



Too Excellence เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอโคกสูง ปี2560

การดำเนินงานลดโรคหัวใจและหลอดเลือด (**CVD**) อำเภอโคกสูง

To Excellence

การดำเนินงานลดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD) อำเภอโคกสูง

เป้าหมาย

ลดและชะลออัตราการป่วยและอัตราการตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

กิจกรรม

ชุมชน

สถานบริการ

เครือข่าย/องค์กรหัวใจดี

-การสื่อสารเตือนภัย รมรณรงค์ ร่วมจัดกิจกรรมเรียนรู้ เพื่อสร้างความตระหนักโรค CVD ผ่านช่องทางต่างๆ เช่น สื่อท้องถิ่น สื่อบุคคล
-การสร้างสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี สนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น สถานที่ออกกำลังกายผ่านตำบลจัดการสุขภาพ
-สังเกตสัญญาณเตือนของโรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มเสี่ยงสูง
-การติดตามเยี่ยมบ้านโดย จนท.สธ. ร่วมกับ อสม. (ในกลุ่มเสี่ยงสูง)

Community care network
-เยี่ยมบ้านโดยทีม 3 เดือน/ครั้ง ในรายที่ -risk>30% หรือ DMHT poor controlled ใน 6 ประเด็น -อาหาร/ออกกำลังกาย/บุหรี่/FCG/BP/drug compliance
-อสม.ประเมิน CVD Risk ซ้ำ-risk>30% ทุก 1-2 เดือน risk 20-30% ทุก 3 เดือน

การสนับสนุน

- 1.สนับสนุนคู่มือและโปสเตอร์การประเมิน CVD risk ในผู้ป่วย DM/HT
- 2.สนับสนุนโปรแกรม/ขบวนการใช้โปรแกรมคัดกรอง CVD risk
- 3.สนับสนุนคู่มือให้เกิดการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยงต่อ CVD สำหรับ อสม.

-ประเมิน CVD Risk ใน ผู้ป่วย DM HT
-การจัดบริการตามความเสี่ยง ในองค์กร
-รายงานผลการดำเนินงาน/สนับสนุนผลรายงานการดำเนินงาน
Education
-สื่อสารเตือนภัย โอกาสเกิดโรค CVD
-กิจกรรมเรียนรู้ กลุ่ม/บุคคล
-ปรับเปลี่ยนอาหาร DASH/ลดเกลือ ออกกำลังกาย บุหรี่
Multidisciplinary team
ปรับกระบวนการบริการ
Self Mx support
Information

-ค้นหากลุ่มเสี่ยง*ในองค์กร
-จัดกิจกรรมลดเสี่ยง ในองค์กร
-รายงานผลการดำเนินงาน/สรุปผล
-รายงานการดำเนินงาน

*BMI>25
-รอบเอว ชาย > 90 cm. หญิง > 80 cm.
-ออกกำลังกาย<30 นาที/วัน 3 วัน/สัปดาห์
-ระดับไขมันสูง
-สูบบุหรี่
-pre DM preHT

- 1.สนับสนุนคู่มือดำเนินงานองค์กรหัวใจดี
- 2.การประชุมชี้แจงผู้รับผิดชอบหลัก
- 3.จัดอบรมให้ความรู้กลุ่มเสี่ยง
- 4.แบบรายงานผลการดำเนินงาน

ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพดี ปิงฉี่มีชื่อเสียง

1.ลดปิงฉี่มีชื่อเสียงในประชากรทั่วไปและชุมชนสนับสนุนสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

2.สนับสนุนการประเมินและจัดการปิงฉี่มีชื่อเสียงของ NCD ราชบุคคล

กลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคหัวใจ ได้รับ การคัดกรองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3.ค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิด IHD/CVD
-รู้อาการเตือน
-ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
-ให้ความช่วยเหลือ

ผู้ป่วยโรคหัวใจเข้ารับการบริการ ได้รับการรักษาตามมาตรฐาน

4.พัฒนาคุณภาพระบบบริการ ระบบส่งต่อ
-พัฒนาระบบคลินิก
-พัฒนาศักยภาพบุคลากร
-ผู้ป่วยSTEMI ได้รับยาทันพร้อม
-ผู้ป่วยโรคหัวใจได้รับการฟื้นฟู

ผู้ป่วยโรคหัวใจได้รับการฟื้นฟู ลดอัตราการเป็นซ้ำ

Too Excellence เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอโคกสูง ปี2560

การดำเนินงานลดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD) อำเภอโคกสูง

สถานการณ์โรค : 1. อัตราป่วยตายโรคหัวใจและหลอดเลือด

2558			2559			2560		
จำนวนป่วย	จำนวนตาย	อัตราป่วยตาย	จำนวนป่วย	จำนวนตาย	อัตราป่วยตาย	จำนวนป่วย	จำนวนตาย	อัตราป่วยตาย
92	4	4.35	112	6	5.36	101	3	2.97

2. อัตราการป่วยตายด้วยโรคมะเร็งตับ(C220-C229) ปี 2560

อัตราการป่วยตายด้วยโรคมะเร็งตับ(C220-C229) ปี 2560		
รวม(ป่วย)	รวม(ตาย)	อัตราป่วยตาย
16	2	12.5

ลดและชะลออัตราการป่วยและอัตราการตายด้วยโรคหัวใจ
และหลอดเลือด

เป้าหมาย

กิจกรรม

ชุมชน

สถานบริการ

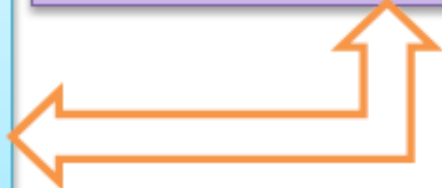
เครือข่าย/องค์กรหัวใจดี

- การสื่อสารเตือนภัย รมรรงค์ ร่วมจัดกิจกรรมเรียนรู้ เพื่อสร้างความตระหนักโรค CVD ผ่านช่องทางต่างๆ เช่น สื่อท้องถิ่น สื่อบุคคล
- การสร้างสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี สนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น สถานที่ออกกำลังกายผ่านตำบลจัดการสุขภาพ
- สังเกตสัญญาณเตือนของโรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มเสี่ยงสูง
- การติดตามเยี่ยมบ้านโดย จนท.สธ. ร่วมกับ อสม. (ในกลุ่มเสี่ยงสูง)

Community care network

- เยี่ยมบ้านโดยทีม 3 เดือน/ครั้ง ในรายที่ risk>30% หรือ DMHT poor controlled ใน 6 ประเด็น -อาหาร/ออกกำลังกาย/บุหรี่/FCG/BP/drug compliance
- อสม.ประเมิน CVD Risk ซ้ำ-risk>30% ทุก 1-2 เดือน risk 20-30% ทุก 3 เดือน

- ประเมิน CVD Risk ใน ผู้ป่วย DM HT
- การจัดบริการตามความเสี่ยง ในองค์กร
- รายงานผลการดำเนินงาน/สนับสนุนผลรายงานการดำเนินงานฯ
- Education**
- สื่อสารเตือนภัย โอกาสเกิดโรค CVD
- กิจกรรมเรียนรู้ กลุ่ม/บุคคล
- ปรับเปลี่ยนอาหาร DASH/ลดเกลือ ออกกำลังกาย บุหรี่
- Multidisciplinary team**
- ปรับกระบวนการบริการ
- Self Mx support
- Information**



- ค้นหากลุ่มเสี่ยง*ในองค์กร
- จัดกิจกรรมลดเสี่ยง ในองค์กร
- รายงานผลการดำเนินงาน/สรุปผล
- รายงานการดำเนินงานฯ

*BMI>25

- รอบเอว ช.> 90 cm. หญิง > 80 cm.
- ออกกำลังกาย<30 นาที/วัน 3 วัน/สัปดาห์
- ระดับไขมันสูง
- สูบบุหรี่
- pre DM preHT

- 1.สนับสนุนคู่มือดำเนินงานองค์กร หัวใจดี
- 2.การประชุมชี้แจงผู้รับผิดชอบหลัก
- 3.จัดอบรมให้ความรู้กลุ่มเสี่ยง
- 4.แบบรายงานผลการดำเนินงาน

-การสื่อสารเตือนภัย รณรงค์ ร่วมจัดกิจกรรมเรียนรู้ เพื่อสร้างความตระหนัก
โรค CVD ผ่านช่องทางต่างๆ เช่น สื่อท้องถิ่น สื่อบุคคล

-การสร้างสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี สนับสนุนการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรม เช่น สถานที่ออกกำลังกาย ผ่านตำบลจัดการสุขภาพ

-สังเกตสัญญาณเตือนของโรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่ม
เสี่ยงสูง

-การติดตามเยี่ยมบ้านโดย จนท.สธ. ร่วมกับ อสม. (ในกลุ่มเสี่ยงสูง)

Community care network

-เยี่ยมบ้านโดยทีม 3 เดือน/ครั้ง ในรายที่ -risk \geq 30% หรือ DMHT poor controlled ใน 6
ประเด็น -อาหาร/ออกกำลังกาย/บุหรี่/FCG/BP/drug compliance

-อสม.ประเมิน CVD Risk ซ้ำ-risk \geq 30% ทุก 1-2 เดือน risk 20-30% ทุก 3 เดือน

- ประเมิน CVD Risk ใน ผู้ป่วย DM HT
- การจัดบริการตามความเสี่ยง ในองค์กร
- รายงานผลการดำเนินงาน/สนับสนุนผลรายงานการดำเนินงานฯ

Education

- สื่อสารเตือนภัย โอกาสเกิดโรค CVD
- กิจกรรมเรียนรู้ กลุ่ม/บุคคล
- ปรับเปลี่ยนอาหาร DASH/ลดเกลือ ออกกำลังกาย บุหรี่

Multidisciplinary team

ปรับกระบวนการบริการ

Self Mx support

Information



- ค้นหากลุ่มเสี่ยง*ในองค์กร
- จัดกิจกรรมลดเสี่ยง ในองค์กร
- รายงานผลการดำเนินงาน/สรุปผล
- รายงานการดำเนินงานฯ

*BMI \geq 25

-รอบเอว ช.> 90 cm. ญ. > 80 cm.

-ออกกำลังกาย<30 นาที/วัน 3 วัน/สัปดาห์

-ระดับไขมันสูง

-สูบบุหรี่

-pre DM preHT

- 1.สนับสนุนคู่มือดำเนินงานองค์กรหัวใจดี
- 2.การประชุมชี้แจงผู้รับผิดชอบหลัก
- 3.จัดอบรมให้ความรู้กลุ่มเสี่ยง
- 4.แบบรายงานผลการดำเนินงาน

การสนับสนุน

- 1.สนับสนุนคู่มือและโปสเตอร์การประเมิน CVD risk ในผู้ป่วย DM/HT
- 2.สนับสนุนโปรแกรม/อบรมการใช้โปรแกรมคัดกรอง CVD risk
- 3.สนับสนุนคู่มือให้เกิดการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยงต่อ CVD สำหรับ อสม.

ประชาชนมีพฤติกรรม
สุขภาพดี ปัจจัยเสี่ยงลดลง

กลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคหัวใจ
ได้รับการคัดกรองและ
ปรับพฤติกรรม

ผู้ป่วยโรคหัวใจเข้าถึง
บริการ ได้รับการรักษาตาม
มาตรฐาน

ผู้ป่วยโรคหัวใจได้รับการ
ฟื้นฟูลดอัตราการเป็นซ้ำ

1.ลดปัจจัยเสี่ยง
ในประชากร
ทั่วไปและชุมชน
สนับสนุน
สภาพแวดล้อมที่
เอื้อต่อสุขภาพ

2.สนับสนุน
การประเมิน
และจัดการ
ปัจจัยเสี่ยง
ของ NCD
รายบุคคล

3.ค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยง
สูงต่อการเกิด
IHD/CVD
-รู้อาการเตือน
-ปรับพฤติกรรม
-ให้ยาตามข้อบ่งชี้

4.พัฒนาคุณภาพระบบบริการ ระบบส่งต่อ
-พัฒนาระบบคลินิก
-พัฒนาศักยภาพบุคลากร
-ผู้ป่วยSTEMI ได้รับยาทันที่
-ผู้ป่วยโรคหัวใจได้รับการฟื้นฟู

ผลการดำเนินงานรอบ 6 เดือน (ต.ค. 59 - มี.ค. 60)

ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ / เกณฑ์เป้าหมาย	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ ขึ้นทะเบียนได้รับ การประเมินโอกาส เสี่ยงต่อโรคหัวใจ และหลอดเลือด (CVD Risk)	2,200	1,700	78.27 (HDC) 86.00 (HosOs)

มีเครือข่ายองค์กรหัวใจดี

อบต. 4 แห่ง

สภ.โคกสูง

ที่ว่าการอำเภอโคกสูง

จงเชื่อมั่น และทำให้เป็นจริง

