



การดำเนินงาน NCD ปฐมภูมิ อำเภอโคกสูง ปี๒๕๖๒

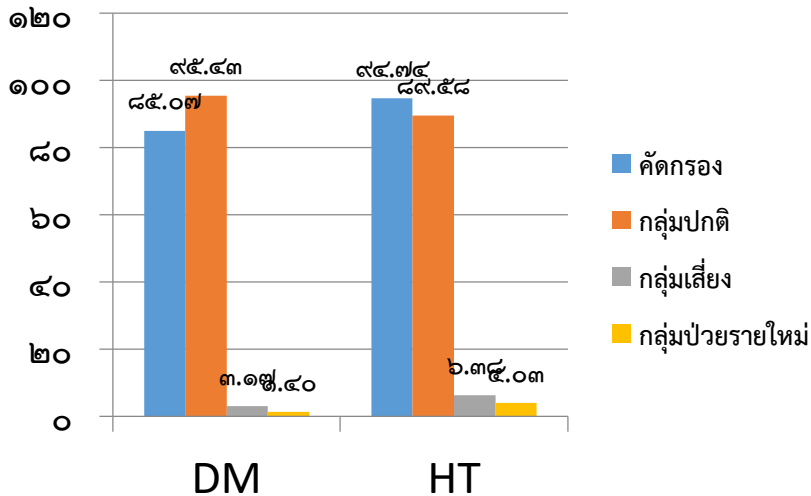


สภาพปัญหาและบริบท NCD อำเภอโคกสูง

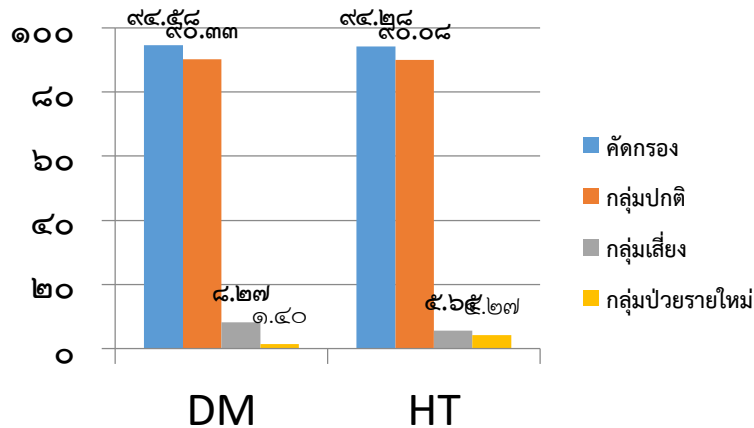
ที่	ข้อมูล	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒
๑	DM			
๑.๑	ประชาชนอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป	๘,๙๘๗	๙,๒๔๘	๘,๙๒๖
๑.๒	ผลการคัดกรอง	๗๖๔๕ (๘๕.๐๗)	๘,๗๔๗ (๙๔.๕๘)	๘,๒๕๒ (๙๒.๔๕)
๑.๓	ประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป(กลุ่มปกติ) ระดับน้ำตาล < ๑๐๐mg./dl.	๗๒๙๖(๙๕.๔๓)	๗,๙๐๑(๙๐.๓๓)	๗๓๕๒(๘๙.๙)
๑.๔	ประชาชนอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป (กลุ่มเสี่ยง)ระดับน้ำตาล ๑๐๐-๑๒๕mg./dl.	๒๔๒(๓.๑๗)	๗๒๔(๘.๒๗)	๗๖๑(๙.๒๒)
๑.๕	ประชาชนอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป (กลุ่มป่วย) ระดับน้ำตาล >๑๒๖ mg./dl.	๑๐๗(๑.๔๐)	๑๒๒(๑.๔๐)	๑๓๓ (๑.๖๙)
๒	HT			
๒.๑	ผลการคัดกรอง	๗,๕๒๒ (๙๔.๗๔)	๗,๗๖๙ (๙๔.๒๘)	๗,๑๕๔ (๙๒.๐๐)
๒.๒	ประชาชนอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป (กลุ่มปกติ),< ๑๒๐/๘๐ mmHg	๖๗๓๙(๘๙.๕๙)	๖๙๙๘(๙๐.๐๘)	๖๔๓๙(๙๐.๐๑)
๒.๓	ประชาชนอายุ ๓๕ปี ขึ้นไป (กลุ่มเสี่ยง),> ๑๒๑/๘๙ mmHg	๔๘๐(๖.๓๘)	๔๓๙(๕.๖๕)	๔๘๑(๖.๗๒)
๒.๔	ประชาชนอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป (กลุ่มป่วย),> ๑๔๐/๙๐ mmHg	๓๐๓(๔.๐๓)	๓๓๒ (๔.๒๗)	๒๓๔ (๓.๒๗)

ผลการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงอำเภอโคกสูง ๓ ปีแยกรายกลุ่ม (๒๕๖๐-๒๕๖๒)

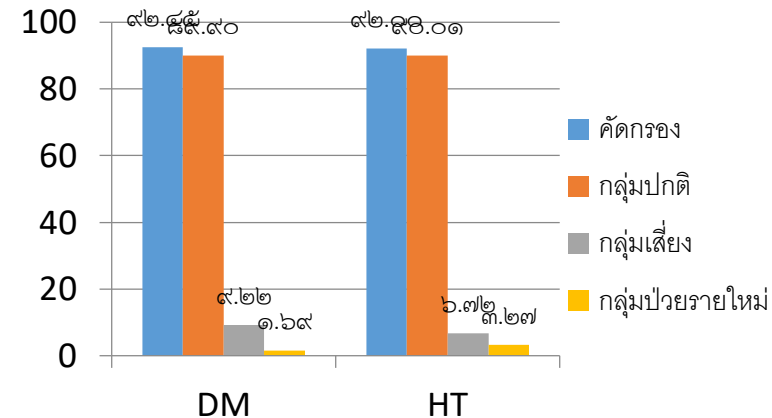
๒๕๖๐



๒๕๖๑

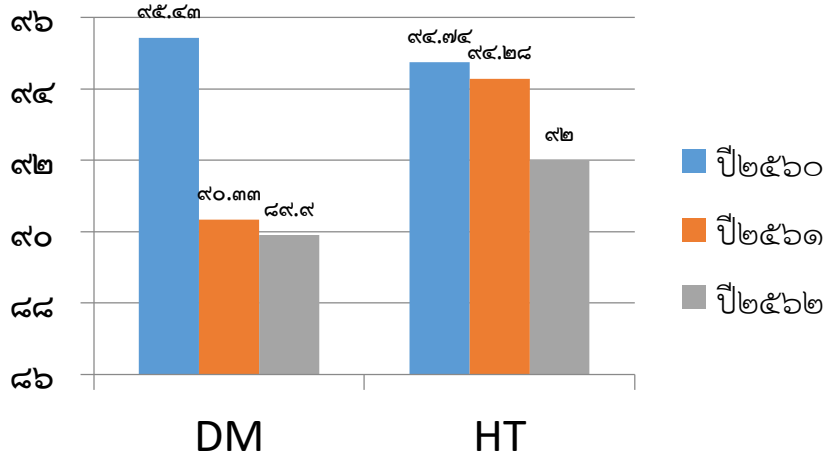


๒๕๖๒

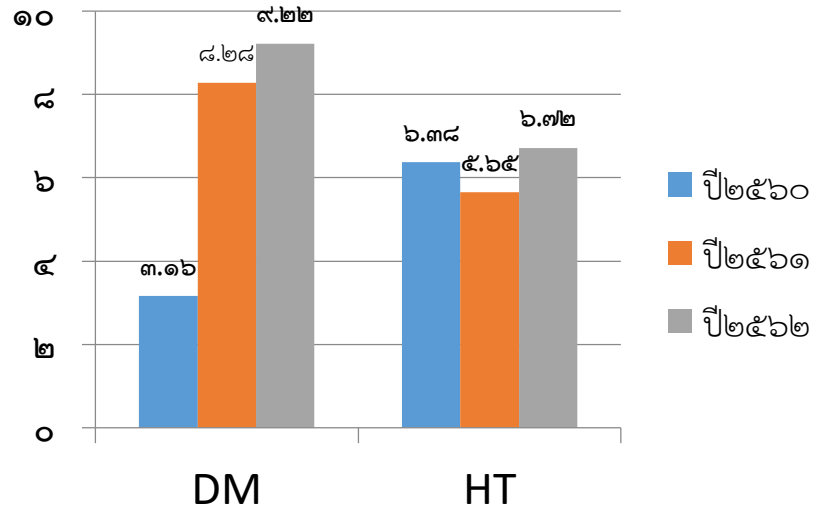


ผลการการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงอำเภอโคกสูง ๓ ปี (๒๕๖๐-๒๕๖๒)

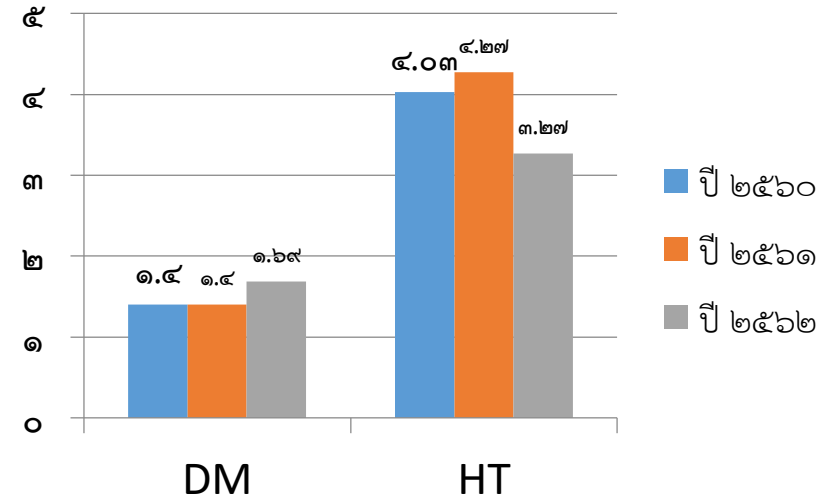
กลุ่มปกติ



กลุ่มเสี่ยง



กลุ่มผู้ป่วยรายใหม่



B

- ๑.การคัดกรอง(ดี เสี่ยง ป่วย)/บันทึกข้อมูล
- ๒.ติดตามกลุ่มป่วย เสี่ยง DM/HT
- ๓.ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (DPAC/๓๐ ๒ส.)

มาตรการ

- ๑.ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคDM/HT
- ๒.จัดระบบบริการให้มีประสิทธิภาพ

R

- ๑.อสม./อสค./ หมู่บ้าน HL (๓๐ ๒ส. ลดโซเดียม)
- ๒.จัดทำระบบ รูปแบบ การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่ขาดการรักษา,ควบคุมไม่ได้,มีภาวะแทรกซ้อน
- ๓. วิจัย/นวัตกรรมDM / HT

P

- การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
ชุมชนลดเสี่ยง ลดโรค (คัดกรอง ติดตาม)
- ๑.เพิ่มทักษะ อสม.ในการคัดกรอง
 - ๒.อปท.จัดซื้ออุปกรณ์ ทันเวลา
 - ๓. อปท.สนับสนุนลานออกกำลังกาย

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NDCs) โคกสูง

- I ๑.พัฒนา ระบบNCD คลินิก
คุณภาพรพ.สต./ รพ.
- ๒. พัฒนาระบบส่งต่อ, Fast Track
- ๓. พัฒนาระบบติดตาม Pt ขาดยา/
ควบคุมไม่ได้

A วิเคราะห์ ติดตาม ประเมินผลโครงการ/ คืบข้อมูล โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NDCs)(DM) ทุกเดือน

แนวทางการจัดการสุขภาพดีวิถีชีวิตคนโคกสูง

กลุ่มทั่วไป

การคัดกรอง
(ไตรมาส ๑)

หมู่บ้านปรับเปลี่ยนลดโรค HL/ลด
โซเดียม, ตำบลจัดการสุขภาพ

รณรงค์ บุฟเฟต์สุขภาพ /
งานบุญปลอดเหล้าบุหรี่/
ถนนสายบุญ

ประชาสัมพันธ์และการส่ง
ต่อผ่าน ๑๖๖๙

กลุ่มเสี่ยง

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
๓ อ ๒ ส (ไตรมาส ๒)

DPAC

การติดตามอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มที่ไม่มี ภาวะแทรกซ้อน

จัดบริการให้เอื้อNCD
คุณภาพ(ไตรมาส๑-๔)

เพิ่มศักยภาพ

อบรม Mini Case
Manager

ระบบการส่งต่อ ตาม
CPG

กลุ่มที่มี ภาวะแทรกซ้อน

NCD คุณภาพ
(ไตรมาส๑-๔)

Case Manager รพ.โคก
สูง

รักษาภาวะ
แทรกซ้อน

CKD คลินิก

STEMI / Stroke
Fast Track

สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่สำคัญ ปี ๒๕๖๒

ลำดับ	ชื่อตัวชี้วัด	ผ่าน	ไม่ผ่าน	จุดอ่อน	จุดแข็ง	ประเด็นพัฒนา/แก้ไขปัญหา
๑	การคัดกรองเบาหวาน ตามขั้นตอนการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพในประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๙๐	๙๒.๔๕			๑.อปท.สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์เพียงพอ ๒.ทีมงานเครือข่ายในชุมชนพร้อมสนับสนุน ๓.มีระบบ Fast Track DMระหว่างรพ.กับรพ.สต	๑.เพิ่มศักยภาพอสม.ในการคัดกรอง ๒.รณรงค์ตรวจคัดกรองเชิงรุกช่วงเทศกาล เช่นสงกรานต์ ปีใหม่ เข้าพรรษา เป็นต้น
๒	อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบของปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำ	๙๓.๐๓			มีระบบการติดตามโดยเจ้าหน้าที่รพ.สต กรณีกลุ่มเสี่ยงมีค่าDTX >๑๒๖ mg/dl ส่งต่อรพ.	๑.จัดทำแผนการออกติดตามกลุ่มเสี่ยงและกำหนดผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน
๓	ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการประเมิน CVD risk ได้ > ร้อยละ ๖๐	๘๗.๙๒			๑.มีระบบการRe check ข้อมูลผู้ป่วยทั้ง รพ.สต.และรพ. ๒.มีการวางแผนการคัดกรองCVD risk ให้เสร็จในไตรมาสที่๑	
๔	ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี > ร้อยละ ๔๐	๔๔.๖๔			๑.มีระบบการติดตาม รูปแบบ การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขาดการรักษา,ควบคุมไม่ได้,มีภาวะแทรกซ้อน ๒.ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลเกิน ๑๘๐ mg/dl จะได้พบ Case Manager ทุกราย ๓.มี อสม.Health Literacy ที่ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน	๑.พัฒนาระบบติดตาม Pt ขาดยา/ ควบคุมไม่ได้ ด้วยโปรแกรมการจัดการตนเอง (ยาและอาหาร) ๒.พัฒนา อสม.DM DOT ในกรณี Un control
๕	การคัดกรองเบาหวานเข้าจอประสาทตาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน > ร้อยละ ๖๐	๗๒.๒๔		เครื่องตรวจตาไม่มีเพียงพอ ต้องยืมจากที่อื่น ระยะเวลาสั้น	๑.ศักยภาพเจ้าหน้าที่สามารถทำหน้าที่ทดแทนกันได้ ๒.มีการวางแผนการตรวจตา ให้เสร็จในไตรมาสแรก ๓.มีการประชุมวางแผนทำความเข้าใจของเจ้าหน้าที่ในเครือข่ายก่อนดำเนินการทุกครั้ง	
๖	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางเท้า ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐	๘๑.๘๕			๑.ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจเท้าจากนักกายภาพบำบัดทุกราย ๒.นักกายภาพบำบัดลงพื้นที่ตรวจตา เท้า ใน รพ.สต.ทุกแห่ง	
๗	อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อประชากร	๔๗๑.๗		๑.ขาดการสร้างกระแสในกลุ่มเสี่ยง		๑.สร้างกระแสเรื่อง ๓๐ ๒๘ ช่วงเทศกาล เช่น สงกรานต์ ปีใหม่ เข้าพรรษา
๘	ร้อยละของผู้ป่วย DM ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไต ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐		๖๘.๑๓	๑.ระบบข้อมูล		๑.พัฒนาระบบข้อมูล DMในเครือข่าย เช่น การบันทึก การดึงข้อมูล การบริหารข้อมูลDM ร่วมกันในเครือข่าย

