

แผนสุขภาพอำเภอโพธิ์ทองปี2565

ประเด็นการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Primary and Secondary Prevention)

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ตัวชี้วัด ปี 2565	มาตรการ	กลยุทธ์	กิจกรรม	บทบาท (รพช.,สสอ.,รพ.สต.)
1. ลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในกลุ่มประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป	1.อัตราป่วยเบาหวานรายใหม่จากPre DM 2.อัตราป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากPre HT 3.ความชุกของภาวะความดันโลหิตสูง 4.ความชุกของผู้ป่วยโรคเบาหวาน	น้อยกว่าร้อยละ 2.05 น้อยกว่าร้อยละ 4.0 ลดลงร้อยละ 2.5 ลดลงร้อยละ 2.5	1.พัฒนาระบบเฝ้าระวังและการจัดการข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	1.1 พัฒนาศักยภาพบุคลากร	1.1.1 จัดประชุมคณะกรรมการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เครือข่ายระดับอำเภอ (NCD Board) ร่วมกับทีมProject Manager NCD เพื่อชี้แจงกระบวนการทำงาน สื่อสารข้อมูลสถานการณ์การดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จัดการข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 1.1.2 ประชุมชี้แจงอสม. และเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลผลการคัดกรองให้ถูกต้อง ครบถ้วน 1.1.3 ติดตามการบันทึกข้อมูลของเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล 1.1.4 ดำเนินการส่งบุคลากรผู้รับผิดชอบงาน NCD เข้ารับการอบรม SM CM และMini CM ให้ครบตามแผน	รพช. รพ.สต. /รพช.(ต.อ่างแก้ว) สสอ./รพช. รพ.สต.

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ตัวชี้วัด ปี 2565	มาตรการ	กลยุทธ์	กิจกรรม	บทบาท (รพช.,สสอ.,รพ.สต.)
					1.1.5 พัฒนาทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโดยใช้เทคนิคMI(Motivational Interviewing) 1.1.6 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโดย อสม. Buddy 1.1.7 สร้างการรับรู้สถานะเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และความดันโลหิตสูงโดยใช้ Application	รพช.(ต.อ่างแก้ว) สสอ./รพช. สสอ./รพช.
				1.2 พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ	1.2.1 สำรวจข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย และดำเนินการคัดกรองโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงประจำปีในประชาชนอายุ15ปีขึ้นไป(Type 1,3) 1.2.2 บันทึกข้อมูลการคัดกรอง ในระบบปฏิบัติการคอมพิวเตอร์(HOS-XP /PCU) ให้ครบถ้วนและถูกต้อง	รพ.สต. รพช.(ต.อ่างแก้ว) รพ.สต. รพช.(ต.อ่างแก้ว) รพช.

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ตัวชี้วัด ปี 2565	มาตรการ	กลยุทธ์	กิจกรรม	บทบาท (รพช.,สสอ.,รพ.สต.)
					1.2.3 ประชุมติดตามความก้าวหน้าของข้อมูลผลการดำเนินงานจากโปรแกรม HDC และChronic Link เพื่อให้ปรับปรุงข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน เดือนละ 1 ครั้ง (พร้อมประชุมคณะกรรมการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เครือข่ายระดับอำเภอ (NCD Board)) 1.2.4 สื่อสารการใช้Applicationเพื่อสร้างการรับรู้สถานะเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และความดันโลหิตสูง	สสอ./รพช.
			2.พัฒนา ศักยภาพ ชุมชน/ท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย	2.1 สนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	2.1.1 จัดประชุมผู้เกี่ยวข้องเพื่อนำเสนอภาพรวมและจัดตั้งภาคีเครือข่ายการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับตำบล โดยการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน สถานศึกษา องค์กรศาสนา เป็นต้น	สสอ.

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ตัวชี้วัด ปี 2565	มาตรการ	กลยุทธ์	กิจกรรม	บทบาท (รพช.,สสอ.,รพ.สต.)
					2.1.2 ขับเคลื่อนให้ภาคีเครือข่าย“ชุมชน ลดเสี่ยง ลดโรค” ดำเนินการกิจกรรมอย่างมีส่วนร่วมและต่อเนื่อง 2.1.3 จัดประชุมภาคีเครือข่าย“ชุมชน ลดเสี่ยง ลดโรค” เพื่อ วางแผนการดำเนินกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยโปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน 2.1.4 สร้างองค์กระตุ้นแบบสาธารณสุขรักษาสภาพทุกหน่วยงาน 2.1.5 ขยายการดำเนินงานหมู่บ้านชุมชนต้นแบบ ตำบลละ 1 หมู่บ้าน	รพ.สต. รพช.(ต.อ่างแก้ว) สสอ./รพ.สต. /รพช.(ต.อ่างแก้ว) สสอ./รพ.สต. /รพช.(ต.อ่างแก้ว) รพ.สต. /รพช.(ต.อ่างแก้ว)
				2.2 เสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ	2.2.1 เยี่ยมบ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยทีมสหวิชาชีพ	รพ.สต. รพช.(ต.อ่างแก้ว)

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ตัวชี้วัด ปี 2565	มาตรการ	กลยุทธ์	กิจกรรม	บทบาท (รพช.,สสอ.,รพ.สต.)
				(Health Literacy) ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย	โดยกลุ่มเป้าหมายที่เยี่ยมบ้าน คือ <u>กลุ่มที่1</u> ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่HbA1C $\geq 7-9$ อายุไม่เกิน70ปี โดยใช้เทคนิคMI เยี่ยมทุก 1 เดือน จำนวน 3 ครั้ง ในผู้ป่วยทุกราย <u>กลุ่มที่2</u> ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่Admit ด้วยภาวะ Hypo-Hyperglycemia FBS <70 mg% / ≥ 400mg% <u>กลุ่มที่3</u> ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่Readmit (มาAdmitซ้ำภายใน28 วัน)	
2. เพื่อลดความรุนแรง อาการแทรกซ้อน ของโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง	5.ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี 6.ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันได้ดี	40 50	3. พัฒนาระบบบริการให้ได้มาตรฐาน	3.1.ส่งเสริมบริการ NCD คลินิกคุณภาพใน รพช./รพ.สต.	3.1.1 กำหนดทิศทางและนโยบายการดำเนินงาน NCD คลินิกคุณภาพ 3.1.2ประชุมชี้แจงการดำเนินงานตามเกณฑ์NCD คลินิกคุณภาพในรพช. และ รพ.สต. 3.1.3 กำกับติดตามการดำเนินงานNCD คลินิกคุณภาพในรพช. และ รพ.สต. ให้เป็นไปตามกระบวนการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic plus	รพช. รพช. รพช.

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ตัวชี้วัด ปี 2565	มาตรการ	กลยุทธ์	กิจกรรม	บทบาท (รพช.,สสอ.,รพ.สต.)
					3.1.4 ประเมินตนเองตามเกณฑ์ NCD คลินิก คุณภาพและจัดทำแผนพัฒนาส่วนขาด 3.1.5 ดำเนินการพัฒนาส่วนขาดตามแผนที่กำหนด ไว้ 3.1.6 เตรียมความพร้อมรับการประเมินNCD คลินิกคุณภาพ 3.1.7 ใช้เทคนิคMI ในการดูแลผู้ป่วยDM HT ใน คลินิกNCD รพ. และรพ.สต. ทุกแห่ง 3.1.8 ใช้ SMBG และHPBMใน รพ. และในรพ.สต. ทุกแห่ง 3.1.9 จัดทำระบบส่งต่อ Fast Track 3.1.10 จัดระบบการติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตที่ขาดการรักษา100% 3.1.11 ดำเนินการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ตาไต เท้า ในไตรมาสแรก และมีการตรวจ ประเมินติดตามซ้ำหลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	รพช./รพ.สต. พช./รพ.สต. รพช./รพ.สต. รพช./รพ.สต. รพช./รพ.สต. รพช. รพช./รพ.สต. รพช./รพ.สต.

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ตัวชี้วัด ปี 2565	มาตรการ	กลยุทธ์	กิจกรรม	บทบาท (รพช.,สสอ.,รพ.สต.)
3. เพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	7. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการคัดกรองCVD Risk	90%			3.1.10 ดำเนินการคัดกรองCVD Risk ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง อย่างน้อยคนละ 1 ครั้ง ต่อปี โดยคัดกรองให้เสร็จสิ้นภายในไตรมาสที่1	รพช./รพ.สต.
	8.ร้อยละกลุ่มเสี่ยง CVD Risk $\geq$ 20% ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	100%			3.1.11 จัดเก็บข้อมูลรายงาน จัดกลุ่ม อย่างเป็นระบบ	รพช./รพ.สต.
					3.1.12 จัดทำทะเบียนผู้ป่วยจำแนกกลุ่มตามผลการคัดกรอง CVD Risk โดยจำแนกรายหมู่บ้าน	รพช./รพ.สต.
					3.1.13 ประเมินการรับรู้สัญญาณเตือนหลังสื่อสารความเสี่ยง และสื่อสารสัญญาณเตือน Warning signs แก่ผู้ป่วยและญาติ	รพช./รพ.สต.
					3.1.14 จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเข้มข้นแก่กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีผลการคัดกรอง CVD Risk $\geq$ 20%	รพช./รพ.สต.

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ตัวชี้วัด ปี 2565	มาตรการ	กลยุทธ์	กิจกรรม	บทบาท (รพช.,สสอ.,รพ.สต.)
					โดยความร่วมมือ กับคลินิกDPAC คลินิกอดบุหรื/ สุรา	