

แผนป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) (Primary and Secondary Prevention)

- โรคเบาหวาน
- ความดันโลหิตสูง
- โรคหัวใจ
- โรคหลอดเลือดสมอง



กลุ่มงานควบคุมโรค
17 สิงหาคม 2560

สถานการณ์ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จ.อ่างทอง ปี 2560

อัตราการตาย : แส่น ปชก ปี 59

โรคหัวใจขาดเลือด = 59.0 โรคหลอดเลือดสมอง = 70.0

โรคความดันโลหิตสูง = 19.4 โรคเบาหวาน = 17.3

1.ภาวะอ้วน ร้อยละ 29.7

2.กลุ่มเสี่ยง DM จำนวน 6,582 ราย (5.7%)

3.กลุ่มเสี่ยง HT จำนวน 22,621 ราย (23.6%)

4.ผู้ป่วย DM รายใหม่ = 1,786 ราย

5.ผู้ป่วย HT รายใหม่ = 4,403 ราย

1. ผู้ป่วย DM = 18,293 ราย
ควบคุมน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 26.4
2. ผู้ป่วย HT = 39,934 ราย
ควบคุมความดันได้ดี ร้อยละ 47
3. CVD Risk ระดับ 3-5
จำนวน 194 ราย

..... พฤติกรรมเสี่ยง

การดื่มสุรา

7.5 %

กิจกรรมทางกาย
ไม่เพียงพอ

63.9 %

การสูบบุหรี่

21.3 %

พฤติกรรมการบริโภค

75.7 %

ข้อมูลจากการสำรวจประเทศ ปี 2558

GOAL : ลดอัตราการตายก่อนวัยอันควรจากโรค NCDs (25%)

การควบคุมสถานะโรค

10	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ***
11	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันได้ดี ***
12	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการคัดกรอง CVD Risk ***
13	ร้อยละกลุ่มเสี่ยง CVD Risk $\geq 30\%$ ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ***

การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา

5	อัตราป่วยเบาหวานรายใหม่ จาก Pre DM ***
6	อัตราป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ จาก Pre HT
7	อัตราการพบ Pre DM ไม่เพิ่มขึ้น
8	อัตราการพบ Pre HT ไม่เพิ่มขึ้น
9	ความชุกของภาวะน้ำหนักเกิน (BMI >25) และ/หรือภาวะอ้วนลงพุงในประชากรอายุ 18 ปี ขึ้นไป

พฤติกรรมเสี่ยง

1	ความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป
2	ความชุกของการบริโภคยาสูบในประชากรที่มีอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป
3	ร้อยละของการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอในประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป
4	ร้อยละการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมในประชากรที่มีอายุมากกว่า 15 ปี ขึ้นไป

มาตรการที่ 1

พัฒนาระบบเฝ้าระวังและการจัดการข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง



กลยุทธ์ที่ 1

พัฒนาศักยภาพการจัดการข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อวางแผนดำเนินงานควบคุมกำกับ ในระดับอำเภอ และตำบล

มาตรการที่ 2

พัฒนาศักยภาพชุมชน/ท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย



กลยุทธ์ที่ 2

ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการจัดการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง



กลยุทธ์ที่ 3

เสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย

มาตรการที่ 3

พัฒนาระบบบริการเพื่อลดเสี่ยง ลดโรคให้สอดคล้องกับสถานการณ์และบริบทพื้นที่



กลยุทธ์ที่ 4

ส่งเสริมบริการ NCDคลินิก คุณภาพใน รพท./รพช./รพ.สต.

มาตรการที่ 1 พัฒนาระบบเฝ้าระวังและการจัดการข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

กลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาศักยภาพการจัดการข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อวางแผนดำเนินงานควบคุมกำกับในระดับอำเภอ และตำบล

สสจ.	สสอ./รพท./รพช.	รพ.สต.
<p>1.อบรม ความรู้ ทักษะการวิเคราะห์ และจัดการข้อมูล NCD แก่ ทีม Project Manager NCD (ทีมละ 4 คน/CUP) ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none">1)การออกแบบการจัดเก็บชุดข้อมูล NCD ที่จำเป็น2) การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำข้อมูลไปใช้3) การออกแบบชุดข้อมูล คินให้ภาคส่วน ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ <p>2.จัดทำข้อมูล และคินข้อมูลให้ NCD Board จังหวัด และภาคีเครือข่าย ทุก 3 เดือน</p>	<p>1. จัดหาทีม Project Manager NCD ของเครือข่ายอำเภอ เข้ารับการอบรม จำนวน 4 คน (ยกเว้น สสอ.เมือง 6 คน)</p> <p>2.ทีม Project Manager NCD วิเคราะห์ข้อมูล จำแนกรายตำบล และภาพรวมอำเภอ ทุก 3 เดือน</p> <p>3. ทีม Project Manager NCD จัดทำข้อมูล และคินข้อมูลให้ NCD Board อำเภอ และรพ.สต. ทุก 3 เดือน</p>	<p>1.ติดตามความก้าวหน้าข้อมูลผลการดำเนินงานจาก HDC และ Chronic Link เดือนละ 1 ครั้ง</p> <p>2.คินข้อมูล NCD ให้คณะกรรมการ ภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ในระดับตำบล ทุก 3 เดือน</p>

มาตรการที่ 2 พัฒนาศักยภาพชุมชน/ท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย

กลยุทธ์ที่ 2 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการจัดการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

สสจ.	สสอ./รพท./รพช.	รพ.สต.
<p>3.สนับสนุนการจัดตั้งภาคีเครือข่าย “ลดเสี่ยง ลดโรค” ในพื้นที่</p> <ol style="list-style-type: none">1) ตำบลนาร่อง 7 ตำบล2) ตำบลขยาย 50 % <p>4. สนับสนุนการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง DM ด้วยโปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานในชุมชน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none">1) ค่ายเรียนรู้ 2 วัน2) กิจกรรมเรียนรู้ <p>เดือนละ 1 ครั้ง ครั้งวัน 6 ครั้ง (นาร่อง อำเภอละ 1 ตำบล)</p>	<p>4. จัดตั้งภาคีเครือข่าย “ลดเสี่ยง ลดโรค” ในพื้นที่ภาคีเครือข่าย ได้แก่ อปท./โรงเรียน/วัด/สื่อท้องถิ่น สถานประกอบการ ฯลฯ ตำบลนาร่อง 1 ตำบล และ ตำบลขยายอีก 50% ของตำบลทั้งหมด กลุ่มเป้าหมาย คือ กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ร้อยละ 50</p>	

รายละเอียดของกิจกรรมในโปรแกรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง DM

1) ค่ายเรียนรู้ 2 วัน

วันที่ 1 กิจกรรมการเรียนรู้และเข้าใจตนเอง ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน การดำเนินของโรคเบาหวาน และผลกระทบต่อชีวิตและสุขภาพ การตั้งเป้าหมายและการวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

วันที่ 2 กิจกรรมการเรียนรู้การใช้ชีวิตอย่างกระฉับกระเฉงและการออกกำลังกาย

2) กิจกรรมเรียนรู้ เดือนละครั้งๆ ละ ครั้งวัน จำนวน 6 เดือน

เดือนที่ 1 ประเมินตนเอง กิจกรรมเรียนรู้ อาหาร 5 หมู่ และการแยกแยะประเภทอาหาร

เดือนที่ 2 ประเมินตนเอง กิจกรรมเรียนรู้ รู้เท่าทันอาหารแฝง น้ำตาล เกลือ ไขมัน

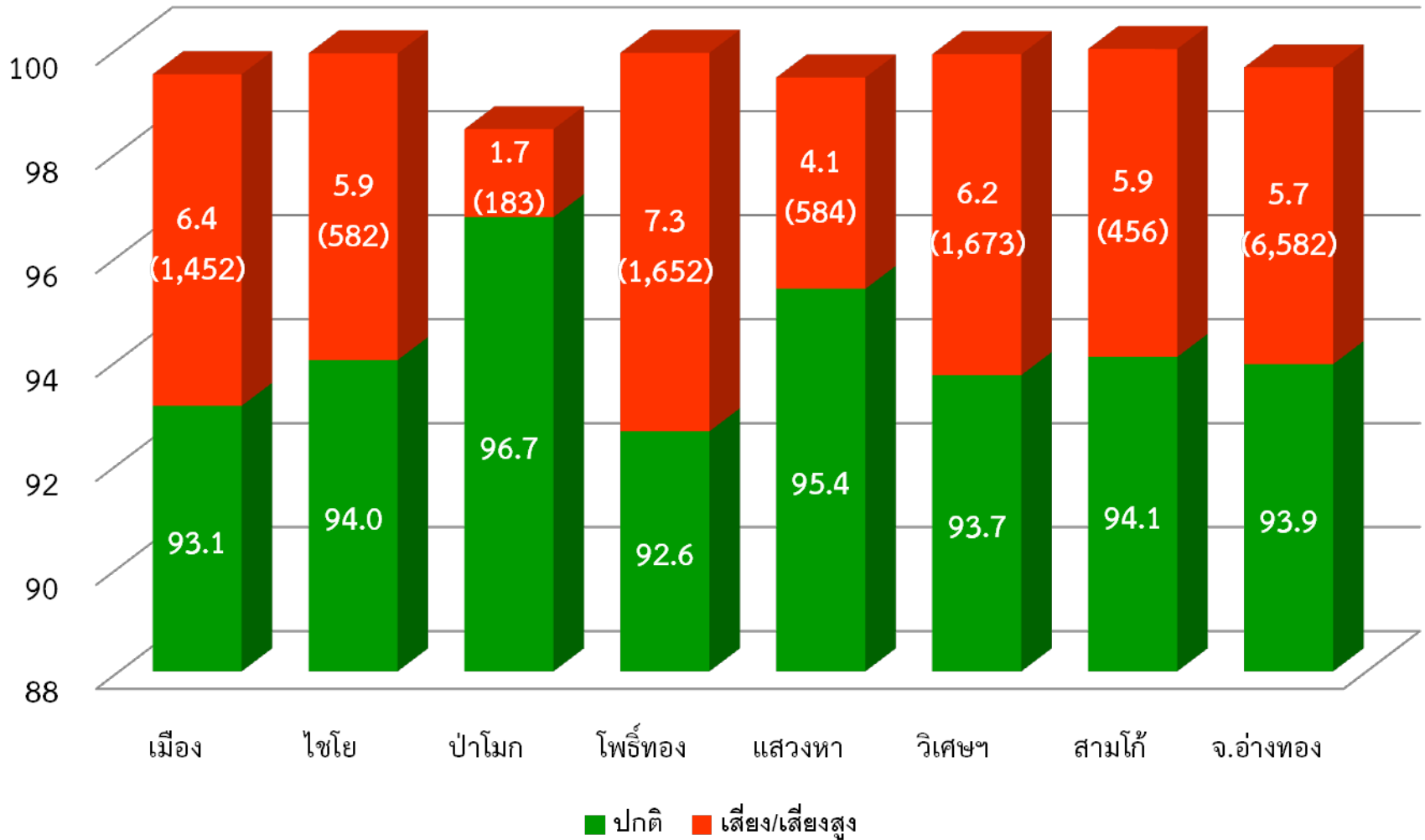
เดือนที่ 3 ประเมินตนเอง แลกเปลี่ยนเรื่องเล่าเร้าพลัง ปรับปรุงเป้าหมายตนเอง

เดือนที่ 4 ประเมินตนเอง กิจกรรมการสร้างสุขจากภายใน

เดือนที่ 5 ประเมินตนเอง กิจกรรมออกกำลังกายแบบไหนที่เหมาะสมสำหรับตัวเอง

เดือนที่ 6 สรุปและประเมินตนเอง แลกเปลี่ยนเรื่องเล่าเร้าพลัง ปรับปรุงเป้าหมายตนเอง

ประชากร 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรอง และเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน
จ.อ่างทอง ปี 2560



มาตรการที่ 2 พัฒนาศักยภาพชุมชน/ท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย

กลยุทธ์ที่ 3 เสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย

สสจ.	สสอ.	รพท./รพช.รพ.สต.
<p>5. จัดทำชุดความรู้ทางสุขภาพ ตามกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none">1) หญิงตั้งครรภ์2) ศูนย์เด็กเล็ก3) เด็กวัยเรียน4) วัยรุ่น5) วัยทำงาน6) วัยสูงอายุ	<p>5. วางแผน ควบคุม กำกับให้มีการนำชุดความรู้ทางสุขภาพ ไปใช้ในกลุ่มเป้าหมาย ทั้งในคลินิกของ รพ. และในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง</p>	<p>5. นำชุดความรู้ทางสุขภาพ ไปใช้ในกลุ่มเป้าหมาย ทั้งในคลินิกของ รพ. และในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง</p> <p>6. สุ่มสำรวจพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเป้าหมาย ปีละ 1 ครั้ง</p>

มาตรการที่ 3 พัฒนาระบบบริการเพื่อลดเสี่ยง ลดโรคให้สอดคล้องกับสถานการณ์และบริบทพื้นที่

กลยุทธ์ที่ 4 ส่งเสริมบริการ NCDคลินิก คุณภาพ ในรพท./รพช./รพ.สต.

สสจ.	สสอ./รพช./รพช.	รพท./รพช.รพ.สต.
6. ร่วมประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำเนินงาน NCD ภายใน เครือข่ายอำเภอ ทุก 3 เดือน	7. ประชุมชี้แจง การดำเนินงาน ตามเกณฑ์ NCD คลินิกคุณภาพ แก่ รพ.สต.	7. ประเมินตนเอง ตามเกณฑ์ NCD คลินิกคุณภาพ และจัดทำ แผนพัฒนาส่วนขาด
7. ประเมิน NCD คลินิก คุณภาพ ใน รพ.สต.	8. วางแผน ติดตาม ควบคุม กำกับ ดำเนินงาน NCD คลินิกคุณภาพใน รพ.สต.	8. ดำเนินการพัฒนา ส่วนขาดตาม แผนที่กำหนดไว้
	9. จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำเนินงาน NCD ภายใน เครือข่ายอำเภอ ทุก 3 เดือน	9. เตรียมความพร้อมรับการ ประเมิน NCD คลินิกคุณภาพ

กลยุทธ์ที่ 4 ส่งเสริมบริการ NCDคลินิก คุณภาพ ในรพท./รพช./รพ.สต. (ต่อ)

สสจ.	สสอ./ รพช./ รพช.	รพท./รพช.รพ.สต.
<p>8. อบรมเสริมทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วย DM HT ที่ควบคุมน้ำตาลและความดันไม่ได้ ด้วยเทคนิค MI แก่ Mini case Manager ใน รพ.สต. ที่เปิดบริการ NCD Clinic จำนวน 48 แห่ง</p> <p>9. ประชุมชี้แจงแนวทางการปฏิบัติ การใช้เทคนิค SMBG และ HPBM ใน รพ.สต. ตีตดาว จำนวน 10 แห่ง</p>		<p>10. ใช้เทคนิค MI (Motivational Interviewing) ในการดูแลผู้ป่วย DM HT ที่ควบคุมระดับน้ำตาลและความดันไม่ได้ ในคลินิก NCD รพ.สต. 48 แห่ง</p> <p>11.ใช้เทคนิค SMBG (Self Monitoring of Blood Glucose) และ HPBM (Home Blood Pressure Monitoring) ใน รพ.สต. ตีตดาว จำนวน 10 แห่ง</p>

1) MI : Motivational Interviewing หมายถึง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยเทคนิคการสนทนาสร้างแรงจูงใจ จะใช้การสนทนาแบบตัวต่อตัว แบบเป็นกลุ่ม หรือแม้กระทั่งการสนทนาทางโทรศัพท์ ระยะเวลาการสนทนา ประมาณ 15-20 นาที ต่อครั้ง โดยมีระยะเวลาการให้ intervention 3 - 12 เดือน

2) SMBG : Self Monitoring of Blood Glucose หมายถึง การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วยการตรวจน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง

3) HPBM : Home Blood Pressure Monitoring หมายถึง การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้วยการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน



จบการนำเสนอ

