

ระดับที่ ๔

๔.๑ รายงานผลการดำเนินกิจกรรมที่สนับสนุนนโยบายและมาตรการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพที่ ๑ ชุมชนบ้านแพทยรอบรู้ด้านสุขภาพ ลดเค็ม ลดโรค ชะลอไตเสื่อม

พื้นที่เป้าหมาย : หมู่บ้านแพทย ม.๒ ตำบลบ้านมาง อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดพะเยา

ผู้นำเสนอ: นายพงศ์ศิลป์ วิลาชัย หน่วยงาน: ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลบ้านมาง อ.เชียงม่วน จ.พะเยา

หลักการและเหตุผล

โรคไม่ติดต่อยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประชาชนไทยทั้งในแง่ภาระโรคและอัตราการเสียชีวิตอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร(๓๐-๖๙ปี) จากโรคไม่ติดต่อที่สำคัญประกอบด้วยโรคหลอดเลือดสมอง,โรคหัวใจขาดเลือด, โรคเบาหวาน,ภาวะความดันโลหิตสูง ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากถึง ๑๔ ล้านคน เสียชีวิตปีละกว่า ๓๐๐,๐๐๐ คน และคาดว่าจะมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นในทุกๆปี ซึ่งส่วนใหญ่เสียชีวิต ก่อนอายุ ๗๐ ปี สะท้อนภาพการสูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร ซึ่งเมื่อคิดเป็นมูลค่าทาง เศรษฐกิจรวมที่เสียไปแล้ว นับว่าสูงมากถึงร้อยละ ๔๐ ของมูลค่างบประมาณภาครัฐไทยทั้งหมด โรคเหล่านี้หากไม่ได้รับการรักษา ความรุนแรงของโรคจะเพิ่มมากขึ้น และอาจเกิดโรคแทรกซ้อนตามมา ได้แก่ โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ อำเภอยางชุมน้อย มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน ๕,๑๑๖, ๕,๒๗๔ และ ๕,๒๗๒ ราย ตามลำดับ ปัจจัยเสี่ยงสำคัญในพื้นที่ คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารอาหารโซเดียมสูง ทำให้มีปัญหาการควบคุมระดับความดัน และภาวะไตเสื่อม ช่วงปีเดียวกันผู้ป่วยมีภาวะไตเสื่อมระยะที่ ๓ ร้อยละ ๔๖.๓๙, ๔๓.๔๖ และ ๔๒.๖๔ ระยะที่ ๔ ร้อยละ ๑๔.๐๒, ๑๖.๕๔ และ ๑๙.๑๒ และระยะที่ ๕ ร้อยละ ๑๐.๗๒, ๑๓.๓๓ และ ๑๒.๑๔ ตามลำดับ จากสถิติจะเห็นได้ผู้ป่วยมีภาวะไตเสื่อม ระยะที่ ๔-๕ มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปี ๒๕๖๖ ตำบลบ้านมาง มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงจำนวน ๓๖๕ และ ๑,๑๐๖ ราย คิดเป็น ๑๒,๑๔๕.๕๑ และ ๓๖,๘๒๙.๘๓ ต่อแสนประชากร ตามลำดับ จากนี้ยังมีผู้ป่วยไตเสื่อมตั้งแต่ระยะที่ ๓ ขึ้นไปจำนวน ๑๗๒ ราย คิดเป็น ๕,๗๒๗.๖๐ ต่อแสนประชากร อำเภอยางชุมน้อยพบสถานการณ์โรคไตวายหรือไตเสื่อมมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ได้ส่งผลกระทบต่อในวงกว้าง ทั้งตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว ชุมชน รวมถึงภาครัฐที่ต้องใช้ต้นทุนสูงในการดูแลรักษา ซึ่งหากวิเคราะห์ถึงเหตุปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น พบว่ามีความสัมพันธ์กับจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เพิ่มมากขึ้น รวมถึงพฤติกรรมเสี่ยง โดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูง ทั้งนี้ได้มีการสุ่มตรวจปริมาณโซเดียมในอาหารระดับครัวเรือน ด้วยเครื่องวัดความเค็ม(Salt Meter) จำนวน ๕๕ ครัวเรือน พบว่าครัวเรือนมีการปรุงอาหารที่มีค่าโซเดียมสูงเกินมาตรฐาน จำนวน ๓๔ ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ ๖๑.๘๒ ซึ่งในส่วนของตำบลบ้านมางผู้ป่วยไตเสื่อมตั้งแต่ระยะที่๓ ขึ้นไป พบว่ามีจำนวนทั้งสิ้น ๑๗๒ คน กระจายอยู่ทั้ง ๙ หมู่บ้าน พบมีจำนวนมากที่สุดอยู่ที่หมู่บ้านแพทย จำนวน ๔๐ คน

ด้วยเหตุนี้ หน่วยงานจึงเห็นถึงความสำคัญของปัญหาโรคไตวาย และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูงเกินมาตรฐาน ซึ่งหากไม่มีการแก้ไขปัญหาในอนาคตจะมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไตวายเพิ่มอย่างแน่นอน จึงได้คัดเลือกหมู่บ้านแพทยเป็นหมู่บ้านนำร่องในการสร้างความรอบรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในโรคไตเสื่อมให้กับประชาชนในพื้นที่ ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

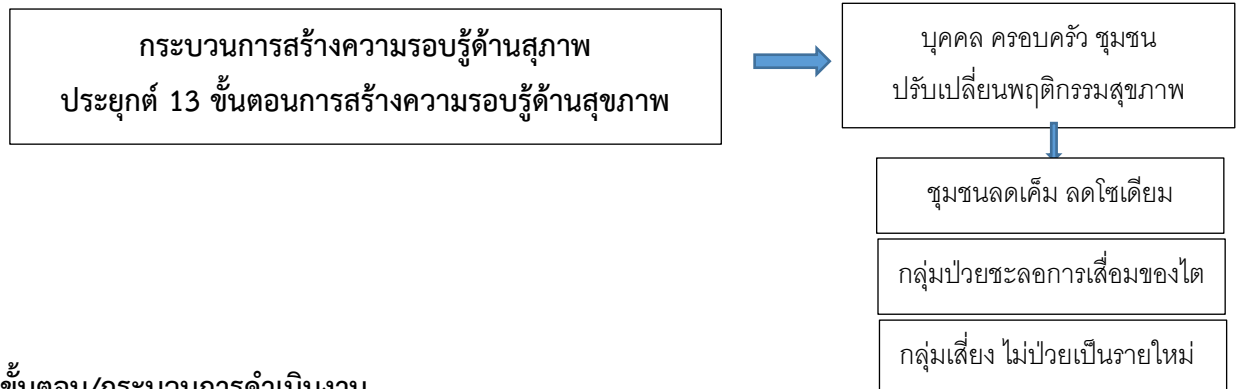
๒. เพื่อให้กลุ่มผู้ป่วยไตเสื่อมและประชาชนทั่วไปเกิดความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารลดเค็ม ลดโซเดียม

๓. เพื่อให้เกิดมาตรการชุมชน ลดเค็ม ลดโซเดียมในงานมงคล และงานอวมงคลต่างๆ

๔. เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานลดเค็ม ลดโซเดียม ลดโรค

กรอบแนวคิดในการดำเนินงาน

การที่บุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคไตวายเรื้อรังและสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรค ย่อมส่งผลให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ปลอดภัย ซึ่งจะส่งผลให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น ชะลอการเสื่อมของไต กลุ่มเสี่ยงไม่เกิดภาวะไตวายรายใหม่ เกิดพฤติกรรมชุมชนที่ดี



ขั้นตอน/กระบวนการดำเนินงาน

๑. วิเคราะห์และทบทวนสถานการณ์ปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ปัญหาสาเหตุการป่วย สาเหตุการตาย
๒. จัดเวทีคืบข้อมูล/สถานการณ์ปัญหาด้านสุขภาพของประชาชน ให้กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ตำบลและร่วมจัดลำดับความสำคัญของปัญหา จนได้ปัญหาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไตเสื่อม ซึ่งล้วนแล้วแต่สาเหตุมาจากการพฤติกรรมเสี่ยง โดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามความเคยชินหรือค่านิยม
๓. คัดเลือกชุมชนเป้าหมายในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในโรคไตเสื่อม ภายใต้ชุดข้อมูลที่สำคัญและสนับสนุนกระบวนการตัดสินใจ ซึ่งได้คัดเลือกหมู่บ้านแพทย์ ทั้งนี้พบว่าหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยไตเสื่อมตั้งแต่ระยะที่ ๓ ขึ้นไป มีจำนวนมากที่สุดในตำบล จำนวน ๔๐ ราย
๔. จัดประชุมเครือข่ายการดำเนินงาน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน แกนนำอสม. กลุ่มแม่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงเรียน วัด สถานประกอบการ ร้านอาหาร ร้านค้า และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฯลฯ ร่วมวิเคราะห์ถึงจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสและค้นหาต้นทุนที่สำคัญทั้งตัวคน และทุนทางสังคม ที่จะสนับสนุนการขับเคลื่อนงาน รวมถึงการจัดทำแผนการดำเนินงาน
๕. พัฒนาวัดกรรม “ลดไตวาย ชะลอไตเสื่อม” เพื่อใช้เป็นสื่อการสร้างความตระหนักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากนั้นจัดเวทีชุมชนในการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะไตเสื่อม การใช้บุคคลต้นแบบดูแลสุขภาพดี การใช้วัตกรรมการที่พัฒนาขึ้น รวมถึงการร่วมกันวิเคราะห์ถึงสาเหตุปัจจัยที่สัมพันธ์การเกิดโรค และร่วมสร้างมาตรการชุมชนลดเค็ม ลดเกลือ และโซเดียม เพื่อลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
๖. จัดตั้งสถานีรักษสุขภาพ (Health Station) ในชุมชน ใช้เป็นศูนย์รวมในการสร้างความรอบรู้ และให้บริการด้านสุขภาพด้านอื่นๆ เช่น คัดกรองความดัน เบาหวาน การติดตามกลุ่มเสี่ยง การจ่ายยาให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การตรวจหาโซเดียมในอาหาร เป็นต้น
๖. นำมาตรการชุมชนสู่การปฏิบัติจริง โดยแกนนำสุ่มตรวจหาค่าโซเดียมในอาหารระดับครัวเรือนและเมนูอาหารงานในชุมชนด้วยเครื่องตรวจค่าความเค็ม (Salt Meter) อย่างต่อเนื่อง และคืนข้อมูลให้กับให้กับชุมชน เพื่อหาแนวทางการปรับปรุง ปรับเปลี่ยนเป็นระยะๆ
๗. ขยายเครือข่ายลดเค็ม ลดโซเดียมสู่ระดับตำบล โดยจัดเวทีประชุมและจัดตั้ง “เครือข่ายด้านเค็ม” ระดับตำบล ซึ่งประกอบด้วย ประธานกลุ่มแม่บ้าน, แม่ครัวมือปรุงอาหารประจำหมู่บ้าน, ประธานอสม., อสม.สาขาคุ้มครองผู้บริโภค, วัด, โรงเรียน, ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก, บุคลากรสาธารณสุข และพัฒนาช่องทางสื่อสาร ติดตาม ตรวจสอบ คืนข้อมูลเป็นระยะๆ ในรูปแบบไลน์กลุ่ม

๘. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถอดบทเรียนทั้งระดับหมู่บ้านและระดับตำบล สู่การปรับปรุงแก้ไขอย่างต่อเนื่อง

ผลลัพธ์ของการดำเนินงาน

๑. เกิด “มาตรการชุมชน” ในการลดเกลือ ลดโซเดียมทั้งระดับหมู่บ้าน และระดับตำบล
๒. กลุ่มป่วยไตเสื่อม จำนวน ๔๐ คน มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดเค็ม ลดโซเดียม อย่างเป็นรูปธรรม และค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตเพิ่มมากขึ้น
๓. ประชาชนทั่วไปมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค ลดเค็ม ลดโซเดียม อย่างเป็นรูปธรรม
๔. เกิด “เครือข่ายต้านเค็ม” ระดับตำบล สามารถเป็นต้นแบบให้กับพื้นที่ตำบลอื่นๆ
๕. เกิด “เมนูชุมชน” ลดเค็ม ลดโซเดียม ซึ่งเป็นเมนูชุมชนที่ผลตรวจค่าโซเดียมอยู่ในเกณฑ์ปกติ
๖. เกิด “เมนูประจำถิ่น เมนูสุขภาพ” ซึ่งเป็นเมนูได้รับความร่วมมือจากร้านอาหารในพื้นที่ และผ่านการรับรองจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
๗. ได้รับคัดเลือกจากจังหวัดพะเยา ให้เป็นพื้นที่ต้นแบบ “เมืองสุขภาพดี วิถีชุมชน คนอายุยืน (Healthy City Model)” ตามนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

เขตสุขภาพที่ ๒ ชุมชนบ้านแดนทอง รอบรู้สุขภาพ อยู่ดี กินดี มีรายได้

บ้านแดนทอง หมู่ ๘ ตำบลร่วมจิต อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์

นางสาวจิรนนท์ มีอินทร์

(รพ.สต. ร่วมจิต สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุตรดิตถ์)

หลักการและเหตุผล

ชุมชนหมู่ ๘ บ้านแดนทอง ตำบลร่วมจิต อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น ๓๐๕ คน จำนวน ๘๙ ครัวเรือน จากการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน พบว่า ประชาชนมีการปลูกผักสำหรับบริโภคในครัวเรือนจำนวนน้อย ส่วนใหญ่เลือกซื้อจากตลาดนัด หรือรถเร่ ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ทำสวนทำไร่ นอกจากนี้การทำสวนไร่ นา มีการใช้สารเคมี จึงทำให้การปนเปื้อนจากแหล่งน้ำที่ใช้ หรือการใช้ดินที่มีสารพิษตกค้าง ซึ่งสารพิษเหล่านี้อาจเป็นอันตรายต่อร่างกายหากบริโภคเป็นระยะเวลานาน ในปี ๒๕๖๖ จากการตรวจสอบสารเคมีตกค้างในเลือดเกษตรกรและผู้สัมผัสของประชาชนชุมชนหมู่ ๘ บ้านแดนทอง ร้อยละ ๘๐ อยู่ในระยะไม่ปลอดภัย และอันตราย และมีแนวโน้มสูงขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดความรู้เรื่องอาหารปลอดภัยและโทษของอาหารที่ปนเปื้อน ไม่ตระหนักถึงเรื่องการบริโภคอาหารปลอดภัย อีกทั้งสภาพแวดล้อมในชุมชนยังไม่มีตลาดจำหน่ายสินค้าในชุมชน ทำให้ต้องซื้ออาหารจากแหล่งอาหารอื่น ๆ ทำให้ส่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพ เช่น การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้องและการสร้างเสริมพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของประชาชน จะช่วยส่งเสริมให้คนในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งการแก้ไขปัญหาต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่าย เพื่อพัฒนาเป็นหมู่บ้านต้นแบบ สร้างภาคีเครือข่ายความร่วมมือในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพให้แก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ดำเนินการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ ประเมินสถานการณ์ และกำหนดมาตรการทางสังคมในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อส่งเสริมให้คนในชุมชนได้ปลูกและบริโภคผักปลอดสารพิษในครัวเรือน
๒. เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของประชาชน
๓. เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน

กรอบแนวคิดในการดำเนินงาน

แนวคิดสำคัญที่จะสามารถนำมาใช้ประยุกต์สร้างความรอบรู้สามารถเริ่มทำได้ตามกระบวนการสร้างการเปลี่ยนแปลงภายในตัวบุคคลเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ หรือที่เรียกว่า กรอบแนวคิด V-Shape นำโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขมีด้วยกัน ๖ ขั้น (๔) โดยเริ่มจาก ขั้นแรก การส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูล ความรู้ต่าง ๆ ถัดมาคือ ขั้นที่สอง การสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับปลูกและบริโภคผักปลอดสารพิษ ซึ่งการสื่อสารที่สำคัญจะอยู่ใน ๒ กระบวนการแรกนี้ และเป็นกระบวนการที่สำคัญสำหรับการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจถึงประโยชน์ของพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพที่ถูกต้อง หลังจากนั้นขั้นตอนอื่น ๆ ก็จะเกิดขึ้นตามลำดับ ดังกรอบแนวคิด คือ ในขั้นที่สาม การโต้ตอบซักถาม แลกเปลี่ยน ไปจนถึงขั้นที่สี่ การตัดสินใจ แล้วเข้าสู่ขั้นที่ห้า เกิดการบอกต่อ ซึ่งเมื่อเกิดขึ้นตอนทั้งห้าขั้นที่ผ่านมา สิ่งสำคัญที่สุดคือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จะอยู่ในขั้นสุดท้าย ซึ่งก่อนจะเกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมของคนได้ จะต้องเริ่มทำตามขั้นตอนเข้าถึง และเข้าใจ โดยใช้การสื่อสารเข้ามาช่วยนั่นเอง

จากกรอบแนวคิดข้างต้นนั้น สามารถนำมาปรับใช้กับการดำเนินงานด้านการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชนได้

ขั้นตอน/กระบวนการดำเนินงาน

กำหนดปัญหา โดยใช้เครื่องมือต้นไม้ปัญหา

ตั้งวัตถุประสงค์

กำหนดแนวทางการดำเนินงาน ใช้เครื่องมือบันไดผลลัพธ์ในการดำเนินงาน

ดำเนินงานตามผลงาน

วิเคราะห์กระบวนการถอดบทเรียนและสรุปผลงาน

ผลลัพธ์ของการดำเนินงาน

๑.เกิดการทำงานแบบมีส่วนร่วมของชุมชน “เกิดคณะทำงาน” ซึ่งคณะทำงานที่มาจากสมาชิกในชุมชน ถือเป็นกลไกสำคัญอย่างยิ่งต่อการผลักดันและดำเนินการโครงการฯในระยะยาวให้มีความยั่งยืน

๒.ชุมชนให้ความสำคัญ และพร้อมสนับสนุนร่วมมือให้เกิดผลลัพธ์เป็นรูปธรรมอย่างชัดเจน เช่น มีตลาดชุมชนเพื่อเป็นแหล่งจำหน่ายอาหารปลอดภัย

๓.เกิดเวทีพี่เลี้ยง มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ส่งผลให้แกนนำชุมชนต่างๆ เกิดทักษะ สามารถนำวิธีการไปประยุกต์ เพื่อจัดกระบวนการส่งเสริมการใช้จักรยานในชีวิตประจำวันได้ และขยายเครือข่ายสร้างแนวร่วมแกนนำด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ปรับวิธีการทำงานระบบสุขภาพจากการรักษาเป็นการทำงานเชิงรุก คือเข้าหา เข้าถึง เข้าไปให้ความรู้ โดยมีโครงการที่ได้รับสนับสนุนจาก สสส. เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการในการทำงาน

๔.มีการกำหนดมาตรการส่งเสริมให้เกิดการบริโภคผักปลอดสารพิษ และสามารถบูรณาการวิธีการให้สอดคล้องกับหน่วยงานกลุ่มต่างๆ ในเรื่องของแนวทางส่งเสริมการบริโภคผักปลอดสารพิษ

๕.เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนในชุมชน มีคนปลูกและบริโภคผักปลอดสารพิษเพิ่มขึ้น มีตลาดชุมชน เพื่อนำผักที่ปลูกมาจำหน่ายเพิ่มรายได้

เขตสุขภาพที่ ๓ การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) การดูแลสุขภาพช่องปาก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านท้ายเกาะ โดยความร่วมมือของครอบครัว และชุมชน
สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี บ้านไทรตรังษ์
อนุศักดิ์ เพชรรัตน์ สิริธิกร สุดลวด หน่วยงาน สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี บ้านไทรตรังษ์ จังหวัดกำแพงเพชร

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ นำแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โดยการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพช่องปากศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เก็บรวบรวมข้อมูลสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องร่วมกับสัมภาษณ์เชิงลึกบุคคล ผู้ปกครอง และครูที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดี โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพการดูแลสุขภาพช่องปาก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กพบว่า เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านท้ายเกาะ จำนวน ๕๐ คน อายุเฉลี่ย ๔.๘±๑.๒ ปี พบอัตราการเกิดโรคฟันผุ และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่เหมาะสม คิดเป็นร้อยละ ๗๖ โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เมื่อนำมาวิเคราะห์รากเหง้าปัญหาด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า “ผู้ปกครองมีความคาดหวังในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของครูผู้ดูแล ส่งผลให้การดูแลสุขภาพที่บ้านน้อยลง เปลี่ยนบทบาทเป็นผู้ประเมินผลแทน” จึงประยุกต์ใช้กระบวนการ ๑๐ องค์ประกอบ ๑๓ ขั้นตอน การพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพปฐมนิเทศและเกิดสังเคราะห์ Tailored key message “แปรงฟันกันเถอะ” พร้อมดำเนินการอย่างมีส่วนร่วมตั้งแต่รับรู้ปัญหาค้นหาสาเหตุ ออกแบบกิจกรรมและการตัดสินใจ

ผลจากการนำแนวคิดดังกล่าวมาใช้ พบว่า ผู้ปกครอง และครูหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน ๖ ด้าน ดังนี้ ๑) ความเข้าใจข้อมูล ๒) การเข้าถึงข้อมูล ๓) การโต้ตอบซักถาม ๔) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ๕) การตัดสินใจ ๖) การรู้เท่าทันสื่อ อีกทั้งยังผู้ปกครองมีความรอบรู้สาเหตุของการเกิดฟันผุ ช่วงเวลาที่ควรเริ่มต้นแปรงฟันให้เด็ก และการปล่อยให้เด็กหลับคาขวดนมทำให้เกิดฟันผุ ร้อยละ ๕๘ และ ๕๒ ด้านทัศนคติพบว่า เมื่อเด็กมีฟันน้ำนมจำเป็นต้องได้รับการรักษา และการฝึกให้เด็กแปรงฟันก่อนเข้านอนเป็นสิ่งจำเป็น เห็นด้วยร้อยละ ๘๖ และ ๘๒ ด้านการปฏิบัติพบว่า ร้อยละ ๔๘ และ ๗๐ ของผู้ปกครองพาเด็กไปรับบริการทันตกรรม และตรวจความสะอาดช่องปากเด็กหลังแปรงฟัน บทบาทครูจัดกิจกรรมเรียนรู้และฝึกทักษะการดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้บริหารให้การสนับสนุนงบประมาณและกำหนดนโยบายสุขภาพฟันดี และทันตบุคลากรเป็นผู้สนับสนุนให้ข้อมูลและกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

วัยเด็กเป็นช่วงวัยที่มีความสำคัญที่สุดของชีวิต เพราะถือเป็นพื้นฐานสำคัญอันนำไปสู่ช่วงวัยอื่น ๆ สุขภาพช่องปากที่ดี ส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการที่เหมาะสมกับวัย แต่หากมีโรคในช่องปาก จะส่งผลเสียต่อสุขภาพร่างกายและส่งผลกระทบต่อสภาวะจิตใจของเด็กด้วย การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) การดูแลสุขภาพช่องปาก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านท้ายเกาะ โดยความร่วมมือของครอบครัว และชุมชน สามารถพัฒนาบุคคลและครอบครัวต้นแบบและขยายเครือข่าย โดยสามารถนำรูปแบบนี้ไปพัฒนาเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาลดความเสี่ยงในการเกิดโรค และตอบสนองการแก้ไขปัญหาสุขภาพ

คำสำคัญ : ความรู้ด้านสุขภาพ, แปรงฟันกันเถอะ, การมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน

เขตสุขภาพที่ ๔ “แก่งแซน เท้ายกขยับ”ยกระดับ กลุ่มเสี่ยง ห่างไกล NCDs
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจั่วราย ๓ สำนักงานสาธารณสุขอำเภออินทร์บุรี
(นางพรรณมน สิริยสาร) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี เขตสุขภาพที่ ๔

หลักการและเหตุผล

ปี พ.ศ. ๒๕๖๖ ประเทศไทยมีประชากร ๖๖,๐๖๐,๐๓๖ คน หรือราว ๖๖ ล้านคน (ประกาศสำนักทะเบียนกรมการปกครอง ณ วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖) และพบผู้ป่วยสะสมโรคเบาหวาน จำนวน ๓,๔๘๖,๖๓๗ ราย คิดเป็น ร้อยละ ๗.๗๐ และผู้ป่วยสะสมโรคความดันโลหิตสูง จำนวน ๗,๐๙๒,๗๔๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๖๗ ของประชากรชาวไทย สำหรับเขตสุขภาพที่ ๔ มีประชากร จำนวน ๔,๒๑๗,๘๒๐ ราย พบผู้ป่วยสะสมโรคเบาหวาน จำนวน ๓๑๖,๗๐๙ ราย คิดเป็น ร้อยละ ๗.๕๑ และผู้ป่วยสะสมโรคความดันโลหิตสูง จำนวน ๖๕๒,๓๓๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๔๗ จังหวัดสิงห์บุรีพบผู้ป่วยสะสมโรคเบาหวาน จำนวน ๑๘,๘๑๖ ราย คิดเป็น ร้อยละ ๙.๔ และผู้ป่วยสะสมโรคความดันโลหิตสูง จำนวน ๔๐,๔๐๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๐,๑๘ ในขณะที่พื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจั่วราย ๓ พบผู้ป่วยสะสมโรคเบาหวาน จำนวน ๒๖๑ ราย คิดเป็น ร้อยละ ๙.๘๓ และผู้ป่วยสะสมโรคความดันโลหิตสูง จำนวน ๓๐๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๑.๔๑

จากสถานการณ์ประชาชนที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้น กระทรวงสาธารณสุขจึงให้ความสนใจในการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ให้กับชุมชน เพื่อพัฒนาความสามารถของประชาชนในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพเพื่อการพิจารณาและตัดสินใจในชีวิตประจำวัน เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดช่วงอายุ ดังนั้นการสาธารณสุขไทย จึงให้ความสำคัญกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน โดยมีเป้าประสงค์ ในแผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๙) ข้อที่ ๑ กำหนดไว้ว่า "ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น ส่งผลให้การเจ็บป่วยและตายจากโรคที่ป้องกันได้ลดลง" ประเทศไทยจึงมุ่งสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชนทุกระดับ ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน องค์กร ทั้งนี้แนวคิดการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ยังสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ด้วยการพึ่งพาตนเองในการดูแลสุขภาพ โดยเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ มากกว่าการซ่อมรักษาสุขภาพ ที่ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายสูงและใช้อาหารเป็นยา

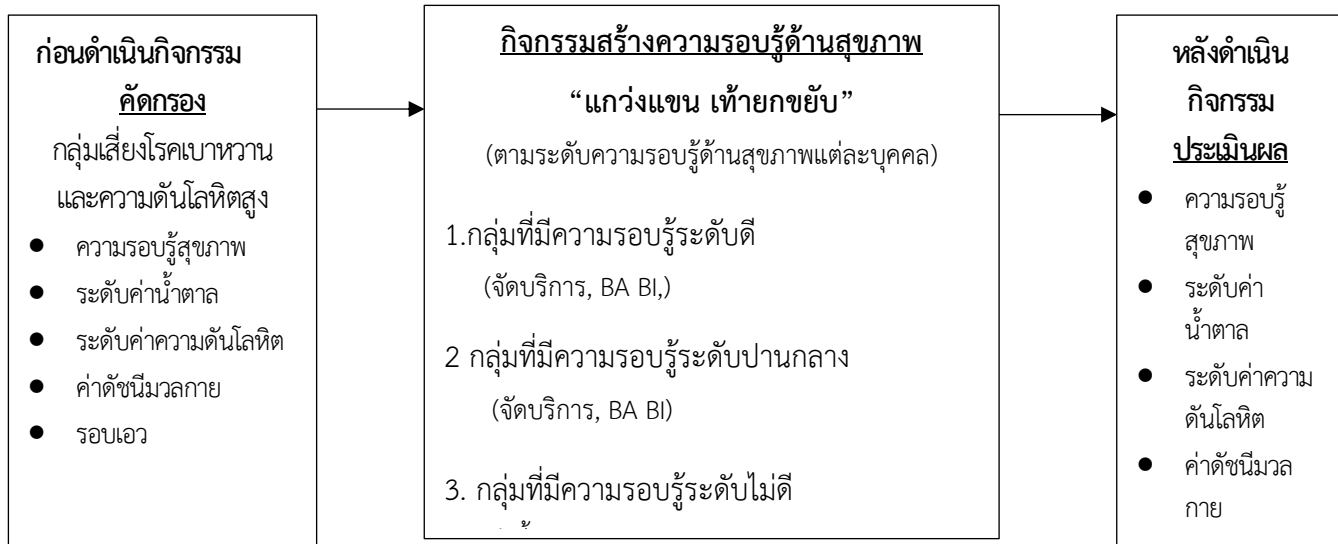
ในสถานการณ์ปัจจุบันนอกจากการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จัดบริการโดยหน่วยบริการสาธารณสุข การตระหนักรู้ในระดับของบุคคล เรื่องการจัดการตนเองของประชาชนล้วนเป็นสิ่งสำคัญ หากประชาชนที่สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารสุขภาพ และสามารถเข้าใจมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองได้

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจั่วราย ๓ จึงมุ่งเน้นให้ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและแกนนำชุมชนมีทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สุขภาวะทางกาย จิต และสังคม ด้วยการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ จัดกระบวนการเพื่อส่งเสริมการตัดสินใจด้วยตนเองเพื่อให้ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ไม่ไปเป็นกลุ่มป่วยโรคเรื้อรัง
๒. เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเป็นต้นแบบในชุมชนได้

กรอบแนวคิดในการดำเนินงาน



ขั้นตอน/กระบวนการดำเนินงาน

๙.๑ จัดประชุมชี้แจงแนวทางขับเคลื่อนโครงการฯ

๙.๒ ประเมินผลสภาวะสุขภาพประชาชนอายุตั้งแต่ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูงตามชุดสิทธิประโยชน์ โดยเลือกกลุ่มเสี่ยงเป็นกลุ่มเป้าหมายส่งเสริมการดูแลตนเอง ฝ้าระวัง และป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

๙.๓ ประเมินการวัดระดับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อลดความเสี่ยงและวัดระดับความรู้สุขภาพ (ครั้งที่๑)

- จำแนกกลุ่มเป็น ๓ ระดับ กลุ่มที่มีความรอบรู้ระดับดี, กลุ่มที่มีความรอบรู้ระดับปานกลาง และกลุ่มที่มีความรอบรู้ระดับไม่ดี

๙.๔ จัดกิจกรรมส่งเสริมการดูแลตนเอง ฝ้าระวัง และป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงให้กับกลุ่มที่เข้าร่วมโครงการฯ โดยมี Key message หลักของกิจกรรมว่า “แกว่งแขน เท้ายกยับ” โดยมีรูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ ให้สอดคล้องตามระดับความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

- ผู้ที่มีความรอบรู้ระดับดีขึ้นไป และระดับปานกลาง(พอใช้) จัดบริการ เสริมสร้างแรงจูงใจ ด้วยวิธี Brief Advice : BA Brief Intervention :BI ตามแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ป้องกันการป่วยรายใหม่

- ผู้ที่มีความรอบรู้ระดับไม่ดี และหรือมีระดับค่าดัชนีมวลกายเกิน และระดับการรอบเอวเกิน มีพฤติกรรม สูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น กำหนดให้มี “บัดดี้สุขภาพ (Health Buddy)” ช่วยเหลือ กระตุ้น ติดตามดูแล ให้กำลังใจกลุ่มเสี่ยงให้ปรับพฤติกรรม ป้องกันการป่วยรายใหม่

๙.๕ ประเมินการวัดระดับความรู้สุขภาพ การวัดระดับค่าน้ำตาล ระดับค่าความดันโลหิต ระดับค่าดัชนีมวลกาย และระดับรอบเอว (ครั้งที่ ๒) เพื่อติดตามความก้าวหน้า การส่งเสริมป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

๙.๖ ประเมินการวัดระดับความรู้สุขภาพ การวัดระดับค่าน้ำตาล ระดับค่าความดันโลหิต ระดับค่าดัชนีมวลกาย และระดับรอบเอว (ครั้งที่ ๓) เพื่อสรุปผลโครงการฯ นำไปสู่การปรับปรุงและขยายผลต่อไป

ผลลัพธ์ของการดำเนินงาน

ดำเนินงานตั้งแต่ พฤษภาคม ๒๕๖๖ - เมษายน ๒๕๖๗

กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน ๓๒ ราย

กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน ๒๓ ราย

รวม ๕๕ ราย ไม่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ทำให้ไม่ต้องมีค่าใช้จ่ายในการรักษา และยังได้ของแถมที่มีค่าตามมา คือ ผู้เข้าร่วมโครงการมีดัชนีมวลกายลดลง ๑๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๑.๘๒

เมื่อผู้เข้าร่วมโครงการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ ที่ทำได้จริง ทำง่าย เห็นผลจริง ผู้เข้าร่วมโครงการมีสุขภาพดีขึ้น และเป็นต้นแบบในการดูแลสุขภาพที่มีส่วนในการตัดสินใจ เกิดความภาคภูมิใจ ทำให้เกิดการขยาย แนะนำ บอกต่อ ด้วยตัวเองโดยอัตโนมัติและเป็นธรรมชาติ ชุมชนเกิดความเข้มแข็งด้วยชุมชนเอง

เขตสุขภาพที่ ๕ โครงการกายชั๊ปปี้กับผู้สูงวัยบ้านสองห้อง

บทคัดย่อ

โครงการกายชั๊ปปี้กับผู้สูงวัยบ้านสองห้อง จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้เกิดกลไกการพัฒนากิจกรรมทางกายและส่งเสริมการเข้าถึงสวัสดิการชุมชนของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม และเพื่อให้ผู้สูงอายุมรพดกิจกรรมสุขภาพที่ดี ไม่ล้ม ไม่ลื้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย มีเนื้อหากิจกรรมเกี่ยวกับมิติด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และมีมิติด้านสังคม กลุ่มเป้าหมายดำเนินการประกอบด้วย ๒ กลุ่ม ได้แก่ ๑) กลุ่มผู้สูงอายุ(อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป จำนวน ๒๔ คน และ ๒)กลุ่มแกนนำดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน ๓๐ คน ที่มาจาก ๓ กลุ่มวัย ได้แก่ กลุ่มเด็กและเยาวชน กลุ่มวัยทำงานและกลุ่มผู้สูงอายุ ในหมู่บ้านพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสองห้อง ตำบลห้วยขวาง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม ได้แก่ หมู่ที่ ๑,๓,๔,๖,๘,๙,๑๓,๑๕,๑๘ และ ๒๑ ระยะเวลาดำเนินโครงการตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๖ ถึง กรกฎาคม ๒๕๖๗

ผลการดำเนินงานโครงการกายชั๊ปปี้กับผู้สูงวัยบ้านสองห้อง พบว่า

๑) เกิดคณะทำงานขับเคลื่อนโครงการที่เข้มแข็ง ที่มาจาก องค์การบริหารส่วนตำบล วัดโรงเรียน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน ประชาชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสองห้อง(รพ.สต.) จำนวน ๒๐ คน ซึ่งคณะทำงานมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่ชัดเจน มีแผนการดำเนินงานและมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนตลอดโครงการ

๒) เกิดกลไกขับเคลื่อนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบไปด้วย การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและส่งเสริมการเข้าถึงสวัสดิการชุมชน โดยเกิดเครือข่ายแกนนำดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มาจาก ๓ กลุ่มวัย ได้แก่ วัยเด็ก วัยทำงาน และวัยผู้สูงอายุ จำนวน ๓๐ คน ที่ผ่านการอบรมความรู้เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ การประเมินภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ ๔ ด้าน ได้แก่ ไม่ล้ม ไม่ลื้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย และการออกกำลังกายด้วยการเดินบาสโลป ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่เป็นภูมิปัญญาท้องถิ่น ของชุมชนบ้านสองห้อง จำนวน ๒๔ คน

๓) เกิดการขับเคลื่อนและติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่า มีการใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่งเป็นการออกกำลังกายด้วยวิธีการเดินบาสโลป และมีรายงานการติดตามประเมินผลการสร้างเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุ หลังดำเนินงานทุก ๑ เดือน ๓ เดือน ๖ เดือน และ ๙ เดือน

๔) ผู้สูงอายุสุขภาพดีขึ้นและมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคม จากผลการดำเนินงาน พบว่า เกิดแกนนำ ๓ กลุ่มวัย (วัยเด็ก/เยาวชน วัยทำงาน วัยสูงอายุ) จำนวน ๓๐ คน ๒. ผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักตัวเกิน ที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม มีน้ำหนักลดลง จำนวน ๑๑ คน จาก ๒๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๕.๘๐ และ๓. ผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักตัวเกิน ที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม “ผลทดสอบการประเมินความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ” พบว่า ผลการทดสอบปกติ จำนวน ๑๗ คน จาก ๒๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๗๐.๘๓

โดยมีปัญหและอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

๑) คณะทำงานบางส่วนไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้ทุกครั้ง เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นผู้นำชุมชนหรือผู้บริหารองค์กร มีภารกิจหลายด้าน ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้หรืออยู่ร่วมประชุมไม่ครบตามกำหนดเวลา

๒) การนำเด็กและเยาวชน มาทำกิจกรรม มีข้อจำกัดเรื่องเวลา เรื่องการเดินทางและเรื่องความปลอดภัย เนื่องจากต้องได้รับอนุญาตจากบิดา มารดา หรือผู้ปกครองก่อน

๓) การออกกำลังกายด้วยการเดินบาสโลปเพียงอย่างเดียว น้ำหนักอาจลดลงไม่ดีเท่าที่ควรควรมีการจัดกิจกรรมเรื่องการควบคุมอาหารร่วมด้วย

เขตสุขภาพที่ ๖ การขับเคลื่อนองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ “สูงวัย สุขภาพดี ไม่มีลัม”

องค์กร/ชุมชน/เครือข่ายรอบรู้ด้านสุขภาพ

ตำบลบางเกลือ อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา

นางสาวกัญญา เกษรพิกุล

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเกลือ สำนักงานสาธารณสุขอเภอบางปะกง

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา เขตสุขภาพที่ ๖

หลักการและเหตุผล

จากสถานการณ์ข้อมูลผู้สูงอายุไทย ในปี ๒๕๖๕ ประเทศไทยมีประชากรตามหลักฐานจากทะเบียน ราษฎรของกระทรวงมหาดไทย ๖๖ ล้านคน ในจำนวนนี้มีประชากรสูงอายุที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ๑๓ ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ ๑๙ ของประชากรทั้งหมด ปัจจุบันปัญหาด้านสุขภาพของพื้นที่ตำบลบางเกลือ อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นและอายุยืนยาวขึ้น ในตำบลบางเกลือมีประชากรจำนวน ๔,๓๔๙ คน ผู้สูงอายุจำนวน ๘๙๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๐.๖๗ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) จำนวน ๒๗๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๐.๗๐ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ร่างกายเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อม ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกาย ลดลงหรือเสื่อมถอยไปตามอายุที่เพิ่มขึ้นจำเป็นต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งนำแนวคิด หลักการ แนวทางการพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLO) มาประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหา โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเกลือ ได้มีการกำหนดวิสัยทัศน์ โครงสร้างหน่วยงาน กำหนดอัตราากำลังบุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเกลือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และชักชวนภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วม

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมสุขภาพแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพผู้สูงอายุด้วยแนวคิดไม่มีลัม ไม่มี ไม่มีซึมเศร้า กินข้าวอร่อย หรือ ๔ Smart ได้แก่

๑. Smart Walk ออกกำลังกายสม่ำเสมอเพื่อร่างกายที่แข็งแรง ไม่หกล้ม
๒. Smart Brain & Emotional ดูแลฝึกทักษะทางสมอง ส่งเสริมสุขภาพจิตและอารมณ์
๓. Smart Sleep คือ นอนหลับอย่างเพียงพอ
๔. Smart Eat กินอาหารตามหลักโภชนาการ

กรอบแนวคิดในการดำเนินงาน

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะและความสามารถของบุคคลที่ส่งผลให้เกิดการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของผู้สูงอายุ

ขั้นตอน/กระบวนการดำเนินงาน

ขั้นตอนการดำเนินงานองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ “สูงวัย สุขภาพดี ไม่มีลัม” ดังนี้

๑. มีการบูรณาการความรอบรู้ด้านสุขภาพ เข้าเป็นแผนการดำเนินงาน “ประกาศนโยบายองค์กรตั้งแต่ปี ๒๕๖๕ เป็นต้นมา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเกลือ ดำเนินการเพิ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรและผู้สูงอายุ ในพื้นที่รับผิดชอบ แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาองค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเกลือ

๒. บูรณาการความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้ รูปแบบ วี เชฟ เข้าไปในแผนการดำเนินงานของหน่วยงาน มีการวัดและประเมินผลความรู้ด้านสุขภาพ ของบุคลากร และกลุ่มเป้าหมาย โดยการออกแบบระบบงาน เครื่องมือ และการจัดการ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานผู้สูงอายุให้มีคุณภาพ พัฒนา Service design การออกแบบการดำเนินงานสร้างความรอบรู้ โดยใช้รูปแบบ วี เชฟ ที่สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย เป็นรายบุคคล

๓. เตรียมกำลังคน ประกอบด้วย บุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเกลือ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแลผู้ป่วย และภาคีเครือข่าย เช่น ผู้นำชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และมีความสามารถในการประเมินผลความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ให้บริการ/บุคลากรของหน่วยงาน สำหรับการดูแลกลุ่มเป้าหมาย

๔. เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วมออกแบบระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้รูปแบบโปรแกรม”สาสุขอุ้นใจ สูงวัย สุขภาพดี ไม่มีลัม” ในการพัฒนาระบบบริการที่สนองตอบความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย การสร้างการพัฒนาความเข้มแข็งและสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน การพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุและครอบครัว โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ๑๓ ขั้นตอนดังนี้

๑. ขั้นตอนที่ ๑: เรียนรู้บริบท วิเคราะห์สถานการณ์พื้นที่ และทบทวนองค์ความรู้

๒. ขั้นตอนที่ ๒: รวบรวมเครือข่าย สร้างความเข้าใจสร้าง นโยบายร่วม Health care network system

๓. ขั้นตอนที่ ๓-๔: ระบุต้นทุนมนุษย์ ต้นทุนสังคม และค้นหาคนรอบรู้ คนต้นแบบด้านการดูแลตนเอง

๔. ขั้นตอนที่ ๕ : กระตุ้นการมีส่วนร่วม

๕. ขั้นตอนที่ ๖ : การสร้างข้อความสื่อสาร สร้าง Key Messages เพื่อเป็นการสื่อสารที่เข้าใจกัน

๖. ขั้นตอนที่ ๗-๘ : ตัดสินใจร่วมกันในการดำเนินงาน

๗. ขั้นตอนที่ ๙ : แลกเปลี่ยนเรียนรู้เครือข่าย เพื่อถ่ายทอดความรู้และพัฒนาต่อเนื่อง

๘. ขั้นตอนที่ ๑๐-๑๒ : ดำเนินการร่วมกันเพื่อแก้ไขปรับปรุง ประเมินผล และการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ

๙. ขั้นตอนที่ ๑๓ การถอดบทเรียน

กระบวนการดำเนินงาน

ในการส่งเสริมระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย

- ๑.การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ
๒. การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ
๓. การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนความรู้
๔. การตัดสินใจด้านสุขภาพ
๕. การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง
๖. การบอกต่อในการป้องกันดูแลสุขภาพ

ผลลัพธ์ของการดำเนินงาน

๑. การผลักดันกระบวนการในเรื่องสูงวัยสุขภาพดีไม่มีลัม ในการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุน

๒. การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลบางเกลือ มีการส่งเสริมสุขภาพดี เน้นอาหารดี การออกกำลังกายที่เหมาะสม สุขภาพช่องปากดี สมองดี มีความสุข และอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี

๓. การได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ได้เห็นแบบอย่างจากต้นแบบ ได้เรียนรู้ความรู้ใหม่ การเรียนรู้ที่มุ่งเน้นความเข้าใจ นำไปปฏิบัติได้ ทำให้เป็นปัจจัยเอื้อให้ปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง

๔. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเกลือ ได้รับเกียรติบัตร สาสุข อุ้นใจ ชาเลนจ์ ปี

๒๕๖๗

๔.๑ ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ (ชุมชนอุ้นใจ) การกิจ สูงวัย สุขภาพดี ไม่มีลัม

๔.๒ องค์กรสุขภาพยอดเยี่ยมแห่งปี ๒๕๖๗ ด้านการป้องกันการพลัดตก หกล้ม สำหรับผู้
สูงอายุภารกิจ สูงวัย สุขภาพดี ไม่มีล้ม



เขตสุขภาพที่ ๗ Health Literacy Organization

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังปทุม

นางภารดี ลดาวัลย์

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังปทุม สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดมณฑลมหาสารคาม

หลักการและเหตุผล

ประเทศไทยเผชิญวิกฤติสุขภาพ เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคอ้วน ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นแต่ความรู้ด้านสุขภาพไม่ดีพออย่างเช่นเรื่อง ๓ อ. ๒ ส.พบว่าคนไทยมีความรอบรู้ระดับดีมากเพียงร้อยละ ๑.๖ และประชาชนยังสับสนกับข้อมูลทางสุขภาพที่หลากหลายมีตลาดสินค้าที่มีทั้งส่งเสริมและบั่นทอนสุขภาพและสื่อสารกันเองขาดการกลั่นกรองและการยืนยันความถูกต้องของข้อมูลข่าวสาร และตามความเป็นจริงพบว่าการขาดความรู้ด้านสุขภาพจะส่งผลต่อสุขภาพ ดังนั้นการสร้างความรู้ด้านสุขภาพจึงเป็น การพัฒนาศักยภาพของประชาชนและองค์กรอย่างเป็นระบบ องค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ(HLO) จึงเป็นโครงสร้างที่สำคัญในการขับเคลื่อนความรู้ ด้านสุขภาพในระดับองค์กรโดยเน้นการเสริมสร้างสมรรถนะของบุคลากรในองค์กรและเครือข่ายในชุมชนและสังคม อันจะนำไปสู่การเสริมสร้างความรอบรู้ให้ประชาชนเป็นชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพและสังคมรอบรู้ด้านสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

๑.เพื่อพัฒนาองค์เป็นองค์กรแห่งความรู้ด้านสุขภาพ

๒.เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพสู่ชุมชนโดยกลไก อำเภอสภาพดี : Health Sation

กรอบแนวคิดในการดำเนินงาน

กรอบการดำเนินงานส่งเสริมความรู้ ด้านสุขภาพและพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ

๑.เป็นทักษะใหม่ที่สำคัญและจำเป็นในการสร้างพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการรักษาสุขภาพของตนเองอย่างยั่งยืนกระบวนการ

๒.ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วย (V -Shape) มี ๖ องค์ประกอบ คือ ๑.การเข้าถึง ๒. การเข้าใจ ๓. การตอบโต้ซักถามและแลกเปลี่ยน ๔. การตัดสินใจ ๕.การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ ๖.การบอกต่อ

ขั้นตอน/กระบวนการดำเนินงาน

๑.ประชุมชี้แจงนโยบาย HLO ให้แก่ทุกคนในองค์กร

๒.ผู้รับขอบงานอบรม HL Coach รุ่นที่ ๒

๓.พัฒนาศักยภาพบุคลากรและองค์กรโดย HL Coach และสื่อเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพของกรมอนามัย

๔.บุคลากรในองค์กรผ่านอบรมทางไกล หลักสูตร ครอบครัวรอบรู้ด้านสุขภาพ HEALTH LITERTE FAMILY

๕.บุคลากรขององค์กรในชุมชน (อสม.) ผ่านการอบรมหลักสูตร ครอบครัวรอบรู้ด้านสุขภาพ HEALTH LITERTE FAMILY

๖.ดำเนินสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพภายใต้แนวคิดอำเภอสภาพดี : Health Sation

๗.พัฒนา Health Sation ให้เป็นสถานที่สำหรับให้บริการประเมินค่าสุขภาพเบื้องต้น ประชาชนสามารถเข้าถึงการตรวจประเมินเพื่อทราบความเสี่ยงสุขภาพของตนเองและเกิดความตระหนัก เป็นช่องทางในการสื่อสารความรู้ด้านสุขภาพและวิธีปฏิบัติตน ส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพตามบริบทของบุคคลในการรับรู้ข้อมูล โดยมีที่ปรึกษา คือ อสม. และบุคลากรสาธารณสุข

ผลลัพธ์ของการดำเนินงาน

รพ.สต.บ้านวังปทุมเป็นองค์กรสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดีเยี่ยม เขตสุขภาพที่๗
นางอรอุมา ทวยมี เป็นบุคคลต้นแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพยอดเยี่ยมเขตสุขภาพที่ ๗
บ้านหนองบัวทองหมู่บ้านต้นแบบ Health Sation รพ.สต.บ้านวังปทุมและบ้านหนองบัวทองหมู่บ้านต้นแบบ
เป็นพื้นที่ศึกษาดูงาน การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสู่อำเภอสุขภาพดี ปี ๒๕๖๗

กลุ่มเป้าหมาย	คัดกรอง	คิดเป็นร้อยละ	กลุ่มปกติ	กลุ่มเสี่ยง	กลุ่มสงสัยป่วย	ตรวจยืนยัน	ติดตาม
ตรวจคัดกรองเบาหวาน ๑,๖๒๗	๑,๖๖๖	๙๙.๖๐	๑,๔๘๗	๑๔๙	๓๐	คนได้รับการตรวจยืนยัน ๒๕ คน ผลเป็นผู้ป่วยรายใหม่ ๑๒ คน	ผู้ป่วยรายใหม่ควบคุมน้ำตาลได้ ๖ คน กลุ่มเสี่ยงน้ำตาลเป็นปกติ ๘๒ คน
ตรวจคัดกรองความดันโลหิตสูง ๑,๕๘๓	๑,๕๘๒	๙๙.๙๔	๑,๒๒๕	๒๘๕	๗๒	ได้รับการตรวจยืนยัน ๗๒ คน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ ๓ คน	ผู้ป่วยรายใหม่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ๓ คน กลุ่มเสี่ยงความดันอยู่ในระดับปกติแล้ว ๑๘๘ คน

เขตสุขภาพที่ ๘ การขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ “โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง”)

(พื้นที่ : ชุมชนร่มโพธิ์ทอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจัว อำเภอบ้านแพ่ง จังหวัดนครพนม)

(ผู้นำเสนอ : นางสาวปรางทิพย์ ผาสี)

(หน่วยงาน : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจัว อำเภอบ้านแพ่ง จังหวัดนครพนม)

หลักการและเหตุผล

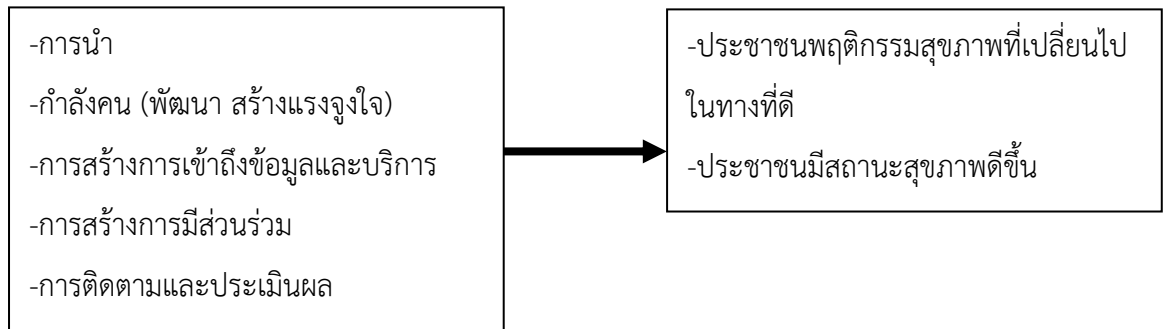
กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้คร่าชีวิตประชากรไทยถึงร้อยละ ๗๕ ของการเสียชีวิตทั้งหมด หรือราว ๓๒๐,๐๐๐ คนต่อปีในจำนวนนี้ พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งหรือราวร้อยละ ๕๕ เสียชีวิตที่อายุต่ำกว่า ๗๐ ปี ซึ่งองค์การอนามัยโลกจัดว่าเป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เมื่อพิจารณาความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจำนวน ๔ โรคสำคัญคือ โรคเบาหวาน, โรคหลอดเลือดสมอง, โรคหัวใจขาดเลือด, และโรคไตวายเรื้อรัง ชุมชนร่มโพธิ์ทอง เป็นชุมชนภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจัว อำเภอบ้านแพ่ง จังหวัดนครพนม จากการสำรวจพบว่า ชาวบ้านร่มโพธิ์ทอง มีผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวนมากขึ้นทุกปี มีสาเหตุมาจาก ๑. พฤติกรรมการออกกำลังกาย ประชาชนไม่ตระหนักในเรื่องของการออกกำลังกาย ทำให้ส่งผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง จากสภาพของหลอดเลือดทั่วไปที่มีการเสื่อม ประกอบกับสภาวะทางจิตใจและการเสียสมดุลภาพของระบบประสาท อันเนื่องมาจากผู้ที่ขาดการออกกำลังกายจะมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้มากกว่าผู้ที่ออกกำลังกายเป็นประจำ ๒. พฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ประชาชนนิยมรับประทานอาหารรสจัด โดยเฉพาะ หวาน มัน เค็ม ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคเบาหวาน ก่อให้เกิดไขมันอุดตันในเส้นเลือด หลอดเลือดตีบ ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้น้อยและทำให้ความดันโลหิตสูง ๓. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ทำให้เกิดโรคและปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหัวใจ โดยเฉพาะภาวะ หลอดเลือดหัวใจตีบตันได้ เพราะสารพิษในควันบุหรี่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดทั่วร่างกาย ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและการเสียชีวิตแบบกะทันหัน ฉะนั้นการไม่สูบบุหรี่จะเป็นการลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจที่สำคัญที่สุด และในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันแล้ว การเลิกสูบบุหรี่จะเป็นการลดอัตราการเกิดโรคซ้ำและลดอัตราการเสียชีวิตได้ ๔. พฤติกรรมการดื่มสุรา มีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ผลกระทบที่พบ ได้แก่ การทำงาน ของหัวใจเสื่อมลง, การเกิดภาวะความดันในเลือดสูง, หัวใจเต้นผิดปกติ, อาการเจ็บหน้าอกจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันหรือแม้แต่การเสียชีวิตเฉียบพลัน ๕. ความเครียดและความวิตกกังวลภายในร่างกายของเรานั้น ระบบประสาทอัตโนมัติมีบทบาทหลัก ในการรับมือต่อภาวะ ส่งผลให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น หลอดเลือดบริเวณแขนขามีการขยายตัว อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น และระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ๖. การพักผ่อนไม่เพียงพอ เพิ่มความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยหรือปัญหาทางสุขภาพ โดยมีผลกระทบ ต่อระบบการทำงานของอวัยวะทั่วร่างกาย และยังอาจก่อให้เกิดโรคต่างๆ เช่น ระบบหัวใจและหลอดเลือด พบว่า มีความดันเลือดสูงมากผิดปกติ และในผู้หญิงที่มีอายุน้อยกว่า ๖๐ ปี ยังเสี่ยงเป็นโรคหัวใจถึง ๒ เท่า การอดนอน จึงทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น หัวใจวาย หัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ๗. การใช้ยาที่ไม่สมเหตุสมผล ส่งผลต่อไตซึ่งเป็นอวัยวะที่สำคัญ โดยทำหน้าที่เป็นตัวกรองของเสียระบายออกมาเป็นปัสสาวะ จึงมีความเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ซึ่งจะทำให้เกิดไตเสื่อม และไตวายตามมา

จากจุดเริ่มต้นการทำงานในชุมชน ของ อสม. ที่ได้เฝ้าระวังและสังเกตถึงสาเหตุการเสียชีวิตของคนในชุมชน โดยพบว่า “คนบ้านร่มโพธิ์ทองป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง” รวมถึงญาติของ อสม. เอง ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานนานถึง ๒๐ ปี วันหนึ่งมีแผลที่เท้าจนแผลลุกลามถึงขั้นตัดเท้า “เดินไม่ได้” จึงได้เกิดแนวคิดที่จะช่วยให้คนบ้านร่มโพธิ์ทองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพลดการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ประชาชนชุมชนร่มโพธิ์ทองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และลดปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้

กรอบแนวคิดในการดำเนินงาน



ขั้นตอน/กระบวนการดำเนินงาน

๑. วิเคราะห์สาเหตุปัญหา จัดลำดับความสำคัญ
๒. ขับเคลื่อนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายใต้ธรรมนูญสุขภาพตำบลนางัว มี ๓ หมวด ประกอบด้วย หมวดที่ ๓ การจัดให้มีหลักประกันและการคุ้มครองให้เกิดสุขภาพดี หมวดที่ ๔ การสร้างเสริมสุขภาพ และหมวดที่ ๕ การป้องกันโรคและปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพ
๓. ใช้ยุทธศาสตร์ “๕-๕-๕ พิชิตโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง” ซึ่งเกิดจากการประชาคมร่วมกันภายในชุมชน และกำหนดเป็นยุทธศาสตร์การดำเนินงาน ประกอบด้วย
 - ๕ พันธมิตร ได้แก่ ๑. อบต.นางัว ๒. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๓. อสม. ๔. วัดโรงเรียน และ ๕. ผู้นำชุมชน
 - ๕ เริ่ม ได้แก่ ๑. เริ่มคิด ๒. เริ่มวางแผน ๓. เริ่มตัดสินใจ ๔. เริ่มลงทุน และ ๕. เริ่มปฏิบัติ
 - ๕ ลงมือทำ ได้แก่ ๑. ลงมือสร้างองค์ความรู้โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน ๒. ลงมือคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ๓. ลงมือสอดส่องเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อในชุมชน โดยใช้นวัตกรรม “คูหาคูคิด อสม. จับพฤติกรรมเสี่ยง” และ “คูหาคูใจ เลิกบุหรืได้สบายปอด” ๔. ลงมือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (๓ อ. ๒ ส.) และ ๕. ลงมือป้องกันภาวะแทรกซ้อนกลุ่มป่วยโรคเรื้อรัง ภาวะแทรกซ้อนที่ตา ไต หัวใจ โดยการมีกลุ่ม เพื่อนรักเพื่อน ดูแล ไต ดูแลตน

ผลลัพธ์ของการดำเนินงาน

- ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง = ๐ ราย
- ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง = ๒ ราย ลดลงจาก ปี ๒๕๖๖ = ๔ ราย
- ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง = ๔ ราย ลดลงจาก ปี ๒๕๖๖ = ๕ ราย
- ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มีภาวะแทรกซ้อนลดลงจากปี ๒๕๖๖ = ๖ ราย
- ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง = ๐ ราย
- ผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ ๔-๕ = ๐ ราย
- BMI เกินเกณฑ์ ลดลง ร้อยละ ๒๒.๖๓
- สำรวจประชาชนมีความรู้เรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มากกว่าร้อยละ ๘๐ ในกลุ่มเป้าหมาย ๑๑๖ คน = ร้อยละ ๗๒.๔๑

เขตสุขภาพที่ ๙ ยางสว่างร่วมใจ ห่างไกลโรค NCDs

พื้นที่เป้าหมาย ตำบลยางสว่าง อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์

ชื่อผู้นำเสนอ นางสาวจิราวรรณ รัตนวิชัย / นางสาวสิรินยา สืบศรี

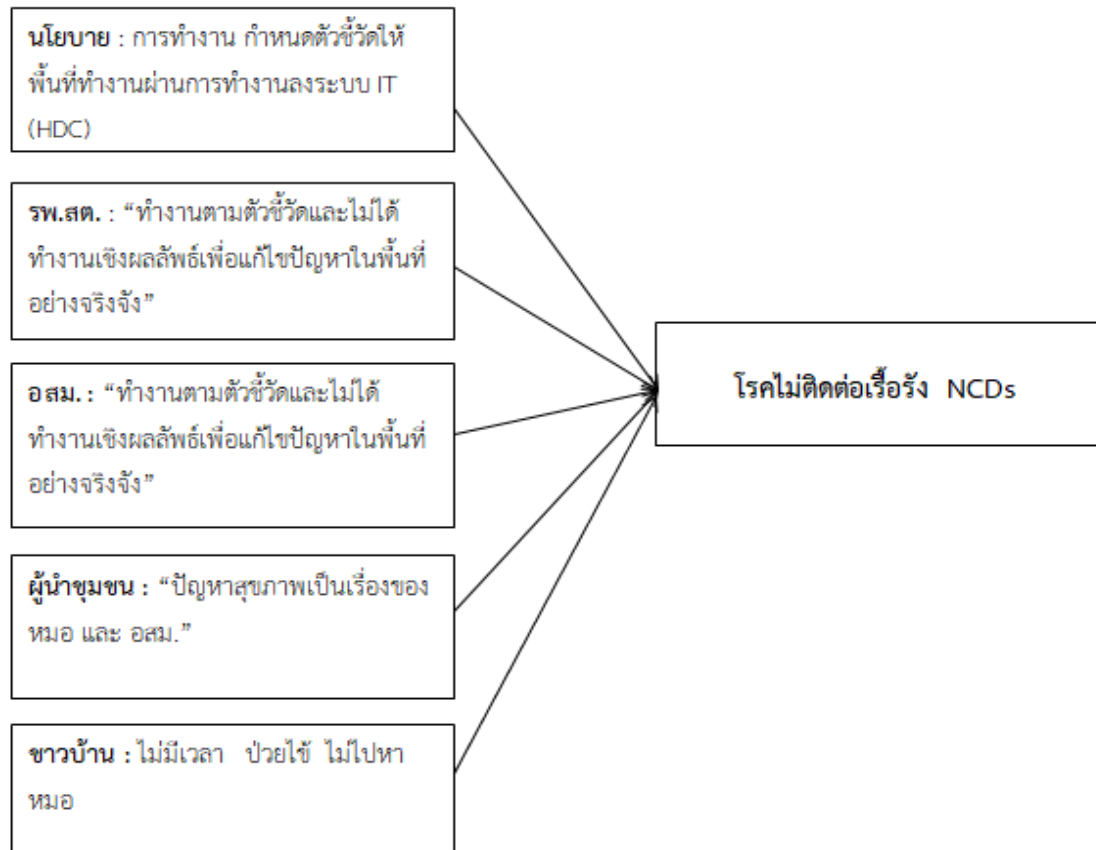
หน่วยงาน/สังกัด รพ.สต.ยางสว่าง สสอ.รัตนบุรี สสจ.สุรินทร์

หลักการและเหตุผล

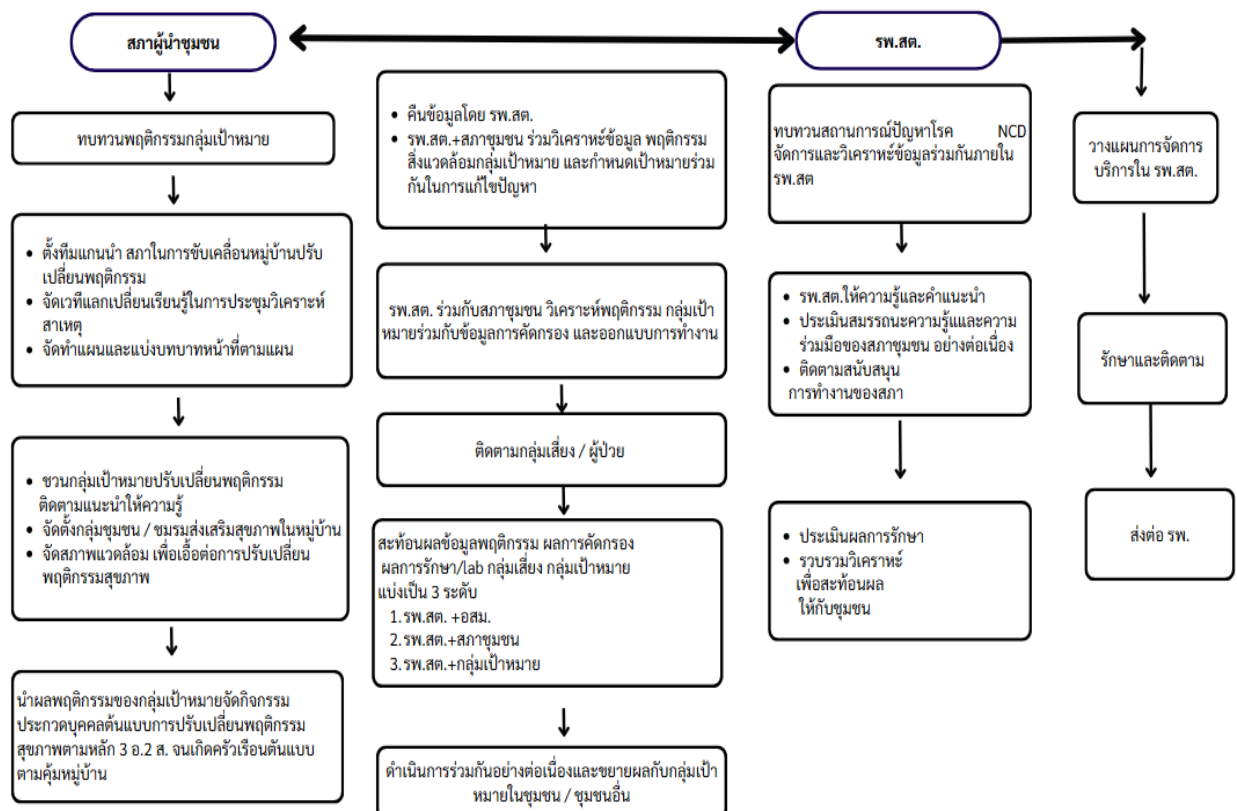
กระทรวงสาธารณสุขกำหนดในยุทธศาสตร์การพัฒนา เพื่อการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนทั้งหมด ๔ ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพของตนเอง การป้องกันโรคด้วยตนเอง การคัดกรองสุขภาพ และการจัดบริการสุขภาพ โดยเน้นให้ประชาชน มีสุขภาวะที่ดีพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพได้ สนับสนุนการร่วมตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ พัฒนาข้อมูลและระบบสื่อสารความเสี่ยงเรื่องโรคและภัยสุขภาพผ่านช่องทาง ที่เหมาะสมกับประชาชนกลุ่มเป้าหมาย การสร้างการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายด้านการป้องกันควบคุมโรค ยกระดับความรู้ทุกกลุ่มวัย ในการป้องกันโรคด้วยตนเอง บุคคลที่ได้รับการสร้างเสริมให้มีความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) สามารถจัดการตนเอง ครอบครัว และชุมชนด้านการป้องกันควบคุมโรคได้มีประสิทธิภาพ โดยการสนับสนุนความรู้ทางวิชาการ องค์ความรู้ที่มีมาตรฐาน จึงจำเป็น ต้องพัฒนาความสามารถในการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ เข้าถึงข้อมูล ความรู้ แนวทางปฏิบัติที่จำเป็นทางสุขภาพ เพื่อสร้างความเข้าใจและประเมินข้อมูลข่าวสาร ความรู้ที่ได้รับ รวมทั้งสังเกตความเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมและสุขภาพอยู่เสมอ โดยเน้นการพัฒนา ความรู้ที่สำคัญสำหรับประชาชนแต่ละกลุ่มเป้าหมาย เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจ เพื่อให้มีพฤติกรรมป้องกันควบคุมโรคที่ถูกต้อง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีการสื่อสารอย่างเหมาะสม รู้เท่าทัน สามารถตัดสินใจในสถานการณ์ต่างๆ ได้ดี และนำแนวทางการปฏิบัติตัวไปใช้พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง สร้างความร่วมมือกับหน่วยงานและภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตำบลในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ จึงได้ออกแบบกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค เพื่อยกระดับความรู้ด้านสุขภาพทุกกลุ่มวัย โดยมีภารกิจในการพัฒนาประเด็นความรู้หลักด้านการป้องกันควบคุมโรค และพัฒนากระบวนการสร้างความรอบรู้ ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค เพื่อเผยแพร่การดำเนินงานขององค์กร และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องต่อไป

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางสว่าง อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ มีเป้าหมายที่สำคัญ คือ การสร้างสุขภาพที่ดีให้กับประชาชน และลดปัญหาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในระยะยาว โดยใช้กระบวนการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการขับเคลื่อนให้การดำเนินงานช่วยคนไทยห่างไกลโรคให้บรรลุผลสำเร็จ ได้ขยายขอบเขตการบริการส่งเสริมสุขภาพไปยังกลุ่มผู้มีสิทธิในการรักษาทุกประเภท เพื่อให้มีความรู้ และทักษะในการดูแลตนเอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้หลัก ๓ อ ๒ ส (อาหาร,ออกกำลังกาย,อารมณ์ ,ไม่สูบบุหรี่,ไม่ดื่มสุรา) เป็นหลัก เพื่อให้มีสุขภาวะที่ดี พึ่งตนเองทางด้านสุขภาพได้ มีการร่วมตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ จึงได้จัดตั้งองค์กรความรู้ด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงโรค metabolic เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้รับความรู้และสามารถนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้มากขึ้น

กรอบแนวคิดในการดำเนินงาน



ขั้นตอน/กระบวนการดำเนินงาน



ผลลัพธ์ของการดำเนินงาน

ประชาชนในพื้นที่ เสี่ยงต่อจำนวน BMI เกินจำนวน ๘ คนคิดเป็นร้อยละ ๑๘.๑๘ เสี่ยงต่อเส้นรอบเอวเกินจำนวน ๗ คนคิดเป็นร้อยละ ๑๕.๙๐ เสี่ยงต่อความดันโลหิตสูงจำนวน ๑๘ คนคิดเป็นร้อยละ ๔๐.๙๐ เสี่ยงต่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงจำนวน ๑๑ คนคิดเป็นร้อยละ ๒๕ และมีบุคคลต้นแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ.๒ ส. ได้ครัวเรือนต้นแบบตามคุ้มในหมู่บ้าน จำนวน ๓ ครัวเรือน ดังนี้

๑.นายโพธิ์ ศรีนาม	ด้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
๒.นายทักษิณธ์ ชัยหมาน	ด้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
๓.นางบุญญา อันทศิลป์	ด้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

เขตสุขภาพที่ ๑๐ “ด้ามพรา รวมใจ ห่วงใย palliative care”

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้ามพรา อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

นายชัชชาย เพชรพิมพ์

ผู้อำนวยการ รพ.สต.ด้ามพรา อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

หลักการและเหตุผล

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้ามพรา ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ตั้งแต่ปี ๒๕๖๐ รับผิดชอบประชากร ๑๖,๙๑๐ คน ๗,๒๖๑ หลังคาเรือน บริบทเขตพื้นที่รับผิดชอบเป็นเขตชุมชนเมืองและกึ่งชนบท สถานการณ์สุขภาพ ปี ๒๕๖๖ มีผู้สูงอายุ จำนวน ๓,๙๘๐ คน (๒๓.๕๔%) เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน ๒,๕๘๐ คน (๑๕.๒๕%) ผู้มีภาวะพึ่งพิง จำนวน ๔๘ คน (๐.๒๘%) ผู้พิการที่มีข้อจำกัดพึ่งตนเองไม่ได้ จำนวน ๓๔ ราย (๐.๒๐%) และผู้ป่วยระยะประคับประคอง ๒๐ ราย (๐.๑๑%) โดยในปี ๒๕๖๗ พบผู้ป่วยกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงและกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน ๕๐ ราย จากการติดตามดำเนินงานโดยการเยี่ยมบ้าน พบปัญหาในการดูแลกลุ่มผู้มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยระยะประคับประคอง เนื่องจากกลุ่มเหล่านี้มีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือเมื่อออกจากโรงพยาบาลและกลับไปอยู่บ้าน เช่น เตียง ที่นอนลม หรือเครื่องผลิตออกซิเจน ซึ่ง รพ.สต. มีอุปกรณ์สนับสนุนไม่เพียงพอ ส่งผลให้กลุ่มผู้มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยระยะประคับประคอง เกิดภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ เมื่อกลับไปอยู่บ้าน เช่น แผลกดทับ ติดเชื้อ ภาวะข้อติด กล้ามเนื้อลีบ นอกจากนี้ด้านจิตใจยังพบว่า ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลและมีความเครียด ดังนั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้ามพรา จึงเห็นความสำคัญในการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ชุมชนตระหนักถึงปัญหาของชุมชนร่วมกัน รวมทั้งภาคีเครือข่ายร่วมบริหารจัดการในการดูแลกลุ่มผู้มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยระยะประคับประคองในชุมชน ให้มีศักยภาพในการใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติ จึงได้จัดทำรูปแบบการดำเนินงาน ด้ามพราโมเดล “DAMPHA Model” โดยนำแนวคิด Health Literacy มาใช้ในการขับเคลื่อนการดำเนินการ และได้พัฒนานวัตกรรมในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ Digital Health Literacy ด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ที่มีชื่อว่า “D Home Care” ในการดูแลกลุ่มเป้าหมายดังกล่าว

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาการดำเนินงานด้วยนวัตกรรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ “D Home Care” ในการดูแลกลุ่มผู้มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยระยะประคับประคอง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้ามพรา

๒. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการดำเนินงานด้วยนวัตกรรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ “D Home Care” ในการดูแลกลุ่มผู้มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยระยะประคับประคอง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้ามพรา

กรอบแนวคิดในการดำเนินงาน

กรอบแนวคิดในการดำเนินงานด้ามพราโมเดล “DAMPHA Model” โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ซึ่งนำแนวคิด Health Literacy มาใช้ในการขับเคลื่อนการดำเนินการ D= Development พัฒนา การเข้าถึงชุมชน A= Attend สนใจ มองเห็นปัญหาร่วมกันว่า “เป็นปัญหาของชุมชน” ค้นหา กลุ่มเป้าหมาย M= Manage บริหารจัดการ คน เงิน ของ วัสดุ/อุปกรณ์ เสนอแนวทางร่วมกัน P= Public ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง H= Health Literacy และ A= Apprise บอกต่อ คนในชุมชน

ขั้นตอน/กระบวนการดำเนินงาน

๑. D= Development (เข้าถึงปัญหาร่วมกัน) พัฒนารูปแบบการเข้าถึงชุมชน เข้าถึงปัญหาดำเนินการ ๑ ตุลาคม - ธันวาคม ๒๕๖๖ โดยการสำรวจและวิเคราะห์ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของคนในชุมชน ด้วยวิธีการประชุมกลุ่มในชุมชน กลุ่มเป้าหมายคือ ผู้นำชุมชน ญาติ ผู้ดูแล อสม. CG จิตอาสา ผ่านการเล่าเรื่อง (Story Telling เปิด-ปุ-ปม-ปล่อย-ปิด) เล่าปัญหา/ความทุกข์/ความต้องการ/

ความรู้ความเข้าใจ การดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ร่วมกันเยี่ยมกลุ่มผู้ป่วยในชุมชน ให้ได้เห็น ได้ร่วมปฏิบัติ ให้เข้าถึงปัญหา รู้สึกต่อความยากลำบาก

แนวทางการออกแบบกิจกรรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ Key Message “ด้ามพริ้ว รวมใจ ห่วงใย PALLIATIVE CARE” DAMPHA Model: เป้าหมายผู้นำชุมชน ผู้ดูแลผู้ป่วย จิตอาสา นักบริบาล อสม.

องค์ประกอบ	วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	กิจกรรม	กลวิธี	สื่อ/อุปกรณ์	วิธีประเมินผล
D=Development เข้าถึง พัฒนาการเข้าถึงชุมชน	สามารถค้นหา กลั่นกรอง ตรวจสอบข้อมูลที่ต้องการได้	ให้ความรู้ ฝึกปฏิบัติ ร่วมเยี่ยมบ้านผู้ป่วย	Telling Story เรื่องเล่า ร่วมเยี่ยม	Line you tube เยี่ยมบ้านผู้ป่วย	ค้นข้อมูลมาแสดง ถามตอบได้ ทำให้อุ
A= Attend เข้าใจ สนใจ มองเห็นปัญหาร่วมกันว่า “เป็นปัญหาของชุมชน”	สามารถในการเข้าใจข้อมูลที่ค้นหาได้ ระบุขนาดปัญหา ตำแหน่งบ้านผู้ป่วยในชุมชน	ศึกษา เยี่ยมบ้านผู้ป่วย	ฝึก/แสดงเพื่อให้ทดสอบได้	Line you tube เยี่ยมบ้านผู้ป่วย	การสอบถาม ทดสอบ
M=Manage ซักถามเสนอ แนวทาง บริหารจัดการ คน เงิน ของ วัสดุ/อุปกรณ์ เสนอแนวทางร่วมกัน/ส่งต่อ	สามารถวางแผน ซักถามการสนับสนุน จัดหาทรัพยากรในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วย	ประชุมกลุ่ม ระดมความคิด	ยกตัวอย่างผู้ป่วยที่ลงเยี่ยม แล้วให้กลุ่มซักถาม เสนอแนวทางช่วยเหลือ	Line you tube	ได้ข้อเสนอแนวทางการดูแล ผู้ป่วยระยะประคับประคอง ในชุมชน
P= Public ตัดสินใจ กำหนดการดูแล ผู้ป่วยเป็น ศูนย์กลาง	สามารถกำหนดกิจกรรม/ การสนับสนุนอุปกรณ์ตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม	ประชุมกลุ่ม ค้นหา กลุ่มเป้าหมาย /หาวัสดุ อุปกรณ์	ตารางวิเคราะห์ Tree diagram	สถานการณ์บ้านผู้ป่วย	ได้แนวทางการดูแลผู้ป่วย
H= Health Literacy ปรับพฤติกรรม ลดภาวะเสี่ยง เกื้อกูลชุมชน	สามารถให้การช่วยเหลือ ดูแล ตามบทบาทหน้าที่เช่น ผู้ใหญ่บ้าน จิตอาสา CG	ร่วมดูแล แก้ปัญหา ผู้ป่วยใน เขตรับผิดชอบ	เยี่ยมบ้าน ให้กำลังใจ ประสาน การแก้ไขปัญหากับญาติผู้ป่วย	Line OA D-Home Care	การรายงานผลใน Line OA
A= Apprise บอกต่อคนใน ชุมชน ช่วยระดม บริจาค อุปกรณ์เตียง ที่นอนลม ฯ	ร่วมกับญาติในการดูแลและ ประสานขอรับงบประมาณ อุปกรณ์	การลงเยี่ยมบ้าน การคัดกรองใน Health station	ส่งรายงานใน Line OA D-Home Care	Line you tube	Health station มี ธนาคารอุปกรณ์เตียง ที่นอน อุปกรณ์การแพทย์ กิจกรรม คัดกรองสุขภาพ

A= Attend (ร่วมเข้าใจปัญหา) มองเห็นปัญหาร่วมกันว่า “เป็นปัญหาของชุมชน” ค้นหาผู้ป่วยเป้าหมายเพื่อศึกษาช่องว่างของระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของ WHO ๖ ด้าน ประกอบด้วย ๑) การยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ๒) การดูแลแบบองค์รวมที่เน้นการบรรเทาทุกข์ทรมานในทุกด้าน ๓) ความต่อเนื่องในการดูแล ๔) การดูแลแบบเป็นทีม ๕) การส่งเสริมระบบสนับสนุนการดูแล ๖) เป้าหมายการดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว สร้างการมีส่วนร่วมคิดแล้วขยายผลไปสู่กลุ่มเป้าหมายที่กว้างขึ้น

M= Manage (ซักถามแลกเปลี่ยนหาแนวทางแก้ไข) เป็นการบริหารจัดการคน เงิน ของ วัสดุ/อุปกรณ์ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ด้วย SWOT Analysis เน้นปัจจัย ๕ ด้าน คือ Social, Technology, Economic, Environmental และ Political ทำให้พบข้อมูลว่า ขาดอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย เช่น เตียงผู้ป่วย ถังออกซิเจน/เครื่องผลิตออกซิเจน ที่นอนลม เครื่องดูดเสมหะ รถเข็น ฯลฯ และยังพบปัญหาทางสังคมของผู้ป่วย ได้แก่ ครอบครัวมีรายได้น้อย ผู้ป่วยต้องอยู่เพียงลำพัง นอกจากนี้ได้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อค้นหาข้อมูลและวิเคราะห์ร่วมกับผู้มีส่วนได้เสีย ได้แก่ พยาบาลชุมชน ผู้ป่วย ผู้นำชุมชน อสม. และ CG พบว่า ๑) การเยี่ยมบ้านยังไม่ครอบคลุมตามเป้าหมาย ๒) อุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านที่จำเป็นยังไม่เพียงพอ เช่น ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ถังออกซิเจน จึงนำไปสู่การระดมความคิดร่วมกับผู้มีส่วนได้เสีย และทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการร่วมวางแผนบริหารจัดการและประสานให้เกิดการสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชนขึ้น

P= Public (ตัดสินใจร่วมดำเนินการ) โดยผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง จากการค้นหาข้อมูลครั้งนี้ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ดูแลผู้ป่วยในชุมชนร่วมกัน ไม่ทิ้งภาระไว้เพียงญาติ หรือผู้ดูแล จัดอบรมพัฒนาศักยภาพญาติ ผู้ดูแล อสม. ทุกหมู่บ้าน รวม ๒๒๐ คน CG ๗ คน ผู้นำชุมชน ๙ คน/๙ หมู่บ้าน เพื่อให้มีความรู้ ทักษะในการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และทราบแนวทางประสานการดำเนินการในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันในชุมชน ชุมชนมีการจัดบริจาค วัสดุอุปกรณ์ในการเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เช่น เตียงผู้ป่วย ที่นอนลม ถังออกซิเจน รถเข็น

H = Health Literacy (ปรับพฤติกรรม) โดยพัฒนานวัตกรรมในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ Digital Health Literacy บนแพลตฟอร์มออนไลน์ ด้วยแอปพลิเคชันไลน์ (LINE Official Account: LINE OA) ภายใต้

ชื่อบัญชี “ด้ามพรว้า D Home care” เพื่อใช้ในการสื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ แก่ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล ใช้ติดตามพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วย ส่งข้อมูลสถานะสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านเบื้องต้น จากบ้านและชุมชนส่งต่อข้อมูลมายังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้ามพรว้า พร้อมกันนั้นได้จัดทำ Health station ให้เป็นศูนย์กลางในชุมชน สำหรับการประเมินสุขภาพเบื้องต้น การจัดหาอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน และมีอุปกรณ์ดูแลผู้ป่วยให้ยืมได้

A= Apprise (บอกต่อคนในชุมชน) โดยผู้นำชุมชน/แกนนำ/อสม/ผู้นำทางศาสนา ได้ร่วมกันบอกต่อข้อมูลข่าวสารความรู้และการดูแลผู้ป่วยกลุ่มผู้มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยระยะประคับประคองในชุมชน นอกจากนี้ ยังบอกต่อในแง่ของประสานงานกับภาคีเครือข่ายชุมชน ได้แก่ อปท. และภาคประชาสังคม เพื่อให้เกิดการระดมอุปกรณ์สนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ดำเนินการในรูปแบบธนาคารอุปกรณ์ ใน Health station เป็นศูนย์ประสานงาน มีการดูแลคัดกรองสุขภาพคนในชุมชน และมีระบบการเชื่อมต่อข้อมูลจากหมอนคนที่ ๑ สู่หมอนคนที่ ๒ และหมอนคนที่ ๓ ผ่าน Line OA “ด้ามพรว้า D Home care”

ผลลัพธ์ของการดำเนินงาน

๑. กลุ่มผู้มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยระยะประคับประคอง เข้าสู่ระบบการดูแลโดยเครือข่ายทุกราย (ร้อยละ ๑๐๐) เป็นผู้ป่วยติดเตียง จำนวน ๒๐ ราย (ร้อยละ ๔๐)
๒. ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนวัสดุ/อุปกรณ์ ทุกราย (ร้อยละ ๑๐๐)
๓. ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้ามพรว้า อยู่ในระดับมากที่สุด
๔. ผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับ มีแผลหาย/ดีขึ้น ทุกราย (ร้อยละ ๑๐๐) และสามารถลุกเดินได้เองแบบใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ จำนวน ๔ ราย (ร้อยละ ๒๐)

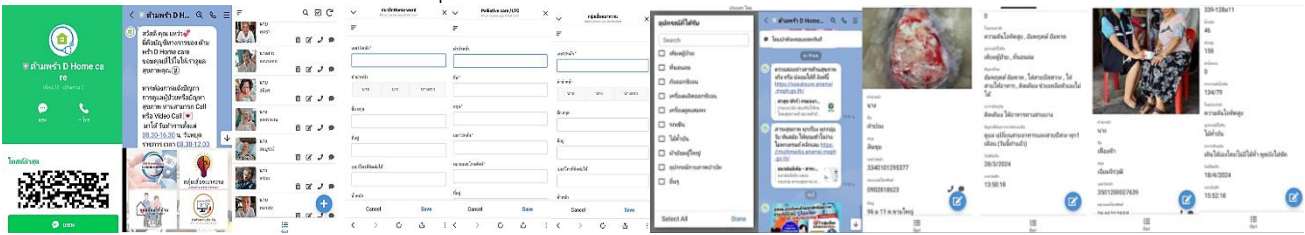
นวัตกรรม “ด้ามพรว้า D Home care”

ความสำคัญ

เป็นนวัตกรรมในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ Digital Health Literacy โดยสร้างขึ้นบนแพลตฟอร์มแอปพลิเคชันไลน์ (LINE OA) แนวคิดเกิดจากบริบทปัญหาการลงเยี่ยมบ้าน (Round Ward) ทำให้พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มผู้มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยระยะประคับประคอง (Palliative) ทุกเตียงในชุมชน และผู้ป่วย Home ward ไม่สามารถเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาและฟื้นฟูสุขภาพได้ครอบคลุม เนื่องจากบ้านอยู่ไกลจาก รพ.สต. กรอบกับระยะห่างของบ้านผู้ป่วยแต่ละหลังไกลกันมาก ทำให้การเดินทางไปติดตามอาการของผู้ป่วยต้องใช้ระยะเวลาเดินทางมากแต่ละวัน ไม่สามารถดูแลได้อย่างต่อเนื่อง จึงเกิดปัญหาสุขภาพเรื้อรังในผู้ป่วยไปสู่ปัญหาเชิงสังคม ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย/ครอบครัว/ชุมชน ดังนั้น เพื่อให้ผู้ป่วยทุกเตียงในชุมชน/Home ward ทุกบ้าน เข้าถึงการดูแลรักษาและฟื้นฟูสุขภาพแบบไร้รอยต่อนั้น รพ.สต.ด้ามพรว้า จึงได้พัฒนาเครื่องมือให้บริการดูแลผู้ป่วยร่วมกับชุมชน บนแอปพลิเคชันไลน์ภายใต้ชื่อ “ด้ามพรว้า D Home care” ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการของ รพ.สต. ได้ง่ายและสะดวกตลอด ๒๔ ชั่วโมง ทั้งบริการดูแลรักษาผู้ป่วยเบื้องต้น บริการฟื้นฟูสุขภาพ บริการเยี่ยมบ้าน การสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์ และการสื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

กระบวนการดำเนินงาน

รพ.สต.ด้ามพริก ได้ออกแบบการทำงานของ LINE OA โดยเชื่อมต่อการทำงาน App Sheet กับ Rich Menu สร้างรูปแบบการทำงานที่ง่ายต่อผู้รับบริการในการใช้งาน และส่งข้อมูลกลับมายัง รพ.สต.ได้อย่างสะดวก รูปแบบเมนูให้บริการ ๑)ระบบเยี่ยมบ้าน Palliative care/LTC ๒) ระบบติดตามสมาชิก Home ward/DM Remission ๓) กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน



มาตรการ ๑) ส่งข้อมูลรายงานการติดตามสถานะสุขภาพประจำวัน โดย ผู้ป่วย หรือ หมอคนที่ ๑ ได้แก่ ผู้ดูแล ผู้ป่วย/อสม./CG/ผู้นำชุมชน/จิตอาสา รายงานอาการทั่วไป อาการผิดปกติ สภาพปัญหา/ความต้องการอื่นๆ หรือ ความต้องการช่วยเหลือด้านอุปกรณ์

๒) ประเมินการช่วยเหลือ จัดลำดับความเร่งด่วน ประสานการดูแลรักษา โดยทีมหมอครอบครัว คนที่ ๒ ได้แก่ รพ.สต. ประเมินสุขภาพ/อาการเบื้องต้น ครอบคลุม ๓ มิติ คือมิติด้านสุขภาพ มิติทางเศรษฐกิจ และมิติทางสังคม สรุปเป็นข้อมูลการติดตามการดูแลรักษาแบบไร้รอยต่อ และส่งต่อการรักษาให้กับหมอคนที่ ๓ ได้ทันทีทั้งที่

๓) สื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทุกสัปดาห์ โดยมีองค์ความรู้เกี่ยวกับโรค การส่งเสริมสุขภาพ การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยและประชาชน เข้าถึงความรู้ที่ถูกต้อง สามารถใช้ช่องแชทข้อความ ส่งข้อความซักถามและแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับหมอคนที่ ๒ ได้ตลอด จนมีความเข้าใจและสามารถตัดสินใจ ปฏิบัติการในการดูแลผู้ป่วยได้ พร้อมทั้งมีการบอกต่อข้อมูลความรู้/วิธีปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยให้กับคนในชุมชนได้

นวัตกรรมดังกล่าวนี้ จึงส่งผลให้ผู้ป่วย/ครอบครัว/ชุมชน เข้าถึงบริการดูแลรักษาได้อย่างทันท่วงที ไร้รอยต่อ ลดแออัดล้นรอคอย ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุน และได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมต่อเนื่อง

**เขตสุขภาพที่ ๑๑ องค์การรอบรู้ด้านสุขภาพการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCDs.)ของ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขี้ยวหลาน-ไกรสร โดยส่วนร่วมของชุมชน ภายใต้ พชต.เขาพังเพื่อ
สุขภาวะที่ดี ๕ อ.โมเดล**

ที่มา :

จากข้อมูลการตรวจสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริม
ตำบลบ้านเขี้ยวหลาน-ไกรสร ตั้งแต่ปี ๒๕๖๓ – ๒๕๖๖ พบว่า มีผู้ป่วยรายใหม่จำนวน ๓,๓,๑๑,๑๖ ราย
ตามลำดับ คิดเป็น ร้อยละ ๐.๕, ๐.๖, ๓.๓๓ และ ๑.๑๒ ผลการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง พบว่า มี
ผู้ป่วยรายใหม่ ๗,๕,๒๑,๒๙ รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ ๐.๖๔, ๐.๖, ๖.๓๔ และ ๒.๐๓ ซึ่งจะเห็นได้ว่า
แนวโน้มของอุบัติการณ์การเกิดโรคขึ้นๆลงๆ จากสถิติดังกล่าวจะพบว่าบางรายตรวจพบโดยไม่มีอาการนำมา
ก่อน บางรายขาดการตรวจรักษาตามนัด ซึ่งเกี่ยวข้องกับความต้องการของการแนะนำวิธีปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง
ส่งผลโดยตรงในการควบคุมโรคได้ไม่ดี การคัดกรอง การวินิจฉัยรวมทั้งการติดตามรักษาอย่างต่อเนื่องส่งผล
โดยตรงต่อการควบคุมโรค ในขณะที่การรักษาในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลบ้านเขี้ยวหลาน-ไกรสรกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ตั้งแต่ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๖ สามารถ Remission ได้ ๒,๒,๓,๕ ราย
คิดเป็นร้อยละ ๙.๐๙,๙.๕๒,๑๓.๖๓,๒๑.๗๓ และกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถRemission ได้
๓,๕,๘,๑๑คิดเป็นร้อยละ ๕.๖๖,๙.๒๖,๑๔.๕๔,๑๘.๖๔ ซึ่งกิจกรรมที่สามารถควบคุมให้กลุ่มผู้ป่วยสามารถหาย
ได้ด้วยการสร้างความรอบรู้ด้วยตนเองในการตั้งเป้าหมาย ออกแบบการรักษารายบุคคล และใช้กิจกรรมการ
ควบคุมการรับประทานอาหาร และออกกำลังกายให้เหมาะสมตามคำแนะนำ ติดตามการมาตามนัดต่อเนื่อง
จากผลลัพธ์ของการรักษาที่ดี สามารถลดยา หยุดยา กลุ่มผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ลดค่าใช้จ่ายในการดูแล
และกลุ่มเสี่ยงสามารถเข้าถึงการรักษาที่รวดเร็ว ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากผู้ป่วยรายใหม่ได้

วัตถุประสงค์

๑.เพื่อเพื่อเพิ่มศักยภาพองค์กรในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมุ่งเน้นการดูแลรายบุคคล โดย
ยึดหลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อกำหนดผลลัพธ์และการดำเนินงานให้ชัดเจน

๒.เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการจัดการกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๓.เพื่อสร้างความรอบรู้สุขภาวะที่ดีด้วย ๕อ.โมเดล(อ อาหาร อ ออกกำลังกาย อ อโคยา อ
อุบัติเหตุ อ อนามัยสิ่งแวดล้อม)

๔.เพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพโดยมีอัตราจำนวนผู้ป่วยที่ต้องรับการรักษา
ในระยะยาวและลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจำนวนลดลง สามารถเพิ่มเศรษฐกิจสุขภาพได้

ขอบเขตการศึกษา :

องค์กรขับเคลื่อนความรอบรู้ด้านสุขภาพที่นำไปสู่ผลลัพธ์สุขภาพและการลดค่าใช้จ่ายด้าน
สุขภาพได้นั้น ประกอบด้วย ๑) การสร้างการรับรู้สุขภาพด้วยตัวเอง(Self Monitoring)๒)ติดตามนัดต่อเนื่อง
(Regular Follow-up) ๓) สร้างแรงจูงใจ (Motivation) ๔) เป็นcoaching สร้าง Roll Model ๕)‘บูรณาการ
ทีม ในการวางแผน เป้าหมาย และกิจกรรมร่วมกัน ทั้งนี้ใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน ตามแนวคิดร่วมคิด ร่วม
วางแผน ร่วมปฏิบัติ และร่วมรับผิดชอบ ๔ ขั้นตอน คือ ๑.ศึกษาวิเคราะห์ข้อมูล ค้นหาความต้องการและ
โอกาสพัฒนา ๒.ค้นหาข้อมูล สร้างการมีส่วนร่วม การออกแบบการขับเคลื่อนกิจกรรม ๓.ฝึกกำลังภาคีเครือข่าย
ดำเนินกิจกรรม ๔.อนุกรรมการและภาคีเครือข่ายร่วมติดตาม ประเมินการดำเนินงาน ทั้งนี้ภายใต้กลไก
คณะกรรมการ พชต.เขาพังที่มีเป้าหมายร่วมสร้างตำบลสุขภาวะด้วย ๕ อ.(อ อาหาร, อ ออกกำลังกาย, อ
อโรคา, อ อุบัติเหตุ, อ อนามัยสิ่งแวดล้อม)

ผลการศึกษา

- (๑) เกิดสถานพยาบาลของรัฐที่รอบรู้ด้านสุขภาพ มีผู้เข้าร่วมร้อยละ ๘๐
- (๒) หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทั้งหมดที่ ๔ และหมู่ที่ ๕ มีความรอบรู้สุขภาพร้อยละ ๘๐
- (๓) โรงเรียนสร้างเสริมสุขภาพได้แก่โรงเรียนบ้านพัฒนามีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๘๐
- (๔) มีนวัตกรรมการออกกำลังกายจากสูงอายุ การใช้เบาะเวียนวงใหญ่ป้องกันล้ม และถังปั่นสุขภาพ ผลงานเด่น เป็นพื้นที่ Healthy City Model วิถีชุมชน คนอายุยืนที่ส่งต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนทั้งในกลุ่มวัยเรียน และวัยทำงาน และผู้สูงอายุ
- (๕) มีมาตรการหรือข้อตกลงร่วมของตำบลคือตำบลเขาพังเพื่อสุขภาพะที่ดี ด้วย ๕ อ.โมเดล(อาหาร อ ออกกำลังกาย อ อโรควา อ อุบัติเหตุ อ อนามัยสิ่งแวดล้อม) ที่ส่งผลต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพ
- (๖) มีการสร้างเครือข่ายกับโรงพยาบาลบ้านตาขุน สู่การเป็นแหล่งดูงานการจัดการโรคเรื้อรังในระดับจังหวัด และแลกเปลี่ยนการศึกษาดูงานจากทั่วประเทศ พร้อมทั้งเป็นพื้นที่ปฏิบัติการในการนำเทคโนโลยี Tele Care มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกับมหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี/เป็นพี่เลี้ยง/ที่ปรึกษาให้กับหน่วยงานในจังหวัดในไปขยายผลสู่การเป็นจังหวัดสุราษฎร์ธานี NCDs หายได้
- (๗) เกิดเส้นทางท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและภูมิปัญญาทางแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ที่สร้างรายได้ให้กับประชาชนทุกกลุ่มวัยในชุมชน

สรุป

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขี้ยวหลาน-ไกรสรมุ่งเน้นการพัฒนาความรู้และทักษะที่จำเป็นหลักในเรื่องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมออกกำลังกายให้กับผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วย รวมทั้งกลุ่มเสี่ยง ประชาชนกลุ่มวัยเรียน และวัยทำงานเพื่อให้สามารถรับมือ ต้านรู้กับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างเหมาะสม การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ วางแผนการรักษารายบุคคล ครอบครัว และชุมชนเป็นหัวใจสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยการจัดกิจกรรมที่มีส่วนร่วมของประชาชน การให้ความรู้และข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค เรียนรู้ค่าเป้าหมาย และการสร้างแรงบันดาลใจให้ผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลสุขภาพของตนเอง

นอกจากนี้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขี้ยวหลาน-ไกรสยังมีบทบาทในการสนับสนุนการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมถึงการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลทางสุขภาพ เพื่อพัฒนากลยุทธ์ในการจัดการโรคที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การสร้างเครือข่ายความร่วมมือผ่านกลไกคณะทำงานคุณภาพชีวิตระดับตำบล(พชต) เขาพัง ภายใต้ข้อตกลงตำบลสุขภาพะเขาพังเพื่อสุขภาพที่ดีด้วย ๕ อ.โมเดล เป็นข้อตกลงร่วมของภาคีเครือข่ายเป้าหมายร่วมคือสุขภาพดีเป็นสิ่งสำคัญในการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลและป้องกันโรคของประชาชนและลดภาระทางสุขภาพในระยะยาวของคนในตำบลเขาพัง สามารถลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเพิ่มเศรษฐกิจสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่

เขตสุขภาพที่ ๑๒ ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ความดันโลหิตสูง เบาหวาน)

หมู่ ๙ บ้านป่ายาง ตำบลท่าช้าง อำเภอบางกล่ำ จังหวัดสงขลา

นายจิรวุฒิ ทองสงค์

(โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่ายาง / สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางกล่ำ จังหวัดสงขลา)

หลักการและเหตุผล

การส่งเสริมสุขภาพ เป็นทั้งกระบวนการกิจกรรมและแนวทางสำหรับการดำเนินงานเกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อส่งเสริม และเกื้อหนุนให้บุคคล ได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนในทุกด้านแบบองค์รวมอย่างเป็นระบบ เนื่องจากสุขภาพนั้นเป็นองค์รวม ที่มาจากส่วนประกอบหลายๆ ประการ อาทิ สังคม สิ่งแวดล้อม ระบบบริการสุขภาพ และวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคล เพื่อสนับสนุน ยับยั้งหรือกำหนดพฤติกรรมสุขภาพไปสู่การปฏิบัติ จึงต้องอาศัยความร่วมมือและการระดมพลังจากทุกฝ่ายในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนเพื่อสามารถบอกสถานะสุขภาพของตนเองและคนในครอบครัวได้ ตลอดจนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ และห่างไกลการจากป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนบ้านป่ายาง ให้มีบทบาทในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน ห่างไกลต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ความดันโลหิตสูง เบาหวาน)

๒. เพื่อสร้างการรับรู้และความเข้าใจของคนในชุมชนบ้านป่ายางที่ถูกต้องเหมาะสม และสามารถร่วมแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนและภาคีเครือข่าย

กรอบแนวคิดในการดำเนินงาน

ใช้ชุมชนเป็นฐานในการพัฒนา ให้ประชาชนเป็นตัวหลักสำคัญในการดำเนินงานกิจกรรม โดยมีภาคีเครือข่ายทั้ง ๗ ในการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง (Community Learning) เมื่อมีการดำเนินกิจกรรมร่วมกันในสังคมอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้บุคคลสามารถนำความรู้ที่ได้ ไปสู่การตัดสินใจและเลือกแนวทางในการแก้ปัญหาให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมและวิถีการดำเนินชีวิต

ขั้นตอน/กระบวนการดำเนินงาน

ขั้นตอนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ความดันโลหิตสูง เบาหวาน) หมู่ ๙ บ้านป่ายาง ตำบลท่าช้าง อำเภอบางกล่ำ จังหวัดสงขลา

๑. ขั้นตอนการสร้างทีมงานสุขภาพ

การสร้างความสัมพันธ์กับชุมชน เพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างคนในชุมชนกับองค์กรต่างๆ ในชุมชน โดยการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน เพื่อแสดงออกถึงความจริงใจที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในพัฒนาชุมชนและส่งเสริมสุขภาพชุมชนแบบบูรณาการ

การสร้างแกนนำของชาวบ้าน หรือ "ทีมส่งเสริมสุขภาพชุมชน" ด้วยการจัดประชุม อาสาสมัครสาธารณสุข กรรมการชุมชน กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเยาวชน หรือกลุ่มอื่น ๆ ที่มีอยู่ในชุมชน รวมทั้งชาวบ้าน เพื่อเปิดกว้างให้กับคนในชุมชนทุกคน ได้เข้ามามีส่วนร่วม

การให้ความรู้แก่กลุ่มแกนนำชาวบ้าน เพื่อให้กลุ่มแกนนำได้เกิดแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการแก้ไขปัญหาชุมชน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม ของชุมชนและเป็นพื้นฐานในการทำงานต่อไป

๒. ขั้นตอนการสร้างความตระหนักถึงปัญหาสุขภาพของชุมชน

โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก (problem based) ในการศึกษาวิเคราะห์ปัญหาชุมชน โดยเริ่มจากการมีส่วนร่วมสำรวจชุมชน เพื่อให้ชุมชนได้รู้สภาพของปัญหาของชุมชนด้วยตนเอง โดยให้กลุ่มแกนนำเป็นผู้นำเสนอข้อมูล ที่ได้จากการสำรวจ นำเสนอต่อที่ประชุมชาวบ้านและเปิดโอกาสให้ชาวบ้าน เสนอความคิดเห็น และปัญหาเพิ่มเติม เพื่อสรุปออกมาเป็นปัญหาของชุมชนอย่างแท้จริงและนำปัญหาสำคัญมาค้นหาสาเหตุ สำหรับเป็นแนวทางในการแก้ไขต่อไปและการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาด้วยการให้ที่ประชุมร่วมกัน

จัดลำดับความสำคัญของปัญหาตามความรุนแรงและความต้องการของชุมชนเพื่อนำมาวางแผนต่อไป (ซึ่งปัญหาที่ได้จากการประชุม /ปรึกษาหารือกัน คือ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน)

๓.ขั้นตอนการวางแผนแก้ไขปัญหาสภาพของชุมชน

คนในชุมชนร่วมกันเสนอความคิดและกำหนดกิจกรรม เพื่อแก้ไขปัญหาของชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่าย บนพื้นฐานวิถีชีวิตของคนในชุมชนและบูรณาการร่วมกับภูมิปัญญาท้องถิ่นที่มีในชุมชน โดยเน้นให้ประชาชนเป็นแกนนำหลักในการดำเนินกิจกรรม โดยมีภาคีเครือข่ายคอยสนับสนุน

๔.ขั้นตอนการดำเนินการของชุมชน

มีการจัดตั้งกลุ่มทำงานของแต่ละกิจกรรม และดำเนินงานตามแผน โดยมีภาคีเครือข่าย เป็นผู้ให้การสนับสนุนและช่วยประสานงาน ให้คณะทำงานสามารถดำเนินการได้และมีการประชุมและประเมินผลการทำงานเป็นระยะเพื่อปรับปรุงแผนงานอย่างต่อเนื่อง (กิจกรรมที่ดำเนินงานเริ่มจากการคัดกรองความดันโลหิตสูง/เบาหวาน เพื่อแยกเป็นกลุ่มตามสีเชียว(ปกติ) เหลือง(เสี่ยง) แดง(ป่วย) เพื่อให้การส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องตามกลุ่ม เช่นในกลุ่มสีเขียว จะส่งเสริมการปลูกผัก ออกกำลังกาย การดำเนินกิจกรรมชุมชนอ่อนหวานในกลุ่มสีเหลืองจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง/เบาหวาน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้บุคคลต้นแบบในกลุ่มสีแดง จะส่งเสริมการดูแลแบบคู่บัดดี้(ผู้ป่วยดูแลกันเอง) และกิจกรรมธรรมเคลื่อนที่เพื่อเสริมสร้างกำลังใจ)

๕.ขั้นตอนการประเมินผล

มีการประเมินภาวะสุขภาพของชุมชน ในประเด็นต่างๆ เช่น อัตราการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นหรือลดลงมากน้อยเพียงใด การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเป็นอย่างไร และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของชุมชน เกิดขึ้นหรือไม่ และจัดทำรายงานการประเมินผล พร้อมทั้งชี้แจงและเผยแพร่ให้ชาวบ้าน ได้รับทราบถึงผลการดำเนินงาน เพื่อให้ชาวบ้านดำเนินงานต่อไปได้อย่างมั่นใจ

ผลลัพธ์ของการดำเนินงาน

ผลจากการดำเนินกิจกรรมพบว่า กลุ่มประชาชนมีเข้าร่วมกิจกรรมฝึกสวนครัวรั้วกินได้ จำนวน ๕๗ ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๖๘ มีการรวมกลุ่มออกกำลังกายของคนในชุมชนเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๙.๕ กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่ากลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ดีขึ้น ร้อยละ ๔๖.๖ กลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ดีขึ้น ร้อยละ ๖๐ กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมกิจกรรม ๑๓ ภาระกิจพิชิตสุขภาพดีควบคู่กับกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ดีขึ้น ร้อยละ ๖๖.๖๖ กลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่เข้าร่วมกิจกรรม ๑๓ ภาระกิจพิชิตสุขภาพดีควบคู่กับกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ดีขึ้น ร้อยละ ๘๓.๓๓ ในส่วนกิจกรรมของกลุ่มป่วยมีการจับคู่บัดดี้ในการดูแลสุขภาพ โรคความดันโลหิตสูง ๑๖ คู่ โรคเบาหวาน ๒ คู่ ส่งผลให้เกิดการดูแลสุขภาพแบบใกล้ชิดมากขึ้นและเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเอง นอกจากนั้นยังมีนวัตกรรมที่เรียกว่า ฟาร์มสุขแฟมิลี เกิดขึ้นในชุมชนที่สามารถสร้างรายได้ให้กับคนในครอบครัว รวมถึงกิจกรรมชุมชนอ่อนหวาน ชุมชนมีร้านน้ำชาต้นแบบลดหวาน (ร้านน้ำทางเลือกสำหรับคนดื่มชา) และยังสามารถขยายต่อยอดไปยังหมู่บ้านใกล้เคียงได้

การเสริมสร้างและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพความรอบรู้ด้านสุขภาพ จะมีผลต่อการพัฒนาทักษะและศักยภาพ ทำให้สามารถควบคุมและปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ได้ซึ่งมีประโยชน์ทั้งต่อบุคคล ชุมชนและสังคม ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

เขตสุขภาพที่ ๑๓ การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเปราะบาง

ประเภทศูนย์บริการสาธารณสุข/หน่วยบริการปฐมภูมิ

พื้นที่เป้าหมาย : กลุ่มเปราะบางและครอบครัว เขตสะพานสูง กรุงเทพมหานคร

ชื่อผู้นำเสนอ : นางจุฑารัตน์ เกษสำลี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

นางพรทิพย์ ปทุมพรวรกุล พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

หน่วยงาน/สังกัด : ศูนย์บริการสาธารณสุข ๖๘ สะพานสูง สำนักอนามัย

หลักการและเหตุผล

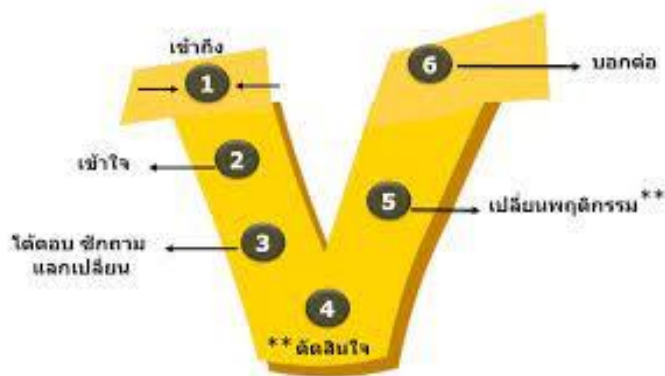
ผู้ป่วยและสมาชิกความรู้ด้านสุขภาพ ขาดพลัง ขาดกำลังใจ ส่งผลต่อสุขภาพที่แย่ลง

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการของศูนย์บริการสาธารณสุข ๖๘ สะพานสูง

๒. เพื่อพัฒนาศักยภาพของประชาชน และองค์กรอย่างเป็นระบบ

กรอบแนวคิดในการดำเนินงาน



ขั้นตอน/กระบวนการดำเนินงาน

๑. จัดตั้งทีมสหวิชาชีพ และพัฒนาเพื่อขับเคลื่อนงานอนามัยชุมชน เป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Organization) มุ่งสู่เป้าหมายการพัฒนาเพื่อเป็นสังคมแห่งความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Society)

๒. ศึกษาข้อมูลทำความเข้าใจภาวะสุขภาพ และปัจจัย สาเหตุของปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย

- รวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ

- ร่วมวิเคราะห์ปัญหาโดยใช้ข้อมูลที่รวบรวมได้ กำหนดปัญหาสุขภาพที่ต้องแก้ไข เพื่อนำไปสู่

การกำหนดเป้าหมาย

- หาวิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม เพื่อนำไปกำหนดกลวิธีในการแก้ปัญหา

๓. กำหนดเป้าหมายและวางแผนแก้ปัญหาร่วมกับคนในชุมชน ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว นำผลการวิเคราะห์วางแผนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพให้แก่ประชาชนเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพให้ครอบคลุมโดยใช้รูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพภายในองค์กร

๔. ทีมดำเนินการส่งเสริมสนับสนุน ในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ทั้งด้านงบประมาณ ปัจจัยเอื้อต่อการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

๕. ประสานงานความร่วมมือภาคีเครือข่าย ทีมสหวิชาชีพในพื้นที่ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในพื้นที่ และใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในพื้นที่ให้เกิดประโยชน์และประสิทธิภาพมากที่สุด ประสานความร่วมมือกับหน่วยต่างๆที่เกี่ยวข้องในชุมชน เช่น สำนักงานเขต ประธานชุมชน โรงเรียนในพื้นที่เพื่อให้สนับสนุนการดำเนินกิจกรรมเป็นไปได้อย่างราบรื่น

๖. ส่งเสริมบุคคล และชุมชนเป้าหมายให้มีการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องจนเป็นบุคคลต้นแบบ ชุมชนต้นแบบรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้ให้แก่ชุมชนอื่นหรือผู้ป่วยคนอื่น เกิด

การขยายผลต่อไปกิจกรรมพัฒนาเพื่อเป็นบุคคลต้นแบบ หรือชุมชนต้นแบบได้แก่การจัด ทำ YouTube เผยแพร่งานจัดเวทีพีธีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นต้น

๗. ประเมินผลและถอดบทเรียนเพื่อปรับปรุง ขยายผล วางแผน ดำเนินการติดตามผล ประเมินผลการดำเนินงานความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งระบบ ขบวนการผลิตและผลลัพธ์ จัดกิจกรรม แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับพื้นที่อื่น ผู้ป่วยคนอื่น เพื่อสรุปผลการดำเนินงานและถอดบทเรียนแล้วนำผลที่ได้ ไปปรับปรุงหรือขยายผลในการดำเนินการต่อไป

ผลลัพธ์ของการดำเนินงาน

ผู้ป่วยและสามีสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมเข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่องดูแลตนเองได้ ดูแลบุตร ได้ สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข เป็นการพัฒนาศักยภาพของประชาชน และองค์กรอย่างเป็นระบบ โดย เน้นสมรรถนะของบุคลากรขององค์กรและเครือข่ายของทุกหน่วยงานในสังคม จนเกิดเป็นชุมชนรอบรู้ด้าน สุขภาพ

๔.๒ มีการเผยแพร่สื่อความรู้เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพแก่กลุ่มเป้าหมาย

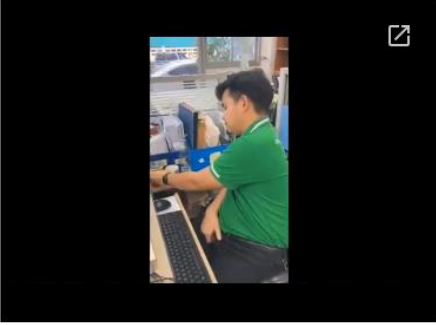
ลำดับ ที่	หน่วยงาน	สื่อ	ช่องทาง การเผยแพร่
1.	ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่	กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ 	หน้าเว็บไซต์ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ https://hpc1.anamai.moph.go.th/
2.	ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก	3 ท่า ป้องกันสมองเสื่อม 	TikTok ศูนย์ อนามัยที่ 2 พิษณุโลก https://www.tiktok.com/@hpc2official/video/7297086325226851590
		เมนูสุขภาพดี “โครตเกี้ยวคลื่น” 	TikTok ศูนย์ อนามัยที่ 2 พิษณุโลก https://www.tiktok.com/@hpc2official/video/7329431293400239367

ลำดับ ที่	หน่วยงาน	สื่อ	ช่องทาง การเผยแพร่
3.	ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์	สูงวัย ใส่ใจสุขภาพ 8 อ. สุขภาพ ชีวิตยาว 	สื่อโซเชียลมีเดีย
		ขั้นตอนการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพและร่างกายที่แข็งแรง 	สื่อโซเชียลมีเดีย
		10 วิธีการทำบุญที่ถูกต้อง 10 วิธีการทำบุญที่ถูกต้องและเกิด อานิสงส์มากที่สุด ดังต่อไปนี้... 1. ทำทาน 2. รักษาศีล 3. เจริญภาวนา 4. การอโหัมมอโหมต 5. การช่วยเหลือสังคม 6. การให้ผู้อื่นร่วมทำบุญกับเรา 7. การอนุโมทนา 8. การฟังธรรม 9. การแสดงธรรม 10. การทำความดีให้ถูกต้อง 	เผยแพร่ผ่านสื่อ โซเชียลมีเดีย

ลำดับ ที่	หน่วยงาน	สื่อ	ช่องทาง การเผยแพร่
		เด็กไทยในศตวรรษที่ 21 เก่ง ดี มีทักษะ ร่างกายแข็งแรง 	สื่อโซเชียลมีเดีย
		6 รอบรู้ ปลอดภัย สุขภาพกายจิตดี 	สื่อโซเชียลมีเดีย
4.	ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี	Quick Win ส่งเสริมการมีบุตร 	- Facebook Fanpage ศูนย์ อนามัยที่ 4 สระบุรี - ไลน์กลุ่ม เครือข่าย ผู้รับผิดชอบงาน อนามัยแม่และ เด็ก เขตสุขภาพ ที่ 4

ลำดับ ที่	หน่วยงาน	สื่อ	ช่องทาง การเผยแพร่
		แปรงฟัน 2 นาที สะอาดทุกซี่ สุขภาพดี เหงือกแข็งแรง 	- Facebook Fanpage ศูนย์ อนามัยที่ 4 สระบุรี - ไลน์กลุ่ม เครือข่าย ผู้รับผิดชอบงาน วัยเรียน วัยรุ่น เขต สุขภาพที่ 4
		เลิกสูบบุหรี่ไม่ยากอย่างที่คิด 	- Facebook Fanpage ศูนย์ อนามัยที่ 4 สระบุรี - ไลน์กลุ่ม เครือข่าย ผู้รับผิดชอบงาน วัยทำงาน เขต สุขภาพที่ 4 - ไลน์กลุ่ม เครือข่ายสถาน ประกอบการ เขตสุขภาพที่ 4
		พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ 	- Facebook Fanpage ศูนย์ อนามัยที่ 4 สระบุรี - ไลน์กลุ่ม เครือข่าย ผู้รับผิดชอบงาน ผู้สูงอายุ เขต สุขภาพที่ 4

ลำดับ ที่	หน่วยงาน	สื่อ	ช่องทาง การเผยแพร่
		มารู้จักห้องปลอดฝุ่น 	- Facebook Fanpage ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี - ไลน์กลุ่มเครือข่ายผู้รับผิดชอบงานสิ่งแวดล้อม เขตสุขภาพที่ 4 - กลุ่ม LINE ALERT แจ้งเตือนค่าฝุ่น PM 2.5 เขตสุขภาพที่ 4
5.	ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี	คลิปวิดีโอ "การส่งเสริมพัฒนาการทารกแรกเกิด" 	youtube ศูนย์อนามัยที่ 5
		คู่มือแนวทางการจัดอาหารมื้อกลางวัน ในกลุ่มนักเรียนที่เริ่มอ้วนและอ้วน 	ส่งให้ทางโรงเรียนระดับประถม ในเขตสุขภาพที่ 5

ลำดับ ที่	หน่วยงาน	สื่อ	ช่องทาง การเผยแพร่
6.	ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี	การกินสำหรับวัยทำงาน 	เว็บไซต์ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี https://hpc6.anamai.moph.go.th/th/home
7.	ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น	การวัดความดันโลหิตสูง  กินจิตยึดชีวิต  ของหวาน  ใช้เลือดออก	Social media Social media Social media Social media

ลำดับ ที่	หน่วยงาน	สื่อ	ช่องทาง การเผยแพร่
			
		ความดันโลหิตที่จำเป็นต้องรู้ 	ประชาสัมพันธ์ ตามจุดวัดความ ดันของ โรงพยาบาล ร้อยเอ็ด
		เตรียมการระวังโรคหลอดเลือดสมอง 	ประชาสัมพันธ์ ตามจุดวัดความ ดันของ โรงพยาบาล ร้อยเอ็ด
		ตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง 	ประชาสัมพันธ์ ตามจุดวัดความ ดันของ โรงพยาบาล ร้อยเอ็ด
		เธอจะท้องเธอพร้อมหรือยัง 	ประชาสัมพันธ์ ตามจุดวัดความ ดันของ โรงพยาบาล ร้อยเอ็ด

ลำดับ ที่	หน่วยงาน	สื่อ	ช่องทาง การเผยแพร่
		โรคสุดฮิตวัยทำงาน ออฟฟิศ ซินโดรม	ประชาสัมพันธ์ ตามจุดวัดความ ดันของ โรงพยาบาล ร้อยเอ็ด
			
		โรคสุดฮิตวัยทำงาน ออฟฟิศ ซินโดรม	ประชาสัมพันธ์ ตามจุดวัดความ ดันของ โรงพยาบาล ร้อยเอ็ด
			
		สมุนไพรรอบตัวดูแลคุณ	Social Media
			
		จำโรค Heat Stroke	Social Media
			

ลำดับ ที่	หน่วยงาน	สื่อ	ช่องทาง การเผยแพร่
8.	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี	รู้ทัน ป้องกัน Covid-19 สายพันธุ์ JN.1 	เพจ Facebook และเว็บไซต์ ศูนย์อนามัยที่ 8
		ดูแลตัวเองอย่างไร ในภาวะ PM2.5 สูง 	เพจ Facebook และเว็บไซต์ ศูนย์อนามัยที่ 8
		รักเป็น พลอดภัย 	Facebook, Line

ลำดับ ที่	หน่วยงาน	สื่อ	ช่องทาง การเผยแพร่
9.	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา	ข้อดี?...มะเร็งปากมดลูก	ติ๊กต็อก
			
		พัฒนาการสะดุด ถ้าไม่หยุดสมาร์ทโฟน	ติ๊กต็อก
			
		การแปรงฟันที่ถูกวิธี (ภาษามือ)	YOUTUBE และส่งมอบ ให้กับโรงเรียน สำหรับเด็ก พิเศษทั้ง 7 แห่ง ในเขตสุขภาพที่ 9
		โรคฟันผุ	YOUTUBE และส่งมอบ ให้กับโรงเรียน สำหรับเด็ก พิเศษทั้ง 7 แห่ง ในเขตสุขภาพที่ 9
			
		โรคเหงือกอักเสบ (ภาษามือ)	YOUTUBE และส่งมอบ

ลำดับ ที่	หน่วยงาน	สื่อ	ช่องทาง การเผยแพร่
			ให้กับโรงเรียน สำหรับเด็ก พิเศษทั้ง 7 แห่ง ในเขตสุขภาพที่ 9
10.	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี	ใส่ใจอาหารปลอดภัย ยิ่งใส่ใจยิ่งได้บุญ 3 โรคภัยเล็ก ที่พบประดังอาหาร อาหารดีมาตรฐาน ต้องปรุงสุกใหม่ ถ้าเป็นอาหารกระป๋อง ต้องดูวันหมดอายุ ควรเสริม และต้องลด เสริม ✦ เบบี้ฟัก ✦ ข้าวกล้อง ✦ เบบี้ปลา ✦ ผลไม้หวานน้อย ลด ✦ หวาน เย็น เหนียว ✦ ไขมัน ✦ เบบี้ทอด ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี กรมอนามัย ส่งเสริมให้ทุกภาคส่วน Facebook: ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี Instagram: @uobh10 YouTube: ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี	สื่อโซเชียลมีเดีย
		6 ชั้น ต้องรู้ ดูแลตนเองจากฝุ่น PM 2.5 6 ชั้นต้องรู้ ดูแลตนเอง ในวันที่เมืองเต็มไปด้วย ฝุ่น PM_{2.5} 1. เช็คฝุ่น PM_{2.5} - เช็คผ่านแอป Air4Thai, Air4U, IQAir, PM25, ThaiPM25 2. ประเมินตนเองว่าเสี่ยงแค่ไหนหรือไม่? • ผู้สูงอายุ • ผู้ป่วย • หญิงตั้งครรภ์ • ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น หอบหืด ภูมิแพ้ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไต โรคเบาหวาน • ผู้ที่ทำงานกลางแจ้ง เช่น พนักงานขับรถ พนักงานก่อสร้าง 3. ปฏิบัติตนเพื่อป้องกันสุขภาพตามระดับ PM_{2.5} • ระดับสูง (ค่าเฉลี่ยรายวัน > 150 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร) • ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยรายวัน 35-150 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร) • ระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ยรายวัน < 35 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร) 4. ประเมินอาการและคำแนะนำเบื้องต้น • 4Health PM_{2.5} • สวมหน้ากากอนามัย 5. ปรึกษาการดูแลสุขภาพที่รับไปพบแพทย์ (พบแพทย์ กายภาพบำบัด นวดแผนโบราณ จิตบำบัด) 6. สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ - สายด่วนกรมอนามัย 1478 - สายด่วนสุขภาพฉุกเฉิน 1669 ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี กรมอนามัย ส่งเสริมให้ทุกภาคส่วน Facebook: ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี Instagram: @uobh10 YouTube: ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี	สื่อโซเชียลมีเดีย
11.	ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช	รอบรู้ ดูแลดวงตา เด็กไทยสายตาสี, ผู้สูงวัย เคลื่อนไหวดีไม่มีล้ม สู้คุณภาพชีวิตมีความสุข	ผ่านเจ้าทางสุขภาพ โดยผ่าน สสจ.

ลำดับ ที่	หน่วยงาน	สื่อ	ช่องทาง การเผยแพร่
			
12.	ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา	เดือน "ไกรณ" ระบาดหนัก 3 จังหวัด ชายแดนใต้ 	ผ่านสื่อออนไลน์ เช่น LINE , Facebook
		ไกรณป้องกัน ฉีดวัคซีนสร้างภูมิคุ้มกัน 	ผ่านสื่อออนไลน์ เช่น LINE , Facebook

ลำดับ ที่	หน่วยงาน	สื่อ	ช่องทาง การเผยแพร่
13.	สถาบันพัฒนาสุขภาวะ เขตเมือง	วาเลนไทน์ปีนี้ให้ผลไม้สีแดงแทนความหวาน	เผยแพร่ทาง เว็บไซต์ ไลน์ กลุ่ม
		How to ถ่าย ให้อว เทียว ตรุษจีนแบบ ECO	เผยแพร่ทาง เว็บไซต์ ไลน์ กลุ่ม
		รักปลอดภัย ป้องกันท้องไม่พร้อม	ไลน์ Facebook TikTok
		คัมภีร์กินข้าวแช่	การสอน เสริมสร้าง สุขภาพภายใต้ การอบรม พัฒนาศักยภาพ อาสาสมัคร

ลำดับ ที่	หน่วยงาน	สื่อ	ช่องทาง การเผยแพร่
			สาธารณสุข/ อสม./อสม.ย./ Health Promoter
		รู้เท่าทันผลไม้หวานหวาน 	Facebook สถานอนามัย เด็กกลาง สสม. นนทบุรี
		เบาหวานขณะตั้งครรภ์ ป้องกันได้ แค่เลือก กิน 	google drive แชร์ผ่านแบบ ประเมิน google form แบบประเมิน การรับรู้ และ ความพึงพอใจ ของสื่อฯ
		รู้ทันอากาศร้อน เตรียมรับมือฮีทสโตรก 	ไลน์ Facebook