



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม
NAKHONPHANOM PROVINCIAL PUBLIC HEALTH



การดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) จังหวัดนครพนม ปีงบประมาณ 2563



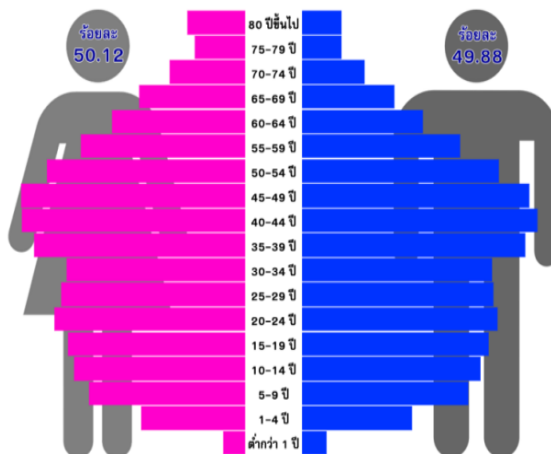
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม



ข้อมูลทั่วไป



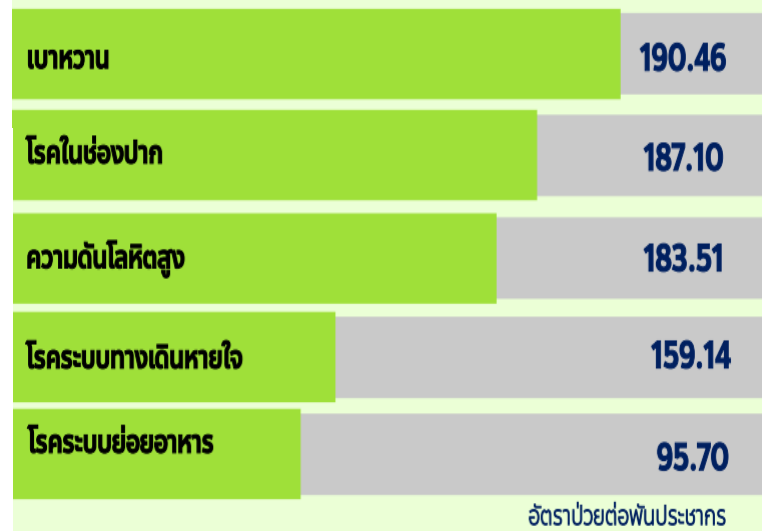
ประชากร
713,510



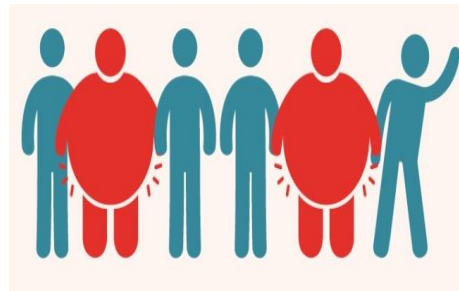
50.12%
357,632 คน

49.88%
355,878 คน

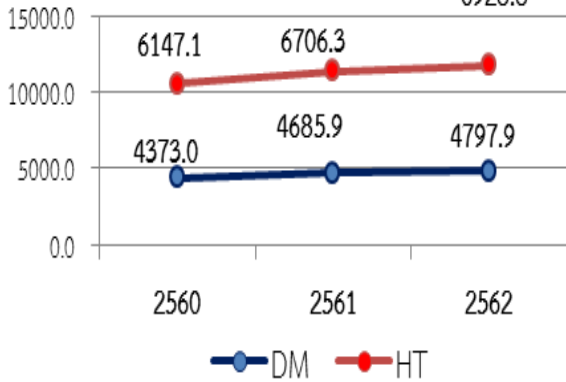
สาเหตุการป่วย ผู้ป่วยนอก ปี 2563



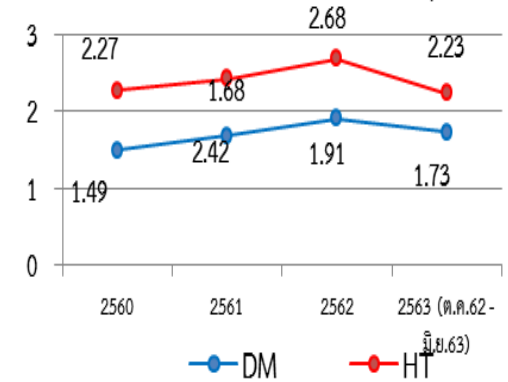
สถานการณ์



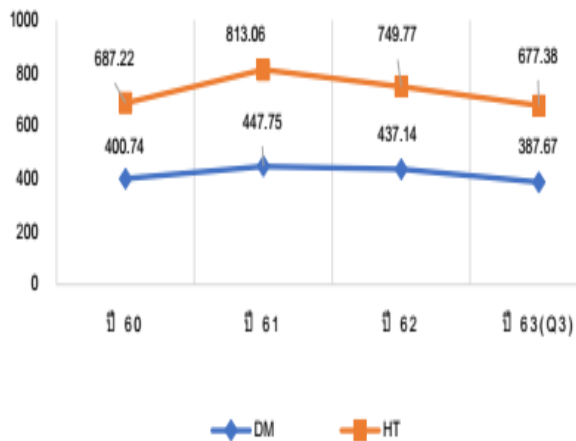
อัตราป่วย DM-HT ต่อแสน ปชก.
6928.8



อัตราป่วย DM-HT รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง



อัตราป่วยรายใหม่ของโรค DM HT



พฤติกรรมเสี่ยง(%) (H4U) ปี 62



กินหวาน : 86.70

กิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ: 71.28

กินเค็ม : 68.62

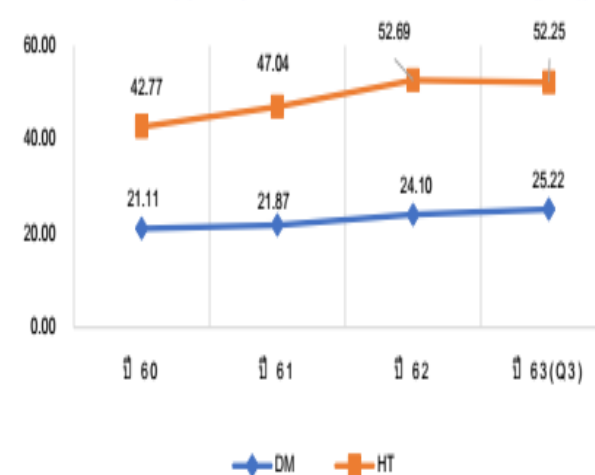


แอลกอฮอล์ : 37.49 /



บุหรี่ : 7.99

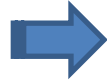
CONTROL DM HT



เป้าหมาย DM ≥ 40% HT ≥ 50%



กลุ่มเสี่ยง



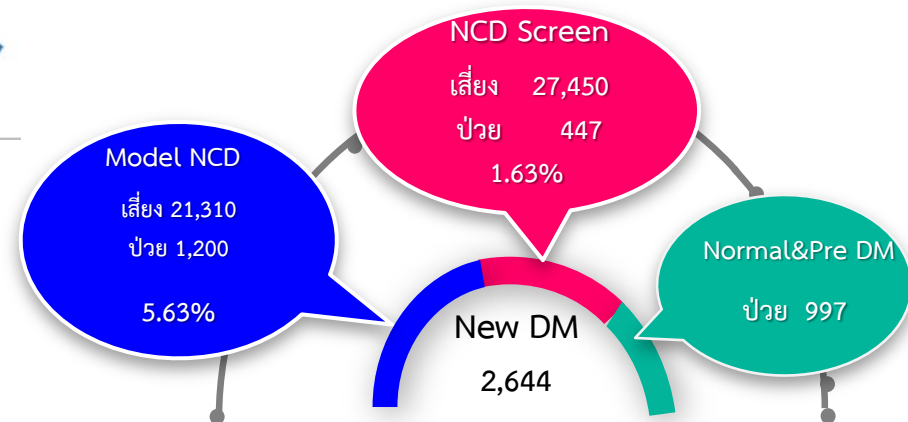
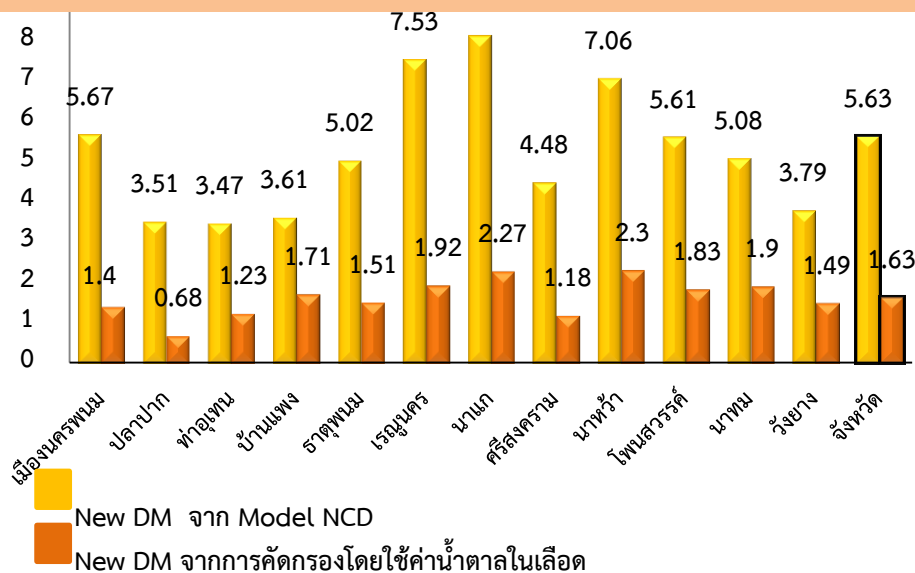
Model NCD การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (DM, HT)

ประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้นไป 21,310 คน Prediction จาก Model NCD ค่าความเสี่ยงต่อการป่วยเบาหวาน ร้อยละ 3.68 – 56.66



New DM (1 ต.ค.62 – 10 มิ.ย.63) 2,644 คน

เปรียบเทียบการป่วยจากกลุ่มเสี่ยง 2 กลุ่มคือ กลุ่มเสี่ยง จาก Model NCD และ กลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรองโดยใช้ค่าระดับน้ำตาลในเลือด



การดำเนินงาน

1. ประชุมและคืนข้อมูลให้หน่วยบริการ
2. รพ. รพสต. PCC ดำเนินการตรวจสอบ
3. ติดตามกลุ่มเสี่ยง เฝ้าระวังและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม



การดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD)

ระดับจังหวัด

1. กำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์การดำเนินงานระดับจังหวัด
2. กำหนดตัวชี้วัดเพื่อการกำกับและติดตามการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ/ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานให้พื้นที่ได้รับทราบ
3. แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานระดับจังหวัด โดยการมีส่วนร่วมทั้งระดับจังหวัด อำเภอและตำบล
4. ประชุมคณะกรรมการจัดทำแผนและขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ปี 2563/2ครั้ง (ตค.-ธค.62)
5. แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดนครพนม
6. จัดประชุมคณะทำงานพัฒนาระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดนครพนม โดย ประชุมผ่านระบบ Video conference
7. ออกติดตาม นิเทศงาน



คำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

ที่ ๘/ ๒๕๖๓

เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดนครพนม ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และมีสาเหตุสำคัญที่เกิดจากการมีพฤติกรรมและวิถีการดำรงชีวิตซึ่งสามารถป้องกันได้ แต่ที่สำคัญหากดูแลสุขภาพไม่ดี จะนำไปสู่การเจ็บป่วยแทรกซ้อนด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ตามอดจากเบาหวาน และภาวะไตวายเรื้อรัง ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจของผู้นับป่วย ครอบครัว และภาวะเศรษฐกิจ

ดังนั้น เพื่อส่งเสริมการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและพัฒนาระบบการให้บริการให้มีคุณภาพ เชื่อมโยงทุกระดับ ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงระบบบริการตามเกณฑ์มาตรฐาน ลดและชะลอภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตเรื้อรัง จึงแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดนครพนม ดังต่อไปนี้

๑. นายธราวุธ ภูมิคุ้ม	รักษาการนายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน)	ประธานกรรมการ
๒. นางสาวรัชนิ เติมอุดม	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	รองประธานกรรมการ
๓. นางกมลรัตน์ เอี่ยมสารภย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๔. นางทรงสุภา ไชยประณีตกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๕. นางรัชมิ ธีรวิรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๖. นางอรทัย เขียวจำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๗. นางอรุณวรรณ แสนสิง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๘. นางเพ็ญระสมณ วัฒนโพ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๙. นางอริศรา เดชขันธ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ



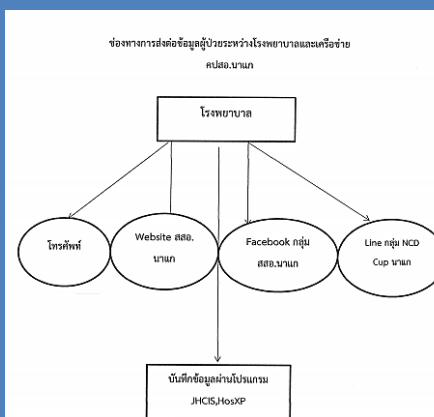
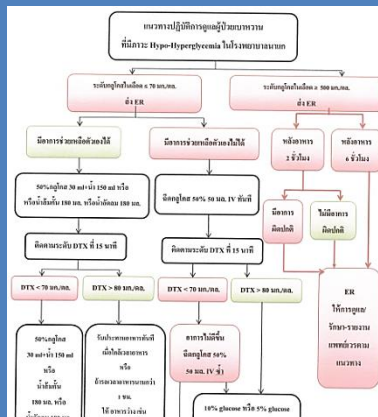
ระดับอำเภอ/ตำบล/ชุมชน

1. กำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์การดำเนินงานระดับอำเภอ
2. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานระดับอำเภอ
3. ดำเนินการตามแนวทางตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สาธารณสุข
4. หน่วยงานส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน เช่น การสนับสนุนงบประมาณในการป้องกัน และควบคุม โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
5. หน่วยบริการระดับอำเภอ ตำบล มีแนวทาง ขั้นตอนการปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่



ระเบียบปฏิบัติงาน work instruction

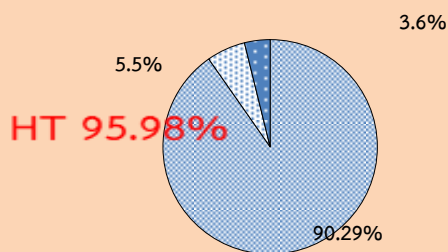
เรื่อง : แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย
โรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบองค์รวมในสถานบริการ



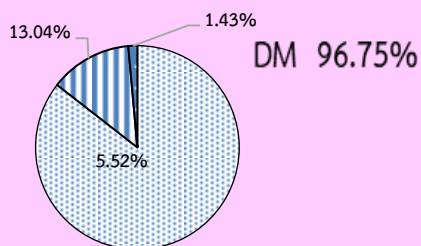


กลุ่มปกติ

ผลการดำเนินงาน

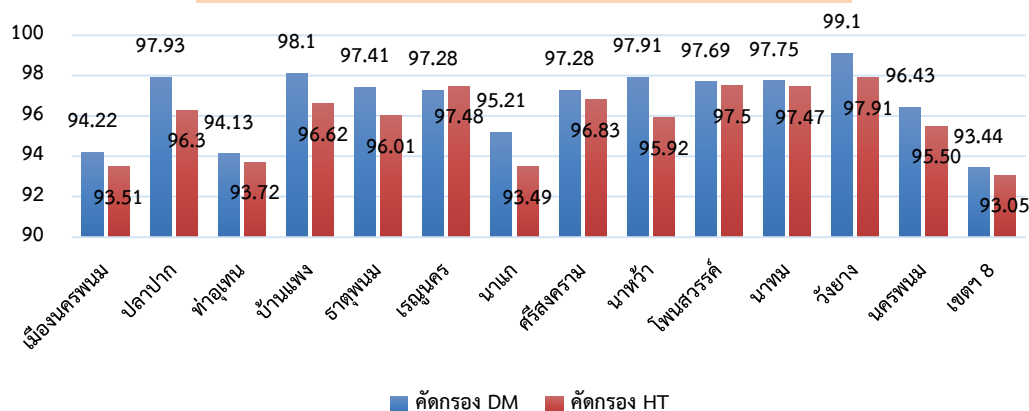


ปกติ (คน) เสี่ยง (คน) สงสัยป่วย (คน)



ปกติ (คน) เสี่ยง (คน) สงสัยป่วย (คน)

การคัดกรอง DM-HT ในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป จังหวัดนครพนม



1. สร้างเครือข่าย/ให้
ความรู้/การสร้างสุขภาพ การ
ป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อ
เรื้อรัง “3 อ.2ส”

2. ตรวจคัดกรองสุขภาพ 1
ครั้ง/ปี ลดหวาน มัน เค็ม
สร้างกระแสการออกกำลังกาย



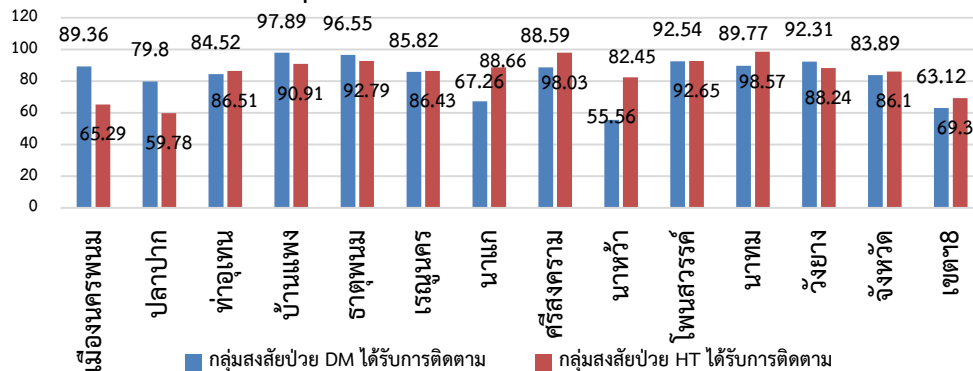


กลุ่มเสี่ยง

ป่วยรายใหม่ที่มาจาก Pre-DM
(1.24) ป่วยรายใหม่ที่มาจาก Pre-
HT (2.06)

กลุ่มสงสัยป่วย DM ได้รับการติดตาม
(83.89) กลุ่มสงสัยป่วย HT ได้รับการ
ติดตาม (86.1)

ร้อยละกลุ่มสงสัยป่วย DM HT ได้รับการติดตาม



1. อบรมแกนนำด้านสุขภาพ (ผญบ., อสม., ครู, อปท., รพ.สต.) ให้มีความรู้ ความเข้าใจโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน
2. อบรม กลุ่มเสี่ยง DM/HT เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (self care) และมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง
3. พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน และตรวจคัดกรองซ้ำเมื่อครบ 6 เดือน



4. กลุ่มสงสัยป่วย: ได้รับการปรับพฤติกรรมสุขภาพ

4.1 กลุ่มสงสัยป่วยเบาหวานจะได้รับการปรับพฤติกรรมสุขภาพอย่างเข้ม **โดยใช้แนวคิดลดหวาน มัน เค็ม ตามเทคนิค 6:6:1** ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด 2 สัปดาห์ ≥ 126 mg/dl ส่งพบแพทย์เพื่อรับการตรวจซ้ำและวินิจฉัยโรค

4.2 กลุ่มสงสัยความดันโลหิตสูงจะได้รับการปรับพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้แนวคิด ลด หวาน มัน เค็ม ตามเทคนิค 6:6:1 และ **วัดความดันโลหิตที่บ้าน 7 วัน** หากระดับความดันโลหิตเฉลี่ย 7 วัน $\geq 135/85$ mmHg ส่งพบแพทย์เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยซ้ำ





1. จัดการรายการในผู้ป่วยDM/HTรายใหม่ ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ร่วมทบทวนพฤติกรรมสุขภาพ อาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา ประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย 2Q สืบบุหรื/สุรา

2. จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเดือนละ 1 ครั้ง ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 150 mg/dl ก่อนรับการตรวจ HbA1c

3. รพ.นครพนม จัดกิจกรรม CKD สัญจร โดยอายุรแพทย์โรคไต และ ทีมสหวิชาชีพ

4. พัฒนาระบบการคัดกรอง ตา ไต หัวใจ

5. Pt DM-HT และ CKD ที่มีปัญหาซับซ้อน ได้รับการติดตามโดยพยาบาลผู้จัดการรายการและโภชนาการในชุมชน

6. พัฒนาระบบการดำเนินงาน NCD Clinic Plus แบบบูรณาการ เชื่อมโยง รพ.สต. และ ชุมชน

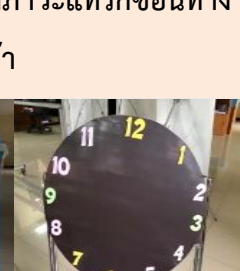
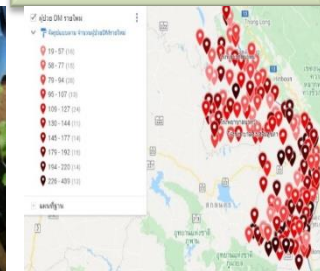
7. สร้างการมีส่วนร่วมของคนในครัวเรือนและชุมชน เช่น กิจกรรม บัดดี้/ ผู้ดูแลผู้ป่วย/ส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่นนำผักช่วยการปรุงรส

8. จัดหน่วยแพทย์และทีมสหวิชาชีพ จาก รพช.ออกให้บริการระดับตำบล

10. พัฒนาระบบเฝ้าระวังและบูรณาการงาน EMS ลงพิภักผู้ป่วยฯ)

9. พัฒนานวัตกรรมสื่อการเรียนรู้ในการจัดการรายการ/งานวิจัย เช่น ภูเขาบอกระยะการทำงานของไต นาฬิกาบอกเวลา มีอาหาร แผ่นภาพภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต หัวใจ และเท้า

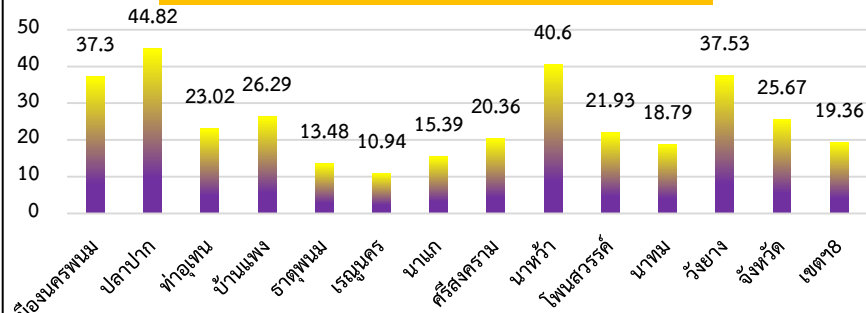
กลุ่ม
ป่วย



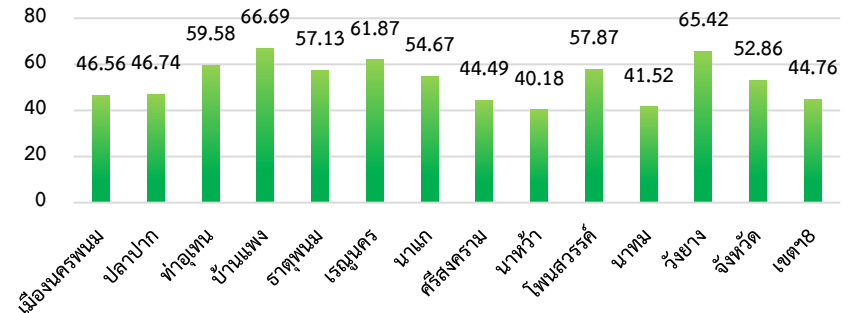


กลุ่มป่วย

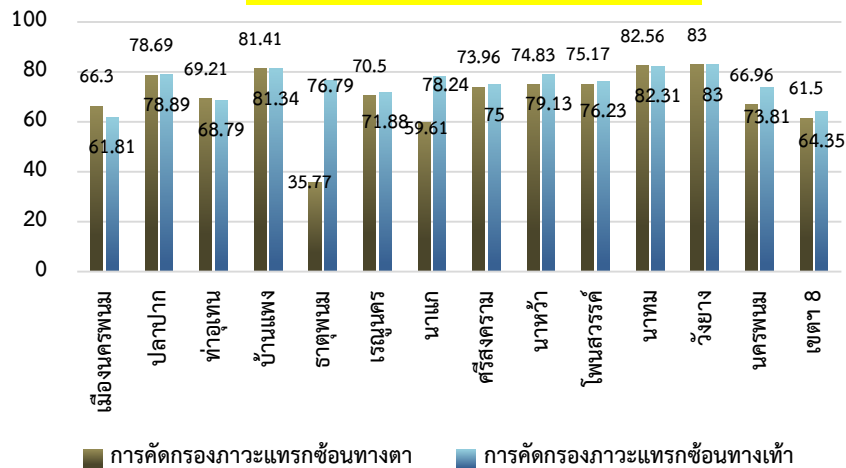
ร้อยละของผู้ป่วยหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี



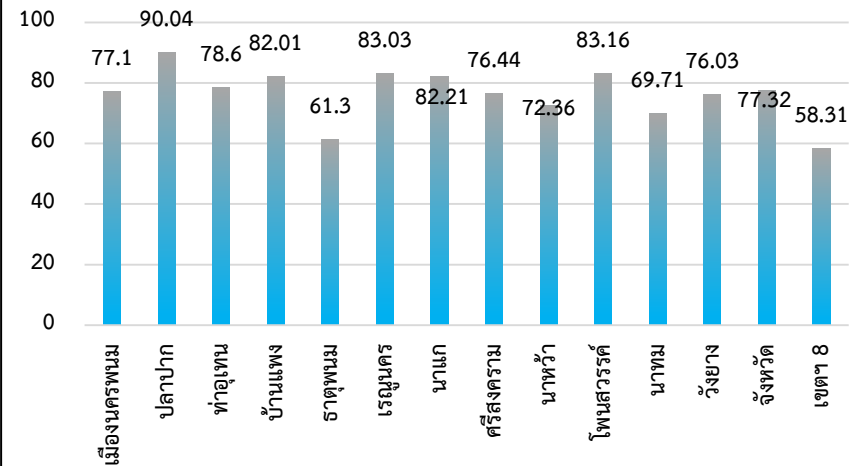
ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี



ผลการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา-เท้า



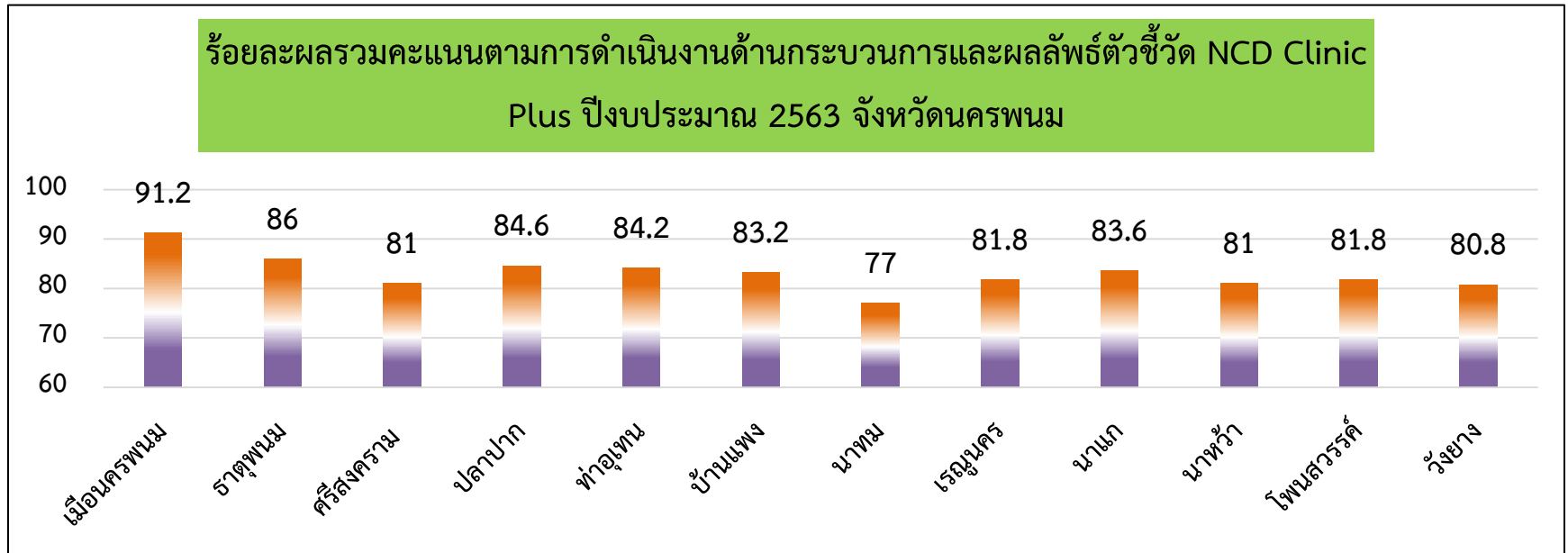
ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง





การดำเนินงาน NCD Clinic Plus จังหวัดนครพนม

ผลการประเมินตนเอง คะแนนผลลัพธ์ตัวชี้วัด ณ 16 ก.ค.63



จากการประเมินตนเอง NCD Clinic Plus ของหน่วยบริการ พบว่ามี

โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ระดับดีเด่น จำนวน 2 แห่ง

โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก จำนวน 9 แห่ง

โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ระดับดี จำนวน 1 แห่ง





ผลงานเด่น

1. การดำเนินงาน CBI NCDs :ชุมชนลดเค็ม ชุมชนหนองฮี ตำบลหนองฮี อำเภอปลาปาก
2. การออกแบบระบบบริการการดูแลผู้ป่วยไตระยะ 3B -5 ที่คลินิกไตเรื้อรัง โรงพยาบาลท่าอุเทน
3. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานในการส่งเสริมและป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดโรงพยาบาลเรณูนคร
4. อำเภอนาหว้า อ.ปลาปาก อ.เมืองนครพนม Control DM ได้ดี โดยพัฒนาระบบการจัดการรายกรณี
5. การจัดกิจกรรมให้ความรู้โรคไตในกลุ่มประชาชนทั่วไป การลดเค็ม ลดโรค





โอกาสพัฒนาในปี 2564

1. ถอดบทเรียนพื้นที่ประสบผลสำเร็จ และขยายผลการดำเนินงาน
2. พัฒนาระบบข้อมูล Model NCD การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (DM, HT) เชื่อมโยงระบบการคัดกรอง ค้นหากลุ่มเสี่ยง เฝ้าระวังและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีประสิทธิภาพ
3. พัฒนาระบบข้อมูลในระบบ GIS เชื่อมโยงระบบการให้บริการ 1669
4. วิเคราะห์พื้นที่เสี่ยง ดำเนินการเชิงรุก/สร้างการมีส่วนร่วมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามความเสี่ยงรายบุคคล
5. รณรงค์ให้ความรู้ สร้างความตระหนัก พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายเพื่อป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
6. ขยายต้นแบบชุมชนลดเค็ม ให้ครอบคลุมทุกอำเภอ
7. ส่งเสริมงานวิจัย/R2R/นวัตกรรมในระบบพื้นที่

