

กรอบมาตรการและกิจกรรมดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ 2561

กลุ่มงาน ควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง

1. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้าน สาธารณสุข

- แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี แผนงานที่ 3 การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ และแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
- แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ และโครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2. ประเภทแผน (/) 1.แผนสุขภาพจังหวัดอ่างทอง ข้อ แผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Primary and Secondary Prevention)

() 2. นโยบายกระทรวงสาธารณสุข นอกเหนือแผนสุขภาพจังหวัด () 3. แผนงานตามภารกิจประจำ

ผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลลัพธ์	เป้าหมาย 3 เดือน	เป้าหมาย 6 เดือน	เป้าหมาย 9 เดือน	เป้าหมาย 12 เดือน
อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	คัดกรองเบาหวานได้ร้อยละ 70	คัดกรองเบาหวานได้ร้อยละ 90	<2.4	<2.4
ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (ร้อยละ 40)	-	ร้อยละ 40	ร้อยละ 40	ร้อยละ 40
ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันได้ดี (ร้อยละ 50)	-	ร้อยละ 50	ร้อยละ 50	ร้อยละ 50
ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดกรอง CVD Risk (ร้อยละ 80)	คัดกรอง CVD Risk ได้ร้อยละ 40	คัดกรอง CVD Risk ได้ร้อยละ 80	-	-
ร้อยละของกลุ่มเสี่ยง CVD Risk $\geq 30\%$ ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (ร้อยละ 60)	-	-	กลุ่มเสี่ยง CVD Risk $\geq 30\%$ ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร้อยละ 60	กลุ่มเสี่ยง CVD Risk $\geq 30\%$ ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร้อยละ 60

วิเคราะห์สถานการณ์และข้อมูลสนับสนุน :

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	อำเภอเมือง	อำเภอไชโย	อำเภอป่าโมก	อำเภอโพธิ์ทอง	อำเภอแสวงหา	อำเภอวิเศษชัยชาญ	อำเภอสามโก้	ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่ 14 ก.ค. 60)
1	อัตราผู้ป่วย เบาหวานรายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (< ร้อยละ 2.4)	เป้าหมาย	2,017	707	977	1,399	1,284	2,883	869	10,136
		ผลงาน	61	12	15	55	21	35	31	230
		อัตรา/ร้อยละ	3.0	1.7	1.5	3.9	1.6	1.2	3.6	2.3
2	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (ร้อยละ 40)	เป้าหมาย	3,849	1,457	1,803	3,674	2,282	3,888	1,340	18,293
		ผลงาน	992	495	495	908	618	979	335	4,822
		อัตรา/ร้อยละ	25.77	33.97	27.45	24.71	27.08	25.18	25.00	26.36
3	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันได้ดี (ร้อยละ 50)	เป้าหมาย	7,807	3,079	4,084	8,409	5,425	8,554	2,576	39,934
		ผลงาน	4,055	1,330	1,695	3,879	2,527	4,072	1,193	18,751
		อัตรา/ร้อยละ	51.94	43.20	41.50	46.13	46.58	47.60	46.31	46.95
4	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อ CVD (ร้อยละ 80)	เป้าหมาย	3,347	1,262	1,557	3,254	2,362	2,838	1,019	15,639
		ผลงาน	3,086	1,150	1,325	2,972	2,131	2,556	917	14,137
		อัตรา/ร้อยละ	92.2	91.1	85.1	91.3	90.2	90.1	90.0	90.4
5	ร้อยละของกลุ่มเสี่ยง CVD Risk $\geq 30\%$ ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (ร้อยละ 60)	เป้าหมาย	11	4	4	4	4	4	2	30
		ผลงาน	11	4	4	4	4	4	2	30
		อัตรา/ร้อยละ	100	100	100	100	100	100	100	100

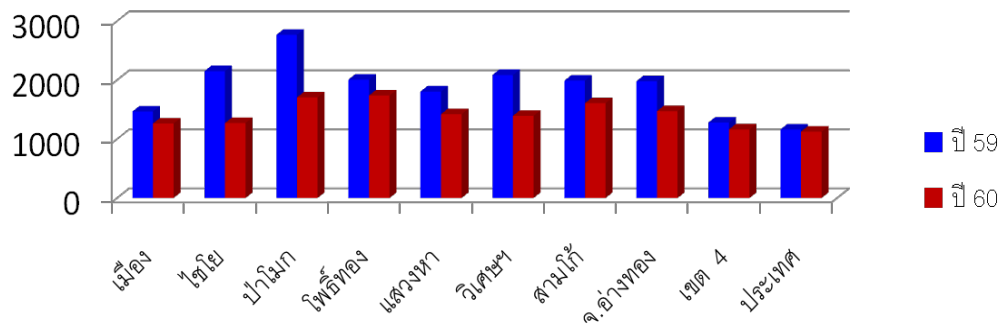
อำเภอ	จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการประเมิน CVD Risk จำแนกตาม Risk Score										
	ทั้งหมด	ระดับ 1	ร้อยละ	ระดับ 2	ร้อยละ	ระดับ 3	ร้อยละ	ระดับ 4	ร้อยละ	ระดับ 5	ร้อยละ
เมืองอ่างทอง	3,086	2,597	84.15	440	14.26	38	1.23	8	0.26	3	0.1
ไชโย	1,150	962	83.65	171	14.87	14	1.22	2	0.17	1	0.09
ป่าโมก	1,325	1,130	85.28	175	13.21	17	1.28	2	0.15	1	0.08
โพธิ์ทอง	2,972	2,578	86.74	368	12.38	23	0.77	2	0.07	1	0.03
แสวงหา	2,131	1,816	85.22	286	13.42	25	1.17	4	0.19	0	0
วิเศษชัยชาญ	2,556	2,146	83.96	371	14.51	35	1.37	2	0.08	2	0.08
สามโก้	917	808	88.11	95	10.36	12	1.31	1	0.11	1	0.11
จ.อ่างทอง	14,137	12,037	85.15	1,906	13.5	164	1.16	21	0.15	9	0.06

จากตารางแสดงผลการดำเนินงานจังหวัดอ่างทอง พบว่า

1. ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน พบว่า กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน จำนวน 10,136 ราย ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน จำนวน 230 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.3 ไม่เกินเป้าหมายที่กำหนดไว้ เมื่อพิจารณารายอำเภอ พบว่า อำเภอที่อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานเกินเกณฑ์ ร้อยละ 2.4 ได้แก่ อำเภอโพธิ์ทอง ร้อยละ 3.9 อำเภอสามโก้ ร้อยละ 3.6 และอำเภอเมือง ร้อยละ 3.0
2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานของจังหวัดอ่างทองทั้งสิ้น จำนวน 18,293 ราย ควบคุมน้ำตาลได้ดี จำนวน 4,822 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.36 ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ อำเภอที่ผลการควบคุมน้ำตาลได้ดีที่สุด คือ อำเภอไชโย ร้อยละ 33.97 และอำเภอที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ต่ำที่สุด คือ อำเภอโพธิ์ทอง ร้อยละ 24.71
3. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของจังหวัดอ่างทองทั้งสิ้น จำนวน 39,934 ราย ควบคุมความดันได้ดี จำนวน 18,751 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.95 ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ อำเภอที่ผลการควบคุมความดันได้ดีที่สุด คือ อำเภอเมือง ร้อยละ 51.94 และอำเภอที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ต่ำที่สุด คือ อำเภอป่าโมก ร้อยละ 41.50
4. ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของจังหวัดอ่างทอง ทั้งหมด จำนวน 15,639 ราย ได้รับการประเมิน CVD Risk จำนวน 14,137 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.4 บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ทุกอำเภอ
5. กลุ่มเสี่ยง CVD Risk \geq 30 % มีทั้งสิ้น จำนวน 30 ราย ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 100

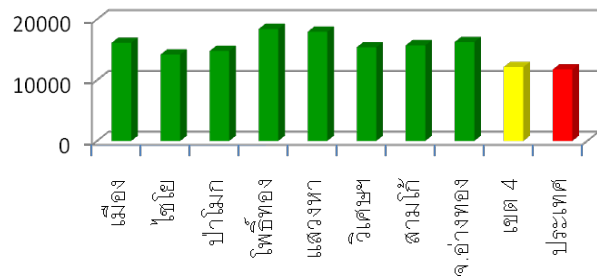
สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง

อัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคน ปี 2559 - 2560

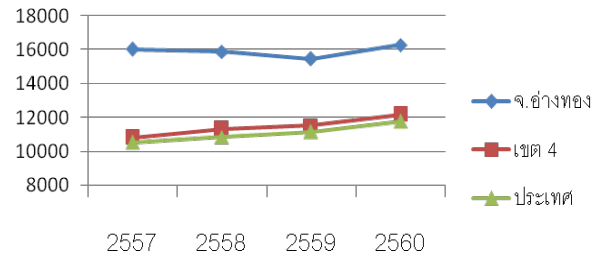


วิเคราะห์สถานการณ์อัตราป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดอ่างทอง ปี 2560 มีอัตราป่วยรายใหม่ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับปี 2559 แต่ยังมีอัตราป่วยรายใหม่สูงกว่าเขต 4 และสูงกว่าประเทศ

ความชุกโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร จำแนกรายอำเภอ ปี 2560



ความชุกโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร ปี 2557-2560

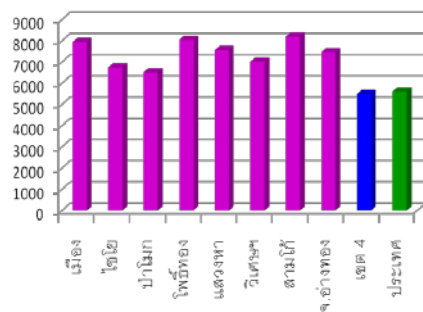


วิเคราะห์สถานการณ์ความชุกโรคความดันโลหิตสูง พบว่าอัตราความชุกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดอ่างทอง ปี 2560 มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยมีอัตราความชุก สูงกว่าเขต 4 และสูงกว่าประเทศ ประมาณ 2 เท่า

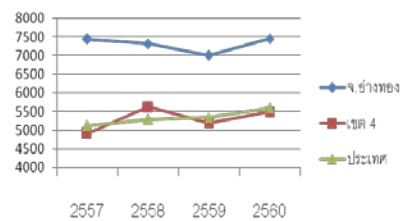
ที่มา : HDC ณ วันที่ 20 กรกฎาคม 2560

สถานการณ์โรคเบาหวาน

อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานต่อแสนประชากร ปี 2560



อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานต่อแสนประชากร ปี 2557-2560

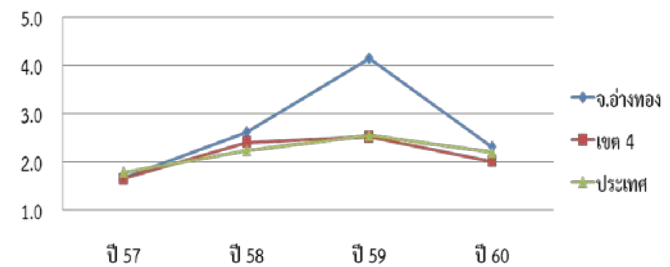


ที่มา : HDC ณ วันที่ 20 กรกฎาคม 2560

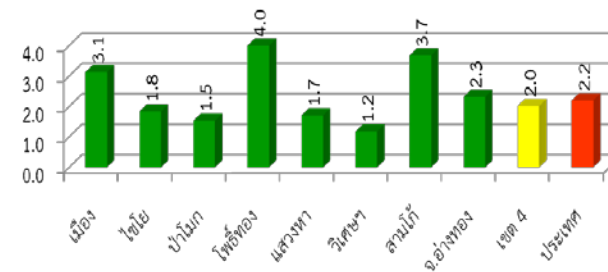
วิเคราะห์สถานการณ์ความชุกโรคเบาหวาน

พบว่าอัตราความชุกผู้ป่วยโรคเบาหวาน จังหวัดอ่างทอง ปี 2560 มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยมีอัตราความชุก สูงกว่าเขต 4 และสูงกว่าประเทศ ประมาณ 2 เท่า ครึ่ง

ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จาก pre-diabetes ปี 2557 - 2560



ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จาก pre-diabetes จำแนกรายอำเภอ ปี 2560

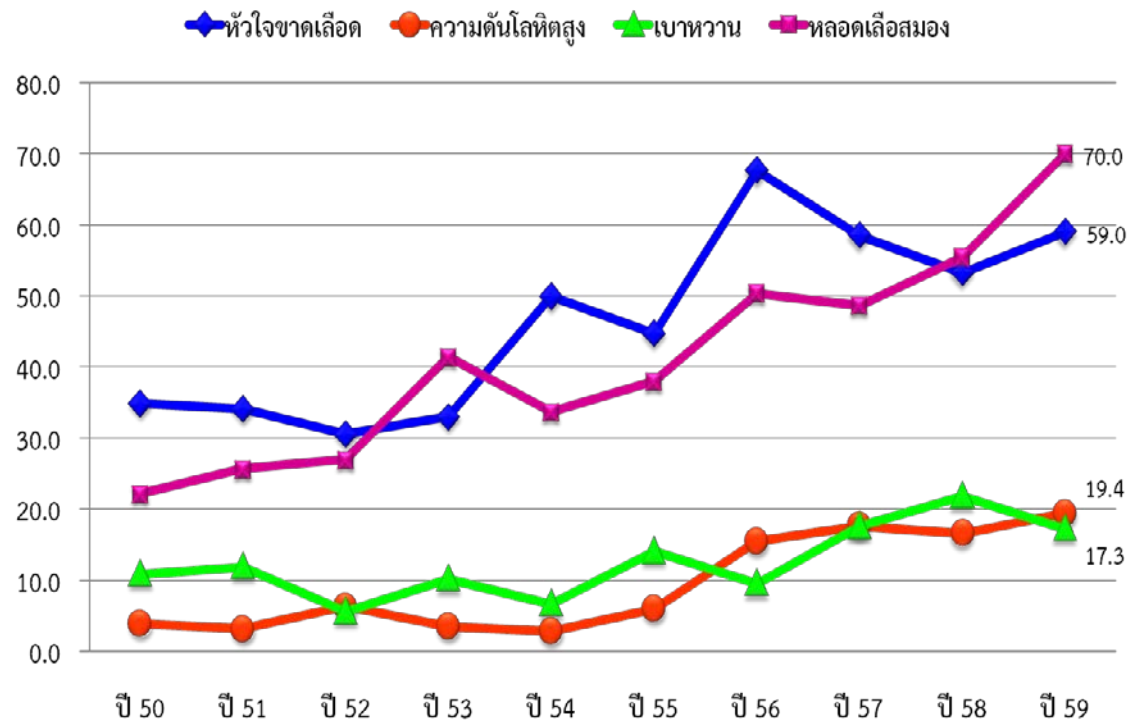


วิเคราะห์สถานการณ์อัตราป่วยรายใหม่โรคเบาหวาน

จากกลุ่มเสี่ยง จังหวัดอ่างทอง ปี 2560 มีอัตราป่วยรายใหม่ ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับปี 2559 แต่ยังมีอัตราป่วยรายใหม่ สูงกว่า เขต 4 และสูงกว่าประเทศ

อัตราการตายกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดอ่างทอง

พ.ศ. 2550 - 2559



วิเคราะห์สถานการณ์อัตราการตายจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตั้งแต่ ปี 2550-2559 พบว่าอัตราการตายด้วยโรคพลอดเลื้อสมองและหัวใจขาดเลือด มีแนวโน้มสูงขึ้นมากอย่างต่อเนื่อง และอัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นเล็กน้อย ส่วนอัตราการตายด้วยโรคเบาหวานเริ่มลดลงในปี 2559

สาเหตุของปัญหา:

1. ทีม NCD Board ยังไม่เข้มแข็งเพียงพอ
2. ขาดควบคุมกำกับให้มีการนำแผนกลยุทธ์สู่การปฏิบัติ
3. ขาดการนำข้อมูลที่มีอยู่นำมาใช้วิเคราะห์วางแผนแก้ไขปัญหาย่างมีประสิทธิภาพ
4. การใช้ความคิดสร้างสรรค์ในการนำนวัตกรรมมาแก้ไขปัญหายังมีน้อย

มาตรการ/กลยุทธ์	กิจกรรมดำเนินงาน				
	สสจ.	สสอ.	รพท.	รพช.	รพ.สต.
มาตรการที่ 1 พัฒนาระบบเฝ้าระวัง และการจัดการข้อมูล โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง					
กลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาศักยภาพการจัดการข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อวางแผน ดำเนินงานควบคุมกำกับในระดับ อำเภอ และตำบล	<p>1.อบรม ความรู้ ทักษะ การวิเคราะห์และจัดการ ข้อมูล NCD แก่ ทีม Project Manager NCD (ทีมละ 4 คน/CUP) ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> -การออกแบบการจัดเก็บชุด ข้อมูล NCD ที่จำเป็น -การวิเคราะห์ข้อมูลและการ นำข้อมูลไปใช้ วางแผน ควบคุมกำกับ -การออกแบบชุดข้อมูล คืบ ให้ภาคส่วน ภาคีเครือข่ายใน พื้นที่ <p>2.จัดทำข้อมูล และคืนข้อมูลให้ NCD Board จังหวัด และภาคี เครือข่าย ทุก 3 เดือน</p>	<p>1.ร่วมกับโรงพยาบาล จัดหา ทีม Project Manager NCD ของเครือข่ายอำเภอ จำนวน 4 คน (ยกเว้น สสอ.เมือง 6 คน) เข้ารับการอบรม</p> <p>2.ทีม Project Manager NCD วิเคราะห์ข้อมูล จำแนก รายตำบล และภาพรวม อำเภอ ทุก 3 เดือน</p> <p>3. ทีม Project Manager NCD จัดทำข้อมูล และคืน ข้อมูลให้ NCD Board อำเภอ และรพ.สต. ทุก 3 เดือน</p>	<p>1.ร่วมกับ สสอ. จัดหาทีม Project Manager NCD ของเครือข่ายอำเภอ จำนวน 6 คน เข้ารับการ อบรม</p> <p>2.ทีม Project Manager NCD วิเคราะห์ข้อมูล จำแนกรายตำบล และ ภาพรวมอำเภอ ทุก 3 เดือน</p> <p>3. ทีม Project Manager NCD จัดทำข้อมูล และคืน ข้อมูลให้ NCD Board อำเภอ และรพ.สต. ทุก 3 เดือน</p>	<p>1.ร่วมกับโรงพยาบาล จัดหา ทีม Project Manager NCD ของเครือข่ายอำเภอ จำนวน 4 คน เข้ารับการ อบรม</p> <p>2.ทีม Project Manager NCD วิเคราะห์ข้อมูล จำแนกรายตำบล และ ภาพรวมอำเภอ ทุก 3 เดือน</p> <p>3. ทีม Project Manager NCD จัดทำข้อมูล และคืน ข้อมูลให้ NCD Board อำเภอ และรพ.สต. ทุก 3 เดือน</p>	<p>1.ติดตามความก้าวหน้า ข้อมูลผลการดำเนินงาน จาก HDC และ Chronic Link เดือนละ 1 ครั้ง</p> <p>2.คืนข้อมูล NCD ให้ คณะกรรมการ ภาคส่วน ที่เกี่ยวข้อง ในระดับ ตำบล ทุก 3 เดือน</p>

มาตรการ/กลยุทธ์	กิจกรรมดำเนินงาน				
	สสจ.	สสอ.	รพท.	รพช.	รพ.สต.
มาตรการที่ 2 พัฒนาศักยภาพ ชุมชน/ท้องถิ่นและ ภาคีเครือข่าย					
กลยุทธ์ที่ 2 ส่งเสริมการมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่ายในการ จัดการแก้ไขปัญหาโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง	<p>3.สนับสนุนการจัดตั้งภาคี เครือข่าย“ลดเสียง ลดโรค” ในพื้นที่</p> <p>1) ตำบลนำร่อง 7 ตำบล 2) ตำบลขยาย 50 %</p> <p>4. สนับสนุนการจัดกิจกรรม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ด้วยโปรแกรมการป้องกัน โรคเบาหวานในชุมชน ดังนี้</p> <p>1) ค่าใช้จ่าย 2 วัน 2) กิจกรรมเรียนรู้ เดือนละ 1 ครั้ง ครั้งวัน 6 ครั้ง (นำร่อง อำเภอละ 1 ตำบล)</p>	<p>4.จัดตั้งภาคีเครือข่าย “ลดเสียง ลดโรค” ในพื้นที่ภาคีเครือข่าย ได้แก่ อปท./โรงเรียน/วัด/สื่อท้องถิ่น สถาน ประกอบการ ฯลฯ ตำบลนำร่อง 1 ตำบล และ ตำบลขยายอีก 50% ของตำบลทั้งหมด กลุ่มเป้าหมาย คือ กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ร้อยละ 50 รายละเอียดของกิจกรรมในโปรแกรม มีดังนี้</p> <p>1) ค่าใช้จ่าย 2 วัน วันที่ 1 กิจกรรมการเรียนรู้และเข้าใจตนเอง ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน การดำเนินของโรคเบาหวาน และผลกระทบต่อชีวิตและสุขภาพ การตั้งเป้าหมายและการวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม วันที่ 2 กิจกรรมการเรียนรู้การใช้ชีวิตอย่างกระฉับกระเฉงและการออกกำลังกาย</p> <p>2) กิจกรรมเรียนรู้ เดือนละครั้งๆ ละ ครั้งวัน จำนวน 6 เดือน</p> <p>เดือนที่ 1 ประเมินตนเอง กิจกรรมเรียนรู้ อาหาร 5 หมู่ และการแยกแยะประเภทอาหาร เดือนที่ 2 ประเมินตนเอง กิจกรรมเรียนรู้ รู้เท่าทันอาหารแฝง น้ำตาล เกลือ ไขมัน เดือนที่ 3 ประเมินตนเอง แลกเปลี่ยนเรื่องเล่าเจ้าพลัง ปรับปรุงเป้าหมายตนเอง เดือนที่ 4 ประเมินตนเอง กิจกรรมการสร้างสุขจากภายใน เดือนที่ 5 ประเมินตนเอง กิจกรรมออกกำลังกายแบบไหนที่เหมาะสมสำหรับตัวเอง เดือนที่ 6 สรุปและประเมินตนเอง แลกเปลี่ยนเรื่องเล่าเจ้าพลัง ปรับปรุงเป้าหมายตนเอง</p>			

มาตรการ/กลยุทธ์	กิจกรรมดำเนินงาน				
	สสจ.	สสอ.	รพท.	รพช.	รพ.สต.
<u>กลยุทธ์ที่ 3</u> เสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย	5. จัดทำชุดความรู้ทางสุขภาพ ตามกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้ 1) หญิงตั้งครรภ์ 2) ศูนย์เด็กเล็ก 3) เด็กวัยเรียน 4) วัยรุ่น 5) วัยทำงาน 6) วัยสูงอายุ	5.วางแผน ควบคุม กำกับให้มีการนำชุดความรู้ทางสุขภาพ ไปใช้ใน กลุ่มเป้าหมาย ทั้งในคลินิกของ รพ. และในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง	5.นำชุดความรู้ทางสุขภาพ ไปใช้ใน กลุ่มเป้าหมาย ทั้งในคลินิกของ รพ. และในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง 6. สุ่มสำรวจพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเป้าหมาย ปีละ 1 ครั้ง	5. นำชุดความรู้ทางสุขภาพ ไปใช้ใน กลุ่มเป้าหมาย ทั้งในคลินิกของ รพ. และในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง 6. สุ่มสำรวจพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเป้าหมาย ปีละ 1 ครั้ง	5.นำชุดความรู้ทางสุขภาพ ไปใช้ใน กลุ่มเป้าหมาย ทั้งในคลินิกของ รพ. และในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง 6. สุ่มสำรวจพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเป้าหมาย ปีละ 1 ครั้ง
มาตรการที่ 3 พัฒนาระบบบริการเพื่อลดเสี่ยง ลดโรคให้สอดคล้องกับสถานการณ์และบริบทพื้นที่					
<u>กลยุทธ์ที่ 4</u> ส่งเสริมบริการ NCD คลินิก คุณภาพ ใน รพท./รพช./รพ.สต.	6.อบรมเสริมทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วย DM HT ที่ควบคุมน้ำตาลและความดันไม่ได้ ด้วยเทคนิค MI แก่ Mini case Manager ใน รพ.สต. ที่เปิดบริการ NCD Clinic จำนวน 48 แห่ง	6. วางแผน ติดตาม ควบคุม กำกับ ดำเนินงาน NCD คลินิกคุณภาพใน รพ.สต. ร่วมกับ รพท./รพช. 7. วางแผน ติดตาม ควบคุม กำกับ ดำเนินงาน NCD คลินิกคุณภาพใน รพ.สต.	7.ประชุมชี้แจง การดำเนินงานตามเกณฑ์ NCD คลินิกคุณภาพแก่ รพ.สต. 8. วางแผน ติดตาม ควบคุม กำกับ ดำเนินงาน NCD คลินิกคุณภาพใน รพ.สต.	7.ประชุมชี้แจง การดำเนินงานตามเกณฑ์ NCD คลินิกคุณภาพแก่ รพ.สต. 8. วางแผน ติดตาม ควบคุม กำกับ ดำเนินงาน NCD คลินิกคุณภาพใน รพ.สต.	7.ประเมินตนเอง ตามเกณฑ์ NCD คลินิกคุณภาพ และจัดทำแผนพัฒนาส่วนขาด 8.ดำเนินการพัฒนา ส่วนขาดตามแผนที่กำหนดไว้

มาตรการ/กลยุทธ์	กิจกรรมดำเนินงาน				
	สสจ.	สสอ.	รพท.	รพช.	รพ.สต.
	<p>7. ประชุมชี้แจงแนวทางการปฏิบัติ การใช้เทคนิค SMBG และ HPBM ใน รพ.สต. ตีตดาว จำนวน 10 แห่ง</p> <p>8. ร่วมประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำเนินงาน NCD ภายในเครือข่ายอำเภอ ทุก 3 เดือน</p> <p>9. ประเมิน NCD คลินิก คุณภาพ ใน รพ.สต.</p>	<p>8. ร่วมจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำเนินงาน NCD ภายในเครือข่ายอำเภอ ทุก 3 เดือน</p>	<p>9. จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำเนินงาน NCD ภายในเครือข่ายอำเภอ ทุก 3 เดือน</p>	<p>9. จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำเนินงาน NCD ภายในเครือข่ายอำเภอ ทุก 3 เดือน</p>	<p>9. เตรียมความพร้อมรับการประเมิน NCD คลินิกคุณภาพ</p> <p>10. ใช้เทคนิค MI ในการดูแลผู้ป่วย DM HT ในคลินิก NCD รพ.สต. 48 แห่ง</p> <p>11. ใช้เทคนิค SMBG และ HPBM ใน รพ.สต. ตีตดาว จำนวน 10 แห่ง</p>

หมายเหตุ:

- ๑) MI : Motivational Interviewing หมายถึง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยเทคนิคการสนทนาสร้างแรงจูงใจ จะใช้การสนทนาแบบตัวต่อตัว แบบเป็นกลุ่ม หรือ แม้กระทั่งการสนทนาทางโทรศัพท์ ระยะเวลาการสนทนา ประมาณ ๑๕-๒๐ นาทีต่อครั้ง โดยมีระยะเวลาการให้intervention ๓- ๑๒ เดือน
- ๒) SMBG : Self Monitoring of Blood Glucose หมายถึง การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วยการตรวจน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง
- ๓) HPBM : Home Blood Pressure Monitoring หมายถึง การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้วยการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน

