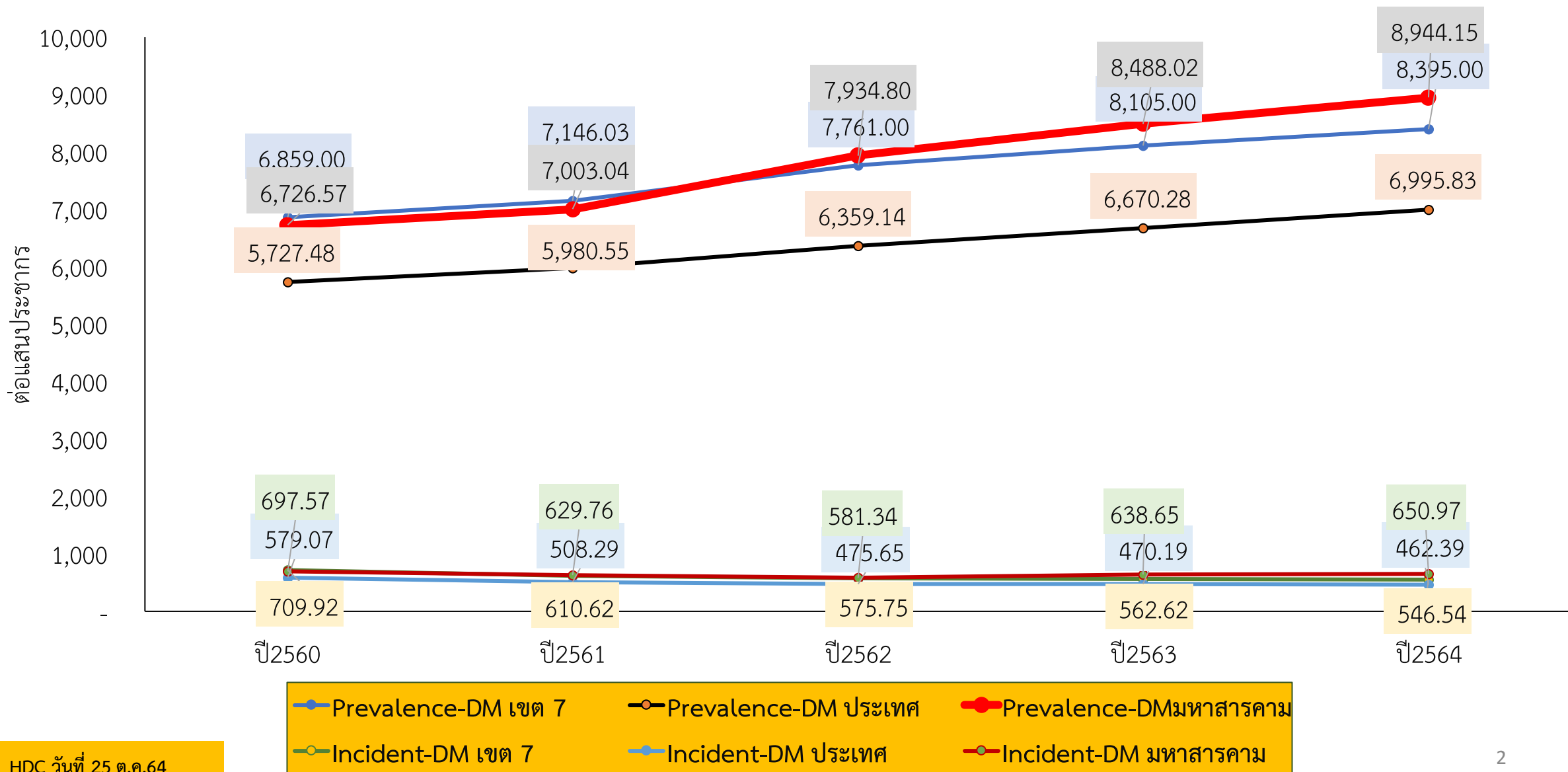


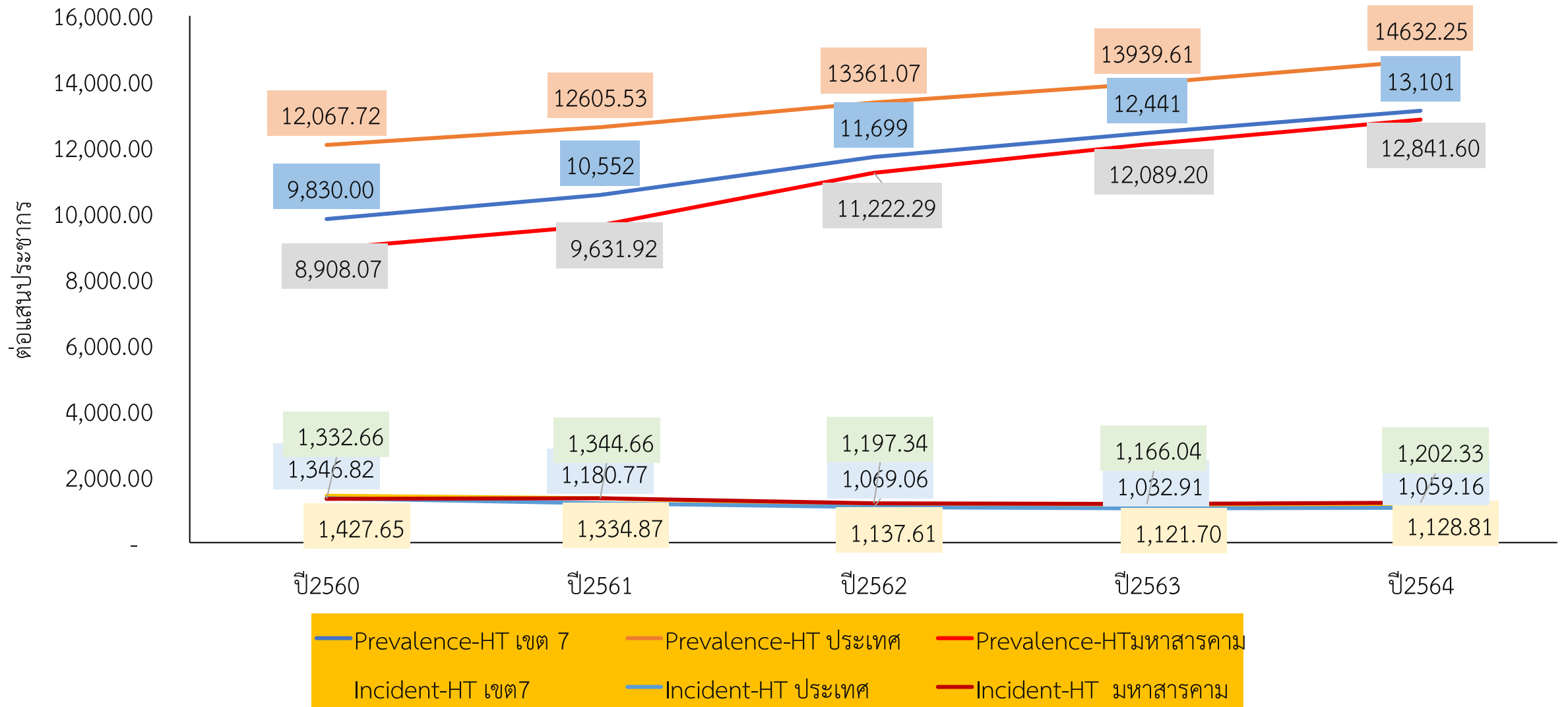
การขับเคลื่อนการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง  
(เบาหวาน ความดันฯ และไตเรื้อรัง)  
ปีงบประมาณ 2565

นายแพทย์ณัฐวุฒิ มาสาซ้าย  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงใหม่

# ความชุกและอุบัติการณ์โรคเบาหวาน จังหวัดมหาสารคาม เปรียบเทียบเขตสุขภาพที่ 7 และประเทศ ปีงบประมาณ 2560-2564



ความชุก และอุบัติการณ์โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม เปรียบเทียบเขตสุขภาพที่ 7 ประเทศ ปีงบประมาณ 2560-2564



# 9 เป้าหมายการป้องกันโรคไม่ติดต่อระดับโลกและประเทศไทยปี พ.ศ.2568 (ค.ศ. 2025) ตามข้อกำหนดหรือพันธระสัญญา

ลดอัตราการตาย 1 ตัวชี้วัด

ลดปัจจัยเสี่ยง 6 ตัวชี้วัด

เพิ่มการเข้าถึงและความครอบคลุม  
ของระบบบริการ 2 ตัวชี้วัด

ลดตายก่อนวัยอันควร(อายุ 30-70 ปี )จากโรค NCDs 25%



ลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 10%



ยาและเทคโนโลยีที่จำเป็นครอบคลุม 80%

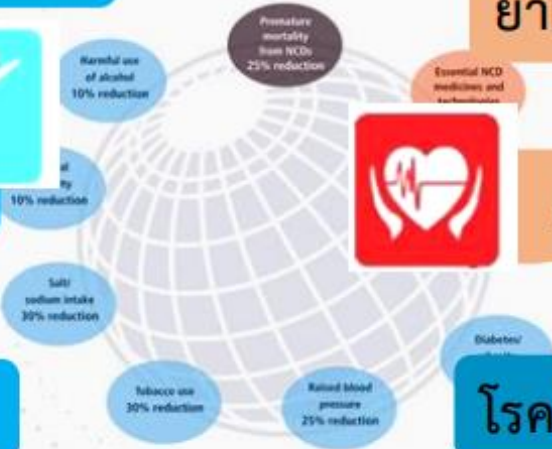
ลดการขาดกิจกรรมทางกาย 10%



ผู้ที่เสี่ยงสูงต่อ CVD ได้รับยาและคำปรึกษา 50%



ลดการบริโภคเกลือ/โซเดียม 30%



โรคเบาหวาน/ภาวะอ้วนไม่เพิ่ม 0%



ลดการบริโภคยาสูบ 30%

ลดภาวะความดันโลหิตสูง 25%



# แผนงาน.....โรคไม่ติดต่อ (DM&HT)...ปี 2565.....

<b>เป้าหมาย (Goals)</b>	ประชาชนรู้ตัวเลข รู้ความเสี่ยง รู้สถานะตนเอง (Know your number Know your risk Know your status) และสามารถจัดการตนเอง (Self management) เพื่อลดความเสี่ยง ลดโรค DM&HT และป้องกันภาวะแทรกซ้อน	<b>ตัวชี้วัด (KPI) ปี65</b>	<b>End Goal</b>	อัตราการตายก่อนวัยอันควร อายุระหว่าง 30-70 ปี จากโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคปอดเรื้อรัง ลดลง 25% ในปี 2568 (257.29 ต่อประชากรแสนคน)
			<b>Outcome</b>	- ร้อยละของการคัดกรอง DM และ HT ในประชาชนอายุ 35 – 59 ปี (เป้าหมายร้อยละ 80) - ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วย DM HT (เป้าหมายร้อยละ 80) - ร้อยละผู้ป่วย DM ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (เป้าหมายร้อยละ 40) ร้อยละผู้ป่วย HT ที่ควบคุมความดันได้ดี (เป้าหมายร้อยละ 60)

มาตรการ	หน่วยงานระดับนโยบาย (ส่วนกลาง) และ สคร.				หน่วยงานระดับพื้นที่			
	Policy and Advocacy (P1)	Promotion and Risk Reduction (P2)	Strengthen Health System (S1)	Surveillance and M&E (S2)	P1 P2 S1 S2		P2 S1 S2	
	ระดับเคลื่อนนโยบาย:	ระดับเคลื่อนนโยบาย:	ระดับเคลื่อนนโยบาย:	ระดับเคลื่อนนโยบาย:	เขต	จังหวัด	อำเภอ	
<b>กิจกรรมหลัก</b>	<b>1.1 Together fight NCDs (DM/HT) ถ้ายกระดับเป้าหมายด้วย OKR</b> <b>1.2 ข้อเสนอเชิงนโยบาย Workplace health policy</b> <b>1.3 ข้อเสนอเชิงนโยบาย กำหนดเขตแดนเกลือฯ</b>	<b>พัฒนาเครื่องมือ</b> 2.1 พัฒนารูปแบบ Health Check at Public place <b>รณรงค์ สื่อสารความเสี่ยง:</b> 2.2 ส่งเสริม Health literacy ด้าน NCD สำหรับประชาชนด้วยสื่อดิจิทัล (Line Official Account, และอื่นๆ) <b>พัฒนาองค์ความรู้/รูปแบบ</b> 2.3 หลักสูตรการป้องกันควบคุมโรค NCD ระดับชุมชน สำหรับบุคลากรสาธารณสุข (E-learning CBI) 2.4 การขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังและลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในระดับจังหวัด พ.ศ. 2565 2.5 การป้องกันโรคไตเรื้อรังในชุมชน ระยะขยายผล (CKD Community Model)	<b>พัฒนาระบบการเข้าถึงสุขภาพชุมชน</b> 3.1 การวางแผนการป้องกันควบคุมโรคระดับจังหวัด Smart digital health และ platform Health station ในชุมชน เพื่อจัดการลดความเสี่ยงด้านสุขภาพสำหรับประชาชน <b>พัฒนาบริการ</b> 3.2 NCD Clinic Plus (Service Model ยุค new normal) 3.3 นำร่องรูปแบบการติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วย HT ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก (Hospital BP) <b>พัฒนาเครื่องมือ</b> 3.4 สื่ออิเล็กทรอนิกส์สำหรับการจัดการตนเองของผู้ป่วย DM HT ที่ควบคุมไม่ได้ <b>พัฒนาศักยภาพบุคลากร</b> 3.5 การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายด้านการป้องกันควบคุมโรค NCDs 4.0 ในรูปแบบออนไลน์	<b>พัฒนาระบบ:</b> 4.1 ระบบคลังข้อมูล NCD และระบบเชื่อมโยงข้อมูล 4.2 ระบบการสำรวจออนไลน์ คัดกรองสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงโรค NCD โดยแสดงผลรายบุคคล 4.3 ศึกษาความเป็นไปได้ของระบบ Digital Surveillance (Social Listening) 4.4 พัฒนาเพิ่มเติมส่วนแสดงผล Dashboard 4.5 พัฒนาระบบเฝ้าระวังและสอบสวนกรณีทดสอบหรือ เสียชีวิตขณะวิ่งในที่สาธารณะ (กรบ. กับ กรม.) 4.6 พัฒนาระบบเฝ้าระวังในเรือนจำและสถานประกอบการ <b>พัฒนาเครื่องมือ</b> 4.7 เครื่องมือประกันคุณภาพของ กนว. ส่วน NCD ติดตามการดำเนินงาน NCD ของ พชอ. (กนว./กรม.)	-	-	-	-

<b>Quick Win</b>	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ ข้อตกลงขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวัง และการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียมจังหวัด</li> <li>❖ ร้อยละของการคัดกรอง DM และ HT ในประชาชนอายุ 35 – 59 ปี ร้อยละ 30</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ รายงานสถานการณ์เฝ้าระวังการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด</li> <li>❖ ผลการสำรวจความตระหนักความเสี่ยงการบริโภคเกลือและโซเดียม</li> <li>❖ กลุ่มเสี่ยงป่วย DM ได้รับการตรวจติดตามไม่น้อยกว่า ร้อยละ 40</li> <li>❖ กลุ่มเสี่ยงป่วย HT ได้รับการตรวจติดตามไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60</li> <li>❖ ร้อยละของการคัดกรอง DM และ HT ในประชาชนอายุ 35 – 59 ปี ร้อยละ 80</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ จำนวนหน่วยงานที่ร่วมดำเนินการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมลดการบริโภคเกลือและโซเดียม</li> <li>❖ กลุ่มเสี่ยงป่วย DM ได้รับการตรวจติดตามไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60</li> <li>❖ กลุ่มเสี่ยงป่วย HT ได้รับการตรวจติดตามไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ ประชาชนในจังหวัดเป้าหมายมีความตระหนักรู้ความเสี่ยงการบริโภคเกลือและโซเดียมไม่น้อยกว่าร้อยละ 80</li> <li>❖ ผลการประเมิน NCD Clinic Plus ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 80</li> <li>❖ กลุ่มเสี่ยงป่วย DM HT ได้รับการตรวจติดตามไม่น้อยกว่าร้อยละ 80</li> <li>❖ ร้อยละผู้ป่วย DM ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (ร้อยละ 40)</li> <li>❖ ร้อยละผู้ป่วย HT ที่ควบคุมความดันได้ดี (ร้อยละ 60)</li> </ul>



# การติดตามผลการปฏิบัติงาน (Small Success) ปีงบประมาณ 2565

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง &gt; ร้อยละ 30</li> <li>❖ ข้อตกลงขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังและการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียมจังหวัด</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง &gt; ร้อยละ 70</li> <li>❖ การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน &gt; ร้อยละ 40</li> <li>❖ การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง &gt; ร้อยละ 60</li> <li>❖ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี &gt; ร้อยละ 20</li> <li>❖ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี &gt; ร้อยละ 20</li> <li>❖ รายงานสถานการณ์เฝ้าระวังการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด</li> <li>❖ ผลการสำรวจความตระหนักความเล็งการบริโภคเกลือและโซเดียม</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง &gt; ร้อยละ 80</li> <li>❖ การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน &gt; ร้อยละ 60</li> <li>❖ การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง &gt; ร้อยละ 70</li> <li>❖ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี &gt; ร้อยละ 30</li> <li>❖ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี &gt; ร้อยละ 40</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง &gt; ร้อยละ 90</li> <li>❖ การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง &gt; ร้อยละ 80</li> <li>❖ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี &gt; ร้อยละ 40</li> <li>❖ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี &gt; ร้อยละ 60</li> </ul>

การดำเนินงานคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง  
จังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2565

- ไตรมาส 1  $\geq$  30%
- ไตรมาส 2  $\geq$  70%

# ประชากร 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรอง และเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน จังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2565

ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ยังไม่ป่วยDM  
จังหวัดมหาสารคาม = 340,605 คน

คัดกรอง DM  
173,393 คน  
(50.92%)

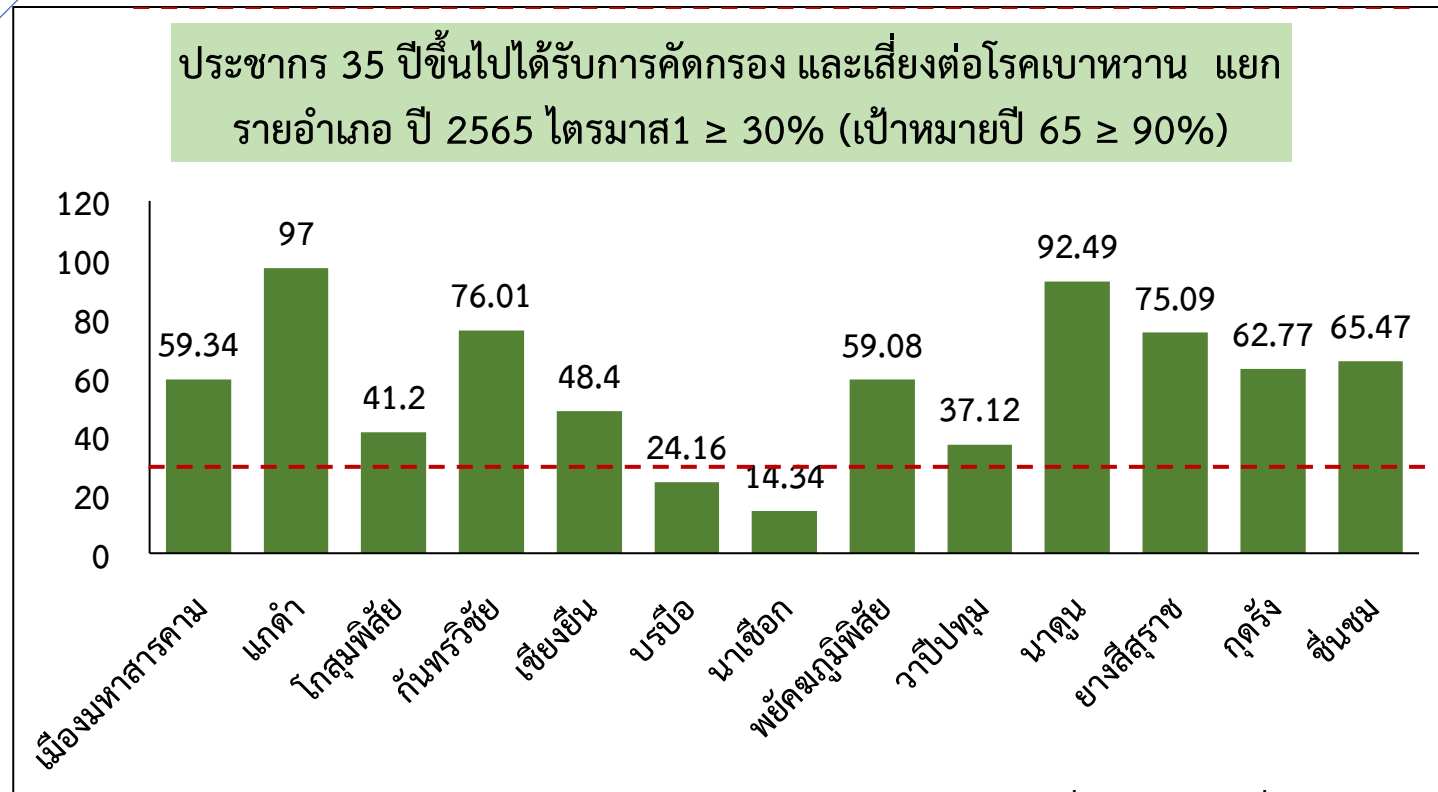
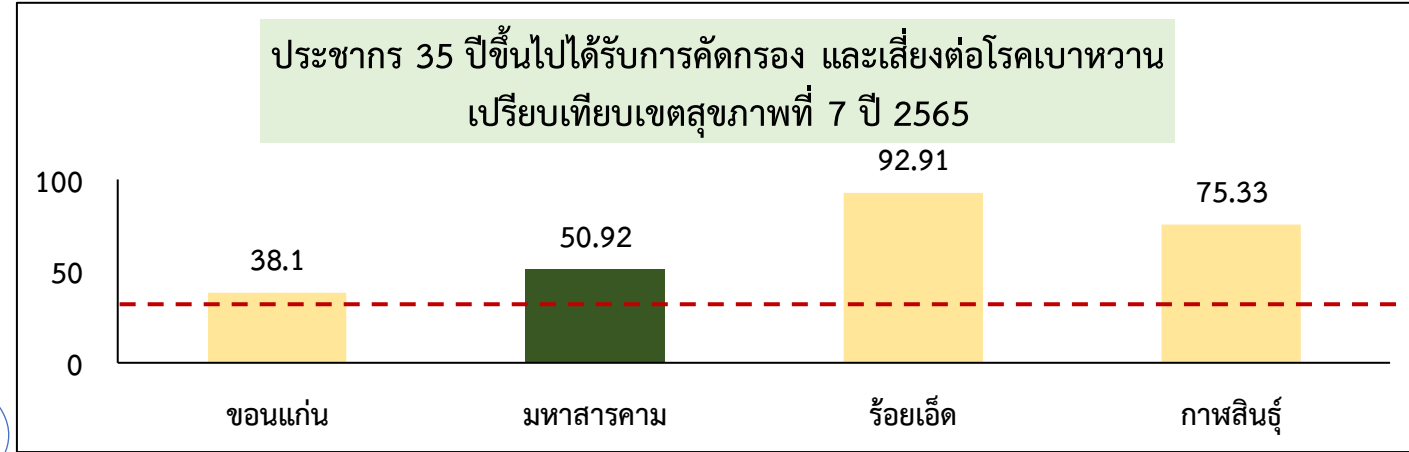
กลุ่มปกติ  
154,248 คน  
(88.94%)

กลุ่มเสี่ยง  
14,376 คน  
(8.29%)

กลุ่มสงสัย  
ป่วย  
2,114 คน  
(1.22%)

ได้รับการตรวจติดตาม  
(เป้าหมายปี 65 ≥ 80%)  
เป้าหมายไตรมาส 2 = 40%  
140 คน (6.65%)

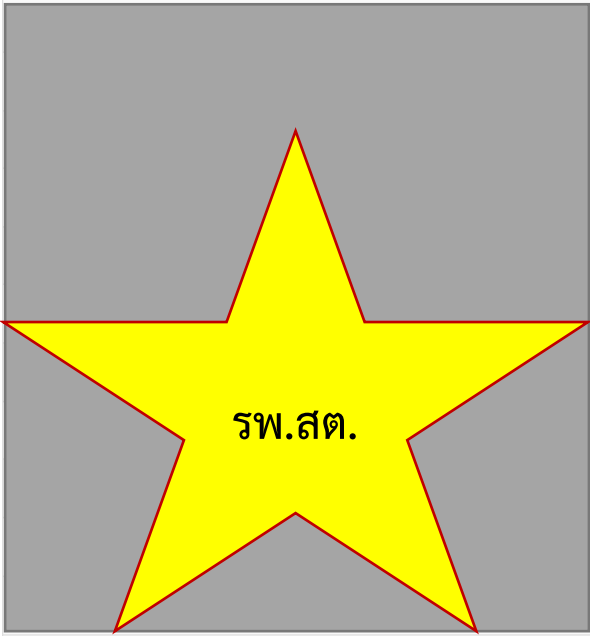
DM รายใหม่จากกลุ่มสงสัยป่วย 38 คน (27.14%)





# ข้อสังเกต

- ผลการคัดกรองเบาหวานไม่พบกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน
- มีการบันทึกค่าน้ำตาลที่ผิดปกติ

หน่วยบริการ	เป้าหมาย	คัดกรอง	ร้อยละ	ผลการคัดกรอง							
				ปกติ	ร้อยละ	เสี่ยง	ร้อยละ	สงสัยป่วย	ร้อยละ	นอกเกณฑ์	ร้อยละ
	2,441	2,267	92.87	2,213	97.62	19	0.84	0	0.00	35	1.54
	3,155	9	0.29	8	88.89	0	0.00	1	11.11	0	0.00
	2,011	900	44.75	781	86.78	74	8.22	22	2.44	23	2.56
	3,212	3,059	95.24	2,984	97.55	22	0.72	7	0.23	46	1.50
	2,564	1,238	48.28	1,157	93.46	42	3.39	3	0.24	36	2.91
	1,897	990	52.19	952	96.16	29	2.93	0	0.00	9	0.91
	3,276	2,816	85.96	2,816	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	3,240	586	18.09	572	97.61	0	0.00	0	0.00	14	2.39
	1,765	1,618	91.67	1,602	99.01	11	0.68	3	0.19	2	0.12
	3,263	391	11.98	356	91.05	24	6.14	3	0.77	8	2.05
1,366	436	31.92	397	91.06	27	6.19	2	0.46	10	2.29	
<b>รวม</b>	<b>53,079</b>	<b>22,039</b>	<b>41.52</b>	<b>20,736</b>	<b>94.09</b>	<b>677</b>	<b>3.07</b>	<b>104</b>	<b>0.47</b>	<b>522</b>	<b>2.37</b>

	A	B	C	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X
1	#	รหัสสถ	ชื่อสถา	เลขบัต	ชื่อNAM	นามสก	เพศSE	วันเกิด	รหัสบ้า	ที่อยู่AD	รหัสตา	สัญชา	สถานะ	สถานะ	SEQ	DATE_S	BSTEST	BSLEVE	CREEN	วันที่ตร	ชนิดกา	ผลการ	หน่วยร
1033							ร	2 1970-05-1	442	16 44100407 099			1	9	337580	2021-12-1	3	706					
1078							น	2 1957-07-0	339	125 44110319 099			1	9	427710	2021-10-7	3	739					
1101							ร	1 1966-06-0	360	27 44110312 099			1	9	431414	2021-11-3	3	996					

# ประชากร 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรอง และเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2565

ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ยังไม่ป่วย HT  
จังหวัดมหาสารคาม = 317,598 คน

คัดกรอง HT  
162,643 คน  
(51.21%)

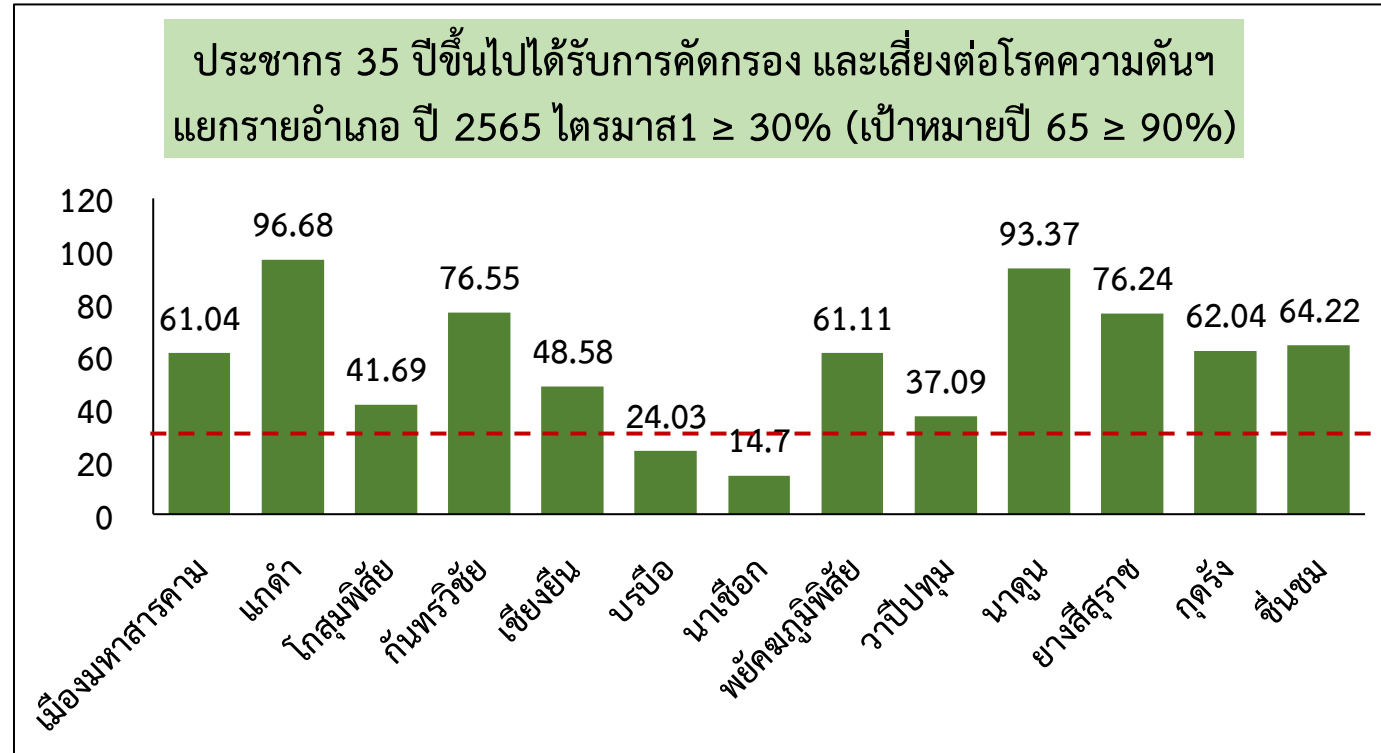
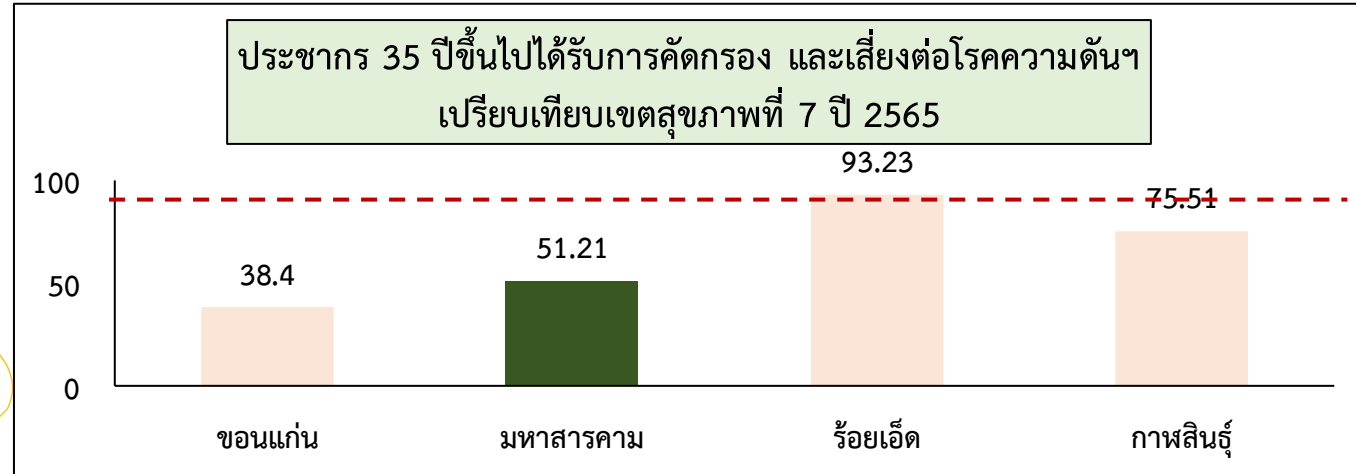
กลุ่มเสี่ยง  
18,473 คน  
(11.36%)

กลุ่มปกติ  
134,619 คน  
(82.77%)

กลุ่มสงสัย  
ป่วย 8,737 คน  
(5.37%)

ได้รับการตรวจติดตาม (เป้าหมายปี 65 ≥ 80)  
เป้าหมายไตรมาส 2 = 60%  
Home BP = 1,281 คน (14.30%)

HT รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง 25 คน (1.86%)



# ข้อสังเกต

- ผลการคัดกรองความดันโลหิตสูงไม่พบกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง
- มีการบันทึกค่าระดับความดันที่ผิดปกติ

หน่วยบริการ	เป้าหมาย	คัดกรอง	ร้อยละ	ผลการคัดกรอง											
				ปกติ	ร้อยละ	เสี่ยง	ร้อยละ	สงสัยป่วย	ร้อยละ	ป่วย(ส่งพบแพทย์)	ร้อยละ	นอกเกณฑ์	ร้อยละ		
รพ.สต.	2,902	2	0.07	1	50.00	1	50.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	1,977	1	0.05	0	0.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	2,632	1	0.04	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	2,889	137	4.74	127	92.70	3	2.19	7	5.11	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	2,803	1,782	63.57	1,582	88.78	177	9.93	21	1.18	2	0.11	0	0.00	0	0.00
	2,787	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	1,271	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	1,866	126	6.75	92	73.02	28	22.22	6	4.76	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	1,320	1	0.08	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	1,056	1	0.09	0	0.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
รวม	39,126	4,024	10.28	3,767	93.61	214	5.32	34	0.84	2	0.05	7	0.18	0	0.00

เกิด	วันที่คัดกรอง	SBP	DBP	ติดตามภายในวันที่	วันที่ดี
10-20	2021-12-29	150	21	2022-04-28	
05-24	2021-12-27	145	40	2022-04-26	
05-01	2021-11-30	140	41	2022-03-30	
05-27	2021-11-27	152	42	2022-04-26	
04-01	2021-11-12	143	42	2022-03-12	
03-16	2021-11-02	152	48	2022-03-02	
11-01	2021-12-13	140	48	2022-04-12	
02-10	2021-10-22	140	48	2022-02-19	

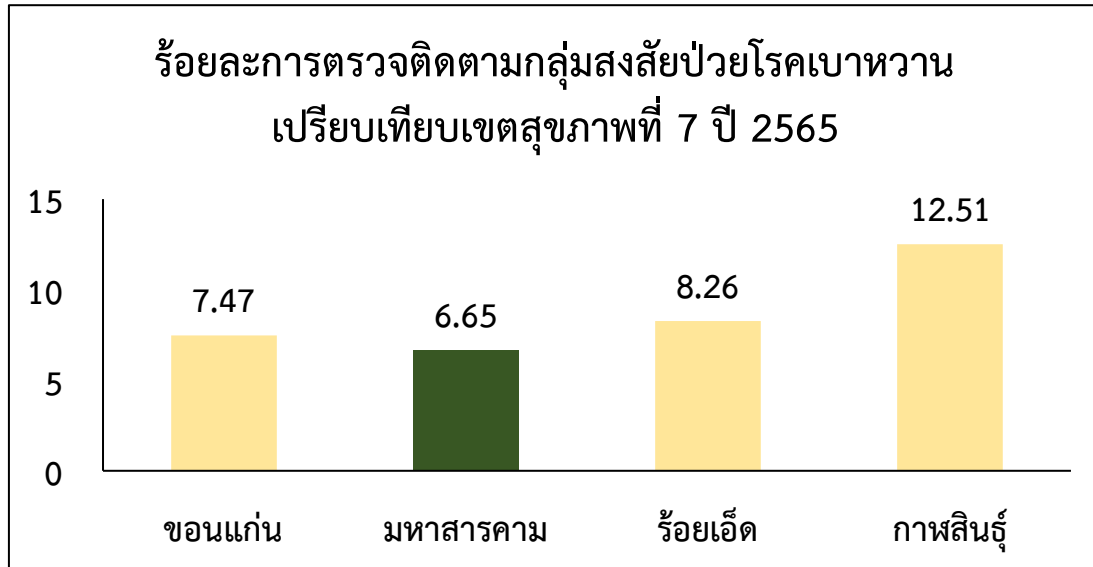
ผลการดำเนินงานตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน  
ความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2565

□ ไตรมาส 2

- ตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วย DM  $\geq$  40%
- ตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วย HT  $\geq$  60%

# ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน จังหวัดมหาสารคาม

ไตรมาส 2 = 40% (เป้าหมายปี 65 ≥ 80%)

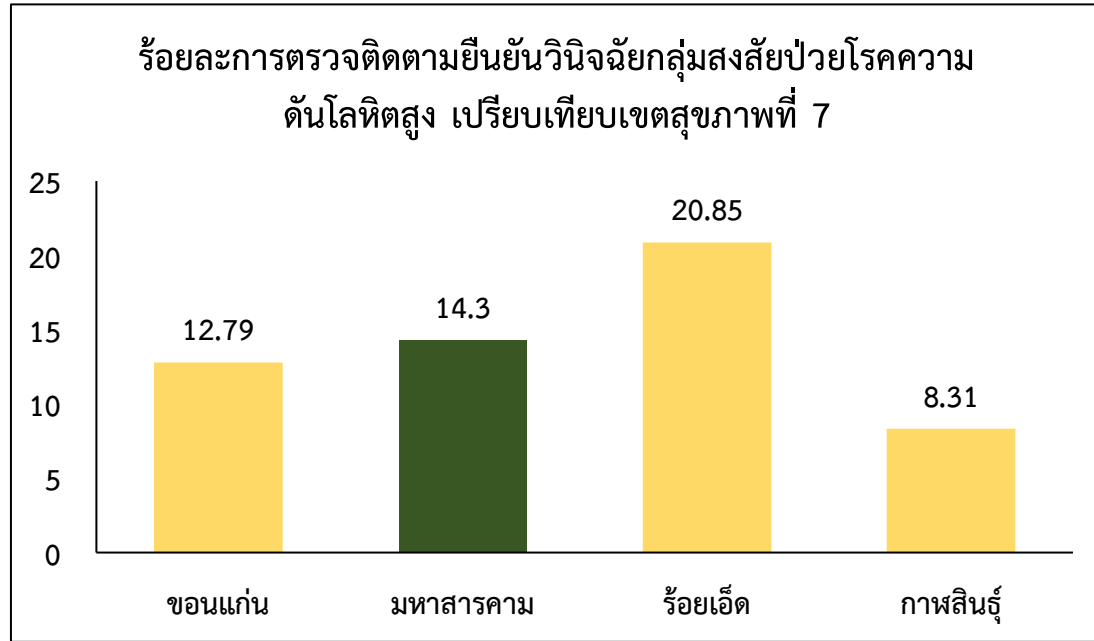


อำเภอ	รวม		
	เป้าหมาย	ผลงาน	%
เมืองมหาสารคาม	216	1	0.46
แกดำ	296	26	8.78
โกสุมพิสัย	202	38	18.81
กันทรวิชัย	209	6	2.87
เขียงยืน	276	6	2.17
บรบือ	16	0	0
นาเชือก	79	1	1.27
พยัคฆภูมิพิสัย	218	30	13.76
วาปีปทุม	158	1	0.63
นาइन	112	5	4.46
ยางสีสุราช	125	19	15.2
กุตุรัง	106	6	5.66
ชื่นชม	91	1	1.1
รวม	2,104	140	6.65

การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย!!!  
ต้องดำเนินการภายใน 90 วัน นับจากวันคัดกรอง  
หากเกิน 90 วันจะถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์

# ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง

เป้าหมายไตรมาส 2 = 60% (เป้าหมายปี 65 ≥ 80%)



**การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย!!!**  
**ต้องดำเนินการภายใน 90 วัน นับจากวันคัดกรอง**  
**หากเกิน 90 วันจะถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์**

อำเภอ	รวม		
	เป้าหมาย	ผลงาน	%
เมืองมหาสารคาม	1,823	380	20.84
แกดำ	885	175	19.77
โกสุมพิสัย	1,199	142	11.84
กันทรวิชัย	550	238	43.27
เขียงยืน	955	0	0
บรบือ	385	0	0
นาเชือก	372	0	0
พยัคฆภูมิพิสัย	496	157	31.65
วาปีปทุม	430	65	15.12
นาดูน	525	32	6.1
ยางสีสุราช	587	91	15.5
กุฉีกรัง	253	1	0.4
ชื่นชม	496	0	0
รวม	8,956	1,281	14.3

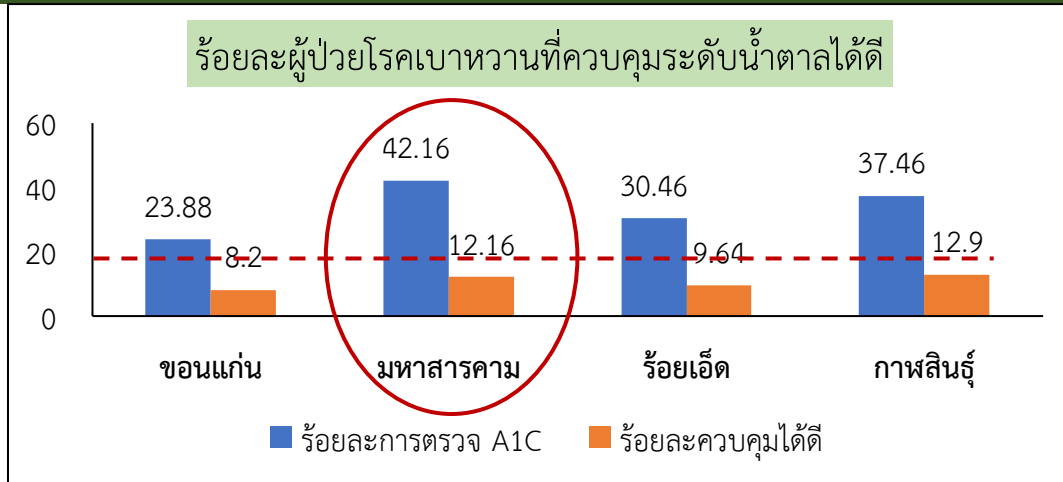


# โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมได้

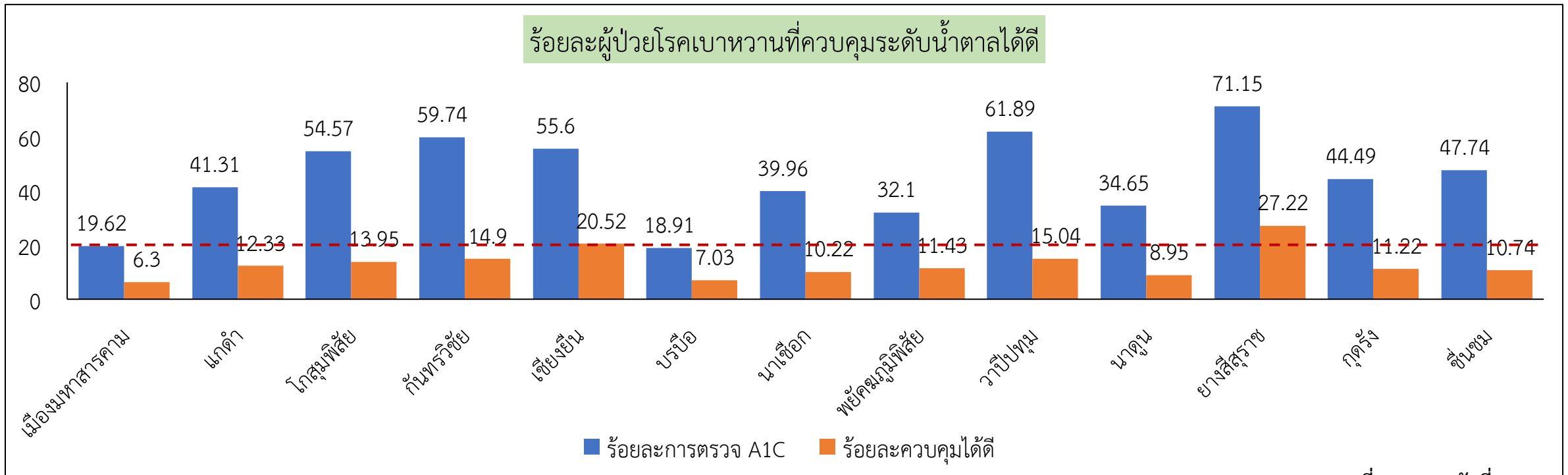
## ☐ ไตรมาส 2

- DM Control  $\geq$  20%
- HT Control  $\geq$  20%

# ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี เป้าหมายไตรมาส 2 = 20% (เป้าหมายปี 65 ≥ 40%)



❖ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด 68,288 ราย  
 ต้องได้รับการตรวจได้รับการตรวจ A1C ≥ 70% และ  
 ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ≥ 40%



ข้อสังเกต!!! : ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ปี 2564 = 24.23  
(ที่ 1 ของเขตสุขภาพที่ 7 แต่ยังไม่ผ่านเกณฑ์  $\geq 40\%$ )

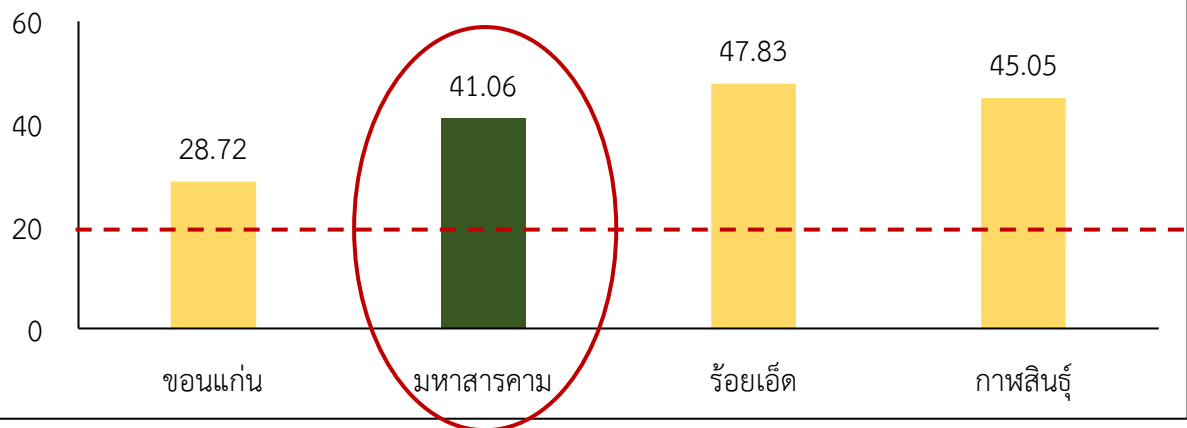
ข้อเสนอแนะ : ในปี 2565 ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1C และมีค่าอยู่ระหว่าง 7-9 จำนวน 7,160 คน  
ควรนำผู้ป่วยมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้นและตรวจติดตามผล A1C ซ้ำ

HbA1C	จำนวน (คน)
7	369
7.1 - 8	3,617
8.1 - 9	3,174

1					
2					
3	ป้ายชื่อแถว	▼	นับจำนวน ของ ทะเบียนบุคคลPID		
4	11051		13	172	05056
5	11052		217	173	05057
6	11053		160	174	05058
7	11054		258	175	05059
8	11055		11	176	05060
9	11056		43	177	05061
10	11057		35	178	05062
11	11058		60	179	05063
12	11059		41	180	05064
13	11060		66	181	05065
14	11748		8	182	05066
15	11749		27	183	05067
16	13936		17	184	05068
17	13937		12	185	05069
18	13938		47	186	05070
19	13940		109	187	05071
20	13941		8	188	05072
21	14428		53	189	05073
22	22953		35	190	05074
23	23564		54	191	05075
24	23565		67	192	05076
25	24701		1	193	05077
26	24704		15	194	05078
27	28843		2	195	(ว่าง)
				196	ผลรวมทั้งหมด
				197	
					7160

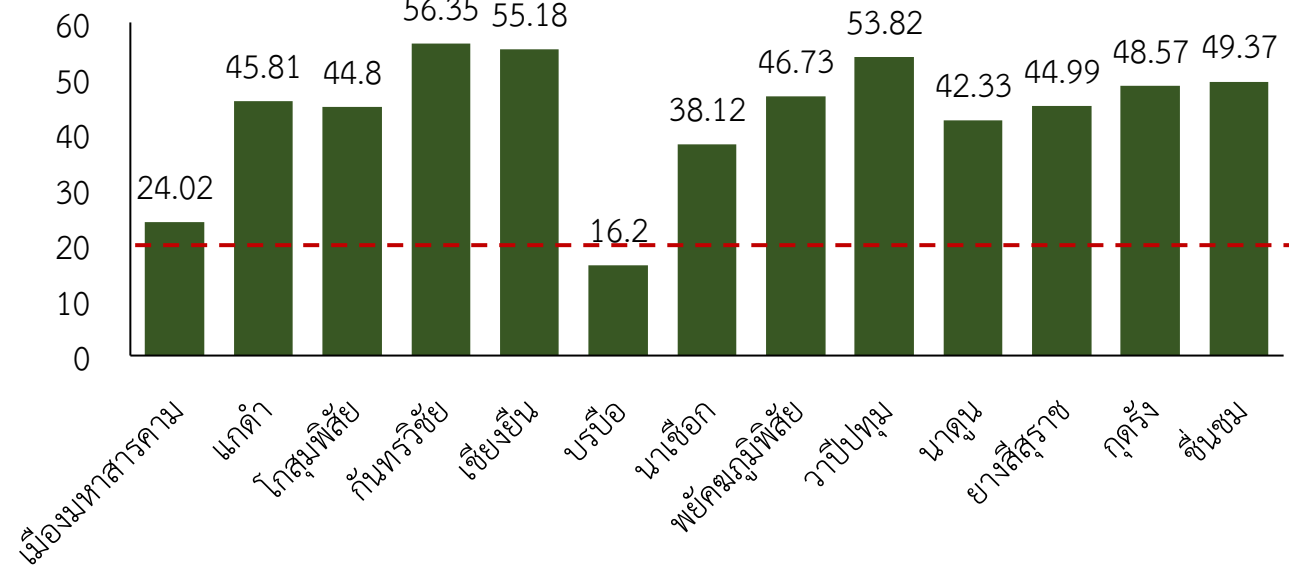
# ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี เป้าหมายไตรมาส 2 $\geq 20\%$ (เป้าหมายปี 65 $\geq 60\%$ )

ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี

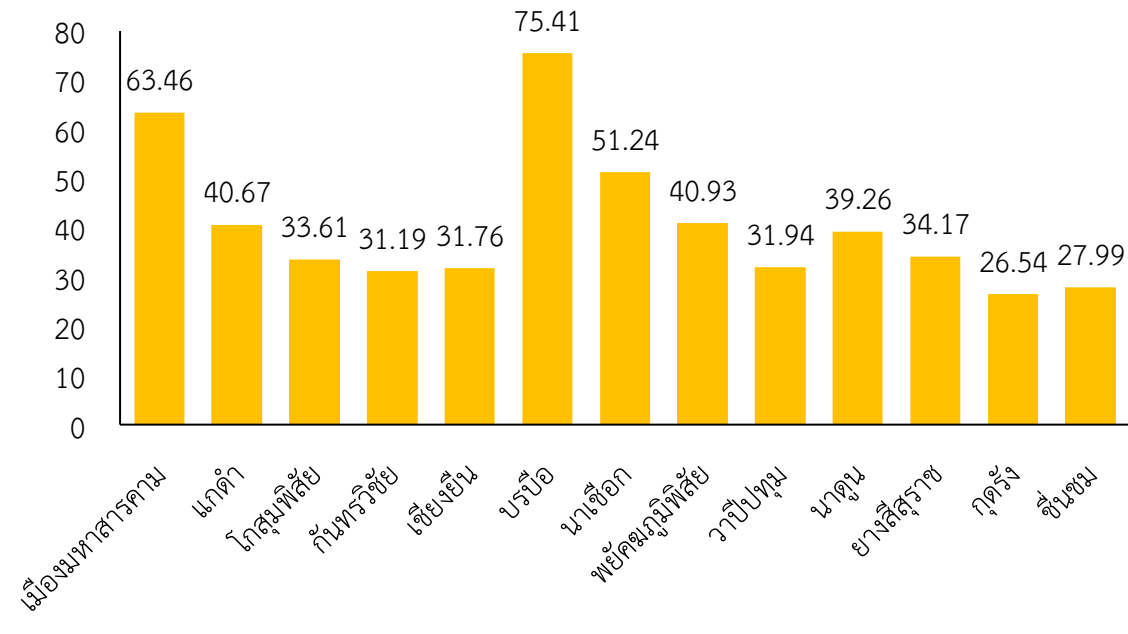


**ข้อสังเกต!!!** จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทั้งหมด 83,887 คน  
ไม่พบประวัติการรักษา 37,117 คน คิดเป็นร้อยละ 44.25  
ข้อเสนอแนะ...ตรวจสอบทะเบียนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี



ผู้ป่วยความดันโลหิตไม่พบประวัติการรักษา



## ปัญหา

### การคัดกรอง :

- คุณภาพการคัดกรอง DM HT
- การนำกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- การติดตามกลุ่มสงสัยป่วย การขึ้นทะเบียนเข้าสู่กระบวนการรักษา
- สถานการณ์ Covid ทำให้ผู้ป่วยไม่มาตามนัด

### การดำเนินงาน :

- ผลการดำเนินงานที่ดำเนินการได้จริงกับข้อมูลใน HDC ไม่สอดคล้องกัน

### DM/HT Control

- การตรวจ HbA1C ยังไม่ครอบคลุม
- รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังไม่ชัดเจน
- การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนยังไม่บรรลุเป้าหมาย

## ข้อเสนอแนะ

- วางแผนการคัดกรองและดำเนินการคัดกรองเริ่มตั้งแต่ไตรมาสแรก มีกระบวนการติดตามผลการดำเนินงาน
- การค้นหา/สนับสนุนการพัฒนา Service Model นวัตกรรม เทคโนโลยี Health station, Application ที่ช่วยในการคัดกรองและการเข้าถึงการบริการ
- จัดบริการในรูปแบบ New normal

- ควรมีการศึกษา Template รายละเอียด วิธีการเก็บข้อมูล ให้ชัดเจน เพื่อดำเนินงานได้ถูกต้องตามเป้าหมาย
- จัดระบบและทีมตรวจสอบ ติดตาม แก้ไขปัญหาการบันทึกข้อมูล ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

- สนับสนุนการตรวจ HbA1C ให้ครอบคลุมกลุ่มที่ควรได้รับการตรวจ
- ค้นหาแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้สอดคล้องและเหมาะสม
- พัฒนาการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ตา เท้า โดยใช้ Health Station มาช่วยเพิ่มการเข้าถึง
- ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ
- เน้นการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน Stroke/STEMI ในผู้ป่วย control ไม่ได้ในสถานการณ์ Covid -19

1

# NCDs CUP เชียงใหม่

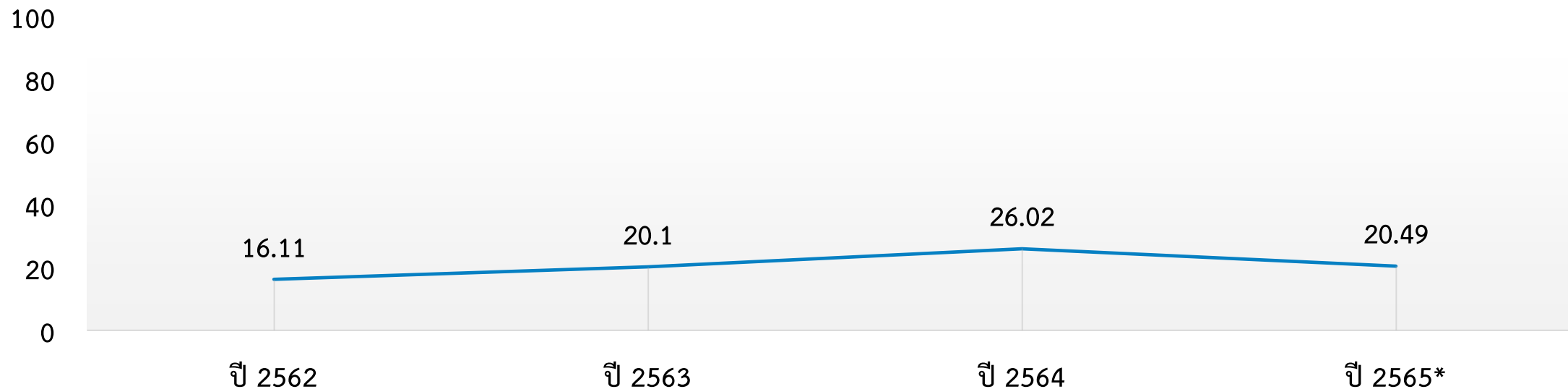


ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรไม่ติดต่อ (NCDs) ระดับ

การวิเคราะห์สถานการณ์

➤ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ควบคุมได้ ปี 2562-2565 (ต.ค. -ธ.ค.64) \*

ร้อยละผู้ป่วย DM ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ( $\geq 40\%$ )



ที่มา: HDC มหาสารคาม \*ข้อมูล 1 ต.ค.64-31 ธ.ค.64



## กลยุทธ์ในการดำเนินงาน

- ไม่ยึดติดกับรูปแบบเดิม
- ปรับแนวทางให้เข้า lifestyle ของกลุ่ม NCD ในกลุ่มที่พบจำนวนมาก
- ใส่ Intervention แบบเข้มข้น ในกลุ่ม NCD กลุ่มที่พบจำนวนมาก

**เชิงรุก:** กำหนด Goal ลดการเกิดโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง กำหนด KPI โดย

1. การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง 35 ปีขึ้นไป และการคัดกรองการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต หัวใจ และหลอดเลือดผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
2. สร้างชุมชนต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยเพื่อเฝ้าระวังในชุมชน
4. อบรมให้ความรู้ ธารรงค์พฤติกรรม การดูแลตนเอง 3 อ. 2 ส. 1 พ. ลดเสี่ยง ลดโรค การเข้าถึงบริการโดยคลินิก 3 หมอ ให้กับผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยง และประชาชนทั่วไป

**เชิงรับ:** กำหนด Goal ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและการดูแลรักษาที่ถูกต้องตามมาตรฐาน กำหนด KPI โดย

1. ลดอัตราการเกิดผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่
2. การแบ่งระดับความรุนแรงหรือระยะของโรค
3. การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ตา ไต เท้า CVD Risk ที่ครอบคลุมทุกกรพ.สต.
4. ดำเนินงาน ชุมชนวิถีใหม่ ห่วงไกล NCDs/ ชุมชนรักซีไต ทุกกรพ.สต.

**เชิงสนับสนุน:**

1. ได้รับการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจาก หน่วยงานภายนอก(งบประมาณ)เช่น อบต./ อบท.

## การพัฒนา

- นวัตกรรม 6สี 5รู้ สู้โรคไต (4S: style, stage, stop, strong)
- นวัตกรรมตารางสีบอกระดับหลอดเลือด  
(กลุ่มเป้าหมาย CVD >20%)
- นวัตกรรมโรงเรียนอ่อนหวาน (กลุ่มเป้าหมาย HbA1c 7-9%)

## นวัตกรรม โรงเรียนอ่อนหวาน

Inclusion criteria ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ HbA1c 7-9 mg%

เป้าหมาย :

1. เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) < 7 ได้มากกว่าร้อยละ 40
2. เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด 3,684 ราย ตรวจ Hba1c 2,049 ราย ผ่านเกณฑ์ 755 ราย (20.47%) ต้องการ 750 ราย เพื่อเป้าหมาย 40%  
\*เลือกแบบเจาะจง ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ HbA1c 7-9 mg% ทั้งมีโรคร่วมและไม่มีโรคร่วม จำนวน 872 ราย ที่รพ. เชียงยืน และรพ.สต. ทุกแห่ง

## ระยะที่1(Plan)

ประชุมทีมสหวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้อง คือ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักโภชนาการ และอสม. ในเขตรับผิดชอบ

(ดำเนินการเดือน มกราคม 2565)

## ระยะที่2 (Do)

1. จัดอบรมให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและแนวทางการทำ SMBG แก่เจ้าหน้าที่รพ.สต. อสม. ผู้ป่วยเบาหวาน และญาติ
2. Consult แพทย์เพื่อปรับยาตามระดับ HbA1c
3. ดำเนินการทำ SMBG
4. รายงานผลน้ำตาลในเลือดให้พยาบาลผู้จัดการรายกรณีทุก 1 สัปดาห์ ผ่าน Group Line
5. มีการให้ความรู้เพิ่มและเสริมแรงให้กับผู้ป่วย (ดำเนินการเดือน มกราคม-มีนาคม 2565)

## ระยะที่3(Check)

1. ประเมินผลการควบคุมระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) เมื่อครบ 3 เดือน (เมษายน 2565)
2. คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นจากก่อนให้ Intervention 80 %

## ระยะที่4(Act)

สรุปผลหลังจากดำเนินการไปแล้ว

ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลสะสมเพิ่มมากขึ้น เป็นร้อยละ 40 ตามเป้าหมาย HDC (รอผลดำเนินการ)





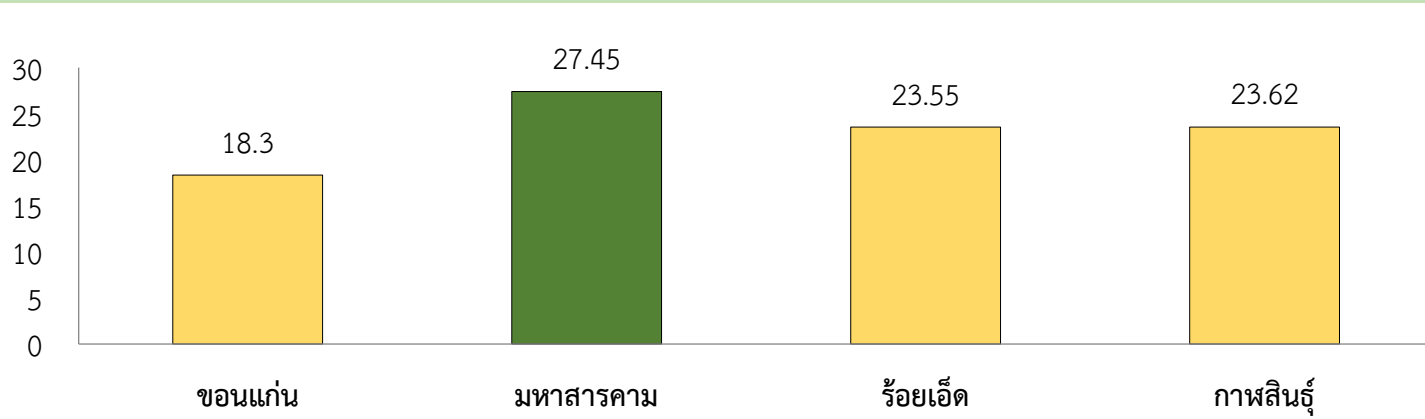
# โรคไตเรื้อรัง

- คัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต  $\geq 80\%$
- ผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR  $<5$  mL/min/1.73m<sup>2</sup>/yr  $\geq 66\%$

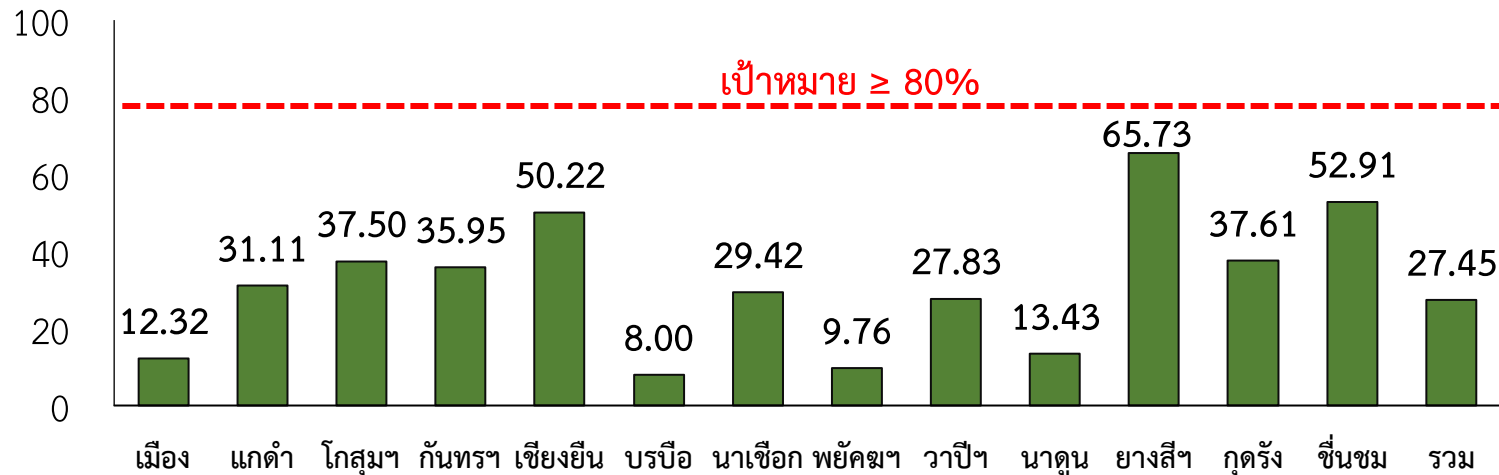


# ผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคาม ประจำปี 2565 (เป้าหมาย $\geq 80\%$ )

ผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง เปรียบเทียบเขตสุขภาพที่ 7 ปี 2565



ผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคาม ปี 2565 (รายอำเภอ)



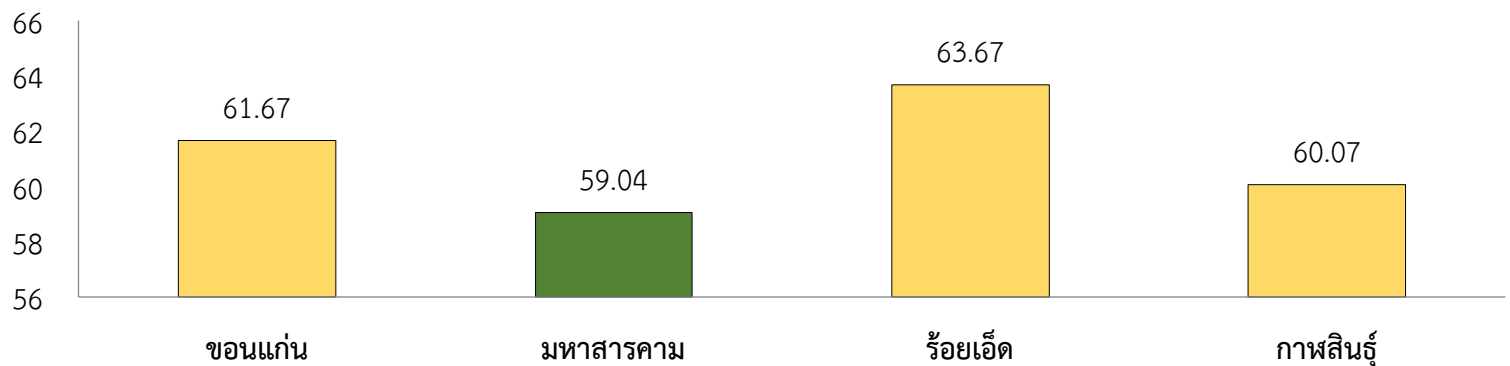
อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองมหาสารคาม	13,785	1,698	12.32
แกดดำ	2,009	625	31.11
โกสุมพิสัย	10,788	4,046	37.50
กันทรวิชัย	3,847	1,383	35.95
เชียงยืน	5,062	2,542	50.22
บรบือ	5,586	447	8.00
นาเชือก	5,261	1,548	29.42
พยัคฆภูมิพิสัย	7,202	703	9.76
วาปีปทุม	5,380	1,497	27.83
นาดูน	1,988	267	13.43
ยางสีสุราช	3,353	2,204	65.73
กุดรัง	2,159	812	37.61
ชื่นชม	1,820	963	52.91
รวม	68,240	18,735	27.45





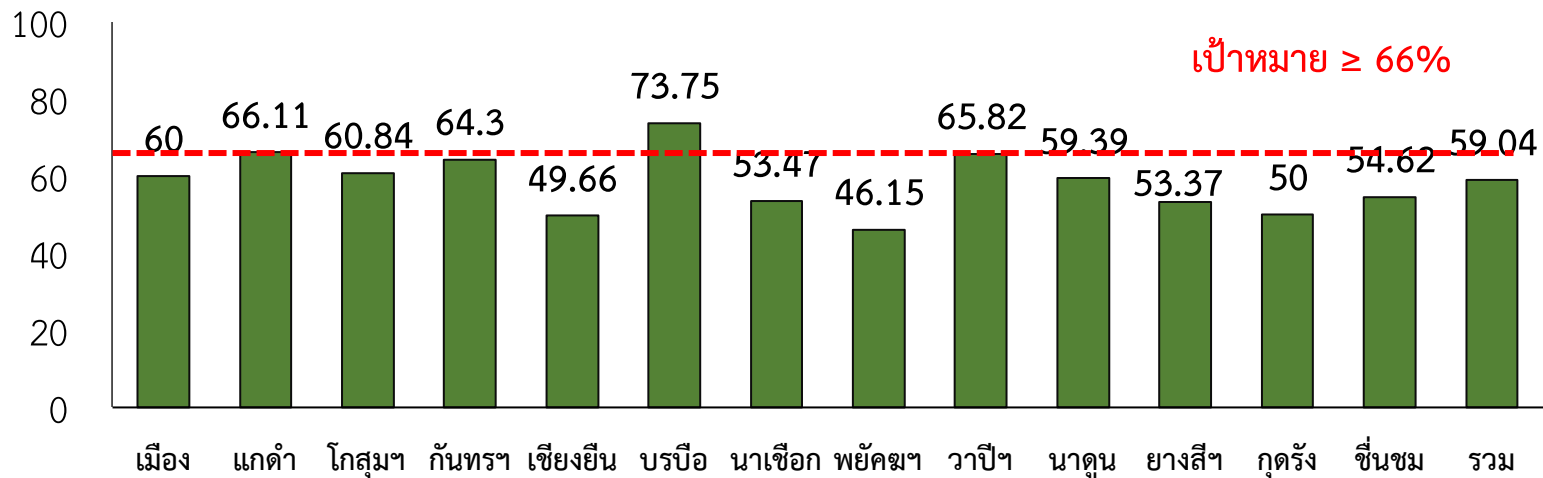
# อัตราการลดลงของ eGFR < 5 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>/yr จังหวัดมหาสารคาม(เป้าหมาย ≥ 66%)

อัตราการลดลงของ eGFR < 5 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>/yr เปรียบเทียบเขตสุขภาพที่ 7 ปี 2565



อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองมหาสารคาม	820	492	60.00
แกดำ	180	119	66.11
โกสุมพิสัย	475	289	60.84
กันทรวิชัย	479	308	64.30
เชียงยืน	445	221	49.66
บรบือ	160	118	73.75
นาเชือก	101	54	53.47
พยัคฆภูมิพิสัย	208	96	46.15
วาปีปทุม	433	285	65.82
นาดูน	165	98	59.39
ยางสีสุราช	208	111	53.37
กุฉีกรัง	180	90	50.00
ชื่นชม	130	71	54.62
รวม	3,984	2,352	59.04

อัตราการลดลงของ eGFR < 5 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>/yr จังหวัดมหาสารคาม ปี 2565 (รายอำเภอ)



ข้อสังเกต!!! ความครอบคลุมในการตรวจ eGFR 2 ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ย้อนหลัง 1 ปีงบประมาณ และมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < 5 ในกลุ่มเป้าหมาย CKD Stage 3-4 ยังน้อย คิดเป็นร้อยละ 45.70

อำเภอ	ผู้ป่วยไต ระยะ 3-4 (คน)	ผู้ป่วยไต ระยะ 3-4 ที่ได้รับการตรวจ Creatinine/มีผล eGFR ≥ 2 ค่า ย้อนหลัง 1 ปีงบประมาณ	ร้อยละ	ผ่านตัวชี้วัด (คน)	ร้อยละ	เกือบผ่าน (รอดิตตามตรวจซ้ำ) (คน) การลดลง eGFR 5.00-6.99
เมือง	1054	820	77.80	492	60.00	49
แกดำ	324	180	55.56	119	66.11	7
โกสุมพิสัย	892	475	53.25	289	60.84	40
กันทรวิชัย	825	479	58.06	308	64.3	32
เขียงยืน	612	445	72.71	221	49.66	48
บรบือ	1189	160	13.46	118	73.75	7
นาเชือก	337	101	29.97	54	53.47	13
พยัคฆภูมิพิสัย	812	208	25.62	96	46.15	16
วาปีปทุม	1295	433	33.44	285	65.82	22
นาดูน	505	165	32.67	98	59.39	8
ยางสีสุราช	364	208	57.14	111	53.37	18
กุฉีกรัง	251	180	71.71	90	50.00	21
ชื่นชม	257	130	50.58	71	54.62	9
รวม	8,717	3,984	45.70	2,352	59.04	290

## กิจกรรมที่ต้องขับเคลื่อนในปีงบประมาณ 2565

- การขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังและลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด พ.ศ. 2565
- การจัดตั้งสถานีสุขภาพ (Health Station)
- การขยายเครือข่ายหน่วยบริการบำบัดทดแทนไต จังหวัดมหาสารคาม
- โครงการป้องกันไตในชุมชนระยะขยายผล จังหวัดมหาสารคาม



# ประเด็น :

## การขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังและลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด พ.ศ. 2565

เป้าหมาย (Goals) : มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังและลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด	ตัวชี้วัด (KPI)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ทุกจังหวัดเป้าหมายมีข้อมูลเฝ้าระวังและนำไปใช้วางแผนการดำเนินงาน</li> <li>2. ประชาชนในจังหวัดมีความตระหนักรู้ความเสี่ยงการบริโภคเกลือและโซเดียม <math>\geq</math> ร้อยละ 80</li> </ol>
--	-----------------	---

มาตรการ / กิจกรรม สำคัญ	สคร.	จังหวัด
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประสานการจัดทำข้อตกลงขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังและลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด</li> <li>2. สนับสนุนการจัดทำข้อมูลเฝ้าระวังสถานการณ์ปัญหาการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด</li> <li>3. นิเทศ ติดตาม การดำเนินงาน</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. จัดทำข้อตกลงขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังและการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียมร่วมกับหน่วยงานเครือข่ายระดับจังหวัด</li> <li>2. จัดทำข้อมูลเฝ้าระวังสถานการณ์ปัญหาการบริโภคเกลือและโซเดียมของจังหวัด</li> <li>3. จัดทำแผนปฏิบัติการและดำเนินงาน</li> <li>4. สรุปผลการดำเนินงาน</li> </ol>

Quick Win	Q1	Q2	Q3	Q4
	ข้อตกลงขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังและการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียมจังหวัด ภายในวันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๖๕	<ul style="list-style-type: none"> <li>-รายงานสถานการณ์เฝ้าระวังการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด</li> <li>-ผลการสำรวจความตระหนักรู้ความเสี่ยงการบริโภคเกลือและโซเดียม</li> </ul>	จำนวนหน่วยงานที่ร่วมดำเนินการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมลดการบริโภคเกลือและโซเดียม	ผลการสำรวจประชาชนในจังหวัดมีความตระหนักรู้ความเสี่ยงการบริโภคเกลือและโซเดียมไม่น้อยกว่าร้อยละ 80



# พิธีลงนามบันทึกความเข้าใจ

“ขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังลดการบริโภคเกลือและโซเดียม อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม  
วันที่ 24 มกราคม 2565

- ☐ ไตรมาส 1 ดำเนินการบันทึกความเข้าใจ “ขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังและการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียมจังหวัด”
- ☐ ไตรมาส 2 สํารวจปริมาณเกลือและโซเดียมในอาหาร ทุกหน่วยบริการ โดยสํารวจหน่วยบริการละ 30 ตัวอย่าง รวมจํานวน 5000 ตัวอย่าง
- ☐ ไตรมาส 3 กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการบริโภคเกลือและโซเดียม
- ☐ ไตรมาส 4 สํารวจประชาชนในจังหวัดมีความตระหนักรู้ความเสี่ยงการบริโภคเกลือและโซเดียม



# การจัดตั้งสถานีสู่สุขภาพ (Health Station)

วัตถุประสงค์ คือ ให้ประชาชนรู้ตัวเลข รู้ความเสี่ยงสุขภาพตนเอง  
เป้าหมาย คือ สถานีสุขภาพ (Health Station) 1 แห่ง/สถานบริการสาธารณสุข

## KNOW YOUR NUMBERS

ประชาชนรู้ตัวเลขที่บ่งชี้สุขภาพและทราบระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรค NCDs ของตนเอง



น้ำหนัก  
BMI  
<23 kg./m<sup>2</sup>



รอบเอว  
<ส่วนสูง/2



ระดับความดันโลหิต  
<120/80  
mmHg



ระดับน้ำตาลในเลือด  
<100 mg/dl



ลด ละ เลิก  
สุมนหรี  
เครื่องดื่ม  
แอลกอฮอล์



สุขภาพ  
จิต  
ไม่ซึมเศร้า

## KNOW YOUR RISK

- Overweight (BMI ≥ 23) , Obesity ( BMI>25 )
- Thai CV Risk Score App
- Diabetes risk score

## Health station



เครื่องชั่งน้ำหนัก



สายวัดรอบเอว



เครื่องวัด BP



เครื่องวัดส่วนสูง



เครื่องชั่งน้ำหนัก



สายวัดรอบเอว



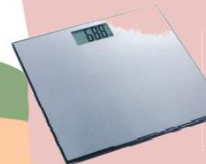
เครื่องวัด BP



เครื่องวัดส่วนสูง



DTX



เครื่องชั่งน้ำหนัก



สายวัดรอบเอว



เครื่องวัด BP



เครื่องวัดส่วนสูง



DTX



Oximeter



# การขยายเครือข่ายหน่วยบริการบำบัดทดแทนไต จังหวัดมหาสารคาม

## สถานการณ์

- ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต
- มีผู้ป่วย ESRD (eGFR<10) ที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต 298 ราย
- ปี 64 มีผู้ป่วย CAPD 443 คน มีศูนย์ CAPD 5 แห่ง ▲
- มีผู้ป่วย HD 688 ราย มีศูนย์ HD 9 แห่ง (รัฐ 5 ● เอกชน 4 ● )
- ด้วยข้อจำกัดของสถานบริการ ทั้ง 2 วิธี ทำให้ผู้ป่วยบางส่วนต้องเดินทางไกล และยังไม่สามารถเข้าถึงบริการได้

## เป้าหมายการขยาย ปี 65-66

- เพื่อเป็นการรองรับผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตในจังหวัดมหาสารคาม ให้ได้รับบริการที่สะดวก มีคุณภาพ มาตรฐาน และทั่วถึง จึงมีแผนการขยายศูนย์ฯ ดังนี้
- ศูนย์บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD) 1 แห่ง (เป้าหมาย SP เขต) คือ โรงพยาบาลวาปีปทุม
  - ศูนย์ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) 3 แห่ง (ส่งเข้าแผนเขตปี 65) คือ โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย โรงพยาบาลเขียงยืน และศูนย์เอกชนในเขตอำเภอเมือง





# โครงการป้องกันไ้ในชุมชนระยะขยายผล จังหวัดมหาสารคาม

เพื่อขยายรูปแบบการป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง ภายใต้การสนับสนุนของ พชอ. และชุมชน

เป้าหมาย ปี 2565-2566

8 พชอ. 9 ชุมชน

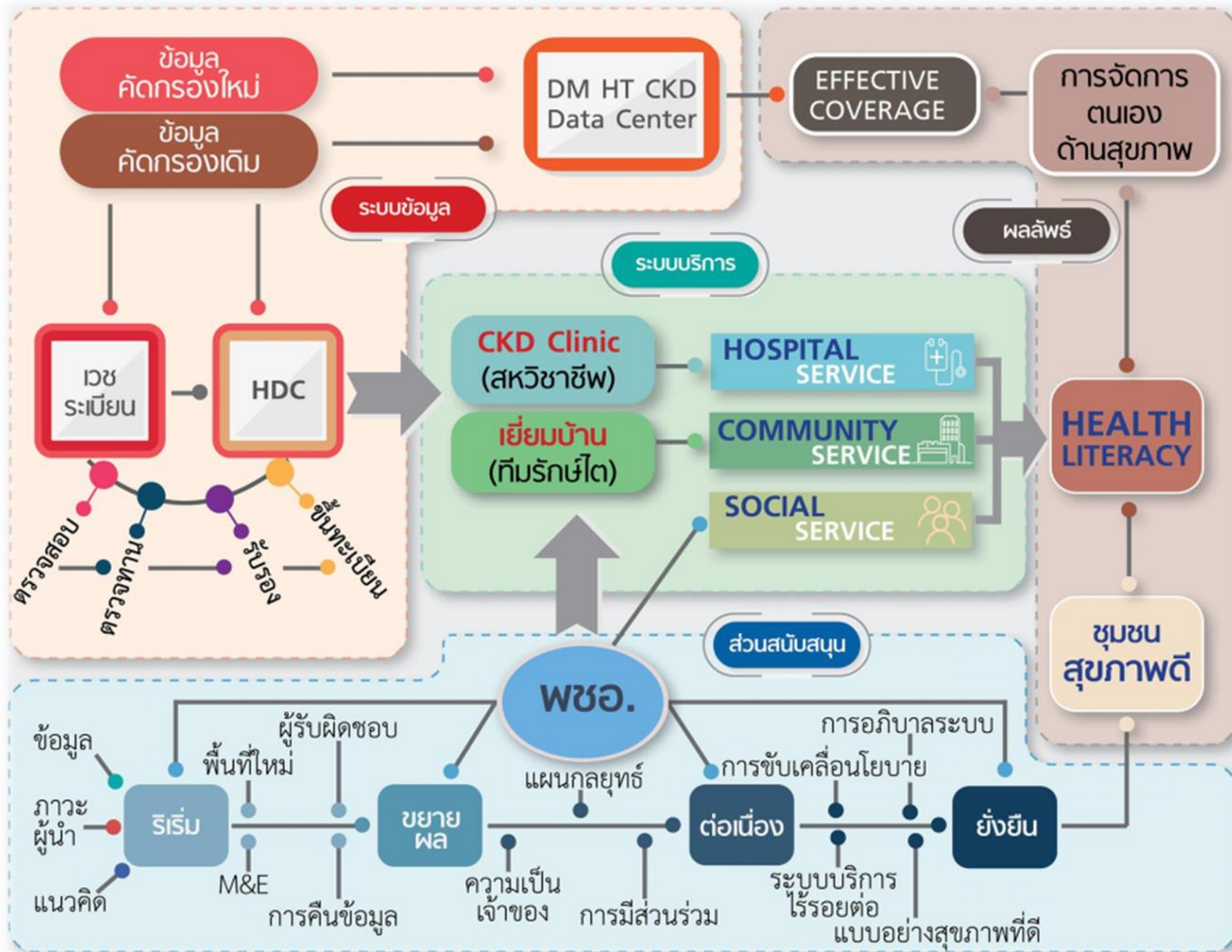
ที่	พชอ.	ชุมชน
1	พชอ.กันทรวิชัย	บ้านยาง (หมู่ที่ 8,9,18,21) ตำบลขามเฒ่าพัฒนา
		บ้านโนนแสง (หมู่ที่ 2)ตำบลขามเรียง
2	พชอ.วาปีปทุม	บ้านชาดน้อย หมู่ที่ 3 ตำบลหัวเรือ
3	พชอ.เขียงยืน	บ้านแฝก หมู่ที่ 6 ตำบลดอนเงิน
4	พชอ.ชื่นชม	บ้านกระบาก หมู่ที่ 7 ตำบลเหล่าดอกไม้
5	พชอ.พยัคฆภูมิพิสัย	บ้านหนองฮี หมู่ที่ 5 ตำบลเมืองเตา
6	พชอ.บรบือ	บ้านห้วยทราย หมู่ที่ 3 ตำบลโนนราษี
7	พชอ.กุดรัง	บ้านกุดเม็กหนองน้ำใส หมู่ที่ 8, 12 ตำบลกุดรัง
8	พชอ.นาเชือก	บ้านตลาดม่วง หมู่ 1, 13 ตำบลหนองเรือ

เป้าหมาย ปี 2566-2567

5 พชอ. 7 ชุมชน

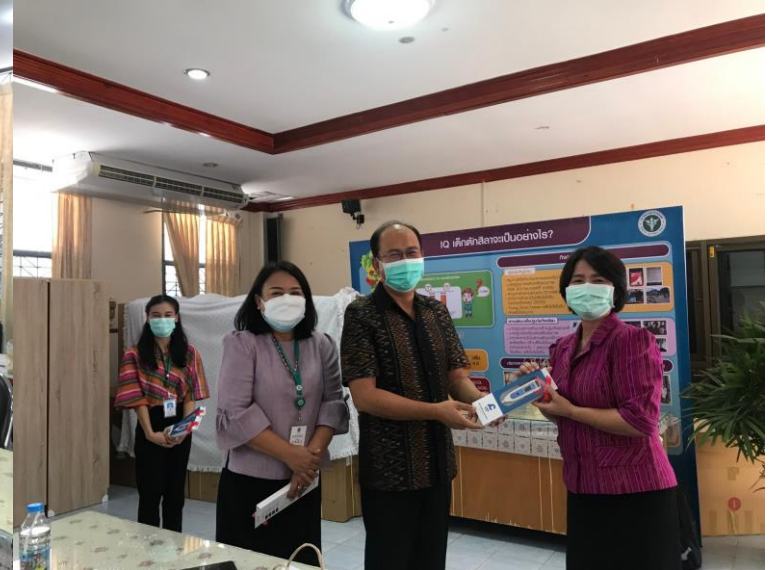
ที่	พชอ.	ชุมชน
1	พชอ.เมือง	บ้านหนองแวง หมู่ที่ 8 ตำบลแวงน่าง
2	พชอ.โกสุมพิสัย	1. บ้านคุ่มกลาง หมู่ที่ 13 ตำบลหัวขวาง 2. บ้านคุ่มสังข์ หมู่ที่ 23 ตำบลหัวขวาง (PCU รพ.โกสุมพิสัย)
3	พชอ.แกดำ	1. บ้านหนองขุ่น หมู่ที่ 10 ตำบลมิตรภาพ 2. บ้านหนองน้ำใส หมู่ที่ 17 ตำบลมิตรภาพ (รพ.สต.ตาหลวง)
4	พชอ.นาคูน	บ้านโนนเห็ดโค หมู่ที่ 3 ตำบลหนองไผ่ (รพ.สต.หนองไผ่)
5	พชอ.ยางสีสุราช	บ้านโนนรัง หมู่ที่ 2 ตำบลบ้านกู่ (รพ.สต.โนนรัง)

# โมเดลการป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรัง ภายใต้การสนับสนุนของ พชอ. และชุมชน





ประชุมติดตามผลการดำเนินงาน NCDs ไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2565  
วันที่ 6 มกราคม 2565  
ณ ห้องประชุมเพทาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม





THANK YOU