

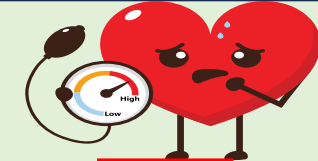


# การขับเคลื่อนงาน NCDs เขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2568

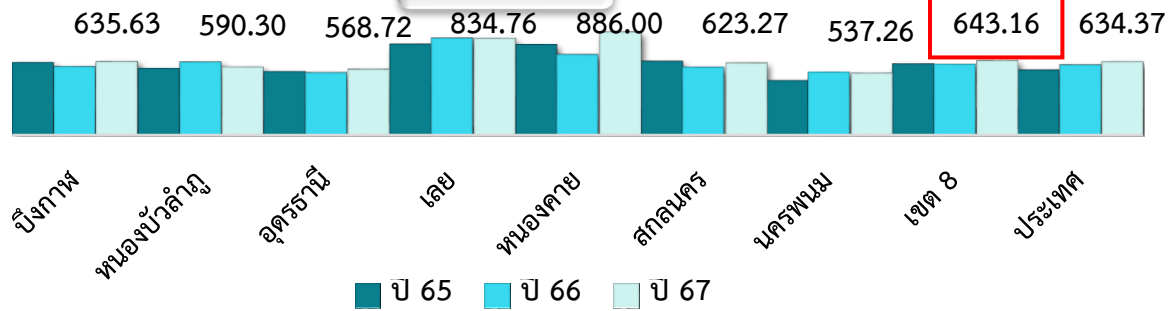


นพ.สุรพงษ์ ผดุงเวียง  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

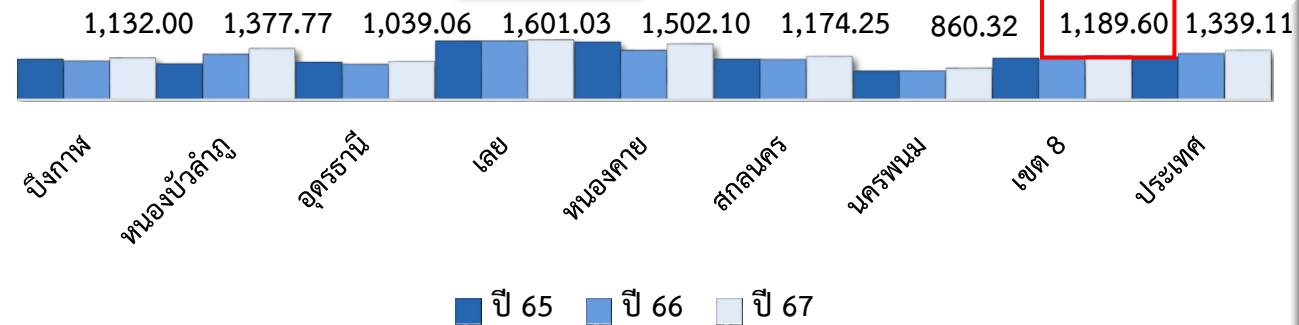
# สถานการณ์โรค NCDs เขตสุขภาพที่ 8



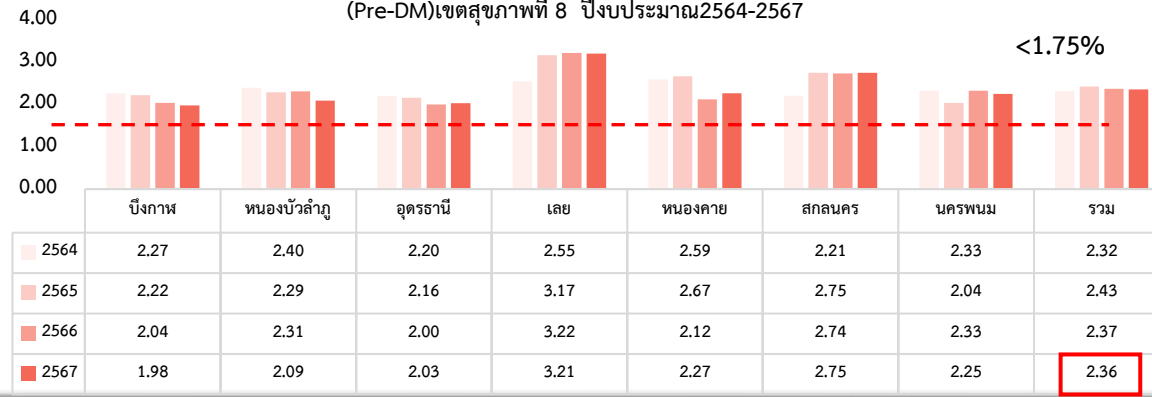
## DM



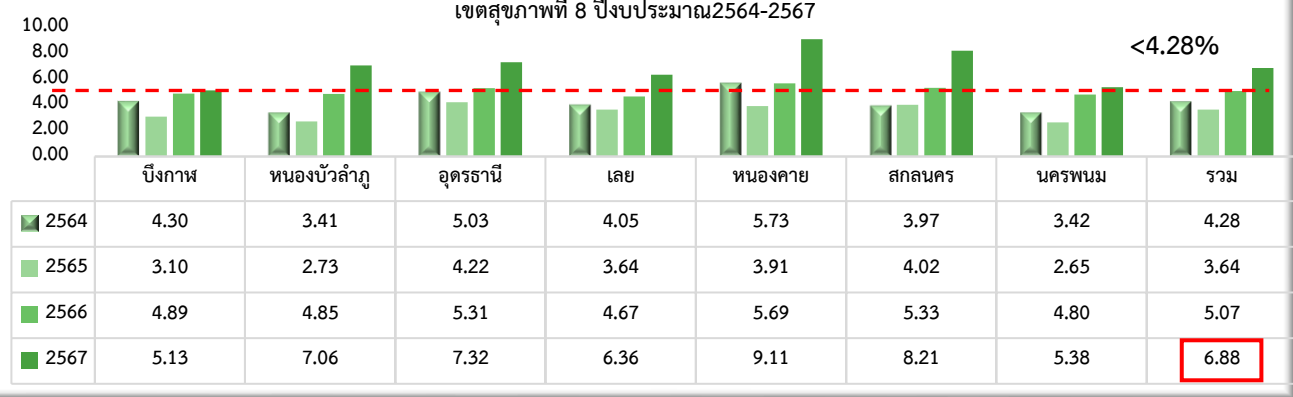
## HT



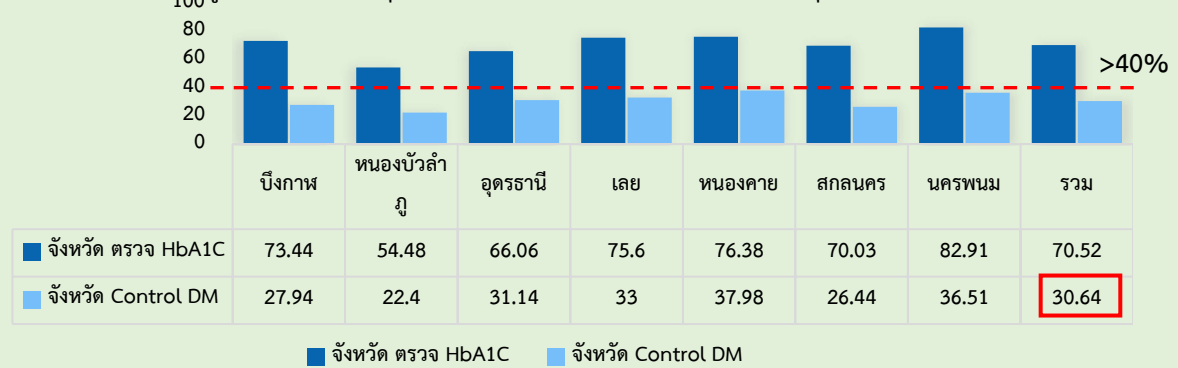
ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานปีที่ผ่านมา (Pre-DM)เขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ2564-2567



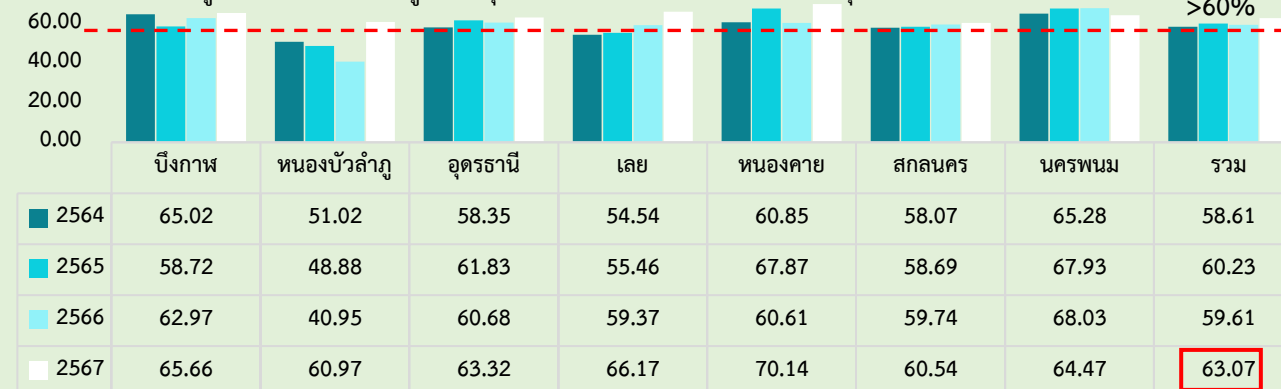
ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ2564-2567



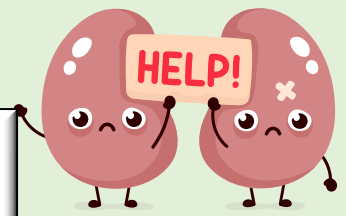
ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ปี 2567 แยกรายจังหวัด เขตสุขภาพที่ 8



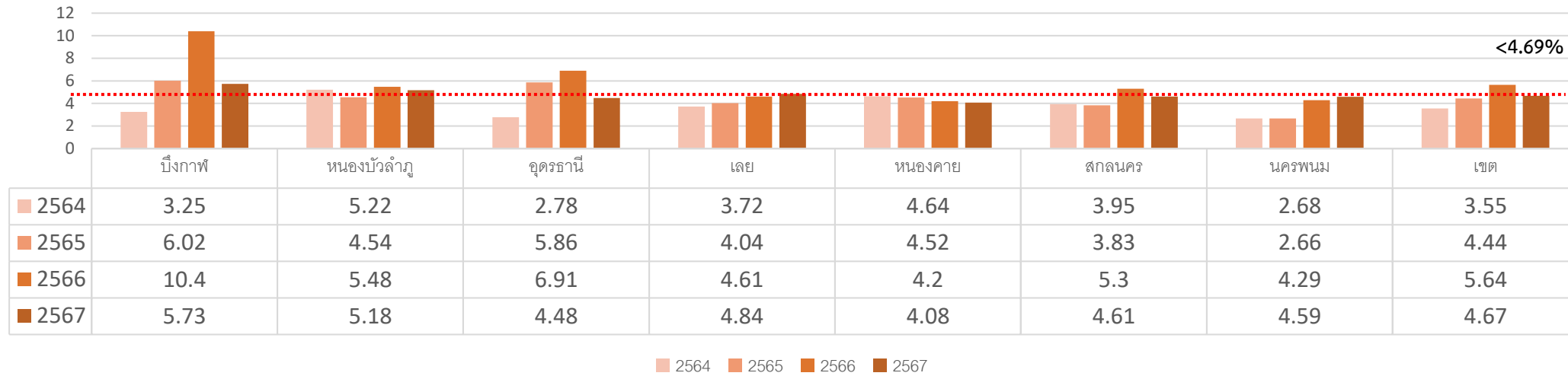
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดีแยกรายจังหวัด เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2564 -2567



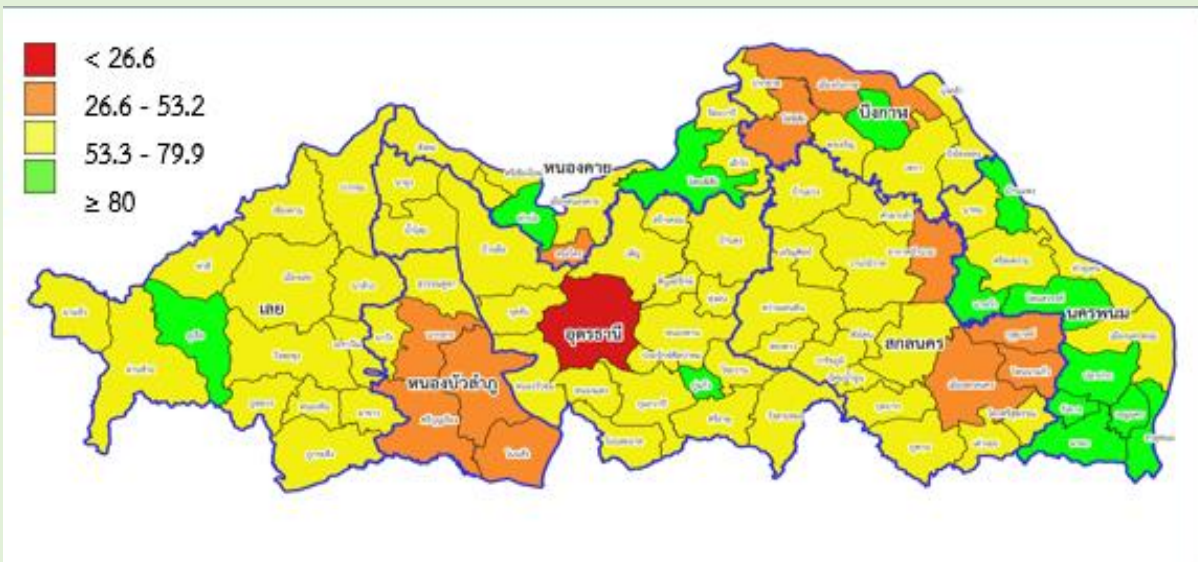
# สถานการณ์โรค CKD เขตสุขภาพที่ 8



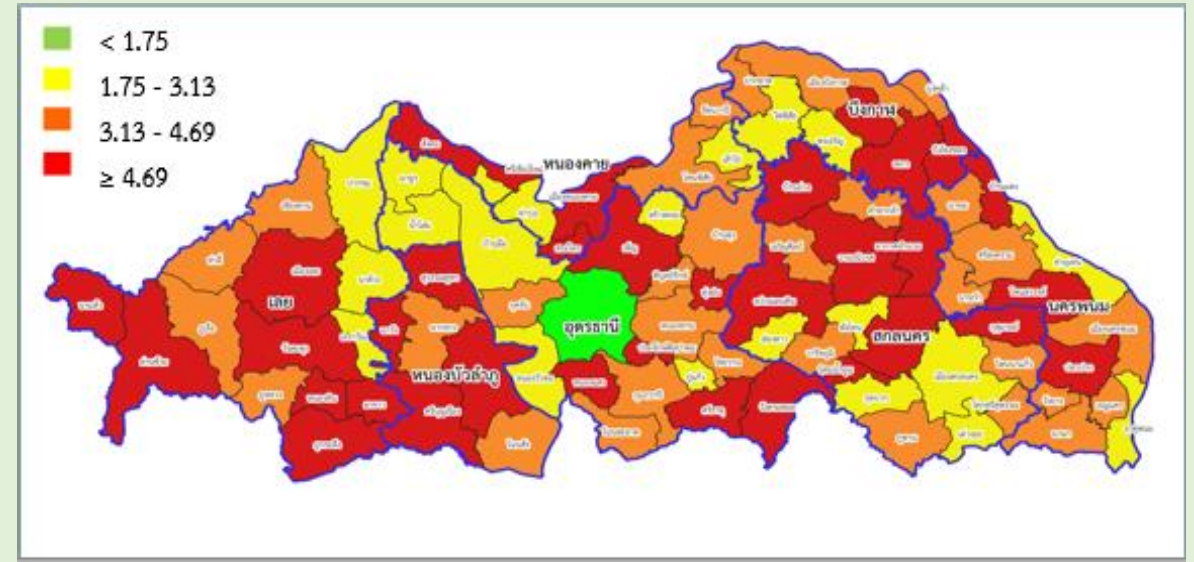
ผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ แยกรายจังหวัด เขตสุขภาพที่ 8



ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง



ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่





# โครงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค NCDs เขตสุขภาพที่ 8

## ที่มา

- 1) DM/HT รายใหม่สูง
- 2) DM ควบคุมระดับBS ต่ำ
- 3) พฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง



## วัตถุประสงค์

- ป้องกันการเกิดผู้ป่วย DM/HT รายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง
- ผู้ป่วย DM/HT สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด/ระดับความดันโลหิตได้
- ป้องกันไม่ให้เกิดผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง CKD stage 5 รายใหม่



## ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ผู้ป่วย DM รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง < ร้อยละ 1.75 (ลดลงร้อยละ 25 ของปี 67)
2. ผู้ป่วย HT รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง < ร้อยละ 4.28 (ลดลงร้อยละ 30 ของปี 67)
3. ผู้ป่วย DM สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี  $\geq$  ร้อยละ 40 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 30 ของปี 67)
4. ผู้ป่วย HT สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี  $\geq$  ร้อยละ 60
5. ผู้ป่วย CKD stage 5 รายใหม่ ไม่เกิน ร้อยละ 6 จากปีที่ผ่านมา



## มาตรการ

1. คัดกรองประชาชน 35 ปีขึ้นไป  $\rightarrow$  กลุ่มเสี่ยง Pre DM/HT, CKD
2. รมรณรงค์สร้างความรอบรู้ (Health Literacy) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามแนวทางศาสตร์ชีวิตวิถี (Lifestyle Medicine)
3. พัฒนาอสม.รอบรู้/สร้าง R8 NCDs Coach
4. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเป้าหมาย โดยกระบวนการ Coaching
5. พัฒนา NCD Clinic
6. พัฒนาระบบ กำกับ ติดตาม ประเมินผล ด้วย Application และระบบรายงาน

## การดำเนินงาน

ทุกพื้นที่/จังหวัด  
ในเขตสุขภาพที่ 8



# การดำเนินการ

พ.ย.67

ธ.ค..67

ม.ค..68

ม.ค.68

## 1. จัดทำข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย

### 1.1 ประชากรอายุ 35ปีขึ้นไป (type 1 และ 3 )

- อายุ 35 ปีขึ้นไป ประชากร 1,910,414 คน เป้าหมาย 10,490 คน ( สนง.เขต)

- อายุ 35 - 44 ปี ประชากร 797,567 คน เป้าหมาย 4,640 คน ( ศอ.8)

- อายุ > 35 ปีขึ้นไป 1,910,414 คน เป้าหมาย 25,530 คน ( สคร.8)

### 1.2 ผู้ป่วย DM/HT, CKD

- ดำเนินการทุก หน่วยบริการ

## 2. รณรงค์คัดกรอง DM/HT

(FBS ,BP ,BMI,รอบเอว,สูบบุหรี่/ดื่มสุรา)

2.1 คัดกรองประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป(type 1 และ 3 ) (เขต8)

-บันทึกข้อมูลใน 43 แฟ้มและส่งออก

2.2 คัดกรองผู้ป่วย DM/HT (เขต8)

-ทุกพื้นที่/จังหวัดในเขต 8

ร้อยละการคัดกรอง > 90

## 3. รณรงค์สร้างความรอบรู้ ให้

ประชาชน/กลุ่มเป้าหมาย ตามหลัก LM (3ส 3อ 1น)

3.1 อบรม อสม.Coacher รวม 2,250 คน (ศบส.8)

3.2 ผู้ประกอบการร้านอาหารในชุมชน/โรงเรียน (สคร.8)

3.3 สร้างสื่อ/ประชาสัมพันธ์ ทุกช่องทาง on Line, On Air, On Ground (เขต8)

3.4 NCD Clinic (เขต8)

-ร้อยละเป้าหมายที่ได้รับ Health Literacy

## 4. สร้าง R8 NCDs Coach

- คัดเลือกผู้ทำหน้าที่ Coacher (เขต8)

-จัดทำหลักสูตร และดำเนินการอบรม Coach (ศูนย์อนามัยที่ 8/สคร.8)

- ร้อยละ Coach ได้รับการอบรม

- ร้อยละกลุ่มเป้าหมายที่มีความรู้/ทักษะเพิ่มขึ้น และผ่านเกณฑ์

มี.ค.68/ส.ค.68

## 5. กำกับ ติดตาม/รายงาน

- สสจ.ทุกแห่ง/สนง.เขต 8

/คณะกรรมการบริหารเขต

-Dash Board และ Application

## 6. ประเมินผลโครงการ /รายงานผล

-ตรวจ FBS,BP,BMI, รอบเอว

- ประเมินผลระดับตำบล /อำเภอ /จังหวัด /เขต/ ศอ.ค, สคร.8,ศบส.8

-บริหารจัดการข้อมูล /งบประมาณ PPA สป.สช

-ติดตาม ประเมินผลการควบคุม BS/BP, CKD



*Thank You*

