

ชื่อโครงการ	ชุมชนร่วมใจ ห่างไกลเบาหวานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
หน่วยงาน	สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร (กลุ่มงานสร้างเสริมสุขภาพบุคคลและครอบครัว กองสร้างเสริมสุขภาพ)
ปีงบประมาณ	๒๕๗๐

๑. หลักการและเหตุผล

โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อสุขภาพคนไทย ซึ่งในปัจจุบันที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นโดยจากรายงานของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๘ พบว่า คนไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปทั่วประเทศ มีภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๒๕.๔ และเบาหวาน ร้อยละ ๑๑.๖ โดยกรุงเทพมหานครมีอัตราการชุกของโรคทั้งสองชนิดสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ โดยพบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสูงถึงร้อยละ ๒๗.๒ และโรคเบาหวานมากกว่า ๑๒% โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและวัยทำงาน และจากข้อมูลการเข้ารับบริการตามสิทธิบัตรทองของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงปีล่าสุด มีอัตราการรับบริการสูงเป็นอันดับ ๑ เป็นจำนวน ๑๙,๘๙๘,๑๗๘ ครั้งต่อปี และโรคเบาหวานเป็นอันดับ ๒ เป็นจำนวน ๑๑,๓๐๙,๕๐๓ ครั้งต่อปี และข้อมูลกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขยังพบว่าการตรวจคัดกรองสุขภาพในประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป พบว่ามีผู้ได้รับการตรวจคัดกรองเพียง ๑๔ ล้านคน จากเป้าหมายทั่วประเทศ ๒๒ ล้านคน โดยมีประชาชนที่ยังไม่ได้รับการคัดกรองประมาณ ๘ ล้านคน จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุข จึงกำหนดนโยบาย “คนไทยห่างไกล โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCDs” โดยมีมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคด้วยการส่งเสริมและสนับสนุน ให้อาสาสมัครสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมในขับเคลื่อนนโยบายดังกล่าวโดยเฉพาะการค้นหาและคัดกรอง กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานซึ่งหากตรวจพบตั้งแต่เริ่มแรกและรักษาได้เร็วจะช่วยลดความเสี่ยงลดอัตราผู้ป่วย รายใหม่ชะลอการดำเนินโรค และลดภาระของระบบบริการ ลดค่าใช้จ่าย และลดอัตราการตายก่อนวัยอันควรได้ซึ่งในปัจจุบันยังมีหลักฐานว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถเข้าสู่ภาวะเบาหวานสงบได้ (Diabetes Remission) อันเกิดจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนสามารถหยุดยาได้ด้วยการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวาน จนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองให้เหมาะสมได้

จากรายงานผลการตรวจสุขภาพกรุงเทพมหานคร ๑ ล้านคน ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ - ๒๕๖๘ พบว่า ประชาชนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร มีจำนวนผู้ป่วยและประชาชนมีภาวะเสี่ยงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Noncommunicable diseases: NCDs) สูงกว่าภาพรวมประเทศ ดังนี้ โรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่กรุงเทพมหานคร คิดเป็นร้อยละ ๒๔เมื่อเทียบกับภาพรวมประเทศ คิดเป็นร้อยละ ๒๕.๔% โรคเบาหวานในพื้นที่กรุงเทพมหานคร คิดเป็น ร้อยละ ๑๒.๕% เมื่อเทียบกับภาพรวมประเทศ คิดเป็นร้อยละ ๙.๕% มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ ๑๓.๒% เมื่อเทียบกับภาพรวมประเทศ คิดเป็นร้อยละ ๑๐.๗% มีภาวะอ้วนลงพุง คิดเป็นร้อยละ ๕๑.๑ เมื่อเทียบกับภาพรวมประเทศ คิดเป็นร้อยละ ๓๙.๔% และมีภาวะไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ ๖๖.๔ เมื่อเทียบกับภาพรวมประเทศ คิดเป็นร้อยละ ๕๖.๘% ซึ่งหากไม่ได้รับการวินิจฉัย ไม่ได้รับการรักษา หรือควบคุมไม่ดีก็จะนำไปสู่การเกิดโรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมาส่งผลให้คุณภาพชีวิตแย่ลงอีกทั้งยังต้องแบกรับค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ - ๒๕๖๘ สำนักอนามัย โดยกองสร้างเสริมสุขภาพ ได้ดำเนินงานโครงการ “ชุมชนร่วมใจ ห่างไกลเบาหวาน” ด้วยการคัดเลือกประชาชนให้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการทำหน้าที่เป็นแกนนำสุขภาพ ให้มีความรู้ มีทักษะ และสามารถนำความรู้ไปถ่ายทอดให้แก่ประชาชนในชุมชนได้ โดยเฉพาะประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ต้องได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคเบาหวานในชุมชน ๒๗๖ ชุมชน มีอาสาสมัครสาธารณสุข เข้าร่วมการอบรมทั้งสิ้นจำนวน ๑,๐๓๕ คน และจากผลการดำเนินงาน

ที่ผ่านมา...

ที่ผ่านมา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุข สามารถเป็นเครือข่ายการดำเนินงานด้านสุขภาพ ที่มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพเพื่อเฝ้าระวังการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในชุมชนได้เป็นอย่างดี

สำนักอนามัย มีบทบาทหน้าที่ในการสนับสนุนให้คนไทยห่างไกลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โดยมีมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค ด้วยการส่งเสริมและสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครเข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ซึ่งหากตรวจพบตั้งแต่เริ่มแรกและรักษาได้เร็วจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ลดอัตราผู้ป่วยรายใหม่ ชะลอการเกิดโรคไม่ให้เป็นรุนแรง ลดภาระของระบบบริการและลดค่าใช้จ่าย ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานโครงการฯดังกล่าว เกิดความต่อเนื่องประชาชนเกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพในระยะยาว สำนักอนามัย จึงได้จัดทำโครงการ “ชุมชนร่วมใจ ห่างไกลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง” เพื่อเสริมสร้างบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ลดผลกระทบและลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้อย่างครอบคลุม และยั่งยืน โดยดำเนินการขยายชุมชนเพิ่มจากปี ๒๕๖๙ (๓๔๕ ชุมชน) เป็น ๔๘๓ ชุมชน ในปี ๒๕๗๐

๒. วัตถุประสงค์

๒.๑ เพื่อให้มีระบบเฝ้าระวังประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ๔๘๓ ชุมชน (ศูนย์บริการสาธารณสุขละ ๗ ชุมชน)

๒.๒ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานกลายเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ไม่เกินร้อยละ ๕

๒.๓ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงกลายเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ไม่เกินร้อยละ ๘

๓. กลุ่มเป้าหมาย

ประชาชนในชุมชนที่มีอายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไป ในชุมชนเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

๔. ลักษณะโครงการ

๔.๑ ประเภทโครงการ

☒ ยุทธศาสตร์

○ โครงการใหม่

/○ โครงการต่อเนื่อง

☐ งานประจำ

○ โครงการใหม่

○ โครงการต่อเนื่อง

๔.๒ ความสอดคล้อง/เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์

☒ แผนพัฒนากรุงเทพมหานครระยะ ๒๐ ปีระยะที่ ๓ (พ.ศ.๒๕๖๗ - ๒๕๗๐)

☒ แผนปฏิบัติการราชการกรุงเทพมหานคร ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๗

☐ แผนอื่น ๆ

๔.๓ รูปแบบโครงการ

- ☐ โครงการฝึกอบรม/สัมมนา/ศึกษาดูงาน
☐ โครงการศึกษาวิจัย
☐ โครงการก่อสร้าง
☒ โครงการรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/เผยแพร่
☐ โครงการพัฒนาระบบสารสนเทศ
☐ โครงการจัดงาน/กิจกรรม

๕. ระยะเวลาและสถานที่ดำเนินการ

เดือนตุลาคม ๒๕๖๘ - กันยายน ๒๕๖๙

๖. แผนปฏิบัติการ

ชุมชนร่วมใจ ท่างไกรเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

ขั้นตอนการดำเนินงาน	ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๗๐											
	ต.ค. ๖๙	พ.ย. ๖๙	ธ.ค. ๖๙	ม.ค. ๗๐	ก.พ. ๗๐	มี.ค. ๗๐	เม.ย. ๗๐	พ.ค. ๗๐	มิ.ย. ๗๐	ก.ค. ๗๐	ส.ค. ๗๐	ก.ย. ๗๐
๑. ก่อสร้างเสริมสุขภาพ จัดทำแนวทางการ ดำเนินงานและจัดประชุม แนวทางการดำเนินงาน โครงการฯ แก่ผู้เกี่ยวข้อง ทราบในรูปแบบการ ประชุมทางไกล (Video Conference) ผ่าน แอปพลิเคชัน Zoom Meeting	←→											
๒. ก่อสร้างเสริมสุขภาพ จัดทำสิ่ง สนับสนุนการ ดำเนินงานโครงการฯ ได้แก่ เอกสาร ประกอบการดำเนินงาน และแนวทางการ ดำเนินงาน			←→									
๓. ศูนย์บริการ สาธารณสุข ดำเนินการ คัดกรองความเสี่ยงต่อการ เกิดโรคเบาหวานโรคความ ดันโลหิตสูงให้แก่ ประชาชนในชุมชนที่มี อายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไปใน ชุมชนเป้าหมาย (ศบส.ละ ๗ ชุมชน) รวม ๔๘๓ ชุมชน							←→					

ขั้นตอนการดำเนินงาน	ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐											
	ต.ค. ๖๙	พ.ย. ๖๙	ธ.ค. ๖๙	ม.ค. ๖๐	ก.พ. ๖๐	มี.ค. ๖๐	เม.ย. ๖๐	พ.ค. ๖๐	มิ.ย. ๖๐	ก.ค. ๖๐	ส.ค. ๖๐	ก.ย. ๖๐
๔. ศูนย์บริการสาธารณสุข จัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงฯใน ชุมชนเป้าหมาย (ศบส.ละ ๗ ชุมชน) รวม ๔๘๓ ชุมชน								↔				
๕. ศูนย์บริการสาธารณสุข จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตาม หลัก ๓ อ ๒ ส กลุ่มเสี่ยงฯ ใน ชุมชนในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมโดยสามารถเขียนขอ งบประมาณจากเงินกองทุน หลักประกันสุขภาพสุขภาพ ระดับเขต								←	→			
๖. ศูนย์บริการสาธารณสุข ติดตามประชาชนกลุ่มเสี่ยงฯ และประเมินผลสุขภาพ และส่ง สรุปผลการดำเนินงานให้แก่กอง สร้างเสริมสุขภาพ											↔	
๗. กองสร้างเสริมสุขภาพ รวบรวมและสรุปผลการ ดำเนินงาน												↔

๗. งบประมาณ

ไม่ใช้งบประมาณ

กิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย	รายการค่าใช้จ่าย	จำนวนเงิน (บาท)	กฎหมาย ระเบียบที่ เกี่ยวข้อง
กิจกรรมที่ ๑ จัดทำแนวทางการดำเนินงาน และจัดประชุมแนวทางการ ดำเนินงานโครงการฯ แก่ ผู้เกี่ยวข้องทราบในรูปแบบการ ประชุมทางไกล (Video Conference) ผ่าน แอปพลิเคชัน Zoom Meeting	- บุคลากรของ ศูนย์บริการสาธารณสุข ที่เกี่ยวข้อง	-	-	-

กิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย	รายการค่าใช้จ่าย	จำนวนเงิน (บาท)	กฎหมาย ระเบียบที่ เกี่ยวข้อง
กิจกรรมที่ ๒ จัดทำสิ่งสนับสนุนการ ดำเนินงานโครงการฯ	-ประชาชนในชุมชนที่มี อายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไป ในชุมชนเป้าหมายที่ ได้รับการคัดกรอง ความเสี่ยงต่อการเกิด โรคเบาหวานและความ ดันโลหิตสูง	-	-	-
กิจกรรมที่ ๓ คัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิด โรคเบาหวานและโรคความดัน โลหิตสูงในชุมชนเป้าหมาย (สบส.ละ ๗ ชุมชน) รวม ๔๘๓ ชุมชน	-ประชาชนในชุมชนที่มี อายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไป ในชุมชนเป้าหมายที่ ได้รับการคัดกรอง ความเสี่ยงต่อการเกิด โรคเบาหวานและความ ดันโลหิตสูง	-	-	-
กิจกรรมที่ ๔ วิเคราะห์ข้อมูลการคัดกรองสุขภาพ และจัดทะเบียนกลุ่มเสี่ยงฯ	-บุคลากรของ ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ เกี่ยวข้อง -ประชาชนในชุมชนที่มี อายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไป ในชุมชนเป้าหมายที่ ได้รับการคัดกรองความ เสี่ยงต่อการเกิด โรคเบาหวานและความ ดันโลหิตสูง	-	-	-
กิจกรรมที่ ๕ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตาม หลัก ๓ อ ๒ ส ให้กับประชาชน กลุ่มเสี่ยงฯ ในชุมชน (สบส.ละ ๗ ชุมชน) รวม ๔๘๓ ชุมชน	-บุคลากรของ ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ เกี่ยวข้อง -ประชาชนในชุมชนที่ เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการ เกิดโรคเบาหวานและ ความดันโลหิตสูง	-	-	-
กิจกรรมที่ ๖ ติดตามกลุ่มเสี่ยงฯ ประเมินผล สุขภาพ	-ประชาชนในชุมชนที่ เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการ เกิดโรคเบาหวานและ ความดันโลหิตสูง	-	-	-

๘. ความเสี่ยงของโครงการและแนวทางการบริหารความเสี่ยง

ความเสี่ยง	การประเมินความเสี่ยง			แนวทางการบริหารความเสี่ยง
	โอกาสที่จะเกิด	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง	
ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามดูแลและกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการส่งต่อเพื่อวินิจฉัยและเข้ารับการรักษตามแนวทางที่กำหนดไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	๒	๑	น้อย	- จัดทำผังการดำเนินงานเฝ้าระวังความเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน - จัดทำแผนการติดตามกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มสงสัยป่วย และรายงานผลการดำเนินงานตามแผนที่กำหนด
การตรวจติดตามในกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มสงสัยป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ให้มารับการตรวจติดตามวินิจัยซ้ำไม่สามารถดำเนินการได้ทันตามเวลาตามเป้าหมาย	๒	๑	น้อย	- จัดทำเอกสาร/หลักฐานการคืนข้อมูลให้กับพื้นที่เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับการตรวจติดตาม - จัดทำแผนการติดตามกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มสงสัยป่วย และรายงานผลการดำเนินงานตามแผนที่กำหนด

๙. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

๙.๑ มีเครือข่ายอาสาสมัครแกนนำสุขภาพ เพื่อดำเนินการเฝ้าระวังการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนและสามารถนำหลักสูตรการอบรมไปขยายผลในชุมชนอื่น ๆ ได้

๙.๒ ประชาชนในชุมชนเข้าถึงการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้ครอบคลุมมากขึ้น

๙.๓ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนได้รับการติดตามดูแลและกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวานได้รับการส่งต่อเพื่อวินิจฉัยและเข้ารับการรักษ

๙.๔ ประชาชนในชุมชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน (Pre - DM) มีระดับน้ำตาลลดลง

๙.๕ ประชาชนในชุมชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (Pre - HT) มีระดับความดันโลหิตลดลง

๑๐. การติดตามประเมินผล

๑๐.๑ ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ประเภทตัวชี้วัด	วิธีการคำนวณ/เครื่องมือในการใช้วัด	ระยะเวลา
๑. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่	ไม่เกินร้อยละ ๕ (จากกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน)	ผลลัพธ์	A = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ B = จำนวนประชาชนในชุมชนที่อายุ ๑๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน (A/B) x ๑๐๐	๓ เดือน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ประเภทตัวชี้วัด	วิธีการคำนวณ/เครื่องมือในการใช้วัด	ระยะเวลา
๒. ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่	ไม่เกินร้อยละ ๘ (จากกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง)	ผลลัพธ์	A = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ B = จำนวนประชาชนในชุมชนที่อายุ ๑๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง $(A/B) \times ๑๐๐$	๓ เดือน

๑๐.๒ การติดตามความก้าวหน้า

- แบบรายงานความก้าวหน้าในการดำเนินโครงการรายเดือน และรายไตรมาส

๑๐.๓ การประเมินผลโครงการ

- รวบรวมข้อมูลจากรายงานการติดตามประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและกลุ่มสงสัยป่วย และจำนวนผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนเป้าหมาย

- การติดตามสรุปผลการดำเนินงานโครงการ

ลงชื่อ.....ผู้เสนอโครงการ

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติโครงการ