่างๆที่เป็นเครือข่าย | นัดตรวจทุก 1 เดือน<br>(เจาะเลือด ชั่งน้ำหนัก<br>วัดความดัน ตรวจรักษา<br>จ่ายยา)ให้สุศึกษา<br>ตรวจสุขภาพประจำปี<br>เยี่ยมบ้าน ระบบส่งต่อ<br>EMS | ให้สุศึกษารายกลุ่ม<br>รายบุคคล ค่าย<br>ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม | การจัดค่ายปรับเปลี่ยน<br>พฤติกรรม | ให้ความรู้โดยการทำ<br>กลุ่มเรื่องโรค อาหาร<br>การออกกำลังกาย การ<br>คลายเครียด การตรวจ<br>สุขภาพประจำปี |
| 3.4 | ตัวชี้วัดประสิทธิผลของการควบคุม/<br>ป้องกัน      |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                |                                                            |                                   |                                                                                                         |
|     | อุบัติการณ์ผู้ป่วยเบาหวาน จาก<br>(ที่/ในปี)      | (เพิ่มขึ้น)285.86/2550                                                                                                                  | (ลดลง) 195.95/2550                                                                                                                                                                                | (เพิ่มขึ้น)<br>271.80/2550                                                                                                                     | (เพิ่มขึ้น)2.96/2550                                       | (เพิ่มขึ้น)<br>2,328.41/2550      | ไม่มีการเก็บข้อมูล                                                                                      |
|     | เป็น (ที่/ในปี) : แส่นประชากร                    | 315.70/2551                                                                                                                             | 41.99/2551                                                                                                                                                                                        | 561.06/2551                                                                                                                                    | 3.17/2551                                                  | 2,642.56/2551                     | ไม่มีการเก็บข้อมูล                                                                                      |
|     | อุบัติการณ์ผู้ป่วยความดันฯ จาก<br>(ที่/ในปี)     | (ลดลง)400.79/2550                                                                                                                       | (ลดลง) 314.92/2550                                                                                                                                                                                | (เพิ่มขึ้น)<br>442.16/2550                                                                                                                     | (เพิ่มขึ้น)2.83/2550                                       | (เพิ่มขึ้น)<br>1,992.09/2550      | ไม่มีการเก็บข้อมูล                                                                                      |
|     | เป็น (ที่/ในปี) : แส่นประชากร                    | 178.70/2551                                                                                                                             | 216.95/2551                                                                                                                                                                                       | 512.46/2551                                                                                                                                    | 3.14/2551                                                  | 2,136/2551                        | ไม่มีการเก็บข้อมูล                                                                                      |
|     | ความชุกเบาหวาน จาก<br>(ร้อยละ/ในปี)              | (เพิ่มขึ้น)2.72/2550                                                                                                                    | (ลดลง) 0.195/2550                                                                                                                                                                                 | (เพิ่มขึ้น) 2.95/2550                                                                                                                          | (เพิ่มขึ้น)2.96/2550                                       | (เพิ่มขึ้น) 2.32/2550             | ไม่มีการเก็บข้อมูล                                                                                      |
|     | เป็น (ร้อยละ/ในปี) : ปชก. ในพื้นที่<br>รับผิดชอบ | 2.82/2551                                                                                                                               | 0.042/2551                                                                                                                                                                                        | 3.42/2551                                                                                                                                      | 3.17/2551                                                  | 2.64/2551                         | ไม่มีการเก็บข้อมูล                                                                                      |
|     | ความชุกความดันฯ จาก<br>(ร้อยละ/ในปี)             | (เพิ่มขึ้น)2.73/2550                                                                                                                    | (ลดลง) 0.314/2550                                                                                                                                                                                 | (เพิ่มขึ้น) 2.30/2550                                                                                                                          | (เพิ่มขึ้น)2.83/2550                                       | (เพิ่มขึ้น) 1.99/2550             | ไม่มีการเก็บข้อมูล                                                                                      |
|     | เป็น (ร้อยละ/ในปี) : ปชก. ในพื้นที่              | 2.75/2551                                                                                                                               | 0.219/2551                                                                                                                                                                                        | 2.36/2551                                                                                                                                      | 3.14/2551                                                  | 2.13/2551                         | ไม่มีการเก็บข้อมูล                                                                                      |



| ข้อ | ประเด็น                                       | อ.ส่องดาว                       | อ.นิคมνάอัน                     | อ.พังโคน                        | อ.วาริชภูมิ                     | อ.กุดบาก                        | อ.เต่างอย                       |
|-----|-----------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
|     | ผลดำเนินการตาม รพ.ลดแอ็ด                      |                                 |                                 |                                 |                                 |                                 |                                 |
|     | เบาหวาน ลดลงจาก(ร้อยละ/ในปี)                  | 77/2550                         | 100 / 2550                      | 68.71/2550                      | 62.14/2550                      | 20.95/2550                      | ไม่มีการเก็บข้อมูล              |
|     | เป็น (ร้อยละ/ในปี) : pt. ที่ รพ.<br>รับผิดชอบ | 30/2551                         | 50.85/2551                      | 26.72/2551                      | 46.11/2551                      | 53.70/2551                      | ไม่มีการเก็บข้อมูล              |
|     | ความดันฯ ลดลงจาก (ร้อยละ/ในปี)                | 82/2550                         | 100 / 2550                      | 92.04/2550                      | 42.91/2550                      | 33.39/2550                      | ไม่มีการเก็บข้อมูล              |
|     | เป็น (ร้อยละ/ในปี) : pt. ที่ รพ.<br>รับผิดชอบ | 55/2551                         | 56.67 / 2551                    | 33.17/2551                      | 36.55/2551                      | 59.51/2551                      | ไม่มีการเก็บข้อมูล              |
|     | การคัดกรองเบาหวานในกลุ่ม 35 ปี<br>ขึ้น        | 1.00                            | 84.51                           | 92.35                           | 97.63                           | 74.31                           | 38.70                           |
|     | การคัดกรองความดันฯ ในกลุ่ม 35<br>ปีขึ้น       | 1.00                            | 84.23                           | 93.14                           | 97.20                           | 88.96                           | 37.99                           |
|     | หลังการคัดกรองเบาหวาน พบว่า                   |                                 |                                 |                                 |                                 |                                 |                                 |
|     | มีจำนวนกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด                     | 721.00                          | 1,421.00                        | 5,436.00                        | 3,188.00                        | 2,954.00                        | 8,764.00                        |
|     | กลุ่มเสี่ยงได้รับการปรับเปลี่ยน<br>พฤติกรรม   | 721.00                          | 485.00                          | 386.00                          | 3,019.00                        | 1,010.00                        | 53.00                           |
|     | กลุ่มป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียน              | 106.00                          | 6.00                            | 1,582.00                        | 1,672.00                        | 12.00                           | 53.00                           |
|     | หลังการคัดกรองความดันฯ พบว่า                  |                                 |                                 |                                 |                                 |                                 |                                 |
|     | มีจำนวนกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด                     | 1,580.00                        | 446.00                          | 1,114.00                        | 2,754.00                        | 833.00                          | 8,662.00                        |
|     | กลุ่มเสี่ยงได้รับการปรับเปลี่ยน<br>พฤติกรรม   | 1,236.00                        | 419.00                          | -                               | 2,606.00                        | 833.00                          | 53.00                           |
|     | กลุ่มป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียน              | 60.00                           | 31.00                           | 1,068.00                        | 1,636.00                        | 12.00                           | 55.00                           |
|     | pt. ที่เข้ารับการรักษาโรคเบาหวาน              | ไม่เกินร้อยละ 10 ของ<br>ปี 2550 | ไม่เกินร้อยละ 10 ของ<br>ปี 2551 | ไม่เกินร้อยละ 10 ของ<br>ปี 2551 | ไม่เกินร้อยละ 10 ของ<br>ปี 2551 | ไม่เกินร้อยละ 10 ของ<br>ปี 2550 | ไม่เกินร้อยละ 10 ของ<br>ปี 2551 |

| ข้อ | ประเด็น                                                       | อ.ส่องดาว                        | อ.นิคมำลูน                  | อ.พังโคน                                                                                                                                                            | อ.วาริชภูมิ                 | อ.กุดบาก                    | อ.เต่างอย                   |
|-----|---------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
|     | pt. ที่เข้ารับการรักษารโรคความดันฯ                            | ไม่เกินร้อยละ 10 ของปี 2550      | ไม่เกินร้อยละ 10 ของปี 2551 | ไม่เกินร้อยละ 10 ของปี 2551                                                                                                                                         | ไม่เกินร้อยละ 10 ของปี 2551 | ไม่เกินร้อยละ 10 ของปี 2550 | ไม่เกินร้อยละ 10 ของปี 2551 |
|     | pt. ที่เข้ารับการรักษารโรคอัมพฤกษ์/อัมพาต                     | เกินร้อยละ 10 ของปี 2550         | ไม่เกินร้อยละ 10 ของปี 2551 | ไม่เกินร้อยละ 10 ของปี 2551                                                                                                                                         | ไม่เกินร้อยละ 10 ของปี 2551 | ไม่เกินร้อยละ 10 ของปี 2550 | ไม่เกินร้อยละ 10 ของปี 2551 |
|     | pt.เบาหวานระดับดี (70/130 มม.ดล.)                             | 486.00                           | 325.00                      | 717.00                                                                                                                                                              | 508.00                      | 360.00                      | 269.00                      |
|     | pt.ความดันฯ ระดับดี (130/80มิลลิเมตรปรอท)                     | 384.00                           | 173.00                      | 610.00                                                                                                                                                              | 1,292.00                    | 466.00                      | 284.00                      |
|     | อัตราตายของ pt.โรคหัวใจและหลอดเลือด                           |                                  | ไม่เกินร้อยละ 10 ของปี 2551 | ไม่เกินร้อยละ 10 ของปี 2551                                                                                                                                         |                             | ไม่เกินร้อยละ 10 ของปี 2550 |                             |
| 3.5 | ประสิทธิผลของวิธีจัดการป้องกันควบคุมโรคตามตัวชี้วัดของจังหวัด | เหมาะสม                          | เหมาะสม                     | ไม่เหมาะสม เนื่องจากการเก็บตัวชี้วัดยังไม่ครอบคลุม ยังไม่มีตัวชี้วัดแน่ชัด ส่วนมากมีแต่ข้อมูลเก็บเน้นรายงาน ทำให้สถานพยาบาลบางแห่งยังไม่มีข้อมูลวิเคราะห์เท่าที่ควร | เหมาะสม                     | เหมาะสม                     | เหมาะสม                     |
|     | ระบุ ตัวชี้วัดที่ควรเพิ่มเติม                                 | การตรวจสุขภาพช่องปากปีละ 2 ครั้ง |                             |                                                                                                                                                                     |                             | ไม่มี                       |                             |

| ข้อ | ประเด็น                                                | อ.ส่องดาว                                                                                                                     | อ.นิคมน้ำอุ่น                                                                                                                                                                      | อ.พังโคน                                                                                                                                                                                  | อ.วาริชภูมิ                                                                    | อ.กุศบาก                                                                               | อ.เต่างอย                                      |
|-----|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 3.6 | วิธีการเฝ้าระวังและค้นหาภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มป่วย ได้แก่ | การตรวจตาด้วยเครื่อง computer ปีละครั้ง<br>ตรวจเท้าด้วย monofilament ทุกเดือน ตรวจ BUN, Cr, CXR, EKG, Lipid profile ปีละครั้ง | ตรวจเช็คระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต ตรวจเท้าเดือนละ 1 ครั้ง ตรวจเช็คจอประสาทตา ตรวจเช็ค Lab ประจำปี ตรวจร่างกายปีละครั้ง เป้าหมายจังหวัด สกลนครภายใน 3 ปี 100% < ปี 50-52 | ให้ตรวจรักษาตาม CPG ตรวจสุขภาพประจำปีกลุ่มป่วยที่รับผิดชอบทุกราย และรายใหม่ติดตามเป็นระยะในรายที่มีปัญหา ตรวจจอประสาทตาในรายที่มีปัญหาพบจักษุแพทย์ จนท.ตรวจเท้าด้วย monofilament ทุก 1 ปี | การนัดมา F/U /การใช้สมุดคู่มือในการให้บริการ การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย | การตรวจสุขภาพประจำปีได้แก่ การตรวจจอประสาทตา ตรวจเท้า การทำงานของไต ไขมัน EKG เฉพาะราย | การตรวจสุขภาพประจำปี และการนำนวัตกรรมใหม่มาใช้ |
| 3.7 | ประเด็น/ข้อเสนอแนะด้านสถานการณ์ ปชก.กลุ่มป่วย          |                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                           |                                                                                | ควรมีรูปแบบการจัดเก็บข้อมูลที่แม่นยำ ชัดเจน และเป็นแนวทางเดียวกัน                      | ควรมีเกณฑ์การส่งออกที่สถานีอนามัย              |

| ข้อ | ประเด็น                                                      | อ.เมือง | อ.พรหมานิคม | อ.คำตากล้า | อ.กุสุมาลย์ | อ.เจริญศิลป์ | อ.วานรนิวาส                                    |
|-----|--------------------------------------------------------------|---------|-------------|------------|-------------|--------------|------------------------------------------------|
| 4   | สถานการณ์กลุ่มป่วย+ภาวะแทรกซ้อน                              |         |             |            |             |              |                                                |
| 4.1 | อัตราอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อน/พิการ (pt.ใหม่/แสน ปชก.) |         |             |            |             |              |                                                |
|     | เบาหวาน                                                      |         |             |            |             |              |                                                |
|     | ภาวะแทรกซ้อนทางตา                                            | 0.0     | 55.00       | 676.98     |             | 36.00        | 0.04                                           |
|     | ภาวะแทรกซ้อนทางไต                                            | 0.1     | 140.00      | -          | -           | 91.00        | 0.04                                           |
|     | ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท                                    | n/a     | -           | -          | -           | 18.00        | 0.07                                           |
|     | ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดง                                  | 0.0     | -           | -          | -           | 9.00         | 0.01                                           |
|     | ความพิการ/ตัดอวัยวะ                                          | 3 ราย   | -           | -          | -           | 3.00         | 0.01                                           |
|     | แทรกซ้อนหลายอย่าง                                            | n/a     | 31.00       | -          | -           | 22.00        | 0.40                                           |
|     | ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ                                            |         | -           | -          | -           | 22.00        | คอปอก, TB, เกาท์,<br>หอบหืด, ต่อม<br>ลูกหมากโต |
|     | <u>ความดันโลหิตสูง</u>                                       |         |             |            |             |              |                                                |
|     | ภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจ                                         | n/a     | 4.00        | -          | -           | 25.00        | 0.06                                           |
|     | ภาวะแทรกซ้อนทางไต                                            | n/a     | 58.00       | -          | -           | 21.00        | 0.04                                           |
|     | ภาวะแทรกซ้อนเป็นอัมพาต                                       | n/a     | 8.00        | -          | -           | 4.00         | 0.01                                           |
|     | ภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง                                        | n/a     | 4.00        | -          | -           | 11.00        | 0.01                                           |
|     | ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ                                            | n/a     | 2 (ราย)     | -          | -           | 29.00        | คอปอก, TB, เกาท์,<br>หอบหืด, ต่อม<br>ลูกหมากโต |
| 4.2 | ความชุกการเกิดภาวะแทรกซ้อน/พิการ (ร้อยละ)                    |         |             |            |             |              |                                                |

| ข้อ | ประเด็น                                  | อ.เมือง                                                           | อ.พรหมานิคม                                                 | อ.คำตากล้า                                                        | อ.กุสุมาลย์                                                   | อ.เจริญศิลป์                                                                   | อ.วานรนิวาส                                                   |
|-----|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
|     | เบาหวาน                                  |                                                                   |                                                             |                                                                   |                                                               |                                                                                |                                                               |
|     | ภาวะแทรกซ้อนทางตา                        | -                                                                 | 55.00                                                       | 2.61                                                              | 11.06                                                         | -                                                                              | 1.30                                                          |
|     | ภาวะแทรกซ้อนทางไต                        | -                                                                 | 140.00                                                      | 3.58                                                              | 6.33                                                          | -                                                                              | 1.06                                                          |
|     | ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท                | -                                                                 | -                                                           | 0.58                                                              | 17.29                                                         | -                                                                              | 2.38                                                          |
|     | ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดง              | -                                                                 | -                                                           | 1.35                                                              | 10.20                                                         | -                                                                              | 0.44                                                          |
|     | ความพิการ/ตัดอวัยวะ                      | -                                                                 | -                                                           | -                                                                 | 0.96                                                          | -                                                                              | 0.56                                                          |
|     | แทรกซ้อนหลายอย่าง                        | -                                                                 | 31.00                                                       | 1.84                                                              | 5.26                                                          | -                                                                              | 13.62                                                         |
|     | ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ                        | -                                                                 | -                                                           | 1.93                                                              | -                                                             | -                                                                              | คอปอก, TB, เกาท์, หอบหืด, ต่อมลูกหมากโต                       |
|     | ความดันโลหิตสูง                          |                                                                   |                                                             |                                                                   |                                                               |                                                                                |                                                               |
|     | ภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจ                     | -                                                                 | 4.00                                                        | 1.17                                                              | 1.28                                                          | -                                                                              | 4.19                                                          |
|     | ภาวะแทรกซ้อนทางไต                        | -                                                                 | 50.00                                                       | 3.32                                                              | 1.70                                                          | -                                                                              | 3.30                                                          |
|     | ภาวะแทรกซ้อนเป็นอัมพาต                   | -                                                                 | 8.00                                                        | 0.43                                                              | 2.56                                                          | -                                                                              | 0.67                                                          |
|     | ภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง                    | -                                                                 | 4.00                                                        | -                                                                 | 1.70                                                          | -                                                                              | 0.70                                                          |
|     | ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ                        | -                                                                 | -                                                           | 2.02                                                              | -                                                             | -                                                                              | 4.5 (คอปอก, TB, เกาท์, หอบหืด, ต่อมลูกหมากโต)                 |
|     | ไม่ทราบอัตราอุบัติการณ์และความชุก        | -                                                                 | -                                                           | -                                                                 | -                                                             | -                                                                              | -                                                             |
| 4.3 | วิธีป้องกันและการชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน | ให้ผู้ป่วยค้นหาภาวะแทรกซ้อนด้วยตนเอง ได้แก่ เจาะน้ำตาล ดูเท้า วัด | ให้ความรู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพบโภชนากร ออกกำลังกาย มาตามนัด | การตรวจคัดกรองความเสี่ยง ตามเกณฑ์ การตรวจรักษาใช้ยา และคำแนะนำตาม | สร้างกลุ่มดูแลตนเองโดยมีชมรมคนอ้วนหวานประจำหมู่บ้าน จัด focus | ค้นหาผู้ป่วยรายใหม่เชิงรุก ดูแลผู้ป่วยแล้วให้มารับการรักษาต่อเนื่องปรับเปลี่ยน | ผู้ป่วยรายใหม่ทุกรายให้สูขศึกษาคำแนะนำทุกวงจรตรวจสอบสุขภาพตาม |

| ข้อ | ประเด็น                                       | อ.เมือง                                                                                                                                                      | อ.พรหมานิคม                                                                                                                                                                 | อ.คำตากล้า                                                                                                                                     | อ.กุสุมาลย์                                                                              | อ.เจริญศิลป์                                                                                                                     | อ.วานรนิวาส                                                                                                                                                                  |
|-----|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                                               | ความดันโลหิต ให้สุข<br>ศึกษาเป็นกลุ่ม การ<br>เลิกสูบบุหรี่ ดื่ม<br>แอลกอฮอล์ การลด<br>ไขมัน การลดความ<br>เค็ม หวาน มัน การ<br>ออกกำลังกาย และ<br>ความเครียด  | แพทย์                                                                                                                                                                       | ปัญหาที่พบ/การจัด<br>ค่ายปรับเปลี่ยน<br>พฤติกรรม                                                                                               | group ในกลุ่ม<br>ปรับปรุง จัดค่าย<br>ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม<br>ให้สุขศึกษารายกลุ่ม<br>บุคคล | พฤติกรรม                                                                                                                         | เกณฑ์ทันที ให้ความรู้<br>ตามฐานความรู้ 5<br>ฐาน, ส่งเสริมการออก<br>กำลังกายในชุมชน<br>ตรวจสุขภาพตาม<br>เกณฑ์อย่างน้อยปีละ<br>ครั้ง ตรวจรักษาตาม<br>CPG, ติดตามเยี่ยม<br>บ้าน |
| 4.4 | อัตราการสูญเสียจากภาวะแทรกซ้อน                |                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                |                                                                                          |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                              |
|     | เบาหวาน (ร้อยละ/pt.)                          | -                                                                                                                                                            | 0.20                                                                                                                                                                        | 2.61                                                                                                                                           | 28.00                                                                                    | 1.52                                                                                                                             | 0.64                                                                                                                                                                         |
|     | ความดัน (ร้อยละ/pt.)                          | -                                                                                                                                                            | 0.29                                                                                                                                                                        | 0.72                                                                                                                                           | 5.00                                                                                     | 0.42                                                                                                                             | 0.72                                                                                                                                                                         |
|     | ไม่ทราบ                                       | -                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                |                                                                                          |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                              |
| 4.5 | วิธีเตรียมผู้ป่วยให้ตายอย่างมีศักดิ์ศรีและสงบ | ยังไม่เป็นรูปธรรม<br>อย่างกว้างขวาง แต่<br>จะมีผู้รับผิดชอบ<br>ชัดเจนในแผนกอายุ<br>รกรรมและที่ทำมา<br>ก่อนแล้วจะเป็นผู้ป่วย<br>ระยะสุดท้ายกลุ่ม<br>โรคมะเร็ง | ให้คำปรึกษา ให้<br>ข้อมูลกับญาติแจ้ง<br>แนวทางการดูแลเพื่อ<br>ร่วมกันวางแผนการ<br>ดูแลตัดสินใจ<br>สนับสนุนพิธีกรรม<br>ทางศาสนาอย่าง<br>อิสระ มีบริการส่ง<br>ผู้ป่วยกลับบ้าน | ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมี<br>การเตรียมผู้ป่วยโดย<br>ติดตามเยี่ยมบ้าน<br>ดูแลระดับประครอง<br>ด้านจิตใจและให้การ<br>รักษาแบบประคับ<br>ประครองตามอาการ | ไม่มี                                                                                    | ประเมินผู้ป่วยระยะ<br>สุดท้ายโดยแพทย์<br>เจ้าของไข้ จัดเข้า<br>คลินิกตะวันและให้<br>คำปรึกษา มี CD<br>ธรรมะ อ่านหนังสือ<br>ธรรมะ | ทำในรายที่นอน<br>โรงพยาบาลและเลือก<br>case ทำไม่ใช่ทุก<br>case                                                                                                               |

| ข้อ | ประเด็น                                                           | อ.เมือง                                                                        | อ.พรหมนิคม                                                                                 | อ.คำตากล้า                                                             | อ.กุสุมาลย์ | อ.เจริญศิลป์ | อ.วานรนิวาส                                                                                       |
|-----|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4.6 | ประเด็น/ข้อเสนอนะด้านสถานการณ์ ปชก.<br>กลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน | การสนับสนุนให้เกิด<br>การดูแลตนเอง ด้วย<br>การเสริมสร้างพลังใน<br>การดูแลตนเอง | ควรสร้างความ<br>ตระหนัก และส่งเสริม<br>ให้ผู้ป่วยได้เห็น<br>ความสำคัญเพื่อการ<br>ดูแลตนเอง | การติดตามเยี่ยม<br>บ้านเดือนละครั้งเพื่อ<br>กาสาเหตุและแนว<br>ทางแก้ไข | ไม่มี       | -            | มีโปรแกรมสำเร็จรูป<br>สำหรับการบันทึก<br>ข้อมูลและดึงข้อมูลได้<br>ตรงตามตัวชี้วัด/<br>เกณฑ์คุณภาพ |

| ข้อ | ประเด็น                                                         | อ.อากาศอำนวย | อ.สว่างแดนดิน | อ.โคกศรีสุพรรณ              | อ.โพนนาแก้ว | อ.ภูพาน | อ.บ้านม่วง |
|-----|-----------------------------------------------------------------|--------------|---------------|-----------------------------|-------------|---------|------------|
| 4   | สถานการณ์กลุ่มป่วย+ภาวะแทรกซ้อน                                 |              |               |                             |             |         |            |
| 4.1 | อัตราอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อน/พิการ<br>(pt.ใหม่/แสน ปชก.) |              |               |                             |             |         |            |
|     | เบาหวาน                                                         |              |               |                             |             |         |            |
|     | ภาวะแทรกซ้อนทางตา                                               | -            | 100.38        | 61.10                       | 5.30        | -       | 52.23      |
|     | ภาวะแทรกซ้อนทางไต                                               | -            | 291.03        | 29.09                       | 6.70        | -       | 74.62      |
|     | ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท                                       | -            | 15.17         | 87.28                       | 1.20        | -       | 97.01      |
|     | ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดง                                     | -            | n/a           | 8.72                        | -           | -       | -          |
|     | ความพิการ/ตัดอวัยวะ                                             | -            | n/a           | -                           | 0.70        | -       | 0.00       |
|     | แทรกซ้อนหลายอย่าง                                               | -            | n/a           | 139.66                      | 0.12        | -       | -          |
|     | ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ                                               | -            | -             | 314.23(ไขมันใน<br>เลือดสูง) |             | -       | 1.49       |
|     | ความดันโลหิตสูง                                                 |              |               |                             |             |         |            |
|     | ภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจ                                            | -            | n/a           | 8.72                        | 0.13        | -       | 31.34      |
|     | ภาวะแทรกซ้อนทางไต                                               | -            | n/a           | 69.83                       | 1.17        | -       | 34.32      |
|     | ภาวะแทรกซ้อนเป็นอัมพาต                                          | -            | n/a           | 5.81                        | 0.59        | -       | 2.98       |

| ข้อ | ประเด็น                                   | อ.อากาศอำนวย | อ.สว่างแดนดิน                                                | อ.โคกศรีสุพรรณ          | อ.โพนนาแก้ว | อ.ภูพาน | อ.บ้านม่วง |
|-----|-------------------------------------------|--------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------|---------|------------|
|     | ภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง                     | -            | n/a                                                          | 142.57                  | 0.26        | -       | 26.86      |
|     | ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ                         | -            | -                                                            | 299.68(ไขมันในเลือดสูง) |             | -       | -          |
| 4.2 | ความชุกการเกิดภาวะแทรกซ้อน/พิการ (ร้อยละ) |              |                                                              |                         |             |         |            |
|     | <u>เบาหวาน</u>                            |              |                                                              |                         |             |         |            |
|     | ภาวะแทรกซ้อนทางตา                         | -            | 0.10                                                         | 0.06                    | -           | -       | 0.10       |
|     | ภาวะแทรกซ้อนทางไต                         | -            | 0.29                                                         | 0.25                    | -           | -       | 0.41       |
|     | ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท                 | -            | 0.01                                                         | 0.08                    | -           | -       | 0.46       |
|     | ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดง               | -            | n/a                                                          | 0.06                    | -           | -       | -          |
|     | ความพิการ/ตัดอวัยวะ                       | -            | n/a                                                          | -                       | -           | -       | 0.02       |
|     | แทรกซ้อนหลายอย่าง                         | -            | n/a                                                          | 0.34                    | -           | -       | 0.02       |
|     | ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ                         | -            | -                                                            | 0.93(ไขมันในเลือดสูง)   | -           | -       | -          |
|     | <u>ความดันโลหิตสูง</u>                    |              |                                                              |                         |             |         |            |
|     | ภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจ                      | -            | n/a                                                          | 0.05                    | -           | -       | 0.03       |
|     | ภาวะแทรกซ้อนทางไต                         | -            | n/a                                                          | 0.29                    | -           | -       | 0.06       |
|     | ภาวะแทรกซ้อนเป็นอัมพาต                    | -            | n/a                                                          | 0.02                    | -           | -       | 0.02       |
|     | ภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง                     | -            | n/a                                                          | 0.32                    | -           | -       | 0.02       |
|     | ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ                         | -            | n/a                                                          | 0.85(ไขมันในเลือดสูง)   | -           | -       | -          |
|     | ไม่ทราบอัตราอุบัติการณ์และความชุก         | -            | การจัดระบบการ<br>จัดเก็บข้อมูลยังไม่ได้<br>พอ ขาดบุคลากร และ |                         | -           | -       |            |



| ข้อ | ประเด็น                                       | อ.อากาศอำนวย | อ.สว่างแดนดิน                                                                                                                | อ.โคกศรีสุพรรณ                                                                                                        | อ.โพนนาแก้ว                                                                                                                          | อ.ภูพาน                                                                                                               | อ.บ้านม่วง                                                                                                                                                     |
|-----|-----------------------------------------------|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                                               |              | โปรแกรมการเก็บ<br>ข้อมูล                                                                                                     |                                                                                                                       |                                                                                                                                      |                                                                                                                       |                                                                                                                                                                |
| 4.3 | วิธีป้องกันและการชะลอการเกิด<br>ภาวะแทรกซ้อน  | -            | ควบคุมความดันไม่<br>ควรเกิน 80/130<br>หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่<br>ดื่มสุรา หลีกเลี่ยง<br>อาหารเค็ม มัน เพิ่ม<br>การออกกำลังกาย | ให้สูขศึกษา<br>รายบุคคล รายกลุ่ม<br>ตรวจสุขภาพประจำปี<br>ตา ไต เท้า ติดตาม<br>เยี่ยมบ้าน                              | ตรวจ Lab ตาม<br>เกณฑ์คัดกรองกลุ่ม<br>เสี่ยงต่อการเกิด<br>ภาวะแทรกซ้อน พบ<br>แพทย์ปรับพฤติกรรม<br>และปรับการรักษา<br>ติดตามผล 6 เดือน | จัดให้มีการตรวจ<br>สุขภาพเท้าทุก 6<br>เดือน จัดให้มีการ<br>ตรวจสุขภาพตาปีละ<br>ครั้ง จัดให้มีการตรวจ<br>สุขภาพประจำปี | การให้ความรู้แก่<br>ผู้ป่วย การตรวจ<br>ร่างกายในทุกนัด และ<br>ประจำปี                                                                                          |
| 4.4 | อัตราการสูญเสียจากภาวะแทรกซ้อน                |              |                                                                                                                              |                                                                                                                       |                                                                                                                                      |                                                                                                                       |                                                                                                                                                                |
|     | เบาหวาน (ร้อยละ/pt.)                          | -            | n/a                                                                                                                          | 1.20                                                                                                                  | -                                                                                                                                    | -                                                                                                                     | 1.04                                                                                                                                                           |
|     | ความดัน (ร้อยละ/pt.)                          | -            | n/a                                                                                                                          | 1.49                                                                                                                  | -                                                                                                                                    | -                                                                                                                     | 0.93                                                                                                                                                           |
|     | ไม่ทราบ                                       |              | เดิมไม่มีการเก็บ<br>ข้อมูลผู้ป่วยเสียชีวิต<br>เพิ่งมีการเริ่มเก็บเมื่อ<br>ปี 2552                                            |                                                                                                                       | -                                                                                                                                    | -                                                                                                                     |                                                                                                                                                                |
| 4.5 | วิธีเตรียมผู้ป่วยให้ตายอย่างมีศักดิ์ศรีและสงบ | -            | -                                                                                                                            | เยี่ยมบ้านแนะนำให้<br>ยอมรับการตายตาม<br>หลักศาสนา และให้<br>คำแนะนำปรึกษาแก่<br>ญาติในการดูแล การ<br>เตรียมความพร้อม | ปฏิบัติแบบไม่มีแบบ<br>แผนที่ชัดเจน                                                                                                   | ใช้ mental support<br>ผู้ป่วยและญาติ                                                                                  | ติดตามดูแล แก้ไข<br>ให้กำลังใจ การเยี่ยม<br>บ้าน การเตรียมญาติ<br>ดูแลช่วยเหลือเป็น<br>กำลังใจให้ผู้ป่วย การ<br>เตรียมผู้ป่วย ให้<br>ยอมรับสภาพการ<br>เจ็บป่วย |

| ข้อ | ประเด็น                                                           | อ.อากาศอำนวย | อ.สว่างแดนดิน | อ.โคกศรีสุพรรณ                                                                                                                                                                                    | อ.โพนนาแก้ว | อ.ภูพาน | อ.บ้านม่วง |
|-----|-------------------------------------------------------------------|--------------|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------|------------|
| 4.6 | ประเด็น/ข้อเสนอนะด้านสถานการณ์ ปชก.<br>กลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน | -            | -             | ผู้ป่วยและญาติขาด<br>ความตระหนักในการ<br>ดูแลตนเอง /ผู้ป่วยที่มี<br>ภาวะแทรกซ้อน<br>จำเป็นต้องส่งต่อเพื่อ<br>รับการรักษาปฏิเสธ<br>การรักษาเนื่องจากมี<br>ปัญหาด้านเศรษฐกิจ/<br>ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง | -           | -       |            |

| ข้อ | ประเด็น                                                     | อ.ส่องดาว             | อ.นิคมνάนูน | อ.พังโคน                   | อ.วาริชภูมิ | อ.กุดบาก | อ.เต่างอย      |
|-----|-------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------|----------------------------|-------------|----------|----------------|
| 4   | สถานการณ์กลุ่มป่วย+ภาวะแทรกซ้อน                             |                       |             |                            |             |          |                |
| 4.1 | อัตราปฏิบัติการเกิดภาวะแทรกซ้อน/พิการ<br>(pt.ใหม่/แสน ปชก.) | ไม่พบ<br>ภาวะแทรกซ้อน |             |                            |             |          |                |
|     | เบาหวาน                                                     | -                     | 146.97      | 695.82                     | 69.92       | 55.43    | -              |
|     | ภาวะแทรกซ้อนทางตา                                           | -                     | 48.98       | 1,453.85                   | 209.77      | 162.61   | 39.00          |
|     | ภาวะแทรกซ้อนทางไต                                           | -                     | -           | -                          | 15.54       | 3.69     | -              |
|     | ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท                                   | -                     | 6.99        | -                          | 64.10       | 583.95   | -              |
|     | ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดง                                 | -                     | 20.99       | 63.21                      | 5.83        | 14.78    | -              |
|     | ความพิการ/ติดอวัยวะ                                         | -                     | 13.99       | -                          | 147.61      | 158.92   | -              |
|     | แทรกซ้อนหลายอย่าง                                           | -                     | -           | (เกาท์ หอบหืด<br>TB)252.84 | -           | 55.43    | (ไม่ได้ระบุ)37 |
|     | ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ                                           | ไม่พบ<br>ภาวะแทรกซ้อน |             |                            |             |          |                |

| ข้อ | ประเด็น                                   | อ.สองดาว | อ.นิคมνάฐน | อ.พังโคน                 | อ.วาริชภูมิ           | อ.กุดบาก | อ.เต่างอย        |
|-----|-------------------------------------------|----------|------------|--------------------------|-----------------------|----------|------------------|
|     | ความดันโลหิตสูง                           | -        | 34.99      | 187.26                   | 44.67                 | 59.13    | -                |
|     | ภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจ                      | -        | 13.99      | 93.63                    | 42.73                 | 85.00    | 42.00            |
|     | ภาวะแทรกซ้อนทางไต                         | -        | 6.99       | 936.32                   | 44.67                 | 29.56    | -                |
|     | ภาวะแทรกซ้อนเป็นอัมพาต                    | -        | 6.99       | -                        | 54.38                 | -        | -                |
|     | ภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง                     | -        | -          | (COPD)93.63              | -                     | 151.53   | (ไม่ได้ระบุ)7    |
|     | ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ                         |          |            |                          |                       |          |                  |
| 4.2 | ความชุกการเกิดภาวะแทรกซ้อน/พิการ (ร้อยละ) |          |            |                          |                       |          |                  |
|     | เบาหวาน                                   | 0.01     | 0.147      | 0.09                     | 2.15                  | 0.06     | ไม่ได้เก็บข้อมูล |
|     | ภาวะแทรกซ้อนทางตา                         | 0.13     | 0.048      | 0.23                     | 6.46                  | 0.16     | ไม่ได้เก็บข้อมูล |
|     | ภาวะแทรกซ้อนทางไต                         | 0.06     | -          | 0.11                     | 0.48                  | 0.01     | ไม่ได้เก็บข้อมูล |
|     | ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท                 | 0.08     | 0.0069     | 0.03                     | 1.97                  | 0.58     | ไม่ได้เก็บข้อมูล |
|     | ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดง               | 0.01     | 0.020      | 0.007                    | 0.18                  | 0.02     | ไม่ได้เก็บข้อมูล |
|     | ความพิการ/ต้ออวัยวะ                       | 0.10     | 0.013      | 0.09                     | 4.55                  | 0.15     | ไม่ได้เก็บข้อมูล |
|     | แทรกซ้อนหลายอย่าง                         | -        | -          | (COPD/เกาท์/<br>TB)0.009 | -                     | 0.05     | ไม่ได้เก็บข้อมูล |
|     | ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ                         |          |            |                          |                       |          |                  |
|     | ความดันโลหิตสูง                           | 0.07     | 0.035      | 0.019                    | 1.41                  | 0.06     | ไม่ได้เก็บข้อมูล |
|     | ภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจ                      | 0.10     | 0.014      | 0.074                    | 1.34                  | 0.08     | ไม่ได้เก็บข้อมูล |
|     | ภาวะแทรกซ้อนทางไต                         | 0.02     | 0.007      | 0.029                    | 1.41                  | 0.03     | ไม่ได้เก็บข้อมูล |
|     | ภาวะแทรกซ้อนเป็นอัมพาต                    | 0.03     | 0.007      | -                        | 1.71                  | -        | ไม่ได้เก็บข้อมูล |
|     | ภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง                     | -        | -          | (COPD)0.0018             | 47.74(COPD,<br>gout,) | 0.15     | ไม่ได้เก็บข้อมูล |

| ข้อ | ประเด็น                                  | อ.สองดาว                                                                                                                                                   | อ.นิคมน้ำอุ่น                                                                                                                                  | อ.พังโคน                                                                                                                                                                                                         | อ.วาริชภูมิ                                                                                       | อ.กุดบาก                                                                                                  | อ.เต่างอย                                                                                                           |
|-----|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     | ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ                        |                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                   |                                                                                                           |                                                                                                                     |
|     | ไม่ทราบอัตราอุบัติการณ์และความชุก        | การเฝ้าระวัง FBS ทุก 1-2 เดือน การตรวจตาด้วยเครื่อง computer ปีละครั้ง ตรวจเท้าด้วย monofilament ทุก เดือน ตรวจ BUN, Cr, CXR, EKG, Lipid profile ปีละครั้ง | ให้ความรู้ในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ สร้างแรงจูงใจ ให้คำปรึกษา กิจกรรม ค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ชมรมออกกำลังกาย | ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ทุกรายได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี มีแนวทางการรักษา และระบบส่งต่อ มีการค้นหาภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่มารับบริการที่สถานพยาบาลและติดตามผู้ป่วยที่รับยาที่อื่นที่ยังไม่ได้ตรวจสุขภาพมาตรวจสุขภาพ | ให้สุขศึกษา การเข้ากลุ่ม การเยี่ยมบ้าน เพื่อนเดือนเพื่อน การส่งเสริมการจัดการตัวเองในกลุ่มผู้ป่วย | การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้สุขศึกษา การเฝ้าระวัง โดยการตรวจเลือดประจำปีในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง | การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ, มีการตรวจเท้า นวดเท้า, การใส่ยาในรายที่มีอาการบ่งชี้ |
| 4.3 | วิธีป้องกันและการชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน |                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                   |                                                                                                           |                                                                                                                     |
| 4.4 | อัตราการสูญเสียจากภาวะแทรกซ้อน           | -                                                                                                                                                          | 0.23                                                                                                                                           | 1.33                                                                                                                                                                                                             | 1.08                                                                                              | 6.01                                                                                                      | 16 คน                                                                                                               |
|     | เบาหวาน (ร้อยละ/pt.)                     | -                                                                                                                                                          | 0.24                                                                                                                                           | -                                                                                                                                                                                                                | 0.61                                                                                              | 7.09                                                                                                      | 5 คน                                                                                                                |
|     | ความดัน (ร้อยละ/pt.)                     |                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                   |                                                                                                           |                                                                                                                     |
|     | ไม่ทราบ                                  | มีกระบวนการส่งต่อการเยี่ยมบ้าน                                                                                                                             | ให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วย ให้สิทธิในการตัดสินใจแก่ผู้ป่วย ให้ข้อมูล และช่วยประสานงานองค์กร                                                       | ในรายที่อยู่ในโรงพยาบาลไม่ได้มีวิธีการเตรียมผู้ตายอย่างชัดเจน ในรายที่อยู่ในชุมชนเจ้าหน้าที่                                                                                                                     | ยังไม่มีในชุมชน                                                                                   | ให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ                                                                                | ไม่มี                                                                                                               |

| ข้อ | ประเด็น                                                           | อ.สองดาว | อ.นิคมน้ำอุ่น            | อ.พังโคน                                            | อ.วาริชภูมิ | อ.กุดบาก                                                                                                               | อ.เต่างอย |
|-----|-------------------------------------------------------------------|----------|--------------------------|-----------------------------------------------------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
|     |                                                                   |          | เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง | ออกเยี่ยมบ้านให้<br>กำลังใจในรายที่ทราบ<br>ข้อมูล   |             |                                                                                                                        |           |
| 4.5 | วิธีเตรียมผู้ป่วยให้ตายอย่างมีศักดิ์ศรีและสงบ                     |          |                          | ควรมีโปรแกรม<br>สำเร็จรูปและลงใน<br>โปรแกรมเดียวกัน |             | ควรมีการเฝ้าระวัง<br>ภาวะแทรกซ้อนที่<br>รัดกุม และเพิ่ม Lab<br>ตามเกณฑ์มาตรฐาน<br>และควรมีเครื่องมือ<br>ตรวจตามมาตรฐาน |           |
| 4.6 | ประเด็น/ข้อเสนอนะด้านสถานการณ์ ปชก.<br>กลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน |          |                          |                                                     |             |                                                                                                                        |           |

# ภาคผนวกที่ 6

ผลการประเมินการสนับสนุนการจัดการตนเองได้ของผู้ป่วย/  
กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงในจังหวัดสกลนคร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นภาพร วาณิชยกุล

2552



MAHIDOL  
UNIVERSITY



สปสช.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



S



M

S



S

# รายงานการพัฒนา

## แบบประเมิน ระบบสนับสนุน การจัดการตนเอง

Self-Management Support System

ผศ.ดร.นภาพร วาณิชยกุล



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

# กิจกรรมประกาศ

---

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่สนับสนุนทุนวิจัยเพื่อพัฒนาแบบประเมินตนเองของระบบการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับโรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นอย่างดี

ขอขอบคุณ นายแพทย์ชรัตน์ วสุธาดา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร นายแพทย์ประวิตร ศรีบุญยรัตน์ และ คุณพนิดา ทรัพย์แสนยากร ที่ให้ความช่วยเหลือในการดำเนิน การด้านต่างๆ และการประสานงานที่ดีเยี่ยม เพื่อให้สามารถดำเนินการพัฒนาแบบประเมินสำเร็จลุล่วงด้วยดี ขอขอบคุณ นายแพทย์ปรเมศร์ กิ่งโก้ สำหรับคำแนะนำต่างๆที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาแบบประเมิน

ขอขอบคุณแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องทุกคน ดังรายนามในภาคผนวก ที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการประเมินตนเอง และอนุเคราะห์ตอบข้อมูลต่างๆ เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการบริการต่อไป

ขอขอบคุณอาจารย์ทุกท่านในภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ที่เป็นกำลังใจในการทำงานเป็นอย่างดีเสมอมา ท้ายที่สุดขอขอบคุณ นายแพทย์กิตตินันท์ อนรรฆมณี ทันตแพทย์ จเร วิชาติไทย พญ.อรพินท์ มุกดาติลก คุณน้องนุช บ่อคำ และเจ้าหน้าที่แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ให้ความช่วยเหลือในดำเนินงานต่างๆ ให้ลุล่วงไปด้วยดี

ทีมวิจัย



## ทีมวิจัย

---

|              |              |                                                              |
|--------------|--------------|--------------------------------------------------------------|
| ผศ.ดร.นภาพร  | วาณิชยกุล    | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล                             |
| นพ.สมเกียรติ | โพธิสัตย์    | สถาบันวิจัยและประเมินผลเทคโนโลยีทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข |
| พญ.ฉายศรี    | สุพรศิลป์ชัย | กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข                                |
| พญ.สุพัชรา   | ศรีวิจิตร    | สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล                    |
| ศ.พญ.วรรณิ   | นิธิยานันท์  | คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล                  |
| นพ.กฤษ       | ลีทองอิน     | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ                             |
| พญ.ณภากุล    | โรจนสุภัค    | สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข                   |

# สารบัญ

---

|                                       |    |
|---------------------------------------|----|
| หลักการและเหตุผล .....                | 5  |
| วัตถุประสงค์ .....                    | 6  |
| การดำเนินงาน.....                     | 7  |
| กรอบแนวคิด .....                      | 10 |
| กลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ดำเนินงาน..... | 7  |
| ขั้นตอนการดำเนินการ                   |    |
| ผลการดำเนินงาน                        |    |
| อภิปรายผลการดำเนินงาน                 |    |
| สรุปผลการดำเนินงานและข้อเสนอแนะ ..... | 7  |

## หลักการและเหตุผล

โรคเรื้อรังต่างๆ ซึ่งเป็นโรคที่นำไปสู่การตายในลำดับต้นๆของประชากรไทย ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น จากสถิติพบว่าคนไทย 3 ใน 5 คน มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างน้อย 1 ปัจจัยขึ้นไป ทำให้โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นโรคเรื้อรังอันดับที่ 1 ของคนไทย<sup>1</sup> โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ความดันโลหิตสูง และความผิดปกติของไขมันในเลือด เป็นปัจจัยที่สำคัญในการนำไปสู่การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดหรือทำให้ภาวะของโรคยากต่อการควบคุม<sup>2,3</sup> ประเด็นดังกล่าวสอดคล้องกับยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) ที่กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพคนและสังคมไทยสู่สังคมแห่งภูมิปัญญาและการเรียนรู้ โดยการเสริมสร้างสุขภาพคนไทยให้มีสุขภาพแข็งแรงทั้งกายและใจและเพิ่มคุณภาพของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งปฏิรูประบบบริหารจัดการสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพทั้งการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพในการนี้คณะกรรมการ บริหารแผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จากการศึกษาสถานการณ์การจัดการโรคเรื้อรังดังกล่าว พบว่า ยังต้องการการพัฒนาคุณภาพการดูแล โดย ร้อยละ 69.8 เป็นผู้ที่สงสัยว่ามีความดันโลหิตสูงแต่ไม่ตระหนักรักษาควบคุม และมีเพียงร้อยละ 8.6 ของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมได้ดี (BP<140/90 มิลลิเมตรปรอท)<sup>13, 15</sup> ส่วนผู้เสี่ยงต่อเบาหวานแต่ไม่ตระหนักรักษาควบคุม มีถึงร้อยละ 56.6 และผู้เป็นโรคแล้วและควบคุมได้ดี มีเพียงร้อยละ 12.2 และพบว่า ร้อยละ 70 ของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและกลุ่มเสี่ยงก่อนเป็นเบาหวานมีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆร่วมแต่ไม่มีความตระหนัก<sup>1</sup> ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง (BP>= 130/85 มิลลิเมตรปรอท) และภาวะไขมันคลอเลสเตอรอลในเลือดสูง(>=6.2 มิลลิโมลต่อลิตร) จากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชากรไทยที่อายุมากกว่า 15 ปี<sup>1,5</sup> พบว่าในประชากรชายและหญิงที่มีอายุมากกว่า 35 ปี ถ้ามีเส้นรอบเอวมากกว่า 82-85 เซนติเมตร จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานมากขึ้น ในผู้หญิงที่มีกิจกรรมเคลื่อนไหวออกแรงไม่เพียงพอหรือค่อนข้างต่ำ และในประชากรที่อายุมากขึ้นจะมีกิจกรรมเคลื่อนไหวออกแรงที่ต่ำเพิ่มมากขึ้น ในด้านการบริโภคผักและผลไม้ พบว่าในประชากรไทยมีการบริโภคผักและผลไม้เฉลี่ยประมาณ 270-280 กรัมต่อวัน และปริมาณการบริโภคจะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ขณะที่ควรบริโภคผักและผลไม้ประมาณ 400-800 กรัมต่อวัน จากรายงานของกรมควบคุมโรค พบว่าจำนวนผู้รับบริการที่ได้รับการแนะนำหรือคำอธิบายในการดูแลสุขภาพทุกครั้งเมื่อไปรับการรักษา มีเพียง ร้อยละ 65<sup>5</sup> และจากการประเมินระบบการดูแลสุขภาพเป็นเบาหวานของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิรวม 44 หน่วยทั่วประเทศ<sup>11</sup> พบว่าระบบงานการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนใหญ่อยู่ในลักษณะตั้งรับ ระบบจัดการกับพฤติกรรมเสี่ยงและระบบติดตามภาวะแทรกซ้อนยังไม่มีประสิทธิภาพ เจ้าหน้าที่ยังขาดการพัฒนาในด้านความรู้และทักษะ และผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยที่สามารถคุมระดับน้ำตาลได้ดีมีเพียงร้อยละ 38 มีระดับไขมันในเลือดสูงร้อยละ 10-19 และเริ่มมีความผิดปกติของไต ร้อยละ 31-50

จากประเด็นดังกล่าวข้างต้น การจัดการต้องดำเนินการอยู่บนพื้นฐานวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคล วัฒนธรรมประเพณีของชุมชน ไม่ว่าจะเป็นการขาดการเคลื่อนไหวออกแรง การรับประทานอาหารที่อันตรายต่อสุขภาพ หรือเมื่อเป็นโรคก็ไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ ร่วมกับการสื่อสารข้อมูลทางคลินิกอย่างเป็นระบบ จากการศึกษาวิจัยในต่างประเทศ ยืนยันว่า ระบบการดูแลเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ป่วยเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังและส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ การสนับสนุนการจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้กลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองบนวิถีแห่งตนเพื่อลดอัตราการเกิดโรคและผลกระทบต่อการสูญเสียสมรรถภาพร่างกายและอารมณ์ความรู้สึก และดำรงชีวิตทำหายโรคเรื้อรังอยู่ได้<sup>22-27</sup> โดยมุ่งเน้นการพัฒนาการบริการแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเน้นการมีส่วนร่วมและตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ การเลือกสรรมาตรการต่างๆที่เหมาะสมกับบริบท และมีความเท่าเทียมกันในการรับบริการ ในการจัดการโรคเรื้อรัง การให้เพียงความรู้เกี่ยวกับสิ่งที่ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำโดยไม่มีการบวนการสนับสนุนทางด้านจิตสังคมที่ชัดเจน เช่น การสนับสนุนทางสังคม การจูงใจ การสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง และการสร้างดุลยพินิจในการตัดสินใจที่เหมาะสมกับโรค พบว่าไม่ก่อผลดีเท่าที่ควร<sup>30, 31</sup> บุคคลจะเป็นผู้ตัดสินใจเองว่าจะเลือกรับประทานอะไร จะออกกำลังกายหรือไม่ หรือจะรับประทานยาบ่อยครั้งแค่ไหน ถ้าบุคคลไม่ต้องการทำสิ่งหนึ่งสิ่ง

ใด เขาก็เลือกที่จะไม่ทำ<sup>32</sup> ผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโดยทั่วไปไม่ค่อยประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบยั่งยืน<sup>33</sup> ผู้ป่วยจะต้องอยู่กับโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ไปจนตลอดชีวิต ในสถานการณ์การดูแลปัจจุบันที่มีสัดส่วนปริมาณผู้รับบริการต่อแพทย์สูง แพทย์ใช้เวลาเพื่อร่วมกับผู้ป่วยตัดสินใจในการรักษาเพียง 9% ของเวลาที่ให้บริการ<sup>34</sup> และจากการศึกษาของ Burnard และ Morrison<sup>35, 36</sup> ในการสัมภาษณ์พยาบาลเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย พบว่า ปฏิสัมพันธ์ที่ปฏิบัติอยู่จะเป็นการให้คำแนะนำ การสอน การให้ข้อมูล มากกว่าการกระตุ้นให้ผู้ป่วยสะท้อนคิดและพูดคุยด้วยคำถามกระตุ้นเพื่อนำสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

จากข้อมูลข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่าการดำเนินการด้านสาธารณสุขในส่วนต่างๆในการสนับสนุนการจัดการตนเองต้องมีการจัดระบบประสานงานของภาคส่วนต่างๆ ให้สามารถเข้าถึงข้อมูลที่จะช่วยทำให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล ทั้งในด้านการควบคุมป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การดูแลรักษาผู้ที่เป็นโรคแล้ว และการจัดการโรค การประเมินสถานะการสนับสนุนการจัดการตนเองทั้งในส่วนการบริการสาธารณสุขของโรงพยาบาล PCU และชุมชน ทั้งในระดับบริหารจัดการและระดับปฏิบัติการจึงมีความจำเป็นในขั้นต้นเพื่อเป็นแนวทางการพัฒนารูปแบบระบบและกลไกในระบบการสนับสนุนการจัดการตนเองแบบบูรณาการการจัดการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประเทศไทย ดังนั้นทีมผู้วิจัยจึงสนใจที่จะดำเนินพัฒนาแบบประเมินตนเองของระบบการสนับสนุนการจัดการตนเองที่ประเมินในระดับบริหารจัดการและระดับปฏิบัติการ โดยเลือกจังหวัดต้นแบบ 1 จังหวัดในการดำเนินการ

## วัตถุประสงค์

---

1. เพื่อพัฒนาแบบประเมินตนเองของระบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง สำหรับผู้รับบริการโรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวานและความดันโลหิตสูง
2. เพื่อศึกษาความตรงและความเที่ยงของแบบประเมินตนเองของระบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง สำหรับผู้รับบริการโรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวานและความดันโลหิตสูง
3. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการใช้แบบประเมินตนเองของระบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง สำหรับผู้รับบริการโรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวานและความดันโลหิตสูง

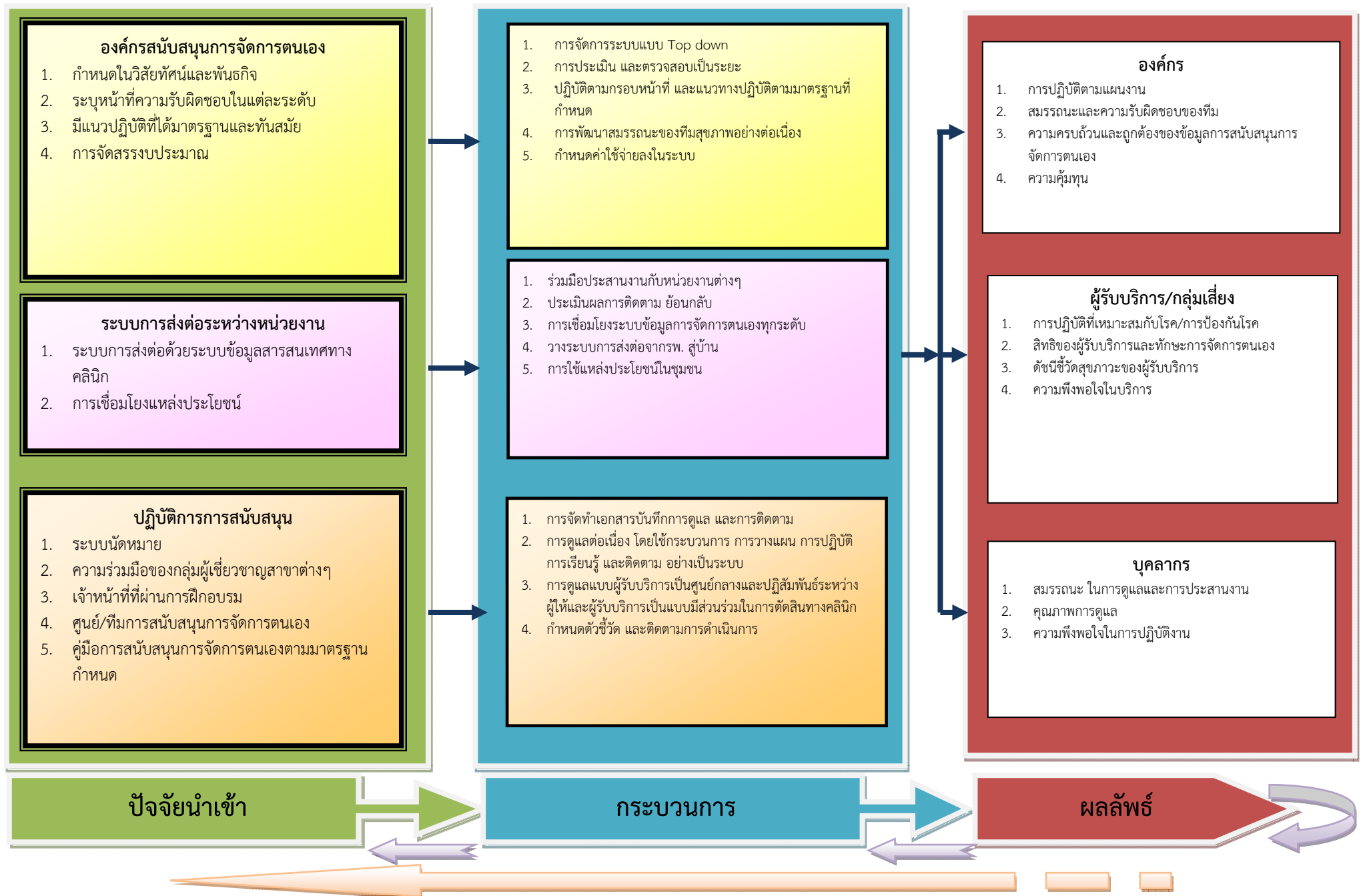
## กรอบแนวคิด

การสนับสนุนการจัดการตนเองเป็นการให้การดูแลที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานความร่วมมือในการดูแลระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ทั้งในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้รับบริการโรคเรื้อรัง ที่จะก่อให้เกิดความสามารถในการจัดการภาวะสุขภาพด้วยตนเองของผู้รับบริการ เพื่อให้เกิดสุขภาพและมีความเป็นอยู่แบบมีคุณภาพชีวิต การดูแลเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองจะเปลี่ยนวิธีการให้การดูแลรักษาจากผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกสู่การเป็นโค้ชให้กับผู้รับบริการ โดยการผสานการดูแลดังกล่าวเข้าสู่การปฏิบัติทางคลินิกในงานประจำแบบมุ่งเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

การจัดการตนเองเป็นความสามารถของบุคคลที่จะดำรงชีวิตกับสภาพการเจ็บป่วยด้วยการพัฒนาความสามารถและความมั่นใจในการจัดการทั้งทางด้านการรักษา และพฤติกรรมเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรค การสนับสนุนการจัดการตนเองเป็นการเตรียมผู้รับบริการให้เข้าใจบทบาทในกระบวนการรักษา และร่วมมือในการตั้งเป้าหมายที่มีคุณค่าและอยู่ในขีดความสามารถของตนเองที่จะกระทำให้สำเร็จได้ และช่วยพัฒนาทักษะที่จำเป็นตามความต้องการของผู้รับบริการ จากการทบทวนวรรณกรรม<sup>5-10</sup> พบว่าองค์ประกอบที่สำคัญของระบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง ประกอบด้วย

- 1) มีการจัดการระบบแบบ Top down โดยการดำเนินการควรกำหนดเป็นนโยบายของโรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน และ หน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ชัดเจนในการให้บริการแบบสนับสนุนให้ผู้รับบริการสามารถจัดการตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรังได้
- 2) ควรเป็นการทำงานของทีมสหสาขา ที่มีทั้งความรู้และทักษะเกี่ยวกับการดูแลรักษาโรคหัวใจ เบาหวาน และความดันโลหิตสูง และความรู้ทางพฤติกรรมที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีการกำหนดขอบเขตความรับผิดชอบที่ชัดเจน
- 3) มาตรการแทรกแซงจะต้องดำเนินการผ่านอยู่ในการดูแลทางคลินิกตามปกติ ตามระดับต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการดูแลในระบบผู้รับบริการใน ผู้รับบริการที่มาติดตามการรักษาที่คลินิก หรือในชุมชน
- 4) มีระบบการประเมินสถานการณ์ของผู้รับบริการที่ครอบคลุมปัจจัยต่างๆที่สำคัญ ในการสนับสนุนให้บุคคลสามารถจัดการตนเองในการดูแลเกี่ยวกับโรคเรื้อรังได้ โดยจัดระบบข้อมูลการประเมินผลรวมของการตอบสนองทางชีวภาพ อิทธิพลทางสังคม ประสบการณ์การอยู่กับโรค แรงจูงใจและอุปสรรคที่จะเกิด และการควบคุมตนเอง ของแต่ละบุคคล
- 5) กิจกรรมในมาตรการแทรกแซงพัฒนาอย่างเป็นระบบจากบนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัยและประสบการณ์การเรียนรู้ของทีมงาน
- 6) การจัดทำมาตรการแทรกแซง ควรผสมความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่ควรเป็น กับการพัฒนากระบวนการคิด ในการระบุปัญหา จัดลำดับความสำคัญ การตัดสินใจของบุคคลในด้านผลดีและผลเสียจากการเปลี่ยนแปลง ความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเอง และทักษะการแก้ไขปัญหา โดยใช้การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการและทีมสุขภาพแบบมุ่งเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ดังนั้นโปรแกรมควรเน้น ความเข้าใจในประสบการณ์ การรับรู้ ความเชื่อ พฤติกรรมของผู้รับบริการ และให้ผู้รับบริการเป็นผู้เลือกวิธีการปฏิบัติและตั้งจุดมุ่งหมายด้วยตนเอง ดังนั้นผู้ให้คำปรึกษาจะถือหลักการเคารพต่อความเป็นปัจเจกบุคคล สิทธิส่วนบุคคล วิธีการแก้ไขปัญหา และการเลือกดำเนินการตามวิถีชีวิต
- 7) มีการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองในกลุ่มเสี่ยงและผู้รับบริการโดยการสื่อสารบนข้อมูลแฟ้มประวัติ ที่ส่งต่อกันอย่างเป็นระบบ
- 8) มีการประเมินผลติดตามการดำเนินการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง จนเกิดความยั่งยืน จากระดับบุคคล สู่ องค์กร และ เครือข่าย
- 9) เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพทุกภาคส่วนจำเป็นต้องได้รับการฝึกการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางที่เป็นระบบและมุ่งเน้นพัฒนาศักยภาพของกลุ่มเสี่ยง/ผู้รับบริการให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างครอบคลุม และต้องมีความรู้ที่ทันสมัยเกี่ยวกับความซับซ้อนของโรคเรื้อรังในสถานการณ์ปัจจุบัน

- 10) ผู้ดำเนินโครงการควรเป็นพยาบาลหรือบุคลากรทางสาธารณสุขที่ได้รับการอบรมดังกล่าวในข้อหนึ่ง และมีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบในฐานะผู้จัดการรายบุคคลให้ชัดเจน
- จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น ร่วมกับความต้องการของที่มีสุขภาพและได้รับการบริการในพื้นที่นำร่อง นำสู่การวางระบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง ดังรูปที่ 1 โดย ระบบจะประกอบด้วย 3 ส่วนสำคัญ คือ
1. ปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วยปัจจัยขององค์กร (โรงพยาบาล และPCU) ระบบการส่งต่อ และระบบปฏิบัติการ
  2. กระบวนการ เป็นกระบวนการพัฒนาระบบการสนับสนุนการจัดการตนเองเข้าสู่การปฏิบัติปกติ การพัฒนาเครือข่ายการดูแลและการส่งต่อ รวมทั้งการพัฒนาปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการกับเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และปฏิสัมพันธ์ที่กระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและการจัดการพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค/ความก้าวหน้าของโรค
  3. ผลลัพธ์ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือผลลัพธ์ขององค์กร ผลลัพธ์ของผู้ให้บริการ และผลลัพธ์ของผู้รับบริการ





กลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ดำเนินงาน

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีประสบการณ์และรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ในพื้นที่จังหวัดสกลนคร ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ตัวแทนจาก 18 อำเภอ ทั้งในระดับโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 224 คน

ขั้นตอนการดำเนินการ

แบบประเมินตนเองในการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้รับบริการโรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน และความดันโลหิตสูง การพัฒนาดำเนินโดยการประชุมกลุ่มทีมผู้ดูแล โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจของจังหวัดสกลนคร จำนวน 151 ท่าน เพื่อวิเคราะห์จุดเด่น ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการพัฒนาการดูแล (ผลสรุปจากโครงการหลัก) ร่วมกับการอาศัยกรอบแนวคิดของ Chronic Care Model และประเด็นคำถามจากเครื่องมือ Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) และ เครื่องมือ Primary Care Resources and Supports for Chronic Disease Self Management (PCRS) มาพัฒนาเป็นแบบประเมินเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของสถานการณ์ของการดูแลสำหรับระบบสาธารณสุขไทย ทีมวิจัยได้ตรวจสอบความเหมาะสมทางภาษาและเนื้อหา จากแพทย์ พยาบาลผู้ดูแลโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจของจังหวัดสกลนคร จำนวน 16 ท่าน เพื่อปรับปรุงภาษาและเนื้อหาให้ครอบคลุมเหมาะสม โดยพิจารณาการแก้ไขจาก ค่า content validity index ที่น้อยกว่า .80 นั่นคือผู้ที่เห็นว่าเหมาะสมต้องไม่น้อยกว่า 13 คน จาก 16 คน และนำแบบประเมินที่ปรับแก้ไข มาศึกษาค่า Internal Consistency Reliability โดยใช้ Chronbach alpha มากกว่า .7 หลังจากนั้นนำมาทดลองใช้ ในการประเมิน 18 อำเภอ จำนวนเจ้าหน้าที่ 224 คน เพื่อศึกษาการตอบคำถามการสะท้อนผลการประเมินและนำสู่สภาวะการดำเนินงานของจังหวัดเพื่อให้เห็นความสอดคล้องการประเมินกับสถานการณ์ของจังหวัด

แบบประเมินมุ่งเน้นลักษณะที่สำคัญของสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการ ทั้งในระดับกระบวนการการรักษาดูแลของทีมผู้ดูแล (Micro systems) ที่แสดงว่าระบบในการดูแลที่ดีเป็นอย่างไร และระดับโครงสร้างขององค์กรต่างๆ จำเป็นต้องมีอะไรในการสนับสนุนการทำงานภายในองค์กรและเครือข่าย (Macro system) เครื่องมือนั้นพัฒนาสำหรับทีมสหสาขา (แพทย์ พยาบาลระดับต่างๆ นักวิชาการสาธารณสุขในสาขาต่างๆ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักโภชนาการ เจ้าหน้าที่บริหารส่วนท้องถิ่นและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) ที่อยู่ในสถานบริการทางสาธารณสุขระดับต่างๆ ทั้งในโรงพยาบาล หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่มีการให้บริการแบบ ในการดูแลผู้รับบริการโรคเรื้อรัง ผลการประเมินจากเครื่องมือนี้ไม่ได้อยู่ที่ระดับคะแนนที่สมาชิกแต่ละคนให้ แต่อยู่ที่การนำผลคะแนนมาปรับปรุงกระบวนการเพื่อการพัฒนาการดูแลต่อไป

ลักษณะแบบประเมิน

เครื่องมือประเมิน แบ่งออกเป็น 4 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบประเมิน องค์ประกอบที่ 2 แบบประเมินระบบการสนับสนุนการจัดการตนเองขององค์กร องค์ประกอบที่ 3 แบบประเมินระบบการสนับสนุนการจัดการตนเองของการให้บริการแก่ผู้รับบริการ โดยในองค์ประกอบที่ 2 – 3 แต่ละองค์ประกอบจะประกอบด้วยคำถาม 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 การบรรยายสรุปข้อมูลสำคัญในองค์ประกอบด้วยคำถามแบบเปิด เพื่อสรุปภาพรวมของระบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยมีรายละเอียดของมาตรการหรือการปฏิบัติที่กำหนดในข้อคำถามและเชื่อมโยง 3 ด้าน 1) เป้าหมายที่กำหนด 2) กระบวนการที่นำสู่การบรรลุความสำเร็จอย่างไร และ 3) ผลของงาน โดยการบอกเล่าความสำเร็จที่เกิดขึ้น

ส่วนที่ 2 การประเมินสถานการณ์การปฏิบัติงานในปัจจุบัน บ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ การประเมินองค์กร (6 ข้อ) และการประเมินการให้บริการ (14 ข้อ) เครื่องมือ แนวทางการตอบแบบประเมินตนเองในส่วนที่ 2 การประเมินความรู้สึกรู้สึกต่อการให้ดูแลรักษา โดย เป็นการเลือก จาก 4 ระดับตัวเลือก (0 – 4) และแต่ละระดับมีคะแนน 3 คะแนน ให้เลือกตอบ (ระดับ D = 0, 1, 2; ระดับ C = 3, 4, 5; ระดับ B = 6, 7, 8; ระดับ A = 9, 10, 11 ) โดยแต่ละตัวเลือกมีความหมายตามลักษณะที่กำหนดในแต่ละข้อ และการแปลผลมี 4 ระดับ ดังนี้

- |                                                      |             |        |
|------------------------------------------------------|-------------|--------|
| — ระดับยังไม่มีการพัฒนาชัดเจน                        | คะแนนเฉลี่ย | 0 – 2  |
| — ระดับการพัฒนายังเป็นเฉพาะส่วนแยกกัน                | คะแนนเฉลี่ย | 3 – 5  |
| — ระดับการพัฒนาเริ่มเชื่อมโยงเข้าสู่การดูแลตามปกติ   | คะแนนเฉลี่ย | 6 – 8  |
| — ระดับการพัฒนาเชื่อมโยงเข้าสู่การดูแลตามปกติบางส่วน | คะแนนเฉลี่ย | 9 – 11 |

# ผลการดำเนินงาน

## ผลการประเมินคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ได้เสนอแนะให้ปรับเป็น 5 ระดับเพื่อความสอดคล้องกับแบบประเมินขององค์กรประกอบใน Chronic Care Model อื่นๆ ผลความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้ค่า content validity index ในเรื่องเนื้อหาสูงกว่า.8 ในด้านความเหมาะสมทางภาษา อยู่ในช่วง 0.6 - 1 ข้อที่ต่ำกว่า .8 ได้แก้ไขภาษาตามที่เสนอแนะ ประเด็นสำคัญที่เป็นความคิดเห็นสรุปจากกลุ่มผู้ใช้ ว่าไม่ควรมีการประเมินค่าเป็น 2 ระดับ คะแนนที่ให้เลือก 1 – 11 อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการประเมินคะแนน เกณฑ์กำหนดในรายละเอียดที่อธิบายความหมายของคะแนน จะทำให้การตัดสินใจในการประเมินตนเองชัดเจนด้วยการเลือก 0-4 เท่านั้น และกำหนดเกณฑ์การประเมินตามคะแนนดังรายละเอียดดังนี้

- ระดับยังไม่มีการพัฒนาชัดเจน คะแนนเฉลี่ย 0 – 0.49
- ระดับการพัฒนายังเป็นเฉพาะส่วนแยกกัน คะแนนเฉลี่ย 0.50 – 1.49
- ระดับการพัฒนาเริ่มเชื่อมโยงเข้าสู่การดูแลตามปกติ คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49
- ระดับการพัฒนาเชื่อมโยงเข้าสู่การดูแลตามปกติบางส่วน คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49
- ระดับระบบที่สมบูรณ์แข็งแกร่งผลสำเร็จการดูแลและติดตามอย่างเป็นระบบ คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.00

ดังนั้น แบบประเมิน จึงเป็นการ ให้คะแนน 0 - 4 ในแต่ละข้อ ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ต่ำสุด เท่ากับ 0 และสูงสุด เท่ากับ 80 การคำนวณเพื่อจัดระดับในการตัดสินใจพัฒนา จะดำเนินการโดยใช้ ค่าเฉลี่ยของคะแนนแต่ละด้าน เพื่อให้สามารถมองเห็นภาพรวม ในรายละเอียดการพัฒนารายข้อ จะใช้ ความถี่เป็นตัวแสดงผลการตอบ เพื่อให้เห็นทั้ง mode, minimum และ maximum

ค่า Internal Consistency Reliability จากการสุ่มเจ้าหน้าที่ จำนวน 30 คน ในแต่ละระดับ มีค่า Chronbach alpha coefficient ดังรายละเอียดในตารางที่ 1 อยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์คุณภาพเครื่องมือในด้านความสอดคล้องภายใน (>.7) ทุกรายด้านและมีค่าสูงใกล้เคียงกันระหว่าง ระดับโรงพยาบาลและ ระดับ PCU

| Chronbach alpha coefficient | องค์กร<br>(6 ข้อ) | การประเมินการให้บริการ<br>(14 ข้อ) | ภาพรวม<br>(20 ข้อ) |
|-----------------------------|-------------------|------------------------------------|--------------------|
| ระดับโรงพยาบาล              | .94               | .91                                | .93                |
| ระดับ PCU                   | .83               | .94                                | .94                |
| ทุกระดับ                    | .89               | .93                                | .94                |

## ผลการทดลองใช้ในจังหวัดสกลนคร

จากการทดลองใช้ใน 18 อำเภอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้ข้อมูลมีรายละเอียด ดังตารางที่ 2 87.71% เป็นเพศหญิง 12.30% เป็นเพศชาย มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี 69.10% ปริญญาตรีเวชปฏิบัติ 16.40% ต่ำกว่าปริญญาตรี 7.20% สูงกว่าปริญญาตรี 4.30% ปริญญาตรี เบาหวาน 1.40% ปริญญาตรี+ว.อายุเวช 0.50% 25 0.50% และ สูงกว่าปริญญาตรีเวชปฏิบัติ 0.50% อายุการทำงาน ... ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งพยาบาล 68.90% เจ้าหน้าที่สุขภาพ 11.00% นักวิชาการสาธารณสุข 8.20% พนักงานสาธารณสุข 6.80% เภสัชกร 1.80% แพทย์ 1.40% นักโภชนาการ 1.40% และ ทันตแพทย์ 0.50% โดยอยู่ในระดับชำนาญการ 72.80% ระดับตำแหน่งปกติ 21.60% และระดับชำนาญการพิเศษ 1.10%

ตารางที่ 2 จำนวนและเปอร์เซ็นต์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ตอบแบบประเมินตนเอง

|       |              | ความถี่    | เปอร์เซ็นต์  |
|-------|--------------|------------|--------------|
| อำเภอ | กุดบาก       | 8          | 3.6          |
|       | กุสุมาลย์    | 11         | 5.0          |
|       | คำตากล้า     | 11         | 5.0          |
|       | โคกศรีสุพรรณ | 11         | 5.0          |
|       | เจริญศิลป์   | 14         | 6.3          |
|       | เต่างอย      | 6          | 2.7          |
|       | นิคมคำนูน    | 9          | 4.1          |
|       | บ้านม่วง     | 11         | 5.0          |
|       | พังโคน       | 19         | 8.6          |
|       | โพนนาแก้ว    | 7          | 3.2          |
|       | ภูพาน        | 4          | 1.8          |
|       | วานรนิวาส    | 18         | 8.1          |
|       | วาริชภูมิ    | 12         | 5.4          |
|       | พรรณานิคม    | 23         | 10.4         |
|       | สกลนคร       | 25         | 11.3         |
|       | สว่างแดนดิน  | 18         | 8.1          |
|       | อากาศอำนวย   | 15         | 6.8          |
|       | ส่องดาว      |            |              |
|       | <b>Total</b> | <b>224</b> | <b>100.0</b> |

ตารางที่ 2 จำนวนและเปอร์เซ็นต์ข้อมูลส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

|                    |                    | ความถี่ | เปอร์เซ็นต์ |
|--------------------|--------------------|---------|-------------|
| เพศ                | ชาย                | 26      | 12.7        |
|                    | หญิง               | 178     | 87.3        |
| ระดับการศึกษา      | ต่ำกว่าปริญญาตรี   | 13      | 6.4         |
|                    | ปริญญาตรี          | 146     | 72.2        |
|                    | สูงกว่าปริญญาตรี   | 8       | 4           |
|                    | ปริญญาตรีและอบรม   | 28      | 14          |
|                    |                    |         |             |
| เวชปฏิบัติ         | ปริญญาตรีและอบรมว. | 2       | 1.0         |
| อายุ               |                    |         |             |
|                    | ปริญญาตรีและอบรม   | 5       | 2.4         |
| เบาหวาน            |                    |         |             |
| ตำแหน่งงาน         | แพทย์              | 2       | 1.0         |
|                    | พยาบาล             | 139     | 68.8        |
| (n-203)            | เจ้าหน้าที่        | 3       | 1.4         |
|                    |                    |         |             |
| สุขภาพ             | เภสัชกร            | 8       | 3.9         |
|                    | ทันตแพทย์          | 1       | 0.5         |
| สาธารณสุข          | นักวิชาการ         | 27      | 13.2        |
|                    | โภชนาการ           | 3       | 1.4         |
| สาธารณสุข          | พนักงาน            | 20      | 9.9         |
|                    |                    |         |             |
| สถานที่ทำงาน       | โรงพยาบาล          | 83      | 40.9        |
|                    | สถานีนอนมัย        | 120     | 59.1        |
| ระดับความเชี่ยวชาญ | ปฏิบัติการ         | 53      | 26.2        |
|                    | ชำนาญการ           | 147     | 99.0        |
| (n-202)            | ชำนาญการพิเศษ      | 2       | 100.0       |

ตาราง                    จำนวนและเปอร์เซ็นต์ความเห็นเกี่ยวกับวิสัยทัศน์ขององค์กรและภาพรวมในเรื่องบทบาทหน้าที่ของผู้บริหารองค์กร ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอนาดกลางจำแนกตามสถานที่ทำงาน

| อำเภอ n (%)                                                                                                                                                                            | กุสุมาลย์ n = 11 |            | โคกศรีสุพรรณ n = 11 |             | โพนนาแก้ว n = 5 |            | คำตากลับ n = 10 |              | เจริญศิลป์ n = 14 |            | วาริชภูมิ n = 12 |            | บ้านม่วง n = 11 |            | พังโคน n = 19 |              | อากาศอำนวย n=15 |            | ส่องดาว n=5 |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------|---------------------|-------------|-----------------|------------|-----------------|--------------|-------------------|------------|------------------|------------|-----------------|------------|---------------|--------------|-----------------|------------|-------------|-----|
| ระดับสถานบริการ                                                                                                                                                                        | HOS              | PCU        | HOS                 | PCU         | HOS             | PCU        | HOS             | PCU          | HOS               | PCU        | HOS              | PCU        | HOS             | PCU        | HOS           | PCU          | HOS             | PCU        | HOS         | PCU |
| ระดับ 0 ไม่ได้ระบุไว้                                                                                                                                                                  |                  |            |                     |             | 1<br>(33.3%)    |            |                 | 1<br>(16.7%) |                   |            |                  |            |                 | 1<br>(10%) |               |              |                 |            |             |     |
| ระดับ 1 ปรากฏอยู่ในวิสัยทัศน์ขององค์กรแต่ไม่ปรากฏว่ามีหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนด้านทรัพยากร บุคคลหรือแนวทางในการดำเนินงาน                                                              |                  | 2<br>(40%) |                     |             |                 |            |                 |              | 1<br>(10%)        |            |                  |            |                 |            | 1<br>(8.3%)   | 1<br>(14.3%) | 1<br>(20%)      |            |             |     |
| ระดับ 2 ปรากฏอยู่ในวิสัยทัศน์ขององค์กรผู้บริหารให้การสนับสนุนด้านทรัพยากรแต่ยังไม่มีการจัดสรรบุคลากรรับผิดชอบชัดเจน                                                                    |                  |            |                     |             |                 | 2<br>(50%) |                 |              | 1<br>(10%)        |            |                  |            | 1<br>(100%)     | 2<br>(20%) | 1<br>(8.3%)   | 2<br>(28.6%) |                 |            |             |     |
| ระดับ 3 เป็นส่วนหนึ่งของแผนยุทธศาสตร์ระยะยาวได้รับการสนับสนุนทั้งทรัพยากรและการบริหารจัดการจากหน่วยงานและองค์กรต่าง ๆและมีการมอบหมายบุคลากรเฉพาะเป็นผู้รับผิดชอบในกาจัดโครงการเป็นระยะ | 3<br>(75%)       | 2<br>(40%) | 4<br>(66.7%)        | 5<br>(100%) | 1<br>(33.3%)    | 2<br>(50%) | 1<br>(20%)      | 3<br>(50%)   | 6<br>(60%)        | 5<br>(50%) | 4<br>(100%)      | 2<br>(25%) |                 | 7<br>(70%) | 7<br>(58.3%)  | 4<br>(57.1%) | 3<br>(60%)      | 7<br>(70%) |             |     |
| ระดับ 4 เป็นส่วนหนึ่งของแผนยุทธศาสตร์ระยะยาวได้รับการสนับสนุนทั้งทรัพยากรและมีบทบาทในการบริหารจัดการและการดำเนินงานเป็นการดูแลปกติขององค์กรและมีการติดตามอย่างเป็นระบบ                 | 1<br>(25%)       | 1<br>(20%) | 2<br>(22.3%)        |             | 1<br>(33.3%)    |            | 4<br>(80%)      | 2<br>(33.3%) | 2<br>(20%)        | 5<br>(50%) |                  | 6<br>(75%) |                 |            | 3<br>(25%)    |              | 1<br>(20%)      | 3<br>(30%) |             |     |

หมายเหตุ HOS = โรงพยาบาล PCU = สถานีอนามัย

| ตาราง                                                                                                                                                                                   | จำนวนและเปอร์เซ็นต์ความเห็นเกี่ยวกับวิสัยทัศน์ขององค์กรและภาพรวมในเรื่องบทบาทหน้าที่ของผู้บริหารองค์กร ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอขนาดกลางจำแนกตามสถานที่ทำงาน |            |                     |          |                 |            |                 |              |                   |            |                  |            |                 |            |               |              |                 |            |             |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------|----------|-----------------|------------|-----------------|--------------|-------------------|------------|------------------|------------|-----------------|------------|---------------|--------------|-----------------|------------|-------------|-----|
| อำเภอ n (%)                                                                                                                                                                             | กุสุมาลย์ n = 11                                                                                                                                                  |            | โคกศรีสุพรรณ n = 11 |          | โพนนาแก้ว n = 5 |            | คำตากลับ n = 10 |              | เจริญศิลป์ n = 14 |            | วาริชภูมิ n = 12 |            | บ้านม่วง n = 11 |            | พังโคน n = 19 |              | อากาศอำนวย n=15 |            | ส่องดาว n=5 |     |
| ระดับสถานบริการ                                                                                                                                                                         | HOS                                                                                                                                                               | PCU        | HOS                 | PCU      | HOS             | PCU        | HOS             | PCU          | HOS               | PCU        | HOS              | PCU        | HOS             | PCU        | HOS           | PCU          | HOS             | PCU        | HOS         | PCU |
| ระดับ 0 ไม่ได้ระบุไว้                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                   |            |                     |          | 1<br>(33.3%)    |            |                 | 1<br>(16.7%) |                   |            |                  |            |                 | 1 (10%)    |               |              |                 |            |             |     |
| ระดับ 1 ปรากฏอยู่ในวิสัยทัศน์ขององค์กรแต่ไม่ปรากฏว่ามีหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนด้านทรัพยากร บุคคลหรือแนวทางในการดำเนินงาน                                                               |                                                                                                                                                                   | 2<br>(40%) |                     |          |                 |            |                 |              | 1<br>(10%)        |            |                  |            |                 |            | 1<br>(8.3%)   | 1 (14.3%)    | 1<br>(20%)      |            |             |     |
| ระดับ 2 ปรากฏอยู่ในวิสัยทัศน์ขององค์กรผู้บริหารให้การสนับสนุนด้านทรัพยากรแต่ยังไม่มีการจัดสรรบุคลากรรับผิดชอบชัดเจน                                                                     |                                                                                                                                                                   |            |                     |          |                 | 2<br>(50%) |                 |              | 1 (10%)           |            |                  |            | 1<br>(100%)     | 2<br>(20%) | 1<br>(8.3%)   | 2 (28.6%)    |                 |            |             |     |
| ระดับ 3 เป็นส่วนหนึ่งของแผนยุทธศาสตร์ระยะยาวได้รับการสนับสนุนทั้งทรัพยากรและการบริหารจัดการจากหน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ และมีการมอบหมายบุคลากรเฉพาะเป็นผู้รับผิดชอบในกาจัดโครงการเป็นระยะ | 3<br>(75%)                                                                                                                                                        | 2<br>(40%) | 4<br>(66.7%)        | 5 (100%) | 1<br>(33.3%)    | 2<br>(50%) | 1<br>(20%)      | 3<br>(50%)   | 6<br>(60%)        | 5<br>(50%) | 4 (100%)         | 2<br>(25%) |                 | 7<br>(70%) | 7<br>(58.3%)  | 4<br>(57.1%) | 3<br>(60%)      | 7<br>(70%) |             |     |
| ระดับ 4 เป็นส่วนหนึ่งของแผนยุทธศาสตร์ระยะยาวได้รับการสนับสนุนทั้งทรัพยากรและมีบทบาทในการบริหารจัดการและการดำเนินงานเป็นการดูแลปกติขององค์กรและมีการติดตามอย่างเป็นระบบ                  | 1<br>(25%)                                                                                                                                                        | 1<br>(20%) | 2<br>(22.3%)        |          | 1<br>(33.3%)    |            | 4<br>(80%)      | 2<br>(33.3%) | 2<br>(20%)        | 5<br>(50%) |                  | 6<br>(75%) |                 |            | 3<br>(25%)    |              | 1<br>(20%)      | 3<br>(30%) |             |     |

หมายเหตุ HOS = โรงพยาบาล PCU = สถานีอนามัย



ตาราง จำนวนและเปอร์เซ็นต์ความเห็นเกี่ยวกับ วิสัยทัศน์ขององค์กรและภาพรวมในเรื่องบทบาทหน้าที่ของผู้บริหารองค์กรของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข  
ในอำเภอขนาดเล็กจำแนกตามสถานที่ทำงาน

| อำเภอ n (%)                                                                                                                                                                                             | กุดบาก n = 8                                                                                                                                                                |            | เต่างอย n = 6 |            | นิคมน้ำอุ่น n = 9 |            | ภูพาน n = 7 |             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------|------------|-------------------|------------|-------------|-------------|
| ระดับสถานบริการ                                                                                                                                                                                         | HOS                                                                                                                                                                         | PCU        | HOS           | PCU        | HOS               | PCU        | HOS         | PCU         |
| ระดับ 0 ไม่ได้ระบุไว้                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                             |            |               |            |                   |            |             |             |
| ระดับ 1 ปรากฏอยู่ในวิสัยทัศน์ขององค์กรแต่<br>ไม่ปรากฏว่ามีหน่วยงานที่ให้การ สนับสนุนด้าน<br>ทรัพยากร บุคคลหรือแนวทางในกาดำเนินงาน                                                                       |                                                                                                                                                                             |            |               |            |                   |            |             |             |
| ระดับ 2 ปรากฏอยู่ในวิสัยทัศน์ขององค์กร<br>ผู้บริหารให้การสนับสนุนด้านทรัพยากรแต่ยังไม่<br>มีการจัดสรรบุคลากรรับผิดชอบชัดเจน                                                                             |                                                                                                                                                                             |            |               |            |                   |            |             |             |
| ระดับ 3 เป็นส่วนหนึ่งของแผนยุทธศาสตร์ระยะ<br>ยาวได้รับการสนับสนุนทั้งทรัพยากรและการ<br>บริหารจัดการจากหน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ<br>และมีการมอบหมายบุคลากรเฉพาะเป็น<br>ผู้รับผิดชอบ ในกาจัดโครงการเป็นระยะ | 3<br>(100%)                                                                                                                                                                 | 4<br>(80%) | 2<br>(100%)   | 2<br>(50%) | 3<br>(75%)        | 3<br>(75%) | 1<br>(100%) | 2<br>(100%) |
| ระดับ 4 เป็นส่วนหนึ่งของแผนยุทธศาสตร์<br>ระยะยาวได้รับการสนับสนุนทั้งทรัพยากรและมี<br>บทบาทในการบริหารจัดการและการดำเนินงาน<br>เป็นการดูแลปกติขององค์กรและมีการติดตาม<br>อย่างเป็นระบบ                  | <div> <div>1</div> <div>(20%)</div> </div> <div> <div>2</div> <div>(50%)</div> </div> <div> <div>1</div> <div>(25%)</div> </div> <div> <div>1</div> <div>(25%)</div> </div> |            |               |            |                   |            |             |             |

หมายเหตุ HOS = โรงพยาบาล PCU = สถานีอนามัย

ตาราง จำนวนและเปอร์เซ็นต์ความเห็นเกี่ยวกับ วิสัยทัศน์ขององค์กรและภาพรวมในเรื่องบทบาทหน้าที่ของผู้บริหารองค์กรของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในอำเภอขนาดใหญ่ จำแนกตามสถานที่ทำงาน

| อำเภอ<br>n (%)                                                                                                                                                                          | วานรนิวาส n = 18 |              | พรรณานิคม n = 23 |            | สว่างแดนดิน n = 18 |              | อำเภอเมือง n = 25 |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------|------------------|------------|--------------------|--------------|-------------------|-----|
| ระดับสถานบริการ                                                                                                                                                                         | HOS              | PCU          | HOS              | PCU        | HOS                | PCU          | HOS               | PCU |
| ระดับ 0 ไม่ได้ระบุไว้                                                                                                                                                                   | 1<br>(20%)       |              |                  |            |                    |              |                   |     |
| ระดับ 1 ปรากฏอยู่ในวิสัยทัศน์ขององค์กรแต่ไม่ปรากฏว่ามีหน่วยงานที่ให้การ สนับสนุนด้านทรัพยากร บุคคลหรือแนวทางในกาดำเนินงาน                                                               |                  |              |                  |            |                    |              |                   |     |
| ระดับ 2 ปรากฏอยู่ในวิสัยทัศน์ขององค์กรผู้บริหารให้การสนับสนุนด้านทรัพยากรแต่ยังไม่มีการจัดสรรบุคลากรรับผิดชอบชัดเจน                                                                     | 1<br>(8.3%)      |              | 2<br>(20%)       |            | 1<br>(7.1%)        |              |                   |     |
| ระดับ 3 เป็นส่วนหนึ่งของแผนยุทธศาสตร์ระยะยาวได้รับการสนับสนุนทั้งทรัพยากรและการบริหารจัดการจากหน่วยงานและองค์กรต่าง ๆและมีการมอบหมายบุคลากรเฉพาะเป็นผู้รับผิดชอบ ในกาจัดโครงการเป็นระยะ | 5<br>(83.3%)     | 8<br>(66.7%) | 10<br>(76.9%)    | 4<br>(40%) | 2<br>(100%)        | 8<br>(57.1%) | 4<br>(80%)        |     |
| ระดับ 4 เป็นส่วนหนึ่งของแผนยุทธศาสตร์ระยะยาวได้รับการสนับสนุนทั้งทรัพยากรและมีบทบาทในการบริหารจัดการและการดำเนินงานเป็นการดูแลปกติขององค์กรและมีการติดตามอย่างเป็นระบบ                  | 1<br>(16.7%)     | 3<br>(25%)   | 3<br>(23.1%)     | 4<br>(40%) | 5<br>(35.7%)       |              |                   |     |

หมายเหตุ HOS = โรงพยาบาล PCU = สถานีอนามัย



ตาราง จำนวนและเปอร์เซ็นต์ความเห็นเกี่ยวกับ เป้าหมายขององค์กรในการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้รับบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอชนากลาง  
จำแนกตามสถานที่ทำงาน

| อำเภอ n (%)                                                                                   | กุสุมาลย์ n = 11 |              | โคกศรีสุพรรณ n = 11 |             | โพนนาแก้ว n = 5 |            | คำตากล้า n = 10 |              | เจริญศิลป์ n = 14 |            | วาริชภูมิ n = 12 |            | บ้านม่วง n = 11 |            | พังโคน n = 19 |              | อากาศอำนวย n =15 |            | ส่องดาว n= 5 |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------|---------------------|-------------|-----------------|------------|-----------------|--------------|-------------------|------------|------------------|------------|-----------------|------------|---------------|--------------|------------------|------------|--------------|-----|
| ระดับสถานบริการ                                                                               | HOS              | HOS          | HOS                 | PCU         | HOS             | HOS        | HOS             | HOS          | HOS               | PCU        | HOS              | PCU        | HOS             | PCU        | HOS           | PCU          | HOS              | PCU        | HOS          | PCU |
| ระดับ 0 ไม่มีการกำหนดเป้าหมายหรือมีข้อจำกัดภายใต้เงื่อนไข                                     | 1<br>(16.7%)     |              |                     |             |                 |            | 1<br>(16.7%)    |              |                   |            |                  |            |                 |            | 1<br>(8.3%)   |              |                  |            |              |     |
| ระดับ 1 มีอยู่แต่ไม่มีข้อมูลที่สามารถตรวจสอบได้                                               | 2<br>(50%)       | 4<br>(66.7%) |                     |             | 2<br>(66.7%)    | 1<br>(25%) | 1<br>(16.7%)    |              | 1<br>(10%)        |            | 3<br>(75%)       |            | 1<br>(100%)     | 2<br>(20%) | 3<br>(25%)    | 1<br>(14.3%) | 2<br>(20%)       |            |              |     |
| ระดับ 2 มีข้อมูลที่สามารถประเมินและตรวจสอบได้                                                 | 1<br>(25%)       |              |                     |             |                 |            | 1<br>(16.7%)    |              | 5<br>(50%)        | 1<br>(25%) | 1<br>(12.5%)     |            | 4<br>(40%)      |            | 1<br>(8.3%)   | 2<br>(18.6%) |                  |            |              |     |
| ระดับ 3 มีข้อมูลที่สามารถประเมินและตรวจสอบได้แต่ยังไม่กำหนดแนวทางชัดเจนในการประเมินและตรวจสอบ | 1<br>(25%)       | 1<br>(16.7%) | 3<br>(50%)          | 5<br>(100%) | 1<br>(33.3%)    | 3<br>(75%) | 1<br>(20%)      | 1<br>(16.7%) | 2<br>(20%)        | 1<br>(25%) | 3<br>(25%)       | 4<br>(50%) | 3<br>(30%)      |            | 1<br>(8.3%)   | 4<br>(57.1%) | 1<br>(25%)       | 8<br>(80%) |              |     |
| ระดับ 4 ประเมินและตรวจสอบอยู่ตามปกติและกำหนดไว้ในแผนพัฒนางาน                                  |                  |              | 3<br>(50%)          |             |                 |            | 4<br>(80%)      | 2<br>(33.3%) | 2<br>(20%)        | 2<br>(50%) | 3<br>(37.5%)     |            | 1<br>(10%)      |            | 6<br>(50%)    |              | 3<br>(75%)       |            |              |     |

หมายเหตุ HOS = โรงพยาบาล PCU = สถานีอนามัย

ตาราง จำนวนและเปอร์เซ็นต์ความเห็นเกี่ยวกับ เป้าหมายขององค์กรในการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้บริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอขนาดเล็ก จำแนกตามสถานที่ทำงาน

| อำเภอ n (%)                                                                                   | กุดบาก n = 8 |            | เต่างอย n = 6 |     | นิคมสร้างอุ่น n = 9 |            | ภูพาน n = 7 |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------|---------------|-----|---------------------|------------|-------------|------------|
| ระดับสถานบริการ                                                                               | HOS          | PCU        | HOS           | PCU | HOS                 | PCU        | HOS         | PCU        |
| ระดับ 0 ไม่มีการกำหนดเป้าหมายหรือมีข้อจำกัดภายใต้เงื่อนไข                                     |              |            |               |     |                     |            |             |            |
| ระดับ 1 มีอยู่แต่ไม่มีข้อมูลที่สามารถตรวจสอบได้                                               |              |            | 2<br>(100%)   |     | 1<br>(25%)          |            | 1<br>(50%)  |            |
| ระดับ 2 มีข้อมูลที่สามารถประเมินและตรวจสอบได้                                                 | 1<br>(33.3%) |            |               |     |                     |            |             |            |
| ระดับ 3 มีข้อมูลที่สามารถประเมินและตรวจสอบได้แต่ยังไม่กำหนดแนวทางชัดเจนในการประเมินและตรวจสอบ |              | 4<br>(80%) | 1<br>(25%)    |     | 2<br>(50%)          | 3<br>(75%) | 1<br>(100%) | 1<br>(50%) |
| ระดับ 4 ประเมินและตรวจสอบอยู่ตามปกติและกำหนดไว้ในแผนพัฒนางาน                                  | 2<br>(66.7%) | 1<br>(20%) | 3<br>(75%)    |     | 1<br>(25%)          | 1<br>(25%) |             |            |

หมายเหตุ HOS = โรงพยาบาล PCU = สถานีอนามัย

ตาราง จำนวนและเปอร์เซ็นต์ความเห็นเกี่ยวกับ เป้าหมายขององค์กรในการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้รับบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข  
ขนาดใหญ่จำแนกตามสถานที่ทำงาน

ในอำเภอ

| อำเภอ n (%)                                                                                           | วานรนิวาส n = 18 |              | พรรณานิคม n = 23 |            | สว่างแดนดิน n = 18 |               | อำเภอเมือง n = 25 |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------|------------------|------------|--------------------|---------------|-------------------|------------|
| ระดับสถานบริการ                                                                                       | HOS              | PCU          | HOS              | PCU        | HOS                | PCU           | HOS               | PCU        |
| ระดับ 0 ไม่มีการกำหนดเป้าหมายหรือมีข้อจำกัด<br>ภายใต้เงื่อนไข                                         |                  |              |                  |            |                    |               |                   |            |
| ระดับ 1 มีอยู่แต่ไม่มีข้อมูลที่สามารถ<br>ตรวจสอบได้                                                   | 1<br>(16.7%)     |              | 2<br>(15.4%)     | 3<br>(30%) | 1<br>(7.1%)        |               |                   | 4<br>(80%) |
| ระดับ 2 มีข้อมูลที่สามารถประเมินและ<br>ตรวจสอบได้                                                     | 3<br>(50%)       | 2<br>(18.2%) | 7<br>(53.8%)     |            |                    |               |                   |            |
| ระดับ 3 มีข้อมูลที่สามารถประเมินและ<br>ตรวจสอบได้แต่ยังไม่กำหนดแนวทางชัดเจนใน<br>การประเมินและตรวจสอบ | 5<br>(45.5%)     |              | 4<br>(30.8%)     | 5<br>(50%) | 1<br>(50%)         | 10<br>(71.4%) | 1<br>(20%)        |            |
| ระดับ 4 ประเมินและตรวจสอบอยู่ตามปกติและ<br>กำหนดไว้ในแผนพัฒนางาน                                      | 4<br>(33.3%)     | 4<br>(36.4%) | 2<br>(20%)       |            | 1<br>(50%)         | 3<br>(21.4%)  |                   |            |

หมายเหตุ HOS = โรงพยาบาล PCU = สถานีอนามัย

ตาราง จำนวนและเปอร์เซ็นต์ความเห็นเกี่ยวกับ หลักฐานชั้นพื้นฐานของแนวปฏิบัติ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอชนากลางจำแนกตามสถานที่ทำงาน

| อำเภอ n (%)                                                                                                                                                                                         | กุสุมาลย์ n = 11 |              | โคกศรีสุพรรณ n = 11 |             | โพนนาแก้ว n = 5 |            | คำตากล้า n = 10 |              | เจริญศิลป์ n = 14 |            | วาริชภูมิ n = 12 |              | บ้านม่วง n = 11 |            | พังโคน n = 19 |              | อากาศอำนวย n = 15 |            | ส่องดาว n=5 |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------|---------------------|-------------|-----------------|------------|-----------------|--------------|-------------------|------------|------------------|--------------|-----------------|------------|---------------|--------------|-------------------|------------|-------------|-----|
| ระดับสถานบริการ                                                                                                                                                                                     | HOS              | PCU          | HOS                 | PCU         | HOS             | PCU        | HOS             | PCU          | HOS               | PCU        | HOS              | PCU          | HOS             | PCU        | HOS           | PCU          | HOS               | PCU        | HOS         | PCU |
| <b>ระดับ 0</b> ไม่ได้จัดทำ                                                                                                                                                                          | 1<br>(16.7%)     |              |                     |             |                 |            |                 |              |                   |            |                  |              |                 |            | 1<br>(8.3%)   |              |                   |            |             |     |
| <b>ระดับ 1</b> จัดทำโดยองค์กรแต่<br>ไม่ได้นำมาบูรณาการกับระบบ<br>ดูแลโดยตรง                                                                                                                         | 1<br>(25%)       | 1<br>(16.7%) |                     |             | 2<br>(66.7%)    |            | 1<br>(16.7%)    |              | 1<br>(10%)        |            |                  |              | 2<br>(20%)      |            | 1<br>(14.3%)  |              | 1<br>(20%)        | 1<br>(10%) |             |     |
| <b>ระดับ 2</b> จัดทำและได้รับการ<br>ช่วยเหลือจากผู้ให้ความรู้ แต่<br>ไม่ได้นำมาบูรณาการกับระบบ<br>ดูแลโดยตรง                                                                                        | 1<br>(25%)       | 3<br>(50%)   | 3<br>(50%)          | 5<br>(100%) |                 | 3<br>(75%) | 1<br>(20%)      | 1<br>(16.7%) | 6<br>(60%)        | 1<br>(25%) | 3<br>(75%)       |              | 4<br>(40%)      |            |               |              | 2<br>(20%)        |            |             |     |
| <b>ระดับ 3</b> จัดทำและได้รับการ<br>ช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญและ<br>นำมาใช้เป็นแนวทางทำให้<br>ความรู้ตามการดูแลทั่วไป                                                                                | 2<br>(50%)       | 1<br>(16.7%) |                     |             | 1<br>(33.3%)    | 1<br>(25%) | 3<br>(60%)      | 3<br>(50%)   | 3<br>(30%)        | 3<br>(75%) | 1<br>(25%)       | 5<br>(62.5%) | 1<br>(100%)     | 4<br>(40%) | 8<br>(66.7%)  | 5<br>(71.4%) | 4<br>(80%)        | 7<br>(70%) |             |     |
| <b>ระดับ 4</b> จัดทำและได้รับการ<br>ช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญจนผู้<br>ปฏิบัติสามารถบูรณาการการ<br>ดูแลเป็นแบบผู้รับบริการเป็น<br>ศูนย์กลางและผลจากการดูแล<br>บนวิถีการดำเนินชีวิตของ<br>ผู้รับบริการ |                  |              | 3<br>(50%)          |             |                 |            | 1<br>(20%)      | 1<br>(16.7%) |                   |            | 3<br>(37.5%)     |              |                 |            | 2<br>(16.7%)  | 1<br>(14.3%) |                   |            |             |     |

หมายเหตุ HOS = โรงพยาบาล PCU = สถานีอนามัย

ตาราง จำนวนและเปอร์เซ็นต์ความเห็นเกี่ยวกับหลักฐานชั้นพื้นฐานของแนวปฏิบัติ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอขนาดเล็กจำแนกตามสถานที่ทำงาน

| อำเภอ n (%)                                                                                                                                                                             | กุดบาท n = 8 |            | เต่างอย n = 6 |             | นิคมคำนูน n = 9 |             | ภูพาน n = 7 |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------|---------------|-------------|-----------------|-------------|-------------|------------|
| ระดับสถานบริการ                                                                                                                                                                         | HOS          | PCU        | HOS           | PCU         | HOS             | PCU         | HOS         | PCU        |
| ระดับ 0 ไม่ได้จัดทำ                                                                                                                                                                     |              |            |               |             |                 |             |             |            |
| ระดับ 1 จัดทำโดยองค์กรแต่ไม่ได้<br>นำมาบูรณาการกับระบบดูแลโดยตรง                                                                                                                        |              |            | 2<br>(100%)   |             |                 |             |             | 1<br>(50%) |
| ระดับ 2 จัดทำและได้รับการ<br>ช่วยเหลือจากผู้ให้ความรู้ แต่ไม่ได้<br>นำมาบูรณาการกับระบบดูแลโดยตรง                                                                                       |              | 3<br>(60%) |               |             | 2<br>(50%)      |             |             | 1<br>(50%) |
| ระดับ 3 จัดทำและได้รับการ<br>ช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญและนำมาใช้<br>เป็นแนวทางการให้ความรู้ตามการ<br>ดูแลทั่วไป                                                                          | 3<br>(100%)  | 1<br>(20%) |               | 4<br>(100%) | 1<br>(25%)      | 4<br>(100%) | 1<br>(100%) |            |
| ระดับ 4 จัดทำและได้รับการ<br>ช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญจนผู้ปฏิบัติ<br>สามารถบูรณาการการดูแลเป็นแบบ<br>ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางและผสาน<br>การดูแลบนวิถีการดำเนินชีวิตของ<br>ผู้รับบริการ |              | 1<br>(20%) |               |             | 1<br>(25%)      |             |             |            |

หมายเหตุ HOS = โรงพยาบาล PCU = สถานีอนามัย

ตาราง จำนวนและเปอร์เซ็นต์ความเห็นเกี่ยวกับ หลักฐานชั้นพื้นฐานของแนวปฏิบัติ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอขนาดใหญ่จำแนกตามสถานที่ทำงาน

| อำเภอ n (%)                                                                                                                                                       | วานรนิวาส n =18 |              | พรรณานิคม n =23 |            | สว่างแดนดิน n =18 |              | อำเภอเมือง n =25 |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------|-----------------|------------|-------------------|--------------|------------------|------------|
| ระดับสถานบริการ                                                                                                                                                   | HOS             | PCU          | HOS             | PCU        | HOS               | PCU          | HOS              | PCU        |
| ระดับ 0 ไม่ได้จัดทำ                                                                                                                                               |                 |              | 1<br>(10%)      |            |                   |              |                  |            |
| ระดับ 1 จัดทำโดยองค์กรแต่ไม่ได้นำมาบูรณาการกับระบบดูแลโดยตรง                                                                                                      |                 |              | 1<br>(10%)      |            | 1<br>(7.1%)       |              | 1<br>(20%)       |            |
| ระดับ 2 จัดทำและได้รับการช่วยเหลือจากผู้ให้ความรู้ แต่ไม่ได้นำมาบูรณาการกับระบบดูแลโดยตรง                                                                         | 1<br>(16.7%)    | 2<br>(16.7%) | 5<br>(38.5%)    | 1<br>(10%) | 1<br>(50%)        | 3<br>(21.4%) | 1<br>(20%)       |            |
| ระดับ 3 จัดทำและได้รับการช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญและนำมาใช้เป็นแนวทางการให้ความรู้ตามการดูแลทั่วไป                                                                | 5<br>(83.3%)    | 7<br>(58.3%) | 5<br>(38.5%)    | 4<br>(40%) | 1<br>(50%)        | 7<br>(50%)   |                  | 3<br>(60%) |
| ระดับ 4 จัดทำและได้รับการช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญจนผู้ปฏิบัติสามารถบูรณาการการดูแลเป็นแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางและผสานการดูแลวิถีการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการ |                 | 3<br>(25%)   | 3<br>(23.1%)    | 3<br>(30%) |                   | 3<br>(21.4%) |                  |            |

หมายเหตุ HOS = โรงพยาบาล PCU = สถานีอนามัย

ตาราง จำนวนและเปอร์เซ็นต์ความเห็นเกี่ยวกับ ระบบการดูแลต่อเนื่อง ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอชนากลางจำแนกตามสถานที่ทำงาน

| อำเภอ n (%)                                                                                                                                                                                          | กุสุมาลย์ n = 11 |              | โคกศรีสุพรรณ n=11 |             | โพธิ์นาแก้ว n = 5 |            | คำตากล้า n = 10 |              | เจริญศิลป์ n = 14 |            | วาริชภูมิ n = 12 |              | บ้านม่วง n = 11 |             | พังโคน n = 19 |              | อากาศอำนวย n=15 |            | ส่องดาว n=5 |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------|-------------------|-------------|-------------------|------------|-----------------|--------------|-------------------|------------|------------------|--------------|-----------------|-------------|---------------|--------------|-----------------|------------|-------------|-----|
| ระดับสถานบริการ                                                                                                                                                                                      | HOS              | PCU          | HOS               | PCU         | HOS               | PCU        | HOS             | PCU          | HOS               | PCU        | HOS              | PCU          | HOS             | PCU         | HOS           | PCU          | HOS             | PCU        | HOS         | PCU |
| <b>ระดับ 0</b> ยังไม่มีระบบการส่งต่อที่ชัดเจนในทุกเครือข่าย                                                                                                                                          |                  |              |                   |             |                   |            | 1<br>(16.7%)    |              |                   |            |                  |              | 1<br>(10%)      | 1<br>(8.3%) |               |              |                 |            |             |     |
| <b>ระดับ 1</b> ยังจำกัด ผู้ป่วยบางคนมีนัดพบทีมผู้ดูแล วางแผนการพบและให้การดูแลเพื่อการสนับสนุนการจัดการตนเองเป็นประจําโดยมีกำหนดเป็นมาตรฐาน                                                          | 2<br>(33.3%)     |              |                   |             | 1<br>(33.3%)      |            | 1<br>(16.7%)    |              | 3<br>(30%)        |            | 2<br>(50%)       |              | 3<br>(30%)      |             | 1<br>(14.3%)  |              | 1<br>(20%)      | 1<br>(10%) |             |     |
| <b>ระดับ 2</b> ดูแลต่อเนื่องจากสถานบริการสู่บ้านโดยผ่านการประเมินติดตามทุกเครือข่ายกำหนดวางแผนการเยี่ยมประจำกับสมาชิกของทีมที่เหมาะสม-ยังขาดการครอบคลุมและการเชื่อมโยงการประเมินผลการดูแลในแต่ละส่วน | 3<br>(75%)       | 2<br>(33.3%) | 3<br>(50%)        | 5<br>(100%) |                   | 1<br>(25%) | 1<br>(20%)      | 2<br>(33.3%) | 6<br>(60%)        |            | 2<br>(50%)       | 1<br>(12.5%) | 1<br>(100%)     | 3<br>(30%)  | 6<br>(50%)    | 4<br>(57.1%) |                 | 4<br>(40%) |             |     |
| <b>ระดับ 3</b> -มีระบบสนับสนุนการดูแลอย่างต่อเนื่องผู้ป่วยทั้งหมดพบกับผู้ให้บริการมากกว่า 50% -กำหนดวางแผนการเยี่ยม, ติดตามและติดตามผลการเยี่ยมผู้ป่วยทั้งหมด                                        | 1<br>(25%)       | 2<br>(33.3%) |                   |             | 2<br>(66.7%)      | 3<br>(75%) | 3<br>(60%)      |              | 1<br>(10%)        | 2<br>(50%) |                  | 1<br>(12.5%) |                 | 3<br>(30%)  | 1<br>(8.3%)   | 1<br>(14.3%) |                 | 3<br>(30%) |             |     |
| <b>ระดับ 4</b> -มีระบบการมอบหมายผู้รับบริการให้แก่ทีมผู้ดูแล -มีการกำหนดการเยี่ยม การติดตาม การรักษาและภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ- ครอบคลุมการดูแลต่อเนื่องในผู้รับบริการได้มากกว่า 80%               |                  |              | 3<br>(50%)        |             |                   |            | 1<br>(20%)      | 2<br>(33.3%) |                   | 2<br>(50%) |                  | 6<br>(75%)   |                 |             | 4<br>(33.3%)  | 1<br>(14.3%) | 4<br>(80%)      | 2<br>(20%) |             |     |

หมายเหตุ HOS = โรงพยาบาล PCU = สถานีอนามัย

ตาราง จำนวนและเปอร์เซ็นต์ความเห็นเกี่ยวกับ ระบบการดูแลต่อเนื่องของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอขนาดเล็กจำแนกตามสถานที่ทำงาน

| อำเภอ n (%)                                                                                                                                                                                          | กุดบาก n = 8 |            | เต่างอย n = 6 |            | นิคมคำนูน n = 9 |             | ภูพาน n = 7 |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------|---------------|------------|-----------------|-------------|-------------|------------|
| ระดับสถานบริการ                                                                                                                                                                                      | HOS          | PCU        | HOS           | PCU        | HOS             | PCU         | HOS         | PCU        |
| <b>ระดับ 0</b> ยังไม่มีระบบการส่งต่อที่ชัดเจนในทุกเครือข่าย                                                                                                                                          |              |            |               |            |                 |             |             |            |
| <b>ระดับ 1</b> ยังจำกัด ผู้ป่วยบางคนมีนัดพบทีมผู้ดูแล วางแผนการพบและให้การดูแลเพื่อการสนับสนุนการจัดการตนเองเป็นประจำโดยมีกำหนดเป็นมาตรฐาน                                                           |              | 2<br>(40%) | 1<br>(50%)    |            | 1<br>(25%)      |             | 1<br>(100%) | 1<br>(50%) |
| <b>ระดับ 2</b> ดูแลต่อเนื่องจากสถานบริการสู่บ้านโดยผ่านการประเมินติดตามทุกเครือข่ายกำหนดวางแผนการเยี่ยมประจำกับสมาชิกของทีมที่เหมาะสม-ยังขาดการครอบคลุมและการเชื่อมโยงการประเมินผลการดูแลในแต่ละส่วน | 2<br>(66.7%) | 2<br>(40%) | 1<br>(50%)    | 2<br>(50%) |                 |             |             | 1<br>(50%) |
| <b>ระดับ 3</b> -มีระบบสนับสนุนการดูแลอย่างต่อเนื่องผู้ป่วยทั้งหมดพบกับผู้ให้บริการมากกว่า 50% -กำหนดวางแผนการเยี่ยม,ติดตามและติดตามผลการเยี่ยมผู้ป่วยทั้งหมด                                         | 1<br>(33.3%) |            |               |            |                 |             |             |            |
| <b>ระดับ 4</b> -มีระบบการมอบหมายผู้รับบริการให้แก่ทีมผู้ดูแล -มีการกำหนดการเยี่ยม การติดตาม การรักษาและภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ -ครอบคลุมการดูแลต่อเนื่องในผู้รับบริการได้มากกว่า 80%               |              | 1<br>(20%) |               | 2<br>(50%) | 3<br>(75%)      | 4<br>(100%) |             |            |

หมายเหตุ HOS = โรงพยาบาล PCU = สถานีอนามัย



ตาราง จำนวนและเปอร์เซ็นต์ความเห็นเกี่ยวกับ ระบบการดูแลต่อเนื่อง ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอขนาดใหญ่จำแนกตามสถานที่ทำงาน

| อำเภอ n (%)                                                                                                                                                                                          | วานรนิวาส n = 18 |              | พรรณานิคม n = 23 |            | สว่างแดนดิน n = 18 |              | อำเภอเมือง n = 25 |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------|------------------|------------|--------------------|--------------|-------------------|-----|
| ระดับสถานบริการ                                                                                                                                                                                      | HOS              | PCU          | HOS              | PCU        | HOS                | PCU          | HOS               | PCU |
| <b>ระดับ 0</b> ยังไม่มีระบบการส่งต่อที่ชัดเจนในทุกเครือข่าย                                                                                                                                          |                  |              |                  | 1<br>(10%) |                    |              | 1<br>(20%)        |     |
| <b>ระดับ 1</b> ยังจำกัด ผู้ป่วยบางคนมีนัดพบทีมผู้ดูแล วางแผนการพบและให้การดูแลเพื่อการสนับสนุนการจัดการตนเองเป็นประจำโดยมีกำหนดเป็นมาตรฐาน                                                           | 2<br>(33.3%)     |              |                  | 1<br>(10%) |                    |              | 2<br>(40%)        |     |
| <b>ระดับ 2</b> ดูแลต่อเนื่องจากสถานบริการสู่บ้านโดยผ่านการประเมินติดตามทุกเครือข่ายกำหนดวางแผนการเยี่ยมประจำกับสมาชิกของทีมที่เหมาะสม-ยังขาดการครอบคลุมและการเชื่อมโยงการประเมินผลการดูแลในแต่ละส่วน | 4<br>(66.7%)     | 2<br>(16.7%) | 7<br>(53.8%)     | 3<br>(30%) | 1<br>(50%)         | 7<br>(50%)   | 2<br>(40%)        |     |
| <b>ระดับ 3</b> -มีระบบสนับสนุนการดูแลอย่างต่อเนื่องผู้ป่วยทั้งหมดพบกับผู้ให้บริการมากกว่า 50%<br>-กำหนดวางแผนการเยี่ยม,ติดตามและติดตามผลการเยี่ยมผู้ป่วยทั้งหมด                                      |                  | 4<br>(33.3%) | 6<br>(46.2%)     | 2<br>(20%) | 1<br>(50%)         | 5<br>(35.7%) |                   |     |
| <b>ระดับ 4</b> -มีระบบการมอบหมายผู้รับบริการให้แก่ทีมผู้ดูแล - มีการกำหนดการเยี่ยม การติดตาม การรักษาและภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ - ครอบคลุมการดูแลต่อเนื่องในผู้รับบริการได้มากกว่า 80%             |                  | 6<br>(50%)   |                  | 3<br>(30%) |                    | 2<br>(14.3%) |                   |     |

หมายเหตุ HOS = โรงพยาบาล PCU = สถานีอนามัย

ตาราง จำนวนและเปอร์เซ็นต์ความเห็นเกี่ยวกับ ระบบข้อมูลเอกสารของการให้บริการสนับสนุนการจัดการตนเอง ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอขนาดกลางจำแนกตามสถานที่ทำงาน

| อำเภอ n (%)                                                                                                                                                                 | กุสุมาลย์ n = 11 |            | โคกศรีสุพรรณ n = 11 |     | โพนนาแก้ว n = 5 |     | คำดากลา n = 10 |     | เจริญศิลป์ n = 14 |     | วาริชภูมิ n = 12 |     | บ้านม่วง n = 11 |     | พังโคน n = 19 |     | อากาศอำนวย n=15 |     | ส่องดาว n=5  |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------|---------------------|-----|-----------------|-----|----------------|-----|-------------------|-----|------------------|-----|-----------------|-----|---------------|-----|-----------------|-----|--------------|-----|
| ระดับสถานบริการ                                                                                                                                                             | HOS              | PCU        | HOS                 | PCU | HOS             | PCU | HOS            | PCU | HOS               | PCU | HOS              | PCU | HOS             | PCU | HOS           | PCU | HOS             | PCU | HOS          | PCU |
| ระดับ 0 ไม่ได้ดำเนินการอย่างเป็นระบบและยังไม่ได้ปฏิบัติ                                                                                                                     |                  |            | 1<br>(33.3%)        |     | 1<br>(16.7%)    |     |                |     | 1<br>(8.3%)       |     |                  |     |                 |     |               |     |                 |     |              |     |
| ระดับ 1 มีข้อจำกัดเพราะการส่งต่อข้อมูลยังไม่เป็นระบบและอยู่กับผู้บริการ                                                                                                     | 2<br>(33.3%)     |            |                     |     | 1<br>(16.7%)    |     | 3<br>(30%)     |     |                   |     | 6<br>(60%)       |     | 2<br>(16.7%)    |     |               |     | 1<br>(10%)      |     |              |     |
| ระดับ 2 ร่วมมือประสานงานกับบุคลากรเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องการประสานระดับองค์กรอยู่ในขั้นกำหนดนโยบาย                                                                           | 4<br>(100%)      | 3<br>(50%) | 2<br>(50%)          |     | 1<br>(16.7%)    |     | 3<br>(30%)     |     | 3<br>(75%)        |     | 2<br>(25%)       |     | 1<br>(100%)     |     | 1<br>(10%)    |     | 2<br>(8.3%)     |     | 2<br>(28.6%) |     |
| ระดับ 3 ร่วมมือประสานงานกับคณะบุคคลหรือหน่วยงานที่มีความรับผิดชอบแต่ยังไม่มีการประเมินผลการติดตามและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลอย่างเป็นระบบ                                | 1<br>(16.7%)     |            | 3<br>(50%)          |     | 5<br>(100%)     |     | 2<br>(66.7%)   |     | 1<br>(25%)        |     | 4<br>(80%)       |     | 2<br>(33.3%)    |     | 2<br>(20%)    |     | 3<br>(75%)      |     | 1<br>(25%)   |     |
| ระดับ 4 ร่วมมือประสานงานเป็นอย่างดีระหว่างองค์กรหน่วยงานบริการชุมชนและผู้รับบริการและมีการประเมินผลการติดตามและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลย้อนกลับอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง | 3<br>(50%)       |            |                     |     | 1<br>(25%)      |     | 1<br>(20%)     |     | 1<br>(16.7%)      |     | 2<br>(20%)       |     | 1<br>(25%)      |     | 4<br>(50%)    |     | 3<br>(25%)      |     |              |     |

หมายเหตุ HOS = โรงพยาบาล PCU = สถานีอนามัย

ตาราง จำนวนและเปอร์เซ็นต์ความเห็นเกี่ยวกับระบบข้อมูลเอกสารของการให้บริการสนับสนุนการจัดการตนเอง ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอขนาดเล็ก  
จำแนกตามสถานที่ทำงาน

| อำเภอ m (%)                                                                                                                                                                  | กุดบาท n = 8 |            | เต่างอย n = 6 |            | นิคมคำนูน n = 9 |             | ภูพาน n = 7 |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------|---------------|------------|-----------------|-------------|-------------|------------|
| ระดับสถานบริการ                                                                                                                                                              | HOS          | PCU        | HOS           | PCU        | HOS             | PCU         | HOS         | PCU        |
| ระดับ 0 ไม่ได้ดำเนินการอย่างเป็นระบบและยังไม่ได้ปฏิบัติ                                                                                                                      |              |            |               |            |                 |             |             |            |
| ระดับ 1 มีข้อจำกัดเพราะการส่งต่อข้อมูลยังไม่เป็นระบบและอยู่กับผู้บริการ                                                                                                      | 1<br>(20%)   |            | 2<br>(100%)   |            |                 |             |             |            |
| ระดับ 2 ร่วมมือประสานงานกับบุคลากรเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องการประสานระดับองค์กรอยู่ในขั้นกำหนดนโยบาย                                                                            | 1<br>(33.3%) |            |               | 2<br>(50%) |                 |             | 1<br>(100%) | 1<br>(50%) |
| ระดับ 3 ร่วมมือประสานงานกับคณะบุคคลหรือหน่วยงานที่มีความรับผิดชอบแต่ยังไม่มีการประเมินผลการติดตามและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลอย่างเป็นระบบ                                 | 2<br>(66.7%) | 4<br>(80%) |               | 2<br>(50%) | 3<br>(75%)      | 4<br>(100%) |             | 1<br>(50%) |
| ระดับ 4 ร่วมมือประสานงานเป็นอย่างดีระหว่างองค์กร หน่วยงานบริการชุมชนและผู้รับบริการและมีการประเมินผลการติดตามและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลย้อนกลับอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง |              |            |               |            | 1<br>(25%)      |             |             |            |

หมายเหตุ HOS = โรงพยาบาล PCU = สถานีอนามัย

ตาราง จำนวนและเปอร์เซ็นต์ความเห็นเกี่ยวกับ ระบบข้อมูลเอกสารของการให้บริการสนับสนุนการจัดการตนเอง ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอขนาดใหญ่  
จำแนกตามสถานที่ทำงาน

| อำเภอ n (%)                                                                                                                                                                  | วานรนิวาส n = 18 |              | พรรณานิคม n = 23 |            | สว่างแดนดิน n = 18 |               | อำเภอเมือง n = 25 |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------|------------------|------------|--------------------|---------------|-------------------|------------|
| ระดับสถานบริการ                                                                                                                                                              | HOS              | PCU          | HOS              | PCU        | HOS                | PCU           | HOS               | PCU        |
| ระดับ 0 ไม่ได้ดำเนินการอย่างเป็นระบบและยังไม่ได้ปฏิบัติ                                                                                                                      | 1<br>(10%)       |              |                  |            |                    |               |                   |            |
| ระดับ 1 มีข้อจำกัดเพราะการส่งต่อข้อมูลยังไม่เป็นระบบและอยู่กับผู้บริการ                                                                                                      | 1<br>(10%)       |              |                  |            |                    |               |                   |            |
| ระดับ 2 ร่วมมือประสานงานกับบุคลากรเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องการประสานระดับองค์กรอยู่ในขั้นกำหนดนโยบาย                                                                            | 1<br>(16.7%)     |              | 2<br>(15.4%)     | 1<br>(10%) | 1<br>(50%)         | 1<br>(6.7%)   |                   | 1<br>(20%) |
| ระดับ 3 ร่วมมือประสานงานกับคณะบุคคลหรือหน่วยงานที่มีความรับผิดชอบแต่ยังไม่มีการประเมินผลการติดตามและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลอย่างเป็นระบบ                                 | 5<br>(83.3%)     | 5<br>(41.7%) | 10<br>(76.9%)    | 6<br>(60%) | 1<br>(50%)         | 13<br>(86.7%) |                   | 2<br>(40%) |
| ระดับ 4 ร่วมมือประสานงานเป็นอย่างดีระหว่างองค์กร หน่วยงานบริการชุมชนและผู้รับบริการและมีการประเมินผลการติดตามและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลย้อนกลับอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง |                  | 7<br>(58.3%) | 7<br>(7.7%)      | 1<br>(10%) |                    | 1<br>(6.7%)   |                   |            |

หมายเหตุ HOS = โรงพยาบาล PCU = สถานีอนามัย



ตาราง จำนวนและเปอร์เซ็นต์ความเห็นเกี่ยวกับเชื่อมโยงแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอขนาดเล็กจำแนกตามสถานที่ทำงาน

| อำเภอ n (%)                                                                                                                    | กุศบาท n = 8 |            | เต่างอย n = 6 |            | นิคมคำนูน n = 9 |            | ภูพาน n = 7 |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------|---------------|------------|-----------------|------------|-------------|------------|
| ระดับสถานบริการ                                                                                                                | HOS          | PCU        | HOS           | PCU        | HOS             | PCU        | HOS         | PCU        |
| ระดับ 0 ไม่ได้ดำเนินการ                                                                                                        | 1<br>(20%)   |            | 1<br>(50%)    | 2<br>(50%) |                 |            |             |            |
| ระดับ 1 มีแผนผังของข้อมูลการติดต่อสำหรับทรัพยากรขององค์กรเท่านั้นขาดการเชื่อมโยงกับชุมชนที่เกี่ยวข้องกัน                       | 1<br>(20%)   |            | 1<br>(50%)    |            | 1<br>(25%)      |            | 1<br>(100%) |            |
| ระดับ 2 ถูกจำกัดรายการหรือแผนผังของข้อมูลการติดต่อสำหรับทรัพยากรที่เกี่ยวข้องกัน                                               | 2<br>(66.7%) |            |               |            | 1<br>(25%)      |            | 1<br>(50%)  |            |
| ระดับ 3 เกิดขึ้นผ่านระบบอ้างอิง; ทีมมีการอภิปรายความต้องการของผู้รับบริการ, อุปกรณ์และแหล่งทรัพยากรก่อนทำการอ้างอิง            | 2<br>(33.3%) | 3<br>(60%) |               | 2<br>(50%) | 2<br>(50%)      | 3<br>(75%) |             | 1<br>(50%) |
| ระดับ 4 มีระบบอ้างอิงร่วมกัน, การติดตามผลการอ้างอิง และการสื่อสารระหว่างการฝึกปฏิบัติต่างๆ, แหล่งทรัพยากรองค์กรและผู้รับบริการ |              |            |               |            | 1<br>(25%)      |            |             |            |

หมายเหตุ HOS = โรงพยาบาล PCU = สถานีอนามัย

ตาราง จำนวนและเปอร์เซ็นต์ความเห็นเกี่ยวกับ เชื่อมโยงแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอขนาดใหญ่จำแนกตามสถานที่ทำงาน

| อำเภอ n (%)                                                                                                                            | วานรนิวาส n = 18 |            | พรรณานิคม n = 23 |            | สว่างแดนดิน n = 18 |              | อำเภอเมือง n = 25 |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------|------------------|------------|--------------------|--------------|-------------------|------------|
| ระดับสถานบริการ                                                                                                                        | HOS              | PCU        | HOS              | PCU        | HOS                | PCU          | HOS               | PCU        |
| ระดับ 0 ไม่ได้ดำเนินการ                                                                                                                | 1<br>(10%)       |            |                  |            |                    |              |                   |            |
| ระดับ 1 มีแผนพบของข้อมูลการติดต่อสำหรับ<br>ทรัพยากรขององค์กรเท่านั้นขาดการเชื่อมโยงกับ<br>ชุมชนที่เกี่ยวข้องกัน                        | 2<br>(33.3%)     |            |                  | 2<br>(20%) |                    | 4<br>(26.7%) |                   | 4<br>(80%) |
| ระดับ 2 ถูกจำกัดรายการหรือแผนพบของข้อมูล<br>การติดต่อสำหรับทรัพยากรที่เกี่ยวข้องกัน                                                    | 2<br>(33.3%)     |            | 12<br>(92.3%)    | 1<br>(10%) | 1<br>(50%)         | 6<br>(40%)   |                   |            |
| ระดับ 3 เกิดขึ้นผ่านระบบอ้างอิง; ทีมมีการ<br>อภิปรายความต้องการของ<br>ผู้รับบริการ, อุปสรรคและแหล่งทรัพยากรก่อนทำ<br>การอ้างอิง        | 1<br>(16.7%)     | 6<br>(50%) |                  | 4<br>(40%) | 1<br>(50%)         | 5<br>(33.3%) |                   | 1<br>(20%) |
| ระดับ 4 มีระบบอ้างอิงร่วมกัน, การติดตามผล<br>การอ้างอิง และการสื่อสารระหว่างการฝึกปฏิบัติ<br>ต่างๆ,แหล่งทรัพยากรองค์กร และผู้รับบริการ | 1<br>(16.7%)     | 6<br>(50%) | 1<br>(7.7%)      | 2<br>(20%) |                    |              |                   |            |

หมายเหตุ HOS = โรงพยาบาล PCU = สถานีอนามัย

ตาราง จำนวนและเปอร์เซ็นต์ความเห็นเกี่ยวกับ ระบบเอกสาร ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอขนาดกลางจำแนกตามสถานที่ทำงาน

| อำเภอ n (%)                                                                                                                                                                                               | กุสุมาลย์ n = 11                                                                                                                                                                                                                        |              | โคกศรีสุพรรณ n = 11 |             | โพนนาแก้ว n = 5 |            | คำตากล้า n = 10 |              | เจริญศิลป์ n = 14 |            | วาริชภูมิ n = 12 |            | บ้านม่วง n = 11 |            | พังโคน n = 19 |              | อากาศอำนวย n = 15 |            | ส่องดาว n=5 |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------|-------------|-----------------|------------|-----------------|--------------|-------------------|------------|------------------|------------|-----------------|------------|---------------|--------------|-------------------|------------|-------------|-----|
| ระดับสถานบริการ                                                                                                                                                                                           | HOS                                                                                                                                                                                                                                     | PCU          | HOS                 | PCU         | HOS             | PCU        | HOS             | PCU          | HOS               | PCU        | HOS              | PCU        | HOS             | PCU        | HOS           | PCU          | HOS               | PCU        | HOS         | PCU |
| ระดับ 0 ไม่มีระบบเอกสาร                                                                                                                                                                                   | <div> <div>1</div> <div>1</div> <div>(10%)</div> <div>(8.3%)</div> </div>                                                                                                                                                               |              |                     |             |                 |            |                 |              |                   |            |                  |            |                 |            |               |              |                   |            |             |     |
| ระดับ 1 - มีเอกสารความรู้เกี่ยวกับโรค และปัจจัยเสี่ยงแจกให้ผู้รับบริการ-เอกสารแยกออกจากแฟ้ม ข้อมูลทางคลินิกตามปกติ                                                                                        | 4<br>(66.7%)                                                                                                                                                                                                                            | 1<br>(16.7%) | 1<br>(33.3%)        |             | 1<br>(33.3%)    |            | 2<br>(40%)      | 2<br>(33.3%) | 2<br>(20%)        | 1<br>(25%) | 1<br>(25%)       | 2<br>(25%) | 6<br>(60%)      | 3<br>(25%) | 5<br>(71.4%)  | 1<br>(20%)   | 1<br>(10%)        |            |             |     |
| ระดับ 2 -มีเอกสารการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงและวิถีชีวิตของผู้รับบริการแต่ละราย แต่ยังไม่ได้นำมาเป็นแนวทางการดูแลตามปกติทุกราย - เอกสารแยกออกจากแฟ้ม ข้อมูลทางคลินิกตามปกติ                                  | 4<br>(100%)                                                                                                                                                                                                                             | 2<br>(33.3%) | 4<br>(66.7%)        | 5<br>(100%) |                 | 2<br>(50%) | 2<br>(40%)      | 1<br>(16.7%) | 5<br>(50%)        | 2<br>(50%) | 3<br>(75%)       | 2<br>(25%) | 1<br>(100%)     | 2<br>(20%) | 3<br>(25%)    | 2<br>(28.6%) | 3<br>(60%)        | 5<br>(50%) |             |     |
| ระดับ 3 - มีเอกสารการประเมินในระดับ 2 และติดตามผลทั้งหมดอยู่ในแบบฟอร์มมาตรฐานการดูแลตามปกติ-ข้อมูลยังขาดการเชื่อมโยงกับแผนการบำบัดรักษาและการติดตามผล                                                     | <div> <div>1</div> <div>1</div> <div>(33.3%)</div> <div>(25%)</div> <div>(20%)</div> <div>(16.7%)</div> <div>(30%)</div> <div>(25%)</div> <div>(37.5%)</div> <div>(10%)</div> <div>(25%)</div> <div>(20%)</div> <div>(40%)</div> </div> |              |                     |             |                 |            |                 |              |                   |            |                  |            |                 |            |               |              |                   |            |             |     |
| ระดับ 4 -มีระบบเอกสารการประเมิน การให้การดูแล การติดตามความก้าวหน้าของการจัดการตนเองให้ผู้รับบริการแต่ละรายในแบบฟอร์มมาตรฐาน -เชื่อมโยงระหว่างแผนการบำบัดรักษาของผู้รับบริการกับการสนับสนุนการจัดการตนเอง | <div> <div>1</div> <div>1</div> <div>(16.7%)</div> <div>(33.3%)</div> <div>(25%)</div> <div>(33.3%)</div> <div>1</div> <div>(12.5%)</div> <div>2</div> <div>(16.7%)</div> </div>                                                        |              |                     |             |                 |            |                 |              |                   |            |                  |            |                 |            |               |              |                   |            |             |     |

หมายเหตุ HOS = โรงพยาบาล PCU = สถานีอนามัย



ตาราง จำนวนและเปอร์เซ็นต์ความเห็นเกี่ยวกับ ระบบเอกสาร ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอขนาดเล็กจําแนกตามสถานที่ทำงาน

| อำเภอ n (%)                                                                                                                                                                                              | กุดปาก n = 8 |            | เต่างอย n = 6 |            | นิคมสร้างนํ้า n = 9 |            | ภูพาน n = 7 |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------|---------------|------------|---------------------|------------|-------------|------------|
| ระดับสถานบริการ                                                                                                                                                                                          | HOS          | PCU        | HOS           | PCU        | HOS                 | PCU        | HOS         | PCU        |
| ระดับ 0 ไม่มีระบบเอกสาร                                                                                                                                                                                  |              |            |               |            |                     |            |             |            |
| ระดับ 1 - มีเอกสารความรู้เกี่ยวกับโรค และปัจจัยเสี่ยงแจกให้ผู้รับบริการ- เอกสารแยกออกจากแฟ้มข้อมูลทางคลินิกตามปกติ                                                                                       | 1<br>(33.3%) | 2<br>(40%) | 2<br>(100%)   | 2<br>(50%) |                     |            | 1<br>(100%) | 1<br>(50%) |
| ระดับ 2 - มีเอกสารการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงและวิถีชีวิตของผู้รับบริการแต่ละราย แต่ยังไม่ได้นำมาเป็นแนวทางการดูแลตามปกติทุกราย- เอกสารแยกออกจากแฟ้ม ข้อมูลทางคลินิกตามปกติ                                 | 1<br>(33.3%) | 2<br>(40%) |               | 2<br>(50%) | 1<br>(25%)          |            |             | 1<br>(50%) |
| ระดับ 3- มีเอกสารการประเมินในระดับ 2 และติดตามผลทั้งหมดอยู่ในแบบฟอร์มมาตรฐานการดูแลตามปกติ- ข้อมูลยังขาดการเชื่อมโยงกับแผนการบำบัดรักษาและการติดตามผล                                                    |              | 1<br>(20%) |               |            | 2<br>(50%)          | 3<br>(75%) |             |            |
| ระดับ 4 - มีระบบเอกสารการประเมิน การให้การดูแล การติดตามความก้าวหน้าของการจัดการตนเองในผู้รับบริการแต่ละรายในแบบฟอร์มมาตรฐาน-เชื่อมโยงระหว่างแผนการบำบัดรักษาของผู้รับบริการกับการสนับสนุนการจัดการตนเอง | 1<br>(33.3%) |            |               |            | 1<br>(25%)          | 1<br>(25%) |             |            |

หมายเหตุ HOS = โรงพยาบาล PCU = สถานีอนามัย

ตาราง จำนวนและเปอร์เซ็นต์ความเห็นเกี่ยวกับ ระบบเอกสารของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอขนาดใหญ่จำแนกตามสถานที่ทำงาน

| อำเภอ n (%)                                                                                                                                                                                                     | วานรนิวาส n = 18 |              | พรรณานิคม n = 23 |            | สว่างแดนดิน n = 18 |              | อำเภอเมือง n = 25 |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------|------------------|------------|--------------------|--------------|-------------------|--------------|
| ระดับสถานบริการ                                                                                                                                                                                                 | HOS              | PCU          | HOS              | PCU        | HOS                | PCU          | HOS               | PCU          |
| <b>ระดับ 0</b> ไม่มีระบบเอกสาร                                                                                                                                                                                  | 1<br>(6.3%)      |              |                  |            |                    |              |                   |              |
| <b>ระดับ 1</b> - มีเอกสารความรู้เกี่ยวกับโรค และปัจจัยเสี่ยงแจกให้ผู้รับบริการ-เอกสารแยกออกจากแฟ้ม ข้อมูลทางคลินิกตามปกติ                                                                                       | 3<br>(50%)       | 1<br>(8.3%)  | 1<br>(7.7%)      | 4<br>(40%) | 1<br>(50%)         | 9<br>(56.3%) |                   | 5<br>(83.3%) |
| <b>ระดับ 2</b> - มีเอกสารการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงและวิถีชีวิตของผู้รับบริการแต่ละราย แต่ยังไม่ได้นำมาเป็นแนวทางการดูแลตามปกติทุกราย<br>-เอกสารแยกออกจากแฟ้ม ข้อมูลทางคลินิกตามปกติ                              | 1<br>(16.7%)     | 3<br>(25%)   | 3<br>(23.1%)     | 1<br>(10%) | 1<br>(50%)         | 4<br>(25%)   |                   | 1<br>(16.7%) |
| <b>ระดับ 3</b> -มีเอกสารการประเมินในระดับ 2 และติดตามผลทั้งหมดอยู่ในแบบฟอร์มมาตรฐานการดูแลตามปกติ- ข้อมูลยังขาดการเชื่อมโยงกับแผนการบำบัดรักษาและการติดตามผล                                                    | 1<br>(16.7%)     | 6<br>(50%)   | 8<br>(61.5%)     | 4<br>(40%) |                    | 2<br>(12.5%) |                   |              |
| <b>ระดับ 4</b> -มีระบบเอกสารการประเมิน การให้การดูแล การติดตามความก้าวหน้าของการจัดการตนเองในผู้รับบริการแต่ละรายในแบบฟอร์มมาตรฐาน- เชื่อมโยงระหว่างแผนการบำบัดรักษาของผู้รับบริการกับการสนับสนุนการจัดการตนเอง | 1<br>(16.7%)     | 2<br>(16.7%) | 1<br>(7.7%)      | 1<br>(10%) |                    |              |                   |              |

หมายเหตุ HOS = โรงพยาบาล PCU = สถานีอนามัย

ตาราง จำนวนและเปอร์เซ็นต์ความเห็นเกี่ยวกับ การให้การสนับสนุนการดูแลให้เป็นมาตรฐาน ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอขนาดกลางจำแนกตามสถานที่ทำงาน

| อำเภอ n (%)                                                                                                                                                                                                            | กุสุมาลย์ n = 11 |              | โคกศรีสุพรรณ n = 11 |             | โพนนาแก้ว n = 5 |              | คำตากล้า n = 10 |              | เจริญศิลป์ n = 14 |            | วาริชภูมิ n = 12 |              | บ้านม่วง n = 11 |            | พังโคน n = 19 |            | อากาศอำนวย n=15 |     | ส่องดาว n=5 |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------|---------------------|-------------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|-------------------|------------|------------------|--------------|-----------------|------------|---------------|------------|-----------------|-----|-------------|-----|
| ระดับสถานบริการ                                                                                                                                                                                                        | HOS              | PCU          | HOS                 | PCU         | HOS             | PCU          | HOS             | PCU          | HOS               | PCU        | HOS              | PCU          | HOS             | PCU        | HOS           | PCU        | HOS             | PCU | HOS         | PCU |
| <b>ระดับ 0</b> ไม่จัดทำเอกสาร มาตรฐานการดูแลให้ทีมผู้ดูแล                                                                                                                                                              | 1<br>(16.7%)     |              | 1<br>(10%)          |             | 2<br>(20%)      |              | 1<br>(8.3%)     |              | 3<br>(60%)        |            |                  |              |                 |            |               |            |                 |     |             |     |
| <b>ระดับ 1-</b> จัดทำเอกสารมาตรฐาน การดูแลหลักฐานเชิงประจักษ์ - จัดให้มีการ ประชุมหรืออบรมที่เป็นประโยชน์จากผู้เชี่ยวชาญ เป็นระยะ                                                                                      | 1<br>(25%)       | 3<br>(60%)   | 1<br>(33.3%)        |             | 1<br>(25%)      | 3<br>(50%)   | 1<br>(10%)      | 3<br>(75%)   | 3<br>(37.5%)      | 6<br>(60%) | 4<br>(33.3%)     | 6<br>(85.7%) | 1<br>(20%)      | 2<br>(20%) |               |            |                 |     |             |     |
| <b>ระดับ 2</b> - เอกสารมาตรฐานที่นำมาใช้ในการดูแล ตามปกติ - จัดอบรมให้บุคลากรในองค์กรมีความรู้และทักษะเฉพาะในการสื่อสารแลพัฒนา คักยภาพผู้รับ บริการในการจัดการตนเองตามมาตรฐาน                                          | 1<br>(25%)       | 2<br>(40%)   | 4<br>(66.7%)        | 5<br>(100%) | 1<br>(33.3%)    | 2<br>(50%)   | 1<br>(20%)      | 1<br>(16.7%) | 7<br>(70%)        | 1<br>(25%) | 1<br>(12.5%)     | 1<br>(100%)  | 1<br>(10%)      | 3<br>(25%) | 1<br>(14.3%)  | 3<br>(30%) |                 |     |             |     |
| <b>ระดับ 3-</b> จัดอบรมบุคลากรในองค์กรทุกระดับ ให้มีความรู้และทักษะเฉพาะตามมาตรฐาน- มี การทบทวนเป็นระยะ ๆ รวมทั้งการฝึกปฏิบัติจริง ให้สามารถกระตุ้นให้ผู้รับบริการวางแผนในการแก้ ปัญหาและกำหนดเป้าหมายและการปฏิบัติได้ | 2<br>(50%)       | 1<br>(33.3%) |                     | 1<br>(25%)  | 4<br>(80%)      | 1<br>(16.7%) | 1<br>(10%)      | 2<br>(50%)   | 3<br>(37.5%)      | 1<br>(10%) | 2<br>(16.7%)     | 2<br>(20%)   |                 |            |               |            |                 |     |             |     |
| <b>ระดับ 4</b> - จัดให้บุคลากร ในองค์กรที่มีทักษะ เฉพาะเข้าร่วมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในองค์กรเป็น ระยะ- กำหนดและดำเนินการ ทบทวนมาตรฐานเป็นระยะอย่างต่อเนื่องร่วมกับการ ประเมินมาตรฐานในการปฏิบัติทางคลินิกเป็น ระยะๆ    | 1<br>(16.7%)     |              | 1<br>(16.7%)        |             | 2<br>(50%)      |              | 1<br>(12.5%)    |              | 2<br>(16.7%)      |            | 1<br>(20%)       |              | 3<br>(30%)      |            |               |            |                 |     |             |     |

หมายเหตุ HOS = โรงพยาบาล PCU = สถานีอนามัย

ตาราง จำนวนและเปอร์เซ็นต์ความเห็นเกี่ยวกับ การให้การสนับสนุนการดูแลให้เป็นมาตรฐานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอขนาดเล็กจำแนกตามสถานที่ทำงาน

| อำเภอ n (%)                                                                                                                                                                                               | กุดบาท n = 8 |            | เต่างอย n = 6 |            | นิคมจำเริญ n = 9 |             | ภูพาน n = 7 |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------|---------------|------------|------------------|-------------|-------------|------------|
| ระดับสถานบริการ                                                                                                                                                                                           | HOS          | PCU        | HOS           | PCU        | HOS              | PCU         | HOS         | PCU        |
| ระดับ 0 ไม่จัดทำเอกสารมาตรฐานการดูแลให้ทีมผู้ดูแล                                                                                                                                                         | 1<br>(50%)   |            | 1<br>(25%)    |            |                  |             |             |            |
| ระดับ 1- จัดทำเอกสารมาตรฐานการดูแลบนหลักฐานเชิงประจักษ์-จัดให้มีการประชุมหรืออบรมที่เป็นประโยชน์จากผู้เชี่ยวชาญเป็นระยะ                                                                                   | 1<br>(33.3%) | 1<br>(20%) | 1<br>(50%)    | 1<br>(25%) | 1<br>(25%)       |             | 1<br>(100%) | 1<br>(50%) |
| ระดับ 2 -เอกสารมาตรฐานที่นำมาใช้ในการดูแลตามปกติ-จัดอบรมให้บุคลากรในองค์กรมีทั้งความรู้และทักษะเฉพาะในการสื่อสารและพัฒนาศักยภาพผู้รับบริการในการจัดการตนเองตามมาตรฐาน                                     | 2<br>(66.7%) | 3<br>(60%) |               |            |                  |             | 1<br>(50%)  |            |
| ระดับ 3 -จัดอบรมบุคลากรในองค์กรทุกระดับให้มีความรู้และทักษะเฉพาะตามมาตรฐาน-มีการทบทวนเป็นระยะๆ รวมทั้งการฝึกปฏิบัติจริงให้สามารถกระตุ้นให้ผู้รับบริการวางแผนในการแก้ปัญหาและกำหนดเป้าหมายและการปฏิบัติได้ | 1<br>(20%)   |            | 2<br>(50%)    |            | 2<br>(50%)       | 4<br>(100%) |             |            |
| ระดับ 4 - จัดให้บุคลากรในองค์กรที่มีทักษะเฉพาะเข้าร่วมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในองค์กรเป็นระยะ-กำหนดและดำเนินการทบทวนมาตรฐานเป็นระยะอย่างต่อเนื่องร่วมกับการประเมินมาตรฐานในการปฏิบัติทางคลินิกเป็นระยะๆ     |              |            |               |            | 1<br>(25%)       |             |             |            |

หมายเหตุ HOS = โรงพยาบาล PCU = สถานีอนามัย

ตาราง จำนวนและเปอร์เซ็นต์ความเห็นเกี่ยวกับ การให้การสนับสนุนการดูแลให้เป็นมาตรฐานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอขนาดใหญ่จำแนกตามสถานที่ทำงาน

| อำเภอ n (%)                                                                                                                                                                                                           | วานรนิวาส n = 18 |              | พรรณานิคม n = 23 |            | สว่างแดนดิน n = 18 |              | อำเภอเมือง n = 25 |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------|------------------|------------|--------------------|--------------|-------------------|--------------|
| ระดับสถานบริการ                                                                                                                                                                                                       | HOS              | PCU          | HOS              | PCU        | HOS                | PCU          | HOS               | PCU          |
| <b>ระดับ 0</b> ไม่จัดทำเอกสารมาตรฐานการดูแลให้ทีมผู้ดูแล                                                                                                                                                              | 1<br>(16.7%)     |              | 1<br>(7.7%)      | 2<br>(20%) |                    | 1<br>(6.3%)  |                   | 3<br>(50%)   |
| <b>ระดับ 1</b> - จัดทำเอกสารมาตรฐานการดูแลบนหลักฐานเชิงประจักษ์-จัดให้มีการประชุมหรืออบรมที่เป็นประโยชน์จากผู้เชี่ยวชาญเป็นระยะ                                                                                       | 2<br>(33.3%)     |              | 3<br>(23.1%)     | 1<br>(10%) |                    | 7<br>(43.8%) |                   | 2<br>(33.3%) |
| <b>ระดับ 2</b> - เอกสารมาตรฐานที่นำมาใช้ในการดูแลตามปกติ-จัดอบรมให้บุคลากรในองค์กรมีความรู้และทักษะเฉพาะในการสื่อสารและพัฒนาศักยภาพผู้รับบริการในการจัดการตนเองตามมาตรฐาน                                             | 2<br>(33.3%)     | 4<br>(33.3%) | 9<br>(69.2%)     | 1<br>(10%) | 1<br>(50%)         | 7<br>(43.8%) |                   | 1<br>(16.7%) |
| <b>ระดับ 3</b> - จัดอบรมบุคลากรในองค์กรทุกระดับให้มีทั้งความรู้และทักษะเฉพาะตามมาตรฐาน-มีการทบทวนเป็นระยะๆ รวมทั้งการฝึกปฏิบัติจริงให้สามารถกระตุ้นให้ผู้รับบริการวางแผนในการแก้ปัญหาและกำหนดเป้าหมายและการปฏิบัติได้ | 1<br>(16.7%)     | 4<br>(33.3%) |                  | 5<br>(50%) | 1<br>(50%)         | 1<br>(6.3%)  |                   |              |
| <b>ระดับ 4</b> - จัดให้บุคลากรในองค์กรที่มีทักษะเฉพาะเข้าร่วมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในองค์กรเป็นระยะ-กำหนดและดำเนินการทบทวนมาตรฐานเป็นระยะอย่างต่อเนื่องร่วมกับการประเมินมาตรฐานในการปฏิบัติทางคลินิกเป็นระยะๆ          |                  | 4<br>(33.3%) |                  | 1<br>(10%) |                    |              |                   |              |

หมายเหตุ HOS = โรงพยาบาล PCU = สถานีอนามัย

ตาราง จำนวนและเปอร์เซ็นต์ความเห็นเกี่ยวกับ การประเมินความต้องการเกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้รับบริการในแต่ละรายบุคคล ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ใน  
อำเภอขนาดกลางจำแนกตามสถานที่ทำงาน

| อำเภอ n (%)                                                                                                                                                                                                                                                             | กุสุมาลย์ n = 11 |              | โคกศรีสุพรรณ<br>n = 11 |             | โพนนาแก้ว n = 5 |            | คำตากล้า n = 10 |            | เจริญศิลป์<br>n = 14 |            | วาริชภูมิ n = 12 |             | บ้านม่วง n = 11 |              | พังโคน n = 19 |            | อากาศอำนวย<br>n=15 |     | ส่องดาว n=5 |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------|------------------------|-------------|-----------------|------------|-----------------|------------|----------------------|------------|------------------|-------------|-----------------|--------------|---------------|------------|--------------------|-----|-------------|-----|
| ระดับสถานบริการ                                                                                                                                                                                                                                                         | HOS              | PCU          | HOS                    | PCU         | HOS             | PCU        | HOS             | PCU        | HOS                  | PCU        | HOS              | PCU         | HOS             | PCU          | HOS           | PCU        | HOS                | PCU | HOS         | PCU |
| <b>ระดับ 0</b> ...ไม่ได้ทำ                                                                                                                                                                                                                                              | 1<br>(16.7%)     | 1<br>(16.7%) | 1<br>(16.7%)           |             | 1<br>(25%)      | 2<br>(40%) | 2<br>(33.3%)    |            |                      |            |                  |             | 4<br>(40%)      | 3<br>(25%)   | 5<br>(71.4%)  | 1<br>(20%) |                    |     |             |     |
| <b>ระดับ 1</b> -ยังไม่เป็นมาตรฐานการ<br>ประเมินยังไม่ทั่วถึงเลือกเฉพาะกลุ่ม- การประเมินยังไม่<br>ทำสม่ำเสมอ- ยังไม่ครอบคลุมการประเมินบริบทของ<br>การจัดการตนเองส่วนใหญ่                                                                                                 | 1<br>(25%)       | 4<br>(66.7%) | 4<br>(66.7%)           | 5<br>(100%) | 2<br>(50%)      | 2<br>(40%) | 1<br>(16.7%)    | 8<br>(80%) | 1<br>(25%)           | 3<br>(75%) | 2<br>(25%)       | 1<br>(100%) | 6<br>(60%)      | 4<br>(33.3%) | 1<br>(14.3%)  | 4<br>(40%) |                    |     |             |     |
| <b>ระดับ 2</b> - เป็นมาตรฐาน-มีการคัดเลือกการประเมิน<br>เป็นกลุ่มตามความจำเป็นเร่งด่วนทางคลินิก- การ<br>ประเมินครอบคลุมความต้องการความรู้ อุปสรรค<br>ทักษะ ความชอบส่วนบุคคลรูปแบบการเรียนรู้และ<br>แหล่งประโยชน์- ยังขาดเอกสารบันทึกข้อมูล                              | 3<br>(75%)       | 1<br>(16.7%) |                        |             | 3<br>(100%)     | 1<br>(20%) | 3<br>(50%)      | 1<br>(10%) | 1<br>(25%)           | 1<br>(25%) | 5<br>(62.5%)     |             |                 | 3<br>(25%)   |               | 4<br>(80%) | 4<br>(40%)         |     |             |     |
| <b>ระดับ 3</b> -เป็นมาตรฐานครอบคลุมผู้รับบริการอย่าง<br>ยุติธรรม- มีเอกสารประกอบที่สำคัญที่กำหนด<br>จุดประสงค์เบื้องต้นไปสู่เรื่องการประเมินความ รู้ในกา<br>จัดการตนเองของผู้รับ-บริการ,พฤติกรรม,ความเชื่อมั่น<br>อุปสรรคทรัพยากรและความชอบการเรียนรู้                  |                  |              |                        |             | 1<br>(25%)      |            |                 | 1<br>(10%) | 2<br>(50%)           |            | 1<br>(12.5%)     |             |                 |              | 1<br>(14.3%)  | 2<br>(20%) |                    |     |             |     |
| <b>ระดับ4</b> -เป็นมาตรฐานครอบคลุม<br>ผู้รับบริการและมีเอกสารประกอบ- เป็นการรวบรวมส่วนของ<br>การวางแผนการดูแลผู้รับบริการโรคเรื้อรัง: มีผลสรุปเป็น<br>เอกสารประเมินซ้ำได้อย่างมีระบบ- ข้อมูลที่ประเมินได้นำ<br>ใช้เป็นประโยชน์สำหรับการวางแผนการดูแลกับ<br>ผู้รับบริการ |                  |              | 1<br>(16.7%)           |             | 1<br>(16.7%)    |            |                 |            |                      |            |                  |             |                 | 1<br>(16.7%) |               |            |                    |     |             |     |

หมายเหตุ HOS = โรงพยาบาล PCU = สถานีอนามัย

ตาราง จำนวนและเปอร์เซ็นต์ความเห็นเกี่ยวกับ การประเมินความต้องการเกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้รับบริการในแต่ละรายบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข  
อำเภอขนาดเล็กจำแนกตามสถานที่ทำงาน

ใน

| อำเภอ n (%)                                                                                                                                                                                                                                        | กุดบาท n = 8 |            | เต่างอย n = 6 |            | นิคมคำนูน n = 9 |             | ภูพาน n = 7 |             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------|---------------|------------|-----------------|-------------|-------------|-------------|
| ระดับสถานบริการ                                                                                                                                                                                                                                    | HOS          | PCU        | HOS           | PCU        | HOS             | PCU         | HOS         | PCU         |
| ระดับ 0 ...ไม่ได้ทำ                                                                                                                                                                                                                                |              | 1<br>(20%) | 1<br>(50%)    | 2<br>(50%) |                 |             | 1<br>(100%) |             |
| ระดับ 1 - ยังไม่เป็นมาตรฐานการประเมินยังไม่ทั่วถึงเลือกเฉพาะกลุ่ม- การประเมินยังไม่ทำสม่ำเสมอ- ยังไม่ครอบคลุมการประเมินบริบทของการจัดการตนเองส่วนใหญ่                                                                                              | 1<br>(33.3%) | 3<br>(60%) | 1<br>(50%)    |            | 1<br>(25%)      |             |             | 2<br>(100%) |
| ระดับ 2 - เป็นมาตรฐาน- มีการคัดเลือกการประเมินเป็นกลุ่มตามความเป็นแรงตัวแทนทางคลินิก- การประเมินครอบคลุมความต้องการความรู้ อุปสรรคทักษะ ความชอบส่วนบุคคล รูปแบบการเรียนรู้ และแหล่งประโยชน์- ยังขาดเอกสารบันทึกข้อมูล                              | 1<br>(33.3%) | 1<br>(20%) |               | 2<br>(50%) | 2<br>(50%)      | 4<br>(100%) |             |             |
| ระดับ 3 -เป็นมาตรฐาน ครอบคลุมผู้รับบริการอย่างยุติธรรม- มีเอกสารประกอบที่สำคัญที่กำหนดจุดประสงค์เบื้องต้นนำไปสู่เรื่อง การประเมินความรู้ในการจัดการตนเองของผู้รับบริการ,พฤติกรรม, ความเชื่อมั่น, อุปสรรค,ทรัพยากร และความชอบการเรียนรู้            | 1<br>(33.3%) |            |               |            |                 |             |             |             |
| ระดับ 4 - เป็นมาตรฐาน ครอบคลุม ผู้รับบริการและมีเอกสารประกอบ- เป็นการรวบรวมส่วนของการวางแผนการดูแลผู้รับบริการโรคเรื้อรัง: มีผลสรุปเป็นเอกสาร- ประเมินซ้ำได้อย่างมีระบบ- ข้อมูลที่ประเมินได้นำใช้เป็นประโยชน์สำหรับการวางแผนการดูแลกับผู้รับบริการ |              |            |               |            | 1<br>(25%)      |             |             |             |

หมายเหตุ HOS = โรงพยาบาล PCU = สถานีอนามัย

ตาราง จำนวนและเปอร์เซ็นต์ความเห็นเกี่ยวกับ การประเมินความต้องการเกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้รับบริการในแต่ละรายบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในอำเภอขนาดใหญ่  
จำแนกตามสถานที่ทำงาน

| อำเภอ n (%)                                                                                                                                                                                                                                                           | วานรนิวาส n = 18 |              | พรรณานิคม n = 23 |            | สว่างแดนดิน n = 18 |              | อำเภอเมือง n = 25 |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------|------------------|------------|--------------------|--------------|-------------------|-------------|
| ระดับสถานบริการ                                                                                                                                                                                                                                                       | HOS              | PCU          | HOS              | PCU        | HOS                | PCU          | HOS               | PCU         |
| <b>ระดับ 0</b> ...ไม่ได้ทำ                                                                                                                                                                                                                                            | 1<br>(16.7%)     |              |                  | 1<br>(10%) |                    | 2<br>(13.3%) |                   |             |
| <b>ระดับ 1</b> - ยังไม่เป็นมาตรฐานการประเมินยังไม่ทั่วถึงเลือกเฉพาะกลุ่ม-<br>การประเมินยังไม่ทำสม่ำเสมอ- ยังไม่ครอบคลุมการประเมินบริบทของการ<br>จัดการตนเองส่วนใหญ่                                                                                                   | 1<br>(16.7%)     | 3<br>(25%)   | 1<br>(53.8%)     | 3<br>(30%) | 1<br>(50%)         | 6<br>(40%)   |                   | 6<br>(100%) |
| <b>ระดับ 2</b> - เป็นมาตรฐาน- มีการคัดเลือกการประเมินเป็นกลุ่มตามความ<br>จำเป็นเร่งด่วนทางคลินิก- การประเมินครอบคลุมความต้องการความรู้<br>อุปสรรคทักษะ ความชอบส่วนบุคคล รูปแบบการเรียนรู้ และแหล่ง<br>ประโยชน์- ยังขาดเอกสารบันทึกข้อมูล                              | 3<br>(50%)       | 4<br>(33.3%) | 5<br>(38.5%)     | 1<br>(10%) |                    | 5<br>(33.3%) |                   |             |
| <b>ระดับ 3</b> -เป็นมาตรฐาน ครอบคลุมผู้รับบริการอย่างยุติธรรม- มีเอกสาร<br>ประกอบที่สำคัญที่กำหนดจุดประสงค์เบื้องต้นนำไปสู่เรื่องการประเมิน<br>ความรู้ในการจัดการตนเองของผู้รับบริการ,พฤติกรรม, ความเชื่อมั่น,<br>อุปสรรค,ทรัพยากร และความชอบการเรียนรู้              | 1<br>(16.7%)     | 4<br>(33.3%) | 1<br>(7.7%)      | 4<br>(40%) | 1<br>(50%)         |              |                   |             |
| <b>ระดับ 4</b> - เป็นมาตรฐาน ครอบคลุมผู้รับบริการและมีเอกสารประกอบ-<br>เป็นการรวบรวมส่วนของการวางแผนการดูแลผู้รับบริการโรคเรื้อรัง: มี<br>ผลสรุปเป็นเอกสาร- ประเมินซ้ำได้อย่างมีระบบ- ข้อมูลที่ประเมินได้นำมาใช้<br>เป็นประโยชน์สำหรับการวางแผนการดูแลกับผู้รับบริการ |                  | 1<br>(8.3%)  |                  | 1<br>(10%) |                    | 2<br>(13.3%) |                   |             |

หมายเหตุ HOS = โรงพยาบาล PCU = สถานีอนามัย



ตาราง จำนวนและเปอร์เซ็นต์ความเห็นเกี่ยวกับ การสื่อสารโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอชนากลางจำแนกตามสถานที่ทำงาน

| อำเภอ n (%)                                                                                                                                                                                                                         | กุสุมาลย์ n =11 |              | โคกศรีสุพรรณ n = 11 |               | โพนนาแก้ว n = 5 |              | คำตากล้า n = 10 |            | เจริญศิลป์ n = 14 |              | วาริชภูมิ n = 12 |             | บ้านม่วง n = 11 |               | พังโคน n = 19 |            | อากาศอำนวย n = 15 |     | ส่องดาว n=5 |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------|---------------------|---------------|-----------------|--------------|-----------------|------------|-------------------|--------------|------------------|-------------|-----------------|---------------|---------------|------------|-------------------|-----|-------------|-----|
| ระดับสถานบริการ                                                                                                                                                                                                                     | HOS             | PCU          | HOS                 | PCU           | HOS             | PCU          | HOS             | PCU        | HOS               | PCU          | HOS              | PCU         | HOS             | PCU           | HOS           | PCU        | HOS               | PCU | HOS         | PCU |
| ระดับ 0 ...ไม่ได้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ                                                                                                                                                                                               | 1<br>(16.7%)    |              | 1<br>(33.33%)       |               |                 |              |                 |            |                   |              | 1<br>(10%)       |             | 4<br>(33.33%)   | 4<br>(57.1%)  | 1<br>(20%)    | 1<br>(10%) |                   |     |             |     |
| ระดับ 1 เข้ารับการอบรมการสื่อสารเฉพาะแต่ยังไม่สามารถนำมาใช้ในการดูแลตามปกติ                                                                                                                                                         |                 |              |                     |               | 1<br>(16.7%)    |              |                 |            | 2<br>(50%)        |              |                  |             | 3<br>(30%)      | 1<br>(8.3%)   |               |            |                   |     |             |     |
| ระดับ 2 เข้าอบรมและมีการพัฒนาทักษะในการสื่อสารในการดูแลผู้รับ-บริการตาม ปกติในบางโอกาส                                                                                                                                              | 2<br>(50%)      | 4<br>(66.7%) | 5<br>(83.3%)        | 5<br>(100%)   | 1<br>(33.33%)   | 2<br>(50%)   | 1<br>(16.7%)    | 5<br>(50%) | 1<br>(25%)        | 1<br>(25%)   | 2<br>(25%)       | 1<br>(100%) | 4<br>(40%)      | 2<br>(28.6%)  |               |            | 6<br>(60%)        |     |             |     |
| ระดับ 3 –เข้าอบรมและมีการพัฒนาทักษะในการสื่อสารในการดูแลผู้รับบริการ –ยังขาดการประเมินผลการดูแลอย่างเป็นระบบ                                                                                                                        | 1<br>(25%)      | 1<br>(16.7%) | 1<br>(16.7%)        |               | 2<br>(50%)      | 5<br>(100%)  | 3<br>(50%)      | 5<br>(50%) | 3<br>(75%)        | 1<br>(25%)   | 5<br>(62.5%)     |             | 2<br>(20%)      | 4<br>(33.33%) | 1<br>(14.3%)  | 4<br>(80%) | 3<br>(30%)        |     |             |     |
| ระดับ4 – เข้าอบรมและมีการพัฒนาทักษะในการสื่อสารในการดูแลผู้รับบริการตามปกติอย่างต่อเนื่อง-มีเอกสารการประเมินความคิดเห็นของผู้รับบริการในการดูแลโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางในการดูแลตามปกติสม่ำเสมอ ครอบคลุมการดูแลอย่างน้อย 80% | 1<br>(25%)      |              |                     | 1<br>(33.33%) |                 | 1<br>(16.7%) |                 |            |                   | 1<br>(12.5%) |                  | 3<br>(25%)  |                 |               |               |            |                   |     |             |     |

หมายเหตุ HOS = โรงพยาบาล PCU = สถานีอนามัย

ตาราง จำนวนและเปอร์เซ็นต์ความเห็นเกี่ยวกับ การสื่อสารโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอขนาดเล็กจำแนกตามสถานที่ทำงาน

| อำเภอ n (%)                                                                                                                                                                                                                           | กุดบาท n = 8 |            | เต่างอย n = 6 |            | นิคมคำนูน n = 9 |             | ภูพาน n = 7 |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------|---------------|------------|-----------------|-------------|-------------|-----|
| ระดับสถานบริการ                                                                                                                                                                                                                       | HOS          | PCU        | HOS           | PCU        | HOS             | PCU         | HOS         | PCU |
| ระดับ 0 ...ไม่ได้ปฏิบัติตามอย่างสม่ำเสมอ                                                                                                                                                                                              | 2<br>(50%)   |            |               |            | 1<br>(50%)      |             |             |     |
| ระดับ 1 เข้ารับการอบรมการสื่อสารเฉพาะแต่ยังไม่สามารถนำมาใช้ในการดูแลตามปกติ                                                                                                                                                           |              |            |               |            | 1<br>(50%)      |             |             |     |
| ระดับ 2 เข้าอบรมและมีการพัฒนาทักษะในการสื่อสารในการดูแลผู้รับบริการตามปกติในบางโอกาส                                                                                                                                                  | 3<br>(60%)   |            | 2<br>(100%)   |            | 2<br>(50%)      |             | 1<br>(100%) |     |
| ระดับ 3 -เข้าอบรมและมีการพัฒนาทักษะในการสื่อสารในการดูแลผู้รับบริการ -ยังขาดการประเมินผล การดูแลอย่างเป็นระบบ                                                                                                                         | 2<br>(66.7%) | 2<br>(40%) |               | 2<br>(50%) | 1<br>(25%)      | 4<br>(100%) |             |     |
| ระดับ 4 - เข้าอบรมและมีการพัฒนาทักษะในการสื่อสารในการดูแลผู้รับบริการตามปกติอย่างต่อเนื่อง- มีเอกสารการประเมินความคิดเห็นของผู้รับบริการในการดูแลโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางในการดูแลตามปกติสม่ำเสมอ ครอบคลุมการดูแลอย่างน้อย 80% | 4<br>(33.3%) |            |               |            | 1<br>(25%)      |             |             |     |

หมายเหตุ HOS = โรงพยาบาล PCU = สถานีอนามัย

ตาราง จำนวนและเปอร์เซ็นต์ความเห็นเกี่ยวกับ การสื่อสารโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอขนาดใหญ่จำแนกตามสถานที่ทำงาน

| อำเภอ n (%)                                                                                                                                                                                                                                 | วานรนิวาส n = 18 |              | พรรณานิคม n = 23 |            | สว่างแดนดิน n = 18 |              | อำเภอเมือง n = 25 |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------|------------------|------------|--------------------|--------------|-------------------|--------------|
| ระดับสถานบริการ                                                                                                                                                                                                                             | HOS              | PCU          | HOS              | PCU        | HOS                | PCU          | HOS               | PCU          |
| <b>ระดับ 0</b> ...ไม่ได้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ                                                                                                                                                                                                | 1<br>(16.7%)     |              |                  | 3<br>(30%) |                    |              | 1<br>(16.7%)      |              |
| <b>ระดับ 1</b> เข้ารับการอบรมการสื่อสารเฉพาะแต่ยังไม่สามารถนำมาใช้ในการดูแลตามปกติ                                                                                                                                                          |                  |              |                  |            |                    | 2<br>(14.3%) |                   |              |
| <b>ระดับ 2</b> เข้าอบรมและมีการพัฒนาทักษะในการสื่อสารในการดูแลผู้รับบริการตามปกติในบางโอกาส                                                                                                                                                 |                  |              | 9<br>(69.2%)     | 2<br>(20%) | 1<br>(50%)         | 2<br>(14.3%) |                   | 2<br>(33.3%) |
| <b>ระดับ 3</b> -เข้าอบรมและมีการพัฒนาทักษะในการสื่อสารในการดูแลผู้รับบริการ -ยังขาดการประเมินผลการดูแลอย่างเป็นระบบ                                                                                                                         | 3<br>(50%)       | 4<br>(33.3%) | 4<br>(30.8%)     | 3<br>(30%) |                    | 7<br>(50%)   |                   | 3<br>(50%)   |
| <b>ระดับ 4</b> - เข้าอบรมและมีการพัฒนาทักษะในการสื่อสารในการดูแลผู้รับบริการตามปกติอย่างต่อเนื่อง-มีเอกสารการประเมินความคิดเห็นของผู้รับบริการในการดูแลโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางในการดูแลตามปกติสม่ำเสมอ ครอบคลุมการดูแลอย่างน้อย 80% | 2<br>(33.3%)     | 8<br>(66.7%) |                  | 2<br>(20%) | 1<br>(50%)         | 3<br>(21.4%) |                   |              |

หมายเหตุ HOS = โรงพยาบาล PCU = สถานีอนามัย

ตาราง จำนวนและเปอร์เซ็นต์ความเห็นเกี่ยวกับ การดูแล เพื่อส่งเสริมความเชื่อมั่นในสมรรถนะตนเอง เพื่อการจัดการตนเองของผู้รับบริการ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข  
อำเภอขนาดกลางจำแนกตามสถานที่ทำงาน

ใน

| อำเภอ n (%)                                                                                                                                                                               | กุสุมาลย์ n = 11 |              | โคกศรีสุพรรณ n = 11 |             | โพนนาแก้ว n = 5 |            | คำตากล้า n = 10 |              | เจริญศิลป์ n = 14 |            | วาริชภูมิ n = 12 |              | บ้านม่วง n = 11 |            | พังโคน n = 19 |              | อากาศอำนวย n = 15 |            | ส่องดาว n=5 |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------|---------------------|-------------|-----------------|------------|-----------------|--------------|-------------------|------------|------------------|--------------|-----------------|------------|---------------|--------------|-------------------|------------|-------------|-----|
| ระดับสถานบริการ                                                                                                                                                                           | HOS              | PCU          | HOS                 | PCU         | HOS             | PCU        | HOS             | PCU          | HOS               | PCU        | HOS              | PCU          | HOS             | PCU        | HOS           | PCU          | HOS               | PCU        | HOS         | PCU |
| <b>ระดับ 0</b> ไม่ได้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ                                                                                                                                                 |                  | 4<br>(66.7%) |                     |             | 1<br>(33.3%)    |            | 2<br>(40%)      | 1<br>(16.7%) | 2<br>(20%)        |            | 2<br>(50%)       |              | 4<br>(40%)      | 3<br>(25%) | 6<br>(85.7%)  |              | 1<br>(20%)        | 3<br>(30%) |             |     |
| <b>ระดับ 1</b> มีการกำหนดแนวทางการแก้ไข<br>ปัญหาอุปสรรคการจัดการตนเองในรายที่<br>เป็นปัญหาเป็นลายลักษณ์อักษร                                                                              | 3<br>(75%)       | 1<br>(16.7%) | 4<br>(66.7%)        | 5<br>(100%) | 1<br>(33.3%)    |            | 2<br>(40%)      | 1<br>(16.7%) | 4<br>(40%)        |            | 1<br>(25%)       | 2<br>(25%)   | 1<br>(100%)     | 2<br>(20%) | 3<br>(25%)    |              | 3<br>(60%)        | 3<br>(30%) |             |     |
| <b>ระดับ 2</b> มีการประเมินปัญหาในการ<br>จัดการตนเองและความเชื่อมั่นใน<br>สมรรถนะตนเองเพื่อการจัดการตนเองขอ<br>ผู้รับบริการ เพื่อนำมากำหนดแนวทางการ<br>จัดการตนเองในแต่ละรายน้อยกว่า 50%  | 1<br>(16.7%)     |              |                     |             | 1<br>(33.3%)    | 3<br>(75%) |                 | 2<br>(33.3%) | 3<br>(30%)        | 1<br>(25%) | 1<br>(25%)       | 2<br>(25%)   |                 | 3<br>(30%) | 2<br>(16.7%)  | 1<br>(14.3%) | 1<br>(20%)        | 4<br>(40%) |             |     |
| <b>ระดับ 3</b> มีการประเมินปัญหาในการ<br>จัดการตนเองและความเชื่อมั่นในสมรรถ<br>นะตนเองเพื่อการจัดการตนเองของ<br>ผู้รับบริการเพื่อนำมากำหนดแนวทางการ<br>ดูแลในแต่ละราย น้อยกว่า 80%        | 1<br>(25%)       |              | 1<br>(16.7%)        |             |                 | 1<br>(25%) | 1<br>(20%)      | 1<br>(16.7%) | 1<br>(10%)        | 2<br>(50%) |                  | 3<br>(37.5%) |                 | 1<br>(10%) | 2<br>(16.7%)  |              |                   |            |             |     |
| <b>ระดับ 4</b> มีการประเมินปัญหาในการจัดการ<br>ตนเองและความเชื่อมั่นในสมรรถนะตนเอง<br>เพื่อการจัดการตนเองของผู้รับบริการเพื่อ<br>นำมากำหนดแนวทางการจัดการตนเองใน<br>แต่ละรายอย่างน้อย 80% |                  |              | 1<br>(16.7%)        |             |                 |            | 1<br>(16.7%)    |              | 1<br>(25%)        |            |                  | 1<br>(12.5%) |                 |            | 2<br>(16.7%)  |              |                   |            |             |     |

หมายเหตุ HOS = โรงพยาบาล PCU = สถานีอนามัย

ตาราง จำนวนและเปอร์เซ็นต์ความเห็นเกี่ยวกับการดูแล เพื่อส่งเสริมความเชื่อมั่นในสมรรถนะตนเอง เพื่อการจัดการตนเองของผู้รับบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข  
อำเภอขนาดเล็กจำแนกตามสถานที่ทำงาน

ใน

| อำเภอ n (%)                                                                                                                                                                            | กุดบาก n = 8 |            | เต่างอย n = 6 |            | นิคมคำอุ่น n = 9 |             | ภูพาน n = 7 |             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------|---------------|------------|------------------|-------------|-------------|-------------|
| ระดับสถานบริการ                                                                                                                                                                        | HOS          | PCU        | HOS           | PCU        | HOS              | PCU         | HOS         | PCU         |
| <b>ระดับ 0</b> ไม่ได้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ                                                                                                                                              | 2<br>(66.7%) | 2<br>(40%) | 2<br>(100%)   | 1<br>(25%) | 2<br>(50%)       | 1<br>(25%)  | 1<br>(100%) | 2<br>(100%) |
| <b>ระดับ 1</b> มีการกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหา/อุปสรรค<br>การจัดการตนเองในรายที่เป็นปัญหาเป็นลายลักษณ์<br>อักษร                                                                          | 1<br>(33.3%) | 2<br>(40%) | 4<br>(100%)   | 2<br>(50%) | 1<br>(25%)       | 1<br>(100%) |             |             |
| <b>ระดับ 2</b> มีการประเมินปัญหาในการจัดการตนเองและ<br>ความเชื่อมั่นในสมรรถนะตนเองเพื่อการจัดการตนเอง<br>ของผู้รับบริการ เพื่อนำมากำหนดแนวทางการจัดการ<br>ตนเองในแต่ละรายน้อยกว่า 50%  |              | 1<br>(20%) |               |            |                  | 7<br>(75%)  |             |             |
| <b>ระดับ 3</b> มีการประเมินปัญหาในการจัดการตนเองและ<br>ความเชื่อมั่นในสมรรถนะตนเองเพื่อการจัดการตนเอง<br>ของผู้รับบริการเพื่อนำมากำหนดแนวทางการดูแลในแต่ละ<br>ราย น้อยกว่า 80%         |              |            |               |            | 1<br>(25%)       |             |             |             |
| <b>ระดับ 4</b> มีการประเมินปัญหาในการจัดการตนเองและ<br>ความเชื่อมั่นในสมรรถนะตนเองเพื่อการจัดการตนเอง<br>ของผู้รับบริการเพื่อนำมากำหนด แนวทางการจัดการ<br>ตนเองในแต่ละรายอย่างน้อย 80% |              |            |               |            |                  |             |             |             |

หมายเหตุ HOS = โรงพยาบาล PCU = สถานีอนามัย

ตาราง จำนวนและเปอร์เซ็นต์ความเห็นเกี่ยวกับ การดูแล เพื่อส่งเสริมความเชื่อมั่นในสมรรถนะตนเอง เพื่อการจัดการตนเองของผู้รับบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข  
ในอำเภอขนาดใหญ่จำแนกตามสถานที่ทำงาน

| อำเภอ n (%)                                                                                                                                                                               | วานรนิวาส n = 18 |              | พรรณานิคม n = 23 |            | สว่างแดนดิน n = 18 |              | อำเภอเมือง n = 25 |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------|------------------|------------|--------------------|--------------|-------------------|--------------|
| ระดับสถานบริการ                                                                                                                                                                           | HOS              | PCU          | HOS              | PCU        | HOS                | PCU          | HOS               | PCU          |
| <b>ระดับ 0</b> ไม่ได้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ                                                                                                                                                 | 1<br>(16.7%)     |              | 3<br>(23.1%)     | 3<br>(30%) |                    | 2<br>(14.3%) |                   | 5<br>(83.3%) |
| <b>ระดับ 1</b> มีการกำหนดแนวทางการแก้ไข<br>ปัญหา/อุปสรรคการจัดการตนเองในรายที่เป็น<br>ปัญหาเป็นลายลักษณ์อักษร                                                                             | 1<br>(16.7%)     | 1<br>(8.3%)  | 9<br>(69.2%)     | 1<br>(10%) |                    | 4<br>(28.6%) |                   | 1<br>(16.7%) |
| <b>ระดับ 2</b> มีการประเมินปัญหาในการจัดการ<br>ตนเองและความเชื่อมั่นในสมรรถนะตนเอง<br>เพื่อการจัดการตนเองของผู้รับบริการ เพื่อ<br>นำมากำหนดแนวทางการจัดการตนเองในแต่ละ<br>รายน้อยกว่า 50% | 2<br>(33.3%)     | 3<br>(25%)   |                  |            | 1<br>(50%)         | 5<br>(35.7%) |                   |              |
| <b>ระดับ 3</b> มีการประเมินปัญหาในการจัดการ<br>ตนเองและความเชื่อมั่นในสมรรถนะตนเอง<br>เพื่อการจัดการตนเองของผู้รับบริการเพื่อ<br>นำมากำหนดแนวทางการดูแลในแต่ละราย<br>น้อยกว่า 80%         | 2<br>(33.3%)     | 5<br>(41.7%) | 1<br>(7.7%)      | 3<br>(50%) | 1<br>(50%)         | 3<br>(21.4%) |                   |              |
| <b>ระดับ 4</b> มีการประเมินปัญหาในการจัดการ<br>ตนเองและความเชื่อมั่นในสมรรถนะตนเอง<br>เพื่อการจัดการตนเองของผู้รับบริการเพื่อ<br>นำมากำหนดแนวทางการจัดการตนเองในแต่ละ<br>รายอย่างน้อย 80% |                  | 3<br>(25%)   |                  | 1<br>(10%) |                    |              |                   |              |

หมายเหตุ HOS = โรงพยาบาล PCU = สถานีอนามัย

ตาราง จำนวนและเปอร์เซ็นต์ความเห็นเกี่ยวกับ การสนับสนุนทางสังคม ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอขนาดกลางจำแนกตามสถานที่ทำงาน

| อำเภอ n (%)                                                                                                                    | กุสุมาลย์ n = 11 |              | โคกศรีสุพรรณ n = 11 |             | โพนนาแก้ว n = 5 |            | คำตากล้า n = 10 |              | เจริญศิลป์ n = 14 |            | วาริชภูมิ n = 12 |              | บ้านม่วง n = 11 |              | พังโคน n = 19 |              | อากาศอำนวย n = 15 |            | ส่องดาว n=5 |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------|---------------------|-------------|-----------------|------------|-----------------|--------------|-------------------|------------|------------------|--------------|-----------------|--------------|---------------|--------------|-------------------|------------|-------------|-----|
| ระดับสถานบริการ                                                                                                                | HOS              | PCU          | HOS                 | PCU         | HOS             | PCU        | HOS             | PCU          | HOS               | PCU        | HOS              | PCU          | HOS             | PCU          | HOS           | PCU          | HOS               | PCU        | HOS         | PCU |
| ระดับ 0 ไม่ได้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ                                                                                             | 1<br>(25%)       | 2<br>(33.3%) | 1<br>(16.7%)        |             | 1<br>(33.3%)    |            |                 |              |                   |            |                  |              | 1<br>(10%)      | 2<br>(16.7%) | 1<br>(14.3%)  |              | 1<br>(20%)        | 2<br>(20%) |             |     |
| ระดับ 1 จัดให้เป็นกรณีพิเศษแก่ผู้บริการและครอบครัวที่มีปัญหาเฉพาะราย                                                           | 1<br>(25%)       |              | 1<br>(16.7%)        |             |                 |            |                 |              | 3<br>(30%)        | 1<br>(25%) | 3<br>(75%)       |              | 3<br>(30%)      | 2<br>(16.7%) | 1<br>(14.3%)  |              |                   | 1<br>(10%) |             |     |
| ระดับ 2 จัดโครงการให้มีกลุ่มเพื่อนและการเข้ากลุ่ม รวมทั้งจัดโปรแกรมเพื่อให้คำปรึกษาตามโอกาสและงบประมาณ                         | 2<br>(50%)       | 4<br>(66.7%) | 4<br>(66.7%)        | 5<br>(100%) | 1<br>(33.3%)    | 2<br>(50%) | 5<br>(100%)     | 5<br>(83.3%) | 6<br>(60%)        | 3<br>(75%) |                  | 2<br>(62.5%) | 1<br>(100%)     | 5<br>(50%)   | 6<br>(50%)    | 5<br>(71.4%) | 3<br>(60%)        | 7<br>(70%) |             |     |
| ระดับ 3 กำหนดไว้อย่างเป็นระบบให้ปฏิบัติเป็นหน้าที่ประจำในเรื่องการจัดกลุ่มเพื่อน, การเข้ากลุ่มและการจัดโปรแกรมเพื่อให้คำปรึกษา |                  |              |                     |             |                 | 2<br>(50%) |                 | 1<br>(16.7%) | 1<br>(10%)        |            | 1<br>(25%)       | 2<br>(25%)   |                 | 1<br>(10%)   | 2<br>(16.7%)  |              | 1<br>(20%)        |            |             |     |
| ระดับ 4 กำหนดไว้อย่างเป็นระบบและให้ปฏิบัติเป็นหน้าที่ประจำในการให้คำปรึกษาและมีการประเมินผลอย่างเป็นระบบ                       |                  |              |                     |             | 1<br>(33.3%)    |            |                 |              |                   |            | 1<br>(12.5%)     |              |                 |              |               |              |                   |            |             |     |

หมายเหตุ HOS = โรงพยาบาล PCU = สถานีอนามัย

ตาราง จำนวนและเปอร์เซ็นต์ความเห็นเกี่ยวกับ การสนับสนุนทางสังคมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอขนาดเล็กจำแนกตามสถานที่ทำงาน

| อำเภอ n (%)                                                                                                                    | กุดบาท n = 8 |             | เต่างอย n = 6 |             | นิคมคำนูน n = 9 |             | ภูพาน n = 7 |             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------|---------------|-------------|-----------------|-------------|-------------|-------------|
| ระดับสถานบริการ                                                                                                                | HOS          | PCU         | HOS           | PCU         | HOS             | PCU         | HOS         | PCU         |
| ระดับ 0 ไม่ได้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ                                                                                             |              |             |               |             |                 |             |             |             |
| ระดับ 1 จัดให้เป็นกรณีพิเศษแก่ผู้บริการและครอบครัวที่มีปัญหาเฉพาะราย                                                           | 3<br>(100%)  |             | 2<br>(100%)   |             | 1<br>(25%)      |             | 1<br>(100%) | 2<br>(100%) |
| ระดับ 2 จัดโครงการให้กลุ่มเพื่อนและการเข้ากลุ่มรวมทั้งจัดโปรแกรมเพื่อให้คำปรึกษาตามโอกาสและงบประมาณ                            |              | 5<br>(100%) |               | 4<br>(100%) | 2<br>(50%)      | 4<br>(100%) |             |             |
| ระดับ 3 กำหนดไว้อย่างเป็นระบบให้ปฏิบัติเป็นหน้าที่ประจำในเรื่องการจัดกลุ่มเพื่อน, การเข้ากลุ่มและการจัดโปรแกรมเพื่อให้คำปรึกษา |              |             |               |             | 1<br>(25%)      |             |             |             |
| ระดับ 4 กำหนดไว้อย่างเป็นระบบและให้ปฏิบัติเป็นหน้าที่ประจำในการให้คำปรึกษาและมีการประเมินผลอย่างเป็นระบบ                       |              |             |               |             |                 |             |             |             |

หมายเหตุ HOS = โรงพยาบาล PCU = สถานีอนามัย



ตาราง จำนวนและเปอร์เซ็นต์ความเห็นเกี่ยวกับ การสนับสนุนทางสังคมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอขนาดใหญ่จำแนกตามสถานที่ทำงาน

| อำเภอ n (%)                                                                                                                    | วานรนิวาส n = 18 |              | พรรณานิคม n = 23 |            | สว่างแดนดิน n = 18 |              | อำเภอเมือง n = 25 |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------|------------------|------------|--------------------|--------------|-------------------|------------|
| ระดับสถานบริการ                                                                                                                | HOS              | PCU          | HOS              | PCU        | HOS                | PCU          | HOS               | PCU        |
| ระดับ 0 ไม่ได้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ                                                                                             | 1<br>(10%)       |              |                  |            |                    |              |                   |            |
| ระดับ 1 จัดให้เป็นกรณีพิเศษแก่ผู้บริการและครอบครัวที่มีปัญหาเฉพาะราย                                                           | 2<br>(33.3%)     |              | 8<br>(61.5%)     | 2<br>(20%) |                    | 1<br>(7.1%)  |                   | 3<br>(50%) |
| ระดับ 2 จัดโครงการให้กลุ่มเพื่อนและการเข้ากลุ่มรวมทั้งจัดโปรแกรมเพื่อให้คำปรึกษาตามโอกาสและงบประมาณ                            | 1<br>(16.7%)     | 4<br>(36.4%) | 1<br>(7.7%)      | 3<br>(30%) |                    | 8<br>(51.1%) |                   | 3<br>(50%) |
| ระดับ 3 กำหนดไว้อย่างเป็นระบบให้ปฏิบัติเป็นหน้าที่ประจำในเรื่องการจัดกลุ่มเพื่อน, การเข้ากลุ่มและการจัดโปรแกรมเพื่อให้คำปรึกษา | 2<br>(33.3%)     | 6<br>(54.5%) | 4<br>(30.8%)     | 2<br>(20%) | 2<br>(100%)        | 5<br>(35.7%) |                   |            |
| ระดับ 4 กำหนดไว้อย่างเป็นระบบและให้ปฏิบัติเป็นหน้าที่ประจำในการให้คำปรึกษาและมีการประเมินผลอย่างเป็นระบบ                       | 1<br>(16.7%)     | 1<br>(9.1%)  |                  | 2<br>(20%) |                    |              |                   |            |

หมายเหตุ HOS = โรงพยาบาล PCU = สถานีอนามัย

ตาราง จำนวนและเปอร์เซ็นต์ความเห็นเกี่ยวกับ การสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงด้วยตนเองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอขนาดกลางจำแนกตามสถานที่ทำงาน

| อำเภอ n (%)                                                                                                                                                | กุสุมาลย์ n =11 |              | โคกศรีสุพรรณ n = 11 |             | โพนนาแก้ว n = 5 |            | คำตากล้า n = 10 |              | เจริญศิลป์ n = 14 |            | วาริชภูมิ n = 12 |              | บ้านม่วง n = 11 |            | พังโคน n = 19 |              | อากาศอำนวย n = 15 |            | ส่องดาว n=5 |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------|---------------------|-------------|-----------------|------------|-----------------|--------------|-------------------|------------|------------------|--------------|-----------------|------------|---------------|--------------|-------------------|------------|-------------|-----|
| ระดับสถานบริการ                                                                                                                                            | HOS             | PCU          | HOS                 | PCU         | HOS             | PCU        | HOS             | PCU          | HOS               | PCU        | HOS              | PCU          | HOS             | PCU        | HOS           | PCU          | HOS               | PCU        | HOS         | PCU |
| ระดับ 0 ไม่สามารถจัดได้                                                                                                                                    | 2<br>(20%)      |              |                     |             |                 |            |                 |              |                   |            |                  |              |                 |            |               |              |                   |            |             |     |
| ระดับ 1 สนับสนุนโดยการแจกเอกสารคำแนะนำและข้อมูลต่างๆ                                                                                                       | 1<br>(25%)      | 1<br>(16.7%) |                     |             | 1<br>(33.3%)    |            |                 | 1<br>(16.7%) | 1<br>(10%)        |            | 1<br>(25%)       | 1<br>(12.5%) |                 |            | 4<br>(33.3%)  | 1<br>(14.3%) | 1<br>(20%)        |            |             |     |
| ระดับ 2 จัดเป็นโครงการ เช่น การเข้าค่ายการจัดนัดพบกลุ่มผู้รับบริการเป็นระยะแต่ยังไม่เข้าสู่การดูแลตามปกติ                                                  | 3<br>(75%)      | 4<br>(66.7%) | 4<br>(66.7%)        | 5<br>(100%) | 1<br>(33.3%)    | 3<br>(75%) | 1<br>(20%)      | 3<br>(50%)   | 8<br>(80%)        | 1<br>(25%) | 2<br>(50%)       | 3<br>(37.5%) |                 | 5<br>(50%) | 6<br>(50%)    | 5<br>(71.4%) | 3<br>(60%)        | 8<br>(80%) |             |     |
| ระดับ 3 มีความพร้อมและมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผู้รับบริการน้อยกว่า80% และถือเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำแต่ยังขาดระบบการติดตามในระยะยาว                  |                 | 1<br>(16.7%) | 3<br>(33.3%)        |             |                 | 1<br>(25%) | 4<br>(80%)      | 1<br>(16.7%) | 1<br>(10%)        | 3<br>(75%) | 1<br>(25%)       | 4<br>(50%)   | 1<br>(100%)     | 3<br>(30%) | 2<br>(16.7%)  | 1<br>(14.3%) | 1<br>(20%)        | 3<br>(20%) |             |     |
| ระดับ 4 มีความพร้อมและมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผู้รับบริการมากกว่า80% และถือเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำและมีการติดตามอย่างน้อยหลังการดูแลมากกว่า 6 เดือน |                 |              |                     |             | 1<br>(33.3%)    |            |                 | 1<br>(16.7%) |                   |            |                  |              |                 |            |               |              |                   |            |             |     |

หมายเหตุ HOS = โรงพยาบาล PCU = สถานีอนามัย

ตาราง จำนวนและเปอร์เซ็นต์ความเห็นเกี่ยวกับ การสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงด้วยตนเองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอขนาดเล็กจําแนกตามสถานที่ทำงาน

| อำเภอ n (%)                                                                                                                                                                   | กุดบาท n = 8 |            | เต่างอย n = 6 |            | นิคมจำเอน n = 9 |            | ภูพาน n = 7 |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------|---------------|------------|-----------------|------------|-------------|------------|
| ระดับสถานบริการ                                                                                                                                                               | HOS          | PCU        | HOS           | PCU        | HOS             | PCU        | HOS         | PCU        |
| ระดับ 0 ไม่สามารถจัดได้                                                                                                                                                       |              |            |               |            |                 |            |             |            |
| ระดับ 1 สนับสนุนโดยการแจกเอกสาร<br>คำแนะนำและข้อมูลต่างๆ                                                                                                                      | 2<br>(66.7%) |            | 1<br>(50%)    | 2<br>(50%) |                 |            |             | 1<br>(50%) |
| ระดับ 2 จัดเป็นโครงการเช่น การเข้า<br>ค่ายการจัดนัดพบกลุ่มผู้รับบริการเป็น<br>ระยะแต่ยังไม่เข้าสูการดูแลตามปกติ                                                               | 1<br>(33.3%) | 3<br>(60%) | 1<br>(50%)    | 2<br>(50%) | 2<br>(50%)      | 1<br>(25%) |             | 1<br>(50%) |
| ระดับ 3 มีความพร้อมและมั่นใจในการ<br>เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผู้รับบริการน้อย<br>กว่า80% และถือเป็นส่วนหนึ่งของงาน<br>ประจำแต่ยังขาดระบบการติดตามใน<br>ระยะยาว                     |              | 2<br>(40%) |               |            | 2<br>(50%)      | 3<br>(75%) | 1<br>(100%) |            |
| ระดับ 4 มีความพร้อมและมั่นใจในการ<br>เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผู้รับบริการ<br>มากกว่า<br>80% และถือเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำ<br>และมีการติดตามอย่างน้อยหลังการดูแล<br>มากกว่า 6เดือน |              |            |               |            |                 |            |             |            |

หมายเหตุ HOS = โรงพยาบาล PCU = สถานีอนามัย

ตาราง จำนวนและเปอร์เซ็นต์ความเห็นเกี่ยวกับ การสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงด้วยตนเอง ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอขนาดเล็ก  
ตามสถานที่ทำงาน

จำแนก

| อำเภอ n (%)                                                                                                                                                              | วานรนิวาส n = 18 |              | พรรณานิคม n = 23 |            | สว่างแดนดิน n = 18 |              | อำเภอเมือง n = 25 |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------|------------------|------------|--------------------|--------------|-------------------|------------|
| ระดับสถานบริการ                                                                                                                                                          | HOS              | PCU          | HOS              | PCU        | HOS                | PCU          | HOS               | PCU        |
| ระดับ 0 ไม่สามารถจัดได้                                                                                                                                                  | 1<br>(10%)       |              |                  |            |                    |              |                   |            |
| ระดับ 1 สนับสนุนโดยการแจกเอกสาร<br>คำแนะนำและข้อมูลต่างๆ                                                                                                                 | 2<br>(33.3%)     |              | 2<br>(15.4%)     | 1<br>(10%) |                    | 1<br>(6.7%)  |                   | 3<br>(50%) |
| ระดับ 2 จัดเป็นโครงการเช่น การเข้าค่ายการ<br>จัดนัดพบกลุ่มผู้รับบริการเป็นระยะแต่ยังไม่<br>เข้าสู่การดูแลตามปกติ                                                         | 1<br>(16.7%)     | 2<br>(16.7%) | 10<br>(76.9%)    | 2<br>(20%) |                    | 4<br>(26.7%) |                   | 3<br>(50%) |
| ระดับ 3 มีความพร้อมและมั่นใจในการ<br>เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผู้รับบริการน้อยกว่า<br>80% และถือเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำแต่<br>ยังขาดระบบการติดตามในระยะยาว                    | 2<br>(33.3%)     | 3<br>(25%)   | 1<br>(7.7%)      | 5<br>(50%) | 2<br>(100%)        | 9<br>(60%)   |                   |            |
| ระดับ 4 มีความพร้อมและมั่นใจในการ<br>เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผู้รับบริการมากกว่า<br>80% และถือเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำและ<br>มีการติดตามอย่างน้อยหลังการดูแลมากกว่า<br>6เดือน | 1<br>(16.7%)     | 7<br>(58.3%) |                  | 1<br>(10%) |                    | 1<br>(6.7%)  |                   |            |

หมายเหตุ HOS = โรงพยาบาล PCU = สถานีอนามัย

ตาราง จำนวนและเปอร์เซ็นต์ความเห็นเกี่ยวกับ มีผู้ชำนาญพิเศษด้านการปรับปรุงการดูแลผู้รับบริการเบื้องต้นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอขนาดกลางจำแนกตามสถานที่ทำงาน

| อำเภอ n (%)                                                                                   | กุสุมาลย์ n = 11 |              | โคกศรีสุพรรณ n = 11 |              | โพนนาแก้ว n = 5 |              | คำตากล้า n = 10 |              | เจริญศิลป์ n = 14 |              | วาริชภูมิ n = 12 |            | บ้านม่วง n = 11 |              | พังโคน n = 19 |            | อากาศอำนวย n = 15 |     | ส่องดาว n=5 |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------|---------------------|--------------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|-------------------|--------------|------------------|------------|-----------------|--------------|---------------|------------|-------------------|-----|-------------|-----|
| ระดับสถานบริการ                                                                               | HOS              | PCU          | HOS                 | PCU          | HOS             | PCU          | HOS             | PCU          | HOS               | PCU          | HOS              | PCU        | HOS             | PCU          | HOS           | PCU        | HOS               | PCU | HOS         | PCU |
| ระดับ 0 ไม่มี                                                                                 | 2<br>(33.3%)     | 4<br>(66.7%) | 5<br>(100%)         | 1<br>(33.3%) | 2<br>(66.7%)    |              | 2<br>(33.3%)    | 2<br>(20%)   |                   | 1<br>(12.5%) | 1<br>(100%)      | 4<br>(40%) | 4<br>(33.3%)    | 1<br>(14.3%) | 1<br>(20%)    | 2<br>(20%) |                   |     |             |     |
| ระดับ 1 เบื้องต้นจัดให้กับผู้รับบริการเดิมที่ส่งตัวมารับบริการ                                | 2<br>(50%)       | 2<br>(33.3%) |                     |              |                 |              | 1<br>(16.7%)    | 4<br>(40%)   | 2<br>(50%)        | 2<br>(50%)   |                  | 2<br>(20%) | 3<br>(25%)      | 5<br>(71.4%) |               | 3<br>(30%) |                   |     |             |     |
| ระดับ 2 จัดโดยให้ผู้บริหารส่งเสริมความสามารถในการกำหนดภาพรวมของระบบไปสู่แนวปฏิบัติของงานประจำ | 2<br>(50%)       | 2<br>(33.3%) | 2<br>(33.3%)        |              | 1<br>(33.3%)    | 1<br>(33.3%) | 5<br>(100%)     | 2<br>(33.3%) | 4<br>(40%)        | 1<br>(25%)   | 2<br>(50%)       | 6<br>(75%) | 4<br>(40%)      | 3<br>(25%)   | 1<br>(14.3%)  | 1<br>(20%) | 4<br>(40%)        |     |             |     |
| ระดับ 3 มีผู้เชี่ยวชาญพิเศษในด้านการบริหารและจัดการฝึกอบรมคณะทำงาน                            |                  |              |                     |              |                 |              |                 |              | 1<br>(25%)        |              | 1<br>(12.5%)     |            |                 | 3<br>(16.7%) |               | 3<br>(60%) | 1<br>(10%)        |     |             |     |
| ระดับ 4 มีผู้เชี่ยวชาญพิเศษในการปรับปรุงการดูแลผู้รับบริการ                                   |                  |              |                     |              | 1<br>(33.3%)    |              |                 | 1<br>(16.7%) |                   |              |                  |            |                 |              |               |            |                   |     |             |     |

หมายเหตุ HOS = โรงพยาบาล PCU = สถานีอนามัย

ตาราง จำนวนและเปอร์เซ็นต์ความเห็นเกี่ยวกับ มีผู้ชำนาญพิเศษด้านการปรับปรุงการดูแลผู้รับบริการเบื้องต้นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอขนาดเล็ก จำแนกตามสถานที่ทำงาน

| อำเภอ n (%)                                                                                   | กุดบาท n = 8 |            | เต่างอย n = 6 |             | นิคมคำนูน n = 9 |             | ภูพาน n = 7 |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------|---------------|-------------|-----------------|-------------|-------------|-------------|
| ระดับสถานบริการ                                                                               | HOS          | PCU        | HOS           | PCU         | HOS             | PCU         | HOS         | PCU         |
| ระดับ 0 ไม่มี                                                                                 | 2<br>(66.7%) | 1<br>(20%) | 2<br>(100%)   | 4<br>(100%) | 3<br>(75%)      | 3<br>(100%) | 1<br>(100%) | 2<br>(100%) |
| ระดับ 1 มีเบื้องต้นจัดให้กับผู้รับบริการเดิมที่ส่งตัวมารับบริการ                              | 1<br>(33.3%) | 4<br>(80%) |               |             |                 |             |             |             |
| ระดับ 2 จัดโดยให้ผู้บริหารส่งเสริมความสามารถในการกำหนดภาพรวมของระบบไปสู่แนวปฏิบัติของงานประจำ |              |            |               |             |                 |             |             |             |
| ระดับ 3 มีผู้เชี่ยวชาญพิเศษในด้านการบริหารและจัดการฝึกอบรมคณะทำงาน                            |              |            |               |             | 1<br>(25%)      |             |             |             |
| ระดับ 4 มีผู้เชี่ยวชาญพิเศษในการปรับปรุงการดูแลผู้รับบริการ                                   |              |            |               |             |                 |             |             |             |

หมายเหตุ HOS = โรงพยาบาล PCU = สถานีอนามัย

ตาราง จำนวนและเปอร์เซ็นต์ความเห็นเกี่ยวกับ มีผู้ชำนาญพิเศษด้านการปรับปรุงการดูแลผู้รับบริการเบื้องต้นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอขนาดใหญ่  
สถานที่ทำงาน

จำแนกตาม

| อำเภอ n (%)                                                                                               | วานรนิวาส n = 18 |              | พรรณานิคม n = 23 |            | สว่างแดนดิน n = 18 |              | อำเภอเมือง n = 25 |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------|------------------|------------|--------------------|--------------|-------------------|--------------|
| ระดับสถานบริการ                                                                                           | HOS              | PCU          | HOS              | PCU        | HOS                | PCU          | HOS               | PCU          |
| ระดับ 0 ไม่มี                                                                                             | 1<br>(16.7%)     |              | 10<br>(76.9%)    | 2<br>(20%) |                    | 3<br>(20%)   |                   | 4<br>(66.7%) |
| ระดับ 1 เบื้องต้นจัดให้กับ<br>ผู้รับบริการเดิมที่ส่งตัวมารับ<br>บริการ                                    | 1<br>(16.7%)     | 2<br>(16.7%) | 1<br>(7.7%)      | 3<br>(30%) | 1<br>(50%)         | 4<br>(26.7%) |                   | 1<br>(16.7%) |
| ระดับ 2 จัดโดยให้ผู้บริหาร<br>ส่งเสริมความสามารถในการกำหนด<br>ภาพรวมของระบบไปสู่แนวปฏิบัติ<br>ของงานประจำ | 3<br>(50%)       | 6<br>(50%)   | 2<br>(15.4%)     | 3<br>(30%) | 1<br>(50%)         | 8<br>(53.3%) |                   | 1<br>(16.7%) |
| ระดับ 3 มีผู้เชี่ยวชาญพิเศษใน<br>ด้านการบริหารและจัดการ<br>ฝึกอบรมคณะทำงาน                                |                  |              |                  | 1<br>(10%) |                    |              |                   |              |
| ระดับ 4 มีผู้เชี่ยวชาญพิเศษในการ<br>ปรับปรุงการดูแลผู้รับบริการ                                           | 1<br>(16.7%)     | 1<br>(16.7%) |                  | 1<br>(10%) |                    |              |                   |              |

หมายเหตุ HOS = โรงพยาบาล PCU = สถานีอนามัย

ตาราง จำนวนและเปอร์เซ็นต์ความเห็นเกี่ยวกับ การพัฒนาคุณภาพการดูแลการสนับสนุนการจัดการตนเองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอขนาดกลางจำแนกตามสถานที่ทำงาน

| อำเภอ n (%)                                                                                                                                                                                                                                                              | กุสุมาลย์ n = 11 |              | โคกศรีสุพรรณ n = 11 |             | โพนนาแก้ว n = 5 |              | คำตากล้า n = 10 |              | เจริญศิลป์ n = 14 |            | วาริชภูมิ n = 12 |            | บ้านม่วง n = 11 |            | พังโคน n = 19 |              | อากาศอำนวย n = 15 |            | ส่องดาว n=5 |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------|---------------------|-------------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|-------------------|------------|------------------|------------|-----------------|------------|---------------|--------------|-------------------|------------|-------------|-----|
| ระดับสถานบริการ                                                                                                                                                                                                                                                          | HOS              | PCU          | HOS                 | PCU         | HOS             | PCU          | HOS             | PCU          | HOS               | PCU        | HOS              | PCU        | HOS             | PCU        | HOS           | PCU          | HOS               | PCU        | HOS         | PCU |
| <b>ระดับ 0</b> ไม่มี                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |              |                     |             |                 |              |                 |              |                   |            |                  |            | 1<br>(100%)     | 1<br>(10%) |               |              | 1<br>(10%)        |            |             |     |
| <b>ระดับ 1</b> มีการจัดวางระบบ<br>ข้อมูลให้ผู้ดูแลในทีมสามารถเข้าถึงแต่ยังไม่มีการควบคุม<br>คุณภาพการดูแลในการปฏิบัติงานตามปกติ                                                                                                                                          | 1<br>(25%)       | 3<br>(50%)   | 1<br>(16.7%)        |             | 1<br>(33.3%)    | 1<br>(33.3%) | 1<br>(16.7%)    | 2<br>(20%)   |                   |            | 2<br>(50%)       | 2<br>(25%) |                 | 4<br>(40%) | 5<br>(41.7%)  | 4<br>(57.1%) | 1<br>(20%)        | 2<br>(20%) |             |     |
| <b>ระดับ 2</b> มีการพัฒนาอย่าง<br>ต่อเนื่อง โดยทีมผู้รับผิดชอบ แต่ยังไม่สามารถตรวจสอบ<br>คุณภาพอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง ว่าได้ตามเป้าหมายใน<br>ระยะสั้นและยาวอย่างไร และเป็นการพัฒนาคุณภาพเป็น<br>เฉพาะภาคส่วน                                                             | 2<br>(50%)       | 2<br>(33.3%) | 5<br>(83.3%)        | 5<br>(100%) | 1<br>(33.3%)    | 1<br>(33.3%) | 2<br>(100%)     | 4<br>(66.7%) | 6<br>(60%)        | 1<br>(25%) | 1<br>(25%)       | 2<br>(25%) |                 | 5<br>(50%) | 3<br>(25%)    | 2<br>(28.6%) | 4<br>(80%)        | 6<br>(60%) |             |     |
| <b>ระดับ 3</b> มีการพัฒนาอย่าง<br>ต่อเนื่อง โดยทีมผู้รับผิดชอบ จัดทำระบบการตรวจสอบ<br>คุณภาพเพื่อประเมินแนวโน้มและความสำเร็จตาม<br>เป้าหมายในภาพรวมของการดูแล แต่ยังไม่มีการ<br>ติดตามรายบุคคลว่าได้ตามเป้าหมายในระยะสั้นและยาว<br>อย่างไร                               | 1<br>(25%)       | 1<br>(16.7%) |                     |             | 1<br>(33.3%)    | 1<br>(33.3%) |                 |              | 2<br>(20%)        | 2<br>(50%) | 1<br>(25%)       | 4<br>(50%) |                 |            | 4<br>(33.3%)  | 1<br>(14.3%) |                   | 1<br>(10%) |             |     |
| <b>ระดับ 4</b> มีการจัดทำทะเบียน<br>ผู้รับบริการที่สามารถเข้าถึงและประเมินดัชนีชี้วัดคุณภาพ<br>ได้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาวพร้อมมีการตรวจสอบความ<br>เที่ยงตรงของคุณภาพเป็นระยะด้วยวิธีการที่เป็นมาตรฐาน<br>จะมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มที่ปฏิบัติงานอย่าง<br>สม่ำเสมอ |                  |              |                     |             |                 |              |                 | 1<br>(16.7%) |                   | 1<br>(25%) |                  |            |                 |            |               |              |                   |            |             |     |

หมายเหตุ HOS = โรงพยาบาล PCU = สถานีอนามัย



ตาราง จำนวนและเปอร์เซ็นต์ความเห็นเกี่ยวกับ การพัฒนาคุณภาพการดูแลการสนับสนุนการจัดการตนเองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอขนาดเล็ก  
ตามสถานที่ทำงาน

จำแนก

| อำเภอ n (%)                                                                                                                                                                                                                                   | กุดบาท n = 8 |            | เต่างอย n = 6 |            | นิคมน้ำอุ่น n = 9 |             | ภูพาน n = 7 |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------|---------------|------------|-------------------|-------------|-------------|-------------|
| ระดับสถานบริการ                                                                                                                                                                                                                               | HOS          | PCU        | HOS           | PCU        | HOS               | PCU         | HOS         | PCU         |
| ระดับ 0 ไม่มี                                                                                                                                                                                                                                 | 1<br>(50%)   |            | 2<br>(50%)    |            |                   |             |             |             |
| ระดับ 1 มีการจัดวางระบบข้อมูลให้ผู้ดูแลในทีมสามารถเข้าถึงแต่ยังไม่มีการควบคุมคุณภาพการดูแลในการปฏิบัติงานตามปกติ                                                                                                                              | 3<br>(60%)   |            | 1<br>(50%)    | 2<br>(50%) | 1<br>(25%)        |             |             | 2<br>(100%) |
| ระดับ 2 มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยทีมผู้รับผิดชอบ แต่ยังไม่สามารถตรวจสอบคุณภาพอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง ว่าได้ตามเป้าหมายในระยะสั้นและยาวอย่างไร และเป็นการพัฒนาคุณภาพเป็นเฉพาะภาคส่วน                                                         | 2<br>(66.7%) | 2<br>(40%) |               |            |                   |             | 1<br>(100%) |             |
| ระดับ 3 มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยทีมผู้รับผิดชอบ จัดทำระบบการตรวจสอบคุณภาพเพื่อประเมินแนวโน้มและความสำเร็จตามเป้าหมายในภาพรวมของการดูแล แต่ยังไม่มีการติดตามรายบุคคลว่าได้ตามเป้าหมายในระยะสั้นและยาวอย่างไร                               |              |            |               |            | 2<br>(50%)        | 4<br>(100%) |             |             |
| ระดับ 4 มีการจัดทำทะเบียนผู้รับบริการที่สามารถเข้าถึงและประเมินดัชนีชี้วัดคุณภาพได้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาวพร้อมมีการตรวจสอบความเที่ยงตรงของข้อมูลเป็นระยะด้วยวิธีการที่เป็นมาตรฐานละมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มที่ปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ | 1<br>(33.3%) |            |               |            |                   | 1<br>(25%)  |             |             |

หมายเหตุ HOS = โรงพยาบาล PCU = สถานีอนามัย

ตาราง จำนวนและเปอร์เซ็นต์ความเห็นเกี่ยวกับ การพัฒนาคุณภาพการดูแลการสนับสนุนการจัดการตนเองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอขนาดใหญ่  
สถานที่ทำงาน

จำแนกตาม

| อำเภอ n (%)                                                                                                                                                                                                                                                   | วานรนิวาส n = 18 |              | พรรณานิคม n = 23 |            | สว่างแดนดิน n = 18 |               | อำเภอเมือง n = 25 |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------|------------------|------------|--------------------|---------------|-------------------|--------------|
| ระดับสถานบริการ                                                                                                                                                                                                                                               | HOS              | PCU          | HOS              | PCU        | HOS                | PCU           | HOS               | PCU          |
| ระดับ 0 ไม่มี                                                                                                                                                                                                                                                 | 1<br>(16.7%)     |              |                  | 1<br>(10%) |                    |               |                   | 5<br>(83.3%) |
| ระดับ 1 มีการจัดวางระบบข้อมูลให้ผู้ดูแลในทีมสามารถเข้าถึงแต่<br>ยังไม่มีกระบวนการคุณภาพการดูแลในการปฏิบัติงานตามปกติ                                                                                                                                          |                  |              | 10<br>(76.9%)    | 2<br>(20%) |                    | 4<br>(25%)    |                   |              |
| ระดับ 2 มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยทีมผู้รับผิดชอบ แต่ยังไม่<br>สามารถตรวจสอบคุณภาพอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง ว่าได้ตาม<br>เป้าหมายในระยะสั้นและยาวอย่างไร และเป็นการพัฒนาคุณภาพ<br>เป็นเฉพาะภาคส่วน                                                             | 3<br>(50%)       | 4<br>(33.3%) | 2<br>(15.4%)     | 3<br>(30%) | 1<br>(50%)         | 10<br>(62.5%) |                   | 1<br>(16.7%) |
| ระดับ 3 มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยทีมผู้รับผิดชอบ จัดทำ<br>ระบบการตรวจสอบคุณภาพเพื่อประเมินแนวโน้มและความสำเร็จ<br>ตามเป้าหมายในภาพรวมของการดูแล แต่ยังไม่มีการติดตาม<br>รายบุคคลว่าได้ตามเป้าหมายในระยะสั้นและยาวอย่างไร                                   | 2<br>(33.3%)     | 6<br>(50%)   | 1<br>(7.7%)      | 3<br>(30%) | 1<br>(50%)         | 2<br>(12.5%)  |                   |              |
| ระดับ 4 มีการจัดทำทะเบียนผู้รับบริการที่สามารถเข้าถึงและ<br>ประเมินดัชนีชี้วัดคุณภาพได้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาวพร้อมมี<br>การตรวจสอบความเที่ยงตรงของคุณภาพเป็นระยะด้วยวิธีการที่<br>เป็นมาตรฐานละมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มที่ปฏิบัติงาน<br>อย่างสม่ำเสมอ |                  | 2<br>(16.7%) |                  | 1<br>(10%) |                    |               |                   |              |

หมายเหตุ HOS = โรงพยาบาล PCU = สถานีอนามัย

ตาราง จำนวนและเปอร์เซ็นต์ความเห็นเกี่ยวกับ การให้ข้อมูลผู้รับบริการเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติในการดูแลตนเองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอขนาดกลาง  
จำแนกตามสถานที่ทำงาน

| อำเภอ n (%)                                                                                                                                                                                                                             | กุสุมาลย์ n = 11 |              | โคกศรีสุพรรณ n =11 |              | โพธิ์นาแกว n = 5 |              | คำตากล้า n =10 |              | เจริญศิลป์ n = 14 |            | วาริชภูมิ n = 12 |            | บ้านม่วง n = 11 |             | พังโคน n = 19 |              | อากาศอำนวย n =15 |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------|--------------------|--------------|------------------|--------------|----------------|--------------|-------------------|------------|------------------|------------|-----------------|-------------|---------------|--------------|------------------|------------|
| ระดับสถานบริการ                                                                                                                                                                                                                         | HOS              | PCU          | HOS                | PCU          | HOS              | PCU          | HOS            | PCU          | HOS               | PCU        | HOS              | PCU        | HOS             | PCU         | HOS           | PCU          | HOS              | PCU        |
| ระดับ 0 ไม่ได้ทำแนวทางปฏิบัติ                                                                                                                                                                                                           | 1<br>(16.7%)     |              | 1<br>(33.3%)       |              |                  |              |                |              |                   |            |                  |            | 2<br>(16.7%)    |             | 1<br>(14.3%)  | 1<br>(20%)   | 1<br>(10%)       |            |
| ระดับ 1 จัดทำเมื่อมีการกำหนดจากทีมบริหารหรือจัดทำผ่านระบบสารสนเทศ                                                                                                                                                                       | 2<br>(33.3%)     | 1<br>(16.7%) |                    |              |                  |              | 1<br>(16.7%)   | 3<br>(30%)   | 1<br>(25%)        | 1<br>(25%) | 1<br>(12.5%)     | 3<br>(30%) |                 | 1<br>(8.3%) | 4<br>(57.1%)  |              |                  |            |
| ระดับ 2 จัดทำแบบเป็นกลุ่ม โดยการให้ความรู้และฝึกทักษะ ตามตารางที่ผู้ให้การดูแลกำหนด                                                                                                                                                     | 3<br>(75%)       | 2<br>(33.3%) | 4<br>(66.7%)       | 5<br>(100%)  | 1<br>(33.3%)     |              | 5<br>(100%)    | 4<br>(66.7%) | 7<br>(70%)        | 1<br>(25%) | 2<br>(50%)       | 4<br>(50%) | 1<br>(100%)     | 7<br>(70%)  | 6<br>(50%)    | 2<br>(28.6%) | 3<br>(60%)       | 6<br>(60%) |
| ระดับ 3 จัดทำผ่านสื่อให้ความรู้แก่ผู้รับบริการเฉพาะในการแนะนำปฏิบัติแต่ละครั้งจัดเป็นทางเลือกให้แก่ผู้รับบริการที่มีความสนใจ                                                                                                            | 1<br>(25%)       | 1<br>(16.7%) |                    | 2<br>(66.7%) |                  |              |                | 2<br>(50%)   |                   | 1<br>(25%) | 3<br>(37.5%)     |            |                 | 3<br>(25%)  |               | 1<br>(20%)   |                  | 3<br>(30%) |
| ระดับ 4 มีการพัฒนาสื่อพิเศษสำหรับผู้รับบริการซึ่งกำหนดบทบาทและแนวทางปฏิบัติที่ประสบความสำเร็จใช้สำหรับผู้รับบริการทุกคนรวมทั้งมีการประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ และมีการสอดแทรกเรื่องวิธีป้องกันและสนับสนุนให้ผู้รับบริการใส่ใจในการดูแลตนเอง | 1<br>(16.7%)     |              | 1<br>(33.3%)       |              | 1<br>(33.3%)     | 1<br>(16.7%) |                |              |                   |            |                  |            |                 |             |               |              |                  |            |

หมายเหตุ HOS = โรงพยาบาล PCU = สถานีอนามัย

ตาราง จำนวนและเปอร์เซ็นต์ความเห็นเกี่ยวกับ การให้ข้อมูลผู้รับบริการเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติในการดูแลตนเอง ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอขนาดเล็ก  
ตามสถานที่ทำงาน

จำแนก

| อำเภอ n (%)                                                                                                                                                                                                                                    | กุดบาท n = 8 |             | เต่างอย n = 6 |            | นิคมคำนูน n = 9 |             | ภูพาน n = 7 |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------|---------------|------------|-----------------|-------------|-------------|------------|
| ระดับสถานบริการ                                                                                                                                                                                                                                | HOS          | PCU         | HOS           | PCU        | HOS             | PCU         | HOS         | PCU        |
| <b>ระดับ 0</b> ไม่ได้ทำแนวทางปฏิบัติ                                                                                                                                                                                                           | 1<br>(20%)   | 2<br>(100%) | 2<br>(50%)    |            |                 |             |             |            |
| <b>ระดับ 1</b> จัดทำเมื่อมีการกำหนดจากทีมบริหารหรือจัดทำผ่านระบบสาธารณสุข                                                                                                                                                                      | 1<br>(33.3%) | 1<br>(20%)  |               |            |                 |             |             |            |
| <b>ระดับ 2</b> จัดทำแบบเป็นกลุ่ม โดยการให้ความรู้และฝึกทักษะตามตารางที่ผู้ให้การดูแลกำหนด                                                                                                                                                      | 2<br>(66.7%) | 3<br>(60%)  | 2<br>(50%)    | 2<br>(50%) |                 |             | 1<br>(50%)  |            |
| <b>ระดับ 3</b> จัดทำผ่านสื่อให้ความรู้แก่ผู้รับบริการเฉพาะในการแนะแนวปฏิบัติแต่ละครั้งจัดเป็นทางเลือกให้แก่ผู้รับบริการที่มีความสนใจ                                                                                                           |              |             |               |            | 1<br>(25%)      | 4<br>(100%) | 1<br>(100%) | 1<br>(50%) |
| <b>ระดับ 4</b> มีการพัฒนาสื่อพิเศษสำหรับผู้รับบริการซึ่งกำหนดบทบาทและแนวทางปฏิบัติที่ประสบความสำเร็จใช้สำหรับผู้รับบริการทุกคนรวมทั้งมีการประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ และมีการสอดแทรกเรื่องวิธีป้องกันและสนับสนุนให้ผู้รับบริการใส่ใจในการดูแลตนเอง |              |             |               |            | 1<br>(25%)      |             |             |            |

หมายเหตุ HOS = โรงพยาบาล PCU = สถานีอนามัย

ตาราง จำนวนและเปอร์เซ็นต์ความเห็นเกี่ยวกับ การให้ข้อมูลผู้รับบริการเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติในการดูแลตนเองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอขนาดใหญ่  
ตามสถานที่ทำงาน

จำแนก

| อำเภอ n (%)                                                                                                                                                                                                                             | วานรนิวาส n = 18 |              | พรรณานิคม n = 23 |            | สว่างแดนดิน n = 18 |               | อำเภอเมือง n = 25 |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------|------------------|------------|--------------------|---------------|-------------------|------------|
| ระดับสถานบริการ                                                                                                                                                                                                                         | HOS              | PCU          | HOS              | PCU        | HOS                | PCU           | HOS               | PCU        |
| ระดับ 0 ไม่ได้ทำแนวทางปฏิบัติ                                                                                                                                                                                                           | 1<br>(16.7%)     |              | 1<br>(7.7%)      | 2<br>(20%) |                    |               | 1<br>(16.7%)      |            |
| ระดับ 1 จัดทำเมื่อมีการกำหนดจากทีมบริหารหรือจัดทำผ่านระบบสารสนเทศ                                                                                                                                                                       |                  |              | 11<br>(84.6%)    | 1<br>(10%) |                    |               | 2<br>(33.3%)      |            |
| ระดับ 2 จัดทำแบบเป็นกลุ่ม โดยการให้ความรู้และฝึกทักษะ ตามตารางที่ผู้ให้การดูแลกำหนด                                                                                                                                                     | 3<br>(50%)       | 2<br>(16.7%) |                  | 3<br>(30%) | 1<br>(50%)         | 13<br>(81.3%) |                   | 3<br>(50%) |
| ระดับ 3 จัดทำผ่านสื่อให้ความรู้แก่ผู้รับบริการเฉพาะในการแนะนำปฏิบัติแต่ละครั้งจัดเป็นทางเลือกให้แก่ผู้รับบริการที่มีความสนใจ                                                                                                            | 1<br>(16.7%)     | 8<br>(66.7%) | 1<br>(7.7%)      | 4<br>(40%) | 1<br>(50%)         | 3<br>(18.8%)  |                   |            |
| ระดับ 4 มีการพัฒนาสื่อพิเศษสำหรับผู้รับบริการซึ่งกำหนดบทบาทและแนวทางปฏิบัติที่ประสบความสำเร็จใช้สำหรับผู้รับบริการทุกคนรวมทั้งมีการประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ และมีการสอดแทรกเรื่องวิธีป้องกันและสนับสนุนให้ผู้รับบริการใส่ใจในการดูแลตนเอง | 1<br>(16.7%)     | 2<br>(16.7%) |                  |            |                    |               |                   |            |

หมายเหตุ HOS = โรงพยาบาล PCU = สถานีอนามัย

ตาราง จำนวนและเปอร์เซ็นต์ความเห็นเกี่ยวกับ การติดตามผลและแผนการเยี่ยมผู้รับบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอชนากลางจำแนกตามสถานที่ทำงาน

| อำเภอ n (%)                                                                                                                     | กุสุมาลย์ n = 11 |              | โคกศรีสุพรรณ n = 11 |             | โพธิ์นาแก้ว n = 5 |              | คำตากล้า n = 10 |              | เจริญศิลป์ n = 14 |            | วาริชภูมิ n = 12 |              | บ้านม่วง n = 11 |            | พังโคน n = 19 |              | อากาศอำนวย n = 15 |            | ส่องดาว n=5 |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------|---------------------|-------------|-------------------|--------------|-----------------|--------------|-------------------|------------|------------------|--------------|-----------------|------------|---------------|--------------|-------------------|------------|-------------|-----|
| ระดับสถานบริการ                                                                                                                 | HOS              | PCU          | HOS                 | PCU         | HOS               | PCU          | HOS             | PCU          | HOS               | PCU        | HOS              | PCU          | HOS             | PCU        | HOS           | PCU          | HOS               | PCU        | HOS         | PCU |
| <b>ระดับ 0</b> ไม่ใช้                                                                                                           |                  |              |                     |             |                   |              |                 |              |                   |            |                  |              |                 |            |               |              |                   |            |             |     |
| <b>ระดับ 1</b> ไม่มีแนวทางปฏิบัติขึ้นกับผู้จัดโครงการ/ทีมผู้ดูแลเป็นผู้กำหนด                                                    | 1<br>(25%)       | 3<br>(50%)   |                     |             | 1<br>(33.3%)      |              | 1<br>(16.7%)    |              |                   |            | 1<br>(12.5%)     |              |                 |            | 4<br>(33.3%)  | 1<br>(14.3%) | 1<br>(20%)        | 1<br>(10%) |             |     |
| <b>ระดับ 2</b> กำหนดตารางกิจกรรมการสนับสนุนการจัดการตนเองตามแนวปฏิบัติแต่ปฏิบัติเป็นบางโอกาสเฉพาะผู้รับบริการที่มีปัญหา         | 2<br>(50%)       | 2<br>(33.3%) |                     |             | 1<br>(33.3%)      |              | 2<br>(40%)      | 4<br>(66.7%) | 8<br>(80%)        | 2<br>(50%) | 3<br>(75%)       |              |                 | 6<br>(60%) | 6<br>(50%)    | 5<br>(71.4%) | 3<br>(60%)        | 5<br>(50%) |             |     |
| <b>ระดับ 3</b> มีคณะทำงานที่ปฏิบัติงานอย่างยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนรูปแบบการนัด โดยคำนึงถึงประโยชน์และบริบทของผู้รับบริการ        | 1<br>(25%)       | 1<br>(16.7%) | 4<br>(66.7%)        | 5<br>(100%) |                   | 2<br>(66.7%) | 3<br>(60%)      |              | 2<br>(20%)        |            | 1<br>(25%)       | 3<br>(37.5%) | 1<br>(100%)     | 4<br>(40%) | 2<br>(16.7%)  | 1<br>(14.3%) | 1<br>(20%)        | 4<br>(40%) |             |     |
| <b>ระดับ 4</b> จัดตามความต้องการของผู้รับบริการ ด้วยวิธีการที่หลากหลาย (โทรศัพท์จดหมาย การเยี่ยมบ้าน) และมีการติดตามผลในระยะยาว |                  |              | 2<br>(33.3%)        |             | 1<br>(33.3%)      | 1<br>(33.3%) | 1<br>(16.7%)    |              | 2<br>(50%)        |            | 4<br>(50%)       |              |                 |            |               |              |                   |            |             |     |

หมายเหตุ HOS = โรงพยาบาล PCU = สถานีอนามัย

ตาราง จำนวนและเปอร์เซ็นต์ความเห็นเกี่ยวกับ การติดตามผลและแผนการเยี่ยมผู้รับบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอขนาดเล็กจำแนกตามสถานที่ทำงาน

| อำเภอ n (%)                                                                                                              | กุดบาท n = 8 |            | เต่างอย n = 6 |            | นิคมคำอุ่น n = 9 |             | ภูพาน n = 7 |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------|---------------|------------|------------------|-------------|-------------|------------|
| ระดับสถานบริการ                                                                                                          | HOS          | PCU        | HOS           | PCU        | HOS              | PCU         | HOS         | PCU        |
| ระดับ 0 ไม่ใช้                                                                                                           | 1<br>(33.3%) |            |               | 1<br>(25%) |                  |             |             |            |
| ระดับ 1 ไม่มีแนวทางปฏิบัติขึ้นกับผู้จัดโครงการ/ทีมผู้ดูแลเป็นผู้กำหนด                                                    |              | 1<br>(20%) | 2<br>(100%)   |            | 1<br>(25%)       |             |             |            |
| ระดับ 2 กำหนดตารางกิจกรรมการสนับสนุนการจัดการตนเองตามแนวปฏิบัติแต่ปฏิบัติเป็นบางโอกาสเฉพาะผู้รับบริการที่มีปัญหา         | 1<br>(33.3%) | 3<br>(60%) |               | 3<br>(75%) |                  |             |             | 1<br>(50%) |
| ระดับ 3 มีคณะทำงานที่ปฏิบัติงานอย่างยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนรูปแบบการนัด โดยคำนึงถึงประโยชน์และบริบทของผู้รับบริการ        | 1<br>(33.3%) | 1<br>(20%) |               |            | 2<br>(50%)       | 4<br>(100%) |             | 1<br>(50%) |
| ระดับ 4 จัดตามความต้องการของผู้รับบริการด้วยวิธีการที่หลากหลาย (โทรศัพท์ จดหมาย การเยี่ยมบ้าน) และมีการติดตามผลในระยะยาว |              |            |               |            | 1<br>(25%)       |             | 1<br>(100%) |            |

หมายเหตุ HOS = โรงพยาบาล PCU = สถานีอนามัย

ตาราง จำนวนและเปอร์เซ็นต์ความเห็นเกี่ยวกับ การติดตามผลและแผนการเยี่ยมผู้รับบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอขนาดใหญ่จำแนกตามสถานที่ทำงาน

| อำเภอ n (%)                                                                                                            | วานรนิวาส n = 18 |            | พรรณานิคม n = 23 |            | สว่างแดนดิน n = 18 |              | อำเภอเมือง n = 25 |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------|------------------|------------|--------------------|--------------|-------------------|------------|
| ระดับสถานบริการ                                                                                                        | HOS              | PCU        | HOS              | PCU        | HOS                | PCU          | HOS               | PCU        |
| ระดับ 0 ไม่ใช้                                                                                                         |                  |            |                  |            |                    |              |                   |            |
| ระดับ 1 ไม่มีแนวทางปฏิบัติขึ้นกับผู้จัดโครงการ/ทีมผู้ดูแลเป็นผู้กำหนด                                                  | 1<br>(16.7%)     |            | 4<br>(30.8%)     | 3<br>(30%) |                    | 4<br>(25%)   |                   | 3<br>(50%) |
| ระดับ 2 กำหนดตารางกิจกรรมการสนับสนุนการจัดการตนเองตามแนวปฏิบัติแต่ปฏิบัติเป็นบางโอกาสเฉพาะผู้รับบริการที่มีปัญหา       | 3<br>(50%)       |            | 7<br>(53.8%)     | 2<br>(20%) |                    | 4<br>(25%)   |                   | 3<br>(50%) |
| ระดับ 3 มีคณะทำงานที่ปฏิบัติงานอย่างยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนรูปแบบการนัด โดยคำนึงถึงประโยชน์กลับรับของผู้รับบริการ       |                  | 6<br>(50%) | 1<br>(7.7%)      | 4<br>(40%) | 2<br>(100%)        | 5<br>(31.3%) |                   |            |
| ระดับ 4 จัดตามความต้องการของผู้รับบริการด้วยวิธีการที่หลากหลาย(โทรศัพท์ จดหมาย การเยี่ยมบ้าน)และมีการติดตามผลในระยะยาว | 2<br>(33.3%)     | 6<br>(50%) | 1<br>(7.7%)      | 1<br>(10%) |                    | 3<br>(18.8%) |                   |            |

หมายเหตุ HOS = โรงพยาบาล PCU = สถานีอนามัย



ตาราง จำนวนและเปอร์เซ็นต์ความเห็นเกี่ยวกับความต่อเนื่องของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอขนาดกลางจำแนกตามสถานที่ทำงาน

| อำเภอ n (%)                                                                                                                                                           | กุสุมาลย์ n = 11 |              | โคกศรีสุพรรณ n = 11 |             | โพนนาแก้ว n = 5 |              | คำตากล้า n = 10 |              | เจริญศิลป์ n = 14 |            | วาริชภูมิ n = 12 |              | บ้านม่วง n = 11 |              | พังโคน n = 19 |              | อากาศอำนวย n = 15 |            | ส่องดาว n=5 |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------|---------------------|-------------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|-------------------|------------|------------------|--------------|-----------------|--------------|---------------|--------------|-------------------|------------|-------------|-----|
| ระดับสถานบริการ                                                                                                                                                       | HOS              | PCU          | HOS                 | PCU         | HOS             | PCU          | HOS             | PCU          | HOS               | PCU        | HOS              | PCU          | HOS             | PCU          | HOS           | PCU          | HOS               | PCU        | HOS         | PCU |
| <b>ระดับ 0</b> ไม่มีการจัดลำดับงาน                                                                                                                                    |                  |              |                     |             |                 |              |                 |              |                   |            |                  |              |                 |              |               |              |                   |            |             |     |
| <b>ระดับ 1</b> ขึ้นอยู่กับการติดต่อสื่อสารของแต่ละบุคคลในกลุ่มที่มีผู้ดูแลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง                                                                    | 1<br>(16.7%)     |              |                     |             | 1<br>(33.3%)    |              |                 |              |                   |            |                  |              | 3<br>(30%)      | 2<br>(16.7%) | 2<br>(28.6%)  | 1<br>(20%)   | 3<br>(30%)        |            |             |     |
| <b>ระดับ 2</b> มีการวางระบบการประสานงานระหว่างทีมผู้ดูแลและหน่วยงานที่ดูแลแต่ยังไม่มีการกำหนดชัดเจนในการปฏิบัติ                                                       | 3<br>(75%)       | 4<br>(66.7%) | 5<br>(83.3%)        | 5<br>(100%) | 1<br>(33.3%)    | 2<br>(66.7%) | 1<br>(20%)      | 1<br>(16.7%) | 8<br>(80%)        | 2<br>(50%) | 3<br>(75%)       | 3<br>(37.5%) | 1<br>(100%)     | 4<br>(40%)   | 3<br>(25%)    | 1<br>(14.3%) | 1<br>(20%)        | 6<br>(60%) |             |     |
| <b>ระดับ 3</b> มีการจัดลำดับการทำงานระหว่างผู้ให้การดูแลเบื้องต้นกับแพทย์เฉพาะทางและบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องแต่ยังไม่เข้าสู่การดำเนินการที่เป็นระบบที่สมบูรณ์           | 1<br>(25%)       | 1<br>(16.7%) |                     |             |                 | 1<br>(33.3%) |                 | 3<br>(50%)   | 2<br>(20%)        | 2<br>(50%) | 1<br>(25%)       | 4<br>(50%)   |                 | 3<br>(30%)   | 5<br>(41.7%)  | 4<br>(57.1%) | 3<br>(60%)        | 1<br>(10%) |             |     |
| <b>ระดับ 4</b> มีการจัดลำดับงานอย่างดี และมีการร่วมมือระหว่างผู้ดูแลเบื้องต้นแพทย์เฉพาะทางและกลุ่มบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ |                  |              | 1<br>(16.7%)        |             | 1<br>(33.3%)    |              | 4<br>(80%)      | 2<br>(33.3%) |                   |            | 1<br>(12.5%)     |              |                 |              | 2<br>(16.7%)  |              |                   |            |             |     |

หมายเหตุ HOS = โรงพยาบาล PCU = สถานีอนามัย

ตาราง จำนวนและเปอร์เซ็นต์ความเห็นเกี่ยวกับ ความต่อเนื่อง ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอขนาดเล็กจําแนกตามสถานที่ทำงาน

| อำเภอ n (%)                                                                                                                                                    | กุดบาท n = 8 |            | เต่างอย n = 6 |            | นิคมสร้างนํ้า n = 9 |             | ภูพาน n = 7 |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------|---------------|------------|---------------------|-------------|-------------|------------|
| ระดับสถานบริการ                                                                                                                                                | HOS          | PCU        | HOS           | PCU        | HOS                 | PCU         | HOS         | PCU        |
| ระดับ 0 ไม่มีการจัดลำดับงาน                                                                                                                                    |              | 2<br>(40%) | 1<br>(50%)    |            |                     |             |             |            |
| ระดับ 1 ขึ้นอยู่กับการติดต่อสื่อสารของแต่ละบุคคลในกลุ่มทีมผู้ดูแลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง                                                                      |              | 3<br>(60%) | 1<br>(50%)    |            |                     |             |             | 1<br>(50%) |
| ระดับ 2 มีการวางระบบการประสานงานระหว่างทีมผู้ดูแลและหน่วยงานที่ดูแลแต่ยังไม่มีการกำหนดชัดเจนในการปฏิบัติ                                                       | 3<br>(100%)  |            |               | 3<br>(75%) | 3<br>(75%)          | 4<br>(100%) | 1<br>(100%) | 1<br>(50%) |
| ระดับ 3 มีการจัดลำดับการทำงานระหว่างผู้ให้การดูแลเบื้องต้นกับแพทย์เฉพาะทางและบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องแต่ยังไม่เข้าสู่การดำเนินการที่เป็นระบบที่สมบูรณ์           |              |            |               |            |                     |             |             |            |
| ระดับ 4 มีการจัดลำดับงานอย่างดี และมีการร่วมมือระหว่างผู้ดูแลเบื้องต้นแพทย์เฉพาะทางและกลุ่มบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ |              |            |               | 1<br>(25%) | 1<br>(25%)          |             |             |            |

หมายเหตุ HOS = โรงพยาบาล PCU = สถานีอนามัย

ตาราง จำนวนและเปอร์เซ็นต์ความเห็นเกี่ยวกับ ความต่อเนื่อง ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอขนาดใหญ่จำแนกตามสถานที่ทำงาน

| อำเภอ n (%)                                                                                                                                                    | วานรนิวาส n = 18 |              | พรรณานิคม n = 23 |            | สว่างแดนดิน n = 18 |            | อำเภอเมือง n = 25 |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------|------------------|------------|--------------------|------------|-------------------|------------|
| ระดับสถานบริการ                                                                                                                                                | HOS              | PCU          | HOS              | PCU        | HOS                | PCU        | HOS               | PCU        |
| ระดับ 0 ไม่มีการจัดลำดับงาน                                                                                                                                    | 1<br>(10%)       |              |                  |            |                    |            |                   |            |
| ระดับ 1 ขึ้นอยู่กับการติดต่อสื่อสารของแต่ละบุคคลในกลุ่มทีมผู้ดูแลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง                                                                      | 1<br>(16.7%)     |              |                  | 1<br>(10%) |                    | 3<br>(20%) | 1<br>(20%)        | 3<br>(50%) |
| ระดับ 2 มีการวางระบบการประสานงานระหว่างทีมผู้ดูแลและหน่วยงานที่ดูแลแต่ยังไม่มีการกำหนดชัดเจนในการปฏิบัติ                                                       |                  | 1<br>(8.3%)  | 11<br>(84.6%)    | 5<br>(50%) | 1<br>(50%)         | 3<br>(20%) | 1<br>(20%)        | 3<br>(50%) |
| ระดับ 3 มีการจัดลำดับการทำงานระหว่างผู้ให้การดูแลเบื้องต้นกับแพทย์เฉพาะทางและบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องแต่ยังไม่เข้าสู่การดำเนินการที่เป็นระบบที่สมบูรณ์           | 3<br>(50%)       | 9<br>(75%)   | 2<br>(15.4%)     | 2<br>(20%) |                    | 9<br>(60%) | 3<br>(60%)        |            |
| ระดับ 4 มีการจัดลำดับงานอย่างดี และมีการร่วมมือระหว่างผู้ดูแลเบื้องต้นแพทย์เฉพาะทางและกลุ่มบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ | 2<br>(33.3%)     | 2<br>(16.7%) |                  | 1<br>(10%) | 1<br>(50%)         |            |                   |            |

หมายเหตุ HOS = โรงพยาบาล PCU = สถานีอนามัย

ตาราง จำนวนและเปอร์เซ็นต์ความเห็นเกี่ยวกับข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับผู้รับบริการ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอขนาดกลางจำแนกตามสถานที่ทำงาน

| อำเภอ n (%)                                                                                                                                                                               | กุสุมาลย์ n = 11 |              | โคกศรีสุพรรณ n = 11 |             | โพนนาแก้ว n = 5 |              | คำตากล้า n = 10 |              | เจริญศิลป์ n = 14 |            | วาริชภูมิ n = 12 |              | บ้านม่วง n = 11 |              | พังโคน n = 19 |            | อากาศอำนวย n = 15 |     | ส่องดาว n = 5 |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------|---------------------|-------------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|-------------------|------------|------------------|--------------|-----------------|--------------|---------------|------------|-------------------|-----|---------------|-----|
| ระดับสถานบริการ                                                                                                                                                                           | HOS              | PCU          | HOS                 | PCU         | HOS             | PCU          | HOS             | PCU          | HOS               | PCU        | HOS              | PCU          | HOS             | PCU          | HOS           | PCU        | HOS               | PCU | HOS           | PCU |
| ระดับ 0 ไม่ได้จัดทำ                                                                                                                                                                       | 2<br>(33.3%)     |              |                     |             |                 |              |                 |              |                   |            | 1<br>(8.3%)      |              |                 |              |               | 1<br>(20%) |                   |     |               |     |
| ระดับ 1 มีรายละเอียดข้อมูลเกี่ยวกับชื่อ การวินิจฉัยโรค ข้อมูลการติดต่อที่มีการระบุเวลา ติดต่อกับครั้งสุดท้ายทั้งที่เป็นเอกสาร และจัดเก็บในระบบคอมพิวเตอร์                                 | 2<br>(50%)       | 2<br>(33.3%) | 3<br>(50%)          | 5<br>(100%) | 1<br>(33.3%)    | 2<br>(66.7%) | 2<br>(33.3%)    | 6<br>(60%)   | 1<br>(25%)        | 3<br>(75%) |                  | 1<br>(100%)  | 8<br>(80%)      | 6<br>(50%)   | 6<br>(85.7%)  |            | 4<br>(40%)        |     |               |     |
| ระดับ 2 มีการใช้แบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเอง แต่ยังไม่มีการประเมินบริบทเพื่อนำมาเป็นแนวทางการจัดกิจกรรมการพัฒนาสมรรถนะผู้รับบริการในการจัดการตนเอง                                | 2<br>(50%)       | 2<br>(33.3%) | 1<br>(16.7%)        |             | 1<br>(33.3%)    |              | 1<br>(20%)      | 2<br>(33.3%) | 3<br>(30%)        |            | 3<br>(37.5%)     |              | 1<br>(10%)      | 2<br>(16.7%) |               |            | 3<br>(30%)        |     |               |     |
| ระดับ 3 มีการประเมินอย่างเป็นระบบและมีการทำแนวปฏิบัติมาตรฐานสำหรับกลุ่มผู้รับบริการโรคเบาหวานและความดันโลหิต                                                                              |                  |              |                     |             |                 | 1<br>(33.3%) | 1<br>(20%)      | 1<br>(16.7%) | 1<br>(10%)        | 1<br>(25%) | 1<br>(25%)       | 3<br>(37.5%) | 1<br>(10%)      | 1<br>(8.3%)  | 1<br>(14.3%)  | 3<br>(60%) | 2<br>(20%)        |     |               |     |
| ระดับ 4 จัดทำข้อมูลผู้รับบริการเฉพาะการจัดการตนเองสำหรับคณะทำงานเกี่ยวกับแนวปฏิบัติในการพบผู้รับบริการเป็นรายบุคคลที่ผ่านเป็นการดูแลตามปกติและมีการส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง |                  |              | 2<br>(33.3%)        |             | 1<br>(33.3%)    |              | 3<br>(60%)      | 1<br>(16.7%) | 2<br>(50%)        |            | 2<br>(25%)       |              |                 | 2<br>(16.7%) |               | 1<br>(20%) | 1<br>(10%)        |     |               |     |

หมายเหตุ HOS = โรงพยาบาล PCU = สถานีอนามัย

ตาราง จำนวนและเปอร์เซ็นต์ความเห็นเกี่ยวกับ ข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับผู้รับบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอขนาดเล็กจําแนกตามสถานที่ทำงาน

| อำเภอ n (%)                                                                                                                                                                               | กุดบาท n = 8 |            | เต่างอย n = 6 |            | นิคมคำฮ่อน n = 9 |            | ภูพาน n = 7 |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------|---------------|------------|------------------|------------|-------------|-----|
| ระดับสถานบริการ                                                                                                                                                                           | HOS          | PCU        | HOS           | PCU        | HOS              | PCU        | HOS         | PCU |
| ระดับ 0 ไม่ได้จัดทำ                                                                                                                                                                       | 2<br>(100%)  |            |               |            | 1<br>(50%)       |            |             |     |
| ระดับ 1 มีรายละเอียดข้อมูลเกี่ยวกับชื่อ การวินิจฉัยโรค ข้อมูลการติดต่อที่มีการระบุเวลาติดต่อครั้งสุดท้ายทั้งที่เป็นเอกสารและจัดเก็บในระบบคอมพิวเตอร์                                      | 3<br>(100%)  | 4<br>(80%) | 4<br>(100%)   | 3<br>(75%) | 4<br>(100%)      | 1<br>(50%) |             |     |
| ระดับ 2 มีการใช้แบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองแต่ยังไม่มีการประเมินบริบทเพื่อนำมาเป็นแนวทางการจัดกิจกรรมการพัฒนาศมรรถนะผู้รับบริการในการจัดการตนเอง                                 |              |            |               |            |                  |            |             |     |
| ระดับ 3 มีการประเมินอย่างเป็นระบบและมีการทำแนวปฏิบัติมาตรฐานสำหรับกลุ่มผู้รับบริการโรคเบาหวานและความดันโลหิต                                                                              | 1<br>(20%)   |            |               |            |                  |            | 1<br>(100%) |     |
| ระดับ 4 จัดทำข้อมูลผู้รับบริการเฉพาะการจัดการตนเองสำหรับคณะทำงานเกี่ยวกับแนวปฏิบัติในการพบผู้รับบริการเป็นรายบุคคล ที่ผสมผสานการดูแลตามปกติและมีการส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง | 1<br>(25%)   |            |               |            |                  |            |             |     |

หมายเหตุ HOS = โรงพยาบาล PCU = สถานีอนามัย

ตาราง จำนวนและเปอร์เซ็นต์ความเห็นเกี่ยวกับ ข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับผู้รับบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอขนาดใหญ่จำแนกตามสถานที่ทำงาน

| อำเภอ n (%)                                                                                                                                                                                             | วานรนิวาส n = 18 |              | พรรณานิคม n = 23 |            | สว่างแดนดิน n = 18 |              | อำเภอเมือง n = 25 |             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------|------------------|------------|--------------------|--------------|-------------------|-------------|
| ระดับสถานบริการ                                                                                                                                                                                         | HOS              | PCU          | HOS              | PCU        | HOS                | PCU          | HOS               | PCU         |
| <b>ระดับ 0</b> ไม่ได้จัดทำ                                                                                                                                                                              | 1<br>(16.7%)     |              |                  | 2<br>(20%) |                    |              |                   |             |
| <b>ระดับ 1</b> มีรายละเอียดข้อมูลเกี่ยวกับชื่อ การวินิจฉัยโรค ข้อมูลการติดต่อที่มีการระบุเวลาติดต่อครั้งสุดท้ายทั้งที่เป็น เอกสารและจัดเก็บในระบบคอมพิวเตอร์                                            |                  | 1<br>(8.3%)  | 12<br>(92.3%)    | 3<br>(30%) |                    | 7<br>(50%)   |                   | 6<br>(100%) |
| <b>ระดับ 2</b> มีการใช้แบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองแต่ยังไม่มีการประเมินบริบทเพื่อนำมาเป็นแนวทางการ จัดกิจกรรมการพัฒนาสมรรถนะผู้รับบริการในการจัดการตนเอง                                       | 1<br>(16.7%)     |              |                  | 3<br>(30%) |                    | 2<br>(14.3%) |                   |             |
| <b>ระดับ 3</b> มีการประเมินอย่างเป็นระบบและมีการทำแนวปฏิบัติ มาตรฐานสำหรับกลุ่มผู้รับบริการโรคเบาหวานและความดันโลหิต                                                                                    | 3<br>(50%)       | 5<br>(41.7%) | 1<br>(7.7%)      |            | 1<br>(50%)         | 2<br>(14.3%) |                   |             |
| <b>ระดับ 4</b> จัดทำข้อมูลผู้รับบริการเฉพาะการจัดการตนเอง สำหรับคณะทำงานเกี่ยวกับแนวปฏิบัติในการพบผู้รับบริการเป็น รายบุคคล ที่ผสมผสานเป็นการดูแลตามปกติและมีการส่งต่อข้อมูล ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง | 1<br>(16.7%)     | 6<br>(50%)   |                  | 2<br>(20%) | 1<br>(50%)         | 3<br>(21.4%) |                   |             |

หมายเหตุ HOS = โรงพยาบาล PCU = สถานีอนามัย

ตาราง จำนวนและเปอร์เซ็นต์ความเห็นเกี่ยวกับความยั่งยืน ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอชนากลางจำแนกตามสถานที่ทำงาน

| อำเภอ n (%)                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | กุสุมาลย์ n = 11 |              | โคกศรีสุพรรณ n = 11 |             | โพนนาแก้ว n = 5 |     | คำตากล้า n = 10 |              | เจริญศิลป์ n = 14 |            | วาริชภูมิ n = 12 |              | บ้านม่วง n = 11 |            | พังโคน n = 19 |              | อากาศอำนวย n = 15 |            | ส่องดาว =5 |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------|---------------------|-------------|-----------------|-----|-----------------|--------------|-------------------|------------|------------------|--------------|-----------------|------------|---------------|--------------|-------------------|------------|------------|-----|
| ระดับสถานบริการ                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | HOS              | PCU          | HOS                 | PCU         | HOS             | PCU | HOS             | PCU          | HOS               | PCU        | HOS              | PCU          | HOS             | PCU        | HOS           | PCU          | HOS               | PCU        | HOS        | PCU |
| <b>ระดับ 0</b> ยังไม่มีการประเมินผลในระยะยาว                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |              |                     |             |                 |     | 1<br>(16.7%)    |              | 1<br>(10%)        |            |                  |              | 1<br>(100%)     | 1<br>(10%) | 1<br>(8.3%)   | 1<br>(14.3%) | 1<br>(20%)        | 1<br>(10%) |            |     |
| <b>ระดับ 1</b> มีนโยบายเริ่มดำเนินการในเรื่องการสนับสนุนการจัดการตนเอง ยังไม่ได้ติดตามผลระยะยาว                                                                                                                                                                                                                  |                  | 4<br>(66.7%) |                     |             | 1<br>(33.3%)    |     |                 | 1<br>(16.7%) | 2<br>(20%)        |            | 3<br>(75%)       |              |                 | 4<br>(40%) | 7<br>(58.3%)  | 5<br>(71.4%) |                   | 4<br>(40%) |            |     |
| <b>ระดับ 2</b> -แผนดำเนินงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้องที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพสม่ำเสมอ-การจัดการกิจกรรมเป็นไปตามนโยบายเป็นครั้ง ๆ ไป ติดตามน้อยกว่า 6 เดือน                                                                                                                                                         | 3<br>(75%)       | 1<br>(16.7%) | 4<br>(66.7%)        | 5<br>(100%) | 1<br>(33.3%)    |     | 1<br>(20%)      | 1<br>(16.7%) | 7<br>(70%)        | 2<br>(50%) | 1<br>(25%)       | 3<br>(37.5%) |                 | 4<br>(40%) | 1<br>(8.3%)   | 1<br>(14.3%) | 4<br>(80%)        | 5<br>(50%) |            |     |
| <b>ระดับ 3</b> การบริการสนับสนุนการจัดการตนเองเป็นการดูแลตามปกติและงาน:ผู้รับบริการสามารถจัดการตนเองได้ไม่น้อยกว่า 80%แต่เป็นผลการดำเนินงานระยะสั้น 3-6 เดือนอย่างเป็นระบบ                                                                                                                                       | 1<br>(25%)       |              |                     |             |                 |     |                 | 2<br>(66.7%) | 2<br>(40%)        | 3<br>(50%) |                  | 1<br>(25%)   | 3<br>(37.5%)    | 1<br>(10%) | 3<br>(25%)    |              |                   |            |            |     |
| <b>ระดับ 4</b> -การสนับสนุนการจัดการตนเองเป็นงานประจำที่ปฏิบัติและมีการประเมินผู้รับบริการเป็นระยะ-ผลการประเมินเกิดประสิทธิภาพของตั้งชี้วัดมากกว่า 80% ตามการประเมินความรู้พฤติกรรมและสุขภาวะและองค์กร-ยังมีกิจกรรมอย่างต่อเนื่องมากกว่า 80%-ผู้รับบริการมากกว่า 80% สามารถเข้าถึงแหล่งการพัฒนาการจัดการตนเองได้ |                  | 1<br>(16.7%) | 2<br>(33.3%)        |             | 1<br>(33.3%)    |     | 1<br>(33.3%)    | 2<br>(40%)   |                   | 1<br>(25%) |                  | 2<br>(25%)   |                 |            |               |              |                   |            |            |     |

หมายเหตุ HOS = โรงพยาบาล PCU = สถานีอนามัย

ตาราง จำนวนและเปอร์เซ็นต์ความเห็นเกี่ยวกับ ความยั่งยืนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอขนาดเล็กจำแนกตามสถานที่ทำงาน

| อำเภอ n (%)                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | กุดบาท n = 8 |            | เต่างอย n = 6 |            | นิคมคำนูน n = 9 |             | ภูพาน n = 7 |             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------|---------------|------------|-----------------|-------------|-------------|-------------|
| ระดับสถานบริการ                                                                                                                                                                                                                                                                                             | HOS          | PCU        | HOS           | PCU        | HOS             | PCU         | HOS         | PCU         |
| <b>ระดับ 0</b> ยังไม่มีการประเมินผลในระยะยาว                                                                                                                                                                                                                                                                | 1<br>(33.3%) |            | 2<br>(100%)   | 2<br>(50%) | 1<br>(25%)      |             |             |             |
| <b>ระดับ 1</b> มีนโยบายเริ่มดำเนินการในเรื่องการสนับสนุนการจัดการตนเอง ยังไม่ติดตามผลระยะยาว                                                                                                                                                                                                                | 2<br>(66.7%) | 2<br>(40%) |               | 1<br>(25%) |                 |             |             | 2<br>(100%) |
| <b>ระดับ 2</b> -แผนดำเนินงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้องที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพสม่ำเสมอ-การจัดกิจกรรมเป็นไปตามนโยบายเป็นครั้ง ๆ ไป ติดตามน้อยกว่า 6 เดือน                                                                                                                                                       |              | 3<br>(60%) |               |            | 1<br>(25%)      | 4<br>(100%) |             |             |
| <b>ระดับ 3</b> การบริการสนับสนุนการจัดการตนเองเป็นการดูแลตามปกติและงาน: ผู้รับบริการสามารถจัดการตนเองได้ไม่น้อยกว่า 80% แต่เป็นผลการดำเนินงานระยะสั้น 3-6 เดือนอย่างเป็นระบบ                                                                                                                                |              |            |               |            | 1<br>(25%)      |             | 1<br>(100%) |             |
| <b>ระดับ 4</b> -การสนับสนุนการจัดการตนเองเป็นงานประจำที่ปฏิบัติและมีการประเมินผู้รับบริการเป็นระยะ-ผลการประเมินเกิดประสิทธิภาพของทั้งชุดมากกว่า 80% ตามการประเมินความรู้พฤติกรรมและสภาวะและองค์กร-ยังมีกิจกรรมอย่างต่อเนื่องมากกว่า 80%-ผู้รับบริการมากกว่า 80% สามารถเข้าถึงแหล่งการพัฒนาการจัดการตนเองได้ |              |            |               | 1<br>(25%) | 1<br>(25%)      |             |             |             |

หมายเหตุ HOS = โรงพยาบาล PCU = สถานีอนามัย



ตาราง จำนวนและเปอร์เซ็นต์ความเห็นเกี่ยวกับ ความยั่งยืนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอขนาดใหญ่จำแนกตามสถานที่ทำงาน

| อำเภอ n (%)                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | วานรนิวาส n = 18 |              | พรรณานิคม n = 23 |            | สว่างแดนดิน n = 18 |              | อำเภอเมือง n = 25 |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------|------------------|------------|--------------------|--------------|-------------------|--------------|
| ระดับสถานบริการ                                                                                                                                                                                                                                                                                               | HOS              | PCU          | HOS              | PCU        | HOS                | PCU          | HOS               | PCU          |
| <b>ระดับ 0</b> ยังไม่มีการประเมินผลในระยะยาว                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |              | 1<br>(7.7%)      | 1<br>(10%) |                    |              |                   | 4<br>(66.7%) |
| <b>ระดับ 1</b> มีนโยบายเริ่มดำเนินการในเรื่องการสนับสนุนการจัดการตนเอง ยังไม่ติดตามผลระยะยาว                                                                                                                                                                                                                  | 1<br>(16.7%)     |              | 2<br>(15.4%)     | 1<br>(10%) |                    | 7<br>(50%)   |                   | 2<br>(33.3%) |
| <b>ระดับ 2</b> -แผนดำเนินงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้องที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพสม่ำเสมอ -การจัดกิจกรรมเป็นไปตามนโยบายเป็นครั้ง ๆ ไป ติดตามน้อยกว่า 6 เดือน                                                                                                                                                        | 4<br>(66.7%)     | 3<br>(25%)   | 9<br>(69.2%)     | 6<br>(60%) | 1<br>(50%)         | 4<br>(28.6%) |                   |              |
| <b>ระดับ 3</b> การบริการสนับสนุนการจัดการตนเองเป็นการดูแลตามปกติและงาน:ผู้รับบริการสามารถจัดการตนเองได้ไม่น้อยกว่า 80%แต่เป็นผลการดำเนินงานระยะสั้น 3-6 เดือนอย่างเป็นระบบ                                                                                                                                    |                  | 5<br>(41.7%) | 1<br>(7.7%)      |            |                    | 2<br>(14.3%) |                   |              |
| <b>ระดับ 4</b> -การสนับสนุนการจัดการตนเองเป็นงานประจำที่ปฏิบัติและมีการประเมินผู้รับบริการเป็นระยะ-ผลการประเมินเกิดประสิทธิภาพของตั้งชีวิตมากกว่า 80% ตามการประเมินความรู้พฤติกรรมและสภาวะและองค์กร-ยังมีกิจกรรมอย่างต่อเนื่องมากกว่า 80%-ผู้รับบริการมากกว่า 80% สามารถเข้าถึงแหล่งการพัฒนาการจัดการตนเองได้ | 1<br>(16.7%)     | 4<br>(33.3%) |                  | 2<br>(20%) | 1<br>(50%)         | 1<br>(7.1%)  |                   |              |

หมายเหตุ HOS = โรงพยาบาล PCU = สถานีอนามัย

# เอกสารอ้างอิง

1. Bonomi, A. E., E. H. Wagner, et al. (2002). "Assessment of chronic illness care (ACIC): a practical tool to measure quality improvement." *Health Serv Res* **37**(3): 791-820.
2. Brownson CA, Miller D, Crespo R, Neuner S, Thompson JC, Wall JC, Emont S, Fazzone P, Fisher EB, Glasgow RE. Development and Use of a Quality Improvement Tool to Assess Self-Management Support in Primary Care. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2007;33(7):408-16.
3. Shetty G, Brownson CA. Characteristics of Organizational Resources and Supports for Self Management in Primary Care. *The Diabetes Educator*. 2007;33(Suppl 6):185S-192
4. Glasgow RE, Strycker LA, Toobert DJ, Eakin E. A social-ecologic approach to assessing support for disease self-management: The chronic illness resources survey. *Journal of Behavioral Medicine*2000;23(6):559-83.
5. Glasgow RE, Toobert DJ, Barrera M, Jr., Strycker LA. Assessment of problem-solving: a key to successful diabetes self-management. *Journal Of Behavioral Medicine*2004;27(5):477-90.
6. Warsi A, Wang PS, LaValley MP, Avorn J, Solomon DH. Self-management education programs in chronic disease - A systematic review and methodological critique of the literature. *Archives of Internal Medicine*2004 Aug 9;164(15):1641-9.
7. Norris SL, Engelgau MM, Narayan KMV. Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes: A systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Care*. 2001;24:561-87.
8. Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals Of Behavioral Medicine: A Publication Of The Society Of Behavioral Medicine*2003;26(1):1-7.
9. Lenz M, Steckelberg A, Richter B, Mรพhlhauser I. Meta-analysis does not allow appraisal of complex interventions in diabetes and hypertension self-management: a methodological review. *Diabetologia*2007;50(7):1375-83.
10. Leeman J. Interventions to Improve Diabetes Self-management: Utility and Relevance for Practice. *The Diabetes Educator* 2006;32: 571.

# ภาคผนวกที่ 7

ผลการประเมินการผลลัพธ์การบริการของแต่ละสถานบริการ  
ในการป้องกันและจัดการ โรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง  
จังหวัดสกลนคร

ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวรรณี นิธิยานันท์

**การสรุปผลการประเมินผลลัพธ์การบริการของแต่ละสถานบริการที่เกี่ยวข้อง  
ในการป้องกันและจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง**

**ข้อมูลผลการประเมิน**

ข้อมูลผลลัพธ์การบริการในการป้องกันและจัดการ โรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ในแต่ละอำเภอของ  
จังหวัดสกลนคร ประกอบด้วย อ.กุศบาก อ.กุสุมาลย์ อ.โคกศรีสุพรรณ อ.คำตากล้า อ.เจริญศิลป์ อ.เต่างอย อ.  
นิคมน้ำอูน อ.บ้านม่วง อ.พรรณานิคม อ.พังโคน อ.โพนนาแก้ว อ.ภูพาน อ.เมือง อ.วานรนิวาส อ.วาริชภูมิ อ.  
สว่างแดนดิน อ.ส่องดาว และอ.อากาศอำนวย ได้ผลดังนี้

**1. โรคเบาหวาน**

**1.1 ความสม่ำเสมอในการมารับบริการต่อเนื่อง และอัตราการให้สุศึกษา**

| อ.กุศบาก                                 | 2549 | 2550  | 2551  |
|------------------------------------------|------|-------|-------|
| - ความสม่ำเสมอในการมารับบริการต่อเนื่อง* |      | 87.49 | 85.11 |
| - อัตราการให้สุศึกษา*                    |      |       | 100   |

| อ.กุสุมาลย์                              | 2549 | 2550 | 2551 |
|------------------------------------------|------|------|------|
| - ความสม่ำเสมอในการมารับบริการต่อเนื่อง* | 83   | 81   | 85   |
| - อัตราการให้สุศึกษา*                    | 96   | 94   | 95   |

| อ.โคกศรีสุพรรณ                           | 2549  | 2550  | 2551  |
|------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - ความสม่ำเสมอในการมารับบริการต่อเนื่อง* | 84.93 | 84.81 | 86.56 |
| - อัตราการให้สุศึกษา*                    | 94.96 | 95.72 | 96.21 |

| อ.คำตากล้า                               | 2549  | 2550  | 2551  |
|------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - ความสม่ำเสมอในการมารับบริการต่อเนื่อง* | 82.00 | 86.93 | 87.35 |
| - อัตราการให้สุศึกษา*                    | 100   | 100   | 100   |

| อ.เจริญศิลป์                             | 2549  | 2550  | 2551 |
|------------------------------------------|-------|-------|------|
| - ความสม่ำเสมอในการมารับบริการต่อเนื่อง* | 95.58 | 94.94 |      |
| - อัตราการให้สุศึกษา*                    | 100   | 100   | 100  |

| อ.เต่างอย                                | 2549 | 2550 | 2551 |
|------------------------------------------|------|------|------|
| - ความสม่ำเสมอในการมารับบริการต่อเนื่อง* | 85   | 88   | 90   |
| - อัตราการให้สุศึกษา*                    | 100  | 100  | 100  |

| อ.นิคมน้ำอุ่น                            | 2549  | 2550  | 2551  |
|------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - ความสม่ำเสมอในการมารับบริการต่อเนื่อง* | 81.12 | 83.62 | 82.09 |
| - อัตราการให้สุศึกษา*                    | 90.04 | 91.41 | 93.91 |

| อ.บ้านม่วง                               | 2549 | 2550 | 2551 |
|------------------------------------------|------|------|------|
| - ความสม่ำเสมอในการมารับบริการต่อเนื่อง* |      | 83   | 90   |
| - อัตราการให้สุศึกษา*                    |      | 95   | 95   |

| อ.พรรณานิคม                              | 2549  | 2550  | 2551  |
|------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - ความสม่ำเสมอในการมารับบริการต่อเนื่อง* | 89.17 | 95.70 | 97.60 |
| - อัตราการให้สุศึกษา*                    | 90.25 | 93.5  | 95.2  |

| อ.พังโคน                                 | 2549  | 2550  | 2551  |
|------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - ความสม่ำเสมอในการมารับบริการต่อเนื่อง* | 86.48 | 85.77 | 88.35 |
| - อัตราการให้สุศึกษา*                    | 99.74 | 99.11 | 99.72 |

| อ.โพนนาแก้ว                              | 2549 | 2550 | 2551 |
|------------------------------------------|------|------|------|
| - ความสม่ำเสมอในการมารับบริการต่อเนื่อง* |      |      | 95.6 |
| - อัตราการให้สุศึกษา*                    |      |      | 95.6 |

| อ.ภูพาน                                  | 2549  | 2550  | 2551  |
|------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - ความสม่ำเสมอในการมารับบริการต่อเนื่อง* | 58.33 | 75    | 83.33 |
| - อัตราการให้สุศึกษา*                    | 33.79 | 42.15 | 64.22 |

| อ.เมือง | 2549 | 2550 | 2551 |
|---------|------|------|------|
|---------|------|------|------|

|                                          |      |     |      |
|------------------------------------------|------|-----|------|
| - ความสม่ำเสมอในการมารับบริการต่อเนื่อง* | 85.2 | 85  | 87.2 |
| - อัตราการให้สุศึกษา*                    | 100  | 100 | 100  |

|                                          |             |             |             |
|------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>อ.วานรนิวาส</b>                       | <b>2549</b> | <b>2550</b> | <b>2551</b> |
| - ความสม่ำเสมอในการมารับบริการต่อเนื่อง* | 77.86       | 77.96       | 79.15       |
| - อัตราการให้สุศึกษา*                    | 91.75       | 95.23       | 96.72       |

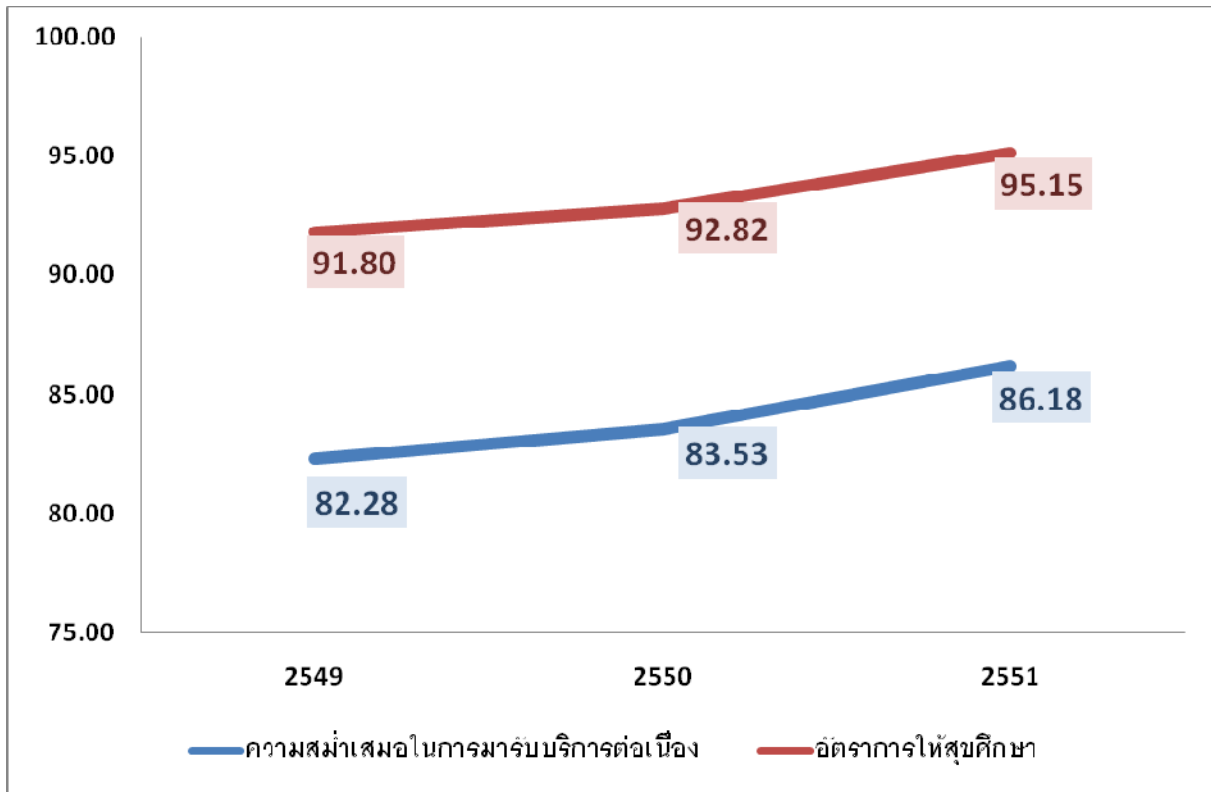
|                                          |             |             |             |
|------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>อ.วาริชภูมิ</b>                       | <b>2549</b> | <b>2550</b> | <b>2551</b> |
| - ความสม่ำเสมอในการมารับบริการต่อเนื่อง* | 81.51       | 83.71       | 80.56       |
| - อัตราการให้สุศึกษา*                    | 84.51       | 84.99       | 83.13       |

|                                          |             |             |             |
|------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>อ.สว่างแดนดิน</b>                     | <b>2549</b> | <b>2550</b> | <b>2551</b> |
| - ความสม่ำเสมอในการมารับบริการต่อเนื่อง* | 86.04       | 84.57       | 85.89       |
| - อัตราการให้สุศึกษา*                    | 100         | 100         | 100         |

|                                          |             |             |             |
|------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>อ.ส่องดาว</b>                         | <b>2549</b> | <b>2550</b> | <b>2551</b> |
| - ความสม่ำเสมอในการมารับบริการต่อเนื่อง* | 72.95       | 71.58       | 89.34       |
| - อัตราการให้สุศึกษา*                    | 96          | 94          | 98          |

|                                          |             |             |             |
|------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>อ.อากาศอำนวย</b>                      | <b>2549</b> | <b>2550</b> | <b>2551</b> |
| - ความสม่ำเสมอในการมารับบริการต่อเนื่อง* | 85          | 71          | 72          |
| - อัตราการให้สุศึกษา*                    | 100         | 100         | 100         |

|                                          |             |             |             |
|------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>คำชะอี</b>                            | <b>2549</b> | <b>2550</b> | <b>2551</b> |
| - ความสม่ำเสมอในการมารับบริการต่อเนื่อง* | 82.28       | 83.53       | 86.18       |
| - อัตราการให้สุศึกษา*                    | 91.80       | 92.82       | 95.15       |



## 1.2 การควบคุมเบาหวาน (FBS และ HbA1c)

- การควบคุมเบาหวานโดยวัดจากระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)

| อ.กุดบาก                                            | 2549  | 2550  | 2551  |
|-----------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด*                   | 100   | 100   | 100   |
| - ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด(FBS) ทั้งกลุ่ม**   |       |       |       |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด <140 มก./ดล.** <sup>†</sup>    | 43.47 | 53.49 | 56.96 |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด 140 - 180 มก./ดล. <sup>†</sup> | 14.87 | 32.22 | 31.64 |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด >180 มก./ดล.                   | 6.11  | 14.28 | 11.39 |

| อ.ภูมัลย์                                         | 2549 | 2550 | 2551 |
|---------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด*                 | 100  | 100  | 100  |
| - ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด(FBS) ทั้งกลุ่ม** |      |      |      |

| อ.โคกศรีสุพรรณ                                    | 2549 | 2550 | 2551 |
|---------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด*                 | 100  | 100  | 100  |
| - ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด(FBS) ทั้งกลุ่ม** |      |      |      |

|                                                     |       |       |       |
|-----------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - ระดับน้ำตาลในเลือด<140 มก./ดล.** <sup>ก</sup>     | 56.57 | 53.97 | 50.09 |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด 140 - 180 มก./ดล. <sup>ก</sup> | 29.52 | 31.47 | 35.28 |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด >180 มก./ดล.                   | 13.91 | 14.56 | 14.63 |

| อ.คำตากล้า                                          | 2549  | 2550  | 2551  |
|-----------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด*                   | 100   | 100   | 100   |
| - ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด(FBS) ทั้งกลุ่ม**   |       |       |       |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด<140 มก./ดล.** <sup>ก</sup>     | 56.19 | 42.97 | 67.68 |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด 140 - 180 มก./ดล. <sup>ก</sup> | 22.40 | 29.11 | 34.10 |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด >180 มก./ดล.                   | 13.97 | 13.57 | 10.90 |

| อ.เจริญศิลป์                                        | 2549  | 2550  | 2551  |
|-----------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด*                   | 100   | 100   | 100   |
| - ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด(FBS) ทั้งกลุ่ม**   |       |       |       |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด<140 มก./ดล.** <sup>ก</sup>     | 42.54 | 56.60 | 42.40 |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด 140 - 180 มก./ดล. <sup>ก</sup> | 35.09 | 21.28 | 46.9  |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด >180 มก./ดล.                   | 22.35 | 22.11 | 10.68 |

| อ.เต่างอย                                           | 2549  | 2550  | 2551  |
|-----------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด*                   |       |       |       |
| - ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด(FBS) ทั้งกลุ่ม**   |       |       |       |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด<140 มก./ดล.** <sup>ก</sup>     | 52.29 | 58.28 | 53.06 |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด 140 - 180 มก./ดล. <sup>ก</sup> | 20.83 | 22.37 | 21.3  |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด >180 มก./ดล.                   | 26.88 | 19.35 | 25.64 |

| อ.นิคมจำจาน                                       | 2549  | 2550  | 2551  |
|---------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด*                 | 100   | 100   | 100   |
| - ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด(FBS) ทั้งกลุ่ม** |       |       |       |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด<140 มก./ดล.** <sup>ก</sup>   | 63.13 | 65.25 | 74.88 |



|                                                     |       |       |      |
|-----------------------------------------------------|-------|-------|------|
| - ระดับน้ำตาลในเลือด 140 - 180 มก./ดล. <sup>ก</sup> | 24.62 | 26.44 | 21.1 |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด >180 มก./ดล.                   | 12.23 | 8.31  | 4.02 |

| อ.บ้านม่วง                                          | 2549 | 2550 | 2551  |
|-----------------------------------------------------|------|------|-------|
| - อัตราการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด*                   | 100  | 100  | 100   |
| - ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด(FBS) ทั้งกลุ่ม**   |      | 170  | 158   |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด<140 มก./ดล.** <sup>ก</sup>     |      | 33   | 34.95 |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด 140 - 180 มก./ดล. <sup>ก</sup> |      | 29   | 27.91 |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด >180 มก./ดล.                   |      | 28   | 21.12 |

| อ.พรรณานิคม                                         | 2549 | 2550 | 2551 |
|-----------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด*                   | 100  | 100  | 100  |
| - ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด(FBS) ทั้งกลุ่ม**   |      |      |      |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด<140 มก./ดล.** <sup>ก</sup>     |      |      |      |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด 140 - 180 มก./ดล. <sup>ก</sup> |      |      |      |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด >180 มก./ดล.                   |      |      |      |

| อ.พังโคน                                            | 2549  | 2550  | 2551  |
|-----------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด*                   | 100   | 100   | 100   |
| - ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด(FBS) ทั้งกลุ่ม**   | 136   | 144   | 141   |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด<140 มก./ดล.** <sup>ก</sup>     | 50.43 | 47.78 | 52.57 |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด 140 - 180 มก./ดล. <sup>ก</sup> | 36.19 | 35.71 | 37.39 |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด >180 มก./ดล.                   | 13.38 | 16.51 | 10.04 |

| อ.โพนนาแก้ว                                         | 2549 | 2550 | 2551  |
|-----------------------------------------------------|------|------|-------|
| - อัตราการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด*                   |      |      |       |
| - ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด(FBS) ทั้งกลุ่ม**   |      |      |       |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด<140 มก./ดล.** <sup>ก</sup>     |      |      | 47.8  |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด 140 - 180 มก./ดล. <sup>ก</sup> |      |      | 30.19 |

|                                   |  |  |       |
|-----------------------------------|--|--|-------|
| - ระดับน้ำตาลในเลือด >180 มก./คณ. |  |  | 19.71 |
|-----------------------------------|--|--|-------|

| อ.ภูพาน                                             | 2549  | 2550  | 2551  |
|-----------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด*                   | 93.24 | 97.26 | 99.38 |
| - ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด(FBS) ทั้งกลุ่ม**   | 134   | 173.3 | 136.4 |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด<140 มก./คณ.** <sup>ก</sup>     |       |       |       |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด 140 - 180 มก./คณ. <sup>ก</sup> |       |       |       |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด >180 มก./คณ.                   |       |       |       |

| อ.เมือง                                             | 2549  | 2550  | 2551  |
|-----------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด*                   | 100   | 100   | 100   |
| - ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด(FBS) ทั้งกลุ่ม**   | 156.2 | 155.7 | 157.1 |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด<140 มก./คณ.** <sup>ก</sup>     |       |       |       |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด 140 - 180 มก./คณ. <sup>ก</sup> |       |       |       |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด >180 มก./คณ.                   |       |       |       |

| อ.วานรนิวาส                                         | 2549   | 2550   | 2551   |
|-----------------------------------------------------|--------|--------|--------|
| - อัตราการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด*                   | 100    | 100    | 100    |
| - ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด(FBS) ทั้งกลุ่ม**   | 153.51 | 115.11 | 140.82 |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด<140 มก./คณ.** <sup>ก</sup>     | 36.97  | 39.52  | 54.73  |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด 140 - 180 มก./คณ. <sup>ก</sup> | 43.72  | 35.85  | 26.67  |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด >180 มก./คณ.                   | 19.31  | 24.83  | 18.6   |

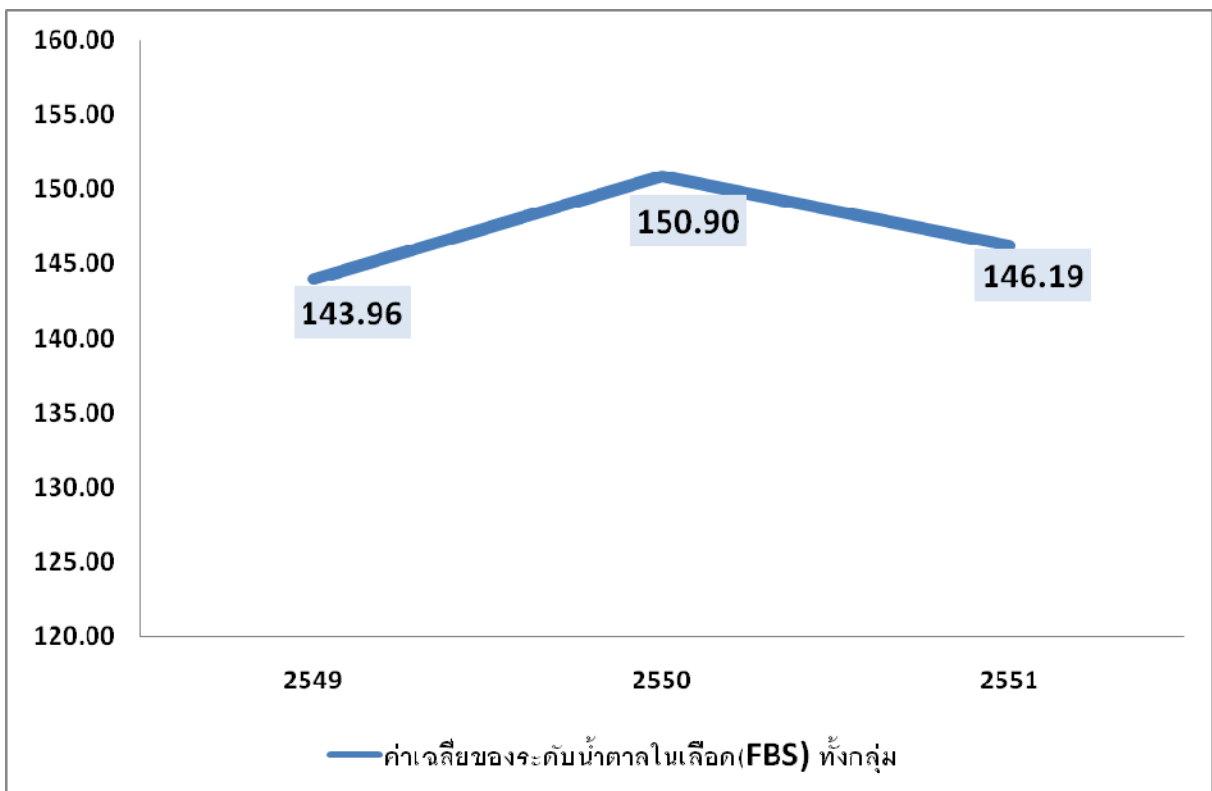
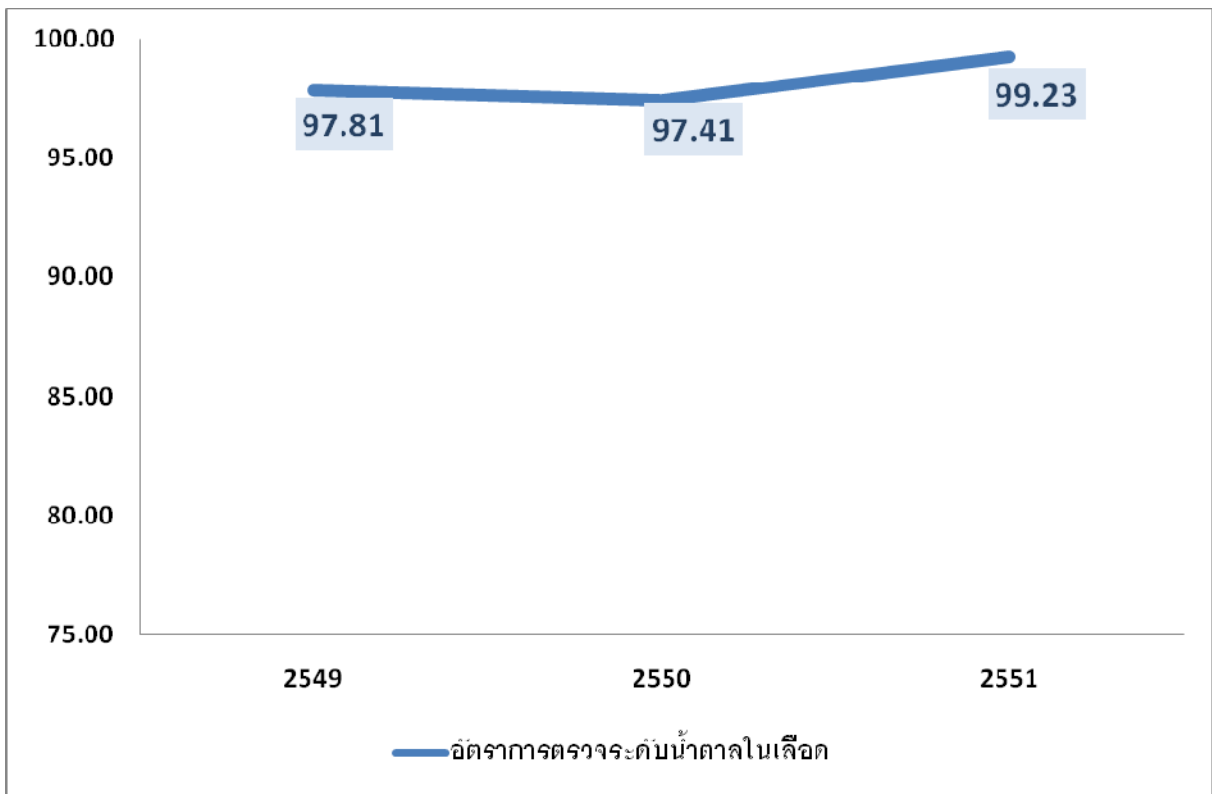
| อ.วาริชภูมิ                                         | 2549   | 2550   | 2551   |
|-----------------------------------------------------|--------|--------|--------|
| - อัตราการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด*                   | 98.72  | 89.7   | 98.88  |
| - ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด(FBS) ทั้งกลุ่ม**   | 152.07 | 150.21 | 150.23 |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด<140 มก./คณ.** <sup>ก</sup>     |        |        |        |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด 140 - 180 มก./คณ. <sup>ก</sup> |        |        |        |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด >180 มก./คณ.                   |        |        |        |

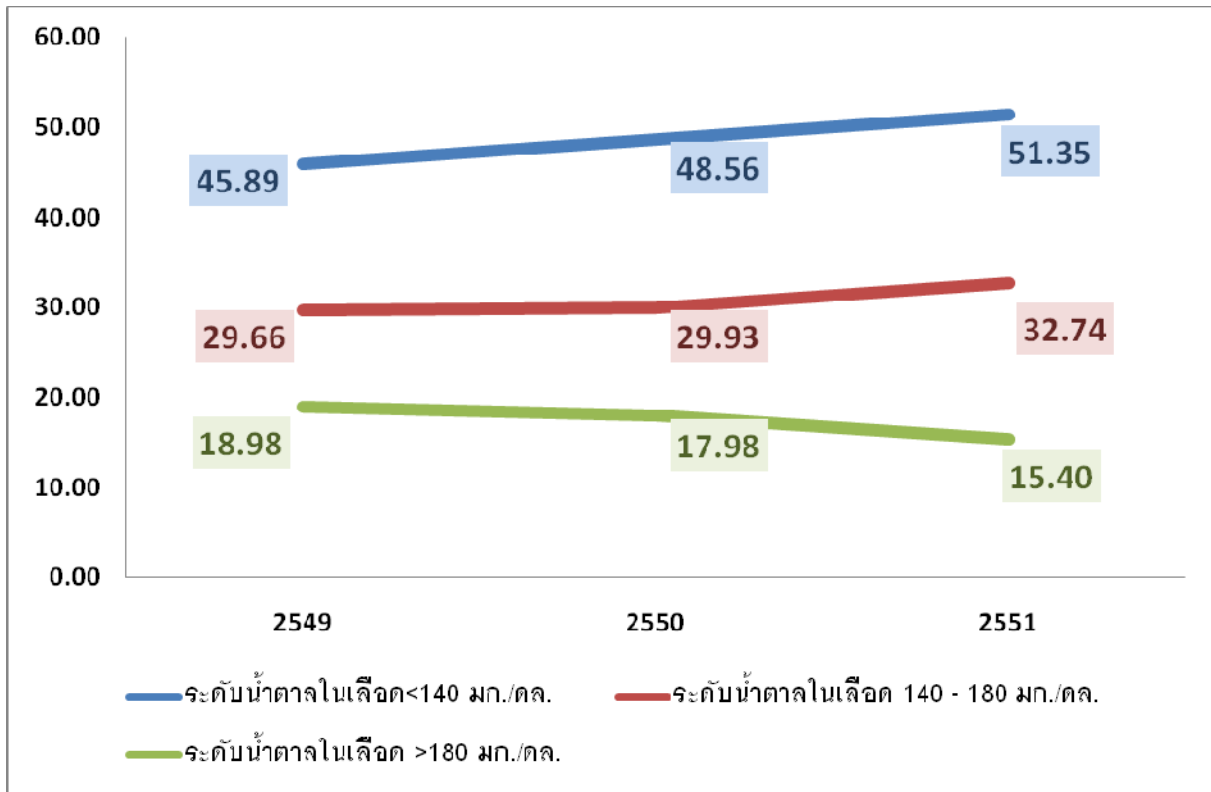
| อ.สว่างแดนดิน                                       | 2549  | 2550  | 2551  |
|-----------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด*                   | 100   | 100   | 100   |
| - ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด(FBS) ทั้งกลุ่ม**   |       |       | 160   |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด<140 มก./ดล.** <sup>ก</sup>     | 33.78 | 33.77 | 47.24 |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด 140 - 180 มก./ดล. <sup>ก</sup> |       |       | 32.41 |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด >180 มก./ดล.                   |       |       | 19.45 |

| อ.ส่องดาว                                           | 2549  | 2550  | 2551  |
|-----------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด*                   | 72.95 | 71.58 | 89.34 |
| - ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด(FBS) ทั้งกลุ่ม**   | 132   | 148   | 126   |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด<140 มก./ดล.** <sup>ก</sup>     | 55    | 53.04 | 58.23 |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด 140 - 180 มก./ดล. <sup>ก</sup> | 29.32 | 30.74 | 23.73 |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด >180 มก./ดล.                   | 15.68 | 16.22 | 18.04 |

| อ.อากาศอำนวย                                        | 2549 | 2550 | 2551 |
|-----------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด*                   | 100  | 100  | 100  |
| - ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด(FBS) ทั้งกลุ่ม**   |      |      |      |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด<140 มก./ดล.** <sup>ก</sup>     | 14.4 | 45   | 27   |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด 140 - 180 มก./ดล. <sup>ก</sup> | 40   | 35   | 57   |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด >180 มก./ดล.                   | 46   | 20   | 16   |

| ค่าเฉลี่ย                                           | 2549   | 2550   | 2551   |
|-----------------------------------------------------|--------|--------|--------|
| - อัตราการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด*                   | 97.81  | 97.41  | 99.23  |
| - ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด(FBS) ทั้งกลุ่ม**   | 143.96 | 150.90 | 146.19 |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด<140 มก./ดล.** <sup>ก</sup>     | 45.89  | 48.56  | 51.35  |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด 140 - 180 มก./ดล. <sup>ก</sup> | 29.66  | 29.93  | 32.74  |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด >180 มก./ดล.                   | 18.98  | 17.98  | 15.40  |





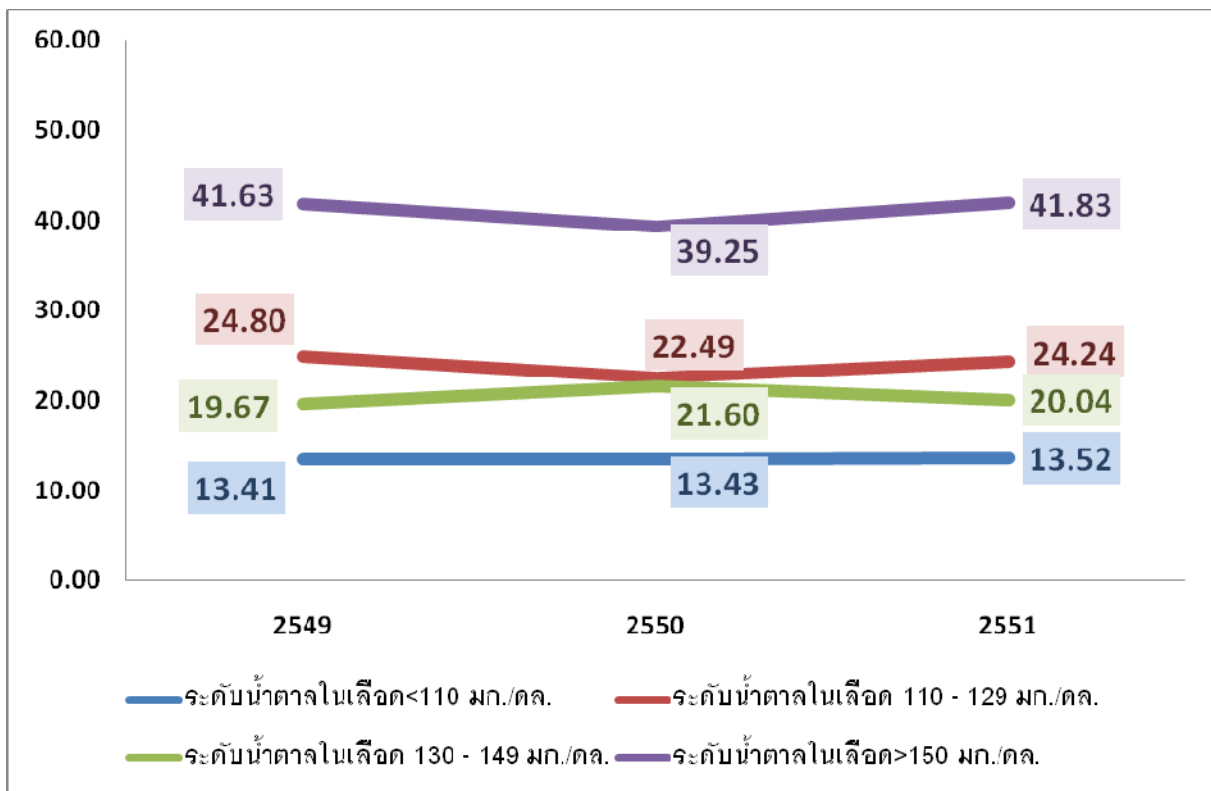
หมายเหตุ: ข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือดตามเกณฑ์ของโครงการ มีข้อมูลใน 3 อำเภอ ดังนี้

| อ.ภูพาน                                             | 2549  | 2550  | 2551  |
|-----------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด*                   | 93.24 | 97.26 | 99.38 |
| - ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด(FBS) ทั้งกลุ่ม**   | 134   | 173.3 | 136.4 |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด<110 มก./ดล.** <sup>ก</sup>     | 11.4  | 10.35 | 14.86 |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด 110 - 129 มก./ดล. <sup>ก</sup> | 16.89 | 19.72 | 20.62 |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด 130 - 149 มก./ดล.              | 23.12 | 26.33 | 19.43 |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด≥150 มก./ดล.                    | 48.59 | 43.6  | 45.09 |

| อ.เมือง                                             | 2549  | 2550  | 2551  |
|-----------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด*                   | 100   | 100   | 100   |
| - ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด(FBS) ทั้งกลุ่ม**   | 156.2 | 155.7 | 157.1 |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด<110 มก./ดล.** <sup>ก</sup>     | 12.4  | 13.9  | 11.6  |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด 110 - 129 มก./ดล. <sup>ก</sup> | 19.8  | 20.1  | 18.1  |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด 130 - 149 มก./ดล.              | 20.4  | 21.5  | 22.5  |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด≥150 มก./ดล.                    | 47.2  | 45.1  | 47.8  |

| อ.วาริชภูมิ                                         | 2549   | 2550   | 2551   |
|-----------------------------------------------------|--------|--------|--------|
| - อัตราการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด*                   | 98.72  | 89.7   | 98.88  |
| - ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด(FBS) ทั้งกลุ่ม**   | 152.07 | 150.21 | 150.23 |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด<110 มก./ดล.** <sup>†</sup>     | 16.44  | 16.05  | 14.11  |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด 110 - 129 มก./ดล. <sup>†</sup> | 37.7   | 27.65  | 33.99  |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด 130 - 149 มก./ดล.              | 15.49  | 16.96  | 18.18  |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด≥150 มก./ดล.                    | 29.09  | 29.04  | 32.6   |

| ค่าเฉลี่ย                                           | 2549  | 2550  | 2551  |
|-----------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - ระดับน้ำตาลในเลือด<110 มก./ดล.** <sup>†</sup>     | 13.41 | 13.43 | 13.52 |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด 110 - 129 มก./ดล. <sup>†</sup> | 24.80 | 22.49 | 24.24 |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด 130 - 149 มก./ดล.              | 19.67 | 21.60 | 20.04 |
| - ระดับน้ำตาลในเลือด≥150 มก./ดล.                    | 41.63 | 39.25 | 41.83 |



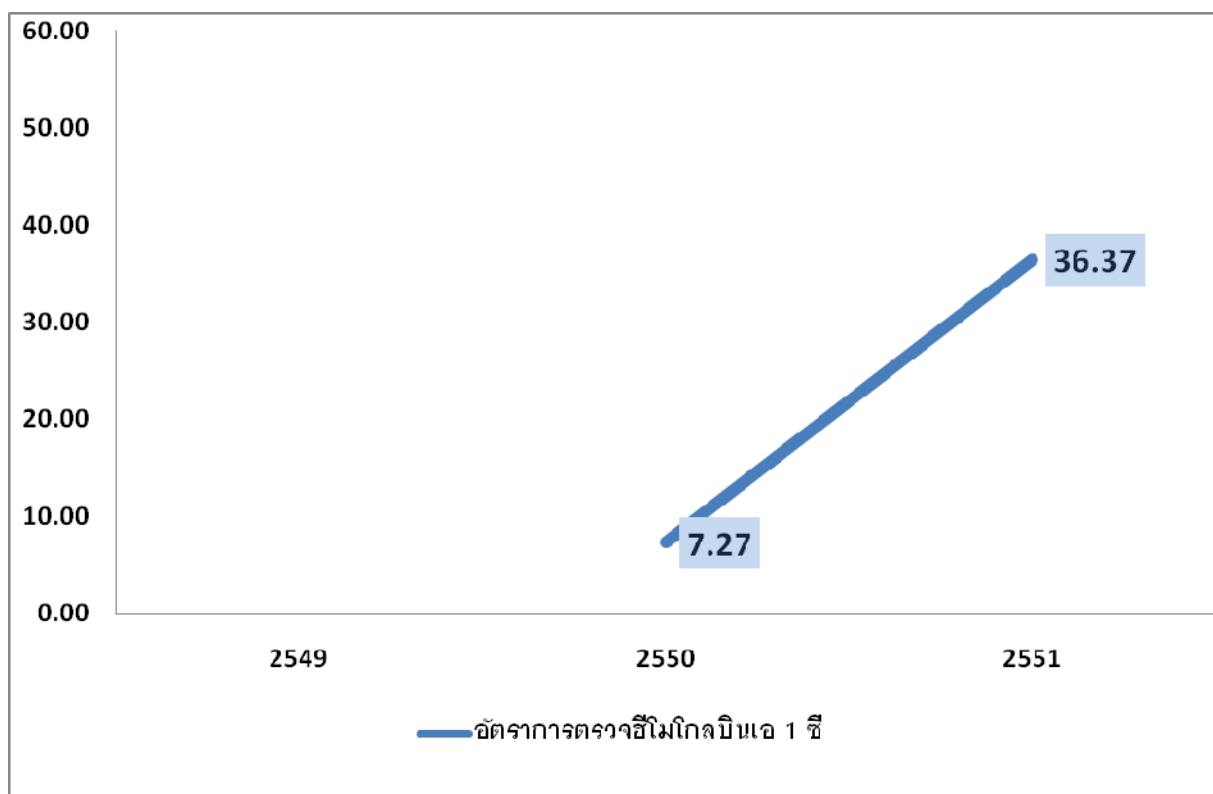
- การตรวจฮีโมโกลบินเอ 1 ซี

| อ.บ้านม่วง                                                | 2549 | 2550 | 2551 |
|-----------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการตรวจฮีโมโกลบินเอ 1 ซี                           |      |      | 8.25 |
| - ค่าเฉลี่ยของ ฮีโมโกลบินเอ 1 ซี ทั้งกลุ่ม** <sup>ก</sup> |      |      | 6.95 |
| - การควบคุมระดับฮีโมโกลบินเอ 1 ซี <6.5%** <sup>ก</sup>    |      |      |      |
| - การควบคุมระดับฮีโมโกลบินเอ 1 ซี 6.5-6.9%** <sup>ก</sup> |      |      |      |
| - การควบคุมระดับฮีโมโกลบินเอ 1 ซี 7.0-7.4%                |      |      |      |
| - การควบคุมระดับฮีโมโกลบินเอ 1 ซี 7.5-7.9%                |      |      |      |
| - การควบคุมระดับฮีโมโกลบินเอ 1 ซี 8.0-8.9%                |      |      |      |
| - การควบคุมระดับฮีโมโกลบินเอ 1 ซี ≥9.0%                   |      |      |      |

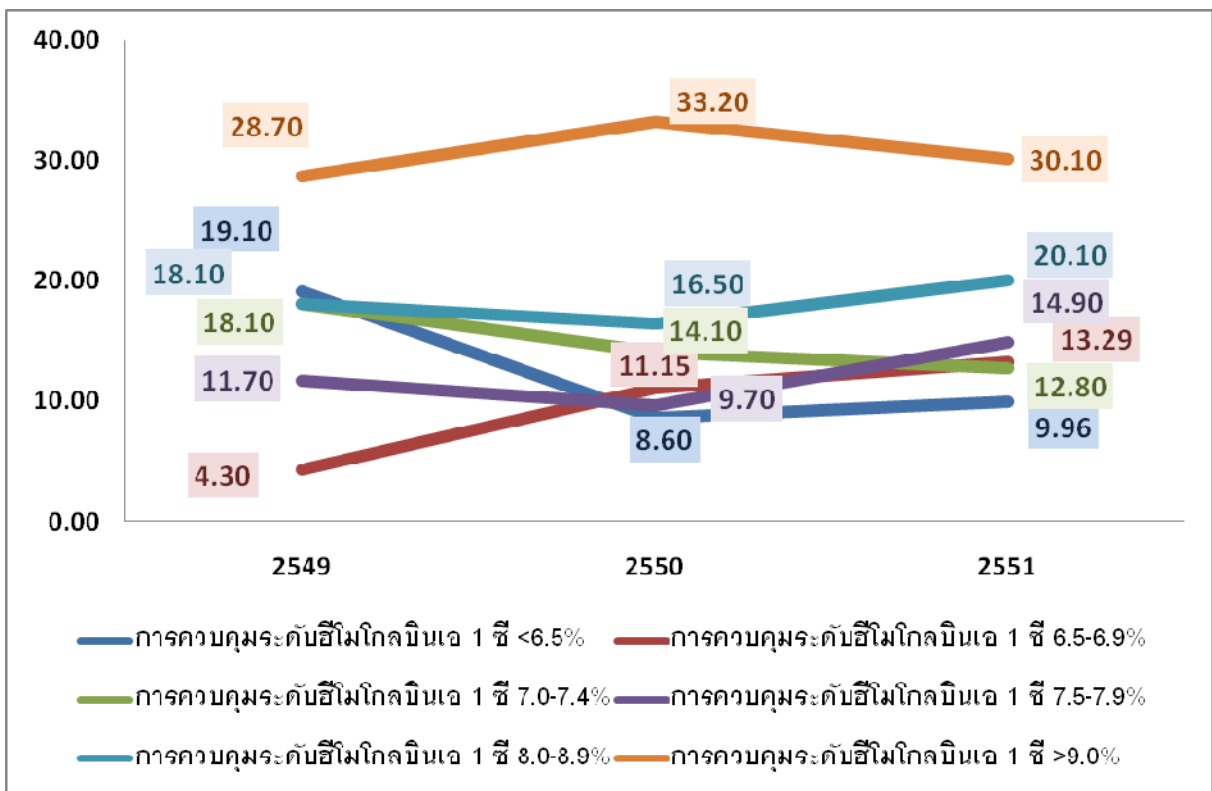
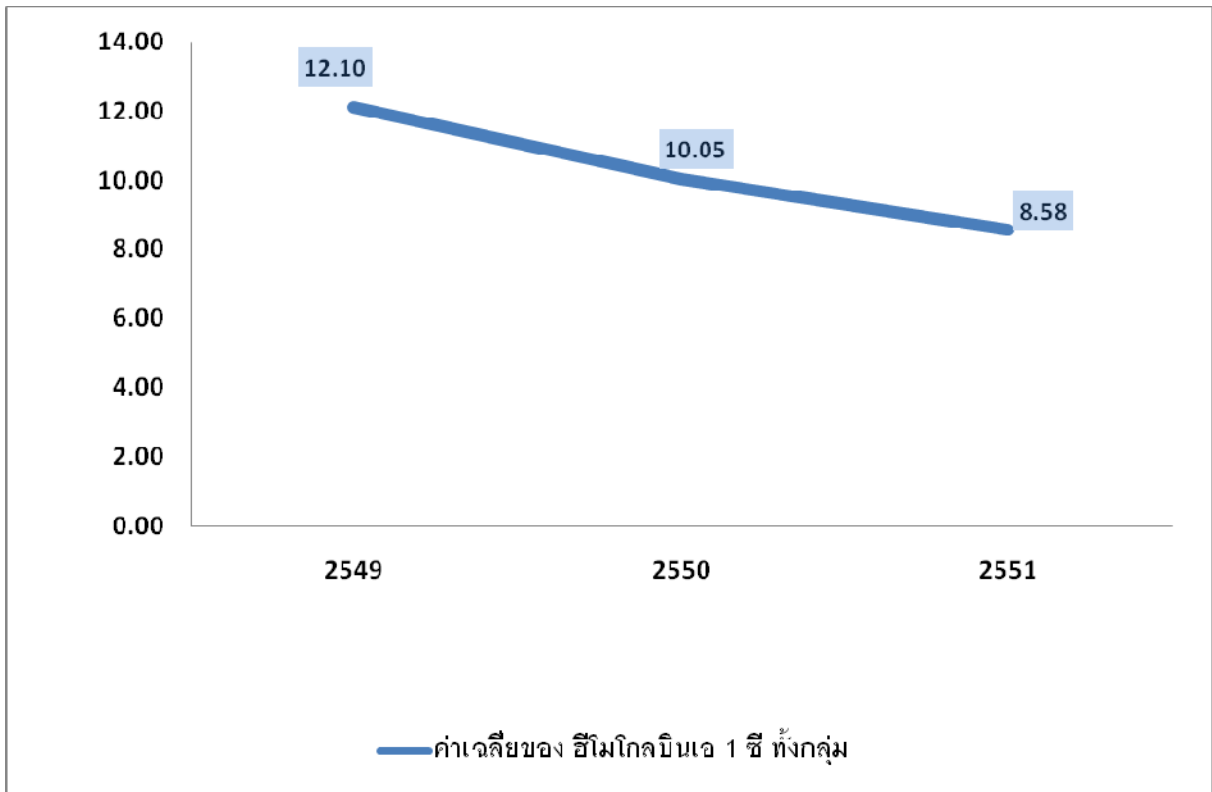
| อ.เมือง                                                   | 2549 | 2550 | 2551 |
|-----------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการตรวจฮีโมโกลบินเอ 1 ซี                           | 2.9  | 9.7  | 33.9 |
| - ค่าเฉลี่ยของ ฮีโมโกลบินเอ 1 ซี ทั้งกลุ่ม** <sup>ก</sup> | 12.1 | 9.7  | 8.5  |
| - การควบคุมระดับฮีโมโกลบินเอ 1 ซี <6.5%** <sup>ก</sup>    | 19.1 | 11.2 | 10.5 |
| - การควบคุมระดับฮีโมโกลบินเอ 1 ซี 6.5-6.9%** <sup>ก</sup> | 4.3  | 15.3 | 11.6 |
| - การควบคุมระดับฮีโมโกลบินเอ 1 ซี 7.0-7.4%                | 18.1 | 14.1 | 12.8 |
| - การควบคุมระดับฮีโมโกลบินเอ 1 ซี 7.5-7.9%                | 11.7 | 9.7  | 14.9 |
| - การควบคุมระดับฮีโมโกลบินเอ 1 ซี 8.0-8.9%                | 18.1 | 16.5 | 20.1 |
| - การควบคุมระดับฮีโมโกลบินเอ 1 ซี ≥9.0%                   | 28.7 | 33.2 | 30.1 |

| อ.วานรนิวาส                                               | 2549 | 2550  | 2551  |
|-----------------------------------------------------------|------|-------|-------|
| - อัตราการตรวจฮีโมโกลบินเอ 1 ซี                           |      | 4.84  | 66.97 |
| - ค่าเฉลี่ยของ ฮีโมโกลบินเอ 1 ซี ทั้งกลุ่ม** <sup>ก</sup> |      | 10.39 | 10.28 |
| - การควบคุมระดับฮีโมโกลบินเอ 1 ซี <6.5%** <sup>ก</sup>    |      | 6     | 9.41  |
| - การควบคุมระดับฮีโมโกลบินเอ 1 ซี 6.5-6.9%** <sup>ก</sup> |      | 7     | 14.98 |
| - การควบคุมระดับฮีโมโกลบินเอ 1 ซี 7.0-7.4%                |      |       |       |
| - การควบคุมระดับฮีโมโกลบินเอ 1 ซี 7.5-7.9%                |      |       |       |
| - การควบคุมระดับฮีโมโกลบินเอ 1 ซี 8.0-8.9%                |      |       |       |
| - การควบคุมระดับฮีโมโกลบินเอ 1 ซี ≥9.0%                   |      |       |       |

| ค่าเฉลี่ย                                                 | 2549  | 2550  | 2551  |
|-----------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการตรวจฮีโมโกลบินเอ 1 ซี                           |       | 7.27  | 36.37 |
| - ค่าเฉลี่ยของ ฮีโมโกลบินเอ 1 ซี ทั้งกลุ่ม** <sup>ก</sup> | 12.10 | 10.05 | 8.58  |
| - การควบคุมระดับฮีโมโกลบินเอ 1 ซี <6.5%** <sup>ก</sup>    | 19.10 | 8.60  | 26.64 |
| - การควบคุมระดับฮีโมโกลบินเอ 1 ซี 6.5-6.9%** <sup>ก</sup> | 4.30  | 11.15 | 15.53 |
| - การควบคุมระดับฮีโมโกลบินเอ 1 ซี 7.0-7.4%                | 18.10 | 14.10 | 13.90 |
| - การควบคุมระดับฮีโมโกลบินเอ 1 ซี 7.5-7.9%                | 11.70 | 9.70  | 8.95  |
| - การควบคุมระดับฮีโมโกลบินเอ 1 ซี 8.0-8.9%                | 18.10 | 16.50 | 11.05 |
| - การควบคุมระดับฮีโมโกลบินเอ 1 ซี ≥9.0%                   | 28.70 | 33.20 | 30.10 |







### 1.3 การประเมินปัจจัยเสี่ยง

| อ.โลกศรีสุวรรณ                                 | 2549  | 2550  | 2551  |
|------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - การประเมินปัจจัยเสี่ยง ครบ 4 รายการ*         | 73.21 | 82.94 | 90.21 |
| - อัตราการสูบบุหรี่ <sup>๓</sup> ที่พบในกลุ่ม* |       |       |       |
| - อัตราผู้ที่หยุดสูบบุหรี่ที่พบในกลุ่ม         |       |       |       |

| อ.คำตากล้า                                     | 2549 | 2550 | 2551 |
|------------------------------------------------|------|------|------|
| - การประเมินปัจจัยเสี่ยง ครบ 4 รายการ*         | 94.9 | 81.4 | 90.2 |
| - อัตราการสูบบุหรี่ <sup>๓</sup> ที่พบในกลุ่ม* | 10.7 | 10.7 | 10.7 |
| - อัตราผู้ที่หยุดสูบบุหรี่ที่พบในกลุ่ม         |      |      |      |

| อ.นิคมน้ำออน                                   | 2549 | 2550 | 2551 |
|------------------------------------------------|------|------|------|
| - การประเมินปัจจัยเสี่ยง ครบ 4 รายการ*         | 75   | 82   | 83.5 |
| - อัตราการสูบบุหรี่ <sup>๓</sup> ที่พบในกลุ่ม* | 9    | 7.5  | 7.25 |
| - อัตราผู้ที่หยุดสูบบุหรี่ที่พบในกลุ่ม         | 16   | 22   | 23.5 |

| อ.บ้านม่วง                                     | 2549 | 2550  | 2551  |
|------------------------------------------------|------|-------|-------|
| - การประเมินปัจจัยเสี่ยง ครบ 4 รายการ*         |      | 65    | 70    |
| - อัตราการสูบบุหรี่ <sup>๓</sup> ที่พบในกลุ่ม* |      | 14.57 | 13.96 |
| - อัตราผู้ที่หยุดสูบบุหรี่ที่พบในกลุ่ม         |      | 1.95  | 2.25  |

| อ.พังโคน                                       | 2549  | 2550  | 2551  |
|------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - การประเมินปัจจัยเสี่ยง ครบ 4 รายการ*         | 55.55 | 55.32 | 70.16 |
| - อัตราการสูบบุหรี่ <sup>๓</sup> ที่พบในกลุ่ม* | 4.39  | 3.96  | 7.9   |
| - อัตราผู้ที่หยุดสูบบุหรี่ที่พบในกลุ่ม         | 1.61  | 1.84  | 2.47  |

| อ.โพนนาแก้ว                                    | 2549 | 2550 | 2551  |
|------------------------------------------------|------|------|-------|
| - การประเมินปัจจัยเสี่ยง ครบ 4 รายการ*         |      |      |       |
| - อัตราการสูบบุหรี่ <sup>๓</sup> ที่พบในกลุ่ม* |      |      | 34.78 |
| - อัตราผู้ที่หยุดสูบบุหรี่ที่พบในกลุ่ม         |      |      | 11.07 |

| อ.ภูพาน                                        | 2549  | 2550  | 2551  |
|------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - การประเมินปัจจัยเสี่ยง ครบ 4 รายการ*         | 0     | 20.42 | 58.45 |
| - อัตราการสูบบุหรี่ <sup>๓</sup> ที่พบในกลุ่ม* | 23.58 | 18.45 | 17.24 |
| - อัตราผู้ที่หยุดสูบบุหรี่ที่พบในกลุ่ม         | 1.23  | 1.45  | 1.53  |

| อ.วานรนิวาส                                    | 2549  | 2550 | 2551  |
|------------------------------------------------|-------|------|-------|
| - การประเมินปัจจัยเสี่ยง ครบ 4 รายการ*         | 96.67 | 100  | 98.27 |
| - อัตราการสูบบุหรี่ <sup>๓</sup> ที่พบในกลุ่ม* |       |      | 3.83  |
| - อัตราผู้ที่หยุดสูบบุหรี่ที่พบในกลุ่ม         |       |      | 12.5  |

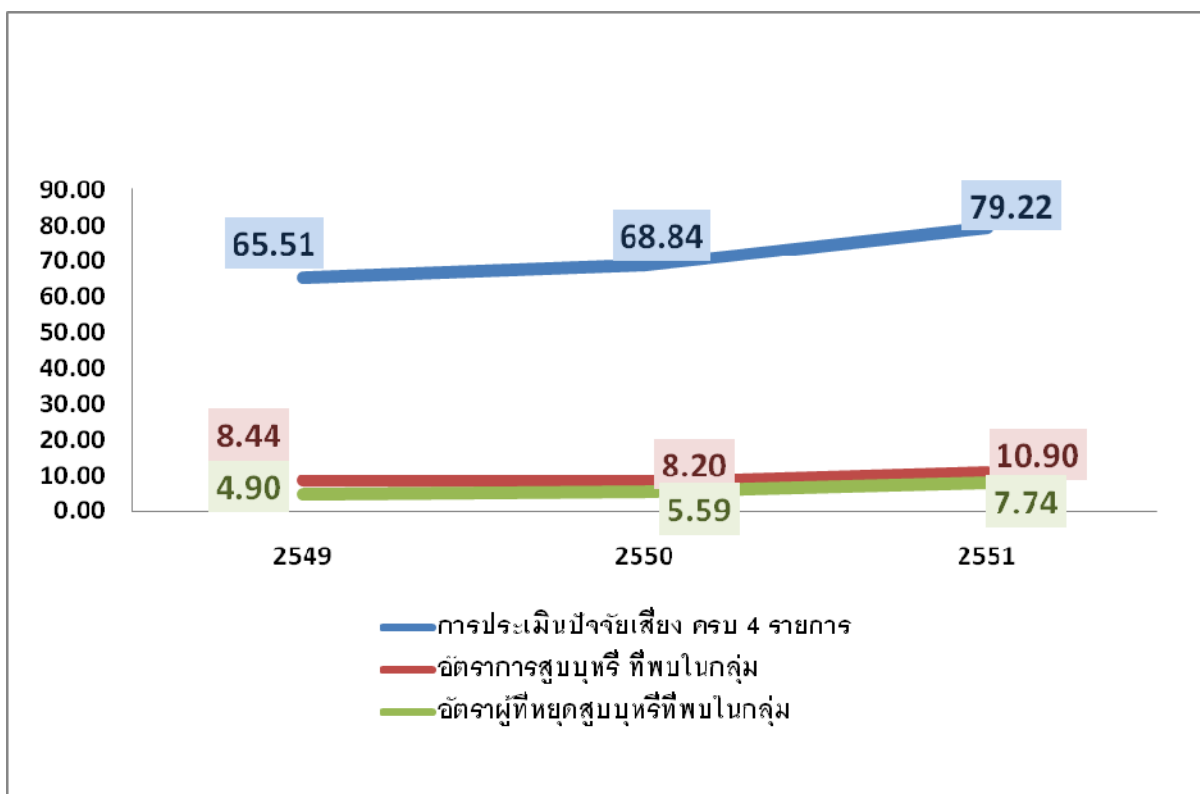
| อ.วาริชภูมิ                                    | 2549  | 2550  | 2551  |
|------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - การประเมินปัจจัยเสี่ยง ครบ 4 รายการ*         | 49.71 | 50.44 | 63.37 |
| - อัตราการสูบบุหรี่ <sup>๓</sup> ที่พบในกลุ่ม* | 1.07  | 1.04  | 1.08  |
| - อัตราผู้ที่หยุดสูบบุหรี่ที่พบในกลุ่ม         |       |       |       |

| อ.สว่างแดนดิน                                  | 2549 | 2550 | 2551 |
|------------------------------------------------|------|------|------|
| - การประเมินปัจจัยเสี่ยง ครบ 4 รายการ*         |      |      | 74   |
| - อัตราการสูบบุหรี่ <sup>๓</sup> ที่พบในกลุ่ม* |      |      |      |
| - อัตราผู้ที่หยุดสูบบุหรี่ที่พบในกลุ่ม         |      |      |      |

| อ.ส่องดาว                                      | 2549 | 2550 | 2551 |
|------------------------------------------------|------|------|------|
| - การประเมินปัจจัยเสี่ยง ครบ 4 รายการ*         | 79   | 82   | 94   |
| - อัตราการสูบบุหรี่ <sup>๓</sup> ที่พบในกลุ่ม* | 1.92 | 1.15 | 1.37 |
| - อัตราผู้ที่หยุดสูบบุหรี่ที่พบในกลุ่ม         | 0.77 | 0.69 | 0.84 |

| คำชะแล                                         | 2549  | 2550  | 2551  |
|------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - การประเมินปัจจัยเสี่ยง ครบ 4 รายการ*         | 65.51 | 68.84 | 79.22 |
| - อัตราการสูบบุหรี่ <sup>๓</sup> ที่พบในกลุ่ม* | 8.44  | 8.20  | 10.90 |

|                                       |      |      |      |
|---------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราผู้ที่ยุคสูบบุหรี่ที่พบในกลุ่ม | 4.90 | 5.59 | 7.74 |
|---------------------------------------|------|------|------|



#### 1.4 การวัด BMI และรอบพุง

##### - การวัด BMI

| อ.โคกศรีสุพรรณ                                     | 2549  | 2550  | 2551  |
|----------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราที่มีข้อมูล BMI*                            | 90.21 | 95.43 | 97.67 |
| - ค่าเฉลี่ย BMI (kg/m <sup>2</sup> )* <sup>ก</sup> | 23.97 | 23.85 | 23.84 |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI ≥25** <sup>ก</sup>           | 32.96 | 33.29 | 33.24 |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI 23-24.9** <sup>ก</sup>       | 23.78 | 27.70 | 29.72 |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI 18.5-22.9                    | 25.63 | 26.04 | 26.29 |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI <18.5                        | 7.84  | 8.4   | 8.42  |

| อ.ลำพูน                                            | 2549  | 2550  | 2551  |
|----------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราที่มีข้อมูล BMI*                            | 100   | 100   | 100   |
| - ค่าเฉลี่ย BMI (kg/m <sup>2</sup> )* <sup>ก</sup> |       |       |       |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI ≥25** <sup>ก</sup>           | 30.15 | 32.65 | 35.76 |

|                                              |       |       |       |
|----------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI 23-24.9** <sup>ก</sup> | รวม   | รวม   | รวม   |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI 18.5-22.9              | 58.65 | 56.9  | 52.66 |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI <18.5                  | 11.20 | 10.45 | 11.57 |

| อ.เจริญศิลป์                                        | 2549 | 2550  | 2551  |
|-----------------------------------------------------|------|-------|-------|
| - อัตราที่มีข้อมูล BMI*                             |      | 86.11 | 91.02 |
| - ค่าเฉลี่ย BMI (kg/m <sup>2</sup> )** <sup>ก</sup> |      |       |       |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI ≥25** <sup>ก</sup>            |      |       |       |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI 23-24.9** <sup>ก</sup>        |      |       |       |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI 18.5-22.9                     |      |       |       |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI <18.5                         |      |       |       |

| อ.นิคมคำนูน                                         | 2549 | 2550 | 2551 |
|-----------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่มีข้อมูล BMI*                             | 85   | 92   | 95   |
| - ค่าเฉลี่ย BMI (kg/m <sup>2</sup> )** <sup>ก</sup> | 23.5 | 23.4 | 23.6 |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI ≥25** <sup>ก</sup>            | 18   | 18.5 | 19   |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI 23-24.9** <sup>ก</sup>        | 29   | 27   | 26   |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI 18.5-22.9                     | 44   | 43.5 | 43   |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI <18.5                         | 9    | 11   | 12   |

| อ.บ้านม่วง                                          | 2549 | 2550  | 2551 |
|-----------------------------------------------------|------|-------|------|
| - อัตราที่มีข้อมูล BMI*                             |      | 91    | 91.5 |
| - ค่าเฉลี่ย BMI (kg/m <sup>2</sup> )** <sup>ก</sup> |      | 24.91 | 25.1 |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI ≥25** <sup>ก</sup>            |      | 29.15 | 31   |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI 23-24.9** <sup>ก</sup>        |      | 38.13 | 35.4 |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI 18.5-22.9                     |      | 17.72 | 23.6 |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI <18.5                         |      | 15    | 10   |

| อ.บ้านม่วง | 2549 | 2550 | 2551 |
|------------|------|------|------|
|------------|------|------|------|

|                                                    |  |       |      |
|----------------------------------------------------|--|-------|------|
| - อัตราที่มีข้อมูล BMI*                            |  | 91    | 91.5 |
| - ค่าเฉลี่ย BMI (kg/m <sup>2</sup> )* <sup>ก</sup> |  | 24.91 | 25.1 |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI ≥25* <sup>ก</sup>            |  | 29.15 | 31   |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI 23-24.9* <sup>ก</sup>        |  | 38.13 | 35.4 |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI 18.5-22.9                    |  | 17.72 | 23.6 |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI <18.5                        |  | 15    | 10   |

| อ.พรรณานิคม                                        | 2549 | 2550 | 2551 |
|----------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่มีข้อมูล BMI*                            | 100  | 100  | 100  |
| - ค่าเฉลี่ย BMI (kg/m <sup>2</sup> )* <sup>ก</sup> |      |      |      |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI ≥25* <sup>ก</sup>            |      |      |      |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI 23-24.9* <sup>ก</sup>        |      |      |      |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI 18.5-22.9                    |      |      |      |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI <18.5                        |      |      |      |

| อ.พังโคน                                           | 2549  | 2550  | 2551  |
|----------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราที่มีข้อมูล BMI*                            | 44.08 | 45.57 | 79.84 |
| - ค่าเฉลี่ย BMI (kg/m <sup>2</sup> )* <sup>ก</sup> | 24.92 | 25.01 | 25.59 |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI ≥25* <sup>ก</sup>            | 40.64 | 38.4  | 37.35 |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI 23-24.9* <sup>ก</sup>        | รวม   | รวม   | รวม   |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI 18.5-22.9                    | 55.43 | 57.58 | 58.93 |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI <18.5                        | 4.11  | 4.02  | 3.72  |

| อ.ภูพาน                                            | 2549  | 2550  | 2551  |
|----------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราที่มีข้อมูล BMI*                            | 30.32 | 48.45 | 72.43 |
| - ค่าเฉลี่ย BMI (kg/m <sup>2</sup> )* <sup>ก</sup> | 28.5  | 27.4  | 25.6  |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI ≥25* <sup>ก</sup>            | 34.96 | 31.74 | 29.05 |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI 23-24.9* <sup>ก</sup>        | 57.88 | 59.56 | 56.99 |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI 18.5-22.9                    | 7.3   | 8.19  | 13.51 |

|                             |      |      |      |
|-----------------------------|------|------|------|
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI <18.5 | 0.46 | 0.51 | 0.45 |
|-----------------------------|------|------|------|

| อ.เมือง                                             | 2549 | 2550 | 2551 |
|-----------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่มีข้อมูล BMI*                             | 48.5 | 53   | 58.2 |
| - ค่าเฉลี่ย BMI (kg/m <sup>2</sup> )** <sup>ก</sup> | 24.2 | 24.3 | 24   |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI ≥25** <sup>ก</sup>            | 39.5 | 41.2 | 37.2 |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI 23-24.9** <sup>ก</sup>        | 22.3 | 20.7 | 20.6 |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI 18.5-22.9                     | 33   | 33   | 36.4 |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI <18.5                         | 5.2  | 5.1  | 5.8  |

| อ.วานรนิวาส                                         | 2549 | 2550 | 2551  |
|-----------------------------------------------------|------|------|-------|
| - อัตราที่มีข้อมูล BMI*                             |      |      | 98.27 |
| - ค่าเฉลี่ย BMI (kg/m <sup>2</sup> )** <sup>ก</sup> |      |      | 24.92 |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI ≥25** <sup>ก</sup>            |      |      | 24.62 |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI 23-24.9** <sup>ก</sup>        |      |      | 63.64 |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI 18.5-22.9                     |      |      |       |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI <18.5                         |      |      | 5.69  |

| อ.วาริชภูมิ                                         | 2549  | 2550  | 2551  |
|-----------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราที่มีข้อมูล BMI*                             | 72.42 | 70.77 | 74.34 |
| - ค่าเฉลี่ย BMI (kg/m <sup>2</sup> )** <sup>ก</sup> | 24.72 | 24.7  | 24.61 |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI ≥25** <sup>ก</sup>            | 34.38 | 31.97 | 32.89 |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI 23-24.9** <sup>ก</sup>        | 15.24 | 15.56 | 16.45 |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI 18.5-22.9                     | 20.65 | 21.05 | 22.25 |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI <18.5                         | 2.14  | 2.2   | 2.75  |

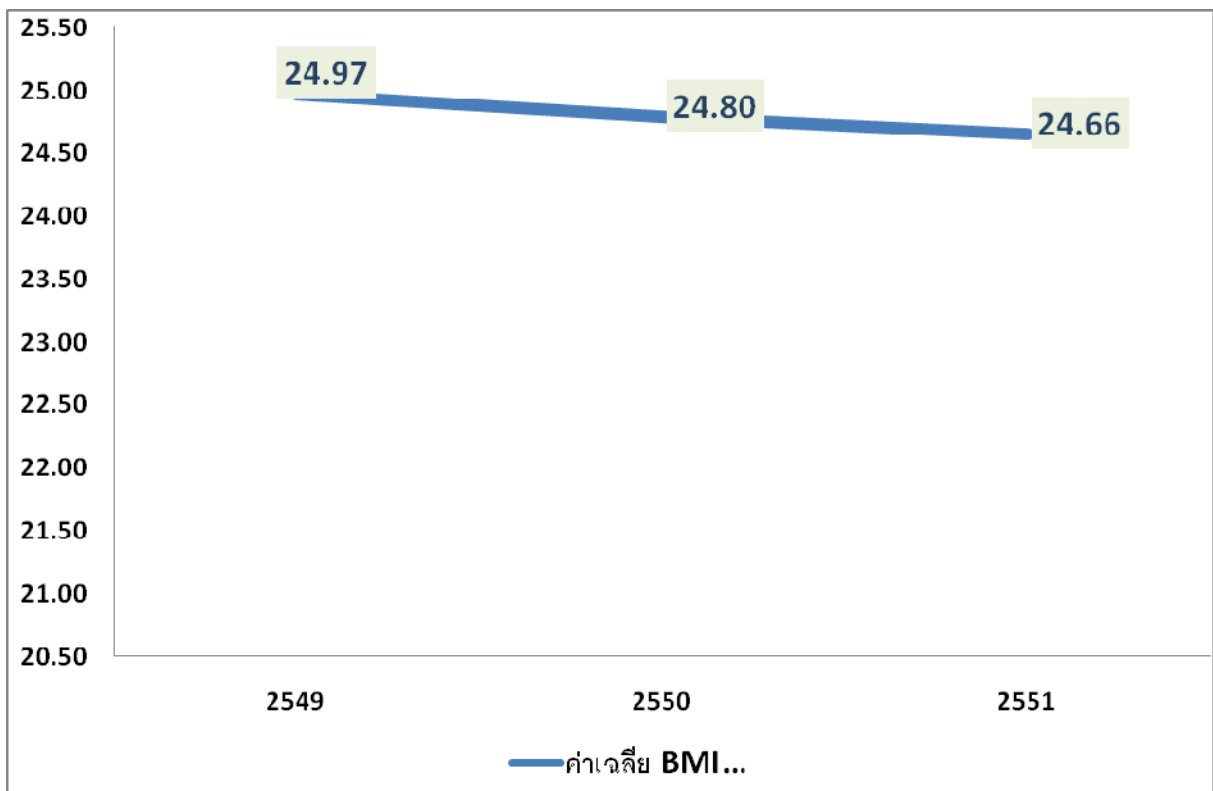
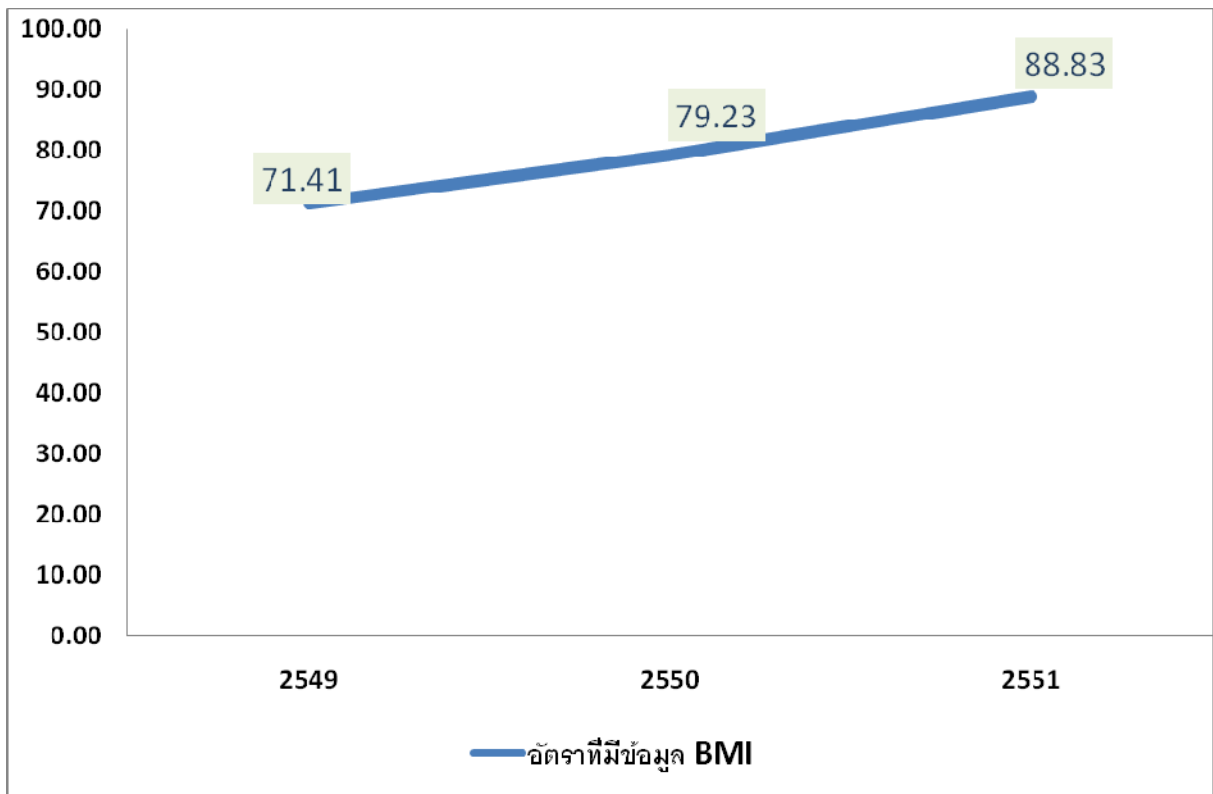
| อ.สว่างแดนดิน                                       | 2549 | 2550 | 2551 |
|-----------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่มีข้อมูล BMI*                             |      |      | 100  |
| - ค่าเฉลี่ย BMI (kg/m <sup>2</sup> )** <sup>ก</sup> |      | >25  | >25  |

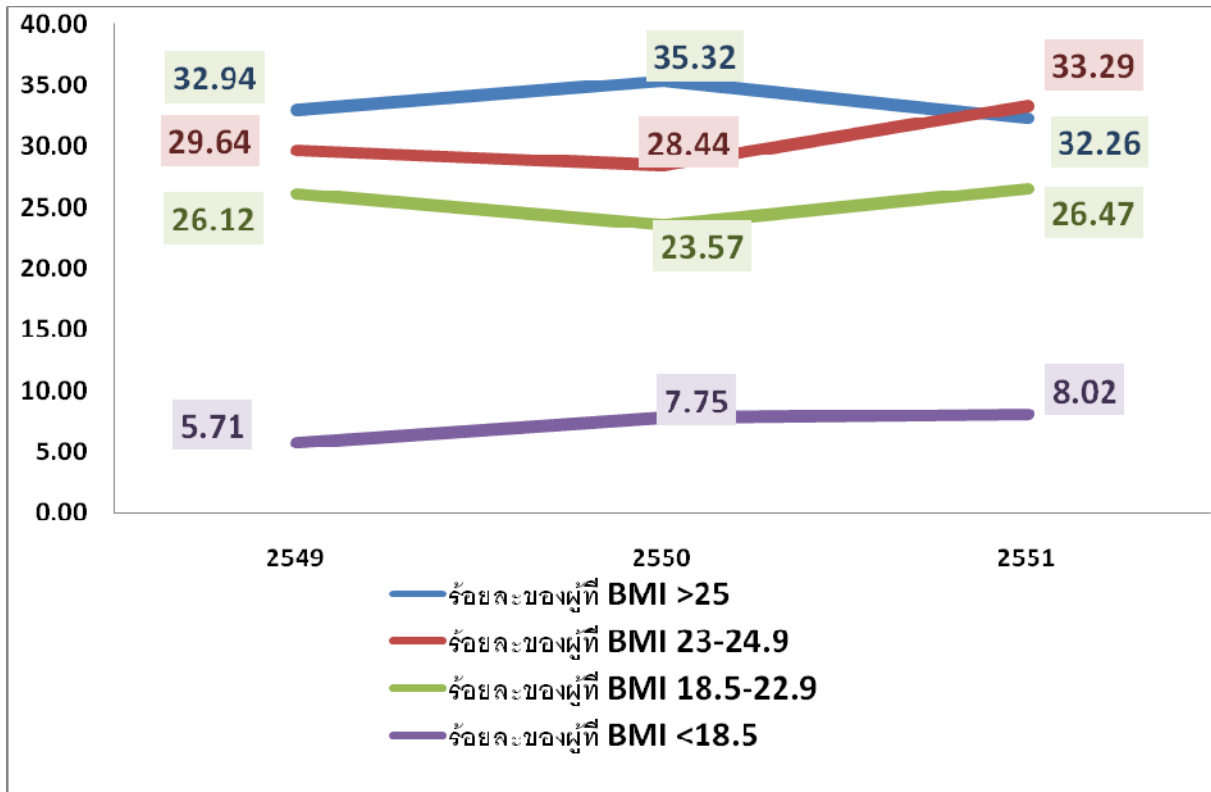
|                                               |  |       |       |
|-----------------------------------------------|--|-------|-------|
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI $\geq 25^{**\text{ก}}$  |  | 60.98 | 42.48 |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI 23-24.9 $^{**\text{ก}}$ |  | 10.44 | 17.51 |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI 18.5-22.9               |  | 15.51 | 20.23 |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI <18.5                   |  | 13.07 | 19.78 |

| อ.ส่องดาว                                           | 2549 | 2550  | 2551  |
|-----------------------------------------------------|------|-------|-------|
| - อัตราที่มีข้อมูล BMI*                             | 72.2 | 89.15 | 96.57 |
| - ค่าเฉลี่ย BMI ( $\text{kg/m}^2$ ) $^{**\text{ก}}$ |      |       |       |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI $\geq 25^{**\text{ก}}$        |      |       |       |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI 23-24.9 $^{**\text{ก}}$       |      |       |       |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI 18.5-22.9                     |      |       |       |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI <18.5                         |      |       |       |

| ค่าเฉลี่ย                                           | 2549  | 2550  | 2551  |
|-----------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราที่มีข้อมูล BMI*                             | 71.41 | 79.23 | 88.83 |
| - ค่าเฉลี่ย BMI ( $\text{kg/m}^2$ ) $^{**\text{ก}}$ | 24.97 | 24.80 | 24.66 |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI $\geq 25^{**\text{ก}}$        | 32.94 | 35.32 | 32.26 |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI 23-24.9 $^{**\text{ก}}$       | 29.64 | 28.44 | 33.29 |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI 18.5-22.9                     | 26.12 | 23.57 | 26.47 |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI <18.5                         | 5.71  | 7.75  | 8.02  |







- การรอบพุง

| อ.คำตากล้า                      | 2549 | 2550 | 2551  |
|---------------------------------|------|------|-------|
| <b>รอบพุงผู้ชาย</b>             |      |      |       |
| - อัตราการวัดรอบพุงผู้ชาย*      |      |      |       |
| - ค่าเฉลี่ยรอบพุงผู้ชาย**       |      |      |       |
| - อัตราผู้ชายมีรอบพุง≥90 ซม.**  |      |      | 53.5  |
| <b>รอบพุงผู้หญิง</b>            |      |      |       |
| - อัตราการวัดรอบพุงผู้หญิง*     |      |      |       |
| - ค่าเฉลี่ยรอบพุงผู้หญิง**      |      |      |       |
| - อัตราผู้หญิงมีรอบพุง≥80 ซม.** |      |      | 82.35 |

| อ.นิคมน้ำออน                   | 2549 | 2550 | 2551 |
|--------------------------------|------|------|------|
| <b>รอบพุงผู้ชาย</b>            |      |      |      |
| - อัตราการวัดรอบพุงผู้ชาย*     | 90   | 100  | 100  |
| - ค่าเฉลี่ยรอบพุงผู้ชาย**      | 92   | 82   | 85   |
| - อัตราผู้ชายมีรอบพุง≥90 ซม.** | 16   | 18   | 17   |

|                                        |    |     |     |
|----------------------------------------|----|-----|-----|
| <b>รอบพุงผู้หญิง</b>                   |    |     |     |
| - อัตราการวัดรอบพุงผู้หญิง*            | 90 | 100 | 100 |
| - ค่าเฉลี่ยรอบพุงผู้หญิง**             | 86 | 82  | 79  |
| - อัตราผู้หญิงมีรอบพุง $\geq$ 80 ซม.** | 40 | 38  | 32  |

|                                        |             |             |             |
|----------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>อ.พังโคน</b>                        | <b>2549</b> | <b>2550</b> | <b>2551</b> |
| <b>รอบพุงผู้ชาย</b>                    |             |             |             |
| - อัตราการวัดรอบพุงผู้ชาย*             |             |             | 81.56       |
| - ค่าเฉลี่ยรอบพุงผู้ชาย**              |             |             | 89.66       |
| - อัตราผู้ชายมีรอบพุง $\geq$ 90 ซม.**  |             |             | 30.05       |
| <b>รอบพุงผู้หญิง</b>                   |             |             |             |
| - อัตราการวัดรอบพุงผู้หญิง*            |             |             | 85.44       |
| - ค่าเฉลี่ยรอบพุงผู้หญิง**             |             |             | 81.01       |
| - อัตราผู้หญิงมีรอบพุง $\geq$ 80 ซม.** |             |             | 49.01       |

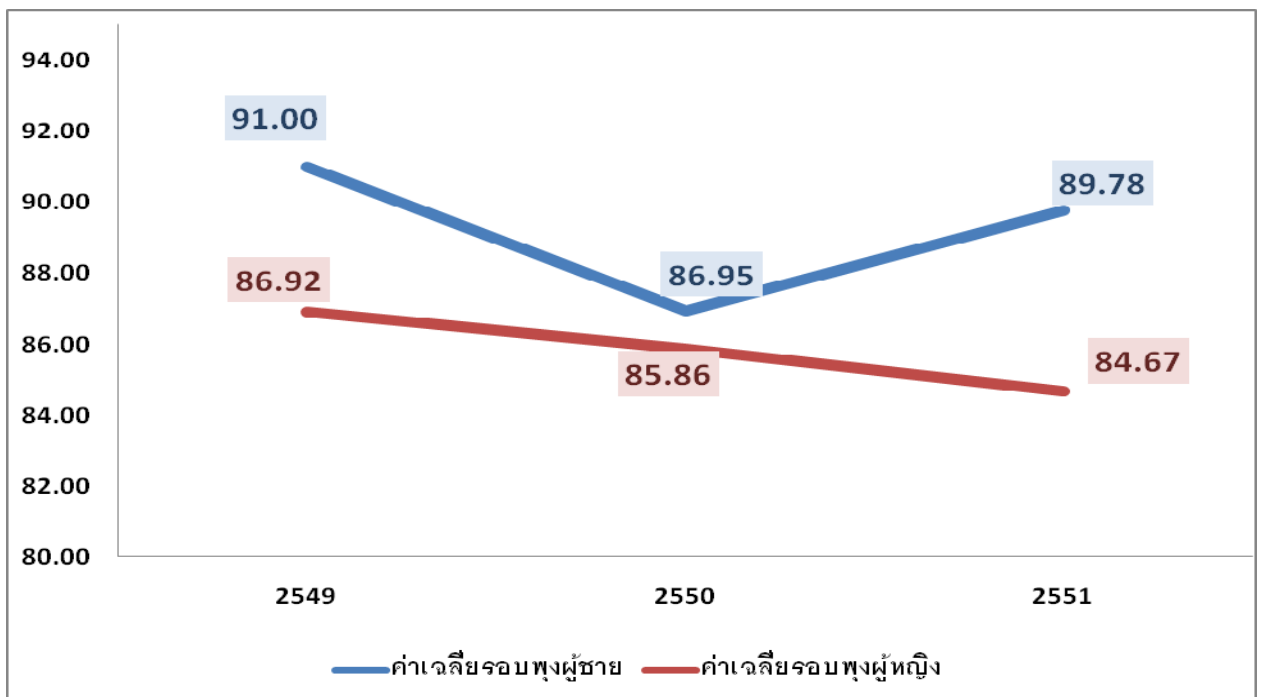
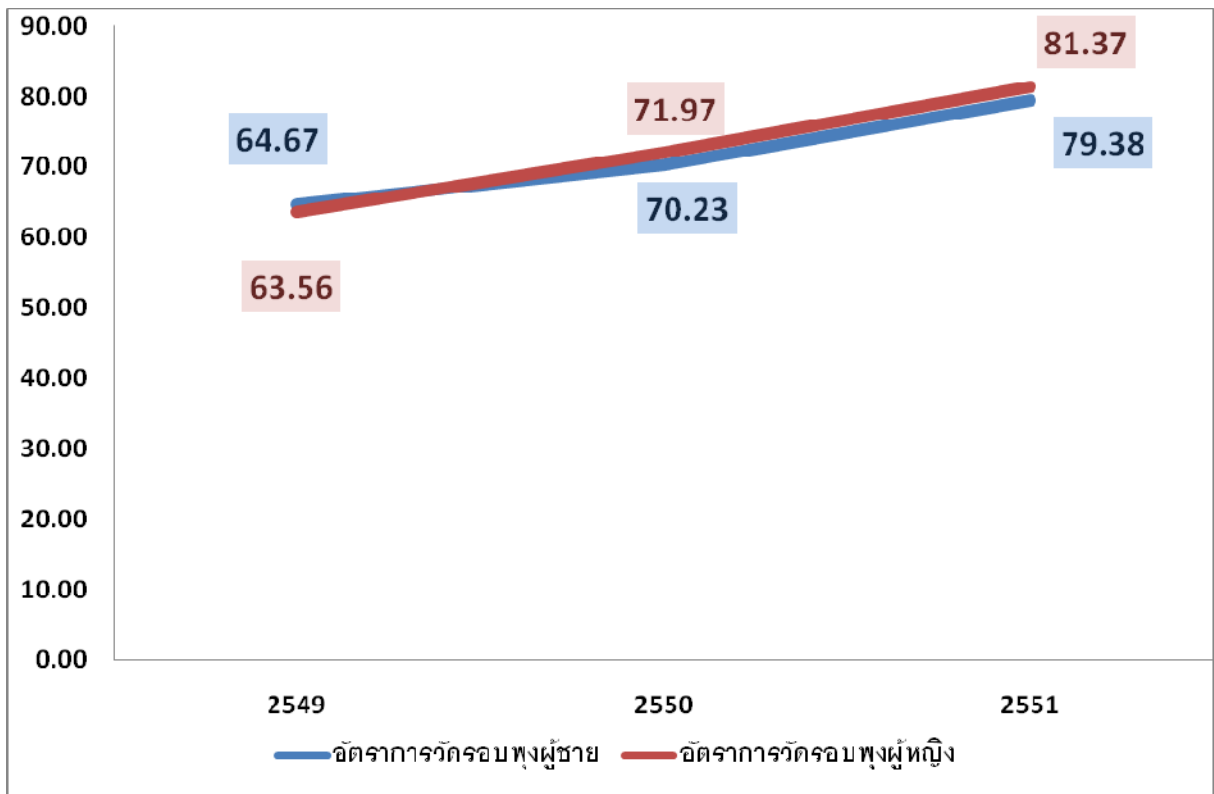
|                                        |             |             |             |
|----------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>อ.ภูพาน</b>                         | <b>2549</b> | <b>2550</b> | <b>2551</b> |
| <b>รอบพุงผู้ชาย</b>                    |             |             |             |
| - อัตราการวัดรอบพุงผู้ชาย*             | 64.26       | 70.25       | 72.46       |
| - ค่าเฉลี่ยรอบพุงผู้ชาย**              | 89.43       | 87.52       | 88.49       |
| - อัตราผู้ชายมีรอบพุง $\geq$ 90 ซม.**  | 22.53       | 22.47       | 22.59       |
| <b>รอบพุงผู้หญิง</b>                   |             |             |             |
| - อัตราการวัดรอบพุงผู้หญิง*            | 56.16       | 72.47       | 73.53       |
| - ค่าเฉลี่ยรอบพุงผู้หญิง**             | 85.72       | 86.57       | 88.42       |
| - อัตราผู้หญิงมีรอบพุง $\geq$ 80 ซม.** | 64.59       | 69.43       | 70.35       |

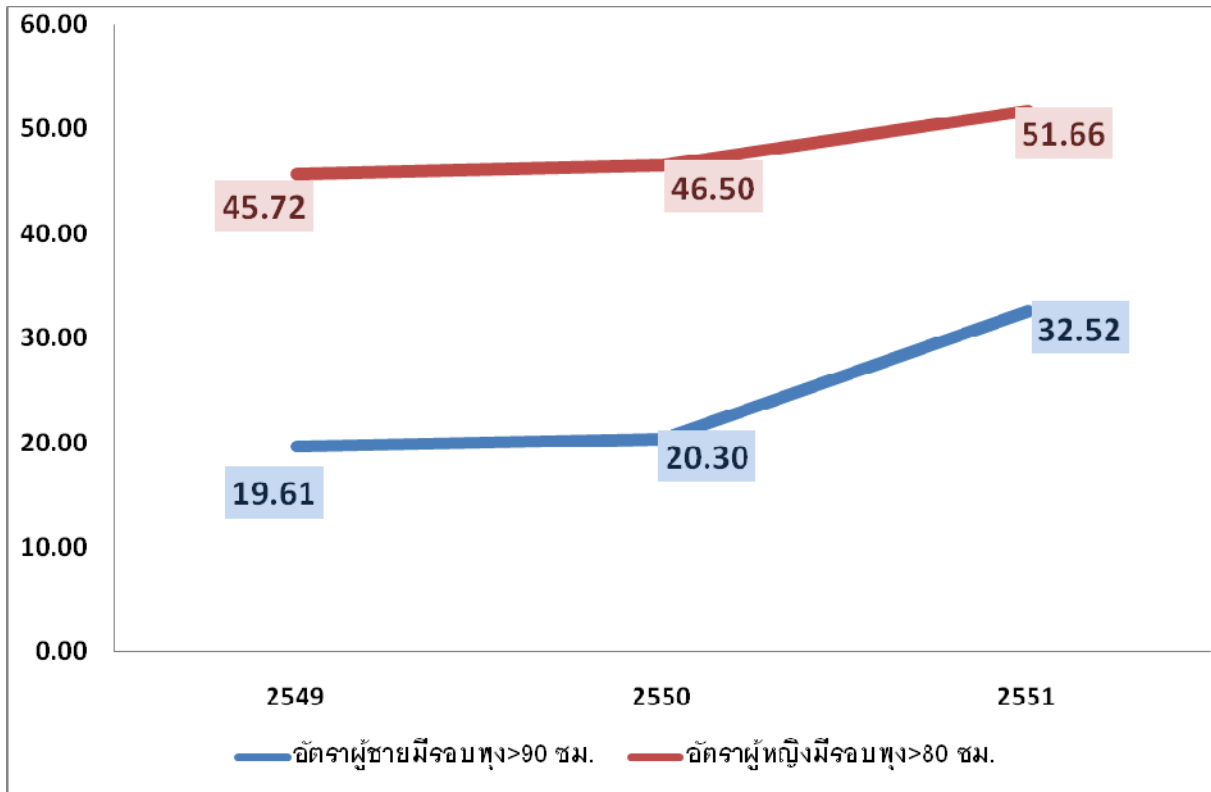
|                            |             |             |             |
|----------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>อ.วานรนิวาส</b>         | <b>2549</b> | <b>2550</b> | <b>2551</b> |
| <b>รอบพุงผู้ชาย</b>        |             |             |             |
| - อัตราการวัดรอบพุงผู้ชาย* |             |             | 98.27       |
| - ค่าเฉลี่ยรอบพุงผู้ชาย**  |             |             | 94.62       |

|                                        |  |  |       |
|----------------------------------------|--|--|-------|
| - อัตราผู้ชายมีรอบพุง $\geq$ 90 ซม.**  |  |  | 50    |
| <b>รอบพุงผู้หญิง</b>                   |  |  |       |
| - อัตราการวัดรอบพุงผู้หญิง*            |  |  | 98.27 |
| - ค่าเฉลี่ยรอบพุงผู้หญิง**             |  |  | 86.21 |
| - อัตราผู้หญิงมีรอบพุง $\geq$ 80 ซม.** |  |  | 40    |

| <b>อ.วารีขภูมิ</b>                     | <b>2549</b> | <b>2550</b> | <b>2551</b> |
|----------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>รอบพุงผู้ชาย</b>                    |             |             |             |
| - อัตราการวัดรอบพุงผู้ชาย*             | 39.74       | 40.43       | 44.61       |
| - ค่าเฉลี่ยรอบพุงผู้ชาย**              | 91.56       | 91.34       | 91.14       |
| - อัตราผู้ชายมีรอบพุง $\geq$ 90 ซม.**  | 20.31       | 20.43       | 21.98       |
| <b>รอบพุงผู้หญิง</b>                   |             |             |             |
| - อัตราการวัดรอบพุงผู้หญิง*            | 44.51       | 43.43       | 49.59       |
| - ค่าเฉลี่ยรอบพุงผู้หญิง**             | 89.05       | 89.01       | 88.7        |
| - อัตราผู้หญิงมีรอบพุง $\geq$ 80 ซม.** | 32.57       | 32.06       | 36.26       |

| <b>ค่าเฉลี่ย</b>                       | <b>2549</b> | <b>2550</b> | <b>2551</b> |
|----------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>รอบพุงผู้ชาย</b>                    |             |             |             |
| - อัตราการวัดรอบพุงผู้ชาย*             | 64.67       | 70.23       | 79.38       |
| - ค่าเฉลี่ยรอบพุงผู้ชาย**              | 91.00       | 86.95       | 89.78       |
| - อัตราผู้ชายมีรอบพุง $\geq$ 90 ซม.**  | 19.61       | 20.30       | 32.52       |
| <b>รอบพุงผู้หญิง</b>                   |             |             |             |
| - อัตราการวัดรอบพุงผู้หญิง*            | 63.56       | 71.97       | 81.37       |
| - ค่าเฉลี่ยรอบพุงผู้หญิง**             | 86.92       | 85.86       | 84.67       |
| - อัตราผู้หญิงมีรอบพุง $\geq$ 80 ซม.** | 45.72       | 46.50       | 51.66       |





### 1.5 ความดันโลหิต

| อ.กุดบาก                                                                              | 2549  | 2550  | 2551  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการวัดความดันโลหิต* <sup>†</sup>                                               |       |       |       |
| - อัตราการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย** <sup>†</sup><br>(BP<130/80 มม.ปรอท) | 39.74 | 40.43 | 44.61 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต<130/80 มม.ปรอท                                   | 91.56 | 91.34 | 91.14 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต>130/80 มม.ปรอท                                   | 20.31 | 20.43 | 21.98 |

| อ.กุสุมาลย์                                                                           | 2549 | 2550 | 2551 |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการวัดความดันโลหิต* <sup>†</sup>                                               | 100  | 100  | 100  |
| - อัตราการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย** <sup>†</sup><br>(BP<130/80 มม.ปรอท) |      |      |      |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต<130/80 มม.ปรอท                                   |      |      |      |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต>130/80 มม.ปรอท                                   |      |      |      |

| อ.โลกศรีสุวรรณ | 2549 | 2550 | 2551 |
|----------------|------|------|------|
|----------------|------|------|------|

|                                                                                       |       |       |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการวัดความดันโลหิต* <sup>๓</sup>                                               | 100   | 100   | 100   |
| - อัตราการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย** <sup>๓</sup><br>(BP<130/80 มม.ปรอท) | 70.71 | 71.27 | 70.92 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต<130/80 มม.ปรอท                                   |       |       |       |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต>130/80 มม.ปรอท                                   |       |       |       |

| อ.คำตากล้า                                                                            | 2549  | 2550  | 2551  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการวัดความดันโลหิต* <sup>๓</sup>                                               | 100   | 100   | 100   |
| - อัตราการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย** <sup>๓</sup><br>(BP<130/80 มม.ปรอท) | 77.63 | 69.42 | 62.71 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต<130/80 มม.ปรอท                                   | 77.63 | 69.42 | 62.71 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต>130/80 มม.ปรอท                                   | 22.37 | 30.58 | 37.29 |

| อ.เจริญศิลป์                                                                          | 2549  | 2550  | 2551  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการวัดความดันโลหิต* <sup>๓</sup>                                               |       |       |       |
| - อัตราการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย** <sup>๓</sup><br>(BP<130/80 มม.ปรอท) | 75.91 | 78.22 | 81.21 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต<130/80 มม.ปรอท                                   |       |       |       |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต>130/80 มม.ปรอท                                   |       |       |       |

| อ.เต่างอย                                                                             | 2549   | 2550   | 2551   |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|--------|
| - อัตราการวัดความดันโลหิต* <sup>๓</sup>                                               |        |        |        |
| - อัตราการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย** <sup>๓</sup><br>(BP<130/80 มม.ปรอท) | 190 คน | 251 คน | 284 คน |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต<130/80 มม.ปรอท                                   |        |        |        |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต>130/80 มม.ปรอท                                   |        |        |        |

| อ.นิคมจำจาน                                                    | 2549 | 2550 | 2551 |
|----------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการวัดความดันโลหิต* <sup>๓</sup>                        | 100  | 100  | 100  |
| - อัตราการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย** <sup>๓</sup> |      |      |      |

|                                                     |    |    |    |
|-----------------------------------------------------|----|----|----|
| (BP<130/80 มม.ปรอท)                                 |    |    |    |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต<130/80 มม.ปรอท | 45 | 42 | 41 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต>130/80 มม.ปรอท | 55 | 58 | 59 |

|                                                                                       |             |             |             |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>อ.บ้านม่วง</b>                                                                     | <b>2549</b> | <b>2550</b> | <b>2551</b> |
| - อัตราการวัดความดันโลหิต* <sup>๑</sup>                                               | 100         | 100         | 100         |
| - อัตราการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย** <sup>๑</sup><br>(BP<130/80 มม.ปรอท) |             | 51          | 56          |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต<130/80 มม.ปรอท                                   |             |             |             |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต>130/80 มม.ปรอท                                   |             |             |             |

|                                                                                       |             |             |             |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>อ.พรรณานิคม</b>                                                                    | <b>2549</b> | <b>2550</b> | <b>2551</b> |
| - อัตราการวัดความดันโลหิต* <sup>๑</sup>                                               | 100         | 100         | 100         |
| - อัตราการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย** <sup>๑</sup><br>(BP<130/80 มม.ปรอท) |             |             |             |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต<130/80 มม.ปรอท                                   |             |             |             |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต>130/80 มม.ปรอท                                   |             |             |             |

|                                                                                       |             |             |             |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>อ.พังโคน</b>                                                                       | <b>2549</b> | <b>2550</b> | <b>2551</b> |
| - อัตราการวัดความดันโลหิต* <sup>๑</sup>                                               | 100         | 100         | 100         |
| - อัตราการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย** <sup>๑</sup><br>(BP<130/80 มม.ปรอท) |             |             |             |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต<130/80 มม.ปรอท                                   | 68.32       | 72.88       | 80.12       |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต>130/80 มม.ปรอท                                   | 31.68       | 27.12       | 19.88       |

|                                                                                       |             |             |             |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>อ.โพนนาแก้ว</b>                                                                    | <b>2549</b> | <b>2550</b> | <b>2551</b> |
| - อัตราการวัดความดันโลหิต* <sup>๑</sup>                                               |             |             | 100         |
| - อัตราการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย** <sup>๑</sup><br>(BP<130/80 มม.ปรอท) |             |             |             |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต<130/80 มม.ปรอท                                   |             |             |             |



|                                                     |  |  |  |
|-----------------------------------------------------|--|--|--|
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต>130/80 มม.ปรอท |  |  |  |
|-----------------------------------------------------|--|--|--|

| อ.ภูพาน                                                                              | 2549 | 2550  | 2551  |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------|-------|-------|
| - อัตราการวัดความดันโลหิต* <sup>๑</sup>                                              | 87   | 90.46 | 98.59 |
| - อัตราการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย** <sup>๑</sup><br>(BP<130/80มม.ปรอท) | 70.4 | 87.32 | 88.9  |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต<130/80 มม.ปรอท                                  |      |       |       |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต>130/80 มม.ปรอท                                  |      |       |       |

| อ.เมือง                                                                              | 2549 | 2550 | 2551 |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการวัดความดันโลหิต* <sup>๑</sup>                                              | 100  | 100  | 100  |
| - อัตราการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย** <sup>๑</sup><br>(BP<130/80มม.ปรอท) | 46.4 | 47.3 | 49.2 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต<130/80 มม.ปรอท                                  |      |      |      |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต>130/80 มม.ปรอท                                  |      |      |      |

| อ.วานรนิวาส                                                                          | 2549  | 2550  | 2551 |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|------|
| - อัตราการวัดความดันโลหิต* <sup>๑</sup>                                              | 100   | 100   | 100  |
| - อัตราการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย** <sup>๑</sup><br>(BP<130/80มม.ปรอท) | 68.91 | 72.19 | 71   |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต<130/80 มม.ปรอท                                  |       |       |      |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต>130/80 มม.ปรอท                                  |       |       |      |

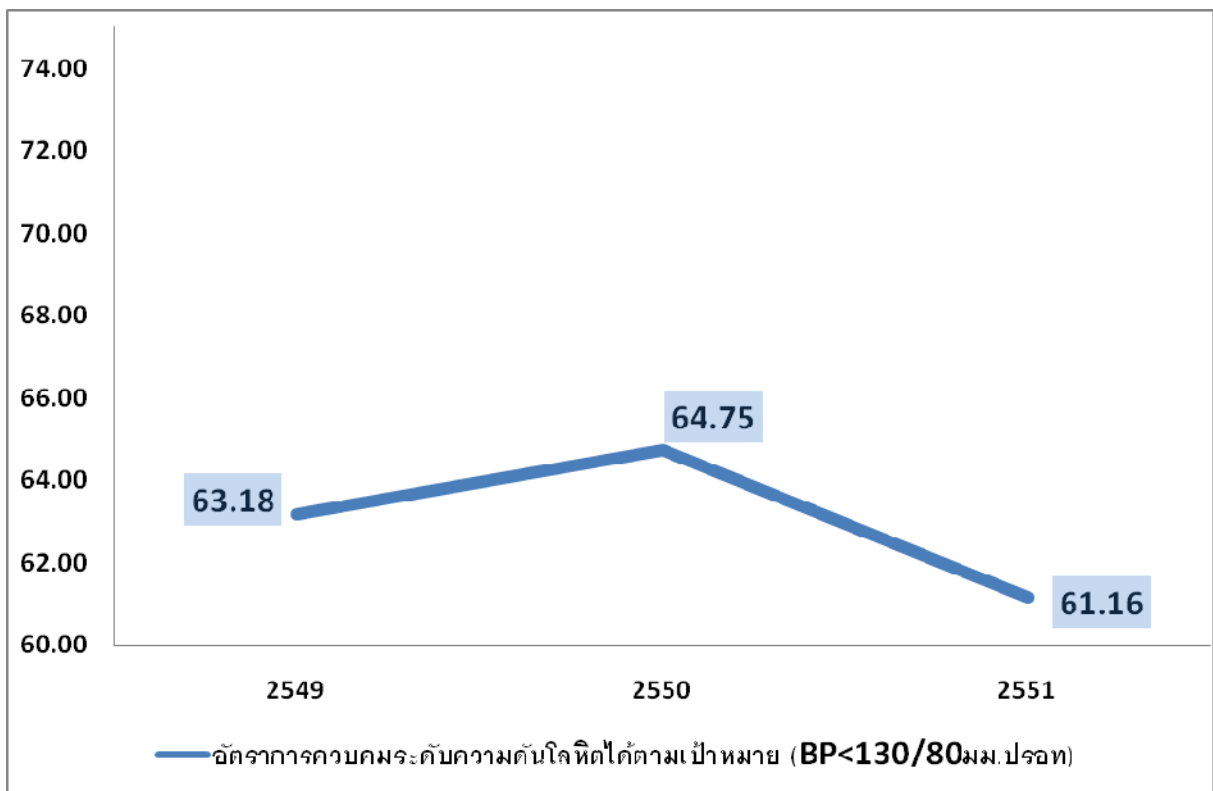
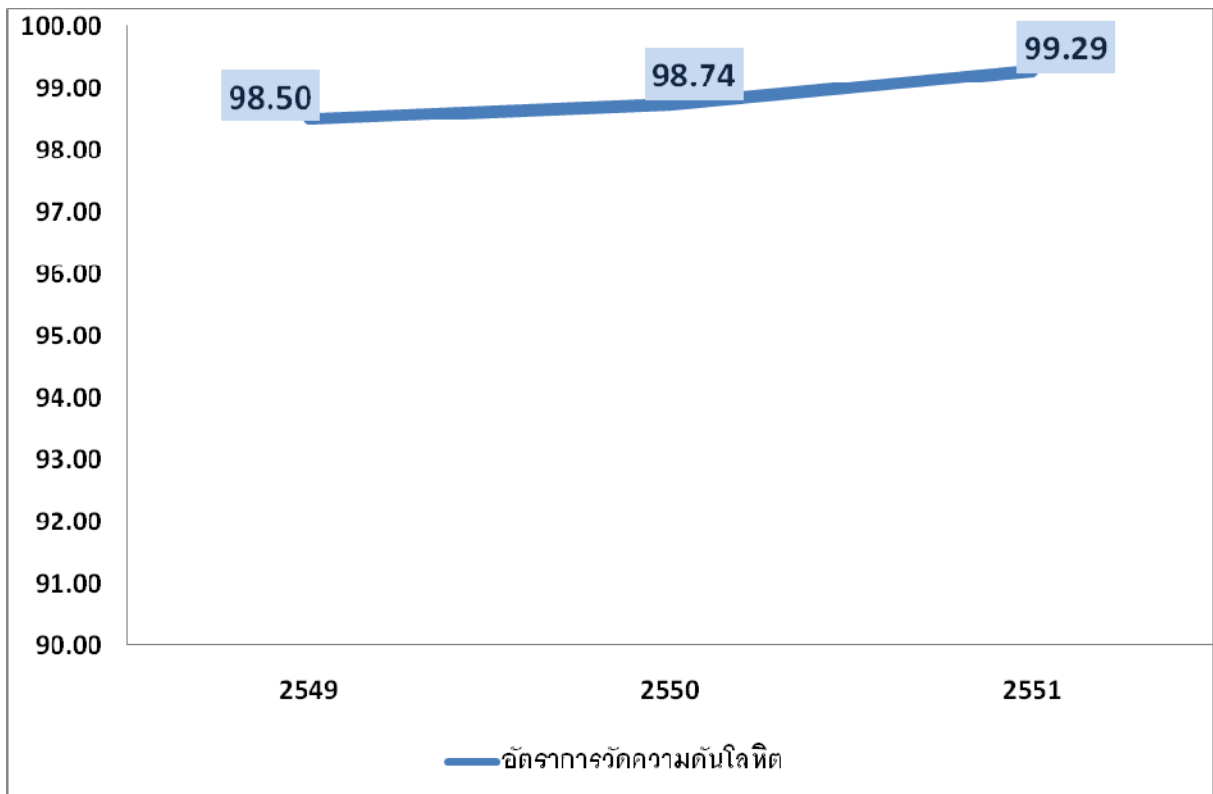
| อ.วาริชภูมิ                                                                          | 2549  | 2550  | 2551  |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการวัดความดันโลหิต* <sup>๑</sup>                                              | 92    | 91.95 | 90.73 |
| - อัตราการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย** <sup>๑</sup><br>(BP<130/80มม.ปรอท) | 51.76 | 45.7  | 36.6  |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต<130/80 มม.ปรอท                                  |       |       |       |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต>130/80 มม.ปรอท                                  |       |       |       |

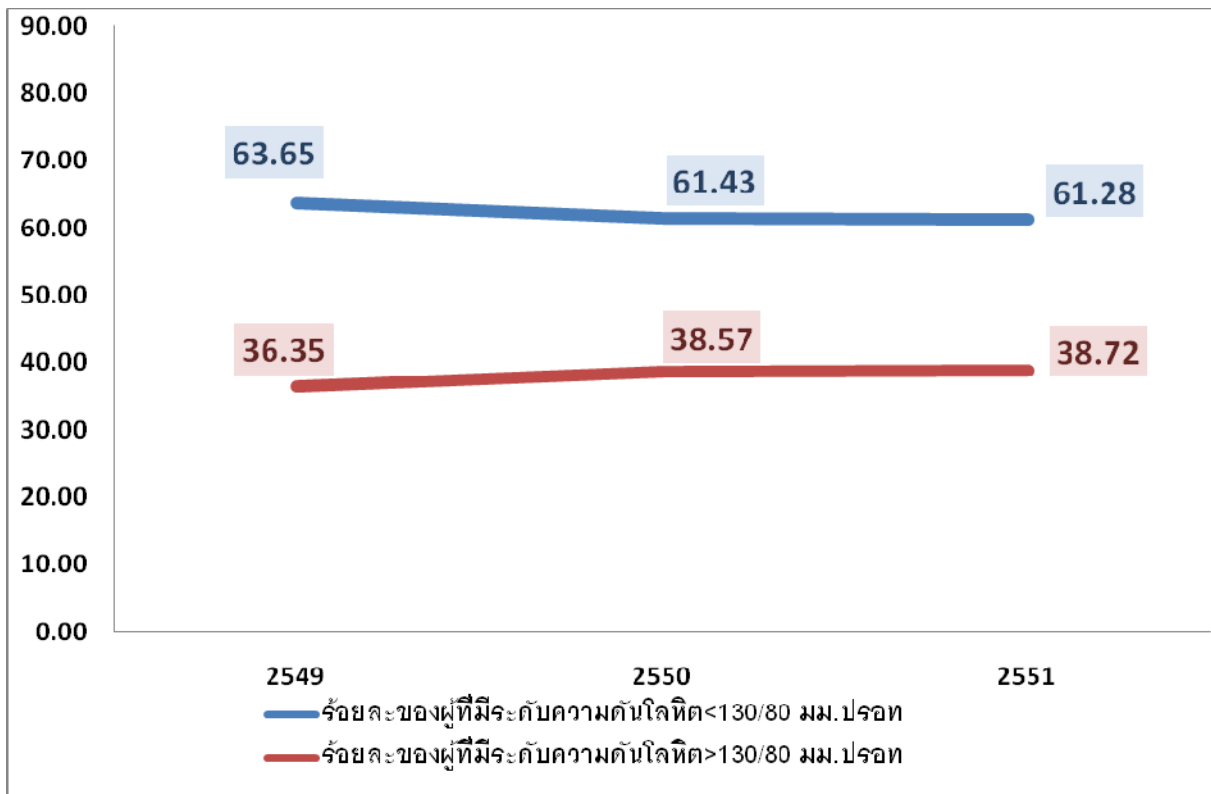
| อ.สว่างแดนดิน                                                                         | 2549 | 2550  | 2551  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------|-------|-------|
| - อัตราการวัดความดันโลหิต* <sup>๓</sup>                                               |      |       |       |
| - อัตราการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย** <sup>๓</sup><br>(BP<130/80 มม.ปรอท) |      | 27.32 | 18.42 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต<130/80 มม.ปรอท                                   |      |       |       |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต>130/80 มม.ปรอท                                   |      |       |       |

| อ.ส่องดาว                                                                             | 2549  | 2550  | 2551 |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|------|
| - อัตราการวัดความดันโลหิต* <sup>๓</sup>                                               | 100   | 100   | 100  |
| - อัตราการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย** <sup>๓</sup><br>(BP<130/80 มม.ปรอท) | 59.14 | 76.97 | 58.8 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต<130/80 มม.ปรอท                                   |       |       |      |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต>130/80 มม.ปรอท                                   |       |       |      |

| อ.อากาศอำนวย                                                                          | 2549 | 2550 | 2551 |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการวัดความดันโลหิต* <sup>๓</sup>                                               | 100  | 100  | 100  |
| - อัตราการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย** <sup>๓</sup><br>(BP<130/80 มม.ปรอท) | 35   | 64   | 57   |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต<130/80 มม.ปรอท                                   |      |      |      |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต>130/80 มม.ปรอท                                   |      |      |      |

| คำชะแล                                                                                | 2549  | 2550  | 2551  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการวัดความดันโลหิต* <sup>๓</sup>                                               | 98.50 | 98.74 | 99.29 |
| - อัตราการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย** <sup>๓</sup><br>(BP<130/80 มม.ปรอท) | 63.18 | 64.75 | 61.16 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต<130/80 มม.ปรอท                                   | 63.65 | 61.43 | 61.28 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต>130/80 มม.ปรอท                                   | 36.35 | 38.57 | 38.72 |





หมายเหตุ: ข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือดตามเกณฑ์ของโครงการ มีข้อมูลใน 5 อำเภอ ดังนี้

| อ.บ้านม่วง                                                   | 2549 | 2550 | 2551 |
|--------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก <130 มม.ปรอท    |      | 22   | 30   |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก 130-139 มม.ปรอท |      | 60   | 55   |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ≥140 มม.ปรอท    |      | 18   | 15   |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก <80 มม.ปรอท   |      | 23   | 15   |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก 80-89 มม.ปรอท |      | 59   | 61   |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ≥90 มม.ปรอท   |      | 18   | 24   |

| อ.ภูพาน                                                      | 2549  | 2550  | 2551  |
|--------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก <130 มม.ปรอท    | 57.06 | 55.35 | 48.79 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก 130-139 มม.ปรอท | 32.45 | 33.33 | 41.02 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ≥140 มม.ปรอท    | 10.49 | 11.32 | 10.25 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก <80 มม.ปรอท   | 54.68 | 52.66 | 46.08 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก 80-89 มม.ปรอท | 36.82 | 40.02 | 45.86 |

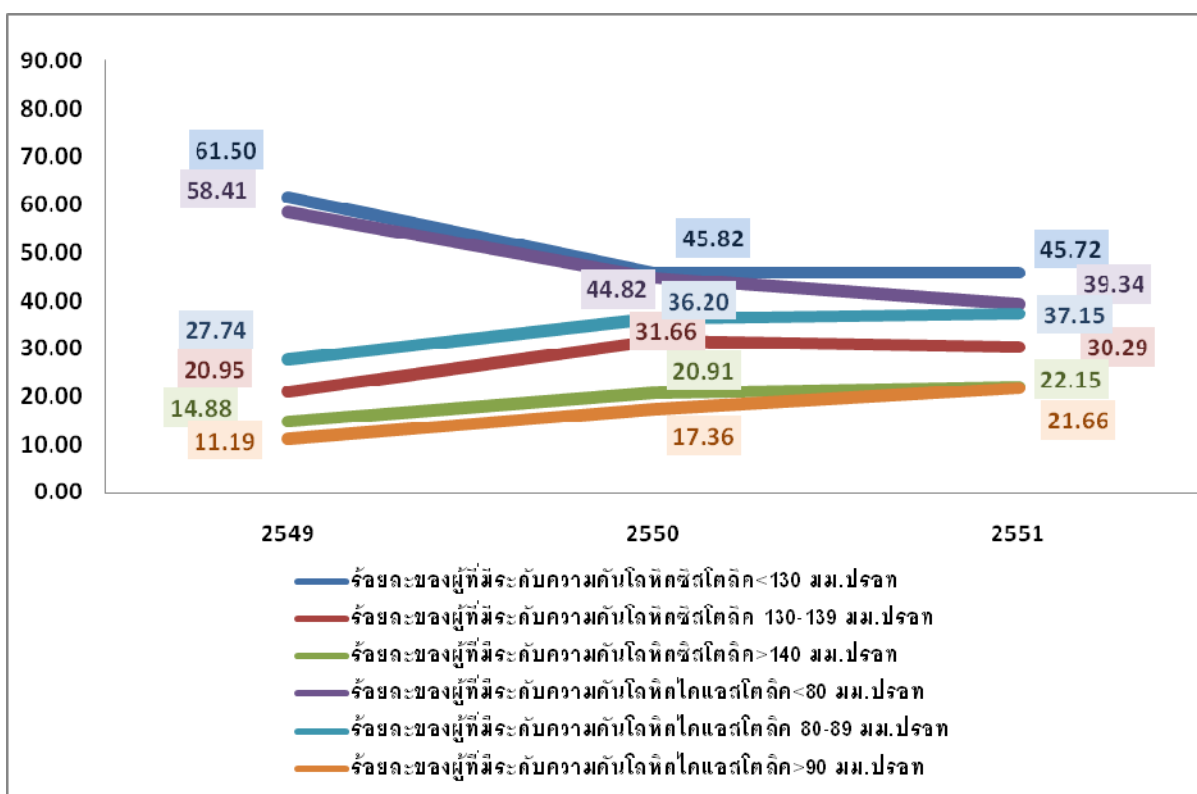
|                                                                  |     |      |      |
|------------------------------------------------------------------|-----|------|------|
| ปรอท                                                             |     |      |      |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก $\geq$ 90 มม.ปรอท | 8.5 | 7.32 | 8.06 |

| อ.เมือง                                                          | 2549 | 2550 | 2551 |
|------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก $<$ 130 มม.ปรอท     | 59.3 | 55   | 58.6 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก130-139 มม.ปรอท      | 17   | 18.4 | 17.2 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก $\geq$ 140 มม.ปรอท  | 23.7 | 26.6 | 24.2 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก $<$ 80 มม.ปรอท    | 66.7 | 72.2 | 74.6 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก80-89 มม.ปรอท      | 19.7 | 17.1 | 17.9 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก $\geq$ 90 มม.ปรอท | 13.6 | 10.7 | 7.5  |

| อ.วาริชภูมิ                                                      | 2549  | 2550  | 2551  |
|------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก $<$ 130 มม.ปรอท     | 68.14 | 63.88 | 54.67 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก130-139 มม.ปรอท      | 13.41 | 14.77 | 19.32 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก $\geq$ 140 มม.ปรอท  | 10.45 | 13.3  | 16.75 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก $<$ 80 มม.ปรอท    | 53.84 | 48.93 | 42.58 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก80-89 มม.ปรอท      | 26.7  | 28.55 | 33.79 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก $\geq$ 90 มม.ปรอท | 11.46 | 14.46 | 14.35 |

| อ.สว่างแดนดิน                                                    | 2549 | 2550  | 2551  |
|------------------------------------------------------------------|------|-------|-------|
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก $<$ 130 มม.ปรอท     |      | 32.86 | 36.52 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก130-139 มม.ปรอท      |      | 31.8  | 18.93 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก $\geq$ 140 มม.ปรอท  |      | 35.34 | 44.55 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก $<$ 80 มม.ปรอท    |      | 27.32 | 18.42 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก80-89 มม.ปรอท      |      | 36.34 | 27.21 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก $\geq$ 90 มม.ปรอท |      | 36.34 | 54.37 |

| ค่าเฉลี่ย                                                   | 2549  | 2550  | 2551  |
|-------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก<130 มม.ปรอท    | 61.50 | 45.82 | 45.72 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก130-139 มม.ปรอท | 20.95 | 31.66 | 30.29 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก≥140 มม.ปรอท    | 14.88 | 20.91 | 22.15 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก<80 มม.ปรอท   | 58.41 | 44.82 | 39.34 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก80-89 มม.ปรอท | 27.74 | 36.20 | 37.15 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก≥90 มม.ปรอท   | 11.19 | 17.36 | 21.66 |



#### 1.6 ระดับไขมันในเลือด

| อ.กุดบาก                                                                          | 2549      | 2550      | 2551      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|
| - อัตราการวัดระดับไขมันในเลือด* <sup>ก</sup>                                      | >ร้อยละ60 | >ร้อยละ60 | >ร้อยละ60 |
| - อัตราการควบคุมระดับ LDL-C ได้ตามเป้าหมาย (ตามกลุ่มความเสี่ยง)** <sup>ก</sup>    |           |           |           |
| - อัตราการควบคุมระดับ nonHDL-C ได้ตามเป้าหมาย (ตามกลุ่มความเสี่ยง)** <sup>ก</sup> |           |           |           |

|                                                                                 |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| - อัตราผู้ชายที่มีระดับ HDL-C $\geq$ 40 มก./ดล.** <sup>ก</sup>                  |  |  |  |
| - อัตราผู้หญิงที่มีระดับ HDL-C $\geq$ 50 มก./ดล.** <sup>ก</sup>                 |  |  |  |
| - อัตราการควบคุมระดับ TG ได้ตามเป้าหมาย<br>(ต่ำกว่า 200 มก./ดล.)** <sup>ก</sup> |  |  |  |

| อ.กุสุมาลย์                                                                          | 2549 | 2550 | 2551 |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการวัดระดับไขมันในเลือด* <sup>ก</sup>                                         | 96   | 98   | 100  |
| - อัตราการควบคุมระดับ LDL-C ได้ตามเป้าหมาย<br>(ตามกลุ่มความเสี่ยง)** <sup>ก</sup>    |      |      |      |
| - อัตราการควบคุมระดับ nonHDL-C ได้ตามเป้าหมาย<br>(ตามกลุ่มความเสี่ยง)** <sup>ก</sup> |      |      |      |
| - อัตราผู้ชายที่มีระดับ HDL-C $\geq$ 40 มก./ดล.** <sup>ก</sup>                       |      |      |      |
| - อัตราผู้หญิงที่มีระดับ HDL-C $\geq$ 50 มก./ดล.** <sup>ก</sup>                      |      |      |      |
| - อัตราการควบคุมระดับ TG ได้ตามเป้าหมาย<br>(ต่ำกว่า 200 มก./ดล.)** <sup>ก</sup>      |      |      |      |

| อ.โคกศรีสุพรรณ                                                                       | 2549  | 2550  | 2551  |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการวัดระดับไขมันในเลือด* <sup>ก</sup>                                         | 45.89 | 75.94 | 81.2  |
| - อัตราการควบคุมระดับ LDL-C ได้ตามเป้าหมาย<br>(ตามกลุ่มความเสี่ยง)** <sup>ก</sup>    |       | 43.21 | 45.02 |
| - อัตราการควบคุมระดับ nonHDL-C ได้ตามเป้าหมาย<br>(ตามกลุ่มความเสี่ยง)** <sup>ก</sup> |       |       |       |
| - อัตราผู้ชายที่มีระดับ HDL-C $\geq$ 40 มก./ดล.** <sup>ก</sup>                       | 56.49 | 60.29 | 61.32 |
| - อัตราผู้หญิงที่มีระดับ HDL-C $\geq$ 50 มก./ดล.** <sup>ก</sup>                      | 60.29 | 59.96 | 61.41 |
| - อัตราการควบคุมระดับ TG ได้ตามเป้าหมาย<br>(ต่ำกว่า 200 มก./ดล.)** <sup>ก</sup>      | 49.62 | 53.58 | 46.29 |

| อ.คำตากล้า                                   | 2549  | 2550  | 2551  |
|----------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการวัดระดับไขมันในเลือด* <sup>ก</sup> | 66.66 | 84.61 | 89.40 |
| - อัตราการควบคุมระดับ LDL-C ได้ตามเป้าหมาย   |       |       |       |

|                                                                                      |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| (ตามกลุ่มความเสี่ยง)** <sup>ก</sup>                                                  |  |  |  |
| - อัตราการควบคุมระดับ nonHDL-C ได้ตามเป้าหมาย<br>(ตามกลุ่มความเสี่ยง)** <sup>ก</sup> |  |  |  |
| - อัตราผู้ชายที่มีระดับ HDL-C $\geq$ 40 มก./ดล.** <sup>ก</sup>                       |  |  |  |
| - อัตราผู้หญิงที่มีระดับ HDL-C $\geq$ 50 มก./ดล.** <sup>ก</sup>                      |  |  |  |
| - อัตราการควบคุมระดับ TG ได้ตามเป้าหมาย<br>(ต่ำกว่า 200 มก./ดล.)** <sup>ก</sup>      |  |  |  |

| อ.เจริญศิลป์                                                                         | 2549  | 2550  | 2551  |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการวัดระดับไขมันในเลือด* <sup>ก</sup>                                         | 87.71 | 86.75 | 95.42 |
| - อัตราการควบคุมระดับ LDL-C ได้ตามเป้าหมาย<br>(ตามกลุ่มความเสี่ยง)** <sup>ก</sup>    |       |       |       |
| - อัตราการควบคุมระดับ nonHDL-C ได้ตามเป้าหมาย<br>(ตามกลุ่มความเสี่ยง)** <sup>ก</sup> |       |       |       |
| - อัตราผู้ชายที่มีระดับ HDL-C $\geq$ 40 มก./ดล.** <sup>ก</sup>                       |       |       |       |
| - อัตราผู้หญิงที่มีระดับ HDL-C $\geq$ 50 มก./ดล.** <sup>ก</sup>                      |       |       |       |
| - อัตราการควบคุมระดับ TG ได้ตามเป้าหมาย<br>(ต่ำกว่า 200 มก./ดล.)** <sup>ก</sup>      |       |       |       |

| อ.นิคมคำนูน                                                                          | 2549 | 2550 | 2551 |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการวัดระดับไขมันในเลือด* <sup>ก</sup>                                         | 100  | 100  | 100  |
| - อัตราการควบคุมระดับ LDL-C ได้ตามเป้าหมาย<br>(ตามกลุ่มความเสี่ยง)** <sup>ก</sup>    | 52   | 60   | 74   |
| - อัตราการควบคุมระดับ nonHDL-C ได้ตามเป้าหมาย<br>(ตามกลุ่มความเสี่ยง)** <sup>ก</sup> |      |      |      |
| - อัตราผู้ชายที่มีระดับ HDL-C $\geq$ 40 มก./ดล.** <sup>ก</sup>                       | 72   | 81   | 91   |
| - อัตราผู้หญิงที่มีระดับ HDL-C $\geq$ 50 มก./ดล.** <sup>ก</sup>                      | 76   | 89   | 92   |
| - อัตราการควบคุมระดับ TG ได้ตามเป้าหมาย<br>(ต่ำกว่า 200 มก./ดล.)** <sup>ก</sup>      | 61   | 68   | 78   |



| อ.บ้านม่วง                                                                           | 2549 | 2550 | 2551 |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการวัดระดับไขมันในเลือด* <sup>ก</sup>                                         |      |      |      |
| - อัตราการควบคุมระดับ LDL-C ได้ตามเป้าหมาย<br>(ตามกลุ่มความเสี่ยง)** <sup>ก</sup>    |      |      |      |
| - อัตราการควบคุมระดับ nonHDL-C ได้ตามเป้าหมาย<br>(ตามกลุ่มความเสี่ยง)** <sup>ก</sup> |      |      |      |
| - อัตราผู้ชายที่มีระดับ HDL-C $\geq$ 40 มก./ดล.** <sup>ก</sup>                       |      |      |      |
| - อัตราผู้หญิงที่มีระดับ HDL-C $\geq$ 50 มก./ดล.** <sup>ก</sup>                      |      |      |      |
| - อัตราการควบคุมระดับ TG ได้ตามเป้าหมาย<br>(ต่ำกว่า 200 มก./ดล.)** <sup>ก</sup>      | 60   | 57   | 50   |

| อ.พังโคน                                                                             | 2549  | 2550  | 2551  |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการวัดระดับไขมันในเลือด* <sup>ก</sup>                                         | 85.36 | 86.03 | 90.01 |
| - อัตราการควบคุมระดับ LDL-C ได้ตามเป้าหมาย<br>(ตามกลุ่มความเสี่ยง)** <sup>ก</sup>    | 57.89 | 47.76 | 46.86 |
| - อัตราการควบคุมระดับ nonHDL-C ได้ตามเป้าหมาย<br>(ตามกลุ่มความเสี่ยง)** <sup>ก</sup> |       |       |       |
| - อัตราผู้ชายที่มีระดับ HDL-C $\geq$ 40 มก./ดล.** <sup>ก</sup>                       | 36.22 | 69.6  | 54.91 |
| - อัตราผู้หญิงที่มีระดับ HDL-C $\geq$ 50 มก./ดล.** <sup>ก</sup>                      | 66.04 | 71.67 | 53.42 |
| - อัตราการควบคุมระดับ TG ได้ตามเป้าหมาย<br>(ต่ำกว่า 200 มก./ดล.)** <sup>ก</sup>      | 36.54 | 45.25 | 46.86 |

| อ.ภูพาน                                                                              | 2549  | 2550  | 2551  |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการวัดระดับไขมันในเลือด* <sup>ก</sup>                                         | 8.3   | 10.39 | 88.6  |
| - อัตราการควบคุมระดับ LDL-C ได้ตามเป้าหมาย<br>(ตามกลุ่มความเสี่ยง)** <sup>ก</sup>    | 30.42 | 35.43 | 40.35 |
| - อัตราการควบคุมระดับ nonHDL-C ได้ตามเป้าหมาย<br>(ตามกลุ่มความเสี่ยง)** <sup>ก</sup> | 32.56 | 36.94 | 43.72 |
| - อัตราผู้ชายที่มีระดับ HDL-C $\geq$ 40 มก./ดล.** <sup>ก</sup>                       | 35.63 | 41.56 | 58.56 |
| - อัตราผู้หญิงที่มีระดับ HDL-C $\geq$ 50 มก./ดล.** <sup>ก</sup>                      | 30.06 | 43.02 | 48.32 |

|                                                                                 |       |       |       |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการควบคุมระดับ TG ได้ตามเป้าหมาย<br>(ต่ำกว่า 200 มก./ดล.)** <sup>†</sup> | 34.26 | 50.53 | 62.43 |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|

| อ.เมือง                                                                              | 2549 | 2550 | 2551 |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการวัดระดับไขมันในเลือด* <sup>†</sup>                                         | 8    | 15.1 | 27   |
| - อัตราการควบคุมระดับ LDL-C ได้ตามเป้าหมาย<br>(ตามกลุ่มความเสี่ยง)** <sup>†</sup>    |      |      |      |
| - อัตราการควบคุมระดับ nonHDL-C ได้ตามเป้าหมาย<br>(ตามกลุ่มความเสี่ยง)** <sup>†</sup> | 70.5 | 44.7 | 38.1 |
| - อัตราผู้ชายที่มีระดับ HDL-C≥40 มก./ดล.** <sup>†</sup>                              | 84.4 | 66.1 | 58.8 |
| - อัตราผู้หญิงที่มีระดับ HDL-C≥50 มก./ดล.** <sup>†</sup>                             | 63.1 | 38.6 | 31.1 |
| - อัตราการควบคุมระดับ TG ได้ตามเป้าหมาย<br>(ต่ำกว่า 200 มก./ดล.)** <sup>†</sup>      | 61.6 | 57.9 | 60.9 |

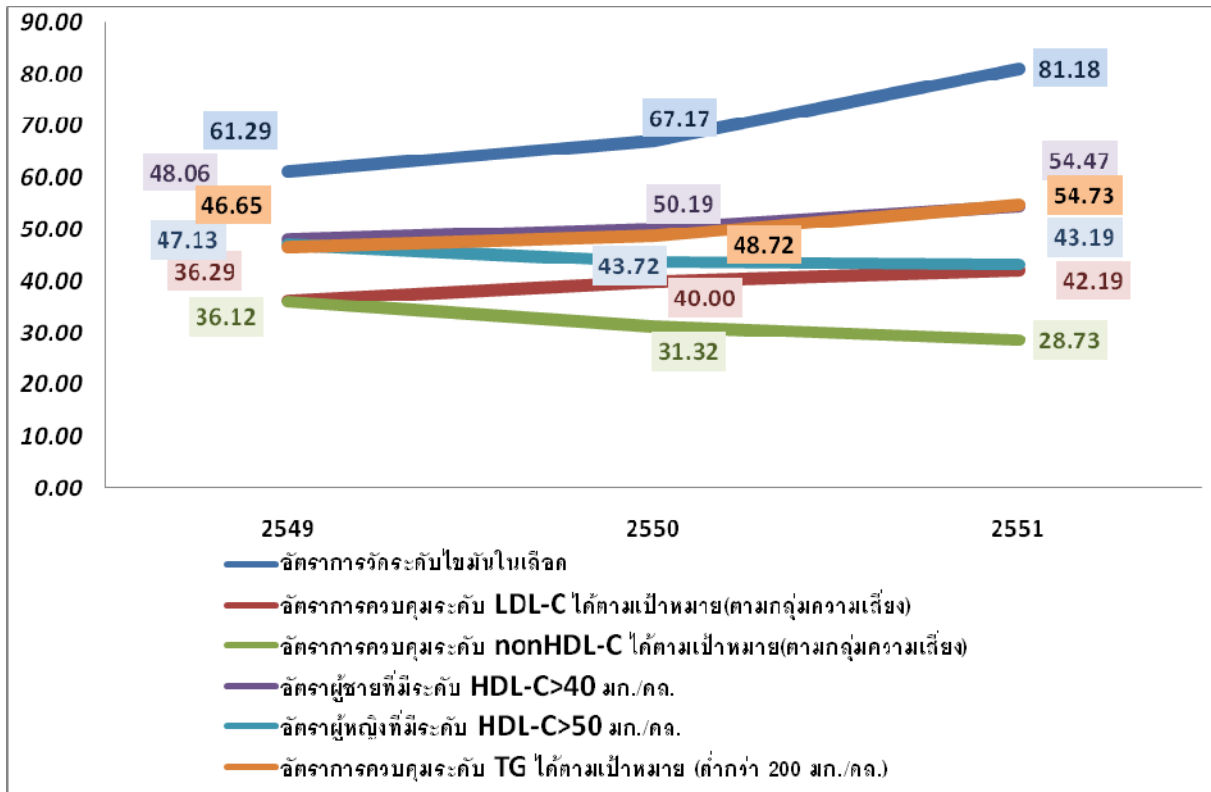
| อ.วานรนิวาส                                                                          | 2549 | 2550  | 2551  |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------|-------|-------|
| - อัตราการวัดระดับไขมันในเลือด* <sup>†</sup>                                         |      | 47.66 | 69.03 |
| - อัตราการควบคุมระดับ LDL-C ได้ตามเป้าหมาย<br>(ตามกลุ่มความเสี่ยง)** <sup>†</sup>    |      |       |       |
| - อัตราการควบคุมระดับ nonHDL-C ได้ตามเป้าหมาย<br>(ตามกลุ่มความเสี่ยง)** <sup>†</sup> |      |       |       |
| - อัตราผู้ชายที่มีระดับ HDL-C≥40 มก./ดล.** <sup>†</sup>                              |      | 15.34 | 33.48 |
| - อัตราผู้หญิงที่มีระดับ HDL-C≥50 มก./ดล.** <sup>†</sup>                             |      | 8.39  | 18.29 |
| - อัตราการควบคุมระดับ TG ได้ตามเป้าหมาย<br>(ต่ำกว่า 200 มก./ดล.)** <sup>†</sup>      |      | 25.5  | 39.72 |

| อ.วาริชภูมิ                                                                          | 2549  | 2550  | 2551  |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการวัดระดับไขมันในเลือด* <sup>†</sup>                                         | 17.32 | 29.04 | 47.55 |
| - อัตราการควบคุมระดับ LDL-C ได้ตามเป้าหมาย<br>(ตามกลุ่มความเสี่ยง)** <sup>†</sup>    | 4.85  | 13.61 | 4.72  |
| - อัตราการควบคุมระดับ nonHDL-C ได้ตามเป้าหมาย<br>(ตามกลุ่มความเสี่ยง)** <sup>†</sup> | 5.29  | 12.32 | 4.37  |

|                                                                                 |       |       |       |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราผู้ชายที่มีระดับ HDL-C $\geq$ 40 มก./ดล.** <sup>๓</sup>                  | 1.53  | 5.43  | 7.11  |
| - อัตราผู้หญิงที่มีระดับ HDL-C $\geq$ 50 มก./ดล.** <sup>๓</sup>                 | 1.68  | 2.88  | 3.48  |
| - อัตราการควบคุมระดับ TG ได้ตามเป้าหมาย<br>(ต่ำกว่า 200 มก./ดล.)** <sup>๓</sup> | 13.66 | 22.57 | 30.08 |

| อ.ส่องดาว                                                                            | 2549  | 2550  | 2551  |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการวัดระดับไขมันในเลือด* <sup>๓</sup>                                         | 58.96 | 72.54 | 85.94 |
| - อัตราการควบคุมระดับ LDL-C ได้ตามเป้าหมาย<br>(ตามกลุ่มความเสี่ยง)** <sup>๓</sup>    |       |       |       |
| - อัตราการควบคุมระดับ nonHDL-C ได้ตามเป้าหมาย<br>(ตามกลุ่มความเสี่ยง)** <sup>๓</sup> |       |       |       |
| - อัตราผู้ชายที่มีระดับ HDL-C $\geq$ 40 มก./ดล.** <sup>๓</sup>                       | 50.16 | 62.23 | 70.54 |
| - อัตราผู้หญิงที่มีระดับ HDL-C $\geq$ 50 มก./ดล.** <sup>๓</sup>                      | 32.74 | 36.22 | 37.5  |
| - อัตราการควบคุมระดับ TG ได้ตามเป้าหมาย<br>(ต่ำกว่า 200 มก./ดล.)** <sup>๓</sup>      | 56.54 | 58.14 | 78.32 |

| ค่าเฉลี่ย                                                                            | 2549  | 2550  | 2551  |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการวัดระดับไขมันในเลือด* <sup>๓</sup>                                         | 61.29 | 67.17 | 81.18 |
| - อัตราการควบคุมระดับ LDL-C ได้ตามเป้าหมาย<br>(ตามกลุ่มความเสี่ยง)** <sup>๓</sup>    | 36.29 | 40.00 | 42.19 |
| - อัตราการควบคุมระดับ nonHDL-C ได้ตามเป้าหมาย<br>(ตามกลุ่มความเสี่ยง)** <sup>๓</sup> | 36.12 | 31.32 | 28.73 |
| - อัตราผู้ชายที่มีระดับ HDL-C $\geq$ 40 มก./ดล.** <sup>๓</sup>                       | 48.06 | 50.19 | 54.47 |
| - อัตราผู้หญิงที่มีระดับ HDL-C $\geq$ 50 มก./ดล.** <sup>๓</sup>                      | 47.13 | 43.72 | 43.19 |
| - อัตราการควบคุมระดับ TG ได้ตามเป้าหมาย<br>(ต่ำกว่า 200 มก./ดล.)** <sup>๓</sup>      | 46.65 | 48.72 | 54.73 |



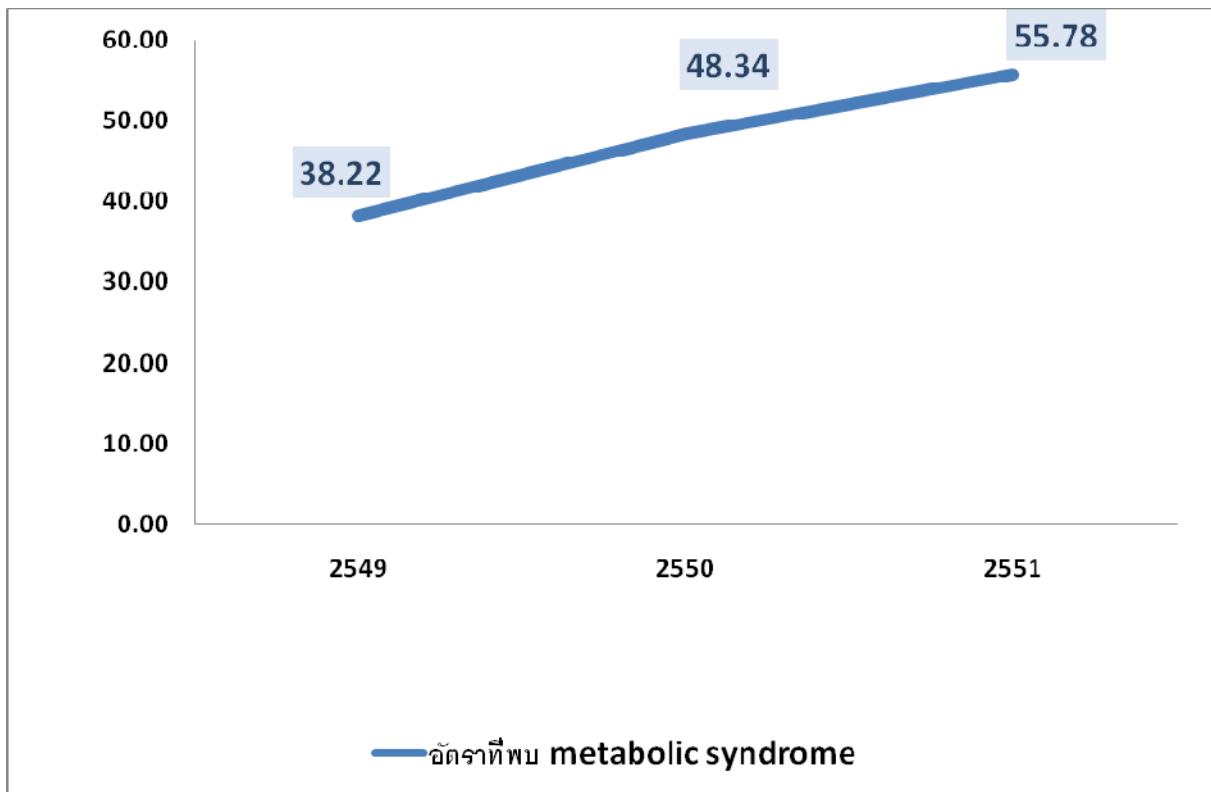
#### 1.7 metabolic syndrome

| อ.นิคมหน้าอนุ                     | 2549 | 2550 | 2551 |
|-----------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่พบ metabolic syndrome** | 45   | 78   | 98   |

| อ.บ้านม่วง                        | 2549 | 2550 | 2551 |
|-----------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่พบ metabolic syndrome** |      | 49   | 51   |

| อ.บ้านม่วง                        | 2549 | 2550 | 2551 |
|-----------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่พบ metabolic syndrome** |      | 49   | 51   |

| ค่าเฉลี่ย                         | 2549  | 2550  | 2551  |
|-----------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราที่พบ metabolic syndrome** | 38.22 | 48.34 | 55.78 |



#### 1.8 อัตราการตรวจ Complication

| อ.กุดบาก                                            | 2549  | 2550       | 2551       |
|-----------------------------------------------------|-------|------------|------------|
| - อัตราการตรวจเท้า* <sup>ก</sup>                    |       | <ร้อยละ 80 | <ร้อยละ 80 |
| - อัตราการตรวจตาและจอประสาทตา* <sup>ข</sup>         | 65.49 | 42.63      | 22.86      |
| - อัตราการตรวจ albumin ในปัสสาวะ*                   |       |            | 12.44      |
| - อัตราการตรวจ microalbumin ในปัสสาวะ* <sup>ก</sup> |       |            |            |

| อ.กุสุมาลย์                                         | 2549 | 2550 | 2551 |
|-----------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการตรวจเท้า* <sup>ก</sup>                    |      | 62   | 70   |
| - อัตราการตรวจตาและจอประสาทตา* <sup>ข</sup>         |      |      |      |
| - อัตราการตรวจ albumin ในปัสสาวะ*                   | 0    | 0    | 0    |
| - อัตราการตรวจ microalbumin ในปัสสาวะ* <sup>ก</sup> | 0    | 0    | 0    |

| อ.โคกศรีสุพรรณ                              | 2549  | 2550  | 2551  |
|---------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการตรวจเท้า* <sup>ก</sup>            | 72.96 | 81.63 | 85.29 |
| - อัตราการตรวจตาและจอประสาทตา* <sup>ข</sup> | 0     | 21.57 | 64.81 |

|                                                     |       |       |      |
|-----------------------------------------------------|-------|-------|------|
| - อัตราการตรวจ albumin ในปัสสาวะ*                   | 78.24 | 81.35 | 89.2 |
| - อัตราการตรวจ microalbumin ในปัสสาวะ* <sup>ก</sup> |       |       |      |

|                                                     |             |             |             |
|-----------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>อ.คำตากล้า</b>                                   | <b>2549</b> | <b>2550</b> | <b>2551</b> |
| - อัตราการตรวจเท้า* <sup>ก</sup>                    | 89.2        | 91.5        | 92.9        |
| - อัตราการตรวจตาและจอประสาทตา* <sup>ข</sup>         |             |             |             |
| - อัตราการตรวจ albumin ในปัสสาวะ*                   | 90.1        | 95.8        | 97.3        |
| - อัตราการตรวจ microalbumin ในปัสสาวะ* <sup>ก</sup> |             |             |             |

|                                                     |             |             |             |
|-----------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>อ.เจริญศิลป์</b>                                 | <b>2549</b> | <b>2550</b> | <b>2551</b> |
| - อัตราการตรวจเท้า* <sup>ก</sup>                    |             | 82.01       | 81.11       |
| - อัตราการตรวจตาและจอประสาทตา* <sup>ข</sup>         |             | 3.06        | 6.24        |
| - อัตราการตรวจ albumin ในปัสสาวะ*                   | 97.72       | 99.55       | 97.31       |
| - อัตราการตรวจ microalbumin ในปัสสาวะ* <sup>ก</sup> | 0           | 0           | 0           |

|                                                     |             |             |             |
|-----------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>อ.ต่างอย</b>                                     | <b>2549</b> | <b>2550</b> | <b>2551</b> |
| - อัตราการตรวจเท้า* <sup>ก</sup>                    | 100         | 100         | 100         |
| - อัตราการตรวจตาและจอประสาทตา* <sup>ข</sup>         |             |             |             |
| - อัตราการตรวจ albumin ในปัสสาวะ*                   | 100         | 100         | 100         |
| - อัตราการตรวจ microalbumin ในปัสสาวะ* <sup>ก</sup> | 0           | 0           | 0           |

|                                                     |             |             |             |
|-----------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>อ.นิคมคำนูน</b>                                  | <b>2549</b> | <b>2550</b> | <b>2551</b> |
| - อัตราการตรวจเท้า* <sup>ก</sup>                    | 60          | 78          | 85          |
| - อัตราการตรวจตาและจอประสาทตา* <sup>ข</sup>         |             | 51.61       | 34.56       |
| - อัตราการตรวจ albumin ในปัสสาวะ*                   |             |             |             |
| - อัตราการตรวจ microalbumin ในปัสสาวะ* <sup>ก</sup> |             |             |             |

|                                  |             |             |             |
|----------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>อ.บ้านม่วง</b>                | <b>2549</b> | <b>2550</b> | <b>2551</b> |
| - อัตราการตรวจเท้า* <sup>ก</sup> |             | 90          | 91.1        |

|                                                     |  |      |       |
|-----------------------------------------------------|--|------|-------|
| - อัตราการตรวจตาและจอประสาทตา* <sup>u</sup>         |  | 17.4 | 30.95 |
| - อัตราการตรวจ albumin ในปัสสาวะ*                   |  | 50   | 55    |
| - อัตราการตรวจ microalbumin ในปัสสาวะ* <sup>n</sup> |  |      | 15    |

| อ.พรรณานิคม                                         | 2549  | 2550  | 2551  |
|-----------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการตรวจเท้า* <sup>n</sup>                    | 30.27 | 32.75 | 50.25 |
| - อัตราการตรวจตาและจอประสาทตา* <sup>u</sup>         |       | 90    | 60    |
| - อัตราการตรวจ albumin ในปัสสาวะ*                   |       |       |       |
| - อัตราการตรวจ microalbumin ในปัสสาวะ* <sup>n</sup> |       |       |       |

| อ.พังโคน                                            | 2549  | 2550  | 2551  |
|-----------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการตรวจเท้า* <sup>n</sup>                    | 79.12 | 82.5  | 82.01 |
| - อัตราการตรวจตาและจอประสาทตา* <sup>u</sup>         |       | 28.65 | 26.8  |
| - อัตราการตรวจ albumin ในปัสสาวะ*                   | 85.36 | 86.03 | 90.01 |
| - อัตราการตรวจ microalbumin ในปัสสาวะ* <sup>n</sup> |       |       |       |

| อ.โพนนาแก้ว                                         | 2549 | 2550 | 2551 |
|-----------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการตรวจเท้า* <sup>n</sup>                    |      |      | 89   |
| - อัตราการตรวจตาและจอประสาทตา* <sup>u</sup>         |      |      | 97   |
| - อัตราการตรวจ albumin ในปัสสาวะ*                   |      |      |      |
| - อัตราการตรวจ microalbumin ในปัสสาวะ* <sup>n</sup> |      |      |      |

| อ.ภูพาน                                             | 2549  | 2550  | 2551  |
|-----------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการตรวจเท้า* <sup>n</sup>                    | 30.16 | 40.56 | 76.05 |
| - อัตราการตรวจตาและจอประสาทตา* <sup>u</sup>         | 10.33 | 10.39 | 66.05 |
| - อัตราการตรวจ albumin ในปัสสาวะ*                   |       |       |       |
| - อัตราการตรวจ microalbumin ในปัสสาวะ* <sup>n</sup> |       |       |       |

| อ.เมือง | 2549 | 2550 | 2551 |
|---------|------|------|------|
|---------|------|------|------|

|                                                     |     |     |       |
|-----------------------------------------------------|-----|-----|-------|
| - อัตราการตรวจเท้า* <sup>ก</sup>                    |     |     | 83.23 |
| - อัตราการตรวจตาและจอประสาทตา* <sup>ข</sup>         |     |     | 48.56 |
| - อัตราการตรวจ albumin ในปัสสาวะ*                   | 100 | 100 | 100   |
| - อัตราการตรวจ microalbumin ในปัสสาวะ* <sup>ก</sup> |     |     |       |

| อ.วานรนิวาส                                         | 2549  | 2550  | 2551  |
|-----------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการตรวจเท้า* <sup>ก</sup>                    | 45.06 | 89.1  | 84.56 |
| - อัตราการตรวจตาและจอประสาทตา* <sup>ข</sup>         | 1.75  | 17.58 | 46.56 |
| - อัตราการตรวจ albumin ในปัสสาวะ*                   | 65.95 | 76.28 | 92    |
| - อัตราการตรวจ microalbumin ในปัสสาวะ* <sup>ก</sup> |       |       |       |

| อ.วาริชภูมิ                                         | 2549  | 2550  | 2551  |
|-----------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการตรวจเท้า* <sup>ก</sup>                    | 80.68 | 82.28 | 81.84 |
| - อัตราการตรวจตาและจอประสาทตา* <sup>ข</sup>         | 5.67  | 21.54 | 46.41 |
| - อัตราการตรวจ albumin ในปัสสาวะ*                   | 81.61 | 88.32 | 88.86 |
| - อัตราการตรวจ microalbumin ในปัสสาวะ* <sup>ก</sup> |       |       |       |

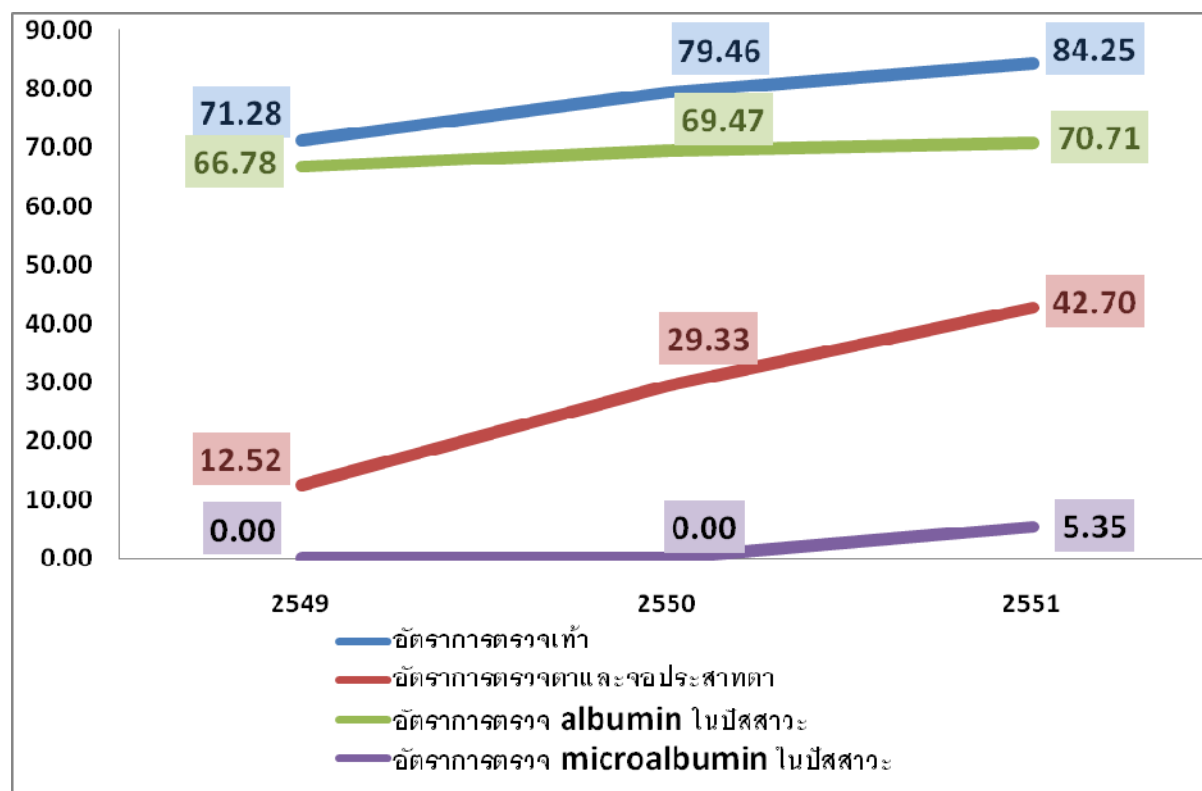
| อ.สว่างแดนดิน                                       | 2549 | 2550  | 2551  |
|-----------------------------------------------------|------|-------|-------|
| - อัตราการตรวจเท้า* <sup>ก</sup>                    | 100  | 100   | 100   |
| - อัตราการตรวจตาและจอประสาทตา* <sup>ข</sup>         | 0    | 15.02 | 23.47 |
| - อัตราการตรวจ albumin ในปัสสาวะ*                   |      |       | 93    |
| - อัตราการตรวจ microalbumin ในปัสสาวะ* <sup>ก</sup> | 0    | 0     | 17.1  |

| อ.ส่องดาว                                           | 2549  | 2550  | 2551  |
|-----------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการตรวจเท้า* <sup>ก</sup>                    | 96.58 | 94.62 | 98.94 |
| - อัตราการตรวจตาและจอประสาทตา* <sup>ข</sup>         | 15.22 | 39.64 | 40.46 |
| - อัตราการตรวจ albumin ในปัสสาวะ*                   | 35.59 | 56.32 | 74.77 |
| - อัตราการตรวจ microalbumin ในปัสสาวะ* <sup>ก</sup> |       |       |       |



| อ.อากาศอำนวย                                        | 2549 | 2550  | 2551  |
|-----------------------------------------------------|------|-------|-------|
| - อัตราการตรวจเท้า* <sup>ก</sup>                    |      | 85    | 81    |
| - อัตราการตรวจตาและจอประสาทตา* <sup>ข</sup>         | 1.69 | 22.23 | 25.76 |
| - อัตราการตรวจ albumin ในปัสสาวะ*                   | 0    | 0     | 0     |
| - อัตราการตรวจ microalbumin ในปัสสาวะ* <sup>ก</sup> | 0    | 0     | 0     |

| ค่าเฉลี่ย                                           | 2549  | 2550  | 2551  |
|-----------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการตรวจเท้า* <sup>ก</sup>                    | 71.28 | 79.46 | 84.25 |
| - อัตราการตรวจตาและจอประสาทตา* <sup>ข</sup>         | 12.52 | 29.33 | 42.70 |
| - อัตราการตรวจ albumin ในปัสสาวะ*                   | 66.78 | 69.47 | 70.71 |
| - อัตราการตรวจ microalbumin ในปัสสาวะ* <sup>ก</sup> | 0.00  | 0.00  | 5.35  |



### 1.9 การรับรักษาตัวในโรงพยาบาล

| อ.กุสุมาลย์                                              | 2549 | 2550 | 2551 |
|----------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่รพ. ระดับ สูงกว่า**   |      |      |      |
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาตัวในรพ.จากอาการแทรกซ้อน |      |      |      |

|                                                                        |  |      |      |
|------------------------------------------------------------------------|--|------|------|
| ของเบาหวาน**                                                           |  |      |      |
| - อัตราการรับเข้ารักษาตัว ใน รพ.เนื่องจากอาการแทรกซ้อนของ<br>เบาหวาน** |  | 0.21 | 0.22 |
| - จำนวนวันพำนักรักษาในโรงพยาบาล(เฉลี่ย)                                |  | 3.69 | 3.41 |
| - อัตราการรับเข้ารักษาตัวซ้ำใน รพ. ภายใน 28 วัน                        |  | 1.32 | 0.34 |

| อ.โคกศรีสุพรรณ                                                           | 2549  | 2550  | 2551  |
|--------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่รพ. ระดับ สูงกว่า**                   | 3.77  | 2.95  | 4.72  |
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาตัวในรพ.จากอาการแทรกซ้อน<br>ของเบาหวาน** | 3.77  | 2.95  | 4.72  |
| - อัตราการรับเข้ารักษาตัว ใน รพ.เนื่องจากอาการแทรกซ้อนของ<br>เบาหวาน**   | 14.79 | 13.25 | 12.87 |
| - จำนวนวันพำนักรักษาในโรงพยาบาล(เฉลี่ย)                                  | 2.75  | 2.96  | 2.6   |
| - อัตราการรับเข้ารักษาตัวซ้ำใน รพ. ภายใน 28 วัน                          | 0.35  | 0.38  | 1.95  |

| อ.คำตากล้า                                                               | 2549  | 2550  | 2551 |
|--------------------------------------------------------------------------|-------|-------|------|
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่รพ. ระดับ สูงกว่า**                   | 10.01 | 9.18  | 9.76 |
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาตัวในรพ.จากอาการแทรกซ้อน<br>ของเบาหวาน** | 18.66 | 14.47 | 9.28 |
| - อัตราการรับเข้ารักษาตัว ใน รพ.เนื่องจากอาการแทรกซ้อนของ<br>เบาหวาน**   | 9.6   | 9.1   | 8.2  |
| - จำนวนวันพำนักรักษาในโรงพยาบาล(เฉลี่ย)                                  | 3.43  | 3.38  | 3.42 |
| - อัตราการรับเข้ารักษาตัวซ้ำใน รพ. ภายใน 28 วัน                          | 10.41 | 6.3   | 6.55 |

| อ.เจริญศิลป์                                                             | 2549 | 2550 | 2551 |
|--------------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่รพ. ระดับ สูงกว่า**                   |      |      |      |
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาตัวในรพ.จากอาการแทรกซ้อน<br>ของเบาหวาน** |      |      |      |
| - อัตราการรับเข้ารักษาตัว ใน รพ.เนื่องจากอาการแทรกซ้อนของ<br>เบาหวาน**   |      |      |      |

|                                                 |  |       |       |
|-------------------------------------------------|--|-------|-------|
| - จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล(เฉลี่ย)               |  |       |       |
| - อัตราการรับเข้ารักษาตัวซ้ำใน รพ. ภายใน 28 วัน |  | 14.01 | 14.02 |

| อ.เต่างอย                                                            | 2549 | 2550  | 2551  |
|----------------------------------------------------------------------|------|-------|-------|
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่รพ. ระดับ สูงกว่า**               |      |       |       |
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาดัวในรพ.จากอาการแทรกซ้อนของเบาหวาน** |      |       |       |
| - อัตราการรับเข้ารักษาตัว ใน รพ.เนื่องจากอาการแทรกซ้อนของเบาหวาน**   |      | 12 คน | 23 คน |
| - จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล(เฉลี่ย)                                    |      | 3.55  | 5.04  |
| - อัตราการรับเข้ารักษาตัวซ้ำใน รพ. ภายใน 28 วัน                      |      |       | 6 คน  |

| อ.นิคมคำนูน                                                          | 2549 | 2550 | 2551  |
|----------------------------------------------------------------------|------|------|-------|
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่รพ. ระดับ สูงกว่า**               |      | 40.4 | 5.05  |
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาดัวในรพ.จากอาการแทรกซ้อนของเบาหวาน** |      | 4.4  | 5.05  |
| - อัตราการรับเข้ารักษาตัว ใน รพ.เนื่องจากอาการแทรกซ้อนของเบาหวาน**   | 4.4  | 7.78 | 15.17 |
| - จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล(เฉลี่ย)                                    | 3.3  | 5    | 3.92  |
| - อัตราการรับเข้ารักษาตัวซ้ำใน รพ. ภายใน 28 วัน                      | 11   | 14   | 9.09  |

| อ.บ้านม่วง                                                           | 2549 | 2550  | 2551 |
|----------------------------------------------------------------------|------|-------|------|
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่รพ. ระดับ สูงกว่า**               |      | 4.5   | 6.3  |
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาดัวในรพ.จากอาการแทรกซ้อนของเบาหวาน** |      | 3     | 5.9  |
| - อัตราการรับเข้ารักษาตัว ใน รพ.เนื่องจากอาการแทรกซ้อนของเบาหวาน**   |      | 11.11 | 15   |
| - จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล(เฉลี่ย)                                    |      | 3.5   | 4    |
| - อัตราการรับเข้ารักษาตัวซ้ำใน รพ. ภายใน 28 วัน                      |      | 2.6   | 3.1  |

| อ.พรรณานิคม                                                          | 2549 | 2550 | 2551 |
|----------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาทิรพ. ระดับ สูงกว่า**                |      |      |      |
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาดัวในรพ.จากอาการแทรกซ้อนของเบาหวาน** |      |      |      |
| - อัตราการรับเข้ารักษาดัว ใน รพ.เนื่องจากอาการแทรกซ้อนของเบาหวาน**   | 8.29 | 3.86 | 2.82 |
| - จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล(เฉลี่ย)                                    |      | 3.33 | 3    |
| - อัตราการรับเข้ารักษาดัวซ้ำใน รพ. ภายใน 28 วัน                      | 3.3  | 4.43 | 2.18 |

| อ.พังโคน                                                             | 2549  | 2550  | 2551  |
|----------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาทิรพ. ระดับ สูงกว่า**                | 1.84  | 2.05  | 1.07  |
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาดัวในรพ.จากอาการแทรกซ้อนของเบาหวาน** | 12.02 | 11.11 | 13.59 |
| - อัตราการรับเข้ารักษาดัว ใน รพ.เนื่องจากอาการแทรกซ้อนของเบาหวาน**   | 7.85  | 13.51 | 12.95 |
| - จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล(เฉลี่ย)                                    | 4.38  | 3.72  | 4.12  |
| - อัตราการรับเข้ารักษาดัวซ้ำใน รพ. ภายใน 28 วัน                      | 4.59  | 5.11  | 6.02  |

| อ.โพนนาแก้ว                                                          | 2549 | 2550 | 2551  |
|----------------------------------------------------------------------|------|------|-------|
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาทิรพ. ระดับ สูงกว่า**                |      |      | 12.5  |
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาดัวในรพ.จากอาการแทรกซ้อนของเบาหวาน** |      |      | 10.15 |
| - อัตราการรับเข้ารักษาดัว ใน รพ.เนื่องจากอาการแทรกซ้อนของเบาหวาน**   |      |      | 6.92  |
| - จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล(เฉลี่ย)                                    |      |      | 7     |
| - อัตราการรับเข้ารักษาดัวซ้ำใน รพ. ภายใน 28 วัน                      |      |      | 1.37  |

| อ.ภูพาน                                                  | 2549  | 2550 | 2551 |
|----------------------------------------------------------|-------|------|------|
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาทิรพ. ระดับ สูงกว่า**    | 10.26 | 6.35 | 3.05 |
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาดัวในรพ.จากอาการแทรกซ้อน | 11.36 | 8.16 | 8.82 |

|                                                                        |       |      |      |
|------------------------------------------------------------------------|-------|------|------|
| ของเบาหวาน**                                                           |       |      |      |
| - อัตราการรับเข้ารักษาตัว ใน รพ.เนื่องจากอาการแทรกซ้อนของ<br>เบาหวาน** | 0.16  | 7.67 | 9.17 |
| - จำนวนวันพินอนโรงพยาบาล(เฉลี่ย)                                       | 7.66  | 4.2  | 5.48 |
| - อัตราการรับเข้ารักษาตัวซ้ำใน รพ. ภายใน 28 วัน                        | 10.72 | 1.87 | 4.89 |

| อ.เมือง                                                                  | 2549 | 2550 | 2551 |
|--------------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่รพ. ระดับ สูงกว่า**                   |      |      |      |
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาตัวในรพ.จากอาการแทรกซ้อน<br>ของเบาหวาน** |      |      |      |
| - อัตราการรับเข้ารักษาตัว ใน รพ.เนื่องจากอาการแทรกซ้อนของ<br>เบาหวาน**   |      |      |      |
| - จำนวนวันพินอนโรงพยาบาล(เฉลี่ย)                                         | 4.12 | 4    | 4.27 |
| - อัตราการรับเข้ารักษาตัวซ้ำใน รพ. ภายใน 28 วัน                          |      |      | 3.99 |

| อ.วานรนิวาส                                                              | 2549 | 2550 | 2551 |
|--------------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่รพ. ระดับ สูงกว่า**                   |      |      | 0.36 |
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาตัวในรพ.จากอาการแทรกซ้อน<br>ของเบาหวาน** |      |      | 4.59 |
| - อัตราการรับเข้ารักษาตัว ใน รพ.เนื่องจากอาการแทรกซ้อนของ<br>เบาหวาน**   | 1.1  | 2.51 | 3.87 |
| - จำนวนวันพินอนโรงพยาบาล(เฉลี่ย)                                         | 3.66 | 3    | 4    |
| - อัตราการรับเข้ารักษาตัวซ้ำใน รพ. ภายใน 28 วัน                          | 3.49 | 1.38 | 1.18 |

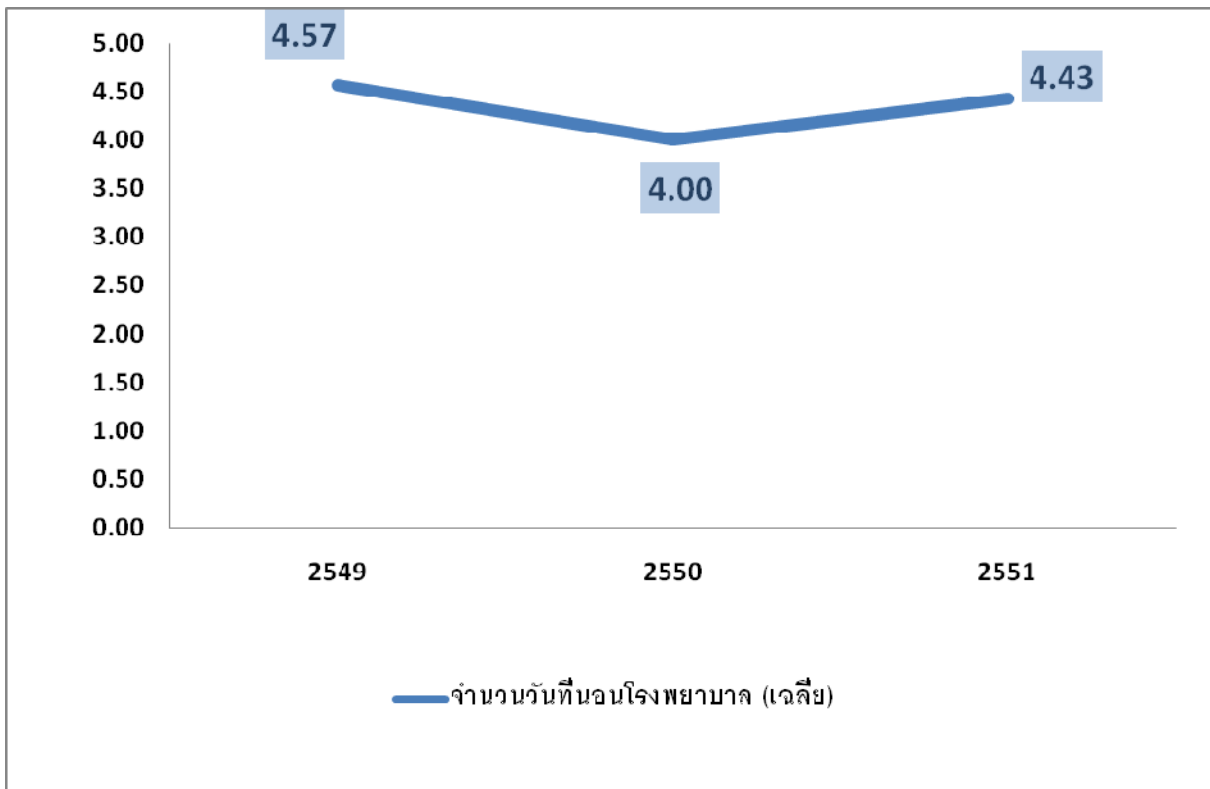
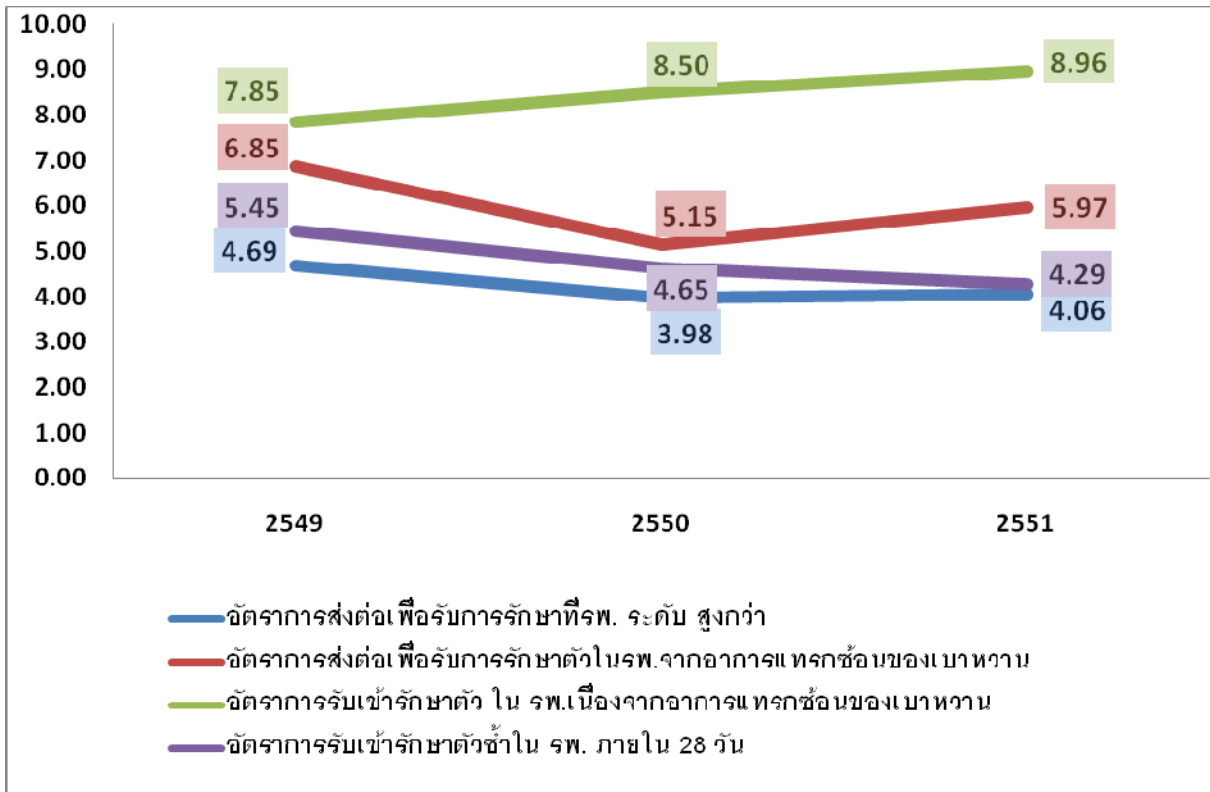
| อ.วาริชภูมิ                                                              | 2549 | 2550 | 2551 |
|--------------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่รพ. ระดับ สูงกว่า**                   |      |      | 0.24 |
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาตัวในรพ.จากอาการแทรกซ้อน<br>ของเบาหวาน** | 0.63 | 0.49 | 2.57 |
| - อัตราการรับเข้ารักษาตัว ใน รพ.เนื่องจากอาการแทรกซ้อนของ<br>เบาหวาน**   | 1.89 | 2.5  | 3.11 |

|                                                 |      |      |      |
|-------------------------------------------------|------|------|------|
| - จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล(เฉลี่ย)               | 4.58 | 4.51 | 4.45 |
| - อัตราการรับเข้ารักษาตัวซ้ำใน รพ. ภายใน 28 วัน |      |      |      |

| อ.ส่องดาว                                                            | 2549 | 2550 | 2551 |
|----------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่รพ. ระดับ สูงกว่า**               | 2.27 | 2.74 | 1.57 |
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาดัวในรพ.จากอาการแทรกซ้อนของเบาหวาน** | 1.53 | 1.78 | 1.02 |
| - อัตราการรับเข้ารักษาตัว ใน รพ.เนื่องจากอาการแทรกซ้อนของเบาหวาน**   | 0.74 | 0.96 | 0.55 |
| - จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล(เฉลี่ย)                                    | 7.26 | 7.15 | 7.34 |
| - อัตราการรับเข้ารักษาตัวซ้ำใน รพ. ภายใน 28 วัน                      | 3.87 | 3.56 | 4.64 |

| อ.อากาศอำนวย                                                         | 2549 | 2550 | 2551  |
|----------------------------------------------------------------------|------|------|-------|
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่รพ. ระดับ สูงกว่า**               | 0    | 0    | 0     |
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาดัวในรพ.จากอาการแทรกซ้อนของเบาหวาน** | 0    | 0    | 0     |
| - อัตราการรับเข้ารักษาตัว ใน รพ.เนื่องจากอาการแทรกซ้อนของเบาหวาน**   | 29.7 | 29.5 | 25.66 |
| - จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล(เฉลี่ย)                                    |      |      |       |
| - อัตราการรับเข้ารักษาตัวซ้ำใน รพ. ภายใน 28 วัน                      | 1.35 | 0.84 | 0.68  |

| คำชะแล                                                               | 2549 | 2550 | 2551 |
|----------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่รพ. ระดับ สูงกว่า**               | 4.69 | 8.52 | 4.06 |
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาดัวในรพ.จากอาการแทรกซ้อนของเบาหวาน** | 6.85 | 5.15 | 5.97 |
| - อัตราการรับเข้ารักษาตัว ใน รพ.เนื่องจากอาการแทรกซ้อนของเบาหวาน**   | 7.85 | 8.50 | 8.96 |
| - จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล(เฉลี่ย)                                    | 4.57 | 4.00 | 4.43 |
| - อัตราการรับเข้ารักษาตัวซ้ำใน รพ. ภายใน 28 วัน                      | 5.45 | 4.65 | 4.29 |



#### 1.10 การเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

|                |      |      |      |
|----------------|------|------|------|
| อ.โคกศรีสุพรรณ | 2549 | 2550 | 2551 |
|----------------|------|------|------|

|                                                          |     |      |      |
|----------------------------------------------------------|-----|------|------|
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด** <sup>ก</sup>        | 6.6 | 10.0 | 11.4 |
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่มีความรุนแรงน้อย    | 3.9 | 7.6  | 6.8  |
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่มีความรุนแรงปานกลาง | 2.3 | 2.1  | 3.8  |
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่มีความรุนแรงมาก     | 0.4 | 0.3  | 0.8  |

| อ.คำตากล้า                                               | 2549 | 2550 | 2551 |
|----------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด** <sup>ก</sup>        | 7.72 | 7.41 | 6.57 |
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่มีความรุนแรงน้อย    | 3.43 | 3.99 | 4.06 |
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่มีความรุนแรงปานกลาง | 0.44 | 0.59 | 0.67 |
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่มีความรุนแรงมาก     | 0.22 | 0.19 | 0.29 |

| อ.เจริญศิลป์                                             | 2549 | 2550 | 2551 |
|----------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด** <sup>ก</sup>        | 0.45 | 0.61 | 0.42 |
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่มีความรุนแรงน้อย    |      |      |      |
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่มีความรุนแรงปานกลาง |      |      |      |
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่มีความรุนแรงมาก     |      | 0.08 | 0.08 |

| อ.เต่างอย                                                | 2549 | 2550 | 2551  |
|----------------------------------------------------------|------|------|-------|
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด** <sup>ก</sup>        |      |      |       |
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่มีความรุนแรงน้อย    |      | 5 คน | 10 คน |
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่มีความรุนแรงปานกลาง |      |      |       |
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่มีความรุนแรงมาก     |      |      |       |

| อ.นิคมสร้างบุญ                                           | 2549 | 2550 | 2551 |
|----------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด** <sup>ก</sup>        |      |      |      |
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่มีความรุนแรงน้อย    |      |      |      |
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่มีความรุนแรงปานกลาง | 2.44 | 5.13 | 6.46 |
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่มีความรุนแรงมาก     |      | 0.24 | 0.22 |



| อ.บ้านม่วง                                               | 2549 | 2550 | 2551 |
|----------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด** <sup>ก</sup>        |      | 10   | 11.5 |
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่มีความรุนแรงน้อย    |      | 5.7  | 8.25 |
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่มีความรุนแรงปานกลาง |      | 2    | 2.6  |
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่มีความรุนแรงมาก     |      | 0.45 | 0.8  |

| อ.พรรณานิคม                                              | 2549 | 2550 | 2551 |
|----------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด** <sup>ก</sup>        | 2.84 | 1.73 | 1.9  |
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่มีความรุนแรงน้อย    |      |      |      |
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่มีความรุนแรงปานกลาง |      |      |      |
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่มีความรุนแรงมาก     |      |      |      |

| อ.พังโคน                                                 | 2549 | 2550 | 2551 |
|----------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด** <sup>ก</sup>        | 3.75 | 3.16 | 2.65 |
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่มีความรุนแรงน้อย    |      |      | 0    |
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่มีความรุนแรงปานกลาง |      |      | 2.56 |
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่มีความรุนแรงมาก     |      |      | 0.5  |

| อ.ภูพาน                                                  | 2549 | 2550 | 2551 |
|----------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด** <sup>ก</sup>        | 2.33 | 1.36 | 0.91 |
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่มีความรุนแรงน้อย    | 1.63 | 1.36 | 0.45 |
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่มีความรุนแรงปานกลาง | 0.69 | 0.34 | 0.3  |
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่มีความรุนแรงมาก     | 0    | 0    | 0.15 |

| อ.เมือง                                                  | 2549 | 2550 | 2551  |
|----------------------------------------------------------|------|------|-------|
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด** <sup>ก</sup>        |      |      | 13.01 |
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่มีความรุนแรงน้อย    |      |      |       |
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่มีความรุนแรงปานกลาง |      |      |       |
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่มีความรุนแรงมาก     |      |      |       |

| อ.วานรนิวาส                                              | 2549 | 2550 | 2551 |
|----------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด** <sup>ก</sup>        |      | 4.43 | 3.64 |
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่มีความรุนแรงน้อย    |      | 4.15 | 3.56 |
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่มีความรุนแรงปานกลาง |      | 0.04 | 0.01 |
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่มีความรุนแรงมาก     |      | 0.24 | 0.07 |

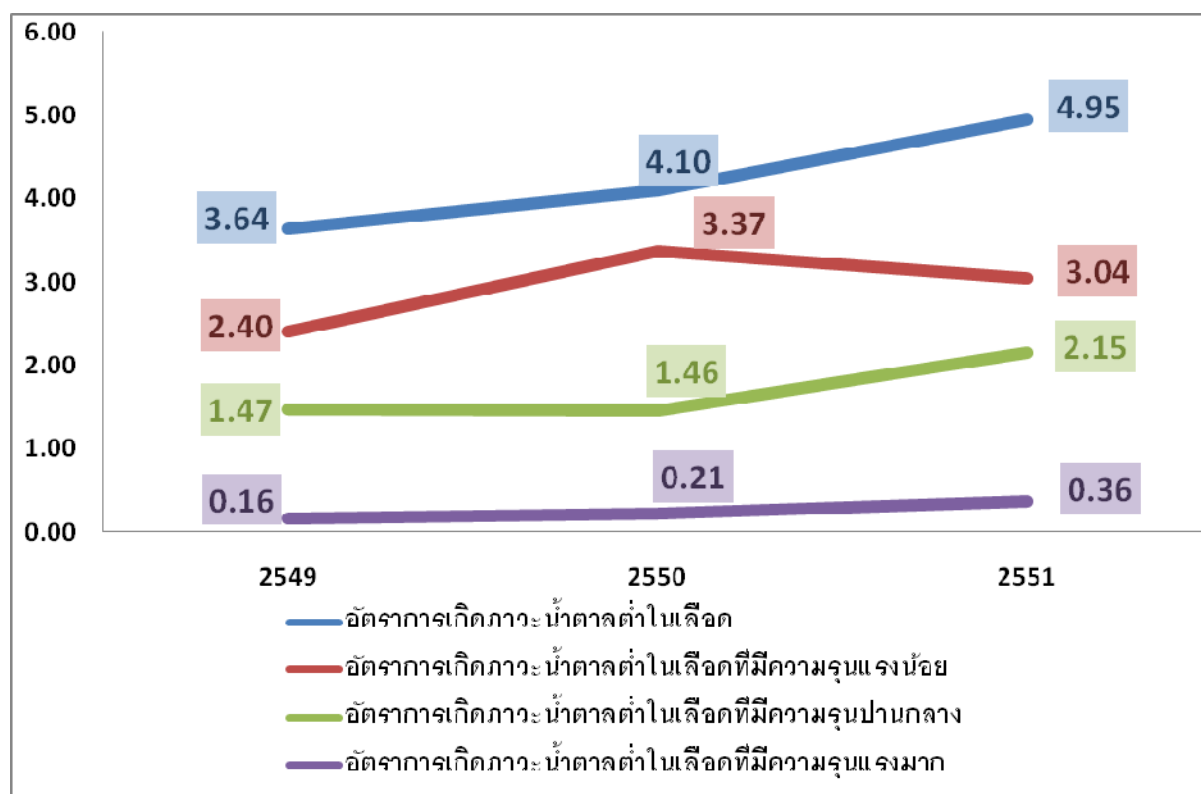
| อ.วาริชภูมิ                                              | 2549 | 2550 | 2551 |
|----------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด** <sup>ก</sup>        | 1.76 | 2.32 | 1.67 |
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่มีความรุนแรงน้อย    |      |      |      |
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่มีความรุนแรงปานกลาง |      |      |      |
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่มีความรุนแรงมาก     |      |      |      |

| อ.ส่องดาว                                                | 2549 | 2550 | 2551 |
|----------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด** <sup>ก</sup>        |      |      |      |
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่มีความรุนแรงน้อย    | 0.64 | 0.81 | 0.42 |
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่มีความรุนแรงปานกลาง |      |      |      |
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่มีความรุนแรงมาก     |      |      |      |

| อ.อากาศอำนวย                                             | 2549 | 2550 | 2551 |
|----------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด** <sup>ก</sup>        |      | 0.01 | 0.78 |
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่มีความรุนแรงน้อย    |      | 0.01 | 0.78 |
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่มีความรุนแรงปานกลาง |      | 0.02 | 0.78 |
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่มีความรุนแรงมาก     | 0    |      |      |

| คำชะเลียง                                                | 2549 | 2550 | 2551 |
|----------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด** <sup>ก</sup>        | 3.64 | 4.10 | 4.95 |
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่มีความรุนแรงน้อย    | 2.40 | 3.37 | 3.04 |
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่มีความรุนแรงปานกลาง | 1.47 | 1.46 | 2.15 |

|                                                      |      |      |      |
|------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่มีความรุนแรงมาก | 0.16 | 0.21 | 0.36 |
|------------------------------------------------------|------|------|------|



#### 1.11 เบาหวานแทรกซ้อนจอประสาทตา

| อ.กุดบัก                                             | 2549 | 2550  | 2551 |
|------------------------------------------------------|------|-------|------|
| - อัตราที่พบภาวะ non proliferative DR** <sup>๒</sup> | 9.91 | 13.15 | 3.87 |
| - อัตราที่พบภาวะ proliferative DR** <sup>๒</sup>     |      |       |      |
| - อัตราที่พบ macular edema** <sup>๒</sup>            |      |       |      |
| - อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยแพทย์เฉพาะทาง      |      |       |      |

| อ.กุสุมาลย์                                          | 2549 | 2550   | 2551  |
|------------------------------------------------------|------|--------|-------|
| - อัตราที่พบภาวะ non proliferative DR** <sup>๒</sup> |      | 6.8    | 1.07  |
| - อัตราที่พบภาวะ proliferative DR** <sup>๒</sup>     |      | 2.3    | 1.2   |
| - อัตราที่พบ macular edema** <sup>๒</sup>            |      | 0.1    | 0     |
| - อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยแพทย์เฉพาะทาง      |      | 31 ราย | 2 ราย |

| อ.โลกศรีสุพรรณ | 2549 | 2550 | 2551 |
|----------------|------|------|------|
|----------------|------|------|------|

|                                                      |   |      |      |
|------------------------------------------------------|---|------|------|
| - อัตราที่พบภาวะ non proliferative DR** <sup>๒</sup> | 0 | 5.39 | 2.5  |
| - อัตราที่พบภาวะ proliferative DR** <sup>๒</sup>     | 0 | 0.10 | 0.09 |
| - อัตราที่พบ macular edema** <sup>๒</sup>            | 0 | 0    | 0    |
| - อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยแพทย์เฉพาะทาง      | 0 | 5.49 | 2.59 |

| อ.คำตากล้า                                           | 2549 | 2550 | 2551 |
|------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่พบภาวะ non proliferative DR** <sup>๒</sup> |      |      |      |
| - อัตราที่พบภาวะ proliferative DR** <sup>๒</sup>     |      | 1.99 | 0.67 |
| - อัตราที่พบ macular edema** <sup>๒</sup>            |      |      |      |
| - อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยแพทย์เฉพาะทาง      |      | 1.99 | 0.67 |

| อ.เจริญศิลป์                                         | 2549 | 2550 | 2551 |
|------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่พบภาวะ non proliferative DR** <sup>๒</sup> |      | 2.1  | 0.93 |
| - อัตราที่พบภาวะ proliferative DR** <sup>๒</sup>     |      | 0.26 | 0.16 |
| - อัตราที่พบ macular edema** <sup>๒</sup>            |      |      |      |
| - อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยแพทย์เฉพาะทาง      |      | 0.70 | 0.25 |

| อ.เต่างอย                                            | 2549 | 2550 | 2551  |
|------------------------------------------------------|------|------|-------|
| - อัตราที่พบภาวะ non proliferative DR** <sup>๒</sup> |      |      | 90.05 |
| - อัตราที่พบภาวะ proliferative DR** <sup>๒</sup>     |      |      | 9.95  |
| - อัตราที่พบ macular edema** <sup>๒</sup>            |      |      |       |
| - อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยแพทย์เฉพาะทาง      |      |      |       |

| อ.นิคมνάอัน                                          | 2549 | 2550 | 2551 |
|------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่พบภาวะ non proliferative DR** <sup>๒</sup> |      | 8.48 | 1.33 |
| - อัตราที่พบภาวะ proliferative DR** <sup>๒</sup>     |      |      |      |
| - อัตราที่พบ macular edema** <sup>๒</sup>            |      |      |      |
| - อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยแพทย์เฉพาะทาง      |      |      |      |

| อ.บ้านม่วง                                           | 2549 | 2550 | 2551 |
|------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่พบภาวะ non proliferative DR** <sup>๒</sup> |      | 1.76 | 1.55 |
| - อัตราที่พบภาวะ proliferative DR** <sup>๒</sup>     |      | 0.05 | 0.11 |
| - อัตราที่พบ macular edema** <sup>๒</sup>            |      |      |      |
| - อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยแพทย์เฉพาะทาง      |      | 95   | 98   |

| อ.พรรณานิคม                                          | 2549 | 2550 | 2551 |
|------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่พบภาวะ non proliferative DR** <sup>๒</sup> |      | 30   | 13   |
| - อัตราที่พบภาวะ proliferative DR** <sup>๒</sup>     |      | 1    | 2    |
| - อัตราที่พบ macular edema** <sup>๒</sup>            |      |      |      |
| - อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยแพทย์เฉพาะทาง      |      |      |      |

| อ.พังโคน                                             | 2549 | 2550 | 2551 |
|------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่พบภาวะ non proliferative DR** <sup>๒</sup> |      | 0.76 | 2.53 |
| - อัตราที่พบภาวะ proliferative DR** <sup>๒</sup>     |      | 0.17 | 0.06 |
| - อัตราที่พบ macular edema** <sup>๒</sup>            |      |      |      |
| - อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยแพทย์เฉพาะทาง      |      | 100  | 100  |

| อ.ภูพาน                                              | 2549 | 2550 | 2551 |
|------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่พบภาวะ non proliferative DR** <sup>๒</sup> |      | 2.55 | 2.9  |
| - อัตราที่พบภาวะ proliferative DR** <sup>๒</sup>     |      |      | 0.15 |
| - อัตราที่พบ macular edema** <sup>๒</sup>            |      |      | 0.15 |
| - อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยแพทย์เฉพาะทาง      |      | 2.55 | 2.9  |

| อ.เมือง                                              | 2549 | 2550 | 2551 |
|------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่พบภาวะ non proliferative DR** <sup>๒</sup> |      |      |      |
| - อัตราที่พบภาวะ proliferative DR** <sup>๒</sup>     | 3.04 | 0.67 | 4.74 |
| - อัตราที่พบ macular edema** <sup>๒</sup>            |      |      |      |
| - อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยแพทย์เฉพาะทาง      |      |      |      |

| อ.วานรนิวาส                                          | 2549 | 2550  | 2551 |
|------------------------------------------------------|------|-------|------|
| - อัตราที่พบภาวะ non proliferative DR** <sup>๒</sup> |      | 8.47  | 5.63 |
| - อัตราที่พบภาวะ proliferative DR** <sup>๒</sup>     |      | 0.15  | 0.24 |
| - อัตราที่พบ macular edema** <sup>๒</sup>            |      |       |      |
| - อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยแพทย์เฉพาะทาง      |      | 82.75 | 95.6 |

| อ.วาริชภูมิ                                          | 2549 | 2550 | 2551 |
|------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่พบภาวะ non proliferative DR** <sup>๒</sup> | 0.06 | 1.95 | 0.9  |
| - อัตราที่พบภาวะ proliferative DR** <sup>๒</sup>     | 0.06 | 0.06 | 0.12 |
| - อัตราที่พบ macular edema** <sup>๒</sup>            | 0    | 0    | 0    |
| - อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยแพทย์เฉพาะทาง      |      |      |      |

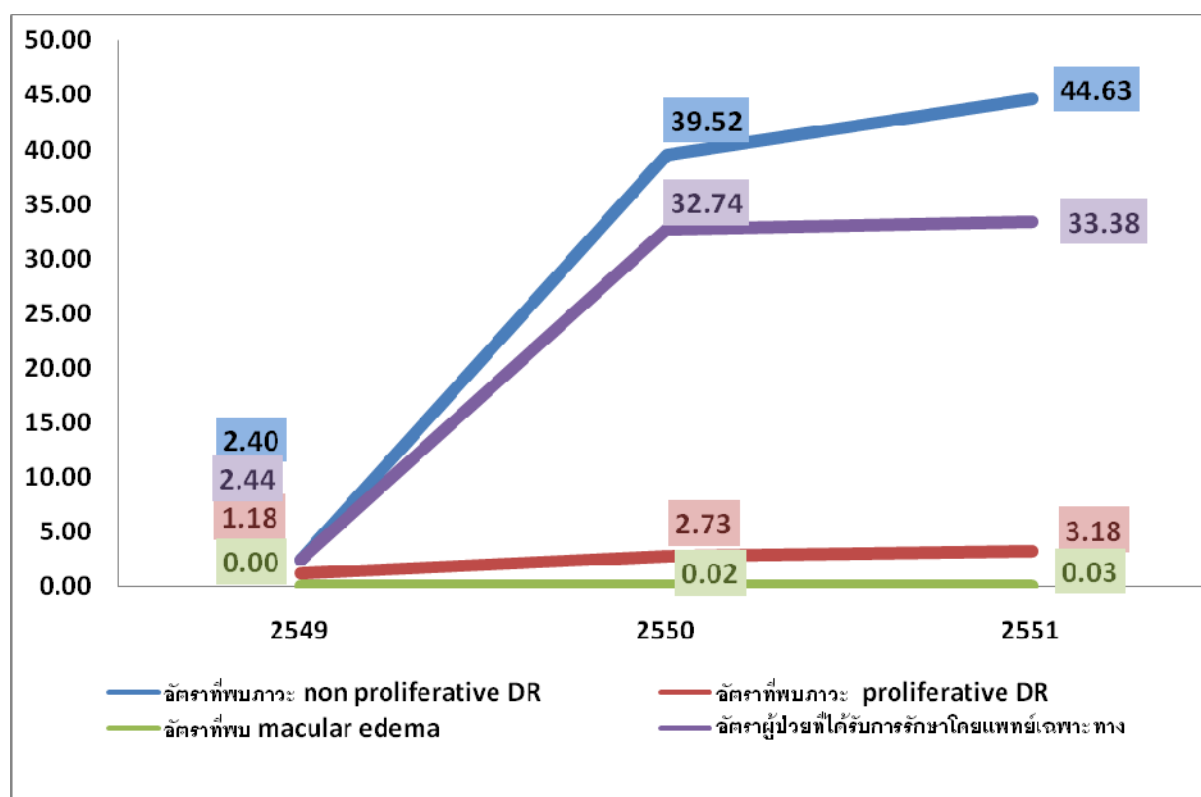
| อ.สว่างแดนดิน                                        | 2549 | 2550 | 2551 |
|------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่พบภาวะ non proliferative DR** <sup>๒</sup> | 0    | 2.34 | 0.82 |
| - อัตราที่พบภาวะ proliferative DR** <sup>๒</sup>     | 0    | 0.12 | 0.09 |
| - อัตราที่พบ macular edema** <sup>๒</sup>            |      |      |      |
| - อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยแพทย์เฉพาะทาง      |      |      |      |

| อ.ส่องดาว                                            | 2549 | 2550 | 2551 |
|------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่พบภาวะ non proliferative DR** <sup>๒</sup> | 2.05 | 2.53 | 0.32 |
| - อัตราที่พบภาวะ proliferative DR** <sup>๒</sup>     | 2.82 | 3.68 | 0.11 |
| - อัตราที่พบ macular edema** <sup>๒</sup>            | 0    | 0    | 0    |
| - อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยแพทย์เฉพาะทาง      | 4.87 | 6.21 | 0.42 |

| อ.อากาศอำนวย                                         | 2549 | 2550 | 2551 |
|------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่พบภาวะ non proliferative DR** <sup>๒</sup> |      | 467  | 542  |
| - อัตราที่พบภาวะ proliferative DR** <sup>๒</sup>     |      | 25   | 28   |
| - อัตราที่พบ macular edema** <sup>๒</sup>            |      | 0    | 0    |

|                                                 |  |   |   |
|-------------------------------------------------|--|---|---|
| - อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยแพทย์เฉพาะทาง |  | 0 | 0 |
|-------------------------------------------------|--|---|---|

| ค่าเฉลี่ย                                            | 2549 | 2550  | 2551  |
|------------------------------------------------------|------|-------|-------|
| - อัตราที่พบภาวะ non proliferative DR** <sup>๒</sup> | 2.40 | 39.52 | 44.63 |
| - อัตราที่พบภาวะ proliferative DR** <sup>๒</sup>     | 1.18 | 2.73  | 3.18  |
| - อัตราที่พบ macular edema** <sup>๒</sup>            | 0.00 | 0.02  | 0.03  |
| - อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยแพทย์เฉพาะทาง      | 2.44 | 32.74 | 33.38 |



#### 1.12 โรคตาที่พบบ่อยในเบาหวาน

| อ.กุดบาก               | 2549 | 2550 | 2551 |
|------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่พบต้อกระจก** | 4.5  | 5.19 | 3.23 |
| - อัตราที่พบต้อหิน**   | 0    | 0    | 0    |

| อ.กุสุมาลย์            | 2549 | 2550 | 2551 |
|------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่พบต้อกระจก** |      | 6.8  | 0    |
| - อัตราที่พบต้อหิน**   |      | 0    | 0    |

| อ.โคกศรีสุพรรณ         | 2549 | 2550 | 2551 |
|------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่พบต่อกระจก** | 0    | 7.12 | 9.9  |
| - อัตราที่พบต่อหิน**   | 0    | 0    | 0    |

| อ.คำตากล้า             | 2549 | 2550 | 2551 |
|------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่พบต่อกระจก** | 1.65 | 0.99 | 1.16 |
| - อัตราที่พบต่อหิน**   |      |      |      |

| อ.เจริญศิลป์           | 2549 | 2550 | 2551 |
|------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่พบต่อกระจก** | 1.65 | 0.99 | 1.16 |
| - อัตราที่พบต่อหิน**   |      |      |      |

| อ.ต่างอย               | 2549 | 2550 | 2551  |
|------------------------|------|------|-------|
| - อัตราที่พบต่อกระจก** |      |      | 30.35 |
| - อัตราที่พบต่อหิน**   |      |      |       |

| อ.นิคมน้ำอุ่น          | 2549 | 2550  | 2551 |
|------------------------|------|-------|------|
| - อัตราที่พบต่อกระจก** |      | 12.05 | 5.33 |
| - อัตราที่พบต่อหิน**   |      |       | 1.33 |

| อ.บ้านม่วง             | 2549 | 2550 | 2551  |
|------------------------|------|------|-------|
| - อัตราที่พบต่อกระจก** |      |      | 18.61 |
| - อัตราที่พบต่อหิน**   |      |      | 0.16  |

| อ.พรรณานิคม            | 2549 | 2550 | 2551 |
|------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่พบต่อกระจก** |      |      |      |
| - อัตราที่พบต่อหิน**   | 4.5  | 2.45 | 0.6  |

| อ.พังโคน | 2549 | 2550 | 2551 |
|----------|------|------|------|
|----------|------|------|------|



|                         |  |      |      |
|-------------------------|--|------|------|
| - อัตราที่พบดื้อกระจก** |  | 5.04 | 2.02 |
| - อัตราที่พบดื้อหิน**   |  | 0    | 0.06 |

|                         |             |             |             |
|-------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>อ.โพนนาแก้ว</b>      | <b>2549</b> | <b>2550</b> | <b>2551</b> |
| - อัตราที่พบดื้อกระจก** |             |             | 15.82       |
| - อัตราที่พบดื้อหิน**   |             |             |             |

|                         |             |             |             |
|-------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>อ.ภูพาน</b>          | <b>2549</b> | <b>2550</b> | <b>2551</b> |
| - อัตราที่พบดื้อกระจก** |             | 2.38        | 16.97       |
| - อัตราที่พบดื้อหิน**   |             |             |             |

|                         |             |             |             |
|-------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>อ.วานรนิวาส</b>      | <b>2549</b> | <b>2550</b> | <b>2551</b> |
| - อัตราที่พบดื้อกระจก** |             | 17.29       | 20.69       |
| - อัตราที่พบดื้อหิน**   |             |             |             |

|                         |             |             |             |
|-------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>อ.วาริชภูมิ</b>      | <b>2549</b> | <b>2550</b> | <b>2551</b> |
| - อัตราที่พบดื้อกระจก** | 0.38        | 6.59        | 4.84        |
| - อัตราที่พบดื้อหิน**   | 0.06        | 0.12        | 0.18        |

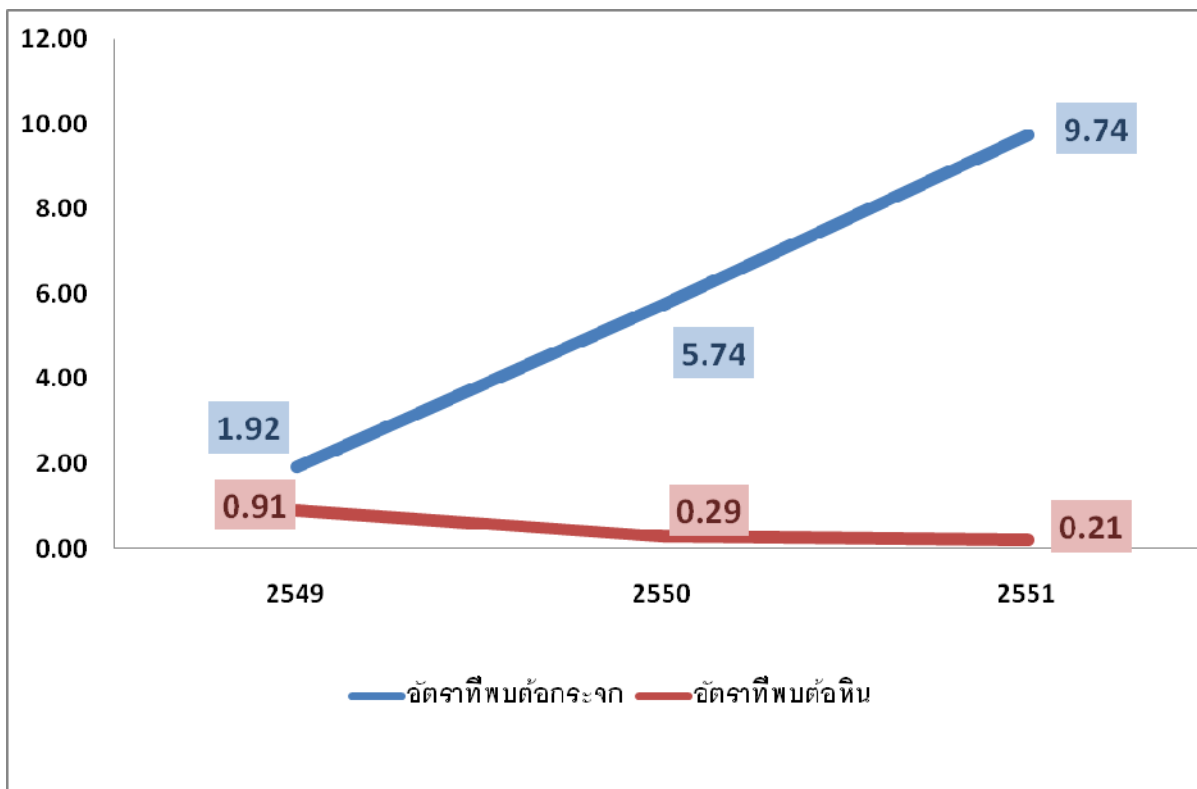
|                         |             |             |             |
|-------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>อ.สว่างแดนดิน</b>    | <b>2549</b> | <b>2550</b> | <b>2551</b> |
| - อัตราที่พบดื้อกระจก** |             | 0.9         | 3.3         |
| - อัตราที่พบดื้อหิน**   |             |             |             |

|                         |             |             |             |
|-------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>อ.ส่องดาว</b>        | <b>2549</b> | <b>2550</b> | <b>2551</b> |
| - อัตราที่พบดื้อกระจก** | 3.08        | 2.5         | 2.95        |
| - อัตราที่พบดื้อหิน**   | 0           | 0           | 0           |

|                         |             |             |             |
|-------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>อ.อากาศอำนวย</b>     | <b>2549</b> | <b>2550</b> | <b>2551</b> |
| - อัตราที่พบดื้อกระจก** |             |             | 17          |

|                      |  |   |   |
|----------------------|--|---|---|
| - อัตราที่พบต้อหิน** |  | 0 | 0 |
|----------------------|--|---|---|

| ค่าเฉลี่ย              | 2549 | 2550  | 2551 |
|------------------------|------|-------|------|
| - อัตราที่พบต้อกระจก** | 1.92 | 12.76 | 9.74 |
| - อัตราที่พบต้อหิน**   | 0.91 | 0.29  | 0.21 |



### 1.13 ภาพแทรกซ้อนทางไต

| อ.กุดบาก                                 | 2549 | 2550 | 2551 |
|------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการวัดระดับครีอะตินินในเลือด*     |      |      | 100  |
| - อัตราที่พบโรคไตเรื้อรัง** <sup>ก</sup> |      |      |      |
| - อัตราที่พบภาวะไตวาย** <sup>ก</sup>     |      |      |      |

| อ.โลกศรีสุพรรณ                           | 2549  | 2550  | 2551  |
|------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการวัดระดับครีอะตินินในเลือด*     | 78.24 | 81.35 | 89.2  |
| - อัตราที่พบโรคไตเรื้อรัง** <sup>ก</sup> | 41.69 | 40.99 | 43.14 |
| - อัตราที่พบภาวะไตวาย** <sup>ก</sup>     |       |       | 0.27  |

| อ.คำตากล้า                               | 2549 | 2550 | 2551 |
|------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการวัดระดับครีอะตินีนในเลือด*     |      |      |      |
| - อัตราที่พบโรคไตเรื้อรัง** <sup>ก</sup> | 7.78 | 5.8  | 5.1  |
| - อัตราที่พบภาวะไตวาย** <sup>ก</sup>     |      |      |      |

| อ.เจริญศิลป์                             | 2549  | 2550 | 2551  |
|------------------------------------------|-------|------|-------|
| - อัตราการวัดระดับครีอะตินีนในเลือด*     |       |      |       |
| - อัตราที่พบโรคไตเรื้อรัง** <sup>ก</sup> | 10.18 | 9.92 | 7.71  |
| - อัตราที่พบภาวะไตวาย** <sup>ก</sup>     |       |      | 0.084 |

| อ.เต่างอย                                | 2549 | 2550 | 2551 |
|------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการวัดระดับครีอะตินีนในเลือด*     | 100  | 100  | 100  |
| - อัตราที่พบโรคไตเรื้อรัง** <sup>ก</sup> |      |      |      |
| - อัตราที่พบภาวะไตวาย** <sup>ก</sup>     | 30   | 39   | 39   |

| อ.นิคมคำนูน                              | 2549 | 2550 | 2551 |
|------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการวัดระดับครีอะตินีนในเลือด*     | 100  | 100  | 100  |
| - อัตราที่พบโรคไตเรื้อรัง** <sup>ก</sup> | 1.71 | 1.6  | 1.6  |
| - อัตราที่พบภาวะไตวาย** <sup>ก</sup>     |      |      |      |

| อ.บ้านม่วง                               | 2549 | 2550  | 2551  |
|------------------------------------------|------|-------|-------|
| - อัตราการวัดระดับครีอะตินีนในเลือด*     |      | 95    | 95    |
| - อัตราที่พบโรคไตเรื้อรัง** <sup>ก</sup> |      | 10.58 | 16.66 |
| - อัตราที่พบภาวะไตวาย** <sup>ก</sup>     |      |       |       |

| อ.พรรณานิคม                              | 2549 | 2550 | 2551 |
|------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการวัดระดับครีอะตินีนในเลือด*     |      | 60   | 65   |
| - อัตราที่พบโรคไตเรื้อรัง** <sup>ก</sup> | 0.47 | 1.78 | 1.73 |

|                                      |  |  |  |
|--------------------------------------|--|--|--|
| - อัตราที่พบภาวะไตวาย** <sup>ก</sup> |  |  |  |
|--------------------------------------|--|--|--|

| อ.พังโคน                                 | 2549  | 2550  | 2551  |
|------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการวัดระดับครีอะตินินในเลือด*     | 85.36 | 86.03 | 90.01 |
| - อัตราที่พบโรคไตเรื้อรัง** <sup>ก</sup> | 12.44 | 14.72 | 18.01 |
| - อัตราที่พบภาวะไตวาย** <sup>ก</sup>     | 3.15  | 3.03  | 3.02  |

| อ.โพนนาแก้ว                              | 2549 | 2550 | 2551 |
|------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการวัดระดับครีอะตินินในเลือด*     |      |      | 80   |
| - อัตราที่พบโรคไตเรื้อรัง** <sup>ก</sup> |      |      | 8.78 |
| - อัตราที่พบภาวะไตวาย** <sup>ก</sup>     |      |      |      |

| อ.ภูพาน                                  | 2549  | 2550  | 2551  |
|------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการวัดระดับครีอะตินินในเลือด*     | 30    | 60.82 | 88.6  |
| - อัตราที่พบโรคไตเรื้อรัง** <sup>ก</sup> | 10.53 | 11.26 | 15.29 |
| - อัตราที่พบภาวะไตวาย** <sup>ก</sup>     | 0.23  | 0.34  | 0.61  |

| อ.เมือง                                  | 2549 | 2550 | 2551 |
|------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการวัดระดับครีอะตินินในเลือด*     |      |      |      |
| - อัตราที่พบโรคไตเรื้อรัง** <sup>ก</sup> |      |      | 5.03 |
| - อัตราที่พบภาวะไตวาย** <sup>ก</sup>     |      |      |      |

| อ.วานรนิวาส                              | 2549 | 2550 | 2551 |
|------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการวัดระดับครีอะตินินในเลือด*     |      |      |      |
| - อัตราที่พบโรคไตเรื้อรัง** <sup>ก</sup> |      | 1.11 | 0.39 |
| - อัตราที่พบภาวะไตวาย** <sup>ก</sup>     |      |      |      |

| อ.วาริชภูมิ                          | 2549  | 2550  | 2551  |
|--------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการวัดระดับครีอะตินินในเลือด* | 22.42 | 27.52 | 45.28 |

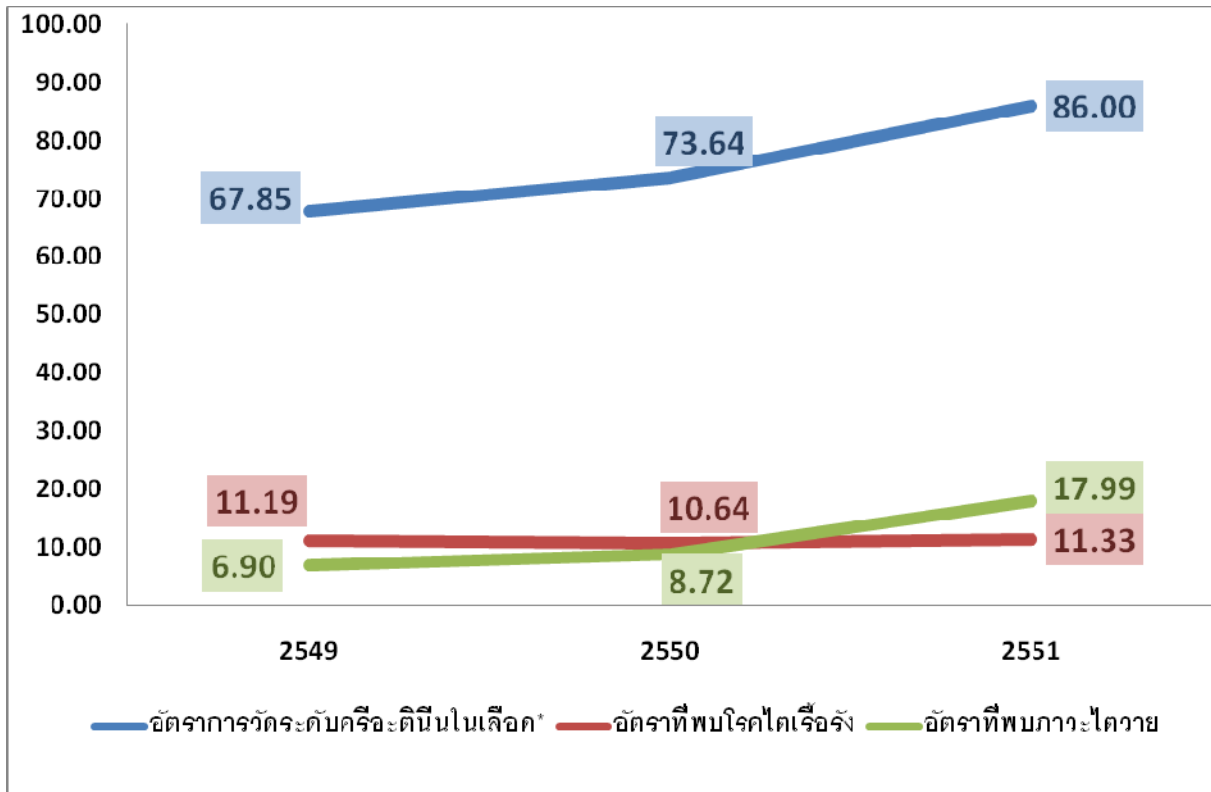
|                                          |       |      |       |
|------------------------------------------|-------|------|-------|
| - อัตราที่พบโรคไตเรื้อรัง** <sup>ก</sup> | 12.22 | 9.4  | 19.92 |
| - อัตราที่พบภาวะไตวาย** <sup>ก</sup>     | 1.01  | 0.92 | 2.95  |

|                                          |             |             |             |
|------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>อ.สว่างแดนดิน</b>                     | <b>2549</b> | <b>2550</b> | <b>2551</b> |
| - อัตราการวัดระดับครีอะตินินในเลือด*     |             |             | 97          |
| - อัตราที่พบโรคไตเรื้อรัง** <sup>ก</sup> |             |             |             |
| - อัตราที่พบภาวะไตวาย** <sup>ก</sup>     |             |             |             |

|                                          |             |             |             |
|------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>อ.ส่องดาว</b>                         | <b>2549</b> | <b>2550</b> | <b>2551</b> |
| - อัตราการวัดระดับครีอะตินินในเลือด*     | 58.96       | 72.54       | 85.94       |
| - อัตราที่พบโรคไตเรื้อรัง** <sup>ก</sup> | 3.72        | 2.53        | 2.32        |
| - อัตราที่พบภาวะไตวาย** <sup>ก</sup>     | 0.12        | 0           | 0           |

|                                          |             |             |             |
|------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>อ.อากาศอำนวย</b>                      | <b>2549</b> | <b>2550</b> | <b>2551</b> |
| - อัตราการวัดระดับครีอะตินินในเลือด*     |             | 53.18       | 82          |
| - อัตราที่พบโรคไตเรื้อรัง** <sup>ก</sup> |             | 18          | 13          |
| - อัตราที่พบภาวะไตวาย** <sup>ก</sup>     |             | 9           | 98          |

|                                          |             |             |             |
|------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>คำชะแล</b>                            | <b>2549</b> | <b>2550</b> | <b>2551</b> |
| - อัตราการวัดระดับครีอะตินินในเลือด*     | 67.85       | 73.64       | 86.00       |
| - อัตราที่พบโรคไตเรื้อรัง** <sup>ก</sup> | 11.19       | 10.64       | 11.33       |
| - อัตราที่พบภาวะไตวาย** <sup>ก</sup>     | 6.90        | 8.72        | 17.99       |



#### 1.14 ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท

| อ.โรคเรื้อรัง                                                | 2549  | 2550  | 2551  |
|--------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราที่พบภาวะแทรกซ้อนจากระบบประสาทส่วนปลาย** <sup>๑</sup> | 16.42 | 14.25 | 22.77 |
| - อัตราที่พบภาวะแทรกซ้อนจากระบบประสาทอัตโนมัติ               |       |       |       |

| อ.ลำตากล้า                                                   | 2549 | 2550 | 2551 |
|--------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่พบภาวะแทรกซ้อนจากระบบประสาทส่วนปลาย** <sup>๑</sup> | 0    | 0.9  | 0.39 |
| - อัตราที่พบภาวะแทรกซ้อนจากระบบประสาทอัตโนมัติ               |      |      |      |

| อ.เจริญศิลป์                                                 | 2549 | 2550 | 2551 |
|--------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่พบภาวะแทรกซ้อนจากระบบประสาทส่วนปลาย** <sup>๑</sup> | 1.26 | 0.35 | 1.52 |
| - อัตราที่พบภาวะแทรกซ้อนจากระบบประสาทอัตโนมัติ               |      |      |      |

| อ.เต่างอย                                                    | 2549 | 2550 | 2551 |
|--------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่พบภาวะแทรกซ้อนจากระบบประสาทส่วนปลาย** <sup>๑</sup> | 0    | 0    | 0    |
| - อัตราที่พบภาวะแทรกซ้อนจากระบบประสาทอัตโนมัติ               | 0    | 0    | 0    |

| อ.บ้านม่วง                                                   | 2549 | 2550 | 2551  |
|--------------------------------------------------------------|------|------|-------|
| - อัตราที่พบภาวะแทรกซ้อนจากระบบประสาทส่วนปลาย** <sup>๑</sup> |      | 5.88 | 11.11 |
| - อัตราที่พบภาวะแทรกซ้อนจากระบบประสาทอัตโนมัติ               |      |      |       |

| อ.พังโคน                                                     | 2549 | 2550  | 2551  |
|--------------------------------------------------------------|------|-------|-------|
| - อัตราที่พบภาวะแทรกซ้อนจากระบบประสาทส่วนปลาย** <sup>๑</sup> |      | 24.72 | 24.91 |
| - อัตราที่พบภาวะแทรกซ้อนจากระบบประสาทอัตโนมัติ               |      |       |       |

| อ.ภูพาน                                                      | 2549  | 2550  | 2551  |
|--------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราที่พบภาวะแทรกซ้อนจากระบบประสาทส่วนปลาย** <sup>๑</sup> | 14.26 | 18.29 | 20.42 |
| - อัตราที่พบภาวะแทรกซ้อนจากระบบประสาทอัตโนมัติ               | 0     | 0     | 0     |

| อ.วานรนิวาส                                                  | 2549 | 2550 | 2551 |
|--------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่พบภาวะแทรกซ้อนจากระบบประสาทส่วนปลาย** <sup>๑</sup> | 1.5  | 5.39 | 2.49 |
| - อัตราที่พบภาวะแทรกซ้อนจากระบบประสาทอัตโนมัติ               | 2.18 | 0.22 | 0.47 |

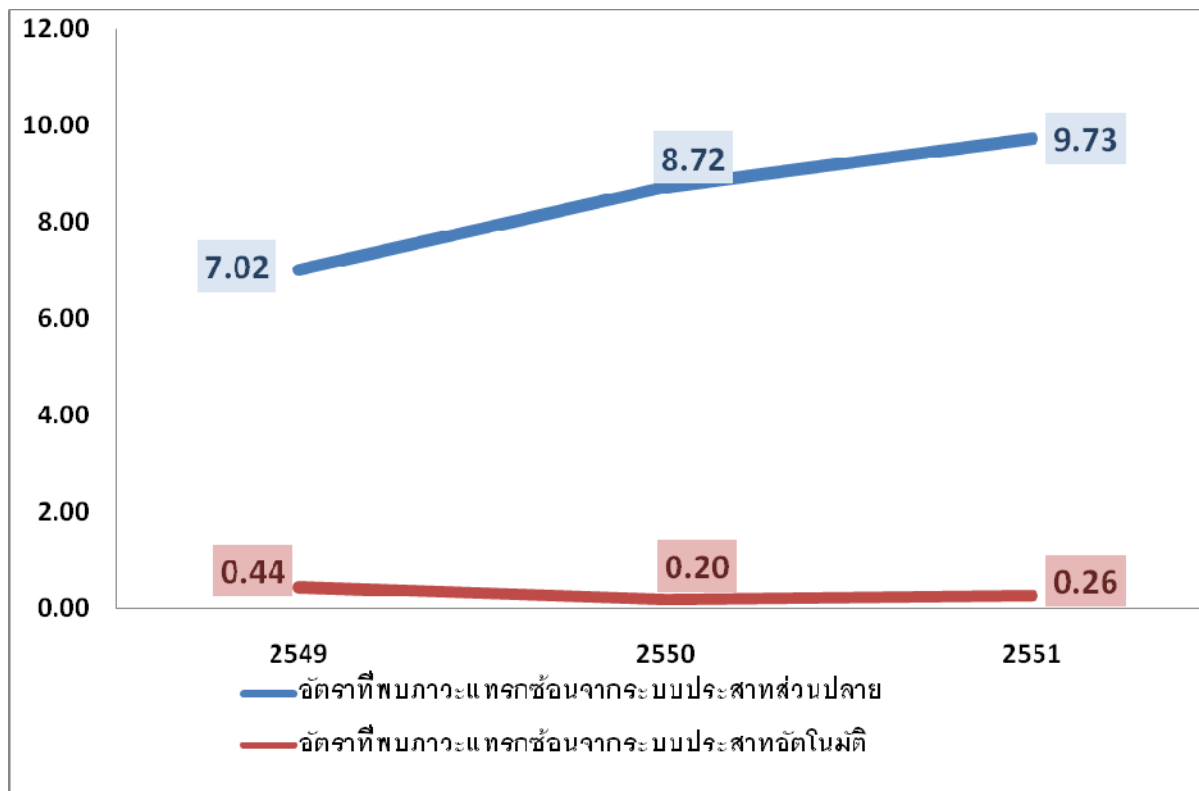
| อ.วาริชภูมิ                                                  | 2549 | 2550 | 2551 |
|--------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่พบภาวะแทรกซ้อนจากระบบประสาทส่วนปลาย** <sup>๑</sup> | 2.9  | 5.06 | 3.89 |
| - อัตราที่พบภาวะแทรกซ้อนจากระบบประสาทอัตโนมัติ               | 0    | 0.79 | 0.84 |

| อ.ส่องดาว                                                    | 2549 | 2550 | 2551 |
|--------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่พบภาวะแทรกซ้อนจากระบบประสาทส่วนปลาย** <sup>๑</sup> | 1.79 | 1.04 | 2    |
| - อัตราที่พบภาวะแทรกซ้อนจากระบบประสาทอัตโนมัติ               | 0    | 0    | 0    |

| อ.อากาศอำนวย                                                 | 2549  | 2550  | 2551  |
|--------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราที่พบภาวะแทรกซ้อนจากระบบประสาทส่วนปลาย** <sup>๑</sup> | 25.06 | 20.07 | 17.49 |
| - อัตราที่พบภาวะแทรกซ้อนจากระบบประสาทอัตโนมัติ               |       |       |       |

| อ.อากาศอำนวย | 2549 | 2550 | 2551 |
|--------------|------|------|------|
|--------------|------|------|------|

|                                                              |      |      |      |
|--------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่พบภาวะแทรกซ้อนจากระบบประสาทส่วนปลาย** <sup>†</sup> | 7.02 | 8.72 | 9.73 |
| - อัตราที่พบภาวะแทรกซ้อนจากระบบประสาทอัตโนมัติ               | 0.44 | 0.20 | 0.26 |



#### 1.15 ภาวะผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือด

| อ.กุสุมาลย์                                                                | 2549 | 2550 | 2551 |
|----------------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่พบภาวะ angina pectoris** <sup>‡</sup>                            |      |      |      |
| - อัตราที่พบโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (MI) หรือ unstable angina** <sup>‡</sup> |      |      |      |
| - อัตราการเกิดหัวใจโต                                                      |      |      |      |
| - อัตราการเกิดหัวใจวาย                                                     |      |      |      |
| - อัตราที่พบโรคอัมพาต** <sup>‡</sup>                                       |      |      |      |
| - อัตราที่พบโรคอัมพฤกษ์** <sup>‡</sup>                                     |      |      |      |
| - อัตราที่พบ TIA** <sup>‡</sup>                                            | 0    | 0    | 0    |

| อ.โคกศรีสุพรรณ                                                             | 2549 | 2550 | 2551 |
|----------------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่พบภาวะ angina pectoris** <sup>‡</sup>                            |      |      |      |
| - อัตราที่พบโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (MI) หรือ unstable angina** <sup>‡</sup> |      |      | 0.9  |



|                                        |      |      |      |
|----------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการเกิดหัวใจโต                  | 1.23 | 1.12 | 1.11 |
| - อัตราการเกิดหัวใจวาย                 | 1.96 | 1.28 | 1.2  |
| - อัตราที่พบโรคอัมพาต** <sup>๓</sup>   | 0.52 | 0.49 | 0.46 |
| - อัตราที่พบโรคอัมพฤกษ์** <sup>๓</sup> | 0.93 | 0.92 | 0.92 |
| - อัตราที่พบ TIA** <sup>๓</sup>        |      | 0.62 | 0.55 |

| อ.คำตากล้า                                                                 | 2549 | 2550 | 2551 |
|----------------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่พบภาวะ angina pectoris** <sup>๓</sup>                            |      |      |      |
| - อัตราที่พบโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (MI) หรือ unstable angina** <sup>๓</sup> |      |      |      |
| - อัตราการเกิดหัวใจโต                                                      |      |      |      |
| - อัตราการเกิดหัวใจวาย                                                     |      |      |      |
| - อัตราที่พบโรคอัมพาต** <sup>๓</sup>                                       | รวม  | รวม  | รวม  |
| - อัตราที่พบโรคอัมพฤกษ์** <sup>๓</sup>                                     | 0.2  | 0.2  | 0.19 |
| - อัตราที่พบ TIA** <sup>๓</sup>                                            |      |      |      |

| อ.เจริญศิลป์                                                               | 2549 | 2550 | 2551 |
|----------------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่พบภาวะ angina pectoris** <sup>๓</sup>                            | 0.08 | 0.35 | 0.5  |
| - อัตราที่พบโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (MI) หรือ unstable angina** <sup>๓</sup> | 0.08 | 0.17 | 0.16 |
| - อัตราการเกิดหัวใจโต                                                      |      |      |      |
| - อัตราการเกิดหัวใจวาย                                                     |      |      |      |
| - อัตราที่พบโรคอัมพาต** <sup>๓</sup>                                       |      |      |      |
| - อัตราที่พบโรคอัมพฤกษ์** <sup>๓</sup>                                     | 0.09 | 0.08 | 0.33 |
| - อัตราที่พบ TIA** <sup>๓</sup>                                            |      |      |      |

| อ.นิคมคำนูน                                                                | 2549 | 2550 | 2551 |
|----------------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่พบภาวะ angina pectoris** <sup>๓</sup>                            |      |      |      |
| - อัตราที่พบโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (MI) หรือ unstable angina** <sup>๓</sup> |      |      |      |
| - อัตราการเกิดหัวใจโต                                                      |      |      |      |
| - อัตราการเกิดหัวใจวาย                                                     |      |      |      |

|                                        |      |      |      |
|----------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่พบโรคอัมพาต** <sup>1</sup>   |      |      |      |
| - อัตราที่พบโรคอัมพฤกษ์** <sup>1</sup> | 1.22 | 1.14 | 1.14 |
| - อัตราที่พบ TIA** <sup>1</sup>        |      |      |      |

| อ.บ้านม่วง                                                                 | 2549 | 2550 | 2551 |
|----------------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่พบภาวะ angina pectoris** <sup>1</sup>                            |      | 0.05 | 0.11 |
| - อัตราที่พบโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (MI) หรือ unstable angina** <sup>1</sup> |      |      |      |
| - อัตราการเกิดหัวใจโต                                                      |      |      |      |
| - อัตราการเกิดหัวใจวาย                                                     |      |      |      |
| - อัตราที่พบโรคอัมพาต** <sup>1</sup>                                       |      | 0.11 | 0.11 |
| - อัตราที่พบโรคอัมพฤกษ์** <sup>1</sup>                                     |      | 0.23 | 0.27 |
| - อัตราที่พบ TIA** <sup>1</sup>                                            |      | 0    | 0    |

| อ.พังโคน                                                                   | 2549 | 2550 | 2551 |
|----------------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่พบภาวะ angina pectoris** <sup>1</sup>                            | 0.25 | 0    | 0    |
| - อัตราที่พบโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (MI) หรือ unstable angina** <sup>1</sup> |      | 0.09 | 0    |
| - อัตราการเกิดหัวใจโต                                                      |      |      |      |
| - อัตราการเกิดหัวใจวาย                                                     |      |      |      |
| - อัตราที่พบโรคอัมพาต** <sup>1</sup>                                       | 0.25 | 0    | 0.06 |
| - อัตราที่พบโรคอัมพฤกษ์** <sup>1</sup>                                     | 0    | 0    | 0    |
| - อัตราที่พบ TIA** <sup>1</sup>                                            | 0    | 0    | 0    |

| อ.โพนนาแก้ว                                                                | 2549 | 2550 | 2551 |
|----------------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่พบภาวะ angina pectoris** <sup>1</sup>                            |      |      |      |
| - อัตราที่พบโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (MI) หรือ unstable angina** <sup>1</sup> |      |      |      |
| - อัตราการเกิดหัวใจโต                                                      |      |      |      |
| - อัตราการเกิดหัวใจวาย                                                     |      |      |      |
| - อัตราที่พบโรคอัมพาต** <sup>1</sup>                                       |      |      |      |
| - อัตราที่พบโรคอัมพฤกษ์** <sup>1</sup>                                     |      |      | 0.52 |

|                                 |  |  |  |
|---------------------------------|--|--|--|
| - อัตราที่พบ TIA** <sup>๑</sup> |  |  |  |
|---------------------------------|--|--|--|

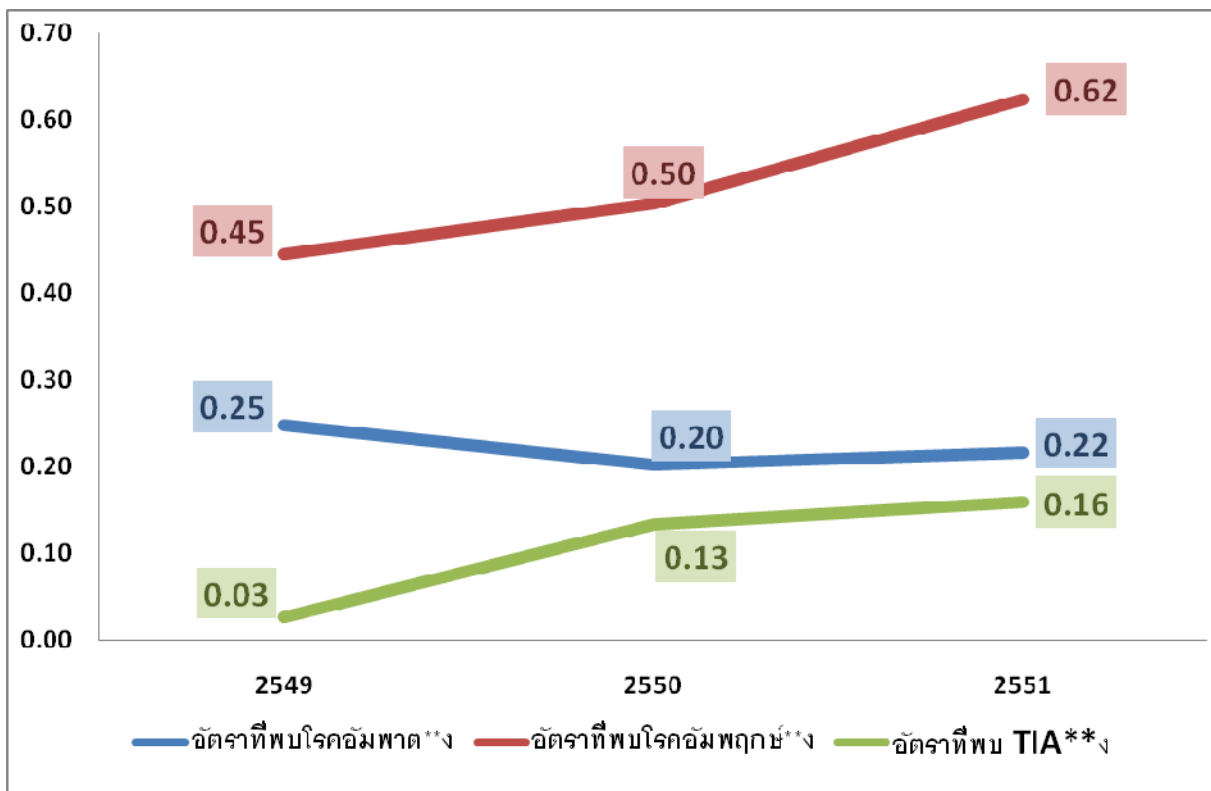
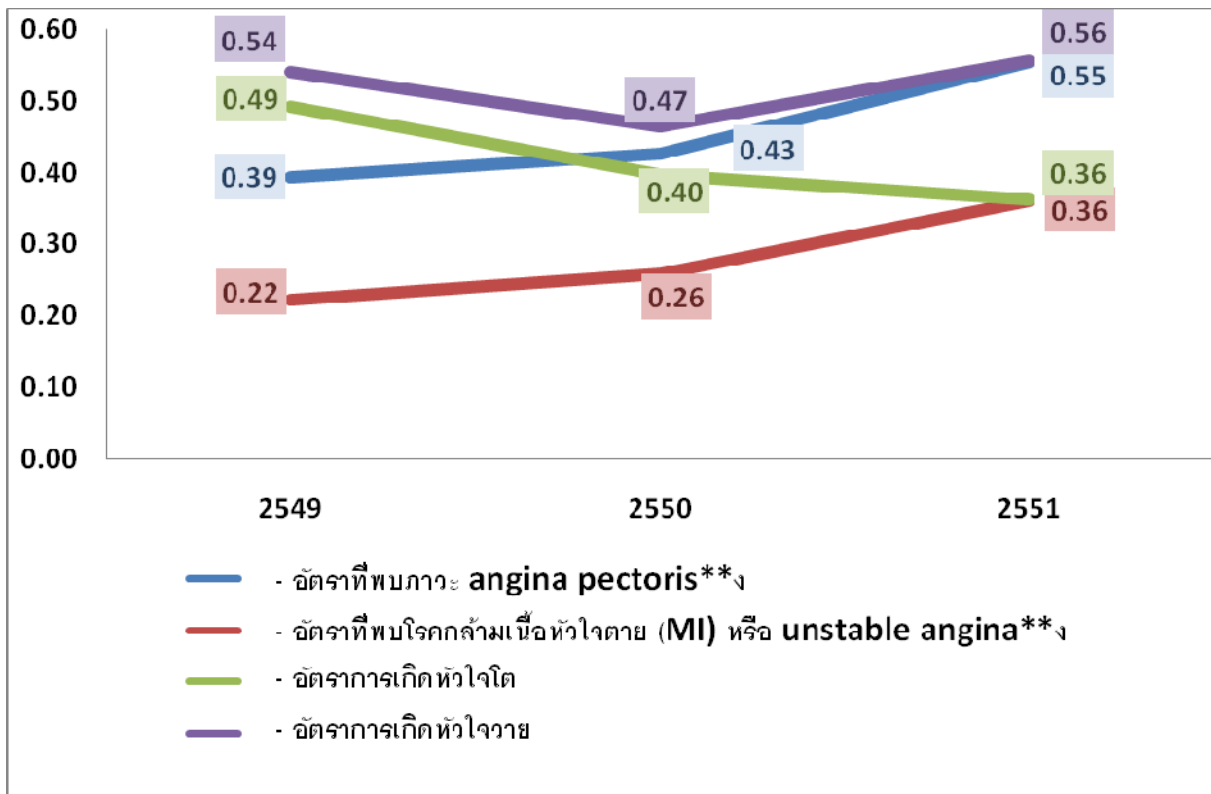
| อ.ภูพาน                                                                    | 2549 | 2550 | 2551 |
|----------------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่พบภาวะ angina pectoris** <sup>๑</sup>                            | 0.32 | 0.76 | 1.98 |
| - อัตราที่พบโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (MI) หรือ unstable angina** <sup>๑</sup> | 0.72 | 1    | 1.22 |
| - อัตราการเกิดหัวใจโต                                                      |      |      |      |
| - อัตราการเกิดหัวใจวาย                                                     |      | 0.34 | 0.76 |
| - อัตราที่พบโรคอัมพาต** <sup>๑</sup>                                       | 0.46 | 0.51 | 0.76 |
| - อัตราที่พบโรคอัมพฤกษ์** <sup>๑</sup>                                     | 0.69 | 0.85 | 1.52 |
| - อัตราที่พบ TIA** <sup>๑</sup>                                            |      |      | 0.45 |

| อ.วานรนิวาส                                                                | 2549 | 2550 | 2551 |
|----------------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่พบภาวะ angina pectoris** <sup>๑</sup>                            |      |      | 0.03 |
| - อัตราที่พบโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (MI) หรือ unstable angina** <sup>๑</sup> | 0    | 0    | 0    |
| - อัตราการเกิดหัวใจโต                                                      | 0.17 | 0.03 | 0.1  |
| - อัตราการเกิดหัวใจวาย                                                     | 0.14 |      | 0.28 |
| - อัตราที่พบโรคอัมพาต** <sup>๑</sup>                                       | 0    | 0    | 0    |
| - อัตราที่พบโรคอัมพฤกษ์** <sup>๑</sup>                                     | 0    | 0    | 0.1  |
| - อัตราที่พบ TIA** <sup>๑</sup>                                            | 0    | 0    | 0.03 |

| อ.วาริชภูมิ                                                                | 2549 | 2550 | 2551 |
|----------------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่พบภาวะ angina pectoris** <sup>๑</sup>                            | 1.32 | 1.4  | 1.26 |
| - อัตราที่พบโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (MI) หรือ unstable angina** <sup>๑</sup> | 0.19 | 0.06 | 0.24 |
| - อัตราการเกิดหัวใจโต                                                      | 0.06 | 0.18 | 0.12 |
| - อัตราการเกิดหัวใจวาย                                                     | 0.06 | 0.24 | 0.54 |
| - อัตราที่พบโรคอัมพาต** <sup>๑</sup>                                       | 0    | 0.18 | 0.12 |
| - อัตราที่พบโรคอัมพฤกษ์** <sup>๑</sup>                                     | 0.25 | 0.73 | 1.08 |
| - อัตราที่พบ TIA** <sup>๑</sup>                                            | 0.13 | 0.31 | 0.24 |

| อ.ส่องดาว                                                                  | 2549 | 2550 | 2551 |
|----------------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่พบภาวะ angina pectoris** <sup>๑</sup>                            | 0    | 0    | 0    |
| - อัตราที่พบโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (MI) หรือ unstable angina** <sup>๑</sup> | 0.12 | 0.23 | 0    |
| - อัตราการเกิดหัวใจโต                                                      | 0.51 | 0.26 | 0.12 |
| - อัตราการเกิดหัวใจวาย                                                     | 0    | 0    | 0    |
| - อัตราที่พบโรคอัมพาต** <sup>๑</sup>                                       | 0.26 | 0.12 | 0    |
| - อัตราที่พบโรคอัมพฤกษ์** <sup>๑</sup>                                     | 0.38 | 0.58 | 0.35 |
| - อัตราที่พบ TIA** <sup>๑</sup>                                            | 0    | 0    | 0    |

| ค่าเฉลี่ย                                                                  | 2549 | 2550 | 2551 |
|----------------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่พบภาวะ angina pectoris** <sup>๑</sup>                            | 0.39 | 0.43 | 1.70 |
| - อัตราที่พบโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (MI) หรือ unstable angina** <sup>๑</sup> | 0.22 | 0.26 | 0.36 |
| - อัตราการเกิดหัวใจโต                                                      | 0.49 | 0.40 | 0.36 |
| - อัตราการเกิดหัวใจวาย                                                     | 0.54 | 0.47 | 0.56 |
| - อัตราที่พบโรคอัมพาต** <sup>๑</sup>                                       | 0.25 | 0.20 | 0.22 |
| - อัตราที่พบโรคอัมพฤกษ์** <sup>๑</sup>                                     | 0.45 | 0.50 | 0.62 |
| - อัตราที่พบ TIA** <sup>๑</sup>                                            | 0.03 | 0.13 | 0.16 |



#### 1.16 การตรวจเท้า

| อ.กุดบาก | 2549 | 2550 | 2551 |
|----------|------|------|------|
|----------|------|------|------|

|                                                  |  |      |      |
|--------------------------------------------------|--|------|------|
| - อัตราที่คลำชีพจรที่เท้าทั้ง 2 ข้างไม่ได้**     |  |      |      |
| - อัตราที่คลำชีพจรที่เท้าข้างขวาไม่ได้           |  |      |      |
| - อัตราที่คลำชีพจรที่เท้าข้างซ้ายไม่ได้          |  |      |      |
| - อัตราที่พบหลอดเลือดส่วนปลายตีบตัน**            |  |      |      |
| - อัตราที่พบแผลที่เท้า** <sup>ก</sup>            |  | 0.63 | 0.69 |
| - อัตราที่พบแผลใหม่ที่เท้า** <sup>ก</sup>        |  |      |      |
| - อัตราที่พบแผลที่เท้าเรื้อรัง** <sup>ก</sup>    |  |      |      |
| - อัตราที่พบแผลหายแล้วที่เท้า** <sup>ก</sup>     |  |      |      |
| - อัตราที่พบผู้ถูกตัดนิ้ว/เท้า/ขา** <sup>ก</sup> |  | 0.63 | 0.41 |

| อ.โลกศรีสุพรรณ                                   | 2549 | 2550 | 2551  |
|--------------------------------------------------|------|------|-------|
| - อัตราที่คลำชีพจรที่เท้าทั้ง 2 ข้างไม่ได้**     | 0    | 0.10 | 0.09  |
| - อัตราที่คลำชีพจรที่เท้าข้างขวาไม่ได้           | 0    | 0.10 | 0.09  |
| - อัตราที่คลำชีพจรที่เท้าข้างซ้ายไม่ได้          | 0    | 0.3  | 0.09  |
| - อัตราที่พบหลอดเลือดส่วนปลายตีบตัน**            |      |      |       |
| - อัตราที่พบแผลที่เท้า** <sup>ก</sup>            | 2.64 | 2.64 | 11.94 |
| - อัตราที่พบแผลใหม่ที่เท้า** <sup>ก</sup>        | 0.76 | 0.92 | 0.18  |
| - อัตราที่พบแผลที่เท้าเรื้อรัง** <sup>ก</sup>    | 0.90 | 1.22 | 4.17  |
| - อัตราที่พบแผลหายแล้วที่เท้า** <sup>ก</sup>     | 0.98 | 0.50 | 7.59  |
| - อัตราที่พบผู้ถูกตัดนิ้ว/เท้า/ขา** <sup>ก</sup> | 0.10 | 0.10 | 0.18  |

| อ.คำตากล้า                                    | 2549 | 2550 | 2551 |
|-----------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่คลำชีพจรที่เท้าทั้ง 2 ข้างไม่ได้**  | 0    | 0    | 0    |
| - อัตราที่คลำชีพจรที่เท้าข้างขวาไม่ได้        | 0    | 0    | 0    |
| - อัตราที่คลำชีพจรที่เท้าข้างซ้ายไม่ได้       | 0    | 0    | 0    |
| - อัตราที่พบหลอดเลือดส่วนปลายตีบตัน**         |      |      |      |
| - อัตราที่พบแผลที่เท้า** <sup>ก</sup>         | 1.8  | 1.9  | 2.3  |
| - อัตราที่พบแผลใหม่ที่เท้า** <sup>ก</sup>     |      |      |      |
| - อัตราที่พบแผลที่เท้าเรื้อรัง** <sup>ก</sup> | 1.8  | 1.9  | 2.3  |

|                                                  |     |     |   |
|--------------------------------------------------|-----|-----|---|
| - อัตราที่พบแผลหายแล้วที่เท้า** <sup>๓</sup>     |     |     |   |
| - อัตราที่พบผู้ถูกตัดนิ้ว/เท้า/ขา** <sup>๓</sup> | 0.5 | 0.1 | 0 |

| อ.เจริญศิลป์                                     | 2549 | 2550 | 2551 |
|--------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่คลำชีพจรที่เท้าทั้ง 2 ข้างไม่ได้**     |      |      |      |
| - อัตราที่คลำชีพจรที่เท้าข้างขวาไม่ได้           |      |      |      |
| - อัตราที่คลำชีพจรที่เท้าข้างซ้ายไม่ได้          |      |      |      |
| - อัตราที่พบหลอดเลือดส่วนปลายตีบตัน**            |      |      |      |
| - อัตราที่พบแผลที่เท้า** <sup>๓</sup>            |      |      |      |
| - อัตราที่พบแผลใหม่ที่เท้า** <sup>๓</sup>        | 0.36 | 0.35 | 0.42 |
| - อัตราที่พบแผลที่เท้าเรื้อรัง** <sup>๓</sup>    | 0.09 | 0.08 | 0.16 |
| - อัตราที่พบแผลหายแล้วที่เท้า** <sup>๓</sup>     | 0.31 | 0.35 | 0.16 |
| - อัตราที่พบผู้ถูกตัดนิ้ว/เท้า/ขา** <sup>๓</sup> | 0.45 | 0.17 | 0.25 |

| อ.ต่างอย                                         | 2549 | 2550 | 2551  |
|--------------------------------------------------|------|------|-------|
| - อัตราที่คลำชีพจรที่เท้าทั้ง 2 ข้างไม่ได้**     |      |      |       |
| - อัตราที่คลำชีพจรที่เท้าข้างขวาไม่ได้           |      |      |       |
| - อัตราที่คลำชีพจรที่เท้าข้างซ้ายไม่ได้          |      |      |       |
| - อัตราที่พบหลอดเลือดส่วนปลายตีบตัน**            |      |      |       |
| - อัตราที่พบแผลที่เท้า** <sup>๓</sup>            |      |      | 1 ราย |
| - อัตราที่พบแผลใหม่ที่เท้า** <sup>๓</sup>        |      |      | 1 ราย |
| - อัตราที่พบแผลที่เท้าเรื้อรัง** <sup>๓</sup>    |      |      | 3 ราย |
| - อัตราที่พบแผลหายแล้วที่เท้า** <sup>๓</sup>     |      |      | 2 ราย |
| - อัตราที่พบผู้ถูกตัดนิ้ว/เท้า/ขา** <sup>๓</sup> |      |      | 5 ราย |

| อ.นิคมคำนูน                                  | 2549 | 2550 | 2551 |
|----------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่คลำชีพจรที่เท้าทั้ง 2 ข้างไม่ได้** |      |      |      |
| - อัตราที่คลำชีพจรที่เท้าข้างขวาไม่ได้       |      |      |      |
| - อัตราที่คลำชีพจรที่เท้าข้างซ้ายไม่ได้      |      |      |      |

|                                                  |  |      |  |
|--------------------------------------------------|--|------|--|
| - อัตราที่พบหลอดเลือดส่วนปลายตีบตัน**            |  |      |  |
| - อัตราที่พบแผลที่เท้า** <sup>๓</sup>            |  |      |  |
| - อัตราที่พบแผลใหม่ที่เท้า** <sup>๓</sup>        |  |      |  |
| - อัตราที่พบแผลที่เท้าเรื้อรัง** <sup>๓</sup>    |  |      |  |
| - อัตราที่พบแผลหายแล้วที่เท้า** <sup>๓</sup>     |  | 0.03 |  |
| - อัตราที่พบผู้ถูกตัดนิ้ว/เท้า/ขา** <sup>๓</sup> |  | 0.68 |  |

| อ.บ้านม่วง                                       | 2549 | 2550 | 2551 |
|--------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่กล้ำชีพจรที่เท้าทั้ง 2 ข้างไม่ได้**    |      |      |      |
| - อัตราที่กล้ำชีพจรที่เท้าข้างขวาไม่ได้          |      |      |      |
| - อัตราที่กล้ำชีพจรที่เท้าข้างซ้ายไม่ได้         |      |      |      |
| - อัตราที่พบหลอดเลือดส่วนปลายตีบตัน**            |      |      |      |
| - อัตราที่พบแผลที่เท้า** <sup>๓</sup>            |      | 3.52 | 4.44 |
| - อัตราที่พบแผลใหม่ที่เท้า** <sup>๓</sup>        |      | 0.52 | 0.94 |
| - อัตราที่พบแผลที่เท้าเรื้อรัง** <sup>๓</sup>    |      | 3    | 3.5  |
| - อัตราที่พบแผลหายแล้วที่เท้า** <sup>๓</sup>     |      | 1.17 | 1.38 |
| - อัตราที่พบผู้ถูกตัดนิ้ว/เท้า/ขา** <sup>๓</sup> |      | 0.88 | 0.94 |

| อ.พรรณานิคม                                      | 2549   | 2550  | 2551  |
|--------------------------------------------------|--------|-------|-------|
| - อัตราที่กล้ำชีพจรที่เท้าทั้ง 2 ข้างไม่ได้**    |        |       |       |
| - อัตราที่กล้ำชีพจรที่เท้าข้างขวาไม่ได้          |        |       |       |
| - อัตราที่กล้ำชีพจรที่เท้าข้างซ้ายไม่ได้         |        |       |       |
| - อัตราที่พบหลอดเลือดส่วนปลายตีบตัน**            |        |       |       |
| - อัตราที่พบแผลที่เท้า** <sup>๓</sup>            | 28 ราย | 8 ราย | 6 ราย |
| - อัตราที่พบแผลใหม่ที่เท้า** <sup>๓</sup>        |        |       |       |
| - อัตราที่พบแผลที่เท้าเรื้อรัง** <sup>๓</sup>    |        |       |       |
| - อัตราที่พบแผลหายแล้วที่เท้า** <sup>๓</sup>     |        |       |       |
| - อัตราที่พบผู้ถูกตัดนิ้ว/เท้า/ขา** <sup>๓</sup> |        |       |       |



| อ.พังโคน                                         | 2549 | 2550 | 2551 |
|--------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่คลำชีพจรที่เท้าทั้ง 2 ข้างไม่ได้**     | 0    | 0    | 0    |
| - อัตราที่คลำชีพจรที่เท้าข้างขวาไม่ได้           | 0    | 0    | 0    |
| - อัตราที่คลำชีพจรที่เท้าข้างซ้ายไม่ได้          | 0    | 0    | 0    |
| - อัตราที่พบหลอดเลือดส่วนปลายตีบตัน**            |      |      |      |
| - อัตราที่พบแผลที่เท้า** <sup>๓</sup>            | 1.09 | 1.19 | 0.63 |
| - อัตราที่พบแผลใหม่ที่เท้า** <sup>๓</sup>        | 0.84 | 1.02 | 0.63 |
| - อัตราที่พบแผลที่เท้าเรื้อรัง** <sup>๓</sup>    |      | 0.17 | 0.5  |
| - อัตราที่พบแผลหายแล้วที่เท้า** <sup>๓</sup>     |      | 0.68 | 0.13 |
| - อัตราที่พบผู้ถูกตัดนิ้ว/เท้า/ขา** <sup>๓</sup> | 0.67 | 0.17 | 0.13 |

| อ.โพนนาแก้ว                                      | 2549 | 2550 | 2551 |
|--------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่คลำชีพจรที่เท้าทั้ง 2 ข้างไม่ได้**     |      |      |      |
| - อัตราที่คลำชีพจรที่เท้าข้างขวาไม่ได้           |      |      |      |
| - อัตราที่คลำชีพจรที่เท้าข้างซ้ายไม่ได้          |      |      |      |
| - อัตราที่พบหลอดเลือดส่วนปลายตีบตัน**            |      |      |      |
| - อัตราที่พบแผลที่เท้า** <sup>๓</sup>            |      |      | 27   |
| - อัตราที่พบแผลใหม่ที่เท้า** <sup>๓</sup>        |      |      | 2.25 |
| - อัตราที่พบแผลที่เท้าเรื้อรัง** <sup>๓</sup>    |      |      | 5.9  |
| - อัตราที่พบแผลหายแล้วที่เท้า** <sup>๓</sup>     |      |      | 0.52 |
| - อัตราที่พบผู้ถูกตัดนิ้ว/เท้า/ขา** <sup>๓</sup> |      |      |      |

| อ.ภูพาน                                      | 2549 | 2550 | 2551 |
|----------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่คลำชีพจรที่เท้าทั้ง 2 ข้างไม่ได้** | 0    | 0    | 0    |
| - อัตราที่คลำชีพจรที่เท้าข้างขวาไม่ได้       | 0    | 0    | 0.15 |
| - อัตราที่คลำชีพจรที่เท้าข้างซ้ายไม่ได้      | 0    | 0    | 0.15 |
| - อัตราที่พบหลอดเลือดส่วนปลายตีบตัน**        |      |      |      |
| - อัตราที่พบแผลที่เท้า** <sup>๓</sup>        | 0.69 | 1.19 | 1.37 |
| - อัตราที่พบแผลใหม่ที่เท้า** <sup>๓</sup>    | 0.23 | 0.85 | 1.07 |

|                                                  |      |      |      |
|--------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่พบแผลที่เท้าเรื้อรัง** <sup>ก</sup>    | 0.23 | 0.51 | 0.45 |
| - อัตราที่พบแผลหายแล้วที่เท้า** <sup>ก</sup>     | 0.23 | 0.34 | 0.61 |
| - อัตราที่พบผู้ถูกตัดนิ้ว/เท้า/ขา** <sup>ก</sup> | 0.23 | 0.17 | 0.3  |

| อ.เมือง                                          | 2549 | 2550 | 2551 |
|--------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่คลำชีพจรที่เท้าทั้ง 2 ข้างไม่ได้**     |      |      |      |
| - อัตราที่คลำชีพจรที่เท้าข้างขวาไม่ได้           |      |      |      |
| - อัตราที่คลำชีพจรที่เท้าข้างซ้ายไม่ได้          |      |      |      |
| - อัตราที่พบหลอดเลือดส่วนปลายตีบตัน**            |      |      |      |
| - อัตราที่พบแผลที่เท้า** <sup>ก</sup>            |      |      |      |
| - อัตราที่พบแผลใหม่ที่เท้า** <sup>ก</sup>        |      |      |      |
| - อัตราที่พบแผลที่เท้าเรื้อรัง** <sup>ก</sup>    |      |      | 0.66 |
| - อัตราที่พบแผลหายแล้วที่เท้า** <sup>ก</sup>     |      |      | 0.08 |
| - อัตราที่พบผู้ถูกตัดนิ้ว/เท้า/ขา** <sup>ก</sup> |      |      |      |

| อ.วานรนิวาส                                      | 2549 | 2550 | 2551 |
|--------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่คลำชีพจรที่เท้าทั้ง 2 ข้างไม่ได้**     |      |      |      |
| - อัตราที่คลำชีพจรที่เท้าข้างขวาไม่ได้           |      |      |      |
| - อัตราที่คลำชีพจรที่เท้าข้างซ้ายไม่ได้          |      |      | 2    |
| - อัตราที่พบหลอดเลือดส่วนปลายตีบตัน**            |      |      | 3    |
| - อัตราที่พบแผลที่เท้า** <sup>ก</sup>            | 1.51 | 1.52 | 2.3  |
| - อัตราที่พบแผลใหม่ที่เท้า** <sup>ก</sup>        |      |      |      |
| - อัตราที่พบแผลที่เท้าเรื้อรัง** <sup>ก</sup>    |      |      |      |
| - อัตราที่พบแผลหายแล้วที่เท้า** <sup>ก</sup>     |      |      |      |
| - อัตราที่พบผู้ถูกตัดนิ้ว/เท้า/ขา** <sup>ก</sup> | 0.03 | 0.16 | 0.14 |

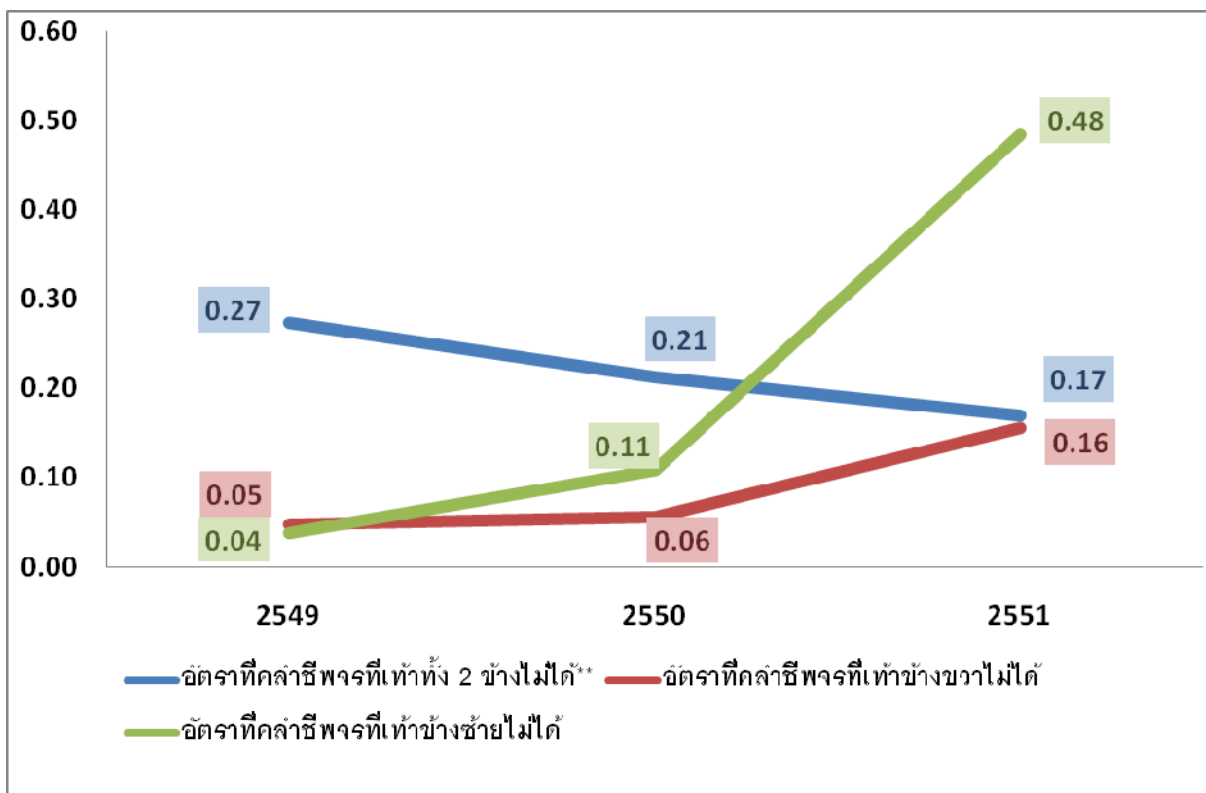
| อ.วาริชภูมิ                                  | 2549 | 2550 | 2551 |
|----------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่คลำชีพจรที่เท้าทั้ง 2 ข้างไม่ได้** | 0.19 | 0.18 | 0.54 |
| - อัตราที่คลำชีพจรที่เท้าข้างขวาไม่ได้       | 0.24 | 0.18 | 0.54 |

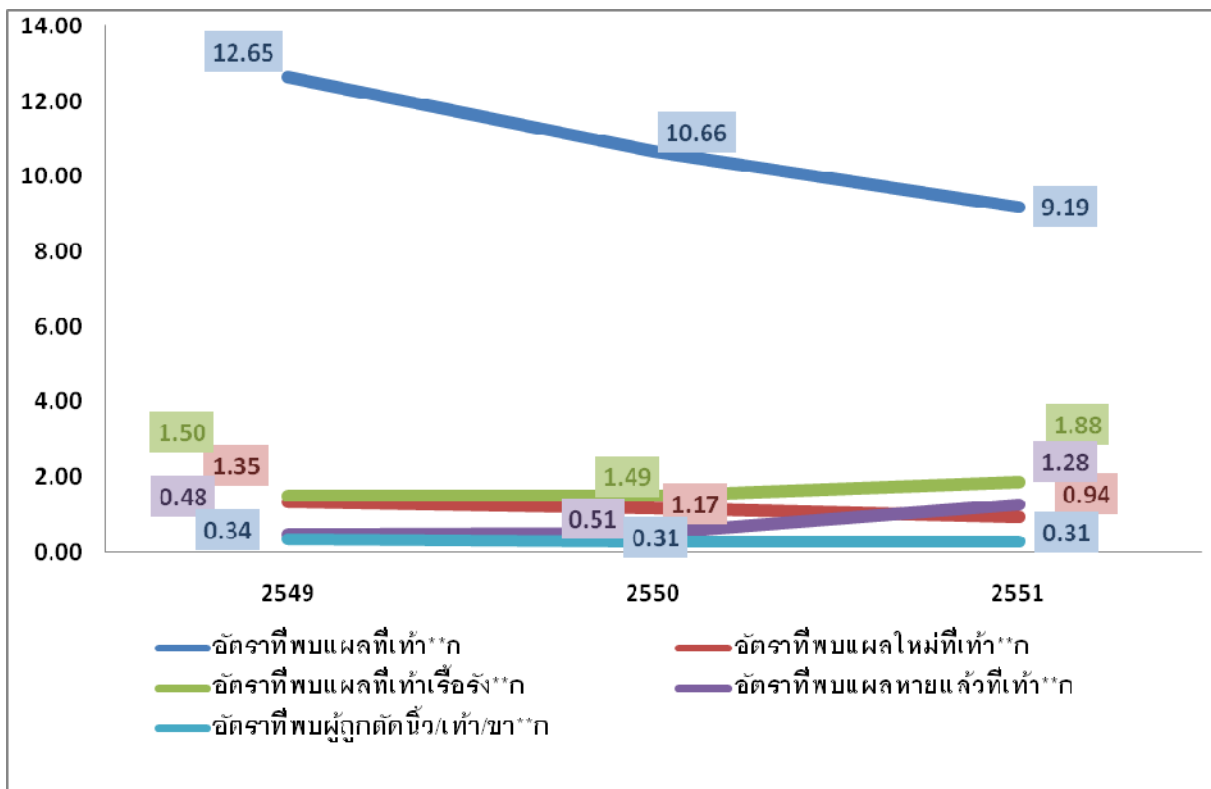
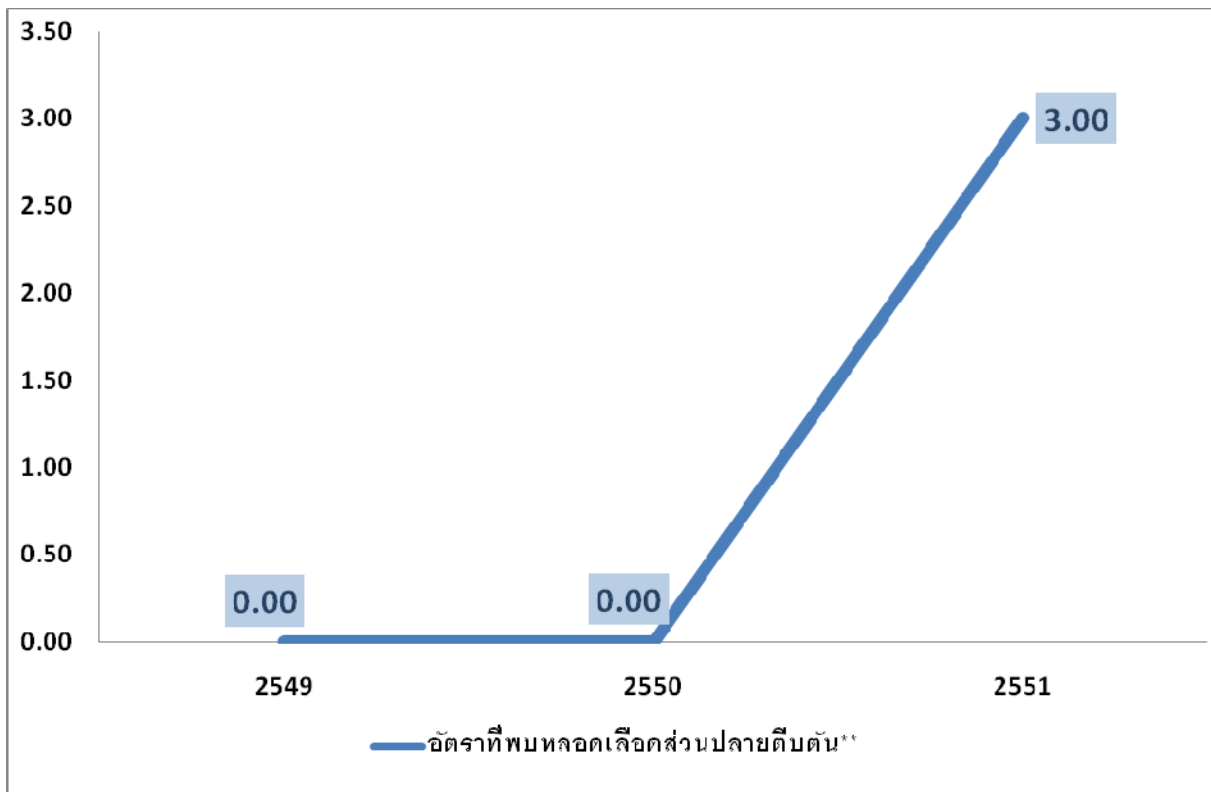
|                                                  |      |      |      |
|--------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่คลำชีพจรที่เท้าข้างซ้ายไม่ได้          | 0.19 | 0.24 | 0.66 |
| - อัตราที่พบหลอดเลือดส่วนปลายตีบตัน**            |      |      |      |
| - อัตราที่พบแผลที่เท้า** <sup>๓</sup>            | 1.26 | 0.98 | 2.45 |
| - อัตราที่พบแผลใหม่ที่เท้า** <sup>๓</sup>        | 0.25 | 0.12 | 0.54 |
| - อัตราที่พบแผลที่เท้าเรื้อรัง** <sup>๓</sup>    | 0.88 | 0.79 | 1.44 |
| - อัตราที่พบแผลหายแล้วที่เท้า** <sup>๓</sup>     | 0.13 | 0.06 | 0.48 |
| - อัตราที่พบผู้ถูกตัดนิ้ว/เท้า/ขา** <sup>๓</sup> | 0.31 | 0.12 | 0.54 |

| อ.ส่องดาว                                        | 2549 | 2550 | 2551 |
|--------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่คลำชีพจรที่เท้าทั้ง 2 ข้างไม่ได้**     | 0.64 | 0.35 | 0.52 |
| - อัตราที่คลำชีพจรที่เท้าข้างขวาไม่ได้           |      |      |      |
| - อัตราที่คลำชีพจรที่เท้าข้างซ้ายไม่ได้          |      |      |      |
| - อัตราที่พบหลอดเลือดส่วนปลายตีบตัน**            |      |      |      |
| - อัตราที่พบแผลที่เท้า** <sup>๓</sup>            | 2.19 | 2.07 | 0.96 |
| - อัตราที่พบแผลใหม่ที่เท้า** <sup>๓</sup>        | 0.9  | 0.69 | 0.32 |
| - อัตราที่พบแผลที่เท้าเรื้อรัง** <sup>๓</sup>    | 0.52 | 0.46 | 0.11 |
| - อัตราที่พบแผลหายแล้วที่เท้า** <sup>๓</sup>     | 0.77 | 0.92 | 0.53 |
| - อัตราที่พบผู้ถูกตัดนิ้ว/เท้า/ขา** <sup>๓</sup> | 0.26 | 0.12 | 0.11 |

| อ.อากาศอำนวย                                     | 2549 | 2550 | 2551 |
|--------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่คลำชีพจรที่เท้าทั้ง 2 ข้างไม่ได้**     | 108  | 0.86 | 0.04 |
| - อัตราที่คลำชีพจรที่เท้าข้างขวาไม่ได้           |      |      |      |
| - อัตราที่คลำชีพจรที่เท้าข้างซ้ายไม่ได้          |      |      |      |
| - อัตราที่พบหลอดเลือดส่วนปลายตีบตัน**            |      |      |      |
| - อัตราที่พบแผลที่เท้า** <sup>๓</sup>            | 90   | 91   | 47   |
| - อัตราที่พบแผลใหม่ที่เท้า** <sup>๓</sup>        | 6.08 | 4.89 | 2.15 |
| - อัตราที่พบแผลที่เท้าเรื้อรัง** <sup>๓</sup>    | 6.08 | 5.3  | 1.5  |
| - อัตราที่พบแผลหายแล้วที่เท้า** <sup>๓</sup>     |      |      |      |
| - อัตราที่พบผู้ถูกตัดนิ้ว/เท้า/ขา** <sup>๓</sup> | 0.54 | 0.37 | 0.41 |

| ค่าเฉลี่ย                                    | 2549  | 2550  | 2551 |
|----------------------------------------------|-------|-------|------|
| - อัตราที่คลำชีพจรที่เท้าทั้ง 2 ข้างไม่ได้** | 15.55 | 0.21  | 8.90 |
| - อัตราที่คลำชีพจรที่เท้าข้างขวาไม่ได้       | 0.05  | 0.06  | 4.30 |
| - อัตราที่คลำชีพจรที่เท้าข้างซ้ายไม่ได้      | 0.04  | 0.11  | 0.48 |
| - อัตราที่พบหลอดเลือดส่วนปลายตีบตัน**        |       |       | 3.00 |
| - อัตราที่พบแผลที่เท้า**ก                    | 12.65 | 10.66 | 9.19 |
| - อัตราที่พบแผลใหม่ที่เท้า**ก                | 1.35  | 1.17  | 0.94 |
| - อัตราที่พบแผลที่เท้าเรื้อรัง**ก            | 1.50  | 1.49  | 1.88 |
| - อัตราที่พบแผลหายแล้วที่เท้า**ก             | 0.48  | 0.51  | 1.28 |
| - อัตราที่พบผู้ถูกตัดนิ้ว/เท้า/ขา**ก         | 0.34  | 0.31  | 0.31 |





## 2. โรคความดันโลหิตสูง

### 2.1 ความสม่ำเสมอในการมารับบริการต่อเนื่อง และอัตราการให้สุศึกษา

| อ.กุศบาท                                 | 2549 | 2550  | 2551 |
|------------------------------------------|------|-------|------|
| - ความสม่ำเสมอในการมารับบริการต่อเนื่อง* |      | 80.42 | 81.2 |
| - อัตราการให้สุศึกษา*                    | 100  | 100   | 100  |

| อ.กุศมาลย์                               | 2549 | 2550 | 2551 |
|------------------------------------------|------|------|------|
| - ความสม่ำเสมอในการมารับบริการต่อเนื่อง* | 87   | 82   | 88   |
| - อัตราการให้สุศึกษา*                    | 95   | 94   | 96   |

| อ.โคกศรีสุพรรณ                           | 2549  | 2550  | 2551  |
|------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - ความสม่ำเสมอในการมารับบริการต่อเนื่อง* | 86.92 | 86.43 | 89.21 |
| - อัตราการให้สุศึกษา*                    | 95.07 | 95.37 | 96.27 |

| อ.คำตากล้า                               | 2549  | 2550  | 2551  |
|------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - ความสม่ำเสมอในการมารับบริการต่อเนื่อง* | 56.92 | 70.61 | 81.26 |
| - อัตราการให้สุศึกษา*                    | 100   | 100   | 100   |

| อ.เจริญศิลป์                             | 2549   | 2550  | 2551   |
|------------------------------------------|--------|-------|--------|
| - ความสม่ำเสมอในการมารับบริการต่อเนื่อง* | 97.721 | 99.55 | 96.187 |
| - อัตราการให้สุศึกษา*                    | 100    | 100   | 100    |

| อ.เต่างอย                                | 2549 | 2550 | 2551 |
|------------------------------------------|------|------|------|
| - ความสม่ำเสมอในการมารับบริการต่อเนื่อง* | 80.5 | 88   | 95   |
| - อัตราการให้สุศึกษา*                    | 100  | 100  | 100  |

| อ.นิคมจำนน                               | 2549 | 2550 | 2551 |
|------------------------------------------|------|------|------|
| - ความสม่ำเสมอในการมารับบริการต่อเนื่อง* | 81   | 83.3 | 83.3 |
| - อัตราการให้สุศึกษา*                    | 91   | 95   | 92   |

| อ.บ้านม่วง | 2549 | 2550 | 2551 |
|------------|------|------|------|
|------------|------|------|------|

|                                          |  |    |    |
|------------------------------------------|--|----|----|
| - ความสม่ำเสมอในการมารับบริการต่อเนื่อง* |  | 60 | 68 |
| - อัตราการให้สุศึกษา*                    |  | 80 | 80 |

|                                          |             |             |             |
|------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>อ.พรรณานิคม</b>                       | <b>2549</b> | <b>2550</b> | <b>2551</b> |
| - ความสม่ำเสมอในการมารับบริการต่อเนื่อง* | 90.33       | 93.82       | 96.71       |
| - อัตราการให้สุศึกษา*                    | 90.15       | 92.66       | 94.86       |

|                                          |             |             |             |
|------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>อ.พังโคน</b>                          | <b>2549</b> | <b>2550</b> | <b>2551</b> |
| - ความสม่ำเสมอในการมารับบริการต่อเนื่อง* | 73.86       | 91.96       | 81.83       |
| - อัตราการให้สุศึกษา*                    | 77.58       | 100         | 86.04       |

|                                          |             |             |             |
|------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>อ.โพนนาแก้ว</b>                       | <b>2549</b> | <b>2550</b> | <b>2551</b> |
| - ความสม่ำเสมอในการมารับบริการต่อเนื่อง* |             |             | 89          |
| - อัตราการให้สุศึกษา*                    |             |             | 100         |

|                                          |             |             |             |
|------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>อ.ภูพาน</b>                           | <b>2549</b> | <b>2550</b> | <b>2551</b> |
| - ความสม่ำเสมอในการมารับบริการต่อเนื่อง* | 58.33       | 75          | 83.33       |
| - อัตราการให้สุศึกษา*                    | 33.79       | 42.15       | 64.22       |

|                                          |             |             |             |
|------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>อ.วานรนิวาส</b>                       | <b>2549</b> | <b>2550</b> | <b>2551</b> |
| - ความสม่ำเสมอในการมารับบริการต่อเนื่อง* | 73.89       | 70.17       | 53          |
| - อัตราการให้สุศึกษา*                    | 96.75       | 95.92       | 98.89       |

|                                          |             |             |             |
|------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>อ.วาริชภูมิ</b>                       | <b>2549</b> | <b>2550</b> | <b>2551</b> |
| - ความสม่ำเสมอในการมารับบริการต่อเนื่อง* | 87.7        | 87.01       | 78.41       |
| - อัตราการให้สุศึกษา*                    | 87.94       | 88.17       | 80.6        |

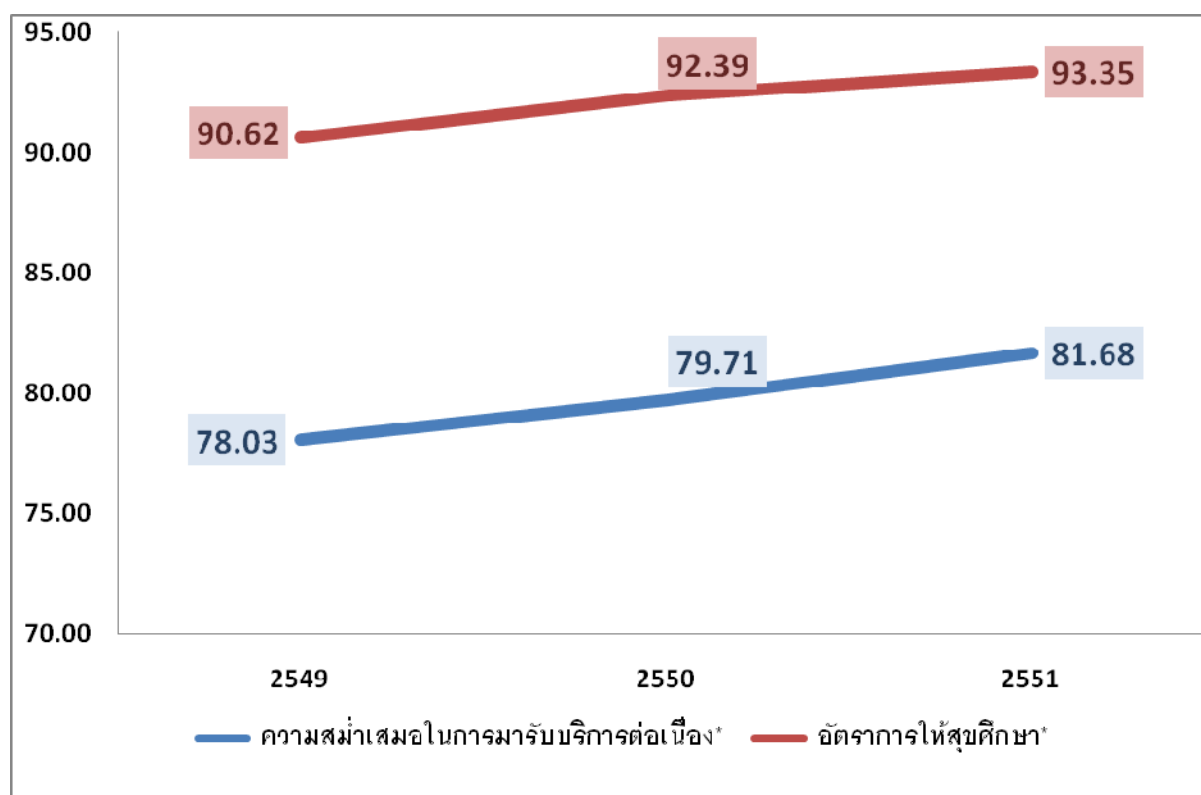
|                                          |             |             |             |
|------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>อ.สว่างแดนดิน</b>                     | <b>2549</b> | <b>2550</b> | <b>2551</b> |
| - ความสม่ำเสมอในการมารับบริการต่อเนื่อง* |             |             |             |

|                       |     |     |     |
|-----------------------|-----|-----|-----|
| - อัตราการให้สุศึกษา* | 100 | 100 | 100 |
|-----------------------|-----|-----|-----|

|                                          |       |       |       |
|------------------------------------------|-------|-------|-------|
| อ.ส่องดาว                                | 2549  | 2550  | 2551  |
| - ความสม่ำเสมอในการมารับบริการต่อเนื่อง* | 55.25 | 56.38 | 70.44 |
| - อัตราการให้สุศึกษา*                    | 92    | 95    | 98    |

|                                          |      |      |      |
|------------------------------------------|------|------|------|
| อ.อากาศอำนวย                             | 2549 | 2550 | 2551 |
| - ความสม่ำเสมอในการมารับบริการต่อเนื่อง* | 85   | 71   | 72   |
| - อัตราการให้สุศึกษา*                    | 100  | 100  | 100  |

|                                          |       |       |       |
|------------------------------------------|-------|-------|-------|
| คำชะแล                                   | 2549  | 2550  | 2551  |
| - ความสม่ำเสมอในการมารับบริการต่อเนื่อง* | 78.03 | 79.71 | 81.68 |
| - อัตราการให้สุศึกษา*                    | 90.62 | 92.39 | 93.35 |



## 2.2 ความดันโลหิต

|          |      |      |      |
|----------|------|------|------|
| อ.กุดบาก | 2549 | 2550 | 2551 |
|----------|------|------|------|



|                                                                                  |       |       |       |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการวัดความดันโลหิต* <sup>๓</sup>                                          | 100   | 100   | 100   |
| - การควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย** <sup>๓</sup><br>(BP<140/90 มม.ปรอท) | 75.96 | 86.27 | 83.21 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต<140/90 มม.ปรอท                              | 100   | 100   | 100   |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต>140/90 มม.ปรอท                              | 75.96 | 86.27 | 83.21 |

| อ.กุสุมาลย์                                                                      | 2549 | 2550 | 2551 |
|----------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการวัดความดันโลหิต* <sup>๓</sup>                                          | 100  | 100  | 100  |
| - การควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย** <sup>๓</sup><br>(BP<140/90 มม.ปรอท) |      |      |      |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต<140/90 มม.ปรอท                              |      |      |      |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต>140/90 มม.ปรอท                              |      |      |      |

| อ.โคกศรีสุพรรณ                                                                   | 2549  | 2550  | 2551  |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการวัดความดันโลหิต* <sup>๓</sup>                                          | 96.13 | 98.26 | 97.64 |
| - การควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย** <sup>๓</sup><br>(BP<140/90 มม.ปรอท) | 72.33 | 75.19 | 80.53 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต<140/90 มม.ปรอท                              |       |       |       |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต>140/90 มม.ปรอท                              |       |       |       |

| อ.คำตากล้า                                                                       | 2549  | 2550  | 2551  |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการวัดความดันโลหิต* <sup>๓</sup>                                          | 100   | 100   | 100   |
| - การควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย** <sup>๓</sup><br>(BP<140/90 มม.ปรอท) | 77.63 | 69.42 | 62.71 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต<140/90 มม.ปรอท                              | 77.63 | 69.42 | 62.71 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต>140/90 มม.ปรอท                              | 22.37 | 30.58 | 37.29 |

| อ.เจริญศิลป์                                              | 2549  | 2550  | 2551  |
|-----------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการวัดความดันโลหิต* <sup>๓</sup>                   |       |       |       |
| - การควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย** <sup>๓</sup> | 81.39 | 82.44 | 83.05 |

|                                                     |  |  |  |
|-----------------------------------------------------|--|--|--|
| (BP<140/90 มม.ปรอท)                                 |  |  |  |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต<140/90 มม.ปรอท |  |  |  |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต>140/90 มม.ปรอท |  |  |  |

| อ.เต่างอย                                                                        | 2549   | 2550   | 2551   |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|--------|
| - อัตราการวัดความดันโลหิต* <sup>๑</sup>                                          | 100    | 100    | 100    |
| - การควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย** <sup>๑</sup><br>(BP<140/90 มม.ปรอท) | 190 คน | 251 คน | 284 คน |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต<140/90 มม.ปรอท                              | 100    | 100    | 100    |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต>140/90 มม.ปรอท                              | 190 คน | 251 คน | 284 คน |

| อ.นิคมสร้างนอน                                                                   | 2549 | 2550 | 2551 |
|----------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการวัดความดันโลหิต* <sup>๑</sup>                                          | 100  | 100  | 100  |
| - การควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย** <sup>๑</sup><br>(BP<140/90 มม.ปรอท) |      |      |      |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต<140/90 มม.ปรอท                              |      |      |      |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต>140/90 มม.ปรอท                              |      |      |      |

| อ.บ้านม่วง                                                                       | 2549 | 2550 | 2551 |
|----------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการวัดความดันโลหิต* <sup>๑</sup>                                          |      | 100  | 100  |
| - การควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย** <sup>๑</sup><br>(BP<140/90 มม.ปรอท) |      |      | 72.1 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต<140/90 มม.ปรอท                              |      |      |      |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต>140/90 มม.ปรอท                              |      |      |      |

| อ.พรรณานิคม                                                                      | 2549 | 2550 | 2551 |
|----------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการวัดความดันโลหิต* <sup>๑</sup>                                          | 100  | 100  | 100  |
| - การควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย** <sup>๑</sup><br>(BP<140/90 มม.ปรอท) |      |      |      |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต<140/90 มม.ปรอท                              |      |      |      |

|                                                     |  |  |  |
|-----------------------------------------------------|--|--|--|
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต>140/90 มม.ปรอท |  |  |  |
|-----------------------------------------------------|--|--|--|

| อ.พังโคน                                                                         | 2549  | 2550  | 2551 |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|------|
| - อัตราการวัดความดันโลหิต* <sup>๑</sup>                                          | 100   | 100   | 100  |
| - การควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย** <sup>๑</sup><br>(BP<140/90 มม.ปรอท) |       |       |      |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต<140/90 มม.ปรอท                              |       |       |      |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต>140/90 มม.ปรอท                              | 21.77 | 41.83 | 40.6 |

| อ.โพนนาแก้ว                                                                      | 2549 | 2550 | 2551 |
|----------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการวัดความดันโลหิต* <sup>๑</sup>                                          |      |      | 100  |
| - การควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย** <sup>๑</sup><br>(BP<140/90 มม.ปรอท) |      |      |      |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต<140/90 มม.ปรอท                              |      |      |      |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต>140/90 มม.ปรอท                              |      |      |      |

| อ.ภูพาน                                                                          | 2549  | 2550  | 2551  |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการวัดความดันโลหิต* <sup>๑</sup>                                          | 90.05 | 98.43 | 99.37 |
| - การควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย** <sup>๑</sup><br>(BP<140/90 มม.ปรอท) | 48.25 | 53.49 | 68.23 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต<140/90 มม.ปรอท                              |       |       |       |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต>140/90 มม.ปรอท                              |       |       |       |

| อ.เมือง                                                                          | 2549 | 2550 | 2551 |
|----------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการวัดความดันโลหิต* <sup>๑</sup>                                          | 100  | 100  | 100  |
| - การควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย** <sup>๑</sup><br>(BP<140/90 มม.ปรอท) |      |      |      |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต<140/90 มม.ปรอท                              |      |      |      |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต>140/90 มม.ปรอท                              |      |      |      |

| อ.วานรนิวาส                                                                      | 2549  | 2550 | 2551  |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------|------|-------|
| - อัตราการวัดความดันโลหิต* <sup>๑</sup>                                          | 100   | 100  | 100   |
| - การควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย** <sup>๑</sup><br>(BP<140/90 มม.ปรอท) | 86.39 | 72.2 | 66.44 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต<140/90 มม.ปรอท                              |       |      |       |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต>140/90 มม.ปรอท                              |       |      |       |

| อ.วาริชภูมิ                                                                      | 2549  | 2550  | 2551  |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการวัดความดันโลหิต* <sup>๑</sup>                                          | 99.52 | 99.07 | 98.06 |
| - การควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย** <sup>๑</sup><br>(BP<140/90 มม.ปรอท) | 69.6  | 66.13 | 54.63 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต<140/90 มม.ปรอท                              |       |       |       |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต>140/90 มม.ปรอท                              |       |       |       |

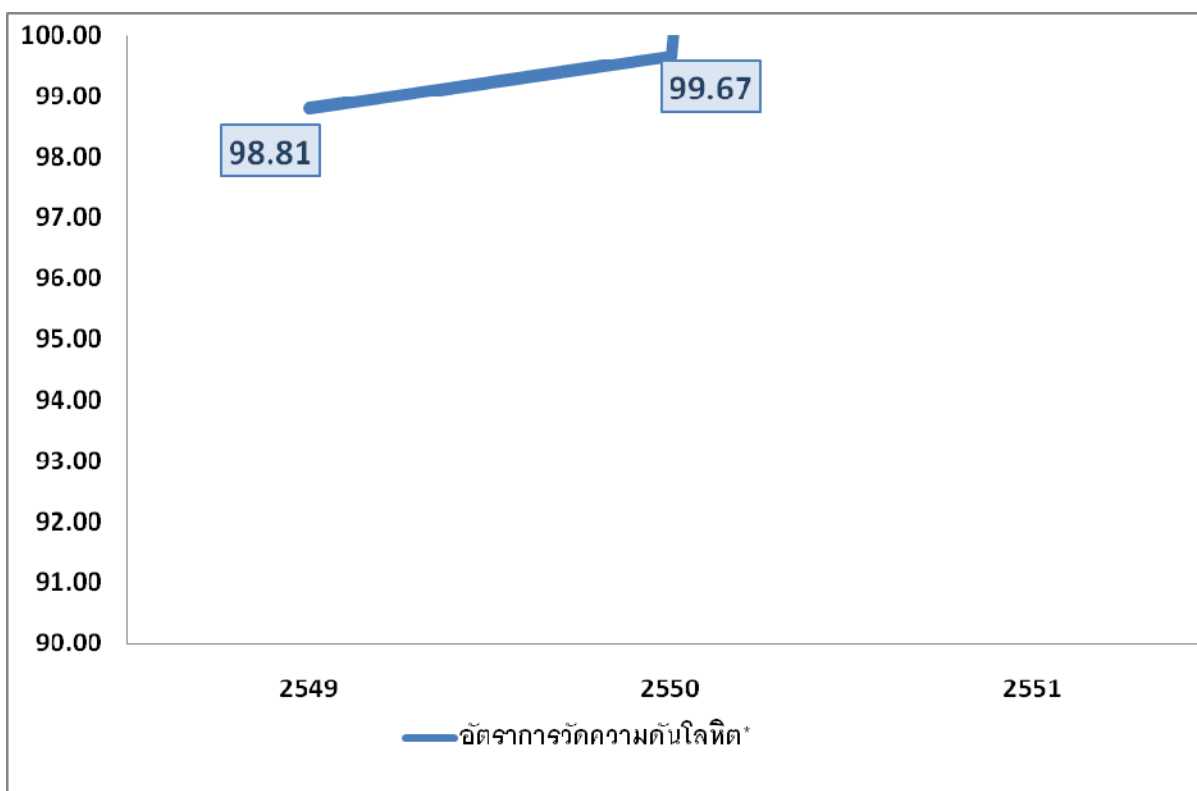
| อ.สว่างแดนดิน                                                                    | 2549 | 2550 | 2551 |
|----------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการวัดความดันโลหิต* <sup>๑</sup>                                          |      |      |      |
| - การควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย** <sup>๑</sup><br>(BP<140/90 มม.ปรอท) |      |      |      |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต<140/90 มม.ปรอท                              |      |      |      |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต>140/90 มม.ปรอท                              |      |      |      |

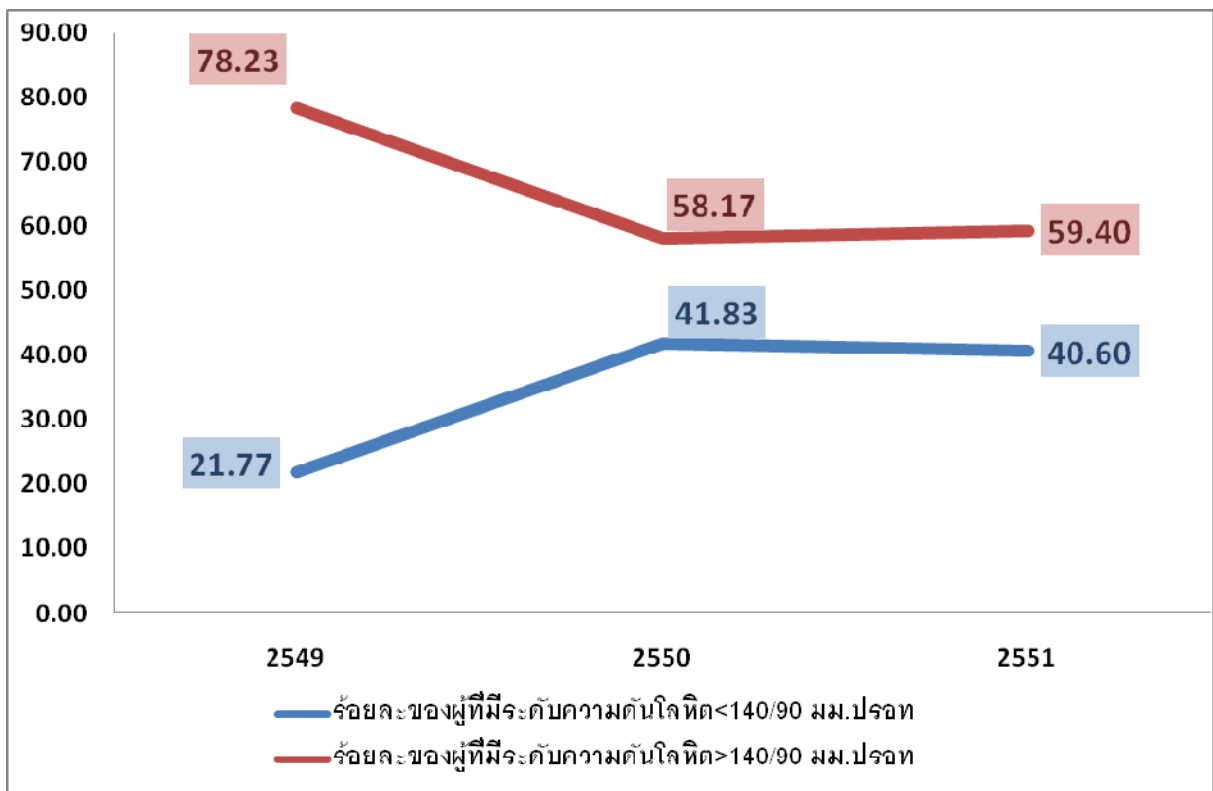
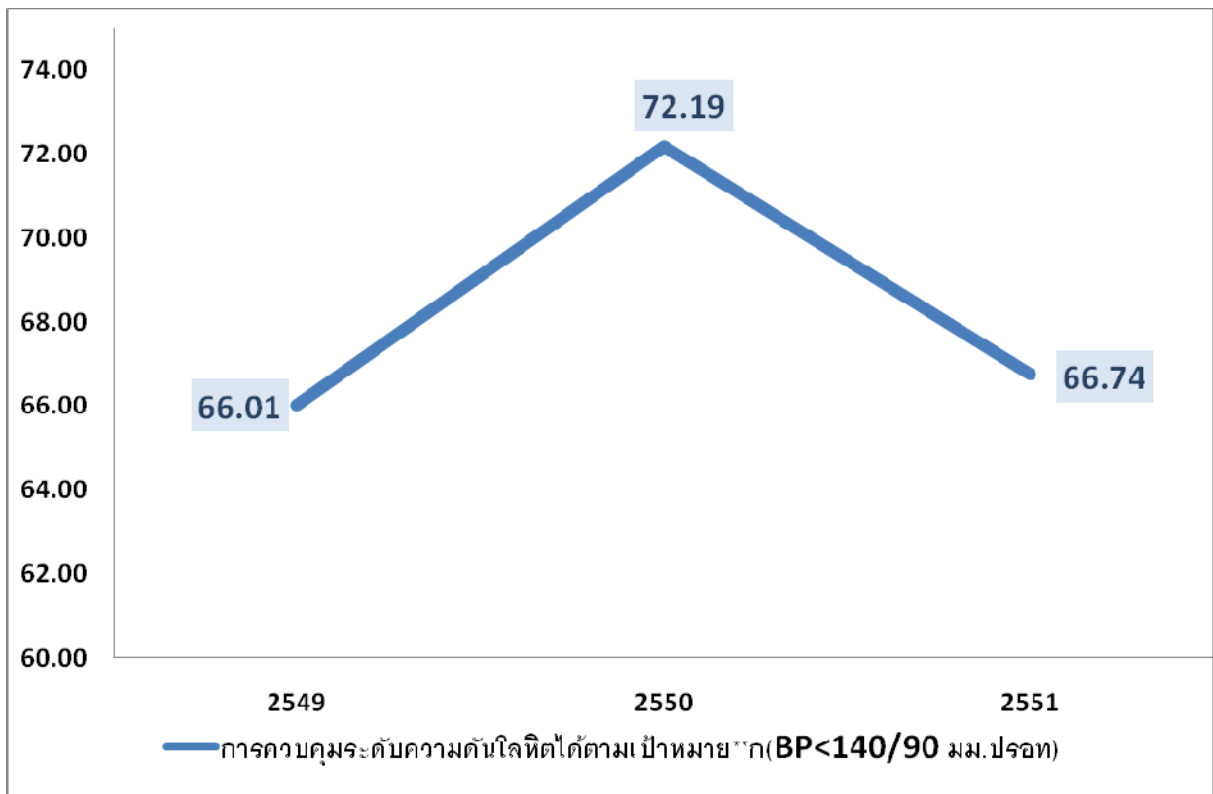
| อ.ส่องดาว                                                                        | 2549  | 2550  | 2551 |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|------|
| - อัตราการวัดความดันโลหิต* <sup>๑</sup>                                          | 100   | 100   | 100  |
| - การควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย** <sup>๑</sup><br>(BP<140/90 มม.ปรอท) | 59.14 | 76.97 | 58.8 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต<140/90 มม.ปรอท                              |       |       |      |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต>140/90 มม.ปรอท                              |       |       |      |

| อ.อากาศอำนวย                            | 2549 | 2550 | 2551 |
|-----------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการวัดความดันโลหิต* <sup>๑</sup> | 100  | 100  | 100  |

|                                                                                  |       |       |    |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|----|
| - การควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย** <sup>๓</sup><br>(BP<140/90 มม.ปรอท) | 34.99 | 64.81 | 57 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต<140/90 มม.ปรอท                              |       |       |    |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต>140/90 มม.ปรอท                              |       |       |    |

| ค่าเฉลี่ย                                                                        | 2549  | 2550  | 2551   |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|--------|
| - อัตราการวัดความดันโลหิต* <sup>๓</sup>                                          | 98.81 | 99.67 | 163.93 |
| - การควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย** <sup>๓</sup><br>(BP<140/90 มม.ปรอท) | 66.01 | 72.19 | 66.74  |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต<140/90 มม.ปรอท                              | 21.77 | 41.83 | 40.60  |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิต>140/90 มม.ปรอท                              | 78.23 | 58.17 | 59.40  |





หมายเหตุ: ข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือดตามเกณฑ์ของโครงการ มีข้อมูลใน 5 อำเภอ ดังนี้

| อ.คำตากล้า | 2549 | 2550 | 2551 |
|------------|------|------|------|
|------------|------|------|------|

|                                                              |       |       |       |
|--------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก<140 มม.ปรอท     | 43.02 | 42.09 | 49.10 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก 140-159 มม.ปรอท |       |       |       |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก≥160 มม.ปรอท     |       |       |       |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก<90 มม.ปรอท    | 43.02 | 42.09 | 49.1  |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก 90-99 มม.ปรอท |       |       |       |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ≥100 มม.ปรอท  |       |       |       |

| อ.นิคมνάอูน                                                  | 2549 | 2550 | 2551 |
|--------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก<140 มม.ปรอท     | 58   | 65   | 76   |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก 140-159 มม.ปรอท | 42   | 35   | 24   |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก≥160 มม.ปรอท     |      |      |      |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก<90 มม.ปรอท    |      |      |      |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก 90-99 มม.ปรอท |      |      |      |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ≥100 มม.ปรอท  |      |      |      |

| อ.บ้านม่วง                                                   | 2549 | 2550 | 2551  |
|--------------------------------------------------------------|------|------|-------|
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก<140 มม.ปรอท     |      |      | 70    |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก 140-159 มม.ปรอท |      |      | 18.51 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก≥160 มม.ปรอท     |      |      | 11.49 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก<90 มม.ปรอท    |      |      | 69.5  |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก 90-99 มม.ปรอท |      |      | 22    |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ≥100 มม.ปรอท  |      |      | 8.5   |

| อ.ภูพาน                                                      | 2549  | 2550  | 2551  |
|--------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก<140 มม.ปรอท     | 40.25 | 52.36 | 67.45 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก 140-159 มม.ปรอท | 49.03 | 38.29 | 25.29 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก≥160 มม.ปรอท     | 10.72 | 9.35  | 7.26  |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก<90 มม.ปรอท    | 74.05 | 75.57 | 78.14 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก 90-99 มม.ปรอท | 21.92 | 20.89 | 18.54 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ≥100 มม.ปรอท  | 4.66  | 3.54  | 3.32  |

| อ.วานรนิวาส                                                  | 2549 | 2550  | 2551  |
|--------------------------------------------------------------|------|-------|-------|
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก<140 มม.ปรอท     |      | 79.81 | 80.95 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก 140-159 มม.ปรอท |      | 61.76 | 72.88 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก≥160 มม.ปรอท     |      | 20.33 | 28.1  |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก<90 มม.ปรอท    |      | 81.94 | 83.39 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก 90-99 มม.ปรอท |      | 59.78 | 65.87 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ≥100 มม.ปรอท  |      | 11.42 | 14.01 |

| อ.วาริชภูมิ                                                  | 2549  | 2550  | 2551  |
|--------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก<140 มม.ปรอท     | 78.17 | 73.78 | 63.28 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก 140-159 มม.ปรอท | 16.89 | 19.03 | 18.21 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก≥160 มม.ปรอท     | 4.46  | 6.26  | 6.57  |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก<90 มม.ปรอท    | 76.36 | 76.22 | 65.67 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก 90-99 มม.ปรอท | 20.99 | 19.84 | 20.3  |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ≥100 มม.ปรอท  | 2.17  | 3.02  | 2.09  |



| อ.อากาศอำนวย                                                 | 2549  | 2550  | 2551 |
|--------------------------------------------------------------|-------|-------|------|
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก<140 มม.ปรอท     | 34.99 | 64.81 | 57   |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก140-159 มม.ปรอท  | 65.01 | 35.19 | 43   |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก≥160 มม.ปรอท     |       |       |      |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก<90 มม.ปรอท    |       |       |      |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก 90-99 มม.ปรอท |       |       |      |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ≥100 มม.ปรอท  |       |       |      |

| ค่าเฉลี่ย                                                    | 2549  | 2550  | 2551  |
|--------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก<140 มม.ปรอท     | 50.89 | 62.98 | 66.25 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก140-159 มม.ปรอท  | 43.23 | 37.85 | 33.65 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก≥160 มม.ปรอท     | 7.59  | 11.98 | 13.36 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก<90 มม.ปรอท    | 64.48 | 68.96 | 69.16 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก 90-99 มม.ปรอท | 21.46 | 33.50 | 31.68 |
| - ร้อยละของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ≥100 มม.ปรอท  | 3.42  | 5.99  | 6.98  |

\*\*\*\*\*ยังไม่ได้ลงกราฟ\*\*\*\*\*

### 2.3 การประเมินปัจจัยเสี่ยง

| อ.โคกศรีสุพรรณ                         | 2549  | 2550  | 2551  |
|----------------------------------------|-------|-------|-------|
| - การประเมินปัจจัยเสี่ยง ครบ 4 รายการ* | 79.64 | 83.21 | 85.79 |
| - อัตราการสูบบุหรี่ ที่พบในกลุ่ม*      |       |       |       |
| - อัตราผู้ที่หยุดสูบบุหรี่ที่พบในกลุ่ม |       |       |       |

| อ.คำตากล้า                             | 2549 | 2550 | 2551 |
|----------------------------------------|------|------|------|
| - การประเมินปัจจัยเสี่ยง ครบ 4 รายการ* | 96.4 | 92.1 | 90.9 |

|                                      |     |     |      |
|--------------------------------------|-----|-----|------|
| - อัตราการสูญบุหรีที่พบในกลุ่ม*      | 4.8 | 4.5 | 5.05 |
| - อัตราผู้ที่ยุคสูญบุหรีที่พบในกลุ่ม |     |     |      |

|                                        |             |             |             |
|----------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>อ.นิคมน้ำออน</b>                    | <b>2549</b> | <b>2550</b> | <b>2551</b> |
| - การประเมินปัจจัยเสี่ยง ครบ 4 รายการ* |             |             |             |
| - อัตราการสูญบุหรีที่พบในกลุ่ม*        |             | 9           | 7.5         |
| - อัตราผู้ที่ยุคสูญบุหรีที่พบในกลุ่ม   |             |             |             |

|                                        |             |             |             |
|----------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>อ.พังโคน</b>                        | <b>2549</b> | <b>2550</b> | <b>2551</b> |
| - การประเมินปัจจัยเสี่ยง ครบ 4 รายการ* | 31.09       | 30.18       | 42.13       |
| - อัตราการสูญบุหรีที่พบในกลุ่ม*        | 2.9         | 3.36        | 5.43        |
| - อัตราผู้ที่ยุคสูญบุหรีที่พบในกลุ่ม   | 0.3         | 0.56        | 0.28        |

|                                        |             |             |             |
|----------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>อ.ภูพาน</b>                         | <b>2549</b> | <b>2550</b> | <b>2551</b> |
| - การประเมินปัจจัยเสี่ยง ครบ 4 รายการ* | 0           | 18.26       | 36.53       |
| - อัตราการสูญบุหรีที่พบในกลุ่ม*        | 0           | 13.42       | 17.59       |
| - อัตราผู้ที่ยุคสูญบุหรีที่พบในกลุ่ม   | 0           | 0.48        | 1.12        |

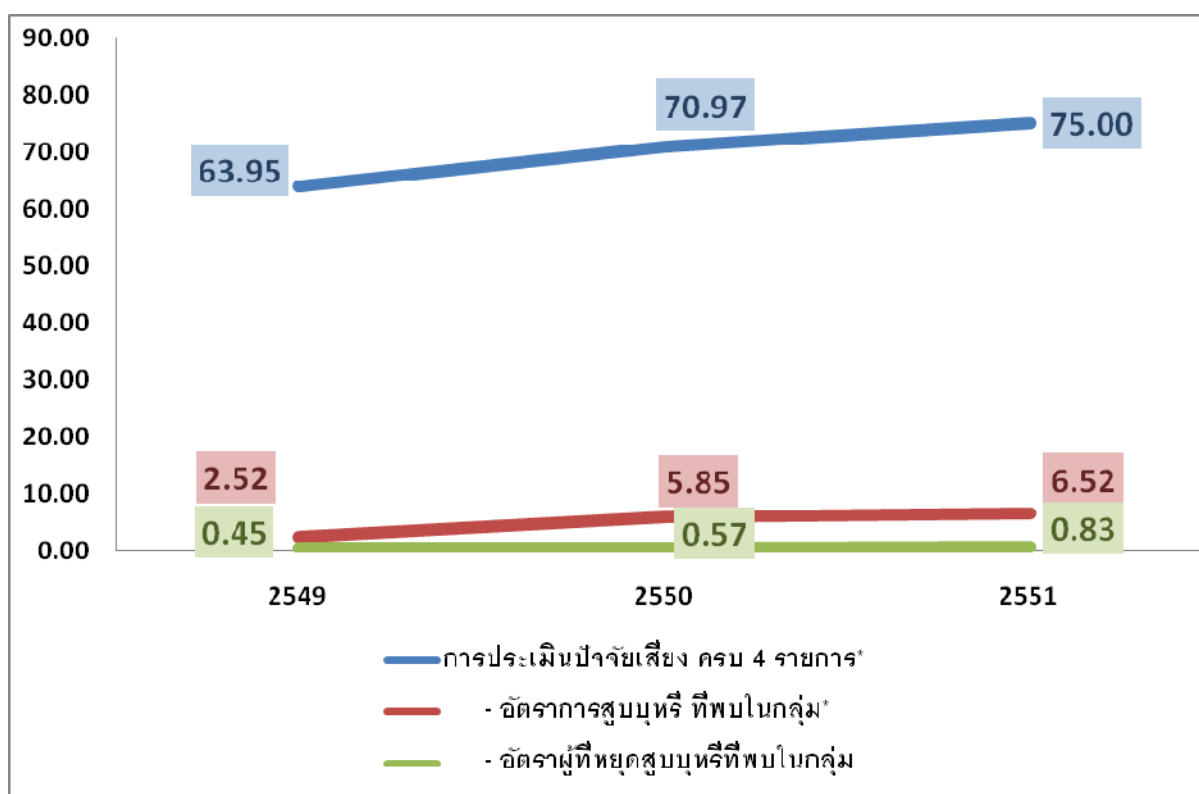
|                                        |             |             |             |
|----------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>อ.วานรนิวาส</b>                     | <b>2549</b> | <b>2550</b> | <b>2551</b> |
| - การประเมินปัจจัยเสี่ยง ครบ 4 รายการ* | 90.46       | 100         | 97.95       |
| - อัตราการสูญบุหรีที่พบในกลุ่ม*        |             |             |             |
| - อัตราผู้ที่ยุคสูญบุหรีที่พบในกลุ่ม   |             |             |             |

|                                        |             |             |             |
|----------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>อ.วาริชภูมิ</b>                     | <b>2549</b> | <b>2550</b> | <b>2551</b> |
| - การประเมินปัจจัยเสี่ยง ครบ 4 รายการ* | 55.08       | 76.01       | 75.72       |
| - อัตราการสูญบุหรีที่พบในกลุ่ม*        | 2.29        | 1.97        | 1.49        |
| - อัตราผู้ที่ยุคสูญบุหรีที่พบในกลุ่ม   |             |             |             |

|                  |             |             |             |
|------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>อ.ส่องดาว</b> | <b>2549</b> | <b>2550</b> | <b>2551</b> |
|------------------|-------------|-------------|-------------|

|                                        |      |      |      |
|----------------------------------------|------|------|------|
| - การประเมินปัจจัยเสี่ยง ครบ 4 รายการ* | 95   | 97   | 96   |
| - อัตราการสูบบุหรี่ ที่พบในกลุ่ม*      | 2.62 | 2.85 | 2.05 |
| - อัตราผู้ที่หยุดสูบบุหรี่ที่พบในกลุ่ม | 1.05 | 0.68 | 1.08 |

| ค่าเฉลี่ย                              | 2549  | 2550  | 2551  |
|----------------------------------------|-------|-------|-------|
| - การประเมินปัจจัยเสี่ยง ครบ 4 รายการ* | 63.95 | 70.97 | 75.00 |
| - อัตราการสูบบุหรี่ ที่พบในกลุ่ม*      | 2.52  | 5.85  | 6.52  |
| - อัตราผู้ที่หยุดสูบบุหรี่ที่พบในกลุ่ม | 0.45  | 0.57  | 0.83  |



## 2.4 การวัด BMI และรอบพุง

### - การวัด BMI

| อ.โลกศรีสุพรรณ                                    | 2549  | 2550  | 2551  |
|---------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราที่มีข้อมูล BMI*                           | 90.53 | 91.62 | 88.54 |
| - ค่าเฉลี่ย BMI ( $\text{kg/m}^2$ )* <sup>ก</sup> | 24.88 | 23.96 | 23.89 |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI $\geq 25$ * <sup>ก</sup>    | 32.41 | 33.22 | 32.08 |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI 23-24.9* <sup>ก</sup>       | 22.00 | 21.15 | 20.42 |

|                                 |       |       |       |
|---------------------------------|-------|-------|-------|
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI 18.5-22.9 | 29.11 | 29.39 | 28.45 |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI <18.5     | 7.01  | 7.86  | 7.59  |

| อ.คำตากล้า                                          | 2549  | 2550  | 2551  |
|-----------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราที่มีข้อมูล BMI*                             | 80.26 | 93.3  | 92.82 |
| - ค่าเฉลี่ย BMI (kg/m <sup>2</sup> )** <sup>ก</sup> |       |       |       |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI ≥25** <sup>ก</sup>            | 34.21 | 31.5  | 32.3  |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI 23-24.9** <sup>ก</sup>        | } รวม | } รวม | } รวม |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI 18.5-22.9                     |       |       |       |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI <18.5                         |       |       |       |
|                                                     | 65.79 | 68.5  | 67.7  |

| อ.เจริญศิลป์                                        | 2549 | 2550 | 2551  |
|-----------------------------------------------------|------|------|-------|
| - อัตราที่มีข้อมูล BMI*                             |      |      | 91.42 |
| - ค่าเฉลี่ย BMI (kg/m <sup>2</sup> )** <sup>ก</sup> |      |      |       |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI ≥25** <sup>ก</sup>            |      |      |       |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI 23-24.9** <sup>ก</sup>        |      |      |       |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI 18.5-22.9                     |      |      |       |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI <18.5                         |      |      |       |

| อ.เต่างอย                                           | 2549 | 2550 | 2551 |
|-----------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่มีข้อมูล BMI*                             | 100  | 100  | 100  |
| - ค่าเฉลี่ย BMI (kg/m <sup>2</sup> )** <sup>ก</sup> |      |      |      |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI ≥25** <sup>ก</sup>            |      |      |      |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI 23-24.9** <sup>ก</sup>        |      |      |      |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI 18.5-22.9                     |      |      |      |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI <18.5                         |      |      |      |

| อ.นิคมคำนูน             | 2549 | 2550 | 2551 |
|-------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่มีข้อมูล BMI* | 86.5 | 100  | 100  |

|                                                    |      |      |      |
|----------------------------------------------------|------|------|------|
| - ค่าเฉลี่ย BMI ( $\text{kg/m}^2$ )** <sup>ก</sup> | 23.5 | 22.8 | 21.5 |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI $\geq 25$ ** <sup>ก</sup>    | 21   | 19   | 18   |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI 23-24.9** <sup>ก</sup>       | 32   | 29.5 | 27   |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI 18.5-22.9                    | 37   | 42.5 | 50   |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI <18.5                        | 10   | 9    | 5    |

| อ.พังโคน                                           | 2549    | 2550    | 2551    |
|----------------------------------------------------|---------|---------|---------|
| - อัตราที่มีข้อมูล BMI*                            | 20.76   | 18.78   | 68.44   |
| - ค่าเฉลี่ย BMI ( $\text{kg/m}^2$ )** <sup>ก</sup> | 24.55   | 23.62   | 24.66   |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI $\geq 25$ ** <sup>ก</sup>    | 30.92   | 30.65   | 29.48   |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI 23-24.9** <sup>ก</sup>       | } รวม   | } รวม   | } รวม   |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI 18.5-22.9                    | } 68.52 | } 68.53 | } 69.01 |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI <18.5                        | 0.56    | 1.02    | 1.51    |

| อ.ภูพาน                                            | 2549  | 2550  | 2551  |
|----------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราที่มีข้อมูล BMI*                            | 21.15 | 50.56 | 80.16 |
| - ค่าเฉลี่ย BMI ( $\text{kg/m}^2$ )** <sup>ก</sup> | 23.15 | 24.59 | 24.72 |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI $\geq 25$ ** <sup>ก</sup>    | 8.26  | 10.34 | 10.53 |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI 23-24.9** <sup>ก</sup>       | 70.49 | 66.74 | 64.95 |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI 18.5-22.9                    | 20.39 | 21.58 | 23.03 |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI <18.5                        | 0.86  | 1.34  | 1.49  |

| อ.วานรนิวาส                                        | 2549  | 2550  | 2551  |
|----------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราที่มีข้อมูล BMI*                            | 96.67 | 100   | 98.27 |
| - ค่าเฉลี่ย BMI ( $\text{kg/m}^2$ )** <sup>ก</sup> |       | 24.69 | 23.92 |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI $\geq 25$ ** <sup>ก</sup>    |       | 0.68  | 24.62 |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI 23-24.9** <sup>ก</sup>       |       | 0.38  | 63.64 |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI 18.5-22.9                    |       | 0.45  | 23.76 |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI <18.5                        |       | 0.22  | 5.69  |

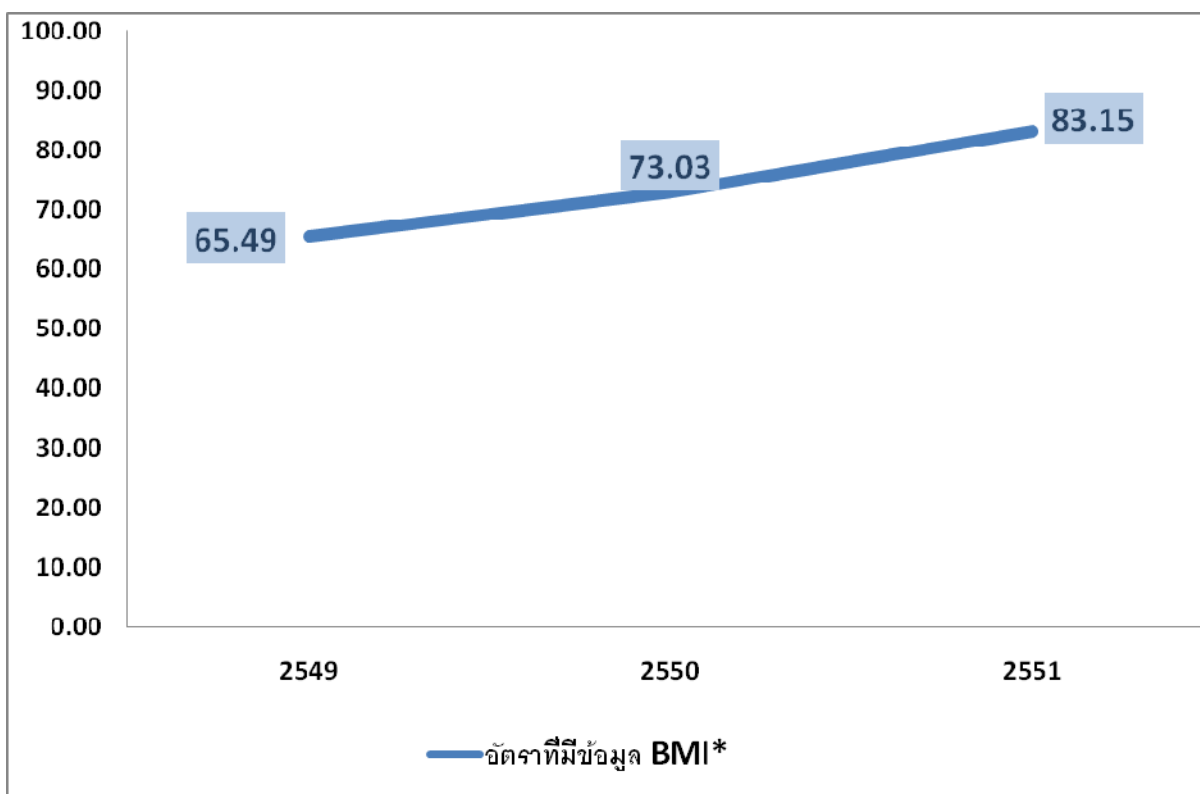
| อ.วาริชภูมิ                                         | 2549  | 2550  | 2551  |
|-----------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราที่มีข้อมูล BMI*                             | 38.12 | 38.86 | 43.48 |
| - ค่าเฉลี่ย BMI (kg/m <sup>2</sup> )** <sup>ก</sup> | 22.85 | 22.75 | 22.9  |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI $\geq 25$ ** <sup>ก</sup>     | 10.74 | 10.9  | 13.23 |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI 23-24.9** <sup>ก</sup>        | 9.41  | 9.74  | 11.94 |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI 18.5-22.9                     | 15.56 | 15.66 | 15.62 |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI <18.5                         | 2.41  | 2.55  | 2.69  |

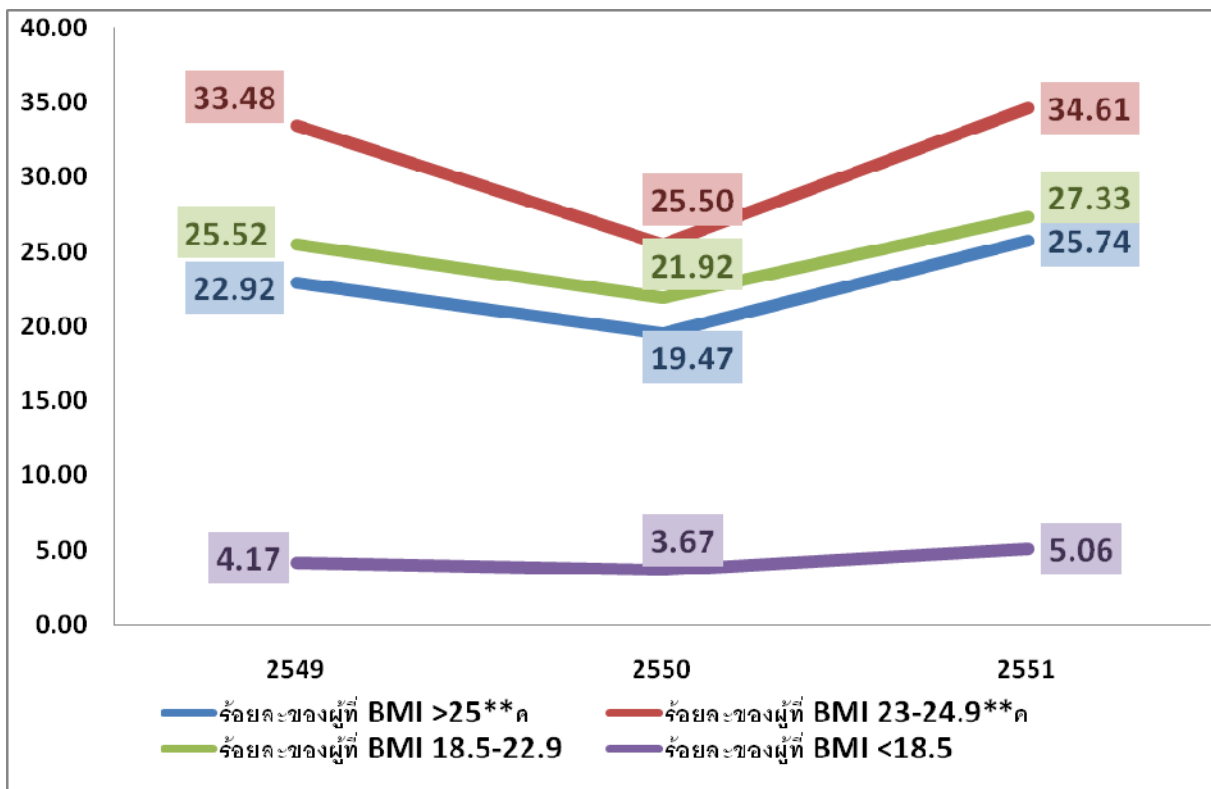
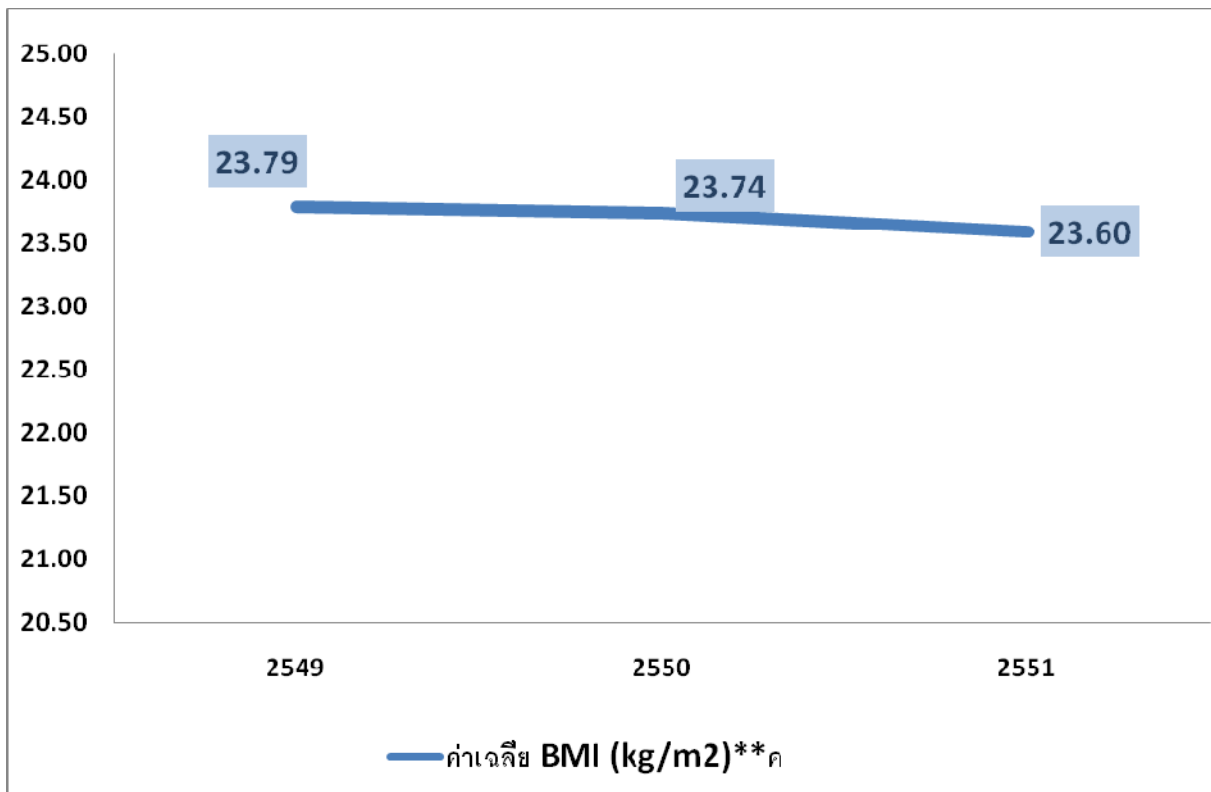
| อ.สว่างแดนดิน                                       | 2549 | 2550 | 2551  |
|-----------------------------------------------------|------|------|-------|
| - อัตราที่มีข้อมูล BMI*                             |      |      |       |
| - ค่าเฉลี่ย BMI (kg/m <sup>2</sup> )** <sup>ก</sup> |      |      |       |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI $\geq 25$ ** <sup>ก</sup>     |      |      | 45.66 |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI 23-24.9** <sup>ก</sup>        |      |      | 19.7  |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI 18.5-22.9                     |      |      | 23.11 |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI <18.5                         |      |      | 11.43 |

| อ.ส่องดาว                                           | 2549  | 2550  | 2551  |
|-----------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราที่มีข้อมูล BMI*                             | 55.42 | 64.16 | 68.35 |
| - ค่าเฉลี่ย BMI (kg/m <sup>2</sup> )** <sup>ก</sup> |       |       |       |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI $\geq 25$ ** <sup>ก</sup>     |       |       |       |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI 23-24.9** <sup>ก</sup>        |       |       |       |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI 18.5-22.9                     |       |       |       |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI <18.5                         |       |       |       |

| ค่าเฉลี่ย                                           | 2549  | 2550  | 2551  |
|-----------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราที่มีข้อมูล BMI*                             | 65.49 | 73.03 | 83.15 |
| - ค่าเฉลี่ย BMI (kg/m <sup>2</sup> )** <sup>ก</sup> | 23.79 | 23.74 | 23.60 |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI $\geq 25$ ** <sup>ก</sup>     | 22.92 | 19.47 | 25.74 |

|                                              |       |       |       |
|----------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI 23-24.9** <sup>ก</sup> | 33.48 | 25.50 | 34.61 |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI 18.5-22.9              | 25.52 | 21.92 | 27.33 |
| - ร้อยละของผู้ที่ BMI <18.5                  | 4.17  | 3.67  | 5.06  |





- การรอบพุง

|                |      |      |      |
|----------------|------|------|------|
| อ.นิคมหน้าอุ้น | 2549 | 2550 | 2551 |
|----------------|------|------|------|



|                                        |    |     |     |
|----------------------------------------|----|-----|-----|
| <b>รอบพุงผู้ชาย</b>                    |    |     |     |
| - อัตราการวัดรอบพุงผู้ชาย*             | 90 | 100 | 100 |
| - ค่าเฉลี่ยรอบพุงผู้ชาย**              | 92 | 82  | 85  |
| - อัตราผู้ชายมีรอบพุง $\geq 90$ ซม.**  | 16 | 18  | 17  |
| <b>รอบพุงผู้หญิง</b>                   |    |     |     |
| - อัตราการวัดรอบพุงผู้หญิง*            | 90 | 100 | 100 |
| - ค่าเฉลี่ยรอบพุงผู้หญิง**             | 86 | 82  | 79  |
| - อัตราผู้หญิงมีรอบพุง $\geq 80$ ซม.** | 40 | 38  | 32  |

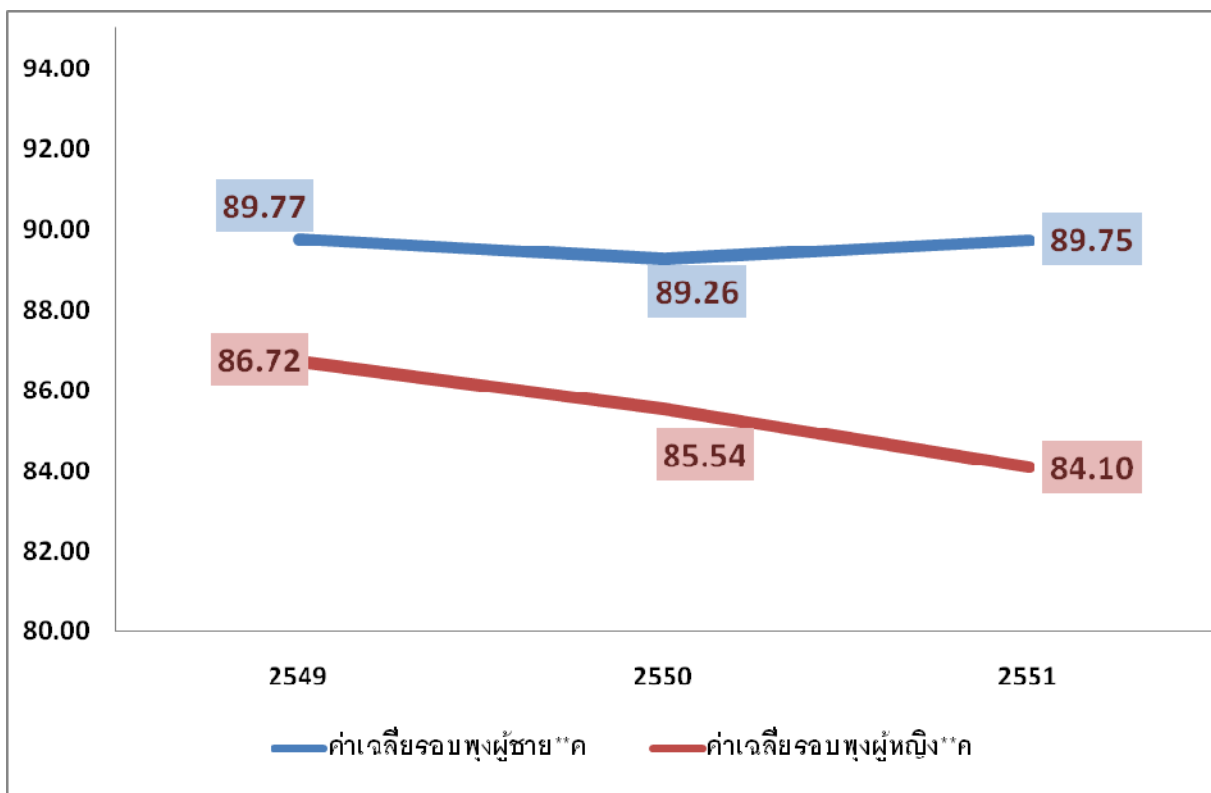
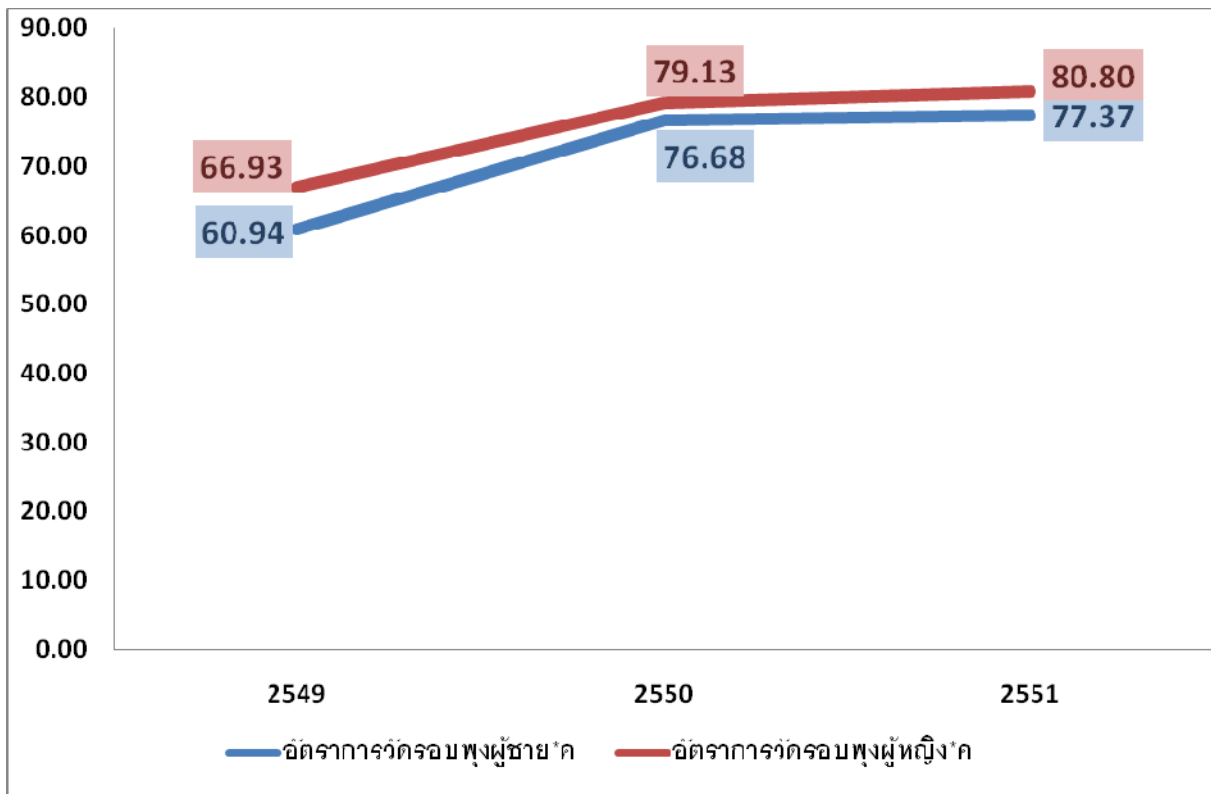
|                                        |             |             |             |
|----------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>อ.พังโคน</b>                        | <b>2549</b> | <b>2550</b> | <b>2551</b> |
| <b>รอบพุงผู้ชาย</b>                    |             |             |             |
| - อัตราการวัดรอบพุงผู้ชาย*             |             |             | 68.2        |
| - ค่าเฉลี่ยรอบพุงผู้ชาย**              |             |             | 84.88       |
| - อัตราผู้ชายมีรอบพุง $\geq 90$ ซม.**  |             |             | 21.8        |
| <b>รอบพุงผู้หญิง</b>                   |             |             |             |
| - อัตราการวัดรอบพุงผู้หญิง*            |             |             | 79.5        |
| - ค่าเฉลี่ยรอบพุงผู้หญิง**             |             |             | 78.01       |
| - อัตราผู้หญิงมีรอบพุง $\geq 80$ ซม.** |             |             | 40.3        |

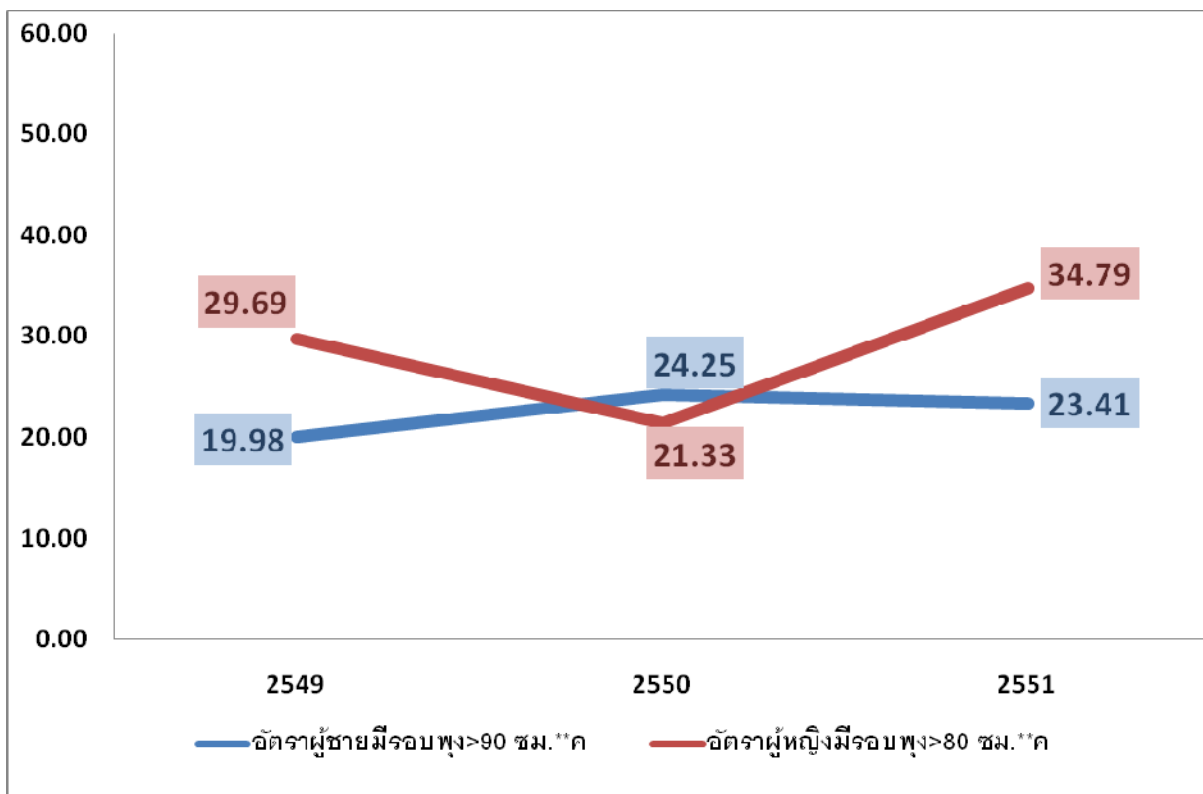
|                                        |             |             |             |
|----------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>อ.ภูพาน</b>                         | <b>2549</b> | <b>2550</b> | <b>2551</b> |
| <b>รอบพุงผู้ชาย</b>                    |             |             |             |
| - อัตราการวัดรอบพุงผู้ชาย*             | 65.43       | 72.59       | 88.76       |
| - ค่าเฉลี่ยรอบพุงผู้ชาย**              | 88.06       | 89.36       | 90.17       |
| - อัตราผู้ชายมีรอบพุง $\geq 90$ ซม.**  | 17.24       | 18.54       | 19.11       |
| <b>รอบพุงผู้หญิง</b>                   |             |             |             |
| - อัตราการวัดรอบพุงผู้หญิง*            | 68.35       | 74.77       | 90.01       |
| - ค่าเฉลี่ยรอบพุงผู้หญิง**             | 84.92       | 86.15       | 86.54       |
| - อัตราผู้หญิงมีรอบพุง $\geq 80$ ซม.** | 31.47       | 32.56       | 34.16       |

| อ.วานรนิวาส                            | 2549 | 2550 | 2551  |
|----------------------------------------|------|------|-------|
| <b>รอบพุงผู้ชาย</b>                    |      |      |       |
| - อัตราการวัดรอบพุงผู้ชาย*             |      | 100  | 98.27 |
| - ค่าเฉลี่ยรอบพุงผู้ชาย**              |      | 91.6 | 94.62 |
| - อัตราผู้ชายมีรอบพุง $\geq$ 90 ซม.**  |      | 40   | 41.66 |
| <b>รอบพุงผู้หญิง</b>                   |      |      |       |
| - อัตราการวัดรอบพุงผู้หญิง*            |      | 100  | 98.27 |
| - ค่าเฉลี่ยรอบพุงผู้หญิง**             |      | 85.1 | 86.2  |
| - อัตราผู้หญิงมีรอบพุง $\geq$ 80 ซม.** |      | 3.12 | 40.15 |

| อ.วาริชภูมิ                            | 2549  | 2550  | 2551  |
|----------------------------------------|-------|-------|-------|
| <b>รอบพุงผู้ชาย</b>                    |       |       |       |
| - อัตราการวัดรอบพุงผู้ชาย*             | 35.39 | 34.13 | 31.64 |
| - ค่าเฉลี่ยรอบพุงผู้ชาย**              | 90.26 | 90.06 | 90.1  |
| - อัตราผู้ชายมีรอบพุง $\geq$ 90 ซม.**  | 17.7  | 17.46 | 15.46 |
| <b>รอบพุงผู้หญิง</b>                   |       |       |       |
| - อัตราการวัดรอบพุงผู้หญิง*            | 41.44 | 41.74 | 36.21 |
| - ค่าเฉลี่ยรอบพุงผู้หญิง**             | 89.25 | 88.92 | 88.73 |
| - อัตราผู้หญิงมีรอบพุง $\geq$ 80 ซม.** | 27.91 | 28.31 | 24.53 |

| ค่าเฉลี่ย                              | 2549  | 2550  | 2551  |
|----------------------------------------|-------|-------|-------|
| <b>รอบพุงผู้ชาย</b>                    |       |       |       |
| - อัตราการวัดรอบพุงผู้ชาย*             | 60.94 | 76.68 | 77.37 |
| - ค่าเฉลี่ยรอบพุงผู้ชาย**              | 89.77 | 89.26 | 89.75 |
| - อัตราผู้ชายมีรอบพุง $\geq$ 90 ซม.**  | 19.98 | 24.25 | 23.41 |
| <b>รอบพุงผู้หญิง</b>                   |       |       |       |
| - อัตราการวัดรอบพุงผู้หญิง*            | 66.93 | 79.13 | 80.80 |
| - ค่าเฉลี่ยรอบพุงผู้หญิง**             | 86.72 | 85.54 | 84.10 |
| - อัตราผู้หญิงมีรอบพุง $\geq$ 80 ซม.** | 29.69 | 21.33 | 34.79 |





## 2.5 ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)

| อ.กุดบาก                                                     | 2549 | 2550 | 2551 |
|--------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด* <sup>ก</sup>               | 100  | 100  | 100  |
| - อัตราผู้มีระดับน้ำตาล (FBS) 100-125 มก./ดล.** <sup>ก</sup> |      |      |      |

| อ.กุสุมาลย์                                                  | 2549 | 2550 | 2551 |
|--------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด* <sup>ก</sup>               | 96   | 100  | 100  |
| - อัตราผู้มีระดับน้ำตาล (FBS) 100-125 มก./ดล.** <sup>ก</sup> |      |      |      |

| อ.โคกศรีสุพรรณ                                               | 2549  | 2550  | 2551  |
|--------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด* <sup>ก</sup>               | 79.64 | 83.21 | 85.79 |
| - อัตราผู้มีระดับน้ำตาล (FBS) 100-125 มก./ดล.** <sup>ก</sup> | 21.21 | 21.47 | 19.97 |

| อ.คำตากล้า                                                   | 2549  | 2550  | 2551  |
|--------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด* <sup>ก</sup>               | 80.01 | 85.01 | 89.52 |
| - อัตราผู้มีระดับน้ำตาล (FBS) 100-125 มก./ดล.** <sup>ก</sup> | 3.59  | 2.87  | 2.02  |

| อ.เต่างอย                                                    | 2549   | 2550   | 2551   |
|--------------------------------------------------------------|--------|--------|--------|
| - อัตราการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด* <sup>ก</sup>               | 100    | 100    | 100    |
| - อัตราผู้มีระดับน้ำตาล (FBS) 100-125 มก./ดล.** <sup>ก</sup> | 251 คน | 271 คน | 269 คน |

| อ.นิคมคำนูน                                                  | 2549 | 2550 | 2551 |
|--------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด* <sup>ก</sup>               | 100  | 100  | 100  |
| - อัตราผู้มีระดับน้ำตาล (FBS) 100-125 มก./ดล.** <sup>ก</sup> | 35   | 28   | 23   |

| อ.บ้านม่วง                                                   | 2549 | 2550  | 2551  |
|--------------------------------------------------------------|------|-------|-------|
| - อัตราการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด* <sup>ก</sup>               |      | 96.98 | 93.53 |
| - อัตราผู้มีระดับน้ำตาล (FBS) 100-125 มก./ดล.** <sup>ก</sup> |      | 16.29 | 19.48 |

| อ.พรรณานิคม                                                  | 2549 | 2550  | 2551 |
|--------------------------------------------------------------|------|-------|------|
| - อัตราการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด* <sup>ก</sup>               | 92   | 94.71 | 100  |
| - อัตราผู้มีระดับน้ำตาล (FBS) 100-125 มก./ดล.** <sup>ก</sup> |      |       |      |

| อ.พังโคน                                                     | 2549  | 2550  | 2551  |
|--------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด* <sup>ก</sup>               | 63.32 | 61.86 | 67.88 |
| - อัตราผู้มีระดับน้ำตาล (FBS) 100-125 มก./ดล.** <sup>ก</sup> | 22.35 | 23.51 | 27.02 |

| อ.ภูพาน                                                      | 2549  | 2550  | 2551  |
|--------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด* <sup>ก</sup>               | 63.32 | 61.86 | 67.88 |
| - อัตราผู้มีระดับน้ำตาล (FBS) 100-125 มก./ดล.** <sup>ก</sup> | 22.35 | 23.51 | 27.02 |

| อ.วานรนิวาส                                                  | 2549  | 2550  | 2551  |
|--------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด* <sup>ก</sup>               | 83.89 | 90.19 | 92.72 |
| - อัตราผู้มีระดับน้ำตาล (FBS) 100-125 มก./ดล.** <sup>ก</sup> | 2.2   | 5.55  | 10.05 |

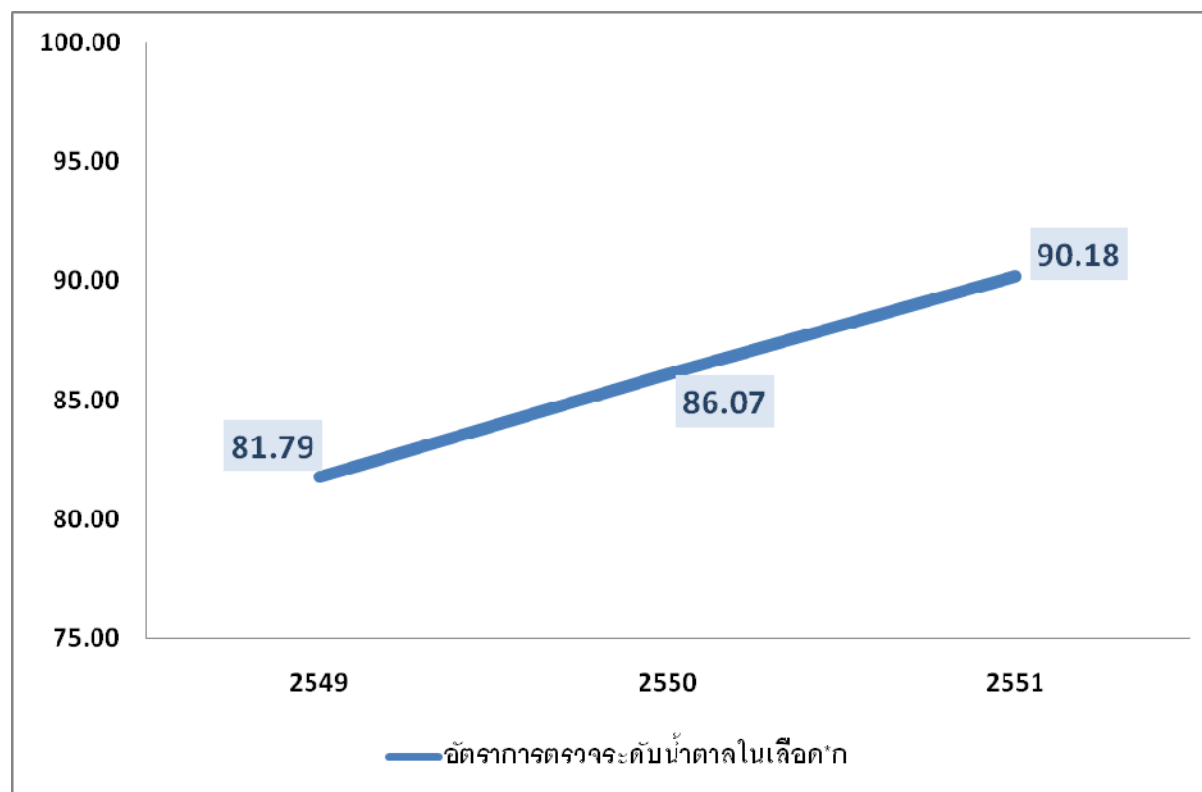
| อ.วาริชภูมิ | 2549 | 2550 | 2551 |
|-------------|------|------|------|
|-------------|------|------|------|

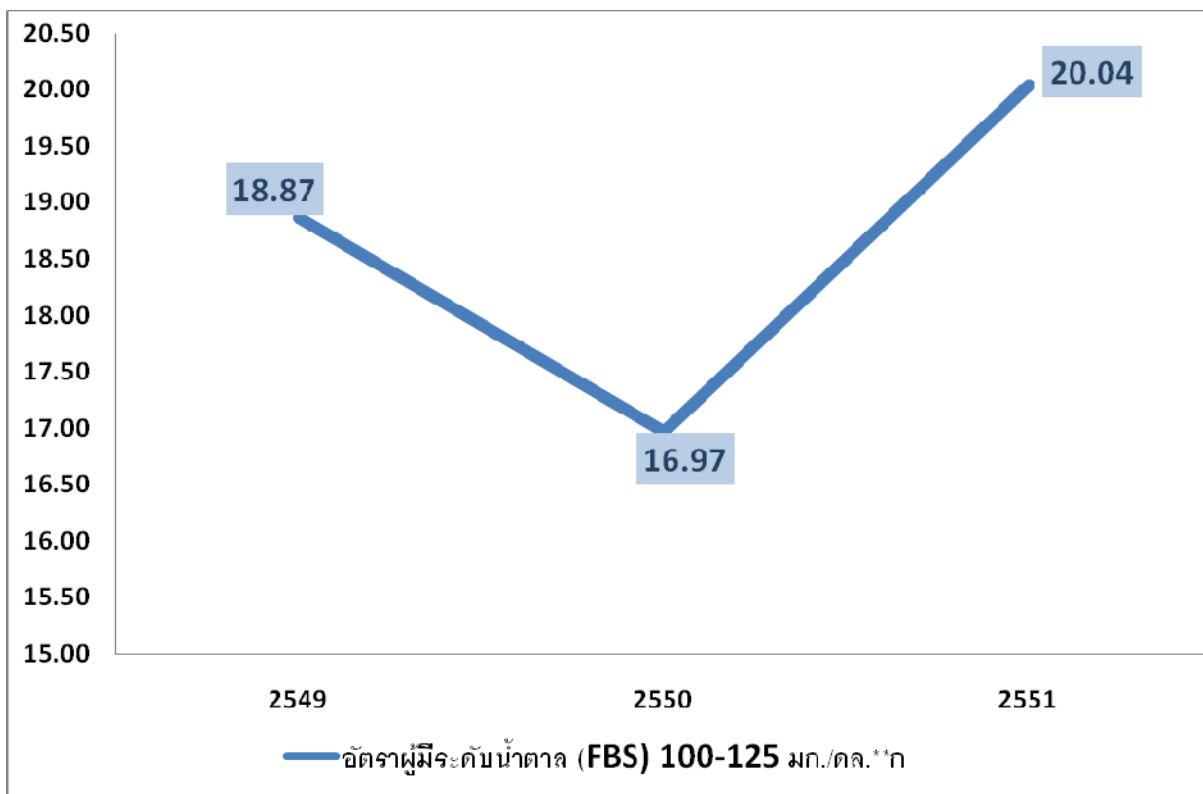
|                                                              |      |       |       |
|--------------------------------------------------------------|------|-------|-------|
| - อัตราการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด* <sup>ก</sup>               | 39.2 | 43.62 | 57.21 |
| - อัตราผู้มีระดับน้ำตาล (FBS) 100-125 มก./ดล.** <sup>ก</sup> | 9.53 | 7.31  | 14.93 |

|                                                              |             |             |             |
|--------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>อ.ส่องดาว</b>                                             | <b>2549</b> | <b>2550</b> | <b>2551</b> |
| - อัตราการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด* <sup>ก</sup>               | 56.69       | 68.79       | 88.89       |
| - อัตราผู้มีระดับน้ำตาล (FBS) 100-125 มก./ดล.** <sup>ก</sup> | 20.16       | 18.64       | 18.02       |

|                                                              |             |             |             |
|--------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>อ.อากาศอำนวย</b>                                          | <b>2549</b> | <b>2550</b> | <b>2551</b> |
| - อัตราการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด* <sup>ก</sup>               | 100         | 100         | 100         |
| - อัตราผู้มีระดับน้ำตาล (FBS) 100-125 มก./ดล.** <sup>ก</sup> | 48          | 38          | 57          |

|                                                              |             |             |             |
|--------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>คำชะแล</b>                                                | <b>2549</b> | <b>2550</b> | <b>2551</b> |
| - อัตราการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด* <sup>ก</sup>               | 81.79       | 86.07       | 90.18       |
| - อัตราผู้มีระดับน้ำตาล (FBS) 100-125 มก./ดล.** <sup>ก</sup> | 18.87       | 16.97       | 20.04       |





## 2.6 ระดับไขมันในเลือด

| อ.อุตุมาลย์                                                                       | 2549 | 2550 | 2551 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการวัดระดับไขมันในเลือด* <sup>ก</sup>                                      | 94   | 93   | 91   |
| - อัตราการควบคุมระดับ LDL-C ได้ตามเป้าหมาย (ตามกลุ่มความเสี่ยง)** <sup>ก</sup>    |      |      |      |
| - อัตราการควบคุมระดับ nonHDL-C ได้ตามเป้าหมาย (ตามกลุ่มความเสี่ยง)** <sup>ก</sup> |      |      |      |
| - อัตราผู้ชายที่มีระดับ HDL-C ≥ 40 มก./ดล.** <sup>ก</sup>                         |      |      |      |
| - อัตราผู้หญิงที่มีระดับ HDL-C ≥ 50 มก./ดล.** <sup>ก</sup>                        |      |      |      |
| - อัตราการควบคุมระดับ TG ได้ตามเป้าหมาย (ต่ำกว่า 200 มก./ดล.)** <sup>ก</sup>      |      |      |      |

| อ.โคกศรีสุพรรณ                                                                 | 2549  | 2550  | 2551  |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการวัดระดับไขมันในเลือด* <sup>ก</sup>                                   | 79.64 | 83.21 | 85.79 |
| - อัตราการควบคุมระดับ LDL-C ได้ตามเป้าหมาย (ตามกลุ่มความเสี่ยง)** <sup>ก</sup> |       | 45.36 | 47.28 |

|                                                                                      |       |       |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการควบคุมระดับ nonHDL-C ได้ตามเป้าหมาย<br>(ตามกลุ่มความเสี่ยง)** <sup>ก</sup> |       |       |       |
| - อัตราผู้ชายที่มีระดับ HDL-C $\geq$ 40 มก./ดล.** <sup>ก</sup>                       | 58.93 | 60.21 | 59.64 |
| - อัตราผู้หญิงที่มีระดับ HDL-C $\geq$ 50 มก./ดล.** <sup>ก</sup>                      | 59.94 | 58.74 | 61.23 |
| - อัตราการควบคุมระดับ TG ได้ตามเป้าหมาย<br>(ต่ำกว่า 200 มก./ดล.)** <sup>ก</sup>      | 50.66 | 53.97 | 49.77 |

| อ.เจริญศิลป์                                                                         | 2549  | 2550  | 2551  |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการวัดระดับไขมันในเลือด* <sup>ก</sup>                                         | 97.72 | 99.55 | 96.18 |
| - อัตราการควบคุมระดับ LDL-C ได้ตามเป้าหมาย<br>(ตามกลุ่มความเสี่ยง)** <sup>ก</sup>    |       |       |       |
| - อัตราการควบคุมระดับ nonHDL-C ได้ตามเป้าหมาย<br>(ตามกลุ่มความเสี่ยง)** <sup>ก</sup> |       |       |       |
| - อัตราผู้ชายที่มีระดับ HDL-C $\geq$ 40 มก./ดล.** <sup>ก</sup>                       |       |       |       |
| - อัตราผู้หญิงที่มีระดับ HDL-C $\geq$ 50 มก./ดล.** <sup>ก</sup>                      |       |       |       |
| - อัตราการควบคุมระดับ TG ได้ตามเป้าหมาย<br>(ต่ำกว่า 200 มก./ดล.)** <sup>ก</sup>      |       |       |       |

| อ.นิคมνάอัน                                                                          | 2549 | 2550 | 2551 |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการวัดระดับไขมันในเลือด* <sup>ก</sup>                                         | 89   | 100  | 100  |
| - อัตราการควบคุมระดับ LDL-C ได้ตามเป้าหมาย<br>(ตามกลุ่มความเสี่ยง)** <sup>ก</sup>    | 49   | 76   | 82   |
| - อัตราการควบคุมระดับ nonHDL-C ได้ตามเป้าหมาย<br>(ตามกลุ่มความเสี่ยง)** <sup>ก</sup> |      |      |      |
| - อัตราผู้ชายที่มีระดับ HDL-C $\geq$ 40 มก./ดล.** <sup>ก</sup>                       | 68   | 72   | 89   |
| - อัตราผู้หญิงที่มีระดับ HDL-C $\geq$ 50 มก./ดล.** <sup>ก</sup>                      | 71   | 86   | 91   |
| - อัตราการควบคุมระดับ TG ได้ตามเป้าหมาย<br>(ต่ำกว่า 200 มก./ดล.)** <sup>ก</sup>      | 61   | 70   | 89   |

| อ.พังโคน | 2549 | 2550 | 2551 |
|----------|------|------|------|
|----------|------|------|------|



|                                                                                      |       |       |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการวัดระดับไขมันในเลือด* <sup>†</sup>                                         | 63.32 | 61.86 | 67.88 |
| - อัตราการควบคุมระดับ LDL-C ได้ตามเป้าหมาย<br>(ตามกลุ่มความเสี่ยง)** <sup>†</sup>    | 51.01 | 52.11 | 50.9  |
| - อัตราการควบคุมระดับ nonHDL-C ได้ตามเป้าหมาย<br>(ตามกลุ่มความเสี่ยง)** <sup>†</sup> |       |       |       |
| - อัตราผู้ชายที่มีระดับ HDL-C≥40 มก./ดล.** <sup>†</sup>                              | 56.44 | 60.1  | 61.15 |
| - อัตราผู้หญิงที่มีระดับ HDL-C≥50 มก./ดล.** <sup>†</sup>                             | 60.01 | 62.13 | 61.5  |
| - อัตราการควบคุมระดับ TG ได้ตามเป้าหมาย<br>(ต่ำกว่า 200 มก./ดล.)** <sup>†</sup>      | 52.11 | 55.81 | 59.22 |

| อ.โพนนาแก้ว                                                                          | 2549 | 2550 | 2551  |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------|------|-------|
| - อัตราการวัดระดับไขมันในเลือด* <sup>†</sup>                                         |      |      | 24.19 |
| - อัตราการควบคุมระดับ LDL-C ได้ตามเป้าหมาย<br>(ตามกลุ่มความเสี่ยง)** <sup>†</sup>    |      |      |       |
| - อัตราการควบคุมระดับ nonHDL-C ได้ตามเป้าหมาย<br>(ตามกลุ่มความเสี่ยง)** <sup>†</sup> |      |      |       |
| - อัตราผู้ชายที่มีระดับ HDL-C≥40 มก./ดล.** <sup>†</sup>                              |      |      |       |
| - อัตราผู้หญิงที่มีระดับ HDL-C≥50 มก./ดล.** <sup>†</sup>                             |      |      |       |
| - อัตราการควบคุมระดับ TG ได้ตามเป้าหมาย<br>(ต่ำกว่า 200 มก./ดล.)** <sup>†</sup>      |      |      |       |

| อ.ภูพาน                                                                              | 2549  | 2550  | 2551  |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการวัดระดับไขมันในเลือด* <sup>†</sup>                                         | 10.36 | 70.39 | 90.13 |
| - อัตราการควบคุมระดับ LDL-C ได้ตามเป้าหมาย<br>(ตามกลุ่มความเสี่ยง)** <sup>†</sup>    | 50.13 | 54.56 | 57.35 |
| - อัตราการควบคุมระดับ nonHDL-C ได้ตามเป้าหมาย<br>(ตามกลุ่มความเสี่ยง)** <sup>†</sup> | 40.36 | 41.42 | 45.36 |
| - อัตราผู้ชายที่มีระดับ HDL-C≥40 มก./ดล.** <sup>†</sup>                              | 48.36 | 50.42 | 58.59 |
| - อัตราผู้หญิงที่มีระดับ HDL-C≥50 มก./ดล.** <sup>†</sup>                             | 36.26 | 30.62 | 38.36 |
| - อัตราการควบคุมระดับ TG ได้ตามเป้าหมาย<br>(ต่ำกว่า 200 มก./ดล.)** <sup>†</sup>      | 49.56 | 57.72 | 68.49 |

| อ.วานรนิวาส                                                                          | 2549  | 2550  | 2551  |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการวัดระดับไขมันในเลือด* <sup>ก</sup>                                         |       | 58.79 | 68.24 |
| - อัตราการควบคุมระดับ LDL-C ได้ตามเป้าหมาย<br>(ตามกลุ่มความเสี่ยง)** <sup>ก</sup>    |       | 39.98 | 12.18 |
| - อัตราการควบคุมระดับ nonHDL-C ได้ตามเป้าหมาย<br>(ตามกลุ่มความเสี่ยง)** <sup>ก</sup> |       |       |       |
| - อัตราผู้ชายที่มีระดับ HDL-C $\geq$ 40 มก./ดล.** <sup>ก</sup>                       | 27.45 | 5.35  | 35.71 |
| - อัตราผู้หญิงที่มีระดับ HDL-C $\geq$ 50 มก./ดล.** <sup>ก</sup>                      | 19.21 | 5.78  | 21.18 |
| - อัตราการควบคุมระดับ TG ได้ตามเป้าหมาย<br>(ต่ำกว่า 200 มก./ดล.)** <sup>ก</sup>      | 25.89 | 6.85  | 55.67 |

| อ.วาริชภูมิ                                                                          | 2549  | 2550  | 2551  |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการวัดระดับไขมันในเลือด* <sup>ก</sup>                                         | 13.87 | 24.13 | 37.81 |
| - อัตราการควบคุมระดับ LDL-C ได้ตามเป้าหมาย<br>(ตามกลุ่มความเสี่ยง)** <sup>ก</sup>    | 2.17  | 6.61  | 3.28  |
| - อัตราการควบคุมระดับ nonHDL-C ได้ตามเป้าหมาย<br>(ตามกลุ่มความเสี่ยง)** <sup>ก</sup> | 2.05  | 6.5   | 2.79  |
| - อัตราผู้ชายที่มีระดับ HDL-C $\geq$ 40 มก./ดล.** <sup>ก</sup>                       | 0.84  | 5.82  | 8.7   |
| - อัตราผู้หญิงที่มีระดับ HDL-C $\geq$ 50 มก./ดล.** <sup>ก</sup>                      | 1.06  | 5.58  | 4.4   |
| - อัตราการควบคุมระดับ TG ได้ตามเป้าหมาย<br>(ต่ำกว่า 200 มก./ดล.)** <sup>ก</sup>      | 9.53  | 18.1  | 24.28 |

| อ.สว่างแดนดิน                                                                        | 2549 | 2550 | 2551 |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการวัดระดับไขมันในเลือด* <sup>ก</sup>                                         |      |      | 97   |
| - อัตราการควบคุมระดับ LDL-C ได้ตามเป้าหมาย<br>(ตามกลุ่มความเสี่ยง)** <sup>ก</sup>    |      |      |      |
| - อัตราการควบคุมระดับ nonHDL-C ได้ตามเป้าหมาย<br>(ตามกลุ่มความเสี่ยง)** <sup>ก</sup> |      |      |      |
| - อัตราผู้ชายที่มีระดับ HDL-C $\geq$ 40 มก./ดล.** <sup>ก</sup>                       |      |      |      |

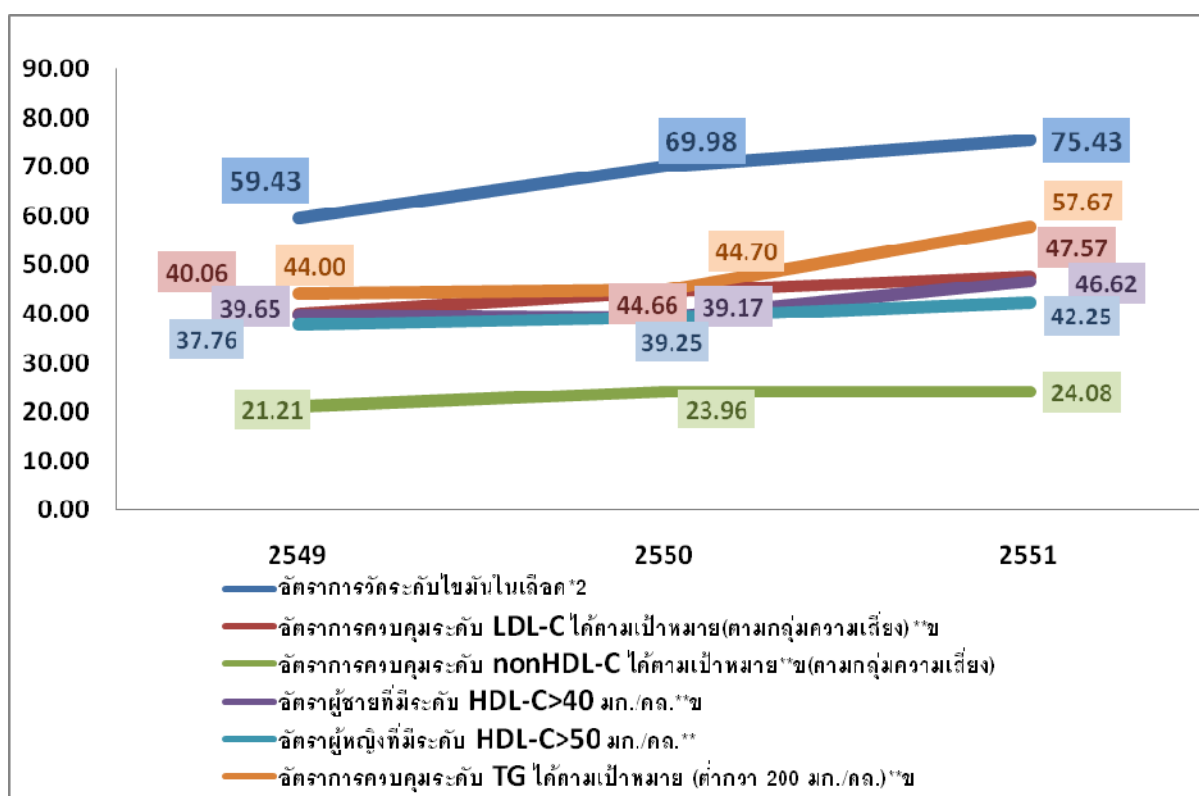
|                                                                                 |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| - อัตราผู้หญิงที่มีระดับ HDL-C $\geq$ 50 มก./ดล.** <sup>†</sup>                 |  |  |  |
| - อัตราการควบคุมระดับ TG ได้ตามเป้าหมาย<br>(ต่ำกว่า 200 มก./ดล.)** <sup>†</sup> |  |  |  |

| อ.ส่องดาว                                                                            | 2549  | 2550  | 2551  |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการวัดระดับไขมันในเลือด* <sup>†</sup>                                         | 56.69 | 68.79 | 88.89 |
| - อัตราการควบคุมระดับ LDL-C ได้ตามเป้าหมาย<br>(ตามกลุ่มความเสี่ยง)** <sup>†</sup>    |       |       |       |
| - อัตราการควบคุมระดับ nonHDL-C ได้ตามเป้าหมาย<br>(ตามกลุ่มความเสี่ยง)** <sup>†</sup> |       |       |       |
| - อัตราผู้ชายที่มีระดับ HDL-C $\geq$ 40 มก./ดล.** <sup>†</sup>                       | 57.2  | 59.47 | 60.13 |
| - อัตราผู้หญิงที่มีระดับ HDL-C $\geq$ 50 มก./ดล.** <sup>†</sup>                      | 54.62 | 65.14 | 60.34 |
| - อัตราการควบคุมระดับ TG ได้ตามเป้าหมาย<br>(ต่ำกว่า 200 มก./ดล.)** <sup>†</sup>      | 42.26 | 54.16 | 57.24 |

| อ.อากาศอำนวย                                                                         | 2549 | 2550 | 2551 |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการวัดระดับไขมันในเลือด* <sup>†</sup>                                         |      |      |      |
| - อัตราการควบคุมระดับ LDL-C ได้ตามเป้าหมาย<br>(ตามกลุ่มความเสี่ยง)** <sup>†</sup>    | 48   | 38   | 80   |
| - อัตราการควบคุมระดับ nonHDL-C ได้ตามเป้าหมาย<br>(ตามกลุ่มความเสี่ยง)** <sup>†</sup> |      |      |      |
| - อัตราผู้ชายที่มีระดับ HDL-C $\geq$ 40 มก./ดล.** <sup>†</sup>                       | 0    | 0    | 0    |
| - อัตราผู้หญิงที่มีระดับ HDL-C $\geq$ 50 มก./ดล.** <sup>†</sup>                      | 0    | 0    | 0    |
| - อัตราการควบคุมระดับ TG ได้ตามเป้าหมาย<br>(ต่ำกว่า 200 มก./ดล.)** <sup>†</sup>      | 61   | 41   |      |

| ค่าเฉลี่ย                                                                         | 2549  | 2550  | 2551  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการวัดระดับไขมันในเลือด* <sup>†</sup>                                      | 59.43 | 69.98 | 75.43 |
| - อัตราการควบคุมระดับ LDL-C ได้ตามเป้าหมาย<br>(ตามกลุ่มความเสี่ยง)** <sup>†</sup> | 40.06 | 44.66 | 47.57 |

|                                                                                      |       |       |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการควบคุมระดับ nonHDL-C ได้ตามเป้าหมาย<br>(ตามกลุ่มความเสี่ยง)** <sup>†</sup> | 21.21 | 23.96 | 24.08 |
| - อัตราผู้ชายที่มีระดับ HDL-C $\geq$ 40 มก./ดล.** <sup>†</sup>                       | 39.65 | 39.17 | 46.62 |
| - อัตราผู้หญิงที่มีระดับ HDL-C $\geq$ 50 มก./ดล.** <sup>†</sup>                      | 37.76 | 39.25 | 42.25 |
| - อัตราการควบคุมระดับ TG ได้ตามเป้าหมาย<br>(ต่ำกว่า 200 มก./ดล.)** <sup>†</sup>      | 44.00 | 44.70 | 57.67 |



## 2.7 การรับรักษาตัวในโรงพยาบาล

| อ.กฤตมาลย์                                                       | 2549 | 2550 | 2551 |
|------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่รพ. ระดับ สูงกว่า**           |      |      |      |
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาตัวในรพ.จากอาการแทรกซ้อนของ HT** |      |      |      |
| - อัตราการรับเข้ารักษาตัว ใน รพ.เนื่องจากอาการแทรกซ้อน HT**      |      | 0.48 | 0.72 |
| - จำนวนวันพำนักรักษาตัวในโรงพยาบาล(เฉลี่ย)                       |      | 2.61 | 2.6  |
| - อัตราการรับเข้ารักษาตัวซ้ำใน รพ. ภายใน 28 วัน                  |      | 0.71 | 0    |

| อ.โลกศรีสุวรรณ                                                    | 2549  | 2550 | 2551 |
|-------------------------------------------------------------------|-------|------|------|
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาทันที ระดับ สูงกว่า**             | 1.89  | 0.99 | 1.39 |
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาด่วนในรพ.จากอาการแทรกซ้อนของ HT** | 1.89  | 0.99 | 1.39 |
| - อัตราการรับเข้ารักษาด่วน ใน รพ.เนื่องจากอาการแทรกซ้อน HT**      | 12.27 | 9.63 | 7.48 |
| - จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล(เฉลี่ย)                                 | 2.75  | 2.96 | 2.60 |
| - อัตราการรับเข้ารักษาด่วนใน รพ. ภายใน 28 วัน                     | 0.42  | 0.46 | 0    |

| อ.คำตากล้า                                                        | 2549  | 2550  | 2551  |
|-------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาทันที ระดับ สูงกว่า**             | 36.82 | 25.67 | 26.87 |
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาด่วนในรพ.จากอาการแทรกซ้อนของ HT** | 24.57 | 21.39 | 18.49 |
| - อัตราการรับเข้ารักษาด่วน ใน รพ.เนื่องจากอาการแทรกซ้อน HT**      | 19.81 | 14.89 | 13.29 |
| - จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล(เฉลี่ย)                                 | 2.3   | 2.5   | 2.4   |
| - อัตราการรับเข้ารักษาด่วนใน รพ. ภายใน 28 วัน                     | 2.3   | 2.1   | 3.2   |

| อ.เจริญศิลป์                                                      | 2549 | 2550 | 2551 |
|-------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาทันที ระดับ สูงกว่า**             |      |      |      |
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาด่วนในรพ.จากอาการแทรกซ้อนของ HT** |      |      |      |
| - อัตราการรับเข้ารักษาด่วน ใน รพ.เนื่องจากอาการแทรกซ้อน HT**      |      |      |      |
| - จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล(เฉลี่ย)                                 |      |      |      |
| - อัตราการรับเข้ารักษาด่วนใน รพ. ภายใน 28 วัน                     |      | 6.36 | 0.9  |

| อ.เต่างอย                                                         | 2549 | 2550 | 2551 |
|-------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาทันที ระดับ สูงกว่า**             |      |      |      |
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาด่วนในรพ.จากอาการแทรกซ้อนของ HT** |      |      |      |
| - อัตราการรับเข้ารักษาด่วน ใน รพ.เนื่องจากอาการแทรกซ้อน HT**      |      | 9 คน | 11คน |
| - จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล(เฉลี่ย)                                 |      | 2.01 | 1.55 |

|                                                 |  |   |   |
|-------------------------------------------------|--|---|---|
| - อัตราการรับเข้ารักษาตัวซ้ำใน รพ. ภายใน 28 วัน |  | 0 | 0 |
|-------------------------------------------------|--|---|---|

| อ.นิคมνάอัน                                                      | 2549 | 2550 | 2551 |
|------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่รพ. ระดับ สูงกว่า**           |      | 5.8  | 5.23 |
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาตัวในรพ.จากอาการแทรกซ้อนของ HT** |      | 5.8  | 5.23 |
| - อัตราการรับเข้ารักษาตัว ใน รพ.เนื่องจากอาการแทรกซ้อน HT**      | 2.04 | 0.77 | 2.85 |
| - จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล(เฉลี่ย)                                | 1.14 | 1.33 | 1.91 |
| - อัตราการรับเข้ารักษาตัวซ้ำใน รพ. ภายใน 28 วัน                  |      |      |      |

| อ.บ้านม่วง                                                       | 2549 | 2550 | 2551 |
|------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่รพ. ระดับ สูงกว่า**           |      | 2.44 | 3.89 |
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาตัวในรพ.จากอาการแทรกซ้อนของ HT** |      | 1.81 | 1.55 |
| - อัตราการรับเข้ารักษาตัว ใน รพ.เนื่องจากอาการแทรกซ้อน HT**      |      | 3.25 | 4.28 |
| - จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล(เฉลี่ย)                                |      | 3    | 3    |
| - อัตราการรับเข้ารักษาตัวซ้ำใน รพ. ภายใน 28 วัน                  |      | 5    | 3.63 |

| อ.พังโคน                                                         | 2549 | 2550 | 2551 |
|------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่รพ. ระดับ สูงกว่า**           | 0.1  | 0.28 | 0.18 |
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาตัวในรพ.จากอาการแทรกซ้อนของ HT** | 0    | 0    | 0    |
| - อัตราการรับเข้ารักษาตัว ใน รพ.เนื่องจากอาการแทรกซ้อน HT**      | 0    | 0    | 0    |
| - จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล(เฉลี่ย)                                | 4.38 | 3.72 | 4.12 |
| - อัตราการรับเข้ารักษาตัวซ้ำใน รพ. ภายใน 28 วัน                  | 0    | 0    | 0    |

| อ.โพนนาแก้ว                                                      | 2549 | 2550 | 2551 |
|------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่รพ. ระดับ สูงกว่า**           |      |      |      |
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาตัวในรพ.จากอาการแทรกซ้อนของ HT** |      |      |      |

|                                                             |  |  |      |
|-------------------------------------------------------------|--|--|------|
| - อัตราการรับเข้ารักษาตัว ใน รพ.เนื่องจากอาการแทรกซ้อน HT** |  |  | 4.45 |
| - จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล(เฉลี่ย)                           |  |  | 7.38 |
| - อัตราการรับเข้ารักษาตัวซ้ำใน รพ. ภายใน 28 วัน             |  |  |      |

| อ.ภูพาน                                                          | 2549  | 2550 | 2551 |
|------------------------------------------------------------------|-------|------|------|
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่รพ. ระดับ สูงกว่า**           | 11.56 | 7.2  | 3.56 |
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาตัวในรพ.จากอาการแทรกซ้อนของ HT** | 1.32  | 1.56 | 1.73 |
| - อัตราการรับเข้ารักษาตัว ใน รพ.เนื่องจากอาการแทรกซ้อน HT**      | 0.75  | 0.86 | 1.32 |
| - จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล(เฉลี่ย)                                | 2.4   | 3.36 | 2.53 |
| - อัตราการรับเข้ารักษาตัวซ้ำใน รพ. ภายใน 28 วัน                  | 0.32  | 0.52 | 0.3  |

| อ.วานรนิวาส                                                      | 2549 | 2550 | 2551 |
|------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่รพ. ระดับ สูงกว่า**           |      | 0.26 | 0.38 |
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาตัวในรพ.จากอาการแทรกซ้อนของ HT** |      | 0.18 | 2.78 |
| - อัตราการรับเข้ารักษาตัว ใน รพ.เนื่องจากอาการแทรกซ้อน HT**      |      | 6.3  | 6.32 |
| - จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล(เฉลี่ย)                                | 3.75 | 2    | 2.95 |
| - อัตราการรับเข้ารักษาตัวซ้ำใน รพ. ภายใน 28 วัน                  | 0.92 | 0.1  | 0.57 |

| อ.วาริชภูมิ                                                      | 2549 | 2550 | 2551 |
|------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่รพ. ระดับ สูงกว่า**           | 0.24 | 0.7  | 0.2  |
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาตัวในรพ.จากอาการแทรกซ้อนของ HT** | 0.12 | 0.23 | 0.2  |
| - อัตราการรับเข้ารักษาตัว ใน รพ.เนื่องจากอาการแทรกซ้อน HT**      | 4.58 | 4.41 | 3.38 |
| - จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล(เฉลี่ย)                                | 3.36 | 3.43 | 3.9  |
| - อัตราการรับเข้ารักษาตัวซ้ำใน รพ. ภายใน 28 วัน                  | 1.71 | 2.13 | 2    |

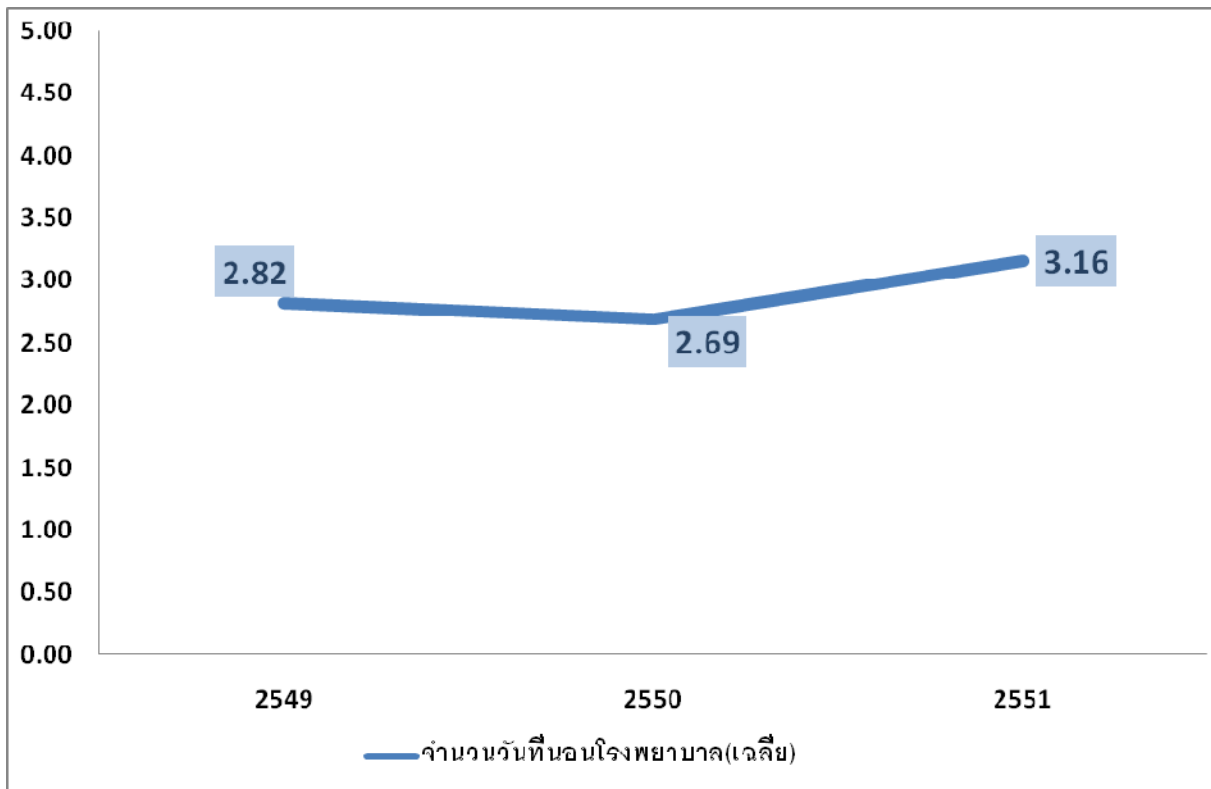
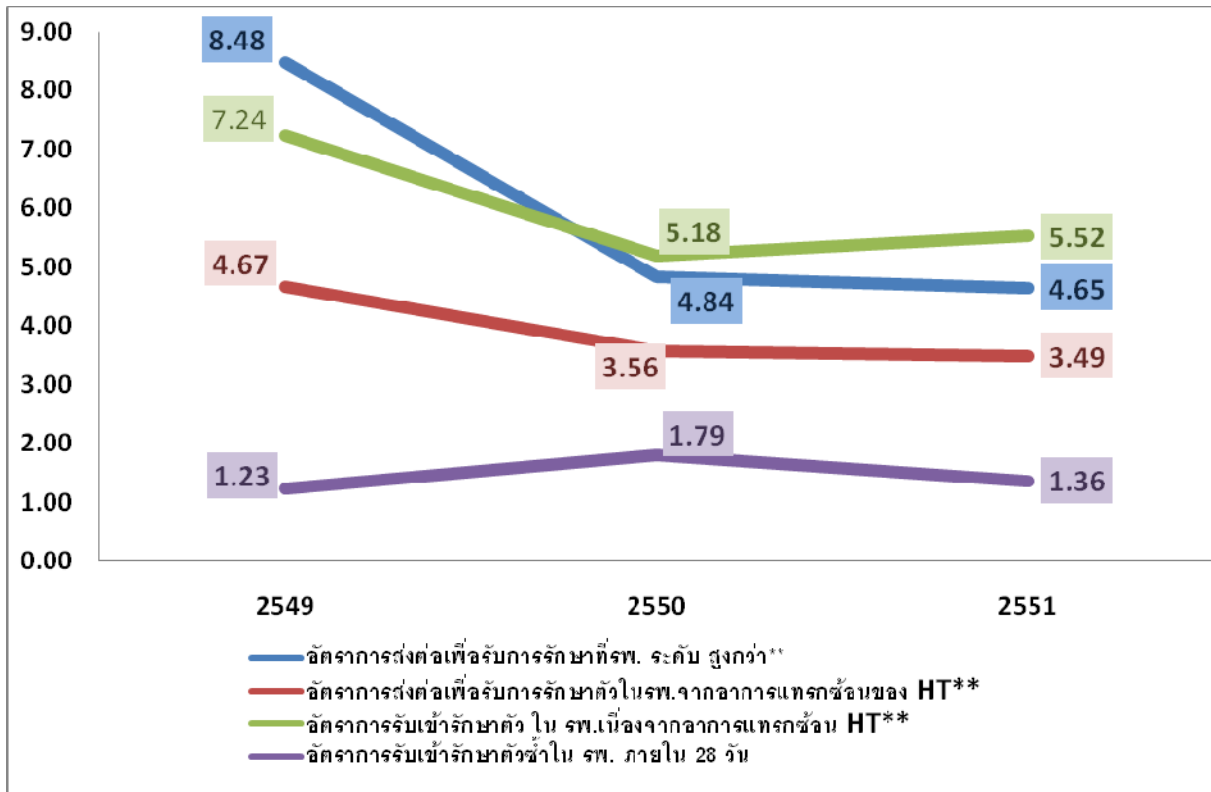
| อ.ส่องดาว                                              | 2549 | 2550 | 2551 |
|--------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่รพ. ระดับ สูงกว่า** | 0.26 | 0.23 | 0.11 |

|                                                                  |      |      |      |
|------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาดัวในรพ.จากอาการแทรกซ้อนของ HT** | 0.13 | 0.11 | 0    |
| - อัตราการรับเข้ารักษาดัว ใน รพ.เนื่องจากอาการแทรกซ้อน HT**      | 0.13 | 0.12 | 0.11 |
| - จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล(เฉลี่ย)                                | 2.24 | 2.08 | 2.96 |
| - อัตราการรับเข้ารักษาดัวซ้ำใน รพ. ภายใน 28 วัน                  | 4.12 | 4.1  | 5.71 |

| อ.อากาศอำนวย                                                     | 2549  | 2550  | 2551  |
|------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาดัวที่รพ. ระดับ สูงกว่า**        |       |       |       |
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาดัวในรพ.จากอาการแทรกซ้อนของ HT** |       |       |       |
| - อัตราการรับเข้ารักษาดัว ใน รพ.เนื่องจากอาการแทรกซ้อน HT**      | 18.33 | 16.31 | 22.02 |
| - จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล(เฉลี่ย)                                | 3.06  | 3.22  | 3.14  |
| - อัตราการรับเข้ารักษาดัวซ้ำใน รพ. ภายใน 28 วัน                  | 0.01  | 0.01  | 0.02  |

| ค่าเฉลี่ย                                                        | 2549 | 2550 | 2551 |
|------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาดัวที่รพ. ระดับ สูงกว่า**        | 8.48 | 4.84 | 4.65 |
| - อัตราการส่งต่อเพื่อรับการรักษาดัวในรพ.จากอาการแทรกซ้อนของ HT** | 4.67 | 3.56 | 3.49 |
| - อัตราการรับเข้ารักษาดัว ใน รพ.เนื่องจากอาการแทรกซ้อน HT**      | 7.24 | 5.18 | 5.52 |
| - จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล(เฉลี่ย)                                | 2.82 | 2.69 | 3.16 |
| - อัตราการรับเข้ารักษาดัวซ้ำใน รพ. ภายใน 28 วัน                  | 1.23 | 1.79 | 1.36 |



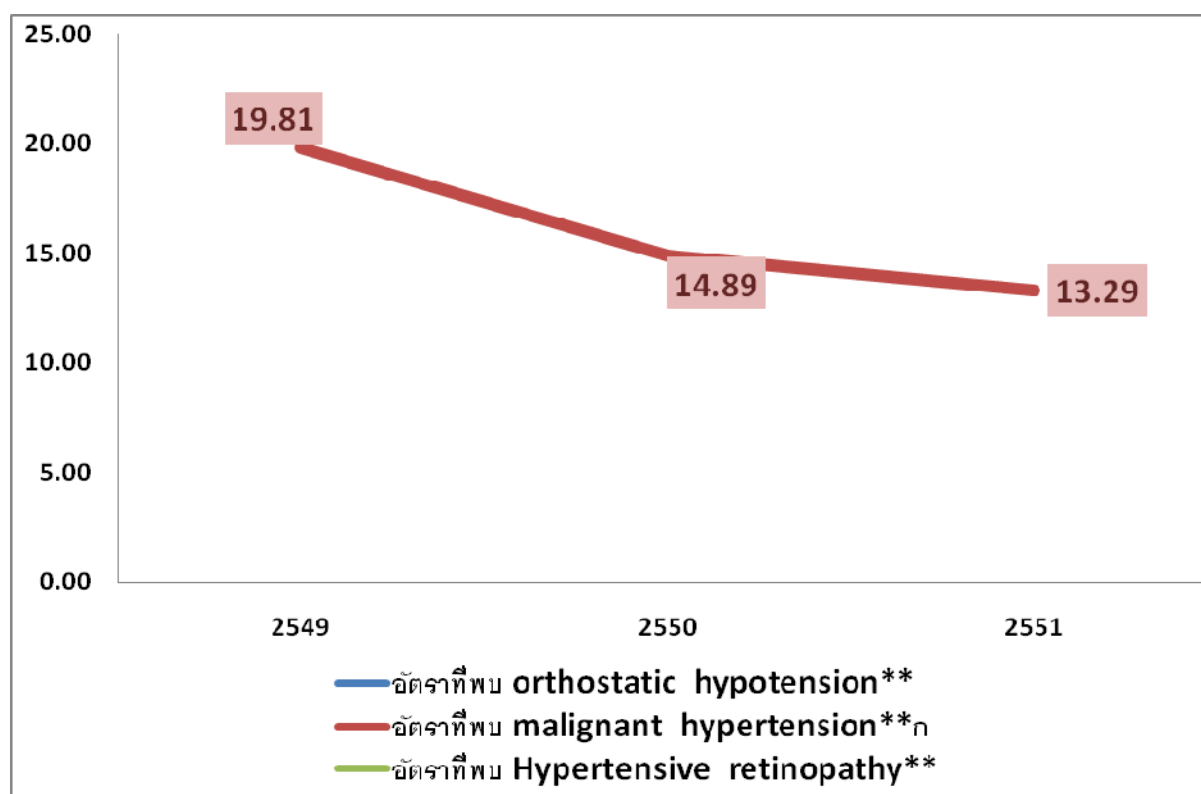


## 2.8 การรับรักษาตัวในโรงพยาบาล

| อ.ค่าตากล้า | 2549 | 2550 | 2551 |
|-------------|------|------|------|
|-------------|------|------|------|

|                                                    |       |       |       |
|----------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราที่พบ orthostatic hypotension**             |       |       |       |
| - อัตราที่พบ malignant hypertension** <sup>ก</sup> | 19.81 | 14.89 | 13.29 |
| - อัตราที่พบ Hypertensive retinopathy**            |       |       |       |

| ค่าเฉลี่ย                                          | 2549  | 2550  | 2551  |
|----------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราที่พบ orthostatic hypotension**             |       |       |       |
| - อัตราที่พบ malignant hypertension** <sup>ก</sup> | 19.81 | 14.89 | 13.29 |
| - อัตราที่พบ Hypertensive retinopathy**            |       |       |       |



## 2.9 ภาวะแทรกซ้อนทางไต

| อ.กุสุมาลย์                              | 2549 | 2550 | 2551 |
|------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการวัดระดับครีเอตินินในเลือด*     | 93   | 94   | 92   |
| - อัตราที่พบโรคไตเรื้อรัง** <sup>ก</sup> |      |      |      |
| - อัตราที่พบภาวะไตวาย** <sup>ก</sup>     |      |      |      |

| อ.โลกสิริสุพรรณ | 2549 | 2550 | 2551 |
|-----------------|------|------|------|
|-----------------|------|------|------|

|                                          |       |       |       |
|------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการวัดระดับครีอะตินีนในเลือด*     | 79.64 | 83.21 | 85.79 |
| - อัตราที่พบโรคไตเรื้อรัง** <sup>ก</sup> | 14.81 | 27.62 | 29.09 |
| - อัตราที่พบภาวะไตวาย** <sup>ก</sup>     |       |       | 0.27  |

|                                          |             |             |             |
|------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>อ.คำตากล้า</b>                        | <b>2549</b> | <b>2550</b> | <b>2551</b> |
| - อัตราการวัดระดับครีอะตินีนในเลือด*     |             |             |             |
| - อัตราที่พบโรคไตเรื้อรัง** <sup>ก</sup> | 7.2         | 5.2         | 3.3         |
| - อัตราที่พบภาวะไตวาย** <sup>ก</sup>     |             |             |             |

|                                          |             |             |             |
|------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>อ.เต่างอย</b>                         | <b>2549</b> | <b>2550</b> | <b>2551</b> |
| - อัตราการวัดระดับครีอะตินีนในเลือด*     | 100         | 100         | 100         |
| - อัตราที่พบโรคไตเรื้อรัง** <sup>ก</sup> | 40 คน       | 42 คน       | 42 คน       |
| - อัตราที่พบภาวะไตวาย** <sup>ก</sup>     |             |             | 0           |

|                                          |             |             |             |
|------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>อ.นิคมสร้าง</b>                       | <b>2549</b> | <b>2550</b> | <b>2551</b> |
| - อัตราการวัดระดับครีอะตินีนในเลือด*     | 80          | 90          | 90          |
| - อัตราที่พบโรคไตเรื้อรัง** <sup>ก</sup> | 0.58        | 0.51        | 0.47        |
| - อัตราที่พบภาวะไตวาย** <sup>ก</sup>     |             |             |             |

|                                          |             |             |             |
|------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>อ.พังโคน</b>                          | <b>2549</b> | <b>2550</b> | <b>2551</b> |
| - อัตราการวัดระดับครีอะตินีนในเลือด*     | 63.32       | 61.88       | 67.88       |
| - อัตราที่พบโรคไตเรื้อรัง** <sup>ก</sup> | 7.02        | 8.15        | 8.32        |
| - อัตราที่พบภาวะไตวาย** <sup>ก</sup>     | 2.15        | 2.5         | 2.87        |

|                                          |             |             |             |
|------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>อ.โพนนาแก้ว</b>                       | <b>2549</b> | <b>2550</b> | <b>2551</b> |
| - อัตราการวัดระดับครีอะตินีนในเลือด*     |             |             | 24.19       |
| - อัตราที่พบโรคไตเรื้อรัง** <sup>ก</sup> |             |             | 17.15       |
| - อัตราที่พบภาวะไตวาย** <sup>ก</sup>     |             |             |             |

| อ.ภูพาน                                  | 2549  | 2550  | 2551  |
|------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการวัดระดับครีอะตินีนในเลือด*     | 10.56 | 60.39 | 90.36 |
| - อัตราที่พบโรคไตเรื้อรัง** <sup>ก</sup> | 0.56  | 1.86  | 1.93  |
| - อัตราที่พบภาวะไตวาย** <sup>ก</sup>     | 0.32  | 0.49  | 0.56  |

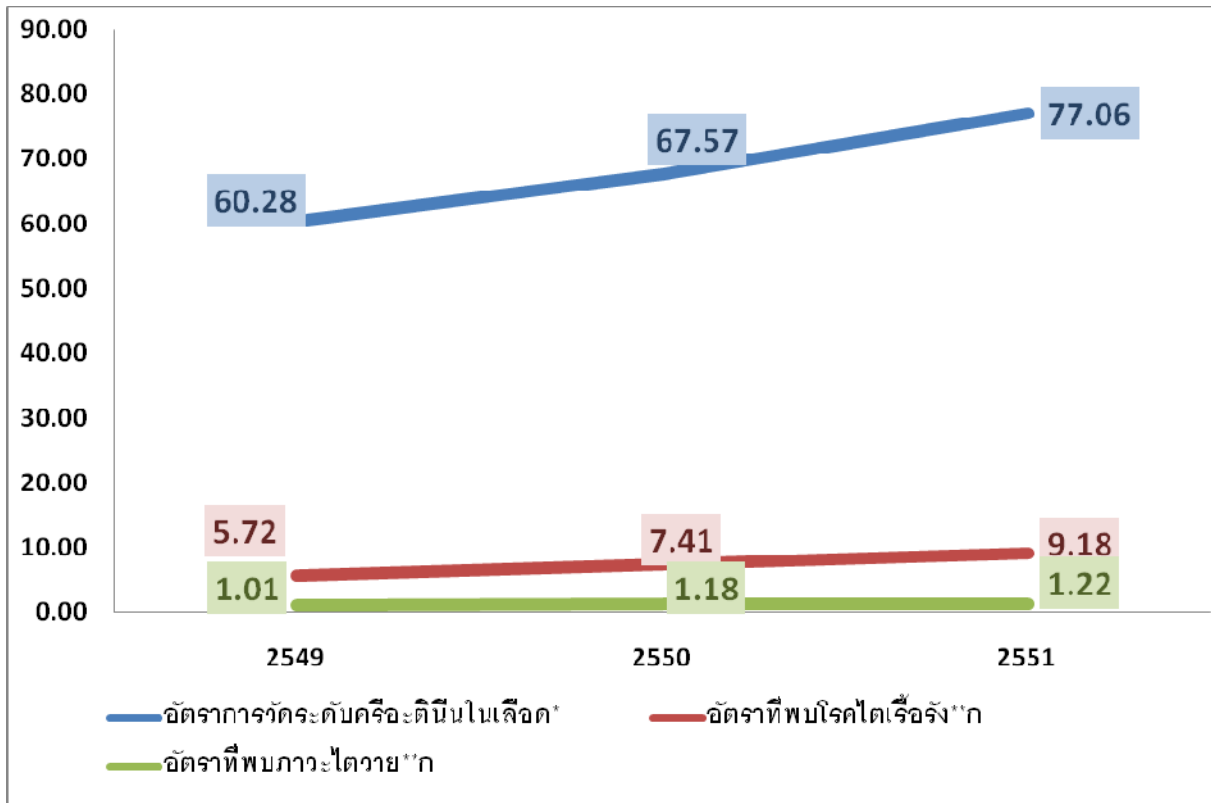
| อ.วานรนิวาส                              | 2549  | 2550  | 2551  |
|------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการวัดระดับครีอะตินีนในเลือด*     | 53.38 | 23.71 | 74.71 |
| - อัตราที่พบโรคไตเรื้อรัง** <sup>ก</sup> | 1.21  | 0.3   | 2.51  |
| - อัตราที่พบภาวะไตวาย** <sup>ก</sup>     |       |       |       |

| อ.วาริชภูมิ                              | 2549  | 2550  | 2551  |
|------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการวัดระดับครีอะตินีนในเลือด*     | 22.07 | 45.13 | 55.22 |
| - อัตราที่พบโรคไตเรื้อรัง** <sup>ก</sup> | 13.03 | 14.73 | 18.91 |
| - อัตราที่พบภาวะไตวาย** <sup>ก</sup>     | 1.45  | 1.62  | 3.48  |

| อ.สว่างแดนดิน                            | 2549 | 2550 | 2551 |
|------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราการวัดระดับครีอะตินีนในเลือด*     |      |      | 97   |
| - อัตราที่พบโรคไตเรื้อรัง** <sup>ก</sup> |      |      |      |
| - อัตราที่พบภาวะไตวาย** <sup>ก</sup>     |      |      |      |

| อ.ส่องดาว                                | 2549  | 2550  | 2551  |
|------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการวัดระดับครีอะตินีนในเลือด*     | 40.56 | 49.77 | 70.55 |
| - อัตราที่พบโรคไตเรื้อรัง** <sup>ก</sup> | 1.31  | 0.91  | 0.97  |
| - อัตราที่พบภาวะไตวาย** <sup>ก</sup>     | 0.13  | 0.11  | 0.11  |

| คำชะเลี้ย                                | 2549  | 2550  | 2551  |
|------------------------------------------|-------|-------|-------|
| - อัตราการวัดระดับครีอะตินีนในเลือด*     | 60.28 | 67.57 | 77.06 |
| - อัตราที่พบโรคไตเรื้อรัง** <sup>ก</sup> | 5.72  | 7.41  | 9.18  |
| - อัตราที่พบภาวะไตวาย** <sup>ก</sup>     | 1.01  | 1.18  | 1.22  |



## 2.10 ภาวะผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือด

| อ.กุดบาก                                                                   | 2549 | 2550 | 2551 |
|----------------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่พบอาการ angina pectoris** <sup>ข</sup>                           |      |      | 0.37 |
| - อัตราที่พบโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (MI) หรือ unstable angina** <sup>ข</sup> |      |      |      |
| - อัตราการเกิดหัวใจโต** <sup>ข</sup>                                       |      |      |      |
| - อัตราการเกิดหัวใจวาย** <sup>ข</sup>                                      |      |      |      |
| - อัตราที่พบโรคอัมพาต** <sup>ข</sup>                                       |      |      |      |
| - อัตราที่พบโรคอัมพฤกษ์** <sup>ข</sup>                                     |      |      | 1.11 |
| - อัตราที่พบ TIA** <sup>ข</sup>                                            |      |      |      |

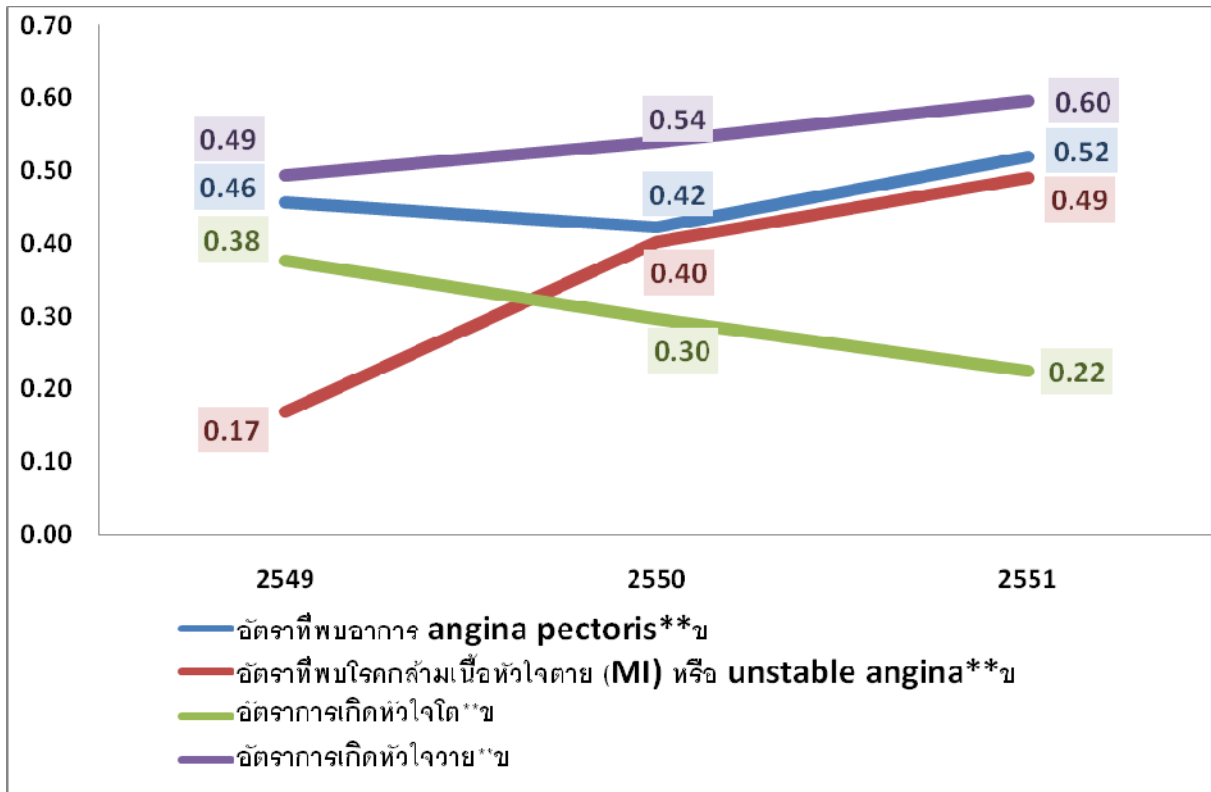
| อ.ภูมัลาย                                                                  | 2549 | 2550 | 2551 |
|----------------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่พบอาการ angina pectoris** <sup>ข</sup>                           |      |      |      |
| - อัตราที่พบโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (MI) หรือ unstable angina** <sup>ข</sup> |      |      |      |
| - อัตราการเกิดหัวใจโต** <sup>ข</sup>                                       |      |      |      |
| - อัตราการเกิดหัวใจวาย** <sup>ข</sup>                                      |      |      |      |
| - อัตราที่พบโรคอัมพาต** <sup>ข</sup>                                       |      |      |      |

|                                        |   |   |   |
|----------------------------------------|---|---|---|
| - อัตราที่พบโรคอัมพฤกษ์** <sup>๗</sup> |   |   |   |
| - อัตราที่พบ TIA** <sup>๗</sup>        | 0 | 0 | 0 |

| อ.โคกศรีสุพรรณ                                                             | 2549 | 2550 | 2551 |
|----------------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่พบอาการ angina pectoris** <sup>๗</sup>                           | 0    | 0    | 0    |
| - อัตราที่พบโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (MI) หรือ unstable angina** <sup>๗</sup> | 0    | 0    | 0    |
| - อัตราการเกิดหัวใจโต** <sup>๗</sup>                                       | 0.37 | 0.33 | 0.32 |
| - อัตราการเกิดหัวใจวาย** <sup>๗</sup>                                      | 2.15 | 1.88 | 1.81 |
| - อัตราที่พบโรคอัมพาต** <sup>๗</sup>                                       | 0.63 | 0.55 | 0.53 |
| - อัตราที่พบโรคอัมพฤกษ์** <sup>๗</sup>                                     | 0.37 | 0.33 | 0.32 |
| - อัตราที่พบ TIA** <sup>๗</sup>                                            | 0.12 | 0.11 | 0.10 |

| อ.คำตากล้า                                                                 | 2549 | 2550 | 2551 |
|----------------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่พบอาการ angina pectoris** <sup>๗</sup>                           |      |      |      |
| - อัตราที่พบโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (MI) หรือ unstable angina** <sup>๗</sup> |      |      |      |
| - อัตราการเกิดหัวใจโต** <sup>๗</sup>                                       |      |      |      |
| - อัตราการเกิดหัวใจวาย** <sup>๗</sup>                                      |      |      |      |
| - อัตราที่พบโรคอัมพาต** <sup>๗</sup>                                       | รวม  | รวม  | รวม  |
| - อัตราที่พบโรคอัมพฤกษ์** <sup>๗</sup>                                     | 0.46 | 0.64 | 0.43 |
| - อัตราที่พบ TIA** <sup>๗</sup>                                            |      |      |      |

| ค่าเฉลี่ย                                                                  | 2549 | 2550 | 2551 |
|----------------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่พบอาการ angina pectoris** <sup>๗</sup>                           | 0.46 | 0.42 | 0.85 |
| - อัตราที่พบโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (MI) หรือ unstable angina** <sup>๗</sup> | 0.17 | 0.40 | 0.49 |
| - อัตราการเกิดหัวใจโต** <sup>๗</sup>                                       | 0.38 | 0.30 | 0.22 |
| - อัตราการเกิดหัวใจวาย** <sup>๗</sup>                                      | 0.49 | 0.54 | 0.60 |
| - อัตราที่พบโรคอัมพาต** <sup>๗</sup>                                       | 0.52 | 0.32 | 0.40 |
| - อัตราที่พบโรคอัมพฤกษ์** <sup>๗</sup>                                     | 0.64 | 1.92 | 1.13 |
| - อัตราที่พบ TIA** <sup>๗</sup>                                            | 0.05 | 0.02 | 0.03 |



## 2.11 การตรวจเท้า

| อ.อากาศอำนวย                                       | 2549 | 2550 | 2551 |
|----------------------------------------------------|------|------|------|
| - อัตราที่คลำชีพจรที่เท้าทั้ง 2 ข้างไม่ได้**       |      |      |      |
| - อัตราที่คลำชีพจรที่เท้าข้างขวาไม่ได้             |      | 0.28 | 0    |
| - อัตราที่คลำชีพจรที่เท้าข้างซ้ายไม่ได้            |      | 0.61 | 0.01 |
| - อัตราที่พบหลอดเลือดส่วนปลายตีบตัน** <sup>ก</sup> |      |      |      |

# ภาคผนวกที่ 8

แผนยุทธศาสตร์การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง  
(โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือด  
สมอง)

ปี 2553 - 2557 จังหวัดสกลนคร



# แผนยุทธศาสตร์การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง) ปี 2553 - 2557 จังหวัดสกลนคร

## 1. พันธกิจ (mission)

1. พัฒนาเครือข่ายในการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการกำหนดนโยบายและสร้างความร่วมมือในการบริหารจัดการในการลดความเสี่ยงและลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีเป้าหมายและยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน
2. พัฒนาระบบในการให้บริการดูแลประชาชน กลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยที่มีคุณภาพเพื่อลดความรุนแรงของการดำเนินโรค
3. จัดการสิ่งแวดล้อมและชุมชนให้เอื้อในการที่จะสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การสร้างภูมิคุ้มกันทางชุมชนลดโอกาสเสี่ยง (determinant) ปกป้องประชาชนจากปัจจัยเสี่ยงเฉพาะ เพื่อป้องกันควบคุมโรคที่จำเป็น

## 2. วิสัยทัศน์ (vision)

จังหวัดสกลนครมีเครือข่ายในการดูแลเฝ้าระวังภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพ และมีระบบการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ ส่งผลให้ประชาชนเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังลดลง

## 3. ภาคิหุ้นส่วนที่เกี่ยวข้อง (Boundary Partners : BP)

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร
2. ศาลากลางจังหวัดสกลนคร
3. องค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร
4. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับในเขตจังหวัดสกลนคร
5. สื่อมวลชนทุกแขนงในจังหวัดสกลนคร
6. เครือข่ายการสนับสนุนจากส่วนกลาง
7. ศูนย์อนามัยที่ 7 กรมการแพทย์

8. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี กรมควบคุมโรค
9. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
10. สถานศึกษาทุกระดับในกระทรวงศึกษาธิการ ได้แก่ ครู นักเรียน ผู้ประกอบอาหาร ผู้ปกครอง

ศูนย์เด็กเล็ก ชมรมรักฟัน

11. วัด สำนักสงฆ์
12. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

#### 4. ผลลัพธ์ที่ท้าทาย (Outcome Challenges : OC)

1. ประชาชนในจังหวัดสกลนครมีอัตราการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังลดลง
2. จังหวัดสกลนครสามารถลด/ชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้
3. จังหวัดสกลนครมีผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายใหม่น้อยลง
4. ภาคีเครือข่ายสุขภาพในจังหวัดสกลนครได้ร่วมมือกันในการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน
5. จังหวัดสกลนครมีระบบในการให้บริการ ส่งเสริม ป้องกัน ดูแล รักษาและส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ
6. จังหวัดสกลนครสามารถลดความแออัดในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลได้

#### 5. เป้าหมายที่คาดว่าจะเกิดขึ้น (Progress Markers : PM)

##### 5.1 เป้าหมายหรือตัวชี้วัดระยะสั้น (ทุก 1 ปี)

- 5.1.1 จังหวัดและอำเภอมีนโยบายและแผนงานโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 100
- 5.1.2 จังหวัดและอำเภอมีคณะกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรัง จากหน่วยงานทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและประชุมอย่างน้อย ทุก 3 เดือน
- 5.1.3 จังหวัด อำเภอและตำบล มีการนำสถานการณ์ในพื้นที่มาสื่อสารเตือนภัยในชุมชนทางช่องทางต่างๆ เช่น เสียงตามสาย วิทยุ หนังสือพิมพ์ เป็นต้น ทุก 1 เดือน
- 5.1.4 ทุกตำบลดำเนินการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือดและโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป

ตามเกณฑ์มาตรฐาน อย่างน้อยร้อยละ 80 ภายในไตรมาสแรกของแต่ละปี

- 5.1.5 ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต และผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคอัมพฤกษ์ อัมพาตทั้งรายเก่าและ

รายใหม่ทุกคน ได้รับการส่งเสริมทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ลดเกลือ/หวาน/มัน ลดภาวะน้ำหนักเกิน เพิ่มผักผลไม้ เพิ่มออกกำลังกาย ลดสุรา ลดการสูบบุหรี่ เป็นต้น อย่างน้อยร้อยละ 80

5.1.6 ทุกตำบลมีทะเบียนและติดตามเพื่อลดเสี่ยงในประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงปานกลางต่อโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงควรได้รับการติดตามผลเลือด ( FPG ) / ค่าความดันโลหิต ใน 6 เดือน หลังจากได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร้อยละ 50 และพบว่าระดับ FPG < 100 mg% และระดับความดันโลหิต < 130/80 mmHg อย่างน้อยร้อยละ 50

5.1.7 ทุกสถานบริการมีระบบฐานข้อมูลของประชาชน กลุ่มเสี่ยง และผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ทั้งแบบกระดาษและข้อมูลทางคอมพิวเตอร์ ครอบคลุมประชาชนร้อยละ 90

5.1.8 ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการถ่ายภาพจอประสาทตาเพื่อเฝ้าระวังภาวะเบาหวานขึ้นตา อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ร้อยละ 90

5.1.9 ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจ HbA<sub>1c</sub> อย่างน้อย 1 ครั้งในรอบปี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50

5.1.10 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันได้รับยาต้านเกล็ดเลือดหรือยาละลายลิ่มเลือด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

5.1.11 ทุกตำบลมีรูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมความเสี่ยงในชุมชน มีการวิเคราะห์ชุมชน การจัดทำแผนงาน การดำเนินงานป้องกันควบคุมความเสี่ยงในชุมชน มีการกำกับ ติดตาม ประเมินผลมีการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อในชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 ชุมชนในแต่ละปี ร้อยละ 100

## 5.2 เป้าหมายหรือตัวชี้วัดระยะกลาง (2 - 5 ปี)

5.2.1 กระบวนการคัดกรองประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานอย่างน้อยร้อยละ 80 ภายในไตรมาสแรกของปี

5.2.2 ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต และผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคอัมพฤกษ์ อัมพาตทั้งรายเก่าและรายใหม่ทุกคน ได้รับการส่งเสริมทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ลดเกลือ/หวาน/มัน ลดภาวะน้ำหนักเกิน เพิ่มผักผลไม้ เพิ่มออกกำลังกาย ลดสุรา ลดการสูบบุหรี่ เป็นต้น อย่างน้อยร้อยละ 80

5.2.3 ทุกตำบลมีทะเบียนและติดตามเพื่อลดเสี่ยงในประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงปานกลางต่อโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงควรได้รับการติดตามผลเลือด ( FPG ) / ค่าความดันโลหิต ใน 6 เดือน หลังจากได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร้อยละ 50 และพบว่าระดับ FPG < 100 mg% และระดับความดันโลหิต < 130/80 mmHg อย่างน้อยร้อยละ 50

5.2.4 ทุกสถานบริการมีระบบฐานข้อมูลของประชาชน กลุ่มเสี่ยง และผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ทั้งแบบกระดาษและข้อมูล

ทางคอมพิวเตอร์ ครอบคลุมประชาชนร้อยละ 90

5.2.5 อัตราความชุกโรคเบาหวาน ไม่เกินระดับประเทศ

5.2.6 อัตราความชุกโรคความดันโลหิตสูง ไม่เกินระดับประเทศ

5.2.7 อัตราการตัดขา/ตัดนิ้ว/ตัดอวัยวะจากภาวะเบาหวานลดลงจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ 50

5.2.8 อัตราตาบอดจากเบาหวานลดลงจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ 50

5.2.9 อัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองลดลงจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ 10

5.2.10 อัตราการเกิดโรคหัวใจลดลงจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ 10

5.2.11 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตลดลงจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ 50

### 5.3 เป้าหมายหรือตัวชี้วัดระยะยาว (มากกว่า 5 ปี)

5.3.1 อัตราความชุกโรคเบาหวาน ไม่เกินระดับประเทศ

5.3.2 อัตราความชุกโรคความดันโลหิตสูง ไม่เกินระดับประเทศ

5.3.3 อัตราการตัดขา/ตัดนิ้ว/ตัดอวัยวะจากภาวะเบาหวานลดลงจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ 90

5.3.4 อัตราตาบอดจากเบาหวานลดลงจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ 90

5.3.5 อัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองลดลงจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ 30

5.3.6 อัตราการเกิดโรคหัวใจลดลงจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ 30

5.3.7 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตลดลงจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ 90

### 5.4 เป้าหมายที่คาดหวัง (Expect to see)

5.4.1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพที่กว้างขวางและครอบคลุม

5.4.2 มีระบบในการให้บริการเฝ้าระวังดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ

5.4.3 ประชาชนในจังหวัดเกิดความตระหนักในการมุ่งรักษาสุขภาพให้แข็งแรง

5.4.4 ภาคีเครือข่ายสุขภาพและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลด้านสุขภาพซึ่งกันและกัน

- 5.4.5 ชุมชนมีข้อตกลงร่วมกันในการร่วมกันสร้างสุขภาพของคนในชุมชน
- 5.4.6 ประชาชนและชุมชนมีความรู้ ทักษะและการปฏิบัติเพื่อป้องกันควบคุมโรคโดยความร่วมมือของบ้าน วัด โรงเรียน
- 5.4.7 การสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ในชุมชน การประกวด อาหารสุขภาพ การออกกำลังกาย การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้
- 5.4.8 การสร้างหรือกำหนดปฏิทินชุมชนร่วมกัน
- 5.4.9 การพัฒนาระบบฐานข้อมูลที่เชื่อมโยงกันตั้งแต่ระดับตำบล อำเภอ จังหวัด เขต และประเทศ
- 5.4.10 การสะท้อนข้อมูลด้านสุขภาพกลับสู่ชุมชน
- 5.4.11 การสื่อสารและสนับสนุนด้วยข้อมูลข่าวสารที่ครอบคลุมประชาชน
- 5.4.12 การพัฒนาระบบบริการด้านหน้า (one stop service)

## 5.5 เป้าหมายที่คาดว่าจะเกิดขึ้นได้ (Like to see)

- 5.5.1 มีการรณรงค์อย่างต่อเนื่องให้ประชาชนมีความรู้และตระหนักในการป้องกันตนเองไม่ให้เกิดโรค
- 5.5.2 ประชาชนร่วมมือกันปรับปรุงสภาพแวดล้อมในบ้านตนเองและในชุมชน
- 5.5.3 มีการจัดเวทีประชาคมเพื่อหาข้อตกลงในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนและผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
- 5.5.4 การลดผู้ป่วยรายใหม่
- 5.5.5 การลดปัจจัยเสี่ยงในประชาชนและลดแทรกซ้อนในผู้ป่วย
- 5.5.6 การลดอัตราตายและพิการในผู้ป่วย

## 5.6 เป้าหมายที่ถือว่าประสบความสำเร็จ (Love to see)

- 5.6.1 ประชาชนเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังลดลง
- 5.6.2 ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง
- 5.6.3 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและโรงเรียนมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพของประชาชนและผู้ป่วยในชุมชน
- 5.6.4 ประชาชนสามารถปฏิบัติตนโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- 5.6.5 ภาครัฐหรือข่ายในชุมชนมีการร่วมมือร่วมใจในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

5.6.5 เกิดประชาคมหมู่บ้านในการสร้างสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

5.6.7 ประชาชนตระหนักและตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ

5.6.8 ประชาชนไม่เป็นกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงไม่ป่วยเป็นโรค กลุ่มผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน

## 6. แผนที่ยุทธศาสตร์ (Strategy Map : SM)

1. ยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านองค์ความรู้ในการป้องกัน รักษา ควบคุมและส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรและภาคีเครือข่ายสุขภาพ
2. ยุทธศาสตร์การส่งเสริมการจัดเวทีเพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและภาคีเครือข่ายสุขภาพร่วมกันแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพและร่วมกันวางแผนส่งเสริมสุขภาพของประชาชน
3. ยุทธศาสตร์การสร้างเครือข่ายในการสร้างเสริมสุขภาพให้เกิดอย่างกว้างขวาง
4. ยุทธศาสตร์การสนับสนุนกิจกรรมและวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงานเพื่อนำไปสู่การลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน
5. ยุทธศาสตร์การสร้างกระแสและการประชาสัมพันธ์ที่ต่อเนื่องด้านข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพตามช่องทางต่างๆ เช่น หอกระจายข่าว เสียงตามสายในโรงพยาบาลและในโรงเรียน บอร์ดนิทรรศการ เป็นต้น เพื่อให้ประชาชนนำไปปรับในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรค โดยการเพิ่ม 3 อ (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์)

ลด 2 ส (สุรา สุกดิบ)

6. ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและการวิเคราะห์ข้อมูล
7. ยุทธศาสตร์การพัฒนาการจัดการสิ่งแวดล้อมและชุมชนให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ
8. ยุทธศาสตร์การพัฒนาการจัดการความรู้ด้านโภชนาการ/อาหารที่มีคุณค่าและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในท้องถิ่น

## 7. แนวปฏิบัติงานขององค์กร (Organizational Practices : OP)

จังหวัดสกลนครได้กำหนดยุทธศาสตร์เพื่อวางแผนการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุตามพันธกิจที่กำหนดไว้ ดังต่อไปนี้

| พันธกิจ<br>(mission)                                                                                                                                                                                                    | ประเด็นยุทธศาสตร์<br>(strategy issue)                                                                 | เป้าประสงค์<br>(goal)                                                                                                                                                                                                                             | ตัวชี้วัด (Key Performance Identification) และค่าเป้าหมาย<br>(target)                                                                                                                                                                                                                                                 | กลยุทธ์<br>(strategy)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.การพัฒนาเครือข่ายในการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการกำหนดนโยบายและกลไกความร่วมมือในการบริหารจัดการในการลดความเสี่ยงและลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีเป้าหมายและยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน | 1.การพัฒนาด้านองค์ความรู้ในการป้องกันรักษา ควบคุมและส่งต่อที่มีคุณภาพของบุคลากรและภาคีเครือข่ายสุขภาพ | 1.ประชาชนมีสุขภาพดีทั้งกายและจิตใจ สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขตามวิถีชีวิตคนไทย<br>2.ประชาชนทั้งภาครัฐและเอกชนร่วมกันสร้างความเข้มแข็งในการสร้างสุขภาพเพื่อป้องกันและลดโรคไม่ติดต่อ<br>3.เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพประชาชน | 1.สกลนครมีชุมชนลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อย 1 ชุมชนต่ออำเภอ (ปี2552นำร่อง 1 ชุมชน (ณ ตำบลแร่ อำเภอพังโคน)<br>2.ผู้ป่วยรายใหม่ลดลง (ณ กรกฎาคม 2552 สกลนครมีผู้ป่วย DM จำนวน 29,707 คน ผู้ป่วย HT จำนวน 19,521 คน)<br>3.ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง (ปี2551สกลนครพบภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานมากที่สุดคือ อื่นๆ | - ส่งเสริมการแต่งตั้ง/ทบทวน/ประชุมคณะกรรมการที่มีบุคคลทั้งในและนอกหน่วยงานสาธารณสุข ทุกปีๆ ละ 1-2 ครั้ง<br>- การสร้างความร่วมมือ/ประชุม/สร้างโอกาสในการเรียนรู้ร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพสุขภาพที่กว้างขวางและครอบคลุม เช่น ผู้นำชุมชน เทศบาล อบต. ครู นักเรียน อสม. แกนนำสุขภาพ ชมรม เป็นต้น<br>- การสร้างกระแสให้ประชาชนเกิดความตระหนักในการดูแลรักษาสุขภาพให้แข็งแรง โดยรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ มีการออกกำลังกาย จัดการเรื่องอารมณ์ ลดการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ลดการสูบบุหรี่<br>- ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและภาคีเครือข่ายสุขภาพได้รับทราบข้อมูลด้านสุขภาพร่วมกันและวางแผนเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้ลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ<br>- สนับสนุนให้ทุกCUP/ทุกPCUมีเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมการให้ความรู้โรคเบาหวานจากหน่วยงานต่างๆ<br>- สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ได้รับการอบรมหรือฟื้นฟูวิชาการเรื่องโรคไม่ติดต่อ |

| พันธกิจ<br>(mission) | ประเด็นยุทธศาสตร์<br>(strategy issue) | เป้าประสงค์<br>(goal) | ตัวชี้วัด (Key Performance Identification) และค่าเป้าหมาย (target)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | กลยุทธ์<br>(strategy)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------|---------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                      |                                       |                       | <p>ร้อยละ6.52 ไต ร้อยละ 5.42 ตา ร้อยละ 3.84</p> <p>แทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดคือ อื่นๆ</p> <p>ร้อยละ17.87 ไตร้อยละ4.45</p> <p>หัวใจ ร้อยละ3.39</p> <p>4.ผู้ป่วยมีอัตราการตายและพิการ ลดลง (ปี2551สถลนคร</p> <p>มีผู้ป่วยเบาหวานตายจาก</p> <p>หลายอย่าง ร้อยละ 0.45</p> <p>ไต ร้อยละ0.44 อื่นๆ ร้อยละ 0.43)</p> <p>5.ประชาชนตระหนักและ</p> <p>ตัดสินใจในการดูแลสุขภาพได้</p> <p>6.ภาคีเครือข่ายสุขภาพได้</p> <p>ร่วมกันสร้างสุขภาพอย่าง</p> <p>ต่อเนื่อง</p> <p>7.ความชุกโรคเบาหวาน</p> | <p>เรื้อรัง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง</p> <p>- สนับสนุนให้ทุกCUP มีทีมสหสาขาวิชาชีพในการให้ความรู้เรื่องโรค และเป็นทีมพี่เลี้ยงในการจัดระบบบริการและติดตามประเมินผล</p> <p>- เสริมสร้างให้ผู้ป่วยเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, หัวใจขาดเลือด, อัมพฤกษ์ อัมพาต ได้พบแพทย์ อย่างน้อย 6, 12 เดือน</p> <p>เพื่อรับการตรวจรักษาตามเกณฑ์ ดังนี้</p> <p>ผู้ป่วยโรคเบาหวาน</p> <p>- ได้รับการตรวจ DTX FBS FPG เดือนละ 1 ครั้ง,</p> <p>- ได้รับการตรวจ Cholesterol,HDL Cholesterol,Triglyceride, Bun cr HbA1c ปีละ 1 ครั้ง</p> <p>- ได้รับการตรวจตา,ตรวจภาวะเบาหวานขึ้นจอตาโดยจักษุแพทย์ ปีละ1ครั้ง</p> <p>- ได้รับการตรวจหาไข่ขาวในปัสสาวะเพื่อดูการทำงานของไต ปีละ 1 ครั้ง</p> <p>- ได้รับการตรวจฟันโดยทันตแพทย์/ทันตภิบาลทุก 6 เดือน</p> <p>- ได้รับการตรวจผิวหนังและเท้าด้วยเครื่องมือ/สายตา/สัมผัส ทุกเดือน</p> <p>- โรงพยาบาลดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 70 mg% และตั้งแต่ 181 mg%ขึ้นไป รวมทั้งรายที่มีภาวะแทรกซ้อน</p> |



| พันธกิจ<br>(mission) | ประเด็นยุทธศาสตร์<br>(strategy issue) | เป้าประสงค์<br>(goal) | ตัวชี้วัด (Key Performance Identification) และค่าเป้าหมาย (target)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | กลยุทธ์<br>(strategy)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------|---------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                      |                                       |                       | <p>ไม่เกินระดับประเทศ (ร้อยละ4.6)</p> <p>(ปี2551สกลนครพบความชุกโรคเบาหวาน ร้อยละ 2.63 เมื่อเทียบกับประชากรกลางปี และร้อยละ 2.73 เมื่อเทียบกับประชากรอายุ 15ปีขึ้นไป)</p> <p>8.ความชุกโรคความดันโลหิตสูงไม่เกินระดับประเทศ (ร้อยละ16.3)</p> <p>(ปี2551สกลนครพบความชุกโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ1.69เมื่อเทียบกับประชากรกลางปี และร้อยละ 1.79เมื่อเทียบกับประชากรอายุ15ปีขึ้นไป)</p> <p>9.คณะกรรมการมีการ</p> | <p>- สถานือนามัยดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือด 70-180 mg% และรายที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน</p> <p>ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิต ทุกเดือน</li> <li>- ได้รับการตรวจ (Serum) คุ FBS ปีละ 1 ครั้ง</li> <li>- ได้รับการตรวจปัสสาวะ คุโปรตีน ปีละ 1 ครั้ง</li> <li>- ได้รับการตรวจ BUN,Creatinine,Potassium,Cholesterol, HDL Cholesterol,Triglyceride,HbA1c ปีละ 1 ครั้ง</li> </ul> <p>- โรงพยาบาลดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 mmHg ขึ้นไป รวมทั้งรายที่มีภาวะแทรกซ้อน</p> <p>- สถานือนามัยดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันไม่เกิน 140/90 mmHg และรายที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน</p> <p>- ส่งเสริมให้มีการจัดกลุ่มประชาชนที่ผ่านการคัดกรองว่ากลุ่มไหนปกติ กลุ่มไหนมีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 ข้อ กลุ่มไหนต้องนัดตรวจเลือด และขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยต่อไป</p> <p>- สนับสนุนระบบส่งต่อ/นัดติดตามผู้ป่วยทั้งในรายที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อน และรายที่ขาดยา โดยใช้ใบ refer แบบฟอร์มส่งต่อ electronic file</p> <p>- ส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนและขาดยาได้รับการติดตามเยี่ยม</p> |

| พันธกิจ<br>(mission) | ประเด็นยุทธศาสตร์<br>(strategy issue) | เป้าประสงค์<br>(goal) | ตัวชี้วัด (Key Performance<br>Identification) และค่าเป้าหมาย<br>(target)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | กลยุทธ์<br>(strategy)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------|---------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                      |                                       |                       | <p>ประชุมอย่างน้อยทุก3เดือน</p> <p>10.ทุกPCU มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมโรคเบาหวาน ร้อยละ100 (ปี2552สกลนครมีพยาบาลที่ผ่านการอบรม 180คนครบทุกPCUคืออำเภอโคกศรีสุพรรณ นอกนั้นมีพยาบาลที่ผ่านการอบรม ร้อยละ80ของ PCUทั้งหมด ในแต่ละอำเภอ</p> <p>11.ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้พบแพทย์ เพื่อตรวจสุขภาพประจำปี อย่างน้อยปีละ1-2ครั้ง ร้อยละ 90</p> <p>12.โรงพยาบาลทุกแห่งสามารถลดความแออัดในการดูแลผู้ป่วยDM/HT</p> | <p>บ้านโดย อสม. แกนนำสุขภาพครอบครัว อย่างน้อย 2 ครั้ง/สัปดาห์</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ส่งเสริมการให้สุศึกษาโรคเบาหวาน,ความดันโลหิตสูง,อัมพฤกษ์อัมพาต ทั้งรายบุคคล/รายกลุ่ม ทั้งในประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยและญาติ เช่น อาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ การสังเกตภาวะผิดปกติของเท้า</li> <li>- สนับสนุนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยและญาติ ในการดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น สัปดาห์ละ1ครั้ง</li> <li>- สนับสนุนการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือดและโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต โดยใช้แบบคัดกรอง Verbal screening การคัดกรองโรคเบาหวาน หากพบปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 ข้อ ให้ตรวจด้วยวิธี DTX และยืนยันด้วย FPG ให้คัดกรองทุก 1 ปี หากผลปกติติดต่อกัน 3 ปี ให้เจาะเลือดในปีที่ 3 (เจาะเลือด 1 ปี เว้น 2 ปี)</li> <li>- สนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การจัดค่าย การนั่งสมาธิ การเดิน การวิ่ง การรำไม้พลอง การเต้นแอโรบิค</li> <li>- สนับสนุนการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานทั้งระดับบุคคลและองค์กร</li> <li>- สนับสนุนการส่งผลงานเข้าประกวดทั้งระดับจังหวัด เขต และประเทศ</li> <li>- สนับสนุนการสร้างและต่อยอด CUP PCU ต้นแบบในการป้องกันโรค</li> <li>- สนับสนุนให้ทุก CUP/PCU จัดตั้งคลินิกโรคเบาหวาน,ความดันโลหิตสูง ทั้งในและนอกสถานบริการ เพื่อลดความแออัดในการให้บริการ</li> </ul> |

| พันธกิจ<br>(mission) | ประเด็นยุทธศาสตร์<br>(strategy issue) | เป้าประสงค์<br>(goal) | ตัวชี้วัด (Key Performance<br>Identification) และค่าเป้าหมาย<br>(target)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | กลยุทธ์<br>(strategy)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------|---------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                      |                                       |                       | <p>จากโรงพยาบาลออกไป<br/>หมู่บ้านได้อย่างน้อย<br/>ร้อยละ50 ของผู้ป่วยที่<br/>ควบคุมน้ำตาลได้ดีและพอใช้<br/>70-180 mg% และควบคุม<br/>ความดันโลหิตได้ดีคือ<br/>ไม่เกิน 140/90 mmHg<br/>และไม่มีภาวะแทรกซ้อน<br/>13.ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการ<br/>คัดกรอง/รักษาภาวะ<br/>เบาหวานขึ้นตาปีละ1ครั้ง<br/>(ปี2550-2552 สกจนคร<br/>ตรวจได้ร้อยละ 88.85 ของ<br/>ผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด<br/>และพบภาวะเบาหวานขึ้นตา<br/>ร้อยละ5.96 ต้อกระจก ร้อย<br/>ละ14.89 ต้อเนื้อ ร้อยละ<br/>1.27 ต้อหิน ร้อยละ 0.13)</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ส่งเสริมการใช้แนวคิดการลดความแออัดในการดูแลผู้ป่วย DM/HT</li> <li>- สนับสนุนการพัฒนางานเรื่อง : แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่า BMI เกิน 25 กิโลกรัม/เมตร2</li> <li>- สนับสนุนการพัฒนางานเรื่อง : แนวทางการดูแลประชาชนกลุ่ม Impair Plasma Glucose (FPG = 100-125 mg%)</li> <li>- สนับสนุนการพัฒนางานเรื่องอื่นๆ 1 เรื่องตามความเหมาะสมของพื้นที่</li> <li>- ส่งเสริมระบบติดตาม/นัดหมายผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ</li> <li>- สนับสนุนการทบทวนแนวทางเวชปฏิบัติ (CPG) ในการดูแลประชาชนและผู้ป่วย</li> </ul> |

| พันธกิจ<br>(mission) | ประเด็นยุทธศาสตร์<br>(strategy issue) | เป้าประสงค์<br>(goal) | ตัวชี้วัด (Key Performance<br>Identification) และค่าเป้าหมาย<br>(target)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | กลยุทธ์<br>(strategy) |
|----------------------|---------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|                      |                                       |                       | และรายที่ผิดปกติต้องได้รับ<br>การรักษาที่เหมาะสม ร้อยละ<br>100<br>14.อัตราการกลับเข้ารับ<br>รักษาในโรงพยาบาลด้วย<br>ภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน<br>ลดลง ร้อยละ10ของปีที่<br>ผ่านมา<br>15.อัตราการกลับเข้ารับ<br>รักษาในโรงพยาบาลด้วย<br>ภาวะแทรกซ้อนโรคความดัน<br>โลหิตสูงลดลง ร้อยละ10<br>ของปีที่ผ่านมา<br>16.ประชาชนอายุ35ปีขึ้นไป<br>ได้รับการคัดกรองโรค<br>เบาหวานอย่างน้อยร้อยละ80<br>(ณ กรกฎาคม 2552 สกค<br>นคร คัดกรองได้ร้อยละ |                       |

| พันธกิจ<br>(mission) | ประเด็นยุทธศาสตร์<br>(strategy issue) | เป้าประสงค์<br>(goal) | ตัวชี้วัด (Key Performance Identification) และค่าเป้าหมาย (target)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | กลยุทธ์<br>(strategy) |
|----------------------|---------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|                      |                                       |                       | <p>89.72)</p> <p>17.ประชาชนอายุ35ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงอย่างน้อยร้อยละ80</p> <p>(ณ กรกฎาคม 2552 สกลนคร คัดกรองได้ร้อยละ 87.81)</p> <p>18.ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงปานกลางต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อยร้อยละ50 และได้รับการติดตามผล FPG และค่าความดันโลหิตเมื่อครบ 6 เดือน ควรมีระดับน้ำตาลในเลือด &lt; 100mg% ร้อยละ</p> |                       |

| พันธกิจ<br>(mission) | ประเด็นยุทธศาสตร์<br>(strategy issue) | เป้าประสงค์<br>(goal) | ตัวชี้วัด (Key Performance Identification) และค่าเป้าหมาย (target)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | กลยุทธ์<br>(strategy) |
|----------------------|---------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|                      |                                       |                       | <p>50 และควรมีค่าความดันโลหิต ไม่เกิน 140/90mmHg ร้อยละ 50</p> <p>(ณ เดือนกรกฎาคม 2552 สกลนคร พบประชาชนที่มีความเสี่ยงต่อDM ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร้อยละ 64.5 และประชาชนที่มีความเสี่ยง สกลนคร พบประชาชนที่มีความเสี่ยงต่อHT ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร้อยละ 81.29</p> <p>19.ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อ้วนหรือน้ำหนักเกินมี รอบเวลดลงร้อยละ 10</p> <p>20.จังหวัดสกลนครมี CPG งานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง</p> |                       |

| พันธกิจ<br>(mission) | ประเด็นยุทธศาสตร์<br>(strategy issue)                                                                                       | เป้าประสงค์<br>(goal)                                                     | ตัวชี้วัด (Key Performance<br>Identification) และค่าเป้าหมาย<br>(target)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | กลยุทธ์<br>(strategy)                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                      | 2.ยุทธศาสตร์การส่งเสริม<br>การจัดเวทีเพื่อให้เจ้าหน้าที่<br>สาธารณสุขและภาคีเครือ<br>ข่ายสุขภาพได้ร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ | 1.ประชาชนทั้งภาค<br>รัฐและเอกชนร่วม<br>กันสร้างความเข้ม<br>แข็งในการสร้าง | <p>อย่างน้อย 1 เรื่อง<br/>(สกลนครมีการปรับ/ทบทวน<br/>CPG ทุกปี)</p> <p>21.การขึ้นทะเบียนผู้ป่วย<br/>โรคDM/HT รายใหม่ ไม่เกิน<br/>ร้อยละ 5 ของประชาชน<br/>อายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับ<br/>การคัดกรองในแต่ละปี<br/>(ณ เดือนกรกฎาคม 2552<br/>สกลนคร พบการขึ้นทะเบียน<br/>ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ร้อย<br/>ละ 0.5 และขึ้นทะเบียน<br/>ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง<br/>รายใหม่ ร้อยละ 0.36</p> <p>1.อำเภอ/จังหวัดจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันปีละ1ครั้ง</p> <p>2.มีคลังความรู้โรคเบาหวาน<br/>และความดันโลหิตสูง</p> | <p>- สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนกิจกรรมด้านสุขภาพ<br/>เช่น งบประมาณ การเป็นวิทยากร เครื่องเจาะเลือด เครื่องวัดความดันโลหิต<br/>การร่วมจัดค่าย เป็นต้น</p> <p>- ส่งเสริมการส่งกลับข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชนให้เทศบาล/อบต.</p> |

| พันธกิจ<br>(mission) | ประเด็นยุทธศาสตร์<br>(strategy issue)                                                                                                                                | เป้าประสงค์<br>(goal)                                                                                                                                     | ตัวชี้วัด (Key Performance<br>Identification) และค่าเป้าหมาย<br>(target)                                        | กลยุทธ์<br>(strategy)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                      | <p>เปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพ<br/>และร่วมกันวางแผน<br/>ส่งเสริมสุขภาพของ<br/>ประชาชน</p> <p>3.การสร้างเครือข่ายใน<br/>การสร้างเสริมสุขภาพให้<br/>เกิดอย่างกว้างขวาง</p> | <p>สุขภาพเพื่อป้องกัน<br/>และลดโรคไม่ติดต่อ</p> <p>วิทยาการเบาหวาน<br/>และความดันโลหิต<br/>สูงช่วยงานในคลินิก<br/>และเป็นแบบอย่าง<br/>ที่ดีด้านสุขภาพ</p> | <p>อย่างน้อยอำเภอละ1เรื่อง</p> <p>1.ทุกอำเภอมีวิทยาการ<br/>เบาหวานและความดันโลหิต<br/>สูงอย่างน้อยตำบลละ1คน</p> | <p>เพื่อร่วมกันวางแผนส่งเสริมสุขภาพรวมทั้งช่วยเหลือด้านเงินสวัสดิการ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สนับสนุนการใช้แนวคิดการจัดการความรู้ (K.M) มาพัฒนางาน เช่น งานตลาดนัด การสร้างวิทยากร DM/HT การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่ม/เครือข่าย การสร้างนวัตกรรม เช่น กะลามะพร้าว ออกกำลังกาย สร้างราวเดินกะลามะพร้าว การตั้งซักรอก</li> <li>- สนับสนุนการจัดประชุมวางแผนยุทธศาสตร์ในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในแต่ละระดับ</li> <li>- สนับสนุนการสร้างและรวบรวมนวัตกรรมเป็นคลังความรู้และเผยแพร่</li> <li>- สนับสนุนการศึกษาดูงานในพื้นที่ตัวอย่างที่ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ดี (Best Practice)</li> <li>- สร้างเสริมความรู้โดยการจัดประชุมวิชาการประจำปีด้านโรคไม่ติดต่อ</li> <li>- สนับสนุนให้มีการประชุมในแต่ละระดับ เช่น กองทุนตำบล ชมรม</li> <li>- สนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน</li> <li>- ส่งเสริมให้มีการสร้าง/ค้นหาวิทยากร DM/HT ดีเด่น/ต้นแบบในชุมชน</li> <li>- สนับสนุนการประชุมการป้องกันควบคุมโรคโดยท่านผู้ว่าราชการจังหวัด</li> <li>- สนับสนุนการจัดทำโครงการแก้ไขปัญหามีทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง</li> <li>- สร้างเสริมศักยภาพของเครือข่ายในการติดต่อสื่อสารและประสานงาน</li> </ul> |



| พันธกิจ<br>(mission)                      | ประเด็นยุทธศาสตร์<br>(strategy issue)                                                                 | เป้าประสงค์<br>(goal)                                          | ตัวชี้วัด (Key Performance Identification) และค่าเป้าหมาย<br>(target)                      | กลยุทธ์<br>(strategy)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                           | 4.การสนับสนุนกิจกรรมและวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงานเพื่อนำไปสู่การลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน | รพ./สอ./PCU มีอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการดูแลรักษาประชาชนและผู้ป่วย | รพ./สอ./PCU มีอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการดูแลรักษาประชาชนและผู้ป่วยอย่างเพียงพอและมีประสิทธิภาพ | <ul style="list-style-type: none"> <li>- สนับสนุนการระดมสมองในการวางแผนงานร่วมกันกับหน่วยงานต่างๆ</li> <li>- ส่งเสริมให้มีการแต่งตั้งทีมแกนนำด้านสุขภาพในการดำเนินงาน</li> <li>- ส่งเสริมการจัดทำแผนในการติดตาม ประชุม กำกับงานอย่างต่อเนื่อง</li> <li>- สนับสนุนให้มีเครื่องเจาะน้ำตาล/เครื่องวัดความดันโลหิตให้ทุกหมู่บ้าน</li> <li>- สนับสนุนในการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนงบและการใช้งบประมาณที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชน</li> <li>- สนับสนุนการวางแผนสร้างสื่อ/วัสดุอุปกรณ์ในการส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>- ส่งเสริมการจัดสรรบุคลากรและอัตรากำลังในการปฏิบัติงาน ตลอดจนค่าตอบแทนต่างๆ</li> <li>- สนับสนุนให้มีการประสานงานกับองค์กรที่เกี่ยวข้องในการอำนวยความสะดวกในการจัดกิจกรรมต่างๆ ด้านสุขภาพ</li> <li>- ส่งเสริมให้มีการแบ่งกลุ่มผู้ป่วย DM เป็นกลุ่มดี,พอใช้,ปรับปรุง และผู้ป่วย HT เป็นกลุ่มดีและปรับปรุง เพื่อมีส่วนร่วมในชุมชน/หมู่บ้าน</li> <li>- ส่งเสริมความร่วมมือขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการสร้างสุขภาพ</li> </ul> |
| 2. พัฒนาระบบในการให้บริการดูแลเพื่อลดความ | 5.การสร้างกระแสและการประชาสัมพันธ์ต่อเนื่องด้านข้อมูลข่าวสารด้านสุข                                   | ประชาชน กลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้รับ        | 1.ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีและใช้สมุนไพรที่กสุขภาพทุกคน ร้อยละ 100                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพทั้งด้านบริหารจัดการ ระบบบริการและติดตามประเมินผล</li> <li>- สนับสนุนให้ประชาชนและผู้ป่วยมีการจัดการสุขภาพตนเองได้อย่าง</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

| พันธกิจ<br>(mission)                                | ประเด็นยุทธศาสตร์<br>(strategy issue)                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | เป้าประสงค์<br>(goal)                                                                                                                                             | ตัวชี้วัด (Key Performance Identification) และค่าเป้าหมาย<br>(target)                                                                                                                                                   | กลยุทธ์<br>(strategy)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>รณรงค์การ<br/>ดำเนินโรค<br/>ให้มีประสิทธิภาพ</p> | <p>ภาพตามช่องทางต่างๆ เช่น<br/>หอกระจายข่าว เสี่ยงตาม<br/>สายในโรงพยาบาลและ<br/>ในโรงเรียน บอร์ด<br/>นิทรรศการ เป็นต้น เพื่อให้<br/>ประชาชนนำไปปรับในการ<br/>ดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรค โดยการเพิ่ม 3 อ<br/>(อาหาร ออกกำลังกาย<br/>อารมณ์)<br/>ลด 2 ส (สุรา สูบบุหรี่)</p> <p>6.การพัฒนาระบบข้อมูล<br/>ข่าวสารและการวิเคราะห์<br/>ข้อมูล</p> | <p>บริการส่งเสริม<br/>สุขภาพเพื่อป้องกัน<br/>ควบคุมอย่าง<br/>มีคุณภาพ</p> <p>ประชาชนทั่วไป<br/>กลุ่มเสี่ยง และ<br/>ผู้ป่วยได้รับการแก้ไข<br/>ปัญหาสุขภาพที่พบ</p> | <p>2.ทุกตำบลมีฐานข้อมูล<br/>สุขภาพของประชาชนและ<br/>ผู้ป่วยทุกคน แบบรายบุคคล<br/>ร้อยละ 100</p> <p>1.สถานบริการทุกแห่ง<br/>มีการบันทึกข้อมูลผู้รับบริการ<br/>ลงโปรแกรมที่ใช้ดูแลให้ครบ<br/>ถ้วนและสามารถใช้ประโยชน์</p> | <p>เหมาะสม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ส่งเสริมให้มีและใช้สมุดประจำตัวของผู้ป่วยเพื่อเป็นสื่อกลางด้านข้อมูล</li> <li>- สนับสนุนการตรวจสอบเวชระเบียนเพื่อประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Clinical Audit)</li> <li>- สนับสนุนการสร้าง CUP PCU ต้นแบบในการป้องกันควบคุมโรค</li> <li>- ส่งเสริมการจัดทำทะเบียนประชาชนทั่วไป ประชาชนกลุ่มเสี่ยง และผู้ป่วยในภาพรวมของจังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้านและเครือข่าย</li> <li>- ส่งเสริมให้มีการจัดทำแผนสุขภาพพร้อมสื่อที่มีประสิทธิภาพ</li> <li>- สนับสนุนการจัดรณรงค์ประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องผ่านสื่อต่างๆ</li> <li>- สนับสนุนการให้ความรู้เรื่องโรคผ่านสื่อต่างๆ อย่างต่อเนื่อง</li> <li>- ส่งเสริมให้ผู้บริหารและปฏิบัติทุกระดับตระหนักในการป้องกันควบคุมโรค เพื่อนำไปสู่การรณรงค์ให้ความรู้และประชาสัมพันธ์แก่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง</li> <li>- สนับสนุนให้มีการบรรจุเข้าเป็นวาระการประชุมทุกระดับเพื่อติดตามงาน</li> <li>- สนับสนุนการจัดทำฐานข้อมูลประชาชน กลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วย ลงใน family folder ทะเบียน โปรแกรมต่างๆ และนำมาวิเคราะห์แก้ไขปัญหา</li> <li>- ส่งเสริมการรวบรวม/ตรวจสอบ/สรุป/วิเคราะห์ข้อมูลและ Feed back ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทุก 1,6,12 เดือน</li> </ul> |

| พันธกิจ<br>(mission)                                                                               | ประเด็นยุทธศาสตร์<br>(strategy issue)                        | เป้าประสงค์<br>(goal)                                                                                                                                                     | ตัวชี้วัด (Key Performance Identification) และค่าเป้าหมาย<br>(target)                                                                                                                                                                                                                                                                           | กลยุทธ์<br>(strategy)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3.จัดการสิ่งแวดล้อมและชุมชนให้เอื้อในการที่จะสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง | 7.การจัดการสิ่งแวดล้อมและชุมชนให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ | 1.ประชาชน/กลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม<br>2.ประชาชน/กลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้มีการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม | ในการวิเคราะห์หรือวางแผนแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพได้ร้อยละ 90 ของสถานบริการทุกแห่ง<br>2.12 และ 18 แห่งมีคุณภาพร้อยละ 90<br>1.ประชาชนในชุมชนมีการทำประชาคมอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง<br>2.ประชาชนในชุมชนมีการออกกำลังกายที่เหมาะสม<br>ปัญหาสุขภาพ<br>3.ประชาชนได้รับการแก้ไขปัญหาสุขภาพตรงตามที่ต้องการ และเกิดความร่วมมือกันอย่างยั่งยืน | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ส่งเสริมการมีและใช้โปรแกรมในการจัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล เช่น HOSWIN HCIS HOS XP Microsoft Excel 12 แฟ้ม 18 แฟ้ม เป็นต้นให้มีประสิทธิภาพ</li> <li>- สนับสนุนการนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้เพื่อจัดทำโปรแกรมกับงาน</li> <li>- สนับสนุนการปรับปรุงสมุดประจำตัวผู้ป่วยให้สอดคล้องในทางปฏิบัติ</li> <li>- ส่งเสริมระบบการกำกับงาน/นิเทศงาน/ประเมินผลให้มีประสิทธิภาพ</li> <li>- ส่งเสริมการนำข้อมูลข่าวสารมาวิเคราะห์และใช้ประกอบการวางแผนและแก้ไขปัญหา</li> <li>- สนับสนุนการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องแก่ประชาชนเพื่อให้มีความรู้และตระหนักในการป้องกันการเกิดโรค</li> <li>- ส่งเสริมให้มีการปรับปรุงพื้นที่ในชุมชนที่อยู่อาศัยให้เอื้อต่อการสร้างสุขภาพ เช่น สนามกีฬาในหมู่บ้าน</li> <li>- ส่งเสริมให้มีการจัดอบรมในชุมชนเพื่อให้มีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชน</li> <li>- ส่งเสริมให้คนในชุมชนร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางแก้ไขปัญหาสุขภาพร่วมกันอย่างต่อเนื่อง</li> <li>- สนับสนุนให้คนในชุมชนร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็น จัดแสดงตัวอย่างด้านสุขภาพ ประกวดด้านสุขภาพ เพื่อให้คนในชุมชนมีสุขภาพที่ดี</li> </ul> |

| พันธกิจ<br>(mission) | ประเด็นยุทธศาสตร์<br>(strategy issue) | เป้าประสงค์<br>(goal) | ตัวชี้วัด (Key Performance Identification) และค่าเป้าหมาย<br>(target) | กลยุทธ์<br>(strategy)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------|---------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                      |                                       |                       |                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- สนับสนุนให้คนในชุมชนร่วมกันกำหนดปฏิทินชุมชน</li> <li>- ส่งเสริมการสร้างค่านิยมในเรื่องสร้างสุขภาพ เช่น หมู่บ้านปลอดเหล้า ปลอดภัยยาเสพติด</li> <li>- สนับสนุนให้มีการจัดตั้งชมรมส่งเสริมการออกกำลังกายในทุกพื้นที่</li> <li>- สนับสนุนให้ประชาชนมีการออกกำลังกายที่ต่อเนื่องในบ้าน เช่น โรงเรียน โรงงาน ในชุมชน และจัดประกวด/แข่งขัน เป็นต้น</li> <li>- สนับสนุนการจัดสถานที่ทำงานให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>- ส่งเสริมให้มีเขตปลอดบุหรี่ในสถานที่ทำงาน/สถานที่ราชการ/ชุมชน/บ้าน</li> <li>- ส่งเสริมการจัดรณรงค์เพื่อการดื่มสุราในงานเทศกาลต่างๆ</li> <li>- สนับสนุนการจัดประชาคมในหมู่บ้านเพื่อร่วมมือกันคิดค้นกิจกรรมต่างๆ ในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อสอดคล้องวิถีชีวิตชุมชน</li> <li>- สนับสนุนการสร้างค่านิยมในการสร้างสุขภาพของลูกจ้างและสร้างโอกาสในการสร้างเสริมสุขภาพของลูกจ้าง</li> <li>- สนับสนุนการประกวดและยกย่องบุคคลหรือชุมชนที่เป็นตัวอย่างที่ดี</li> <li>- สนับสนุนการสร้างเงื่อนไขในการทำกิจกรรมให้สอดคล้องกับสุขภาพ</li> <li>- ส่งเสริมให้มีการกำหนดคุณสมบัติของบุคคลที่สมัครเข้าทำงานให้สอดคล้องกับการสร้างสุขภาพ</li> <li>- ส่งเสริมการกำหนดเกณฑ์ในการอนุญาตสถานประกอบการให้สอดคล้อง</li> </ul> |

| พันธกิจ<br>(mission) | ประเด็นยุทธศาสตร์<br>(strategy issue)                                                                     | เป้าประสงค์<br>(goal)                                             | ตัวชี้วัด (Key Performance<br>Identification) และค่าเป้าหมาย<br>(target)                         | กลยุทธ์<br>(strategy)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                      | 8.การพัฒนาการจัดการ<br>ความรู้ด้านโภชนาการ/<br>อาหารที่มีคุณค่าและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคน<br>ในท้องถิ่น | ประชาชนได้รับ<br>ประทานอาหารที่<br>เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิต | 1.ประชาชนได้รับข้อมูล<br>เรื่องอาหารที่เหมาะสมและ<br>ปรับใช้ในชีวิตประจำวัน<br>อย่างน้อยร้อยละ50 | <p>กับการสร้างสุขภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ส่งเสริมสนับสนุนกีฬาเพื่อให้มีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพ</li> <li>- สนับสนุนการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่</li> </ul> <p>สอดคล้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ส่งเสริมการนำเสนอและรณรงค์โปรแกรมสุขภาพที่เป็นประโยชน์ต่อการสร้างสุขภาพ</li> <li>- ส่งเสริมการจัดรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพในโอกาสต่างๆอย่างต่อเนื่อง</li> <li>- ส่งเสริมการแข่งขันการวิ่งจ้าวสนามในแต่ละพื้นที่อย่างต่อเนื่อง</li> <li>- สนับสนุนและผลักดันให้มีการนำนโยบายการสร้างสุขภาพเป็นนโยบายที่สำคัญในแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</li> <li>- สนับสนุนโครงการวัด โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ</li> <li>- สนับสนุนการจัดระบบงานสาธารณสุขมูลฐานให้มีประสิทธิภาพ</li> <li>- ส่งเสริมให้ประชาชนได้จัดการดูแลสุขภาพตนเองในการป้องกันโรค</li> </ul> <p>ยึดหลักเพิ่ม 3 อ (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) ลด 2 ส (สุรา สบุน้ำ)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ส่งเสริมการรณรงค์ประชาสัมพันธ์เรื่องโภชนาการ อาหารที่มีคุณค่าในท้องถิ่น อาหารที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนอีสาน เช่น โรงเรียน วัด โรงงาน โรงพยาบาล สถานีอนามัย มหาวิทยาลัย ศูนย์เด็กเล็ก เป็นต้น</li> </ul> |

| พันธกิจ<br>(mission) | ประเด็นยุทธศาสตร์<br>(strategy issue) | เป้าประสงค์<br>(goal) | ตัวชี้วัด (Key Performance Identification) และค่าเป้าหมาย<br>(target) | กลยุทธ์<br>(strategy)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------|---------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                      |                                       |                       |                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ส่งเสริมนโยบายด้านอาหารและโภชนาการที่จำเป็นต่อการสร้างสุขภาพให้กับหน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้อง</li> <li>- ส่งเสริมการบรรจุหลักสูตรด้านโภชนาการที่จำเป็นต่อการสร้างสุขภาพในสถานศึกษาทุกแห่ง</li> <li>- ส่งเสริมอาหารท้องถิ่นที่มีประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพให้เป็นที่ยอมรับแพร่หลาย</li> <li>- ส่งเสริมการสร้างค่านิยมในการจัดเตรียมการจัดงานเลี้ยงแต่พอดีให้เกิดขึ้นในจังหวัดสกลนคร</li> <li>- สนับสนุนการกำหนดนโยบายด้านโภชนาการที่เป็นประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพในสถานศึกษา สถานประกอบการ ตลอดจนการบังคับใช้</li> <li>- สนับสนุนงานตลาดสดน่าซื้อให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรม เช่น สะอาด รสชาติอร่อย การแบ่งอาหารพลังงานสูง/กลาง/ต่ำ</li> <li>- สนับสนุนการบังคับใช้กฎหมาย ระเบียบเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคอย่างมีประสิทธิภาพ</li> <li>- ส่งเสริมการศึกษาวิจัย วิเคราะห์เกี่ยวกับคุณค่าทางโภชนาการของอาหารท้องถิ่น ที่เป็นประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ</li> <li>- สนับสนุนการตรวจสอบสารปนเปื้อนในอาหารให้ดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง</li> </ul> |

# ภาคผนวกที่ 9

คณะกรรมการบริหาร และ คณะทำงาน

โครงการพัฒนาระบบบูรณาการ

การป้องกันและจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง

ระยะที่ 1

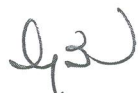
## ประกาศ

โครงการพัฒนาระบบบูรณาการ การป้องกันและจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ระยะที่ 1  
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารโครงการพัฒนาระบบบูรณาการการป้องกันและจัดการโรคเบาหวาน/  
ความดันโลหิตสูง ระยะที่ 1

เพื่อให้การดำเนินโครงการพัฒนาระบบบูรณาการ การป้องกันและจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง  
ระยะที่ 1 ตามข้อตกลงเลขที่ ผรส. 51-ช-012 แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นไปอย่าง  
มีประสิทธิภาพและบรรลุวัตถุประสงค์ จึงขอแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารโครงการพัฒนาระบบบูรณาการ การป้องกันและ  
จัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ระยะที่ 1 ดังต่อไปนี้

- |                                                 |                                                                            |                            |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 1. ศาสตราจารย์เกียรติคุณแพทย์หญิงชนิกา ตู้จินดา | ที่ปรึกษาคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล                                        | ประธานกรรมการ              |
| 2. นายแพทย์กิตตินันท์ อนรรฆมณี                  | แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบ<br>หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า              | รองประธานกรรมการ           |
| 3. นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์                  | มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ                                                   | กรรมการ                    |
| 4. พันเอกนายแพทย์สุรจิต สุนทรธรรม               | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ                                           | กรรมการ                    |
| 5. นายแพทย์ประจักษ์วิช เล็บนาค                  | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ                                           | กรรมการ                    |
| 6. นายแพทย์ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล              | คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี                                           | กรรมการ                    |
| 7. รองศาสตราจารย์นายแพทย์จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์   | คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย                                        | กรรมการ                    |
| 8. นายแพทย์สมเกียรติ โพธิ์สัตย์                 | สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์                                  | กรรมการและเลขานุการ        |
| 9. นายณัฐวุฒิ ส่งแสง                            | โครงการพัฒนาระบบบูรณาการ การป้องกันและ<br>จัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |

ประกาศ ณ วันที่ 16 กันยายน พ.ศ. 2551



(นายแพทย์สมเกียรติ โพธิ์สัตย์)

ที่ปรึกษาวิชาการแผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพ  
กับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประเด็นการจัดการ  
เรื่องเบาหวานและความดันโลหิตสูง พ.ศ. 2550-2552



## ประกาศ

### โครงการพัฒนาระบบบูรณาการ การป้องกันและจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ระยะที่ 1 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการ พัฒนาระบบบูรณาการการป้องกันและจัดการโรคเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง ระยะที่1

เพื่อให้การดำเนินโครงการพัฒนาระบบบูรณาการ การป้องกันและจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ระยะที่ 1 ตามข้อตกลงเลขที่ ผรส. 51-ช-012 แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า บรรลุวัตถุประสงค์ จึงขอแต่งตั้งคณะกรรมการโครงการพัฒนาระบบบูรณาการ การป้องกันและจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ระยะที่ 1 ดังต่อไปนี้

|                                          |                                                           |                  |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------|
| 1. นายแพทย์สมเกียรติ โพรสัดดี            | สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์                 | ประธานกรรมการ    |
| 2. ศาสตราจารย์แพทย์หญิงวรรณิ นิธิยานันท์ | อุปนายกสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย                       | รองประธานกรรมการ |
| 3. แพทย์หญิงนายศรี สุพรศิลป์ชัย          | ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค                                | กรรมการ          |
| 4. นายแพทย์สมชาย ลีทองอิน                | สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย                             | กรรมการ          |
| 5. แพทย์หญิงศุภรัตน์ เอกอัศวิน           | สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต                          | กรรมการ          |
| 6. พันเอกนายแพทย์สุรจิต สุนทรธรรม        | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ                          | กรรมการ          |
| 7. นายแพทย์ชูชัย ศรธานี                  | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ                          | กรรมการ          |
| 8. นายแพทย์จักรกริช ใจศิริ               | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ                          | กรรมการ          |
| 9. แพทย์หญิงเขมรวัศมี ขุนศึกเม้งราย      | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ                          | กรรมการ          |
| 10. นายแพทย์อภิรักษ์ ปาลวัฒน์วิไชย       | โรงพยาบาลพญาไท 2                                          | กรรมการ          |
| 11. นายแพทย์กิตตินันท์ อนรรฆมณี          | แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า | กรรมการ          |
| 12. แพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวณิชชากร         | สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน                        | กรรมการ          |
| 13. แพทย์หญิงณภาพุฒ ไรจน์สุภัก           | สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน                        | กรรมการ          |
| 14. นายแพทย์วิโรจน์ เจียมจรัสรังสี       | คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย                       | กรรมการ          |
| 15. รองศาสตราจารย์ประสิทธิ์ ลีระพันธ์    | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล                       | กรรมการ          |
| 16. แพทย์หญิงอมรดี ศรีวิจิตรกมล          | คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล                                | กรรมการ          |
| 17. ผู้ช่วยศาสตราจารย์นภาพร วาณิชยกุล    | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล                          | กรรมการ          |
| 18. นายแพทย์ประเมษฐ์ กิ่งไก่อ            | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร                            | กรรมการ          |

- |                         |                                                                                      |                            |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 19. นางสาวน้องนุช บ่อคำ | แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบ<br>หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า                        | กรรมการและเลขานุการ        |
| 20. นายณัฐวุฒิ ส่งแสง   | โครงการพัฒนาระบบบูรณาการ การป้องกัน<br>และจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ระยะที่ 1 | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |

ประกาศ ณ วันที่ 16 กันยายน พ.ศ. 2551



(นายแพทย์สมเกียรติ โพธิ์สัตย์)

ที่ปรึกษาวิชาการแผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพ  
กับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประเด็นการจัดการ  
เรื่องเบาหวานและความดันโลหิตสูง พ.ศ.2550-2552

# ภาคผนวกที่ 10

รายชื่อ คณะผู้วิจัย พัฒนา

โครงการพัฒนาระบบบูรณาการ

การป้องกันและจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง

ระยะที่ 1

## คณะผู้วิจัย พัฒนา

|              |              |                                                                             |
|--------------|--------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| นพ.สมเกียรติ | โพธิสัตว์    | สถาบันวิจัยและประเมินผลเทคโนโลยีทางการแพทย์<br>กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข |
| พญ.ฉายศรี    | สุพรศิลป์ชัย | กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข                                               |
| พญ.สุพัตรา   | ศรีวิมลชากร  | สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล                                   |
| ศ.พญ.วรรณิ   | นิธยานันท์   | คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล                                 |
| ผศ.ดร.นภาพร  | วาณิชกุล     | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล                                            |
| นพ.กฤษ       | ลีทองอิน     | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ                                            |
| พญ.ณภากุล    | โรจน์สุภัก   | สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ กระทรวง<br>สาธารณสุข                          |