



Knowledge Management : KM

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘

คู่มือปฏิบัติงาน สอน. รพ.สต. สังกัดกองสาธารณสุข
องค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด

จัดทำโดย

คณะทำงานขับเคลื่อนจัดการ
ความรู้การวิจัยทางด้าน
สาธารณสุข

คำนำ

คู่มือการปฏิบัติงานฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อจัดทำชุดความรู้ตามโครงการจัดการความรู้ภายในองค์กร (Knowledge Management : KM) ใช้เป็นคู่มือหรือเป็นแนวทางในการดำเนินงานของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายใต้การกำกับดูแลของกองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด ภายใต้ยุทธศาสตร์ "ดินดำ น้ำชุ่ม ดุ่มโฮม" ซึ่งสะท้อนถึงแนวคิดการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ มีความรัก ความห่วงใย และการแบ่งปันความรู้สู่ชุมชน เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพและทั่วถึง โดยมีเป้าหมายเพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีมาตรฐาน เป็นระบบและมีประสิทธิภาพ อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพบริการด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่

เนื้อหาในคู่มือฉบับนี้ครอบคลุมแนวทางปฏิบัติงานในด้านต่างๆ ทั้งการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมถึงบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในการดูแลประชาชนในชุมชน โดยยึดหลักมาตรฐานวิชาชีพ และนโยบายด้านสาธารณสุขของประเทศเป็นแนวทางหลัก

ขอขอบคุณบุคลากรทุกฝ่ายที่มีส่วนร่วมในการจัดทำคู่มือฉบับนี้ขึ้นมา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือนี้จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรสาธารณสุขทุกท่านในการปฏิบัติงาน ตลอดจนเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพชุมชนให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

กองสาธารณสุข
องค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด

สารบัญ

	หน้า
นโยบาย/แผนยุทธศาสตร์	๑
กฎหมายวิชาชีพด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง	๔
สิทธิผู้ป่วย	๕
แนวปฏิบัติในการให้บริการและการส่งเสริมสุขภาพ (CPG)	๖
การให้บริการตามกรอบวิชาชีพพยาบาลและสาธารณสุขชุมชน	๘
การให้บริการตามกรอบวิชาชีพแพทย์แผนไทย	๙
การให้บริการงานทันตสาธารณสุข	๑๑
แนวทางการให้บริการดูแลต่อเนื่องและการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย	๑๙
นวัตกรรมสุขภาพชุมชน	๒๐
แนวทางการประสานงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน	๔๗
แนวทางการประสานแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ แผนปฏิบัติการพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่	๕๖

นโยบาย/แผนยุทธศาสตร์



ประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด
เรื่อง นโยบายด้านการพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ ของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด
ประจำปี ๒๕๖๗

ตามที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ดได้รับการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๒๒๙ แห่ง ซึ่งเป็นไปตามแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๒) ซึ่งออกตามความในมาตรา ๓๒ แห่งพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ นั้น

เพื่อยกระดับและปรับปรุงระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ให้มีประสิทธิภาพ บรรลุวัตถุประสงค์ตามนโยบายของรัฐบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ดจึงขอประกาศนโยบายด้านการพัฒนาสุขภาพ ของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด ถือปฏิบัติ ดังต่อไปนี้

๑. เน้นการสร้างนำซ่อมสุขภาพด้วยกระบวนการทศน์ “รพ.สต.ติดดิน” โดยการคัดกรองและดูแลสุขภาพเชิงรุกทุกกลุ่มวัย โดยเน้นการดูแลกลุ่มปกติ ไม่ให้เป็นกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มเสี่ยงไม่ให้เป็นกลุ่มป่วย ครอบคลุมทั้งมิติ กาย จิต สังคมและปัญญา ตามบริบทของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ
๒. พัฒนาหน่วยบริการตามหลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ โดยบูรณาการบทบาทเครือข่ายระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทูตสุขภาพและตติยภูมิกำหนดเจ้าภาพหลัก เจ้าภาพรอง หรือผู้สนับสนุน
๓. ประสานงานกับภาคีเครือข่าย และบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายหน่วยบริการ ตามบทบาทของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ
๔. พัฒนาศักยภาพบุคลากร เครือข่ายสุขภาพ และระบบงานในองค์กรด้วยการวิจัยและพัฒนาโดยแสวงหาความร่วมมือกับสถาบันการศึกษา และเครือข่ายทุกภาคส่วน
๕. ส่งเสริมการดำเนินงานด้านสุขภาพตามนโยบายของรัฐบาล
๖. บูรณาการการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น กองทุนดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพฯ กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และกองทุนกองทุนในชุมชน
๗. ขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพ, กติกาชุมชน, กติกาสาเกตุ และค่านิยมร่วมขององค์กรและภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง

จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๑๓ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

(นายเศกสิทธิ์ ไวนิยมพงศ์)

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด

องค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด

นโยบายด้านสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด ปีงบประมาณ ๒๕๖๘

องค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด มีความมุ่งมั่นที่จะบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาล และยกระดับการพัฒนาท้องถิ่นของจังหวัดร้อยเอ็ดให้ “ร้อยเอ็ด ต้องดีกว่าเดิม” และ “อบจ.ร้อยเอ็ด เป็นทุกอย่างในชีวิตประจำวัน” ด้วยวิสัยทัศน์

“องค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด เป็นองค์กรหลักในการบริการสาธารณะ โดยพัฒนาคุณภาพชีวิต เสริมสร้างเศรษฐกิจ โครงสร้างพื้นฐานและภูมิปัญญา เพื่อความก้าวหน้า ในการพัฒนาท้องถิ่น”

ซึ่งเป็นไปตามกรอบนโยบายการบริหารการพัฒนาท้องถิ่น ๕ ด้าน ที่กำหนดให้นโยบายด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสาธารณสุข มีความสำคัญเป็นอันดับแรก โดยเน้นหนักการทำงานแบบบูรณาการประสานแนวราบ กับ กลไกไตรภาคี ประกอบด้วย

(๑) ภาครัฐในระดับจังหวัด/อำเภอ/ตำบล/หมู่บ้าน ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/อำเภอ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กองทุนสุขภาพตำบลหรือท้องถิ่น และผู้นำท้องถิ่น

(๒) ภาคบริการและวิชาการ ได้แก่ โรงพยาบาลจังหวัด/อำเภอ มหาวิทยาลัย และสถาบันการศึกษาต่างๆ

(๓) ภาคประชาชน เอกชน และองค์กรทางศาสนา ได้แก่ เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.), กลุ่ม ชมรม สมาคมสร้างสุขภาพชุมชน วัด และพระสงฆ์ เป็นต้น

การดำเนินงานดังกล่าวนี้ ผ่านกลไกคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) จังหวัดร้อยเอ็ด, กองสาธารณสุข, สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายใต้แผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ ๕ ปี (พ.ศ.๒๕๖๖-๒๕๗๐) แผนงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับต่างๆ, แผนกองทุนสุขภาพระดับตำบล และแผนการใช้จ่ายเงินบำรุง ประจำปี ๒๕๖๘ โดยมีทิศทางที่ชัดเจนในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเชิงรุก ตามแนวคิด “สร้างนำซ่อม” ด้วยกระบวนการ “รพ.สต.ติดดิน” กล่าวคือ

“รพ.สต.” หมายถึง หน่วยบริการตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพ ปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๖ เน้นหนักด้านสร้างการเรียนรู้ การพัฒนาศักยภาพ การกำหนดตำแหน่งจากนักวิชาการสาธารณสุขสู่ักสาธารณสุข และเลื่อนระดับบุคลากร รวมถึงการบริหารความเสี่ยงในทุกด้านอย่างเป็นระบบ และยกระดับการควบคุมภายในให้มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และเกิดความคุ้มค่า โปร่งใส ตรวจสอบได้

“ติดดิน” หมายถึง รูปแบบการปฏิบัติงานเชิงรุก มุ่งเน้นแก้ไขปัญหาด้านเหตุ รากเหง้าของปัญหาในชุมชนท้องถิ่นอย่างยั่งยืน หรือที่เรียกว่า “ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ”โดยนำภูมิปัญญาท้องถิ่นบริบทอีสาน มากำหนดเป็นยุทธศาสตร์ “ดินดำ น้ำชุ่ม ดุ่มโฮม” เพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ดังนี้

“ดินดำ” หมายถึง สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ทรัพยากร คน เงิน ของ องค์กร และบุคลากร สถานที่ สะอาด บุคลากร สมาร์ท แข็งแรง มีระเบียบวินัย

“น้ำชุ่ม” หมายถึง ประชาชน ภาควิชาเครือข่ายและบุคลากร มีขวัญกำลังใจ จิตอาสา คุณธรรมจริยธรรม ความรู้ ทักษะ ความสามารถ ข้อมูลพร้อม

“ดุ่มโฮม” หมายถึง หมายถึงกลุ่มองค์กร บุคลากร และภาควิชาเครือข่าย มีความสามัคคี พึ่งพิง เกื้อกูลกัน รวมตัว รวมพลัง ร่วมเป็นเจ้าของ การเรียนรู้ ควบคู่การพัฒนาชุมชน เป็นเจ้าภาพปัญหาสุขภาพ

จากภูมิปัญญาท้องถิ่นบริบทอีสาน ดังกล่าวนำไปสู่การขับเคลื่อนเชิงกลยุทธ์เชิงผลลัพธ์ด้วย “นวัตกรรมสุขภาพชุมชน ๕ ระดับ” คือ “ดุ่มโฮม เบ่งแ่ง ฮักแพง แบ่งปัน หมั่นยืน” ที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคและภัยสุขภาพ ตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน หรือ SDGs

องค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด จึงคาดหวังว่าเมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ ๕ ปี ในปี พ.ศ. ๒๕๗๐ องค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด จะเป็นต้นแบบระดับชาติของการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด เพื่อการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนทุกภาคส่วน การรับประกันความต่อเนื่องของการจัดบริการด้านสุขภาพให้กับประชาชน และการพัฒนาคุณภาพของการบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิที่สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่อย่างแท้จริง

กฎหมายวิชาชีพด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง (พยาบาล, แพทย์แผนไทย, สาธารณสุขชุมชน)

การพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศไทยมีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการบริหารงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บริการสุขภาพครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น หนึ่งในแนวทางสำคัญคือการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขจากกระทรวงสาธารณสุขไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามนโยบายกระจายอำนาจของรัฐบาล ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อให้การบริหารงานด้านสุขภาพสอดคล้องกับความต้องการของประชาชนในพื้นที่

องค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด เป็นหนึ่งในหน่วยงานที่ได้รับการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข โดยบุคลากรสาธารณสุข รวมถึงพยาบาลวิชาชีพและนักวิชาการสาธารณสุข ต้องปรับตัวให้สอดคล้องกับโครงสร้างการบริหารที่เปลี่ยนแปลงไป อย่างไรก็ตาม การปฏิบัติงานของบุคลากรที่ถูกถ่ายโอนยังคงต้องอยู่ภายใต้กรอบของพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. ๒๕๒๘ พระราชบัญญัติวิชาชีพสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๓ และ พระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖ รวมถึงกฎหมายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างองค์กรอาจส่งผลกระทบต่อบทบาท หน้าที่ และขอบเขตการปฏิบัติงานของพยาบาล และนักวิชาการสาธารณสุขที่ถูกถ่ายโอน ทำให้เกิดข้อคำถามเกี่ยวกับ สิทธิ หน้าที่ และความรับผิดชอบทางกฎหมาย ในการให้บริการสุขภาพภายใต้โครงสร้างของ อบต. โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การให้บริการปฐมภูมิ การป้องกันและควบคุมโรค การดูแลสุขภาพในชุมชน และการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานที่รวมศาสตร์การแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย ซึ่งเป็นภารกิจหลักของพยาบาลและนักสาธารณสุขชุมชน

นอกจากนี้ ยังมีประเด็นเกี่ยวกับ มาตรฐานวิชาชีพ แนวทางการปฏิบัติงาน และการบูรณาการบทบาทระหว่างพยาบาลและนักวิชาการสาธารณสุข และแพทย์แผนไทย ซึ่งต้องอาศัยความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับขอบเขตหน้าที่ตามกฎหมาย ทั้งสามวิชาชีพต่างมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพประชาชนในระดับชุมชน และต้องทำงานร่วมกันภายใต้กรอบกฎหมายที่กำหนด ดังนั้น กฎหมายวิชาชีพพยาบาลและกฎหมายวิชาชีพสาธารณสุขชุมชนในบริบทของบุคลากรที่ถูกถ่ายโอนมายังองค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ดจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับบทบาททางกฎหมาย แนวทางการปฏิบัติงาน และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในแง่ของบุคลากรสาธารณสุขเองและประชาชนที่รับบริการ



กฎหมายวิชาชีพพยาบาล



กฎหมายวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน



กฎหมายวิชาชีพแพทย์แผนไทย

สิทธิผู้ป่วย

การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขจากกระทรวงสาธารณสุขไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่งผลให้บุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และแพทย์แผนไทย และบุคลากรสายวิชาชีพอื่นๆ ต้องปรับตัวให้สอดคล้องกับโครงสร้างการบริหารที่เปลี่ยนแปลงไป อย่างไรก็ตาม แม้การบริหารจัดการจะเปลี่ยนไป แต่สิทธิของผู้ป่วยยังคงต้องได้รับการคุ้มครองตาม "คำประกาศสิทธิผู้ป่วย" ซึ่งกำหนดขึ้นโดยสภาวิชาชีพและหน่วยงานด้านสาธารณสุข เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม มีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ดังนั้น บุคลากรที่ถูกถ่ายโอนมายังองค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ดจำเป็นต้องตระหนักถึงข้อกำหนดทางจริยธรรมและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องและสอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ โดยไม่กระทบต่อสิทธิของประชาชนที่รับบริการสุขภาพในพื้นที่



คำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากกระบวนการ และตระหนักถึงความสำคัญของการให้ความร่วมมือกับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ แพทย์สภา สถานพยาบาล สถานศึกษา หันตแพทย์สภา สมาคมทันตแพทย์ และคณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะ จึงได้ร่วมกันออกประกาศรับรองสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย ไว้ดังต่อไปนี้

• สิทธิของผู้ป่วย •

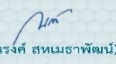
1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิขั้นพื้นฐานที่จะได้รับการรักษาพยาบาลและการดูแลด้านสุขภาพตามมาตรฐานวิชาชีพจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติตามทัศนคติทางเชื้อชาติ ศาสนา ฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม หรือเพศ
2. ผู้ป่วยที่ขอรับการรักษามีสิทธิได้รับทราบข้อมูลที่เป็นจริงและเพียงพอเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การตรวจ การรักษา ผลดีและผลเสียจากการตรวจ การรักษาจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ด้วยภาษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่ในกรณีฉุกเฉิน อันจำเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อชีวิต
3. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือหรือช่วยเหลือจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่ต้องคำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่
4. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบชื่อ สกุล และวิชาชีพของผู้ให้การรักษายาบาลแก่ตน
5. ผู้ป่วยมีสิทธิขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มีได้เป็นผู้ให้การรักษายาบาลแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพหรือเปลี่ยนสถานพยาบาลได้ ทั้งนี้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ของสิทธิการรักษาของผู้ป่วยที่มีอยู่
6. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการปกปิดข้อมูลของตนเอง เว้นแต่ผู้ป่วยจะให้ความยินยอมหรือเป็นการปฏิบัติตามหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อประโยชน์โดยตรงของผู้ป่วยหรือตามกฎหมาย
7. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้เข้าร่วมหรือผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ
8. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษายาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอตามขั้นตอนของสถานพยาบาลนั้น ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิหรือข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลของผู้อื่น
9. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้ปกครองทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

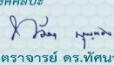
• ข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย •

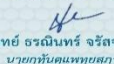
1. สอบถามเพื่อทำความเข้าใจข้อมูลและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นก่อนลงนามให้ความยินยอม หรือไม่ยินยอมรับการตรวจวินิจฉัยหรือการรักษาพยาบาล
2. ให้ข้อมูลด้านสุขภาพและข้อเท็จจริงต่างๆ ทางกายภาพที่เป็นจริงและครบถ้วนแก่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพในกระบวนการรักษายาบาล
3. ให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามคำแนะนำของคำแนะนำของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรักษายาบาล ในกรณีที่ไม่สามารถปฏิบัติตามได้ให้แจ้งผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพทราบ
4. ให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของสถานพยาบาล

5. ปฏิบัติต่อผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ป่วยรายอื่น รวมทั้งผู้ที่มาเยี่ยมเยียน ด้วยความสุภาพให้เกียรติและไม่กระทำการที่รบกวนผู้อื่น
6. แจ้งสิทธิการรักษาพยาบาลพร้อมหลักฐานที่ตนมีให้เจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องทราบ
7. ผู้ป่วยพึงรับทราบข้อเท็จจริงทางการแพทย์ ดังต่อไปนี้
 - 7.1 ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่ได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานและจริยธรรม ย่อมได้รับความคุ้มครองตามที่กฎหมายกำหนดและมีสิทธิได้รับความคุ้มครองจากการถูกกล่าวหาโดยไม่เป็นธรรม
 - 7.2 การแพทย์ในขั้นนี้ หมายถึง การแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งได้รับการพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์ โดยองค์ความรู้ในขณะนั้นว่ามีประโยชน์มากกว่าโทษสำหรับผู้ป่วย
 - 7.3 การแพทย์ไม่สามารถให้การวินิจฉัย ป้องกัน หรือรักษาให้หายได้ทุกโรคหรือทุกสภาวะ
 - 7.4 การรักษาพยาบาลทุกชนิดมีความเสี่ยงที่จะเกิดผลอันไม่พึงประสงค์ได้นอกจากนี้ เหตุสุดวิสัยอาจเกิดขึ้นได้ แม้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพจะมีความระมัดระวังอย่างเพียงพอ ตามภาวะวิสัยและพฤติการณ์ในการรักษายาบาลนั้นๆ แล้ว
 - 7.5 การตรวจเพื่อการคัดกรอง วินิจฉัย และติดตามการรักษาโรค อาจให้ผลที่คลาดเคลื่อนได้ด้วยข้อจำกัดของเทคโนโลยีที่ใช้ และปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ ที่ไม่สามารถควบคุมได้ตามมาตรฐานการปฏิบัติงาน
 - 7.6 ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพมีสิทธิใช้ดุลพินิจในการเลือกกระบวนการรักษายาบาลตามหลักวิชาการทางการแพทย์ ตามความสามารถและข้อจำกัดตามภาวะวิสัยและพฤติการณ์ที่มีอยู่ รวมทั้งการปรึกษาหารือข้อต่อโดยคำนึงถึงสิทธิและประโยชน์โดยรวมของผู้ป่วย
 - 7.7 เพื่อประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วย ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอาจให้คำแนะนำหรือข้อต่อผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาตามความเหมาะสม ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องไม่อยู่ในสภาวะถูกเฝ้าจับตามองอันจำเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อชีวิต
 - 7.8 การปกปิดข้อมูลด้านสุขภาพ และข้อเท็จจริงต่างๆ ทางกายภาพของผู้ป่วยต่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ อาจส่งผลเสียต่อกระบวนการรักษายาบาล
 - 7.9 ห้องฉุกเฉินของสถานพยาบาล ใช้สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินอันจำเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อชีวิต

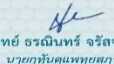
ประกาศ ณ วันที่ 12 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2558


 (นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์)
 ปลัดกระทรวงสาธารณสุข
 ประธานคณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะ

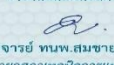

 (ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา)
 นายกแพทยสภา


 (รองศาสตราจารย์ ดร.ทศนา บุญทอง)
 นายกสภาการพยาบาล


 (รองศาสตราจารย์พิเศษ ภก.กิตติ พิทักษ์นิตินันท์)
 นายกสภาเภสัชกรรม


 (ทันตแพทย์ ธรณินทร์ จรัสจรัสเกียรติ)
 นายกทันตแพทย์สภา


 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กานดา ชัยภิญโญ)
 นายกสภากายภาพบำบัด


 (รองศาสตราจารย์ ทนพ.สมชาย วิริยะยุทธกว)
 นายกสภาเทคนิคการแพทย์

แนวปฏิบัติในการให้บริการและการส่งเสริมสุขภาพ (CPG)

ตามที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ดได้รับถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน ๒๒๙ แห่ง ในส่วนของระบบปฐมภูมิ (Primary Care) มุ่งเน้นการสร้างระบบปฐมภูมิที่เข้มแข็งจึงได้พัฒนาระบบธรรมาภิบาลองค์กรคุณภาพที่ต้องมีการจัดระบบบริการสุขภาพโดยรวมที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการ และบริการที่เป็นองค์รวมต่อเนื่อง มีการให้บริการปฐมภูมิระดับบุคคลและครอบครัวแบบผสมผสานภายใต้แนวคิด “รพ.สต.ติดดิน” ซึ่งการจัดบริการนั้นมีผลต่อความพึงพอใจ ความมั่นใจ ในการเข้ารับบริการระดับปฐมภูมิ รวมถึงการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงระบบการส่งต่อเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างมีคุณภาพไร้รอยต่อ กองสาธารณสุของค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด ได้จัดทำแนวทางปฏิบัติในการให้บริการและการส่งเสริมสุขภาพสำหรับ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ดขึ้น ตามคู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๖ ส่วนที่ ๕ ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ได้แก่ OPD ER ANC WCC NCD การให้คำปรึกษา การจัดการบริการทันตสาธารณสุข/ทันตกรรม การบริการแพทย์แผนไทย/กายภาพบำบัด และการบริการในชุมชน เพื่อให้บุคลากรเกิดความเข้าใจในมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยให้เป็นแนวทางเดียวกันภายใต้มาตรฐานสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

ระบบบริการ	แนวปฏิบัติในการให้บริการและการส่งเสริมสุขภาพ
OPD	การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการ รพ.สต. การดูแลผู้ป่วย Asthma การดูแลผู้ป่วย COPD การให้บริการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ การคัดกรอง/ค้นหาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง การให้บริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การให้บริการวางแผนครอบครัว การให้บริการสุขภาพคลินิกโรคภัยไข้เจ็บผู้ป่วยทั่วไป
ER	การใช้ยาช่วยชีวิตฉุกเฉิน การช่วยเหลือชีวิตขั้นพื้นฐาน (Basic Life Support) การดูแลและการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (STROKE) การดูแลและส่งต่อผู้ป่วย STEMI การดูแลผู้ป่วย SEPSIS การดูแลและส่งต่อผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (HEAD INJURY) การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ Hypoglycemia การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง Hyperglycemia

ระบบบริการ	แนวปฏิบัติในการให้บริการและการส่งเสริมสุขภาพ
ANC	การฝากครรภ์ การดูแลหญิงหลังคลอด
WCC	การให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ๐-๕ ปี
NCD	การคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิต การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (STROKE)
การให้คำปรึกษา	การดูแลผู้เสพติดผลิตภัณฑ์ยาสูบ การดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน การให้การช่วยเหลือเด็ก สตรี และบุคคลในครอบครัวที่ถูกกระทำรุนแรง การคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (๒Q Plus) การดูแลด้านจิตใจวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อม การดูแลผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายและ ผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด
การจัดบริการทันตสาธารณสุข/ทันตกรรม	งานทันตกรรมป้องกัน
การบริการแพทย์แผนไทย	งานแพทย์แผนไทย
การบริการในชุมชน	การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative Care) การดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ผู้พิการในชุมชน การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมารับบริการต่อเนื่อง การดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในชุมชน

สำหรับแนวปฏิบัติในการให้บริการและการส่งเสริมสุขภาพ
สำหรับสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี
และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหาร-
ส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด ประกาศใช้เมื่อวันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๖๖
ดำเนินการส่งลงพื้นที่ตามหนังสือที่ รอ ๕๑๐๐๖.๒/ว๑๓๒๐
ลงวันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๖๖ รายละเอียดเพิ่มเติมตาม QR CODE



การให้บริการตามกรอบวิชาชีพพยาบาลและสาธารณสุขชุมชน

หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นด่านแรกของระบบบริการสุขภาพที่ให้การดูแลประชาชนโดยยึดหลักการให้บริการตามกรอบวิชาชีพและการรักษาโรคเบื้องต้นอย่างเหมาะสม เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพปลอดภัย และสอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในหน่วยบริการเหล่านี้มีบทบาทสำคัญในการตรวจวินิจฉัยโรคเบื้องต้น ให้คำแนะนำด้านสุขภาพ รวมถึงให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้นที่เหมาะสมกับขอบเขตของการดูแล พร้อมทั้งส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลระดับที่สูงขึ้นเมื่อจำเป็น ทั้งนี้ การให้บริการดังกล่าวยังเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ควบคู่ไปกับการรักษา เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยยึด พรบ.วิชาชีพการพยาบาลตามข้อบังคับสภาการพยาบาล ว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.๒๕๖๔ หน้า ๒๘ ลงวันที่ ๑๐ มีนาคม ๒๕๖๔ หมวด ๓ การรักษาโรคเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรค และพรบ.วิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน ว่าด้วยข้อบังคับสภาการสาธารณสุขชุมชน ว่าด้วยหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการตรวจประเมินและการบำบัดโรคเบื้องต้น การดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และการวางแผนครอบครัว พ.ศ.๒๕๖๓ หน้า ๙๒ ลงวันที่ ๓ สิงหาคม ๒๕๖๓ ดังรายละเอียด ดังนี้

กำหนดขอบเขตโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดกองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด

พรบ.วิชาชีพการพยาบาล	พรบ.วิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน
ข้อบังคับสภาการพยาบาล ว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.๒๕๖๔ หน้า ๒๘ ลงวันที่ ๑๐ มีนาคม ๒๕๖๔ หมวด ๓ การรักษาโรคเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรค	ข้อบังคับสภาการสาธารณสุขชุมชน ว่าด้วยหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการตรวจประเมินและการบำบัดโรคเบื้องต้น การดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และการวางแผนครอบครัว พ.ศ. ๒๕๖๓ หน้า ๙๒ ลงวันที่ ๓ สิงหาคม ๒๕๖๓
๑. ไข้ตัวร้อน	๑. ไข้ตัวร้อน
๒. ไข้และมีผื่นหรือจุด	๒. ไข้และมีผื่นหรือจุด
๓. ปวดท้อง	๓. ปวดท้อง
๔. ท้องผูก	๔. ท้องผูก
๕. ท้องเดิน	๕. ท้องเดิน
๖. คลื่นไส้อาเจียน	๖. คลื่นไส้อาเจียน
๗. โรคไข้หวัด	๗. โรคหวัด
๘. อาหารเป็นพิษ	๘. อาหารเป็นพิษ
๙. โรคขาดสารอาหาร	๙. โรคขาดสารอาหาร
๑๐. ไอ	๑๐. โรคผิวหนัง
๑๑. ปวดศีรษะ	๑๑. แผลในช่องปาก
๑๒. ปวดเมื่อย	๑๒. การชะล้างบาดแผล

๑๓. การอักเสบต่าง ๆ	๑๓. การให้น้ำเกลือผู้ป่วยอาเจียนจากการสูญเสียสมดุลของสารน้ำในร่างกาย
๑๔. โลหิตจาง	๑๔. ภาวะช็อกจากการสูญเสียสมดุลของสารน้ำในร่างกาย
๑๕. ดีซ่าน	๑๕. การทำคลอดปกติในภาวะฉุกเฉิน
๑๖. ไข้จับสั่น	๑๖. กระดูกหัก
๑๗. ปวดเอว	๑๗. ข้อเคล็ด
๑๘. โรคพยาธิลำไส้	๑๘. ข้อเคลื่อน
๑๙. โรคบิด	๑๙. ไฟไหม้
๒๐. ปวดหลัง	๒๐. น้ำร้อนลวก
๒๑. โรคหัด	๒๑. การช่วยฟื้นคืนชีพ
๒๒. โรคสุกใส	๒๒. เยื่อบุตาแดงที่ไม่สาหัส และในตำแหน่งที่ไม่เป็นอันตราย
๒๓. โรคคางทูม	
๒๔. โรคไทรอยด์	
๒๕. โรคผิวหนังเห็บหมา	
๒๖. ปวดฟัน	
๒๗. เหนื่อยออักเสบ	
๒๘. เจ็บตา	
๒๙. เจ็บหู	
๓๐. โรคติดต่อตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข	
๓๑. ภาวะแท้งคุกคามหรือหลังแท้งแล้ว	
๓๒. การให้ภูมิคุ้มกันโรคแก่บุคคลทั่วไป หญิงมีครรภ์ หญิงหลังคลอด ทารกและเด็ก	

การให้บริการตามกรอบวิชาชีพแพทย์แผนไทย

การให้บริการตามข้อกำหนดของวิชาชีพแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนไทย เป็นภูมิปัญญาซึ่งบรรพบุรุษของไทยได้สั่งสมสืบทอดกันมายาวนาน มีความพยายามในการธำรงรักษาภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยของชาติมาตั้งแต่อดีต มีการรวบรวมตำรายาที่ดีและจารึกไว้ในแผ่นหิน ประดับตามผนังศาลาวิไลสำคัญต่างๆ เมื่อเริ่มมีการแพทย์แผนตะวันตกเข้ามาในประเทศไทย การแพทย์แผนไทยยังคงมีบทบาทในการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยมีการพัฒนาการแพทย์แผนไทยยุคใหม่ เรียกว่า “การแพทย์แผนไทยประยุกต์” คือการนำความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์และวิทยาศาสตร์การแพทย์เข้ามาประยุกต์เพื่ออธิบายและพัฒนาการแพทย์แผนไทย

ศาสตร์การแพทย์แผนไทย ประกอบด้วย

๑. เวชกรรมแผนไทย เป็นการตรวจและรักษาโรคด้วยทฤษฎีการแพทย์แผนไทย
๒. เกษตรกรรมแผนไทย เป็นการปรุ้งยาและผลิตยาสมุนไพรสำหรับรักษาโรค

๓. หัตถเวชกรรมแผนไทย เป็นการบำบัดรักษาด้วยหัตถการ

๔. ผดุงครรภ์ เป็นศาสตร์การดูแลหญิงตั้งครรภ์ การทำคลอด การดูแลหญิงหลังคลอด รวมทั้งการดูแลทารกแรกเกิด

การแพทย์แผนไทยประยุกต์ (Applied Thai Traditional Medicine)

การรักษาด้านการแพทย์แผนไทยประยุกต์ จะรวบรวมและประมวลข้อมูลตามแนวคิดและทฤษฎีการแพทย์แผนไทยว่าด้วยเรื่องธาตุ เช่น คัมภีร์โรคนิทาน คัมภีร์สมุฏฐานวินิจฉัย คัมภีร์ธาตุวิภังค์ คัมภีร์ธาตุวิवरณ์ คัมภีร์วิสุทธิมรรค ซึ่งกล่าวไว้ว่าร่างกายมนุษย์ประกอบขึ้นจากธาตุทั้ง ๔ ได้แก่ ธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลมและธาตุไฟ โดยมนุษย์แต่ละคนจะมีส่วนประกอบธาตุต่างๆที่ไม่เหมือนกัน แต่จะมีธาตุใดธาตุหนึ่งเป็นใหญ่ เรียกว่าธาตุเจ้าเรือน ของคนๆนั้น แต่ธาตุเจ้าเรือนซึ่งมีมาแต่เกิดจะมีการเปลี่ยนแปลงได้ตามกาลเวลา ปัจจัยที่มีอิทธิพลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ อายุ ฤดูกาล กาลเวลา ถิ่นที่อยู่และมูลเหตุการเกิด โรคที่เกิดจากพฤติกรรม หากเกิดความไม่สมดุลของธาตุที่เป็นองค์ประกอบขึ้นเมื่อใด ก็เกิดโรคหรือความเจ็บป่วยขึ้น เมื่อแพทย์แผนไทยประยุกต์ให้การวินิจฉัยโรคแล้ว จะวางแผนการบำบัดรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยให้ผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยวิธีการดังนี้

๑.การใช้ยาสมุนไพร อาจเป็นการปรุยาสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ยาต้มหรือจ่ายยาสำเร็จรูปที่ผลิตได้ในรูปแบบต่างๆ เช่น ยาลูกกลอน ยาเม็ด ยาแคปซูล เป็นต้น

๒.การใช้หัตถการ/วิถีทางการแพทย์แผนไทย เช่น การนวด การประคบสมุนไพร การอบไอน้ำสมุนไพร การทาบหม้อเกลือ การนึ่งถ่าน การพอกผิว เป็นต้น

๓.การให้คำแนะนำในเรื่องต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยและการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การปฏิบัติตัว การบริหารร่างกาย การรับประทานอาหาร การปรับพฤติกรรม เป็นต้น

กลุ่มอาการที่สามารถรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ได้แก่

๑.กลุ่มการปวดบริเวณต่างๆ เช่น ปวดศีรษะ คอแข็งตึง ปวดต้นคอ,คอตกหมอน ปวดสะบัก/บ่า,ปวดไหล่, หัวไหล่ติด ปวดแขน,ข้อศอก,ข้อมือ,ข้อนิ้วมือ,ปวดหลัง,ปวดสะโพก,ปวดขา,ปวดเข่า,เข่าบวม,เหน็บชา,ตะคริวนอง,ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการเล่นกีฬา,กล้ามเนื้ออ่อนแรง,กล้ามเนื้อเกร็ง,ปวดข้อเท้า/ส้นเท้า,ข้อเท้าแพลง

๒.ท้องผูก,นอนไม่หลับ,ไข้หวัด,คัดจมูก, หอบหืด,ภูมิแพ้

๓.อัมพฤกษ์ ,อัมพาต

๔.สตรีหลังคลอดน้ำคาวปลาไม่เดิน, คัดตึงเต้านม, น้ำนมไหลน้อย เป็นต้น

การให้บริการงานทันตสาธารณสุข

หลักการทำงานด้านทันตสาธารณสุข คือ มุ่งเน้นงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และงานบริการปฐมภูมิเป็นหลัก โดยเน้นการปฏิบัติงานเชิงรุกร่วมกับ ทีมหมอครอบครัว สหวิชาชีพ ชุมชน และภาคีเครือข่ายจากองค์กรต่างๆ ในการดูแลสุขภาพช่องปากร่วมกับการดูแลสุขภาพองค์รวมแบบผสมผสานต่อเนื่องแก่ประชาชนทุกกลุ่มวัย ตั้งแต่เด็กแรกเกิด เด็กปฐมวัย เด็กวัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน และผู้สูงอายุ รวมทั้งประชาชนกลุ่มพิเศษที่มีความเฉพาะของปัญหาด้านสุขภาพช่องปาก ทั้งหญิงมีครรภ์ ผู้พิการ ผู้ป่วยและผู้มีภาวะพึ่งพิง รวมถึงมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพประชาชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ตามหลักการพึ่งพิงรวมถึงมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพประชาชนทั้งในระดับ

บุคคล ครอบครัว และชุมชน ตามหลักการทำงานของคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster : PCC) บทบาทหน้าที่แบ่งเป็น ๔ ด้าน ดังต่อไปนี้

ด้านที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพและเฝ้าระวังทันตสุขภาพตามกลุ่มวัย

กลุ่มที่ ๑ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์

๑) การจัดระบบบริการทันตกรรมป้องกัน

๑.๑ การจัดทำฐานข้อมูลสุขภาพช่องปากหญิงตั้งครรภ์ให้ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน

๑.๒ การตรวจสุขภาพช่องปาก และให้ทันตสุขศึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์

๑.๓ การฝึกแปรงฟันแก่หญิงตั้งครรภ์และ Plaque Control Program

๑.๔ ให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากของมารดาขณะตั้งครรภ์ และเด็กทารกหลังคลอด การใช้ยาจำพวกเตตราไซคลีนของหญิงตั้งครรภ์ในไตรมาสแรก และระยะให้นมบุตรที่มีผลต่อการสร้างหนองฟันน้ำนม และฟันแท้ของลูก ทำให้ฟันเปลี่ยนสี เคลือบฟันไม่แข็งแรง เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ

๑.๕ ให้ทันตสุขศึกษาการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง การดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก การเลี้ยงดูลูก และโภชนาการเด็ก

๑.๖ การติดตามเยี่ยมบ้านหลังคลอด

๒) สร้างเครือข่ายการเรียนรู้กิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพ เช่น ส่งเสริม สนับสนุน ให้มีกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพในหญิงมีครรภ์

กลุ่มที่ ๒ เด็กก่อนวัยเรียน (กลุ่มอายุ ๐-๕ ปี) แบ่งเป็น

๒.๑ กลุ่มอายุ ๐-๒ ปี (ในคลินิกเด็กดี wcc)

๑) การจัดระบบบริการทันตกรรมป้องกัน

๑.๑ การจัดทำฐานข้อมูลสุขภาพช่องปากเด็กให้ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน

๑.๒ ให้ความรู้ในการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์/หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ และฝึกปฏิบัติการเช็ดทำความสะอาดช่องปาก การแปรงฟันที่ถูกวิธี สำหรับเด็กแก่ผู้ปกครอง

๑.๓ การตรวจสุขภาพช่องปากเด็ก /ประเมินความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ

๑.๔ ให้ทันตสุขศึกษาและฝึกปฏิบัติพ่อแม่ ผู้ปกครองเช็ดทำความสะอาด/แปรงฟันที่ถูกวิธีให้เด็ก/ให้ความรู้ เรื่องอาหาร/นม ขนม ที่เหมาะสมสำหรับเด็กแก่ผู้ปกครอง

๑.๕ จัดบริการทาฟลูออไรด์วานิช เพื่อป้องกันโรคฟันผุแก่เด็กที่มีความเสี่ยง

๑.๖ การส่งต่อเด็กที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากไปรับบริการที่โรงพยาบาลชุมชน

๑.๗ การติดตามเยี่ยมบ้านเด็กกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคในช่องปาก เช่น พิกการ ฐานะยากจน อยู่กับผู้สูงอายุ เป็นต้น

๒) สร้างเครือข่ายการเรียนรู้กิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพ เช่น ส่งเสริม สนับสนุน ให้มีกิจกรรมส่งเสริมทันต

สุขภาพในกลุ่มอายุ ๐-๒ ปี

๒.๒ กลุ่มเด็กอายุ ๓-๕ ปี (ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก/โรงเรียนอนุบาล)

๑) จัดระบบบริการทันตกรรมป้องกัน

- ๑.๑ จัดทำฐานข้อมูลสุขภาพช่องปากเด็กครบถ้วน ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน
- ๑.๒ การตรวจสุขภาพเด็ก ใน ศพด./รร.อนุบาล
- ๑.๓ การจัดบริการทาฟลูออไรด์วานิช เพื่อป้องกันโรคฟันผุในเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนอนุบาล และชุมชน

๑.๔ ส่งเสริมการจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์

๑.๕ การให้ทันตสุขศึกษาในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก/โรงเรียนอนุบาล

๑.๖ การติดตามเยี่ยมบ้านเด็กกลุ่มเสี่ยงสูงของโรคในช่องปากเช่น พิกการ ฐานะยากจน อยู่กับผู้สูงอายุ เป็นต้น

๒) สร้างเครือข่ายการเรียนรู้กิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพ

๒.๑ พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก/ครูอนุบาลในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เช่น การแปรงฟันที่ถูกต้อง การตรวจและเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ การจัดอาหารว่างที่มีประโยชน์ต่อฟัน การจัดกระบวนการเรียนรู้การเลิกลูกอมจากขวด งดนมหวานและขนมกรุบกรอบ

๒.๒ พัฒนาศักยภาพ พ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็ก ให้สามารถดูแลสุขภาพช่องปากเด็กได้อย่างเหมาะสม มีความรู้ และทักษะที่ถูกต้อง ในการดูแล ควบคุม ป้องกันโรคในช่องปาก โดยเน้นการฝึกทักษะการแปรงฟันให้เด็กเล็กอย่างถูกวิธี

๒.๓ พัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปาก เช่น การศึกษาชุมชน การวิเคราะห์ชุมชน สร้างทีม ให้สำคัญกับการจัดกระบวนการเรียนรู้และการจัดกิจกรรมโครงการใน ชุมชนแบบมีส่วนร่วม มีการสรุป ถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้

๒.๔ ร่วมกับภาคีเครือข่ายในการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียน และในชุมชน

กลุ่มที่ ๓ เด็กวัยเรียน (กลุ่มอายุ ๖-๑๔ ปี) แบ่งเป็น

๓.๑ กลุ่มนักเรียนประถมศึกษา (อายุ ๖-๑๒ปี)

๑) การจัดระบบบริการทันตกรรมป้องกันในโรงเรียนประถมศึกษา

๑.๑ จัดทำฐานข้อมูลสุขภาพช่องปากเด็กครบถ้วน ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน

๑.๒ ตรวจสุขภาพช่องปากนักเรียนทุกคน อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

๑.๓ การจัดบริการทาฟลูออไรด์วานิช เพื่อป้องกันโรคฟันผุ

๑.๔ ให้บริการการเคลือบหลุมร่องฟัน เพื่อป้องกันโรคฟันผุในฟันกรามแท้ หรือส่งต่อในเด็ก ป.๑ ถึง ป.๖

๑.๕ การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียน เช่น การสอนและสาธิตเทคนิคการแปรงฟันที่ถูกวิธีหลังอาหารกลางวันในโรงเรียน

๑.๖ การให้ทันตสุขศึกษาแก่ครูและเด็กนักเรียนประถมศึกษา

๑.๗ การติดตามเยี่ยมบ้านเด็กกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคในช่องปาก เช่น พิการ ฐานะยากจน อยู่กับผู้สูงอายุ เป็นต้น

๒) สร้างเครือข่ายการเรียนรู้กิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพ

๒.๑ พัฒนาศักยภาพครูในโรงเรียนประถมศึกษาในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เช่น การตรวจและเฝ้าระวัง การแปรงฟัน การจัดหาอาหารว่าง การจัดกระบวนการเรียนรู้การดื่มนมหวานและขนมกรุบกรอบ

๒.๒ พัฒนาศักยภาพ พ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็ก ให้สามารถดูแลได้อย่างเหมาะสม มีความรู้และทักษะที่ถูกต้องในการดูแล ควบคุม ป้องกันโรคในช่องปาก

๒.๓ พัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปาก เช่น การศึกษาชุมชน การวิเคราะห์ชุมชน สร้างทีม ให้มีความสำคัญกับการจัดกระบวนการเรียนรู้ และการจัดกิจกรรมโครงการในชุมชนแบบมีส่วนร่วม มีการสรุป ถอดบทเรียน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้

๒.๔ ร่วมกับภาคีเครือข่ายในการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียน และในชุมชน

๓.๒ กลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษา(อายุ ๑๓-๑๘ ปี)

๑) การจัดกิจกรรมส่งเสริมให้เกิดการดูแลสุขภาพช่องปากในโรงเรียนมัธยมศึกษา

๑.๑ จัดทำฐานข้อมูลสุขภาพช่องปากครบถ้วน ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน

๑.๒ ตรวจสุขภาพช่องปากนักเรียน ปีละ ๑ ครั้ง

๑.๓ การให้ทันตสุขศึกษาเน้นการดูแลสุขภาพสะอาดของสุขภาพช่องปากและฝึกปฏิบัติจริงการแปรงฟันที่สะอาดและถูกวิธี

๑.๔ การติดตามเยี่ยมบ้านเด็กกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคในช่องปาก เช่น พิการ ฐานะยากจน อยู่กับผู้สูงอายุ เป็นต้น

๒) สร้างเครือข่ายการเรียนรู้กิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพ

๒.๑ พัฒนาศักยภาพครูโรงเรียนมัธยมศึกษาในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เช่น การตรวจและเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ การแปรงฟันที่ถูกวิธี การจัดหาอาหารว่างที่มีประโยชน์ต่อฟัน การจัดกระบวนการเรียนรู้การงดขนมหวานและอาหารที่มีโทษต่อฟัน

๒.๒ พัฒนาศักยภาพ พ่อ แม่ผู้ปกครองให้สามารถดูแลได้อย่างเหมาะสม มีความรู้และทักษะที่ถูกต้อง ในการดูแล ควบคุมป้องกันโรคในช่องปาก

๒.๓ พัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปาก เช่น การศึกษาชุมชน การวิเคราะห์ชุมชน สร้างทีม ให้ความสำคัญกับการจัดกระบวนการเรียนรู้และการจัดกิจกรรมโครงการในชุมชนแบบมีส่วนร่วม มีการสรุป ถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้

๒.๔ ร่วมกับภาคีเครือข่ายในการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียน และในชุมชน

๓.๓ กลุ่มนักเรียนอุดมศึกษาหรือประชาชนทั่วไป (อายุ ๑๙-๒๔ ปี)

๑) การจัดกิจกรรมส่งเสริมให้เกิดการดูแลสุขภาพช่องปากในโรงเรียนอุดมศึกษา

๑.๑ จัดทำฐานข้อมูลสุขภาพช่องปากครบถ้วน ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน

๑.๒ ตรวจสุขภาพช่องปาก ปีละ ๑ ครั้ง

๑.๓ การให้ทันตสุขศึกษาเน้นการดูแลสุขภาพสะอาดของสุขภาพช่องปาก และฝึกปฏิบัติจริงการแปรงฟันที่สะอาดและถูกวิธี

๑.๔ การติดตามเยี่ยมบ้านเด็กกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคในช่องปาก เช่น พิกการ ฐานะยากจน อยู่กับผู้สูงอายุ เป็นต้น

๑.๕ พัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปาก เช่น การศึกษาชุมชน การวิเคราะห์ชุมชน สร้างทีม ให้ความสำคัญกับการจัดกระบวนการเรียนรู้และการจัดกิจกรรมการส่งเสริมทันตสุขภาพในชุมชนแบบมีส่วนร่วม มีการสรุป ถอดบทเรียน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้

กลุ่มที่ ๔ กลุ่มวัยทำงาน (๒๕-๕๙ ปี)

๑) การจัดกิจกรรมส่งเสริมให้เกิดการดูแลสุขภาพช่องปาก

๑.๑ จัดทำฐานข้อมูลสุขภาพช่องปากครบถ้วน ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน

๑.๒ ตรวจสุขภาพช่องปากปีละ ๑ ครั้ง

๑.๓ การจัดบริการทาฟลูออไรด์วานิชกลุ่มเสี่ยง (โรคฟันผุ เหงือกอักเสบ ภาวะการหลั่งน้ำลายน้อยเกินไป) เพื่อให้ฟันแข็งแรงยิ่งขึ้น

๑.๔ คัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็ง และมะเร็งช่องปาก อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง สำหรับกลุ่มอายุ ๔๐ ปี ขึ้นไป และให้คำแนะนำเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก

๑.๕ การให้ทันตสุขศึกษาเน้นการดูแลสุขภาพสะอาดของสุขภาพช่องปาก และฝึกปฏิบัติจริงการแปรงฟันที่สะอาดและถูกวิธี ให้คำแนะนำในการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อฟันและหลีกเลี่ยงอาหารที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ

๑.๖ การติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคในช่องปาก เช่น พิกการ ฐานะยากจน เป็นต้น

กลุ่มที่ ๕ กลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป)

๑) การจัดระบบบริการทันตกรรมป้องกัน

๑.๑ จัดทำฐานข้อมูลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

๑.๒ ตรวจสอบสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุปีละ ๑ ครั้ง

๑.๓ ฝึกทักษะการทำความสะอาดสุขภาพช่องปากโดยผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล

๑.๔ ให้บริการรักษาสุขภาพช่องปาก หรือส่งต่อผู้สูงอายุเพื่อการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน

๑.๕ การติดตามเยี่ยมบ้าน/ให้สุขศึกษาแก่ผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน/ติดเตียง

๒) สร้างเครือข่ายการเรียนรู้กิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพ

๒.๑ ร่วมกับภาคีสุขภาพจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ ชมรมวัดส่งเสริมสุขภาพ

๒.๒ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากบูรณาการกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตใน Long term care

โครงการพิเศษ การจัดระบบบริการทันตกรรมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในรพ.สต.

- ตรวจสอบสุขภาพช่องปากเจ้าหน้าที่และคืนข้อมูลสุขภาพช่องปากทุกคนปีละ ๑ ครั้ง

- การจัดบริการทันตกรรมพื้นฐานที่ไม่ซับซ้อน ตามความจำเป็น (อุดฟัน, ขูดหินปูน) เจ้าหน้าที่ที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากหรือส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน

ด้านที่ ๒ การรักษาทางทันตกรรม

การรักษาโรคในช่องปากของทันตบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของรัฐ โดยให้อยู่ในดุลพินิจของผู้บังคับบัญชาซึ่งได้มอบหมายให้เป็นลายลักษณ์อักษร และภายใต้การควบคุมของทันตแพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม เป็นผู้ดูแลการปฏิบัติงานของทันตบุคลากร ให้บริการทันตกรรมพื้นฐานที่ไม่ซับซ้อน ตามความจำเป็น เช่น อุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินปูน โดยแบ่งการรักษาเป็นทันตกรรมบำบัดเบื้องต้น และทันตกรรมฉุกเฉิน เพื่อการส่งต่อโรงพยาบาลชุมชน ดังนี้

๑) ทันตกรรมบำบัดเบื้องต้น

- ตรวจ คัดกรอง และวินิจฉัยโรคเบื้องต้น เพื่อจัดการและส่งต่อการรักษาอย่างเหมาะสม
- อุดฟันอย่างง่ายและรอยผุไม่ซับซ้อน
- อุดฟันชั่วคราวเพื่อการส่งต่อ
- ขูดหินปูนและทำความสะอาดฟันเพื่อป้องกันโรคเหงือกอักเสบ
- ถอนฟันน้ำนมที่ขึ้นปกติ ไม่สามารถเก็บรักษาไว้ได้ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนโดยใช้เทคนิคการฉีดยาชาเฉพาะที่ (Local Infiltrate)
- ทำความสะอาดในช่องปาก หรือ แผลภายหลังการถอนฟัน
- บำบัดรักษาเบื้องต้น หรือวางแผนการรักษา เพื่อการส่งต่อโรงพยาบาลชุมชน
- การจัดบริการทันตกรรมพื้นฐานที่ไม่ซับซ้อน ตามความจำเป็นตามกลุ่มวัย เช่น อุดฟัน, ถอนฟัน, ขูดหินปูน ที่ไม่มีปัญหาโรคทางระบบ ที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากหรือส่งต่อ เพื่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน

๒) ทันตกรรมฉุกเฉิน

- บำบัดฉุกเฉินเบื้องต้น เพื่อลดความเจ็บปวดจากโรคในช่องปาก โดยการจ่ายยาแก้ปวด และยาปฏิชีวนะ ตามบัญชียาของหน่วยบริการปฐมภูมิ
- ช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินหรือมีภาวะแทรกซ้อนอันเนื่องมาจากการรักษาทางทันตกรรม ทั้งในช่วงก่อน ระหว่าง และหลังการรักษา หรือส่งต่อ เพื่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน

๓) สัดส่วนการให้บริการทันตกรรม งานทันตสาธารณสุข ร้อยละ ๘๐ งานทันตกรรมร้อยละ ๒๐

ด้านที่ ๓ งานวิชาการสาธารณสุข

การปฏิบัติภารกิจด้านวิชาการของทันตบุคลากร ดำเนินงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

- ๑) ศึกษา สำรวจ เก็บข้อมูลสถานะสุขภาพและสุขภาพช่องปากระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และกลุ่มเป้าหมายพิเศษ รวมทั้งพฤติกรรมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่
- ๒) จัดทำฐานข้อมูลเบื้องต้นที่เกี่ยวข้องกับงานด้านทันตสาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบ
- ๓) ประมวลผล วิเคราะห์ สังเคราะห์ วินิจฉัยปัญหาบนฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน เพื่อเรียบเรียงแนวทางการพัฒนางานและการแก้ไขปัญหาสุขภาพและสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่
- ๔) วางแผนงาน โครงการ ด้วยองค์ความรู้ทางวิชาการและข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งออกแบบกิจกรรมพัฒนาระบบงานทันตสาธารณสุขในพื้นที่แบบบูรณาการ
- ๕) รวบรวม เรียบเรียง จัดทำคู่มือ สื่อ สิ่งพิมพ์ แผ่นพับ เอกสาร เว็บไซต์ เพจ โปรแกรมสารสนเทศต่างๆ เพื่อเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้ ให้คำแนะนำ ให้บริการวิชาการ เป็นวิทยากรฝึกอบรม ถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากแก่ประชาชน
- ๖) ออกแบบ จัดทำแนวทาง คู่มือ หลักเกณฑ์ มาตรฐาน แบบรายงาน โปรแกรมสารสนเทศต่างๆ ระบบและใช้ในการพัฒนาศักยภาพทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง
- ๗) ศึกษา ค้นคว้า วิเคราะห์ วิจัย เพื่อพัฒนานวัตกรรมหรืองานวิจัยทางวิชาการเกี่ยวกับงานด้านทันตสาธารณสุขในระดับพื้นที่
- ๘) พัฒนางานวิชาการเพื่อวางระบบและแนวทางดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว
- ๙) จัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านสุขภาพช่องปากและนำเสนอผู้บริหารหรือผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ
- ๑๐) แลกเปลี่ยน และประสานความร่วมมือด้านวิชาการทางทันตสาธารณสุข กับหน่วยงาน องค์กร ภาควิชา เครือข่ายภาครัฐ - เอกชน และต่างประเทศ
- ๑๑) ส่งเสริมสนับสนุนบุคคล ครอบครัว ชุมชนหรือองค์กรที่เป็นต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปาก

ด้านที่ ๔ การบริหารงานทันตสาธารณสุข

การปฏิบัติการกิจด้านบริหารงานสาธารณสุขของทันตบุคลากร ดำเนินงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

๑) การบริหารแผนงาน โครงการด้านทันตสาธารณสุข

- ออกแบบ วางแผน จัดทำแผนงาน โครงการด้านทันตสาธารณสุขภายใต้ข้อมูลพื้นฐานเชิงวิชาการ เพื่อตอบสนองการแก้ไขปัญหาสุขภาพช่องปากตามบริบทของพื้นที่ และตอบสนองนโยบายของประเทศ
- บริหารแผนงาน โครงการด้านทันตสาธารณสุขให้เป็นไปตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ ภายใต้ระยะเวลาและงบประมาณที่กำหนด โดยจัดทำแผนปฏิบัติการทั้งในและนอกสถานบริการเป็นรายเดือนและรายปี ให้สอดคล้องกับการกิจการส่งเสริม ป้องกัน ฟันฟู
- นิเทศ กำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานแผนงาน โครงการด้านทันตสาธารณสุข ให้ประสิทธิภาพ และประสิทธิผล
- วิเคราะห์และสรุปผลการดำเนินงาน ส่งรายงานผลการปฏิบัติงานแก่ผู้บังคับบัญชา รวมทั้งคืนข้อมูลให้ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อทบทวนพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในพื้นที่

๒) การบริหารระบบข้อมูลสารสนเทศ และสถิติด้านทันตสาธารณสุข

- รวบรวม บันทึก วิเคราะห์ จัดเก็บ ข้อมูลผลงานบริการด้านสุขภาพช่องปาก สภาวะสุขภาพช่องปากพฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง ปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำดื่ม รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ ให้เป็นปัจจุบันด้วยรูปแบบที่เหมาะสม โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปที่พัฒนาขึ้นเองหรือตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
- วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลทางสถิติด้านสุขภาพช่องปากด้วยเงื่อนไขต่างๆ เพื่อใช้ปรับปรุงและพัฒนางานที่รับผิดชอบ

๓) การบริหารวัสดุและครุภัณฑ์ทางทันตกรรม

- จัดทำแผนจัดซื้อและแผนการใช้วัสดุ/ครุภัณฑ์ทางทันตกรรมประจำปี
- จัดทำทะเบียนควบคุม และบริหารคลังวัสดุ/ครุภัณฑ์ทางทันตกรรมให้เพียงพอและเป็นปัจจุบัน
- จัดทำแผน และทะเบียนควบคุมกำกับ การซ่อมบำรุงครุภัณฑ์ทางทันตกรรม

๔) การพัฒนาคุณภาพระบบบริการ

- จัดทำแนวทาง และดำเนินการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในงานบริการทันตกรรมตามเกณฑ์มาตรฐาน IC

๕) การประสานงาน

- ประสานการทำงานร่วมกันทั้งภายในและภายนอกทีมงาน หรือหน่วยงานราชการ องค์กรหรือภาคีเครือข่ายต่างๆ และประชาชน เพื่อสร้างความร่วมมือในการดำเนินงานทันตสาธารณสุขให้เกิดผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมาย

- ประสานงานหน่วยงาน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ได้แก่ สถานศึกษา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข หน่วยงานภาครัฐ/เอกชน NGOs คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมและผลักดันให้เกิดกลไกขับเคลื่อนงานทันตสาธารณสุขในชุมชน
- ประสานงานกับหน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องทุกระดับ (จังหวัด/อำเภอ/ตำบล) เพื่อบูรณาการแผนงานโครงการเชิงนโยบาย ให้เกิดการพัฒนางานทันตสาธารณสุขและการจัดบริการทันตสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ
- ชี้แจงและให้รายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูล ข้อเท็จจริง ความรู้และคำแนะนำด้านสาธารณสุขรวมถึงข้อคิดเห็นในการดำเนินงาน แก่บุคคล ทีมงาน ส่วนรายการหรือภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างความเข้าใจ และความร่วมมือในการดำเนินงานตามที่ได้รับมอบหมาย
- ชี้แจงให้ข้อคิดเห็นในที่ประชุมคณะกรรมการหรือคณะทำงานต่างๆ เพื่อเป็นประโยชน์และเกิดความร่วมมือในการดำเนินงานร่วมกัน

๖) การบริหารงบประมาณ

- วิเคราะห์ ประมาณการ และวางแผนการใช้งบประมาณประจำปี เพื่อจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรค และฟื้นฟูคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปาก ให้แก่ประชาชนในพื้นที่
- ขอสนับสนุนงบประมาณดำเนินการประจำปีจากหน่วยงานและแหล่งทุนต่างๆ ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนหลักประกันสุขภาพ
- บริหารการใช้งบประมาณตามแผนงาน/โครงการที่ได้รับสนับสนุน ทั้งจากเงินงบประมาณและเงินนอกงบประมาณ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับหน่วยงานและประชาชน
- จัดทำทะเบียนการใช้งบประมาณและเอกสารเบิกจ่ายเงินตามระเบียบของแหล่งทุน
- สรุป วิเคราะห์ และรายงานการใช้จ่ายงบประมาณประจำปี เพื่อนำเสนอผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้อง

๗) การบริหารงานบุคคล

- วางแผน และจัดอัตรากำลังทันตบุคลากรให้เพียงพอต่อการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปาก และรักษาโรคเบื้องต้น ให้แก่ประชาชนในพื้นที่
- ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานทันตสาธารณสุขในพื้นที่ ได้แก่ ทีมหมอครอบครัว ทีมสหวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำครอบครัว จิตอาสา เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

แนวทางการให้บริการดูแลต่อเนื่องและการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย

การให้บริการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง เป็นกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านหรือที่หน่วยบริการปฐมภูมิ โดยมี ๔ กลุ่มที่ได้รับการส่งต่อจากหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ดังนี้

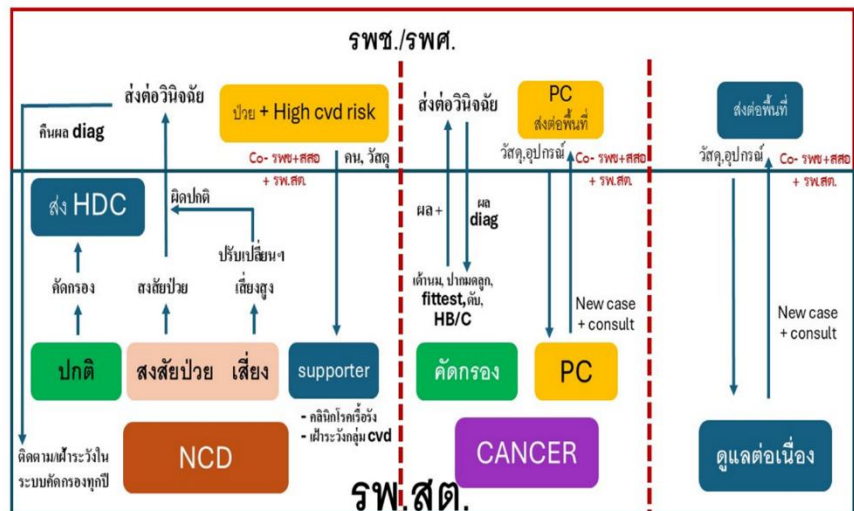
๑) กลุ่มผู้ป่วยระยะท้าย (Palliative care) การดูแลกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่รับการส่งต่อจากโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถออกให้บริการและใช้ระบบ consult แพทย์เมื่อต้องการการดูแลเพิ่มเติม เช่น การต้องการยาฉีดระงับปวด การต้องการอุปกรณ์สำหรับให้ยาต่อเนื่อง หรือการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยทีมแพทย์ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นหน่วยประสานงานระหว่างผู้ป่วยในพื้นที่กับทางโรงพยาบาล

๒) กลุ่มผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) กลุ่มผู้ป่วยระยะกลางที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลหรือถูกส่งต่อมาในพื้นที่ใน ๔ กลุ่มโรค คือ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) การบาดเจ็บที่สมอง (Brain traumatic injury) การบาดเจ็บไขสันหลัง (Spinal cord injury) และภายหลังกระดูกสะโพกหัก (Fracture around the hip) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลออกติดตามเยี่ยมบ้านและให้การดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพตามกลุ่มอาการของผู้ป่วย รวมทั้งใช้ระบบ consult แพทย์เมื่อต้องการการดูแลเพิ่มเติม ดูแลภายใน ๖ เดือน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประเมิน Barthel index และความบกพร่องทุก ๑ เดือน และดูแลครบ ๖ เดือน หากมีคะแนน Barthel index น้อยกว่า ๑๑ คะแนน ให้ประสานทีมแพทย์หรือสหวิชาชีพเพื่อเข้าสู่ระบบการดูแลระยะยาว (Long term care) ต่อไป

๓) กลุ่มผู้ป่วยที่มีแผลขนาดใหญ่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลออกให้บริการประเมินและดูแลบาดแผลร่วมกับเครือข่ายสุขภาพหรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ใช้ระบบ consult แพทย์เมื่อต้องการการดูแลเพิ่มเติม ซึ่งวัสดุ อุปกรณ์การทำแผลให้ญาติเบิกจากโรงพยาบาล โดยการประสานงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนขยะติดเชื้อที่ปนเปื้อนสารคัดหลั่งให้ญาตินำมาทิ้งที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งมีระบบกำจัดขยะติดเชื้อที่ได้มาตรฐาน

๔) กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับการฉีดยาต่อเนื่องทั้งทาง IM. IV. SC. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้บริการกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับการฉีดยาต่อเนื่อง โดยวัสดุ อุปกรณ์มาจากโรงพยาบาลที่ส่งต่อมาให้ใช้ระบบ consult แพทย์เมื่อต้องการการดูแลเพิ่มเติม

การดำเนินงานตามบริบท รพ.สต.ติดดิน



นวัตกรรมสุขภาพชุมชน

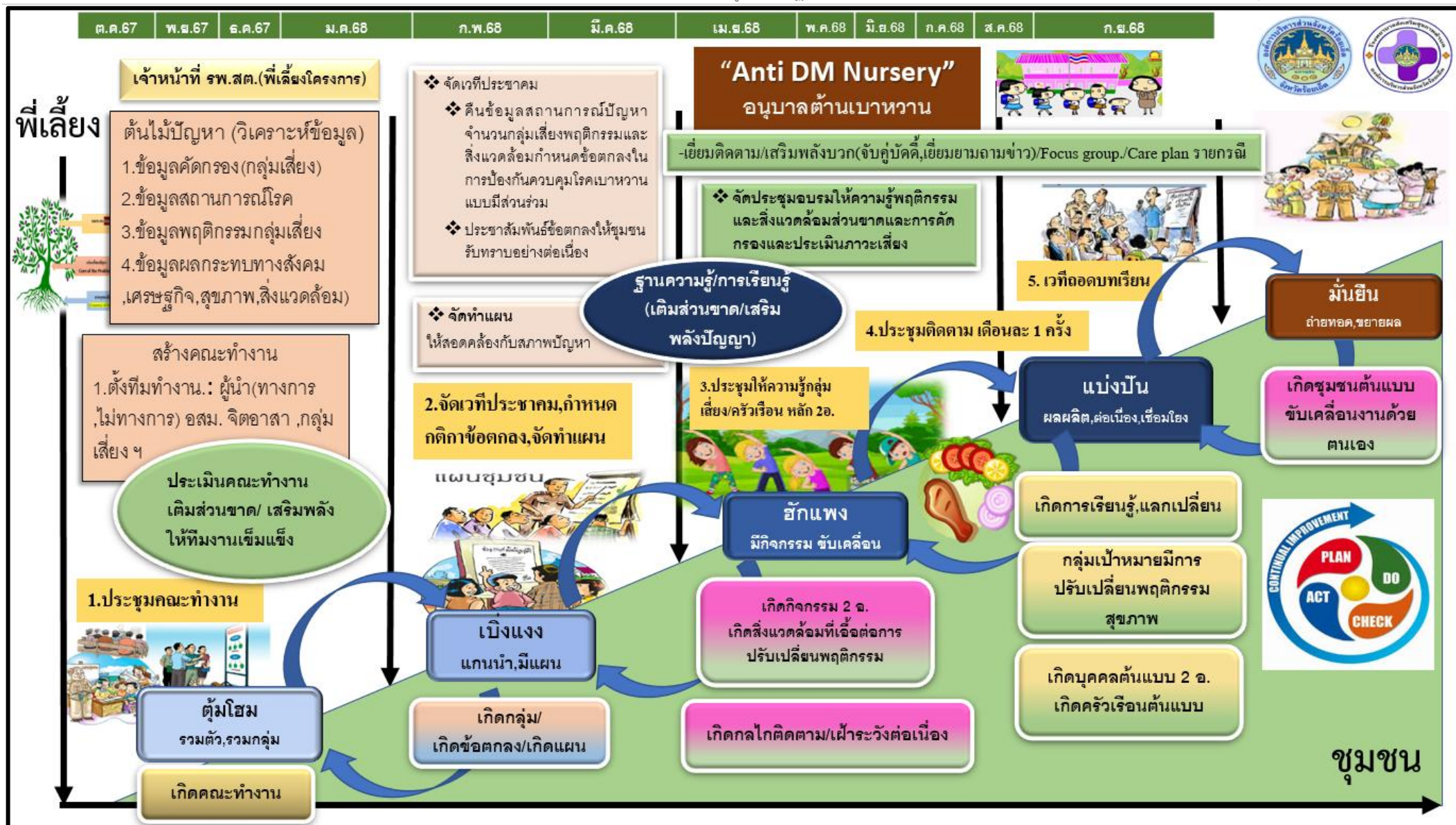
แนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน สอน./รพ.สต. จังหวัดร้อยเอ็ด ปี ๒๕๖๘

โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

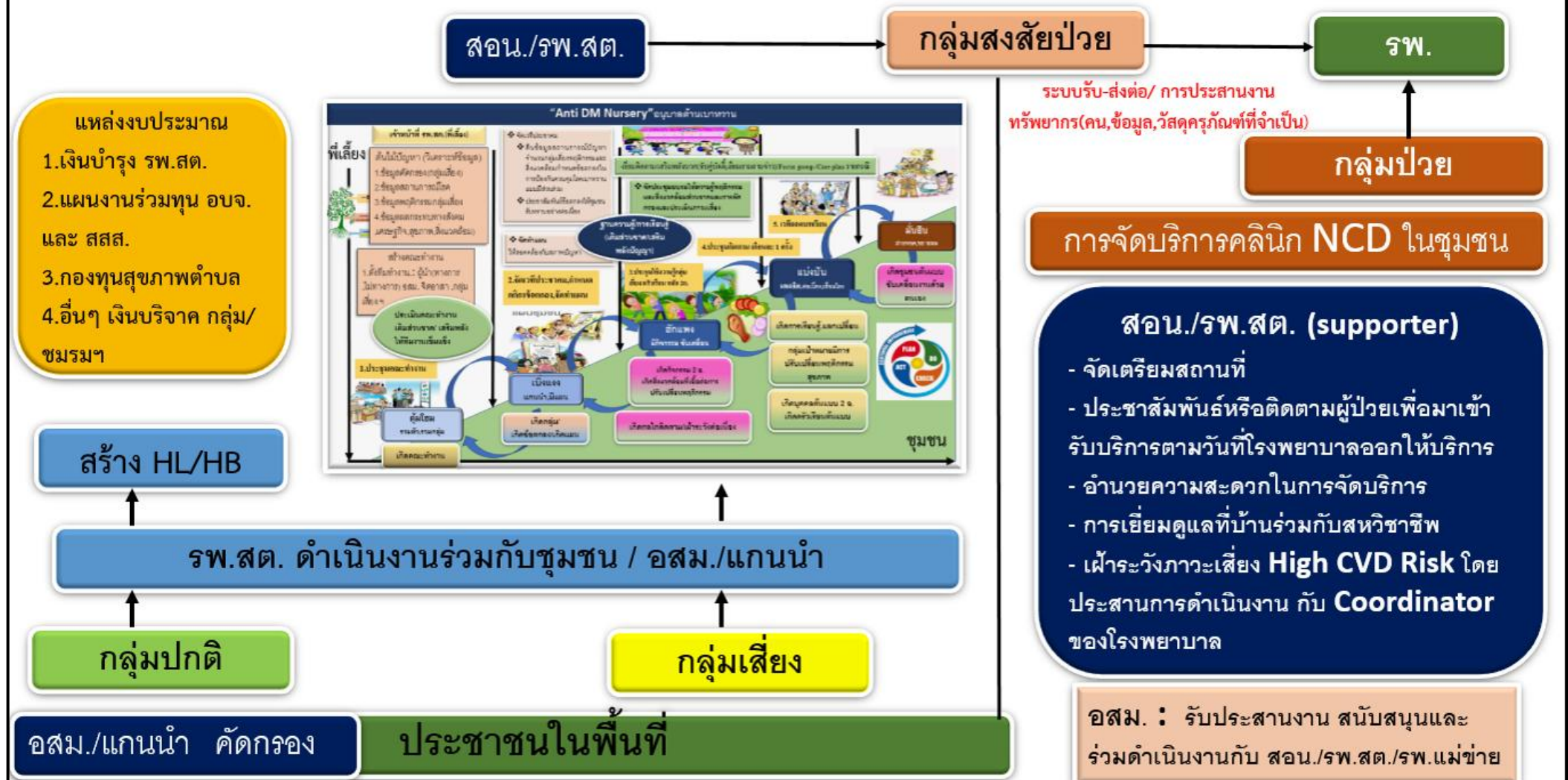
ขั้นตอน	องค์ประกอบและคำอธิบาย	การดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
๑. ตุ่มโฮม : การรวมตัวรวมกลุ่ม ๑.๑ แต่งตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนการดำเนินงานในชุมชน	๑.๑ มีคณะทำงานและมีการประชุมร่วมกัน - มีการรวมกลุ่มและมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน เช่น อปท. รพ.สต. วัด โรงเรียน สถานประกอบการ เป็นต้น ในลักษณะภาคีเครือข่ายการป้องกันและจัดการโรคเบาหวานในชุมชน - มีคณะทำงานขับเคลื่อนการดำเนินงาน - มีการประชุมกำหนดแนวทาง ร่วมคิด ร่วมดำเนินการ และร่วมประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ	จัดตั้งทีมงานในการพัฒนาหมู่บ้าน โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เป็นพี่เลี้ยงโครงการ ดังนี้ ๑. สร้างทีมแกนนำ โดยการคัดเลือกและแต่งตั้งทีมแกนนำคณะทำงาน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ปราชญ์ชาวบ้าน ครู พระภิกษุ อสม. กลุ่มเยาวชน กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มผู้สูงอายุ ฯลฯ ๒. สร้างความเข้าใจและมอบหมายหน้าที่ในการดำเนินงาน โดยให้ความรู้พัฒนาทักษะ ศักยภาพแกนนำ เช่น การประเมินความเสี่ยง การแนะนำให้ความรู้ การเยี่ยมบ้าน การสรุปรายงาน ฯลฯ ๓. จัดเวทีประชาคมเพื่อสร้างความเข้าใจปัญหาสุขภาพของหมู่บ้าน	แหล่งงบประมาณ ๑. รพ.สต. (แผนใช้เงินบำรุงหมวด ๑๑ รายจ่ายอื่นๆ เช่น กิจกรรมอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพแกนนำ) ๒. กองทุนสุขภาพตำบล ๓. อื่นๆ เช่น กองทุนภาคประชาชน กลุ่มแม่บ้าน, สสส.ฯ กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน อย่างน้อย ๓๐ คน/รพ.สต.
๑.๒ ประเมินและวิเคราะห์ชุมชนที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน	๑.๒ รวบรวมและวิเคราะห์สถานการณ์โรคและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในชุมชน - มีการประเมินสถานการณ์ปัญหาโรคเบาหวานหรือโรคเรื้อรังอื่นๆที่เกี่ยวข้องในชุมชน โดยใช้ข้อมูลจากหลายแหล่ง เช่น ข้อมูลจาก รพ.สต./ข้อมูลพฤติกรรมรายบุคคล - มีการสำรวจและการใช้ประโยชน์จากข้อมูลปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงในชุมชน	๑. ศึกษาข้อมูลพื้นฐานหมู่บ้าน ประกอบด้วย ข้อมูลประชากร จำนวนประชากรตามกลุ่มวัย ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมทั่วไป ๒. สถานการณ์โรคเรื้อรัง ย้อนหลังอย่างน้อย ๓ ปี แนวโน้ม อัตราป่วย อัตราตาย ๓. ข้อมูลภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เป็นข้อมูลที่ได้จากการคัดกรองสุขภาพร่วมกับแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเก็บรวบรวมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับทีมแกนนำหมู่บ้าน เช่น พฤติกรรมการกิน การออกกำลังกาย ความเครียด การดื่มสุรา บุหรี่ และปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ร้านค้า ร้านชำ สถานที่รวมกลุ่ม สถานที่ออกกำลังกาย ฯลฯ ๔. วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาให้ครอบคลุมทุกมิติ เช่น พฤติกรรมเสี่ยง สภาพแวดล้อมทางกายภาพ สภาพแวดล้อมทางสังคม และด้านระบบหรือกลไกการดำเนินงานรูปแบบเดิม ๕. วิเคราะห์ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากปัญหาโรคเบาหวาน ได้แก่ ผลกระทบด้านสุขภาพ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ และด้านสิ่งแวดล้อม	วัสดุอุปกรณ์ ๑. สนับสนุนจาก รพ.สต. ๒. สนับสนุนจากกองทุนสุขภาพตำบล ๓. สนับสนุนจากโครงการพัฒนาฯ เครือข่าย อสม. จากงบสนับสนุน อบจ.ร้อยเอ็ด

ขั้นตอน	องค์ประกอบและคำอธิบาย	การดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
๒.เบื่องาน : แขนงนำ ร่วมจัดแผน ๒.๑ ทำแผนชุมชนร่วมกันในเวทีชุมชน	๒.๑จัดทำแผนงาน/โครงการ แบบมีส่วนร่วมของชุมชนในเวทีประชาคม - มีการคืนข้อมูล (จากขั้นตอนที่ ๒) ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา จัดลำดับความสำคัญ กำหนดมาตรการจัดการปัญหาโรคเบาหวานในชุมชน จัดทำแผนงาน/โครงการแบบมีส่วนร่วม ออกแบบกิจกรรม ค่าเป้าหมายและตัวชี้วัดความสำเร็จ สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาโรคเบาหวานในชุมชน - มีการบริหารจัดการทรัพยากร (๔M) ได้แก่ ทีมงาน งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และสื่อการเรียนรู้อื่นๆ	แผนดำเนินโครงการ/ กิจกรรม ประกอบด้วย ๑.จัดเวทีประชาคมในหมู่บ้าน กำหนดข้อตกลงหรือกติกาชุมชนเพื่อการป้องกันโรคเบาหวาน ๒.จัดกิจกรรมให้ความรู้และจัดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ กลุ่มเสี่ยง/ครัวเรือน ๓.จัดระบบติดตามเยี่ยมกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เช่น วางแผนติดตามเยี่ยมเดือนละครึ่ง และสรุปผลการติดตามทุกเดือน เช่น กลุ่มพฤติกรรมปรับเปลี่ยนให้กระตุ้นเสริมแรงให้เกิดการทำต่อเนื่อง กลุ่มพฤติกรรมยังไม่ปรับเปลี่ยนมีการส่งต่อข้อมูลให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ,ออกแบบหรือจัดทำคู่มือติดตามเยี่ยม ๔.การสรุปผล ถอดบทเรียน คืนข้อมูลให้ชุมชน	เจ้าหน้าที่ รพ.สต. เป็นพี่เลี้ยงโครงการ
๓.อีกพง : เกิดกิจกรรมและกลไกการติดตามอย่างเป็นระบบ ๓.๑ การดำเนินงานตามแผนชุมชน	๓.๑ ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผน เพื่อจัดการแก้ไขปัญหาโรคเบาหวาน - มีการดำเนินงานตามแผนอย่างมีส่วนร่วม โดย เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง สนับสนุนกิจกรรมต่างๆ ในโครงการ	☐ การสร้างมาตรการชุมชน/นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม มี.....ข้อ ประกอบด้วย..... ☐ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น สถานที่ออกกำลังกาย ร้านค้า ร้านชำ สถานที่รวมกลุ่ม ☐ การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน เช่น เกิดกลุ่มออกกำลังกาย เกิดชมรมฯ..... ☐ การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล ได้แก่..... ☐ การปรับระบบบริการสุขภาพ ได้แก่	ตามบริบทพื้นที่
๓.๒ กำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน	๓.๒ กำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วม เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะการดำเนินงานในระยะต่อไป - สรุปผลการดำเนินงาน แสดงผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงจากกิจกรรมหรือมาตรการการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยความสำเร็จ และข้อเสนอแนะการดำเนินงานในระยะต่อไป - คืนข้อมูลให้ชุมชน	๑.สรุปผลการดำเนินงาน (การเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ/การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ) ๒.ปัญหาอุปสรรค ๓.ปัจจัยแห่งความสำเร็จ	ทีมแกนนำร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต.

ขั้นตอน	องค์ประกอบและคำอธิบาย	การดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
๔.แบ่งปัน : เกิดการเรียนรู้ มีการเชื่อมโยงข้อมูล	ชุมชนจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อขยายผลและดำเนินการต่อเนื่องได้ ตั้งแต่ขั้นตอน ๑-๓	๑.บุคคลต้นแบบด้าน.....จำนวน.....คน บุคคลต้นแบบด้าน.....จำนวน.....คน บุคคลต้นแบบด้าน.....จำนวน.....คน ๒.นวัตกรรม ได้แก่	ทีมแกนนำร่วมกับเจ้าหน้าที่รพ.สต.
๕.มันยืน : เกิดชุมชนต้นแบบและขับเคลื่อนงานด้วยตนเอง	ชุมชนขับเคลื่อนงานตั้งแต่ขั้นตอน ๑-๔ ด้วยตนเอง	ชุมชนขับเคลื่อนงานตั้งแต่ขั้นตอน ๑-๔ ด้วยตนเอง ต้นแบบให้ชุมชนด้าน.....	ทีมแกนนำ



แนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน รพ.สต.สังกัด อบจ.ร้อยเอ็ด



แผนปฏิบัติการ

โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน สอน./รพ.สต. สังกัด อบจ.ร้อยเอ็ด ปีงบประมาณ ๒๕๖๘

บ้าน..... หมู่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัดร้อยเอ็ด

กิจกรรม	ระยะเวลา												ผู้รับผิดชอบ
	ต.ค. ๖๗	พ.ย. ๖๗	ธ.ค. ๖๗	ม.ค. ๖๘	ก.พ. ๖๘	มี.ค. ๖๘	เม.ย. ๖๘	พ.ค. ๖๘	มิ.ย. ๖๘	ก.ค. ๖๘	ส.ค. ๖๘	ก.ย. ๖๘	
1. สร้างทีม/แกนนำ	/	/											พี่เลี้ยง (รพ.สต.)
2. ประชุมทีมแกนนำเป็นประจำทุกเดือน		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	ทีมแกนนำ
3. คัดกรองความเสี่ยงอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป	/	/	/										ทีมแกนนำ
4. ประชุม เพื่อเรียนรู้ภาวะเสี่ยงโรคเบาหวาน รวบรวมข้อมูล คัดกรอง ความเสี่ยงและจัดการข้อมูลสถานการณ์เกี่ยวกับโรคเบาหวานในชุมชน				/									พี่เลี้ยง (รพ.สต.) ร่วมกับทีมแกนนำ
5. จัดเวทีประชาคม กำหนดแนวทางแก้ไขปัญห สร้างกติกาชุมชน				/									พี่เลี้ยง (รพ.สต.) ร่วมกับทีมแกนนำ
6. จัดอบรมให้ความรู้เรื่องเบาหวานพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมส่วนขาด ๒๐ (อาหาร,ออกกำลังกาย) และการคัดกรอง และประเมินภาวะเสี่ยง				/									พี่เลี้ยง (รพ.สต.) ร่วมกับทีมแกนนำ
7. ปรับปรุงสภาพแวดล้อม ๒ อ.(อาหารและออกกำลังกาย)ในชุมชน				/									ทีมแกนนำ
8. อบรมให้ครัวเรือนมีส่วนร่วมเรื่องอาหารของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน					/								พี่เลี้ยง (รพ.สต.) ร่วมกับทีมแกนนำ
9. จัดเตรียมพื้นที่ในการออกกำลังกาย รวมกลุ่มในชุมชน					/								ทีมแกนนำ
10. ออกกำลังกายรวมกลุ่มหรือตามถนน ๑๕๐ นาที/สัปดาห์						/							ทีมแกนนำ
11. รวมกันทำอาหารเป็นคุ่ม /กลุ่ม							/	/	/				ทีมแกนนำ
12. ติดตามเยี่ยมกลุ่มเป้าหมาย เดือนละ ๑ ครั้ง							/	/	/	/			ทีมแกนนำ
13. กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ปรับพฤติกรรมได้รับการติดตามเยี่ยมโดย เจ้าหน้าที่.รพ.สต. เดือนละ ๑ ครั้ง							/	/	/	/			พี่เลี้ยง (รพ.สต.) ร่วมกับทีมแกนนำ

แผนปฏิบัติการ

โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน สอน./รพ.สต. สังกัด อบจ.ร้อยเอ็ด ปีงบประมาณ ๒๕๖๘

บ้าน..... หมู่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัดร้อยเอ็ด

กิจกรรม	ระยะเวลา												ผู้รับผิดชอบ
	ต.ค. ๖๗	พ.ย. ๖๗	ธ.ค. ๖๗	ม.ค. ๖๘	ก.พ. ๖๘	มี.ค. ๖๘	เม.ย. ๖๘	พ.ค. ๖๘	มิ.ย. ๖๘	ก.ค. ๖๘	ส.ค. ๖๘	ก.ย. ๖๘	
14. จัดกระบวนการกลุ่ม โดยชวนตั้งเป้าหมาย คำนวณข้อมูลภาวะเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยง ๒ เดือน/ครั้ง									/		/		พี่เลี้ยง (รพ.สต.) ร่วมกับทีม แกนนำ
15. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสรุปผลการดำเนินงาน												/	พี่เลี้ยง (รพ.สต.) ร่วมกับทีม แกนนำ

ตัวอย่างโครงการ



ส่วนราชการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านหนองจอก อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดร้อยเอ็ด

โครงการ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ปีงบประมาณ ๒๕๖๘

หน่วยงานที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านหนองจอก ตำบลเหล่าน้อย อำเภอสหัสขันธ์
กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด

๑. หลักการและเหตุผล

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) หรือโรคเรื้อรัง ที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นภัยเงียบที่ส่งผลต่อสุขภาพทำให้เกิดการเจ็บป่วยความพิการการสูญเสียสุขภาพะคุณภาพชีวิตและตายก่อนวัยอันควรจำนวนมาก เป็นภาระการดูแลสุขภาพและค่าใช้จ่ายทั้งของครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ กลุ่มโรคนี้มีสาเหตุจากปัจจัยเสี่ยงร่วมหนึ่งปัจจัยหรือมากกว่าองค์การอนามัยโรคได้ให้ความสำคัญในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมร่วมที่สำคัญ ๔ ปัจจัยด้วยกัน ได้แก่ ๑) การบริโภคยาสูบ ๒) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ๓) การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ๔) การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ และปัจจัยด้านสรีรวิทยา ๔ ปัจจัย ได้แก่ ๑) ภาวะไขมันในเลือดสูง ๒) ภาวะความดันโลหิตสูง ๓) ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ๔) ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน นอกจากนี้ความเครียดเรื้อรังเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญอีกหนึ่งปัจจัย องค์การอนามัยโลกทำนายว่า ในปีพ.ศ.๒๕๗๔ ประชากรโลกจะเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจจำนวน ๒๓ ล้านคน (กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๕)

การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยยึดชุมชนเป็นฐานเป็นมาตรการหนึ่งในการดำเนินงานเชิงรุกสู่การลดปัจจัยเสี่ยงร่วมครอบคลุมประชากรทั่วไปในชุมชน ได้แก่ ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมเสี่ยงในชุมชน เพิ่มความสามารถบุคคลในการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติลดเสี่ยง สนับสนุนให้มีการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการลดโอกาสเสี่ยงและไม่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงตลอดจนการเข้าถึงการบริการส่งเสริมเทคนิควิธีการปฏิบัติมีการดำเนินการประสานงานร่วมกับภาคีเครือข่ายโดยระดมทรัพยากรและภูมิปัญญาท้องถิ่น ผ่านกระบวนการ ร่วมคิด ร่วมทำ ในชุมชนอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การวิเคราะห์ชุมชน และสถานการณ์ปัจจัยสาเหตุ การวางแผน การเลือกกลยุทธ์และกิจกรรมการดำเนินงาน การขับเคลื่อนและติดตามประเมินผลเพื่อปรับปรุงการทำงานให้ดียิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตามสถานการณ์อย่างเหมาะสมกับปัญหา วิถีชีวิตและบริบทของชุมชน และเกิดความยั่งยืนซึ่งต้องอาศัยพลังของประชาชนเป็นรากฐาน และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เน้นชุมชนเป็นศูนย์กลางสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน ส่งผลให้ลดเสี่ยง ลดโรค และภาวะแทรกซ้อนของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระยะยาวได้ (กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๕)

ข้อมูลสถานะสุขภาพบ้านหนองจอก หมู่ที่ ๖ ตำบลเหล่าน้อย อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดร้อยเอ็ด ปี ๒๕๖๗ มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน ๔๑ คน (ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ๑ คน) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน ๕๐ คน ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน ๒๒ คน ผู้ป่วยเบาหวานกำลังล้างไต

จำนวน ๑ คน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน ๓ คน จากข้อมูลด้านสุขภาพย้อนหลัง ๓ ปี (ปี ๒๕๖๕-๒๕๖๗) มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานเท่ากับ ๓๘, ๔๐, ๔๑ คน ตามลำดับ ซึ่งจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และจากการคัดกรองสุขภาพประจำปี โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองจอก ในกลุ่มอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ที่อยู่จริงในหมู่บ้านทั้งหมด จำนวน ๓๔๔ คน ได้รับการคัดกรอง จำนวน ๒๘๖ คน ร้อยละ ๘๓.๑๔ พบว่า ภาวะก่อนเบาหวาน DTX ๑๐๐-๑๒๕ mg/dl (กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน) จำนวน ๓๕ คน รอบเอวเกินเกณฑ์ปกติ จำนวน ๗๖ คน กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน ๖๐ คน จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ประชาชนบ้านหนองจอก หมู่ ๖ ยังขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้ง ๆ ที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองจอก ได้ดำเนินการคัดกรองสุขภาพประจำปีและมีกิจกรรมให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงทุกปี นอกจากนี้องค์การบริหารส่วนตำบลเหล่าน้อยยังสนับสนุนงบประมาณในการจัดซื้อวัสดุทางการแพทย์เพื่อใช้ตรวจคัดกรองสุขภาพ ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๓ เป็นต้นมา และด้วยสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยง ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัจจัยเสี่ยงในยุคบริโภคนิยมและโลกาภิวัตน์ การจัดการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง/พฤติกรรมเสี่ยงนั้น จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมและสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายที่สำคัญในพื้นที่

๒. วัตถุประสงค์ของโครงการ

เพื่อให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องตามหลัก ๒ อ.(อาหารและออกกำลังกาย) โดยหลักการมีส่วนร่วมของชุมชน

๓. รูปแบบการดำเนินงาน

๓.๑ สร้างแกนนำในชุมชน

๓.๒ มีการดำเนินกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยชุมชน

๔. เป้าหมายหลัก

๔.๑ กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน จำนวน ๓๐ คน

๔.๒ ครั้วเรือนของกลุ่มเสี่ยงที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน ๓๐ คน

๔.๓ คณะทำงานที่ไม่ใช่กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน จำนวน ๑๕ คน

๕. ผู้รับผิดชอบโครงการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองจอก อำเภอเสลภูมิ

๖. วิธีการดำเนินการ

๖.๑ ขั้นเตรียมการ

๑) คัดกรองกลุ่มเสี่ยงอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป

๒) คัดเลือกหมู่บ้านที่จะร่วมโครงการ

๓) ประชุมชี้แจงแกนนำในชุมชน

๔) วางแผนและเขียนโครงการเพื่อขออนุมัติ

๖.๒ ขั้นดำเนินการ

กิจกรรมที่ ๑ จัดตั้งคณะทำงานและประชุมคณะทำงาน เดือนละ ๑ ครั้ง (จำนวน ๖-๑๐ ครั้ง)

๑.จัดตั้งคณะทำงานเพื่อดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโดยมีส่วนร่วม

ร่วมของชุมชน

๒.ประชุมคณะกรรมการอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง โดยมีวัตถุประสงค์ในการประชุมดังนี้

๒.๑ เพื่อชี้แจงและทำความเข้าใจโครงการรวมถึงแบ่งบทบาทหน้าที่

๒.๒ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงและสิ่งแวดล้อมเสี่ยงของกลุ่มเป้าหมายแล้วนำมาวางแผนและออกแบบกิจกรรมให้กลุ่มเป้าหมาย ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก ๒อ อย่างถูกต้อง

๒.๓ เพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้และติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินกิจกรรมรวมถึงการร่วมกันให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน การแก้ไขปัญหา อุปสรรค และการปรับปรุงแผนการดำเนินงาน

โดยการประชุมจำนวน ๖-๑๐ ครั้ง มีรายละเอียดการประชุม ดังนี้

ครั้งที่ ๑ ประชุมชี้แจงและแต่งตั้งคณะทำงาน เพื่อชี้แจงและทำความเข้าใจโครงการ รวมถึงแบ่งบทบาทหน้าที่

ครั้งที่ ๒ ประชุมเพื่อเรียนรู้ภาวะเสี่ยงโรคเบาหวาน เตรียมสำรวจข้อมูล เตรียมข้อมูลกลุ่มเสี่ยง

ครั้งที่ ๓ ประชุมจัดเวทีประชาคม

ครั้งที่ ๔ ประชุมจัดเตรียมการอบรม

ครั้งที่ ๕ -สรุปผลการจัดอบรมครั้งที่แล้ว ปัญหา อุปสรรค แนวทางแก้ไข

-ประชุมจัดเตรียมสถานที่อบรมครัวเรือน/เตรียมปรับสภาพแวดล้อม/สถานที่ออกกำลังกาย

ครั้งที่ ๖ -สรุปผลการอบรมครัวเรือน ปัญหา อุปสรรค แนวทางแก้ไข

-ประชุมวางแผนเยี่ยมบ้าน/จัดตารางการเยี่ยมบ้าน/วางแผนระบบติดตามกลุ่มเสี่ยง

ครั้งที่ ๗ -ประชุมสรุปผลการเยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยง

-วางแผนประสานให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. เยี่ยมบ้านในรายที่ยังไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ครั้งที่ ๘ ประชุมสรุปผลการเยี่ยมบ้านโดย เจ้าหน้าที่ รพ.สต./ปัญหา อุปสรรค แนวทางแก้ไข

ครั้งที่ ๙ ประชุมเตรียมเก็บข้อมูลเพื่อสรุปผล และเตรียมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชน

ครั้งที่ ๑๐ สรุปและประเมินผลการดำเนินงาน

กิจกรรมที่ ๒ ประชุม เพื่อเรียนรู้ภาวะเสี่ยงโรคเบาหวาน และจัดการข้อมูลสถานการณ์เกี่ยวกับโรคเบาหวานในชุมชน ชี้แจง ภาวะเสี่ยง ได้แก่ เสี่ยงจากภาวะก่อนเบาหวาน เสี่ยงรอบเอวเกิน เสี่ยงดัชนีมวลกายเกิน และเสี่ยงที่ระดับความดันโลหิต(กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ที่มีค่าความดันโลหิต ๑๔๐/๙๐ ขึ้นไปเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน)

๑. สำรวจข้อมูลชุมชน จำนวน ๒ ครั้ง คือ ก่อนเริ่มโครงการและก่อนสิ้นสุดโครงการ โดยเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลสถานการณ์ปัญหา และผลลัพธ์การดำเนินงาน เพื่อให้ชุมชนสามารถเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินงานหลังเสร็จสิ้นโครงการ โดยสำรวจข้อมูลดังต่อไปนี้

๑.๑ จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในชุมชน

๑.๒ ข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงรายบุคคลตามหลัก ๒ อ (อาหาร และ ออกกำลังกาย)

๑.๓ สภาพแวดล้อมเสี่ยงในชุมชน เช่น ร้านอาหารที่ขายอาหาร หวาน มัน เค็ม , สถานที่ออกกำลังกายพร้อมรูปแบบออกกำลังกายให้เหมาะสมตามวิถีชีวิต ฯ

กิจกรรมที่ ๓ เชิญชวนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเข้าร่วมโครงการ

๑.ประชุม ชี้แจง ภาวะเสี่ยงเบาหวานและเชิญชวนกลุ่มเป้าหมายให้เข้าร่วมโครงการ

๒.ประชาสัมพันธ์รับสมัครทางหอกระจายข่าว/ อสม.หรือแกนนำประชาสัมพันธ์ตามครัวเรือนที่รับผิดชอบ

กิจกรรมที่ ๔ จัดเวทีประชาคม

๑.การคืนข้อมูลสถานการณ์ปัญหา และปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ ที่เป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาในพื้นที่ เช่น การป่วย ตาย โรค ภาวะแทรกซ้อน ปัจจัยเสี่ยง พฤติกรรมเสี่ยง สิ่งแวดล้อมเสี่ยง ให้ประชาชนรับทราบ

๒.กำหนดข้อตกลงของชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานในชุมชน

๓.การประชาสัมพันธ์และประกาศข้อตกลงในการป้องกัน ควบคุมโรคเบาหวานเพื่อให้ประชาชนรับทราบทั่วกันตาม ช่องทางต่างๆ ในชุมชน เช่น หอกระจายข่าว เวทีประชุม หมู่บ้าน เสียงตามสาย

กิจกรรมที่ ๕ จัดอบรมให้ความรู้เรื่องเบาหวานพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมส่วนขาด ๒อ (อาหาร, ออกกำลังกาย)

๑.คณะทำงานประสานความร่วมมือกับหน่วยบริการสาธารณสุข ในพื้นที่ และ/หรือต้นแบบกลุ่มป่วยที่มีการดูแลสุขภาพที่ดีมา ให้ความรู้คณะทำงาน กลุ่มเป้าหมาย และครอบครัวเกี่ยวกับ การจัดการพฤติกรรมเสี่ยง และสภาพแวดล้อมเสี่ยงที่ถูกต้อง และสอดคล้องกับพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเป้าหมาย

๒.จัดอบรมให้ความรู้เรื่องเบาหวานพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมส่วนขาด ๒อ (อาหาร, อาหารแลกเปลี่ยน การนับคาร์บ, หลักการออกกำลังกายหรือกิจกรรมทางกายให้เหมาะสมกับบุคคล) การคัดกรองประเมินภาวะเสี่ยง

๓.ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย และสร้างแกนนำในชุมชน

๔.ออกกำลังกายหรือกิจกรรมทางกายสะสม ๑๕๐ นาที/สัปดาห์ ตามบริบทและวิถีชีวิตรายบุคคล เช่น การปลูกผักสวนครัว การล้างรถ การตัดหญ้า การกวาดบ้าน การเดิน การเดินเร็ว การวิ่ง การปั่นจักรยาน เป็นต้น

กิจกรรมที่ ๖ ปรับปรุงสภาพแวดล้อม ๒ อ.(อาหารและออกกำลังกาย) ในชุมชน

๑.การบริโภคอาหาร : ขอความร่วมมือร้านค้า และครอบครัวปรุง อาหารลดหวาน มัน เค็ม เพิ่มผักผลไม้ปลอดภัย

๒.การออกกำลังกาย : การจัดพื้นที่รวมกลุ่มออกกำลังกาย หรือการจัดกิจกรรม เดิน-วิ่ง ประจำสัปดาห์ฯ หรือกิจกรรมทางกายอื่นๆ ตามบริบทและสอดคล้องกับวิถีชีวิต

๓.จัดกิจกรรมรณรงค์ “ลดเสี่ยง ลดโรค” แก่ร้านค้า ร้านขายชา/กาแฟ น้ำหวานในชุมชน

๔.ส่งเสริมให้ครัวเรือนมีการปลูกผักกินเอง อย่างน้อย ๓ ชนิด “กินทุกอย่างที่ปลูก ปลูกทุกอย่าง

ที่กิน”

กิจกรรมที่ ๗ อบรมให้ครัวเรือนมีส่วนร่วมเรื่องอาหารของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

๑. จัดอบรมให้ครัวเรือนมีส่วนร่วมเรื่องอาหารของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน จำนวน ๓๐ ครัวเรือน ให้ทราบถึงอาหารที่เหมาะสม/อาหารที่อาจทำให้เป็นโรคเบาหวาน การปรุงอาหารสำหรับกลุ่มเสี่ยง สาธิตการปรุงอาหารที่เหมาะสม

๒. คณะทำงาน/อสม. สร้างแรงจูงใจ ติดตาม เสริมพลังพร้อมให้คำแนะนำ กลุ่มเสี่ยงและครัวเรือนกลุ่มเป้าหมาย

๓. ทำการเก็บบันทึกข้อมูลสุขภาพรวมถึงความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

๔. คณะทำงานคืนข้อมูลภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพให้กลุ่มเสี่ยงและครอบครัวรับทราบ

๕. ร่วมกันวางแผนปรับปรุงการดำเนินงานให้ดีขึ้น

กิจกรรมที่ ๘ จัดเตรียมพื้นที่ในการออกกำลังกาย รวมกลุ่มในชุมชน

จัดหาและประชาสัมพันธ์ให้กลุ่มเสี่ยงหรือประชาชนในพื้นที่ทราบสถานที่สำหรับออกกำลังกายในชุมชน เช่น บริเวณลานศาลาประชาคม สนามกีฬาโรงเรียน รวมถึงสถานที่ใดๆในชุมชน ในบ้านที่กลุ่มเป้าหมายสามารถดำเนินการออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกายได้สะดวกตามบริบทและวิถีชีวิต เช่น ถนนในหมู่บ้าน ลานบ้าน เป็นต้น

กิจกรรมที่ ๙ รวมกันทำอาหารเป็นคัม /กลุ่ม

จัดให้มีการแลกเปลี่ยนเมนูสุขภาพ ระหว่างกลุ่ม หรือคัม โดยใช้วัตถุดิบในชุมชน เช่น เมนูผักนึ่ง ต้มปลา แกงอ่อม ทดแทนการซื้ออาหารปรุงสำเร็จหรืออาหารผัด ทอด โดยจัดทุกเดือน

กิจกรรมที่ ๑๐ ติดตามเยี่ยมกลุ่มเป้าหมาย เดือนละ ๑ ครั้ง

๑. คณะทำงาน/อสม. สร้างแรงจูงใจ ติดตาม เสริมพลังพร้อมให้คำแนะนำ กลุ่มเสี่ยงและครัวเรือนกลุ่มเป้าหมาย โดยอาจจัดตั้งไลน์กลุ่ม เพื่อแลกเปลี่ยนกิจกรรมกันในกลุ่ม เช่น ส่งภาพออกกำลังกายหรือกิจกรรมทางกายสะสมต่อสัปดาห์ การปลูกผัก การรวมกลุ่มออกกำลังกายตามบริบทและวิถีชีวิต การปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตเพื่อให้เกิดกิจกรรมทางกายมากขึ้น ฯลฯ

๒. ทำการเก็บบันทึกข้อมูลสุขภาพรวมถึงความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

๓. คณะทำงานคืนข้อมูลภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพให้กลุ่มเสี่ยงและครอบครัวรับทราบ

๔. ร่วมกันวางแผนปรับปรุงการดำเนินงานให้ดีขึ้น

กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ปรับพฤติกรรมได้รับการติดตามเยี่ยมโดย เจ้าหน้าที่.รพ.สต. เดือนละ ๑ ครั้ง

๑. ติดตามเยี่ยมกลุ่มเสี่ยงที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ โดยจัดให้มีแกนนำ/ อสม. บัณฑิต ติดตาม เสริมพลัง สร้างแรงจูงใจ ให้คำแนะนำการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายหรือกิจกรรมทางกายสะสมทุกสัปดาห์

๒. ส่งข้อมูลให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทราบ และวางแผนติดตามเยี่ยมเสริมพลังรายบุคคล

๓. ทำการเก็บบันทึกข้อมูลสุขภาพรวมถึงความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

๔. คณะทำงานคืนข้อมูลภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพให้กลุ่มเสี่ยงและครอบครัวรับทราบ

กิจกรรมที่ ๑๑ จัดกระบวนการกลุ่ม โดยชวนตั้งเป้าหมาย คำนึงข้อมูลภาวะเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยง เดือนละ ๑ ครั้ง

๑. ชวนกลุ่มเป้าหมายตั้งเป้าหมาย และแผนการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมรายบุคคล
๒. แลกเปลี่ยนข้อมูล สื่อสารความเสี่ยงที่จูงใจให้กลุ่มเป้าหมาย เกิดความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
๓. การให้ความรู้ ส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ในการดูแลตนเอง การออกกำลังกายที่เหมาะสมตามวัย
๔. เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สถานะสุขภาพของตนเองผ่านการตรวจสุขภาพประจำเดือน เช่น วัดค่าระดับน้ำตาลในเลือด วัดค่าความดันโลหิต น้ำหนัก ส่วนสูง เส้นรอบเอว และการประเมินพฤติกรรมเสี่ยง

กิจกรรมที่ ๑๒ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสรุปผลการดำเนินงาน

๑. คณะทำงานรวบรวมข้อมูลและร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ตามเป้าหมายของโครงการ
๒. การคืนข้อมูลการเปลี่ยนแปลงในต่างๆ ให้กับผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อสรุปผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการดำเนินงาน
๓. การสรุปบทเรียนการดำเนินงาน ทั้งในส่วนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ
๔. การส่งต่อข้อมูลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่รับทราบเพื่อขับเคลื่อนงานต่อไป เช่น รพ.สต./อบต. เป็นต้น

๖.๓ ขั้นสรุปผล

- ๑) สรุปผลการดำเนินงาน
- ๒.) สรุปปัญหา อุปสรรค และแนวทางพัฒนา

๗. ระยะเวลา

ตุลาคม ๒๕๖๗ – กันยายน ๒๕๖๘

๘. สถานที่

บ้านหนองจอก หมู่ ๖ ตำบลเหล่าน้อย

๙. งบประมาณ

จากเงินบำรุงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านหนองจอก รายละเอียดดังนี้

๙.๑ ประชุมคณะทำงาน จำนวน ๖ ครั้ง จำนวน ๓,๑๕๐ บาท

- ค่าอาหารว่าง จำนวน ๑๕ คน x ๓๕ บาท x ๑ มื้อ x ๖ ครั้ง รวม ๓,๑๕๐ บาท

๙.๒ อบรมให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การส่งเสริมสุขภาพตามหลัก ๒ และหลักการออกกำลังกายตามวัย จำนวน ๑๑,๕๐๐ บาท

- ค่าอาหาร จำนวน ๕๐ คน x ๗๐ บาท x ๑ วัน รวม ๓,๕๐๐ บาท

- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน ๕๐ คน x ๓๕ บาท x ๒ มื้อ x ๑ วัน รวม ๓,๕๐๐ บาท
- ค่าวิทยากรอบรมให้ความรู้ ๕ ชั่วโมงๆละ ๖๐๐ บาท รวม ๓,๐๐๐ บาท
- ค่าจัดทำป้ายอบรม กว้าง ๑.๕ เมตร ยาว ๓ เมตร จำนวน ๑ ป้าย รวม ๕๐๐ บาท
- ค่าจัดทำเอกสารประกอบการอบรม จำนวน ๕๐ ชุด X ๓๐ บาท รวม ๑,๕๐๐ บาท

๙.๓ อบรมครัวเรือนกลุ่มเสี่ยง จำนวน ๑,๗๕๐ บาท

- ค่าอาหารว่าง จำนวน ๕๐ คน x ๓๕ บาท x ๑ มื้อ รวม ๑,๗๕๐ บาท

๙.๔ ประชุมติดตามการดำเนินงาน จำนวน ๔ ครั้ง จำนวน ๗,๐๐๐ บาท

- ค่าอาหารว่าง จำนวน ๕๐ คน x ๓๕ บาท x ๑ มื้อ x ๔ ครั้ง รวม ๗,๐๐๐ บาท

๙.๕ ถอดบทเรียน/สรุปโครงการ จำนวน ๑,๗๕๐ บาท

- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน ๕๐ คน x ๓๕ บาท x ๑ มื้อ รวม ๑,๗๕๐ บาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น จำนวน ๒๑,๑๕๐ บาท (สองหมื่นหนึ่งพันหนึ่งร้อยห้าสิบบาทถ้วน)

๑๐. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

๑๐.๑ ผลผลิต (Output)

- ๑) เกิดคณะทำงาน จำนวน ๑๕ คน ประกอบด้วยแกนนำชุมชน อสม.และจิตอาสาและมีการแบ่งบทบาทหน้าที่ชัดเจน
- ๒) คณะทำงานมีความรู้ในเรื่องภาวะเสี่ยงเบาหวานและการจัดการข้อมูลกลุ่มเสี่ยง และข้อมูลสถานการณ์โรคเบาหวาน จำนวนกลุ่มเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงเบาหวาน
- ๓) มีแผนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเบาหวานในชุมชน
- ๔) เกิดข้อตกลงในการจัดการโรคเบาหวานที่เกิดจากการมีส่วนร่วมและได้รับการยอมรับ
- ๕) กลุ่มเสี่ยงสามารถประเมินภาวะเสี่ยงเบาหวานได้ด้วยตนเอง
- ๖) ครัวเรือนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการกินอาหารของกลุ่มเสี่ยง
- ๗) มีต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชุมชน
- ๘) ร้อยละของมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสม
- ๙) ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายมีกิจกรรมทางกายมากกว่า ๑๕๐ นาที/สัปดาห์
- ๑๐) ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายมีภาวะเสี่ยงลดลง

๑๐.๒ ผลลัพธ์ (Outcome)

- ๑) เกิดคณะทำงานจัดการกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในชุมชน
- ๒) เกิดกลุ่มและมีข้อตกลงในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานในชุมชน
- ๓) เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานในชุมชน
- ๔) เกิดกลไกติดตามผลการดูแลกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง
- ๕) กลุ่มเป้าหมายมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๒ อ.

๑๑. การประเมินผล

ประเมินผลจากระดับของการพัฒนากิจกรรม/โครงการ/นวัตกรรม ตามยุทธศาสตร์ รพ.สต.ติดดิน (ดินดำ น้ำชุ่ม ดุ่มโฮม) ด้วยกลยุทธ์ (ดุ่มโฮม เบ่งแ่ง ฮักแพง แบ่งปัน มั่นยืน) มี ๕ ระดับ ดังนี้

ระดับ ๑ ดุ่มโฮม : มีการรวมตัว รวมกลุ่ม

ระดับ ๒ เบ่งแ่ง : มีแกนนำ จัดทำแผน

ระดับ ๓ ฮักแพง : มีการขับเคลื่อนงาน มีกิจกรรม

ระดับ ๔ แบ่งปัน : เกิดผลงาน ผลผลิต มีความต่อเนื่อง เชื่อมโยง

ระดับ ๕ มั่นยืน : มีการถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และขยายผลได้

๑๒. ผู้เขียนโครงการ

ลงชื่อ

(นางสาวสุวิมล สอนศรี)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ผู้เสนอโครงการ

ลงชื่อ

(นางสาวสุวิมล สอนศรี)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ผู้อนุมัติโครงการ

ลงชื่อ

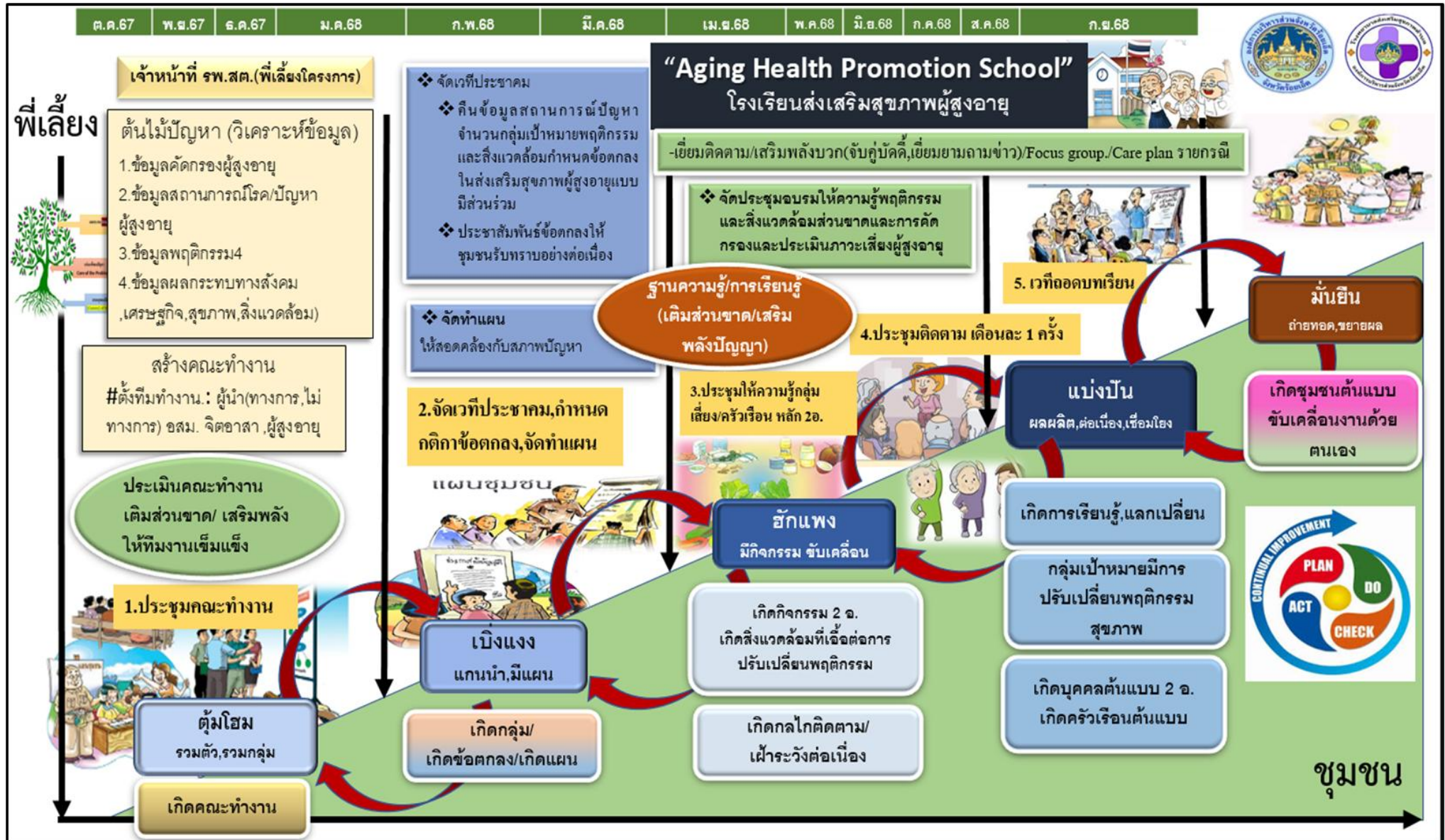
(นายเฉลิมชัย คำสุเรส)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองจอก

แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สอน./รพ.สต. จังหวัดร้อยเอ็ด ปี ๒๕๖๘
โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ขั้นตอน	องค์ประกอบและคำอธิบาย	การดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
๑.ตุ้มโฮม : การรวมตัวรวมกลุ่ม ๑.๑ แต่งตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนการดำเนินงานในชุมชน	๑.๑ มีคณะทำงานและมีการประชุมร่วมกัน - มีการรวมกลุ่มและมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน เช่น อบท. รพ.สต. วัด โรงเรียน สถานประกอบการ เป็นต้น ในลักษณะภาคีเครือข่ายส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน - มีคณะทำงานขับเคลื่อนการดำเนินงาน - มีการประชุมกำหนดแนวทาง ร่วมคิด ร่วมดำเนินการ และร่วมประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ	จัดตั้งทีมงานในการพัฒนาหมู่บ้าน โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เป็นพี่เลี้ยงโครงการ ดังนี้ ๑.สร้างทีมแกนนำ โดยการคัดเลือกและแต่งตั้งทีมแกนนำ คณะทำงานประกอบด้วย ผู้นำชุมชน เช่น กำนันผู้ใหญ่บ้าน ปราชญ์ชาวบ้าน ครู พระภิกษุ อสม. กลุ่มผู้สูงอายุ ฯลฯ ๒.สร้างความเข้าใจและมอบหมายหน้าที่ในการดำเนินงาน โดยการให้ความรู้พัฒนาทักษะ ศักยภาพแกนนำ เช่น การประเมินความเสี่ยง การแนะนำให้ความรู้ การเยี่ยมบ้าน การสรุปรายงาน ฯลฯ ๓.จัดเวทีประชาคมเพื่อสร้างความเข้าใจปัญหาสุขภาพของหมู่บ้าน	<u>แหล่งงบประมาณ</u> ๑.รพ.สต. (แผนใช้เงินบำรุง หมวด ๑๑ รายการอื่นๆ เช่น กิจกรรมอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพแกนนำ) ๒.กองทุนสุขภาพตำบล ๓.อื่นๆ เช่น กองทุนภาคประชาชน กลุ่มแม่บ้าน,สสส.ฯ
๑.๒ ประเมินและวิเคราะห์ชุมชนที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มผู้สูงอายุ	๑.๒ รวบรวมและวิเคราะห์สถานการณ์โรคและปัจจัยเสี่ยงต่อกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน - มีการประเมินสถานการณ์ปัญหากลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้ข้อมูลจากหลายแหล่ง เช่น ข้อมูลจากรพ.สต./ข้อมูลพฤติกรรมรายบุคคล - มีการสำรวจและการใช้ประโยชน์จากข้อมูลปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงในชุมชน	๑.ศึกษาข้อมูลพื้นฐานหมู่บ้าน ประกอบด้วย ข้อมูลประชากร จำนวนประชากรตามกลุ่มวัย ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมทั่วไป ๒.สถานการณ์โรคในกลุ่มผู้สูงอายุ ย้อนหลังอย่างน้อย ๓ ปี แนวโน้ม อัตราป่วย อัตราตายรายใหม่ ภาวะแทรกซ้อน ความพิการ อัตราตาย ๓.ข้อมูลภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เป็นข้อมูลที่ได้จากการคัดกรองสุขภาพร่วมกับแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเก็บรวบรวมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับทีมแกนนำหมู่บ้าน เช่น พฤติกรรมการกิน การออกกำลังกาย ความเครียด การดื่มสุรา บุหรี่ และปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ร้านค้าร้านชำ สถานที่รวมกลุ่ม ฯลฯ (ใช้แบบประเมิน ADL / คัดกรองผู้สูงอายุทั้ง ๔ ด้าน)	<u>กลุ่มเป้าหมาย</u> กลุ่มผู้สูงอายุ อย่างน้อย ๓๐ คน/รพ.สต. <u>วัสดุอุปกรณ์</u> ๑.สนับสนุนจากรพ.สต. ๒.สนับสนุนจากกองทุนสุขภาพตำบล ๓.สนับสนุนจากโครงการพัฒนาเครือข่ายอสม. จากงบสนับสนุน อบจ.ร้อยเอ็ด
๒.เบ่งแรง : แกนนำ ร่วมจัดแผน แกนนำจัดทำแผนชุมชนร่วมกันในเวทีชุมชน	๒.จัดทำแผนงาน/โครงการ แบบมีส่วนร่วมของชุมชนในเวทีประชาคม - มีการคืนข้อมูล (จากขั้นตอนที่ ๒) ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา จัดลำดับความสำคัญ กำหนดมาตรการจัดการปัญหาโรคเบาหวานในชุมชน จัดทำแผนงาน/โครงการแบบมีส่วนร่วม ออกแบบกิจกรรม ค่าเป้าหมายและตัวชี้วัดความสำเร็จ	แผนดำเนินโครงการ/ กิจกรรม ประกอบด้วย ๑.จัดเวทีประชาคมในหมู่บ้าน กำหนดข้อตกลงหรือกติกาชุมชนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ๒.จัดกิจกรรมให้ความรู้และจัดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ กลุ่มผู้สูงอายุ/ครัวเรือน ๓.จัดระบบติดตามเยี่ยมกลุ่มผู้สูงอายุ เช่น วางแผนติดตามเยี่ยมเดือนละ	เจ้าหน้าที่ รพ.สต. เป็นพี่เลี้ยงโครงการ

ขั้นตอน	องค์ประกอบและคำอธิบาย	การดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
	สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาผู้สูงอายุในชุมชน - มีการบริหารจัดการทรัพยากร (๔M) ได้แก่ ทีมงาน งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และสื่อการเรียนรู้อื่นๆ	ครึ่ง และสรุปผลการติดตามทุกเดือน กลุ่มพฤติกรรมปรับเปลี่ยนให้กระตุ้น เสริมแรงให้เกิดการทำต่อเนื่อง กลุ่มพฤติกรรมยังไม่ปรับเปลี่ยนมีการส่งต่อข้อมูล ให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ,ออกแบบหรือจัดทำคู่มือติดตามเยี่ยมบ้าน ๔.การสรุปผล ถอดบทเรียน คืนข้อมูลให้ชุมชน	
๓.ชักพวง : เกิดกิจกรรมและ กลไกการติดตามอย่างเป็น ระบบ ๓.๑ การดำเนินงานตาม แผนชุมชน	๓.๑ ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผน เพื่อจัดการแก้ไข ปัญหากลุ่มผู้สูงอายุ - มีการดำเนินงานตามแผนอย่างมีส่วนร่วม โดย เจ้าหน้าที่ รพ. สต. ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง สนับสนุนกิจกรรมต่างๆ ในโครงการ	☐ การสร้างมาตรการชุมชน/นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม มีข้อ ประกอบด้วย..... ☐ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น สถานที่ออกกำลังกาย สถานที่ รวมกลุ่ม ☐ การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน เช่น เกิดกลุ่มออกกำลังกาย เกิด ชมรมผู้สูงอายุ ฯ ☐ การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล ได้แก่..... ☐ การปรับระบบบริการสุขภาพ ได้แก่	ตามบริบทพื้นที่
๓.๒ กำกับ ติดตาม และ ประเมินผลการดำเนินงาน	๓.๒ กำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานอย่างมี ส่วนร่วม เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะการดำเนินงานในระยะต่อไป - สรุปผลการดำเนินงาน แสดงผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงจาก กิจกรรมหรือมาตรการจากการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ปัญหา อุปสรรค ปัจจัยความสำเร็จ และข้อเสนอแนะการดำเนินงานใน ระยะต่อไป คืนข้อมูลให้ชุมชน	๑.สรุปผลการดำเนินงาน (การเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ/การเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพ) ๒.ปัญหาอุปสรรค ๓.ปัจจัยแห่งความสำเร็จ	ทีมแกนนำร่วมกับ เจ้าหน้าที่ รพ.สต.
๔.แบ่งปัน : เกิดการเรียนรู้ มีการเชื่อมโยงข้อมูล	ชุมชนจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อขยาย ผลและดำเนินการต่อเนื่องได้ ตั้งแต่ขั้นตอน ๑-๓	๑.บุคคลต้นแบบด้าน.....จำนวน.....คน ๒.นวัตกรรม ได้แก่	ทีมแกนนำร่วมกับ เจ้าหน้าที่ รพ.สต.
๕.มันยืน : เกิดชุมชน ต้นแบบและขับเคลื่อนงาน ด้วยตนเอง	ชุมชนขับเคลื่อนงานตั้งแต่ขั้นตอน ๑-๔ ด้วยตนเอง	ชุมชนขับเคลื่อนงานตั้งแต่ขั้นตอน ๑-๔ ด้วยตนเอง ต้นแบบให้ชุมชน.....	ทีมแกนนำ



แผนปฏิบัติการ

โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน สอน./รพ.สต. สังกัด อบจ.ร้อยเอ็ด ปีงบประมาณ ๒๕๖๘

บ้าน..... หมู่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัดร้อยเอ็ด

กิจกรรม	ระยะเวลา												ผู้รับผิดชอบ
	ต.ค. ๖๗	พ.ย. ๖๗	ธ.ค. ๖๗	ม.ค. ๖๘	ก.พ. ๖๘	มี.ค. ๖๘	เม.ย. ๖๘	พ.ค. ๖๘	มิ.ย. ๖๘	ก.ค. ๖๘	ส.ค. ๖๘	ก.ย. ๖๘	
25. ออกกำลังกายรวมกลุ่มหรือตามถนน ๑๕๐ นาที/สัปดาห์						/							ทีมแกนนำ
26. ติดตามเยี่ยมกลุ่มเป้าหมาย เดือนละ ๑ ครั้ง							/	/	/	/			ทีมแกนนำ
27. กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ปรับพฤติกรรมได้รับการติดตามเยี่ยมโดย เจ้าหน้าที่.รพ.สต. เดือนละ ๑ ครั้ง							/	/	/	/			พี่เลี้ยง (รพ.สต.) ร่วมกับทีมแกนนำ
28. จัดกระบวนการกลุ่ม โดยชวนตั้งเป้าหมาย คำนึงข้อมูลภาวะเสี่ยง และพฤติกรรมเสี่ยง ๒ เดือน/ครั้ง									/		/		พี่เลี้ยง (รพ.สต.) ร่วมกับทีมแกนนำ
29. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสรุปผลการดำเนินงาน												/	พี่เลี้ยง (รพ.สต.) ร่วมกับทีมแกนนำ

ตัวอย่างโครงการ



ส่วนราชการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านหนองจอก อำเภอสหัสภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

โครงการ ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ปีงบประมาณ ๒๕๖๘

หน่วยงานที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านหนองจอก ตำบลเหล่าน้อย อำเภอสหัสภูมิ
กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด

๑. หลักการและเหตุผล

สังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) เป็นแนวโน้มที่ทุกชาติทั่วโลกหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยองค์การสหประชาชาติคาดการณ์ไว้ว่าทั่วโลกจะมีประชากรที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปี ถึง ๑,๒๐๐ ล้านคนในปี พ.ศ. ๒๕๖๘ และ ๒,๐๐๐ ล้านคน ในปี พ.ศ. ๒๕๙๓ หรือคิดเป็นร้อยละ ๒๐ ของประชากรโลกทั้งหมด สถานการณ์ปัจจุบัน พบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทั่วโลกอย่างรวดเร็ว และมีการคาดการณ์ไว้ว่า ในปี ค.ศ. ๒๕๙๓ จำนวนประชากรที่มีอายุมากกว่า ๖๕ ปี จากปี ค.ศ. ๒๕๖๒ จะเพิ่มขึ้นเป็น ๒ เท่า (มากกว่า ๑,๕๐๐ ล้านคน) จากนิยามคำว่า สังคมสูงวัย คือสังคมที่มีสัดส่วนของผู้สูงอายุหรือประชากรที่มีอายุ ๖๐ ปี ขึ้นไป ได้เพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ขณะที่สัดส่วนอัตราการเกิด และจำนวนประชากรในวัยทำงานลดลง ประเทศไทยกลายเป็นประเทศที่มีผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว จากรายงานการศึกษาพยากรณ์อายุเฉลี่ยที่มีสุขภาพของประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๗๓ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดและอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเพิ่มขึ้น เป็น ๗๗.๕ ปี (จาก ๗๔.๙ ปี) ส่วนอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี เป็น ๖๗.๗ ปี แม้จะมีอายุยืนยาวมากขึ้น ปัจจุบัน มีครัวเรือนเกือบครึ่งที่มีผู้สูงอายุอยู่ แต่ขณะเดียวกันก็พบว่าสัดส่วนผู้สูงอายุที่อยู่กันตามลำพังมีแนวโน้มสูงขึ้น ส่งผลให้คาดการณ์ได้ว่าความต้องการด้านบริการ และการดูแลที่บ้านสูงขึ้น และข้อมูลการคัดกรองจากฐานข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขยังพบว่าผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งมีสุขภาพไม่แข็งแรง มีภาวะพึ่งพิงผู้อื่น ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง จากการสำรวจคัดกรอง พบว่าผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เรียกว่ากลุ่มติดสังคม มีมากถึงร้อยละ ๙๗.๑๕ กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ ๒.๑๒ และกลุ่มติดเตียง ร้อยละ ๐.๗๓ (Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ ๙ มิถุนายน ๒๕๖๖) ส่วนในกลุ่มพึ่งพิง หรือเรียกว่ากลุ่มติดบ้านติดเตียง มีประมาณร้อยละ ๐.๗๓ ซึ่งการจัดการ ดูแลช่วยเหลือในกลุ่มพึ่งพิง ต้องมีความพิเศษ เนื่องจากเป็นกลุ่มเปราะบางจากความเสื่อมถอยทางร่างกายโดยธรรมชาติ ผู้สูงอายุเหล่านี้ไม่ใช่คนป่วย แต่เป็นผู้ที่ต้องการดูแลระยะยาวเพื่อให้เกิดความสุขสบายในการดำรงชีวิตประจำวัน มีคุณภาพชีวิตที่ดี เหมาะสมตามบริบทวิถีความเป็นอยู่ของแต่ละคน ดังนั้นการดูแลดังกล่าวต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายท้องถิ่น ท้องถิ่น ภาคประชาชน จิตอาสา องค์กรเอกชน มูลนิธิ ชมรมฯ ที่สามารถเกื้อหนุนให้ความช่วยเหลือทั้งด้าน คน เงิน ของ เพื่อร่วม

จัดการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอย่างดีที่สุดและต่อเนื่องระยะยาว ด้วยจุดมุ่งหมายเดียวกันว่าผู้สูงอายุไม่ใช่ภาระของสังคมแต่เป็นพลัง กำลังใจ ให้กับสังคมต่อไป

การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพคือระบบและกลไกการดำเนินงานสาธารณสุขเชิงรุกที่สำคัญในการติดตามสถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อหามาตรการขจัดหรือลดตัวปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ ประเทศไทยก้าวเข้าสู่ไทยแลนด์ ๔.๐ ภาครัฐได้ส่งเสริมให้มีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาสนับสนุนการทำงานด้านต่าง ๆ ในการทำงาน ให้สะดวก รวดเร็ว สามารถสื่อสารด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศผ่านแอปพลิเคชัน รวมถึงการเชื่อมต่อด้วยเทคโนโลยีสื่อสารกับหน่วยงานทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข จากการสำรวจข้อมูลปัญหาผู้สูงอายุ ตามแบบคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชน ด้าน ๙ บ้านวังเข หมู่ ๔ จำนวน รongลง ๔๒ คือ ปัญหาด้านสุขภาพช่องปาก พบร้อยละ ๑ คน พบว่า ปัญหาอันดับ ๕๐ ตามลำดับ ๒๐ และปัญหาด้านการได้ยิน ร้อยละ ๒๔ คือปัญหาด้านการมองเห็น ร้อยละ

ดังนั้น เพื่อรองรับสังคมสูงอายุและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุในระดับหมู่บ้านหรือชุมชนถือเป็นกลไกสำคัญที่มีบทบาทสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุ เนื่องจากมีความใกล้ชิด เข้าใจสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ รวมถึงสามารถเข้าถึงและพัฒนาผู้สูงอายุในชุมชนได้ดีที่สุด แต่ในปัจจุบันกลับพบว่ากลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุในบางพื้นที่ยังขาดความเข้มแข็งในการดำเนินงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม กล่าวคือ บางกลุ่มเพิ่งอยู่ในระยะเริ่มต้นของการรวมตัว หรือบางกลุ่มแม้จะมีการรวมตัวมานานแล้วแต่ขาดการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชน

๒. วัตถุประสงค์ของโครงการ

- ๒.๑ เพื่อส่งเสริมให้เกิดแกนนำผู้ดูแลผู้สูงอายุและจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในชุมชน อย่างยั่งยืน
- ๒.๒ เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มีความรู้ความเข้าใจ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสม
- ๒.๓ เพื่อส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ดูแลสุขภาพอย่างยั่งยืน

๓. รูปแบบการดำเนินงาน

- ๓.๑ สร้างแกนนำผู้สูงอายุในชุมชน
- ๓.๒ มีการดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน

๔. เป้าหมายหลัก

- ๔.๑ แกนนำผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน ๒๐ คน
- ๔.๒ ผู้สูงอายุบ้านวังเข จำนวน ๔๐ คน

๕. ผู้รับผิดชอบโครงการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองจอก อำเภอสว่าง

๖. วิธีการดำเนินการ

๖.๑ ขั้นเตรียมการ (Plan)

- ๑) คัดกรอง ADL ผู้สูงอายุ และคัดกรองผู้สูงอายุ ๙ ด้านกลุ่มติดสังคม
- ๒) คัดเลือกหมู่บ้านที่จะร่วมโครงการ
- ๓) ประชุมชี้แจงแกนนำในชุมชน
- ๔) วางแผนและเขียนโครงการเพื่อขออนุมัติ

๖.๒ ขั้นดำเนินการ (Do)

กิจกรรมที่ ๑. จัดตั้งแกนนำและวางแผนการดำเนินงานคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ เดือน/ครั้ง (รวมจำนวน ๕ ครั้ง)

วางแผนดำเนินงาน ครั้งที่ ๑ ชี้แจงและทำความเข้าใจโครงการ คัดเลือกแกนนำรวมถึงแบ่งบทบาทหน้าที่ (กลุ่มเป้าหมายสมาชิกชมรม จำนวน ๖๐ คน)

วางแผนดำเนินงาน ครั้งที่ ๒ วางแผนและออกแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุในชุมชน (กลุ่มเป้าหมายแกนนำชมรม จำนวน ๒๐ คน)

วางแผนดำเนินงาน ครั้งที่ ๓ พุดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินกิจกรรม รวมถึงการร่วมกันให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน การแก้ไขปัญหาอุปสรรค และการปรับปรุงแผนการดำเนินงาน (กลุ่มเป้าหมายแกนนำชมรม จำนวน ๒๐ คน)

วางแผนดำเนินงาน ครั้งที่ ๔ เพื่อพุดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินกิจกรรม รวมถึงการร่วมกันให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน การแก้ไขปัญหาอุปสรรค และการปรับปรุงแผนการดำเนินงาน (กลุ่มเป้าหมายแกนนำชมรม จำนวน ๒๐ คน)

วางแผนดำเนินงาน ครั้งที่ ๕ เพื่อพุดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเตรียมข้อมูลเพื่อสรุปผลการดำเนินงาน (กลุ่มเป้าหมายแกนนำชมรม จำนวน ๒๐ คน)

กิจกรรมที่ ๒ การรับสมัครผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย การสำรวจและจัดทำข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุในชุมชน โดยครอบคลุมข้อมูลดังนี้ จำนวนและประเภทผู้สูงอายุ ข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อใช้สำหรับออกแบบกิจกรรมและเป็นข้อมูลตั้งต้น (baseline) ในการประเมินผลลัพธ์ความเปลี่ยนแปลง

กิจกรรมที่ ๓ อบรมให้ความรู้แก่สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จำนวน ๑ ครั้ง เรื่องการดูแลสุขภาพร่างกาย การกินอาหาร การดูแลสุขภาพจิต การให้ความรู้ทันตสุขภาพ การหลีกเลี่ยงสิ่งบั่นทอนสุขภาพ(สุรายาสูบ) เป็นต้น พร้อมระบุข้อมูลวิทยากรว่าเป็นใคร มีประสบการณ์อะไร

กิจกรรมที่ ๔ จัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุในเรื่อง การออกกำลังกาย ให้แก่ผู้สูงอายุที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายร่วมกันโดยใช้สถานที่วัดบ้านวังเข อย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง ครั้งละ ๓๐ นาที ได้แก่ กายบริหารยืดเหยียดจำนวน ๗๒ ครั้ง และในบางครั้งที่ไม่ได้มารวมออกกำลังกายก็ร่วมกับกลุ่ม ให้มีการออกกำลังกายที่บ้านรวมตัวเป็นกลุ่มย่อย อย่างน้อยสัปดาห์ละ ๓ ครั้ง ครั้งละ ๓๐ นาที ตามที่ได้ตกลงออกแบบ เช่น กายบริหาร ยืดเหยียดด้วย นวัตกรรมผ้าขาวม้าออกกำลังกาย โดยส่งข้อมูลหรือรูปภาพเข้าไปใน Line กลุ่มชมรม

กิจกรรมที่ ๕ การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียงในชุมชนทุกคน คณะกรรมการชมรมและผู้สูงอายุลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียงในลักษณะ “เพื่อนช่วยเพื่อน” โดยเป็นไปในลักษณะของการให้กำลังใจและเยียวยาจิตใจ โดยอาจออกเยี่ยมบ้านร่วมกับ อสม. หรือเจ้าหน้าที่ รพ.สต. อย่างน้อย เดือนละ ๑ ครั้ง จำนวน ๕ ครั้ง

กิจกรรมที่ ๖ คณะกรรมการชมรมติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุรายบุคคล จำนวน ๕ ครั้ง (ความถี่อย่างน้อย ๑ เดือน/ครั้ง)

- คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุทำการคืนข้อมูลภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุให้แก่ชมรมผู้สูงอายุและครอบครัวผู้สูงอายุ
- คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุทำการติดตามและให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับวัย (การออกกำลังกาย การกินอาหาร)

กิจกรรมที่ ๗ อบรมให้ความรู้แก่สมาชิกชมรมผู้สูงอายุและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จำนวน ๑ ครั้ง เรื่องการดูแลสุขภาพร่างกาย การกินอาหาร การดูแลสุขภาพจิต การให้ความรู้ทันตสุขภาพ และการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม เป็นต้น

๖.๓ ขั้นการประเมินผล (Check)

สรุปกิจกรรมและชี้แจงกิจกรรม ระหว่างเดือนมกราคม - กันยายน ๒๕๖๘

มีการประเมินโครงการ ด้วยเครื่องมือประเมินแต่ละกิจกรรม

๑.มีแกนนำผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จัดกิจกรรมแก้ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ

๒.ร้อยละ ๑๐๐ ของแกนนำผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ผ่านแบบทดสอบร้อยละ ๘๐ ของแบบทดสอบ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม

๓.มีชมรมผู้สูงอายุในชุมชนบ้านวังเข

๔.ร้อยละ ๘๐ ของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย ผ่านแบบทดสอบร้อยละ ๘๐ ของแบบทดสอบเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสม

๕.ร้อยละ ๕๐ ของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย มีการออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ สัปดาห์ละ ๓ ครั้งๆละ ๓๐ นาที ในระยะเวลาโครงการต่อเนื่องอย่างน้อย ๔ เดือน โดยมีการบันทึกกิจกรรมผ่านแบบบันทึกการออกกำลังกาย

๖.ร้อยละ ๕๐ ของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย มีการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ผ่านแบบบันทึกการบริโภค และมีความสุขเพิ่มขึ้น จากการทำแบบประเมินความสุข

๗.ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียงในชุมชนทุกคน ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน อย่างน้อย เดือนละ ๑ ครั้ง จำนวน ๔ ครั้ง โดยมีการบันทึกแบบเยี่ยมบ้านและภาพถ่าย

๖.๔ ขั้นนำผลประเมินไปใช้ในการปรับปรุงกิจกรรมครั้งต่อไป (Act)

๑.ประชุมคณะกรรมการการดำเนินงานเพื่อรับทราบและประเมิน ถอดบทเรียนในการจัดกิจกรรมของโครงการร่วมกับเครือข่ายสุขภาพ และสรุปประเด็นสำคัญที่จะนำไปปรับปรุงในการจัดกิจกรรมครั้งต่อไป

๒.หาจุดแข็ง และจุดอ่อนในการทำงานของคณะปฏิบัติงาน เพื่อปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำกิจกรรมให้ดีขึ้นสำหรับการดำเนินงานครั้งต่อไป

๓.นำเสนอข้อมูลที่ได้จากโครงการ ทำสรุปรายงานและคืนข้อมูลให้กับภาคีเครือข่ายหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำข้อมูลไปใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงและแก้ไขปัญหาร่วมกัน

๗. ระยะเวลา

ตุลาคม ๒๕๖๗ – กันยายน ๒๕๖๘

๘. สถานที่

บ้านวังเข หมู่ ๔ ตำบลเหล่าน้อย

๙. งบประมาณ

จากเงินบำรุงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านหนองจอก รายละเอียดดังนี้

๙.๑ ประชุมคณะทำงาน จำนวน ๕ ครั้ง จำนวน ๓,๕๐๐ บาท

- ค่าอาหารว่าง จำนวน ๒๐ คน x ๓๕ บาท x ๑ มื้อ x ๕ ครั้ง รวม ๓,๕๐๐ บาท

๙.๒ อบรมให้ความรู้แก่สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จำนวน ๑ ครั้ง จำนวน ๑๓,๗๐๐ บาท

- ค่าอาหาร จำนวน ๖๐ คน x ๗๐ บาท x ๑ วัน รวม ๔,๒๐๐ บาท

- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน ๖๐ คน x ๓๕ บาท x ๒ มื้อ รวม ๔,๒๐๐ บาท

- ค่าวิทยากรอบรมให้ความรู้ ๕ ชั่วโมงๆละ ๖๐๐ บาท รวม ๓,๐๐๐ บาท

- ค่าจัดทำป้ายอบรม กว้าง ๑.๕ เมตร ยาว ๓ เมตร จำนวน ๑ ป้าย รวม ๕๐๐ บาท

- ค่าจัดทำเอกสารประกอบการอบรม จำนวน ๖๐ ชุด X ๓๐ บาท รวม ๑,๘๐๐ บาท

๙.๓ กิจกรรมออกกำลังกาย จำนวน ๓,๖๐๐ บาท

- ค่าน้ำดื่ม จำนวน ๖๐ คน x ๑๐บาท x ๖ ครั้ง รวม ๓,๖๐๐ บาท

๙.๔ ถอดบทเรียน/สรุปโครงการ จำนวน ๒,๑๐๐ บาท

- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน ๖๐ คน x ๓๕ บาท x ๑ มื้อ รวม ๒,๑๐๐ บาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น จำนวน ๒๒,๙๐๐ บาท (สองหมื่นสองพันเก้าร้อยบาทถ้วน)

๑๐. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

๑๐.๑ ผลผลิต (Output)

๑) เกิดคณะทำงาน จำนวน ๒๐ คน ประกอบด้วย แกนนำผู้สูงอายุ อสม.และจิตอาสา และ มีการแบ่งบทบาทหน้าที่ชัดเจน

๒) คณะทำงานมีความรู้ในเรื่องการคัดกรอง ประเมิน และดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น

๓) มีแผนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

๔) เกิดข้อตกลงในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนที่เกิดจากการมีส่วนร่วมและได้รับการยอมรับ

๕) ผู้สูงอายุสามารถประเมินสุขภาพตนเองได้ด้วยตนเอง

- ๖) มีต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุในชุมชน
- ๘) ร้อยละของมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม
- ๙) ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายมีกิจกรรมทางกายมากกว่า ๑๕๐ นาที/สัปดาห์
- ๑๐) ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายมีภาวะเสี่ยงลดลง

๑๐.๒ ผลลัพธ์ (Outcome)

- ๑) เกิดคณะทำงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน
- ๒) เกิดกลุ่มและมีข้อตกลงเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน
- ๓) เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของชุมชน
- ๔) เกิดกลไกติดตามผลการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง
- ๕) กลุ่มเป้าหมายมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

๑๑. การประเมินผล

ประเมินผลจากระดับของการพัฒนากิจกรรม/โครงการ/นวัตกรรม ตามยุทธศาสตร์ รพ.สต. ดิน (ดินดำ น้ำชุ่ม ต้นหอม) ด้วยกลยุทธ์ (ต้นหอม เป็๋งแ่ง ฮักแ่ง แบ่งปัน มั่นยืน) มี ๕ ระดับ ดังนี้

- ระดับ ๑ ต้นหอม : มีการรวมตัว รวมกลุ่ม
- ระดับ ๒ เป็๋งแ่ง : มีแกนนำ จัดทำแผน
- ระดับ ๓ ฮักแ่ง : มีการขับเคลื่อนงาน มีกิจกรรม
- ระดับ ๔ แบ่งปัน : เกิดผลงาน ผลผลิต มีความต่อเนื่อง เชื่อมโยง
- ระดับ ๕ มั่นยืน : มีการถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และขยายผลได้

๑๒. ผู้เขียนโครงการ

ลงชื่อ

(นางสาวสุวิมล สอนศรี)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ผู้เสนอโครงการ

ลงชื่อ

(นางสาวสุวิมล สอนศรี)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ผู้อนุมัติโครงการ

ลงชื่อ

(นายเฉลิมชัย คำสุเรศ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองจอก

แนวทางการประสานงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน

ระหว่าง สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี
และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด
กับ ภาศึเครือข่าย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดร้อยเอ็ด
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘



เนื่องด้วยองค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด รับการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพพระดับปฐมภูมิที่ไม่มีแพทย์ คือ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) จำนวน ๑ แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน ๒๒๘ แห่ง รวมเป็น ๒๒๙ แห่ง สามารถให้บริการดูแลสุขภาพในบริบทปฐมภูมิทั้ง ๕ มิติ คือ การตรวจประเมินภาวะสุขภาพบำบัดโรคเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการเจ็บป่วย การควบคุมการแพร่กระจายโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยด้านการรักษาโรคเบื้องต้นเป็นไปตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ จำนวน ๓๓ อาการ และพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน จำนวน ๒๒ อาการ ซึ่งปัจจุบันภารกิจหลักของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีประเด็นที่ต้องเร่งรัดดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ การคัดกรองสุขภาพเพื่อป้องกันโรคครอบคลุม ๕ กลุ่มวัย ทั้งในกลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยง โดยองค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด มีแนวคิดที่จะพัฒนาระบบสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อให้เกิดชุมชนเข้มแข็ง อย่างยั่งยืน จึงเน้นการสร้างสุขภาพ นำการซ่อมสุขภาพ มุ่งเน้นที่จะลดอัตราป่วยรายใหม่ และให้ประชาชนในชุมชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ภายใต้บริบทปฐมภูมิ โดยใช้กลไก รพ.สต.ติดดิน “ตุ้มโฮม เบิงแงง อักแพง แบ่งปัน มั่นยืน” ซึ่งในปี ๒๕๖๗ ได้มีการบูรณาการกับเครือข่ายของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้เกิดพื้นที่ต้นแบบ ๕๙ ตำบล ในการสร้างเสริมสุขภาพและเกิดการจัดการสุขภาพของตนเองและชุมชน ซึ่งปัจจุบันกำลังขยายกลไกฯ ดังกล่าวให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ในหน่วยบริการ (สอน./รพ.สต.) ทั้ง ๒๒๙ แห่ง

องค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด มีความมุ่งมั่น ตั้งใจอย่างเต็มที่ ที่จะพัฒนาให้เกิดระบบสุขภาพปฐมภูมิที่เข้มแข็ง และเกิดกลไกการประสานความร่วมมือกับเครือข่ายทุกระดับทั้งเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดและโรงพยาบาลศูนย์ร้อยเอ็ด ประสานจุดร่วม สงวนจุดต่าง รวมทั้งเพื่อให้เกิดการบูรณาการการดำเนินงานในทิศทางเดียวกัน เช่น ในกลุ่มผู้ป่วยที่โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์ร้อยเอ็ด การตรวจรักษาพยาบาลแบบ Extend OPD โดยสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะช่วยสนับสนุนเตรียมพื้นที่อำนวยความสะดวก ประชาสัมพันธ์ นัดผู้ป่วย รวมทั้งเฝ้าระวังกำกับติดตามผู้ป่วย และประสานการส่งต่อ

๑. วัตถุประสงค์

- ๑.๑ เพื่อกำหนดแนวทางการประสานงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ระหว่าง รพ.สต./สอน.กับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดร้อยเอ็ดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน (One PAO – One System)
- ๑.๒ เพื่อกำหนดแนวทางการบูรณาการงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประจำปี ๒๕๖๘ ระหว่าง รพ.สต./สอน.กับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดร้อยเอ็ดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

๒. แนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน

เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปในรูปแบบเดียวกันของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน และเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนในพื้นที่ องค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด จึงขอแจ้งแนวทางการดำเนินงานระดับพื้นที่ บริบทการดูแลสุขภาพ สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด ภายใต้ยุทธศาสตร์ ดินดำ น้ำชุ่ม ต้นหอม ดังนี้

กลุ่มเป้าหมาย	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	แนวทางการดำเนินงาน			หมายเหตุ
		อสม.	สอน./ รพ.สต.	รพ.แม่ข่าย	
ประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง	๑.ค้นหากลุ่มเสี่ยงโดยการคัดกรองสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่ ๒.รวบรวมผลงานคัดกรองจำแนกกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงสูง(สงสัยป่วย)	๑.ประชาสัมพันธ์และกระตุ้นให้กลุ่มเป้าหมายมาร่วมคัดกรองสุขภาพ ๒.ดำเนินการคัดกรองกลุ่มเป้าหมายร่วมกับแกนนำชุมชนหรือเจ้าหน้าที่รพ.สต. ๓.ส่งต่อผลการคัดกรอง ให้ สอน./รพ.สต. ๔.ร่วมสรุปผลงานคัดกรองกับสอน./รพ.สต.	๑.สนับสนุนด้านวิชาการทั้งความรู้และทักษะที่จำเป็นในการคัดกรองสุขภาพ ๒.สนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็นในการคัดกรอง กรณีอุปกรณ์ไม่เพียงพอ หรือชำรุดสามารถติดต่อขอยืมหน่วยบริการเพื่อใช้งานได้ เช่น เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องตรวจน้ำตาลในเลือด ๓.ประเมินและตรวจคัดกรองซ้ำในกลุ่มเสี่ยง ๔.วิเคราะห์และสรุปผลการดำเนินงานคัดกรอง ๕.ประสานส่งต่อข้อมูลกลุ่มเสี่ยงสูง(สงสัยป่วย) ให้ รพ.แม่ข่าย เพื่อวางแผนและดำเนินการตรวจยืนยัน	-	รพ.สต. เป็น Owner

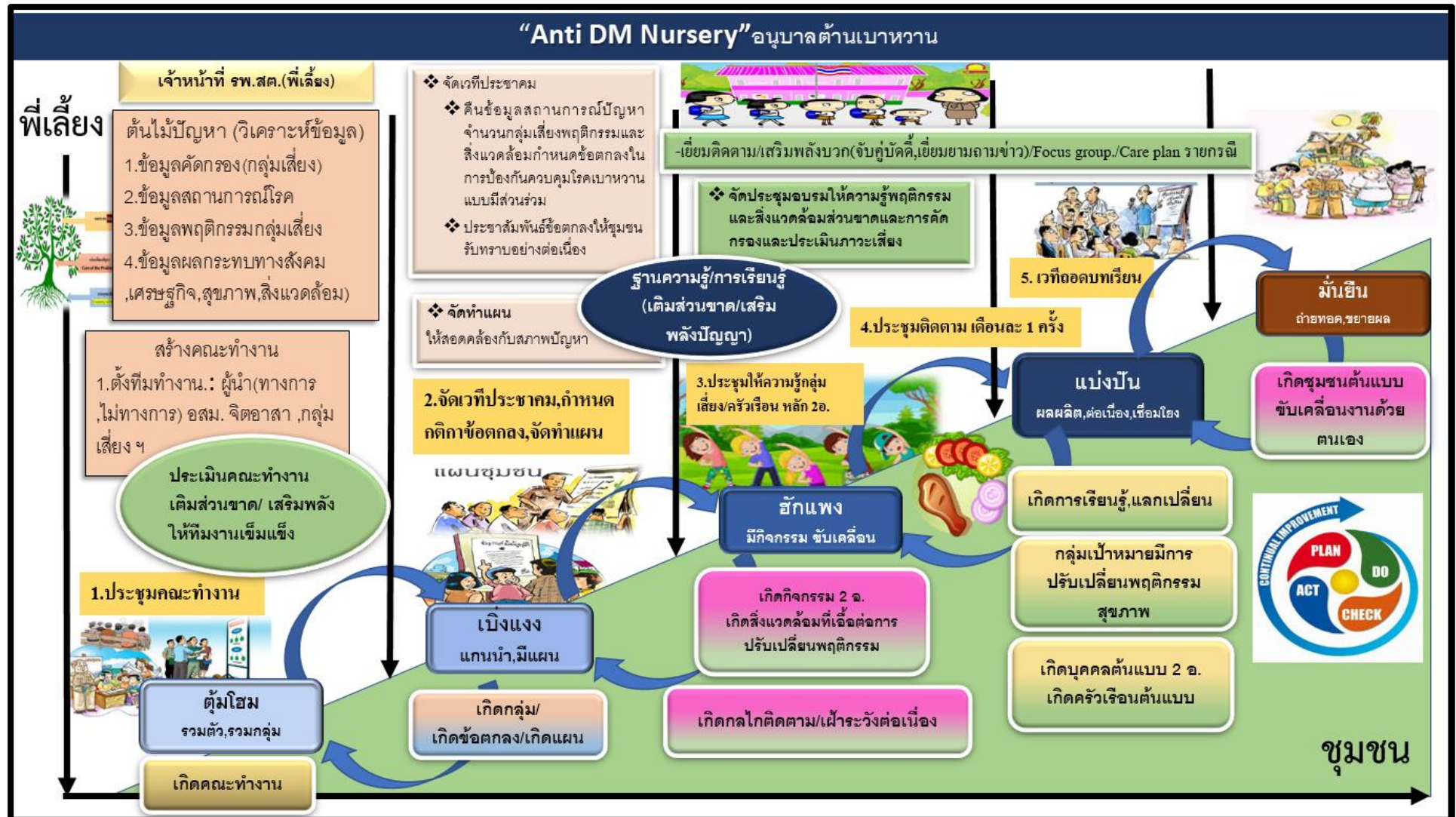
กลุ่มเป้าหมาย	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	แนวทางการดำเนินงาน			หมายเหตุ
		อสม.	สอน./ รพ.สต.	รพ.แม่ข่าย	
ประชากรกลุ่มปกติ	๑. เพิ่มสมรรถนะของร่างกายให้แข็งแรง (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) ๒. ปรับพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง เช่น ลด ละ เลิก สูบบุหรี่/ดื่มแอลกอฮอล์ ลดอาหารหวาน มัน เค็ม เพิ่มกิจกรรมทางกาย ๓. เพิ่มสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ ๔. ป้องกันการเพิ่มขึ้นของประชากรที่มีปัจจัยเสี่ยง	๑. ให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพเบื้องต้นเพื่อส่งเสริมสุขภาพตนเอง การประเมินและเฝ้าระวังความเสี่ยงทางสุขภาพ และแนะนำให้ตรวจคัดกรองสุขภาพเป็นประจำทุกปี	๑. สนับสนุนด้านวิชาการทั้งความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลกลุ่มปกติให้แก่แกนนำ/ อสม. ตามหลัก ๓ อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) ๒ ส. (สูบบุหรี่/ดื่มแอลกอฮอล์) การประเมินและเฝ้าระวังความเสี่ยงทางสุขภาพ ๒. บูรณาการกับการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย ๓. จัดบริการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และการจัดการตนเองลดวิถีชีวิตเสี่ยง ๔. จัด Mobile Station (อุปกรณ์ดูแล เฝ้าระวังสุขภาพเคลื่อนที่) ให้ชุมชนเข้าถึงบริการ และสามารถดูแลประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง	-	รพ.สต. เป็น Owner

กลุ่มเป้าหมาย	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	แนวทางการดำเนินงาน			หมายเหตุ
		อสม.	สอน./ รพ.สต.	รพ.แม่ข่าย	
กลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยง ๑.ค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย ๖-๘ ชม. (๑๐๐-๑๒๕ mg/dl) ๒.ความความดันโลหิตค่าตัวบน ๑๓๐-๑๕๙ mmHg หรือ ค่าตัวล่าง ๘๕-๙๙ mmHg ๓.BMI เกิน,Obesity, CVD risk,ประวัติพันธุกรรม หรือมีพฤติกรรมเสี่ยงฯลฯ	๑.ปรับพฤติกรรม และสภาพแวดล้อม เพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อโรค ๒.ได้รับการคัดกรองสุขภาพ และประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรค NCDs ๓.สามารถปรับ วิถีชีวิตประจำวันได้เหมาะสม ๔.ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคNCDs	๑.ส่งต่อข้อมูลให้ สอน./รพ.สต. พร้อมทั้งร่วมดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การติดตามเยี่ยมบ้าน การรายงานผลการติดตามเยี่ยมบ้าน และการตรวจคัดกรองซ้ำเป็นรายกรณี เป็นต้น ๒.สนับสนุนและร่วมดำเนินงานเพื่อลดปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ	๑.คัดกรองสุขภาพ ประเมินความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมองและการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด CVD Risk ๒.บันทึกข้อมูลการคัดกรองใน Hosxp_pcu ๓.ส่งข้อมูลเข้าระบบ HDC ๔.รพ.สต.ทุกแห่งดำเนินโครงการนวัตกรรมสุขภาพปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน (Pre-DM) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (ต้นแบบ ๑ ชุมชน/๑รพ.สต.) ตามยุทธศาสตร์ รพ.สต.ติดดิน “ดินดำ น้ำชุ่ม ดุ่มโฮม” ด้วยกลยุทธ์ “ ดุ่มโฮม เบ่ง แยก ฮักแพง แบ่งปัน หมั่นยืน” ๕.แบ่งพื้นที่ร่วมพัฒนาขับเคลื่อนงาน ในรูปแบบ โชนสุขภาพ ๕ โชน	-	รพ.สต. เป็น Owner

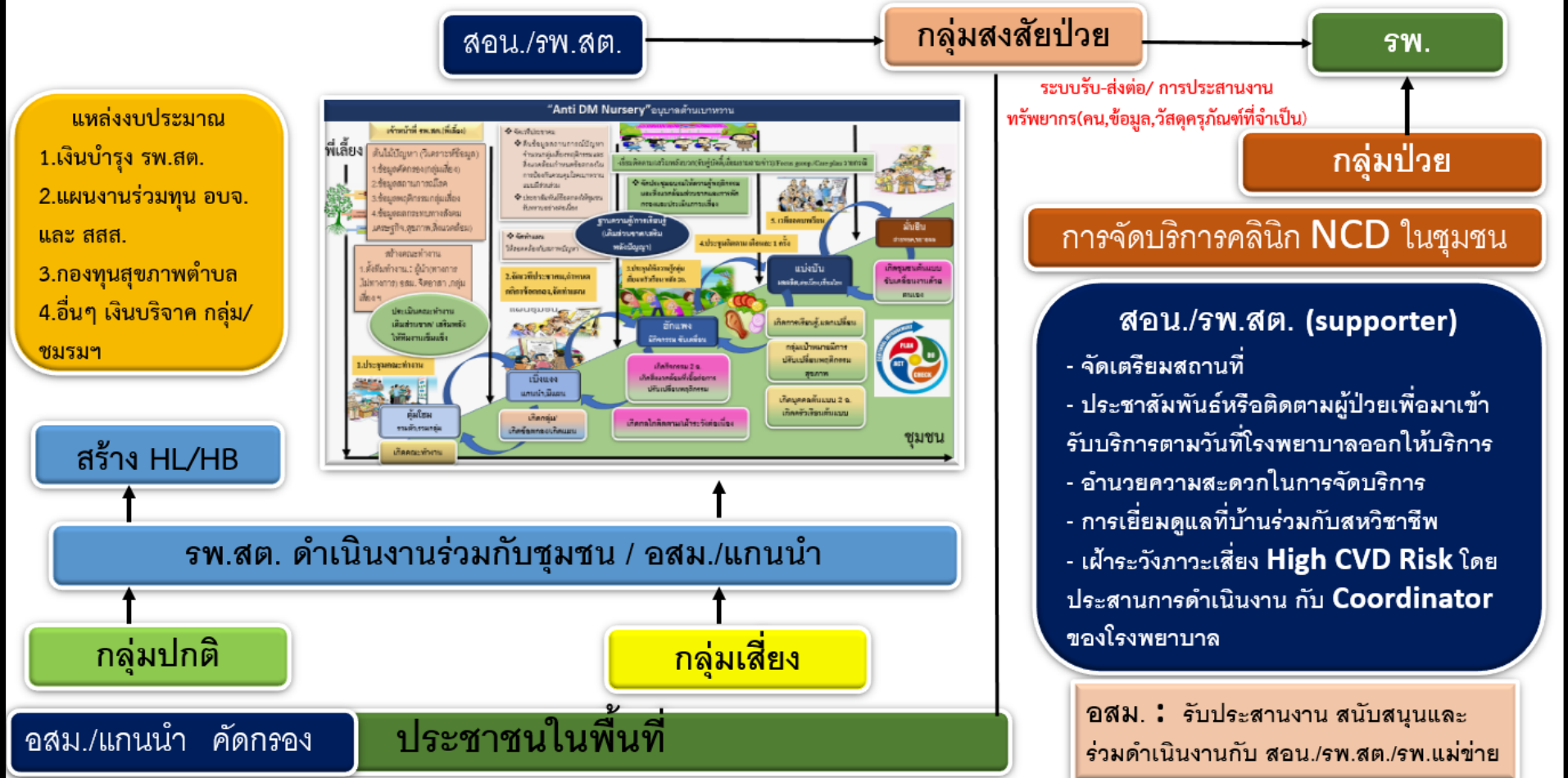
กลุ่มเป้าหมาย	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	แนวทางการดำเนินงาน			หมายเหตุ
		อสม.	สอน./ รพ.สต.	รพ.แม่ข่าย	
กลุ่มประชากรที่มี ภาวะเสี่ยง (ต่อ)			๖.พัฒนาพี่เลี้ยง ครู ก ดำเนินงาน นวัตกรรมสุขภาพ โซนละ ๑-๒ คน ๗. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และนำเสนอ ผลงาน นวัตกรรม จากพื้นที่	-	รพ.สต. เป็น Owner
กลุ่มเสี่ยงสูง(สงสัยป่วย)	๑.ปรับพฤติกรรม และ สภาพแวดล้อมเพื่อลดภาวะ เสี่ยง สามารถปรับ วิธี ชีวิตประจำวันได้เหมาะสม ๒.ได้รับการตรวจวินิจฉัย เพิ่มเติมเพื่อยืนยันการวินิจฉัย และดูแลอย่างเหมาะสม ๓.ได้รับการติดตามเฝ้าระวัง อย่างต่อเนื่อง ๔.ไม่เจ็บป่วยด้วยโรค NCDs	๑.ส่งต่อข้อมูลกลุ่มเสี่ยงสูง(สงสัย ป่วย) ให้ สอน./รพ.สต. ๒.ประสานงาน สนับสนุนและร่วม ดำเนินงานติดตามกลุ่มเสี่ยงสูง (สงสัยป่วย) ให้เข้ารับการตรวจ ยืนยัน	๑.เข้าร่วมโครงการนวัตกรรมสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน (Pre-DM) ๒.ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจยืนยันการ วินิจฉัย ที่โรงพยาบาล ๓.รับประสานข้อมูลการติดตามจาก โรงพยาบาล	๑.ตรวจยืนยันการ วินิจฉัย ป่วยโรงพยาบาล เป็นหน่วย ให้บริการหลัก (owner) ๒.ประสานข้อมูล รพ.สต. เพื่อติดตามดูแล ต่อเนื่อง ๓.พิจารณาขึ้น ทะเบียนผู้ป่วย รายใหม่ ๔.รับการส่งต่อ	รพ.สต. ประสานการ ดำเนินงาน กับ Coordinator ของ โรงพยาบาล

กลุ่มเป้าหมาย	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	แนวทางการดำเนินงาน			หมายเหตุ
		อสม.	สอน./ รพ.สต.	รพ.แม่ข่าย	
กลุ่มป่วยระยะแรก และไม่มีภาวะแทรกซ้อน	๑.ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องอย่างเป็นองค์รวม (กาย จิตใจ สังคม) ทันเวลา ต่อเนื่อง ๒.ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ๓.ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันได้ดีขึ้น ๔.ผู้ป่วยได้รับการตรวจคัดกรอง ตา ไต เท้า	รับประสานงาน สนับสนุน และร่วมดำเนินงานกับ สอน./รพ.สต./รพ.แม่ข่าย	๑.รพ.สต.เป็นหน่วยสนับสนุน (supporter) - จัดเตรียมสถานที่ - ประชาสัมพันธ์หรือติดตามผู้ป่วยเพื่อมาเข้ารับบริการตามวันที่โรงพยาบาลออกให้บริการ - อำนวยความสะดวกในการจัดบริการ - การเยี่ยมดูแลที่บ้านร่วมกับสหวิชาชีพ - เฝ้าระวังภาวะเสี่ยง High CVD Risk โดยประสานการดำเนินงานกับ Coordinator ของโรงพยาบาล	๑.โรงพยาบาลเป็นหน่วยให้บริการหลัก (owner) ใน NCD Clinic ๒.จัดทีมบุคลากรและสหวิชาชีพ ออกให้บริการแบบ Extent OPD ตามพื้นที่ที่จัดแผนการดูแล ๓. ตรวจLabประจำปี คัดกรองภาวะเสี่ยงในผู้ป่วย เช่น ตรวจตา ตรวจไต ตรวจเท้า คัดกรอง CVD risk ๔.จัดเตรียมเอกสารและสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงานให้ รพ.สต. ๕. ประสานรายชื่อผู้ป่วยที่มีนัดให้ รพ.สต.ติดตามมารับบริการ ประสานการเยี่ยมดูแลที่บ้าน	

กลุ่มเป้าหมาย	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	แนวทางการดำเนินงาน			หมายเหตุ
		อสม.	สอน./ รพ.สต.	รพ.แม่ข่าย	
กลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน	๑.ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรค ป้องกันและชะลอการดำเนินโรคสู่ภาวะแทรกซ้อนและการเป็นซ้ำ ๒.ลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน	รับประสานงาน สนับสนุน และร่วมดำเนินงานกับ สอน./รพ.สต./รพ.แม่ข่าย	๑.รพ.สต.เป็นหน่วยสนับสนุน (supporter) - รับการประสานงานข้อมูลจากโรงพยาบาล - ร่วมดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยครอบคลุมทุกด้าน ตามที่ได้ประเมินความจำเป็นในการดูแล - อำนวยความสะดวกในการจัดบริการ - การเยี่ยมดูแลที่บ้านร่วมกับสหวิชาชีพ - ร่วมทบทวนการบริการ พัฒนาระบบงานอย่างต่อเนื่อง - บันทึกข้อมูลการส่งต่อในระบบติดตามของ อบจ. - บันทึกรายงานการเยี่ยมดูแล สรุปรายงานเสนอผู้บังคับบัญชา	๑.โรงพยาบาลเป็นหน่วยให้บริการหลัก (owner) ในการให้บริการดูแลรักษา - NCDs Remission Clinic - Best practice NCD - NCD Clinic Plus - CKD Clinic - ประสานข้อมูล รพ.สต. เพื่อติดตามดูแลต่อเนื่อง	



แนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน รพ.สต.สังกัด อบจ.ร้อยเอ็ด



**แนวทางการประสานแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ แผนปฏิบัติการพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่
และการประสานงานด้านบุคลากร ระหว่าง สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี
และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด
กับ ภาควิชาเครือข่ายระบบสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘**



๒. วัตถุประสงค์

- ๑.๓ เพื่อกำหนดแนวทางการประสานแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ ระหว่าง รพ.สต./สอน.กับ รพช./รพท.ในจังหวัดร้อยเอ็ดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน (One PAO – One System)
- ๑.๔ เพื่อกำหนดแนวทางการบูรณาการแผนปฏิบัติการพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ ประจำปี ๒๕๖๘ (Operation Plan) ระหว่าง รพ.สต./สอน.กับ รพช./รพท.ให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน
- ๑.๕ เพื่อกำหนดแนวทางการประสานงานด้านบุคลากร ให้มีประสิทธิภาพ และเป็นไปในแนวทางเดียวกัน สอดคล้องกับระเบียบบริหารราชการส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่น

๒. แนวทางการประสานงาน

๒.๑ การประสานแผนงานบริการ (Service Plan)

(๑) แนวทางการประสานแผนงานบริการ (Service Plan) กำหนดให้มีบุคลากรผู้ประสานงานดำเนินการให้เป็นไปตามประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด เรื่อง แนวทางปฏิบัติในการให้บริการและการส่งเสริมสุขภาพ (Clinical Practice Guideline : CPG) สำหรับสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรชนามวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สังกัด องค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด ปี ๒๕๖๖ ลงวันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๖๖

(๒) จำแนกการดูแลประชากรของจังหวัดร้อยเอ็ดตามความรับผิดชอบ (Catchment Area) ในระบบ OS Matrix (Owner-Supporter) แบ่งประชากรเป็น ๓ กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย โดย รพ.สต./สอน.รับผิดชอบ (Owner) กลุ่มปกติ และกลุ่มเสี่ยง ให้การสนับสนุนการจัดบริการ/ดูแล (Supporter) กลุ่มป่วยเมื่อได้รับการส่งต่อจากรพช./รพท. โดย รพช./รพท.รับผิดชอบกลุ่มป่วยเป็นหลัก

(๓) ระบบส่งต่อผู้ป่วย (Referral System) จากระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ ทั้งขาขึ้น (Bottom up) และขาลง (Top down) กำหนดให้มีบุคลากรผู้ประสานความร่วมมือแนวราบอย่างเป็นรูปธรรมภายในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ Contracted unit of primary care (CUP)

๒.๒ การประสานแผนปฏิบัติการพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (Operation Plan)

แนวทางการประสานแผนปฏิบัติการพัฒนาสุขภาพ (Operation Plan) รพ.สต./สอน.สังกัด อบจ.ร้อยเอ็ด ประจำปี ๒๕๖๘ มีทิศทางที่ชัดเจนในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเชิงรุกตามแนวคิด “สร้างนำซ่อม” ด้วยกระบวนการทัศน์ “รพ.สต.ติดดิน” หรือแนวคิดการแก้ปัญหาสุขภาพที่ปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (Social determinants of health) โดยดำเนินงานเป็นไปตามกรอบนโยบายผู้บริหาร แผนพัฒนาสุขภาพ และแผนปฏิบัติการ ต่างๆ ดังนี้

- (๑) แผนพัฒนาท้องถิ่น (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) องค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด เพิ่มเติม ครั้งที่ ๒/๒๕๖๖
- (๒) แผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๖- ๒๕๗๐) เพิ่มเติม ครั้งที่ ๒/๒๕๖๗ จังหวัดร้อยเอ็ด
- (๓) KPI Template ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ (Key Performance Indicator : KPI) สอน/รพ.สต. สังกัด อบจ.ร้อยเอ็ด ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
- (๔) แผนการใช้จ่ายเงินบำรุง รพ.สต./สอน.สังกัด อบจ.ร้อยเอ็ด ปี ๒๕๖๘
- (๕) ประกาศ นโยบายด้านการพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ ของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัด องค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด ปี ๒๕๖๗ ลงวันที่ ๑๓ ธันวาคม ๒๕๖๖
- (๖) นโยบาย ด้านสาธารณสุข ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
- (๗) หนังสือสั่งการ อื่นๆ

๓ แนวทางการประสานงานด้านบุคลากร เพื่อขับเคลื่อนนโยบายและแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่

พระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๔๐ แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๔๖ (ฉบับปัจจุบัน) มาตรา ๘ กำหนดให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดเป็นนิติบุคคลและเป็นราชการส่วนท้องถิ่น เขตขององค์การบริหารส่วนจังหวัดได้แก่เขตจังหวัด มีนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด เป็นหัวหน้าส่วนราชการ กำกับดูแลโดยผู้ว่าราชการจังหวัด การประสานงานกับด้านทรัพยากรบุคคล งบประมาณ และทรัพย์สิน กับ สอน./รพ.สต. สังกัด องค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด จึงดำเนินการประสานงานผ่านหัวหน้าส่วนราชการ ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด และ/หรือประสานงานให้เป็นไปตามแนวทางของคำสั่งที่ออก โดยองค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด หรือ/และจังหวัดร้อยเอ็ด แล้วแต่กรณีดังนี้

- (๑) คำสั่งจังหวัดร้อยเอ็ด ที่ ๓๕๐๑ / ๒๕๖๗ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการประสานงาน สาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ ลงวันที่ ๒๕ มิถุนายน ๒๕๖๗
- (๒) คำสั่งคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ด ที่ ๑ / ๒๕๖๖ เรื่อง แก้ไขคำสั่ง คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) จังหวัดร้อยเอ็ด ลงวันที่ ๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๖
- (๓) คำสั่งองค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด ที่ ๑๕ / ๒๕๖๖ เรื่อง แต่งตั้งคณะอนุกรรมการ สุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) จังหวัดร้อยเอ็ด ลงวันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๖
- (๔) คำสั่งองค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด ที่ ๓๒๗๘ / ๒๕๖๕ เรื่อง แต่งตั้งคณะอนุกรรมการ สุขภาพระดับอำเภอ (กสอ.) ลงวันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๔
- (๕) ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ (พขอ.)



เอกสาร ประกาศ คำสั่งที่เกี่ยวข้อง

คณะผู้จัดทำ

ที่ปรึกษา

นายเศกสิทธิ์	ไฉนยมพงศ์	นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด
พ.อ.นพ.ศิวพล	บุญรินทร์	คณะอนุกรรมการด้านพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพ
นายเจริญ	สิทธิ์ประภากุล	รองนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด
นายพิสิษฐ์ศักดิ์	ไฉนยมพงศ์	รองนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด
นายสุวัฒน์	ปัตตพัฒน์	เลขานุการนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด
นายทรงศักดิ์	เลิศล้ำหวาน	เลขานุการนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด
นางสาวประลัดดา	นาเมืองรักษ์	เลขานุการนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด
พลตำรวจตรีสิงห์ทอง	พลลา	ที่ปรึกษานายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด
นายภาณุพงศ์	แพนลินฟ้า	ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข

ผู้จัดทำ

คณะอนุกรรมการด้านพัฒนาระบบบริการ

คณะอนุกรรมการด้านพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพ

คณะอนุกรรมการด้านยุทธศาสตร์และแผนงาน

คณะอนุกรรมการด้านการสร้างนวัตกรรมสุขภาพชุมชน

คณะทำงานขับเคลื่อนการจัดการความรู้ภายในองค์กร โดยคณะทำงานขับเคลื่อนจัดการความรู้การวิจัย

ทางด้านสาธารณสุข

