

ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

ตัวชี้วัดตรวจราชการที่ 13 :ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง

:ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน \geq ร้อยละ 60

:ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง \geq ร้อยละ 70

ตัวชี้วัดกรมควบคุมโรค :ร้อยละชุมชนผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” \geq ร้อยละ 50

(ดำเนินงานจังหวัดละ 2 ชุมชน ผ่านเกณฑ์อย่างน้อย 1 ชุมชน)

ประเด็นสำคัญในการตรวจราชการ :Area based ประเด็นที่ 10 :โรคไม่ติดต่อ (NCDs)

เรียงเรียง : นางสาวจันทร์ทิพย์ ยะแสง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

นางจาวรรรณ บัวบึง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

1 สถานการณ์

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อพื้นที่จังหวัดพะเยา(ข้อมูล HDC) ในช่วงปี 2560-2563 อัตราป่วยรายใหม่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงทั้งในกลุ่มประชากรและกลุ่มเสี่ยงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือโรคเบาหวานรายใหม่อัตรา 553.02 , 567.39 ,612.81,572.24 ต่อแสนประชากร ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน อัตราร้อยละ 2.68 , 2.68 , 3.13, 3.03 ตามลำดับ และโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ อัตรา1552 , 1466.78 ,1453.56 ,1,860.88 ต่อแสนประชากร ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง อัตราร้อยละ 4.05 , 3.79 , 4.07 ,5.55 รวมถึงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และการควบคุมค่าความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอัตราร้อยละ 23.42 , 23.04 , 24.6 ,27.19 (เกณฑ์กำหนดร้อยละ 40) การควบคุมค่าความดันโลหิตอัตราร้อยละ 39.22 , 38.46 , 37.23,และ 35.38 (เกณฑ์กำหนดร้อยละ 50) ประกอบกับมีข้อมูลการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เพิ่มขึ้น โดยมีอัตราป่วยโรคหลอดเลือดสมองอัตรา 82.17 , 81.35 , 85.07 , 93.65 ต่อแสนประชากร อัตราป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 1052.26 , 1069.24 , 1159.89 และ 1128.60 สำหรับการดูแลโรคไตถึงแม้ผู้ป่วยCKDมีอัตราการลดลงของeGFR 4 ml/min/1.73m²/yr มีแนวโน้มตามเกณฑ์ \geq ร้อยละ 66 คือ 65.3 , 57.02 ,66.1, 71.15 แต่การคัดกรองโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง คัดกรองได้ 61.26 , 61.97 ,61.17 , 57.25ซึ่งยังไม่ได้ตามเกณฑ์กำหนดที่ \geq ร้อยละ80

สำหรับข้อมูลปัจจัยเสี่ยง พฤติกรรมเสี่ยง มีการสำรวจค่าโซเดียมในอาหารจำนวน 4,619 ตัวอย่าง พบว่าอาหารที่ปรุงเองที่บ้านอยู่ในระดับเค็มน้อย ร้อยละ 40.7, อาหารปรุงเองที่อื่น อยู่ในระดับเค็ม ร้อยละ 42.1, และอาหารที่ซื้อหรืออาหารปรุงสำเร็จ อยู่ในระดับเค็มน้อยและเค็ม ร้อยละ40 ตัวอย่างอาหารที่พบว่าเค็ม (NaCl>0.9%)ได้แก่ อาหารประเภทก๋วยเตี๋ยว, ประเภทแกงมีกะทิใส่เครื่องแกง และประเภทส้มตำ (NaCl = 1.02%) สำหรับการคัดกรองผู้สูบบุหรี่ ดื่มสุราในประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป พบอัตราการสูบบุหรี่ ร้อยละ 5.61 ดื่มสุรา ร้อยละ 7.06 ดัชนีมวลกายวัยทำงาน อายุ 18–59 ปี พบภาวะน้ำหนักเกิน (BMI \geq 23 < 25) ร้อยละ 22.35

2.Gap Analysis

จากการวิเคราะห์การดำเนินงานที่ผ่านมาของการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ประเด็นปัญหาสำคัญประกอบด้วย

1.กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น

2.ขาดการวิเคราะห์ปัจจัยและพฤติกรรมเสี่ยงเพื่อนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหา

3.กลุ่มผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมค่าระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์

ซึ่งประเด็นปัญหาที่พบ ทีมผู้รับผิดชอบมีการประชุมบูรณาการร่วมกันเพื่อวิเคราะห์ Gap รวมถึงหา
มาตรการ/แนวทาง ในการดำเนินงานฯ โดยมีมาตรการที่สำคัญดังนี้

1.ลดความเสี่ยงในประชาชน และลดผู้ป่วยโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูงรายใหม่

2.การพัฒนาคุณภาพบริการตามกระบวนการประเมิน NCD Clinic Plus

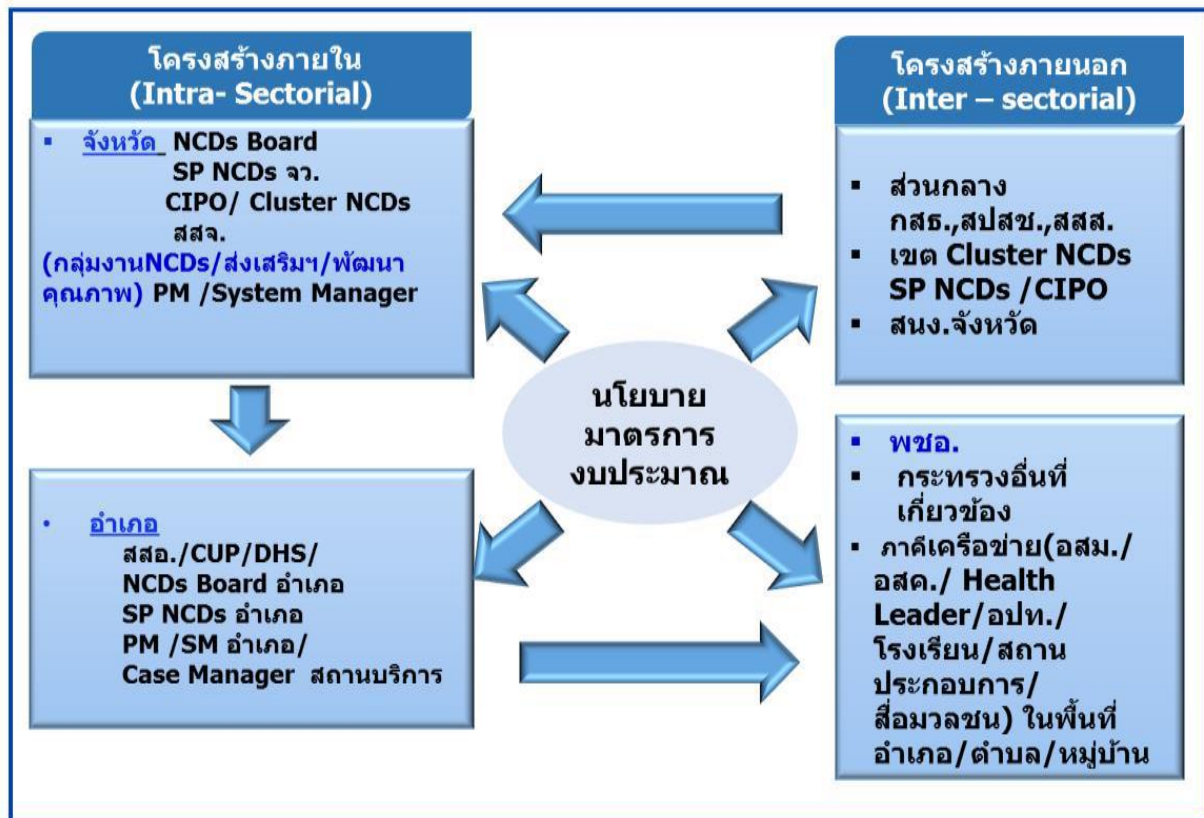
3.การพัฒนาคุณภาพข้อมูลและการควบคุมกำกับ พัฒนาระบบข้อมูลให้มีคุณภาพและความถูกต้องมีการ
นำไปใช้ได้อย่างเหมาะสม

ดังนั้นการวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap) ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ(Non-Communicable Diseases :NCDs) เชื่อมโยงตามประเด็นสำคัญ มีข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง คือ

ประเด็นปัญหา	ส่วนขาด/ช่องว่าง(GAP Analysis)	ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาส่วนขาด
1. ด้านกระบวนการ สร้างเสริมป้องกัน	-รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ไม่สอดคล้องตามบริบท -การดำเนินการปรับเปลี่ยนส่วนใหญ่ ทำเป็นรายกลุ่ม -ขาดการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง	1. สื่อสารความเสี่ยงให้ตรงกับประเด็นปัญหาสำคัญใน พื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย โดยเน้นกระบวนการส่งเสริม และป้องกันโรครายบุคคลให้มากขึ้น 2. ผลักดันการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ผ่านชุมชน ตำบลลดเสี่ยง ลดโรค คณะกรรมการ พัฒนาสุขภาพระดับอำเภอ(พขอ.) 3. บูรณาการด้านส่งเสริมป้องกันโรค การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมเพื่อลดโรค ร่วมกันกับการดำเนินงานองค์กร ไร้พุง DPAC การป้องกันควบคุมการบริโภคสุรารายสูบ
2. ด้านระบบบริการ	-คุณภาพบริการ/ระบบติดตามดูแล ในพื้นที่ และการเชื่อมโยงบริการใน โรงพยาบาลและรพ.สต.	1.พัฒนากลไกการติดตามผู้รับบริการของแต่ละ เครือข่ายบริการสุขภาพให้รับบริการตามมาตรฐาน 2.จังหวัดพัฒนากลไกในการเชื่อมโยงและบูรณาการ ระบบบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับ NCDs ภายใต้กลุ่ม CIPO (Chief Integrated Program Officer) หรือ Cluster
3. ด้านบุคลากร	-ขาดผู้จัดการในการบริหารจัดการ เชิงระบบ -Work load ของผู้ให้บริการ	สนับสนุนให้ SM ได้รับการพัฒนาตามส่วนขาด (หลักสูตร Online) และพัฒนาCM เพิ่มเติมและ พัฒนาศักยภาพ SM , CM ที่มีอยู่อย่างต่อเนื่อง
4. ด้านระบบข้อมูล	-ขาดการตรวจสอบข้อมูล ทำให้ ข้อมูลขาดความครบถ้วน ถูกต้อง	1.พัฒนาการใช้ข้อมูลเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ และ ระบาดวิทยาNCDs รวมถึงการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ 2.ติดตามข้อมูลในระบบ HDC ทุกระยะโดย System Manager NCDs ร่วมกับทีมระบบข้อมูล

3. โครงสร้างและกลไกการขับเคลื่อน (Structure & Function)

โครงสร้างและกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงาน NCDs ระดับจังหวัดพะเยา



จากการวิเคราะห์โครงสร้างทั้งภายในและภายนอกในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน NCDs ของจังหวัดตามภาพ ในส่วนของนโยบาย มาตรการดำเนินงาน และงบประมาณ สรุปประเด็นที่เป็นข้อค้นพบ โอกาสพัฒนา และข้อเสนอแนะดังนี้

ข้อค้นพบ / โอกาสพัฒนา	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา
<p>1. บทบาทในการส่งเสริมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลักยังเป็นของภาคสาธารณสุข และมีดำเนินงานแยกส่วนตามงาน/กลุ่มงาน ทั้งภายในหน่วยงาน และระหว่างหน่วยงาน การบูรณาการยังเป็นการบูรณาการในกิจกรรมย่อยในแผนงบประมาณ มากกว่าในเชิงกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับปัญหา</p> <p>2. ยังขาดการกำหนดแนวทางและผลักดันการขับเคลื่อนร่วมกัน ในประเด็นส่งเสริมป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคที่ชัดเจน ด้วยภาระงานที่มีมากการปฏิบัติที่หน่วยบริการดำเนินการอยู่จึงเน้นบริการสุขภาพมากกว่า</p>	<p>1. พัฒนากลไก,วิธีการ บูรณาการร่วมกันระหว่างภาคสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับนโยบายและปฏิบัติ และผลักดันการดำเนินงานในคณะกรรมการพัฒนาสุขภาพระดับอำเภอ(พชอ.)</p> <p>2. ใช้โครงสร้างการบูรณาการงานระดับจังหวัดให้เกิดความเชื่อมโยงด้านส่งเสริมป้องกันโรค และหามาตรการลดปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มประชากร ร่วมกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(Service Plan) ในกลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องกับ DM , HT ทั้ง ไต , หลอดเลือดสมอง , หลอดเลือดหัวใจ และCOPD</p>

4. การขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม OKRs_NCDs

<p style="text-align: center;">ลำดับงานสำคัญประจำเดือน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง NCDs และได้รายชื่อ และจำนวนกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด 2. การวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง 3. การแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ดีเพื่อการวางแผนการรักษา 	<p style="text-align: center;">ระดับความมั่นใจของ OKRs</p> <p>O : NCDs คุณภาพเป็นเลิศ</p> <p>Kr1 : กลุ่มเสี่ยงได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อเนื่อง > 90%</p> <p>Kr2 : ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมได้ดี > 60% ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมได้ดี > 40%</p> <p>Kr3 : ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วย NCDs > 80%</p>
<p style="text-align: center;">คาดการณ์ที่จะเกิดขึ้นในไตรมาสนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสม 2. การจัดระบบบริการผู้ป่วยที่เหมาะสมตามความรุนแรงของโรค 3. การประเมินภาวะแทรกซ้อนของ NCDs : Stroke ATEMI CKD and ESRD 	<p style="text-align: center;">ตัววัดด้านสุขภาพ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ชวัญกำลังใจทีมงาน 2. การลดอัตราการตายและความรุนแรงในโรค Stroke ASTEMI CKD ESRD

5. ผลการดำเนินงานตามประเด็นติดตามและเป้าหมายการดำเนินงาน จังหวัดพะเยา ปีงบประมาณ 2564

(1 ตค. 2563 – 11 มกราคม 2564)

5.1. การขับเคลื่อนการดำเนินงาน

มีการถ่ายทอดกรอบแนวทางการดำเนินงาน NCDs ปีงบประมาณ 2564 กลุ่มผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอและตำบล ผ่านระบบ Zoom ดังนี้

- ประชุมชี้แจงโดยผู้บริหาร ในเวลาที่ถ่ายทอด นโยบาย ยุทธศาสตร์ แนวทางดำเนินงานระดับจังหวัด วันที่ 28 ตุลาคม 2563

- ประชุมชี้แจงกรอบแนวทางการดำเนินงานและเป้าหมาย รายละเอียดตัวชี้วัดการดำเนินงาน วันที่ 8 ธันวาคม 2564

- ประชุมชี้แจงการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแนวทาง OKRs บูรณาการร่วมกับ Service plan สาขาโรคไม่ติดต่อ วันที่ 7 มกราคม 2564

5.2. การจัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อขับเคลื่อนกระบวนการ จำนวน 4 แผนงาน/โครงการ คือ

1) โครงการป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ จังหวัดพะเยา ปีงบประมาณ 2564 กิจกรรมสนับสนุนการคัดกรอง การติดตามกลุ่มเสี่ยง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพ/ปัจจัยเสี่ยง 3 อ. 2 ส. การติดตามประเมินเพื่อค้นหาต้นแบบการดำเนินงานลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อการจัดการข้อมูลเชิงระบบ

2) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อ จังหวัดพะเยา ปีงบประมาณ 2564 กิจกรรมพัฒนาระบบบริการตามแนวทาง NCDs คุณภาพ เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพ เชื่อมโยง รพท. รพช. รพ.สต. ทบพวน CPG ขยายผลใช้เป็นเกณฑ์การดูแลส่งต่อ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนการเป็นพี่เลี้ยงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม รวมถึงมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการดำเนินงานร่วมกัน

3) การขับเคลื่อนนโยบายลดการบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อกิจกรรมประเมินโซเดียมใน Urine การดำเนินงานควบคุมการบริโภคและโซเดียมในพื้นที่

4) โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนคนพะเยา โดยเสริมสร้างกระบวนการเรียนรู้และจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพของประชาชน (Health Literacy) กิจกรรมขับเคลื่อนมาตรการทางสังคมเพื่อสร้างสังคมสุขภาพบนฐานพลังชุมชน(ลดเสี่ยง ลดโรค NCDs) ขับเคลื่อนการดำเนินงานสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อลดเสี่ยง ลดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วย มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประเมินผลการดำเนินงานคัดเลือกตำบลต้นแบบลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อ

พื้นที่เป้าหมายขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการปี2564

อำเภอ/ กิจกรรม/ พื้นที่ เป้าหมาย	โภชนาการลดเสี่ยง ลดโรค NCDs	ชุมชนลดเค็ม ร่วมกับภาคเหนือ	ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs	HL 3 อ.2 ส. (กลุ่มเสี่ยง 3.5% :งบPPA)	HL เพื่อ Control DM,HT (SHG, Self monitoring)	สำรวจปริมาณโซเดียมในปีสภาวะ	
						ในเขตเทศบาล	นอกเขตเทศบาล
เมืองพะเยา	1.รพ.สต.ห้วยเคียน		รพ.สต.ท่าจำปี ม.8 บ้านต๋มไร่	165 คน	1.DM รพ.สต.บ้านต๋ม	รพ.สต.บ้านต๋ม ม.4 บ้านต๋มกลาง	รพ.สต.บ้านต๋ม ม.9 บ้านเหล่า
	2.รพ.สต.บ้านใหม่				2.HT รพ.สต.จำป่าหวาย		
ภูกามยาว	1.รพ.สต.ป่าฝาง	รพ.สต.ตงเจน ม.3บ้านกวนใต้		60 คน	1.DM รพ.สต.บ้านเจน		รพ.สต.ป่าฝาง ม.2 บ้านป่าฝาง
	2.รพ.สต.ห้วยแก้ว				2.HT รพ.สต.แม่อิง		
แม่ใจ	1.รพ.สต.หนองสระ		รพ.สต.แม่สุก ม.8 บ้านแม่จัว	120 คน	1.DM รพ.สต.บ้านเหล่า	รพ.สต.ดงอินตา ม.11 บ้านดงอินตาเหนือ	
	2.รพ.สต.บ้านเหล่า				2.HT รพ.สต.แม่ใจ		
ดอกคำใต้	1.รพ.สต.บุญเกิด			225 คน	1.DM รพ.สต.สันโค้ง	รพ.สต.บุญเกิด ม.5บ้านบุญเรือง	
	2.รพ.สต.ดอกคำใต้				2.HT รพ.สต.หนองหล่ม		
จุน	1.รพ.สต.ทุ่งรวงทอง			150 คน	1.DM รพ.สต.หงส์หิน	รพ.จุน ม.9 บ้านร่องหาด	
	2.รพ.สต.ล่อ				2.HT รพ.สต.ห้วยยางขาม		
ปง	1.รพ.สต.ขุนควร			225 คน	1.DM รพ.สต.ปางค่า		รพ.สต.ควร ม.3 บ้านป่าคา
	2.รพ.สต.บ้านม่วง				2.HT รพ.สต.บ้านม่วง		
เชียงม่วน	1.รพ.สต.ไชยสถาน			75 คน	1.DM รพ.สต.ท่าฟ้าใต้	PCU มาง ม.1 บ้านมาง	PCU มาง ม.5บ้านทุ่งมอก
	2.รพ.สต.บ้านปิน				2.HT สสข.ห้วยก้างปลา		
เชียงคำ	1.รพ.สต.ปางมดแดง			165 คน	1.DM รพ.สต.ปางมดแดง		รพ.สต.ร่มเย็น ม.21 ประชา พัฒนา
	2.รพ.สต.น้ำแวน				2.HT รพ.สต.บ้านน้ำมิน		

ภูซาง	1.รพ.สต.ทุ่งกล้วย	90 คน	1.DM รพ.สต.ทุ่งกล้วย	รพ.สต.สบง ม.3 บ้านสบง	รพ.สต.ภูซาง ม.1 บ้านสถาน2
	2.รพ.สต.ม่วงชุม		2.HT รพ.สต.บ้านม่วงชุม		

หมายเหตุ การคัดเลือกพื้นที่เป้าหมายใช้เกณฑ์เบื้องต้นดังนี้

1.โภชนาการลดเสี่ยง ลดโรค NCDs, ชุมชนลดเค็ม, ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs เลือกพื้นที่ ที่ปริมาณโซเดียมในอาหาร มีค่า >0.9 % :ข้อมูลการสำรวจปริมาณโซเดียมในอาหาร ปีงบประมาณ 2563

2.การสร้างความรู้ด้านสุขภาพกลุ่มเสี่ยง เลือกกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จำนวน 3.5 % ในแต่ละพื้นที่ :ข้อมูลจากระบบHDC ปีงบประมาณ 2564

3.การควบคุมค่าน้ำตาลในเลือดกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและการควบคุมค่าความดันโลหิตในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เลือกจากพื้นที่ ที่ควบคุมค่าน้ำตาลในเลือดและค่าความดันโลหิต ไม่ได้ตามเกณฑ์ :ข้อมูลจากระบบ HDC ณ วันที่ 11 พฤศจิกายน 2563

6. สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดรายอำเภอ จังหวัดพะเยา ปีงบประมาณ 2564 (มกราคม 2564)

6.1 ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน ≥ ร้อยละ 90

เป้าหมายผลลัพธ์การดำเนินงาน คัดจากอายุ 35-59 ปีได้รับการคัดกรองเบาหวาน ≥ ร้อยละ 60

อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน			
		อายุ 35 ปีขึ้นไป	ร้อยละ	อายุ 35-59 ปี	ร้อยละ
เมืองพะเยา	51,934	34833	67.1	21,114	40.7
จุน	19,882	16,743	84.2	9,447	47.5
เชียงคำ	31,040	14,533	46.8	8,797	28.3
เชียงม่วน	8,406	6,743	80.2	3,788	45.1
ดอกคำใต้	29,985	26,183	87.3	15,369	51.3
ปง	21,530	14,703	68.3	9,134	42.4
แม่ใจ	14,535	12754	87.7	1,781	12.3
ภูซาง	15,425	12474	80.9	8,442	54.7
ภูพานยาว	9,141	5957	65.2	3,406	37.3
รวม	201,878	144923	71.8	86,687	42.9

แหล่งข้อมูล : HDC 11 ม.ค.2564

6.2 ผลการคัดกรองโรคเบาหวาน ปีงบประมาณ 2564

อำเภอ	กลุ่มเสี่ยง		กลุ่มสงสัยป่วย		ติดตามกลุ่มสงสัยป่วย		ผู้ป่วยรายใหม่			
							จากกลุ่มเสี่ยง		จากกลุ่มสงสัยป่วย	
	N	%	N	%	N	%	N	%		
เมืองพะเยา	1,888	5.4	137	0.4	36	24.3	21	0.9	3	8.3
จุน	2,488	14.9	278	1.7	86	30.8	20	0.8	31	36
เชียงคำ	649	4.5	133	0.9	9	6.6	17	1.9	7	77.8
เชียงม่วน	1,237	18.3	177	2.6	7	3.4	2	0.1	2	28.6
ดอกคำใต้	1,244	4.8	181	0.7	102	51.5	24	1.8	30	29.4
ปง	761	5.2	302	2.1	5	1.5	5	0.5	2	10
แม่ใจ	1,867	14.6	284	2.2	69	24.1	14	0.9	21	30.4
ภูซาง	78	0.6	18	0.1	1	4	2	1	0	0

ภูทามยาว	975	16.4	171	2.9	20	9.9	10	0.9	1	5
รวม	11,187	7.7	1681	1.2	335	18.5	115	0.9	97	28.9

แหล่งข้อมูล : HDC 11 ม.ค.64

6.3 ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง \geq ร้อยละ 90

เป้าหมายผลลัพธ์การดำเนินงาน คัดจากอายุ 35-59 ปีได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง \geq ร้อยละ 60

อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน			
		อายุ 35 ปีขึ้นไป	ร้อยละ	อายุ 35-59 ปี	ร้อยละ
เมืองพะเยา	40,310	27,430	68.0	18,169	45.1
จุน	15,821	13,477	85.2	8,456	53.4
เชียงคำ	25,881	12,238	47.3	8,096	31.3
เชียงม่วน	5,976	4,708	78.8	3,044	50.9
ดอกคำใต้	24,675	21,903	88.8	14,181	57.5
ปง	17,708	12,224	69.0	8,310	46.9
แม่ใจ	11,936	10,742	90.0	6,640	55.6
กุซาง	12,948	11,214	86.6	7,968	61.5
ภูทามยาว	7,345	4,916	66.9	3,070	41.8
รวม	162,600	118,852	73.1	77,934	47.9

6.4 ผลการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ 2564

อำเภอ	กลุ่มเสี่ยง		กลุ่มสงสัยป่วย		ติดตามกลุ่มสงสัยป่วย		ผู้ป่วยรายใหม่			
							จากกลุ่มเสี่ยง		จากกลุ่มสงสัยป่วย	
	N	%	N	%	N	%	N	%		
เมืองพะเยา	2,120	7.7	960	3.5	714	58.7	7	1.6	24	3.4
จุน	1,168	8.7	602	4.5	404	51.7	16	3.9	49	12.1
เชียงคำ	1,106	9.0	995	8.1	7	0.6	6	1.3	2	28.6
เชียงม่วน	746	15.8	754	16.0	-	0	7	3	0	0
ดอกคำใต้	64	0.3	32	0.1	510	54	6	1.4	10	1.9
ปง	663	5.4	145	1.2	2	0.4	5	1.2	0	0
แม่ใจ	151	1.4	88	0.8	19	2.1	9	2.5	1	5.3
กุซาง	16	0.1	12	0.1	-	0	0	0	0	0
ภูทามยาว	957	19.5	602	12.2	235	28.8	9	4.2	5	2.1
รวม	6,991	5.9	4,190	3.5	1,891	25	65	2.1	91	4.8

แหล่งข้อมูล : HDC 11 ม.ค.2564

6.5 ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี

อำเภอ	DM ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี		HT ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เมืองพะเยา	879	13.1	3,896	20.7
จุน	250	10.1	3,381	49.5
เชียงคำ	568	15.1	3,954	42.9
เชียงม่วน	88	7.4	1,877	50.5
ดอกคำใต้	276	5.9	3,619	34.9
ปง	101	4.9	1,716	28.2
แม่ใจ	46	2.5	1,636	36.1
ภูซาง	88	6.0	1,722	42.5
ภูกามยาว	67	4.6	857	25.6
รวม	2,363	9.2	22,658	33.8

แหล่งข้อมูล : HDC 11 ม.ค.2564

6.6 ข้อมูลทะเบียนผู้ป่วย(DM, HT) คัดแยกตามกลุ่มสี

กลุ่มสี	จำนวน	ร้อยละ
สีเขียวเข้ม		
DM : FBS < 125 mg%	9,782	38.1
HT : BP < 139/89 mmHg	24,959	52.0
สีเหลือง		
DM : FBS = 125 – 154 mg%, HbA1C < 7 %	4,459	17.4
HT : BP = 140/90 – 159/99 mmHg	5,897	12.3
สีส้ม		
DM : FBS = 155 – 182 mg%, HbA1C 7 - 8 %	3,902	15.2
HT : BP = 160/100 – 179/109 mmHg	868	1.8
สีแดง		
DM : FBS >183 mg%, HbA1C > 8 %	4,905	19.1
HT : BP > 180/110 mmHg	142	0.3

แหล่งข้อมูล : HDC 11 ม.ค.2564

7. แนวทางการพัฒนาในระยะต่อไป

1) สนับสนุนพื้นที่ในการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง แยกกลุ่มสีรายหน่วยบริการเพื่อติดตามให้บริการตามบทบาทของหน่วยบริการแต่ละระดับ

2) สนับสนุนและผลักดันให้เกิดกระบวนการจัดการความเสี่ยงต่อโรคNCDs มีต้นแบบการจัดการด้านโภชนาการ ลดเสี่ยง ลดโรค ในพื้นที่ การดำเนินงานโรงพยาบาลเคม้น้อย อร่อย 3 ดี และแลกเปลี่ยนกระบวนการดำเนินงานทุกอำเภอ

3) สนับสนุนและเสริมทักษะบุคลากรด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กระบวนการสื่อสารความเสี่ยง (Risk Communication) การสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ (health Literacy) ทั้งในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข ภาคี

เครือข่ายแกนนำสุขภาพ กลุ่มประชากรทั่วไป กลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วยและญาติ และจัดระบบการติดตามผลการดำเนินงาน ทั้งระดับอำเภอและจังหวัดอย่างต่อเนื่อง

- 4) สนับสนุนการเฝ้าระวัง ควบคุมป้องกันการบริโภคบุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการเข้าถึงการบำบัดรักษา
- 5) สนับสนุนการจัดบริการ/การประเมินการดำเนินงาน NCD Clinic Plus เชื่อมโยง Clinic โรคไม่เรื้อรังต่างๆ (CKD Stroke STEME) ใน รพท. รพช.และการจัดบริการคลินิก NCD คุณภาพใน รพ.สต.
- 6) สนับสนุนและเสริมทักษะบุคลากรในการใช้ประโยชน์ข้อมูลเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพและระบาดวิทยา โรคไม่ติดต่อ
- 7) สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพผู้จัดการระบบ System Manager ตามมาตรฐาน(หลักสูตร Online) ให้ครอบคลุมทุกอำเภอ รวมทั้งติดตามและแลกเปลี่ยนผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานเชิงระบบ
- 8) สนับสนุนให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการจัดการป้องกันและการพัฒนาระบบบริการในระดับจังหวัด รวมทั้งผลักดันการบูรณาการเชื่อมโยงกับงานที่เกี่ยวข้องด้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ : หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ/ตำบลจัดการสุขภาพ คลินิก DPAC