

สถานการณ์และกิจกรรม

กลุ่มปกติ (ไม่ป่วย)
ปชก. 35 ปีขึ้นไป 200,444 คนได้รับการคัดกรอง

- DM ปี 63 ร้อยละ 94.38
ปี 64 ร้อยละ 90.09
ปี 65 ร้อยละ 83.17
ปี 66 ร้อยละ 76.20
- HT ปี 63 ร้อยละ 95.98
ปี 64 ร้อยละ 91.88
ปี 65 ร้อยละ 85.72
ปี 66 ร้อยละ 78.51

1.NCD Screen บน App SMART อสม.

2. การจัดกิจกรรมรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพ 3อ2ส (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สบู่หรี ดื่มน้ำสุรา)
- ทั้งส่วนบุคคล ครอบครัว ชุมชน สถานประกอบการ
- 3.ดำเนินงานมาตรการชุมชนในการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
- 4.Audit ข้อมูล / ค้นข้อมูล
- 5.สนับสนุนอุปกรณ์ (เครื่องวัด BP , เครื่องตรวจ DTX)

กลุ่มเสี่ยง

- DM ปี 64 25,935 คน (12.90%)
ปี 65 30,220 คน (15.11%)
ปี 66 30,342 คน (15.14%)
- HT ปี 65 12,059 คน (7.41%)
ปี 66 13,219 คน (8.11%)

1. การค้นหา/ติดตาม กลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงสูง และกลุ่มผู้ป่วยโดยใช้ line Notify
2. พัฒนาศักยภาพจนท. (ระบบพี่เลี้ยง) สร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใช้ BA , BI ,คลินิก DPAC /ชมรมออกกำลังกาย
3. Audit ข้อมูล / ค้นข้อมูล
4. การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ/สัญญาณเตือน/1669/สายด่วนสุขภาพ
5. การจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบเข้มข้น

กลุ่มสงสัยป่วย

- DM ปี 65 2,767 คน (9.15%)
ปี 66 2,342 คน (7.71%)
- HT ปี 65 9,381 คน (77.79%)
ปี 66 10,587 คน (80.0%)

1. สร้างทีมให้คำปรึกษา แบ่งเป็น 3 โซน
2. กลุ่มป่วย DM Un con เน้นปรับพฤติกรรม
3. กลุ่ม HT Un con เน้นทานยาต่อเนื่อง
- 4.การจัดบริการรักษาที่มีคุณภาพ
- 5.การติดตามดูแลฟื้นฟูสภาพต่อเนื่องที่บ้าน

กลุ่มป่วย

- รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง
- DM ปี 65 ร้อยละ 19.38
ปี 66 ร้อยละ 0.90
- HT ปี 65 ร้อยละ 6.19
ปี 66 ร้อยละ 3.84
- DM ปี 64 25,159 คน
ปี 65 26,630 คน
ปี 66 26,612 คน
- HT ปี 64 67,072 คน
ปี 65 68,452 คน
ปี 66 67,269 คน

ภาคีเครือข่าย ในการขับเคลื่อนในชุมชน

- อสม.บุคคลต้นแบบ
- งานบุหรี/สุรา/สุขภาพจิต
- ชมรมออกกำลังกาย/ชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ
- PCC / 3 หมอ / พชอ.
- งานอนามัยโรงเรียน / สิ่งแวดล้อม
- อปท.
- ผู้นำชุมชน
- พระสงฆ์
- สถานประกอบการ

ปัญหาที่พบ

1. มีการปรับ CPG (การตรวจ lab/การบันทึกข้อมูล) ในการดูแลผู้ป่วย NCD ร่วมกับเครือข่าย
2. ผู้ป่วย DM ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมกิน ร้อยละ 87.46 , พันธุกรรม ร้อยละ 12.54

5. ลดป่วย ลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน / โรคความดันโลหิตสูง

เป้าหมาย

ชะลอการป่วย เมื่อป่วยสามารถควบคุมโรคได้ ลดภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดี

Primary

คัดกรอง/ค้นหา
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

Secondary

รักษาตามมาตรฐาน
ป้องกัน/คัดกรองภาวะแทรกซ้อน

Tertiary

รักษาตามมาตรฐาน
ดูแล/ติดตาม ต่อเนื่อง

- 1.โครงการสร้างความรอบรู้ให้กับประชาชนเพื่อการป้องกันและดูแลรักษาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง
 2. โครงการจัดทำโปรแกรมเด็กหลานนาไม่อ้วน ที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของสามเณรในโรงเรียนพระปริยัติธรรม จ.น่าน
 3. โครงการความรู้ด้านสุขภาพ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในเขตเทศบาลเมืองน่าน
 4. โครงการตำบลเป้าหมายในการสำรวจและคัดกรองสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเพื่อพัฒนาและติดตามนโยบายและมาตรการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับตำบลหรืออำเภอ (NCD Smart Digital Tool) รู้เสี่ยง เลี่ยงโรคไม่ติดต่อ ด้วย NCD Smart Digital Tool
 5. การจัดเก็บข้อมูลการสำรวจปริมาณโซเดียมในอาหารด้วยเครื่องวัดความเค็ม
- #รายละเอียดตามเอกสาร

เพิ่มคุณภาพการรักษาและคุณภาพ NCD Clinic Plus

- 1.ตั้งคณะทำงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อทบทวน CPG แนวทางการปฏิบัติงาน และกำกับติดตามความก้าวหน้าการดำเนินการ
- 2.ประสาน สนับสนุนการจัดระบบบริการคัดกรองสุขภาพ (เบาหวาน ความดัน และปัจจัยเสี่ยงทางด้านสุขภาพ)
- 3.ประสาน สนับสนุนการพัฒนาระบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบเข้มข้น /การให้คำปรึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบสั้น (BABI ; Brief Advice Brief Intervention)
- 4.ประสาน สนับสนุนการจัดระบบการดูแลรักษาตาม CPG (แยกตามกลุ่มสี เขียว เหลือง ส้ม แดง ดำ)
- 5.ประชุมชี้แจงแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรค DM/HT และแนวทางให้คำปรึกษา (BABI) ในคลินิก NCD จำนวน 3 โซน
- 6.สื่อสารสร้างความรอบรู้ 3อ2ส, Warning sign, 1669
- 7.คัดกรองภาวะแทรกซ้อน ตา ไต เท้า
- 8.ประเมินมาตรฐานการดำเนินงาน NCD Clinic Plus 6 องค์ประกอบ 13 ตัวชี้วัด 2 ครั้ง/ปี
- 9.ประสาน สนับสนุนการจัดระบบการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยใช้กลไก 3 หมอ
10. สร้างทีมให้คำปรึกษา แบ่งเป็น 3 โซน
11. กลุ่มป่วย DM Un con เน้นปรับพฤติกรรม
12. กลุ่ม HT Un con เน้นทานยาต่อเนื่อง
- 13.การติดตามดูแลฟื้นฟูสภาพต่อเนื่องที่บ้าน
14. ควบคุมกำกับติดตามทุกเดือน/ไตรมาส

1. ตรวจสอบติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย

1.1 DM เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 70 ผลงาน ปี 65 ร้อยละ 77.88 ปี 66 ร้อยละ 39.3

1.2 HT เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 93 ผลงาน ปี 65 ร้อยละ 92.54 ปี 66 ร้อยละ 83.8

ผลการดำเนินงาน

2. ควบคุมระดับน้ำตาล/ความดันโลหิตได้ดี

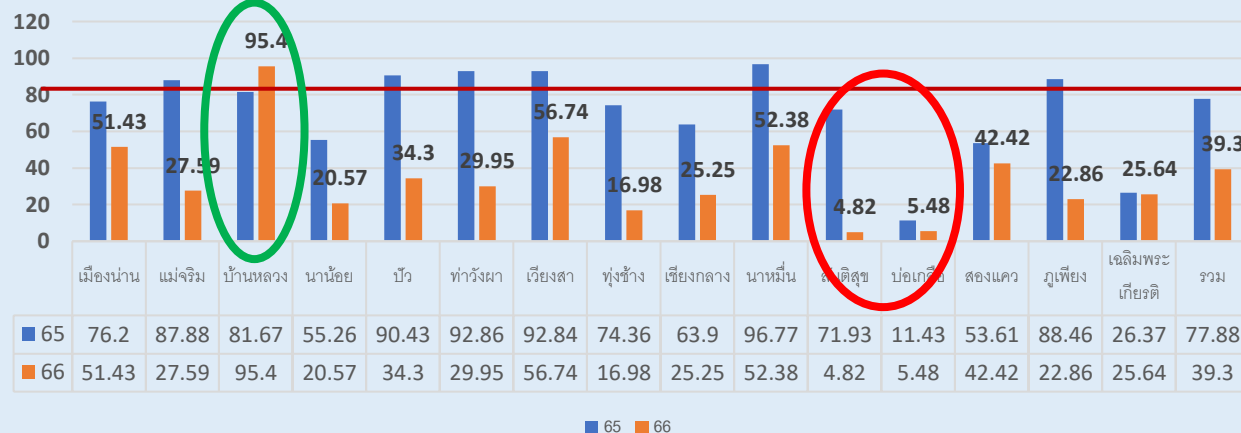
2.1 DM เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 40 ผลงาน

ปี 63 ร้อยละ 35.36 ปี 64 ร้อยละ 36.72 ปี 65 ร้อยละ 35.52 ปี 66 ร้อยละ 19.54

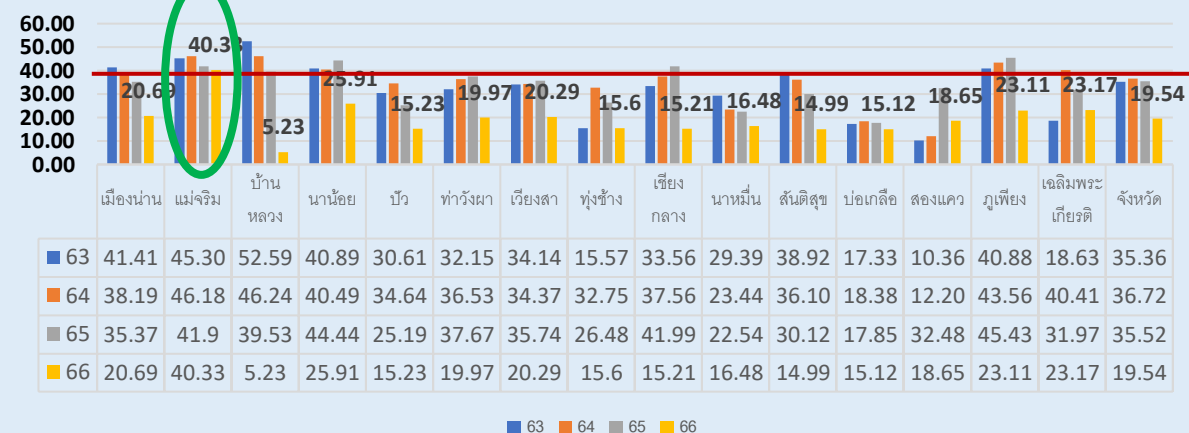
2.2 HT เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 60 ผลงาน

ปี 63 ร้อยละ 44.42 ปี 64 ร้อยละ 46.78 ปี 65 ร้อยละ 55.45 ปี 66 ร้อยละ 44.53

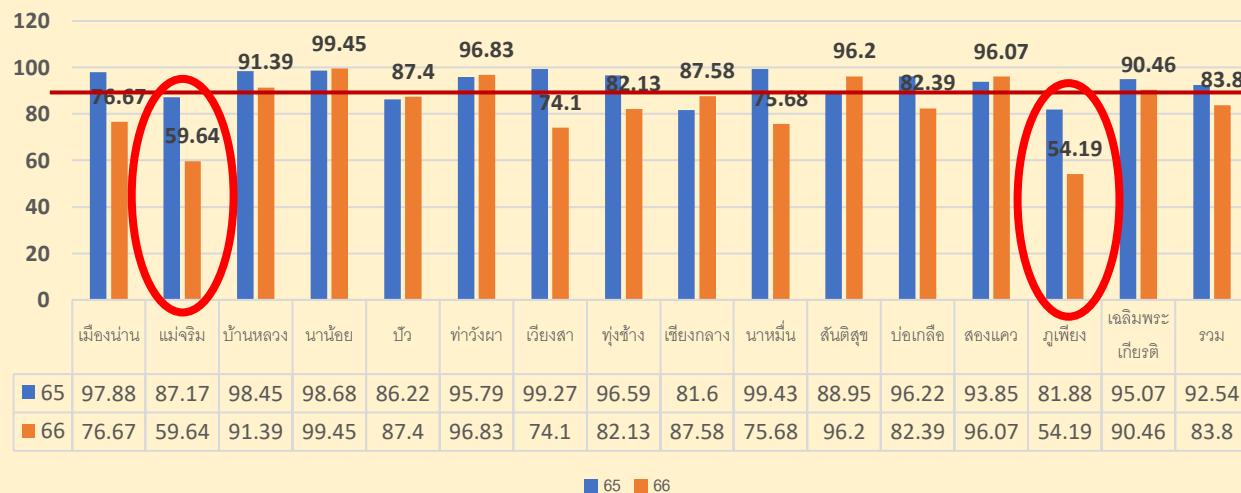
ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน



ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี



ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง



ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี

