

ติดตาม Profile เขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2559

ข้อมูลทั่วไป

ODOP อำเภอ	CKD ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง		
OTOP ตำบล (รพ.สต.)	-		
ชื่อหน่วยบริการ	เครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิสว่างแดนดิน		
ที่อยู่	ตำบลสว่างแดนดิน อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร		
ประเภท / ระดับ	โรงพยาบาลทั่วไป ระดับ S		
ต้นสังกัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร		
ระดับอำเภอ ประธาน คปสอ. รองประธาน คปสอ.	ลงชื่อ..... (นายวิโรจน์ วิโรจนวิธน์) ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระ ยุพราชสว่างแดนดิน วันที่ 25 เดือน เมษายน พ.ศ. 2559	ลงชื่อ..... (นายเมธี ปัญญารัตน์) ตำแหน่ง สาธารณสุขอำเภอสว่างแดนดิน วันที่ 25 เดือน เมษายน พ.ศ. 2559	
ระดับตำบล สสอ. ผอ.รพ.สต.	ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง..... วันที่ .....เดือน..... พ.ศ. ....	ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง..... วันที่ .....เดือน..... พ.ศ. ....	
ผู้ประสานงาน 1	ชื่อ-สกุล	นายชุมพล สารีคำ	
	ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	
	e-mail	<a href="mailto:Chumpol2214@hotmail.com">Chumpol2214@hotmail.com</a>	โทรศัพท์ 084-7890995
ผู้ประสานงาน 2	ชื่อ-สกุล	นายพงษ์ศักดิ์ ราชโสภา	
	ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	
	e-mail	<a href="mailto:rachsopa_tik@hotmail.com">rachsopa_tik@hotmail.com</a>	โทรศัพท์ 080-7498883

วันที่ส่ง.....เวลา.....

วันที่รับ.....เวลา.....

ผู้ส่ง(ตัวบรรจง).....

ผู้รับ(ตัวบรรจง).....

## ส่วนที่ 1 บริบทชุมชน

(เชื่อมโยงกับความจำเป็นด้านสุขภาพและการจัดบริการ ทั้งปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต)

### 1.1 สภาพทางกายภาพและสังคมของชุมชน และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงต่อ ( “ปัญหา/ความจำเป็น/ความต้องการด้านสุขภาพ” ที่สัมพันธ์กับ 5 กลุ่มวัย ตามประเด็น ODOP/ OTOP และ 3PA : อุบัติเหตุทางท้องถนน, CKD, LTC) ของผู้คนในชุมชน ที่เป็นอยู่ในปัจจุบันและมีแนวโน้มจะเกิดขึ้นในอนาคต)

อำเภอ สว่างแดนดิน มีโรงพยาบาล สมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน เป็นแม่ข่าย ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับ S มีแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางหลายสาขา รับผิดชอบ 16 ตำบล 187 หมู่บ้าน 40,997 หลังคาเรือน มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นเครือข่ายบริการปฐมภูมิรวม PCU จำนวน 21 แห่ง ลักษณะหมู่บ้านชุมชนมีทั้งเป็นชุมชน เมือง ชุมชนกึ่งเมือง และหมู่บ้านชนบทแต่ก็ไม่มีพื้นที่ทุรกันดารหรือห่างไกลมาก ไกลสุดใช้เวลาเดินทางโดยรถยนต์ถึงรพ.สว่างแดนดินไม่เกิน 30 นาที อำเภออยู่ห่างจากโรงพยาบาลศูนย์สกลนคร 83 กิโลเมตร ใช้เวลาเดินทางประมาณ 1 ชั่วโมง มีพื้นที่ 970 ตร.กม. เป็นที่ราบลุ่มมีลำน้ำยามและลำน้ำสงคราม ไหลผ่าน นับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่อาชีพเกษตรกรรม ทำนา เลี้ยงสัตว์ ทำสวนยางพารา ซึ่งการทำเกษตรทุกวันนี้นั้นส่วนใหญ่ไม่ได้ทำเองแต่จะจ้างแรงงานและใช้เครื่องจักรทางการเกษตรแทนแรงงานคน ประชาชนบางส่วนประกอบอาชีพค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว พนักงานบริษัท ห้างร้าน รับจ้าง รับราชการ สภาพเศรษฐกิจค่อนข้างดี การคมนาคมสะดวกทุกหมู่บ้าน/ชุมชน มีรถยนต์โดยสารสองแถวขนส่งทุกเส้นทาง และถนนสายหลักมีรถสองแถวรับ-ส่งตลอดทุก 15 นาทีในช่วงกลางวัน มีห้างสรรพสินค้าขนาดใหญ่ 1 แห่ง ซูเปอร์สโตร์ 5 แห่ง ร้านสะดวกซื้อเปิดบริการตลอด 24 ชั่วโมง 6 แห่ง มีร้านมินิมาร์ทอื่นๆ อีกหลายแห่ง ตลาดโต้รุ่ง 2 แห่ง ซึ่งสถานที่ที่กล่าวมานั้นมีอาหารจำพวกผัดๆ ทอดๆ หวาน มัน เค็ม อาหารจานด่วน ที่สามารถหาซื้อได้ง่ายไว้รอรับบริการกลับบ้าน มีตลาดนัดที่จำหน่ายอาหารและสินค้าอื่นๆ หลากหลายกระจายอยู่แทบทุกตำบล โดยเปิดให้บริการหมุนเวียนกันครบทั้ง 7 วัน มีแผงลอยหรือร้านขายอาหารถุง หรืออาหารสำเร็จรูป มีอาหารจำพวกปรุงแต่ง ใช้ผงปรุงรส หรืออาหารผัดๆทอดๆ หวาน มัน เค็ม กระจายอยู่ในทุกหมู่บ้าน จำนวนมากน้อยตามขนาดหมู่บ้าน/ชุมชน ไว้ให้ประชาชนทั่วไปซื้อมารับประทาน จากสภาพสังคมและเศรษฐกิจที่เปลี่ยนไปทำให้วิถีการดำเนินชีวิตของประชาชนเปลี่ยนแปลงไป เช่น ความเร่งรีบในการทำงาน ไม่มีเวลาทำอาหารรับประทานเอง หรือความสะดวกสบายในการซื้อหาอาหารมารับประทาน ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมบริโภค เช่น อาหารสำเร็จรูป อาหารถุง อาหารปรุงแต่ง อาหารจานด่วนจำพวกผัดๆทอดๆ อาหารรสจัด กาแฟสำเร็จรูป เครื่องดื่มชูกำลัง เป็นต้น และด้วยความสะดวกสบายในการใช้ชีวิตประจำวันจากเทคโนโลยีที่ทันสมัยช่วยการทุนแรง ทำให้คนมีพฤติกรรมออกกำลังกายหรือออกกำลังกายน้อยลง และเมื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีการบริโภคอาหารจำพวกนี้เข้าไปเรื่อยๆบ่อยๆโดยไม่มีควบคุมปริมาณหรือผู้ป่วยมีพฤติกรรมขาดการออกกำลังกาย อาจมีโอกาสนี้เสี่ยงมากขึ้นต่อภาวะแทรกซ้อนทางไตได้ เพราะในกลุ่ม DM เมื่อร่างกายมีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง จะมีผลเสียต่ออวัยวะในร่างกายรวมทั้งไตด้วย โรคเบาหวานเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคไตเสื่อมหรือไตวายมากที่สุด ผู้ป่วยช่วงแรกจะไม่มีอาการ จนกระทั่งไตเสื่อมมากจึงจะเกิดอาการของไตวาย การควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตให้ใกล้เคียงระดับค่าปกติให้มากที่สุด โอกาสที่ผู้ป่วย DMและHT จะมีโรคแทรกซ้อนทางไตก็จะน้อยลง อำเภอสว่างแดนดินจากการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วย DMและHT จำนวน 14,764 คน พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็น CKD จำนวน 9,420 คน ในจำนวนนี้มีภาวะ Stage 4 – 5 ร้อยละ 12.08 (1,117 คน) และร้อยละ 57.17 (5,386 คน) เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งถ้าหากไม่มีการป้องกันในระยะของการเกิดโรคในstageแรกๆที่ดีมีประสิทธิภาพหรือชะลอภาวะไตเรื้อรังแล้ว แนวโน้มอำเภอสว่างแดนดินก็จะทำให้ผู้ป่วย DMและHT เกิดภาวะโรคแทรกซ้อนทางไตชนิดไตวายเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น และจะต้องมีการล้างไตเพื่อรักษาทดแทนไตเป็นประจำ ยังผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยลดลงและสูญเสียค่าใช้จ่ายอื่นในการดูแลอีกจำนวนมาก จากการจัดลำดับ

ความสำคัญปัญหานี้เป็นODOPของอำเภอ และต้องร่วมกันแก้ไขปัญหาทั้งอำเภอเพื่อป้องกันและชะลอการเกิดภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง และเป็นการรักษาคุณภาพชีวิตที่เป็นปกติของผู้ป่วยให้ยังอยู่นานๆต่อไป

ปีงบประมาณ	ประชากร กลางปี (คน)	ผู้ป่วย DM & HT (ราย)	CKD ใน DM &HT (ราย)	อัตราชุกของ CKD (ต่อแสน ประชากร)	CKD ใน DM&HT (Stage 1-3) (ราย)	CKD ใน DM&HT (Stage 4-5) (ราย)
2557	149,752	13,584	6,562	4,381.9	6,059	503
2558	150,122	14,032	7,111	4,736.8	6,472	639
2559	150,226	14,764	9,420	6,270.6	8,303	1,117

## 1.2 ศักยภาพของผู้นำชุมชน และภาคีเครือข่ายในการจัดการกับ “ปัญหา/ความจำเป็น/ความต้องการด้านสุขภาพของชุมชน ที่สัมพันธ์กับ 5 กลุ่มวัย” (ตามประเด็น ODOP/OTOP และ 3 PA : อุบัติเหตุทางท้องถนน, CKD, LTC) ของผู้คนในชุมชน ทั้งปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต

อำเภอสว่างแดนดิน มี CKD ในผู้ป่วย DMและHT Stage 1 – 3 จำนวน 8,303 คน และ CKD Stage 4 – 5 ในผู้ป่วย จำนวน 1,117 คน มีการจัดบริการคลินิกผู้ป่วย CKD ทุกวันอังคาร แยกคลินิกเฉพาะไม่จัดรวมกับคลินิกโรคเรื้อรังอื่นเช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหอบหืด โรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง เป็นต้น โดยให้บริการด้านการรักษาในผู้ป่วย Stage 4 – 5 ส่วนในผู้ป่วย Stage 1 – 3 มีการส่งต่อไปดูแลเฝ้าระวังป้องกันที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายและ PCU ทั้งหมด 21 แห่ง โดยมีทีมหมอครอบครัวติดตามการดูแลต่อเนื่องในชุมชน แต่ลระพ.สต.ในเครือข่ายบริการ เพื่อป้องกันหรือชะลอไม่ให้มีผู้ป่วย Stage 4 – 5 ในผู้ป่วย DM และHT มี CPG ในการดูแลผู้ป่วย CKD ทั้งระดับโรงพยาบาล และระดับรพ.สต. นอกจากนี้ยังมีภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาผู้ป่วย CKD ของอำเภอจากหลายภาคส่วน

### ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

ภาคีเครือข่าย	บทบาทหน้าที่
1. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช สว่างแดนดิน	1. การรักษาพยาบาล CKD คลินิกทุกวันอังคาร
	2. ประเมินภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยเป็นระยะตามstageของโรค จัดกลุ่มบริการ
	3. เชื่อมประสานงานในทีมสหวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมาย
	4. จัดการข้อมูลและสื่อสาร ในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วย
	5. พัฒนาระบบฐานข้อมูล ให้เชื่อมโยงและส่งต่อถึงกันได้
	6. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงและสร้างทักษะในการจัดการตนเองของผู้ป่วย
	7. พัฒนาศักยภาพบุคลากร เช่น CM ทีมสหวิชาชีพ และ Care giver
	8. สหวิชาชีพจัดทำ CPG ในการดูแลผู้ป่วย CKD จากโรคDM และ HT
	9. ทีมหมอครอบครัวในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย CKD และประเมินผล
	10. สื่อสารเตือนภัยและรณรงค์ CKD ให้ผู้รับบริการในสถานบริการ
	11. จัดบริการระบบรับ – ส่ง ผู้ป่วย CKD ในกรณีฉุกเฉิน

	12. เป็นพี่เลี้ยงและConsult ให้กับรพ.สต.ทุกแห่ง ในการดูแลผู้ป่วย CKD เช่น ด้านการรักษาหรือปัญหาซับซ้อนของ pt.CKD โดยแพทย์, กำหนดอาหาร pt. โดย โภชนากร, การตรวจและวัสดุเครื่องมือLab.โดย นักเทคนิคการแพทย์, ยา, เวชภัณฑ์หรือคปส.ในชุมชน โดยเภสัชกร และการออกกำลังกายหรือฟื้นฟู สภาพโดยนักกายภาพบำบัด และบำบัดแผนไทยหรือสมุนไพรทดแทนหวาน, ผงนัวโดย นักการแพทย์แผนไทย เป็นต้น
2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	13. สนับสนุนยา, เวชภัณฑ์และวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในงานCKD ให้กับรพ.สต. 1. ประสานงานตามระบบสุขภาพระดับอำเภอ DHS 2. จัดการระบบฐานข้อมูลผู้ป่วย CKD และเชื่อมโยงกับรพ.สว่างแดนดิน 3. ประสานเชื่อมโยงระบบบริการระหว่างปฐมภูมิและทุติยภูมิให้ไร้รอยต่อ 4. นิเทศงาน กำกับ ติดตามหน่วยบริการปฐมภูมิ
3. รพ.สต.	1. จัดบริการ CKDคลินิก บูรณาการ NCD clinic ทุก 2 เดือน ในสถานบริการ 2. จัดบริการคัดกรองความเสี่ยง CKD ในpt.DM HT ร่วมกับ อสม. 3. จัดทำทะเบียนผู้ป่วยCKD แยกกลุ่มตาม stage เพื่อทำแผนแก้ไขรายบุคคล 4. บริการด้านการป้องกันในผู้ป่วย Stage 1 – 3 ไม่ให้ stage ของโรคเพิ่มขึ้น 5. จัดการกลุ่มเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มDMและHTระยะ 1- 3 6. จัดฐานเรียนรู้ในคลินิก CKD ในสถานบริการและเพิ่มการเรียนรู้ให้ผู้ป่วย 7. ทำกิจกรรมสนับสนุนให้เกิดการช่วยเหลือตนเอง ให้คำปรึกษารายกรณี 8. จัดกิจกรรมสนับสนุนและสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมเพื่อลดโรคและปัจจัยเสี่ยง 9. ประเมินผลลัพธ์กิจกรรม ร่วมกับสหวิชาชีพในการดำเนินงานลดปัจจัยเสี่ยง 10. ประชาสัมพันธ์ เพื่อสร้างความรู้และความตระหนักเรื่องโรคไตเรื้อรัง 11. ผู้ป่วย Stage 4 – 5 มีการส่งต่อไปรับการรักษาที่รพ.สว่างแดนดิน 12. พัฒนาศักยภาพ อสม.เชี่ยวชาญโรคไตเรื้อรัง และบุคคลต้นแบบในชุมชน 13. ร่วมกับทีมหมอครอบครัวติดตามเยี่ยมบ้าน (Home Health Care) 14. จนท.ออกปฏิบัติงานเชิงรุกในหมู่บ้านลดปัจจัยเสี่ยง สร้างต้นแบบลดโรค 15. เชื่อมประสานภาคีในทุกระดับชุมชน เพื่อสื่อสารข้อมูล และระบบส่ง-ต่อ
4. อสม.	1. จัดทำทะเบียนpt.CKD ตามโซนอสม.เพื่อกิจกรรมเชิงรุกและการเยี่ยมบ้าน 2. ร่วมคัดกรองความเสี่ยงCKD ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังและติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย 3. ร่วมกับญาติpt.หรือจิตอาสาเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยCKDระยะ1-3 4. เป็นแกนหลักร่วมกับชมรมสร้างสุขภาพนำผู้ป่วยเข้าร่วมการออกกำลังกาย 5. ร่วมรณรงค์การควบคุมการบริโภคอาหารหวานจัด เค็มจัด มันจัด ในpt. 6. ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมหมอครอบครัว ดูแลpt.CKD ต่อเนื่องในชุมชน
5. อบต.	1. สนับสนุนงบประมาณให้ชุมชน/รพ.สต.เพื่อการดูแลpt.โรค NCD และCKD เช่น โครงการออกกำลังกาย โครงการปรับพฤติกรรม 3อ.2ส. งานคปส. เป็นต้น 2. ร่วมวางนโยบายการดำเนินงานแก้ไขปัญหาในชุมชนจากการแปลงธรรมนูญ ตำบลสู่การปฏิบัติ เช่น ในหมวดสุขภาพดี มีการส่งเสริมการออกกำลังกายใน ทุกกลุ่มอายุในตำบล หรือหมู่บ้านเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพpt.CKD

	3. ร่วมกับทีมหมอครอบครัวในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เพื่อให้ครอบคลุมทุกมิติ
	เช่น ด้านสังคม รายได้ ความเป็นอยู่ เป็นต้น
	4. สนับสนุนให้มีพื้นที่อาหารเพื่อสุขภาพ เช่น มีลานกีฬาชุมชน ตลาดกันแฉง
	ลอยเพื่อให้ชุมชนจำหน่ายผักปลอดสารพิษpt.CKD ได้เข้าถึงได้ง่าย เป็นต้น
	5. จัดระบบบริการFR สนับสนุนขบวนการปฏิบัติงานชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน อปท.
	เพื่อช่วยเหลือประชาชนทั่วไปและดูแลส่งต่อ pt.CKD ที่มีปัญหาฉุกเฉิน
6. ผู้นำชุมชน	1. ประชาสัมพันธ์ และร่วมจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน
	2. ร่วมกับทีมหมอครอบครัวเยี่ยมบ้านpt. เพื่อดูแลมิติทางสังคม
	3. ร่วมกับประชาชนกลุ่มเป้าหมาย/ชมรม/ภาคีอื่น วางแผนกำหนดกิจกรรม
	ป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาโรค CKD ในหมู่บ้าน
7. ชมรม/ร้านค้า/ร้านอาหาร	1. การจัดจำหน่ายอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย CKD
	2. ร่วมรณรงค์ลดอาหารหวาน มัน เค็ม
8. ผู้ดูแล (Care giver)	1. ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน
9. ชมรมผู้สูงอายุ	1. เป็นแบบอย่างในการรับประทานอาหารจากธรรมชาติ
	2. ส่งเสริมการคัดเลือกบุคคลตัวอย่างด้านสุขภาพ
	3. ชักชวนผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมด้านสมาธิ จิตใจ
10. พระภิกษุ/ครู	1. พระเทศนาให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกิน การออกกำลังกาย การทำสมาธิบำบัด
	2. ครูให้ความรู้แก่นักเรียนด้านสุขภาพเพื่อปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตั้งแต่เด็ก
	3. การจัดกิจกรรมวัดส่งเสริมสุขภาพ
11. หอกระจายข่าวหมู่บ้าน	1. ประชาสัมพันธ์เผยแพร่ความรู้เรื่อง CKD
12. ชมรม “เพื่อนช่วยเพื่อน”	1. ติดตามเยี่ยมเสริมพลังและให้คำแนะนำแก่สมาชิกที่ป่วยเป็น CKD ในชุมชน
	2. กระตุ้นเตือนเพื่อนผู้ป่วยด้วยกันในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ
13. ชมรมสร้างสุขภาพในหมู่บ้าน	1. รวมกลุ่มจัดกิจกรรมออกกำลังกายในหมู่บ้าน/ชุมชน ให้เหมาะสมกับกลุ่มอายุและส่งเสริมกิจกรรมการออกกำลังกายที่ต่อเนื่อง
	2. ร่วมกำหนดกิจกรรม เวลา สถานที่ ในการออกกำลังกายในชุมชน

1.3 ทูทางสังคมและความพร้อมของชุมชนในการจัดการกับ “ปัญหา/ความจำเป็น/ความต้องการด้านสุขภาพ” ของผู้คนในชุมชน ที่สัมพันธ์กับ 5 กลุ่มวัย ตามประเด็น ODOP/ OTOP และ 3PA : อุบัติเหตุทางท้องถนน, CKD, LTC ทั้งปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต เช่น ภูมิปัญญา(ทั้งที่เป็นเทคโนโลยีและผู้รู้จริงทำจริง เห็นผลจริง) ความคิด/ความเชื่อ ทรัพยากร/องค์กร/กลุ่มคน/การจัดการ/ระบบ ที่มีอยู่ในชุมชน ฯลฯ

อำเภอสว่างแดนดินมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญหลายสาขา เป็นผลดีสำหรับ CM หรือเจ้าหน้าที่สุขภาพในรพ.สต. ซึ่งอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ที่จะได้ขอคำปรึกษาเพื่อดูแลผู้ป่วยที่นอกเหนือความสามารถ และเป็นผลดีกับผู้ป่วยหากเกิดปัญหาสุขภาพก็มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางคอยให้การช่วยเหลือและได้รับบริการทันที่เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน ในด้านการรณรงค์ป้องกันภาวะไตเรื้อรังการเผยแพร่ความรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในพื้นที่ มีการเปิดโรงเรียน อสม.ทุกเดือน เป็นเวทีแลกเปลี่ยนและเพิ่มองค์ความรู้เข้าสู่ชุมชน ในหมู่บ้านมีหอกระจายข่าวที่ช่วยประชาสัมพันธ์อย่าง ต่อเนื่องโดยผู้นำชุมชนหรือผู้ดูแล ในสถานบริการมีฐานการเรียนรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังทุกแห่ง มีทีมปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพที่เข้มแข็งในหมู่บ้านต้นแบบคอยกระตุ้นสร้างสุขภาพ และสร้างความตระหนักในโรคให้กับผู้ป่วย อำเภอสว่างแดนดินประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตร กรรม ทำนาและปลูกพืชเศรษฐกิจ คนในครอบครัววัย ทำงานเดินทางไปทำงานรับจ้างในเมืองหลวง หรือเมืองใหญ่ ทำให้มีรายได้ดีมาจนเจือครอบครัวและมีกำลังในการใช้ จ่ายเงิน ส่งผลให้มีช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารมากขึ้น การเข้าถึงบริการ มากขึ้น การศึกษาดี ขึ้น มีศักยภาพใน การสื่อสารข้อมูลได้สะดวก รวดเร็ว โดยใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่และการใช้ App. Line สื่อสารทำให้การรับรู้ข้อมูล ข่าวสารด้านสุขภาพได้ดีและชัดเจนมากขึ้น รวมถึงการประชาสัมพันธ์ข้อมูลการประสานงาน เช่น การส่งต่อข้อมูล ระหว่างสถานบริการถึงผู้ป่วย ระหว่างผู้ป่วยกับ อสม.ที่รับผิดชอบโซนหรือหลังคาเรือน หรือมีทีวีจานดาวเทียมเกือบ ทุกหลังคาเรือนที่สามารถรับข่าวสารได้เหมือนกันทั่วประเทศเลือกได้มากช่องทางทั้งช่องสารสุขภาพ หรือข่าวสาร ด้านโรคไตเรื้อรังและ การสนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรมต่างๆ จาก อปท. เป็นประจำทุกปี เช่น โครงการ ส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้ป่วยไตเรื้อรัง เป็นต้น ส่งผลให้การจัดระบบการดูแลผู้ป่วย CKD ได้ดีขึ้น นอกจากนั้น การพัฒนาศักยภาพจนท. รพ.สต. ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยในชุมชน หรือ ทีมหมอครอบครัว รวมทั้งการ ให้ความรู้ชมรม “เพื่อนช่วยเพื่อน” ซึ่งเป็นทีมจิตอาสาในระดับชุมชน ที่คอยให้คำปรึกษาระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเอง การเฝ้าระวัง พฤติกรรมสุขภาพ การให้กำลังใจในการดูแลสุขภาพ เพื่อลดความรุนแรงของโรค นอกจากนั้นในภาพของเครือข่าย บริการสุขภาพ ได้จัดให้มีแพทย์รับผิดชอบให้คำปรึกษาแก่ จนท.รพ.สต.ได้ตลอดเวลา มีการจัดระบบในการดูแล ผู้ป่วยต่อเนื่องเชื่อมโยงจาก รพ.ร.สว่างแดนดิน สู่ทุกรพ.สต. สู่ชุมชน พร้อมทั้งได้พัฒนาศักยภาพ อสม. เชี่ยวชาญ เพื่อติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่รับผิดชอบ มีบุคคลต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในพื้นที่ที่จะคอยแลกเปลี่ยน เรียนรู้ในชุมชน มีระบบส่งต่อโดย อปท.บริการ FR เพื่อให้บริการผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉิน

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

(สะท้อนให้เห็นถึงความพร้อมในการจัดบริการเพื่อตอบสนองความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน/  
กลุ่มเป้าหมายสำคัญ/โจทย์หลักของพื้นที่ ของ CUP และ แต่ละ รพ.สต.)

### 2.1 ลักษณะหน่วยบริการ เช่น ขนาด รพ., ขนาด รพ.สต., ภาระงาน, จำนวนประชากรแยกตามกลุ่มวัย/ Setting/ ภาระโรค ฯลฯ

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 220 เตียง มี  
เครือข่ายบริการปฐมภูมิ (รพ.สต. และ PCU) จำนวน 21 แห่ง เป็นรพ.สต.ขนาดใหญ่ 4 แห่ง รพ.สต.ขนาดกลาง 14  
แห่ง และรพ.สต.ขนาดเล็ก 3 แห่ง

#### บุคลากร :

บุคลากร			จำนวน (คน)	สัดส่วน: ประชากรที่ รับผิดชอบ	หมายเหตุ
ประจำ	สนับสนุน				
แพทย์	/		20	1 : 7,514	- ให้บริการในรพ.สต.ทุก 2 - 3 เดือนต่อครั้ง - ให้คำปรึกษา FCT
ทันตแพทย์	/		8	1 : 18,783	- ให้คำปรึกษา FCT
เภสัชกร	/		16	1 : 9,392	- มีเภสัชกร 2 คน หมุนเวียนออกปฏิบัติงาน ในรพ.สต.ทุกเดือน
พยาบาล	/		211	1 : 721	
นักวิชาการสาธารณสุข	/		60	1 : 2,505	
จพง.สาธารณสุข	/		22	1 : 6,828	
นักการแพทย์แผนไทย	/		12	1 : 12,522	
จพง.ทันตกรรม	/		11	1 : 13,657	
เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	/		9	1 : 16,692	- มีจพง.เภสัชปฏิบัติงาน ประจำอยู่บางรพ.สต. 1คน
เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน	/		5	1 : 30,045	
นักกายภาพบำบัด	/		6	1 : 25,044	
นักวิทยาศาสตร์การแพทย์	/		9	1 : 16,695	
นักรังสีการแพทย์	/		2	1 : 75,113	
นักโภชนาการ	/		1	1 : 150,262	



ประชากรแยกตามกลุ่มวัย

กลุ่มวัย	เพศ		รวม(ราย)	หมายเหตุ
	ชาย(ราย)	หญิง(ราย)		
กลุ่มแม่และเด็ก				
- แม่ (หญิงตั้งครรภ์)		274	274	
- เด็ก (อายุ 0 – 5 ปี )	5,436	5,576	11,012	
กลุ่มวัยเรียน (อายุ 6 – 14 ปี)	9,803	9,494	19,297	
กลุ่มวัยรุ่น (อายุ 15 – 19 ปี)	6,969	6,829	13,798	
กลุ่มวัยทำงาน (อายุ 15 – 59 ปี)	48,752	51,003	99,755	
กลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปี ขึ้นไป)	9,190	10,972	20,162	

หมายเหตุ แบ่งกลุ่มวัยตามกรมอนามัย

หมายเหตุ

สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพปีงบประมาณ 2559 (1 ต.ค.58 – 31 มีนาคม 2559)

1. ผู้สูงอายุทั้งหมด 20,162 คน แบ่งเป็น กลุ่มติดสังคม 19,283 คน กลุ่มติดบ้าน 775 คน และ กลุ่มติดเตียง 104 คน
2. ผู้พิการ 2,476 คน
3. Palliative Care 41 คน
4. เด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการล่าช้า 16 คน
5. ผู้ประสบอุบัติเหตุทางถนนเสียชีวิต 10 ราย
6. กลุ่มเสี่ยงเบาหวานทั้งหมด 5,563 คน
7. กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงทั้งหมด 8,258 คน
8. ผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด 6,769 คน
9. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด 7,995 คน
10. ผู้ป่วย CKD จากโรค DM&HTทั้งหมด 9,420 คน
  - ผู้ป่วยระยะที่ 1 จำนวน 3773 คน
  - ผู้ป่วยระยะที่ 2 จำนวน 2554 คน
  - ผู้ป่วยระยะที่ 3A จำนวน 1104 คน
  - ผู้ป่วยระยะที่ 3B จำนวน 872 คน
  - ผู้ป่วยระยะที่ 4 จำนวน 638 คน
  - ผู้ป่วยระยะที่ 5 จำนวน 479 คน



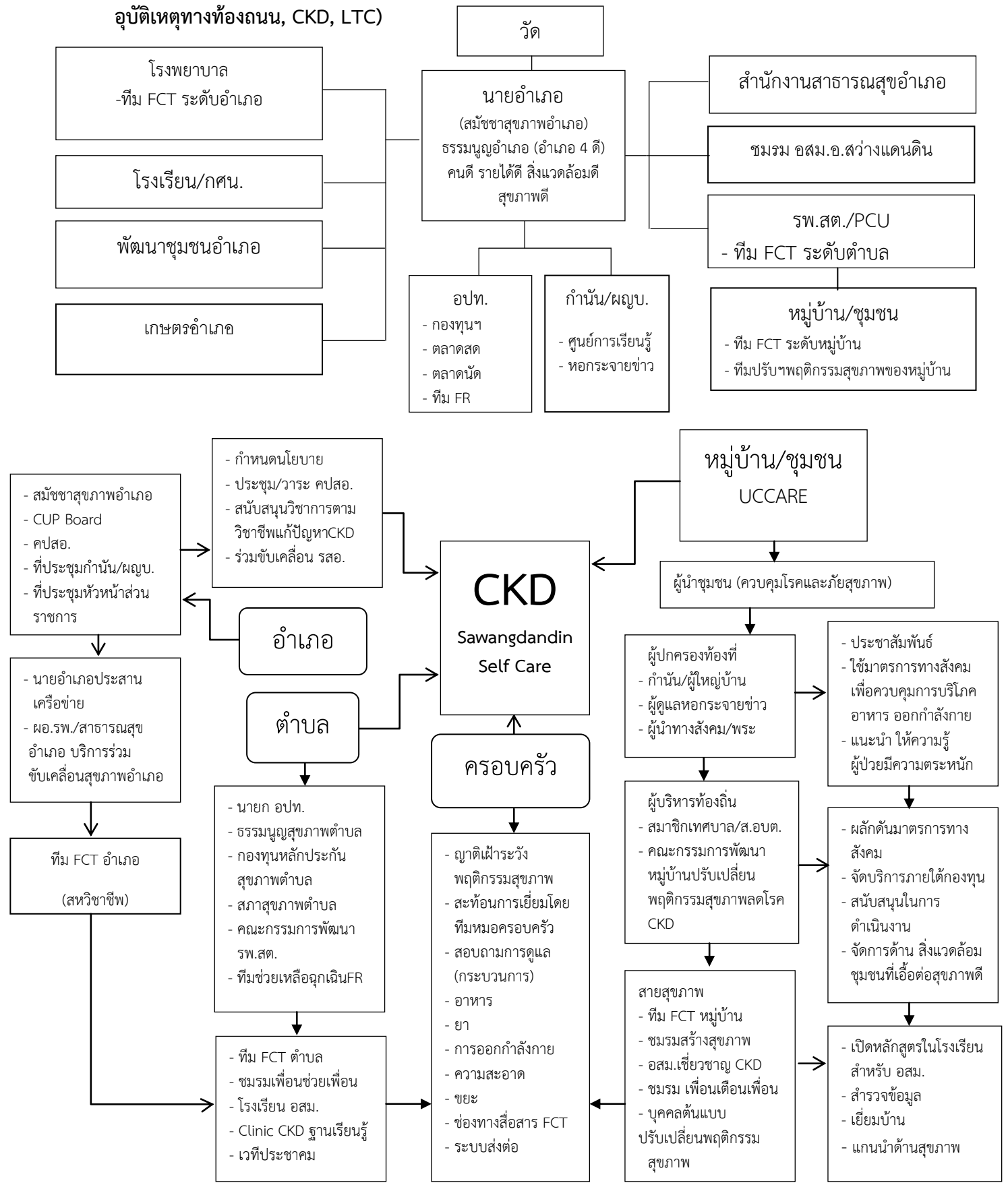
ภาระงานหน่วยบริการ (โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน)

ผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วยทั้งปี		
	ปี 2557 (คน)	ปี 2558 (คน)	ปี 2559 (คน) (ข้อมูล ณ 31 มี.ค.2559)
1. ทั่วไป	103,106	104,891	69,285
2. อุบัติเหตุ	44,227	50,995	28,101
3. อายุรกรรม	35,321	35,017	25,977
4. ศัลยกรรม	10,429	11,627	5,656
5. สูติ-นรีเวชกรรม	3,936	4,261	2,104
6. กุมารเวชกรรม	8,446	6,432	3,946

5 อันดับกลุ่มโรค/ภัยสุขภาพที่เป็นปัญหาในพื้นที่

1. ปัญหาCKD ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (ODOP)
2. ปัญหาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC)
3. อุบัติเหตุจราจร
4. ปัญหาสุขภาพจิต (ผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเรื้อรัง)
5. โรคหัวใจและหลอดเลือด

2.2 โครงสร้างและลักษณะการบริหารภายในองค์กร เครือข่าย เป็นเงื่อนไขที่เอื้อต่อการพัฒนาคนและระบบบริการปฐมภูมิ เช่น วิธีบริหารเครือข่าย, ทรัพยากร คน/เงิน/ครุภัณฑ์ ฯลฯ ทั้งในด้านการบริหารภายใน CUP และการบริหารร่วมกับภาคี เครือข่ายภายนอกสาธารณสุข (ที่สอดคล้องกับ ODOP/ OTOP และ 3 PA : อุบัติเหตุทางท้องถนน, CKD, LTC)



## 2.3 สมรรถนะหลักขององค์กร (core competency) (ความเชี่ยวชาญเฉพาะขององค์กร) ให้สอดคล้องกับ ODOP/OTOP

คปสอ.สว่างแดนดิน มีแพทย์เฉพาะทางที่มีความเชี่ยวชาญเกือบทุกสาขา มีความสามารถสูงในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต มีการสร้างเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย ระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน สนับสนุนให้เครือข่ายจัดระบบในการดูแลผู้ป่วยระยะยาวภาวะสุขภาพและปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหา CKD ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในบริบทของเครือข่าย ดังนี้

1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยการสร้างเสริมสุขภาพ ส่งเสริมการออกกำลังกาย ส่งเสริมเรื่องการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์เหมาะสมกับสุขภาพตนเอง และควบคุมป้องกันโรคโดยการละเว้นพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมอันจะก่อให้เกิดโรคหรือมีภาวะแทรกซ้อนตามมา มีเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพครอบคลุมทุกหมู่บ้าน โดยเครือข่ายดำเนินกิจกรรมร่วมกันเป็นทีมเพื่อให้เกิดความยั่งยืน

2. การดูแลผู้ป่วยโรค CKD โดยการจัดตั้งคลินิก แยกบริการ แต่เชื่อมโยงกับคลินิกโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) และ เชื่อมโยงการบริการกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และชุมชน โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมหมอครอบครัวเชื่อมประสานกันทุกระดับ ประกอบด้วย แพทย์, เภสัชกร, นักโภชนาการ, นักกายภาพบำบัด, พยาบาลจัดการโรครายกรณี (Case Manager), พยาบาลเวชปฏิบัติ, นักวิชาการสาธารณสุข และนักบริหารในชุมชน (Care giver)

3. การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย หรือออกปฏิบัติงานในพื้นที่หมู่บ้าน/ชุมชน มีแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวที่มีความเชี่ยวชาญ ด้านโรค ครอบครัว/ชุมชน ออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย คอยให้คำปรึกษาและให้ความช่วยเหลือด้านโรคแก่ทีมหมอครอบครัวในการบริหารผู้ป่วยในทุกระดับ

### ส่วนที่ 3 ค่านิยมหลัก

(เป็นแนวคิดหลักหรือหลักการที่ยึดเหนี่ยว หรือ วิธีการหลักในการออกแบบและจัดระบบบริการของหน่วยบริการ ทั้งที่เป็นลายลักษณ์อักษรและเป็นความรู้/แนวปฏิบัติ หรือ วัฒนธรรมหรือข้อพิจารณาของ ผู้บริหารและ ผู้ปฏิบัติงาน (ที่สอดคล้องกับ ODOP/ OTOP และ 3PA : อุบัติเหตุทางท้องถนน, CKD, LTC)

#### ค่านิยมหลัก: SAWANG

ค่านิยม	ความหมาย	ยกตัวอย่างการนำค่านิยม/แนวปฏิบัติ ที่นำไปปฏิบัติจนเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อองค์กร
Social participation	สังคมมีส่วนร่วม	การขับเคลื่อนงานระบบสุขภาพอำเภอ (รสบอ.) โดยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน เพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ ร่วมกัน มีการคืนข้อมูลสถานะสุขภาพ ร่วมวิเคราะห์ ปัญหา การจัดลำดับความสำคัญปัญหาในชุมชนตาม บริบทพื้นที่ จนเกิดเครือข่ายการทำงานอย่างเข้มแข็ง ยึดหลัก 6 ร่วม ร่วมคิด, ร่วมวางแผน, ร่วมปฏิบัติแก้ไข ปัญหา, ร่วมตรวจสอบ, ร่วมรับผิดชอบ และร่วมรับ ผลประโยชน์
Appreciation	การสร้างคุณค่า ขึ้นชมยินดีใน ผลงาน	การร่วมชื่นชมให้กำลังใจกันในการทำงาน ให้เกิดคุณค่า ทางจิตใจ คนทำงานมีความสุข เพิ่มศักยภาพบุคลากร
Willingness	ความพร้อมให้บริการด้วย หัวใจของความเป็นมนุษย์	องค์กรมุ่งให้บุคลากรทำงานบริการด้วยหัวใจ ให้ ความสำคัญในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ไม่แบ่งแยก
Achievement	การมุ่งผลสัมฤทธิ์	การทำงานที่เสียสละ เพื่อให้เกิดผลสำเร็จของงาน ทำงานด้วยความมุ่งมั่น แม้มีภาระงานมาก สร้าง ความสัมพันธ์ ดึงภาคส่วนอื่นหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในพื้นที่เข้ามาเป็นภาคี ทำให้เกิดการ ทำงานของทีม หมอครอบครัวระดับพื้นที่ที่เข้มแข็ง ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย CKD ในโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยกลุ่ม อื่นๆ มีความเชื่อมโยงในแนวราบ สื่อสารได้ตลอดเวลา
Network	การสร้างเครือข่าย	การร่วมมือกับภาคีในระดับพื้นที่และภาคีหน่วยงานใน การดำเนินงานแก้ปัญหาผู้ป่วย CKD นอกจากนั้นด้วย ความร่วมมือของกลุ่มจิตอาสา “เพื่อนช่วยเพื่อน” ใน การติดตามเยี่ยมเสริมพลังให้กับผู้ป่วย
Good Governance	ธรรมาภิบาล	มีศีลธรรม คุณธรรม จริยธรรม โปร่งใสตรวจสอบได้ ทำ ให้องค์กรเข้มแข็ง เกิดความเชื่อมั่นจากภายนอก

## ส่วนที่ 4 การออกแบบและจัดบริการสุขภาพแบบองค์รวม ต่อเนื่อง

(เป็นบริการที่สามารถแสดงให้เห็นถึงความยืดหยุ่นกับค่านิยมหลัก โดยผสมผสานการจัดบริการ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู สำหรับกลุ่มเป้าหมายหลักหรือประเด็นสุขภาพหลัก (ODOP/OTOP และ 3 PA: อุบัติเหตุทางถนน, CKD, LTC) ซึ่งมุ่งมั่นที่จะพัฒนาให้เป็นระบบและมีผลลัพธ์ที่ชัดเจน ทั้งนี้ ขอให้นำเสนอพัฒนาการของการจัดบริการ ในพื้นที่เอง จนกระทั่งนำไปสู่การพัฒนาเป็นระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมทุก รพ.สต. ใน CUP)

### 4.1. Unity district Health Team : เขียนเล่าถึงกระบวนการได้มาซึ่งปัญหาสำคัญของชุมชนและการดำเนินงานร่วมกัน (ODOP/ OTOP)

จากการคืนข้อมูลให้ชุมชนในเวทีประชาคมและธรรมนูญสุขภาพตำบล ได้สรุปจากการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาแต่ละพื้นที่ และนำมา รวมกันทั้งอำเภอ นำเสนอข้อมูล จำนวนปัญหา ให้ภาคี เครือข่ายระดับอำเภอ รับทราบในเวทีประชุมสมัชชาสุขภาพอำเภอ ภาคีทุกภาคส่วนได้นำปัญหาสาธารณสุขหรือภัยสุขภาพของแต่ละพื้นที่ จากปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่เรียงจากปัญหาที่มีมากที่สุดไปหาน้อย และได้นำมาเป็นประเด็นปัญหาสาธารณสุขของอำเภอ (ODOP) ภาคีเครือข่ายได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาและความจำเป็นที่จะต้องร่วมมือกันแก้ไข ปัญหาภาวะไตเรื้อรัง CKD ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ในบริบทต่างๆ ที่ภาคี เครือข่ายสามารถร่วมมือกันได้ โดยมีทีมที่คอยดูแลในภาพอำเภอ ทีมระดับตำบลที่เชื่อมประสานให้ไร้รอยต่อพร้อมให้การสนับสนุน ทั้งงบประมาณและด้านวิชาการ และมีทีมหมู่บ้านที่มุ่งลดโรคไตเรื้อรังจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง ปรับพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเป้าหมาย สร้างข้อกำหนดร่วมในชุมชนและขับเคลื่อนไปพร้อมกัน

### 4.2. Customer Focus : ใครคือกลุ่มเป้าหมาย/และสัมพันธ์กับกลุ่มวัยใดบ้าง

จากความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ ซึ่งกลุ่มประชาชนที่จำเป็นต้องได้รับทั้งด้านบริการ ส่งเสริมป้องกัน การรักษาฟื้นฟูนั้น จากการตรวจคัดกรอง ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย DM HT อำเภอสว่างแดนดิน พบว่า ในผู้ป่วย โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง จำนวน 14,764 คน พบเป็น CKD จำนวน 9,420 คน มีภาวะแทรกซ้อนทางไต Stage 1 – 3 ร้อยละ 88.14 (8,380 คน) มีภาวะ CKD Stage 4 – 5 ร้อยละ 11.85 (1,117 คน) และในจำนวนผู้ป่วย CKD ทั้งหมดนี้เป็นประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุร้อยละ 57.17 (5,386 คน)

### 4.3. Community Participation : กระบวนการจัดการปัญหาร่วมกันทั้งชุมชนอย่างไร

CUP สว่างแดนดิน มีภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย CKD ที่ร่วมดำเนินการอย่างครบวงจร โดยมีกระบวนการดังนี้ การจัดระบบในการดูแลแบบ One Stop CKD Clinic ในทุกวันอังคารสำหรับคลินิกในโรงพยาบาล และออกปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุก 2 เดือน โดยมีทีมสหวิชาชีพจาก รพ.สว่างแดนดิน ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ (CM, IC, CKDN), โภชนากร, นักกายภาพบำบัด และนักการแพทย์แผนไทย มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไปยัง FCT ระดับตำบล หมู่บ้าน/ชุมชน เพื่อการดูแลต่อเนื่อง และมีระบบ Consult ผ่าน Line group, โทรศัพท์ จาก FCT อำเภอ ในส่วนของภาคีเครือข่ายมีความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย CKD โดยเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ร่วมประชุมวางแผนจัดทำแผนสุขภาพ และร่วมดำเนินการ เพื่อแก้ไขปัญหา CKD ของชุมชน อปท.มีการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับบริการประชาชนตลอด 24 ชั่วโมง อปท.ได้มีการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วย CKD มีคณะกรรมการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดโรค ที่อาสาเข้ามาช่วยในทุกกระบวนการแก้ไขปัญหา ดูแลประสานเชื่อมโยง หมู่บ้านมี มาตรการทางสังคม เช่น การสื่อสารประชาสัมพันธ์ ป้ายรณรงค์ในหมู่บ้าน ผ่านชมรมร้านค้า/ผู้ประกอบการ มีการประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวหมู่บ้าน ครูช่วยเสริมโดยให้ความรู้นักเรียนวางรากฐานพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อตั้งแต่วัยเด็ก บางพื้นที่มีเทศนาให้ความรู้โดยพระภิกษุสงฆ์ ในกลุ่มเป้าหมาย มีการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพโดยญาติ และ อสม.

บุคคลต้นแบบด้านการปรับพฤติกรรมสุขภาพ และกลุ่มผู้ป่วยด้วยกันช่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้กำลังใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชน ชุมชน คริวเรือนจิตสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง มีกิจกรรมเสริมอื่นๆในชุมชนโดยการดำเนินงานของ ภาคีเครือข่าย เช่น กิจกรรม ออกกำลังกายเป็นกลุ่ม เดิน วิ่ง รำไม้พลอง เต้นรำ ปั่นจักรยาน ส่งเสริมการปลูกผักสวนครัวรั้วกินได้เพื่อเป็นอาหารสำหรับผู้ป่วยตามวิถีชาวบ้าน

**4.4. Appreciation :** ปัญหาดังกล่าวได้รับการแก้ไข เกิดการพัฒนาคนและเกิดคุณค่าทั้งในหน่วยงานและชุมชน อย่างไร

1. มือสม.เชี่ยวชาญ CKD ในชุมชนเกิดความภูมิใจ รับรู้ถึงคุณค่าในตนเอง ที่จะได้ช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชน
2. บุคลากรมีความกระตือรือร้นและร่วมมือในการปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการดำเนินงานแก้ไข ปัญหา CKD ในผู้ป่วย DM HT และมีการพัฒนา CKDN ระดับรพ.สต. CKDN (ครุ ก) จาก CUP
3. มีการเสริมพลัง Care giver และญาติ ในการดูแลผู้ป่วยให้ได้ตามมาตรฐานและต่อเนื่อง
4. อสม.มีความผูกพันและรู้สึกภูมิใจที่ได้ติดตามเยี่ยมหรือช่วยเหลือผู้ป่วย CKD ในชุมชน
5. เกิดบุคคลต้นแบบในชมรม “เพื่อนช่วยเพื่อน” ในการดูแลสุขภาพโดย Self help group
6. มีการเสริมพลังการทำงานของทีมหมอครอบครัวทีม FCT ทุกระดับโดยท่านนายอำเภอสว่างแดนดิน

**4.5. Resource Sharing and Human Development :** การแบ่งปันทรัพยากร ทั้ง คน เงิน วัสดุ/อุปกรณ์ เพื่อ ตอบโจทย์ การแก้ปัญหาดังกล่าวนั้นอย่างไร และมีการพัฒนาองค์ความรู้ วิชาการ ให้แก่บุคลากรและภาคี เครือข่ายทั้งชุมชนอย่างไรบ้าง

คปสอ.สว่างแดนดิน ได้มีการจัดระบบในการดูแลผู้ป่วย ดังนี้ คือ มี รพ. ร.สว่างแดนดิน เป็นแม่ข่าย พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ ในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งสนับสนุน ยา เวชภัณฑ์ Setทำแผล การกำจัดขยะติดเชื้อ และระบบแพทย์ที่ปรึกษาให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติดูแลผู้ป่วยในชุมชนเชื่อมโยงจากรพ. ร.สว่างแดนดิน ถึง รพ.สต.ทุก แห่ง มีระบบให้คำปรึกษาในระดับ FCT ของชุมชน และมีการพัฒนาศักยภาพ อสม.ผ่านโรงเรียน อสม.และเรียนรู้ หน่วยงาน On the job training ในการดูแลเฝ้าระวังและ ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่รับผิดชอบในโซน หลังคาเรือน นอกจากนั้น มีการเตรียมความพร้อมของครอบครัวผู้ป่วยในการปรับปรุงจัดสิ่งแวดล้อมของบ้านและฝึกทักษะญาติ ผู้ดูแลหรือ Care giver ในการดูแลผู้ป่วย CKD ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก อปท. และกองทุนสุขภาพตำบล ในการจัดทำโครงการ แก้ไขปัญหาไตเรื้อรังในผู้ป่วย DM HT เช่นโครงการ ออกกำลังกายในชุมชน หรือโครงการ ควบคุมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม และโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยบริบทของชุมชน กลุ่มเป้าหมายเอง และมีการใช้ฐานข้อมูลด้านสุขภาพร่วมกันของภาคีเครือข่าย ทุกภาคส่วน

**4.6. Essential Care :** ส่งผลให้เกิดการพัฒนากระบวนการตามประเด็นดังกล่าวอย่างไร

1. เกิดระบบการให้บริการแบบ One stop CKD clinic โดยแยกคลินิก CKD ออกจากคลินิกอื่นๆเป็นการ เฉพาะ และจัดระบบบริการแบบใกล้บ้านใกล้ใจโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมเพื่อการเข้าถึงบริการและครอบคลุม
2. มี CPG ในการดูแลผู้ป่วย CKD ที่ใช้ร่วมกันทั้ง CUP สว่างแดนดิน ในเรื่องการดูแล ระบบให้คำปรึกษา และระบบส่งต่อ และ CPG ของรพ.สต.ในผู้ป่วย CKD มีการปรับเพื่อให้เหมาะสมกับหน่วยบริการและบริบท
3. มีระบบในการจัดการขยะติดเชื้อในชุมชนที่เกิดจากการบริการผู้ป่วย
4. เกิดมาตรการทางสังคมในการดูแลผู้ป่วย CKD เช่นการควบคุมด้านอาหารร้านค้าให้มีอาหารที่เหมาะสมกับ ผู้ป่วยจำหน่ายในชุมชน เพื่อป้องกันและลดภาวะไตเสื่อม ไตวาย
5. มีทีมการจัดการสุขภาพบูรณาการจากทุกภาคีที่เกี่ยวข้องในหมู่บ้าน/ชุมชน เพื่อเป็นหลักในการส่งเสริม ให้ประชาชนมีสุขภาพดี

**ส่วนที่ 5 การจักระบบสนับสนุน**  
(การออกแบบระบบที่สอดคล้องกับ ODOP/OTOP)

เกณฑ์	การออกแบบระบบที่สอดคล้องกับ ODOP/OTOP	หมายเหตุ
เกณฑ์มาตรฐานงานเภสัชกรรม	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CUP สนับสนุนยาและเวชภัณฑ์</li> <li>- ติดตามเยี่ยม COC ดูแลระบบยา และ care giver มี Line group ในการประสานงาน</li> </ul>	
เกณฑ์ระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสารสนเทศ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดทำฐานข้อมูล CKD ในระดับ CUP</li> <li>- CKD Line group</li> </ul>	
เกณฑ์การประเมินด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ติดตามประเมินผล</li> <li>- ฝ้าระวังการติดเชื้อในชุมชน</li> <li>- การจัดการขยะติดเชื้อในชุมชน</li> <li>- การดูแลวัสดุอุปกรณ์</li> <li>- การจัดสถานที่</li> </ul>	
ระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ติดตาม Lab ประจำปีมาตรฐาน</li> <li>- ประเมินผลการดำเนินงาน Lab คุณภาพ</li> </ul>	
เกณฑ์ 3 ดี Healthy work place, 5ส	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดคลินิกแยกเฉพาะ</li> <li>- จัดทำสื่อความรู้ ป้ายประชาสัมพันธ์</li> </ul>	
CQI/ นวัตกรรม/ R2R/ วิจัย	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย CKD</li> <li>- การพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อลดอุบัติการณ์การรับประทานยาไม่ถูกต้อง ของผู้ป่วยที่มารับยาเบาหวานที่รพ.สต.พินนา</li> <li>- ประสิทธิภาพของคู่มือดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ต.ค้อใต้</li> <li>- การพัฒนารูปแบบการให้บริการในคลินิกเบาหวานเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ดี</li> <li>- ระบบติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วยเบาหวาน ที่รับยา รพ.สต.ตาลเนิ่ง</li> <li>- การพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกโรคเรื้อรัง รพ.สต.นาเตียง</li> <li>- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วย DM ต.คำสะอาด</li> <li>- เเบาะรองป้องกันแผลกดทับ</li> </ul>	

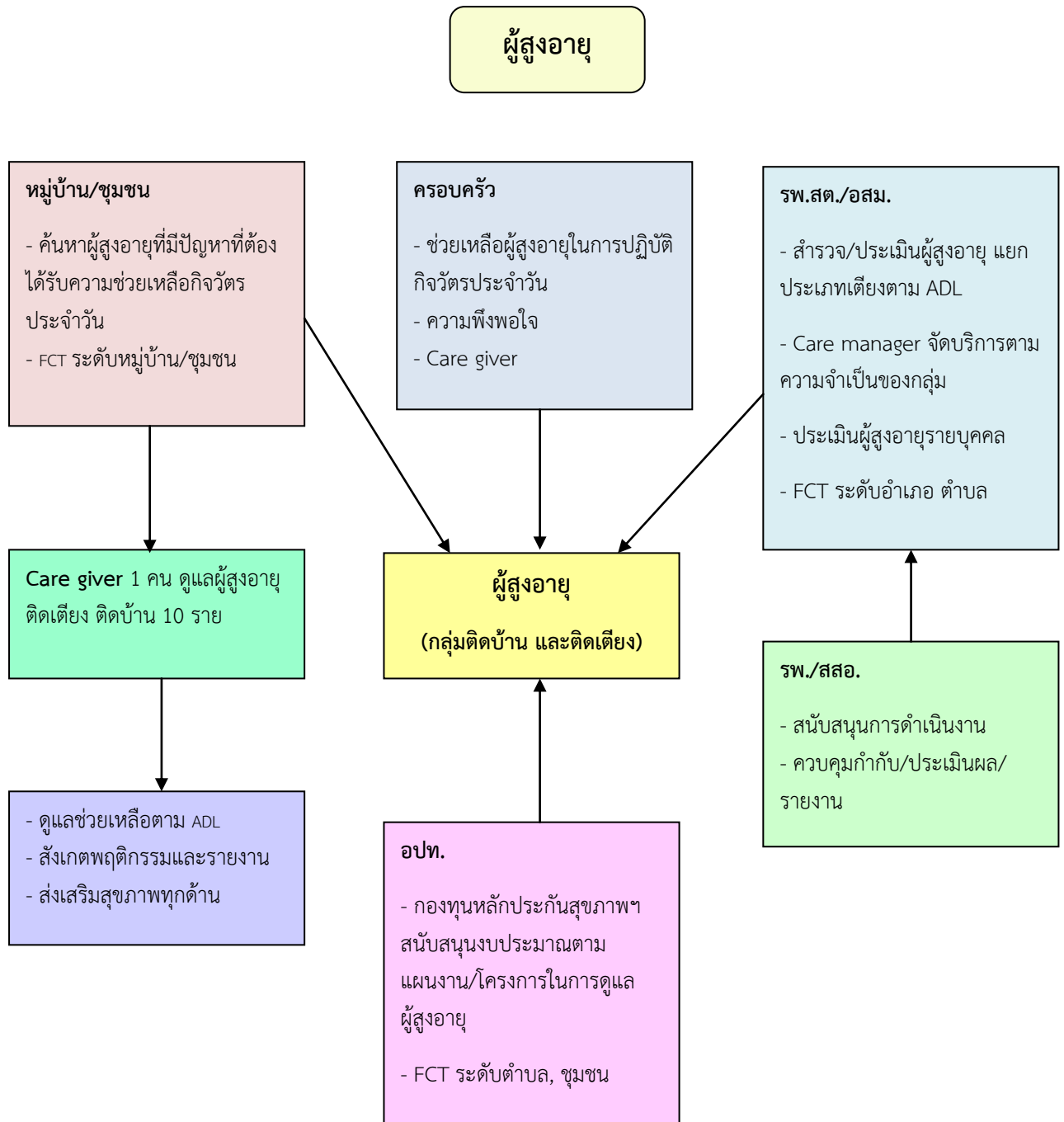


ส่วนที่ 6 ผลลัพธ์ของการจัดบริการ  
(ที่สอดคล้องกับ ODOP/ OTOP )

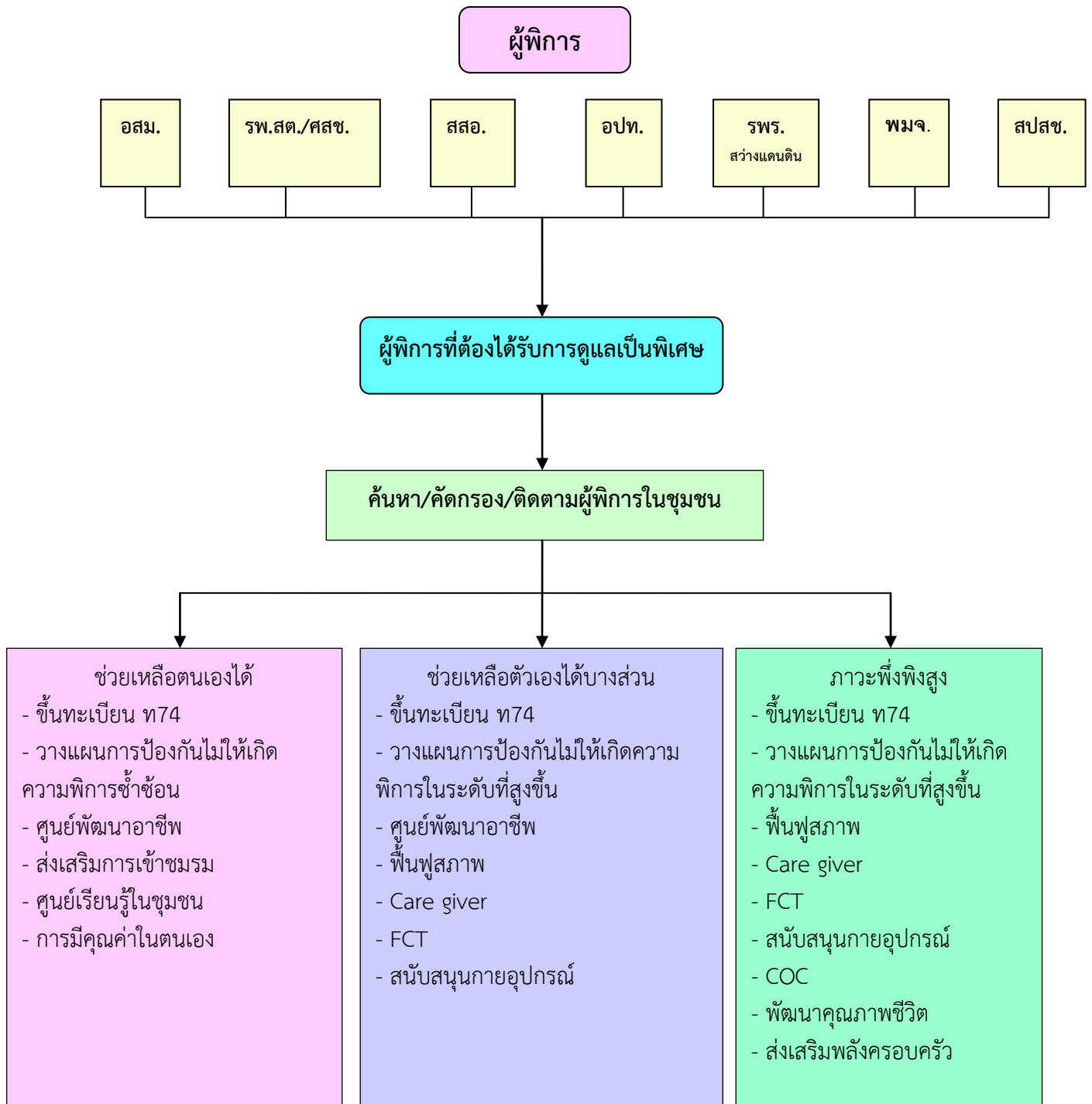
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		
		ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559
1. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูง ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต	90 %	95.97	98.56	68.36
2. ร้อยละของผู้ป่วย DM/HT ที่เป็นโรคไตเรื้อรัง ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นรายใหม่	100%	100	100	100
3. ร้อยละของผู้ป่วย DM ที่ระดับ Hba1c < 7	≥ 80%	27.44	40.31	52.03
4. ร้อยละของผู้ป่วย HT ที่มีค่าความดันโลหิต ≤130/80	> 80%	73.19	68.57	61.81
5. ร้อยละผู้ป่วย CKD Stage 1 – 3 เปลี่ยนเป็นผู้ป่วย CKD Stage 4 – 5	≤ 10%	14.41	15.61	2.53
6. ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ระยะที่ 3 – 5 ได้รับการเยี่ยมบ้าน	100%	100	100	100

# ภาคผนวก

# 1. LTC (ผู้สูงอายุ)

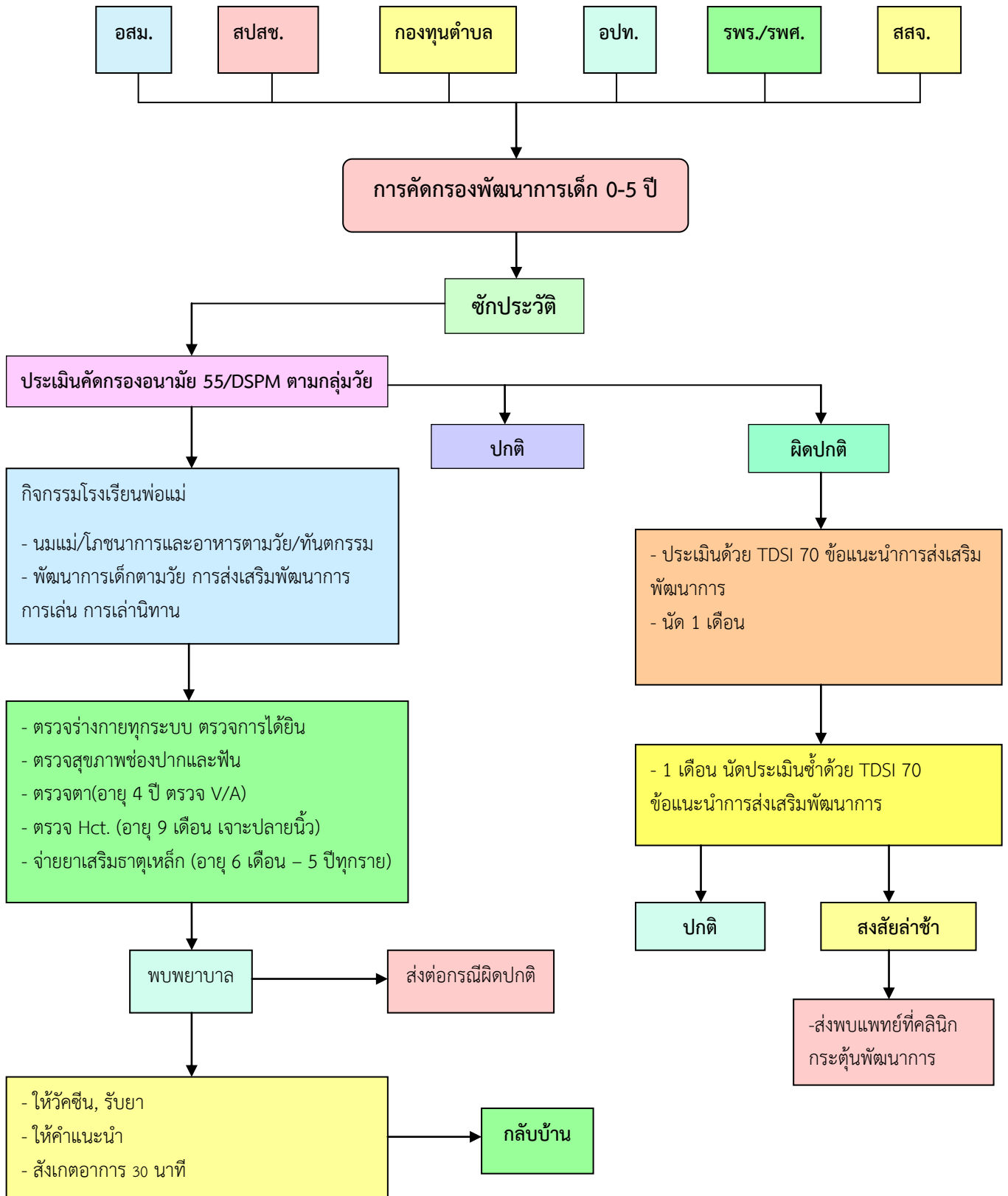


## LTC (ผู้พิการ)





พัฒนาการเด็ก 0-5 ปี



## 2. อุบัติเหตุทางถนน

