**แผนพัฒนาระบบปฐมภูมิ (Primary care) ประจำปี ๒๕๖๔**
**ประเด็น กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ( NCDs) อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว**

## ๑. ที่มาและความสำคัญของปัญหา

### ๑.๑ ที่มาและความสำคัญ

อำเภอโคกสูงมี ๔ ตำบล ๔๑หมู่บ้าน ๗,๗๑๒ ครัวเรือน ๒๗,๑๙๓ คน มีบุคลากรการแพทย์และสาธารณสุข ๑๓๖คน มี มีMini Case Manager DM ๑ คน มีCase Manager DM ๑ คน มี ทีม อสม.รอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ๕๖๗ คน มีประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ๘,๗๒๕ มีผู้ป่วยเบาหวาน ๑,๒๗๕ คน และมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ๒,๗๐๘ คน จากการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ๓ ปีย้อนหลังของอำเภอโคกสูง พบว่า

### ๑.๒ ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

| ที่ | ข้อมูล | ปี ๒๕๖๑ | ปี ๒๕๖๒ | ปี ๒๕๖๓ |
|---|---|---|---|---|
| ๑ | DM | | | |
| ๑.๑ | ประชาชนอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป | ๙,๒๔๘ | ๘,๙๒๖ | ๘๗๒๕ |
| ๑.๒ | ผลการคัดกรอง | ๘,๗๔๗(๙๔.๕๘) | ๘,๒๕(๙๒.๔๕) | ๘๑๒๘(๙๓.๑๖) |
| ๑.๓ | ประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป(กลุ่มปกติ) ระดับน้ำตาล < ๑๐๐ mg./dl. | ๗,๙๐๑(๙๐.๓๓) | ๗๓๕๒(๘๙.๙) | ๗๔๕๑(๙๑.๖๗) |
| ๑.๔ | ประชาชนอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป (กลุ่มเสี่ยง)ระดับน้ำตาล ๑๐๐-๑๒๕mg./dl. | ๗๒๔ (๘.๒๗) | ๗๖๑ (๙.๒๒) | ๔๑๒(๕.๐๗) |
| ๑.๕ | ประชาชนอายุ๓๕ ปีขึ้นไป(กลุ่มป่วย)ระดับน้ำตาล >๑๒๖ mg./dl. | ๑๒๒ (๑.๔๐) | ๑๓๙ (๑.๖๙) | ๖๗(๐.๘๒) |
| ๒ | HT | | | ๗๕๔๖ |
| ๒.๑ | ผลการคัดกรอง | ๗,๗๖๙ (๙๔.๒๘) | ๗,๑๕๔(๙๒.๐๐) | ๗๐๐๓(๙๒.๘๐) |
| ๒.๒ | ประชาชนอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป (กลุ่มปกติ),< ๑๒๐/๘๐ mmHg | ๖๙๙๘(๙๐.๐๘) | ๖๔๓๙(๙๐.๐๑) | ๖๒๑๐(๘๘.๖๘) |
| ๒.๓ | ประชาชนอายุ ๓๕ปีขึ้นไป(กลุ่มเสี่ยง),>๑๒๑/๘๙ mmHg | ๔๓๙(๕.๖๕) | ๔๘๑(๖.๗๒) | ๕๒๔(๗.๔๘) |
| ๒.๔ | ประชาชนอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป (กลุ่มป่วย),> ๑๔๐/๙๐ mmHg | ๓๓๒ (๔.๒๗) | ๒๓๔ (๓.๒๗) | ๒๓๔(๓.๓๔) |

**๑.๓ วิเคราะห์ Gap ของการดำเนินงานที่ผ่านมา**

| ที่ | ชื่อตัวชี้วัด | ผ่าน | ไม่ผ่าน | จุดอ่อน | จุดแข็ง | ประเด็นพัฒนา |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ๑ | การคัดกรองเบาหวาน ตามขั้นตอนการประเมินความเสี่ยงในประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๙๐ | ๙๓.๑๖ | | | ๑.อปท.สนับสนุนวัสดุอุปกณ์เพียงพอ ๒.ทีมงานเครือข่ายในชุมชนมีความพร้อม ๓.มีระบบ Fast Track DMระหว่างรพ.กับรพ.สต ๔.มีการวางแผนคัดกรองให้เสร็จในไตรมาส ๑ | ๑.เพิ่มศักยภาพและความเชี่ยวชาญของอสม.ในการคัดกรอง ๒.รณรงค์ตรวจคัดกรองเชิงรุกช่วงเทศกาล |
| ๒ | อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบของปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำ | ๙๒.๘๐ | | | มีระบบการติดตามโดยเจ้าหน้าที่รพ.สต กรณีกลุ่มเสี่ยงมีค่าDTX >๑๒๖ mg/dl ส่งต่อรพ. | ๑.จัดทำแผนการออกติดตามกลุ่มเสี่ยงและกำหนดผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน |
| ๓ | ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี > ร้อยละ ๔๐ | ๔๘.๔๗ | | | ๑.มีระบบการติดตาม รูปแบบ การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขาดการรักษา,ควบคุมไม่ได้,มีภาวะแทรกซ้อน ๒.ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลเกิน ๑๘๐ mg/dl จะได้พบ Case Manager ทุกราย ๓.มี อสค. Health Literacy ที่ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน | ๑.พัฒนาระบบติดตาม Pt ขาดยา/ควบคุมไม่ได้ ด้วยโปรแกรมการจัดการตนเอง (ยาและอาหาร) ๒.พัฒนา อสม.DM DOT ในกรณี Un control |
| ๔ | การคัดกรองเบาหวานเข้าจอประสาทตาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน > ร้อยละ ๖๐ | ๗๗.๔๙ | | เครื่องตรวจตามีไม่เพียงพอ | ๑.ศักยภาพเจ้าหน้าที่สามารถทำหน้าที่ทดแทนกันได้ ๒.มีการวางแผนการตรวจตา ให้เสร็จในเดือนแรก ๓.มีการประชุมวางแผนทำความเข้าใจของเจ้าหน้าที่ในเครือข่ายก่อนดำเนินการทุกครั้ง | ๑. วางแผนจัดซื้อเครื่อง ตรวจตา |
| ๕ | ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางเท้า ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ | ๗๒.๐๐ | | | ๑.ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจเท้าจากนักกายภาพบำบัดทุกราย ๒.นักกายภาพบำบัดลงพื้นที่ตรวจตา เท้า ในรพ.สต.ทุกแห่ง | |
| ๖ | อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน | ๔.๖๑ | | ๑.ขาดการสร้างกระแสในกลุ่มเสี่ยง | | ๑.สร้างกระแสเรื่อง ๓อ ๒ส |
| ๗ | อัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อประชากร | | ๓๙๕.๖๖ | ๑.ระบบข้อมูล | | ๑.พัฒนาระบบข้อมูล DMในเครือข่าย เช่น การบันทึก การดึงข้อมูล การบริหารข้อมูลDM ร่วมกันในเครือข่าย |

**๒. แผนปฏิบัติการพัฒนาระบบปฐมภูมิ (Primary care)**

| ลำดับ | กิจกรรม | วัน เดือน ปี | ผู้รับผิดชอบ |
|---|---|---|---|
| ๑ | อบรมศักยภาพ อสค.หมอประจำบ้านในการคัดกรองผู้ป่วย | ธ.ค.๖๓ | ประชากร |
| ๒ | รณรงค์ตรวจคัดกรองเชิงรุก | ธ.ค./เม.ย./ ก.ค.๖๔ | รพ.สต.ทุกแห่ง |
| ๓ | พัฒนาระบบติดตาม Pt ขาดยา/ ควบคุมไม่ได้ ด้วยโปรแกรมการจัดการตนเอง (ยาและอาหาร) | ธ.ค.๖๓-ก.ค.๖๔ | รัตนา |
| ๔ | อบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. และอสค.DM DOT ในกรณี Un control | มี.ค.๖๔ | พนิดา |
| ๕ | สร้างกระแสเรื่อง ๓อ ๒ส ช่วงเทศกาล เช่น สงกรานต์ ปีใหม่ เข้าพรรษา | ธ.ค./เม.ย./ ก.ค.๖๔ | รพ.สต.ทุกแห่ง |
| ๖ | พัฒนาระบบข้อมูล DMในเครือข่าย และ NCD@Home | ก.พ.๖๔ | พนิดา |
| ๗ | ประชุมเชิงปฏิบัติการ ONE DAY CAMP กลุ่มเสี่ยง DM | มี.ค.๖๔ | พนิดา |

**๒.๓ มาตรการ และกิจกรรม**

| กิจกรรม | ช่วงเวลา | ผู้รับผิดชอบ |
|---|---|---|
| P : Partnership | | |
| **๑.เพิ่มทักษะ อสม.ในการคัดกรอง** | ธ.ค.๖๓ | พนิดา |
| **๒.อปท.จัดซื้ออุปกรณ์ ทันเวลา** | ธ.ค.๖๓ | ประชากร |
| **๓.อปท.สนับสนุนลานออกกำลังกาย** | เม.ย.๖๔ | ประชากร |
| I : Investment | | |
| **๑.พัฒนา ระบบNCD คลินิกคุณภาพรพ.สต./ รพ.** | ม.ค.๖๔ | รัตนา |
| **๒. พัฒนาระบบส่งต่อ, Fast Track** | ก.พ.๖๔ | รัตนา |
| **๓. พัฒนาระบบติดตาม Pt ขาดยา/ ควบคุมไม่ได้** | ก.พ.๖๔ | รัตนา |
| R : Regulate | | |
| ๑.อสม./อสค./ หมู่บ้าน HL (๓อ ๒ส. ลดโซเดียม) | ธ.ค.๖๓ | ประชากร |
| ๒.จัดทำระบบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขาดการรักษา,ควบคุมไม่ได้,มีภาวะแทรกซ้อน | ก.พ.๖๔ | รัตนา |
| ๓. วิจัย/นวัตกรรมDM / HT | เม.ย.๖๔ | ประชากร/รัตนา |
| A : Advocate | | |

| | | |
|---|---|---|
| **๑.วิเคราะห์ ติดตาม ประเมินผลโครงการ/คืนข้อมูล โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NDCs)(DM) ทุกเดือน** | ต.ค.๖๓-ก.ย.๖๔ | ประชากร/รัตนา |
| B : Building Capacity<br>๑.การคัดกรอง(ดี เสี่ยง ป่วย)/บันทึกข้อมูล<br>๒.ติดตามกลุ่มป่วย เสี่ยง DM/HT<br>๓.ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (DPAC/๓อ ๒ส.) | <br>ต.ค.-ธ.ค.๖๓<br>ม.ค.๖๔<br>มี.ค.๖๔ | <br>พนิดา<br>พนิดา<br>พนิดา |

**๓. การประเมินผลการดำเนินงาน**

ใช้กรอบ Logical framework ในลักษณะของการประเมินผลโครงการ เพื่อสร้างความเชื่อมโยงของการประเมินผลตั้งแต่ระดับกิจกรรมที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และเป้าประสงค์ที่กำหนด

| | **สาระสำคัญโดยสรุป** | **ดัชนีวัดความสำเร็จ** | **ผลการดำเนินงาน** | **แหล่งข้อมูล หรือวิธีการตรวจสอบ** | **เงื่อนไขบ่งชี้ความสำเร็จ** |
|---|---|---|---|---|---|
| **เป้าประสงค์ (Goal)** | ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ | ผู้ป่วยโรคเบาหวานร้อยละ ๕๐ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ | ประเมินผลการดำเนินงานทุก ๓ เดือน ๖ เดือน | ๑)การสอบถาม สัมภาษณ์ สำรวจ แบบรายงาน แบบประเมินผล จากโปรแกรม/HDC/web<br>๒) งานวิจัย การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน | ๑)นโยบายที่ชัดเจนจากผู้บริหาร<br>๒)ความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย<br>๓) Role |

| | สาระสำคัญโดยสรุป | ดัชนีวัดความสำเร็จ | ผลการดำเนินงาน | แหล่งข้อมูล หรือวิธีการตรวจสอบ | เงื่อนไขบ่งชี้ความสำเร็จ |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | แบบมีส่วนร่วม | Model ใน DM Good control<br>๔) การได้รับสนับสนุนทรัพยากร(คน เงิน ของ)จาก อปท. |
| **วัตถุประสงค์ทั่วไป (Purpose)** | เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถดูแลตนเองได้ | ผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ ≥ ร้อยละ ๘๐ | ประเมินผลการดำเนินงาน ทุก ๓ เดือน ๖ เดือน | ๑)การสอบถาม สัมภาษณ์ สำรวจ แบบรายงาน แบบประเมินผล จากโปรแกรม/HDC/web<br>๒) งานวิจัย การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบมีส่วนร่วม | |
| **วัตถุประสงค์เฉพาะ (Output)** | ๑)เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้ที่ถูกต้องในการเลือกรับประทานอาหาร การใช้ยาและการออกกำลังกาย<br>๒) เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัว ( จนท. อสค. อสม. หมอประจำบ้าน) | ๑) ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้ที่ถูกต้องในการเลือกรับประทานอาหาร การใช้ยาและการออกกำลังกาย≥ ร้อยละ ๘๐<br>๒) ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัว ( จนท. อสค. อสม. หมอประจำบ้าน) ≥ ร้อยละ ๘๐ | ประเมินผลการดำเนินงาน ทุก ๓ เดือน ๖ เดือน | ๑)การสอบถาม สัมภาษณ์ สำรวจ แบบรายงาน แบบประเมินผล จากโปรแกรม/HDC/web<br>๒) งานวิจัย การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบมีส่วนร่วม | |
| **กลวิธีหรือแนวทางการดำเนินงาน (Input)** | แนวทาง PIRAB ๑) การวิเคราะห์ข้อมูล (Individual Data) รายบุคคล ในกลุ่ม Pt DM Uncontrol)<br>๒) จัดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยให้เข้ากลุ่มโปรแกรมการจัดการตนเอง (๓เดือน) | ๑) Pt DM Uncontrol ได้รับวิเคราะห์ข้อมูล Individual Data ร้อยละ ๑๐๐<br>๒) ประเมินรูปแบบการจัดการตนเองทุก ๓ เดือน ๖ เดือน | ประเมินผลการดำเนินงาน ทุก ๓ เดือน ๖ เดือน | ๑)การสอบถาม สัมภาษณ์ สำรวจ แบบรายงาน แบบประเมินผล จากโปรแกรม/HDC/web<br>๒) งานวิจัย การพัฒนารูปแบบการ | |

| | สาระสำคัญโดยสรุป | ดัชนีวัดความสำเร็จ | ผลการดำเนินงาน | แหล่งข้อมูล หรือวิธีการตรวจสอบ | เงื่อนไขบ่งชี้ความสำเร็จ |
|---|---|---|---|---|---|
| | ๓) ส่งต่ออสม./อสค./หมู่บ้าน HL (๓อ ๒ส. ลดโซเดียม) ดูแลต่อเนื่องรายบุคคล<br>๔) วิจัย/นวัตกรรมDM | ๓) ประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของ Pt DM Uncontrolทุก ๓ เดือน ๖ เดือน<br>๔) ประเมิน อสค. และอสม.หมอประจำบ้าน<br>๔.๑ การประเมินความรู้ อสค.และอสม.หมอประจำบ้าน ตามประเภทผู้ป่วย<br>๔.๒ ประเมินการเยี่ยมผู้ป่วยในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ | | ดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบมีส่วนร่วม | |