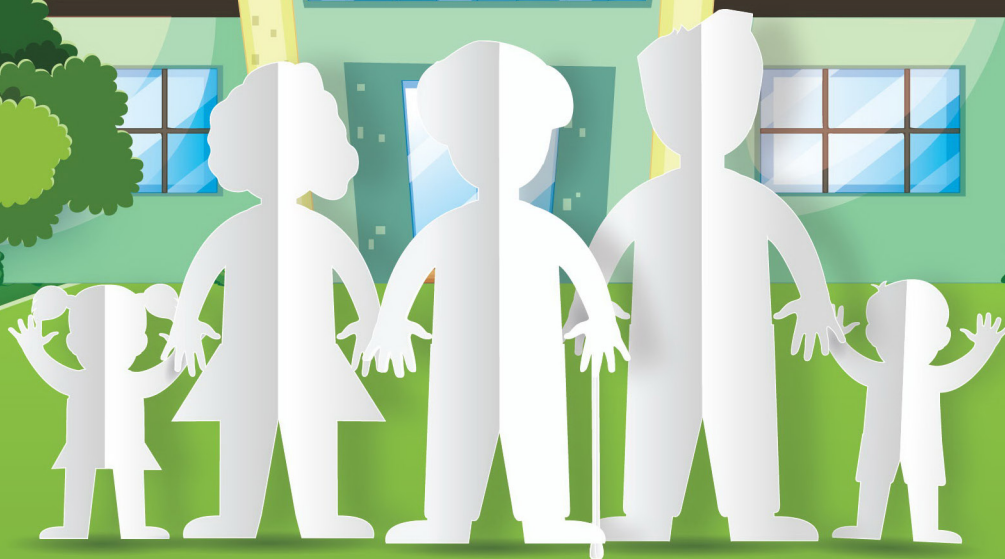




คู่มือ ดำเนินงานพื้นที่ต้นแบบ

การดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
การป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง
โดยองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

อปท.



คู่มือดำเนินงานพื้นที่ต้นแบบการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น



คู่มือดำเนินงานพื้นที่ต้นแบบการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

จัดพิมพ์เผยแพร่โดย

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

เลขที่ 120 หมู่ 3 ชั้น 2-4 อาคารรัฐประศาสนภักดี

ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550

ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210

โทรศัพท์ 02 1414000 โทรสาร 02 1439730-1 เว็บไซต์ www.nhso.go.th

ที่ปรึกษา

นายแพทย์จักรกริช ไข้วศิริ

นายแพทย์รัฐพล เจริญมิชานนท์

นายแพทย์กฤษ ลิ้มทองอิน

รองเลขาธิการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผู้ช่วยเลขาธิการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ที่ปรึกษาสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

คณะผู้จัดทำ

นายวีระชัย ก้อนมณี

ผศ.นพ.สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์

นายวิสุทธิ บุญญะโสภิต

นายพนมศักดิ์ เอมอยู่

นายดุสิต ศรีโคตร

นายธีระศักดิ์ โฆษคุณวุฒิ

นายธีรนนท์ ปราบราย

นางศศิธร ไชยสิทธิพร

นายอาทิตย์ วสุรัตน์

นางสาวเยาวภา สันติกุล

นางสาวจิรายุ อยู่นันท์

นางสาวใจเดียว โกมลเพ็ชร

ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบบริการสุขภาพชุมชน

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 3 นครสวรรค์

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 3 นครสวรรค์

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น

เทศบาลตำบลบ้านหลวง จังหวัดเชียงใหม่

เทศบาลตำบลนาชะอัง จังหวัดชุมพร

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

พิมพ์ครั้งที่ 1

ISBN

พิมพ์ที่

กันยายน 2562 จำนวน 5,000 เล่ม

978-616-490-011-0

บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด

โทรศัพท์: +66 (0) 2 903-8257-9

คำนำ

ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2561 ข้อ 6 ได้กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนฯท้องถิ่น) มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่น องค์กรหรือกลุ่มประชาชน เพื่อให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ กองทุนฯท้องถิ่นจึงเป็นแหล่งทุนที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะบริหารจัดการเพื่อให้กับประชาชนทุกกลุ่มวัยในพื้นที่ได้รับบริการดูแลสุขภาพอย่างครอบคลุมและเหมาะสม

ปีงบประมาณ 2563 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ภายใต้การหนุนเสริมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยมีกองทุนฯท้องถิ่นเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะสร้างความตระหนักรู้ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เพื่อการดูแลสุขภาพของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของหน่วยบริการ ภาคประชาชน และภาคีเครือข่าย เกิดเป็นพื้นที่ต้นแบบการดูแลสุขภาพที่บูรณาการการสร้างสุขภาวะของชุมชนโดยการสนับสนุนจากกองทุนฯท้องถิ่น ประชาชนสามารถพึ่งพาและดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างยั่งยืน ซึ่งในระยะแรกของการดำเนินงานพื้นที่ต้นแบบการดูแลสุขภาพของเด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็กจะเน้นการส่งเสริมพัฒนาการดูแลสุขภาพช่องปาก และการส่งเสริมโภชนาการและการเจริญเติบโต สำหรับพื้นที่ต้นแบบการดูแลโรค NCD จะเน้นการควบคุมและป้องกันโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้จัดทำคู่มือดำเนินงานพื้นที่ต้นแบบการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อเป็นเครื่องมือสำหรับ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่น องค์กรหรือกลุ่มประชาชน ใช้เป็นแนวทางขับเคลื่อนการดำเนินงานและพัฒนาเป็นพื้นที่ต้นแบบเกิดผลสัมฤทธิ์ในการจัดการระบบสุขภาพชุมชนอย่างเหมาะสมต่อไป

สารบัญ

	หน้า
ส่วนที่ 1 การดำเนินงานพื้นที่ต้นแบบการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	7
บทที่ 1	
1. สถานการณ์และความเป็นมา	9
2. เป้าหมายการดำเนินงานพื้นที่ต้นแบบการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโดยกองทุนฯ ท้องถิ่น	10
3. เกณฑ์การคัดเลือกพื้นที่ต้นแบบการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโดย อปท.	11
4. กรอบแนวทางเพื่อการพัฒนาเป็นพื้นที่ต้นแบบฯ	11
บทที่ 2	
1. ความสำคัญ และความจำเป็นในการพัฒนาเด็กปฐมวัย	13
2. ขั้นตอนการเบิกจ่ายเงินกองทุนฯท้องถิ่นสำหรับศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก/ กองการศึกษา/หน่วยบริการ	17
3. แนวทางการหนุนเสริมของ อปท. เพื่อส่งเสริมพัฒนาการ ส่งเสริมโภชนาการ และการเจริญเติบโต และการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กปฐมวัย	18
4. ตัวอย่างโครงการ/กิจกรรม ภายใต้แผนงานการส่งเสริมพัฒนาการ การส่งเสริมโภชนาการและการเจริญเติบโต การดูแลสุขภาพช่องปาก	20
ส่วนที่ 2 : การดำเนินงานพื้นที่ต้นแบบการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	
บทที่ 1	
1. สถานการณ์และความเป็นมา	47
2. ทำไม ต้องจัดการโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง	48

	หน้า
3. เป้าหมายการดำเนินงานพื้นที่ต้นแบบการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง	50
4. เกณฑ์การคัดเลือกพื้นที่ต้นแบบการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง	51
5. แนวทางเพื่อการพัฒนาเป็นพื้นที่ต้นแบบการป้องกันและควบคุม โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	51

บทที่ 2

1. ยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564)	53
2. กรอบแนวคิดการจัดการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง	55

บทที่ 3

1. แนวทางการจัดการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดย อปท.	57
2. ตัวอย่างแผนการจัดการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงระยะ 5 ปี	59
3. ขั้นตอนเตรียมการขอรับการสนับสนุนงบประมาณฯ ท้องถิ่น และการรับเงินเข้า เพื่อดำเนินงานตามโครงการ	63
4. ตัวอย่างโครงการ/กิจกรรม ภายใต้แผนงานการป้องกันและควบคุม โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	64



ส่วนที่ 1

การดำเนินงานพื้นที่ต้นแบบการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัย
ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น





เด็กแรกเกิดถึง 6 ปี (เด็กปฐมวัย) เป็นช่วงวัยที่พัฒนาการในทุก ๆ ด้านเป็นไปอย่างรวดเร็ว การดูแลช่วงวัยนี้อย่างเหมาะสมจะเป็นฐานรากที่สำคัญสำหรับพัฒนาการในช่วงวัยต่อ ๆ ไป พ่อ แม่ ผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก ตลอดจนชุมชนที่เด็กอาศัย จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะส่งเสริมให้เด็กได้มีการพัฒนาในทุก ๆ ด้านอย่างเต็มศักยภาพ การดูแลให้เด็กปฐมวัยในชุมชนได้รับบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และแก้ไขปัญหาสุขภาพ จึงเป็นภารกิจสำคัญขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาเด็กในชุมชนให้มีคุณภาพ และเหมาะสมตามวัย มีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา เติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพของประเทศต่อไป

ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.2561 ข้อ 10(3) “เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือศูนย์ที่ดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาและดูแลเด็กเล็กในชุมชน... หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือศูนย์ที่ดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาและดูแลเด็กเล็กในชุมชน...” ในปีงบประมาณ 2563 สปสช. ได้กำหนดทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ภายใต้การหนุนเสริมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) โดยมีกองทุนฯ ท้องถิ่นเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะสร้างความตระหนักรู้ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ในการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในความรับผิดชอบของ อปท.โดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานบริการ ภาคประชาชน และภาคีเครือข่าย เพื่อให้เด็กได้รับการคัดกรองค้นหาความบกพร่องหรือความผิดปกติด้านสุขภาพตั้งแต่วัยเริ่มแรกโดยเน้นการส่งเสริมโภชนาการ และการเจริญเติบโต การส่งเสริมพัฒนาการ และการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก เพื่อการให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ หรือส่งต่อรักษาได้ทันเวลาที่ โดยคาดหวังว่าเมื่อดำเนินการอย่างต่อเนื่องจะเกิดเป็นศูนย์พัฒนาเด็กเล็กพื้นที่ต้นแบบภายใต้การหนุนเสริมของกองทุนฯท้องถิ่น ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน ในการส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยพัฒนาเต็มศักยภาพ หนุนเสริมให้พ่อแม่ ผู้ปกครองมีความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพเด็ก และสร้างความมั่นใจแก่ประชาชนในชุมชนที่จะฝากลูกหลานให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กดูแล

2

เป้าหมายการดำเนินงานพื้นที่ต้นแบบ การดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโดยกองทุนฯ ก่อตั้ง

ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
จำนวนอปท./กองทุนฯ ท้องถิ่นพื้นที่ต้นแบบการ ดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (การส่งเสริมพัฒนาการ หรือ การส่งเสริมโภชนาการ และการเจริญเติบโต หรือ การดูแลสุขภาพช่องปาก) จังหวัดละ 1 แห่ง (76 จังหวัด)	50% ของอำเภอ มี อปท./กองทุนฯ ท้องถิ่น เป็นพื้นที่ต้นแบบการ ดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (การส่งเสริมพัฒนาการ หรือ การส่งเสริม โภชนาการและ การเจริญเติบโต หรือ การดูแลสุขภาพช่องปาก) อย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่ง	ทุกอำเภอ มี อปท./ กองทุนฯท้องถิ่นเป็นพื้นที่ ต้นแบบการดูแลสุขภาพ เด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนา เด็กเล็ก (การส่งเสริม พัฒนาการ หรือ การส่งเสริมโภชนาการ และการเจริญเติบโต หรือ การดูแลสุขภาพ ช่องปาก) อย่างน้อย อำเภอละ 1 แห่ง

3

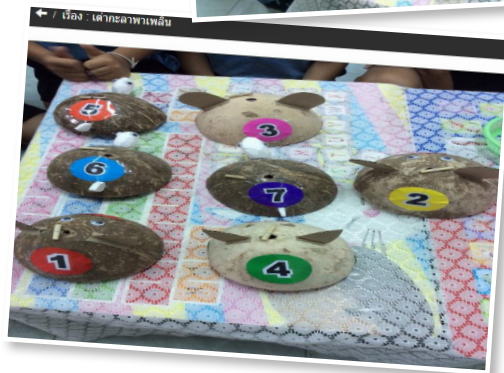
เกณฑ์การคัดเลือกพื้นที่ต้นแบบการดูแล สุขภาพเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดย อปท. มีดังนี้

เป็นพื้นที่อปท./กองทุนฯท้องถิ่นที่มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือศูนย์ที่ดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาและดูแลเด็กเล็กและสมัครใจเข้าร่วม

4

กรอบแนวทางเพื่อการพัฒนาเป็นพื้นที่ ต้นแบบฯ มีดังนี้

- 1) อปท. หรือ กองทุนฯท้องถิ่น และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีการจัดทำแผนงบประมาณประจำปี เพื่อรองรับการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการ หรือ ส่งเสริมโภชนาการและการเจริญเติบโต หรือ การดูแลสุขภาพช่องปาก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้รับการอย่างต่อเนื่อง
- 2) มีระบบข้อมูล/ระบบทะเบียนสุขภาพเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและสามารถนำข้อมูลด้านสุขภาพมาทำการวิเคราะห์ปัญหา และขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนฯท้องถิ่นเพื่อดำเนินการส่งเสริมพัฒนาการ หรือ ส่งเสริมโภชนาการและการเจริญเติบโต หรือ การดูแลสุขภาพช่องปาก
- 3) มีระบบส่งต่อเพื่อให้เด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่มีความบกพร่องหรือความผิดปกติด้านพัฒนาการ หรือ โภชนาการและการเจริญเติบโต หรือ สุขภาพช่องปากได้รับการดูแลต่อเนื่อง
- 4) มีระบบกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน
- 5) มีการถอดบทเรียน สรุปผล และเผยแพร่ ผลการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการ หรือ ส่งเสริมโภชนาการและการเจริญเติบโต หรือ การดูแลสุขภาพช่องปาก ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในแต่ละปีที่เป็นรูปธรรม ให้แก่สาธารณะทุกปี และรับฟังความคิดเห็นข้อเสนอแนะจากชุมชนเพื่อการปรับปรุงพัฒนาการดำเนินงาน ต่อไป



1

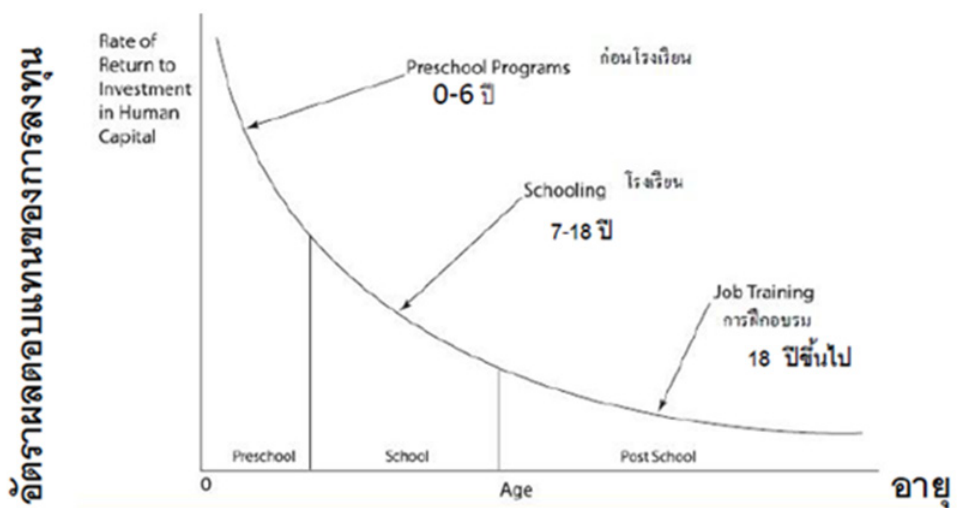
ความสำคัญ และความจำเป็น ในการพัฒนาเด็กปฐมวัย

การพัฒนาเด็กปฐมวัย ถือเป็นภารกิจอันสำคัญยิ่งของสังคมมนุษย์ เพราะพัฒนาการทุกด้านในช่วง 5 ขวบปีแรกของชีวิต หรือวัยก่อนเข้าเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ที่มักเรียกกันว่า “ช่วงปฐมวัย” คือ “โอกาสทองของชีวิต” ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่เหลือทั้งหมดของมนุษย์แต่ละคน และส่งผลต่ออนาคตของสังคม อีกทั้งยังได้รับการพิสูจน์จากนักเศรษฐศาสตร์รางวัลโนเบลอย่าง ศ.ดร.เจมส์ เจ. เฮคแมน ว่าการลงทุนพัฒนาเด็กปฐมวัยเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าให้ผลตอบแทนแก่สังคมดีที่สุดในระยะยาว โดยคืนผลตอบแทนกลับคืนมาในอนาคตมากถึง 7 เท่า



ความสำคัญของปฐมวัย

- ช่วงวิกฤติการพัฒนาการทางสมอง เนื่องจากระบบประสาทและสมองกำลังเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว
- เป็นรากฐานของชีวิต (Foundation/Building Blocks)
- คุ้มค่าของการลงทุนเชิงเศรษฐศาสตร์
- ลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความเป็นธรรมในสังคม



ที่มา: โครงการศึกษาการลงทุนด้านสังคมเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืนของภาคีสุขภาพ: การพัฒนาเด็กปฐมวัย เพื่อวางรากฐานในการมีสุขภาพและสุขภาวะที่ดี โดย ภูมิศรัณย์ ทองเลี่ยมนาค สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย 11 มกราคม 2560 โรงแรมสวิสโฮเต็ล เลอ คองคอร์ด

ถึงแม้พ่อแม่/ผู้ปกครองจะมีบทบาทสำคัญในการดูแลพัฒนาเด็กปฐมวัยโดยตรง แต่อาจยังไม่เพียงพอด้วยข้อจำกัดของครอบครัว และสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวย จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ประเทศ/สังคม/ชุมชนต้องเข้ามาลงทุนหรือมีบทบาทจัดการในด้านต่าง ๆ ทั้งสภาพแวดล้อมทางสังคมและเศรษฐกิจให้เอื้ออำนวยสนับสนุนต่อการพัฒนาเด็กปฐมวัย อปท.หนึ่งในองค์กรระดับพื้นที่ที่ใกล้ชิดประชาชนที่สุด ได้ลงทุนจัดให้มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและหรือโรงเรียนอนุบาลเพื่อดูแลและส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัย อายุ 2-5 ปี โดยมีครูผู้ดูแลเด็กและผู้ดูแลเด็กปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เมื่อปี 2555 อปท.มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอยู่ในความรับผิดชอบดูแลกว่า 19,780 แห่ง จำนวนเด็ก 911,143 คนหรือมากกว่าร้อยละ 30 ของเด็กอายุ 2-5 ปี จำนวน 3,076,742 คน และยังมีเด็กเล็กอยู่โรงเรียนอนุบาลในความรับผิดชอบของ อปท.จำนวน 138,331 คน (ที่เหลือร้อยละ 58 ของเด็กในช่วงวัยหรือจำนวน 1,799,125 คน อยู่ในโรงเรียนประถมศึกษา

2-5 ปี ยังไม่มีโอกาสได้รับการเตรียมความพร้อมขั้นปฐมวัย) ล่าสุด (2560) อปท.มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน 19,429 แห่ง ดูแลเด็กปฐมวัย 889,423 คน และโรงเรียนอนุบาล 1,215 แห่ง ดูแลเด็กปฐมวัย 159,069 คน

จากการประเมินคุณภาพศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของกรมอนามัยปี 2555 พบว่ามีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กระดับดี 7,421 แห่ง ระดับดีมาก 6,439 แห่ง ที่เหลือเป็นระดับพื้นฐาน 5,516 แห่ง และไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 667 แห่ง อย่างไรก็ตาม สำหรับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่แม้จะผ่านเกณฑ์มาตรฐานแต่จากการดำเนินงานพบว่าส่วนใหญ่ยังคงประสบปัญหาทั้งในด้านการดำเนินงานและความพร้อมของทรัพยากร มีความแตกต่างในด้านคุณภาพและมาตรฐานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขนาดใหญ่และขนาดเล็ก และคุณภาพของครูพี่เลี้ยงเด็กและบุคลากรทางการศึกษา มีผู้ดูแลเด็กถึงร้อยละ 51 ขาดความรู้และทักษะในการเลี้ยงดูเด็กอย่างพอเพียง ในการประเมินคุณภาพกรมอนามัยได้ชี้ถึงสภาพที่ตั้งของศูนย์เด็กเล็กที่ยังขาดความพร้อมในการจัดการดูแลและการจัดการศึกษา อาทิ ศูนย์เด็กเล็กร้อยละ 40 มีของเล่นไม่เพียงพอกับจำนวนเด็ก ร้อยละ 37 ของเล่นอยู่ในสภาพชำรุดรอการซ่อมแซม ร้อยละ 24 ห้องน้ำมีสภาพชำรุด และร้อยละ 3.8 ไม่สามารถจัดหาที่นอนให้เด็กนอนได้ ร้อยละ 60 มีหนังสือนิทานไม่เพียงพอ และมีเพียงร้อยละ 35.6 จัดกิจกรรมเล่นิทานให้เด็กฟังทุกวัน ในด้านสุขภาพของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กพบว่ามีเด็กฟันผุสูงถึงร้อยละ 92 บาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มมีสูงถึงร้อยละ 37.5 ตามมาด้วยอุบัติเหตุจากเครื่องเล่นสนามร้อยละ 28.6 ในด้านมาตรฐานคุณภาพการศึกษา จากการประเมินของสำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา (สมศ.) ในปีงบประมาณ 2558 มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเข้ารับการประเมิน 19,480 แห่ง อยู่ในระดับดีมาก 296 แห่ง ดี 7,647 แห่ง พอใช้ 9,562 แห่ง ต้องปรับปรุง 1,671 แห่ง ต้องปรับปรุงเร่งด่วน (ด้านคุณภาพครูผู้ดูแลเด็ก/ด้านบริหารจัดการ) 304 แห่ง นอกจากนั้นจากการสำรวจของกรมอนามัยในระยะหลายปีที่ผ่านมา พบว่าเด็ก 0-6 ปีมีพัฒนาการไม่สมวัยประมาณร้อยละ 30 นับเป็นวิกฤติร้ายแรงต่อการพัฒนาคุณภาพทรัพยากรมนุษย์ของประเทศ

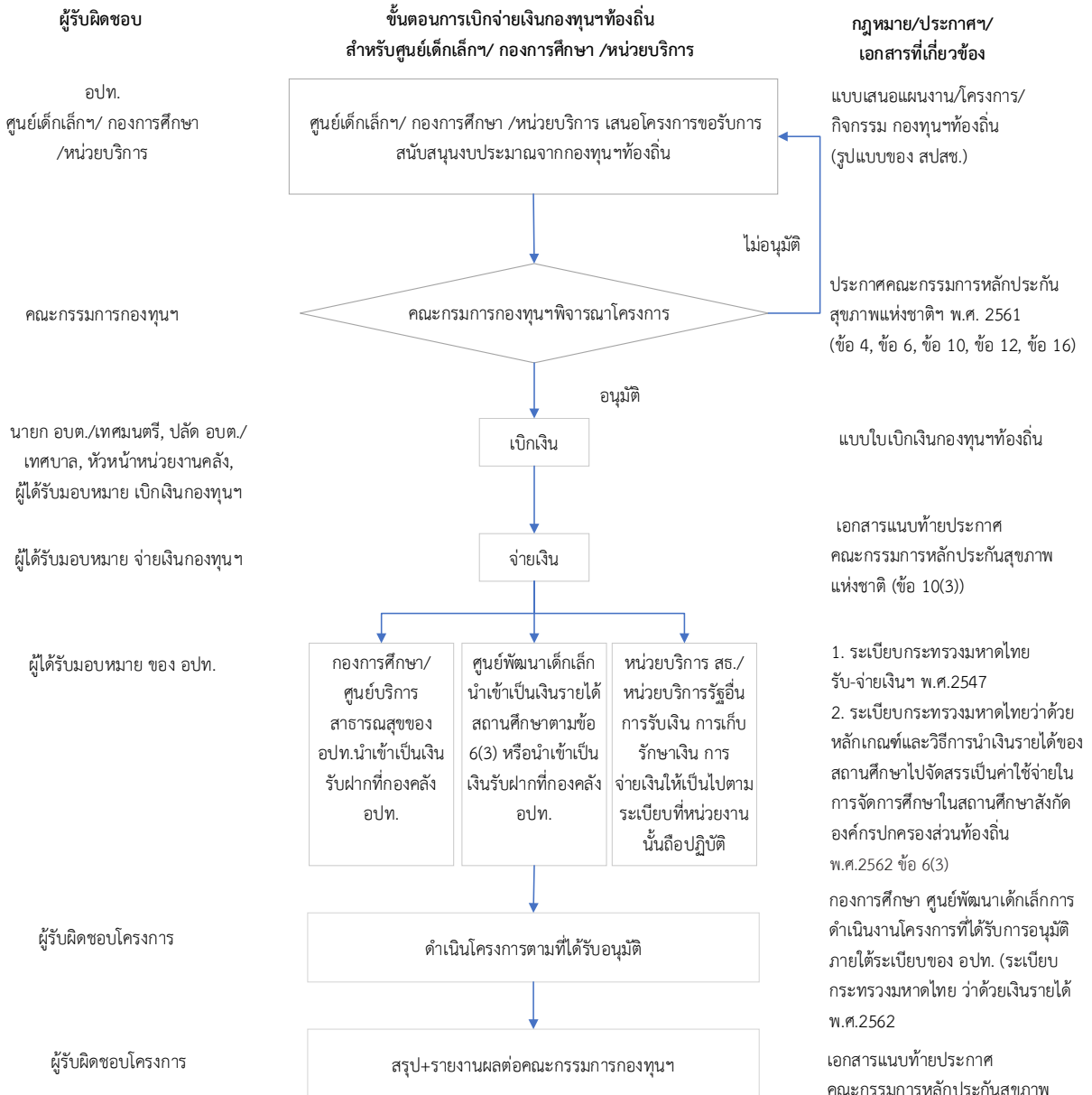
เพื่อให้การลงทุนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพ สามารถสนองตอบความต้องการพัฒนาของเด็กปฐมวัยให้เต็มศักยภาพ และส่งผลต่อการเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีในอนาคต อปท.ร่วมกับคณะกรรมการบริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำเป็นต้องพัฒนาปรับปรุงศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพื่อให้สามารถบริการช่วยเหลือเด็กในระยะแรกเริ่ม ช่วง 2-5 ปี ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (โดยเฉพาะเด็กในช่วง 2-3 ขวบปีแรก ซึ่งสมองมีความอ่อนไหวและพัฒนาการได้รวดเร็วที่สุด) ซึ่งจำนวนหนึ่งได้เข้ามาใช้บริการของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เป็นการช่วยเสริมหรือ

เติมเต็มการเลี้ยงดูของพ่อแม่/ผู้ปกครองที่อาจไม่มีเวลา การร่วมกันทำงานของหน่วยงานต่าง ๆ รวมถึงศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในการเอาใจใส่ดูแล (เลี้ยงดู) การมีสุขภาพที่ดีของเด็ก โภชนาการ การกระตุ้นพัฒนาการและการปกป้องคุ้มครองเด็กให้ปลอดภัย จะสามารถช่วยให้สมองเด็กได้รับการพัฒนาอย่างเหมาะสมและแข็งแรง เป็นเด็กที่เจริญเติบโตเต็มตามศักยภาพและมีความเป็นอยู่ที่ดี มีความคุ้มค่าทั้งในเรื่องผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา อัตราการจ้างงานที่เพิ่มขึ้น เพิ่มผลิตผลที่มีประสิทธิภาพ การเจ็บป่วยลดลง รวมไปถึงการลดลงของอาชญากรรม

กองทุนฯ ท้องถิ่นเป็นแหล่งทุนที่อปท.บริหารจัดการ สามารถช่วยเติมเต็มการสร้างเสริมสุขภาพที่ดี โภชนาการ การกระตุ้นพัฒนาการ รวมถึงการเลี้ยงดูเอาใจใส่และความปลอดภัยของเด็กปฐมวัย ซึ่งเกือบทั้งหมดเกี่ยวข้องกับสุขภาพได้โดยเสริมเพิ่มเติมจากงบประมาณพัฒนาท้องถิ่นตามข้อบัญญัติที่สนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การพัฒนาโครงการ/กิจกรรมด้านสุขภาพ โภชนาการ และพัฒนาการของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กนั้น อปท.โดยหัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กร่วมกับคณะกรรมการบริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็กควรจัดประชุมประชาคมท้องถิ่น หน่วยบริการสาธารณสุข (รพ./รพ.สต.) เพื่อร่วมพัฒนาบัญชีโครงการ/กิจกรรมดังกล่าวเสนอบรรจุในแผนพัฒนาการศึกษาของสถานศึกษา และแผนปฏิบัติการประจำปี โดยระบุแหล่งที่มางบประมาณจากกองทุนฯ ท้องถิ่น รวมถึงผู้รับผิดชอบดำเนินการ (ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก/กองการศึกษา/ศูนย์บริการสาธารณสุข/รพ./รพ.สต.) พร้อมนำโครงการ/กิจกรรมดังกล่าวเสนอพิจารณาบรรจุในแผนการเงินประจำปีของกองทุนฯ ท้องถิ่น อนึ่ง การพัฒนาแผนพัฒนาการศึกษาหรือแผนพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก แผนปฏิบัติการประจำปี และโครงการ/กิจกรรม คณะกรรมการบริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและประชาคมท้องถิ่นควรศึกษาและให้ความสำคัญกับมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติและแผนพัฒนาเด็กปฐมวัย เพื่อเป็นทิศทางและแนวทางในการพัฒนา

2

ขั้นตอนการเบิกจ่ายเงินกองทุนฯ ก้องถิ่น สำหรับศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก/ กองการศึกษา/หน่วยบริการ



3

แนวทางการหนุนเสริมของ อปท. เพื่อส่งเสริมพัฒนาการ ส่งเสริมโภชนาการ และการเจริญเติบโต และการดูแลสุขภาพ ช่องปากของเด็กปฐมวัย

ประเด็นการดำเนินงาน ศูนย์เด็กเล็กฯต้นแบบ โดยกองทุนฯท้องถิ่น	การดำเนินงาน	ตัวอย่าง โครงการ/ กิจกรรม	ผู้มีสิทธิขอรับ การสนับสนุน เงินกองทุนฯท้องถิ่น
การส่งเสริมพัฒนาการ	- การตรวจคัดกรองและประเมินพัฒนาการ การกระตุ้น การส่งต่อ - ส่งเสริมให้เด็กเล่น เล่นิทาน นอนให้พอ - จัดทำทะเบียน/ฐานข้อมูล - ให้ความรู้พ่อแม่ ผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็ก - ส่งเสริม 2 ก 2 ล - การคัดกรองสุขภาพและแก้ไข	- โครงการ การส่งเสริม ประเมินและติดตามพัฒนาการเด็กปฐมวัย - โครงการ พัฒนาขีดความสามารถพ่อแม่ ผู้ปกครองในการดูแล และส่งเสริมพัฒนาการเด็กเล็ก - โครงการ ตรวจคัดกรองและแก้ไขปัญห สุขภาพที่จำเป็น	- หน่วยบริการ สถาน บริการ หน่วยงานภายในของ อปท. ตามข้อ 10(1) - ศูนย์ เด็กเล็ก หรือศูนย์ที่ดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาและดูแลเด็กเล็กในชุมชน หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบ ศูนย์เด็กเล็กหรือศูนย์ ที่ดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาและดูแลเด็กเล็กในชุมชน ตามข้อ 10(3)

ประเด็นการดำเนินงาน ศูนย์เด็กเล็กฯต้นแบบ โดยกองทุนฯท้องถิ่น	การดำเนินงาน	ตัวอย่าง โครงการ/ กิจกรรม	ผู้มีสิทธิขอรับ การสนับสนุน เงินกองทุนฯท้องถิ่น
การส่งเสริมโภชนาการ และการเจริญเติบโต	-การตรวจคัดกรองและประเมินการเจริญเติบโต -แก้ไขเด็กที่มีปัญหาโภชนาการ (น้ำหนักเกิน/อ้วน น้ำหนักน้อย เตี้ย ผอม) -จัดทำทะเบียน/ฐานข้อมูล	-โครงการส่งเสริมโภชนาการและการเจริญเติบโต	
การดูแลสุขภาพช่องปาก	-ส่งเสริมการแปรงฟัน จัดสภาพแวดล้อม -เฝ้าระวังและตรวจสุขภาพช่องปาก -ป้องกันและแก้ไขปัญหาโดยทันตบุคลากร ตรวจฟันผุ ทาฟลูออไรด์	-โครงการ การส่งเสริมและดูแลสุขภาพช่องปาก	

ตัวอย่างโครงการ/กิจกรรมภายใต้แผนงาน การส่งเสริมพัฒนาการ การส่งเสริม โภชนาการและการเจริญเติบโต การดูแล สุขภาพช่องปาก

ต่อไปนี้เป็นตัวอย่างโครงการการส่งเสริมพัฒนาการ การส่งเสริมโภชนาการและการเจริญเติบโต การดูแลสุขภาพช่องปากเพื่อรับการสนับสนุนจากกองทุนฯท้องถิ่น รวมถึงตรวจคัดกรองและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่จำเป็นสำหรับเด็กปฐมวัย ทั้งนี้ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก กองการศึกษา และหน่วยบริการ และ อปท. สามารถปรับโครงการ/กิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่



โครงการ การส่งเสริมและประเมินติดตามพัฒนาการเด็กปฐมวัย
กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....

หลักการและเหตุผล

ช่วงอายุแรกเกิดถึง 5 ปี เป็น “โอกาสทอง” ที่เด็กมีการเจริญเติบโตด้านร่างกายและพัฒนาการด้านต่าง ๆ สูงที่สุด เด็กจะมีพัฒนาการด้านต่าง ๆ เติบโตตามศักยภาพ ถ้าเด็กได้รับการเลี้ยงดูที่ดี โดยเริ่มต้นจากพ่อแม่ ผู้ปกครอง ครูผู้ดูแลเด็ก ต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญในการกระตุ้นส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโดยครูผู้ดูแลเด็กจึงมีบทบาทสำคัญที่ไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าพ่อแม่/ผู้ปกครองในการเลี้ยงดูกระตุ้นส่งเสริมให้เด็กเล็กที่พ่อแม่/ผู้ปกครองนำมาฝากไว้มีพัฒนาการสมวัย อย่างไรก็ตามจากการเลี้ยงดูและการเอาใจใส่ที่แตกต่างกัน เช่น ขาดสารอาหาร สุขภาพไม่สมบูรณ์ อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ขาดสิ่งกระตุ้นพัฒนาการ ขาดการเลี้ยงดูที่เหมาะสม ขาดการกระตุ้นการตอบสนอง และอยู่ในสภาพที่ไม่ปลอดภัย ทำให้เด็กเล็กจำนวนหนึ่งมีพัฒนาการต่ำกว่าระดับศักยภาพปกติ การประเมินติดตามพัฒนาการเป็นประจำ จะทำให้พบเด็กเล็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าเร็วขึ้น เพิ่มโอกาสในการพัฒนากระตุ้นแก้ไข ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก.....มีเด็กเล็กที่อยู่ในความดูแลจำนวน.....คน จึงจัดทำโครงการการส่งเสริมและประเมินติดตามพัฒนาการเด็กปฐมวัยขึ้น

1. วัตถุประสงค์

เพื่อให้เด็กปฐมวัย มีพัฒนาการสมวัยและพบเด็กที่พัฒนาการสงสัยล่าช้า

2. กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่เป้าหมาย

เด็กปฐมวัย อายุ 2-5 ปี ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก..... จำนวน.....คน

3. วิธีดำเนินการ/รายละเอียดกิจกรรม

3.1 การประเมินพัฒนาการ

3.1.1 ครูผู้ดูแลเด็กเฝ้าระวังพัฒนาการ โดยการติดตามสังเกต ทดสอบ พฤติกรรมพัฒนาการตามวัย และส่งเสริมพัฒนาการในแต่ละพฤติกรรม ครบทุกด้าน ตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย หากพบเด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้าให้ทำการประเมินทันที ถึงแม้ไม่ใช่ช่วงอายุที่จะต้องตรวจประเมิน

3.1.2 ครูผู้ดูแลเด็กประเมินพัฒนาการเด็กทุกคนในศูนย์ฯ ที่อายุ 30 และ 42 เดือน หรืออย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ด้วยอุปกรณ์ประเมินตามคู่มือ DSPM ครบทุกข้อตามช่วงอายุ และ ประเมินผลพัฒนาการเด็กในครั้งแรกที่ได้ประเมินพัฒนาการ

3.1.3 หากพบเด็กที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า ให้แจ้งเตือนพ่อแม่ ผู้ปกครอง และร่วมมือ ช่วยกันกระตุ้นพัฒนาการ และตรวจประเมินซ้ำภายใน 1 เดือน หากยังล่าช้า ให้ส่งต่อไปยัง รพ.สต. หรือส่งตรงหน่วยบริการทุติยภูมิ ที่มีแพทย์ หรือกุมารแพทย์เพื่อประเมินและฟื้นฟู

3.2 การส่งเสริมพัฒนาการ

3.2.1 จัดเวลาปล่อยให้เด็กได้เล่นอย่างอิสระทั้งในร่มและกลางแจ้ง (สนามเด็กเล่น สร้างปัญญา) โดยดูแลความปลอดภัยอย่างใกล้ชิด พร้อมฝึกวินัย อดทน รอคอย

3.2.2 อ่านหรือเล่านิทานให้เด็กฟังทุกวัน และให้เด็กนอนกลางวันตามความต้องการ ของร่างกาย

3.3 จัดหาอุปกรณ์ประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ของเล่น/อุปกรณ์เครื่องเล่น หนังสือนิทาน หากยังไม่มี

3.4 จัดทำทะเบียนเด็กและข้อมูลพัฒนาการที่เกี่ยวข้อง

3.5 สรุปผลการดำเนินงานตามโครงการพร้อมทะเบียนหรือบัญชีรายชื่อ (ภาคผนวก) ส่งให้กองทุนหลักประกันสุขภาพ.....

หมายเหตุ ครูผู้ดูแลเด็ก ควรได้รับการอบรมเรื่องการประเมินและวิธีใช้อุปกรณ์ประเมินพัฒนาการ เด็กปฐมวัย (DSPM) ของเล่น/อุปกรณ์เครื่องเล่น อุปกรณ์ประเมินพัฒนาการฯ สนใจติดต่อ มูลนิธิสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ 196 หมู่ 10 ต.ดอนแก้ว อ.แม่ริม จ.เชียงใหม่ 50180 โทร.053-890-238-44 ต่อ 1214 ทั้งนี้ ท้องถิ่นควรจัดให้มีสนามเด็กเล่นสร้างปัญญา เพื่อให้เด็กได้ เล่นและเรียนรู้

4. ระยะเวลาดำเนินการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....- วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

5. งบประมาณ

จากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาล/องค์การบริหาร ส่วนตำบล..... จำนวนทั้งสิ้น.....บาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย ดังนี้ให้ระบุรายละเอียด ค่าใช้จ่ายให้สอดคล้องกับวิธีการดำเนินงาน/กิจกรรม เช่น

- อุปกรณ์ประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) 1 ชุด
- ของเล่น/อุปกรณ์เครื่องเล่น จำนวน.....ชิ้น (ชุด)
- หนังสือนิทาน จำนวน.....เล่ม

ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามระเบียบที่หน่วยงานถือปฏิบัติ

6. ผู้ดำเนินงาน/ผู้รับผิดชอบ

- ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือกองการศึกษา ตามข้อ 10(3)

7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

เด็กเล็ก ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการ เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ได้รับการแก้ไข และส่งต่อ

8. สรุปโครงการ/กิจกรรม

(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียดเพื่อให้เจ้าหน้าที่ อปท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว โดยสามารถลงรายการได้มากกว่า 1 รายการ สำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น)

8.1 หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน ที่รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม (ตามประกาศฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)

ชื่อ (หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน).....

☐ 1. หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต. [ข้อ 10 (1)]

☐

ลงชื่อ.....ผู้เสนอ/โครงการ/กิจกรรม

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่-เดือน-พ.ศ.

ภาคผนวก – ตัวอย่างสิ่งส่งมอบ

แบบรายงานการประเมินเฝ้าระวังพัฒนาการ

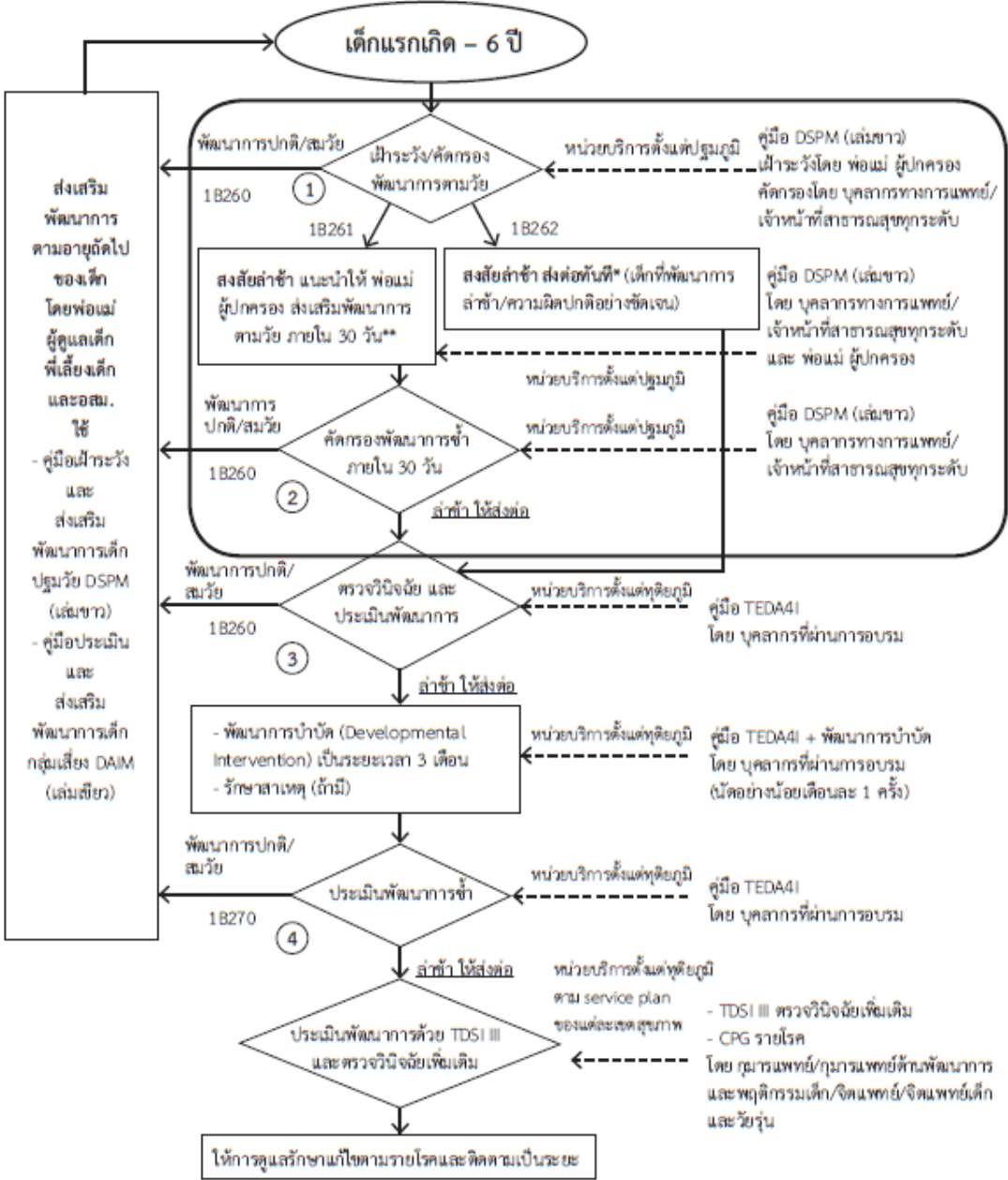
ลำดับ	ชื่อ/สกุล	ชื่อ สกุล (พ่อแม่)	ที่อยู่	อายุ (เดือน)	การประเมินเฝ้าระวัง ครั้งที่ (ปกติ/ล่าช้า)				ส่งต่อ
					1	2	3	...	

แบบสรุปผลการประเมินพัฒนาการ

ครั้งที่	จำนวนเด็ก ที่ประเมิน พัฒนาการ	ปกติ	สงสัยล่าช้า					กระตุ้น 1 เดือน	ส่งต่อ
			กล้าม เนื้อมัด ใหญ่	กล้าม เนื้อมัด เล็ก	รับรู้/ เข้าใจ	ใช้ ภาษา	ช่วย ตนเอง/ เข้า สังคม		
1									
2									
...									



แผนผังการดูแลเฝ้าระวัง คัดกรอง และส่งเสริมพัฒนาการเด็ก วัยแรกเกิด - 6 ปี



*สร้างข้อดีที่ส่งผลเสียล้นฟ้าให้พ่อแม่ กระตุ้นพัฒนาการและตามทุกสปีดท์ หากสนใจให้แจ้ง จนท.รพ.สต. เพื่อตรวจซ้ำและบันทึกข้อมูลลงโปรแกรม โดยหากเด็กคนใดยังส่งผลเสียล้นฟ้าให้อาการเด็กได้มีจนครบ 30 วัน ก็ยังไม่ผ่านให้บันทึกว่า ล้นฟ้าแล้วส่งต่อ
*ส่งผลเสียล้นฟ้า ส่งต่อทันที คือเด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน เช่น ดาวน์ซินโดรม ศีรษะเล็ก เป็นต้น

*สงสัยล่าช้า ส่งต่อทันที คือเด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน เช่น ความเจ็บโดรม ศีรษะเล็ก เป็นต้น

- หมายเหตุ : - การเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กด้วย DSDM ทำโดยพ่อแม่ ผู้ปกครองทุกช่วงอายุ
- การคัดกรองพัฒนาการเด็กด้วย DSDM ทำโดยบุคลากรทางการแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทุกอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน
- TEDAI คือ คู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ

คำอธิบายแผนภูมิ

1. คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ; DSPM (เล่มขาว) ใช้สำหรับประเมินพัฒนาการเด็กในช่วงอายุน้อยกว่า 2 ปี คือ เด็กที่คลินิกสุขภาพเด็กดี (Well Child Clinic) และศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ส่วนช่วงอายุมากกว่า 2 ปี ใช้สำหรับเด็กที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล ทั้งนี้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่หน่วยบริการตั้งแต่ปฐมภูมิ (รพ.สต./รพช./รพท./รพศ.) จะประเมินพัฒนาการเด็กด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ; DSPM (เล่มขาว) ในช่องวิธีประเมิน

- กรณีมีพัฒนาการสมวัย แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย ตามช่วงวิธีฝึกทักษะ ในช่วงอายุต่อไป
- กรณีมีพัฒนาการไม่สมวัย แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ฝึกทักษะเด็กเรื่องนั้นบ่อย ๆ เป็นเวลา 30 วัน แล้วนัดให้มาพบผู้ประเมิน

2. หลังจาก 30 วัน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่หน่วยบริการตั้งแต่ปฐมภูมิ (รพ.สต./รพช./รพท./รพศ.) ประเมินพัฒนาการเด็กซ้ำ ด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ; DSPM (เล่มขาว) ในช่องวิธีประเมินโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ของทักษะที่ไม่ผ่าน และทักษะอื่น ๆ ตามช่วงอายุ

- หากเด็กผ่านทักษะที่เคยล่าช้าและทักษะอื่น ๆ ตามช่วงอายุ แสดงว่ามีพัฒนาการสมวัย ให้เฝ้าระวังพัฒนาการตามวัยต่อเนื่องตามปกติ
- หากเด็กผ่านทักษะที่เคยล่าช้า แต่พบทักษะอื่นมีพัฒนาการไม่สมวัยผู้ประเมินแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ฝึกพัฒนาเด็กในเรื่องนั้นบ่อย ๆ เป็นเวลา 30 วัน แล้วนัดให้มาพบผู้ประเมิน
- หากเด็กยังไม่ผ่านทักษะที่เคยล่าช้า ให้ส่งต่อไปยังหน่วยบริการทุติยภูมิ ที่มีแพทย์ หรือกุมารแพทย์ (รพช./รพท./รพศ./รพ.จิตเวช) ที่มีคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ

3. หน่วยบริการทุติยภูมิ ที่มีแพทย์ หรือกุมารแพทย์ (รพช./รพท./รพศ./รพ.จิตเวช) ที่มีคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ ใช้คู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA4I) โดยบุคลากรที่ผ่านการอบรม โดยใช้โปรแกรมกระตุ้นพัฒนาการของสถานบริการเป็นระยะเวลา 3 เดือน

4. หลังจาก 3 เดือน สถานบริการที่มีคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ ประเมินพัฒนาการซ้ำด้วยคู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA4I) โดยบุคลากรที่ผ่านการอบรม

- กรณีเด็กพัฒนาการสมวัย ให้ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย ในระบบปกติ
- กรณีเด็กมีพัฒนาการไม่สมวัย หรือมีปัญหาซ้ำซ้อน ส่งต่อหน่วยบริการทุติยภูมิ ที่มีแพทย์ หรือกุมารแพทย์ (รพช./รพท./รพศ./รพ.จิตเวช)

5. สำหรับเด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัย หน่วยบริการที่มีแพทย์ กุมารแพทย์ หรือหน่วยบริการตาม Service Plan ของแต่ละเขตบริการสุขภาพ ประเมินพัฒนาการด้วยคู่มือ ประเมินและแก้ไข /ฟื้นฟูพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิด – 6 ปี สำหรับบุคลากรสาธารณสุข (TDSI III) หากยังพบปัญหาอยู่ให้แก้ไขหรือส่งต่อ และหรือ CPG รายโรค ให้การดูแลรักษาแก้ไขตามรายโรคและติดตามเป็นระยะ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของเด็กและครอบครัว

เอกสารเพิ่มเติม : คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM) , กระทรวงสาธารณสุข

โครงการ พัฒนาขีดความสามารถพ่อแม่ผู้ปกครองในการดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็กเล็ก
กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....

หลักการและเหตุผล

ช่วงอายุแรกเกิดถึง 5 ปี เป็น “โอกาสทอง” ที่เด็กมีการเจริญเติบโตด้านร่างกายและ
พัฒนาการด้านต่าง ๆ สูงที่สุด เด็กจะมีพัฒนาการด้านต่าง ๆ เติบโตตามศักยภาพ ถ้าเด็กได้รับการ
เลี้ยงดูที่ดี โดยเริ่มต้นจากพ่อแม่ ผู้ปกครอง ครูผู้ดูแลเด็ก ต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักถึง
ความสำคัญในการกระตุ้นส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ มีการ
วิจัยมากมายเกี่ยวกับการกระตุ้นพัฒนาการของทารกและเด็กปฐมวัยพบว่า การเลี้ยงดูอย่างอบอุ่น
และการกระตุ้นให้เกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเด็กเล็กกับพ่อแม่ และผู้เลี้ยงดู สามารถช่วยเสริมสร้าง
ความสามารถในการเรียนรู้เชิงบวกได้อย่างถาวร อีกทั้งอาจจะช่วยเปลี่ยนแปลงการทำงานของสมอง
เด็กไปตลอดชีวิต ดังนั้น เพื่อให้พ่อแม่ ผู้ปกครองตระหนัก มีความรู้ความเข้าใจในการเลี้ยงดู ทั้งด้าน
โภชนาการ การเจริญเติบโต และพัฒนาการของเด็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก..... จึงจัดทำโครงการ
พัฒนาขีดความสามารถพ่อแม่ผู้ปกครองในการดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็กเล็กขึ้น

1. วัตถุประสงค์

เพื่อให้พ่อแม่/ผู้ปกครองมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องพัฒนาการ พฤติกรรม และสามารถ
ส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้อย่างเหมาะสมกับวัยของเด็ก

2. กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่เป้าหมาย

พ่อแม่/ผู้ปกครองซึ่งฝากเด็กปฐมวัยที่ศูนย์ฯ จำนวน.....คน

3. วิธีดำเนินการ/รายละเอียดกิจกรรม

3.1 เชิญพ่อแม่หรือผู้ปกครองเข้าร่วมกิจกรรมการให้ความรู้ การดูแลและส่งเสริม
พัฒนาการเด็ก โดยจัดในวันหยุดราชการ 4 ครั้ง ๆ ละไม่เกิน 3 ชั่วโมง

3.2 อบรมให้ความรู้ และฝึกทักษะ โดยวิทยากร มีหัวข้อ ดังนี้

ครั้งที่ 1 เรื่อง พัฒนาการและการประเมินเฝ้าระวัง

ครั้งที่ 2 เรื่อง การเจริญเติบโตและโภชนาการ

ครั้งที่ 3 เรื่อง พัฒนา IQEQ ด้วย 2 ก 2 ล (กิน กอด เล่น เล่า)

ครั้งที่ 4 เรื่อง ดูแลสุขภาพช่องปาก

ครั้งที่ 5 เรื่อง

3.3 มอบแบบบันทึกกิจกรรม 2 ก 2 ล ให้พ่อแม่/ผู้ปกครองบันทึก ทำ/ไม่ได้ทำ 1 สัปดาห์/เดือน ทุกเดือน เพื่อกระตุ้นเตือน และส่งให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

3.4 สรุปและคืนข้อมูลย้อนกลับให้กับพ่อแม่/ผู้ปกครองเป็นรายครอบครัว

3.5 สรุปผลการดำเนินงานตามโครงการพร้อมแบบรายงาน (ภาคผนวก) ส่งให้กองทุนหลักประกันสุขภาพ.....

4. ระยะเวลาดำเนินการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....- วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

5. งบประมาณ

จากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล..... จำนวนทั้งสิ้น.....บาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย ดังนี้ ...ให้ระบุรายละเอียดค่าใช้จ่ายให้สอดคล้องกับวิธีการดำเนินงาน/กิจกรรม ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามระเบียบที่หน่วยงานถือปฏิบัติ...

6. ผู้ดำเนินงาน/ผู้รับผิดชอบ

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือกองการศึกษา ตามข้อ 10(3)

7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

พ่อแม่/ผู้ปกครองร้อยละ 80 เข้าร่วมโครงการ และมีความรู้และสามารถส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้

8. สรุป โครงการ/กิจกรรม

(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียดเพื่อให้เจ้าหน้าที่ อปท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว โดยสามารถลงรายการได้มากกว่า 1 รายการ สำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น)

8.1 หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน ที่รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม (ตามประกาศฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)

ชื่อ(หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน).....

☐ 1. หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต. [ข้อ 10 (1)]

☐

ลงชื่อ.....ผู้เสนอ/โครงการ/กิจกรรม

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่-เดือน-พ.ศ.

ภาคผนวก – ตัวอย่างสิ่งส่งมอบ

แบบรายงานพ่อ/แม่ที่เข้ารับการอบรม

ลำดับ	ชื่อ/นามสกุล (แม่/พ่อ)	ที่อยู่	โทรศัพท์	เข้าอบรม (ครั้งที่..)					ส่งแบบบันทึก (ครั้ง)
				1	2	3	4	...	

โครงการ การส่งเสริมโภชนาการและการเจริญเติบโต
กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....

หลักการเหตุผล

เด็กเป็นวัยที่มีความสำคัญต่อครอบครัวและประเทศชาติ สิ่งสำคัญในการเสริมสร้างให้เด็กมีคุณภาพ คือ การเลี้ยงดูและส่งเสริมพัฒนาในด้านต่าง ๆ ทั้งร่างกาย จิตใจ และสมองอย่างเหมาะสม การดูแลจัดการ อาหารและโภชนาการในช่วงวัยทารกและเด็กเล็ก รวมถึงภาวะการเจริญเติบโต เป็นพื้นฐานสำคัญของการมีสุขภาพและสติปัญญาที่ดีในระยะยาว และยังมี ความสำคัญมากต่อการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคอ้วน ผอม/เตี้ย เป็นต้น การส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียนจึงมีความจำเป็นมากในปัจจุบัน เพื่อเป็นการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการในด้านต่าง ๆ ของเด็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก..... จึงได้จัดทำโครงการส่งเสริมโภชนาการและการเจริญเติบโต โดยมีแนวคิดให้เด็กอายุ 2-5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ได้รับการดูแลด้านโภชนาการและการเจริญเติบโตอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเป็นการเฝ้าระวังและส่งเสริมให้เด็กมีสุขภาพดีและมีคุณภาพในการดำรงชีวิตประจำวัน

1. วัตถุประสงค์

เพื่อให้เด็กปฐมวัยเติบโตเต็มวัย ลดภาวะทุพโภชนาการ (ผอม/เตี้ย)

2. กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่เป้าหมาย

เด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน.....คน

3. วิธีดำเนินการ/รายละเอียดกิจกรรม

3.1 การเฝ้าระวังติดตามการเจริญเติบโต โดยครูผู้ดูแล

3.1.1 จัดทำทะเบียน/บัญชีเด็กปฐมวัยที่อยู่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

3.1.2 จัดหาเครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดส่วนสูง ที่มีมาตรฐานหากจำเป็นเนื่องจากชำรุดหรือเสื่อม

3.1.3 ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงเด็กทุก 3 เดือน คือ ตุลาคม มกราคม เมษายน และกรกฎาคม พร้อมกับประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของเด็ก

3.1.4 นำข้อมูลบันทึกลงในโปรแกรมเฝ้าระวังการเจริญเติบโตของเด็กแรกเกิด – 18 ปี และหรือสมุดบันทึกสุขภาพเด็ก (สมุดสีชมพู)

3.1.5 นำข้อมูลจากโปรแกรมเฝ้าระวังการเจริญเติบโต แจ้งผลประเมินภาวะการเจริญเติบโตและแนวโน้มการเพิ่มน้ำหนักส่วนสูง และให้คำแนะนำแก่พ่อแม่/ผู้ปกครองในการดูแลด้านโภชนาการและการเล่น

3.2 การสนับสนุนกิจกรรมแก้ไขเด็กที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน และเด็กที่มีน้ำหนักน้อย เตี้ย ผอม

3.2.1 จัดทำทะเบียนเด็กที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน และเด็กที่มีน้ำหนักน้อย เตี้ย ผอม และประสานความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการแก้ไข

3.2.2 กรณีเด็กน้ำหนักน้อย เตี้ย ผอม สนับสนุนไข่หรือนมให้เป็นเวลา 180 วัน หรือจนกว่าเด็กกลับมาอยู่ในระดับค่อนข้างเตี้ย ค่อนข้างผอม ส่วนเด็กที่ค่อนข้างเตี้ย ค่อนข้างผอม สนับสนุนไข่หรือนมให้เป็นเวลา 60 วัน หรือจนกว่าเด็กอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์และสมส่วน หรือเพิ่มอาหารกลุ่มเนื้อสัตว์หรือปลากระป๋องให้กับเด็กที่เตี้ย ผอม น้ำหนักน้อย ยังคงให้เด็กได้เล่น ออกกำลังกายตามปกติอย่างน้อยวันละ 60 นาที (ตามที่กรมอนามัยแนะนำ) และอาจจำเป็นต้องสนับสนุนไข่หรือนมหรือปลากระป๋องเพิ่มเติม ให้เด็กที่ครอบครัวฐานะยากจน

3.2.3 กรณีเด็กน้ำหนักเกินหรืออ้วน กระตุ้นให้เด็กอ้วนลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง และออกไปเล่นในสนามอย่างน้อยให้ได้วันละ 60 นาทีหรือมากกว่า กระตุ้นให้เด็กกินผักผลไม้มากขึ้น (ตามที่กรมอนามัยแนะนำ)

3.2.4 สร้างพฤติกรรมกินที่ถูกต้องของเด็กผ่านกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยการเล่น การวาดภาพระบายสี การร้องเพลง การเล่านิทาน เป็นต้น

3.3 การจัดอาหาร (อาหารกลางวันและอาหารว่าง) ปรับปรุง จัดเตรียมและจัดอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ตามข้อแนะนำชุดกิจกรรมพื้นฐานด้านโภชนาการในศูนย์เด็กเล็ก

3.4 สรุปผลการดำเนินงานตามโครงการพร้อมแบบรายงาน (ภาคผนวก) ส่งให้กองทุนหลักประกันสุขภาพ.....

4. ระยะเวลาดำเนินการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.- วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

5. งบประมาณ

จากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล..... จำนวนทั้งสิ้น.....บาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย ดังนี้ให้ระบุรายละเอียดค่าใช้จ่ายให้สอดคล้องกับวิธีการดำเนินงาน/กิจกรรม เช่น

- | | | |
|---|----------------|-----|
| - ค่าเครื่องชั่งน้ำหนัก จำนวน ... เครื่อง | เป็นเงิน | บาท |
| - ค่าที่วัดส่วนสูง จำนวน ... เครื่อง | เป็นเงิน | บาท |

- ค่าอาหารเสริมเพื่อแก้ไข
 - นมกล่อง จำนวน กล่อง ๆ ละ ... บาท เป็นเงิน บาท
 - ไข่ จำนวน ฟอง ๆ ละ ... บาท เป็นเงิน บาท
 - ปลากระป๋อง จำนวน กระป๋อง ๆ ละ บาท
- ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามระเบียบที่หน่วยงานถือปฏิบัติ

6. ผู้ดำเนินงาน/ผู้รับผิดชอบ

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือกองการศึกษา ตามข้อ 10(3)

7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- เด็กปฐมวัยในศูนย์ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงทุก 3 เดือน
- เด็กน้ำหนักเกิน/อ้วน หรือเด็กน้ำหนักน้อย เตี้ย ผอม ค่อนข้างเตี้ย ค่อนข้างผอมได้รับการ

ดูแล

8. สรุป โครงการ/กิจกรรม

(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียดเพื่อให้เจ้าหน้าที่ อปท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว โดยสามารถลงรายการได้มากกว่า 1 รายการ สำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น)

8.1 หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน ที่รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม (ตามประกาศฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)

ชื่อ(หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน).....

☐ 1. หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต. [ข้อ 10 (1)]

☐

ลงชื่อ.....ผู้เสนอ/โครงการ/กิจกรรม

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่-เดือน-พ.ศ.

ภาคผนวก – ตัวอย่างสิ่งส่งมอบ

แบบรายงานสรุปการเฝ้าระวังการเจริญเติบโต

เวลา	จำนวนเด็ก	จำนวนที่ ซั่ง	สูงดี สมส่วน	เตี้ย	ผอม	อ้วน	น้ำหนัก น้อย
ตุลาคม							
มกราคม							
เมษายน							
กรกฎาคม							

แบบรายงานการดูแลเด็กที่อ้วนหรือผอม

ลำดับ	ชื่อ/สกุล (เด็ก)	อายุ (เดือน)	ชื่อ ผู้ปกครอง	ที่อยู่	โทร ศัพท์	น้ำหนัก (อ้วน/ ผอม)	ผลลัพธ์ (ปกติ/ดี ขึ้น/เหมือน เดิม/แย่ลง)	ครอบครัว ยากจนได้รับ	
								นม	ไข่



โครงการ การส่งเสริมและดูแลสุขภาพช่องปาก
กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....

หลักการและเหตุผล

ปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็กที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งอายุระหว่าง 2 ขวบครึ่งถึง 5 ขวบ คือ ปัญหาโรคฟันน้ำนมผุ โดยเด็กอายุ 3 ปี ร้อยละ 61.4 มีฟันน้ำนมผุเฉลี่ยคนละ 3.2 ซี่ ในขณะที่เด็กอายุ 5 ปี ร้อยละ 80.6 มีฟันน้ำนมผุเฉลี่ยคนละ 5.4 ซี่ แม้เด็กส่วนใหญ่จะมีปัญหาฟันน้ำนมผุมาตั้งแต่ก่อนเข้ามาเรียนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก แต่ในช่วงที่เด็กได้รับการดูแลจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เด็กมีปัญหาฟันน้ำนมผุเพิ่มมากขึ้นทั้งจำนวนและความรุนแรง ซึ่งมีสาเหตุมาจากเด็กในช่วงวัยนี้มีโอกาสสัมผัสกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุเพิ่มมากขึ้น แต่การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กยังมีคุณภาพไม่เพียงพอ ส่งผลให้เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเกือบทุกคนเป็นโรคฟันน้ำนมผุ และบางคนฟันผุเกือบทั้งปาก ทั้งนี้ มีการวิจัยที่พบว่า การมีฟันผุหลายซี่ในปาก มีความสัมพันธ์กับภาวะกระดูกแตก (Stunt) ของเด็ก ปัญหาฟันน้ำนมผุส่งผลเสียต่อพัฒนาการ และสุขภาพของเด็กทั้งในช่วงวัยเด็กและในระยะยาว การป้องกันปัญหาฟันน้ำนมผุที่มีประสิทธิภาพ ต้องมีการดำเนินการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ตั้งแต่ระยะที่แม่ตั้งครรภ์ ช่วงของการเลี้ยงดูที่บ้าน และในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก.....จึงจัดทำโครงการ การส่งเสริมและดูแลสุขภาพช่องปาก ขึ้น

1. วัตถุประสงค์

เพื่อลดหรือยับยั้งอัตราเพิ่มของโรคฟันน้ำนมผุของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

2. กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่เป้าหมาย

เด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน.....คน

3. วิธีดำเนินการ/รายละเอียดกิจกรรม

3.1 ส่งเสริมการแปรงฟัน

3.1.1 จัดให้มีแปรงสีฟัน (2 อันต่อ 6 เดือน) และแก้วน้ำ สำหรับเด็กแต่ละคน และจัดยาสีฟันไว้เป็นส่วนกลางที่ใช้ร่วมกัน และฝึกทักษะการแปรงฟันให้เด็ก

3.1.2 เด็กทุกคนแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน ครูผู้ดูแลเด็กดูและตรวจความสะอาดในการแปรงฟันของเด็ก

3.1.3 จัดสภาพแวดล้อม ให้อำนวยความสะดวกการแปรงฟันของเด็ก

3.1.4 แนะนำพ่อแม่/ผู้ปกครองแปรงฟันให้เด็กวันละ 2 ครั้ง โดยให้เด็กแปรงฟันด้วยตนเองก่อนแล้วจึงแปรงซ้ำ และให้ดูดหรือเลิกลูกอม

3.1.5 จัดสภาพแวดล้อมและกระบวนการเพื่อส่งเสริมให้เด็กบริโภคอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพและเอื้อต่อสุขภาพช่องปาก รักษาดูแลสุขภาพช่องปาก

3.2 การตรวจและเฝ้าระวังสุขภาพช่องปาก

3.2.1 ครูผู้ดูแลเด็ก ตรวจความสะอาดช่องปากของเด็กทุกวัน

3.2.2 ตรวจและบันทึกผลการตรวจฟันผุ เดือนละ 1 ครั้ง

3.2.3 แจ้งผลการตรวจให้พ่อแม่/ผู้ปกครองพร้อมให้คำแนะนำ

3.3 การป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพช่องปาก

3.3.1 นัดหมายทันตบุคลากร มาให้บริการตรวจช่องปาก/ตรวจฟันผุ/หาฟลูออไรด์วานิชทุก 6 เดือน (แจ้งพ่อแม่/ผู้ปกครองทราบและให้ความยินยอม หรือให้นำพาเด็กไปรับบริการที่รพ./รพ.สต.เอง)

3.4 สรุปผลการดำเนินงานตามโครงการพร้อมแบบรายงาน (ภาคผนวก) ส่งให้กองทุนหลักประกันสุขภาพ.....

4. ระยะเวลาดำเนินการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....- วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

5. งบประมาณ

จากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล..... จำนวนทั้งสิ้น.....บาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย ดังนี้ ให้ระบุรายละเอียดค่าใช้จ่ายให้สอดคล้องกับวิธีการดำเนินงาน/กิจกรรม เช่น

- ค่าวัสดุ- แปรงสีฟัน แก้วน้ำ สำหรับเด็กฝึกการแปรงฟัน
- ยาสีฟันหลอด หลอดละ.....บาท รวมจำนวน.....บาท
- ค่าโมเดลการสอนแปรงฟันแบบเรซินชุด ชุดละ.....บาท รวมจำนวน.....บาท
- ค่าสื่อภาพลูกสุขภาพช่องปาก จำนวน.....ชุด ชุดละ.....บาท รวมจำนวน.....บาท
- ค่าบริการจ้างทันตบุคลากร ตรวจสุขภาพช่องปากและหาฟลูออไรด์วานิชบาท/ครั้ง

จำนวน 2 ครั้ง จำนวนเด็ก.....คน รวมจำนวน.....บาท

ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามระเบียบที่หน่วยงานถือปฏิบัติ

6. ผู้ดำเนินงาน/ผู้รับผิดชอบ

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือกองการศึกษา ตามข้อ 10(3)

7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

เด็กปฐมวัยมีฟันผุลดลง

8. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียดเพื่อให้เจ้าหน้าที่ อบท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว โดยสามารถลงรายการได้มากกว่า 1 รายการ สำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น)

8.1 หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน ที่รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม (ตามประกาศฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)

ชื่อ(หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน).....

☐ 1. หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต. [ข้อ 10 (1)]

☐

ลงชื่อ.....ผู้เสนอ/โครงการ/กิจกรรม
(.....)

ตำแหน่ง

วันที่-เดือน-พ.ศ.

ภาคผนวก – ตัวอย่างสิ่งส่งมอบ

แบบรายงานการดูแลสุขภาพช่องปาก

ลำดับ	ชื่อ/สกุล (เด็ก)	ที่อยู่	อายุ (เดือน)	ตรวจฟันผู้โดยทันตบุคลากร		ทาฟลูออไรด์	
				ผู้	ไม่ผู้	1	2
รวม							

แบบบันทึกสุขภาพฟัน

ลำดับ	ชื่อ/สกุล (เด็ก)	สภาพช่องปาก		ตรวจฟัน		นมขวด		นมหวาน/ นมเปรี้ยว		ขนม		ผู้ปกครองแปรงฟันให้			
		สะอาด	ไม่ สะอาด	ผู้	ไม่ผู้	กิน	ไม่ กิน	กิน	ไม่ กิน	กิน	ไม่ กิน	เช้า		ก่อนนอน	
												แปรง	ไม่ แปรง	แปรง	ไม่ แปรง
รวม															



โครงการ ตรวจสอบคัดกรองและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่จำเป็น
กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....

หลักการและเหตุผล

สุขภาพเป็นพื้นฐานที่สำคัญสำหรับการพัฒนาและการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัย มีปัจจัยหรือภาวะทางสุขภาพที่บั่นทอนหรือเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนา การเจริญเติบโตและการเรียนรู้ของเด็ก เช่น โลหิตจาง สายตาสั้น หูหนวก/หูตึง พิการ เป็นต้น หากสามารถตรวจกรองพบและจัดการได้แต่ระยะเริ่มแรก จะช่วยให้เด็กมีพัฒนาการเต็มศักยภาพได้ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก/กองการศึกษา..... (หรือหน่วยบริการ.....ร่วมกับ.....) จึงจัดทำโครงการ ตรวจสอบคัดกรองและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่จำเป็นสำหรับเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขึ้น

1. วัตถุประสงค์

เพื่อให้เด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้เข้าถึงบริการคัดกรองสุขภาพที่จำเป็นและรับการแก้ไข

2. กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่เป้าหมาย

เด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน.....คน

3. วิธีดำเนินการ/รายละเอียดกิจกรรม

3.1 สื่อสารพ่อแม่/ผู้ปกครองให้ทราบถึงการตรวจคัดกรองสุขภาพที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจะจัดให้กับเด็กปฐมวัย และขอความยินยอมจากพ่อแม่/ผู้ปกครอง หากไม่ยินยอม แนะนำให้พ่อแม่/ผู้ปกครองนำพาเด็กไปรับบริการที่หน่วยบริการ (รพ./รพ.สต.) เอง

3.2 ประสานขอการสนับสนุนหน่วยบริการมาจัดบริการตรวจคัดกรองสุขภาพและแก้ไขสำหรับเด็กปฐมวัยที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก หรือนำพาเด็กไปรับบริการที่หน่วยบริการตามที่ตกลง แล้วแต่กรณี

3.3 การตรวจคัดกรองสุขภาพ และแก้ไข มีดังนี้

3.3.1 ตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจาง (เจาะครั้งเดียวในช่วงอายุ 3-5 ปี) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเจาะเลือดเด็กที่ปลายนิ้วเพื่อตรวจวัดความเข้มข้นของเลือด (Hct) 1 ครั้ง ถ้ามีภาวะโลหิตจางให้ได้รับการดูแลรักษา

3.3.2 ป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (สำหรับเด็ก 2-5 ปีทุกคน) โดย
จัดหาน้ำ/ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก เพื่อสนับสนุนพ่อแม่/ผู้ปกครองจัดให้เด็กกินที่บ้านสัปดาห์ละครั้ง
(25 มิลลิกรัม/สัปดาห์)

3.3.3 ตรวจคัดกรองภาวะสายตาสั้นผิดปกติ (ตรวจกรองเด็กอายุ 3-5 ปี ปีละ 1 ครั้ง)
โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตรวจคัดกรองภาวะสายตาสั้น (หรือครูผู้ดูแลเด็กที่ได้รับการอบรมตรวจ
คัดกรองสายตาสั้น ทำการตรวจคัดกรองสายตาสั้นเบื้องต้นเอง) หากผลการตรวจกรองเบื้องต้น
ผิดปกติได้รับส่งต่อเพื่อตรวจคัดกรองซ้ำและตรวจวินิจฉัยยืนยัน ถ้ามีภาวะสายตาสั้นผิดปกติจำเป็นต้องใช้
แว่นสายตา ให้จัดหาแว่นสายตาแก่เด็ก

3.3.4 การป้องกันและแก้ไขสุขภาพช่องปาก ทันตบุคลากรมาให้บริการตรวจ
ช่องปาก/ตรวจฟันผุ/ทาฟลูออไรด์วานิชทุก 6 เดือน

3.3.5 การตรวจคัดกรองการได้ยิน สำหรับเด็กอายุ 3 ปี 1 ครั้ง (การคัดกรองนี้
ควรปรึกษาหน่วยบริการสามารถจัดให้ได้หรือไม่)

3.4 สรุปผลการดำเนินงานตามโครงการพร้อมแบบรายงาน (ภาคผนวก) ส่งให้กองทุน
หลักประกันสุขภาพ.....

4. ระยะเวลาดำเนินการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....- วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

5. งบประมาณ

จากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาล/องค์การบริหารส่วน
ตำบล..... จำนวนทั้งสิ้น.....บาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย ดังนี้ ให้ระบุรายละเอียดค่าใช้จ่าย
เพื่อให้สอดคล้องกับวิธีการดำเนินงาน/กิจกรรม เช่น

- ค่าบริการตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจาง รายละเอียด.....บาท/คน จำนวน.....คน รวมจำนวน
.....บาท

- ค่ายาเสริมธาตุเหล็ก สำหรับเด็ก ราคาเม็ดหรือขวดละ.....บาท จำนวนเม็ดหรือขวด/คน
จำนวน.....คน รวมจำนวน.....บาท

- ค่าบริการตรวจคัดกรองสายตาสั้นผิดปกติรวมการตรวจวินิจฉัยยืนยัน รายละเอียด.....บาท/คน
จำนวน.....คน รวมจำนวนบาท

- ค่าแว่นสายตา (จ่ายตามจำนวนแว่นสายตาที่เรียกเก็บ) อันละ.....บาท จำนวน
ประมาณ.....อัน รวม.....บาท

- ค่าบริการทันตบุคลากร ตรวจช่องปากและทาฟลูออไรด์วานิชบาท/ครั้ง จำนวน 2 ครั้ง
จำนวนเด็ก.....คน รวมจำนวน.....บาท

- ค่าบริการตรวจคัดกรองการได้ยิน รายละเอียด.....บาท จำนวน.....คน รวม.....บาท

- ค่าพาหนะรับส่งเด็กและผู้ปกครองไปรับบริการ.....

ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามระเบียบที่หน่วยงานถือปฏิบัติ

6. ผู้ดำเนินงาน/ผู้รับผิดชอบ

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือกองการศึกษา ตามข้อ 10(3)

หน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานภายในของ อปท. ตามข้อ 10(1)

(หมายเหตุ กิจกรรมการตรวจคัดกรองแก้ไข สามารถปรับลดได้ตามทรัพยากรและความสามารถในการให้บริการของหน่วยบริการ กรณีที่หน่วยบริการ เป็นผู้เสนอโครงการเอง ควรปรับการเขียนโครงการให้เป็นบทบาทของหน่วยบริการ)

7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

เด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และฟันผุลดลง

8. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียดเพื่อให้เจ้าหน้าที่ อปท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว โดยสามารถลงรายการได้มากกว่า 1 รายการ สำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น)

8.1 หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน ที่รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม (ตามประกาศฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)

ชื่อ(หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน).....

☐ 1. หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต. [ข้อ 10 (1)]

☐

ลงชื่อ.....ผู้เสนอ/โครงการ/กิจกรรม

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่-เดือน-พ.ศ.

ภาคผนวก – ตัวอย่างสิ่งส่งมอบ

แบบรายงานการ เข้าถึงบริการ

ลำดับ	ชื่อ/สกุล (เด็ก)	ที่อยู่	อายุ (เดือน)	คัดกรอง โลหิต จาง	คัดกรอง สายตา	ตรวจ ฟัน	คัดกรอง การ ได้ยิน	รับ ยาธาตุ เหล็ก	ทาฟลู ออไรด์
รวม									

แบบสรุปผลการคัดกรองและแก้ไข

กิจกรรม	รวม (คน)	ปกติ/ไม่ ผิดปกติ (คน)	ผิดปกติ/ ผิดปกติ/ ผิดปกติ (คน)	ส่งต่อ (คน)	รักษา/ได้ แว่น (คน)	หมายเหตุ
คัดกรองโลหิตจาง						
คัดกรองสายตา						
ตรวจฟัน						
คัดกรองการได้ยิน						

ส่วนที่ 2

การดำเนินงานพื้นที่ต้นแบบการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน
และโรคความดันโลหิตสูงโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น





1 สถานการณ์และความเป็นมา

กลุ่มโรคไม่ติดต่อหรือโรคเอ็นซีดี (NCDs ย่อมาจาก Non-communicable diseases) ที่สำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (รวมโรคหลอดเลือดสมอง) โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคปอดเรื้อรัง พบว่าเป็นสาเหตุอันดับต้นๆ ที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตประมาณ 354,000 คน ต่อปี (หรือร้อยละ 71 ของการเสียชีวิตทั้งหมด) ในจำนวนนี้เป็นการเสียชีวิตที่สัมพันธ์กับโรคเบาหวานเองประมาณ 76,000 ราย เกือบครึ่งหนึ่งของคนที่เสียชีวิตด้วยโรคเอ็นซีดีเป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ซึ่งเป็นวัยทำงานที่เป็นหัวเรี่ยวหัวแรงสำคัญในการหาเลี้ยงครอบครัว

โรคเอ็นซีดีมีสาเหตุร่วมจากปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม 4 อย่าง ซึ่งส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ ได้แก่ การบริโภคยาสูบ การไม่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณอันตราย และการบริโภคอาหารไม่ดีต่อสุขภาพ (การบริโภคเกลือ น้ำตาล และไขมันอิ่มตัว มากเกินไป) จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีการสูบบุหรี่ในปัจจุบันร้อยละ 19.5 และสูบบุหรี่เป็นประจำร้อยละ 16.0 กลุ่มอายุ 30-44 ปี เพศชายสูบบุหรี่เป็นประจำเกือบร้อยละ 40 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 30 วันที่ผ่านมาร้อยละ 27.5 และดื่มอย่างหนักอยู่ที่ร้อยละ 10.9 นอกจากนี้ พบว่า ร้อยละ 19.2 ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีกิจกรรมทางกายไม่ถึงระดับที่ร่างกายต้องการต่อวัน และเกือบร้อยละ 75 กินผักและผลไม้ไม่เพียงพอ นอกจากนี้ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา การบริโภคน้ำตาลเพิ่มขึ้นเป็น 26 ช้อนชา (104 กรัม) ต่อคนต่อวัน ซึ่งสูงกว่าคำแนะนำองค์การอนามัยโลกที่ให้บริโภคน้ำตาลสูงสุดไม่เกิน 12 ช้อนชาต่อวัน ในทำนองเดียวกัน การบริโภคเกลือและโซเดียมเพิ่มเป็น 9 กรัมต่อคนต่อวัน ก็สูงเกือบสองเท่าของปริมาณสูงสุดตามคำแนะนำองค์การอนามัยโลก

ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมดังกล่าว มีผลทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการทางเมตาบอลิก ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำหนักเกิน/โรคอ้วน ระดับโคเลสเตอรอลสูง และน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งพบกลุ่มอาการทางเมตาบอลิกมากขึ้นในคนไทย โดยในปี พ.ศ. 2557 มีคนอ้วนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 38 มีระดับโคเลสเตอรอลและภาวะไตรกลีเซอไรด์สูง ร้อยละ 16 และ 31 นอกจากนี้ผู้ที่เป็นเบาหวานแล้วยังมีผู้ที่มีปริมาณน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติถึงร้อยละ 14 ยิ่งกว่านั้น 1 ใน 4 ของคนไทยวัยทำงานมีความดันโลหิตสูง และมีแนวโน้มที่จะมีจำนวนเพิ่มขึ้น การเพิ่มขึ้นของปัจจัยเสี่ยงและโรคเอ็นซีดีกลายเป็นภาระอันใหญ่หลวงให้กับระบบบริการสาธารณสุข และส่งผลให้สิ้นเปลืองงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประเมินการว่าสังคมไทยมีความสูญเสียทางเศรษฐกิจอันเกิดจากโรคไม่ติดต่ออยู่ที่ประมาณ 280 พันล้านบาท

2

ทำไม ต้องจัดการโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

1) โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นภาระโรคที่สำคัญ มีจำนวนมากและเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

ความชุกเบาหวานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 8.9 คิดเป็นจำนวนประมาณ 4.8 ล้านคน ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา เพิ่มขึ้นปีละประมาณ 300,000 คน ขณะที่ความชุกของความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 24.7 คิดเป็นจำนวนประมาณ 13 ล้านคน ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา เพิ่มขึ้นปีละประมาณ 600,000 คน นอกจากนั้น หากไม่มีมาตรการส่งเสริมป้องกันใดๆ คนไทยวัยทำงานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติประมาณ 7.5 ล้านคนหรือร้อยละ 14 ในปัจจุบัน มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคเบาหวานในอนาคตถึงร้อยละ 70

2) ผู้ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงยังประสบปัญหาการเข้าถึงและการบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน

ผู้ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน 4.8 ล้านคน พบว่าร้อยละ 43.1 ไม่ทราบว่าตนเองเป็นเบาหวานมาก่อน ส่วนผู้ที่เคยได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นเบาหวานมีร้อยละ 2.7 ที่ไม่ได้รับการรักษา และมีเพียงร้อยละ 43 ของผู้เป็นเบาหวานที่ได้รับการรักษาสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดในเกณฑ์ <130 มก./ดล. (หรือร้อยละ 23.5 ของผู้ที่เป็นเบาหวานทั้งหมด) ส่วนผู้ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวนประมาณ 13 ล้านคนหรือร้อยละ 24.7 มีผู้ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงร้อยละ 44.7 ผู้ที่สามารถคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์มีร้อยละ 20.9 และสัดส่วนที่ได้รับการรักษาแต่ยังควบคุมไม่ได้ตามเกณฑ์ มีถึงร้อยละ 20.1

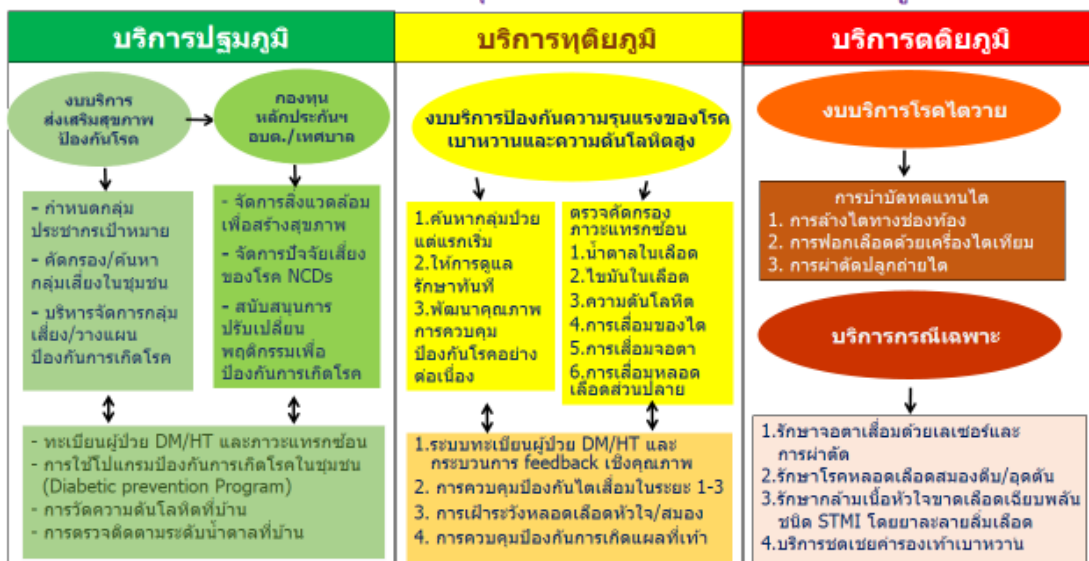
3) โรคเบาหวานโดยเฉพาะชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ ดังนั้นการส่งเสริมป้องกันมิให้เป็นโรค และเมื่อเป็นโรคก็ป้องกันมิให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจะช่วยลดอัตราป่วย/อัตราเสียชีวิต ภาระค่าใช้จ่ายและการสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศจากโรคเอ็นซีดีที่สำคัญ ลงได้

โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงที่สามารถป้องกันและเปลี่ยนแปลงได้ และโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงก็เป็นปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่โรคเอ็นซีดีดังกล่าว และยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคไตเรื้อรัง ซึ่งพบว่าร้อยละ 40 ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และร้อยละ 20 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีโอกาสเกิดไตเรื้อรังและไตวายได้ในอนาคต ปี 2560 พบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในระบบ สปสช. มีมากกว่า 53,000 คน เพิ่มขึ้นมากกว่า

สองเท่าของปี 2556 ในจำนวนนี้ประมาณร้อยละ 50 เป็นผู้ป่วยเบาหวาน นอกจากนั้น โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงยังเป็นสาเหตุสำคัญในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นตามระบบต่างๆ ของร่างกายที่สำคัญ ได้แก่ หลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ ตา ไต เท้า เป็นต้น ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ พิการหรือเสียชีวิต และเป็นภาระค่าใช้จ่าย

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้เล็งเห็นความจำเป็นของการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จึงจัดให้มีค่าใช้จ่ายสำหรับการตรวจคัดกรอง เบาหวานและความดันโลหิตสูงสำหรับคนปกติทั่วไปที่ยังไม่ป่วย และค่าใช้จ่ายสำหรับการควบคุมและ ป้องกันมิให้เกิดภาวะแทรกซ้อนสำหรับคนที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง นอกเหนือ จากค่าใช้จ่ายที่จ่ายแบบเหมาจ่ายสำหรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในให้กับหน่วยบริการแล้ว และยังจัด ให้มีค่าใช้จ่ายไปสมทบร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เป็นกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนฯท้องถิ่น) เพื่อสนับสนุนระบบสุขภาพชุมชน

**กรอบการดำเนินงานและงบประมาณของ สปสช.
ด้านการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง**



นอกจากนั้นยังร่วมมือกับกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขในการผลักดันให้เกิดรูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง: NCD clinic plus อย่างไรก็ตาม การป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนยังมีโอกาสในการพัฒนาเพื่อเติมเต็มช่องว่างของการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม การส่งเสริมสนับสนุนกลุ่มเสี่ยง และการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่อยู่ในชุมชน ด้วยการทำให้ประชาชนมีความรู้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา รู้เท่าทันปัจจัยเสี่ยงต่างๆ จนเกิดเป็นการรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) และสร้างการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมให้กับประชาชน

ในปีงบประมาณ 2563 สปสช.และอปท. จึงได้กำหนดทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ภายใต้การจัดการและหนุนเสริมของอปท.โดยมีกองทุนฯท้องถิ่น เป็นเครื่องมือสำคัญที่จะสร้างความตระหนักรู้ และความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ให้กับประชาชนตามบริบทของแต่ละพื้นที่ เกิดเป็นพื้นที่ต้นแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ที่ประชาชนสามารถพึ่งพาและดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างยั่งยืน โดยมีเป้าหมายดำเนินงาน ดังตาราง

3

เป้าหมายการดำเนินงานพื้นที่ต้นแบบ การป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง

ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
จำนวนอปท./กองทุนฯ ท้องถิ่นพื้นที่ต้นแบบ การป้องกันและ ควบคุมโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิต สูง จังหวัดละ 1 แห่ง (76 จังหวัด)	50% ของอำเภอ มีอปท./ กองทุนฯ ท้องถิ่นเป็น พื้นที่ต้นแบบการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง อย่างน้อย อำเภอละ 1 แห่ง	ทุกอำเภอ มีอปท./กองทุนฯ ท้องถิ่นเป็นพื้นที่ต้นแบบ การป้องกันและควบคุม โรคเบาหวานและโรค ความดันโลหิตสูงอย่างน้อย อำเภอละ 1 แห่ง

4

เกณฑ์การคัดเลือกพื้นที่ต้นแบบ การป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง มีดังนี้

- 1) มีการใช้กองทุนฯท้องถิ่นเป็นเครื่องมือสนับสนุนการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน อย่างต่อเนื่อง
- 2) มีการดำเนินการโดยใช้กลไกการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่และมีทีมงานร่วมรับผิดชอบ

5

แนวทางเพื่อการพัฒนาเป็นพื้นที่ต้นแบบ การป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง มีดังนี้

- 1) อปท.และหรือกองทุนฯท้องถิ่น มีการจัดทำแผนงบประมาณประจำปีเพื่อรองรับการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้ประชาชนในชุมชนได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง
- 2) มีระบบข้อมูล และจัดทำทะเบียนเพื่อแยกประชาชนออกเป็นกลุ่มที่ไม่เป็นโรค กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยเป็นโรค และนำข้อมูลวิเคราะห์เพื่อการจัดการดูแลโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงให้กับประชาชนในชุมชน
- 3) มีระบบการส่งต่อ-ส่งกลับเพื่อให้กลุ่มป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงและกลุ่มเสี่ยงสูงได้รับการดูแลจากหน่วยบริการที่มีศักยภาพ และระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชนสำหรับกลุ่มป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงและกลุ่มเสี่ยงที่ถูกส่งกลับ
- 4) มีระบบกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานโดยมีการประชุมอย่างต่อเนื่องเพื่อประเมินตัวชี้วัดการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ปัญหาอุปสรรค และใช้ระบบข้อมูล ทะเบียน ตามความเป็นจริงเพื่อกำหนดแนวทางและการปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาอุปสรรค
- 5) มีการถอดบทเรียน สรุปผล และเผยแพร่ ผลการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในแต่ละปีที่เป็นรูปธรรม ให้แก่สาธารณะทุกปี และรับฟังความคิดเห็นข้อเสนอแนะจากชุมชนเพื่อการปรับปรุงพัฒนาการป้องกันและควบคุมโรคฯ ต่อไป

ปัจจัยเสี่ยง... โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)



มุ่งคนในครอบครัว

มีประวัติคนในครอบครัวสายตรงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือเคยขยาย/ ไขมันผิดปกติ/ ฆ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ ทำบอลลูน/ บายพาส หรือตายเฉียบพลันโดยไม่รู้สาเหตุ ตอนอายุน้อย (ชายไม่เกิน 55 ปี หญิงไม่เกิน 65 ปี)

ที่มา : ผศ. นพ.สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
www.chulalongkornhospital.go.th



@chulalongkornhospital



ChulalongkornHospital



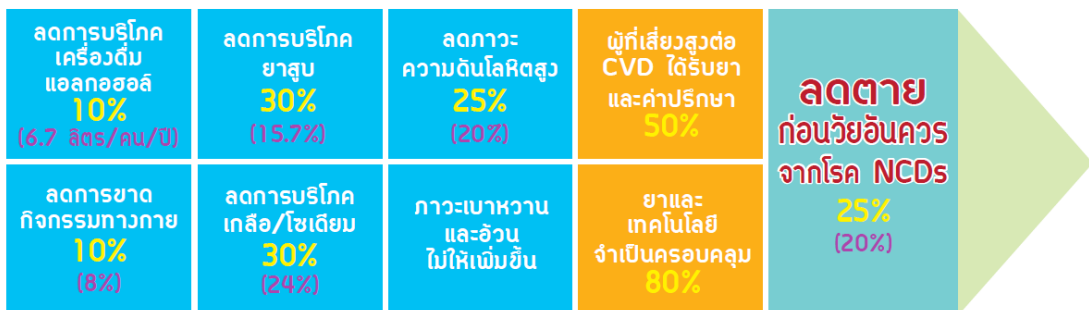
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
สภากาชาดไทย



02-256-4000 ต่อ 0

ยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรค ไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564)

เพื่อจัดการป้องกันและควบคุมโรคเอ็นซีดีที่เป็นปัญหาสำคัญ กระทรวงสาธารณสุขได้ร่วมมือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจัดทำแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564) โดยสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ภายใต้กรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ปรับให้สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการระดับโลกเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเอ็นซีดี (Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020) และเป้าหมายระดับโลกว่าด้วยโรคเอ็นซีดี 9 ด้านขององค์การอนามัยโลกในบริบทของประเทศไทย แผนยุทธศาสตร์ยังตอบสนองต่อเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDG) ที่ต้องบรรลุภายใน พ.ศ.2573 ที่เกี่ยวกับเป้าหมายด้านโรคไม่ติดต่อ 3 ด้าน คือ (1) ลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรด้วยโรคไม่ติดต่อให้ได้ 1 ใน 3 (2) เสริมสร้างการป้องกันและการควบคุมการใช้สารเสพติด และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณอันตราย (3) ลดปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อคนให้ได้อย่างน้อย 10 (4) เสริมสร้างการนำกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลกไปปฏิบัติ สาระสำคัญของแผนยุทธศาสตร์ มีดังนี้



วิสัยทัศน์

ประชาชนสุขภาพดี ปลอดภัยจากโรคไม่ติดต่อที่ป้องกันได้

เป้าประสงค์

เพื่อลดภาระการป่วย การตาย และความพิการ ที่ป้องกันได้ อันมีผลสืบเนื่องจากโรคไม่ติดต่อดังกล่าวด้วยวิธีการร่วมมือระหว่างภาคีภาคส่วนหลากหลายสาขาและการประสานงานในระดับชาติ ภูมิภาค และระดับโลก เพื่อให้ประชาชนมีภาวะสุขภาพที่ดีและสร้างให้เกิดผลผลิตตามมาตรฐานสูงสุดในทุกกลุ่มอายุ และโรคต่างๆ เหล่านี้ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจ ภายในปี พ.ศ. 2564

เป้าหมายการดำเนินงาน (ตัวชี้วัดผลลัพธ์) ที่จะบรรลุภายในปี พ.ศ. 2564

- 1) การลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อลง ร้อยละ 20 (Premature mortality from NCDs) เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2553
- 2) ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรต่อปีของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ลดลงเหลือไม่เกิน 6.7 ลิตร ต่อคน ต่อปี (Harmful use of alcohol)
- 3) ความชุกของการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ ลดลงร้อยละ 8 (Physical inactivity) เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2553
- 4) ค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคเกลือ/โซเดียมในประชากร ลดลงร้อยละ 24 (Salt/sodium intake) เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2553
- 5) ความชุกของการบริโภคยาสูบในประชากรที่มีอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป ลดลงเหลือไม่เกินร้อยละ 15.7 (Tobacco use)
- 6) ความชุกของภาวะความดันโลหิตสูง ลดลงร้อยละ 20 (Raised blood pressure)
- 7) ความชุกของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง/เบาหวานและโรคอ้วนไม่เพิ่มขึ้น (Diabetes and obesity) เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2553
- 8) ประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไปที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้รับคำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมและรับยา เมื่อมีข้อบ่งชี้เพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง(รวมถึงยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 (Drug therapy to prevent heart attack and stroke)
- 9) การมียาที่จำเป็นและเทคโนโลยีขั้นพื้นฐานสำหรับรักษา/บริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญในสถานบริการของภาครัฐและเอกชน ร้อยละ 80

เป้าหมายการดำเนินงาน 9 ข้อในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อภายในปี พ.ศ. 2568 (ค.ศ. 2025) และเป้าหมายภายในปี พ.ศ. 2564 (ค.ศ. 2021) ดังรูปภาพ

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อเพิ่มลำดับความสำคัญให้กับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ในวาระการพัฒนา ระดับชาติด้วยการเพิ่มความเข้มแข็งกับการสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศ การผลักดันเชิงนโยบายร่วมกัน
- 2) เพื่อเพิ่มความเข้มแข็งในด้านศักยภาพของประเทศ ภาวะการนำ ธรรมาภิบาล และการปฏิบัติร่วมระหว่างหลายภาคีภาคส่วน พันธมิตร เพื่อเร่งให้มีการตอบสนองต่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ
- 3) เพื่อลดปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยง และปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลต่อความเสี่ยงในการเป็นโรคไม่ติดต่อ

4) เพื่อเพิ่มความเข้มแข็ง และปรับระบบบริการสุขภาพ ให้คำนึงถึงและตอบสนองต่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ รวมถึงปัจจัยทางสังคมที่เป็นพื้นฐานเกี่ยวข้องโดยใช้หลักการสาธารณสุขมูลฐานผ่านบริการปฐมภูมิที่มองประชาชนเป็นศูนย์กลาง และเป็นบริการที่เข้าถึงได้โดยทั่วหน้า

5) เพื่อส่งเสริมและสนับสนุน สมรรถนะทางด้านการวิจัยและพัฒนาที่มีคุณภาพสูงเพื่อป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อ

6) เพื่อติดตามแนวโน้ม และปัจจัยที่ส่งผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ รวมทั้งประเมินความก้าวหน้าของการป้องกัน

ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์

ยุทธศาสตร์ที่ 1 : พัฒนานโยบายสาธารณะและกฎหมายที่สนับสนุนการป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 : เร่งขับเคลื่อนทางสังคม สื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง

ยุทธศาสตร์ที่ 3 : การพัฒนาศักยภาพชุมชน/ท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย

ยุทธศาสตร์ที่ 4 : พัฒนาระบบเฝ้าระวังและการจัดการข้อมูล

ยุทธศาสตร์ที่ 5 : ปฏิรูปการจัดบริการเพื่อลดเสี่ยง และควบคุมโรคให้สอดคล้องกับสถานการณ์โรคและบริบทพื้นที่

ยุทธศาสตร์ที่ 6 : พัฒนาระบบสนับสนุนเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างบูรณาการ

2

กรอบแนวคิดการจัดการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง

โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงที่สามารถป้องกันและเปลี่ยนแปลงได้ การจัดการแบ่งออกได้เป็น 2 ระยะ คือ การป้องกันมิให้เกิดโรคหรือ “สร้างนำซ่อม” และการป้องกันมิให้เกิดภาวะแทรกซ้อน

2.1 การป้องกันมิให้เกิดโรค (ระยะก่อนป่วย) เป็นเรื่องสำคัญมาก และระบบสุขภาพชุมชน/ท้องถิ่นจะมีบทบาทมาก ให้ความสำคัญกับมาตรการสนับสนุนส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชากรทั้งที่เป็นกลุ่มปกติทั่วไป (ยังดูมีสุขภาพดี แต่อาจมีพฤติกรรมเสี่ยง) กลุ่มเสี่ยง (เช่น มีน้ำหนักเกิน ความดันโลหิตสูงขึ้น ระดับไขมัน/โคเลสเตอรอลสูง และระดับน้ำตาลในเลือดสูง)

การป้องกันมิให้เกิดโรค มี 2 แนวทาง คือ การป้องกันโรคในระดับประชากร (population based prevention) และการป้องกันโรคในระดับบุคคล (individual-high risk approach)

1) การป้องกันโรคในระดับประชากร เป็นการดำเนินการในวงกว้าง เช่น ระดับประเทศ/เขต/จังหวัด/ท้องถิ่น/แขวง/หมู่บ้าน/ย่าน/สำนักงาน/สถานประกอบการ/สถานศึกษา เป็นต้น เพื่อสนับสนุนส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (การเลิกบุหรี่ เลิก/ลดเหล้า เคลื่อนไหวออกแรงออกกำลังกายมากขึ้น บริโภคอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพและจัดการน้ำหนัก) ของประชากร โดยใช้มาตรการทางนโยบาย กฎหมาย ภาษี/ราคา การปรับสภาพแวดล้อม การเดินทาง การรณรงค์สื่อสารขับเคลื่อน สังคมในวงกว้าง ฯลฯ

2) การป้องกันโรคในระดับบุคคล เป็นการดำเนินการในกลุ่มเสี่ยงระดับบุคคลหรือเป็นกลุ่ม ซึ่งหน่วยบริการดำเนินการอยู่แล้ว แต่ก็สามารถดำเนินการในชุมชน/สถานประกอบการ/สถานศึกษา ได้ (ขึ้นอยู่กับกรอบการดำเนินงาน) ทั้งนี้มีข้อมูลสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้น (intensive medication interventions) ในเรื่องการกินอาหารและการเพิ่มกิจกรรมทางกาย/ออกแรงออกกำลังกาย ช่วยลดน้ำหนักส่วนเกินและป้องกันเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้ที่มีน้ำตาลผิดปกติ (impaired glucose tolerance) ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงได้ การป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงจำเป็นต้องมีการออกแบบการดำเนินงานเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงด้วยการประเมิน คัดกรอง วินิจฉัย และการดูแลกลุ่มเสี่ยง กลุ่มสงสัยป่วย และผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งสามารถดำเนินการได้ในระดับชุมชนหรือเป็นแผนงานระดับประเทศ โดยคำนึงถึงทรัพยากร (กำลังคน เงิน ของ) และความพร้อมในแต่ละระดับ

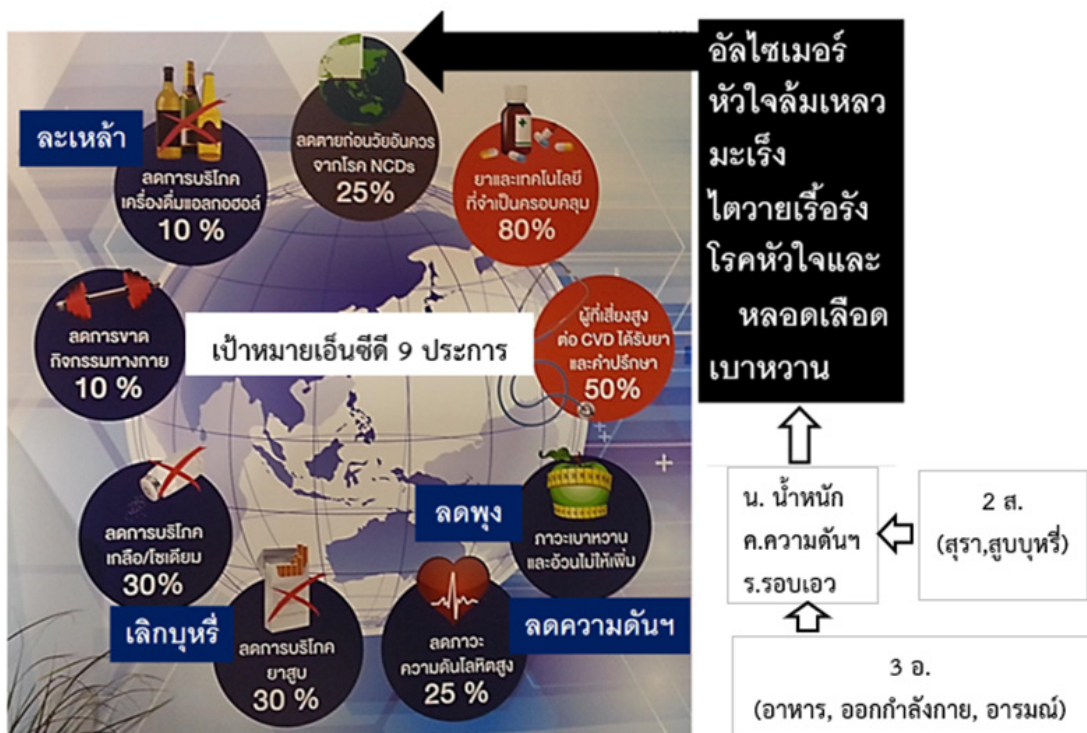
2.2 การป้องกันมิให้เกิดภาวะแทรกซ้อน (ระยะป่วย) เป็นการดำเนินการในกลุ่มป่วยระดับบุคคลหรือเป็นกลุ่ม มุ่งหมายให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการคัดกรอง ตรวจวินิจฉัยโดยเร็ว ซึ่งอาจดำเนินการไปพร้อมกับการประเมิน คัดกรองเพื่อค้นหาความเสี่ยงในชุมชน การดูแลรักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อน การให้คำปรึกษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงและจัดการตนเอง ตลอดจนการดูแลรักษาเมื่อมีภาวะแทรกซ้อน/ทุพพลภาพ อย่างต่อเนื่องตามแนวเวชปฏิบัติหรือแนวทางของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง มีระบบการส่งต่อและส่งกลับระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิกับหน่วยบริการระดับทุติย-ตติยภูมิ (โรงพยาบาล) เป็นต้น ส่วนใหญ่เป็นหน้าที่ของหน่วยบริการและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมถึงตัวผู้ป่วยและครอบครัว อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ที่บ้านในชุมชนหรือที่ทำงาน ระบบสุขภาพชุมชนมีบทบาทให้การสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง นอกจากนั้นกลุ่มป่วยยังได้รับอานิสงส์จากการดำเนินงานป้องกันในระดับประชากรและระดับบุคคลสำหรับกลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยงด้วย

บทที่ 3

1

แนวทางการจัดการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงโดย อปท.

จากยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี และกรอบแนวคิดข้างต้น อปท. โดยร่วมมือกับประชาคมท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถจัดการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนที่เป็นรูปธรรม เพื่อไปบรรลุเป้าหมายระดับโลก 9 ข้อในการป้องกันและควบคุมโรคเอ็นซีดีและตอบสนองเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในระดับโลกได้ (Think global, act local) ดังรูปภาพ



อปท.สามารถจัดการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ทั้งในระดับ (ประชากร) ชุมชน และระดับบุคคล เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมให้ประชากรในชุมชนรวมถึงกลุ่มเสี่ยงสูงและกลุ่มป่วยเกิดความรอบรู้และจัดการตนเองด้านพฤติกรรมเสี่ยง 3 อ. 2 ส. (อ.-อาหาร อ.-ออกกำลังกาย อ.-อารมณ์ ส.-สูบบุหรี่ ส.-สุรา) และวัดติดตามความก้าวหน้าจากตัวเลข น.ค.ร. ของตนเอง (น.-น้ำหนัก ค.-ความดันโลหิต ร.รอบเอว) อย่างต่อเนื่อง โดยจัดให้มีนโยบาย/ข้อบัญญัติท้องถิ่นที่เป็นไปได้ การรณรงค์สื่อสารประชาสัมพันธ์ การปรับสภาพแวดล้อม เพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตลอดจนสนับสนุนการตรวจประเมิน คัดกรอง เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย และการดูแลกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชน โดยสนับสนุนหน่วยบริการ หน่วยงาน องค์กร/ชมรม ภาคประชาชนให้ดำเนินการได้ และได้รับการสนับสนุนงบประมาณหรือค่าใช้จ่ายจากงบประมาณท้องถิ่นหรือกองทุนฯท้องถิ่นแล้วแต่กรณี

เพื่อให้มีทิศทางและการดำเนินงานต่อเนื่อง อปท.ควรร่วมมือกับประชาคมท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะหน่วยบริการ (เพื่อสนับสนุนข้อมูล สถานการณ์ปัญหาทางสุขภาพ และการจัดบริการ) จัดให้มีแผนการจัดการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของท้องถิ่น ที่สอดคล้องเชื่อมโยงกับแผนพัฒนาท้องถิ่นและแผนการเงินของกองทุนฯท้องถิ่น โดยแผนงานอาจประกอบด้วย วิสัยทัศน์ เป้าประสงค์ เป้าหมายผลลัพธ์ ล้อไปกับแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี แต่เป็นบริบทของท้องถิ่น โดยอาจมีประเด็นยุทธศาสตร์ 2 ประเด็น คือ การป้องกันมิให้เกิดโรค (กลุ่มปกติ/กลุ่มเสี่ยง) และการป้องกันมิให้เกิดภาวะแทรกซ้อน (กลุ่มป่วย) มีโครงการพัฒนาหรือกิจกรรมเน้น 3 อ. 2 ส. และ น.ค.ร. โดยคำนึงถึงความเป็นไปได้ของทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน โครงการพัฒนาหรือกิจกรรมใดที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การจ่ายเงินกองทุนฯท้องถิ่นก็นำไปบรรจุในแผนการเงินประจำปีเพื่อขออนุมัติจากคณะกรรมการกองทุนฯท้องถิ่น โครงการพัฒนาหรือกิจกรรมที่ขอสนับสนุนจากงบประมาณท้องถิ่นได้ให้เสนอบรรจุในแผนพัฒนาท้องถิ่นและแผนการดำเนินงานประจำปีตามลำดับ

สปสข.ได้ยกร่างแผนการจัดการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เพื่อเป็นแผนตัวอย่าง ในแต่ละปีพิจารณาเลือกทำโครงการเท่าที่เป็นไปได้ โดยโครงการ/กิจกรรมที่แยกย่อยสามารถจัดทำรวมเป็นโครงการเดียวได้ หรืออาจรวมกลุ่มเป้าหมายทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยไว้ในโครงการเดียว กิจกรรม 3 อ. 2 ส.และ น.ค.ร.แยกย่อยได้ไม่จำเป็นต้องรวมเป็นชุดเดียวกันเสมอไป หนึ่งโครงการไม่จำเป็นต้องทำทั้งพื้นที่ อาจแยกย่อยเป็นโครงการเฉพาะหมู่บ้าน/ย่าน/เขตถนน/สถานศึกษา ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์และความพร้อม สำหรับพื้นที่ต้นแบบในระยะแรก อาจเริ่มด้วยกิจกรรมการประเมิน คัดกรองและวินิจฉัย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (ลดการกินเค็ม-หวาน เพิ่มกิจกรรมทางกาย) และการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน แล้วค่อยขยายเพิ่มเติมในปีถัดๆ ไป

2

ตัวอย่าง แผนการจัดการป้องกัน
และควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดัน
โลหิตสูง ระยะ..5... ปี (พ.ศ.2563 - 2567)
เทศบาล/อบต.

เป้าประสงค์

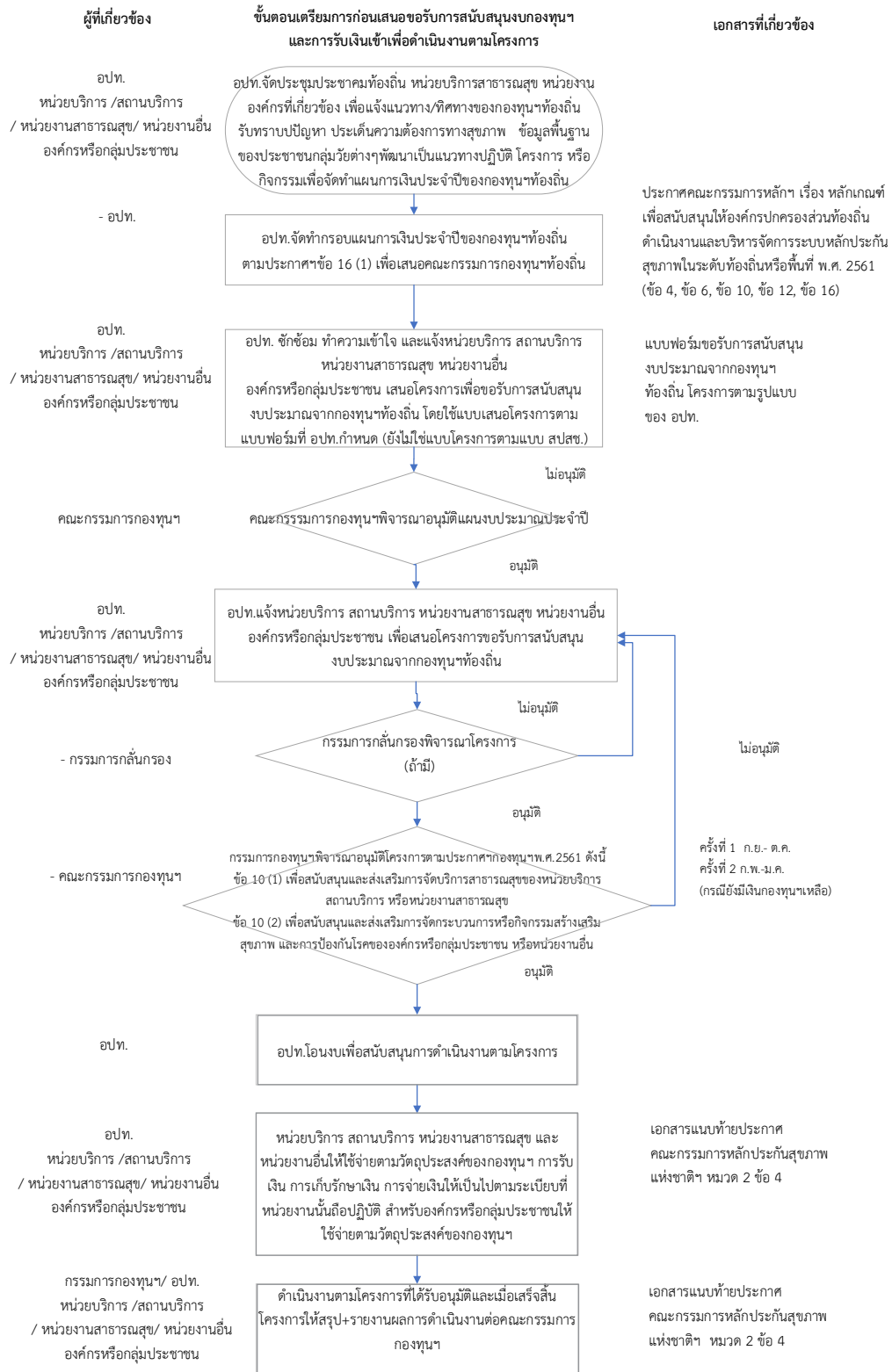
เพื่อลดการกระจาย การตาย และความพิการ ทั่วประเทศ อันผลสืบเนื่องจากโรคเอดส์ ด้วยการร่วมมือระหว่างภาคสาธารณสุขภาคภายในท้องถิ่น

ประเด็นยุทธศาสตร์	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย				กลยุทธ์/แนวทางการพัฒนา	ตัวชี้วัดระดับกลยุทธ์	ความก้าวหน้าของเป้าหมาย	โครงการ/กิจกรรม	หน่วยรับผิดชอบ	แหล่งงบประมาณ
			63	64	65	66						
1. การป้องกันไม่ให้เกิดโรคหรือเพิ่มโรคด้วยการ “ลดพุง ลดความดันฯ ละบุหรีร์เลิกเหล้า” (ส่งเสริมป้องกันก่อนป่วย)	-ประชาชนมีพฤติกรรมเด็ดขาดทำที่เอื้อต่อสุขภาพ -ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมที่เอื้อต่อสุขภาพ -ปลอดเบาหวานและไขมัน -ลดสูบบุหรี่	- ประชาชนอายุมากกว่า 15 ปี เลิกสูรา - ประชาชนอายุมากกว่า 15 ปี เลิกสูบบุหรี่ - ประชาชนอายุมากกว่า 15 ปี กินผักผลไม้เพียงพอ (วันละ 5 ทัพพี) - ประชาชนอายุมากกว่า 15 ปี กินเกลือ/โซเดียม ไม่เกินกว่าที่แนะนำ - ประชาชนอายุมากกว่า 15 ปี มีกิจกรรมทางกายเพียงพอ (150 นาที/สัปดาห์หรือเดินอย่างน้อยวันละ 7500 ก้าว) - กลุ่มเสี่ยงสามารถลดและควบคุมน้ำหนัก - ความดันโลหิตและระดับน้ำตาล	X	X	X	X	- สนับสนุนนโยบายสาธารณะที่กำหนดร่วมกับระหว่างภาคประชาชน ภาคเอกชน ภาครัฐ และท้องถิ่น	ยุทธศาสตร์ - หน่วยงานภายในอปท.	- สถานที่ทำงาน/สถานศึกษา/สถานประกอบการ - อดบุหรี่และเหล้า - อดสูบบุหรี่จากการชุมชน - ในราคาที่เหมาะสม - พื้นที่ปลอดบุหรี่/จำกัดสถานที่ เวลา อายุ การสูบบุหรี่ และ/หรือขายบุหรีร์	- งบประมาณท้องถิ่น		
			X	X	X	X						

ประเด็นยุทธศาสตร์	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด				กลยุทธ์/แนวทางการพัฒนา	ตัวชี้วัดระดับกลยุทธ์	ความก้าวหน้าของเป้าหมาย	โครงการ/กิจกรรม	หน่วยรับผิดชอบ	แหล่งงบประมาณ
		63	64	65	66						
						- ปรับสภาพแวดล้อม			- ปรับถนน/บาทวิถีให้เอื้อต่อการเดินและขี่จักรยาน - ลานกีฬา/ลานออกกำลังกาย - กำลังกาย	- หน่วยงานภายในอปท.	- งบประมาณท้องถิ่น
						- สนับสนุนขบวนการกลุ่ม/ชมรม/ชุมชน/สถานประกอบการ/สถานศึกษา/ศาสนสถาน 1.ให้สนับสนุน 4 อ. คือ อ.อาหาร สุขภาพ อ.ริยาดอกแรง ออกกำลังกายเพียงพอ อ. ออกกำลังใจ ไม่แข็งแรง ไม่เครียด พึงชำน อ. ไม่เครียด พึงชำน อ. อากาศบริสุทธิ์ และ 2. ให้บอกเล่า 2 ส. คือ ละบู่หรื เลิกเหล้า			- สถานที่ทำงาน/สถานศึกษา/ศาสนสถาน 3 อ. 2 ส. น.ค.ร. - สนับสนุน 3อ. 2ส. นคร.ผ่านกลุ่ม/ชมรม/ชุมชน - โครงการส่งเสริมลดเค็ม ลดโซเดียม - โครงการส่งเสริมกิจกรรมทางกายด้วยการเดิน/ขี่จักรยาน - โครงการส่งเสริมการกินผักผลไม้เพียงพอและปลอดภัย	หน่วยงานตามข้อ 10(1) 10(2)	- กองทุนฯท้องถิ่น
						- การประเมิน ตรวจคัดกรองและวินิจฉัย (ทั้งการครอบครัว ความเครียดและความถูกต้องตามมาตรฐาน)			- ประเมิน ตรวจคัดกรองและวินิจฉัย เชิงรุกในชุมชน	หน่วยงานตามข้อ 10(1)	- กองทุนฯท้องถิ่น

ประเด็นยุทธศาสตร์	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย				กลยุทธ์/แนวทางการพัฒนา	ตัวชี้วัดระดับกลยุทธ์	ความก้าวหน้าของเป้าหมาย	โครงการ/กิจกรรม	หน่วยรับผิดชอบ	แหล่งงบประมาณ
			63	64	65	66						
							- การดูแลกลุ่มเสี่ยงฯ อย่างเข้มข้น ด้วยการใส่ใจ ๓ อ. บอกเล่า ๒ ส. และประเมิน น. คร ๒ ส. (น้ำหนัก ความดันฯ รอบเอว สบู่ฟรีสุรา)			- จัดทำทะเบียนและติดตาม ประเมินผล - ปรับพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. อย่างเข้มข้น - สนับสนุนการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน	หน่วยงานตามข้อ 10(1) กรณี 10(2)-เฉพาะกิจ	- กองทุนฯ ท้องถิ่น
2 การดูแลกลุ่มป่วย/กลุ่มเสี่ยงสูง ด้วยการ “ลดพุง ลดความดันฯ ละบุหรี่ยี่สิบเหล้า”	ผู้ป่วยโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูงจัดการตนเองได้	- ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (HbA1C ไม่เกิน 7% ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (สมอง หัวใจ ไต ตา และเท้า) - ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้ (ความดันฯ ที่รพ. ไม่เกิน 140/90 หรือที่บ้าน ไม่เกิน 135/85 มม.ปรอท) และไม่มีภาวะแทรกซ้อน (สมอง หัวใจ ไต และ ตา)	X	X	X	X	- การบริการเชิงรุกในชุมชน โดยทีมหมอครอบครัว อสม หรือสมาชิกชมรม - อาสาสมัครในชุมชน - ทัศนคติประชาชน - เอกชนและรัฐบาล - เยี่ยมบ้านติดตาม กลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยที่ไม่ได้มาตรวจตามนัด			- จัดทำทะเบียน - สนับสนุนการดูแลจัดการตนเองในชุมชน - ส่งเสริม 3 อ. 2 ส. ด้วยตนเองและการสนับสนุนจากสังคมรอบข้าง - สนับสนุนการวัดติดตามความดันโลหิตที่บ้าน - ด้วยตนเอง - สนับสนุนการวัดติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง	หน่วยงานตามข้อ 10(1) กรณี 10(2)-เฉพาะกิจ	- กองทุนฯ ท้องถิ่น

ขั้นตอนเตรียมการขอรับการสนับสนุนกองทุนฯท้องถิ่น และการรับเงินเข้าเพื่อดำเนินงานตามโครงการ





ตัวอย่างโครงการ/กิจกรรม ภายใต้แผนงาน การป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง

ต่อไปนี้เป็นตัวอย่างโครงการสำหรับการดูแลโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน เพื่อขอรับการสนับสนุนจากกองทุนฯท้องถิ่น ทั้งระยะก่อนป่วยและระยะป่วย ทั้งนี้ อปท. ประชาคมท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถปรับโครงการ/กิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่



**โครงการตรวจคัดกรอง-วินิจฉัยเบาหวานและความดันโลหิตสูงและ
ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด
กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล
อำเภอ.....จังหวัด.....**

หลักการเหตุผล

จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยฯ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบว่า สัดส่วนของผู้เป็นเบาหวานที่ไม่ทราบว่าตนเองเป็นเบาหวาน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 31.2 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 43.1 ในปี 2557 และ ผู้ที่เป็นความดันสูง ไม่ทราบว่าตนเองเป็นความดันสูง จากร้อยละ 50.3 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 44.7 ในปี 2557 แสดงให้เห็นว่า ผู้ใหญ่ไทยที่เป็นเบาหวานและ/หรือความดันสูง มากกว่าร้อยละ 40 ไม่ได้รับการวินิจฉัยจากวิธีการคัดกรองที่ผ่านมา ดังนั้น แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ.2560 และแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 จึงได้กำหนดวิธีการคัดกรอง วินิจฉัย ขึ้นทะเบียนและรักษา เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว

การคัดกรอง-วินิจฉัยและประเมินความเสี่ยงฯ ทำให้สามารถพบกลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค กลุ่มสงสัยป่วยหรือกลุ่มป่วยแล้วแต่ยังไม่ได้รับการตรวจคัดกรอง-วินิจฉัยแต่แรก การดูแลกลุ่มเสี่ยง กลุ่มสงสัยป่วย ดังกล่าว ทั้งที่มีและไม่มีอาการ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสมอย่างเข้มข้น เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง สามารถป้องกันและยืดระยะเวลาการเป็นโรคออกไปได้ถึงร้อยละ 50 จึงเป็นวิธีการป้องกันการเกิดโรคฯ ที่ดีที่สุด

1. วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ที่มีโอกาสเสี่ยง สงสัยป่วยต่อการเกิดโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง/โรคหัวใจและหลอดเลือด เข้าถึงบริการวัดคัดกรอง วินิจฉัย ขึ้นทะเบียน และ รักษาอย่างต่อเนื่อง

2. กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่เป้าหมาย

ผู้มีอายุ 35 ปี ขึ้นไปในพื้นที่.... ที่แพทย์ไม่เคยวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงมาก่อน

3. วิธีดำเนินการ/รายละเอียดกิจกรรม

3.1 จัดทำบัญชีรายชื่อและที่อยู่ ของประชาชนที่อยู่ในเขตพื้นที่.....ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป และสื่อสารเชิญชวนกลุ่มเป้าหมายที่ไม่ป่วยเป็นโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง สมัครเข้าร่วมกิจกรรมการตรวจคัดกรอง-วินิจฉัยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

3.2 ให้บริการตรวจคัดกรอง-วินิจฉัยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (จากตัวเลข น. น้ำหนัก ค. ความดันฯ ร. รอบเอว ส. สูบบุหรี่ ส. สุรา หรือ น. ค. ร. 2 ส.) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2560 และแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 และมาตรฐานของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยออกดำเนินการเชิงรุกในชุมชน

3.3 หากพบว่าผิดปกติตามเกณฑ์ที่กรมควบคุมโรคกำหนด ให้ส่งหรือนัดหมายไปรับการตรวจยืนยันโดยแพทย์ที่หน่วยบริการหรือสถานบริการ เพื่อการวินิจฉัย ขึ้นทะเบียนและรักษา ในเวลาไม่เกิน 1 เดือนหลังการวัดคัดกรองฯ ในกรณีที่ตรวจพบความดันฯ สูงผิดปกติมาก หรือ อันตราย ได้แก่

3.3.1 ความดันฯ $\geq 180/110$ มม.ปรอท ให้พบแพทย์ทันที เพื่อวินิจฉัย ขึ้นทะเบียน และให้การรักษในวันนั้น (คัดกรองและวินิจฉัยความดันฯ สูงในวันเดียวกัน หรือ One stop service)

3.3.2 ความดันฯ $\geq 130/80$ มม.ปรอท ในผู้ป่วยเบาหวาน หรือ ในผู้ป่วยโรคหัวใจ และหลอดเลือด (เช่น อัมพาต กล้ามเนื้อหัวใจตาย-ขาดเลือด) หรือ ในผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้า $>10\%$ ส่งพบแพทย์ เพื่อการวินิจฉัยและรักษาต่อไป ในเวลาไม่เกิน 1 เดือน (ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562)

3.4 ให้คำแนะนำการปรับพฤติกรรม ลดปัจจัยเสี่ยง 3 อ. 2 ส. และประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วย น. ค. ร. 2 ส. เป็นประจำ

3.5 จัดทำทะเบียนผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค กลุ่มสงสัยป่วย กลุ่มป่วยที่ส่งกลับและกลุ่มป่วยรายเก่า(รายชื่อ ที่อยู่ โทรศัพท์) เพื่อดำเนินการตาม 3.4

3.6 สรุปผลการดำเนินงานตามโครงการพร้อมทะเบียนหรือบัญชีรายชื่อผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง กลุ่มสงสัยป่วยและกลุ่มป่วย และบัญชีรายชื่อผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรองประเมิน ส่งให้กองทุนหลักประกันสุขภาพ.....

ผู้ดำเนินงาน สามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมจาก “รูปแบบบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง สำหรับสนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus” สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค เพื่อความเข้าใจในการดำเนินโครงการ/กิจกรรม

4. ระยะเวลาดำเนินการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....- วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

5. งบประมาณ

จากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล..... จำนวนทั้งสิ้น.....บาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายดังนี้(ให้ระบุรายละเอียดค่าใช้จ่ายให้สอดคล้องกับวิธีการดำเนินงาน/กิจกรรม ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามระเบียบที่หน่วยงานถือปฏิบัติ).....

6. ผู้ดำเนินงาน/ผู้รับผิดชอบ

- หน่วยบริการ สถานบริการ ตามข้อ 10(1)

7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 ทะเบียนผู้ที่มีความเสี่ยง กลุ่มสงสัยป่วยและกลุ่มป่วย เบาหวาน ความดันสูง (รายชื่อที่อยู่ โทรศัพท์)

7.2 จำนวนผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง-วินิจฉัย เบาหวาน ความดันสูง และประเมินความเสี่ยงฯ

1) จำนวนผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง-วินิจฉัย ขึ้นทะเบียน ความดันสูง ในวันเดียวกัน

2) จำนวนผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง-วินิจฉัย ขึ้นทะเบียน เบาหวาน และ/หรือ

ความดันสูงใน 1 เดือน

8. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียดเพื่อให้เจ้าหน้าที่ อปท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว โดยสามารถลงรายการได้มากกว่า 1 รายการ สำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น)

8.1 หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน ที่รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม (ตามประกาศฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)

ชื่อ(หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน).....

☐ 1. หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต. [ข้อ 10 (1)]

☐

ลงชื่อ.....ผู้เสนอ/โครงการ/กิจกรรม

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่-เดือน-พ.ศ.

ภาคผนวก – ตัวอย่างสิ่งส่งมอบ

แบบรายงานผู้เข้าร่วม ตรวจคัดกรอง และประเมินโอกาสเสี่ยง

ลำดับ	เลขบัตรประชาชน	ชื่อ สกุล	เพศ	อายุ (ปี)	ดัชนีมวลกาย				คัดกรองเบาหวาน				คัดกรองความดันโลหิต				ประเมินโอกาสเสี่ยง			
					ต่ำ	ปกติ	ท่วม/อ้วน		ปกติ	เสี่ยง	ป่วย		ปกติ	เสี่ยง	ป่วย		10 -<20	20 -<30	≥30	

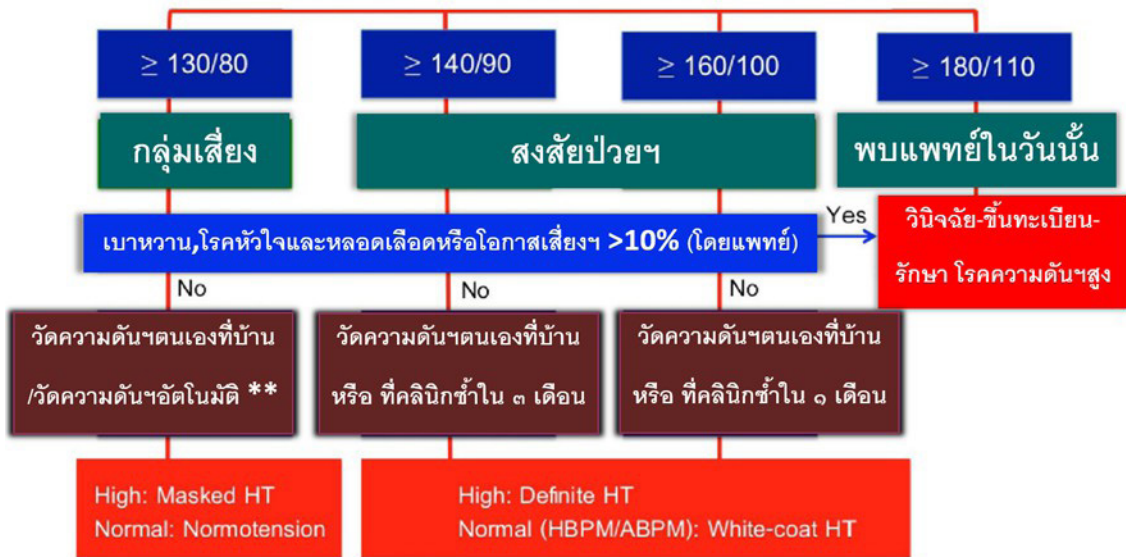
ช่วงอายุ	เพศ			ดัชนีมวลกาย				คัดกรองเบาหวาน				คัดกรองความดันโลหิต				ประเมินโอกาสเสี่ยง			
	ชาย	หญิง	รวม	ต่ำ	ปกติ	ท่วม/อ้วน		ปกติ	เสี่ยง	ป่วย		ปกติ	เสี่ยง	ป่วย	BP	10 -<20	20 -<30	≥30	
<35 ปี																			
35-39																			
40-44																			
.....																			
รวม																			

ทะเบียนผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงป่วยและกลุ่มป่วย

ลำดับ	เลขบัตรประชาชน	ชื่อ สกุล	เพศ	อายุ (ปี)	ที่อยู่	โทรศัพท์	เบาหวาน		ความดันโลหิตสูง		เบาหวานและความดันโลหิตสูง	
							เสี่ยง	ป่วย	เสี่ยง	ป่วย		

แนวทางวินิจฉัยโรคความดันสูง

ค่าเฉลี่ยความดันวัดที่คลินิก (ในวันเดียวกัน) หน่วยเป็น มม.ปรอท



*10-year Thai CV risk score > 10 %

Home Blood Pressure Monitoring (HBPM) : การวัดความดันโลหิตด้วยเครื่องชนิดพกพาที่บ้าน

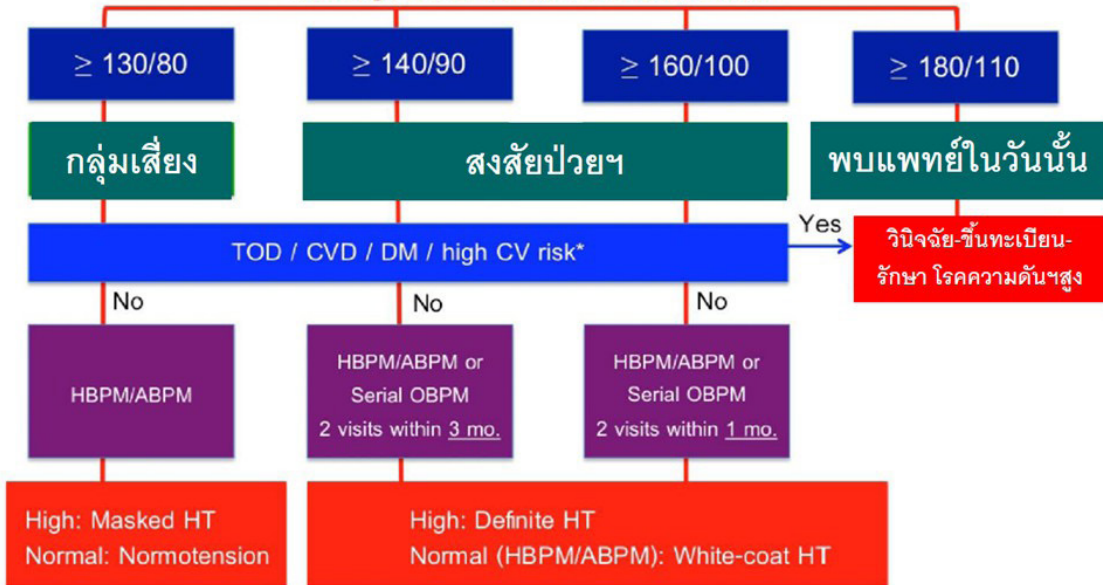
Ambulatory Blood Pressure Monitoring (ABPM) : การวัดความดันโลหิตด้วยเครื่องชนิดติดตัวพร้อมวัดอัตโนมัติ

Office Blood Pressure Monitoring (OBPM) : การวัดความดันโลหิตในสถานพยาบาล

High BP: HBPM/daytime ABPM ≥ 135/85 mmHg or serial OBPM ≥ 140/90 mmHg

Hypertension Diagnostic Algorithm

Average office BP (on the same visit)



*10-year Thai CV risk score > 10 %

Home Blood Pressure Monitoring (HBPM) : การวัดความดันโลหิตด้วยเครื่องชนิดพกพาที่บ้าน

Ambulatory Blood Pressure Monitoring (ABPM) : การวัดความดันโลหิตด้วยเครื่องชนิดติดตัวพร้อมวัดอัตโนมัติ

Office Blood Pressure Monitoring (OBPM) : การวัดความดันโลหิตในสถานพยาบาล

High BP: HBPM/daytime ABPM $\geq 135/85$ mmHg or serial OBPM $\geq 140/90$ mmHg

โครงการ ปรับพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. ด้านโรคเอ็นซีดี

(อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ เลิกยาสูบ เลิกสุรา)

ด้วยโปรแกรม DPP (Diabetes Prevention Program)

กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

หลักการและเหตุผล

กลุ่มโรค NCDs เป็นโรคอันดับหนึ่งที่ทำให้คนไทยป่วย พิการ และเสียชีวิต ในปี 2556 พบว่าคนไทยที่เสียชีวิตร้อยละ 71 มีสาเหตุจากโรคเอ็นซีดีที่สำคัญ ได้แก่ 1) โรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง 2) โรคเบาหวาน 3) โรคมะเร็ง 4) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ซึ่งผู้ที่เสี่ยงเป็นโรคเอ็นซีดีจะมีกลุ่มอาการทางเมตาบอลิกเกิดขึ้น คือ ไขมันสูง ความดันโลหิตสูง 3) น้ำตาลในเลือดสูง และน้ำหนักเกิน/อ้วน การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เกิดจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญ เช่น การบริโภคยาสูบ การดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การส่งเสริมมาตรการ 3 อ. 2 ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ เลิกยาสูบ เลิกสุรา) ในกลุ่มเสี่ยงต่อโรค NCDs รวมถึงประชาชนวัยทำงาน จะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค NCDs โดยเฉพาะเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้ ทั้งนี้ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงมากกว่ากลุ่มที่อายุน้อย ในพื้นที่ อบท..... มีประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน.....คน มีกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเป็นโรคและกลุ่มสงสัยป่วย จำนวน.....คน เพื่อลดการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในพื้นที่ รพ./รพ.สต.....จึงจัดทำโครงการปรับพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. ด้านโรคเอ็นซีดี ด้วยโปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวาน (Diabetes Prevention Program: DPP) ในชุมชนขึ้น

1. วัตถุประสงค์

เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเกิดความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส.

2. กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่เป้าหมาย

กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน/(ความดันโลหิตสูง) ในพื้นที่..... จำนวนคน

3. วิธีดำเนินการ/รายละเอียดกิจกรรม

3.1 สื่อสารรายละเอียดโครงการให้กลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน/(ความดันโลหิตสูง)ในเขตพื้นที่ และเชิญชวนเข้าร่วมโครงการโดยมีการยืนยันเจตจำนงหรือข้อตกลงในการเข้าร่วมโครงการ

3.2 จัดโปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานในชุมชน ซึ่งเป็นชุดของกิจกรรมที่ออกแบบให้เข้าร่วมโครงการ ได้เข้าใจความเสี่ยงของตนเองและการดำเนินของโรคเบาหวาน (/ความดันโลหิตสูง) เรียนรู้เทคนิค/วิธีการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน (/ความดันโลหิตสูง) และสามารถนำความรู้ดังกล่าวไปปฏิบัติด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่อง โดยมีกิจกรรม ดังนี้

3.2.1 ครั้งแรกให้ผู้เข้าร่วมโครงการเข้าค่ายเรียนรู้ 3 วัน

3.2.2 จากนั้นจัดกิจกรรมเรียนรู้ เดือนละครั้ง ครั้งละ 1/2 วัน เป็นระยะเวลาประมาณ 6 เดือน

3.3 ติดตามกลุ่มเป้าหมายให้ปรับการกิน การอยู่ด้วย 3 อ. 2 ส. และวัดน้ำหนัก ความดันฯ อย่างต่อเนื่อง

3.4 สรุปผลการดำเนินงานตามโครงการพร้อมแบบรายงานหรือบัญชีรายชื่อผู้ที่เข้าร่วมโครงการ และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามมาตรการ 3 อ 2 ส (ตามภาคผนวก) ส่งให้กองทุนหลักประกันสุขภาพ.....

3.5 ผู้ดำเนินงาน ควรผ่านการฝึกอบรมการดำเนินโปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานในชุมชนและสามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมจาก “รูปแบบบริการป้องกันควบคุม โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง สำหรับสนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus” สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

4. ระยะเวลาดำเนินการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....- วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

5. งบประมาณ

จากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล..... จำนวนทั้งสิ้น.....บาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายดังนี้(ให้ระบุรายละเอียดค่าใช้จ่ายให้สอดคล้องกับวิธีการดำเนินงาน/กิจกรรม ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามระเบียบที่หน่วยงานถือปฏิบัติ).....

6. ผู้ดำเนินงาน/ผู้รับผิดชอบ

- หน่วยบริการ สถานบริการ ตามข้อ 10(1)
- องค์กร กลุ่มประชาชน หน่วยงานอื่น ตามข้อ 10(2)

7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

กลุ่มเสี่ยง สามารถปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. และ น.ค.ร.

8. สรุป โครงการ/กิจกรรม

(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียดเพื่อให้เจ้าหน้าที่ อบท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว โดยสามารถลงรายการได้มากกว่า 1 รายการ สำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น)

8.1 หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน ที่รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม (ตามประกาศฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)

ชื่อ(หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน).....

☐ 1. หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต. [ข้อ 10 (1)]

☐

ลงชื่อ.....ผู้เสนอ/โครงการ/กิจกรรม
(.....)

ตำแหน่ง

วันที่-เดือน-พ.ศ.

ภาคผนวก – ตัวอย่างสิ่งส่งมอบ

แบบรายงานผู้ที่เข้าร่วมโครงการ

ลำดับ	เลขบัตรประชาชน	ชื่อ สกุล	เพศ	อายุ (ปี)	ค่าย	จัดกิจกรรม					
						1	2	3	4	5	6

แบบรายงานผลการปรับเปลี่ยน 3 อ. 2 ส. น.ค.ร.

ลำดับ	เลขบัตรประชาชน	ชื่อ สกุล	เพศ	อายุ (ปี)	เสี่ยง DM	HT		พฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยน				น้ำหนัก		ความดัน โลหิตSBP		ความดันโลหิต DBP	
						เสียง	ป่วย	อาหาร	ออกกำลังกาย	อารมณ์	เลิกบุหรี่	เลิกสุรา	ลด (กก.)	เพิ่ม (กก.)	ลด (มม. ปรอท)	เพิ่ม (มม. ปรอท)	ลด (มม. ปรอท)

9 ขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกิน



หัวใจสำคัญคือการฝึกกินโดยรู้ตัว

เพื่อควบคุมสิ่งที่เราจะหยิบเข้าปากเลือกกินสิ่งที่มีประโยชน์ซึ่ง เราอาจไม่ชอบรสชาติและจำกัดปริมาณการกินของที่ไม่มีประโยชน์ ซึ่งเราอาจติดในรสชาติและมีแนวโน้มกินมากเกินไป



รับประทานอาหารเช้าเป็นประจำ



ดื่มน้ำเปล่าอย่างเพียงพอให้เป็นนิสัย



คำนวณปริมาณพลังงานของอาหารแต่ละประเภท



ฝึกทำอาหารเพื่อควบคุมปริมาณส่วนผสม



โฟกัสกับการกินอาหาร ไม่สนใจสิ่งเร้า



ฝึกรับประทานผักอย่างสม่ำเสมอ



คำนวณการทานของหวานในปริมาณที่พอเหมาะ



ไม่รับประทานอาหารกินเล่น ระหว่างมื้อ



ไม่ปล่อยให้ตัวเองหิว และไม่ควรกินของหวานรองท้อง

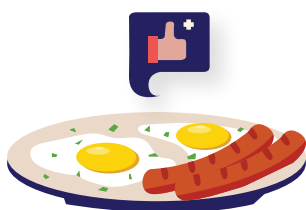
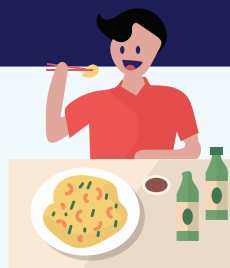


ที่มา : รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงสำหรับสนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic plus สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

5 ขั้นตอนการให้คำปรึกษาด้านอาหารและโภชนาการ

ขั้นที่ 1 การประเมินการบริโภคอาหาร

- ชักประวัติและอธิบายผลประเมินพฤติกรรมการกิน หมวด ก คืออาหารที่ทานทุกวัน หมวด ข คืออาหารที่ไม่ควรทานบ่อย
- รับทราบพฤติกรรมการกินที่เป็นต้นเหตุของความอ้วน

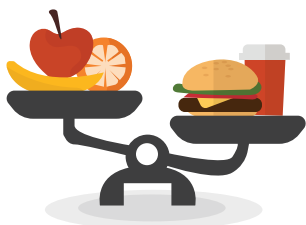


ขั้นที่ 2 ให้ความรู้หลักการบริโภคอาหาร

- หลักการกินพอดี คือ
- 1) มีพลังงานพอเหมาะในแต่ละวัน 2) มีความสมดุลของปริมาณอาหารในแต่ละกลุ่ม 3) ความหลากหลายของอาหาร 4) มีปริมาณ การใช้น้ำมัน น้ำตาล และเกลือหรือน้ำปลาไม่มาก

ขั้นที่ 3 อธิบายและสาธิตวิธีการ

- จัดบันทึกอาหารที่ทานใน 1 วัน
- ปริมาณ/แคลอรีในหมวดที่ต้องการลดน้ำหนัก
- เลือกอาหารชิ้นสีสำหรับลดน้ำหนัก คือชิ้นสีเขียว สีเหลือง และสีแดง
- เทคนิคการลด หวาน มัน เค็ม
- ตัวอย่างอาหารที่บริโภคตามกลุ่มอาหาร และพลังงาน



ขั้นที่ 4 กำหนดเป้าหมายและวางแผน

- กำหนดเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหารให้เหมาะสม
- กำหนดปริมาณอาหารลดการบริโภคอาหารที่เป็นต้นเหตุของความอ้วน จากนั้นจึงให้บันทึกการบริโภคอาหาร

ขั้นที่ 5 นัดติดตามผล

- นัดหมาย/โทรศัพท์



ที่มา : คู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิก NCD คุณภาพ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

7 ขั้นตอนการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการออกกำลังกาย



หัวใจสำคัญคือการจัดเวลา

เพื่อการออกกำลังกายและการฝึกความรู้สึกขี้เกียจ ให้ลุกขึ้นมาเคลื่อนไหว
ให้นานพอเมื่อได้ออกกำลังกายไปสักพักจะเริ่มสดชื่นมีพลังมากขึ้น



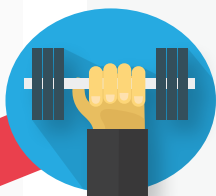
1 อย่าร้อนกว่าจะพร้อมจึงค่อยลงมือ
ทำให้ติดหลัก “ทำได้แค่ไหนให้ทำแค่นั้น”
หรือเริ่มต้นจ่ายๆก็ได้



2 เลือกกิจกรรมการออก
กำลังกายที่รู้สึกสนุกสนาน
เพลิดเพลิน และมีความหลากหลาย

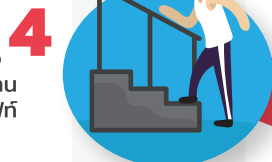


3 เข้าร่วมกลุ่มออกกำลังกาย
ชวนกันทำเป็นประจำ

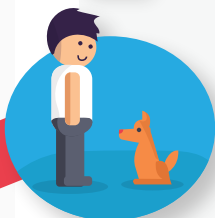


5 เลือกวิธีออกกำลังกายที่
เหมาะสมกับเพศวัยและสภาพ
ร่างกาย

เพิ่มกิจกรรมการเคลื่อนไหวทุกครั้ง
ที่มีโอกาส เช่น เดินขึ้นลงบันไดแทน
การขึ้นลิฟท์



4



7 การมีสัตว์เลี้ยงโดยเฉพาะ
สุนัขช่วยเพิ่มโอกาสในการออกกำลังกาย

อย่าออกกำลังกายเกินตัว
หรือฝืนสภาพร่างกาย



6



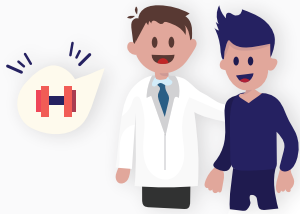
ที่มา : คู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิก NCD คุณภาพ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

5 ขั้นตอนการให้คำปรึกษาด้านการออกกำลังกาย

1

การประเมินภาวะสุขภาพ

- ชักประวัติและประเมินความเสี่ยงของพฤติกรรมออกกำลังกาย
- ประโยชน์และสิ่งที่เกิดขึ้นจากการเพิ่มการออกกำลังกาย
- สอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย



แนะนำหลักการออกกำลังกาย 2

- แนะนำการเพิ่มการเคลื่อนไหวออกแรงในชีวิตประจำวัน
- ประเภทของการออกกำลังกาย (แอโรบิก, แรงต้าน และยืดเหยียด)
- FITT ความบ่อย, ความหนัก/เหนื่อย, ความนาน และชนิด/ประเภทกิจกรรม
- ขั้นตอนการออกกำลังกาย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1. อบอุ่นร่างกาย 2. ออกกำลังกายและ 3. การคลายอุ่น/คลายตัว

3

สาริตการออกกำลังกาย

- สาริตการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง
 1. การออกกำลังกายแบบแอโรบิก
 - การเดินเร็ว วิ่งเหยาะ หรือปั่นจักรยาน
 2. ออกกำลังกายแบบแรงต้าน
 - ดึงยางยืด ยกขวดน้ำดันพื้น นั่งงอตัว บริหารข้อเข่า
 3. ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ
 4. ความหนัก/ระดับเหนื่อยในการออกกำลังกายที่เหมาะสม



หาแนวทางเพิ่มการออกกำลังกาย 4

- สอบถามความเป็นไปได้ : คุณคิดว่าสามารถทำกิจกรรมอะไรได้บ้าง?
- หาแนวทางและสนับสนุนการเพิ่มการเคลื่อนไหว/ออกกำลังกายที่ถูกต้อง
 - ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายที่สามารถนำไปใช้ได้กับชีวิตประจำวัน
 - กำหนดเป้าหมายในการเพิ่มการเคลื่อนไหว/ออกกำลังกายที่เหมาะสม
 - กำหนดระยะเวลาและความถี่ (ครั้งต่อสัปดาห์) ในการออกกำลังกาย
 - สอน/ให้แบบบันทึกการออกกำลังกาย
 - แจกเอกสารและข้อมูลที่จำเป็น

5

นัดติดตามผล

- นัดหมาย/โทรศัพท์



ที่มา : คู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิก NCD คุณภาพ สำนักโรคไม่ติดต่อ
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

โครงการปรับพฤติกรรม 3 อ 2 ส ด้านโรคเอ็นซีดี ด้วย MI (Motivational Interviewing)

(อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ เลิกยาสูบ เลิกสุรา)

กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

หลักการและเหตุผล

กลุ่มโรค NCDs เป็นโรคอันดับหนึ่งที่ทำให้คนไทยป่วย พิการ และเสียชีวิต ในปี 2556 พบว่าคนไทยที่เสียชีวิตร้อยละ 71 มีสาเหตุจากโรคเอ็นซีดีที่สำคัญ ได้แก่ 1) โรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง 2) โรคเบาหวาน 3) โรคมะเร็ง 4) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ซึ่งผู้ที่เสี่ยงเป็นโรคเอ็นซีดีจะมีกลุ่มอาการทางเมตาบอลิกเกิดขึ้น คือ ไขมันสูง ความดันโลหิตสูง 3) น้ำตาลในเลือดสูง และน้ำหนักเกิน/อ้วน การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เกิดจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญ เช่น การบริโภคยาสูบ การดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การส่งเสริมมาตรการ 3 อ 2 ส (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ เลิกยาสูบ เลิกสุรา) ในกลุ่มเสี่ยงต่อโรค NCDs รวมถึงประชาชนวัยทำงาน จะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค NCDs โดยเฉพาะเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้ ทั้งนี้ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงมากกว่ากลุ่มที่อายุน้อย ในพื้นที่ อปท..... มีประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน.....คน มีกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเป็นโรคและกลุ่มสงสัยป่วย จำนวน.....คน เพื่อลดการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในพื้นที่ รพ./รพ.สต.....จึงจัดทำโครงการปรับพฤติกรรม 3 อ 2 ส ด้านโรคเอ็นซีดี ด้วยวิธี Motivational Interviewing: MI ในชุมชนขึ้น

1. วัตถุประสงค์

เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเกิดความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส.

2. กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่เป้าหมาย

กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคฯ และกลุ่มสงสัยป่วย ในพื้นที่..... จำนวนคน

3. วิธีดำเนินการ/รายละเอียดกิจกรรม

3.1 สื่อสารรายละเอียดโครงการให้กลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มสงสัยป่วยต่อโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ในเขตพื้นที่และเชิญชวนเข้าร่วมโครงการโดยมีการยืนยันเจตจำนงหรือข้อตกลงในการเข้าร่วมโครงการ

3.2 ให้คำปรึกษา/สนทนาสร้างแรงจูงใจ วิธี Motivational Interviewing ด้วยการให้คำแนะนำแบบสั้น แก่กลุ่มเป้าหมายตามปัญหาปัจจัยเสี่ยงของแต่ละคน เพื่อให้เกิดการปฏิบัติตามมาตรการ 3 อ 2 ส โดย

3.2.1 ให้คำแนะนำแบบสั้น 1 ครั้งต่อเดือน เวลา 5-10 นาทีต่อครั้ง ภายในระยะเวลา 4 เดือน รวมอย่างน้อย 4 ครั้ง

3.2.2 ติดตามผลตามกำหนดนัด 2 ครั้ง ทุก 3 เดือน รวมเป็นระยะเวลาประมาณ 10 เดือน

3.3 โดยออกไปบริการเชิงรุกในชุมชนหรือที่บ้านตามที่นัดหมายและกลุ่มเป้าหมายสะดวก หรือให้คำแนะนำทางโทรศัพท์ บางกรณีที่เป็นอาจนัดมารับบริการที่หน่วยบริการ

3.4 สรุปผลการดำเนินงานตามโครงการพร้อมแบบรายงานหรือบัญชีรายชื่อผู้ที่เข้าร่วมโครงการ และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามมาตรการ 3 อ 2 ส (ตามภาคผนวก) ส่งให้กองทุนหลักประกันสุขภาพ.....

ผู้ดำเนินงาน ควรผ่านการฝึกอบรมสนทนาด้วยวิธี Motivational Interviewing และสามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมจาก “รูปแบบบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง สำหรับสนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus” สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

4. ระยะเวลาดำเนินการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....- วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

5. งบประมาณ

จากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล..... จำนวนทั้งสิ้น.....บาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายดังนี้(ให้ระบุรายละเอียดค่าใช้จ่ายให้สอดคล้องกับวิธีการดำเนินงาน/กิจกรรม).....

6. ผู้ดำเนินงาน/ผู้รับผิดชอบ

- หน่วยบริการ สถานบริการ ตามข้อ 10(1)
- องค์กร กลุ่มประชาชน หน่วยงานอื่น ตามข้อ 10(2)

7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

กลุ่มเสี่ยง กลุ่มสงสัยป่วยที่สามารถปฏิบัติตามหลัก 3 อ. 2 ส.

8. สรุป โครงการ/กิจกรรม

(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียดเพื่อให้เจ้าหน้าที่ อปท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว โดยสามารถลงรายการได้มากกว่า 1 รายการ สำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น)

8.1 หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน ที่รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม (ตามประกาศฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)

ชื่อ(หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน).....

☐ 1. หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต. [ข้อ 10 (1)]

☐

ลงชื่อ.....ผู้เสนอ/โครงการ/กิจกรรม
(.....)

ตำแหน่ง

วันที่-เดือน-พ.ศ.

ภาคผนวก -ตัวอย่างสิ่งส่งมอบ

แบบรายงานผู้ที่เข้าร่วมโครงการ

ลำดับ	เลขบัตรประชาชน	ชื่อ สกุล	เพศ	อายุ (ปี)	ได้รับคำแนะนำอย่างอื่น					ติดตาม	
					1	2	3	4		1	2

แบบรายงานผลการปรับเปลี่ยน 3 อ. 2 ส. น.ค.ร.

ลำดับ	เลขบัตรประชาชน	ชื่อ สกุล	เพศ	อายุ (ปี)	เสี่ยงDM	HT		พฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยน				น้ำหนัก		โลหิตSBP		ความดันโลหิต DBP	
						เสี่ยง	ป่วย	อาหาร	ออกกำลังกาย	การพักผ่อน	การออกกำลังกาย	ลด (กก.)	เพิ่ม (กก.)	ลด (มม.ปรอท)	เพิ่ม (มม.ปรอท)	ลด (มม.ปรอท)	เพิ่ม (มม.ปรอท)

โครงการออกกำลัง/กิจกรรมทางกาย ด้านโรคเอ็นซีดี
กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....

หลักการและเหตุผล

กลุ่มโรค NCDs เป็นโรคอันดับหนึ่งที่ทำให้คนไทยป่วย พิการ และเสียชีวิต ในปี 2556 พบว่าคนไทยที่เสียชีวิตร้อยละ 71 มีสาเหตุจากโรคเอ็นซีดีสำคัญ ได้แก่ 1) โรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง 2) โรคเบาหวาน 3) โรคมะเร็ง 4) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ซึ่งผู้ที่เสี่ยงเป็นโรคเอ็นซีดีจะมีกลุ่มอาการทางเมตาบอลิกเกิดขึ้น คือ ไขมันสูง ความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูง และน้ำหนักเกิน/อ้วน การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญ เช่น การบริโภคยาสูบ การดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การส่งเสริมมาตรการ 3 อ 2 ส (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ เลิกยาสูบ เลิกสุรา) ในกลุ่มเสี่ยงต่อโรค NCDs รวมถึงประชาชนวัยทำงาน จะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค NCDs โดยเฉพาะเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้ ทั้งนี้ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงมากกว่ากลุ่มที่อายุน้อย พื้นที่ อปท..... มีประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน.....คน มีกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเป็นโรค จำนวน.....คน เพื่อลดการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในพื้นที่ สำนัก/กอง.....เทศบาล/อบต.....จึงจัดทำโครงการออกกำลัง/กิจกรรมทางกายด้านโรคเอ็นซีดี ในชุมชน โดยจัดหาผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกายและปรับพฤติกรรมมาดำเนินการ

1. วัตถุประสงค์

เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเกิดความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส.

2. กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่เป้าหมาย

ประชาชนวัยทำงานและกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคฯ ในพื้นที่ จำนวนคน

3. วิธีดำเนินการ/รายละเอียดกิจกรรม

3.1 สื่อสารกิจกรรมโครงการในพื้นที่ เพื่อรับสมัครประชาชนวัยทำงานและกลุ่มเสี่ยงที่สนใจเข้าร่วมโครงการ และจำนวนผู้สนใจ พร้อมจัดทำบัญชีรายชื่อผู้สมัครเข้าร่วมโครงการพร้อมที่อยู่ และโทรศัพท์

3.2 สำนัก/กอง.....จ้างบุคลากรด้านวิทยาศาสตร์การกีฬาหรือบุคลากรสาธารณสุขที่เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกาย จำนวนคน เพื่อลงพื้นที่ให้บริการฝึกทักษะออกกำลังกาย/กิจกรรมทางกาย และคำแนะนำ 3 อ 2 ส แก่กลุ่มเป้าหมายในชุมชน/ย่าน

3.3 สำนัก/กอง.....แจ้งชุมชน/ผู้เข้าร่วมโครงการ ให้รับทราบถึงผู้รับจ้างที่จะให้บริการในชุมชนแต่ละแห่ง

3.4 ผู้รับจ้าง 1 คน รับผิดชอบการให้บริการ 5 ชุมชน ชุมชนละ 1 วัน (4 ชั่วโมง) ต่อสัปดาห์ ในช่วงเวลาเย็นที่ประชาชนสะดวก รวม 5 วันต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 12 เดือน (หรือ 3-6 เดือน) แต่ละชุมชนมีผู้เข้าร่วมโครงการอย่างน้อย 20 คน (แนะนำให้ผู้เข้าร่วมที่มี smart phone ติดตั้ง application: google fit/step count หรือจัดหาเครื่องนับก้าว/smart watch เพื่อติดตามประเมินการออกกำลังกาย/กิจกรรมทางกายของตนเอง)

3.5 ผู้รับจ้างจัดทำรายงานตามแบบที่กำหนด ส่งให้สำนัก/กอง.....ทุกสัปดาห์ และสรุปผลเมื่อครบ 12 เดือน

3.6 สำนัก/กอง.....สรุปผลการดำเนินงานตามโครงการพร้อมแบบรายงานหรือบัญชีรายชื่อผู้เข้าร่วมโครงการ มีการออกกำลังกาย/กิจกรรมทางกายและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามมาตรการ 3 อ 2 ส (ตามภาคผนวก) ส่งให้กองทุนหลักประกันสุขภาพ.....

ผู้รับจ้าง ควรมีคุณวุฒิจบด้านวิทยาศาสตร์การกีฬาหรือพลศึกษา และมีประสบการณ์ด้านการปรับพฤติกรรม/งานชุมชน คุณวุฒิด้านสาธารณสุข ควรมีประสบการณ์ทำงานชุมชน/การปรับพฤติกรรมและการมีกิจกรรมทางกาย/ออกกำลังกาย)

4. ระยะเวลาดำเนินการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....- วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

5. งบประมาณ

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพ.....จำนวนทั้งสิ้น บาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายดังนี้ (ให้ระบุรายละเอียดค่าใช้จ่ายให้สอดคล้องกับวิธีการดำเนินงาน/กิจกรรม ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามระเบียบที่หน่วยงานถือปฏิบัติ).....

6. ผู้ดำเนินงาน/ผู้รับผิดชอบ

- สำนัก/กอง.....ของ อปท.ตามข้อ 10(1)

7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

จำนวนประชาชนวัยทำงานที่เข้าร่วม และร้อยละของประชาชนดังกล่าวที่สามารถออกกำลังกายปานกลางได้อย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ วัดจากการนับก้าว (เช่น เดิน >7,500 ก้าว ต่อวันโดยเฉลี่ย) หรือ วัดจากจำนวนเวลาที่ออกกำลังกายแอโรบิคหรือคาร์ดิโอ (เช่น จาก App: Google fit ในโทรศัพท์มือถือ คะแนนคาร์ดิโอมากกว่า 150 หรือ 150 นาทีต่อสัปดาห์)

8. สรุป โครงการ/กิจกรรม

(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียดเพื่อให้เจ้าหน้าที่ อบท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว โดยสามารถลงรายการได้มากกว่า 1 รายการ สำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น)

8.1 หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน ที่รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม (ตามประกาศฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)

ชื่อ(หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน).....

☐ 1. หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต. [ข้อ 10 (1)]

☐

ลงชื่อ.....ผู้เสนอ/โครงการ/กิจกรรม
(.....)

ตำแหน่ง

วันที่-เดือน-พ.ศ.

ภาคผนวก – ตัวอย่างสิ่งส่งมอบ

แบบรายงานผู้ที่เข้าร่วมโครงการ (ผู้นำออกกำลังกายเป็นผู้รายงาน)

ชุมชน.....ประจำวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ผู้รายงาน.....

ลำดับ	เลขบัตรประชาชน	ชื่อ สกุล	เพศ	อายุ (ปี)	ที่อยู่	หมายเหตุ

แบบสรุปผลการดำเนินงาน (ผู้นำออกกำลังกายเป็นผู้รายงาน)

ชุมชน.....สรุปวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ผู้สรุป.....

ลำดับ	เลขบัตรประชาชน	ชื่อ สกุล	เพศ	อายุ (ปี)	พฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนได้					
					อาหาร	อารมณ์	เลิก บุหรี่	เลิก สุรา	ออกกำลังกาย	
									เดิน	ออกกำลังกายแอโรบิก

ขแบบรายงานผู้ที่เข้าร่วมโครงการและผลการดำเนินงานส่งกองทุนฯท้องถิ่น (ผู้ว่าจ้างรายงาน)

ลำดับ	เลขบัตรประชาชน	ชื่อ สกุล	เพศ	อายุ (ปี)	พฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนได้					
					อาหาร	อารมณ์	เลิก บุหรี่	เลิก สุรา	ออกกำลังกาย	
									เดิน	ออกกำลังกายแอโรบิก

โครงการลดเค็ม ลดความดัน

(หรือ ลดโซเดียมลดความดันฯ เจ็ดวันความดันฯลด)

กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ..เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....

หลักการและเหตุผล

โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน กล้ามเนื้อหัวใจตายหรือขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ไตวายเรื้อรัง หัวใจล้มเหลว และสมองเสื่อม นอกจากนี้ ระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้นอย่างรวดเร็วยังเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดหลอดเลือดสมองแตกเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic stroke) หลอดเลือดหัวใจตีบตันเกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันหรือหลอดเลือดแดงใหญ่ฉีกขาด โรคความดันโลหิตสูงจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเสียชีวิตด้วย จากข้อมูลการสำรวจพบว่าความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 24.7 ในปี 2557 พฤติกรรมเสี่ยงสำคัญที่สนับสนุนให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น คือ การกินเค็ม (เกลือ/โซเดียม) ซึ่งพบว่า คนไทยบริโภคเกลือเฉลี่ย 10.8 กรัมต่อวัน (โซเดียม 5,000 มิลลิกรัม) ซึ่งสูงกว่าความต้องการที่ร่างกายควรได้รับถึง 1 เท่า คือ ควรบริโภคเกลือไม่เกิน 5 กรัมต่อวัน (โซเดียม 2,400 มิลลิกรัม) การศึกษาในพื้นที่อำเภอบางพลี สมุทรปราการ โดยภาควิชาอายุรศาสตร์ร่วมกับภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี พบว่าการให้ความรู้อย่างเข้มข้นโดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ร่วมกับการซักถามการบริโภคอาหารย้อนหลังและแนะนำการลดบริโภคอาหารเค็ม (โซเดียม) อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอทุก 2 สัปดาห์ ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงนั้น ส่งผลให้ความดันโลหิตตัวบนลดลงได้ 10 มิลลิเมตรปรอท และตัวล่างลดลงถึง 5 มิลลิเมตรปรอท พื้นที่.....ปัจจุบันพบผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง.....คน จากที่คาดว่าจะมีทั้งหมด.....คน ยังไม่รวมกลุ่มเสี่ยง รพ./รพ.สต.....จึงจัดทำโครงการลดเค็ม ลดความดัน เพื่อสนับสนุนการปรับพฤติกรรมการกิน โดยคาดหวังว่าจะช่วยลดความดันโลหิตในผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูงหรือกลุ่มเสี่ยง จนควบคุมความดันโลหิตได้หรือเป็นปกติ

1. วัตถุประสงค์

เพื่อควบคุมความดันโลหิตในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและกลุ่มเสี่ยง

2. กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่เป้าหมาย

กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและกลุ่มเสี่ยง ในพื้นที่.....จำนวน.....คน

3. วิธีดำเนินการ/รายละเอียดกิจกรรม

3.1 ประชาสัมพันธ์รับสมัครผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและกลุ่มเสี่ยงเข้าร่วมโครงการลดความดัน ก่อนเริ่มโครงการวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอวและถามประวัติ การดื่มสุรา-สูบบุหรี่ (น.ค.ร 2 ส.)

3.2 นัดผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงเป็นกลุ่ม ๆ ละ 5-20 คน ไปพบกันที่ศาลาประชาคมของหมู่บ้าน/ตำบล หรือห้องประชุมของ อบท.หรือที่ รพ./รพ.สต.เพื่อให้ความรู้แบบเข้มข้นเพื่อลดการบริโภคโซเดียม เป็นเวลา 1 ชั่วโมง โดยใช้สื่อการสอน PowerPoint slide presentation ของ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มีเนื้อหา ดังนี้

- โซเดียมและความเค็มคืออะไร
- โซเดียมส่งผลต่อร่างกายอย่างไร
- คนไทยได้รับโซเดียมจากทางใดได้บ้างและมากน้อยเพียงใด
- อาหารประเภทใดที่ควรและไม่ควรบริโภค
- วิธีสังเกตปริมาณโซเดียมในอาหาร
- การปฏิบัติตัวเพื่อลดการบริโภคโซเดียม

หลังเสร็จสิ้นการอบรม จะเปิดโอกาสให้ซักถาม และประเมินความรู้ที่ได้รับ โดยการพูดคุยถึงอาหารที่กลุ่มเป้าหมายรับประทานจริงในชีวิตประจำวัน ว่ามีปริมาณโซเดียมมากน้อยเพียงใด จากนั้นจึงให้คำแนะนำในการลดบริโภคโซเดียม เป็นข้อ ๆ ดังนี้

- ควรสังเกตฉลากโภชนาการอาหารก่อนบริโภค
- ลดการใช้เครื่องปรุงรส ให้ซิมก่อนปรุง
- ใช้เครื่องปรุงรสอื่นๆ ได้แก่ พืชสมุนไพร (ขิง ข่า ตะไคร้) แทน
- ลดการบริโภคอาหารแปรรูป อาหารกึ่งสำเร็จรูปและขนมขบเคี้ยว
- อาหารที่มีน้ำเป็นส่วนประกอบ เช่น น้ำแกง ควรบริโภคส่วนที่เป็นน้ำแต่น้อย
- การชั่งน้ำหนัก และวัดความดันฯ รายวัน เพื่อประเมินผลการลดโซเดียมในอาหารและเครื่องดื่มอย่างน้อย 7 วันติดต่อกัน

3.3 หลังการให้ความรู้แบบเข้มข้นเพื่อลดการบริโภคโซเดียมในครั้งแรก นัดพบทุก 2 สัปดาห์ โดยตรวจการบ้าน น้ำหนัก ความดันฯ รายวัน เพื่อประเมินผลการลดโซเดียมในอาหารและเครื่องดื่ม รายวัน อย่างน้อย 7 วันติดต่อกัน โดยให้กลุ่มเป้าหมายยืมเครื่องวัดความดันฯ และเครื่องชั่งน้ำหนัก และแนะนำการบริโภคในทุก ๆ ครั้งที่มารับการตรวจ เป็นเวลาทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ รวมแนะนำและมาตรวจทั้งหมด 4 ครั้ง

3.4 วัดความดันโลหิต และชั่งน้ำหนัก เมื่อสิ้นสุดโครงการ

3.5 สรุปผลการดำเนินงานตามโครงการพร้อมแบบรายงานหรือบัญชีรายชื่อผู้ที่เข้าร่วมโครงการ และผลการลดเค็ม (ตามภาคผนวก) ส่งให้กองทุนหลักประกันสุขภาพ.....
ผู้ดำเนินงาน ควรผ่านการฝึกฝนทักษะการบรรยาย และทำความเข้าใจเนื้อหา ก่อนดำเนินการ

4. ระยะเวลาดำเนินการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....- วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

5. งบประมาณ

จากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล..... จำนวนทั้งสิ้น.....บาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายดังนี้ให้ระบุรายละเอียดค่าใช้จ่ายให้สอดคล้องกับวิธีการดำเนินงาน/กิจกรรม เช่น

- ค่าเครื่องวัดความดันฯ จำนวน.....เครื่อง ราคาเครื่องละบาท จำนวนเงิน..... บาท

- ค่าเครื่องชั่งน้ำหนัก จำนวน.....เครื่อง ราคาเครื่องละบาท จำนวนเงิน..... บาท

ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามระเบียบที่หน่วยงานถือปฏิบัติ

6. ผู้ดำเนินงาน/ผู้รับผิดชอบ

- หน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานภายในของ อบต. ตามข้อ 10(1)

- องค์กร กลุ่มประชาชน หน่วยงานอื่น ตามข้อ 10(2)

7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ร้อยละของกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถลดความดันโลหิตได้มากกว่า 4 mmHg. และ ค่าเฉลี่ยของความดันฯ กลุ่มผู้ป่วยทุกคน ก่อน และ หลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโซเดียม

8. สรุป โครงการ/กิจกรรม

(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียดเพื่อให้เจ้าหน้าที่ อบต. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว โดยสามารถลงรายการได้มากกว่า 1 รายการ สำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น)

8.1 หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน ที่รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม (ตามประกาศฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)

ชื่อ(หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน).....

☐ 1. หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต. [ข้อ 10 (1)]

☐

ลงชื่อ.....ผู้เสนอ/โครงการ/กิจกรรม

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่-เดือน-พ.ศ.

ภาคผนวก-ตัวอย่างสิ่งส่งมอบ

แบบรายงานผู้เข้าร่วมโครงการ

ลำดับ	เลขบัตรประชาชน	ชื่อ สกุล	เพศ	อายุ (ปี)	ที่อยู่	เข้าร่วม			
						1	2	3	4

แบบรายงานผลการดำเนินโครงการ

ลำดับ	เลขบัตรประชาชน	ชื่อ สกุล	เพศ	อายุ (ปี)	นน.			ความดันโลหิต			
					ก่อน	หลัง	เพิ่ม/ลด	SB- ก่อน	SB- หลัง	เพิ่ม/ลด	เพิ่ม/ลด

โครงการส่งเสริมการออกกำลังกายและกิจกรรมทางกายลดเสี่ยงโรคเรื้อรัง
กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ..เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....

หลักการเหตุผล

จากการศึกษาของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) พบว่าผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 5 กิจกรรม (ออกกำลังกาย รับประทานอาหารผักสดและผลไม้สด ดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้วหรือมากกว่า ไม่ดื่มสุราหรือแอลกอฮอล์ และไม่สูบบุหรี่) มีเพียงร้อยละ 18.7 เท่านั้น โดยการออกกำลังกายสม่ำเสมอเป็นพฤติกรรมที่ทำน้อยที่สุด ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.7 โรคเบาหวานร้อยละ 13.3 โรคหัวใจร้อยละ 7.0 โรคหลอดเลือดในสมองตีบ ร้อยละ 1.6 อัมพาต/อัมพฤกษ์ ร้อยละ 2.5 และโรคเมเร็งร้อยละ 0.5 ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ (มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง) ประมาณร้อยละ 15 ของผู้สูงอายุ การออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวมากขึ้นในชีวิตประจำวัน มีกิจกรรมทางกายปานกลาง เช่น เดินเร็ว (เร็วกว่า 100 ก้าวต่อนาที) อย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์หรือวันละ 30 นาที 5 วันต่อสัปดาห์ จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดและเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ช่วยให้กล้ามเนื้อขาแขนแข็งแรง ทำให้สามารถทำกิจวัตรประจำวันดีขึ้น และลดการหกล้ม

ตำบล/เทศบาล.....มีผู้สูงอายุ..... คน คาดว่ามีผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพียง.....คน ชมรมผู้สูงอายุ..... จึงได้จัดทำโครงการเพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายและกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุขึ้น โดยมีแนวคิดให้ความรู้การออกกำลังกาย/กิจกรรมทางกาย จัดให้มีแกนนำผู้สูงอายุติดตามกระตุ้นให้ผู้สูงอายุออกกำลังกาย/มีกิจกรรมทางกาย เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน เพื่อให้มีพฤติกรรมต่อเนื่องเป็นนิสัย เกิดความยั่งยืน

1. วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ ออกกำลังกาย/มีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น

2. กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่เป้าหมาย

ผู้สูงอายุ ในพื้นที่.....จำนวน.....คน

3. วิธีดำเนินการ/รายละเอียดกิจกรรม

3.1 ชมรมประชุมวางแผนเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ มีกิจกรรมทางกายปานกลาง และ/หรือออกกำลังกาย โดยจัดให้มีการอบรมเรื่อง การเดินหรือถีบจักรยาน รับสมัครอาสาสมัครแกนนำ

ผู้สูงอายุ 2-3 คน ในแต่ละหมู่บ้าน/ชุมชนให้ทำหน้าที่กระตุ้น/ชักจูงและติดตามผู้สูงอายุในชุมชนให้เดินหรือถีบจักรยานเป็นกลุ่มๆ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาที และเพิ่มเป็นสัปดาห์ละ 5 วัน หรือมากกว่าอย่างน้อย 6 เดือน โดยมีเป้าหมาย เดินโดยเฉลี่ยมากกว่า 7,500 ก้าวต่อวัน (โดยใช้เครื่องนับก้าว หรือ application ในโทรศัพท์มือถือ) หรือ มีกิจกรรมทางกายปานกลาง 150 นาทีต่อสัปดาห์ (โดยใช้ application: google fit (ตามคำแนะนำองค์การอนามัยโลก) ในโทรศัพท์มือถือ)

3.2 ประชาสัมพันธ์โครงการให้ผู้สูงอายุทราบผ่านหอกระจายข่าว อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน

3.3 ประชุมชี้แจงโครงการในการประชุมผู้สูงอายุประจำเดือน และรับสมัครอาสาสมัครแกนนำผู้สูงอายุเพื่อทำหน้าที่กระตุ้น/ชักจูงและติดตามผู้สูงอายุให้มีกิจกรรมทางกายด้วยการเดินหรือถีบจักรยานบริเวณย่านที่อยู่อาศัย/ชุมชน

3.4 จัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้ผู้สูงอายุเกี่ยวกับกิจกรรมทางกายด้วยการเดินหรือถีบจักรยาน โดยวิทยากร

3.5 อาสาสมัครแกนนำผู้สูงอายุนัดหมาย กระตุ้น/ชักจูงและติดตามผู้สูงอายุให้เดินวันละมากกว่า 2,500 ก้าวทุกวัน อย่างน้อย 1 สัปดาห์ แล้วเดินเพิ่มขึ้น เป็น วันละ 5,000 ก้าวทุกวัน อย่างน้อย 1 สัปดาห์ แล้วจึงเดินเพิ่มเป็นวันละ 7,500 ก้าว ทุกวัน และ/หรือ ออกกำลังกายด้วยถีบจักรยานบริเวณย่านที่อยู่อาศัยในแต่ละหมู่บ้านหรือชุมชน เป็นกลุ่มหรือเดี่ยว ตามอัธยาศัยของแต่ละบุคคล โดยเริ่มจากความเป็นไปได้ จากสัปดาห์ละ 1-3 วัน วันละ 15-30 นาที เพิ่มเป็นสัปดาห์ละ 5 วันหรือมากกว่า ภายใน 3-4 เดือน และคงต่อเนื่อง อย่างน้อยวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 5 วัน ในเดือนที่ 5 และ 6 และต่อเนื่องต่อไป

3.6 สนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มี smart phone ติดตั้ง application สำหรับ การเดิน (google fit, step counter, pedometer ฯลฯ) การถีบจักรยาน (bike /cycling app /endomondo app) เพื่อใช้ในการบันทึกและติดตามกิจกรรมทางกายและ/หรือการออกกำลังกายของตนเอง และเพิ่มกิจกรรมทางกายและ/หรือการออกกำลังกายให้ถึงเป้าหมายและอยู่ยั่งยืนต่อไป นอกจากนี้ ยังสามารถส่งข้อมูลให้กับอาสาสมัครแกนนำผ่านทาง smart phone ได้ หรือส่งข้อมูลให้อาสาสมัครแกนนำบันทึก

ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่มี smart phone จะจัดหาและให้ยืมเครื่องนับก้าว pedometer เพื่อติดตามประเมิน และบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกเพื่อส่งอาสาสมัครแกนนำ

3.7 อาสาสมัครแกนนำผู้สูงอายุจดบันทึกจำนวนผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมทางกายและ/หรือออกกำลังกายวิธีใดวิธีหนึ่งทุกวัน

3.8 แลกเปลี่ยนประสบการณ์การมีกิจกรรมทางกายและหรือออกกำลังกายกับวิทยากรในการประชุมผู้สูงอายุประจำเดือน

3.9 สรุปผลการดำเนินงานตามโครงการ เช่น จำนวนผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการฯ และร้อยละของผู้สูงอายุที่เข้าโครงการฯ ที่มีกิจกรรมทางกายปานกลางมากกว่า 7,500 ก้าวต่อวัน หรือ

ที่มีคะแนนคาร์ดิโอ (จาก App: google fit) มากกว่า 150 นาทีต่อสัปดาห์ เป็นต้น (ภาคผนวก)
ส่งให้กองทุนหลักประกันสุขภาพ.....

4. ระยะเวลาดำเนินการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.- วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

5. งบประมาณ

จากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาล/องค์การบริหารส่วน
ตำบล..... จำนวนทั้งสิ้น.....บาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย ดังนี้... ..(ให้ระบุรายละเอียดค่าใช้จ่าย
ให้สอดคล้องกับวิธีการดำเนินงาน/กิจกรรม เช่น

- ค่าสมุดบันทึก จำนวน ... เล่ม ๆ ละ ... บาท (สำหรับอาสาสมัครแกนนำ)
เป็นเงิน บาท

- ค่าเครื่องนับก้าว Pedometer จำนวน....เครื่อง ราคาเครื่องละ..... บาท (ให้ยืมใช้ คนละ
1 สัปดาห์สำหรับผู้ที่ไม่สามารถใช้ smart phone ได้ ก่อนและหลังโครงการฯ)

ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามระเบียบที่หน่วยงานถือปฏิบัติ

6. ผู้ดำเนินงาน/ผู้รับผิดชอบ

- องค์กร กลุ่มประชาชน ตามข้อ 10(2) ระบุ.....

- หรือ หน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานภายในของ อปท. ตามข้อ 10(1) ระบุ.....

7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกาย/กิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น สุขภาพร่างกายแข็งแรง สามารถใช้ชีวิต
ประจำวันได้อย่างมีความสุข

8. สรุป โครงการ/กิจกรรม

(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียดเพื่อให้เจ้าหน้าที่ อปท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว
โดยสามารถลงรายการได้มากกว่า 1 รายการ สำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น)

8.1 หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน ที่รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม (ตามประกาศฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)

ชื่อ(หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน).....

☐ 1. หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต. [ข้อ 10 (1)]

☐

ลงชื่อ.....ผู้เสนอ/โครงการ/กิจกรรม

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่-เดือน-พ.ศ.

ภาคผนวก-ตัวอย่างสิ่งส่งมอบ

แบบรายงานผู้ที่เข้าร่วมโครงการ

ลำดับ	เลขบัตรประชาชน	ชื่อ สกุล	เพศ	อายุ (ปี)	ที่อยู่	หมายเหตุ

แบบรายงานผลการดำเนินงาน ส่งกองทุนฯ

หมู่ที่	จำนวน ผสอ	จำนวน ผสอ ที่เข้าร่วม	จำนวน ผสอ. ที่ยังคงร่วมกิจกรรม	จำนวนผู้ที่เดิน>7500 ก้าว/วัน(คน, %)	จำนวนผู้ที่ปั่น จักรยาน หรือ เดินเร็ว ≥ 150 นาที/สัปดาห์ (คน, %)
รวม					

โครงการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง - การวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน
กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ..เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....

หลักการและเหตุผล

คนไทยเป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่น้อยกว่า 12 ล้านคน แต่มีผู้เข้าถึงการรักษาและขึ้นทะเบียนเพียง 4 ล้านคน ซึ่งควบคุมความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ได้เพียงร้อยละ 29.7 แสดงให้เห็นว่ามาตรการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงที่ผ่านมา ยังไม่เพียงพอที่จะทำให้ความดันโลหิตในคนไทยลดลง ยังเกิดโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น ที่ป่วยแล้วยังเข้าไม่ถึงบริการมากกว่าครึ่ง ตลอดจนการวินิจฉัย/การรักษา ก็ยังไม่ดีเท่าที่ควร

การศึกษาในผู้สูงอายุไทยที่เป็นความดันสูงควบคุมไม่ได้ พบว่า การวัดความดันด้วยตนเองที่บ้านช่วยให้อัตราการควบคุมความดันได้เพิ่มขึ้นมากกว่า ร้อยละ 50 และผู้ป่วยความดันสูงที่วัดความดันด้วยตนเองที่บ้าน ช่วยลดระดับความดันได้เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 4 – 8 มม.ปรอทในเวลา 1 ปี เมื่อเทียบกับการวัดความดันที่โรงพยาบาล ดังนั้นการวัดความดันโลหิตที่บ้าน (Home Blood Pressure Monitoring: HBPM) หรือ การวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง (Self Monitoring Blood Pressure: SMBP) จึงเป็นสิ่งจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มที่ควบคุมความดันไม่ได้ตามเกณฑ์ รพ./รพ.สต.....จึงจัดทำโครงการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง – การวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน เพื่อดำเนินการดังกล่าว

1. วัตถุประสงค์

- 1.1 เพื่อคัดกรอง วินิจฉัย รักษาและติดตามความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง
- 1.2 เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการใช้ยา และติดตามผลของการใช้ยาและปรับพฤติกรรมฯ 3 อ. 2 ส. เพื่อการควบคุมความดันสูง

2. กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่เป้าหมาย

กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตที่มีข้อบ่งชี้และจำเป็น ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 ในพื้นที่.....จำนวน.....คน

3. วิธีดำเนินการ/รายละเอียดกิจกรรม

- 3.1 ขอสนับสนุน อปท./กองทุนฯท้องถิ่น ในการจัดหาเครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ เพื่อสนับสนุนการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความจำเป็นตามลำดับก่อนหลัง

3.2 แนะนำและสอนให้ผู้ป่วยวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน 5 ขั้นตอน : คุยความรู้ ทำให้ดู ดูให้ทำ ทำเองได้ ไม่ต้องดู และอยู่ยั่งยืน

3.3 ประสานความร่วมมือกับ อสม.ติดตามและช่วยเหลือผู้ป่วยวัดความดันโลหิตกรณีที่ผู้ป่วยไม่มั่นใจหรือต้องการความช่วยเหลือ

3.3 ให้ผู้ป่วยบันทึกค่าความดันโลหิตที่วัดในช่วงเช้าและก่อนนอนทุกวันเป็นเวลา 4-7 วัน หรืออย่างน้อย 7 วันก่อนวันนัดตรวจทุกครั้ง และนำมาปรึกษา รพ.สต. หรือเจ้าหน้าที่รพ.เพื่อปรึกษา หรือส่งต่อพบแพทย์ หรือส่งผ่านช่องทางอื่นแล้วแต่กรณี โดยผู้ที่ไม่สามารถจัดหาเครื่องวัดความดันโลหิตด้วยตนเองทางโครงการจะขอสนับสนุนจากกองทุนฯท้องถิ่นเพื่อจัดหาและให้ยืม

3.4 แพทย์ตรวจสอบค่าความดันโลหิต ซักถามประวัติ วินิจฉัยหาสาเหตุพฤติกรรมสุขภาพที่เพิ่ม หรือลดความดันที่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนฯ และให้การรักษา เพื่อควบคุมความดันโลหิต ปรับยาหรือหยุดยาแล้วแต่กรณี

3.5 สรุปผลการดำเนินงานตามโครงการพร้อมแบบรายงานหรือบัญชีรายชื่อผู้ที่เข้าร่วมโครงการ (ตามภาคผนวก) ส่งให้กองทุนหลักประกันสุขภาพ.....

ผู้ดำเนินงาน ควรมีความรู้และแนวทางการจัดการการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน

4. ระยะเวลาดำเนินการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....- วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

5. งบประมาณ

จากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล..... จำนวนทั้งสิ้น.....บาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย ดังนี้...ให้ระบุรายละเอียดค่าใช้จ่ายให้สอดคล้องกับวิธีการดำเนินงาน/กิจกรรม เช่น

ค่าครุภัณฑ์ : เครื่องวัดความดันโลหิตที่บ้านแบบอัตโนมัติตามเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน.....เครื่อง ราคาเครื่องละ....บาท จำนวน....บาท

ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามระเบียบที่หน่วยงานถือปฏิบัติ

6. ผู้ดำเนินงาน/ผู้รับผิดชอบ

หน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานภายในของ อบต. ตามข้อ 10(1)

7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

จำนวนผู้ป่วยโรคความดันฯสูง ที่ใช้เครื่องวัดความดันโลหิตที่บ้านฯดังกล่าว วัดความดันฯตนเองที่บ้าน อย่างน้อย 7 วันก่อนวันนัดตรวจ ในระยะเวลาดำเนินการ.....เดือน

8. สรุป โครงการ/กิจกรรม

(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียดเพื่อให้เจ้าหน้าที่ อบท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว โดยสามารถลงรายการได้มากกว่า 1 รายการ สำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น)

8.1 หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน ที่รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม (ตามประกาศฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)

ชื่อ(หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน).....

☐ 1. หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต. [ข้อ 10 (1)]

☐

ลงชื่อ.....ผู้เสนอ/โครงการ/กิจกรรม
(.....)

ตำแหน่ง

วันที่-เดือน-พ.ศ.

ภาคผนวก-ตัวอย่างสิ่งส่งมอบ

แบบรายงานผู้ที่เข้าร่วมโครงการ

ลำดับ	เลขบัตรประชาชน	ชื่อ สกุล	เพศ	อายุ (ปี)	ที่อยู่	หมายเหตุ

การวัดความดันโลหิต ด้วยตนเองที่บ้าน (Home Blood Pressure Monitoring : HBPM)

เป้าหมายการวัดความดันโลหิต

135 / 85

มิลลิเมตรปรอท

เป็นระดับปกติในการคุมตัวเลขความดันโลหิตที่บ้าน

135 / 85

มิลลิเมตร

คือระดับที่จัดว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ที่บ้าน)

เวลาที่แนะนำในการวัดความดันโลหิตที่บ้าน

(ควรวัดในเวลาเดียวกันทุกวัน)



ภายใน 1 ชั่วโมงหลังตื่นนอน



ตอนเย็นก่อนนอน หลังจากนั่งพัก 1-2 นาที



งดสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน
ก่อนมาวัดความดันโลหิตไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมงและ
ไม่ควรพูดคุยระหว่างวัดความดันโลหิต

1

นั่งบนเก้าอี้ที่มีพนักพิง และวางแขนไว้ที่โต๊ะหากไม่มีโต๊ะให้วางแขนไว้บน
หน้าตัก เท้าวางที่พื้นไม่นั่งไขว่ห้าง นั่งพัก 1-2 นาทีก่อนวัดความดันโลหิต

2

ใส่ปลอกแขนให้สูงจากข้อพับประมาณ 1-2 เซนติเมตร พันปลอกแขนไปจน
รอบไม่ต้องพันให้คับมากให้สามารถใช้นิ้วสอดได้

3

เปิดเครื่องโดยกดปุ่ม
On/ Start (เริ่มทำงาน)

4

วัดซ้ำ 2-3 ครั้ง
ห่างกันประมาณ 1 นาที



* กรณีใช้เครื่องวัดแบบมีลูกสูบ (บีบเอง) ให้เครื่องวัดจะ
แสดงเลขศูนย์ หลังจากนั้นก็ให้ใช้มือข้างที่ไม่พันปลอกแขน
ทำลูกสูบ และเริ่มบีบลูกให้เลขเพิ่มไปจนถึง 200 มิลลิเมตร
ปรอทจึงหยุดบีบ ตัวเลขจะค่อยๆลดลงเมื่อตัวเลขหยุดจึง
อ่านค่าความดันโลหิต



** กรณีใช้เครื่องวัดแบบไม่มีลูกสูบ เครื่องจะบีบเอง
โดยอัตโนมัติ เมื่อตัวเลขหยุดจึงอ่านค่าความดันโลหิต



โครงการส่งเสริมมาตรการ 3 อ. 2 ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ เลิกยาสูบ เลิกสุรา)
และ การประเมินตนเองด้วย น.ค.ร. 2 ส. (น้ำหนัก ความดันฯ รอบเอว สูบบุหรี่ สุรา)

(ใส่ใจ 3 อ. บอกลา 2 ส. ประเมิน น.ค.ร. 2 ส. หรือ

ใส่ใจ 3 อ. บอกลา 2 ส. ประเมิน 4 ล. (ลดพุง ลดความดันฯ ละเหล้า เลิกบุหรี่))

กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ..เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

หลักการและเหตุผล

จากการสำรวจภาวะสุขภาพ ครั้งที่ 5 ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป มีความชุกเบาหวานร้อยละ 8.9 ความดันโลหิตสูงร้อยละ 24.7 ผู้ป่วยเบาหวานจำนวนประมาณ 4.8 ล้านคน เข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 53 ในจำนวนนี้ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ร้อยละ 57 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวนประมาณ 13 ล้าน เข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 49 ในจำนวนนี้ยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ร้อยละ 40 ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาและควบคุมไม่ได้ นอกจากสาเหตุด้านผู้ให้บริการซึ่งมีหลายปัจจัยแล้ว สาเหตุจากผู้ป่วยที่อาจไม่ตระหนักและดูแลตนเองก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การรักษาไม่ได้ผล หากมีกระบวนการสนับสนุนช่วยเหลือในการสร้างความตระหนักรู้ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส.และประเมินด้วย น.ค.ร. 2 ส. จะช่วยให้การดูแลควบคุมเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้ดีขึ้น พื้นที่เทศบาล/อบต.มีผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ยังควบคุมไม่ดีจำนวน..... คน รพ./รพ.สต.จึงจัดทำโครงการ.....รุกเข้าไปในชุมชนขึ้น

1. วัตถุประสงค์

เพื่อให้กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง เกิดความตระหนัก ตั้งเป้าหมายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดปัจจัยเสี่ยง และประเมินตนเอง เพื่อพัฒนาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายและยั่งยืน (Plan-do-check-act)

2. กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่เป้าหมาย

กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ในพื้นที่..... จำนวน.....คน

3. วิธีดำเนินการ/รายละเอียดกิจกรรม

3.1 สื่อสารกิจกรรมโครงการให้กลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่ และเชิญชวนเข้าร่วมโครงการโดยมีการยืนยันเจตจำนงหรือข้อตกลงในการเข้าร่วมโครงการ

3.2 จัดกระบวนการและกิจกรรมด้วยวิธีของโปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานในชุมชน ที่ออกแบบให้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการเรียนรู้เทคนิค/วิธีการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. (ผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือโรคความดันสูง ได้รับการสนับสนุนให้ “ตั้งเป้าหมายประจำปี” เช่น น. น้ำหนักไม่เกินกิโลกรัม ค.ความดันตัวบนไม่เกินกิโลมม.ปรอท ร.รอบเอวไม่เกินกิโลเมตร การสูบบุหรี่ = 0 มวนต่อวัน ดื่มสุรา = 0 แก้วต่อวัน (น.ค.ร 2 ส. หรือ ตัวเลข เบรคโรค) และประเมิน น.ค.ร. 2 ส. ตนเองอย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง เพื่อพัฒนา 3 อ. 2 ส. ตลอดทั้งปี ให้ถึงเป้าหมายประจำปี ที่ตั้งไว้) โดยมีกิจกรรม ดังนี้

- 1) ครั้งแรกให้ผู้เข้าร่วมโครงการเข้าค่ายเรียนรู้ 3 วัน
- 2) จากนั้นจัดกิจกรรมเรียนรู้ เดือนละครั้ง ครั้งละ 1/2 วัน เป็นระยะเวลาประมาณ

6 เดือน

3.3 ติดตามกลุ่มเป้าหมายให้ปรับการกิน การอยู่ด้วย 3 อ. 2 ส. และวัดน้ำหนัก รอบเอว ความดันโลหิต อย่างต่อเนื่อง

3.4 สรุปผลการดำเนินงานตามโครงการพร้อมแบบรายงานหรือบัญชีรายชื่อผู้ที่เข้าร่วมโครงการ และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามมาตรการ 3 อ 2 ส (ตามภาคผนวก) ส่งให้กองทุนหลักประกันสุขภาพ.....

ผู้ดำเนินงาน ควรผ่านการฝึกอบรมการดำเนินโปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานในชุมชน และควรศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมจาก “รูปแบบบริการป้องกันควบคุม โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง สำหรับสนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus” สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค)

4. ระยะเวลาดำเนินการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....- วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... (อย่างน้อย 6 เดือน)

5. งบประมาณ

จากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล..... จำนวนทั้งสิ้น.....บาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย.... ให้ระบุรายละเอียดค่าใช้จ่ายให้สอดคล้องกับวิธีการดำเนินงาน/กิจกรรม ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามระเบียบที่หน่วยงานถือปฏิบัติ

6. ผู้ดำเนินงาน/ผู้รับผิดชอบ

หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงาน/หน่วยงานภายใน อปท ตามข้อ 10(1)

7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน และความดันสูงที่สามารถปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. และบรรลุเป้าหมายประจำปีที่ตั้งไว้ (จำนวนคน และ ร้อยละของผู้ป่วยฯ ทั้งหมดที่เข้าโครงการฯ)

8. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียดเพื่อให้เจ้าหน้าที่ อบท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว โดยสามารถลงรายการได้มากกว่า 1 รายการ สำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น)

8.1 หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน ที่รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม (ตามประกาศฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)

ชื่อ(หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน).....

☐ 1. หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต. [ข้อ 10 (1)]

☐

ลงชื่อ.....ผู้เสนอ/โครงการ/กิจกรรม
(.....)

ตำแหน่ง

วันที่-เดือน-พ.ศ.

ภาคผนวก-ตัวอย่างสิ่งส่งมอบ

แบบรายงานผู้เข้าร่วมโครงการ

ลำดับ	เลขบัตรประชาชน	ชื่อ สกุล	เพศ	อายุ (ปี)	ค่าง	จัดกิจกรรม					
						1	2	3	4	5	6

แบบรายงานผลการบรรลุเป้าหมาย 3 อ. 2 ส. น.ค.ร.

ลำดับ	เลขบัตรประชาชน	ชื่อ สกุล	เพศ	อายุ (ปี)	DM	HT	กินอาหาร		กิจกรรมทางกาย		บุหรื		สุรา	น้ำหนัก	ความดันโลหิต	
							✓	×	✓	×	✓	×	✓	×	✓	×

ตัวเลขเบรคโรค

(น.ค.ร. ๒ ส. : เบรคโรคไว้ ไม่ป่วยอีก ไม่เพิ่มโรคฯ)



น.น้ำหนัก

ตัวเลขของน้ำหนักเมื่อคำนวณค่าดัชนีมวลกายแล้ว **ไม่เกิน 25**

$$\text{ตัวเลขน้ำหนักเบรคโรค(กก.)} = \frac{\text{ส่วนสูง(ซม.)}^2}{400}$$



ค.ความดันฯ



- ตัวเลขความดันเบรคโรควัดที่โรงพยาบาลไม่ควรเกิน 140/90 มม.ปรอท
- ตัวเลขความดันวัดที่บ้านไม่ควรเกิน 135/85 มม.ปรอท เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ อัมพฤกษ์ อัมพาต ไตวายเรื้อรัง เป็นต้น
- ตัวเลขความดันไม่ควรเกิน 120/80 มม.ปรอท ลดโอกาสของการเกิดโรคกะเริ่ง
- การวัดความดันที่บ้าน ควรวัดตอนตื่นนอนและก่อนนอน อย่างน้อย 4-7 วันต่อเดือน และ 7 วันก่อนวันนัดตรวจ

ร.รอบเอว

ตัวเลขรอบเอวเบรคโรค **ไม่เกินส่วนสูงหารสอง** ควรวัดทุก ๆ 2-3 เดือน



ส.สูบบุหรี่

ตัวเลขเบรคโรค คือ 0 มวน



ส.สุรา

ตัวเลขเบรคโรค คือ 0 แก้วต่อวัน



การรักษา: ดัชนีตัวเลขให้อยู่ในเกณฑ์ ช่วยให้คุณควบคุมอาการของโรค และป้องกันไม่ให้เป็นโรคเพิ่มได้

ที่มา : ผศ. นพ.สมเกียรติ แสงวันนาโรจน์

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
www.chulalongkornhospital.go.th

@chulahospital

ChulalongkornHospital
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
สภากาชาดไทย

02-256-4000 ต่อ 0

โครงการส่งเสริมมาตรการ 3 อ. 2 ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ เลิกยาสูบ เลิกสุรา)
และ การประเมินตนเองด้วย น.ค.ร. 2 ส. (น้ำหนัก ความดันฯ รอบเอว สืบบุหรี สุรา)
(ใส่ใจ 3 อ. บอกลา 2 ส. ประเมิน น.ค.ร. 2 ส. หรือ ใส่ใจ 3 อ. บอกลา 2 ส. ประเมิน 4 ล.
(ลดพุง ลดความดันฯ ละเหล้า เลิกบุหรี)) ด้วยวิธี MI (Motivational Interviewing)
กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ..เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....

หลักการและเหตุผล

จากการสำรวจภาวะสุขภาพ ครั้งที่ 5 ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป มีความชุกเบาหวานร้อยละ 8.9 ความดันโลหิตสูงร้อยละ 24.7 ผู้ป่วยเบาหวานจำนวนประมาณ 4.8 ล้านคน เข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 53 ในจำนวนนี้ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ร้อยละ 57 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวนประมาณ 13 ล้าน เข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 49 ในจำนวนนี้ยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ร้อยละ 40 ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาและควบคุมไม่ได้ นอกจากสาเหตุด้านผู้ให้บริการซึ่งมีหลายปัจจัยแล้ว สาเหตุจากผู้ป่วยที่อาจไม่ตระหนักและดูแลตนเองก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การรักษาไม่ได้ผล หากมีกระบวนการสนับสนุนช่วยเหลือในการสร้างความตระหนักรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส.และประเมินด้วย น.ค.ร. 2 ส. จะช่วยให้การดูแลควบคุมเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้ดีขึ้น พื้นที่เทศบาล/อบต.มีผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ยังควบคุมไม่ดีจำนวน..... คน รพ./รพ.สต.จึงจัดทำโครงการ.....ด้วยวิธี Motivational Interviewing รุกเข้าไปในชุมชนขึ้น

1. วัตถุประสงค์

เพื่อให้กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง เกิดความตระหนัก ตั้งเป้าหมาย ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดปัจจัยเสี่ยง และประเมินตนเอง เพื่อพัฒนาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายและยั่งยืน (Plan-do-check-act)

2. กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่เป้าหมาย

กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ในพื้นที่..... จำนวน.....คน

3. วิธีดำเนินการ/รายละเอียดกิจกรรม

3.1 สื่อสารกิจกรรมโครงการให้กลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่ และเชิญชวนเข้าร่วมโครงการโดยมีการยืนยันเจตจำนงหรือข้อตกลงในการเข้าร่วมโครงการ

3.2 ให้คำปรึกษา/สนทนาสร้างแรงจูงใจ วิธี Motivational Interviewing ด้วยการให้คำแนะนำแบบสั้น แก่กลุ่มเป้าหมายตามปัญหาปัจจัยเสี่ยงของแต่ละคน (ได้รับการสนับสนุนให้ “ตั้งเป้าหมายประจำปี” เช่น น. น้ำหนักไม่เกินกี่กิโลกรัม ค.ความดันตัวบนไม่เกินกี่ มม.ปรอท ร.รอบเอวไม่เกินกี่เซนติเมตร การสูบบุหรี่ = 0 มวนต่อวัน ต้มสุรา = 0 แก้วต่อวัน (น.ค.ร 2 ส. หรือ ตัวเลขเบรคโรค) และประเมิน น.ค.ร. 2 ส. ตนเองอย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง เพื่อพัฒนา 3 อ. 2 ส. ตลอดทั้งปี ให้ถึงเป้าหมายประจำปีที่ตั้งไว้) เพื่อให้เกิดการปฏิบัติตามมาตรการ 3 อ 2 ส ดังนี้

1) ให้คำแนะนำแบบสั้น 1 ครั้งต่อเดือน เวลา 5-10 นาทีต่อครั้ง ภายในระยะเวลา 4 เดือน รวมอย่างน้อย 4 ครั้ง

2) ติดตามผลตามกำหนดนัด 2 ครั้ง ทุก 3 เดือน รวมเป็นระยะเวลาประมาณ 10 เดือน

3.3 โดยออกไปบริการเชิงรุกในชุมชนหรือที่บ้านตามนัดหมายและกลุ่มเป้าหมายสะดวก หรือให้คำแนะนำทางโทรศัพท์ บางกรณีที่เป็นอาจนัดมารับบริการที่หน่วยบริการ

3.4 สรุปผลการดำเนินงานตามโครงการพร้อมแบบรายงานหรือบัญชีรายชื่อผู้ที่เข้าร่วมโครงการ และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามมาตรการ 3 อ 2 ส (ตามภาคผนวก) ส่งให้กองทุนหลักประกันสุขภาพ.....

ผู้ดำเนินงาน ควรผ่านการฝึกอบรมสนทนาด้วยวิธี Motivational Interviewing และควรศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมจาก “รูปแบบบริการป้องกันควบคุม โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง สำหรับสนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus” สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

4. ระยะเวลาดำเนินการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....- วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

5. งบประมาณ

จากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล..... จำนวนทั้งสิ้น.....บาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย ...ให้ระบุรายละเอียดค่าใช้จ่ายให้สอดคล้องกับวิธีการดำเนินงาน/กิจกรรม ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามระเบียบที่หน่วยงานถือปฏิบัติ.....

6. ผู้ดำเนินงาน/ผู้รับผิดชอบ

- หน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานภายใน อปท. ตามข้อ 10(1)

7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน และความดันสูงที่สามารถปฏิบัติตามหลัก 3 อ. 2 ส. และบรรลุเป้าหมายประจำปีที่ตั้งไว้ (จำนวนคน และ ร้อยละของผู้ป่วยฯ ทั้งหมดที่เข้าโครงการฯ)

8. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียดเพื่อให้เจ้าหน้าที่ อบท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว โดยสามารถลงรายการได้มากกว่า 1 รายการ สำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น)

8.1 หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน ที่รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม (ตามประกาศฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)

ชื่อ(หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน).....

☐ 1. หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต. [ข้อ 10 (1)]

☐

ลงชื่อ.....ผู้เสนอ/โครงการ/กิจกรรม
(.....)

ตำแหน่ง

วันที่-เดือน-พ.ศ.

ภาคผนวก-ตัวอย่างสิ่งส่งมอบ

แบบรายงานผู้ที่เข้าร่วมโครงการ

ลำดับ	เลขบัตรประชาชน	ชื่อ สกุล	เพศ	อายุ (ปี)	ร่วมกิจกรรม					
					1	2	3	4	5	6

แบบรายงานผลการบรรลุเป้าหมาย 3 อ. 2 ส. น.ค.ร.

ลำดับ	เลขบัตรประชาชน	ชื่อ สกุล	เพศ	อายุ (ปี)	DM	HT	กินอาหาร		กิจกรรมทางกาย		บุหรี		สุรา	น้ำหนัก	ความดันโลหิต	
							✓	×	✓	×	✓	×			✓	×

โครงการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองในผู้ป่วยเบาหวานอายุน้อย
กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาล/องค์การบริหารส่วน
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

หลักการและเหตุผล

ผู้ป่วยเบาหวานเด็กและวัยรุ่นมีความแตกต่างจากผู้ใหญ่ เพราะเด็กมีพัฒนาการเติบโต มีการปรับตัวตามวัย และมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองทั้งการฉีดอินซูลิน อาหาร กิจกรรมประจำวัน การดูแลรักษาจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (SMBG) ไม่น้อยกว่า 3 ครั้งต่อวัน และปรับปริมาณอินซูลินให้เหมาะสม เพื่อให้ระดับน้ำตาลในเลือดและ HbA_{1c} ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด โดยไม่เกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดหรือมีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดน้อยครั้งที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยเจริญเติบโตและมีพัฒนาการเป็นไปตามมาตรฐานเด็กไทย การที่จะให้เด็กหรือผู้ป่วยอายุน้อยตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองจำเป็นต้องมีเครื่องตรวจระดับน้ำตาลและแผ่นตรวจเลือดที่ต้องใช้ทุกวัน ซึ่งเป็นภาระค่าใช้จ่ายจำนวนมากในระยะยาว ครอบครัวของเด็กหรือผู้ป่วยอายุน้อยไม่อาจจัดการได้ พื้นที่เทศบาล/อบต.มีเด็กหรือผู้ป่วยอายุน้อยคน รพ.จึงจัดทำโครงการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองในผู้ป่วยเบาหวานอายุน้อย

1. วัตถุประสงค์

เพื่อให้กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานอายุน้อยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้อย่างเหมาะสม

2. กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่เป้าหมาย

กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานอายุน้อย ในพื้นที่.....จำนวน.....คน

3. วิธีดำเนินการ/รายละเอียดกิจกรรม

3.1 ขอสนับสนุน อบต./กองทุนฯท้องถิ่น ในการจัดหาเครื่องตรวจระดับน้ำตาลและแผ่นตรวจเลือด เพื่อสนับสนุนแก่เด็กและวัยรุ่นที่เป็นเบาหวานในการตรวจระดับน้ำตาลด้วยตนเอง

3.2 สอนพ่อแม่/ผู้ปกครอง/ผู้ป่วยในการใช้แผ่นตรวจเลือดและเครื่องตรวจวัดน้ำตาลเพื่อตรวจระดับน้ำตาลด้วยตนเอง การปรับการฉีดอินซูลิน รวมทั้งการบันทึก

3.3 แพทย์และพยาบาลที่หน่วยบริการประเมินและติดตามระดับน้ำตาลและการเจริญเติบโตของเด็ก

3.4 สรุปผลการดำเนินงานตามโครงการพร้อมแบบรายงานหรือบัญชีรายชื่อผู้ที่เข้าร่วมโครงการ (ตามภาคผนวก) ส่งให้กองทุนหลักประกันสุขภาพ.....

4. ระยะเวลาดำเนินการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....- วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

5. งบประมาณ

จากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล..... จำนวนทั้งสิ้น.....บาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย.... ให้ระบุรายละเอียดค่าใช้จ่ายให้สอดคล้องกับวิธีการดำเนินงาน/กิจกรรม เช่น

- ค่าวัสดุการแพทย์-แผ่นตรวจเลือดวัดระดับน้ำตาล จำนวน 4 แผ่นต่อวัน จำนวน 365 วัน รวมจำนวน.....แผ่นหรือขวด/คน จำนวนผู้ป่วย....คน ราคาแผ่นหรือขวดละ.....บาท รวมเป็นเงินจำนวน.....บาท

ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามระเบียบที่หน่วยงานถือปฏิบัติ

6. ผู้ดำเนินงาน/ผู้รับผิดชอบ

หน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานภายในของ อปท. ตามข้อ 10(1)

7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานอายุน้อย ไม่ประสบปัญหาน้ำตาลในเลือดต่ำ และเจริญเติบโตเต็มตามศักยภาพ

8. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียดเพื่อให้เจ้าหน้าที่ อปท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว โดยสามารถลงรายการได้มากกว่า 1 รายการ สำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น)

8.1 หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน ที่รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม (ตามประกาศฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)

ชื่อ(หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน).....

☐ 1. หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต. [ข้อ 10 (1)]

☐

ลงชื่อ.....ผู้เสนอ/โครงการ/กิจกรรม
(.....)

ตำแหน่ง

วันที่-เดือน-พ.ศ.

ภาคผนวก-ตัวอย่างสิ่งส่งมอบ

แบบรายงานผู้ที่ได้รับประโยชน์จากโครงการ

ลำดับ	เลขบัตรประชาชน	ชื่อ สกุล	เพศ	อายุ (ปี)	ที่อยู่	หมายเหตุ

โครงการเยี่ยมบ้านติดตามการรักษาและการกินยา
กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ..เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....

หลักการและเหตุผล

จากการสำรวจภาวะสุขภาพ ครั้งที่ 5 ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป มีความชุกเบาหวาน ร้อยละ 8.9 ความดันโลหิตสูงร้อยละ 24.7 ผู้ป่วยเบาหวานจำนวนประมาณ 4.8 ล้านคน เข้าถึง บริการเพียงร้อยละ 53 ในจำนวนนี้ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ร้อยละ 57 ผู้ป่วยความดัน โลหิตสูงจำนวนประมาณ 13 ล้าน เข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 49 ในจำนวนนี้ยังไม่สามารถควบคุม ความดันโลหิตได้ร้อยละ 40 ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาและควบคุมไม่ได้ นอกจากสาเหตุด้านผู้ให้บริการซึ่งมีหลายปัจจัยแล้ว สาเหตุจากผู้ป่วยที่อาจไม่ตระหนักและดูแล ตนเองก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การรักษาไม่ได้ผล หากมีกระบวนการสนับสนุนช่วยเหลือในการสร้าง ความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส.และประเมินด้วย น.ค.ร. 2 ส. จะช่วยให้การ ดูแลควบคุมเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้ดีขึ้น พื้นที่เทศบาล/อบต.มีผู้ป่วยเบาหวานและ ความดันโลหิตสูงที่ยังควบคุมไม่ดีจำนวน..... คน สำนัก/กองเทศบาล/อบต.จึงจัดทำ โครงการ..... รุกเข้าไปในชุมชนขึ้น

1. วัตถุประสงค์

เพื่อติดตาม กระตุ้น แนะนำผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง ให้กินยาครบถ้วน และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (ใส่ใจ 3 อ. บอกลา 2 ส. ประเมิน น.ค.ร. 2 ส. หรือ ใส่ใจ 3 อ. บอกลา 2 ส. ประเมิน 4 ล.(คือ ล.ลดพุง ล.ลดความดันฯ ล.ละเล้า ล.เลิกบุหรี่))

2. กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่เป้าหมาย

กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

3. วิธีดำเนินการ/รายละเอียดกิจกรรม

3.1 อปท. ประสานขอสนับสนุนข้อมูลผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงจากหน่วยบริการ เพื่อการติดตามและช่วยเหลือ โดยสอบถามความสมัครใจ

3.2 อปท. ประสานหน่วยบริการเพื่อขอความสนับสนุนพยาบาลปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ หรือจ้างเหมาบริการพยาบาลมาปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ เพื่อลงไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง และสนับสนุนให้ “ตั้งเป้าหมายประจำปี” เช่น น. น้ำหนักไม่เกินกี่กิโลกรัม ค.ความดันตัวบนไม่เกินกี่ มม.ปรอท ร.รอบเอวไม่เกินกี่เซนติเมตร การสูบบุหรี่ = 0 มวนต่อวัน ดีมีสุรา = 0 แก้วต่อวัน (น.ค.ร 2 ส. หรือ ตัวเลขเบรคโรค) และประเมิน น.ค.ร. 2 ส. ตนเองอย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง เพื่อพัฒนา 3 อ. 2 ส. ตลอดทั้งปี ให้ถึงเป้าหมายประจำปีที่ตั้งไว้)

3.3 พยาบาล 1 คน ลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง จำนวน.....คน ต่อวันราชการปกติ และจำนวน.....คนต่อวันหยุดราชการ เพื่อให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวตามหลัก 3 อ. 2 ส. ตั้งเป้าหมายน.ค.ร. 2 ส. ประจำปี การกินยา การดูแลแผล ฯลฯ และประเมิน น.ค.ร. 2 ส. อย่างน้อยปีละ 3 ครั้งตามเป้าหมาย

3.4 พยาบาลสรุปผลการปฏิบัติงาน รายงาน อปท. ทุกเดือน และสำนัก/กอง.....สรุปผลการบรรลุเป้าหมาย ส่งกองทุนหลักประกันสุขภาพ.....

4. ระยะเวลาดำเนินการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....- วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

5. งบประมาณ

จากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล..... จำนวนทั้งสิ้น.....บาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย.....ให้ระบุรายละเอียดค่าใช้จ่ายให้สอดคล้องกับวิธีการดำเนินงาน/กิจกรรม ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามระเบียบที่หน่วยงานถือปฏิบัติ).....

6. ผู้ดำเนินงาน/ผู้รับผิดชอบ

- หน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานภายใน อปท. ตามข้อ 10(1)

7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้อย่างเหมาะสม (ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือ ความดันสูงที่บรรลุเป้าหมายประจำปี น.ค.ร. 2 ส. ที่ตั้งไว้)

8. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียดเพื่อให้เจ้าหน้าที่ อปท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว โดยสามารถลงรายการได้มากกว่า 1 รายการ สำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น)

8.1 หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน ที่รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม (ตามประกาศฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)

ชื่อ(หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน).....

☐ 1. หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต. [ข้อ 10 (1)]

☐

ลงชื่อ.....ผู้เสนอ/โครงการ/กิจกรรม
(.....)

ตำแหน่ง

วันที่-เดือน-พ.ศ.

ภาคผนวก -ตัวอย่างสิ่งส่งมอบ

แบบรายงานผู้ที่เข้าร่วมโครงการและการเยี่ยมแนะนำ ประจำเดือน.....
ผู้รายงาน.....

ลำดับ	เลขบัตรประชาชน	ชื่อ สกุล	เพศ	อายุ (ปี)	ที่อยู่	DM	HT	จำนวนครั้งที่เยี่ยม

แบบรายงานผลการบรรลุเป้าหมาย 3 อ. 2 ส. น.คร.

ลำดับ	เลขบัตรประชาชน	ชื่อ สกุล	เพศ	อายุ (ปี)	DM	HT	เยี่ยม (ครั้ง)	กินอาหาร	กิจกรรมทางกาย		บุหรื	สุรา	น้ำหนัก		ความดันโลหิต	
									✓	×	✓	×	✓	×	✓	×

โครงการลด ละ เลิกบุหรี่ในชุมชน
กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ..เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....

หลักการและเหตุผล

โรคจากการสูบบุหรี่ที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งครึ่งหนึ่งเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควร ก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ ทั้งทางตรงและทางอ้อม การเลิกบุหรี่โดยเด็ดขาดเป็นเพียงหนทางเดียวที่ผู้สูบบุหรี่จะป้องกันการ เสียชีวิตก่อนวัยอันควรของตนเอง ยิ่งเลิกเร็วก็จะมีอัตราการรอดชีวิตสูงขึ้นโดยเฉพาะหากเลิกบุหรี่ได้ ก่อนอายุ 35 ปี และมีผลดีต่อสุขภาพมากมาย จากการสำรวจภาวะสุขภาพ ครั้งที่ 5 ความชุกของ การสูบบุหรี่ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่าสูบในปัจจุบันร้อยละ 19.5 สูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 16.0 โดยเพศชายสูบร้อยละ 30-37 มากกว่าเพศหญิง การสูบเป็นประจำตามกลุ่มอายุ ในเพศชาย ความชุกเริ่มตั้งแต่ร้อยละ 25.0 ในกลุ่มอายุ 15-29 ปี และเพิ่มขึ้นตามอายุ สูงสุด ในกลุ่มอายุ 30-44 ปี ร้อยละ 39.2 ความชุกลดลงเมื่ออายุมากขึ้น อย่างไรก็ตามพบว่าหนึ่งในสี่ของ ผู้สูงอายชายยังคงสูบบุหรี่อยู่ จากการศึกษาของ ปรีชา อุบโยคินและคณะพบว่า การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมโดยใช้กระบวนการควบคุมทางสังคม คือ การให้ความรู้ด้านโทษภัยของบุหรี่ การติดตาม กลุ่มเป้าหมายอย่างใกล้ชิดโดยให้ อสม. 1 คน ดูแลผู้สูบบุหรี่ 3 คน อย่างใกล้ชิด สามารถทำให้ มีผู้เลิกสูบบุหรี่ได้ถึงร้อยละ 10 และผู้ที่ยังสูบอยู่ลดจำนวนการสูบลงจากเดิมร้อยละ 44.7 ซึ่งบุคคลที่ สามารถเลิกบุหรี่ได้นั้น มีความรู้สึกสนใจตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเอง และครอบครัวให้การยอมรับ ทุกคนมีความยินดีในการลดจำนวนการสูบบุหรี่ลงและสามารถเลิกสูบบุหรี่อย่างถาวร พื้นที่เทศบาล/ อบต. มีประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป คาดว่ามีผู้ที่สูบบุหรี่จำนวน..... คน หากสนับสนุนให้ เลิกบุหรี่ได้จะช่วยลดเสี่ยงต่อการเกิดและการเสียชีวิตจากโรคเรื้อรัง รพ./รพ.สต.....(สำนัก/ กองเทศบาล/อบต.หรือหน่วยงาน.....) จึงจัดทำโครงการลด ละ เลิกบุหรี่ในชุมชนขึ้น โดยใช้กระบวนการควบคุมทางสังคม ผ่านทางครอบครัวและผู้ใกล้ชิด และ อสม.

1. วัตถุประสงค์

เพื่อสนับสนุนให้ผู้สูบบุหรี่ลด ละ เลิกสูบบุหรี่

2. กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่เป้าหมาย

ผู้สูบบุหรี่ ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ ในพื้นที่.....จำนวน.....คน

3. วิธีดำเนินการ/รายละเอียดกิจกรรม

3.1 รพ./รพ.สต.....ประสานเทศบาล/อบต.....สื่อสารรายละเอียดและขอการสนับสนุนในการดำเนินโครงการ เป็นแบบอย่าง และประชาสัมพันธ์รับสมัครผู้สูบบุหรี่และครอบครัวเข้าร่วมโครงการ

3.2 ประสานและสื่อสารโครงการกับคณะกรรมการชุมชน/คณะกรรมการหมู่บ้าน เพื่อขอการสนับสนุนในการดำเนินโครงการ เป็นแบบอย่าง และประชาสัมพันธ์รับสมัครผู้สูบบุหรี่และครอบครัวเข้าร่วมโครงการ

3.3 ประสาน อสม.ในการเดินสำรวจสำมะโนประชากรผู้สูบบุหรี่ในหลังคาเรือนหรือพื้นที่รับผิดชอบ และรับสมัครผู้สูบบุหรี่และครอบครัวเข้าร่วมโครงการ

3.4 จัดกระบวนการสร้างความรู้ความเข้าใจถึงพิษภัยบุหรี่ โดยอบรมให้ความรู้แยกเป็นรายพื้นที่ รายกลุ่ม

เรื่อง “พิษภัยของบุหรี่และเคล็ดลับในการเลิกสูบบุหรี่” แก่ สมาชิกเทศบาล/อบต. กรรมการชุมชน/หมู่บ้าน อสม. และผู้สูบบุหรี่/ครอบครัว ที่เข้าร่วมโครงการ และผู้ที่สนใจ

เรื่อง “สิ่งที่ควรทราบก่อนช่วยคนใกล้ชิดเลิกบุหรี่” สำหรับผู้ใกล้ชิดในครอบครัว รวมถึง อสม.เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจและสามารถปฏิบัติในการช่วยเหลือได้อย่างถูกต้อง

3.5 บทบาทของแต่ละฝ่าย

ครอบครัว: ครอบครัวเป็นศูนย์กลางและมีบทบาทสำคัญต่อการเลิกบุหรี่ โดยสมาชิกในครัวเรือน เป็นผู้กระตุ้นให้คำแนะนำให้กำลังใจ ทำให้ผู้สูบบุหรี่ได้ตระหนักว่า การสูบบุหรี่ส่งผลกระทบต่อผู้อื่น ทั้งด้านสุขภาพ และสภาพแวดล้อม และทำให้ผู้สูบบุหรี่มีความรู้สึกว่าตนเอง เป็นต้นเหตุของความเจ็บป่วยที่ส่งผลทำความเดือดร้อน และเป็นอันตรายต่อคนรอบข้าง

อสม.: เป็นสื่อบุคคลที่เข้าถึงตัวผู้สูบบุหรี่ได้ โดยใช้กระบวนการขายตรง รวมถึงการเฝ้าระวัง โดย อสม.จัดทำทะเบียนผู้สูบบุหรี่ในพื้นที่รับผิดชอบ และเป็นผู้นำสาร ข้อเสนอแนะ และชักจูงผู้สูบบุหรี่เป็นรายบุคคล ในรูปแบบการควบคุมทางสังคม โดยความร่วมมือกับครอบครัวและชุมชน อสม.1 คนรับผิดชอบดูแลผู้สูบบุหรี่ 3-5 คน และทำงานตามแผนที่กำหนดร่วมกับผู้จัดการ

เทศบาล/อบต. สมาชิกสภา กรรมการชุมชน/หมู่บ้าน: เป็นแบบอย่างในการลด ละ เลิก บุหรี่ ช่วยสนับสนุน และสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเลิกบุหรี่ กำหนดให้สถานที่สาธารณะเป็นสถานที่ปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย

รพ./รพ.สต.: เป็นผู้จัดการและวางแผนการดำเนินงานร่วมกับ อสม.และชุมชนในการดำเนินโครงการ จัดการสนับสนุนความรู้ความเข้าใจพิษภัยบุหรี่ สนับสนุนติดตามและเป็นที่ปรึกษาการทำงานของ อสม. เยี่ยมให้กำลังใจ ประสานการทำงานกับอปท. กรรมการชุมชน/หมู่บ้าน

: บริการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ รับส่งต่อผู้สูบบุหรี่จาก อสม. และหรือส่งต่อไปพบแพทย์ที่ รพ.เพื่อการบำบัดรักษากรณีจำเป็น

3.6 สรุปผลการดำเนินงานตามโครงการพร้อมแบบรายงานหรือบัญชีรายชื่อผู้ที่เข้าร่วมโครงการ (ตามภาคผนวก) ส่งให้กองทุนหลักประกันสุขภาพ.....

4. ระยะเวลาดำเนินการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....- วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... (1 ปี)

5. งบประมาณ

จากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล..... จำนวนทั้งสิ้น.....บาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายบริการสนับสนุนการเลิกบุหรี่ ดังนี้.....ให้ระบุรายละเอียดค่าใช้จ่ายให้สอดคล้องกับวิธีการดำเนินงาน/กิจกรรม ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามระเบียบที่หน่วยงานถือปฏิบัติ).....

6. ผู้ดำเนินงาน/ผู้รับผิดชอบ

หน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานภายในของ อบท. ตามข้อ 10(1)

7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

มีผู้สูบบุหรี่เลิกบุหรี่ได้อย่างถาวร อย่างน้อยร้อยละ 10 ของผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

8. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียดเพื่อให้เจ้าหน้าที่ อบท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว โดยสามารถลงรายการได้มากกว่า 1 รายการ สำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น)

8.1 หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน ที่รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม (ตามประกาศฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)

ชื่อ(หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน).....

☐ 1. หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต. [ข้อ 10 (1)]

☐

ลงชื่อ.....ผู้เสนอ/โครงการ/กิจกรรม

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่-เดือน-พ.ศ.

ภาคผนวก – ตัวอย่างสิ่งส่งมอบ

แบบรายงานผู้ที่เข้าร่วมโครงการและสรุปผลลด ละ เลิกบุหรื

ลำดับ	เลขบัตรประชาชน	ชื่อ สกุล	เพศ	อายุ (ปี)	ที่อยู่	เลิก	ละ	ลด	ถอนตัว

โครงการไถ่บ้าน สมานใจ (ลด ละ เลิกสุรา)
 กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ..เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล.....
 อำเภอ.....จังหวัด.....

หลักการและเหตุผล

การดื่มสุราเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต พฤติกรรมการดื่มที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงหรืออันตรายมีได้หลายลักษณะ ตั้งแต่การดื่มหนักทุกวัน ดื่มจนเมาบ่อย ๆ ดื่มจนเกิดปัญหาสุขภาพกายหรือสุขภาพ จิต หรือดื่มจนติดสุรา พฤติกรรมการดื่มดังกล่าวก่อปัญหาทั้งต่อตัวผู้ดื่มเอง ครอบครัวและสังคม เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพ เกิดอุบัติเหตุพิการบาดเจ็บ ต้องนอนโรงพยาบาล หรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

ทั้งนี้พบว่า ผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระดับความเสี่ยงสูงหรือผู้ติดสุราที่ผ่านการบำบัดจากสถานบริการสุขภาพและกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนร้อยละ 60-70 กลับไปดื่มสุราซ้ำจนเกิดปัญหาเรื้อรังในครอบครัวและสังคม ทั้งยังเป็นภาระสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายภาครัฐอย่างมาก การบำบัดผู้ติดสุราเพื่อลดการกลับเป็นซ้ำยังคงมุ่งเน้นการตั้งรับในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ติดสุราหลังจำหน่ายยังคงต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่รุมเร้าในชุมชน จึงจำเป็นที่จะต้องมีแนว ทางในการดูแล ส่งเสริมสุขภาพ และสนับสนุนระดับประคองให้ผู้ติดสุราเหล่านี้ ลด ละ เลิก การดื่มสุรา เพื่อลดการกลับเป็นซ้ำและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้สามารถอยู่ในชุมชนได้ ในพื้นที่เทศบาล/อบต.มีผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราระดับความเสี่ยงสูง จำนวน..... คน รพ./รพ.สต.....จึงจัดทำโครงการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน เพื่อให้ผู้ติดสุราหรือผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราในระดับความเสี่ยงสูงในชุมชน ลด ละ เลิก การดื่มสุรา ลดการกลับดื่มซ้ำและการกลับ มารักษาซ้ำ มีคุณภาพชีวิตที่ดีและอยู่ในครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข โดยใช้โปรแกรมไถ่บ้านสมานใจ

1. วัตถุประสงค์

- 1.1 เพื่อให้ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราในระดับความเสี่ยงสูงหรือผู้ติดสุราที่ผ่านการบำบัดและกลับสู่ชุมชนได้รับการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ
- 1.2 เพื่อให้ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราในระดับความเสี่ยงสูงหรือผู้ติดสุราที่มีปัญหาซับซ้อนในชุมชนและไม่ยอมเข้ารับบริการสุขภาพ ได้รับการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น

2. กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่เป้าหมาย

2.1 ผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระดับความเสี่ยงสูงหรือผู้ติดสุราในชุมชน (หมายถึง ผู้ดื่มสุราที่มีผลการประเมิน ASSIST ≥ 27 คะแนน หรือผู้ติดสุราที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์และส่งต่อกลับสู่ชุมชน) จำนวน.....คน

2.2 ญาติหรือผู้ดูแล (หมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันและให้การดูแลผู้มีปัญหาการ ดื่มสุราอย่างน้อย 6 เดือน มีความต้องการให้ผู้มีปัญหาการดื่มสุราลด ละ เลิก การดื่ม) จำนวน.....คน

3. วิธีดำเนินการ/รายละเอียดกิจกรรม

3.1 คัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย โดยค้นหาผู้มีปัญหาการดื่มสุราในชุมชนที่มีปัญหาซับซ้อนรุนแรง และเรื้อรัง หรือกลุ่มที่ผ่านการบำบัดมาแล้ว และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

3.2 บุคลากรสุขภาพลงพื้นที่เพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน และทำการการประเมินร่วมกับการให้ความรู้ คำแนะนำ นำ และการฝึกทักษะใน 3 ด้าน 9 องค์ประกอบที่บ้าน ทั้งหมด 10 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 5 ครั้ง ใช้เวลาบำบัดแต่ละครั้ง 30-60 นาที และติดตามต่อเนื่องอีก 5 ครั้ง เมื่อครบ 1-3-6-9-12 เดือน โดยมีกิจกรรมดำเนินการ ดังนี้

1) สร้างสัมพันธภาพ ผู้เยี่ยมทักทาย แนะนำตนเอง สนทนาทั่วไป บอกวัตถุประสงค์ของการมาเยี่ยม และประโยชน์ที่ผู้มีปัญหาการดื่มสุราจะได้รับ พร้อมกำหนดการ จำนวนครั้งของการเยี่ยม

2) ประเมิน สังเกต ซักถาม และบันทึก ในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมการดื่มสุราและประวัติการเจ็บป่วย การรักษา และแบบบันทึกกลับบ้านสม่ำเสมอ

3) ให้ความรู้ แนะนำแนวทางการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม และฝึกทักษะที่จำเป็น (ตามคู่มือฯ)
ครั้งที่ 1 เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันที่เหมาะสม และแนวทางเกี่ยวกับการจัดการที่อยู่อาศัย

ครั้งที่ 2 เกี่ยวกับการจัดการกับภาวะวิกฤต และการจัดการเอกสาร รวมถึงการเข้าถึงและรับบริการแก่ผู้มีปัญหาการดื่มสุราและญาติผู้ดูแล

ครั้งที่ 3 เกี่ยวกับการรับประทานยา และการส่งเสริมสุขภาพ

ครั้งที่ 4 เกี่ยวกับการสร้างโอกาสในการทำงาน และแนวทางเกี่ยวกับการจัดการเรื่องเงิน

ครั้งที่ 5-10 เกี่ยวกับองค์ประกอบทั้งหมดในครั้งที่ 1-4 เพิ่มเติมสาระความรู้ และฝึกทักษะที่พร่องไป

4) ให้การบำบัดแบบสั้น (brief counselling) เปิดโอกาสให้ผู้มีปัญหาการดื่มสุราได้พูดคุย ความคิด ความรู้สึกถึงปัญหาการควบคุมการดื่มสุรา เสริมแรงจูงใจเพื่อให้สามารถลด ละ เลิกดื่ม และได้พูดคุยถึงปัญหาในการดำเนินชีวิตอื่น ๆ

5) ร่วมกัน สรุป และบันทึกปัญหาต่าง ๆ และแนวทางการแก้ไขในแบบบันทึกการให้การปรึกษา

3.3 สรุปผลการดำเนินงานตามโครงการพร้อมแบบรายงานหรือบัญชีรายชื่อผู้ที่เข้าร่วมโครงการ (ตามภาคผนวก) ส่งให้กองทุนหลักประกันสุขภาพ.....

ผู้ดำเนินงาน ควรได้รับการอบรมโปรแกรมใกล้บ้านสมานใจ และศึกษา “แนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุรา” กระทรวงสาธารณสุข

(หมายเหตุ ดูรายละเอียด “การดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ติดสุรา:โปรแกรมใกล้บ้านสมานใจ (PACT Model)” ใน “แนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุรา” กระทรวงสาธารณสุข)

4. ระยะเวลาดำเนินการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....- วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... (1 ปี)

5. งบประมาณ

จากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล..... จำนวนทั้งสิ้น.....บาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย ดังนี้.... ให้ระบุรายละเอียดค่าใช้จ่ายให้สอดคล้องกับวิธีการดำเนินงาน/กิจกรรม ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามระเบียบที่หน่วยงานถือปฏิบัติ).....

6. ผู้ดำเนินงาน/ผู้รับผิดชอบ

หน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานภายในของ อบท. ตามข้อ 10(1)

7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ร้อยละ 60 ของผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระดับความเสี่ยงสูงหรือผู้ติดสุราในชุมชน เมื่อสิ้นสุดโครงการสามารถลดการดื่มจนมีความเสี่ยงต่ำหรือหยุดดื่มได้

8. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียดเพื่อให้เจ้าหน้าที่ อบท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว โดยสามารถลงรายการได้มากกว่า 1 รายการ สำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น)

8.1 หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน ที่รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม (ตามประกาศฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)

ชื่อ(หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน).....

☐ 1. หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต. [ข้อ 10 (1)]

☐

ลงชื่อ.....ผู้เสนอ/โครงการ/กิจกรรม

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่-เดือน-พ.ศ.

ภาคผนวก –ตัวอย่างสิ่งส่งมอบ

แบบรายงานผู้ที่เข้าร่วมโครงการและสรุปผลลด ละ เลิกดื่มสุรา

ลำดับ	เลขบัตรประชาชน	ชื่อ สกุล	เพศ	อายุ (ปี)	ที่อยู่	เลิก/หยุด	ละ	ลด	ถอนตัว

บันทึก

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

บันทึก

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เลขที่ 120 หมู่ 3 ชั้น 2-4 อาคารหน่วยงานราชการ

ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550

ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210

โทรศัพท์ เบอร์กกลาง 02-141-4000 (เวลาราชการ)

โทรสาร 02-143-9730-1 เว็บไซต์ : <http://www.nhso.go.th/>

สายด่วน สปสช. โทร. 1330