

แนวทางการดำเนินงาน
อสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ปี 2560
การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ:
โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ



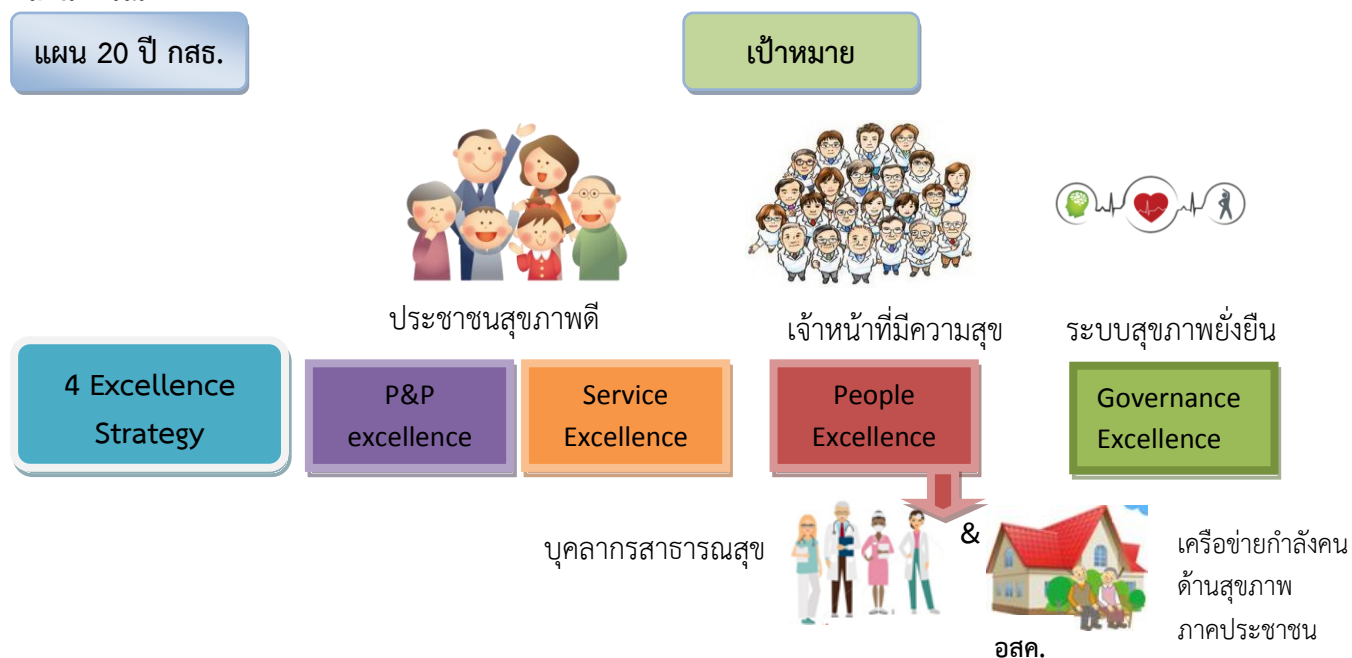


แนวทางการดำเนินงาน
อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ปี 2560
การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ:
โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ

“โครงการเสริมสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองระดับครอบครัว”
ตัวชี้วัดร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

แนวทางการดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ปี 2560

สถานการณ์



กระทรวงสาธารณสุข มีเป้าหมายการพัฒนาตามยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ((ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2560 - 2579) ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน ภายใต้ยุทธศาสตร์พัฒนาความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ 1) Prevention & Promotion Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและความป้องกันโรคเป็นเลิศ) 2) Service Excellence (บริการเป็นเลิศ) 3) People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ) และ 4) Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศ) เพื่อขับเคลื่อนทุกภาคส่วนไปสู่เป้าหมาย

จากเป้าหมายที่กำหนดตามยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี นั้น แท้ที่จริงมุ่งหวังให้เกิดการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (Self Care) บนวิถีชีวิตไทยและรากเหง้าของชุมชน ด้วยเทคโนโลยีที่เหมาะสมสอดคล้องกับยุคสมัยทันสมัยสอดคล้องกับบริบท ให้ประชาชนได้เลือกวิธีการหรือกิจกรรมที่ใช้ประพฤติปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของประชาชนด้วยตนเอง ในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ระวังรักษาร่างกายให้สะอาดปราศจากเชื้อโรค ภัยอันตรายที่อาจจะทำให้บาดเจ็บ ป่วย เสี่ยงหรือพิการ การดูแลจิตใจให้สดชื่นแจ่มใสและระวังภัยจากสังคม ตลอดจนการวิเคราะห์ สืบค้นหาโรคและการรักษาขั้นต้นด้วยตนเอง โดยการใช้องค์ความรู้ ภูมิปัญญา เทคโนโลยี และทรัพยากรพื้นฐานในครอบครัว ชุมชนและสังคม

เมื่อพิจารณาปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการบรรลุเป้าหมาย พบว่า ปัจจุบันระบบสุขภาพไทยกำลังเผชิญกับสิ่งที่ท้าทายจากรอบด้าน อาทิ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเปลี่ยนจากสังคมชนบทสู่สังคมเมือง การเชื่อมต่อการค้าการลงทุนทั่วโลก ตลอดจนความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ประชาชนมีความคาดหวังต่อคุณภาพของระบบบริการมากขึ้น ขณะที่งบประมาณภาครัฐ เริ่มมีจำกัด ไม่เพียงพอต่อการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุข อีกทั้งการผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุขยังไม่เพียงพอและไม่ต่อเนื่อง อัตราส่วนประชากรต่อบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขยังไม่เป็นไปตามที่พึงประสงค์ มีการสูญเสียกำลังคนอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งเกิดการขาดช่วงในการหาบุคลากรมาทดแทนการขาดแคลนอัตราากำลังที่จำเป็น ทำให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีภาระงานมากกว่าปริมาณที่บุคลากรคนหนึ่งตำแหน่งหนึ่งจะทำได้ในระยะเวลาหนึ่งตามกรอบมาตรฐานที่กำหนด จึงจำเป็นที่จะต้องพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพในภาคประชาชนและภาคประชาสังคมให้เข้มแข็ง เพื่อให้มีกำลังคนด้านสุขภาพในชุมชนที่มีศักยภาพและเป็นแกนหลักในการดูแลและจัดการด้านสุขภาพของประชาชน

หากเราสร้างความเข้มแข็งของกำลังคนด้านสุขภาพเครือข่ายภาคประชาชนให้ตระหนักว่าสุขภาพเป็นของเรา ด้วยการต่อยอดเสริมฐานทุนเดิม ที่ได้สร้างระบบการสร้างความรู้ในชุมชนที่ต้องมีคนที่มีเรื่องสุขภาพและเป็นศูนย์รวมในการให้คำปรึกษาหารือเรื่องสุขภาพและเป็นตัวจักรสำคัญในการขับเคลื่อนสุขภาพในรูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุข ได้แก่ อสม. ผสส. ซึ่งปัจจุบันเหลือเพียงระบบเดียว คือ อสม. ด้วยการ พัฒนาระบบเครือข่ายจากชุมชนไปถึงทุกครัวเรือน ให้มีการเสริมสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพด้วยตนเองระดับครอบครัว โดยส่งเสริมให้คนในครอบครัว มาเป็น อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) เพื่อให้แต่ละครอบครัวมีคนที่จะช่วยดูแลสุขภาพคนในครอบครัว ให้ครอบครัวคลุ้มคลั่ง และกลับมาพึ่งตนเองได้ โดยครอบครัวหนึ่ง จำเป็นต้องมีอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) อย่างน้อย 1 คน เป้าหมายการพัฒนา อสค. จำนวน 4 ล้านคนทั่วประเทศ โดยปีงบประมาณ 2560 ได้กำหนดเป้าหมายการดำเนินงานให้มี อสค. 86,700 คน จากกลุ่มเป้าหมายครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูงที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) จากฐานข้อมูล HDC (<http://hdcservice.moph.go.th/>) ของกระทรวงสาธารณสุข นั่นคือ 100 % ของครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูงที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะ 4 เป็นเป้าหมายหลักก่อน แต่ละจังหวัดสามารถเพิ่มจำนวนเป้าหมายได้ ตามสภาพปัญหา บริบท ข้อมูลจริงและความพร้อมของพื้นที่ (โดยใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่มีอยู่ ทั้งข้อมูลจากฐานข้อมูล HDC ข้อมูล 43 แฟ้ม ข้อมูลชุมชน ข้อมูลสถานพยาบาล ฯลฯ) ทั้งนี้ให้แจ้งเป้าหมายที่เพิ่มเติมมายังกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เพื่อทราบและพิจารณาให้การสนับสนุนทรัพยากรตามเหมาะสม พร้อมทั้งกำหนดกำหนดตัวชี้วัดการดำเนินงาน คือ ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด เป็นตัวชี้วัดในการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และตัวชี้วัดในการจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการของผู้บริหารในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข คณะที่ 3 การบริหารทรัพยากรมนุษย์ เพราะว่า หากกำลังคนด้านสุขภาพภาคประชาชนเข้มแข็งเป็นเจ้าของสุขภาพ มีความรู้ ความเข้าใจและประพฤติปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองจนเกิดผลแล้ว จะเชื่อมโยง หนุนเสริมและช่วยเหลือให้ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) ให้สามารถหนุนเสริมระบบบริการสุขภาพ (ยุทธศาสตร์บริการเป็นเลิศ) และสุขภาวะในการดำรงชีวิต และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของทุกคนในทุกกลุ่มทุกช่วงอายุ (P&P Excellence Strategies) ของกระทรวงสาธารณสุขบรรลุผล ภายใต้การบริหารจัดการที่ดี อันจะส่งผลให้เป้าหมายที่วางไว้บรรลุผลสำเร็จ ประชาชนบนผืนแผ่นดินไทยอยู่อย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถช่วยเหลือตนเองได้ พึ่งตนเองได้ โดยไม่เป็นภาระของครอบครัวมากนัก อันจะทำให้ประเทศมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืนได้สืบไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสนับสนุนและพัฒนาภาคีเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพในภาคประชาชนให้เข้มแข็ง ด้วยการเสริมสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพด้วยตนเองระดับครอบครัว

1) เพื่อต่อยอดการสร้างความรู้จากชุมชนไปถึงทุกครัวเรือน

2) เพื่อให้ครอบครัวได้รับการดูแลสุขภาพและถ่ายทอดความรู้สม่ำเสมอ

3) เพื่อให้คนในครอบครัวทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพสมาชิกในครอบครัวของตนเอง

4) เพื่อให้แต่ละครอบครัว มี อสค. อย่างน้อย 1 คน เป็นผู้ดูแลสุขภาพ และประสานกับ อสม.

2. เพื่อส่งเสริมให้ทุกระบบบริการสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในทุกกลุ่มวัย

อาทิ คลินิกโรคไต คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความดันโลหิตคลินิกเบาหวาน การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ทีมหมอครอบครัว ฯลฯ มีระบบอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) นำมาเสริมฐานทุนเดิมของภาครัฐ ให้เกิดเป็นพลังในระบบสุขภาพของประเทศ ต่อยอดการดูแลสุขภาพจากบุคลากรการแพทย์และสาธารณสุข สถานพยาบาล อสม.และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ขยายผลไปถึงครอบครัว อย่างน้อยแต่ละครอบครัวจะมี 1 คน ที่สามารถดูแลสุขภาพตนเอง และสมาชิกที่มีในครอบครัวได้ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพและแก้ไขปัญหาของชุมชน

นิยามและความหมาย อสค.

“อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) หมายถึง บุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัวหรือเพื่อนบ้านที่ได้รับ ความไว้วางใจจากครอบครัว และได้รับการคัดเลือกให้ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพและความเป็นอยู่ของสมาชิกใน ครอบครัว เป็นผู้ที่มีความรู้และเป็นแกนนำในการปฏิบัติตนเองด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เป็นแบบอย่างให้กับ ครอบครัว และสามารถถ่ายทอดความรู้ให้แก่สมาชิกในครอบครัวของตนเองได้ และผ่านการฝึกอบรมหลักสูตร อาสาสมัครประจำครอบครัวที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด”

อสค. ไม่มีค่าตอบแทนหรือสิ่งตอบแทนใดๆและอสค.จะไม่เรียกร้องสิ่งตอบแทนใดๆ ทำเพื่อบุคคล ในครอบครัวตนเองและช่วยเหลือผู้อื่นด้วยจิตเมตตา

เป้าหมาย

พื้นที่ดำเนินการทั่วประเทศ เป้าหมายการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ 2560 จำนวน 500,000 คน

1) ครอบครัวผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง (CKD) 100,000 คน 100% ของครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานและ หรือความดันโลหิตสูงที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะ 4 จากข้อมูลHDC (<http://hdcservice.moph.go.th/>) ของ กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 3 ธันวาคม 2559

2) ครอบครัวผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (LTC) 150,000 คน จากเป้าหมายการจัดสรรประชากรผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านติดเตียง ปีงบประมาณ 2560 ตามสัดส่วนประชากร 60 ปีขึ้นไปสิทธิ์UC ซึ่งเป็นเป้าหมายครอบครัว เดียวกับพื้นที่ฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ของกรมอนามัยและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเชื่อมโยงส่งต่อการดำเนินงานแบบบูรณาการ

3) ครอบครัวผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) 250,000 คน จากข้อมูลHDCของกระทรวงสาธารณสุข และข้อมูลประชากร 43 แห่ง ของแต่ละจังหวัด ณ วันที่ 3 ธันวาคม 2559

ส่วนกลุ่มเป้าหมายอื่น โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ **ทุกจังหวัดทุกกลุ่มเขตสามารถเพิ่มเป้าหมาย การดำเนินงานได้ ตามสภาพปัญหา บริบท ข้อมูลจริงและความพร้อมของพื้นที่** ทั้งนี้ให้แจ้งเป้าหมาย ที่เพิ่มเติมมายังกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เพื่อทราบและพิจารณาให้การ สนับสนุนทรัพยากรตามเหมาะสม

แนวทางการดำเนินงาน

ปีงบประมาณ 2560 มีแนวทางการดำเนินงาน อสค. เพื่อการเสริมสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเอง ระดับครอบครัว ดังนี้

ขั้นตอนการดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) มี 4 ขั้นตอน (Step) คือ

ขั้นตอนที่ 1 คัดเลือกผู้ที่จะมาเป็น อสค. โดย คัดเลือกจากญาติของผู้ป่วย 3
กลุ่มเป้าหมาย คือ โรคไตวายเรื้อรัง (CKD) ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (LTC)
ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ในกลุ่มเบาหวานและความดันโลหิต

ผู้ทำการคัดเลือก คือ (1) ทีมหมอครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือโรงพยาบาลที่ดูแล
รักษาผู้ป่วย คัดเลือกจากญาติผู้ป่วยที่มารับบริการ (2) อสม. ซึ่งรับผิดชอบดูแลพื้นที่ช่วยคัดเลือก ชักชวน
จากครอบครัวในละแวกรับผิดชอบ โดย อสม. 1 คน สร้างเครือข่ายระดับครัวเรือนด้วยการคัดเลือกผู้ที่จะมาเป็น
อสค. 4 คน

ขั้นตอนที่ 2 เรียนรู้ฝึกปฏิบัติ โดยนำผู้ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่กระบวนการฝึกปฏิบัติ
ที่โรงพยาบาลหรือ รพ.สต. หรือที่บ้านผู้รับการดูแล โดยทีมหมอครอบครัว
ขณะไปเยี่ยมบ้าน และหรือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลขณะที่ญาติพาผู้ป่วยมารับ
การรักษา ไม่ใช้การเปิดอบรม เน้นการเรียนรู้ขณะได้รับคำแนะนำจากบุคลากร
สาธารณสุข เช่น

ในกลุ่ม อสค. เพื่อดูแล ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง (CKD) ได้รับความรู้ 6 ครั้ง
ตามแนวทางของ CKD Clinic ขณะพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลแล้วเรียนรู้พร้อม
ผู้ป่วยในประเด็น 1. เรื่องไต 2. การคุมเบาหวาน/ความดันโลหิต 3. การคุม
อาหารอย่างเป็นรูปธรรม 4. การออกกำลังกาย 5. การใช้ยาและการไปพบ
แพทย์ตามนัด 6. เรื่องสุขภาพจิต การดูแลบำรุงจิตใจ

กลุ่ม อสค. เพื่อดูแล ผู้สูงอายุ (LTC) ฝึกปฏิบัติ เรียนรู้ จำนวน 3 ครั้ง ใน 3
เรื่องหลัก คือ 1. การบริหารจัดการเบื้องต้น 2. การส่งเสริมสุขภาพ 3. การใช้ยา
อาจเรียนรู้ที่โรงพยาบาลหรือทีมหมอครอบครัวที่ลงเยี่ยมบ้าน

กลุ่ม อสค. เพื่อดูแลญาติหรือผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) เรียนรู้
ฝึกปฏิบัติ 3 ครั้ง ใน 3 เรื่องหลัก คือ 1. ความรู้เรื่องโรคที่เป็น 2. การควบคุมโรค
ด้วย 3 อ 2 ส การใช้ยา และ 3. ภาวะแทรกซ้อนและการป้องกัน เรียนรู้ขณะ
พาญาติมาหาหมอตตามนัด

ขั้นตอนที่ 3 ปฐมนิเทศ สร้างเครือข่ายและขึ้นทะเบียน เพื่อรู้จำนวน อสค. หลังจากที่ได้
เรียนรู้ครบตามขั้นตอนที่ 2 แล้ว โรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล (รพ.สต.) มอบประกาศนียบัตรพร้อมบัตรประจำตัว อสค. และ
ขึ้นทะเบียน อสค. โดยในมอบประกาศนียบัตร เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะต้องให้
ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาท จริยธรรม อสค. ไม่มีค่าตอบแทน พร้อมทั้งให้พบปะ
รู้จัก อสม. และทีมหมออนามัย ตลอดจนประสานเป็นเครือข่ายซึ่งกันและกัน ตั้ง
กลุ่มไลน์ เพื่อสื่อสาร ปรึกษาปัญหาต่างๆ ทั้งนี้ผู้ได้รับความรู้และจะเป็น อสค.
ต้องเป็นบุคคลเดียวกันตลอดหลักสูตร

ขั้นตอนที่ 4 เรียนรู้ต่อเนื่อง สนับสนุนและจัดให้มีการศึกษาต่อเนื่องของ อสค. จากทาง
Social Media หรือผ่านApplication หรือชุมชนออนไลน์ (CoP) หรือ
รร.อสม.รร.ผู้สูงอายุ และเรียนรู้จาก อสม. เครือข่าย

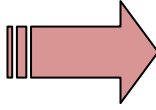
ระยะหลังดำเนินการ ประเมินผลที่เกิดขึ้นในภาพรวมและปรับปรุงการดำเนินงาน พร้อมคืนข้อมูล
ให้ชุมชน

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่และผลลัพธ์ที่ต้องการ

มาตรการ

ผลลัพธ์ที่ต้องการ

1. พัฒนากลไกการหนุนเสริมการดูแล
สุขภาพของครอบครัวแบบบูรณาการ



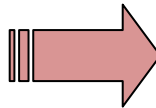
มีเครือข่ายทุกระดับเป็นกลขับเคลื่อน
และหนุนเสริมการดูแลสุขภาพของ
ครอบครัวแบบบูรณาการ

- สร้างความรู้ ความเข้าใจในวัตถุประสงค์ เป้าหมาย
กระบวนการดำเนินงาน บทบาทของแต่ละภาคส่วน
ในการขับเคลื่อนงาน

- ประสานงาน บูรณาการร่วมกันระหว่างกลุ่มงาน
ที่เกี่ยวข้อง สถานพยาบาล สำนักงานสาธารณสุข
รพ.สต. ทีมหมอครอบครัว ผู้จัดการ (Care
Manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) อสม.

- ใช้กลไกขับเคลื่อน ติดตาม ประเมินผลการ
ดำเนินงาน อสม. และการเสริมสร้างศักยภาพการ
ดูแลสุขภาพระดับครอบครัว

2. พัฒนาศักยภาพ อสม. เป็นแกนนำ
ในการดูแลศักยภาพครอบครัว



มีอสม. ที่มีความรู้ ความเข้าใจและ
ประพฤติปฏิบัติตนจริงอย่างเป็นรูปธรรม
ตามบทบาท ที่กำหนด

- วิเคราะห์ข้อมูล กำหนดจำนวนและกลุ่ม
เป้าหมายในการดำเนินงานตามเงื่อนไขกำหนดและ
หรือเพิ่มเติมตามจำเป็นและบริบท

- จัดทำแผนการดำเนินงาน

- พัฒนาศักยภาพ อสม.

- ดำเนินการตามแผน

- ส่งเสริมบทบาท อสม.
และเสริมสร้างศักยภาพ
ครอบครัว

- ติดตาม ประเมินผล และปรับปรุง
วิธีการ แผนงาน

- ติดตาม กำกับและ
ประเมินผล

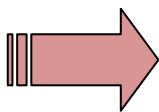
1. คัดเลือกผู้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์กำหนด โดย
ไม่เลือกบุคคล ผู้มีตำแหน่งเป็น อสม. อยู่แล้ว
2. พัฒนาศักยภาพหรือฝึกอบรม อสม.
3. เพิ่มพูน ฟื้นฟู ความรู้ ทักษะ ต่อเนื่อง

1. กระตุ้น ส่งเสริมให้ อสม. ได้ปฏิบัติหน้าที่
2. ติดตาม กระตุ้น ติดตาม ตอกย้ำซ้ำเตือน
สร้างบรรยากาศให้สมาชิกในครอบครัวมีความรู้
เข้าใจ และประพฤติปฏิบัติตนในการดูแล
สุขภาพด้วยตนเอง
3. เพิ่มพูน ความรู้ ทักษะ ประพฤติปฏิบัติตน
ในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองแก่สมาชิก

มาตรการ

ผลลัพธ์ที่ต้องการ

3. บริหารจัดการข้อมูล



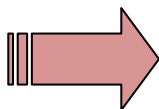
มีการขึ้นทะเบียน อสค. ในระบบของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพอย่างถูกต้อง ทันสมัย เป็นปัจจุบัน

- ขึ้นทะเบียน อสค. ในระบบของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ผ่าน <http://192.168.200.92/osk/> หรือ www.thaiphc.net

- ใช้ข้อมูลในการกำกับ ติดตาม ประเมินผล

- ส่งต่อข้อมูลและบริหารจัดการข้อมูลเพื่อการตัดสินใจและประเมินผล

4. พัฒนาระบบสื่อสารและเทคโนโลยีเพื่อการสื่อสาร

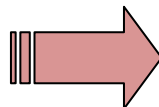


มีระบบสื่อสารเทคโนโลยีที่ทันสมัย อสค. อสม. และเจ้าหน้าที่สื่อสารถึงกันได้ง่าย รวดเร็ว ทัวถึง เหมาะสมกับบริบท

- สร้างและพัฒนาระบบสื่อสารระหว่าง อสค. กับอสค. ทันยุคสมัย เหมาะสมบริบท

- สร้างและพัฒนาระบบสื่อสารระหว่าง อสค. กับอสม. ทันสมัย เหมาะสมบริบท

5. พัฒนาระบบสื่อสารและเทคโนโลยีเพื่อการเรียนรู้และการดูแลสุขภาพของครอบครัว



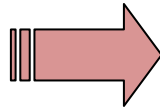
มีระบบสื่อสารเทคโนโลยีเพื่อการเรียนรู้ที่ทันสมัย ครอบครัวเข้าถึงได้ง่าย

- พัฒนาหรือประยุกต์ใช้ระบบสื่อสารและเทคโนโลยี เพื่อสร้างการเรียนรู้และการดูแลสุขภาพของอสค. และของครอบครัว

- พัฒนารูปแบบแลกเปลี่ยนเรียนรู้

มาตรการ

6. พัฒนาระบบและกระบวนการประเมิน
ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพ
ตนเอง



มีครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแล
สุขภาพด้วยตนเองได้ตามเกณฑ์
ที่กำหนดในระบบของกระทรวง
สาธารณสุข

- จัดระบบ/ทีม/กลไกการประเมินศักยภาพ
ของครอบครัวในการดูแลสุขภาพ

- ดำเนินการประเมินศักยภาพของครอบครัวในการดูแลสุขภาพ
ตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด และนำเข้าระบบผ่าน
<http://192.168.200.92/osk/> หรือ www.thaiphc.net

ระบบสนับสนุน

การสนับสนุนทรัพยากร

การดำเนินงานเสริมสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพด้วยตนเองระดับครอบครัวและการพัฒนา ศักยภาพอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ประจำปีงบประมาณ 2560 มีการสนับสนุนดังนี้

1. คู่มืออาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)
2. หลักสูตรอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)
3. แนวทางการดำเนินงาน
4. งบประมาณ
5. โปรแกรมการพิมพ์ประกาศนียบัตรและบัตรประจำตัว อสค. ซึ่งจังหวัดสามารถดำเนินการ จัดพิมพ์ได้ตามจำนวนที่ต้องการด้วยตนเอง
6. โปรแกรมการ ขึ้นทะเบียน อสค. และโปรแกรมการประเมินศักยภาพครอบครัวในการดูแล สุขภาพด้วยตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

ทั้งนี้ รายการ 1 - 4 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพสนับสนุนโดยตรงไปยังจังหวัดตามจำนวน เป้าหมายที่กำหนดหรือเพิ่มเติมตามแจ้งมายังกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำหรับ รายการ 5 - 6 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้จัดทำไว้ที่ <http://192.168.200.92/osk/> หรือ www.thaiphc.net

การนิเทศ ติดตาม ประเมินผล

การติดตาม ช่วยเหลือ ประเมินผลและหนุนเสริมพลังใน การดำเนินงานเสริมสร้างศักยภาพ การดูแลสุขภาพด้วยตนเองระดับครอบครัวและการพัฒนา ศักยภาพอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ประจำปีงบประมาณ 2560 มีการดำเนินการดังนี้

1. การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขประจำปี จำนวน 2 ครั้ง
2. การนิเทศติดตามโดยสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต และศูนย์วิชาการ
3. การติดตามประเมินผลของระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล

วิธีการประเมินผล

การประเมินผลครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด* ประเมินโดย จังหวัด เขต และส่วนกลางด้วยวิธีการ ดังนี้

1. การประเมินตนเอง (Self Assessment) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกับ อสค. โดย อสค. แต่ละคน เมื่อประเมินศักยภาพครอบครัวของตนเองแล้ว ให้เก็บผลการประเมินไว้ที่ตนเอง หรือเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่เป็นคนเก็บไว้ในรูปแบบเอกสาร โดยนำผลสรุปการประเมินนำเข้าระบบฐานข้อมูล เพื่อรายงานผลการประเมินครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละเท่าไร
2. การ สุ่มประเมิน ตามลำดับชั้น ตามระเบียบวิธีทางสถิติ ตั้งแต่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลขึ้นไป (ขนาดของการสุ่มตัวอย่างหรือขนาดของตัวอย่าง (Sample Size) ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 30 ของ อสค. ที่ได้รับการพัฒนา) โดยนำข้อมูลเข้าระบบรายงานการดำเนินงาน อสค. ผ่านฐานข้อมูลบนเว็บไซต์ <http://fv.phc.hss.moph.go.th/osk/> หรือ www.thaiphc.net

**เกณฑ์การประเมินที่ถือว่าครอบครัวมีศักยภาพ คือ บทบาท อสค. :การประพฤติ ปฏิบัติตนในการดูแล สุขภาพตนเองของสมาชิกในครอบครัว คือ 60:40

ตารางกำหนดค่าน้ำหนักของเกณฑ์การประเมิน

บทบาท อสค.	ค่าน้ำหนัก	การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง ของสมาชิกในครอบครัว	ค่าน้ำหนัก
1.เป็นแกนนำปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่มีพฤติกรรม เป็นแบบอย่างให้ครอบครัว และเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวตนเอง	20	1. คุมอาหารอย่างเป็นรูปธรรม เช่น กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ลดเนื้อ ต้มน้ำเปล่า	10
2.ถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวตนเอง และช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง	20	2.ดูแลการกินยาให้ตรงเวลา และไปพบแพทย์ตามนัด	10
3.ประสานงานพัฒนาสุขภาพครอบครัว และเป็นเครือข่ายกับ อสม.	20	3. ออกกำลังกาย เช่น ออกกำลังกาย ด้วยยางยืด	10
		4.บำรุงรักษาจิตใจ	10
รวม	60	รวม	40
รวมทั้งหมด = ร้อยละ 70 จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด			

หมายเหตุ แบบประเมินศักยภาพของครอบครัวในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (อยู่ระหว่างปรับปรุงร่วมของผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันไถ่ภูมิราชนคริน โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

1. การจัดเก็บข้อมูลการขึ้นทะเบียน อสค. โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่และพัฒนา อสค. ดำเนินการขึ้นทะเบียน อสค. ที่ผ่านการพัฒนาทุกคน บนฐานข้อมูล โดยเข้าบันทึกข้อมูลได้ 2 ช่องทาง คือ

- 1) ฐานข้อมูล <http://fv.phc.hss.moph.go.th/osk/>
- 2) โปรแกรมบนเว็บไซต์ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน

www.thaiphc.net

2. การจัดเก็บข้อมูลประเมินศักยภาพครอบครัว

2.1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกับ อสค. ประเมินศักยภาพครอบครัวของ อสค.

โดย อสค.แต่ละคนที่ดำเนินการประเมินศักยภาพครอบครัวของตนเอง ตามแบบประเมินแล้วเก็บข้อมูลผลการประเมินด้วยตนเอง(Self Assessment)ไว้ที่ตนเอง หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่เป็นคนเก็บไว้ในรูปแบบเอกสาร

2.2 ผู้รับผิดชอบงานระดับ จังหวัด เขต และส่วนกลางสุ่มประเมินตามแบบประเมินแล้วบันทึกข้อมูลผลประเมินบนเว็บไซต์

บทบาทหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและการสนับสนุน

1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

1. ชี้แจงสร้างความเข้าใจ

(1) คณะผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการและกำหนดเป็นตัวชี้วัดการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

(2) ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขต สร้างความเข้าใจแนวทางการดำเนินงานแก่พื้นที่ เพื่อเตรียมความพร้อม ศึกษาแนวทางวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับพื้นที่

2. พื้นที่เตรียมความพร้อมและขับเคลื่อนการดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ในพื้นที่ (เขตสุขภาพ สสจ. รพศ. รพท. รพช. รพ.สต.)

(1) สำนักงานเขตสุขภาพร่วมกับหน่วยงานในพื้นที่ทุกระดับทุกแห่งเตรียมความพร้อมดำเนินงาน อสค.

(2) ประสานสถานบริการสุขภาพผู้ดำเนินการจัดการเรียนรู้แก่ญาติและผู้ดูแลผู้ป่วย กลุ่มโรคไตเรื้อรัง (CKD) กลุ่มผู้สูงอายุ (LTC) ตிடบ้านติดเตียง ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เตรียมความพร้อมและสร้างความเข้าใจแก่ครอบครัวเป้าหมายในการคัดเลือกผู้ที่จะมาเป็นอสค. ของแต่ละครอบครัว

3. คัดเลือก อสค. ของแต่ละครอบครัวในแต่ละพื้นที่ โดย

(1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแต่ละสถานบริการสุขภาพแต่ละระดับร่วมกับครอบครัวเป้าหมายเน้นหนัก 3 กลุ่มหลัก (CKD, LTC ตிடบ้านติดเตียง ,NCDs) คัดเลือกผู้ที่จะมาเป็น อสค. จากทุกครอบครัวที่มารับการบำบัดรักษาหรือรับการเยี่ยมบ้านเป็นการประจำ ครบตามเกณฑ์หรือที่สามารถปฏิบัติตามดูแลคนในครอบครัวได้จริงตามที่ได้รับถ่ายทอดความรู้จากเจ้าหน้าที่ (รายเก่าหรือรายใหม่ก็ได้) ที่เจ้าหน้าที่ประเมินแล้วจากการติดตามการมาตรวจ ตามนัดหรือการเยี่ยมบ้าน) ครอบครัวละ 1 คน เพื่อเข้ารับการอบรม โดยใช้ข้อมูล จากฐานข้อมูล HDC (<http://hdcservice.moph.go.th/>) ของกระทรวงสาธารณสุข ข้อมูล 43 แฟ้ม ข้อมูลชุมชน ท้องถิ่นและข้อมูลของสถานพยาบาลรวมถึงข้อมูลหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

(2) เจ้าตัวสมัครใจ ครอบครัวยินยอมรับและเห็นด้วยในการมาเป็นผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัว

4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหรือสถานบริการสุขภาพ หรือตามดุลพินิจของแต่ละพื้นที่ ดำเนินการจัดการเรียนรู้และฝึกอบรม อสค. ตามหลักสูตรที่กำหนด พร้อมมอบประกาศนียบัตร อสค. และบัตรประจำตัว อสค. พร้อมทั้งแต่งตั้งเป็น อสค.

5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สถานบริการสุขภาพทุกแห่งดำเนินการขึ้นทะเบียน อสค. ในระบบที่กำหนด

6. ส่งเสริมบทบาท อสค.และเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองระดับครอบครัว

7. ติดตาม กำกับ และประเมินศักยภาพของครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเอง ในภาพรวมและแต่ละพื้นที่ โดยสำนักงานเขตสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามระดับความรับผิดชอบ และนำข้อมูลเข้าระบบรายงานผล

8. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การเสริมสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพด้วยตนเองระดับครอบครัว

2. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

1. จัดทำแนวทางการดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)

2. จัดทำโปรแกรมประกาศนียบัตร อสค. บัตรประจำตัว อสค. การขึ้นทะเบียน อสค. และโปรแกรมฐานข้อมูลการขึ้นทะเบียน อสค.

3. จัดทำหลักสูตร คู่มือ อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)

4. จัดทำแบบประเมินศักยภาพครอบครัว
5. สนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงานเสริมสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพด้วยตนเองระดับครอบครัว
6. สนับสนุนด้านวิชาการและให้คำปรึกษาการดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)
7. กำหนด พัฒนาและกำกับมาตรฐาน อสค. และศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของครอบครัว
8. พัฒนารูปแบบ ติดตามประเมินผลการดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) และการเสริมสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพระดับครอบครัว ระดับประเทศ ระดับเขต และระดับจังหวัด

3. กรมวิชาการต่างๆ

ให้การสนับสนุนด้านวิชาการ ทรัพยากรการดำเนินงาน อสค. แบบบูรณาการผ่านการทำงานร่วมกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการประสานงาน และกำกับติดตามมาตรฐานอสค.

4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

รับผิดชอบด้านบริหารจัดการการพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) โดยการใช้นโยบายการบูรณาการกับทุกภาคส่วน เพื่อให้การขับเคลื่อนการดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ในพื้นที่บรรลุผล

5. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

รับผิดชอบด้านบริหารจัดการการพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) โดยการใช้นโยบายการบูรณาการกับทุกภาคส่วน เพื่อให้การขับเคลื่อนการดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ในพื้นที่บรรลุผล

Q&A

Q 1. จำนวนเป้าหมายของแต่ละจังหวัด เมื่อตรวจสอบกับฐานข้อมูล HDC

(<http://hdcservice.moph.go.th/>) ของกระทรวงสาธารณสุข ในวันที่ ณ ปัจจุบัน จำนวนไม่เท่ากับที่กำหนด จะให้ดำเนินการอย่างไร จังหวัดสามารถเพิ่มเป้าหมายได้หรือไม่ และร้อยละ 50 ของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองหมายถึงครอบครัวทั้งหมดของจังหวัดหรือหมายถึงอะไร

A: 1. จำนวนเป้าหมายที่ส่วนกลางกำหนดในแผนการดำเนินงานภาพรวมของประเทศ จำแนกรายจังหวัดกลุ่มเขต เป็นข้อมูลกลุ่มเป้าหมายหลักในการวัดผลที่มุ่งเน้นในปีงบประมาณ 2560 คือ ครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูงที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง(CKD)ระยะที่ 4 จากฐานข้อมูล HDC (<http://hdcservice.moph.go.th/>) ของกระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 10 ตุลาคม 2559 ข้อมูลดังกล่าวเป็นข้อมูล 100% ของครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูงที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะ 4 เมื่อจังหวัดมีการตรวจสอบข้อมูลของจังหวัดซ้ำ จากฐานข้อมูลHDC ณ ปัจจุบัน หากพบว่า

(1) มีจำนวนน้อยกว่าเป้าหมายที่กำหนด ให้ประสานสถานพยาบาลในจังหวัด ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลหลักถึงข้อมูลจริงซ้ำอีกครั้ง หากพบว่ามีจำนวนน้อยกว่าเป้าหมายที่กำหนดดังเช่นครั้งแรก ให้เพิ่มจำนวนเป้าหมายได้ไม่น้อยกว่าเป้าหมายที่กำหนด สามารถเพิ่มจำนวนเป้าหมายได้ทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูงที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง(CKD) ระยะที่ 3 หรืออื่นๆตามเหมาะสมและบริบท

(2) มีจำนวนมากกว่าเป้าหมายที่กำหนด ให้ประสานสถานพยาบาลในจังหวัด ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลหลักถึงข้อมูลจริงซ้ำอีกครั้ง หากพบว่ามีจำนวนดังเช่นครั้งแรก ให้ดำเนินการตามจำนวนที่ตรวจสอบใหม่และสามารถเพิ่มจำนวนเป้าหมายได้ หากจังหวัดมีความพร้อมและประสงค์จะเพิ่มจำนวนเป้าหมาย สามารถเพิ่มจำนวนเป้าหมายได้ ทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูงที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง(CKD) ระยะที่ 3 หรืออื่นๆตามเหมาะสมและบริบท

(3) จำนวนเป้าหมายเท่ากับเป้าหมายที่กำหนด หากจังหวัดมีความพร้อมและประสงค์จะเพิ่มจำนวนเป้าหมาย สามารถเพิ่มจำนวนเป้าหมายได้ ทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูงที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง(CKD) ระยะที่ 3 หรืออื่นๆตามเหมาะสมและบริบท

2. ร้อยละ 50 ของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึงร้อยละ 50 ของครอบครัว อสค. เป้าหมายในปีงบประมาณ 2560 อาทิ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ มีเป้าหมายดำเนินงาน อสค. 571 คน ร้อยละ 50 ของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ 276 ครอบครัวที่มี อสค. มิได้หมายถึงร้อยละ 50 ของครอบครัวทั้งหมดของจังหวัด ทั้งนี้พื้นที่ต้องดำเนินการ **ประเมินศักยภาพครอบครัวของ อสค.ทุกคน**

Q 2. การพัฒนาศักยภาพ อสค. หรือการฝึกอบรม อสค. หมายถึงอะไร สามารถนำผู้ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติจริงในการดูแลญาติซึ่งไม่ได้ผ่านการอบรมมาเป็น อสค. ได้หรือไม่

A: 1. การพัฒนาศักยภาพ อสค. หรือการฝึกอบรม อสค. มิได้หมายถึง เพียงการนำสมาชิกของแต่ละครอบครัวที่ผ่านการคัดเลือกมารวมกลุ่มเข้าห้องเรียนฟังบรรยาย 1 วัน แล้วมอบประกาศนียบัตร แต่หมายถึง

1) กระบวนการ วิธีการที่คลินิกโรคต่างๆ เช่น โรคไต โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันหรือการสอนหรือการจัดให้มีการเรียนรู้ร่วมกับญาติที่ป่วยเมื่อมารับบริการของสถานพยาบาลต่างๆ ในการถ่ายทอดความรู้ ฟังเรื่องราวประสบการณ์จากของจริง ทั้งการบรรยาย อธิบาย ฝึกปฏิบัติ สาธิต พาทำ จับมือสอนทำ ตัวอย่างของจริง เพื่อให้ผู้ที่จะมาเป็น อสค. มีความรู้ ความเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้จริง (การเรียนรู้ของอสค. เน้นการปฏิบัติจริง)

2) การจัดทีมหมอครอบครัว ทีมสหสาขา เครือข่ายเยี่ยมบ้านหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. ไปสอนที่บ้านกับของจริง

3) เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ศึกษาจากของจริงในครอบครัว ในชุมชน **และมีการเรียนรู้ร่วมกับ อสม.** ในวันที่มีการประชุม อสม. เพื่อ

(1) ให้อสม.และอสม. เป็นเครือข่ายประสานงานซึ่งกันและกัน โดย อสม.จะทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง อสม.

(2) สร้างความรู้ความเข้าใจในบทบาท อสม. คุณธรรมจริยธรรม และการช่วยเหลือผู้อื่นด้วยจิตเมตตา ให้อสม.

ทั้งนี้ การอบรมร่วมนี้นี้ทำภายหลังจากการเรียนรู้ร่วมกับญาติตามกระบวนการหรือวิธีการอย่างใด อย่างหนึ่งจาก 1) – 3)

จากนั้นจึงมอบประกาศนียบัตร และบัตรประจำตัว อสม. พร้อมทั้งขึ้นทะเบียน อสม.

2. การนำผู้ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติจริงในการดูแลญาติซึ่งไม่ได้ผ่านการอบรมมาเป็น อสม. นั้น ก่อนที่จะมีการมอบประกาศนียบัตรและแต่งตั้งให้เป็น อสม. ให้ดำเนินการดังนี้

1) ประเมินความรู้ ความเข้าใจและทักษะตามหลักสูตรที่กำหนด 11 วิชา ครบถ้วนหรือไม่ หากมี ครบถ้วน สามารถนำมาเป็น อสม.ได้

แต่ในข้อเท็จจริงแล้วแม้จะมีประสบการณ์ในการปฏิบัติในการดูแลญาติมาก่อนก็จะเป็นความรู้ ทักษะ เฉพาะในวิชาโรคและภาวะแทรกซ้อน การรักษา บำบัดและการฟื้นฟู วิธีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพ ครอบครัวในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน เมื่อพิจารณาแล้ว**จำเป็นที่จะต้องเพิ่มพูนความรู้** ให้แก่ผู้ที่มีประสบการณ์ ในการปฏิบัติที่จะนำมาเป็น อสม. อีกหลายวิชา อาทิ แนวคิดความจำเป็นในการดูแลสุขภาพ นโยบายและแนวทางการพัฒนา อสม. บทบาท คุณธรรม จริยธรรมและการช่วยเหลือผู้อื่นด้วยจิตเมตตาของ อสม. **การไม่ได้รับคำตอบแทนหรือสิ่งตอบแทนใดๆของ อสม.** การใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารและสิทธิ หน้าที่แรมถึงหลักประกันสุขภาพของประชาชน เป็นต้น ก่อนจะมอบประกาศนียบัตรและแต่งตั้งให้เป็น อสม.อยู่ดี เพื่อความรู้ ความเข้าใจ และการประพฤติปฏิบัติตนที่ถูกต้อง

2) ดำเนินการเพิ่มพูนความรู้ หรือฝึกอบรมในส่วนขาดตามข้อ 1 ให้เป็นไปตามหลักสูตรที่กำหนด จากนั้น มอบประกาศนียบัตร บัตรประจำตัว อสม. และแต่งตั้งให้เป็น อสม.

Q 3. เครื่องมือประเมินศักยภาพในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดส่วนกลางจะจัดทำให้หรือจังหวัดจะต้องดำเนินการเอง และสามารถนำไปใช้ประเมินกลุ่มเป้าหมายอื่นที่ไม่ได้กำหนดปีนี้ได้หรือไม่

A: 1. ส่วนกลางเป็นผู้จัดทำแบบประเมินศักยภาพของครอบครัวในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และจัดส่งให้ จังหวัด (ขณะนี้อยู่ระหว่างปรับปรุงร่วมของผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันไถ่ภูมิราชนคริน โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรคและกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ)

2. แบบประเมินศักยภาพของครอบครัวในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด สามารถนำไปใช้ได้กับครอบครัวอื่นๆได้เช่นเดียวกัน

Q 4. สิ่งสนับสนุนการดำเนินงานมีอะไรบ้าง ส่วนกลางจะจัดทำให้หรือไม่ จำนวนเท่าไรได้ตามเป้าหมายหรือไม่

A: สิ่งสนับสนุนการดำเนินงาน อสม. ได้แก่ (1) คู่มืออาสาสมัครประจำครอบครัว (อสม.) (2) หลักสูตรอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสม.) (3) แนวทางการดำเนินงาน อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสม.) (4) งบประมาณ (5) โปรแกรมการพิมพ์ประกาศนียบัตรและบัตรประจำตัว อสม. ซึ่งจังหวัดสามารถดำเนินการจัดพิมพ์ได้ตามจำนวนที่ต้องการด้วยตนเอง (6) โปรแกรมการ ขึ้นทะเบียน อสม. และโปรแกรมการประเมิน

ศักยภาพครอบครัวในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (7) แบบประเมินศักยภาพครอบครัวที่มี
ศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพสนับสนุนโดยตรงไปยังจังหวัดตามจำนวนเป้าหมายที่ กำหนด
หรือเพิ่มเติมตามแจ้งมายังกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำหรับโปรแกรมต่างๆ ได้จัดทำไว้ที่
<http://192.168.200.92/osk/> หรือ www.thaiphc.net

ภาคผนวก

แผนภาพสรุปแนวทางการดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ปี 2560

สังคมอยู่ดี มีสุข พัฒนายั่งยืน

ประชาชนสุขภาพดี สุขภาพกาย ใจ สติปัญญา สิ่งแวดล้อมและมีคุณธรรม

คนไทยระดับบุคคลสามารถวิเคราะห์และจัดการความเสี่ยง ภัยสุขภาพและดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้

ทุกครอบครัวมีอย่างน้อย 1 คน ที่มีความรู้และสามารถดูแลสุขภาพครอบครัวตนเองได้

อสค.

อาสาสมัครประจำครอบครัว



- คัดเลือกผู้ที่จะมาเป็นอสค. จากครอบครัวกลุ่มเป้าหมาย NCD ที่มี CKD stage 4 และเพิ่มเติม

- พัฒนาศักยภาพ/ฝึกอบรม ตามหลักสูตรที่กำหนด
- มอบประกาศนียบัตร
- แต่งตั้งและขึ้นทะเบียน อสค.

ญาติหรือผู้ดูแล CKD, NCDs, LTC หรือเพื่อนบ้านกรณีที่อยู่คนเดียว

การสนับสนุน

กรมวิชาการ
สนับสนุนด้านวิชาการ และทรัพยากรแบบ บูรณาการร่วมกับกรมสนับสนุนบริการ

จัดระบบสื่อสารเครือข่าย อสค.
โดยใช้ประโยชน์ เทคโนโลยีสารสนเทศ อาทิ ไลน์ เฟซบุ๊ก แอปพลิเคชันต่างๆ

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
1. การบริหารจัดการและขับเคลื่อนงานในพื้นที่
- สร้างความเข้าใจ
- เตรียมพื้นที่ คัดเลือก อสค. จัดอบรมและติดตามประเมินผล ฯลฯ
2. ติดตาม กำกับ ประเมินผล
3. พัฒนารูปแบบ
4. จัดเวทีเรียนรู้ระดับกระทรวง และระดับพื้นที่

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
1. พัฒนาคุณภาพมาตรฐาน
2. สนับสนุนการดำเนินงาน
- การดำเนินการอบรม อสค.
- แนวทางการดำเนินงาน อสค. หลักสูตร คู่มือ โปรแกรม การพิมพ์ประกาศนียบัตร บัตร อสค. โปรแกรมการขึ้นทะเบียน อสค. และประเมิน ศักยภาพครอบครัว
- ให้คำปรึกษาการดำเนินงาน อสค.
3. พัฒนารูปแบบ
4. กำกับ ติดตาม และประเมินผล

สปสข.
บริหารจัดการแบบ บูรณาการกับทุกภาคส่วน เพื่อสนับสนุนการพัฒนา อสค.

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
บริหารจัดการแบบบูรณาการกับทุกภาคส่วนเพื่อ สนับสนุนการพัฒนา อสค. ในพื้นที่

กำหนดแผนงานโครงการ 20 ปี กระทรวงสาธารณสุข
แผนงาน: การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการ: โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ

สนย.

กำหนดเป็นตัวชี้วัดการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2560
ตัวชี้วัด: ร้อยละของครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 50)
โครงการ: โครงการเสริมสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองระดับครอบครัว

สนย.

จัดทำรายละเอียดตัวชี้วัดและแนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2560
จัดเตรียมทรัพยากรสนับสนุนการดำเนินงานของพื้นที่

สำนักตรวจ
กรมต่างๆ
สพส.

สร้างความรู้ ความเข้าใจ และเตรียมความพร้อมในการขับเคลื่อนงานแก่บุคลากรทุกระดับ

สนย.

สำนักตรวจ
กรมต่างๆ
สพส.
สสจ.

ศึกษา วิเคราะห์และใช้ประโยชน์จากข้อมูล ตั้งเป้าหมาย และพัฒนากลไกร่วมแบบบูรณาการ
เพื่อขับเคลื่อนงานเสริมสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองระดับครอบครัว

สสจ.

กำหนดบทบาทแต่ละภาคส่วนในการดำเนินงานแต่ละระดับชัดเจน พร้อมจัดระบบสื่อสารเพื่อการเรียนรู้

สสจ.

คัดเลือกผู้ที่จะมาเป็น อสค. ตามเกณฑ์ที่กำหนด

สสจ.

จัดการเรียนรู้ ฝึกปฏิบัติที่รพ.หรือรพ.สต.หรือที่บ้านแก่ผู้ที่ได้รับการคัดเลือกตามหลักสูตรที่กำหนด
(รูปแบบการพัฒนา/อบรมหลากหลายตามเหมาะสม ไม่จำกัดวิธีการจัดการเรียนรู้)

สสจ.

มอบประกาศนียบัตร บัตรประจำตัว อสค. และขึ้นทะเบียน อสค. ในระบบ
ผ่าน <http://192.168.200.92/osk/> หรือ www.thaiphc.net

สสจ.



ส่งเสริมบทบาท อสค. ในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองระดับครอบครัว
ตรวจราชการ นิเทศ ติดตาม กำกับ และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เสริมศักยภาพ

สสจ.



ประเมินศักยภาพของครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเอง ตามแบบและระบบที่กำหนด
(บทบาท อสค.และการประพฤติปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของสมาชิกในครอบครัว)
ผ่าน <http://192.168.200.92/osk/> หรือ www.thaiphc.net

สสจ.

ผู้ตรวจ

ราชการ

สบส.เขต



- เสริมทักษะ เพิ่มพูนความรู้และฟื้นฟูความรู้ อสค.และเสริมสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพด้วยตนเองระดับครอบครัวต่อเนื่อง
- พัฒนารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพด้วยตนเองระดับครอบครัว
- ประเมินผลลัพธ์ขั้นต้นจากการดำเนินงาน อสค.และการเสริมสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพด้วยตนเองระดับครอบครัว
- ประเมินผลโครงการ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงงานแก่กระทรวงสาธารณสุข

สสจ.

เขต

เป้าหมายการดำเนินงานรายจังหวัดจัดกลุ่มเขต

เป้าหมายการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ 2560 รายจังหวัดจัดกลุ่มเขต:

1. ครอบคลุมผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูง ที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะที่ 4 จากฐานข้อมูล HDC (<http://hdcservice.moph.go.th/>) ของกระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 3 ธันวาคม 2559

2. ครอบคลุมผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (LTC) จากเป้าหมายการจัดสรรประชากรผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านติดเตียง ปีงบประมาณ 2560 ตามสัดส่วนประชากร 60 ปีขึ้นไปสิทธิ์ UC ซึ่งเป็นเป้าหมายครอบคลุมเดียวกับพื้นที่ฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ของกรมอนามัยและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเชื่อมโยงส่งต่อการดำเนินงานแบบบูรณาการ

3. ครอบคลุมผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) จากฐานข้อมูล HDC (<http://hdcservice.moph.go.th/>) ของกระทรวงสาธารณสุข และประชากรจาก 43 แห่งของแต่ละจังหวัด ณ วันที่ 3 ธันวาคม 2559

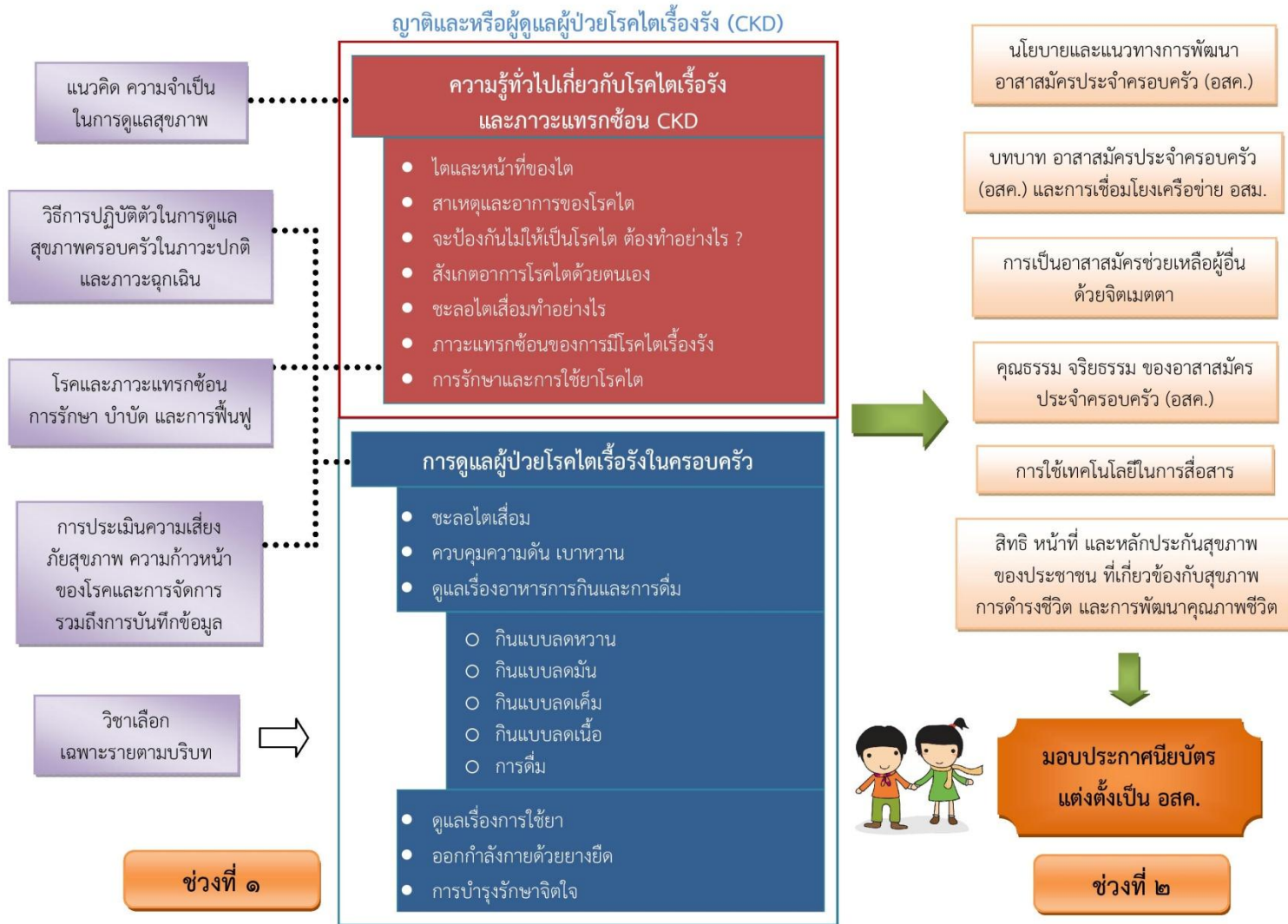
เขตสุขภาพ	จังหวัด	เป้าหมาย (คน/ครอบครัว)			หมายเหตุ
		CKD	LTC	NCD	
เขตสุขภาพที่ 1	เชียงราย	2,742			เป้าหมาย NCD ใช้ประชากร จาก 43 แห่งและ ฐานข้อมูล HDC
	เชียงใหม่	2,905			
	น่าน	1,264			
	พะเยา	2,024			
	แพร่	1,580			
	แม่ฮ่องสอน	400			
	ลำปาง	2,326			
	ลำพูน	1,360			
รวมเขตสุขภาพที่ 1		14,601	15,772		
เขตสุขภาพที่ 2	ตาก	700			เป้าหมาย NCD ใช้ประชากร จาก 43 แห่ง ฐานข้อมูล HDC
	พิษณุโลก	1,194			
	เพชรบูรณ์	1,608			
	สุโขทัย	1,379			
	อุตรดิตถ์	1,100			
รวมเขตสุขภาพที่ 2		5,981	9,419		
เขตสุขภาพที่ 3	กำแพงเพชร	1,510			เป้าหมาย NCD ใช้ประชากร จาก 43 แห่ง ฐานข้อมูล HDC
	ชัยนาท	800			
	นครสวรรค์	1,741			
	พิจิตร	1,049			
	อุทัยธานี	800			
รวมเขตสุขภาพที่ 3		5,900	9,047		

เขตสุขภาพ	จังหวัด	เป้าหมาย (คน/ครอบครัว)			หมายเหตุ
		CKD	LTC	NCD	
เขตสุขภาพที่ 4	นครนายก	700			เป้าหมาย NCD ใช้ประชากร จาก 43 แห่ง ฐานข้อมูล HDC
	นนทบุรี	1,010			
	ปทุมธานี	1,085			
	พระนครศรีอยุธยา	1,100			
	ลพบุรี	1,300			
	สระบุรี	1,300			
	สิงห์บุรี	950			
	อ่างทอง	830			
รวมเขตสุขภาพที่ 4		8,275	11,534		
เขตสุขภาพที่ 5	กาญจนบุรี	897			เป้าหมาย NCD ใช้ประชากร จาก 43 แห่ง ฐานข้อมูล HDC
	นครปฐม	900			
	ประจวบคีรีขันธ์	875			
	เพชรบุรี	476			
	ราชบุรี	1,196			
	สมุทรสงคราม	500			
	สมุทรสาคร	700			
	สุพรรณบุรี	1,700			
รวมเขตสุขภาพที่ 5		7,244	12,750		
เขตสุขภาพที่ 6	จันทบุรี	865			เป้าหมาย NCD ใช้ประชากร จาก 43 แห่ง ฐานข้อมูล HDC
	ฉะเชิงเทรา	1,100			
	ชลบุรี	1,200			
	ตราด	650			
	ปราจีนบุรี	800			
	ระยอง	800			
	สมุทรปราการ	869			
	สระแก้ว	860			
รวมเขตสุขภาพที่ 6		7,144	12,746		

เขตสุขภาพ	จังหวัด	เป้าหมาย (คน/ครอบครัว)			หมายเหตุ
		CKD	LTC	NCD	
เขตสุขภาพที่ 7	กาฬสินธุ์	2,407			เป้าหมาย NCD ใช้ประชากร จาก 43 แห่ง ฐานข้อมูล HDC
	ขอนแก่น	2,782			
	มหาสารคาม	1,779			
	ร้อยเอ็ด	2,717			
รวมเขตสุขภาพที่ 7		9,685	12,705		
เขตสุขภาพที่ 8	นครพนม	1,570			เป้าหมาย NCD ใช้ประชากร จาก 43 แห่ง ฐานข้อมูล HDC
	บึงกาฬ	1,021			
	เลย	1,390			
	สกลนคร	2,801			
	หนองคาย	1,034			
	หนองบัวลำภู	1,031			
	อุดรธานี	1,719			
รวมเขตสุขภาพที่ 8		10,566	12,821		
เขตสุขภาพที่ 9	ชัยภูมิ	2,000			เป้าหมาย NCD ใช้ประชากร จาก 43 แห่ง ฐานข้อมูล HDC
	นครราชสีมา	3,069			
	บุรีรัมย์	2,988			
	สุรินทร์	1,843			
รวมเขตสุขภาพที่ 9		9,900	17,527		
เขตสุขภาพที่ 10	มุกดาหาร	934			เป้าหมาย NCD ใช้ประชากร จาก 43 แห่ง ฐานข้อมูล HDC
	ยโสธร	1,160			
	ศรีสะเกษ	2,727			
	อำนาจเจริญ	1,200			
	อุบลราชธานี	3,424			
รวมเขตสุขภาพที่ 10		9,445	11,053		

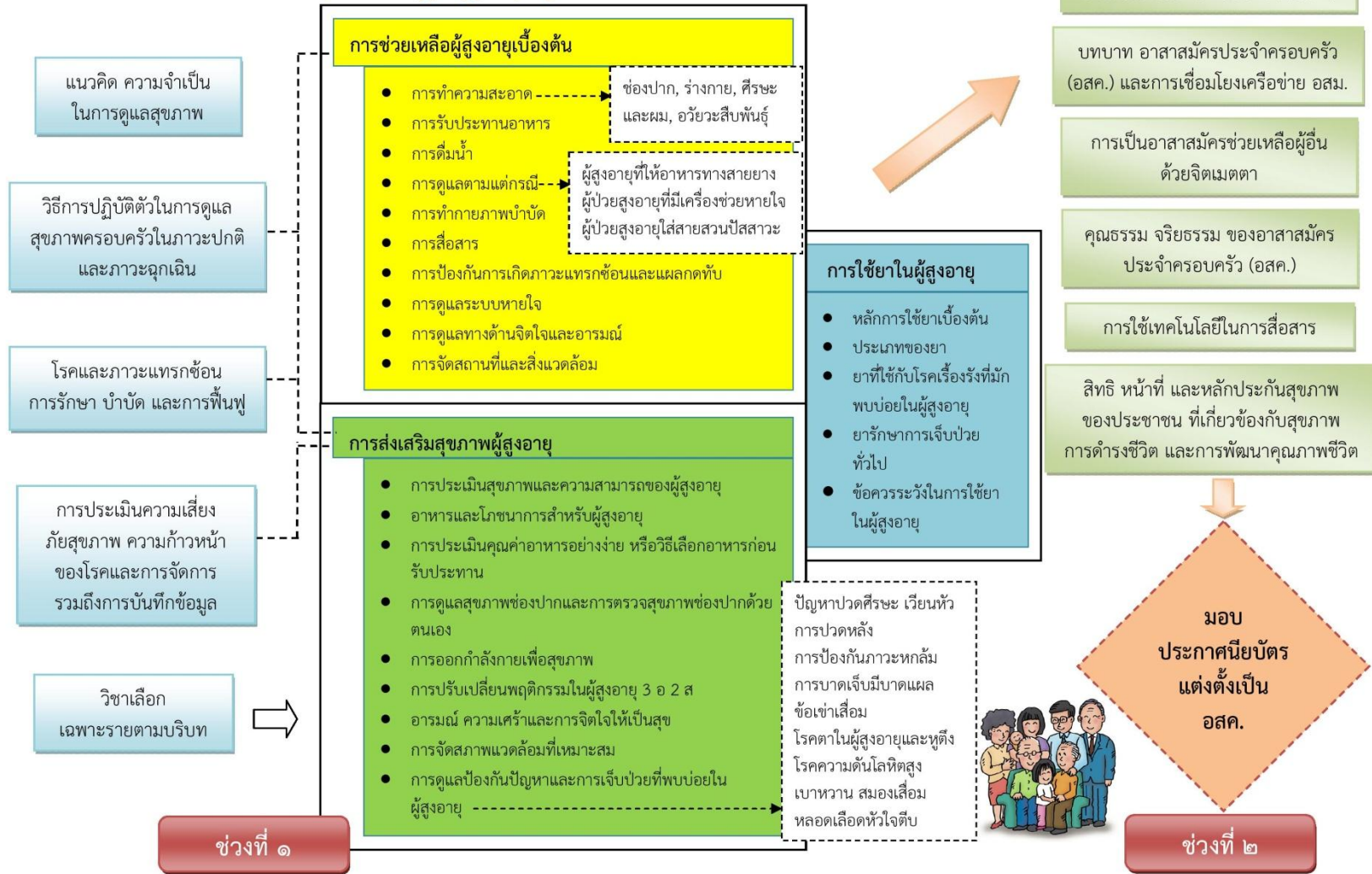
เขตสุขภาพ	จังหวัด	เป้าหมาย (คน/ครอบครัว)			หมายเหตุ
		CKD	LTC	NCD	
เขตสุขภาพที่ 11	กระบี่	624			เป้าหมาย NCD ใช้ประชากร จาก 43 แห่ง ฐานข้อมูล HDC
	ชุมพร	692			
	นครศรีธรรมราช	1,405			
	พังงา	740			
	ภูเก็ต	640			
	ระนอง	600			
	สุราษฎร์ธานี	1,029			
รวมเขตสุขภาพที่ 11		5,730	9,610		
เขตสุขภาพที่ 12	ตรัง	850			เป้าหมาย NCD ใช้ประชากร จาก 43 แห่ง ฐานข้อมูล HDC
	พัทลุง	900			
	สตูล	616			
	สงขลา	1,247			
	นราธิวาส	630			
	ปัตตานี	786			
	ยะลา	500			
รวมเขตสุขภาพที่ 12		5,529	10,017		
รวม	76 จังหวัด	100,000	145,000	ร้อยละ 50 ของครอบครัวที่มี ศักยภาพในการดูแลสุขภาพ ตนเองได้ ตามเกณฑ์ที่ กำหนด (250,000 ครอบครัว)	
เขตสุขภาพที่ 13	กรุงเทพมหานคร		5,000		
รวมเขตสุขภาพที่ 13	50 เขต		5,000		
รวมทั้งหมด		500,000	100,000	150,000	250,000

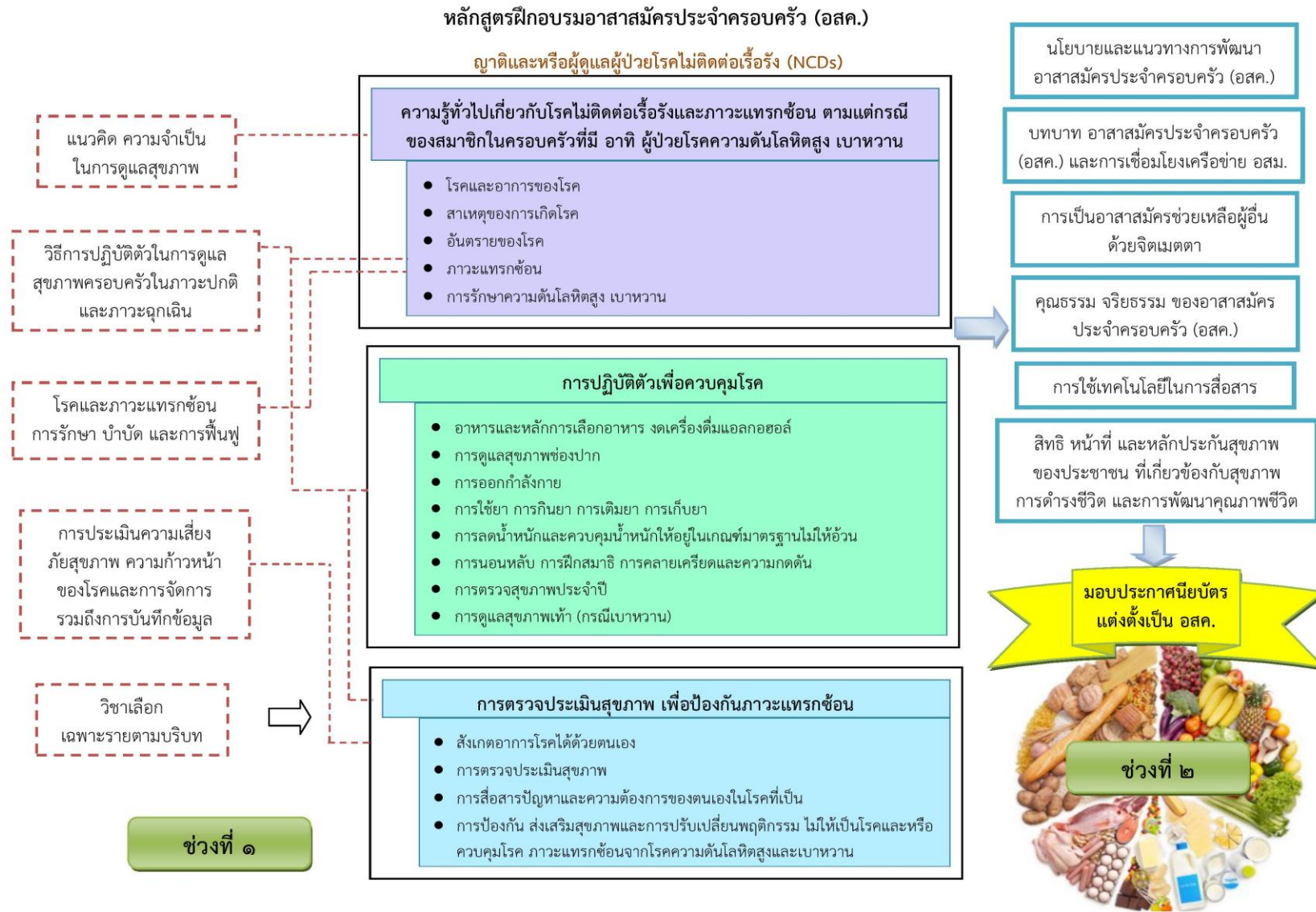
หลักสูตรฝึกอบรมอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)



หลักสูตรฝึกอบรมอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)

ญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ติดบ้าน ติดเตียง (LTC)





ช่วงที่ ๑

