

## 1. การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลสองแคว ให้บริการด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู สภาพ ระดับปฐมภูมิ ดูแลผู้รับบริการ 25 หมู่บ้าน ประชากร 12,390 คน ประกอบด้วย 6 กลุ่มชาติพันธุ์ คือ ไทลื้อ ม้ง ขมุ เมี่ยน ถิ่นและก่อ ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม พืชเศรษฐกิจ ได้แก่ ยางพารา ข้าวโพดเลี้ยงสัตว์ มันสำปะหลัง รองลงมาอาชีพรับจ้างทั่วไป และรับราชการ จากสภาพสังคมและเศรษฐกิจที่เปลี่ยนไปส่งผลต่อวิถีชีวิตของประชาชน รวมทั้งพฤติกรรมด้านสุขภาพ เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีการรับประทานอาหารขยะ อาหารถุง อาหารสำเร็จรูป เครื่องดื่มชูกำลังและเครื่องดื่มรสหวานที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

จากการคัดกรองความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 35 ปีขึ้นไป ในปี 2568 ที่ผ่านมา

- ความครอบคลุมการคัดกรองโรคเบาหวาน ร้อยละ 67.29
- ร้อยละการติดตามกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ร้อยละ 59.70
- อัตราการเกิดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ร้อยละ 30.00
- ความครอบคลุมการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 67.28
- ร้อยละการติดตามกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 25.0
- อัตราการเกิดผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ ร้อยละ 22.44
- BMI เกิน ร้อยละ 46.29
- กลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูงเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ. 2ส. ร้อยละ 50
- ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงร้อยละ 48.81

นอกจากนี้ประชาชนวัยทำงานยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ มีพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ขาดการออกกำลังกาย มีระดับ BMI เกิน รับประทานอาหารรสหวาน มัน เค็ม ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอำเภอสองแควไม่มีข้อมูลที่สะท้อนด้านการมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ การรวมกลุ่มเพื่อร่วมกิจกรรมเพื่อสุขภาพมีน้อยและไม่ต่อเนื่อง

สรุปผลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพและการวิเคราะห์ปัจจัยกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพที่เป็นพฤติกรรมเสี่ยง	ปัจจัยนำ (Predisposing)	ปัจจัยเอื้อ (Enabling)	ปัจจัยเสริม (Reinforcing)
บริโภคอาหารหวาน มัน เค็มสูง เช่น น้ำอัดลม ขนมหวาน อาหารพื้นบ้านรสจัด	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับโภชนาการ</li> <li>- ความเชื่อว่า “ทำงานหนักกินหวานได้”</li> <li>- ค่านิยมรสชาติ (อร่อยนำสุขภาพตาม)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ร้านค้าในหมู่บ้านขายน้ำหวาน/ขนมง่าย</li> <li>- ขาดทางเลือกอาหารสุขภาพ</li> <li>- ราคาผักปลอดภัยสูง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ครอบครัวทำอาหารรสจัดเหมือนกัน</li> <li>- งานบุญ งานเลี้ยงมีอาหารหวานมันเค็ม</li> <li>- เพื่อนชวนกิน</li> </ul>
ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เข้าใจว่าทำงานเกษตรคือออกกำลังกายแล้ว</li> <li>- ขาดความรู้เรื่อง exercise ที่เหมาะสม</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีสถานที่/อุปกรณ์ออกกำลังกาย</li> <li>- เวลาไม่แน่นอน (ฤดูกาลเกษตร)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีคนชวนออกกำลังกาย</li> <li>- ไม่มีผู้นำกิจกรรมในชุมชน</li> </ul>
สูบบุหรี่ / ดื่มสุรา	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ค่านิยมชายไทย/วิถีชุมชน - ความเชื่อว่าช่วยผ่อนคลาย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เข้าถึงบุหรี่/สุราง่าย</li> <li>- ราคาเข้าถึงได้</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อนฝูง/วงสังคมนับสนุน</li> <li>- งานบุญ งานประเพณีมีเครื่องดื่ม</li> </ul>
ไม่ตรวจสุขภาพประจำปี / ไม่ติดตามการรักษา	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่เห็นความสำคัญเพราะ “ยังไม่ป่วย”</li> <li>- กลัวการเจาะเลือด/ผลตรวจ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การเดินทางไป รพ.สต./รพ.ลำบาก</li> <li>- เวลาเปิดบริการไม่สอดคล้องวิถีชีวิต</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีการติดตามจากอสม.อย่างต่อเนื่อง</li> <li>- ครอบครัวไม่กระตุ้น</li> </ul>
การใช้ชีวิตเนือยนิ่ง (sedentary lifestyle) เช่น ดูทีวี เล่นมือถือ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่รู้ว่าเป็นปัจจัยเสี่ยง</li> <li>- เข้าใจว่าเป็นการพักผ่อนปกติ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เทคโนโลยีเข้าถึงง่าย</li> <li>- สภาพแวดล้อมไม่เอื้อต่อกิจกรรม</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- คนในบ้านทำพฤติกรรมเดียวกัน</li> <li>- ไม่มีแรงจูงใจเปลี่ยน</li> </ul>
บริโภคอาหารสำเร็จรูป/กึ่งสำเร็จรูป	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ขาดความรู้เรื่องโซเดียม/น้ำตาลแฝง</li> <li>- เชื่อว่าสะดวกและประหยัดเวลา</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีขายทั่วไปในร้านชุมชน</li> <li>- ใช้เวลาทำน้อย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ครอบครัวนิยมใช้เหมือนกัน</li> <li>- โฆษณาส่งเสริม</li> </ul>

ชื่อ - สกุล..... อายุ.....ปี เลขบัตรประชาชน.....

ที่อยู่.....ต.นาไร่หลวง อ.สองแคว จ.น่าน โทรศัพท์.....

<b>การสัมภาษณ์</b>	HN.....
--------------------	---------

**1. ข้อมูลครอบครัว**

**1.1 บิดาหรือมารดาของท่านมีประวัติการเจ็บป่วยด้วย**

- ( ) เบาหวาน (DM)      ( ) ความดันโลหิตสูง (HT)      ( ) โรคเกาต์ (GOUT)      ( ) ไตวายเรื้อรัง (CRF)      ( ) กล้ามเนื้อหัวใจตาย  
 ( ) เส้นเลือดสมอง (Stroke)      ( ) ถุงลมโป่งพอง (COPD)      ( ) ไม่ทราบ      ( ) อื่นๆ (ระบุโรค).....

**1.2 พี่น้อง(สายตรง)ของท่านมีประวัติการเจ็บป่วยด้วย**

- ( ) เบาหวาน (DM)      ( ) ความดันโลหิตสูง (HT)      ( ) โรคเกาต์ (GOUT)      ( ) ไตวายเรื้อรัง (CRF)      ( ) กล้ามเนื้อหัวใจตาย  
 ( ) เส้นเลือดสมอง (Stroke)      ( ) ถุงลมโป่งพอง (COPD)      ( ) ไม่ทราบ      ( ) อื่นๆ(ระบุโรค).....

**2. ประวัติการเจ็บป่วย**

**2.1 ท่านมีประวัติการเจ็บป่วย หรือต้องพบแพทย์ด้วยโรคหรืออาการ**

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- โรคเบาหวาน ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่เคยตรวจ</li> <li>- โรคตับ ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่เคยตรวจ</li> <li>- โรคหัวใจ ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่เคยตรวจ</li> <li>- ผลสีกี้เท้า/ตัดขา(จากเบาหวาน) ( ) มี ( ) ไม่มี</li> <li>- ตึมน้ำป้อยและมาก ( ) มี ( ) ไม่มี</li> <li>- กินจุแต่ผอมลง ( ) มี ( ) ไม่มี</li> <li>- เป็นแผลริมฝีปากป้อยและหายยาก ( ) มี ( ) ไม่มี</li> <li>- ตาพร่ามัว ต้องเปลี่ยนแว่นป้อย ( ) มี ( ) ไม่มี</li> <li>- วิธีการปฏิบัติตนหากมีประวัติด้านบน<br/>                 ( ) รับการรักษายู่/ปฏิบัติตามแพทย์แนะนำ      ( ) รับการรักษาแต่ไม่สม่ำเสมอ      ( ) เคยรักษา ขณะนี้ไม่รักษา/หายทานเอง</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- โรคความดันโลหิตสูง ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่เคยตรวจ</li> <li>- โรคอัมพาต ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่เคยตรวจ</li> <li>- ไขมันในเลือดผิดปกติ ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่เคยตรวจ</li> <li>- คลอดบุตรน้ำหนักเกิน 4 กิโลกรัมหรือเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์<br/>                 ( ) มี ( ) ไม่มี</li> <li>- ปัสสาวะกลางคืน 3 ครั้งขึ้นไป ( ) มี ( ) ไม่มี</li> <li>- น้ำหนักลด/อ่อนเพลีย ( ) มี ( ) ไม่มี</li> <li>- ค้นตามผิวหนังและอวัยวะสืบพันธุ์ ( ) มี ( ) ไม่มี</li> <li>- ขาดตามปลายมือปลายเท้าโดยไม่ทราบสาเหตุ ( ) มี ( ) ไม่มี</li> </ul> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- มีรอยพับรอบคอหรือใต้รักแร้ดำ ( ) มี ( ) ไม่มี      - ประวัติมีน้ำตาลในเลือดสูง(FPG100-125)(OGTT140-199)  
 ( ) มี ( ) ไม่มี

**3. การสูบบุหรี่**

- ( ) สูบ จำนวน.....มวน/วัน จำนวน.....Pack /ปี ชนิดของบุหรี่ ( ) ก้นกรอง ( ) ซี่ไย  
 ระยะเวลาในการสูบตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงปัจจุบัน.....ปี  
 ( ) ไม่สูบ ( ) เคยสูบแต่เลิกแล้ว ชนิดบุหรี่ที่เคยสูบ ( ) ก้นกรอง ( ) ซี่ไย ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มสูบจนเลิกสูบ.....ปี

**4. การดื่มแอลกอฮอล์**

- ( ) ดื่ม จำนวน.....ครั้ง/สัปดาห์ ( ) ไม่ดื่ม ( ) เคยดื่มแต่เลิกแล้ว

**5. การออกกำลังกาย**

- ( ) ออกกำลังกายทุกวัน ครั้งละ 30 นาที ( ) ออกกำลังกายสัปดาห์และมากกว่า 3 ครั้ง ครั้งละ 30 สม้เสมอ  
 ( ) ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที สม้เสมอ ( ) ออกกำลังกายน้อยกว่าสัปดาห์ละ 3 ครั้ง  
 ( ) ไม่ออกกำลังกาย

**6. การรับประทานอาหาร**

- ท่านมักจะรับประทานอาหารรสใด ( ) หวาน ( ) เค็ม ( ) มัน ( ) ไม่ชอบทุกข้อ

**7. ผลการตรวจร่างกาย**

- 7.1 น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. รอบเอว.....ซม.  
 7.2 FCG (งดอาหารและน้ำ 8 ชั่วโมง).....mg  
 7.3 FPG (ไม่งดอาหารและน้ำ).....mg  
 7.4 ความดันโลหิตสูง ครั้งที่ 1 ...../.....mmHg ครั้งที่ 2 ...../.....mmHg

8. ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านรู้สึกเบื่อ ทำอะไรไม่เพลิดเพลิน หรือไม่ ( ) เป็น ( ) ไม่เป็น

9. ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านรู้สึกไม่สบายใจ ซึมเศร้าหรือท้อแท้หรือไม่ ( ) เป็น ( ) ไม่เป็น

ผู้บันทึก.....วันเดือนปีที่บันทึก.....