

**แผนสุขภาพอำเภอ แสวงหา
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

แผนสุขภาพอำเภอประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

แผนที่ 1

- แผนส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย

แผนที่ 2

- แผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

แผนที่ 3

- แผนควบคุมการระบาดของโรคติดต่อในพื้นที่

แผนที่ 4

- แผนสุขภาพ G&C Hospital

แผนที่ 5

- แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

แผนที่ 6

- แผนการคุ้มครองผู้บริโภค

แผนสุขภาพอำเภอประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

แผนที่ 7

- แผนสุขภาพการแพทย์แผนไทย

แผนที่ 8

- แผนพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมสุขภาพ

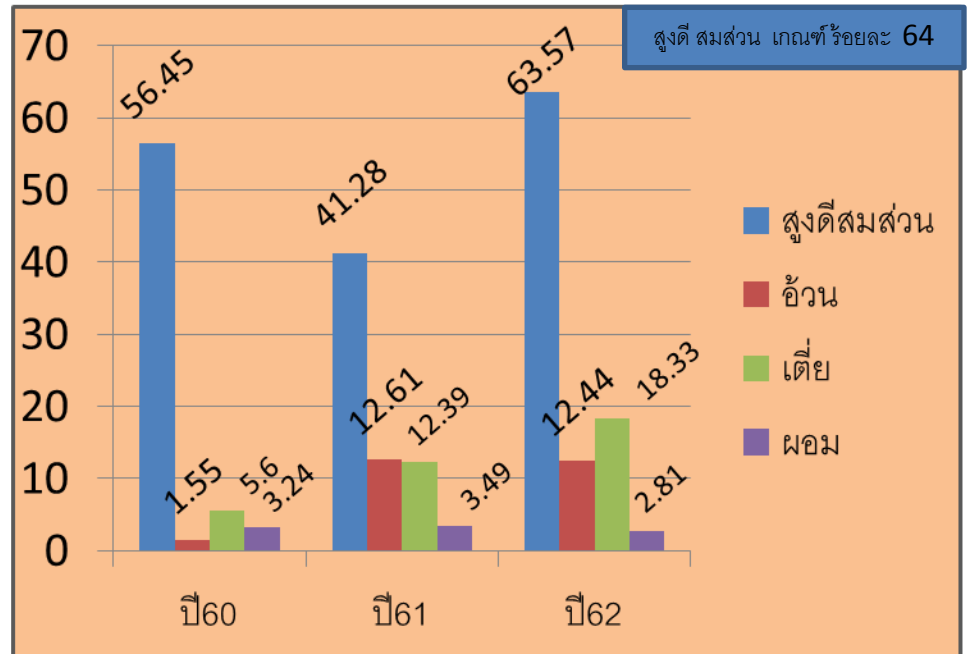
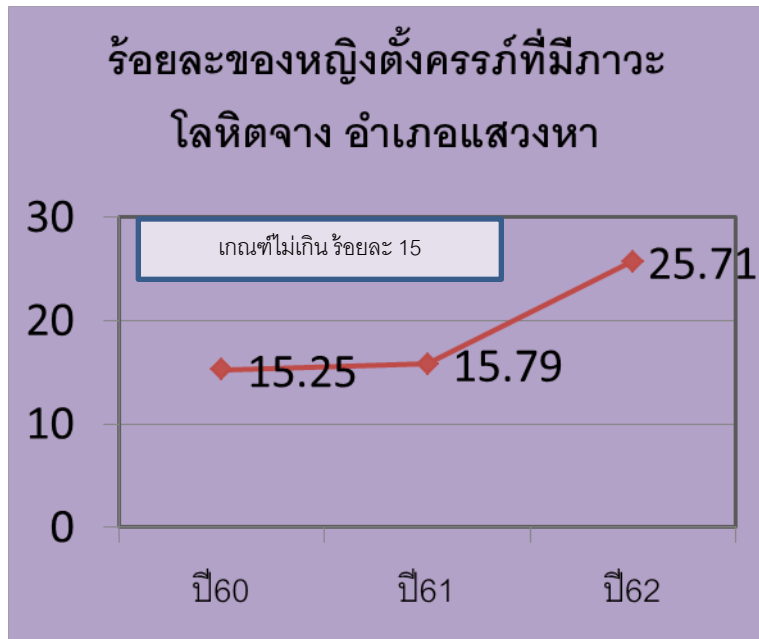
แผนที่ 9

- แผนพัฒนาองค์กร การบริหารจัดการกำลังคน
และการเงินการคลังสุขภาพ

แผนที่ 1 แผนส่งเสริมสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็ก 0 – 5 ปี

๑. สถานการณ์ / แนวโน้ม

ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน อำเภอแสวงหา



แผนที่ 1. แผนสตรีและเด็กปฐมวัย (0-5ปี)

เป้าประสงค์

ตั้งครรภ์คุณภาพ ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย เด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วน พัฒนาการสมวัย IQ ดี

ตัวชี้วัด

1. โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก ร้อยละ 80
2. อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
3. ร้อยละของเด็ก 0 - 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 85
4. ร้อยละของเด็ก 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 64

มาตรการ

1. การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็ก 0 - 5 ปี

กลยุทธ์

1. การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มสตรีและหญิงตั้งครรภ์
เป้าประสงค์ : กลุ่มสตรีและหญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ
ตัวชี้วัด :
 1. ANC ครั้งแรกอายุครรภ์น้อยกว่า 12 wks ร้อยละ 75
 2. ANC ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ ร้อยละ 70
 3. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ ร้อยละ 100
 4. เด็กแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7
 5. หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางไม่เกินร้อยละ 15

2. การส่งเสริมการดำเนินงานพัฒนาการเด็ก
0 - 5 ปี อย่างมีคุณภาพ
เป้าประสงค์ : เด็ก 0 - 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย
ตัวชี้วัด :
 1. เด็ก 0 - 5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 90
 2. เด็ก 0 - 5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า ร้อยละ 20
 3. เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามประเมินซ้ำ ร้อยละ 90

3. การส่งเสริมการแก้ไขปัญหาภาวะเด็กเริ่มอ้วนอ้วน และเตี้ยของเด็ก 0 - 5 ปี
เป้าประสงค์ : เด็ก 0 - 5 ปี มีภาวะสูงดีสมส่วน
ตัวชี้วัด :
 1. เด็ก 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 64
 2. เด็ก 0 - 5 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ไม่เกิน ร้อยละ 10
 3. เด็ก 0 - 5 ปี มีภาวะเตี้ย ไม่เกิน ร้อยละ 10
 4. เด็ก 0 - 5 ปี มีภาวะผอมไม่เกิน ร้อยละ 5

กิจกรรม

- 1.1 ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่าน MCH Board อำเภอ
- 1.2 พัฒนาและใช้ระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ผ่านระบบ Smart COC
- 1.3 ประเมินและพัฒนาโรงพยาบาลมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก
- 1.4 ค้นหาหญิงตั้งครรภ์โดยอสม. และมีสื่อสารโดยใช้กลุ่มไลน์
- 1.5 บูรณาการเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่ อสม. และ อปท.
- 1.6 วิเคราะห์สาเหตุแก้ไขปัญห สุขภาพหญิงตั้งครรภ์ระดับอำเภอ
- 1.7 จัดทำแนวทางการดูแลสุขภาพกลุ่มสตรีและหญิงตั้งครรภ์
- 1.8 ป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์
- 1.9. จัดทำสื่อและสร้างภาคีเครือข่าย ประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางต่างๆ
- 1.10* *จัดทำแนวทางปฏิบัติและส่งเสริมการจ่ายยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและโฟลิกให้แก่หญิงที่วางแผนจะตั้งครรภ์
- 1.11. * *ติดตามการรับประทานยาด้วยการบันทึกแบบฟอร์มโดยสามีหรือบุคคลในครอบครัว
- 1.12 ขับเคลื่อนการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1000 วันแรกของชีวิต
- 1.13 จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานแก้ไขปัญห สตรีและหญิงตั้งครรภ์ในระดับอำเภอ

- 2.1 พัฒนาคลินิกเด็กดีให้ได้มาตรฐาน
- 2.2 อบรมฟื้นฟูการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้กับ ครู ศพด./อสม./ผู้ปกครองเด็ก
- 2.3 กำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน
- 2.4 บูรณาการดำเนินงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข ศพด./รร./อปท./ผู้ปกครอง
- 2.5 ส่งเสริมกิจกรรมกิน กอด เล่น เล่า นอนฝ้าดูพื้น แนะนำช่องทางเข้าถึงสื่อให้กับผู้ปกครอง
- 2.6 ติดตามการให้ความรู้และการจัดกิจกรรมที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในผู้ปกครองกลุ่มเป้าหมาย
- 2.7 ดำเนินการคัดกรอง ติดตามเด็ก พัฒนาการสงสัยล่าช้า และส่งต่อตามแนวทางคู่มือ DSPM

- 3.1 ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง
- 3.2 ประเมินภาวะโภชนาการเด็ก 0 – 5 ปี ทุก 3 เดือน และเด็กที่มีภาวะเตี้ย เริ่มอ้วนและอ้วน ประเมินทุก 1 เดือน
- 3.3 ตรวจสอบเครื่องมือ วิธีการปฏิบัติและการแปรผล
- 3.4 ประเมิน วิเคราะห์ และจัดกิจกรรมแก้ไขปัญหาสุขภาพรายบุคคลร่วมกับผู้ปกครอง
- 3.5 จัดทำแนวทางการดำเนินการแก้ไขปัญหารายบุคคลในเด็กมีภาวะเตี้ย เริ่มอ้วนและอ้วน (Program/Intervention)
- 3.6 บูรณาการเยี่ยมบ้านร่วมกันระหว่างหน่วยบริการสาธารณสุข ศพด. /รร.
- 3.7 ดึงข้อมูลปัญหาโภชนาการให้แก่ผู้ปกครอง ศพด./รร./อปท.
- 3.8 ประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารในแต่ละมื้อ
- 3.9 สนับสนุนการจัดกิจกรรมเมนูสุขภาพสำหรับเด็กให้แก่ผู้ปกครอง
- 3.10 ส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความสูง เช่น การกระโดด
- 3.11 จัดกิจกรรมรณรงค์ รวมพลคนกินนมแม่และ ประกวดหุ่นน้อยพลัง 3 ดี

โครงการ/กิจกรรม ของแผนที่1 แผนสตรีและเด็กปฐมวัย (0-5ปี)

กลยุทธ์	โครงการ	กิจกรรม (สำคัญ)	หน่วยงาน ดำเนินการ (รพ. / สสอ. / รพ.สต.)
กลยุทธ์ ที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มสตรีและหญิงตั้งครรภ์	1.โครงการป้องกันภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ อำเภอแสวงหา ปี2563	-จัดทำแนวทางปฏิบัติ และส่งเสริมการจ่ายยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและโฟลิกให้แก่หญิงที่วางแผนจะตั้งครรภ์ -ติดตามการรับประทานยาด้วยการบันทึกแบบฟอร์มโดยสามีหรือบุคคลในครอบครัว	รพ./รพ.สต.

โครงการ/กิจกรรม ของ แผนที่ 1 แผนสตรีและเด็กปฐมวัย (0-5ปี)

กลยุทธ์	โครงการ	กิจกรรม (สำคัญ)	หน่วยงาน ดำเนินการ (รพ. / สสอ. / รพ.สต.)
กลยุทธ์ ที่ 3 การส่งเสริมการแก้ไข ปัญหาภาวะเด็กเริ่ม อ้วนอ้วน และเตี้ยของ เด็ก 0 – 5 ปี	1.โครงการหนูน้อยพลัง 3 ดี (สูงดีสมส่วน พัฒนาการสมวัย ฟันไม่ผุ) อำเภอ แสงหา ปี 2563	1. ประกวดหนูน้อยพลัง 3 ดี (สูงดีสมส่วน พัฒนาการสมวัย ฟันไม่ผุ) 2.จัดนิทรรศการให้ความรู้	รพ./สสอ./รพ.สต.

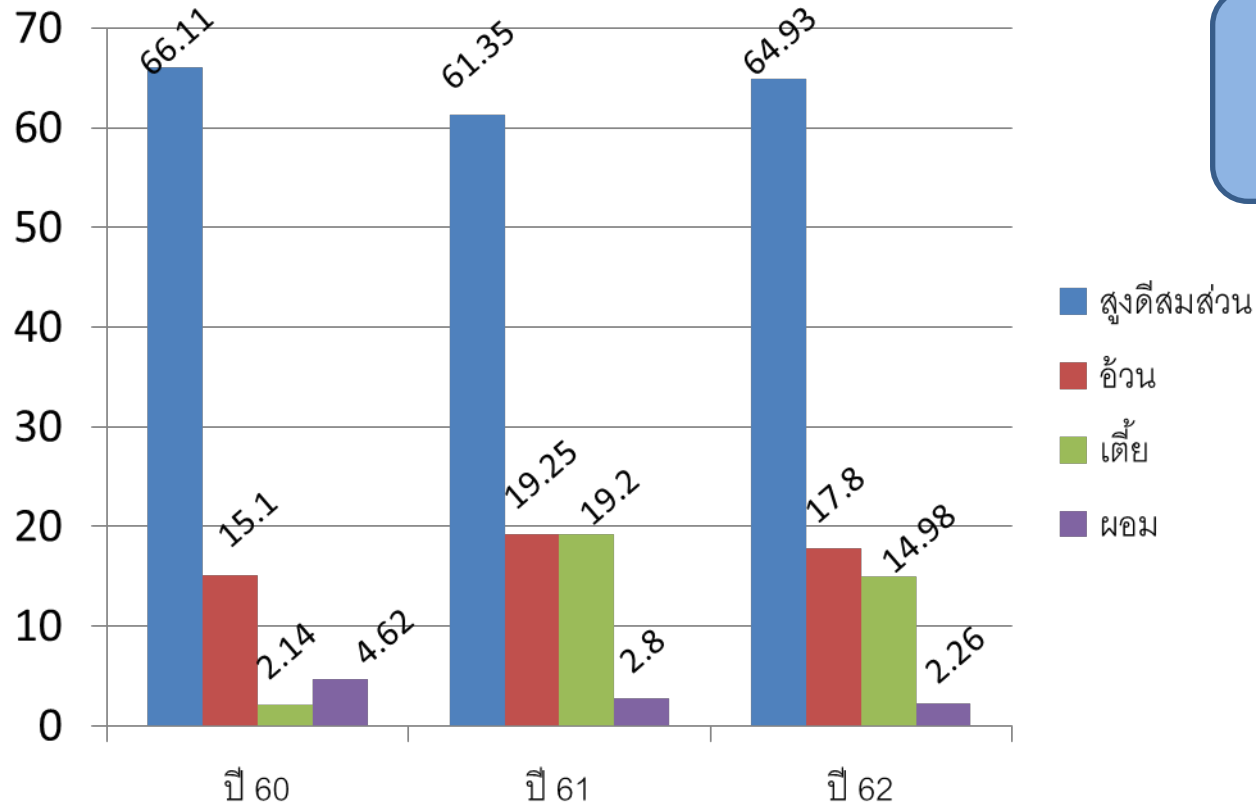
แผนที่ 1.2

- แผนสุขภาพเด็กวัยเรียน สูงดี สมส่วน

เด็กวัยเรียน สูงดี สมส่วน

1. สถานการณ์/ แนวโน้ม

ร้อยละของเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน เทอม1 ปีงบประมาณ 60-62



เป้าหมาย เด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน ≥ 70

แผนที่ 1 : แผนสุขภาพเด็กวัยเรียนสูงตีสมส่วน (อายุ 6-14 ปี) ปี 2563

เป้าประสงค์

เด็กวัยเรียนอำเภอแสวงหา จังหวัดอ่างทอง มีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วนตามเป้าหมาย

ตัวชี้วัด

1. ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงตีสมส่วน ร้อยละ 70 (ปี 2564 ร้อยละ 72)

2. ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 12 ปี - เด็กชาย 154 ซม. - เด็กหญิง 155 ซม.

มาตรการ

1. . เสริมสร้างความร่วมมือภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียน

2.ปรับเปลี่ยนและส่งเสริมพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการเจริญเติบโต

กลยุทธ์

1.1 สนับสนุนภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนจัดการภาวะการเจริญเติบโต

เป้าประสงค์ เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองและส่งต่อจากสถานศึกษาสู่สถานบริการสาธารณสุข

ตัวชี้วัด 1. เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองและส่งต่อเข้าสู่สถานบริการสาธารณสุข ร้อยละ 100

2.1 ส่งเสริมการแก้ไขปัญหภาวะโภชนาการเตี้ย ผอม เริ่มอ้วนและอ้วนในเด็กวัยเรียน

เป้าประสงค์ : เด็กวัยเรียน มีภาวะสูงตีสมส่วน

ตัวชี้วัด 1. เด็กวัยเรียน สูงตีสมส่วน ร้อยละ 70

2. เด็กวัยเรียน มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ไม่เกิน ร้อยละ 10

3. เด็กวัยเรียนมีภาวะเตี้ย ไม่เกิน ร้อยละ 5

4. เด็กวัยเรียนมีภาวะผอม ไม่เกิน ร้อยละ 5

กิจกรรม

1. ถ่ายทอดนโยบายผลการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรคผ่านระบบ คปสอ. กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบลและการประชุมหัวหน้าส่วนระดับอำเภอ
2. จัดทำแนวทางการดำเนินการแก้ไขปัญหาสุขภาพบุคคลในกรณีที่เด็กมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน เตี้ย และผอม (Program /Intervention) ในสถานศึกษา สถานบริการและคลินิก DPAC
3. ค้นหาข้อมูลปัญหาภาวะโภชนาการเด็กวัยเรียนแก่ผู้ปกครอง ครู และท้องถิ่น
4. บูรณาการงานเยี่ยมบ้านร่วมกันระหว่างหน่วยบริการสาธารณสุข โรงเรียน
5. รพ./รพ.สต. ประสานการดูแลต่อเนื่องในระยะปิดภาคเรียนกับภาคีเครือข่าย

1. ประเมินภาวะโภชนาการภาคเรียนละ 1 ครั้ง และเด็กมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน เตี้ย และผอม ทุก 1 เดือน
2. วิเคราะห์ข้อมูล และจัดกิจกรรมแก้ไขปัญหาสุขภาพรายบุคคลร่วมกับครูและผู้ปกครอง
3. ประเมินพฤติกรรมกรับบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย และการนอน และดำเนินงานตามแนวทางการแก้ไขปัญหารายบุคคล (Smart Kids coacher)
4. คัดกรองปัจจัยเสี่ยง เช่น obesity sign เพื่อส่งต่อเข้าสู่ระบบDPAC
5. จัดทำทะเบียนรายชื่อเด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการไม่เป็นไปตามเกณฑ์สูงสุดมีส่วนร่วมพร้อมรายงานความก้าวหน้าในการดำเนินงานเดือนละ 1 ครั้ง
6. ** จัดกิจกรรมรณรงค์ตีมนมจืด และส่งเสริมพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เช่นการบริโภคผัก ไข่ และกิจกรรมทางกาย เช่น กิจกรรม Challenge day กระโดดเชือก/นิทรรศการ
7. ** จัดกิจกรรมสุขศึกษารายกลุ่มเพื่อแก้ไขปัญหาภาวะเด็กเริ่มอ้วน อ้วน และเตี้ยของเด็กวัยเรียน ในระดับตำบล
8. ดำเนินการตามเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ. และ Health Literate School

โครงการ / กิจกรรม ที่1 ของ แผนเด็กวัยเรียน สูงดี สมส่วน

กลยุทธ์	โครงการ	กิจกรรม (สำคัญ)	หน่วยงานดำเนินการ (รพ. / สสอ. / รพ.สต.)
กลยุทธ์ 2 ส่งเสริมการแก้ไข ปัญหาภาวะ โภชนาการ เตี้ย ผอม เริ่มอ้วนและ อ้วนในเด็กวัยเรียน	1.โครงการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เด็กวัยเรียนที่มีภาวะ โภชนาการต่ำกว่า เกณฑ์	1.วิเคราะห์ข้อมูลปัญหาภาวะโภชนาการ รายบุคคลร่วมกับครูและผู้ปกครอง 2.ประเมินพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย และการนอนและ ดำเนินงานตามแนวทางการแก้ไขปัญหา รายบุคคล (Smart Kids coacher) 3. คัดกรองปัจจัยเสี่ยง เช่น obesity sign เพื่อส่งต่อเข้าสู่ระบบDPAC	สสอ./รพ./รพ.สต.
	2.โครงการกิจกรรม Challenge day กระโดดเชือก	1. ประกวดกระโดดเชือกกลุ่ม 2. จัดกิจกรรมรณรงค์ตีมนมจืด และส่งเสริม การออกกำลังกาย 3.จัดกิจกรรมสุขศึกษารายกลุ่มเพื่อแก้ไข ปัญหาภาวะเด็กเริ่มอ้วน อ้วน และเตี้ยของ เด็กวัยเรียน ในระดับตำบล	สสอ./รพ./รพ. สต.

แผนที่ 2

- แผนการป้องกันและควบคุม โรคไม่ติดต่อเรื้อรังNCD (**Primary and Secondary Prevention**) ปี 2563

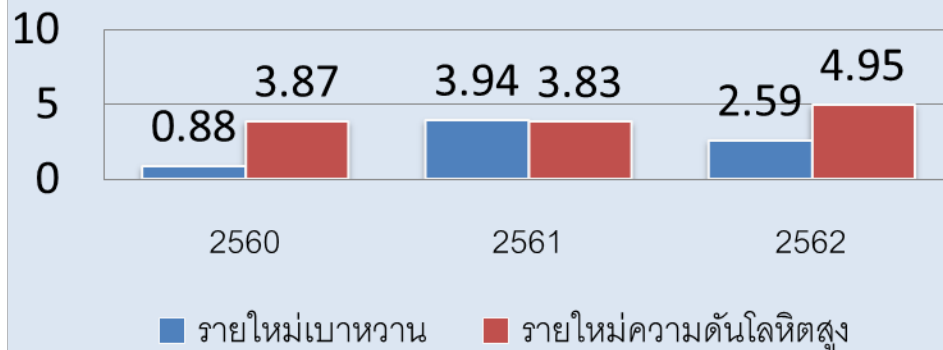
แผนที่ 2

- แผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCD(Primary Prevention)

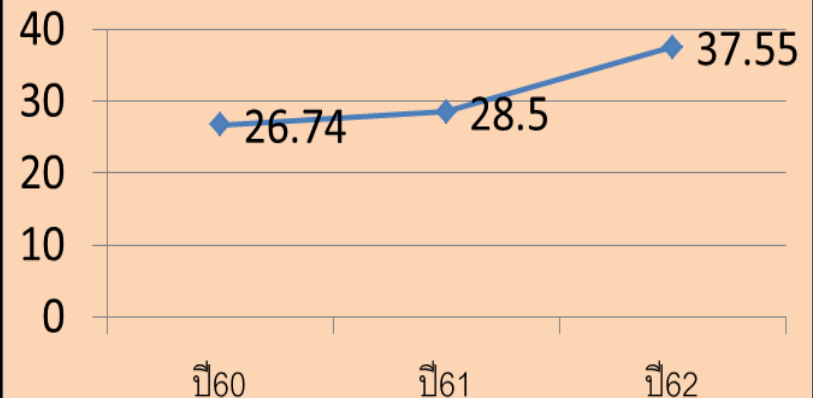
1. สถานการณ์ / แนวโน้ม

1. ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองเบาหวาน ร้อยละ 96.52
2. ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง ร้อยละ 96.41
3. ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ร้อยละ 2.59
4. ผู้ป่วยเบาหวานคุมน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 37.55
5. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 4.95

ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง
จากกลุ่มเสี่ยง



ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมได้ดี



แผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Primary Prevention)

เป้าประสงค์

ลดอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มประชากรอายุ 30 - 70 ปี

ตัวชี้วัด

1. อัตราป่วยเบาหวานรายใหม่ จาก Pre DM (<2.05%)
2. อัตราป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จาก Pre HT (<4.0%)
3. ความชุกของภาวะความดันโลหิตสูง (ลดลงร้อยละ 2.5)
4. ความชุกของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (ลดลงร้อยละ 2.5)

มาตรการ

1. พัฒนาระบบป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2. พัฒนาศักยภาพประชาชน ชุมชน และภาคีเครือข่าย

กลยุทธ์

1. ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

เป้าประสงค์ ลดการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงรายใหม่
ตัวชี้วัด 1. ร้อยละประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 90)
2. ร้อยละประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 90)

2. เสริมสร้างและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

เป้าประสงค์ ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง
ตัวชี้วัด 1. ร้อยละ ของประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ 2ส
2. ร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยงมีค่า BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติ
3. อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน

3. เสริมสร้างศักยภาพครอบครัว และชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ

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

กิจกรรม

1. ควบคุม กำกับ ติดตามการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
2. รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหัวหน้าส่วนระดับอำเภอ
3. คัดกรอง เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ประเมิน CVD Risk โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วม ในการคัดกรองความเสี่ยงด้วยตนเอง (self screening)
4. ** ทรนรงค์ลดการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม และการบริโภคอาหารทางเลือกสุขภาพ และ อาหารว่างเพื่อสุขภาพ
5. * ทรนรงค์ลดความเสี่ยงเรื่องความอ้วน มีการติดตาม การสร้างความตระหนักและเฝ้าระวังการเกิดโรคเมตาบอลิกซินโดรมอย่างเป็นระบบ
- 6.สำรวจพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

1. ควบคุม กำกับ ติดตาม การดำเนินงาน
2. ร่วมดำเนินการอบรมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ(Health Literacy) โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ให้กับบุคลากรสาธารณสุข และส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม
3. เป็นต้นแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กับประชาชน
4. ดำเนินงานคลินิก DPAC / คลินิกบุหรี
5. **จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ DM HT CVD
6. วัดความดันโลหิตที่บ้านในกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง

1. ควบคุม กำกับ ติดตาม การดำเนินงาน
2. จัดทำข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิเคราะห์ แก้ไขปัญหา
3. ส่งเสริมการจัดออกกำลังกาย โดย สธ. อปท. ชุมชน
4. นำเสนอปัญหาที่ประชุมพชอ. ร่วมดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค NCD
5. จัดทำข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ถูกต้อง ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน วิเคราะห์ และคืนข้อมูลต่อชุมชน
6. ดำเนินการตำบลจัดการสุขภาพ/ชุมชนลดเสี่ยงลดโรค

โครงการ/กิจกรรมของ แผนที่ 2 การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Primary Prevention)

กลยุทธ์	โครงการ	กิจกรรม (สำคัญ)	หน่วยงาน ดำเนินการ (รพ. / สสอ. / รพ.สต.)
กลยุทธ์ที่ 1 ลดโอกาสเสี่ยงต่อ การเกิดโรคไม่ ติดต่อเรื้อรัง	โครงการคัดกรองความเสี่ยงโรค เบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และ CVD Risk ใน ประชาชนอายุ 35ปีขึ้นไป เครือข่ายอำเภอ แสงหา	<ol style="list-style-type: none"> 1. คัดกรอง เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ประเมินCVD Risk โดยให้ประชาชน มีส่วนร่วมในการคัดกรองความเสี่ยงด้วย ตัวเอง(self Screening) 2.รณรงค์ลดการบริโภค อาหาร หวาน มัน เค็ม หรืออาหารทางเลือกสุขภาพ และ อาหารว่างเพื่อสุขภาพ 3. รณรงค์ลดความเสี่ยงเรื่อง ความอ้วน มี การติดตาม การสร้างตระหนักและ ใฝ่ระวังการเกิดโรคเมตาบอลิก ซินโดรม อย่างเป็นระบบ 4. สสำรวจพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ ติดต่อเรื้อรัง 	รพ. / สสอ. / รพ.สต.

กลยุทธ์	โครงการ	กิจกรรม (สำคัญ)	หน่วยงาน ดำเนินการ (รพ. / สสอ. / รพ.สต.)
กลยุทธ์ ที่ 2 เสริมสร้างและ ปรับ เปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ	โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประชาชนกลุ่มเสี่ยงกลุ่มเสี่ยง เบาหวาน และ ความดันโลหิตสูง เครือข่ายอำเภอ แสวงหา ปี 2563	<ol style="list-style-type: none"> จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ DM HT CVD อบรมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) ให้กับบุคลากรสาธารณสุข (จนท. อสม.) บุคลากรสาธารณสุขปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพตนเองเพื่อลดการเกิดโรคเรื้อรังและ เป็นต้นแบบให้กับประชาชน 	รพ. / สสอ. / รพ.สต.
กลยุทธ์ที่ 3. เสริมสร้าง ศักยภาพ ครอบครัว และ ชุมชน ในการป้องกัน ควบคุม โรคไม่ติดต่อ	โครงการชุมชนลดเสี่ยงลดโรคเครือข่าย อำเภอแสวงหา ปี 2563	<ol style="list-style-type: none"> ดำเนินการตำบลจัดการ สุขภาพ/ชุมชน ลดเสี่ยงลดโรค ส่งเสริมการจัด ออกกำลังกาย โดย สธ. อปท. ชุมชน 	รพ. / สสอ. / รพ.สต.

แผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง secondary prevention

เป้าประสงค์

ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลได้ดีของอำเภอแสวงหา

ตัวชี้วัด

1. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลได้ดี \geq ร้อยละ 40

มาตรการ

1. พัฒนาประสิทธิภาพระบบบริการสุขภาพ

2. เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้ป่วยและภาคี

กลยุทธ์

1. บูรณาการแผนการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
เป้าประสงค์ หน่วยงานทุกระดับมีแผนการทำงานเชื่อมโยง
ตัวชี้วัด ร้อยละของหน่วยงานที่มีการดำเนินกิจกรรมตามแผนงาน

2. จัดระบบบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ
เป้าประสงค์ หน่วยบริการสามารถจัดการบริการได้ตามมาตรฐาน
ตัวชี้วัด ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลได้ดี

3.ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
การดูแลตนเองของผู้ป่วย
เป้าประสงค์ เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน
ตัวชี้วัด ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลได้ดี

4. เสริมสร้างศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโดยภาคีเครือข่ายในชุมชน
เป้าประสงค์ เพื่อลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาล
ตัวชี้วัด ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่รพ.สต.เพิ่มขึ้น

กิจกรรม

- 1.คณะกรรมการควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับอำเภอ กำหนดนโยบาย แผนงาน ควบคุม กำกับ หน่วยงานในสังกัด
- 2.จัดทำข้อมูลโรค NCD นำข้อมูลมาวิเคราะห์ จัดทำแผนแก้ไขปัญหา
- 3.นิเทศติดตามงานอย่างต่อเนื่อง

1. จัดหาอุปกรณ์/เครื่องมือให้เพียงพอ
2. สนับสนุนให้ รพ. รพ.สต. สร้างนวัตกรรม หรือ R2R
- 3พัฒนาระบบการรักษา การดูแลใน รพ, ที่บ้าน
2. พัฒนาระบบ Refer
6. เชื่อมโยงระบบ Intermedia care
7. จัดระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ให้พร้อมให้บริการ

- 1.system manager บูรณาการสหวิชาชีพในการวางแผนดูแลผู้ป่วย
- 2.minicase manager รวบรวมข้อมูลและนำข้อมูลวิเคราะห์ ปัญหา เพื่อแก้ไข ปัญหาของผู้ป่วย
- 3.**ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุม น้ำตาลไม่ได้รายบุคคลโดยใช้เทคนิค MI
- 4.มีการติดตาม และ ประเมินผล
- 5.ส่งต่อ/เยี่ยมบ้าน/คืนข้อมูลสู่ชุมชน โดยใช้สมุดประจำตัวผู้ป่วย

1. รพ. ส่งต่อ/คืนข้อมูลให้ภาคีเครือข่ายในชุมชน
2. อสค.จัดทำกิจกรรมฟื้นฟูดูแล
3. Care Giver จัดทำกิจกรรมฟื้นฟู/การดูแล
4. การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย Stroke STEMI HT/ DM uncontrol
5. ติดตามประเมินผลโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
6. คืนข้อมูลผู้ป่วยกลับโรงพยาบาลผ่านโปรแกรม Smart COC
7. ให้ความรู้เรื่องสัญญาณเตือนโรคหัวใจ และหลอดเลือดสมอง (Warning Signs)

โครงการ / กิจกรรม ของแผนที่ 2 :
แผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Secondary Prevention)

กลยุทธ์	โครงการ	กิจกรรม (สำคัญ)	หน่วยงานดำเนินการ (รพ. / สสอ. / รพ.สต.)
กลยุทธ์ที่ 3 ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการ ดูแลตนเองของ ผู้ป่วย	โครงการ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมของผู้ป่วย เบาหวานที่ควบคุมน้ำตาล ไม่ได้รายบุคคลโดยใช้ เทคนิค MI	-คัดเลือกผู้ป่วยที่มี HbA1C มากกว่า 7 แต่น้อยกว่า 8 -ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ เทคนิค MI จำนวน 6 ครั้ง -ติดตามประเมินผลด้วย HbA1C ครั้งที่ 6	-สสอ./รพช.รพ.สต

แผนที่ 3

- แผนควบคุมการระบาดของโรคติดต่อในพื้นที่

แผนการควบคุมป้องกันวัณโรคปี 2563.

แผนที่ 3

- แผนการควบคุมป้องกันวัณโรคปี 2563.

1. สถานการณ์ / แนวโน้ม

ผลการดำเนินงานควบคุมวัณโรค อำเภอแสวงหา ปีงบประมาณ 2562 (ตุลาคม 2561- 30 กันยายน 2562) พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทุกประเภท จำนวน 19 ราย เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จำนวน 11 ราย กลับเป็นซ้ำ 2 ราย วัณโรคนอกปอด 5 ราย

ผลการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงจังหวัดอ่างทอง ปีงบประมาณ 2562 (ตุลาคม 2561 - กันยายน 2562) เป้าหมายในการคัดกรอง 1,586 คน คัดกรองได้ 1,236 คนคิดเป็นร้อยละ 77.93 ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด

แผนสุขภาพอำเภอแสวงหา: การควบคุมป้องกันวัณโรค ปี 2563

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 87.5)
2.อัตราป่วยตายลดลง ไม่เกินร้อยละ 5

2.เพิ่มประสิทธิภาพกำกับการกินยาผู้ป่วยวัณโรค โดย
ใช้การดูแลผู้ป่วยแบบมีพี่เลี้ยง (DOT)
เป้าประสงค์
เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคกินยาครบถ้วนตามแผนการรักษา
ตัวชี้วัด
1.อัตราการขาดยาเป็นศูนย์
2.ผู้ป่วยวัณโรคที่มีความเสี่ยงต่อการขาดยาได้รับการ
DOT โดยเจ้าหน้าที่ (ร้อยละ100)

กิจกรรม

1. ศึกษาเพื่อหากลุ่มเสี่ยง Spot map ตามนโยบาย 7 กลุ่มเสี่ยง
2. **ค้นหาและวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว ด้วยการ CXR ,AFB ใน 7 กลุ่มเสี่ยง
3. วิเคราะห์ข้อมูลสรุปผลการดำเนินงานและคืนข้อมูลให้กับพื้นที่
4. ประสิทธิภาพการสื่อสารเข้าถึงกลุ่มเสี่ยง

1. ใช้กลไก case management team กำกับติดตามการรักษา โดยดูแลรักษาโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
2. ขับเคลื่อน NOC-TB จังหวัดและอำเภอ
3. มีระบบ Clinical Consultant โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ที่ปรึกษาระดับจังหวัด และระดับเขต
4. ทำ dead case conference /case review
5. กรณีผู้ป่วยมีอาการรุนแรง พิจารณาให้ผู้ป่วย Admit
6. ดูแลผู้ป่วยแบบมีฟี่เลี้ยง (DOT) โดยเจ้าหน้าที่ และชุมชนมีส่วนร่วม
7. กรณีผู้ป่วยมีปัญหาทางสังคม/สุขภาพอื่นร่วม พิจารณาให้ชุมชนช่วยดูแลผู้ป่วย
8. เพิ่มช่องทางการสื่อสารสำหรับดูแลผู้ป่วยแบบมีฟี่เลี้ยง (DOT) โดยใช้ Mobile phone
9. หาสาเหตุการขาดยาทุกราย
10. กำกับ ติดตาม และประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (Monitoring and evaluation) โดยใช้กลไกของ พรบ.โรคติดต่อ พ.ศ.2558
11. พัฒนาเครือข่าย ระบบข้อมูลในการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรค (TB referral center) เพื่อการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ในระดับโรงพยาบาล จังหวัด อำเภอ และตำบล โดยใช้มาตรการ 2-2-2
 12. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโดย สหวิชาชีพ ร่วมกับชุมชน
 13. ส่งเสริมขวัญ กำลังใจ จนท.ผู้รับผิดชอบงาน TB

โครงการ / กิจกรรม ของ แผนที่ 3 :การควบคุมป้องกันวัณโรค

กลยุทธ์	โครงการ	กิจกรรม (สำคัญ)	หน่วยงานดำเนินการ
เร่งรัดการค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคใน 7 กลุ่มเสี่ยง	1.โครงการค้นหาและดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค อำเภอแสวงหา ปี2563	<ol style="list-style-type: none"> 1.ศึกษาเพื่อหากกลุ่มเสี่ยงจาก Spot map 2. คัดกรองกลุ่มเสี่ยงทั้ง7 กลุ่ม 3. วินิจฉัยโรคอย่างรวดเร็วด้วย CXR ,AFB 4. พัฒนาช่องทางการสื่อให้เข้าถึงกลุ่มเสี่ยง 	รพ. / สสอ. / รพ.สต

แผนที่ 5

แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

แผนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ รพ.สต.ติดตาม

๑. สถานการณ์ / แนวโน้ม

ลำดับที่	สถานบริการ	รพ.สต. 5 ดาว	พ.ศ.
1	รพ.สต.วังน้ำเย็น	✓	2560
2	รพ.สต.ห้วยไผ่	✓	2561
3	รพ.สต.สีบัวทอง	✓	2561
4	รพ.สต.บ้านพราน	✓	2562
5	รพ.สต.บ้านแก้วกระจ่าง	✓	2562
6	รพ.สต.ศรีพราน	✓	2563
7	รพ.สต.จำลอง	✓	2563

แผนพัฒนาการพัฒนาคูณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ)

๑. สถานการณ์ / แนวโน้ม

- มีคณะกรรมการพัฒนาคูณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
- มีคณะกรรมการพัฒนาคูณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.)
- คัดเลือกประเด็นปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่ 2 ประเด็น
 - 1.การลดความรุนแรงจากอุบัติเหตุโดยการสวมหมวกนิรภัย
 - 2.การดูแลผู้ป่วยติดเตียง

แผนที่ 5 พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

เป้าประสงค์

ประชาชนได้รับบริการตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ

ตัวชี้วัด

รพ.สต.ติดดาว

- 1.รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาวระดับ 5 ดาว ร้อยละ 100
- 2.ทีมพี่เลี้ยงลงประเมิน รพ.สต.ติดดาว ร้อยละ 100

พชอ.

- 1.คณะกรรมการ พชอ. ที่มีคุณภาพตามแนวทาง UCCARE
- 2.ประเด็นปัญหาได้รับการแก้ไขแบบมีส่วนร่วมอย่างน้อย 2 ประเด็น

มาตรการ

- 1.ขับเคลื่อน การดำเนินงานและแผนการพัฒนาร่วมที่ขาด รพ.สต.ติดดาว
2. พัฒนาทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอ

1. เพิ่มประสิทธิภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
2. ขับเคลื่อนกระบวนการแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วม

กลยุทธ์

- 1.รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว ร้อยละ 100 ในปี 2563
2. ทีมพี่เลี้ยงมีความเข้าใจเกณฑ์ประเมิน รพ.สต.ติดดาว
3. ทีมพี่เลี้ยงลงประเมิน รพ.สต.ติดดาว ร้อยละ 100

- 1.ผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพตามแนวทาง UCCARE คะแนนระดับ 3 ขึ้นไปทุกข้อ
2. คณะกรรมการประชุมอย่างน้อย 4 ครั้ง/ปี
3. ประเด็นปัญหาได้รับการแก้ไขแบบมีส่วนร่วมอย่างน้อย 2 ประเด็น

กิจกรรม

1. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนา รพ.สต. และกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบ
2. ประเมินตนเอง ตามเกณฑ์มาตรฐาน
3. จัดทำแผนการพัฒนาร่วมชาติ
- ๔.** พัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยง
- ๕.รับการประเมินจากทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอและพัฒนาตามคำแนะนำ

1. ทบทวนคำสั่งคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
2. จัดประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา/คัดเลือกประเด็นพัฒนาที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่
3. จัดทำแผนพัฒนา/แก้ไขปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่ ดำเนินการตามแผน พัฒนา/แก้ไขปัญหา

โครงการ / กิจกรรม ของ แผนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

กลยุทธ์	โครงการ	กิจกรรม (สำคัญ)	หน่วยงานดำเนินการ (รพ. / สสอ. / รพ.สต.)
ทีมพี่เลี้ยงมีความเข้าใจเกณฑ์ประเมิน รพ.สต.ติดดาว	โครงการพัฒนาทีมพี่เลี้ยงรพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาวระดับอำเภอ	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทบทวนคณะกรรมการทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอ 2. ประชุมชี้แจงเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว ปี 2563 มอบหมายหน้าที่ตามหมวด ตามเกณฑ์ 3. ถอดบทเรียน/พัฒนาส่วนที่ขาด ของการประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2562 4. .ให้แนวทาง คำแนะนำและลงประเมินรพ.สต. ที่รับการประเมิน ปี 2563 	รพ. / สสอ. / รพ.สต.
ผลลัพธ์การพัฒนา ระบบสุขภาพตามแนวทาง UCCARE คะแนนระดับ 3 ขึ้นไปทุกข้อ	โครงการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาด้วยกระบวนการ พชอ.	<ol style="list-style-type: none"> 1.ทบทวนคณะกรรมการ 2.สร้างความเข้าใจการดำเนินงานตามแนวทาง UCCARE 3. จัดทำแผนงาน เพื่อแก้ไขประเด็นปัญหาตามมติที่ประชุมคัดเลือก เพื่อดำเนินการตามแผน 4.วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน พร้อมหาแนวทางการแก้ไขปัญหา 5.สรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน 	รพ. / สสอ. / รพ.สต.

จบการนำเสนอ

ขอบคุณครับ