



แผนสุขภาพอำเภอเมืองอ่างทอง
ประจำปีงบประมาณ 2563

แผนสุขภาพอำเภอเมืองอ่างทองปีงบประมาณ 2563

แผนที่ 1

- แผนการดำเนินงานปฐมภูมิ

แผนที่ 2

- แผนสุขภาพ NCD Primary

แผนที่ 3

- แผนสุขภาพ NCD Secondary

แผนที่ 4

- แผนการป้องกันควบคุมโรคฉับโรค

แผนที่ 5

- แผนสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

แผนที่ 6

- แผนสุขภาพกลุ่มเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน

แผนที่ 7

- แผนสุขภาพกลุ่มวัยผู้สูงอายุ



แผนสุขภาพอำเภอเมืองอ่างทอง

แผนที่ 1 การดำเนินงานปฐมภูมิ ปี 2563

สถานการณ์ / แนวโน้ม



รพ.สต. 5 ดาว จำนวน 11 แห่ง คิดเป็น 84.62%
แผน : พัฒนาหน่วยบริการ 2 แห่งให้เป็น รพ.สต. 5 ดาว
ได้แก่ รพ.สต.มหาดไทย และ รพ.สต.บ้านรี



1. การจัดการขยะในชุมชน
2. การดื่มสุราในชุมชน/โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง/ฯลฯ

ในประเด็นที่ 2 จะคัดเลือกปลาย เดือน ก.ย.62

เป้าประสงค์

1. ประชาชนได้รับบริการตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ

ตัวชี้วัด

1. ร้อยละ รพ.สต.ผ่านเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว (ร้อยละ 100)

2. ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการขึ้นทะเบียนในพื้นที่ผ่านเกณฑ์ 3 S (1 แห่ง)

3. ร้อยละของคณะกรรมการพขอ. ที่มีคุณภาพตามแนวทาง UCCARE (100%)

มาตรการ

1.ขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว

2. เพิ่มศักยภาพให้บริการ NCD คลินิกใน PCC

กลยุทธ์

กลยุทธ์ : พัฒนา รพ.สต.ระดับ 4 ดาวให้เป็น 5 ดาว
เป้าประสงค์ : รพ.สต.ได้รับการพัฒนาผ่านเกณฑ์ระดับ 5 ดาว (ร้อยละ 100)
ตัวชี้วัด : ร้อยละ 100

กลยุทธ์ : พัฒนา PCC ให้เข้มแข็ง เพิ่มบริการ NCD Clinic ในคลินิกหมอครอบครัว

เป้าประสงค์ : ประชาชนทุกกลุ่มได้รับการการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในคลินิกหมอครอบครัว

ตัวชี้วัด :

1. ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร้อยละ 98
2. อัตราการเกิดผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงรายใหม่ไม่เกินร้อยละ2
3. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยดังนี้
 1. ความดันควบคุมได้ร้อยละ 50
 2. เบาหวานคุมได้ร้อยละ 40
 3. CKD stage 4-5 ได้รับการส่งต่อร้อยละ 100
 4. อัตราการเข้าถึงบริการในผู้ป่วยStroke STEMI ตามเกณฑ์
 5. ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่ม3 มาเป็นกลุ่ม 2

กลยุทธ์ : เพิ่ม

ประสิทธิภาพแบบเข้มแข็งและนําร่วมการบริหารจัดการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

เป้าประสงค์ : สร้างและพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอคุณภาพ

ตัวชี้วัด : อำเภอมีการดำเนินการและผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตชีวิตร้อยละ 70



กิจกรรมการดำเนินงานของ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

กลยุทธ์ที่ 1
พัฒนา รพสต.
ระดับ 4 ดาวให้
เป็น 5 ดาว

หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

- อสม.
- อปท.
- รร. วัด ชุมชน และประชาชน

1. ทบทวนแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาและคณะกรรมการประเมินผล รพ.สต.ติดดาว
2. รับการถ่ายทอดนโยบายจาก สสจ. และถ่ายทอด นโยบายสู่ระดับตำบล
3. พัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยงพัฒนา รพ.สต.ติดดาว ระดับอำเภอ และระดับโซน
4. ทีมพี่เลี้ยงติดตามความก้าวหน้า เยี่ยมเสริมพลัง และนิเทศงาน พัฒนา ให้ข้อเสนอแนะเติมเต็มส่วนขาด ตามเกณฑ์ รพ.สต. ติดดาว ปี 2563
5. รับการนิเทศงาน ระดับจังหวัด 2 ครั้ง/ ปี
6. สรุปผลการดำเนินงาน รายไตรมาส ส่ง สสจ.
7. คณะทำงานพัฒนาและประเมินผล ติดตามประเมินผลตามเกณฑ์รพ.สต.ติดดาว เป้าหมายปี 2563 1 ครั้ง/ปี
8. ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอบันทึกข้อมูลประเมินผลในระบบทรัพยากรประุมภูมิ
9. คณะทำงานพัฒนาและประเมินผล ทุกอำเภอติดตามประเมินผลแบบไขว้อำเภอ ตามเกณฑ์รพ.สต.ติดดาว เป้าหมาย ปี 2563 1 ครั้ง/ปี

รพท. / สสอ.

1. รับการถ่ายทอดนโยบาย ปี 2563 จาก และนำนโยบายสู่ภาคีเครือข่ายและผู้ปฏิบัติ
2. ขับเคลื่อนภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานเพื่อพัฒนา รพ.สต. ติดดาว
3. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนา รพ.สต. และกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบ
4. ศึกษา รพ.สต.ต้นแบบภายในอำเภอ
5. ประเมินตนเอง บันทึกข้อมูลในระบบทรัพยากรประุมภูมิ
6. วิเคราะห์ส่วนขาดและวางแผนทางจัดทำแผนการพัฒนาดตนเอง
7. จัดลำดับการพัฒนาตามส่วนขาด
8. ดำเนินการพัฒนา รพ.สต. ตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว
9. รายงานความก้าวหน้าการพัฒนาตามเกณฑ์รพ.สต.ติดดาว ปีละ 2 ครั้ง
10. เป้าหมายพัฒนาผ่านเกณฑ์ ระดับ 5 ดาว ปี 2563 รับการการนิเทศงาน ระดับจังหวัด ปีละ 1 ครั้ง
11. เป้าหมายพัฒนาผ่านเกณฑ์ ระดับ 5 ดาว ปี 2563 รับการประเมินผล ระดับจังหวัด 1 ครั้ง

รพ.สต.

กิจกรรมการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1. จัดบริการและมีระบบให้คำปรึกษา/ส่งต่อเชื่อมโยงกับแม่ข่ายบริการ
2. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน (ไต เต็ม โต้ก)
3. สนับสนุนการดำเนินงานของรพสต./PCC เช่น ทีมวิทยากร / สื่อการสอน / ข้อมูล / แนวทางการส่งต่อ Muang fast track
4. กำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงาน
5. วิเคราะห์ข้อมูล ปัญหา อุปสรรค และดำเนินการแก้ไขเป็นรายไตรมาส

รพท.

1. จัดตั้งคณะกรรมการเพิ่มบริการ NCD Clinic และการดูแล ผส/ผู้พิการติดเตียง
2. ประชุมถ่ายทอดนโยบายและทบทวนการดำเนินงาน
3. สนับสนุน ควบคุม ติดตามกำกับงาน
4. เชื่อมโยงชุมชนในการส่งเสริมสิ่งแวดล้อมปลอดภัย เช่น อาหารปลอดภัย ยาปลอดภัย

สสอ.

กลยุทธ์ที่ 2 พัฒนา PCC ให้
เข้มแข็ง เพิ่มบริการ NCD
Clinic ในคลินิกหมอครอบครัว

1. คืบข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจในการดูแลตนเอง ของชุมชน /
2. ขอบสนับสนุน บริการ Holistic Care /HL ในกลุ่มโรคเรื้อรัง จาก กองทุน สปสช อบต./เทศบาล

หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

1. จัดหน่วยบริการให้มีพื้นที่ใช้สอยในการรองรับการเพิ่มบริการ NCD Clinic และการดูแล ผส/ผู้พิการติดเตียง
- 2.. บริการ Holistic Care /HL ในกลุ่มโรคเรื้อรัง
- 3.. มีระบบให้คำปรึกษา/ส่งต่อเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย
4. อบรมให้ความรู้และสร้างแรงจูงใจ ประชาชนกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง

รพ.สต.

กิจกรรมการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

รพท. / สสอ.

1. คณะกรรมการ พชอ. ของทุกอำเภอ ทบทวนการแต่งตั้ง คณะกรรมการและประเด็นปัญหาสำคัญในพื้นที่
2. ทบทวนแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานตามประเด็นปัญหาตอบสนองและบริบทพื้นที่
3. จัดเวทีคืนข้อมูล การสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้มีความสำคัญ ขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาอย่าง สร้างความเข้มแข็ง และการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงาน พชอ. ของเครือข่ายทุกภาคส่วน และภาวะการนำองค์กร สู่การพัฒนาอย่างจริงจังโดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน
4. ดำเนินตามแนวทาง UCCARE ให้ผ่านขั้น 3 และพัฒนาให้เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 ขั้นใน 2 ประเด็น

กลยุทธ์ที่ 3 เพิ่มประสิทธิภาพแบบเข้มแข็งและนำ
ร่วมการบริหารจัดการคณะกรรมการพัฒนา
คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

1. อสม. อปท
2. ภาคเอกชน
3. รร. วัด ชุมชน และประชาชน
4. ส่วนราชการที่เกี่ยวข้องแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิต

รพ.สต.

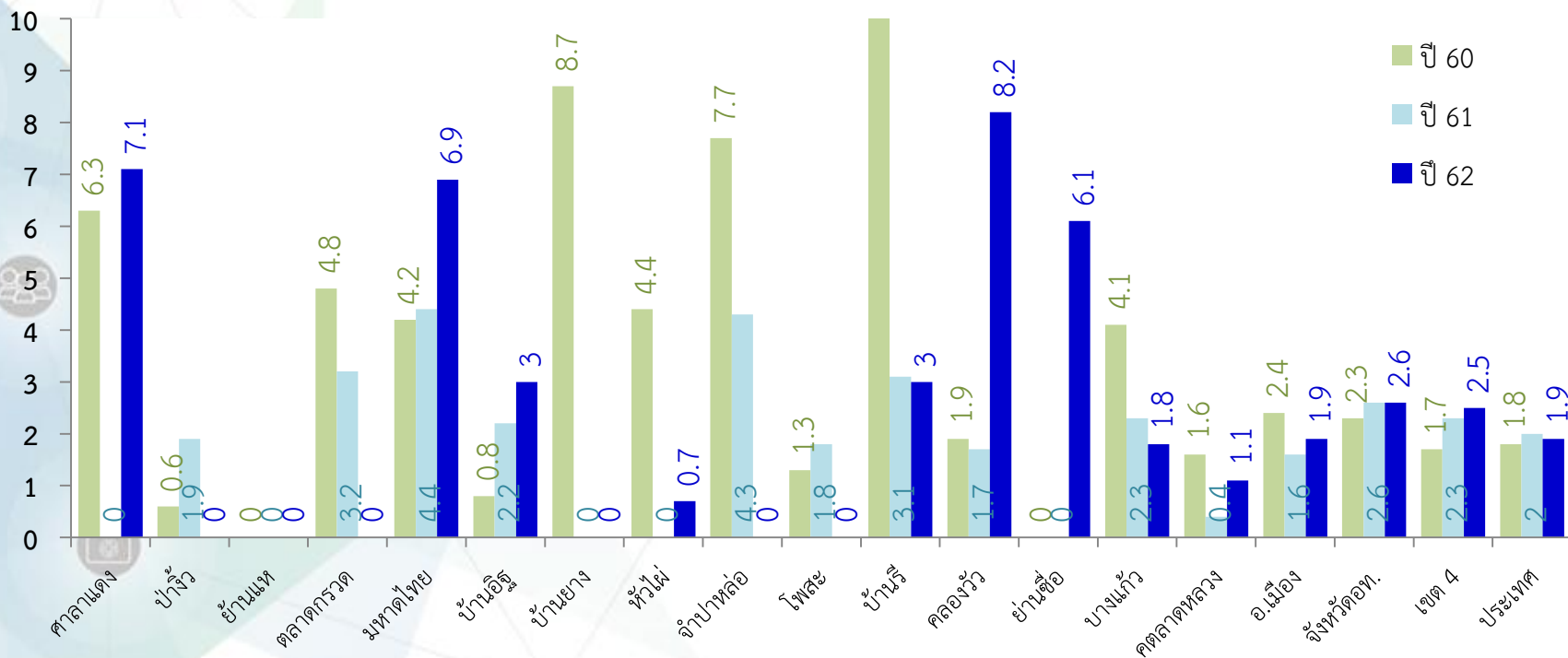
1. จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.)
2. ดำเนินการประสานงานกับหน่วยงานในพื้นที่ ที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหา
3. สรุปผลลัพธ์การดำเนินงาน แก้ไขปัญหาตามประเด็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ระดับตำบล
4. นำเสนอข้อมูลปัญหา แนวทางการแก้ปัญหาแต่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)



แผนสุขภาพอำเภอเมืองอ่างทอง
แผนที่ 2 NCD Primary Prevention ปี 2563

สถานการณ์ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (Primary Prevention)

อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (\leq ร้อยละ 2.05)



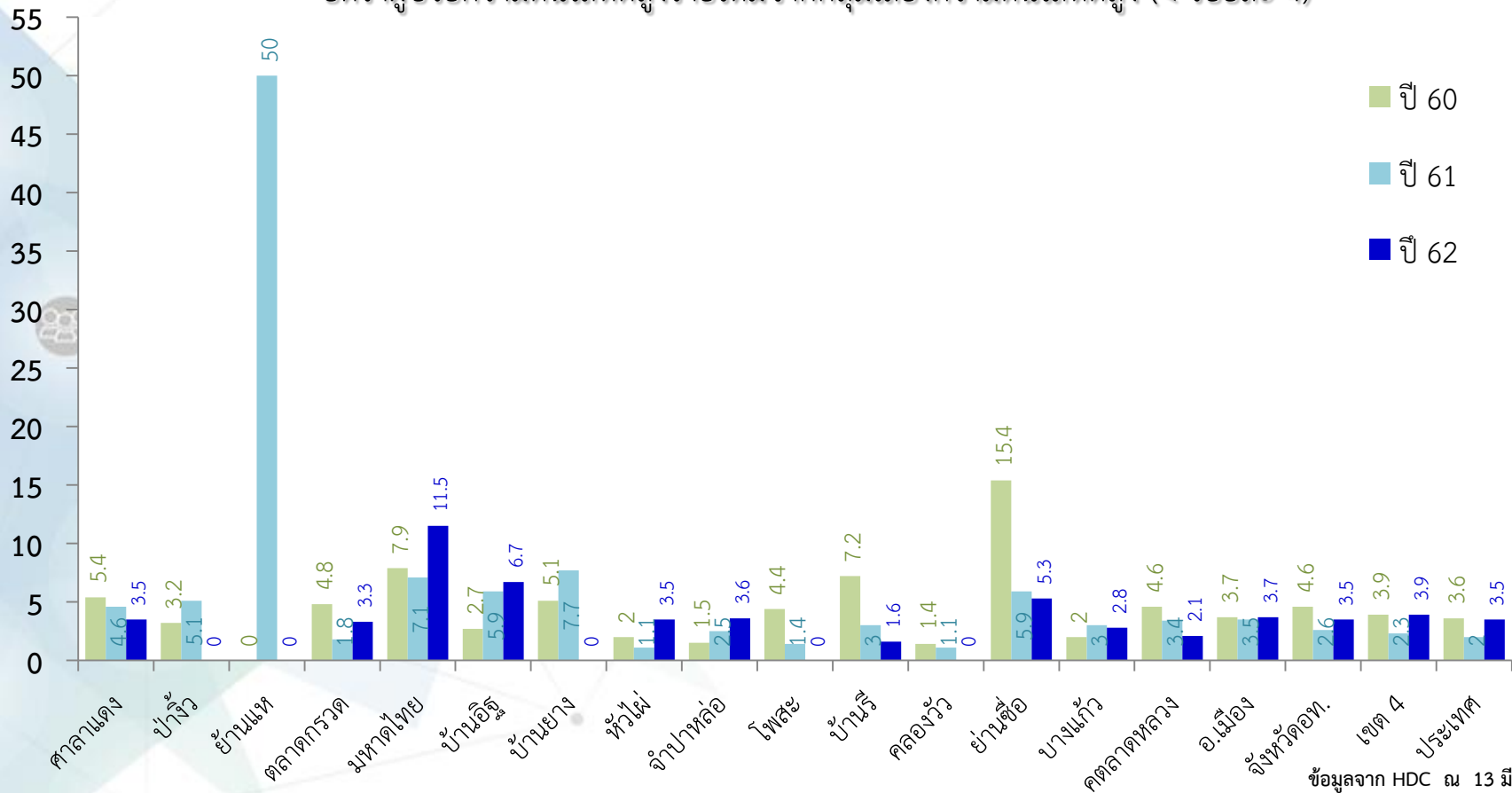
ข้อมูลจาก HDC ณ 13 มี.ค. 62

วิเคราะห์
สถานการณ์

ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงภาพรวม อำเภอเมืองยังไม่เกินเกณฑ์ที่กระทรวงกำหนด แต่เพิ่มขึ้นกว่าปี 2561 ตำบลที่เกินเกณฑ์มากที่สุดคือ คลองจั่น ศาลาแดง มหาตไทย ยานนาวา บ้านอิฐและบ้านศรี ตามลำดับ

สถานการณ์ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (Primary Prevention)

อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง (< ร้อยละ 4)



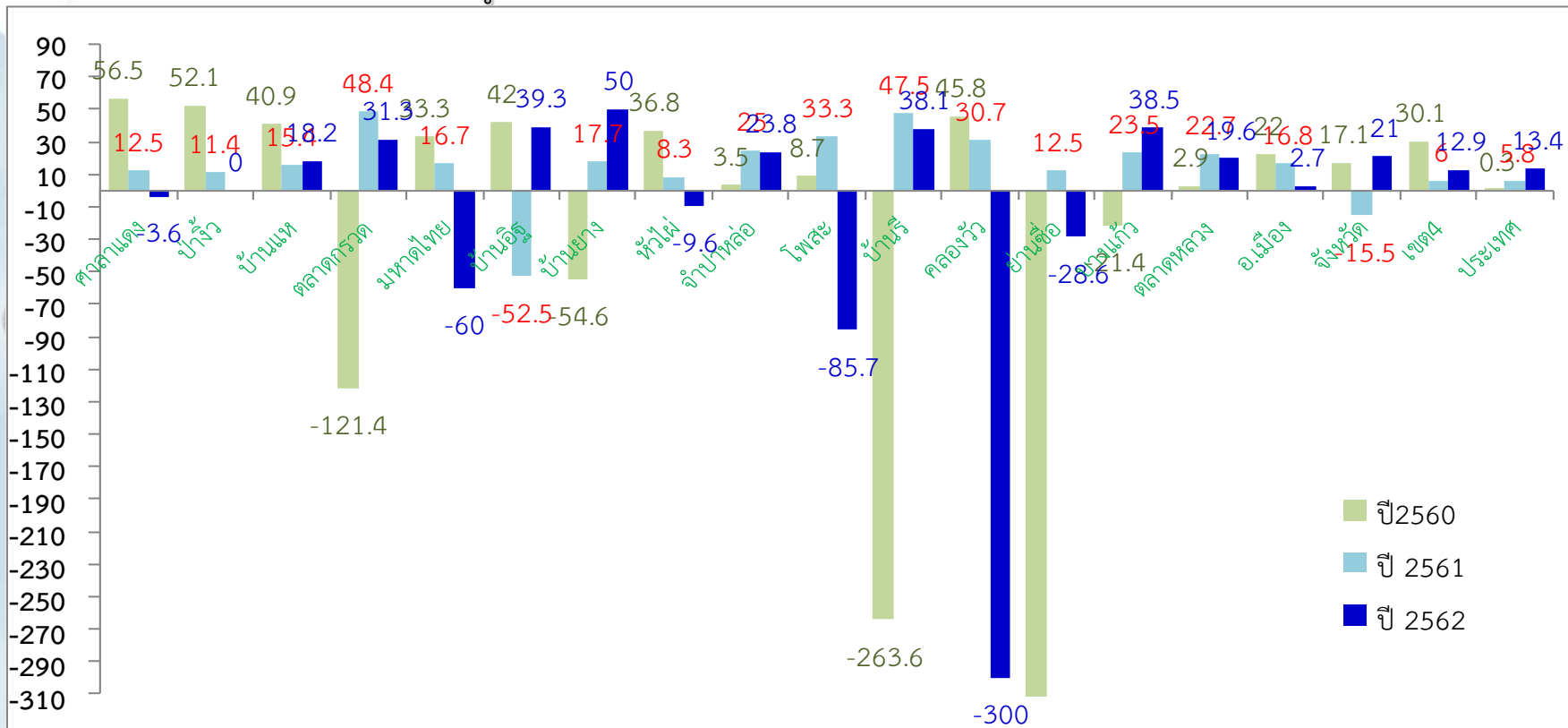
ข้อมูลจาก HDC ณ 13 มี.ค. 62

วิเคราะห์
สถานการณ์

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงภาพรวม อำเภอเมืองยังไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนด แต่เพิ่มขึ้นกว่าปี 2561 เล็กน้อย ตำบลที่เกินเกณฑ์มากที่สุดคือมหาสารคาม รองลงมาคือ บ้านธิ และยโสธร ตามลำดับ

สถานการณ์ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (Primary Prevention)

ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลงจากปี 2561 (> ร้อยละ 5)



ข้อมูลจาก HDC ณ 13 มี.ค. 62

วิเคราะห์
สถานการณ์

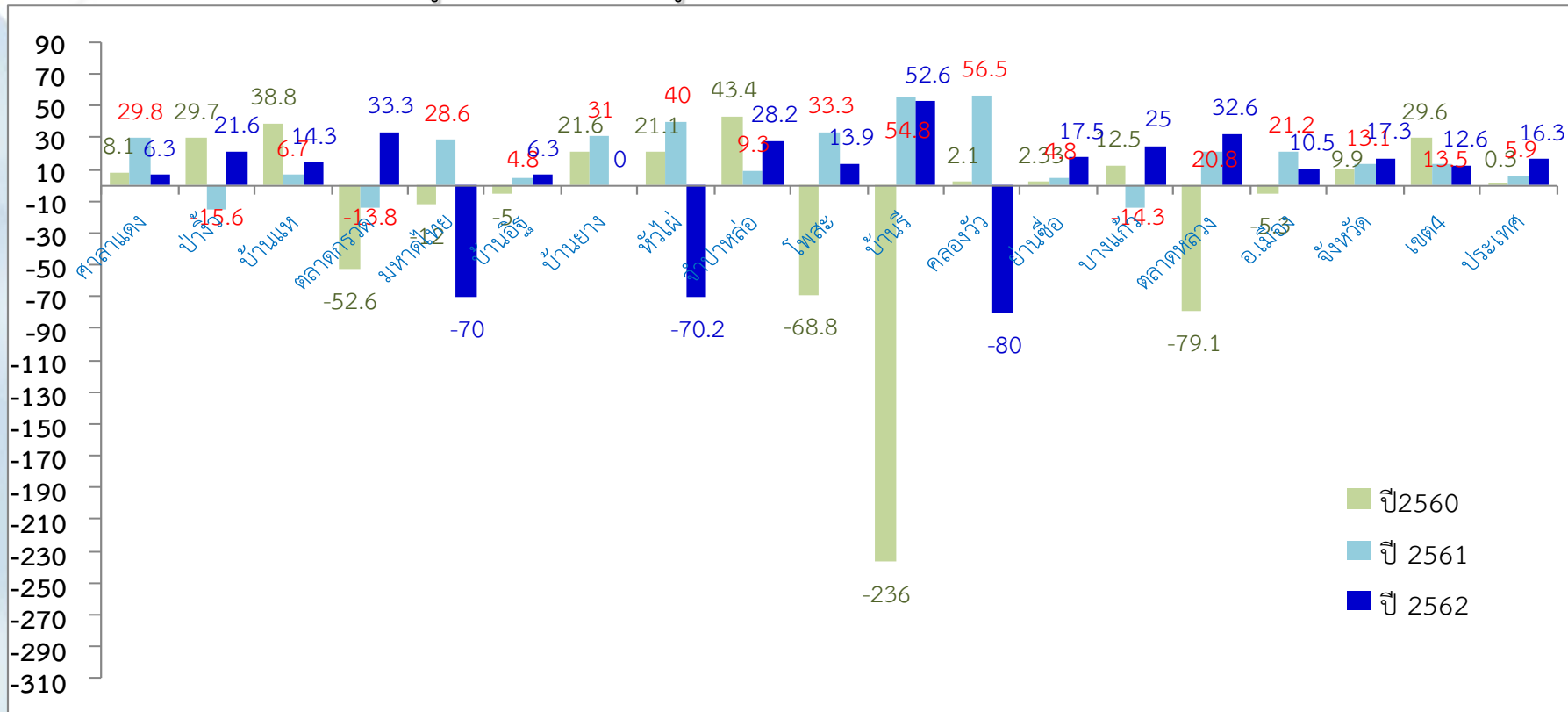
ภาพรวมผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ของอำเภอเมืองลดลงกว่าปี 2561 แต่ยังคงไม่ถึงเกณฑ์ร้อยละ 5 และลดลงน้อยกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัด ของเขต4 และของประเทศ

ตำบลที่ผู้ป่วยรายใหม่ไม่ลดแต่กลับมีผู้ป่วยเพิ่มมากกว่าปี 2561 มากที่สุดคือ คลองวี รองลงมาคือ โพนสะ มหาดไทย ยานชี หัวไผ่ และศลาแดง ตามลำดับ



สถานการณ์ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (Primary Prevention)

ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลงจากปี 2561 (> ร้อยละ 2.5)



ข้อมูลจาก HDC ณ 13 มี.ค. 62

วิเคราะห์
สถานการณ์

ภาพรวมผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ของอำเภอเมืองลดลงน้อยกว่าปี 2561 และผ่านเกณฑ์ที่กำหนด แต่ลดลงน้อยกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัด ของเขต 4 และของประเทศ
ตำบลที่ผู้ป่วยรายใหม่ไม่ลดแต่กลับมีผู้ป่วยเพิ่มมากกว่าปี 2561 มากสุด คือ คลองวัง รองลงมาคือจำปาหล่อ และบ้านธิ ตามลำดับ

แผนสุขภาพ คปสอ. เมืองอ่างทอง การป้องกันและควบคุม NCD DM,HT (Primary Prevention)

เป้าประสงค์

ลดอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานและ โรคความดันโลหิตสูงโรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป

ตัวชี้วัด

1. อัตราป่วยเบาหวานรายใหม่ จาก Pre DM (< ร้อยละ 2.05)
2. อัตราป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จาก Pre HT (< ร้อยละ 4.0)
3. ความชุกของภาวะความดันโลหิตสูง (ลดลงร้อยละ 2.5)
4. ความชุกของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (ลดลงร้อยละ 2.5)
5. อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมาถึงสถานพยาบาลภายใน 1 ชม.
6. อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาโรงพยาบาลภายใน 3 ชม.

มาตรการ

1. พัฒนาระบบป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2. พัฒนาศักยภาพประชาชน ชุมชน และภาคีเครือข่าย

กลยุทธ์

1. ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค DM,HT เป้าประสงค์ ลดการเกิด DM,HT รายใหม่ ตัวชี้วัด

1. ร้อยละประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองDM, HT(ร้อยละ 90)
2. ร้อยละประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการประเมินCVD risk (ร้อยละ 90)

2. เสริมสร้างและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

เป้าประสงค์ ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ตัวชี้วัด 1. ร้อยละ ของประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ 2ส
2. ร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีค่าBMIอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3. อัตรากลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน

3. เสริมสร้างศักยภาพครอบครัว และชุมชน ในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ

เป้าประสงค์ ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตัวชี้วัด 1.ร้อยละของ อสม.ได้รับการอบรมเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ(Health Literacy)
2. ร้อยละของตำบลที่มีภาคีเครือข่าย“ลดเสี่ยง ลดโรค” ในพื้นที่

กิจกรรม

1. คัดกรอง เบาหวาน,ความดันโลหิตสูง, ประเมิน CVD Risk
2. อบรมคัดกรบบริโภคอาหาร หวาน มัน เค็ม และการบริโภคอาหารทางเลือกสุขภาพ และอาหารว่างเพื่อสุขภาพ
3. อบรมคัดลดความเสี่ยงเรื่องความอ้วน มีการติดตาม การสร้างความตระหนักและเฝ้าระวัง การเกิดโรคเมตาบอลิกซินโดรมอย่างเป็นระบบ
4. สำรวจพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงโรค NCD

1. ดำเนินงานคลินิก DPAC / คลินิกบุหรี
2. จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงสูง DM HT CVD
3. อบรมHealth Literacy) ในบุคลากรสร.
4. วัดความดันโลหิตที่บ้านในกลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูง
5. จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเจ้าหน้าที่กลุ่มอ้วน
6. ใช้สื่อ Social media (Face book)ในการประชาสัมพันธ์ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคแก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย

1. จัดทำข้อมูลโรค DM,HT ที่ถูกต้อง ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน พร้อมนำมาวิเคราะห์และคืนข้อมูลต่อชุมชน
2. ดำเนินการตำบลจัดการสุขภาพ/ชุมชนลดเสี่ยงลดโรค
3. ส่งเสริมการจัดออกกำลังกาย โดย สร. อปท. ชุมชน
4. สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ
5. ใช้ช่องทางการสื่อสาร สร้างความเข้าใจต่อสาธารณะ ในการป้องกันและลดความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ
6. อบรมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ(Health Literacy) ให้กับอสม.(บูรณาการกับงานสุขภาพภาคประชาชน)

โครงการ / กิจกรรม ปี 2563

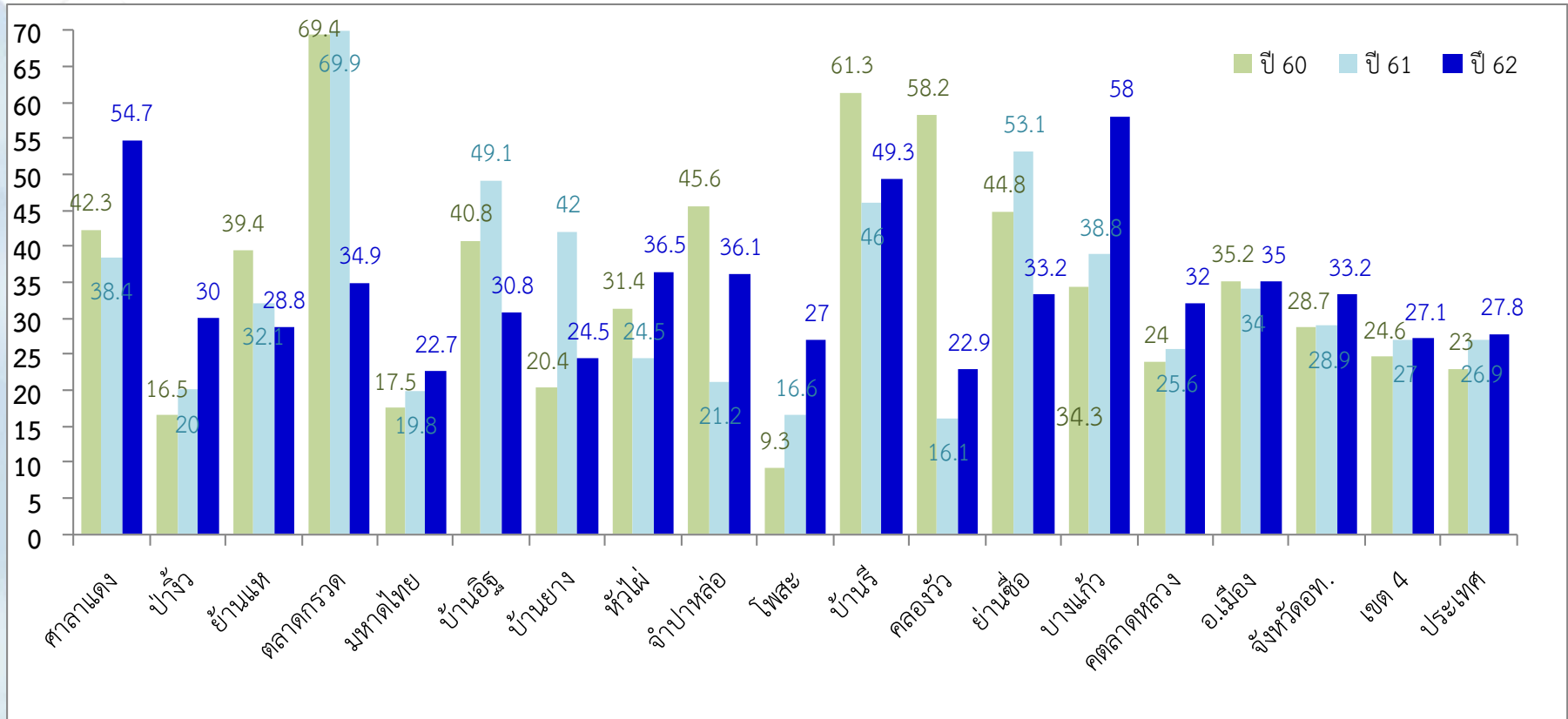
กลยุทธ์	โครงการ	กิจกรรม (สำคัญ)	หน่วยงานดำเนินการ
2. เสริมสร้างและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	1. โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดอ้วนลดพุงและลดความเสี่ยง CVD risk (ตัวชี้วัดผู้ป่วยอ้วนและกลุ่ม High CVD risk ผลงานไม่ผ่านเกณฑ์)	<ol style="list-style-type: none"> 1. อบรมให้ความรู้เรื่อง 3อ.2 ส. ปังจัยเสี่ยง CVD risk และฝึกปฏิบัติออกกำลังกาย 2. ตรวจ INBODY 2 ครั้ง 3. ให้ความรู้, เสริมกำลังใจ ถามตอบปัญหาผ่านline กลุ่มอาทิตย์ละ 1 ครั้ง 4. ประกวดบุคคลต้นแบบ 5. ประเมินผลเดือนละ 1 ครั้ง 6. จัดตั้งคลินิก DPAC ในรพสต. 	รพ.อท. รพ.อท.2 รพ.สต. เทศบาลเมืองอ่างทอง
	2. โครงการอบรม ความรอบรู้ทางสุขภาพ(Health Literacy) ในบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน NCD	<ol style="list-style-type: none"> 1. อบรมเรื่อง Health Literacy 2. จัดทำแผนปฏิบัติการ Health Literacy 3. ประเมินผลการนำไปใช้ 	รพ.อท. รพ.อท.2 รพ.สต.



แผนสุขภาพอำเภอเมืองอ่างทอง
แผนที่ 3 NCD Secondary Prevention ปี 2563

สถานการณ์ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (Secondary Prevention)

สถานการณ์Pt.DM คุ้มนระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (ร้อยละ 40)



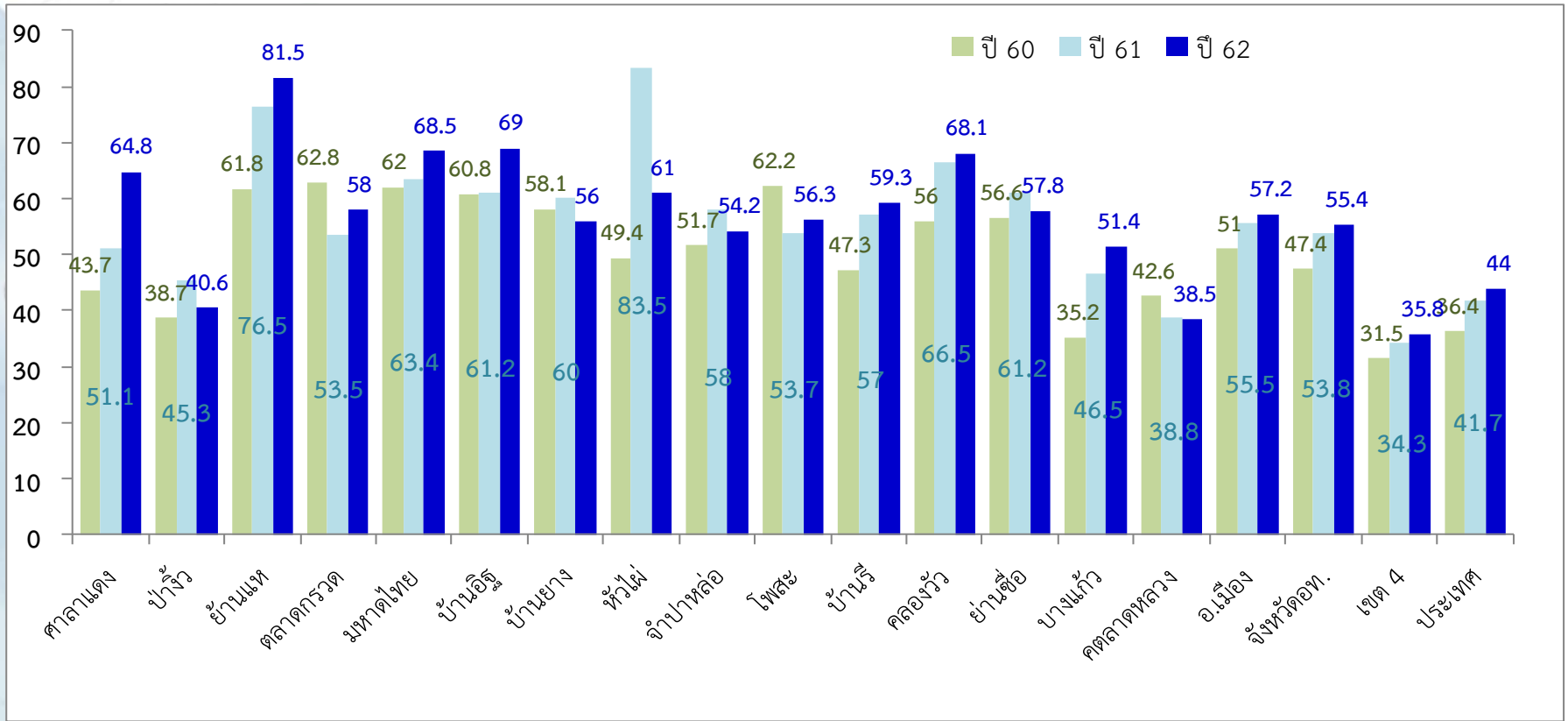
ข้อมูลจาก HDC ณ 13 มี.ค. 62

วิเคราะห์ สถานการณ์

ภาพรวมอำเภอเมืองผู้ป่วยเบาหวาน ยังคุมได้ดีไม่ถึงเป้าหมายที่กระทรวงกำหนดเกือบทุกตำบล มีผ่านเกณฑ์ 3 ตำบล คือ คุ้มนได้ดีมากที่สุดที่ตำบลบางแก้ว รองลงมา ตำบลศาลาแดง และตำบลบ้านรี ตามลำดับ แต่มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าระดับจังหวัด เขต 4 และประเทศ

สถานการณ์ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (Secondary Prevention)

สถานการณ์ Pt.HT คู่ระดับความดันโลหิตได้ดี (ร้อยละ 50)



ข้อมูลจาก HDC ณ 13 มี.ค. 62

วิเคราะห์ สถานการณ์

ภาพรวมอำเภอเมืองความดันโลหิตสูงคุมได้ดีผ่านเกณฑ์ที่กระทรวงฯกำหนดเกือบทุกตำบล มีไม่ผ่านเกณฑ์ 3 ตำบล คือ ป้าจิว กับตลาดหลวง
มีแนวโน้มคุมได้ดีเพิ่มขึ้นทุกปี และมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าระดับจังหวัด เขต 4 และประเทศ

แผนสุขภาพ คปสอ. เมืองอ่างทอง การป้องกันและควบคุม NCD DM,HT (Primary Prevention)

เป้าประสงค์	ลดอัตราการตายและการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรค เบาหวาน/โรค ความดันโลหิตสูง			
ตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตายด้วยโรคเบาหวาน และ โรคความดันโลหิตสูง 2. อัตราการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นกว่าปีที่ผ่านมา 			
มาตรการ	1. พัฒนาประสิทธิภาพระบบบริการสุขภาพ		2. เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้ป่วยและภาคีเครือข่าย	
กลยุทธ์	<p>1. บูรณาการแผนการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป้าประสงค์ หน่วยงานทุกระดับมีแผนการทำงานที่เชื่อมโยง</p> <p>ตัวชี้วัด ร้อยละของหน่วยงานที่มีการดำเนินกิจกรรมตามแผนงาน</p>	<p>2. จัดระบบบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ</p> <p>เป้าประสงค์ หน่วยบริการสามารถจัดบริการได้ตามมาตรฐาน</p> <p>ตัวชี้วัด 1. ร้อยละ80 ของรพ.ผ่านเกณฑ์การประเมิน NCD Clinic Plus ระดับดี 2. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนตามเกณฑ์</p>	<p>3. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองของผู้ป่วย</p> <p>เป้าประสงค์ เพื่อลดความรุนแรงและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน</p> <p>ตัวชี้วัด 1. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (ร้อยละ 40)</p> <p>2. ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี (ร้อยละ 50)</p>	<p>4. เสริมสร้างศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโดยภาคีเครือข่ายในชุมชน</p> <p>เป้าประสงค์ เพื่อลดความแออัดของผู้ป่วยใน รพ.</p> <p>ตัวชี้วัด ร้อยละของการรับบริการที่ รพ.สต. เพิ่มขึ้น</p>
กิจกรรม	<ol style="list-style-type: none"> 1. คณะกรรมการควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับจังหวัด/อำเภอ กำหนดนโยบายแผนงาน ควบคุม กำกับหน่วยงานในสังกัด 2. หน่วยงานนำข้อมูล NCD มาวิเคราะห์ และจัดทำแผนแก้ไขปัญหา 3. หน่วยงานดำเนินการตามแผน 4. นิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง 	<ol style="list-style-type: none"> 1. พัฒนาระบบการรักษาพยาบาลPt.DM Pt.HT ใน OPD, IPD และชุมชนตามมาตรฐาน NCD Clinic Plus 2. พัฒนาระบบ Refer (ใน/นอกจังหวัด) 3. พัฒนาคูคลาร 4. จัดหาอุปกรณ์/เครื่องมือให้เพียงพอ 5. พัฒนาระบบเทคโนโลยี/สารสนเทศ ที่เอื้อต่อการเก็บข้อมูล, การให้บริการ, และการเข้าถึงบริการ, ทะเบียนผู้ป่วย 6. เชื่อมโยงระบบ Intermediate care 7. สนับสนุนให้เกิดนวัตกรรม R2R 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ขยายโปรแกรม SMBG และHBPM ลงสู่รพ.สต.และเครือข่าย 2. Case Manager รวบรวมข้อมูลและนำข้อมูลมาวิเคราะห์ปัญหา เพื่อแก้ปัญหาของผู้ป่วย 3. นำขบวนการ MI มาใช้ในการให้คำปรึกษา 4. มีการติดตาม/ประเมินผล 5. ส่งต่อ /เยี่ยมบ้าน/ คืบข้อมูลสู่ชุมชน 	<ol style="list-style-type: none"> 1. รพ.อท., รพ.สต. ส่งต่อ/ คืบข้อมูลให้ ภาคีเครือข่ายในชุมชน 2. อสม.และ Care Giver จัดทำกิจกรรมฟื้นฟู/ดูแล 3. การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย HT/ DM uncontrol 5. ติดตามประเมินผลโดย จนท.สาธารณสุข, อสม. 6. คืบข้อมูลผู้ป่วยกลับจากรพ. ผ่านโปรแกรม Smart COC

โครงการ / กิจกรรม ปี 2563

กลยุทธ์	โครงการ	กิจกรรม (สำคัญ)	หน่วยงานดำเนินการ
3. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย	1. โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใน Pt. DM uncontrol	1. ใช้โปรแกรม การเจาะเลือดด้วยตนเอง (SMBG) 2. ให้คำแนะนำโดยใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ (MI) 3. ติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง 4 เดือนขึ้นไป	รพ.อท. รพ.อท.2 รพ.สต.



แผนสุขภาพอำเภอเมืองอ่างทอง
แผนที่ 4 แผนการป้องกันควบคุมโรควัยโรค ปี 2563

สถานการณ์ / แนวโน้ม

จำนวนผู้ป่วยวัณโรค ปี 2560 – 2562 แยกรายตำบล

ตำบล	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562
บ้านอิฐ	7	6	7
ศาลาแดง	10	21	30
บางแก้ว	2	3	6
ตลาดหลวง	10	7	3
บ้านรี	1	1	1
ตลาดกรวด	2	1	1
หัวไผ่	3	3	3
บ้านยาง	0	1	1
บ้านแห	3	1	0
มหาตไทย	1	1	1
คลองวัว	2	2	2
จำปาหล่อ	3	3	1
โพสะ	7	3	1
ย่านซื่อ	2	2	2
ป่าจู้	7	4	5
รวม	60	59	64



จากข้อมูลสถิติจำนวนผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรค
วัณโรคของประชาชนอำเภอเมืองอ่างทองปี
2560 – 2562 พบว่าตำบลศาลาแดงมีผู้ป่วย
มากเป็นอันดับ1 เนื่องจากเป็นตำบลที่มี
เรือนจำอยู่ในพื้นที่ซึ่งไม่สามารถแก้ไขได้ ใน
ส่วนของตำบลที่รองลงมาคือตำบลตลาด
หลวง ซึ่งเป็นตำบลที่มีประชาชนที่มีอาชีพ
ค้าขาย ยากในการจัดการ ส่วนตำบลอื่นๆมี
ผู้ป่วยที่ใกล้เคียงกัน

สถานการณ์ / แนวโน้ม (ต่อ)

สถานการณ์วัณโรคที่ขึ้นทะเบียนปี 2559 – 2562(ประชาชนในเขตอำเภอเมือง)

ประเภทผู้ป่วย	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562
ผู้ป่วยรายใหม่ที่มีเสมหะให้ผลบวก	33	21	26	22
ผู้ป่วยรายใหม่ที่มีผลเสมหะให้ผลลบ	23	19	20	27
ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ	4	4	5	9
ผู้ป่วยรับโอน	1	0	1	1
ผู้ป่วยวัณโรคนอกปอด	9	9	4	4
ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาซ้ำ หลังจากการรักษาครั้ง ก่อนล้มเหลว	0	0	0	0
ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาซ้ำ หลังจากการขาดยา	1	3	2	1
อื่นๆ	1	4	1	0
รวม	72	60	59	64

จากข้อมูลสถิติสถานการณ์ของการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรควัณโรค ปี 2559 – 2562 พบว่า ภาพรวมของจำนวนผู้ป่วยผู้ป่วยในแต่ละประเภทมีแนวโน้มที่ลดลง



สถานการณ์ / แนวโน้ม (ต่อ)

ผลการรักษาวัณโรค ปี 2559 - 2562

ปี	ขั้นทะเบียน	ผลการรักษา (ราย) แยกตามปีงบประมาณ						
		รักษาหาย/ครบ	Success ร้อยละ	ขาดยา	เสียชีวิต	โอนออก	กำลังรักษา	ไม่นำมาประเมิน
2559	125	105	87.50	8(6.67)	6(5.0)	1(0.83)	0	5
2560	138	119	90.84	8(6.11)	2(1.53)	2(1.53)	0	6
2561	90	71	87.65	4(4.94)	5(6.17)	0	6	4
2562	89	19	22.89	1(1.20)	10(12.05)	3(3.16)	50	6

จากผลการรักษาวัณโรค ปี 2559 - 2562

พบว่า อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคเกินเกณฑ์เป้าหมาย
แต่พบอัตราการเสียชีวิตและการขาดยาสูงขึ้น

แผนควบคุมป้องกันวัณโรคเมืองอ่างทอง

เป้าประสงค์

1. ลดอัตราอุบัติการณ์วัณโรค
2. อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่

ตัวชี้วัด

1. ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (\geq ร้อยละ 85)
2. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (\geq ร้อยละ 87)

มาตรการ

1. ค้นหาผู้ป่วย

2. รักษาครบถ้วน

กลยุทธ์

1. เร่งรัดการค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยง
เป้าประสงค์
ค้นหาผู้ป่วยในพื้นที่เสี่ยงได้อย่างครอบคลุมและรวดเร็ว
ตัวชี้วัด
1. ร้อยละของกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรอง
(\geq ร้อยละ 90)

2. เพิ่มประสิทธิภาพกำกับการกินยาผู้ป่วยวัณโรค โดยใช้การดูแลผู้ป่วยแบบมีพี่เลี้ยง (DOT)
เป้าประสงค์
เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคกินยาครบถ้วนตามแผนการรักษา
ตัวชี้วัด
1. อัตราการขาดยาเป็นศูนย์
2. ผู้ป่วยวัณโรคที่มีความเสี่ยงต่อการขาดยาได้รับการ DOT โดยเจ้าหน้าที่ (ร้อยละ 100)
3. อัตราการตายลดลง

โครงการ / กิจกรรม ของแผนการป้องกันและควบคุมวัณโรค ปี2563

กลยุทธ์	โครงการ	กิจกรรม (สำคัญ)	หน่วยงานดำเนินการ (รพ. / สสอ. / รพ.สต.)
กลยุทธ์ที่ 1 เร่งรัดค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยง	โครงการคัดกรองผู้ที่สงสัยป่วยเป็นวัณโรค ใน 7 กลุ่มเสี่ยงคือ บุคลากรสาธารณสุข ผู้ต้องขัง ,DM , HIV, ผู้สัมผัสร่วมบ้าน ,แรงงานข้ามชาติ , ผู้สูงอายุหรือมีโรคปอดเรื้อรัง (เป็นงานประจำ)	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทำspot map ในผู้ป่วยวัณโรค รายเก่าเพื่อค้นหาผู้สัมผัสร่วมบ้าน 2. จัดทำแบบคัดกรองเพื่อค้นหาในกลุ่มอื่นๆ 3. สร้างระบบช่องทางด่วนทุก รพ.สต ในผู้ป่วยสงสัยวัณโรค ประสานส่งต่อ รพ. 	ทุก รพ.สต. สสอ. และโรงพยาบาลอ่างทอง
กลยุทธ์ที่ 2 เพิ่มประสิทธิภาพ กำกับ การกินยาผู้ป่วยวัณโรค โดย ใช้การดูแลผู้ป่วยแบบมีพี่เลี้ยง (DOT) เพื่อลดอัตราการตาย และขาดยา	โครงการติดตาม กำกับการกินยาโดยบุคลากรสาธารณสุข เพื่อลดโอกาสการตายและการขาดยา (เป็นงานประจำ)	<ol style="list-style-type: none"> 1. ใช้กลไก case management team กำกับ ติดตามการรักษา 2. ดูแลผู้ป่วยแบบมีพี่เลี้ยง (DOT) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและชุมชนมีส่วนร่วม 	ทุก รพ.สต. สสอ. และโรงพยาบาลอ่างทอง



แผนสุขภาพอำเภอเมืองอ่างทอง
แผนที่ 5 แผนสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย ปี 2563

สถานการณ์ / แนวโน้ม



อำเภอเมืองอ่างทองให้ความสำคัญและสนับสนุนนโยบายการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มแม่และเด็ก โดยใช้กลไกการขับเคลื่อนงานของคณะกรรมการMCH Board ร่วมกับคณะกรรมการ Service plan สาขาสูติกรรมและทารกแรกเกิดในปีงบประมาณ2562 มีผลการดำเนินงานดังนี้

1. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ ภาพรวมอำเภอเมือง ร้อยละ 77.78 (เป้าหมายร้อยละ 60) ได้ตามเป้าหมาย ยกเว้นรพ.สต.บ้านแห่ได้ร้อยละ 59.26
2. หญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการฝากครรภ์คุณภาพครบ5 ครั้งตามเกณฑ์ ภาพรวมอำเภอเมืองอ่างทอง ร้อยละ 71.76 (เป้าหมายร้อยละ 60) ได้ตามเป้าหมาย ยกเว้นรพ.สต.บ้านแห่ได้ร้อยละ48.15และรพ.สต.ย่านซื่อ ได้ร้อยละ 50
3. ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ภาพรวมอำเภอเมืองอ่างทอง ร้อยละ 9.95 (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 7)
4. เด็ก 0 – 5 ปี ที่คัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า ร้อยละ 5.95 ต่ำกว่าเป้าหมาย(เป้าหมายร้อยละ 20)

แผนสุขภาพ คปสอ. เมืองอ่างทอง แผนสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย ปี 2563

เป้าประสงค์

ตั้งครรภ์คุณภาพ ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย เด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วน พัฒนาการสมวัย IQ ดี

ตัวชี้วัด

1. โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก ร้อยละ 80
2. อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีวิตคน

3. ร้อยละของเด็ก 0 - 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 85
4. ร้อยละของเด็ก 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วนร้อยละ 64

มาตรการ

การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็ก 0 - 5 ปี

กลยุทธ์

1.การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มสตรีและหญิงตั้งครรภ์

เป้าประสงค์ : กลุ่มสตรีและหญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ

ตัวชี้วัด:1.หญิงตั้งครรภ์ANC ครั้งแรกอายุครรภ์ \leq 12 สัปดาห์ร้อยละ80

2.หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครบ5 ครั้ง ตามเกณฑ์ร้อยละ 70

3.หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ร้อยละ 100

4.ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัมไม่เกินร้อยละ 7

2.การส่งเสริมการดำเนินงานพัฒนาการเด็ก0 - 5 ปีอย่างมีคุณภาพ

เป้าประสงค์:เด็ก0 - 5 ปีมีพัฒนาการสมวัย

ตัวชี้วัด:1.เด็ก 0 - 5 ปีได้รับการคัดกรองพัฒนาการร้อยละ 90

2.เด็ก0 - 5 ปีที่คัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้าร้อยละ 20

3.เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามประเมินซ้ำร้อยละ 10

3.การส่งเสริมการแก้ไขปัญหาภาวะเริ่มอ้วน อ้วน และเตี้ยของเด็ก0 - 5 ปี

เป้าประสงค์: เด็ก0 - 5 ปีมีภาวะสูงดีสมส่วน

ตัวชี้วัด: 1.เด็ก 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 64

2. เด็ก 0 - 5 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนไม่เกินร้อยละ 10

3.เด็ก 0 - 5 ปี มีภาวะเตี้ยไม่เกินร้อยละ 10

4.เด็ก 0 - 5 ปี มีภาวะผอมไม่เกินร้อยละ 5

แผนสุขภาพ คปสอ. เมืองอ่างทอง แผนสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย ปี 2563

กิจกรรม

- 1.1 ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่าน MCH Board อำเภอ
- 1.2 พัฒนาและใช้ระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ผ่านระบบ Smart COC
- 1.3 ประเมินและพัฒนาโรงพยาบาลมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก
- 1.4 ค้นหาข้อมูลหญิงตั้งครรภ์และสร้างช่องทางการสื่อสาร
- 1.5 บูรณาการเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่ กบอสม. และ อปท.
- 1.6 พื้นที่วิเคราะห์หาสาเหตุแก้ไขปัญหสุขภาพหญิงตั้งครรภ์
- 1.7 จัดทำแนวทางการดูแลสุขภาพกลุ่มสตรีและหญิงตั้งครรภ์
- 1.8 คัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง
- 1.9 ป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์
- 1.10 จัดทำสื่อและสร้างภาคีเครือข่าย ประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางต่างๆ
- 1.11 จัดทำแนวทางปฏิบัติการจ่ายยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและโฟลิกให้แก่หญิงที่วางแผนจะตั้งครรภ์
- 1.12 ขับเคลื่อนการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1000 วันแรกของชีวิต
- 1.13 จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานแก้ไขปัญหาสตรีและหญิงตั้งครรภ์

- 2.1 อบรมพัฒนาทักษะการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้กับผู้รับผิดของงาน/ครู ศพด./อสม.
- 2.2 จัดทำแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริม พัฒนาการเด็ก
- 2.3 นิเทศติดตาม ควบคุมกำกับและประเมินผลการดำเนินงาน
- 2.4 บูรณาการดำเนินงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข ศพด./รร./อปท./ผู้ปกครอง
- 2.5 จัดกิจกรรมกิน กอด เล่น เล่า นอน สุขภาพช่องปากให้แก่ผู้ปกครอง
- 2.6 ติดตามการให้ความรู้และการจัดกิจกรรมที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- 2.7 ดำเนินการคัดกรอง ติดตามเด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้า และส่งต่อตามแนวทางคู่มือ DSPM 2.8 จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0 – 5 ปี ระดับตำบล อำเภอ

- 3.1 ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง
- 3.2 ประเมินภาวะโภชนาการเด็ก 0 – 5 ปี ทุก 3 เดือน และเด็กที่มีภาวะโภชนาการผิดปกติ ประเมินทุก 1 เดือน
- 3.3 ตรวจสอบเครื่องมือ วิธีการปฏิบัติและการแปรผล
- 3.4 ประเมิน วิเคราะห์ และจัดกิจกรรมแก้ไขปัญหสุขภาพรายบุคคลร่วมกับผู้ปกครอง
- 3.5 จัดทำแนวทางการดำเนินการแก้ไขปัญหารายบุคคลในเด็กมีภาวะเตี้ย เริ่มอ้วนและอ้วน (Program/Intervention)
- 3.6 บูรณาการเยี่ยมบ้านร่วมกับศพด./รร./อปท.
- 3.7 คืบข้อมูลปัญหาโภชนาการให้ผู้ปกครอง ศพด./รร./อปท.
- 3.8 สนับสนุนการจัดกิจกรรมเมนูสุขภาพสำหรับเด็ก
- 3.9 จัดกิจกรรมรณรงค์รวมพลคนกินนมแม่ ประกวดแม่ตัวอย่าง หนูน้อยนมแม่และหนูน้อยพลัง 3 ดี
- 3.10 จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานโภชนาการ
- 3.11 พัฒนา ศพด. ตามเกณฑ์มาตรฐานสถานเลี้ยงเด็กแห่งชาติ

โครงการ/กิจกรรมของ แผนสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย ปี 2563

กลยุทธ์	โครงการ	กิจกรรม (สำคัญ)	หน่วยงานดำเนินการ (รพ. / สสอ. / รพ.สต.)
กลยุทธ์ที่ 3 การส่งเสริมการแก้ไข ปัญหาภาวะเริ่มอ้วน อ้วน และเตี้ยของเด็ก 0 – 5 ปี	1. โครงการ ประกวดหนูน้อย พลัง3ดี	-จัดประกวดหนูน้อยพลัง 3 ดี (สูงดีสมส่วน พัฒนาการ สมวัย ฟันไม่ผุ) ระดับอำเภอ และส่งเข้าประกวดจังหวัด	รพ.อท./สสอ./รพ.สต./ เทศบาล



แผนสุขภาพอำเภอเมืองอ่างทอง
แผนที่ 6 แผนสุขภาพกลุ่มเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน ปี 2563

สถานการณ์ / แนวโน้ม

-ข้อมูลการดำเนินงานเฝ้าระวังและคัดกรอง
ด้านโภชนาการเด็กวัยเรียน(อายุ6-14 ปี) เทอมที่ 2
ปี 2562 ในระบบ HDC พบว่าเด็กวัยเรียนสูงดีสม
ส่วนคิดเป็นร้อยละ 73.37



ปัญหาเด็กวัยเรียนเริ่มอ้วนและอ้วน มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นพบเด็กวัยเรียนเริ่มอ้วน
และอ้วนคิดเป็นร้อยละ 11.94 ผอมคิดเป็นร้อยละ 2.14 เตี้ยคิดเป็นร้อยละ 2.35

-ข้อมูลภาวะโภชนาการโภชนาการเด็กวัยเรียน (อายุ6-14 ปี) เทอมที่ 2
ปีงบประมาณ 2562 แยกชาย รพ.สต. พบว่า รพ.สต.โพสะ มีเด็กวัยเรียนอายุ6-14 ปี มีภาวะ
โภชนาการสูงดีสมส่วนไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด คือร้อยละ 59.22

แผนสุขภาพเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน ปี 2563

เป้าประสงค์

เด็กวัยเรียนอำเภอเมืองอ่างทอง มีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วนตามเป้าหมาย

ตัวชี้วัด

1. ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน (เป้าหมายร้อยละ 70)

2. ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 12 ปี (เป้าหมายปี 2564)

- เด็กชาย 154 ซม.

- เด็กหญิง 155 ซม.

มาตรการ

1. เสริมสร้างความร่วมมือภาคีเครือข่าย
ในการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียน

2. ปรับเปลี่ยนและส่งเสริมพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการเจริญเติบโต

กลยุทธ์

1. สนับสนุนบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อน
จัดการภาวะการเจริญเติบโต

เป้าหมาย : เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองและส่ง
ต่อจากสถานศึกษาสู่สถานบริการสาธารณสุข

ตัวชี้วัด

1) เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองและส่งต่อเข้าสู่
สถานบริการสาธารณสุข ร้อยละ 100

2) โรงพยาบาล/รพ.สต.มีการดำเนินงานคลินิก DPAC

2. ส่งเสริมการแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการเตี้ย ผอม เริ่มอ้วนและ
อ้วนในเด็กวัยเรียน

เป้าหมาย : เด็กวัยเรียน มีภาวะสูงดีสมส่วน

ตัวชี้วัด

1) เด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วนร้อยละ 70

2) เด็กวัยเรียน มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ไม่เกิน ร้อยละ 10

3) เด็กวัยเรียนมีภาวะเตี้ยไม่เกิน ร้อยละ 5

4) เด็กวัยเรียนมีภาวะผอม ไม่เกิน ร้อยละ 5

กิจกรรมการดำเนินงานของอำเภอเมืองอ่างทอง

สสอ./รพท.

1. จัดทำแนวทางการแก้ไขปัญหาารายบุคคลเด็กที่มีปัญหาภาวะโภชนาการ
2. ติดตามการดำเนินงานคลินิก DPAC
3. คืบข้อมูลพร้อมปัญหาอุปสรรคในการประชุมหัวหน้าส่วนระดับอำเภอ
4. มีช่องทางการรายงานผลการดำเนินงานและการแก้ไขปัญหาารายพื้นที่

อปท.

จัดพื้นที่ อุปกรณ์ และงบประมาณในการส่งเสริมกิจกรรมสูงตีสมส่วน

รพท. / รพ.สต./เทศบาล

1. คลินิกDPAC
2. คืบข้อมูลปัญหาภาวะโภชนาการเด็กวัยเรียนแก่ผู้ปกครอง ครูและท้องถิ่น
3. ประสานการส่งต่อเด็กกลุ่มเสี่ยงกับครู/ผู้ปกครอง/อสม./หน่วยบริการสาธารณสุข
4. สนับสนุนกิจกรรมอาหาร ออกกำลังกาย ตีมนมนอนนาน(2อ.2น.)ในรร./ชุมชน
5. รณรงค์สร้างกระแสภาวะสูงตีสมส่วนของเด็กวัยเรียน
6. จัดทำช่องทางในการสื่อสารกิจกรรมและให้คำปรึกษา ปัญหาเป็นโรงเรียนในพื้นที่ เป็นรายโรงเรียน

โรงเรียน

1. ประเมินภาวะโภชนาการเด็กนักเรียน
2. คืบข้อมูลภาวะโภชนาการแก่ผู้ปกครอง
3. ประสานการส่งต่อกับคลินิกDPAC
4. บูรณาการงานเยี่ยมบ้านร่วมกัน

อสม.

บูรณาการงานเยี่ยมบ้าน
ร่วมกันกับรร./รพท./รพ.สต. /เทศบาล

กลยุทธ์ ที่ 1
สนับสนุนบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนจัดการภาวะการเจริญเติบโต
เป้าหมาย : เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองและส่งต่อจากสถานศึกษาสู่สถานบริการสาธารณสุข

กิจกรรมการดำเนินงานของอำเภอเมืองอ่างทอง

สสอ./รพท.

1. มีข้อมูลของปัญหาที่เป็นสาเหตุภาวะโภชนาการในพื้นที่และวิเคราะห์สถานการณ์ภาวะโภชนาการเด็กวัยเรียนในภาพระดับอำเภอและตำบล
2. ติดตามผลการดำเนินงานแก้ไขโภชนาการรายบุคคล เช่นจากรายงาน/การสุ่มประเมิน/นิเทศงาน
3. จัดกิจกรรมรณรงค์ส่งเสริมพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เช่น กิจกรรม Challenge day กระโดดเชือก/นันทนาการ

อปท.

- จัดพื้นที่ อุปรกรณ์
และการส่งเสริมกิจกรรมสูงดีสมส่วน

รพท. / รพ.สต./เทศบาล

1. ประเมินและวิเคราะห์ปัญหาภาวะโภชนาการรายบุคคล
2. หาสาเหตุและแนวทางแก้ไขปัญหาโภชนาการรายบุคคล
3. คัดกรองปัจจัยเสี่ยง เช่น obesity sign เพื่อส่งต่อเข้าสู่ระบบ DPAC
4. ดำเนินการ Smart Kids coacher รายบุคคล
5. รณรงค์สร้างกระแสภาวะสูงดีสมส่วนของเด็กวัยเรียน เช่น กิจกรรม Challenge day กระโดดเชือก/นันทนาการ
5. แลกเปลี่ยนเรียนรู้และยกย่องเชิดชูเกียรติโรงเรียน และเครือข่าย ที่ประสบความสำเร็จในการส่งเสริมและแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการเด็กวัยเรียน

โรงเรียน

1. สนับสนุนการแก้ไขปัญหาโภชนาการเด็กนักเรียนรายบุคคล
2. จัดกิจกรรมส่งเสริมอาหาร ออกกำลังกาย, ตีมนม, นอนนาน (2อ.2น.)
3. จัดเมนูอาหารสุขภาพสำหรับเด็ก
4. ดำเนินงานตามเกณฑ์โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

อสม.

- แนะนำและกระตุ้นเตือนการแก้ไขปัญหารายบุคคลต่อเนื่อง
ในระยะโรงเรียนปิดภาคเรียน

กลยุทธ์ที่ 2
ส่งเสริมการแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการ
เตี้ย ผอม เริ่มอ้วนและอ้วนในเด็กวัยเรียน
เป้าหมาย : เด็กวัยเรียนมีภาวะสูงดีสมส่วน



แผนสุขภาพอำเภอเมืองอ่างทอง
แผนที่ 7 แผนสุขภาพกลุ่มวัยผู้สูงอายุ ปี 2563

สถานการณ์ / แนวโน้ม

อำเภอเมืองอ่างทอง มีประชากรไทย อ.เมืองอ่างทอง จำนวน 54,308 คน มีผู้สูงอายุ 9,230 คน สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 17.00 ของประชากรทั้งหมด ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง ADL แยกเป็นกลุ่มติดสังคม จำนวน 8,738 คน คิดเป็นร้อยละ 97.26 กลุ่มติดบ้าน จำนวน 181 คน คิดเป็นร้อยละ 2.02 และกลุ่มติดเตียง จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 0.72



อำเภอเมือง มีตำบลทั้งหมด 14 ตำบล เข้าร่วมโครงการฯตั้งแต่ปี 2559-2562 จำนวน 8 ตำบล คิดเป็นร้อยละ 57.14 ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ผ่านเกณฑ์ในพื้นที่หน่วยบริการ จำนวน 15 แห่ง

คิดเป็นร้อยละ 100.00 มีผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) ที่ผ่านการอบรม จำนวน 17 คน ครบทุกหน่วยบริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นไปตามเป้าหมายที่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) มี 83 คน ซึ่งได้รับการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมง จากหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 61 คน และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการอบรมจากสำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย(กศน.) จำนวน 22 คน

แผนสุขภาพผู้สูงอายุ ปี 2563 อำเภอเมืองอ่างทอง

เป้าประสงค์

ผู้สูงอายุพึ่งพาตนเอง ดำรงกิจกรรมประจำวันได้ (Independent) และมีคุณภาพชีวิต

ตัวชี้วัด

- ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวผ่านเกณฑ์(เป้าหมายร้อยละ100)
- ร้อยละของตำบลที่สมัครเข้าร่วมโครงการLTCมีการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุ(เป้าหมายร้อยละ100)
- โรงพยาบาลมีการพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุ

- อัตราผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา
- ร้อยละของผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพ (เป้าหมายร้อยละ 100)
- จำนวนรพ.สต.มีการจัดทำโครงการสร้างพฤติกรรมที่ดีแก่ผู้สูงอายุในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม (ทุกรพ.สต.)

มาตรการ

1. ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

2. คัดกรองภาวะสุขภาพ

กลยุทธ์

1.1สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
เป้าประสงค์
 ตำบลมีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
ตัวชี้วัด.
 1. ตำบลผ่านเกณฑ์ LTC ร้อยละ 100
 2. อัตราผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา

1.2 ปรับปรุงระบบบริการรองรับผู้สูงอายุ
เป้าประสงค์
 ผู้สูงอายุได้รับบริการ
ตัวชี้วัด
 1. รพ.มีการพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุ
 2. หน่วยบริการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุโดยเชื่อมโยงกับโปรแกรมกรมอนามัยกับ สปสช ร้อยละ 100

2.1เร่งรัดการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ
เป้าประสงค์
 ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพ
ตัวชี้วัด
 1. ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพตามระยะเวลาที่กำหนด ร้อยละ 100

2.2 เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)
เป้าประสงค์
 ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมมีพฤติกรรมที่ดีในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม
ตัวชี้วัด.
 อำเภอจัดทำโครงการสร้างพฤติกรรมที่ดีแก่ผู้สูงอายุในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ทุกรพ.สต.

แผนสุขภาพผู้สูงอายุ ปี 2563 อำเภอเมืองอ่างทอง

กิจกรรม

สสอ.

- 1.ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน Long Term Care
- 2.เชิญชวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมโครงการ
- 3.ดำเนินการตามองค์ประกอบตำบล long Term Care
- 4.คัดเลือกตำบล ชมรม ผู้จัดการผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่มีการดำเนินการผู้สูงอายุดีเด่น
- 5.จัดประกวดตำบล. ชมรมผู้จัดการผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่มีการดำเนินการผู้สูงอายุดีเด่น
6. ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการอบรมสั่งสอนบุตรหลานให้กล้าคิด กล้าทำ และกล้าตัดสินใจ
- 7.จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ
- 8.รับการประเมินตำบลผ่านเกณฑ์ตำบล Long Term Care
- 9.ร่วมการประเมินตำบล LTC
- 10.กำกับ ติดตามผลการดำเนินการ

รพท.

1. พัฒนาคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพในโรงพยาบาลทั่วไป
- 2.จัดระบบส่งต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะผิดปกติ
- 3.จัดทำแผน/โครงการ/กิจกรรมแก้ไขปัญหาจากการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ
- 4.ควบคุม กำกับ แผน/โครงการ/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา
- 5.จัดทำ แผนการดูแล ผู้สูงอายุทุกสิทธิ์ทุกรายโดยเชื่อมโยงกับโปรแกรมของ กรมอนามัยและสสช.
- 6.ควบคุม กำกับการจัดทำแผนการดูแล ผู้สูงอายุทุกสิทธิ์ ทุก ราย โดยเชื่อมโยงกับโปรแกรมของกรมอนามัยและสสช.
- 7.จัดทำแผนเยี่ยมติดตามผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงร่วมกับ CG
- 8.ควบคุม กำกับ การจัดทำแผนเยี่ยมติดตามผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงร่วมกับ CG

รพ.สต./เทศบาล

- 1.สำรวจ/คัดกรองผู้สูงอายุ
- ADL
- Geriatric Syndrome
- โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- 2.บันทึกข้อมูลการคัดกรองในโปรแกรม HOSxP ให้ครบถ้วนถูกต้อง ทันเวลา
3. ตรวจสอบและวิเคราะห์ข้อมูลผู้สูงอายุทุก 1 เดือน
4. ควบคุม กำกับ ตรวจสอบและวิเคราะห์ความก้าวหน้าของการบันทึกข้อมูลทุก 1 เดือน
5. วิเคราะห์ข้อมูลโรคที่เป็นปัญหาจากการคัดกรอง 5 อันดับเพื่อจัดทำโครงการ/กิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหา
4. นำเสนอผลการคัดกรองผู้สูงอายุ ที่ประชุม กวป.

สสอ./รพท./เทศบาล

- 1.วิเคราะห์ข้อมูลจากการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มในระดับอำเภอ
2. จัดอบรม ครู ข ในเรื่องการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม
3. ครู ข ถ่ายทอด ความรู้กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่
4. จัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่เข้ารับความรู้ เรื่อง การป้องกันการพลัดตกหกล้ม
- 5.สัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่เข้ารับการอบรมฯและเก็บรวบรวมแบบสอบถามครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 ส่ง สสอ/สสจ. ภายในเวลาที่กำหนดไว้

โครงการ/กิจกรรมของ แผนสุขภาพผู้สูงอายุ ปี 2563 อำเภอเมืองอ่างทอง

กลยุทธ์	โครงการ	กิจกรรม (สำคัญ)	หน่วยงานดำเนินการ (รพ. / สสอ. / รพ.สต.)
กลยุทธ์ 1 สร้างการมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่าย	1. โครงการดำเนินการ ตำบล Long Term Care	1. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน Long Term Care 2. เชิญชวน อปท ตำบลที่ยังไม่ได้เข้าร่วม โครงการ 3. ดำเนินการตามองค์ประกอบตำบล Long Term Care 4. จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชมรม ผู้สูงอายุ 5. ประกวดตำบลชมรม CM CG นวัตกรรม 6. ประเมินตำบล LTC	สสอ.เมือง/รพท. สสอ.เมือง/รพ.สต. รพท./รพ.สต./เทศบาล รพท./รพ.สต./เทศบาล สสอ.เมือง/รพท./เทศบาล/รพ.สต. สสอ.เมือง/รพท./เทศบาล/รพ.สต.
	2. โครงการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ	1. จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทุก เดือน 2. พัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุสามารถดูแล ตนเองได้ 3. จัดประกวดผู้สูงอายุสุขภาพดี	รพท./รพ.สต./เทศบาล รพท./รพ.สต./เทศบาล รพท./รพ.สต./เทศบาล

โครงการ/กิจกรรมของ แผนสุขภาพผู้สูงอายุ ปี 2563 อำเภอเมืองอ่างทอง

กลยุทธ์	โครงการ	กิจกรรม (สำคัญ)	หน่วยงานดำเนินการ (รพ. / สสอ. / รพ.สต.)
กลยุทธ์ 2 ปรับปรุงระบบ บริการรองรับผู้สูงอายุ	1. โครงการอบรมการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุเพื่อเชื่อมโยงกับโปรแกรมกรมอนามัยและ สปสช	1. ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 2. เตรียมหน่วยงานที่ต้องเข้ารับการอบรม 3. จัดเตรียมหลักสูตรและวิทยากร 4. ดำเนินการอบรม 5. ประเมินผลโครงการ	สสอ.เมือง/รพท.
กลยุทธ์ 3 เร่งรัดการคัดกรองผู้สูงอายุ	-	คัดกรองผู้สูงอายุทุกคนในพื้นที่รับผิดชอบ	รพท./รพ.สต./เทศบาล

โครงการ/กิจกรรมของ แผนสุขภาพผู้สูงอายุ ปี 2563 อำเภอเมืองอ่างทอง

กลยุทธ์	โครงการ	กิจกรรม (สำคัญ)	หน่วยงานดำเนินการ (รพ. / สสอ. / รพ.สต.)
กลยุทธ์ที่ 4 เสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)	1. โครงการสร้างพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ	1. อบรมครู ข ในเรื่องการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ 2. ครู ข ถ่ายทอดความรู้กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ 3. สัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่เข้ารับการอบรมและเก็บแบบสอบถาม 4.ประเมินโครงการ	รพท./สสอ./รพ.สต./เทศบาล

จบการนำเสนอ

๑๓๒.๑๒.๑๓.๑๔.๑๕



ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน