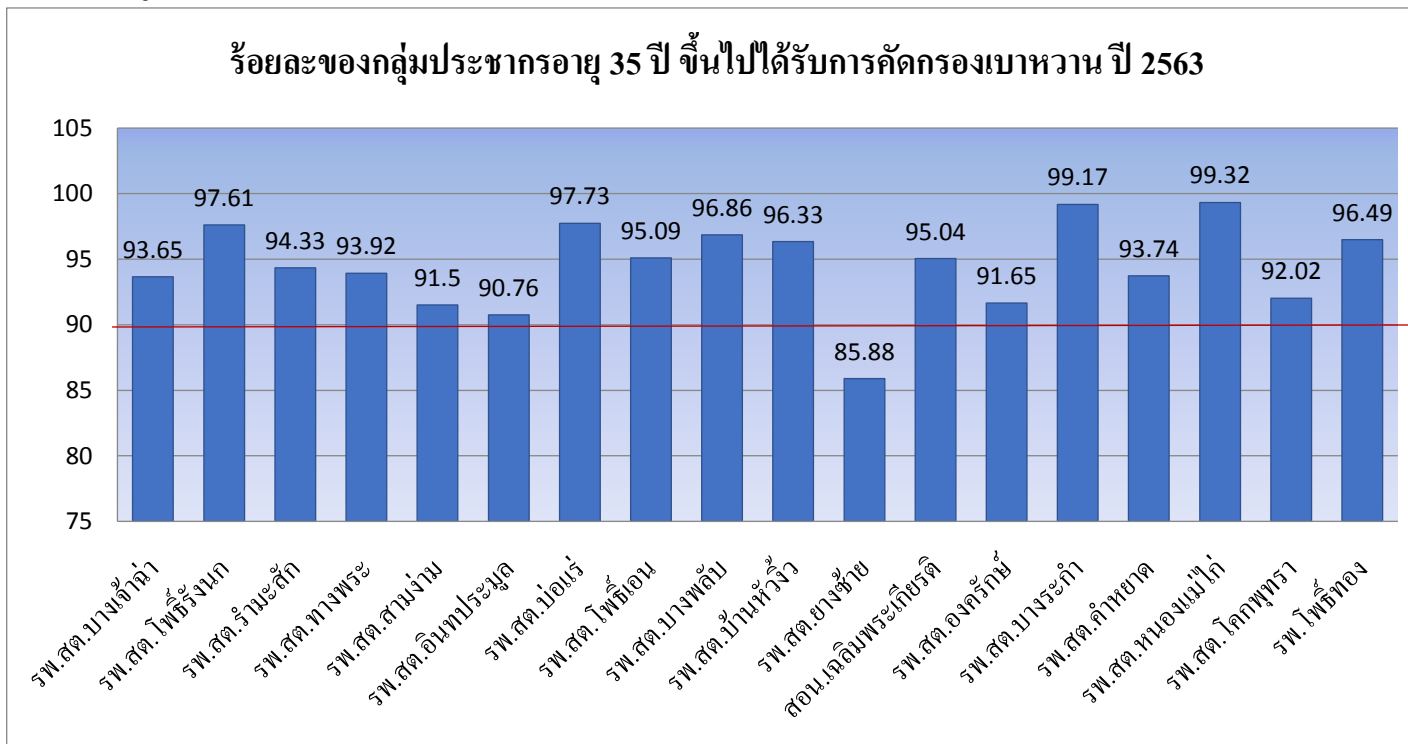


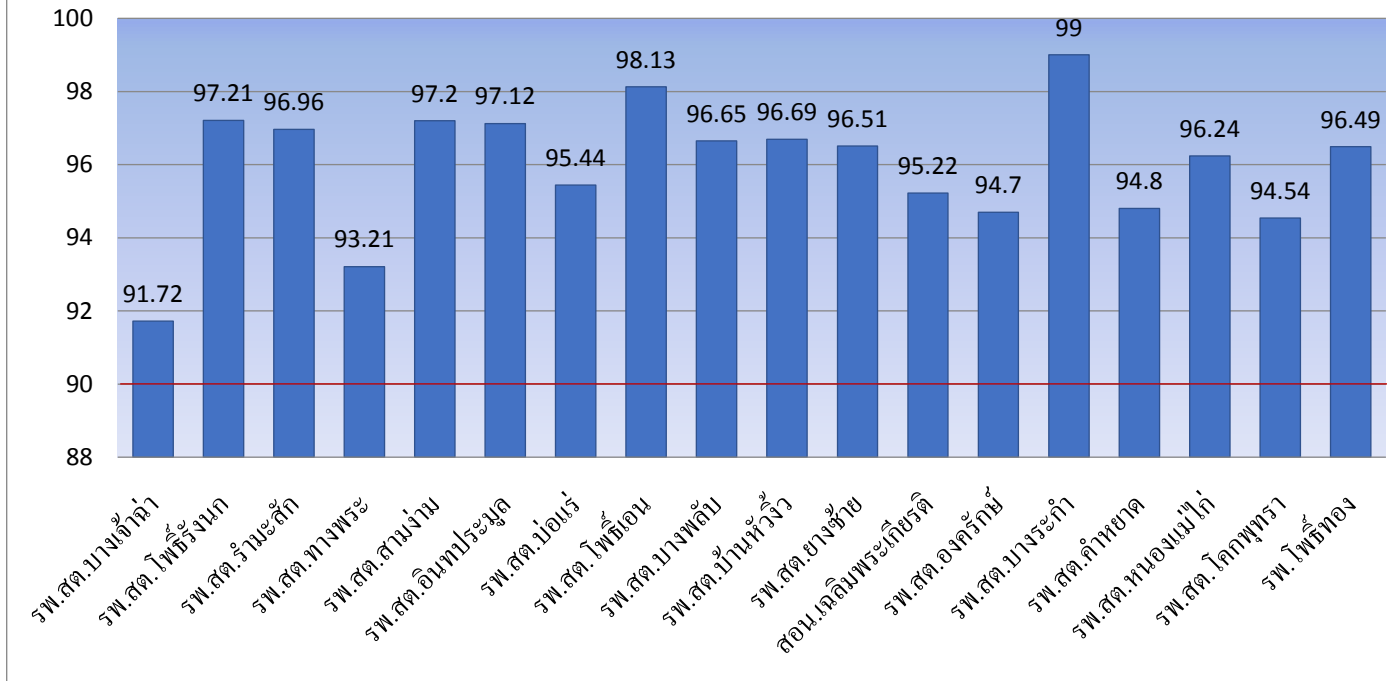
## แผนสุขภาพอำเภอโพธิ์ทอง

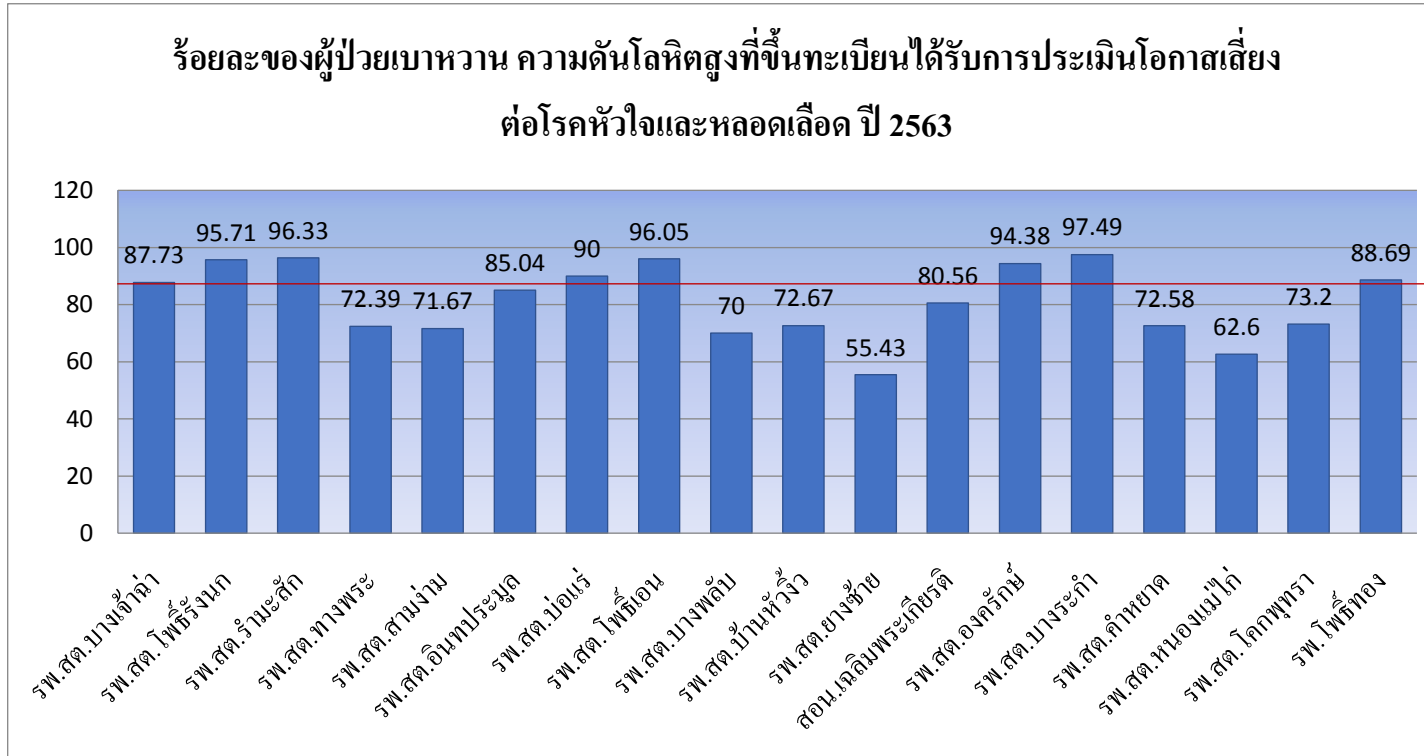
ประเด็นการพัฒนา 4 : การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ

1.วิเคราะห์สถานการณ์และข้อมูลสนับสนุน :



### ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง อำเภอโพธิ์ทอง ปี 2563





ผลจากการดำเนินงานอำเภอโพธิ์ทอง พบว่า

จากข้อมูล HDC ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง ในปี 2563 ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองเบาหวาน ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 16 รพ.สต. 1 รพ. และมี 1 รพ.สต.ที่คัดกรองเบาหวานไม่เป็นไปตามเกณฑ์ คือ รพ.สต.ยางซ้าย คิดเป็นร้อยละ 85.88

ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 17 รพ.สต. และ 1 รพ.

การคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 7 รพ.สต. 1 รพ. และมี 10 รพ.สต.ที่คัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดไม่เป็นไปตามเกณฑ์ คือ รพ.สต.ยางซ้าย คิดเป็นร้อยละ 55.43 รพ.สต.หนองแม่ไก่ คิดเป็นร้อยละ 62.6 รพ.สต.บางพลับ คิดเป็นร้อยละ 70 รพ.สต.สามง่าม คิดเป็นร้อยละ 71.67 รพ.สต.ทางพระ คิดเป็นร้อยละ 72.39 รพ.สต.คำหยาด คิดเป็นร้อยละ 72.58 รพ.สต.บ้านหัวจิ้ง คิดเป็นร้อยละ 72.67 รพ.สต.โคกพุทรา คิดเป็นร้อยละ 73.2 สอน.เฉลิมพระเกียรติ คิดเป็นร้อยละ 80.56 และ รพ.สต.อินทาบประมุล คิดเป็นร้อยละ 85.04

## 2.สาเหตุของปัญหา :

1. การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงยังไม่ได้คุณภาพเท่าที่ควร
2. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงยังขาดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
3. กลุ่มเสี่ยงCVD Risk  $\geq 20\%$  เพิ่มขึ้น
4. หน่วยบริการขาดการจัดเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจอย่างเป็นระบบ

## 3. ผลสำเร็จ

3.1 Outcome : ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง รายใหม่ลดลง

3.2 Output : กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

กิจกรรมหลัก	ผลงานวัดความสำเร็จ
๑. ประชุมชี้แจง อสม. / জন.บันทึกข้อมูล ๒. ติดตามการบันทึกข้อมูล	๑. คุณภาพการคัดกรอง และการบันทึกข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วน (๗๖ รพ.สต.๗ รพ. )
๓. จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม <u>กลุ่มเสี่ยง</u> - MI - อสม.Buddy	๒. กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูงได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (ร้อยละ ๘๐)
๔. สร้างการรับรู้สถานะเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยใช้ Application	๓. กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สามารถประเมินการรับรู้สถานะเสี่ยงของตนเองด้วย Application
๕. ขยายการดำเนินงานหมู่บ้านชุมชนต้นแบบ ตำบลละ ๑ หมู่บ้าน	๔. ทุกตำบลมีหมู่บ้านชุมชนต้นแบบ ตำบลละ ๑ หมู่บ้าน

## 4. Small Success

ผลงานวัดความสำเร็จ	เป้าหมาย 3 เดือน	เป้าหมาย 6 เดือน	เป้าหมาย 9 เดือน	เป้าหมาย 12 เดือน
๑. คุณภาพการคัดกรอง และการบันทึกข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วน (17รพ. สต. 1 รพ.)	- ทุกหน่วยบริการฝึกทักษะการคัดกรองให้กับ อสม. และการบันทึกคัดกรองให้กับเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล	- อำนวยความสะดวกประชุมประเมินกรณีพบข้อมูลผิดปกติ	-	-
๒. กลุ่มเสี่ยงเบาหวานความดันโลหิตสูง ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (ร้อยละ 80)	- มีทะเบียนกลุ่มเสี่ยงจำแนกรายหมู่บ้าน	- มีแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม - มีการดำเนินการปรับเปลี่ยนตามแผน ร้อยละ 20	- มีการดำเนินการปรับเปลี่ยนตามแผน ร้อยละ 80	- ประเมินผลการดำเนินงาน
๓. กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สามารถประเมินการรับรู้สถานะเสี่ยงของตนเองด้วย Application	- ประชาชนกลุ่มเสี่ยงรู้จักการใช้ Application ประเมินการรับรู้สถานะเสี่ยง (ร้อยละ 5)	- ประชาชนกลุ่มเสี่ยงรู้จักการใช้ Application ประเมินการรับรู้สถานะเสี่ยง (ร้อยละ 10)	- ประชาชนกลุ่มเสี่ยงรู้จักการใช้ Application ประเมินการรับรู้สถานะเสี่ยง (ร้อยละ 15)	- ประชาชนกลุ่มเสี่ยงรู้จักการใช้ Application ประเมินการรับรู้สถานะเสี่ยง (ร้อยละ 20)
๔. ทุกตำบลมีหมู่บ้านชุมชนต้นแบบ ตำบลละ 1 หมู่บ้าน	- คัดเลือกเป้าหมายหมู่บ้านชุมชนต้นแบบ ตำบลละ 1 หมู่บ้าน	- มีการประชุมในหมู่บ้านชุมชนต้นแบบ - มีแผนดำเนินงานโดยชุมชน	- มีการดำเนินงานก้าวหน้าตามแผน	สรุปผลการดำเนินงาน

## 5.มาตรการกิจกรรมการดำเนินงาน

มาตรการ	กิจกรรมดำเนินการ		
	รพ.	สสอ.	รพ.สต.
1. พัฒนาระบบเฝ้าระวังและการจัดการข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	<p>1. จัดประชุมคณะกรรมการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เครือข่ายระดับอำเภอ(NCD Board) ร่วมกับทีมProject Manager NCD เพื่อชี้แจงกระบวนการทำงาน สื่อสารข้อมูลสถานการณ์การดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จัดการข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง</p> <p>2. ประชุมชี้แจงอสม. และเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลผลการคัดกรองให้ถูกต้อง ครบถ้วน</p> <p>3. ติดตามการบันทึกข้อมูลของเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล</p> <p>4. ดำเนินการส่งบุคลากรผู้รับผิดชอบงาน NCD เข้ารับการอบรม SM CM และMini CM ให้ครบตามแผน</p> <p>5. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโดย อสม. Buddy</p> <p>6. สร้างการรับรู้สถานะเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และความดันโลหิตสูงโดยใช้Application</p>	<p>1. จัดประชุมคณะกรรมการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เครือข่ายระดับอำเภอ (NCD Board) ร่วมกับทีมProject Manager NCD เพื่อชี้แจงกระบวนการทำงาน สื่อสารข้อมูลสถานการณ์การดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จัดการข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง</p> <p>2. ประชุมชี้แจงอสม. และเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลผลการคัดกรองให้ถูกต้อง ครบถ้วน</p> <p>3. ติดตามการบันทึกข้อมูลของเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล</p> <p>4. ดำเนินการส่งบุคลากรผู้รับผิดชอบงาน NCD เข้ารับการอบรม SM CM และMini CM ให้ครบตามแผน</p> <p>5. พัฒนาทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโดยใช้เทคนิค MI(Motivational Interviewing)</p> <p>6. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโดย อสม. Buddy</p>	<p>1. ประชุมชี้แจงอสม. และเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลผลการคัดกรองให้ถูกต้อง ครบถ้วน</p> <p>2. พัฒนาทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโดยใช้เทคนิค MI(Motivational Interviewing)</p> <p>3. สำรวจข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย และดำเนินการคัดกรองโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงประจำปีในประชาชนอายุ15ปีขึ้นไป(Type 1,3)</p> <p>4. บันทึกข้อมูลการคัดกรอง ในระบบปฏิบัติการคอมพิวเตอร์(HOS-XP/PCU) ให้ครบถ้วนและถูกต้อง</p>
	<p>7. สำรวจข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย และดำเนินการคัดกรองโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงประจำปีในประชาชนอายุ 15ปีขึ้นไป(Type 1,3)</p> <p>8. บันทึกข้อมูลการคัดกรอง ในระบบปฏิบัติการ</p>	<p>7. สร้างการรับรู้สถานะเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และความดันโลหิตสูงโดยใช้ Application</p> <p>8. สื่อสารการใช้Applicationเพื่อสร้างการ</p>	

มาตรการ	กิจกรรมดำเนินการ		
	รพ.	สสอ.	รพ.สต.
	<p>คอมพิวเตอร์(HOS-XP/PCU) ให้ครบถ้วนและถูกต้อง</p> <p>9. ประชุมติดตามความก้าวหน้าของข้อมูลผลการดำเนินงานจากโปรแกรม HDC และ Chronic Link เพื่อให้ปรับปรุงข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน เดือนละ1 ครั้ง (พร้อมประชุมคณะกรรมการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เครือข่ายระดับอำเภอ (NCD Board))</p> <p>10. สื่อสารการใช้Applicationเพื่อสร้างการรับรู้สถานะเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และความดันโลหิตสูง</p>	<p>รับรู้สถานะเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และความดันโลหิตสูง</p> <p>9. จัดประชุมผู้เกี่ยวข้องเพื่อนำเสนอภาพรวมและจัดตั้งภาคีเครือข่ายการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับตำบล โดยการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน สถานศึกษา องค์กรศาสนา เป็นต้น</p>	
2.พัฒนาศักยภาพชุมชน/ท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย	<p>1. ขับเคลื่อนให้ภาคีเครือข่าย“ชุมชน ลดเสี่ยง ลดโรค” ดำเนินการกิจกรรมอย่างมีส่วนร่วมและต่อเนื่อง</p> <p>2. สร้างองค์กรต้นแบบสาธารณสุขรัชชสุขภาพทุกหน่วยงาน</p> <p>3. ขยายการดำเนินงานหมู่บ้านชุมชนต้นแบบตำบลละ 1 หมู่บ้าน</p> <p>4. เยี่ยมบ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดย</p>	<p>1. จัดประชุมภาคีเครือข่าย“ชุมชน ลดเสี่ยง ลดโรค” เพื่อ วางแผนการดำเนินกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยโปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน</p> <p>2. สร้างองค์กรต้นแบบสาธารณสุขรัชชสุขภาพทุกหน่วยงาน</p>	<p>1. ขับเคลื่อนให้ภาคีเครือข่าย“ชุมชน ลดเสี่ยง ลดโรค” ดำเนินการกิจกรรมอย่างมีส่วนร่วมและต่อเนื่อง</p> <p>2. จัดประชุมภาคีเครือข่าย“ชุมชน ลดเสี่ยง ลดโรค” เพื่อ วางแผนการดำเนินกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยโปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงใน ชุมชน</p>

มาตรการ	กิจกรรมดำเนินการ		
	รพ.	สสอ.	รพ.สต.
	<p>ทีมสหวิชาชีพ</p> <p>โดยกลุ่มเป้าหมายที่เยี่ยมบ้าน คือ</p> <p><u>กลุ่มที่1</u> ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ HbA1C <math>\geq</math>7-9 อายุไม่เกิน70ปี โดยใช้เทคนิค MI เยี่ยมทุก 1 เดือน จำนวน 3 ครั้ง ในผู้ป่วยทุกราย</p> <p><u>กลุ่มที่2</u> ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่Admit ด้วยภาวะ Hypo-Hyperglycemia FBS <math>&lt;</math>70 mg% /</p>		<p>3. ขยายการดำเนินงานหมู่บ้านชุมชนต้นแบบตำบลละ 1 หมู่บ้าน</p> <p>4. เยี่ยมบ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยทีมสหวิชาชีพโดยกลุ่มเป้าหมายที่เยี่ยมบ้าน คือ</p>
3. พัฒนาระบบบริการให้ได้มาตรฐาน	<p><math>\geq</math> 400mg%</p> <p><u>กลุ่มที่3</u> ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ Readmit (มา Admitซ้ำภายใน28 วัน)</p> <p>1. กำหนดทิศทางและนโยบายการดำเนินงาน NCD คลินิกคุณภาพ</p> <p>2. ประชุมชี้แจงการดำเนินงานตามเกณฑ์NCD คลินิกคุณภาพในรพช. และ รพ.สต.</p> <p>3. กำกับติดตามการดำเนินงาน NCD คลินิกคุณภาพในรพช. และ รพ.สต. ให้เป็นไปตามกระบวนการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic plus</p>		<p><u>กลุ่มที่1</u> ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ HbA1C <math>\geq</math>7-9 อายุไม่เกิน70ปี โดยใช้เทคนิคMI เยี่ยมทุก 1 เดือน จำนวน 3 ครั้ง ในผู้ป่วยทุกราย</p> <p><u>กลุ่มที่2</u> ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่Admit ด้วยภาวะHypo-Hyperglycemia FBS <math>&lt;</math>70 mg% / <math>\geq</math> 400mg%</p> <p><u>กลุ่มที่3</u> ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่Readmit (มาAdmitซ้ำภายใน28 วัน)</p> <p>1. ประเมินตนเองตามเกณฑ์ NCD คลินิกคุณภาพและจัดทำแผนพัฒนาส่วนขาด</p> <p>2. เตรียมความพร้อมรับการประเมิน NCD คลินิกคุณภาพ</p>



มาตรการ	กิจกรรมดำเนินการ		
	รพ.	สสอ.	รพ.สต.
			3. ใช้เทคนิคMI ในการดูแลผู้ป่วยDM HT ในคลินิกNCD รพ. และรพ.สต.ทุกแห่ง 4 ประเมินตนเองตามเกณฑ์ NCD คลินิก
	4. ประเมินตนเองตามเกณฑ์ NCD คลินิก คุณภาพและจัดทำแผนพัฒนาส่วนขาด 5. ดำเนินการพัฒนาส่วนขาดตามแผนที่กำหนดไว้ 6. เตรียมความพร้อมรับการประเมินNCD คลินิกคุณภาพ 7. ใช้เทคนิคMI ในการดูแลผู้ป่วยDM HT ในคลินิกNCD รพ. และรพ.สต. ทุกแห่ง 8. ใช้ SMBG และHPBMใน รพ. และในรพ.สต.ทุกแห่ง 9. จัดทำระบบส่งต่อ Fast Track 10. จัดระบบการติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตที่ขาดการรักษา100% 11. ดำเนินการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ตาไต เท้า ในไตรมาสแรก		คุณภาพและจัดทำแผนพัฒนาส่วนขาด 5. เตรียมความพร้อมรับการประเมิน NCD คลินิกคุณภาพ 6. ใช้เทคนิคMI ในการดูแลผู้ป่วยDM HT ในคลินิกNCD รพ. และรพ.สต. ทุกแห่ง 7. ใช้ SMBG และHPBMใน รพ. และใน รพ.สต.ทุกแห่ง 8. จัดระบบการติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตที่ขาดการรักษา100% 9. ดำเนินการตรวจคัดกรอง ภาวะแทรกซ้อน ตาไต เท้า ในไตรมาสแรก และมีการตรวจประเมินติดตามซ้ำ หลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

Outcome : กลุ่มเสี่ยงสูง CVD Risk  $\geq$  ๒๐% มีระดับ CVD Risk ลดลง

Output : กลุ่มเสี่ยงสูง CVD Risk  $\geq$  ๒๐% มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

กิจกรรมหลัก	ผลงานวัดความสำเร็จ
๑. วิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มเสี่ยง CVD และสื่อสารความเสี่ยง	๑. มีทะเบียนกลุ่มเสี่ยง CVD Risk จำแนกรายหมู่บ้าน (๑๗ รพ.สต. ๑ รพ.) ๒. มีการสื่อสารความเสี่ยงสัญญาณเตือน (Warning signs) CVD
๒. จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้มข้นในกลุ่มเสี่ยงสูง - คลินิก DPAC - คลินิกเลิกบุหรี่ - คลินิกเลิกสุรา	๓. กลุ่มเสี่ยงสูง CVD $\geq$ ๒๐ % ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (ร้อยละ ๑๐๐)
๓. ประเมินการรับรู้สัญญาณเตือน (Warning signs) ญาติกลุ่มเสี่ยง CVD Risk	๔. ญาติกลุ่มเสี่ยง สามารถประเมินการรับรู้สัญญาณเตือน (Warning signs) ด้วย Application

## Small Success

ผลงานวัดความสำเร็จ	เป้าหมาย ๓ เดือน	เป้าหมาย ๖ เดือน	เป้าหมาย ๙ เดือน	เป้าหมาย ๑๒ เดือน
<p>๑. มีทะเบียนกลุ่มเสี่ยง CVD Risk จำแนกรายหมู่บ้าน (๑๗ รพ.สต. ๑รพ.)</p> <p>๒. มีการสื่อสารความเสี่ยงสัญญาณเตือน (Warning signs) CVD</p>	<p>- จัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงจำแนกรายหมู่บ้าน</p> <p>- สื่อสารความเสี่ยงด้วยสื่อต่างๆ</p> <p>- กลุ่มเสี่ยงรับรู้สถานะเสี่ยง</p>	<p>- อำเภอลงสู่ประเพณี กรณีพบข้อมูลผิดปกติ</p>	<p>- อำเภอลงสู่ประเพณี กรณีพบข้อมูลผิดปกติ</p>	-
<p>๓. กลุ่มเสี่ยงสูง CVD Risk <math>\geq</math> ๒๐ % ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (ร้อยละ ๑๐๐)</p>	<p>- ทะเบียนกลุ่มเสี่ยงจำแนกรายหมู่บ้าน</p>	<p>- มีแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</p> <p>- มีการดำเนินการปรับเปลี่ยนตามแผน ร้อยละ ๓๐</p>	<p>- มีการดำเนินการปรับเปลี่ยนตามแผน ร้อยละ ๘๐</p>	<p>- มีการดำเนินการปรับเปลี่ยนตามแผน ร้อยละ ๑๐๐</p> <p>- ประเมินผลการดำเนินงาน</p>
<p>๔. ญาติกลุ่มเสี่ยง สามารถประเมินการรับรู้สัญญาณเตือน (Warning signs) ด้วย Application</p>	<p>- ญาติกลุ่มเสี่ยงรู้จักการใช้ Application ประเมินการรับรู้สัญญาณเตือน (Warning signs) (ร้อยละ ๕)</p>	<p>- ญาติกลุ่มเสี่ยงรู้จักการใช้ Application ประเมินการรับรู้สัญญาณเตือน (Warning signs) (ร้อยละ ๑๐)</p>	<p>- ญาติกลุ่มเสี่ยงรู้จักการใช้ Application ประเมินการรับรู้สัญญาณเตือน (Warning signs) (ร้อยละ ๑๕)</p>	<p>- ญาติกลุ่มเสี่ยงรู้จักการใช้ Application ประเมินการรับรู้สัญญาณเตือน (Warning signs) (ร้อยละ ๒๐)</p>

## มาตรการกิจกรรมการดำเนินงาน

มาตรการ	กิจกรรมดำเนินการ		
	รพ.	สสอ.	รพ.สต.
1. พัฒนาระบบบริการให้ได้มาตรฐาน	<p>1. ดำเนินการคัดกรองCVD Risk ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง อย่างน้อยคนละ 1 ครั้ง ต่อปี โดยคัดกรองให้เสร็จสิ้นภายในไตรมาสที่1</p> <p>2. จัดเก็บข้อมูลรายงาน จัดกลุ่ม อย่างเป็นระบบ</p> <p>3. จัดทำทะเบียนผู้ป่วยจำแนกกลุ่มตามผลการคัดกรอง CVD Risk โดยจำแนกรายหมู่บ้าน</p> <p>4. ประเมินการรับรู้สัญญาณเตือนหลังสื่อสารความเสี่ยง และสื่อสารสัญญาณเตือน Warning signs แก่ผู้ป่วยและญาติ</p> <p>5. จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเข้มข้นแก่กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีผลการคัดกรอง CVD Risk<math>\geq</math>20% โดยความร่วมมือ กับคลินิกDPAC คลินิกอดบุหรี่/สุรา</p>		<p>1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง อย่างน้อยคนละ 1 ครั้ง ต่อปี โดยคัดกรองให้เสร็จสิ้นภายในไตรมาสที่1</p> <p>2. จัดเก็บข้อมูลรายงาน จัดกลุ่ม อย่างเป็นระบบ</p> <p>3. จัดทำทะเบียนผู้ป่วยจำแนกกลุ่มตามผลการคัดกรอง CVD Risk โดยจำแนกรายหมู่บ้าน</p> <p>4. ประเมินการรับรู้สัญญาณเตือนหลังสื่อสารความเสี่ยง และสื่อสารสัญญาณเตือน Warning signs แก่ผู้ป่วยและญาติ</p> <p>5. จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเข้มข้นแก่กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีผลการคัดกรอง CVD Risk<math>\geq</math>20% โดยความร่วมมือ กับคลินิกDPAC คลินิกอดบุหรี่/สุรา</p>

## ๖. โครงการที่ดำเนินงาน

โครงการ	กิจกรรม	แหล่งงบประมาณ/ จำนวนงบประมาณ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ ( รพ./ สสอ. / รพ.สต.)
๑ โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง	1. กิจกรรมประชุมคณะกรรมการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เครือข่ายอำเภอโพธิ์ทอง 2. การคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป 3. จัดทำสื่อความรู้ด้านสุขภาพ 4. กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 5. กิจกรรมเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน (ตา ไต เท้า) แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	เงิน PP	เครือข่ายอำเภอโพธิ์ทอง