ยุทธศาสตร์ที่ 4 การเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค

ผลลัพธิ์เชิงยุทธศาสตร์ ลดอัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจ

กลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาระบบการเฝ้าระวังและระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ตัวชี้วัดกลยุทธ์ 1.ร้อยละของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ(โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง)เข้าถึงบริการและได้รับการดูแลสุขภาพตามมาตรฐาน

2.ร้อยละของหน่วยบริการได้รับการพัฒนาระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

กิจกรรมหลัก	เป้าหมายดำเนินการ		ตัวชี้วัด	แหล่งงบประมาณ	เป้าหมายการดำเนินงาน			
	ระบุพื้นที่	คน/ครั้ง			2560	2561	2562	2563
1.พัฒนาระบบการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	14 สถาน		ร้อยละ90ของประชากรอายุ	กองทุนตำบล				
คัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป	บริการ		15 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรอง	งบยารพ.สต.				
2.ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการ			1.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน	กองทุนตำบล				
เกิดโรคไม่ติดต่อ								
2.1.จัดรูปแบบของชุดความรู้ที่เข้าถึงโดยตรงกับกลุ่มเป้าหมาย			รายใหม่ลดลง≥ร้อยละ5					
2.2.ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเป้าหมาย			2.ร้อยละของผู้ป่วยความดัน					
2.3ค้นหาบุคคลต้นแบบแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเอง			รายใหม่ลดลงจากปีที่ผ่านมา					
2.4.สร้างชุมชนต้นแบบลดเค็ม ลดโรคไม่ติดต่อ			ร้อยละ2.5					
3.พัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในหน่วยบริการ	14 สถาน			กองทุนตำบล				
ปฐมิภูมิ								
3.1.พัฒนาการจัดบริการคลินิค NCD ในหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อลด			1.รพ.สต.ผ่านเกณฑ์คีลนิค NCD					
ความแออัดในหน่วยบริการทุติยภูมิ			คุณภาพมากกว่าร้อยละ 70					
3.2.ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป่วย			1. ร้อยละของผู้ป่วยHTควบคุม					
			ความดันโลหิต≥ร้อยละ50					

			2.ร้อยละของผู้ป่วยDM ควบคุม					
			ระดับน้ำตาลได้ดี≥ร้อยละ40					
3.3.ค้นหาภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มป่วย			ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อน					
			ในผู้ป่วยเบาหวาน ≤ ร้อยละ 2					
3.4.การเฝ้าระวังติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง			ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนได้รับการ					
			เยี่ยมบ้าน 100%					
4.พัฒนาเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ ในชุมชน			ร้อยละผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่ได้รับ					
			การดูแลต่อเนื่องที่บ้านจากเครือข่าย					

2564
90
70
50

40
100

ปฏิทินการปฏิบัติงาน (Gantt Chart) ตามแผนปฏิบัติการยุทธที่ 4 ก1

คปสอ.โคกสำโรง ปีงบประมาณ 2564

ที่	กิจกรรม	ระยะเวลา / งบประมาณที่ใช้												งบประมาณ	แหล่งที่มา
		ตค 63	พย 63	ธค 63	มค 64	กพ 64	มีค 64	เมย 64	พค 64	มิย 64	กค 64	สค 64	กย 64		
1	**พัฒนาระบบการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง**														กองทุนตำบล
	1.1.ปรับปรุงฐานข้อมูลประชากรในพื้นที่														
	1.2.ทีม IT ตรวจสอบความถูกติองของฐานข้อมูล														
	1.3.ทบทวนแนวทางการคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยง														
	ในกลุ่มประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป														
	1.4.จัดหาอุปกรณ์ที่ใช้ในการคัดกรองให้เพียงพอ														
	และมีมาตรฐาน														
	1.5.วัสดุการแพทย์(แถบเจาะเบาหวาน,เข็ม)														งบยา รพ.สต.
	1.6.ดำเนินการคัดกรอง(เบาหวาน,ความดันโลหิต,														
	บุหรี่,สุรา) ในประชาชน อายุ 15 ปีขึ้นไป														
	1.7.ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลคัดกรอง														
	พร้อมปรับปรุงแก้ไข														
	1.8.แยกกลุ่มข้อมูลการคัดกรอง กลุ่มปกติ														
	กลุ่มเสี่ยง กลุ่มส่งสัยป่วย และกลุ่มป่วย														
	1.9.ลงบันทึกข้อมูลการคัดกรองในโปรแกรม Hos-XP														
2	**ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อ**														กองทุนตำบล
	ลดปัจจัยต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง														
	1.จัดรูปแบบของชุดความรู้ ที่เข้าถึงโดยตรง														
	กับกลุ่มเป้าหมาย														
	1.1สื่อสารประชาสัมพันธ์ป้องกันควบคุมโรค NCD														
	1.2.ใช้รูปแบบ ปป.พฤติกรรมที่เหมาะสมกับ														
	บริบทของหน่วยบริการนั้นๆ เช่น														
	- Health literacy														

ปฏิทินการปฏิบัติงาน (Gantt Chart) ตามแผนปฏิบัติการยุทธที่ 4 ก1

คปสอ.โคกสำโรง ปีงบประมาณ 2564

ที่	กิจกรรม	ระยะเวลา / งบประมาณที่ใช้												งบประมาณ	แหล่งที่มา
		ตค 63	พย 63	ธค 63	มค 64	กพ 64	มีค 64	เมย 64	พค 64	มิย 64	กค 64	สค 64	กย 64		
	- Motivation interview														
	- Stag of change														
	1.3.พัฒนารูบแบบและช่องทางการสื่อสาร เช่น	←	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	→		
	ผ่าน Appication														
	2.ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเป้าหมาย														
	ที่เหมาะสม คือ														
	2.1.กลุ่มปกติ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้				←	—	—	—	—	→					
	3 อ 2 ส														
	2.2กลุ่มเสี่ยงปรับเปลี่ยน โดยใช้ 3 อ 2 ส และ				←	—	—	—	—	→					
	ใช้แบบบันทึกสุขภาพรายบุคคลในกลุ่มเสี่ยง														
	DMที่มีผลน้ำตาล 100-125 mg/dl														
	กลุ่มHTที่มีผล BP systolic 130-139 mmhg														
	Diastolic 80-89 mmhg														
	2.3กลุ่มสงสัยป่วย ปรับเปลี่ยนโดยใช้														
	3 อ 2 ส และลดปัจจัยเสี่ยงเกิดโรค														
	DM/HT (เน้นอ้วน/บุหรี่/สุรา)														
	-DM ติดตามให้เจาะ FPG 3-6 เดือน				←	—	—	—	—	—	—	—	→		
	-HT ติดตามทำ HBP ร่วมกับจัดบริการลดบริโภค				←	—	—	—	—	—	—	—	→		
	เกลือ/โซเดียมโดยใช้แบบบันทึกพฤติกรรม														
	บริโภคอาหาร														
	2.4.ติดตามหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม										←	—	→		
	3.ค้นหาบุคคลต้นแบบแลกเปลี่ยนเรียนรู้				←	—	—	—	—	—	—	—	→		
	เพื่อสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเอง														

ปฏิทินการปฏิบัติงาน (Gantt Chart) ตามแผนปฏิบัติการยุทธที่ 4 ก1

คปสอ.โคกสำโรง ปีงบประมาณ 2564

ที่	กิจกรรม	ระยะเวลา / งบประมาณที่ใช้												งบประมาณ	แหล่งที่มา
		ตค 63	พย 63	ธค 63	มค 64	กพ 64	มีค 64	เมย 64	พค 64	มิย 64	กค 64	สค 64	กย 64		
	4.สร้างชุมชนต้นแบบลดเค็ม ลดโรคไม่ติดต่อ														
	1 หมู่บ้าน/1ตำบล														
3	**พัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน**														กองทุนตำบล
	ความดันโลหิตสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิ														
	1.พัฒนาการจัดบริการคลินิค NCD ในหน่วยบริการ														
	ปฐมภูมิเพื่อลดความแออัดในหน่วยบริการทุติยภูมิ														
	1.1.การจัดบริการผู้ป่วยเรื้อรัง ตามมาตรฐาน NCD														
	คุณภาพระดับปฐมภูมิดังนี้														
	1.การประเมินพฤติกรรมเสี่ยงและให้คำปรึกษาปรับ														
	เปลี่ยนพฤติกรรมโดยเชื่อมโยงคลีนิค NCD บูรณาการ														
	หรือส่งต่อ คลินิก DPAC คลินิคอดบุหรี่/สุรา คลินิก														
	คลายเครียด														
	2.ติดตามการใช้ยา ผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม														
	3.ติดตามผู้ที่ขาดนัดหรือไม่มารับบริการ														
	1.2.ทบทวนแนวทางการดูแลรักษาส่งต่อตาม CPG														
	1.3พัฒนา/บริหารเวชภัณฑ์ให้มีความพร้อมบริการ														
	และเป็นแนวนทางเดียวกันทั้งในรพช/รพ.สต.														
	1.4พัฒนาแนวทางการดูแลรักษาต่อเนื่องในแต่ละ														
	ระดับของหน่วยบริการ พัฒนาระบบ Refer in														
	Refer back														
	(การส่งคนไข้มารับยา/ส่งกลับในคนไข้คุมไม่ได้)														
	1.5.สื่อสารเตือนภัยเพื่อการจัดการตนเองด้วย														
	ปิงปองเจ็ดสี														

ปฏิทินการปฏิบัติงาน (Gantt Chart) ตามแผนปฏิบัติการยุทธที่ 4 ก1

คปสอ.โคกสำโรง ปีงบประมาณ 2564

ที่	กิจกรรม	ระยะเวลา / งบประมาณที่ใช้												งบประมาณ	แหล่งที่มา
		ตค 63	พย 63	ธค 63	มค 64	กพ 64	มีค 64	เมย 64	พค 64	มิย 64	กค 64	สค 64	กย 64		
	1.6.ส่งเสริมการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงและการจัดการ														
	ตนเองเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต เท้า														
	stroke ,STEMI อาการสำคัญที่ต้องรีบไปโรงพยาบาล														
	ผ่านช่องทางด่วน(Stroke/Stemi Fast Tract)														
	1.7.มีการconferrance case ใน case ที่มี														
	ปัญหาซับซ้อน และ case ที่เสียชีวิตจาก DM/HT														
	2.ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มป่วย														
	2.1.ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ 3 อ 2 ส														
	2.2.ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ คลีนิคชลอไตใน														
	กลุ่มป่วยที่ CKD ระดับ 3														
	2.3.ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงสูงStorke,														
	Stemi (CVD Risk ≥30) โดยใช้คลีนิค DPAC														
	3.ค้นหาภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มป่วย														กองทุนตำบล
	3.1.คัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา/ทางเท้า														
	โดยทีมพยาบาลโซน/รพ														
	3.2.คัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต/ตรวจไขมัน														
	โดยรพ.สต/PCU ส่ง ตรวจ Labประจำปี														
	3.3.รพ.สต.ตรวจสอบข้อมูลกลุ่มป่วยที่ยังไม่ได้รับ														
	การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน														
	3.4.ดำเนินคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเพิ่มในกลุ่มที่														
	ยังไม่ได้คัดกรองโดยทีมพยาบาลโซน/รพ														
	3.5 ประเมิน CVD Risk														
	3.5.1.กลุ่มผู้ป่วยDM/HT ต้องได้รับการคัดกรอง														

ปฏิทินการปฏิบัติงาน (Gantt Chart) ตามแผนปฏิบัติการยุทธที่ 4 ก1

คปสอ.โคกสำโรง ปีงบประมาณ 2564

ที่	กิจกรรม	ระยะเวลา / งบประมาณที่ใช้												งบประมาณ	แหล่งที่มา
		ตค 63	พย 63	ธค 63	มค 64	กพ 64	มีค 64	เมย 64	พค 64	มิย 64	กค 64	สค 64	กย 64		
	CVD Risk ผ่านโปรแกรม Thai CVD risk หรือคู่มือ														
	โดยใช้ตารางสี														
	3.6.กำกับติดตามความก้าวหน้าของการคัดกรอง														
	ภาวะแทรกซ้อนทุกเดือนโดย จนท.สสอ.														
	4.ติดตามเยียมบ้านกลุ่มป่วยDM/HT														
	4.1ติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ ในผู้ป่วย														
	ที่มีภาวะแทรกซ้อนรายใหม่ (Stroke) และกลุ่ม														
	poor Control รายกรณีโรค														
	4.2ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยรายใหม่/เก่า แจ้ง														
	สัญญาณเตือน Storke/Stemi/ระบบEMS 1669														
4	**พัฒนาเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง**														
	ในชุมชน														
	4.1พัฒนาศักยภาพเครือข่ายในชุมชน อสม.อสค.														
	จิตอาสา เรื่องการดูแลผู้ป่วย ในชุมชน														
	4.2.เพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการโดยใช้Appication														
	เช่น Line, Facebook,โทรศัพท์														
	4.3นำระบบ Smart coc มาใช้ในการเชื่อมโยง														
	ข้อมูลดูแลผู้ป่วยระหว่างทีมสหวิชาชีพ														
	(กลุ่มคุมไม่ได้,ผู้ป่วยรายใหม่และกลุ่ม HHC)														
	4.4.เครือข่ายมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน														
	(ให้ อสม.จ่ายยาที่บ้านในกลุ่มผู้ป่วยสีเขียว)														
	รวมงบประมาณ														

ผู้รับผิดชอบ
คนึงนิตย์
สีหชัย

ผู้รับผิดชอบ

ผู้รับผิดชอบ

ผู้รับผิดชอบ

ผู้รับผิดชอบ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค

ผลลัพธิ์เชิงยุทธศาสตร์ ลดอัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจ

กลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาระบบการเฝ้าระวังและระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ตัวชี้วัดกลยุทธ์ 1.ร้อยละของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ(โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง)เข้าถึงบริการและได้รับการดูแลสุขภาพตามมาตรฐาน

2.ร้อยละของหน่วยบริการได้รับการพัฒนาระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ที่	งาน/กลยุทธ	กิจกรรม	เป้าหมายดำเนินการ		ระยะเวลา	ผลผลิต/ผลสัทฤทธิ์	ผู้รับผิดชอบ	บประมาณ	แหล่ง
			ระบุพื้นที่	คน/ครั้ง	ดำเนินการ	สิ่งที่คาดว่าจะเกิด	หลัก/รอง	(บาท)	งบประมาณ
1	**พัฒนาระบบการคัดกรองโรค**	1.1.ปรับปรุงฐานข้อมูลประชากรในพื้นที่	14 สถาน		ต.ค.-63	1.มีฐานข้อมูลที่ถูกต้อง	**คนึงนิตย์**		กองทุน
	ไม่ติดต่อเรื้อรัง	1.2.ทีม IT ตรวจสอบความถูกติองของฐานข้อมูล	บริการ	(type 1,3)		เชื่อถือได้	**สีหชัย**		ตำบล
		1.3.ทบทวนแนวทางการคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยง			ต.ค.-63	2.ประชากรอายุ 15 ปีได้รับการ			
		ในกลุ่มประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป				คัดกรอง			
		1.4.จัดหาอุปกรณ์ที่ใช้ในการคัดกรอง			ต.ค.-63				
		ให้เพียงพอ และมีมาตรฐาน							
		1.5.วัสดุการแพทย์(แถบเจาะเบาหวาน,เข็ม)			ไตรมาส			**318,880**	งบยา
		1.6.ดำเนินการคัดกรอง(เบาหวาน,ความดันโลหิต,			1				รพ.สต.
		บุหรี่,สุรา) ในประชาชน อายุ 15 ปีขึ้นไป			ไตรมาส				
		1.7.ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลคัดกรอง			1				
		พร้อมปรับปรุงแก้ไข			ไตรมาส				
		1.8.แยกกลุ่มข้อมูลการคัดกรอง กลุ่มปกติ			1				
		กลุ่มเสี่ยง กลุ่มส่งสัยป่วย และกลุ่มป่วย			ไตรมาส				
		1.9.ลงบันทึกข้อมูลการคัดกรองในโปรแกรม Hos-XP			1				
2	**ส่งเสริมการปรับเปลี่ยน**	1.จัดรูปแบบของชุดความรู้ ที่เข้าถึงโดยตรง			ไตรมาส	1.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน			กองทุน

	พฤติกรรมสุขภาพเพื่อลด	กับกลุ่มเป้าหมาย			1,2	รายใหม่ลดลง≥ร้อยละ5			ตำบล
	ปัจจัยต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ	1.1สื่อสารประชาสัมพันธ์ป้องกันควบคุมโรค NCD				2.ร้อยละของผู้ป่วยความดัน			
	เรื้อรัง	1.2.ใช้รูปแบบ ปป.พฤติกรรมที่เหมาะสมกับ				รายใหม่ลดลงจากปีที่ผ่านมา			
		บริบทของหน่วยบริการนั้นๆ เช่น				ร้อยละ2.5			
		- Health literacy				3.กลุ่มเสี่ยงได้รับการปรับเปลี่ยน			
		- Motivation interview				พฤติกรรม>50%			
		- Stag of change				4.กลุ่มสงสัยป่วยเบาหวานได้รับ			
		1.3.พัฒนารูบแบบและช่องทางการสื่อสาร เช่น				การติดตาม ≥ 60%			
		ผ่าน Appication				5.กลุ่มสงสัยป่วยความดันได้รับ			
		2.ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเป้าหมาย				การติดตามทำ Home BP≥ 70 %			
		ที่เหมาะสม คือ							
		2.1.กลุ่มปกติ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้			ไตรมาส				
		3 อ 2 ส			2-3				
		2.2กลุ่มเสี่ยงปรับเปลี่ยน โดยใช้ 3 อ 2 สและ			ไตรมาส				
		ใช้แบบบันทึกสุขภาพรายบุคคลในกลุ่มเสี่ยง			2-3				
		DMที่มีผลน้ำตาล 100-125 mg/dl							
		กลุ่มHTที่มีผล BP systolic 130-139 mmhg							
		Diastolic 80-89 mmhg							
		2.3กลุ่มสงสัยป่วย ปรับเปลี่ยนโดยใช้							
		3 อ 2 ส และลดปัจจัยเสี่ยงเกิดโรค							
		DM/HT (เน้นอ้วน/บุหรี่/สุรา)							
		-DM ติดตามให้เจาะ FPG 3-6 เดือน			ไตรมาส				
		-HT ติดตามทำ HBP ร่วมกับจัดบริการลดบริโภค			3-4				

		เกลือ/โซเดียมโดยใช้แบบบันทึกพฤติกรรม							
		บริโภคอาหาร							
		2.4.ติดตามหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม			ไตรมาส4				
		3.ค้นหาบุคคลต้นแบบแลกเปลี่ยนเรียนรู้			ไตรมาส				
		เพื่อสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเอง			2-4				
		4.สร้างชุมชนต้นแบบลดเค็ม ลดโรคไม่ติดต่อ			ไตรมาส				
		1 หมู่บ้าน/1ตำบล			2-4				
3	**พัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วย**	**1.พัฒนาการจัดบริการคลินิค NCD ในหน่วยบริการ**	14 สถาน			หน่วยบริการปฐมภูมิผ่าน			กองทุน
	เบาหวาน ความดันโลหิตสูง	**ปฐมภูมิเพื่อลดความแออัดในหน่วยบริการทุติยภูมิ**	บริการ			เกณฑ์ คลินิก NCD คุณภาพ			ตำบล
	ในหน่วยบริการปฐมภูมิ	1.1.การจัดบริการผู้ป่วยเรื้อรัง ตามมาตรฐาน NCD			ไตรมาส				
		คุณภาพระดับปฐมภูมิดังนี้			1-4				
		1.การประเมินพฤติกรรมเสี่ยงและให้คำปรึกษาปรับ							
		เปลี่ยนพฤติกรรมโดยเชื่อมโยงคลีนิค NCD บูรณาการ							
		หรือส่งต่อ คลินิก DPAC คลินิคอดบุหรี่/สุรา คลินิก							
		คลายเครียด							
		2.ติดตามการใช้ยา ผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม							
		3.ติดตามผู้ที่ขาดนัดหรือไม่มารับบริการ							
		1.2.ทบทวนแนวทางการดูแลรักษาส่งต่อตาม CPG			ไตรมาส				
		1.3พัฒนา/บริหารเวชภัณฑ์ให้มีความพร้อมบริการ			1				
		และเป็นแนวนทางเดียวกันทั้งในรพช/รพ.สต.							
		1.4พัฒนาแนวทางการดูแลรักษาต่อเนื่องในแต่ละ			ไตรมาส				
		ระดับของหน่วยบริการ พัฒนาระบบ Refer in			1				
		Refer back							

		(การส่งคนไข้มารับยา/ส่งกลับในคนไข้คุมไม่ได้)							
		1.5.สื่อสารเตือนภัยเพื่อการจัดการตนเองด้วย			ไตรมาส				
		ปิงปองเจ็ดสี			1 - 4				
		1.6.ส่งเสริมการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงและการจัดการ			ไตรมาส				
		ตนเองเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต เท้า			1 - 4				
		stroke ,STEMI อาการสำคัญที่ต้องรีบไปโรงพยาบาล							
		ผ่านช่องทางด่วน(Stroke/Stemi Fast Tract)							
		1.7.มีการconferrance case ใน case ที่มี			ไตรมาส				
		ปัญหาซับซ้อน และ case ที่เสียชีวิตจาก DM/HT			1 - 4				
		2.ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มป่วย	14 สถาน		ไตรมาส	อัตราตายโรคหลอดเลือดสมอง			
		2.1.ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ 3 อ 2 ส	บริการ		2 -3	น้อยกว่าร้อยละ 7			
		2.2.ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ คลีนิคชลอไตใน				อัตราตายโรคกล้ามเนื้อหัวใจ			
		กลุ่มป่วยที่ CKD ระดับ 3				ตายเฉียบพลันชนิด Stemi ไม่เกินร้อยละ 9			
		2.3.ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงสูงStorke,				ร้อยละของผู้ป่วยHTควบคุม			
		Stemi (CVD Risk ≥30) โดยใช้คลีนิค DPAC				ควบคุมความดันโลหิต≥ร้อยละ50			
		3.ค้นหาภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มป่วย	14 สถาน		ไตรมาส	ร้อยละของผู้ป่วยDM ควบคุม			
		3.1.คัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา/ทางเท้า	บริการ		1-2	ระดับน้ำตาลได้ดี≥ร้อยละ40			
		โดยทีมพยาบาลโซน/รพ				ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานได้รับ			
		3.2.คัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต/ตรวจไขมัน				การคัดกรองตา/เท้า ≥ร้อยละ60			
		โดยรพ.สต/PCU ส่ง ตรวจ Labประจำปี				ร้อยละผู้ป่วยDM/HTได้รับ			
		3.3.รพ.สต.ตรวจสอบข้อมูลกลุ่มป่วยที่ยังไม่ได้รับ	14 สถาน		ธันวาคม	การคัดกรองไต≥ร้อยละ80			
		การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน	บริการ		2563	ร้อยละผู้ป่วยDM/HTได้รับ			
		3.4.ดำเนินคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเพิ่มในกลุ่มที่	14 สถาน		ไตรมาส	การคัดกรองCVD Ris≥ร้อยละ90			

		ยังไม่ได้คัดกรองโดยทีมพยาบาลโซน/รพ	บริการ		2	ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อน			
		3.5 ประเมิน CVD Risk				เบาหวาน ≤ ร้อยละ 2			
		3.5.1.กลุ่มผู้ป่วยDM/HT ต้องได้รับการคัดกรอง							
		CVD Risk ผ่านโปรแกรม Thai CVD risk หรือคู่มือ							
		โดยใช้ตารางสี							
		3.6.กำกับติดตามความก้าวหน้าของการคัดกรอง	14 สถาน		ไตรมาส				
		ภาวะแทรกซ้อนทุกเดือนโดย จนท.สสอ.	บริการ		1-2				
		4.ติดตามเยียมบ้านกลุ่มป่วยDM/HT	14 สถาน		ไตรมาส				
		4.1ติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ ในผู้ป่วย	บริการ		1-4				
		ที่มีภาวะแทรกซ้อนรายใหม่ (Stroke) และกลุ่ม							
		poor Control รายกรณีโรค							
		4.2ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยรายใหม่/เก่า แจ้ง							
		สัญญาณเตือน Storke/Stemi/ระบบEMS 1669							
4	**พัฒนาเครือข่ายในการดูแล**	4.1พัฒนาศักยภาพเครือข่ายในชุมชน อสม.อสค.	14 สถาน		ไตรมาส	มีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย			
	ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน	จิตอาสา เรื่องการดูแลผู้ป่วย ในชุมชน	บริการ		1	ครอบคุมทุกพื้นที่			
		4.2.เพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการโดยใช้Appication			ไตรมาส				
		เช่น Line, Facebook,โทรศัพท์			1-4				
		4.3นำระบบ Smart coc มาใช้ในการเชื่อมโยง			ไตรมาส				
		ข้อมูลดูแลผู้ป่วยระหว่างทีมสหวิชาชีพ			1-4				
		(กลุ่มคุมไม่ได้,ผู้ป่วยรายใหม่และกลุ่ม HHC)							
		4.4.เครือข่ายมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน			ไตรมาส				
		(ให้ อสม.จ่ายยาที่บ้านในกลุ่มผู้ป่วยสีเขียว)			1-4				

รหัส
งบประมาณ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค

ผลลัพธิ์เชิงยุทธศาสตร์ ลดอัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจ

กลยุทธ์ที่ 2.สร้างเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและจัดการปัจจัยเสี่ยงเพื่อลด CVD risk score

ตัวชี้วัดกลยุทธ์ 1.ร้อยละของผู้ป่วยDMHT CVD risk score ลดลงกว่าปีที่ผ่านมา

กิจกรรมหลัก	เป้าหมายดำเนินการ		ตัวชี้วัด	แหล่งงบประมาณ	เป้าหมายการดำเนินงาน				
	ระบุพื้นที่	คน/ครั้ง			2560	2561	2562	2563	2564
หน่วยบริการทุติยภูมิและปฐมิภูมิจัดระบบบริการNCD Clinic			รพ.จัดบริการเพื่อการดูแล						100
ตามมาตรฐาน NCD Clinic Plus			รักษาและส่งต่อผู้ป่วย DM/HT						
1.NCD Clinic คุณภาพ กำหนดให้มีการจัดการ	รพ		อย่างเป็นระบบ						
CVD risk score ≥ 20% with บุหรี่ ใน 6									
องค์ประกอบของมาตรฐาน NCD Clinic Plus	14 สถาน								
2.จัดตั้งคลินิคอดบุหรี่ในทุกรพ.สต.	บริการ		มีคลีนิคอดบุหรีทุกสถานบริการ	กองทุนตำบล					100
3.พัฒนาเครือข่ายเลิกบุหรี่ในชุมชน			มีเครือข่ายครอบคลุมทุกพื้นที่	กองทุนตำบล					
4.ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนสำหรับผู้สูบบุหรี่ในประชาชน			มีข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังที่เชื่อถือได้	กองทุนตำบล					
ทั่วไป			กลุ่มเป้าหมายได้รับความรู้≥ร้อยละ 80						80
5.ปรับเปรียนพฤติกรรมกลุ่มป่วย			1.ร้อยละ 80 ของผู้ที่สูบบุหรี่	กองทุนตำบล					
			ได้รับการบำบัดในคลินิคอดบุหรี่						
			2.ร้อยละ 30 ลดจำนวนบุหรี่ (มวน)						30
			3.ร้อยละของผู้ป่วยที่มี						
			CVD Risk ≥20%ลดลงหลัง						
			ปรับเปลี่ยน ≥ ร้อยละ 40						40
			ร้อยละของผู้ป่วยDMHT CVD risk score						

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค

ผลลัพธิ์เชิงยุทธศาสตร์ ลดอัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจ

กลยุทธ์ที่ 2.สร้างเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและจัดการปัจจัยเสี่ยงเพื่อลด CVD risk score

ตัวชี้วัดกลยุทธ์ 1.ร้อยละของผู้ป่วยDMHT CVD risk score ลดลงกว่าปีที่ผ่านมา

กิจกรรมหลัก	เป้าหมายดำเนินการ		ตัวชี้วัด	แหล่งงบประมาณ	เป้าหมายการดำเนินงาน				
	ระบุพื้นที่	คน/ครั้ง			2560	2561	2562	2563	2564
			ลดลงกว่าปีที่ผ่านมา						

ปฏิทินการปฏิบัติงาน (Gantt Chart) ตามแผนปฏิบัติการยุทธที่ 4 ก2

คปสอ.โคกสำโรง ปีงบประมาณ 2564

ที่	กิจกรรม	ระยะเวลา / งบประมาณที่ใช้												งบประมาณ	แหล่งที่มา
		ตค 63	พย 63	ธค 63	มค 64	กพ 64	มีค 64	เมย 64	พค 64	มิย 64	กค 64	สค 64	กย 64		
1	**หน่วยบริการทุติยภูมิและปฐมิภูมิจัดระบบ**														
	บริการNCD Clinicตามมาตรฐาน														
	NCD Clinic Plus														
	1.NCD Clinic คุณภาพ กำหนดให้มีการจัดการ	←	→												
	CVD risk score ≥ 20% with บุหรี่ ใน 6														
	องค์ประกอบของมาตรฐาน NCD Clinic Plus														
	1 NCD Board กำหนดนโยบายให้	←	→												
	มีการจัดการสุขภาพสำหรับ DM/HT ที่มี CVD risk														
	score ≥ 20% with บุหรี่ และให้มี Nurse														
	Coordination สื่อสารกับเทคนิคที่เกี่ยวข้องและ														
	รพ.สต./ภาคีเครือข่าย														
	2 ระบบสารสนเทศจัดทำทะเบียน				←	—	—	—	—	→					
	regitry DM/HT with บุหรี่ เพื่อประเมิน CVD														
	risk ก่อนและหลัง ปป.พฤติกรรมเลิกบุหรี่นอกจาก														
	นี้ Nurse Co ต้องคืนข้อมูลและสะท้อนปัญหาจาก														
	คลินิค NCD ให้รพ.สต/PCUทราบ เพื่อการติดตาม														
	ให้เกิดประสิทธภาพเลิก/ลดบุหรี่ของกลุ่มเป้าหมาย														
	3 รพ.ปรับระบบบริการให้เหมาะสม	←	—	—	→										

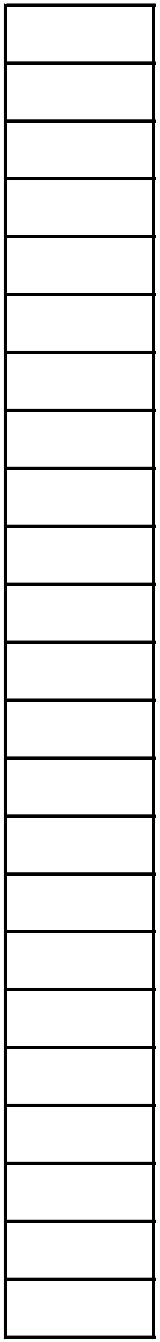
	ตั้งแต่การคัดกรอง														
	CVD risk with บุหรี่/ประเมิน														
	CVD risk ก่อน-หลังโครงการฯและส่งต่อคลินิค														
	อดบุหรี่														
	4 พัฒนาระบบสนับสนุนการจัดการ														
	ตนเองของผู้ป่วยโดยประสาน รพ.สต./PCU. รพ														
	ค้นหา root cause ของ CVD risk score ≥ 20%														
	เพื่อการจัดการสุขภาพที่เหมาะสม														
	5 สนับสนุนระบบ														
	สนับสนุนการตัดสินใจ โดยมีแนวเวชปฏิบัติ														
	(Clinical Practice Guideline)เรื่อง CVD														
	risk score ≥ 20% with บุหรี่														
	6 จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน														
	บูรณาการกับการบังคับใช้ พ.ร.บ.บุหรี่ และการ														
	รณรงค์ลดบุหรี่														
	2.จัดตั้งคลินิคอดบุหรี่ในทุกรพ.สต.														กองทุนตำบล
	1.จัดอบรมจนท..เรื่องการบำบัดบุหรี่และ				←		→								
	เทคนิคการให้คำปรึกษา														
	2.บริหารยาให้มีความพร้อมบริการ เช่น ยาอมสมุนไพร														
	3.จัดทำแนวทางการบำบัด CPG														
	4.แนวทางการส่งต่อส่งต่อระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ														
	5.จัดทำสื่อสัญญาณเตือนเพื่อสร้างความตระหนัก														
	บริการเชิงรุกโดยใช้วิธีเคาะประตูบ้านและให้สื่อสัญญาญ														

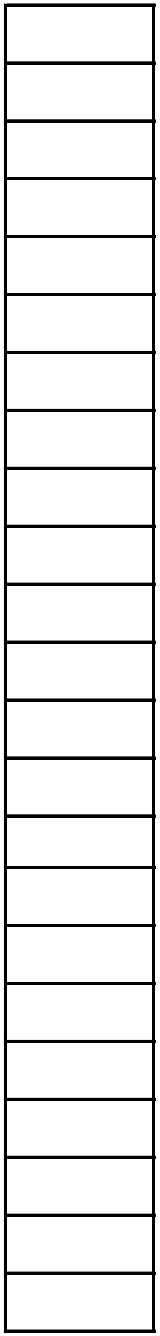
	เตือน (stroke,stemi,1669)														
	6.เพิ่มช่องทางการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์														
	/มุมให้คำปรึกษา														
	6.เปิดให้บริการคลินิคอดบุหรี่														
	3.พัฒนาเครือข่ายเลิกบุหรี่ในชุมชน				←	—	—	—	—	—	—	—	→		กองทุนตำบล
	1.จัดอบ อสม.ในพื้นที่เรื่องการเลิกบุหรี่ในชุมชน														
	และสัญญาณเตือน														
	2.ประสานผู้นำชุมชนโรงเรียนช่วยประชาสัมพันธ์														
	3.สนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่ใน														
	ชุมชน (การจำหน่ายบุหรี่และการสูบบุหรี่)														
	4.ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนสำหรับผู้สูบบุหรี่ในประชาชน				←	—	—	—	—	—	—	—	→		กองทุนตำบล
	ทั่วไป														
	1.ให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ ผ่านหอกระจ่ายข่าว														
	2.อสม.เคาะประตูบ้านชักช่วนเลิกบุหรี่														
	3.จัดทำแบบบันทึกจูงใจในการเลิกบุหรี่ (ลด 2 มวน														
	ลดค่าใช้จ่าย 15 บาท)														
	5.ปรับเปรียนพฤติกรรมกลุ่มป่วย				←	—	—	—	—	—	—	—	→		กองทุนตำบล
	1.กลุ่มผู้ป่วยDM/HT ต้องได้รับการคัดกรอง														
	CVD Risk ผ่านโปรแกรม Thai CVD risk หรือคู่มือ														
	โดยใช้ตารางสี														
	2.กลุ่มผู้ป่วยDM/HTที่มีCVD Risk score ≥ 20 %														
	with สูบบุหรี่ ได้รับการ														
	2.1 motivation เลิก/ลดบุหรี่														

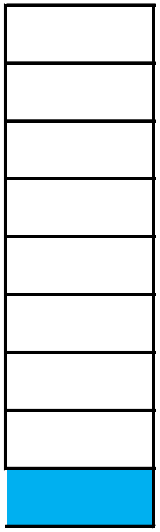
	2.2 ส่งต่อคลินิคอดบุหรี่														
	3.ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มCVD Risk														
	score ≥ 20 %+ไม่สูบบุหรี่ ตามปัจจัยเสี่ยง														
	4.ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มCVD Risk														
	score < 20 % ตามปัจจัยเสี่ยง														
	5.ติดตามหลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรม														
รวมงบประมาณ														0	

ผู้รับผิดชอบ
สีหชัย

/







ยุทธศาสตร์ที่ 4 การเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค

ผลลัพธ์เชิงยุทธศาสตร์ ลดอัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจ

กลยุทธ์ที่ 2.ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและจัดการปัจจัยเสี่ยงเพื่อลด CVD risk score

ตัวชี้วัดกลยุทธ์ 1.ร้อยละของผู้ป่วยDMHT CVD risk score ลดลงกว่าปีที่ผ่านมา

ที่	งาน/กลยุทธ	กิจกรรม	เป้าหมายดำเนินการ		ระยะเวลา	ผลผลิต/ผลสัทฤทธิ์	ผู้รับผิดชอบ	งบประมาณ	แหล่ง	รหัส
			ระบุพื้นที่	คน/ครั้ง	ดำเนินการ	สิ่งที่คาดว่าจะเกิด	หลัก/รอง	(บาท)	งบประมาณ	งบประมาณ
1	**หน่วยบริการทุติยภูมิและปฐมิภูมิ**	1.NCD Clinic คุณภาพ กำหนดให้มีการจัดการCVD risk score	รพ		ไตรมาส	รพ.จัดบริการเพื่อการ				
	จัดระบบบริการNCD Clinic	≥ 20% with บุหรี่ ใน 6 องค์ประกอบของมาตรฐาน NCD			1	ดูแลรักษาและส่งต่อ				
	ตามมาตรฐาน NCD Clinic Plus	Clinic Plus				ผู้ป่วย DM/HT				
		1 NCD Board กำหนดนโยบายให้มีการจัดการสุขภาพสำหรับ				อย่างเป็นระบบ				
		DM/HT ที่มี CVD risk score ≥ 20% with บุหรี่ และให้มี Nurse								
		Coordination สื่อสารเทคนิคที่เกี่ยวข้องและรพ.สต./ภาคีเครือข่าย								
		2 ระบบสารสนเทศจัดทำทะเบียนregitry DM/HT with บุหรี่								
		เพื่อประเมิน CVD risk ก่อนและหลัง ปป.พฤติกรรมเลิกบุหรี่								
		นอกจากนี้ Nurse Co ต้องคืนข้อมูลและสะท้อนปัญหาจากคลินิค								
		NCD ให้รพ.สต/PCUทราบ เพื่อการติดตามให้เกิดประสิทธิภาพ								
		เลิก/ลดบุหรี่ของกลุ่มเป้าหมาย								
		3 รพ.ปรับระบบบริการให้เหมาะสม ตั้งแต่การคัดกรอง								
		CVD risk with บุหรี่/ประเมิน								
		CVD risk ก่อน-หลังโครงการฯและส่งต่อคลินิคอดบุหรี่								
		4 พัฒนาระบบสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโดยประสาน								
		รพ.สต./PCU.รพค้นหา root cause ของCVD risk score ≥ 20%								
		เพื่อการจัดการสุขภาพที่เหมาะสม								
		5 สนับสนุนระบบสนับสนุนการตัดสินใจ โดยมีแนวเวชปฏิบัติ								
		(Clinical Practice Guideline)เรื่อง CVD risk score								
		≥ 20% with บุหรี่								
		6 จัดบริการเชื่อมโยงชุมชนบูรณาการกับการบังคับใช้ พ.ร.บ.								
		บุหรี่ และการรณรงค์ลดบุหรี่								

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค

ผลลัพธ์เชิงยุทธศาสตร์ ลดอัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจ

กลยุทธ์ที่ 2.ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและจัดการปัจจัยเสี่ยงเพื่อลด CVD risk score

ตัวชี้วัดกลยุทธ์ 1.ร้อยละของผู้ป่วยDMHT CVD risk score ลดลงกว่าปีที่ผ่านมา

ที่	งาน/กลยุทธ	กิจกรรม	เป้าหมายดำเนินการ		ระยะเวลา	ผลผลิต/ผลสัทฤทธิ์	ผู้รับผิดชอบ	งบประมาณ	แหล่ง	รหัส
			ระบุพื้นที่	คน/ครั้ง	ดำเนินการ	สิ่งที่คาดว่าจะเกิด	หลัก/รอง	(บาท)	งบประมาณ	งบประมาณ
		2.จัดตั้งคลินิคอดบุหรี่ในทุกรพ.สต.	14 สถานบริการ		ไตรมาส2	มีคลินิคอดบุหรี่			กองทุน	
		1.จัดอบรมจนท..เรื่องการบำบัดบุหรี่และเทคนิคการให้คำปรึกษา				ทุกสถานบริการ			ตำบล	
		2.บริหารยาให้มีความพร้อมบริการ เช่น ยาอมสมุนไพร								
		3.จัดทำแนวทางการบำบัด CPG								
		4.แนวทางการส่งต่อส่งต่อระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ								
		5.จัดทำสื่อสัญญาณเตือนเพื่อสร้างความตระหนักบริการเชิงรุกโดย								
		ใช้วิธีเคาะประตูบ้านและให้สื่อสัญญาญเตือน(stroke,stemi,1669)								
		6.เพิ่มช่องทางการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์/มุมให้คำปรึกษา								
		6.เปิดให้บริการคลินิคอดบุหรี่								
		3.พัฒนาเครือข่ายเลิกบุหรี่ในชุมชน							กองทุน	
		1.จัดอบ อสม.ในพื้นที่เรื่องการเลิกบุหรี่ในชุมชนและสัญญาณเตือน	14 สถานบริการ		ไตรมาส2-4	มีเครือข่ายครอบคลุมทุกพื้นที่			ตำบล	
		2.ประสานผู้นำชุมชนโรงเรียนช่วยประชาสัมพันธ์								
		3.สนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่ในชุมชน								
		(การจำหน่ายบุหรี่และการสูบบุหรี่)								
		4.ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนสำหรับผู้สูบบุหรี่ในประชาชน ทั่วไป							กองทุน	
		1.ให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ ผ่านหอกระจ่ายข่าว	14 สถานบริการ		ไตรมาส2-4	กลุ่มเป้าหมายได้รับความรู้			ตำบล	
		2.อสม.เคาะประตูบ้านชักช่วนเลิกบุหรี่								
		3.จัดทำแบบบันทึกจูงใจในการเลิกบุหรี่ (ลด 2 มวน								
		ลดค่าใช้จ่าย 15 บาท)								
		5.ปรับเปรียนพฤติกรรมกลุ่มป่วย							กองทุน	
		1.กลุ่มผู้ป่วยDM/HT ต้องได้รับการคัดกรอง	14 สถานบริการ		ไตรมาส2-4	1.ร้อยละ 80 ของผู้ที่สูบบุหรี่			ตำบล	
		CVD Risk ผ่านโปรแกรม Thai CVD risk หรือคู่มือโดยใช้ตารางสี				ได้รับการบำบัดในคลินิค				

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค

ผลลัพธ์เชิงยุทธศาสตร์ ลดอัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจ

กลยุทธ์ที่ 2.ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและจัดการปัจจัยเสี่ยงเพื่อลด CVD risk score

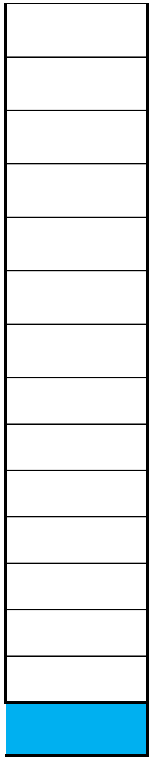
ตัวชี้วัดกลยุทธ์ 1.ร้อยละของผู้ป่วยDMHT CVD risk score ลดลงกว่าปีที่ผ่านมา

ที่	งาน/กลยุทธ	กิจกรรม	เป้าหมายดำเนินการ		ระยะเวลา	ผลผลิต/ผลสัทฤทธิ์	ผู้รับผิดชอบ	งบประมาณ	แหล่ง	รหัส
			ระบุพื้นที่	คน/ครั้ง	ดำเนินการ	สิ่งที่คาดว่าจะเกิด	หลัก/รอง	(บาท)	งบประมาณ	งบประมาณ
		2.กลุ่มผู้ป่วยDM/HTที่มีCVD Risk score ≥ 20 %				อดบุหรี่				
		with สูบบุหรี่ ได้รับการ				2.ร้อยละ 30ลดจำนวนบุหรี่				
		2.1 motivation เลิก/ลดบุหรี่				(มวน)				
		2.2 ส่งต่อคลินิคอดบุหรี่				3.ร้อยละของผู้ป่วยที่มี				
		3.ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มCVD Risk score ≥ 20 %				CVD Rish score≥ 20 %				
		ไม่สูบบุหรี่ ตามปัจจัยเสี่ยง				หลังปรับเปลี่ยน≥				
		4.ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มCVD Risk score < 20 %				ร้อยละ 40				
		ตามปัจจัยเสี่ยง								
		5.ติดตามหลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรม			ไตรมาส4					

ปฏิทินการปฏิบัติงาน (Gantt Chart) ตามแผนปฏิบัติการยุทธที่ 4

คปสอ.โคกสำโรง ปีงบประมาณ 2564

ที่	กิจกรรม	ระยะเวลา / งบประมาณที่ใช้												งบประมาณ	แหล่งที่มา
		ตค 63	พย 63	ธค 63	มค 64	กพ 64	มีค 64	เมย 64	พค 64	มิย 64	กค 64	สค 64	กย 64		
1	1.การเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อลด														กองทุนตำบล
	ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค														
	1. ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้ไปได้ คัดกรอง	↔	↔	↔											
	สุขภาพ การคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิต	↔	↔	↔											
	2.กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดัน	↔	↔	↔											
	โลหิตสูงได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	↔	↔	↔											
	3. กลุ่มสงสัยป่วยเบาหวานได้รับการติดตาม	↔	↔	↔											
	ส่งตรวจ FCG	↔	↔	↔											
	4. กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง	↔	↔	↔											
	ได้รับการติดตามทำ Home BP	↔	↔	↔											
	5. กลุ่มป่วยโรคเบาหวานและโรคความดัน														
	โลหิตได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม				↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔		
	6.กลุ่มป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง				↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔		
	ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ตา ,ไต														
	เท้า, CVD risk				↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔		
	7.กลุ่มป่วย CVD risk ≥ 20 ได้รับการปรับ														
	เปลี่ยนพฤติกรรม				↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔		
	8.กลุ่มป่วย CVD risk ≥ 20 และสูบบุหรี่														

	ได้เข้ารับการบำบัดในคลินิกบำบัดบุหรี่														
	1.2 การเฝ้าระวังมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม														กองทุนตำบล
	มะเร็งลำไส้ใหญ่														
	1. การคัดกรองมะเร็งเต้านม														
	2 การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป้าหมาย														
	ปี 2563-2567														
	3. ประชาชนอานุ 50-70 ปีได้รับการคัด														
	กรองมะเร็งลำไส้ใหญ่														
2	งานสุขภาพจิต														
	1.ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรอง														
	ภาวะซึมเศร้า 2Q, 9Q,8Q														
รวมงบประมาณ														0	

ผู้รับผิดชอบ
สีหชัย