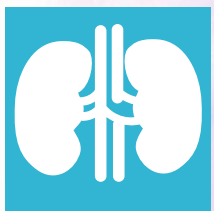


แผนสุขภาพอำเภอ

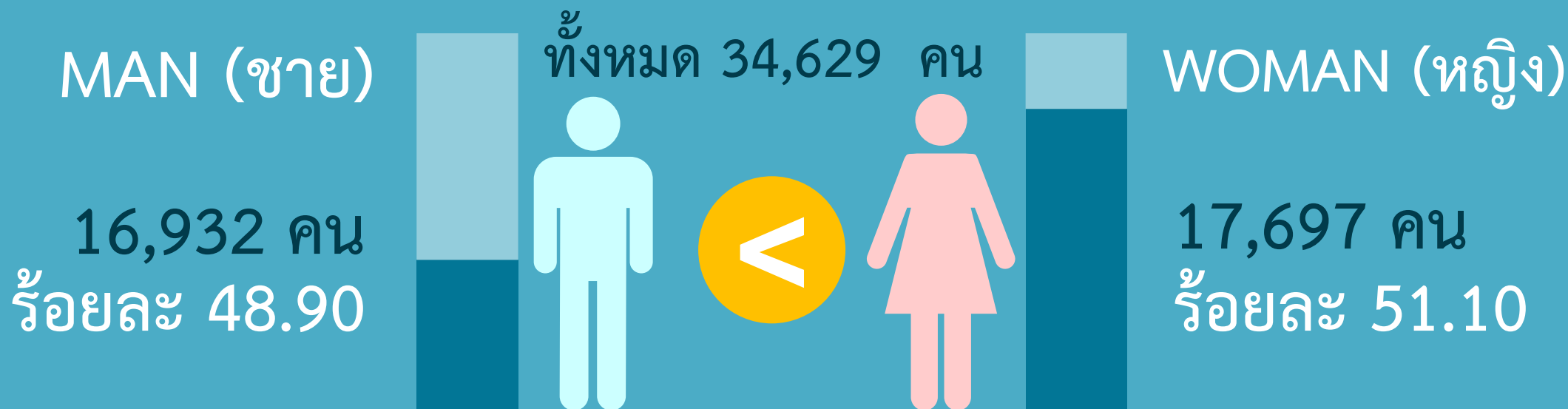
Health plan



แสวงหา

จำนวนประชากร

อำเภอแสวงหา จังหวัดอ่างทอง



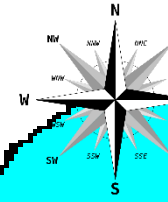
จำนวนประชากรจำแนกตามตำบล

ที่มา : ปกครองอำเภอแสวงหา ณ วันที่ 1 มกราคม 2562



แผนที่ อำเภอแสวงหา

อ. ศรีประจันต์
จ.สุพรรณบุรี



sw.สต.สีบัวทอง
Sribouthong healthcenter

ต. สีบัวทอง



sw.สต.แก้วกระจ่าง
kaewktjang healthcenter



sw.แสวงหา
Sweangha hospital

ต. แสวงหา



sw.สต.ห้วยไผ่
ต. ห้วยไผ่

อ. ค่ายบางระจัน จ. สิงห์บุรี

อ. ท่าช้าง

จ. สิงห์บุรี



sw.สต.วังน้ำเย็น
Wangnuyen healthcenter

ต. วังน้ำเย็น



sw.สต.บ้านพราน
Banpran healthcenter

ต. บ้านพราน



sw.สต.ศรีพราน
Sripran healthcenter

ต. ศรีพราน



sw.สต.จำลอง
jumlong healthcenter

ต. จำลอง

อ. โพธิ์ทอง จ. อ่างทอง

วิสัยทัศน์

“ เครือข่ายสุขภาพดี
เจ้าหน้าที่มีความสุข ”



แผนยุทธศาสตร์
2564-2569
เครือข่ายอำเภอแสวงหา

2564-2569

STRATEGIC PLAN

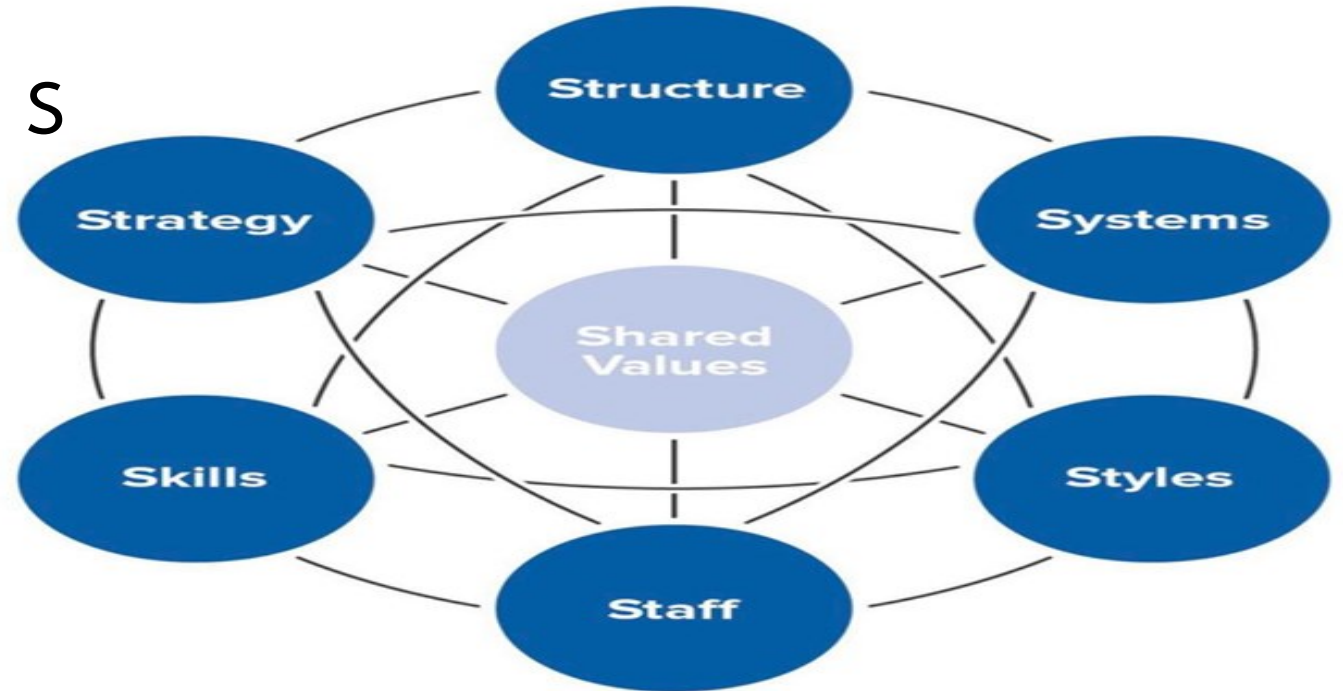
Sawaeng Ha

โรงพยาบาลแสวงหา

ค่านิยม



7 S



W : Work by Network

H : Healthy

พันธกิจ

01

ส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง

02

พัฒนาระบบบริการให้ได้มาตรฐาน

03

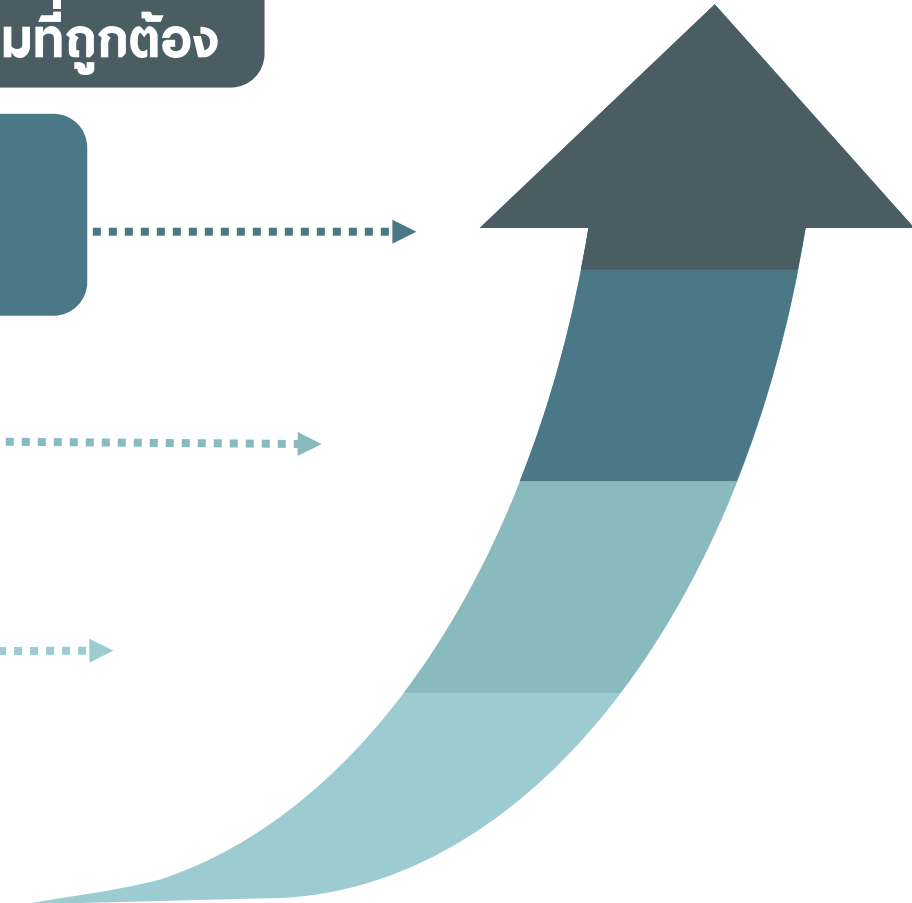
พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสาธารณสุข

04

พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ

05

สร้างกลไกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการจัดบริการสุขภาพ



เข็มมุ่ง ปี 2564



Crowd Management

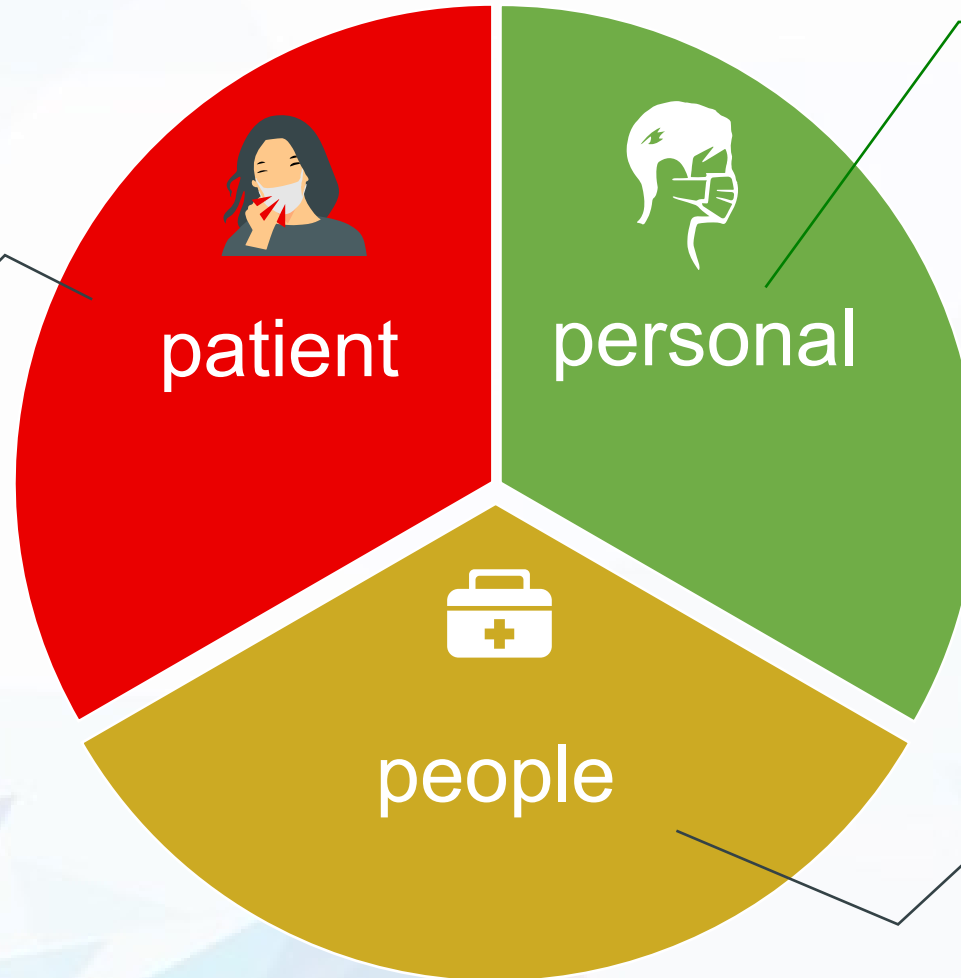
1. Lean ลดขั้นตอนการรับบริการ
2. การจำกัดผู้ป่วยให้สอดคล้องกับพื้นที่ให้บริการ ใช้หลัก Physical distancing
3. ระบบเหลื่อมเวลานัด .
4. จัด Waiting Area
5. การใช้ Telemedicine ให้คำปรึกษา ให้ความรู้
6. One Stop Service
7. Re design Area อาทิเช่น ปรับเปลี่ยนห้องรอคลอดเป็นสังเกตอาการ



3P Safety

จุดเน้น

1. การคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ
2. ลดกลุ่มผู้ป่วยเข้ารับบริการใน รพ,รพ.สต.
- 3.ลดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ใน รพ
- 4.One stop service
- 5.ให้บริการเชิงรุก ให้ความรู้ คำปรึกษา



จุดเน้น

1. Personal Care Hygiene
2. Touchless Medical Service (รักษาระยะห่าง ไร้อุปกรณ์สัมผัส)
3. Personal and Procedure Risk Grouping
4. Medical Checkup and Treatment
5. Innovation

จุดเน้น

- 1.New Normal Policy
- 2.New Normal Culture
- 3.New Normal Habit
- 4.Local and Stage Quarantine
- 5.การคัดกรองเชิงรุกในพื้นที่ ร่วมกับเทคโนโลยี



1

การส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง (พัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย)

โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

การส่งเสริมอนามัยแม่และเด็ก

1. การฝากครรภ์ครั้งแรกช้ากว่า 12 wks
2. การฝากครรภ์ไม่ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์
3. การคลอดก่อนกำหนด
4. ทารกมีน้ำหนักแรกเกิด < 2,500 g.

โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยทำงาน

พฤติกรรมดูแลสุขภาพ การบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย

1. วัยทำงานอายุ 30-44 ปี มีดัชนีมวลกายปกติ
2. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน
3. กลุ่มเสี่ยงสูง CVD Risk ≥ 20 % มีระดับ CVD Risk ลดลง

โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น

1. เด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน
2. พฤติกรรมความเสี่ยงการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
3. อุบัติเหตุ

โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ

1. การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ
2. ลดปัจจัยเสี่ยงและความรุนแรงของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ



2

การพัฒนาาระบบบริการให้ได้

มาตรฐาน

แยกกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับบริการทั่วไป

กลุ่มเปราะบาง

- เสี่ยงต่อการติดเชื้อ
- TB
- HIV
- แม่และเด็ก

กลุ่มโรคเรื้อรัง

- ควบคุมได้ดี
- ควบคุมปานกลาง
- ต้องเข้ารับการรักษาใน รพ

กลุ่มโรคทั่วไป

- ระบบทางเดินหายใจ
- โรคอื่นๆ



การพัฒนาาระบบบริการให้ได้มาตรฐาน

แพทย์ พยาบาล

ความเสี่ยงสูง

เภสัชกร เจ้าหน้าที่
Lab/X-ray

ความเสี่ยงปานกลาง

พนักงานเปล
พนักงานทำความสะอาด
สะอาด

ความเสี่ยงต่ำ

บุคลากร/เจ้าหน้าที่ที่มีความเสี่ยง

การพัฒนากระบวนการบริการให้ได้มาตรฐาน

ระบบการนัดและการติดตาม



What Existing

ไม่มีการนัดเหลื่อมเวลา



What Existing



- มีระบบการนัดเหลื่อมเวลา
- จัดระบบการนัดหมาย ด้วยการขยาย
ระยะเวลานัดในผู้ป่วยปกตินัด 3 เดือน/ครั้ง

การพัฒนาาระบบบริการให้ได้มาตรฐาน

จัดระบบบริการให้ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้สูงอายุ สามารถรับยา ที่ร้านขายยาใกล้บ้าน หรือมีบริการจัดส่งยาไปยังบ้านผู้ป่วยตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข



What Existing

รับยาที่ห้องยาของ
โรงพยาบาล



What Next

- มีระบบให้ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังรับยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน
- โดย อสม.หรือเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เป็นผู้จัดส่งยาให้



การพัฒนากระบวนการให้ได้มาตรฐาน

ระบบการให้บริการ ผู้ป่วยแบบ Paperless

What Existing

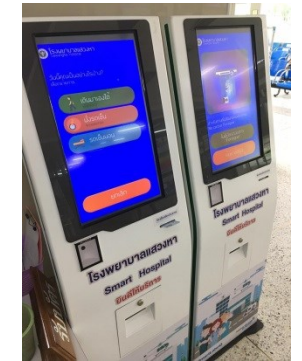


การคั่น OPD Card



มาตรการลดความแออัดยัง
ไม่มีความชัดเจน

What Next



ใช้ระบบPaperless และระบบคิว เพื่อลดความแออัด
การรอคอยหน้าห้องบัตร



เพิ่มมาตรฐานลดความแออัด
โดยจำกัดปริมาณผู้ป่วย



แยกโซนผู้รับบริการรอการคัดกรอง

การพัฒนาระบบบริการให้ได้
มาตรฐาน

Structure

What Existing

- ไม่มี Fever and ARI Clinic
- ไม่มีการจัดการ social distancing



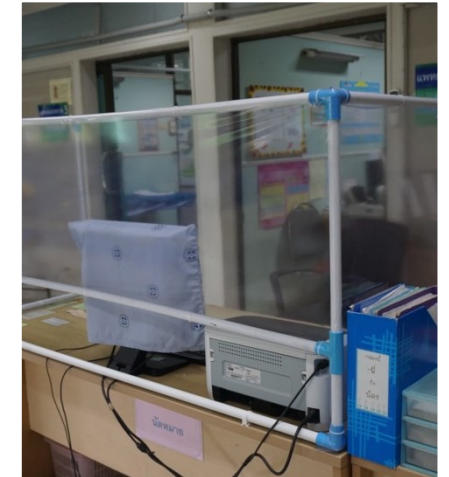
What Next



จุดคัดกรอง triage



Fever and ARI Clinic



ฉากกั้นฝุ่นละออง น้ำลาย เสมหะ



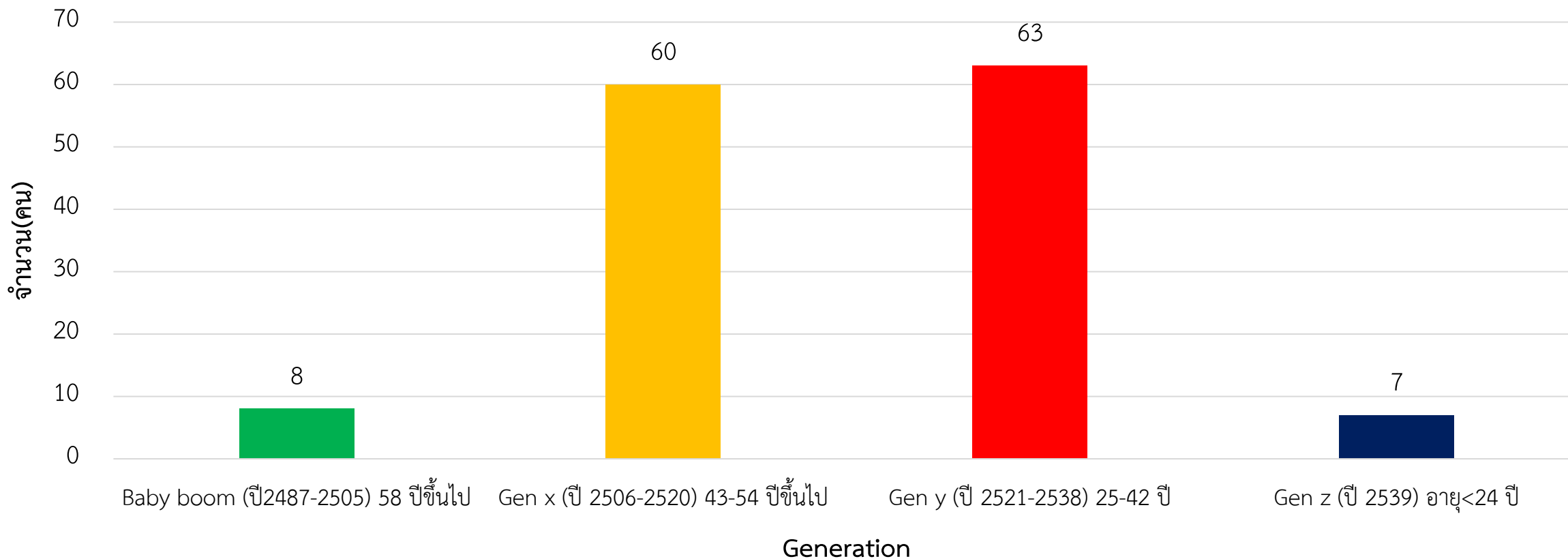
กำหนดจุดยืนและที่นั่งแบบเว้นระยะห่าง



3

พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้าน
สาธารณสุข

อายุของบุคลากรจำแนกตาม “Generation”



***ในการทำงานร่วมกัน จึงไม่อาจหลีกเลี่ยงภาวะความคิดเห็นไม่ตรงกันบ้าง เป็นเรื่องธรรมดา

ประเด็นการพัฒนาศักยภาพ

ประเด็นคุณภาพที่

1

การจัดระบบบริหารอัตรากำลังให้เพียงพอต่อการให้บริการ (ความเพียงพอ)

ประเด็นคุณภาพที่

2

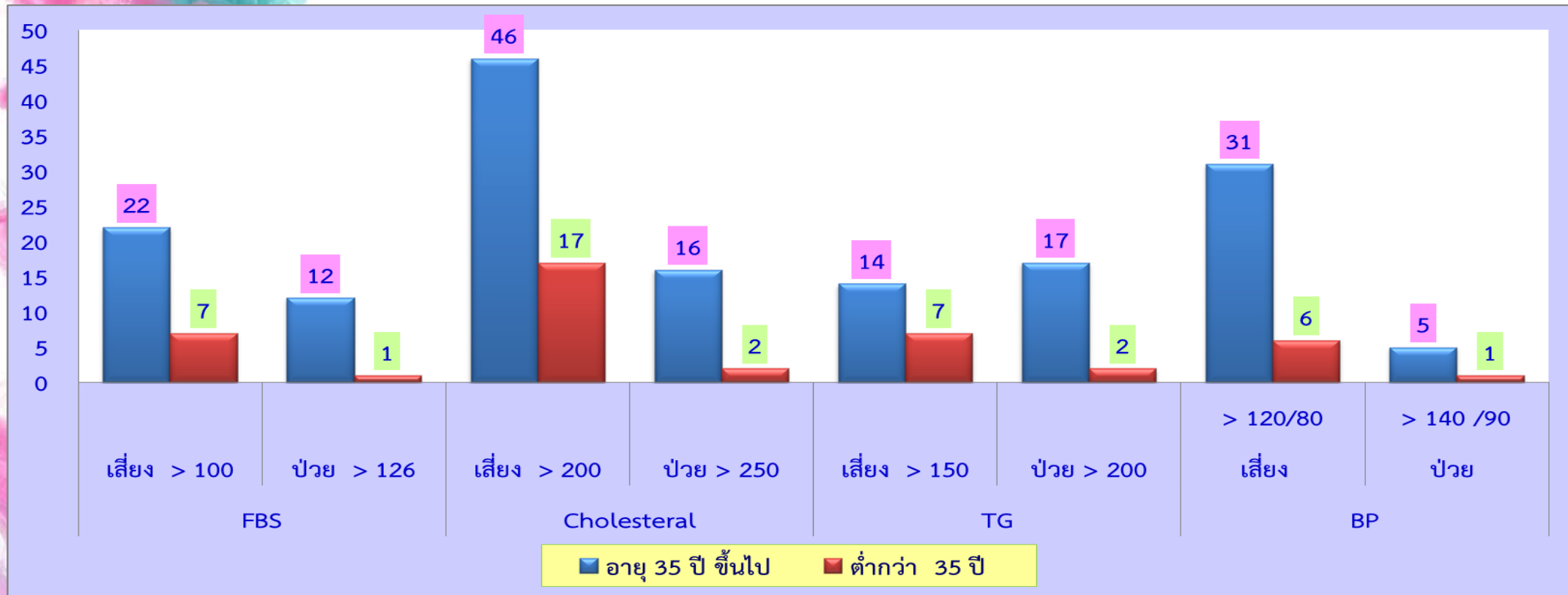
การพัฒนาความรู้ ความสามารถ ทักษะ และ สมรรถนะการให้บริการ (เก่ง+ดี)

ประเด็นคุณภาพที่

3

การสนับสนุนส่งเสริม ความก้าวหน้า การสร้างขวัญกำลังใจให้มีความสุข และมีสุขภาพดี (สุขภาพดีและมีความสุข)

ผลการตรวจสุขภาพประจำปี 2563



พบว่าบุคลากรมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพในเรื่อง ไขมันในเลือดสูง , ความดันโลหิตสูง, น้ำตาลในเลือดสูง, การปรับปรุงแก้ไข

- จัดกิจกรรมส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพ
- ส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย
- ติดตามประเมินผลการไม่รับยา การตรวจตามนัด ทุก 3-6 เดือน

ผลการประเมินความพึงพอใจของบุคลากร ปี 2563

ความพึงพอใจสูงสุด

- อันดับ 1. ความพึงพอใจด้านวัฒนธรรมองค์กร
- อันดับ 2. พึงพอใจด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ
- อันดับ 3. ความพึงพอใจด้านภาวะผู้นำองค์กร

ความพึงพอใจต่ำสุด

- อันดับ 1. ด้านสวัสดิการ
- อันดับ 2. ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน
- อันดับ 3. ด้านการพัฒนาบุคลากร/การสร้างความก้าวหน้า



4

พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ด้านสุขภาพ

พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ

ขอบเขตการให้บริการ





ความเสี่ยงที่สำคัญ


***จากสถานการณ์การเกิดไวรัสทำลายระบบข้อมูลรพ.สระบุรี เกิดความรู้อันสำคัญ และนำมาปรับใช้



1. การสำรองข้อมูล (Back Up) เพื่อลดความเสี่ยงจากที่อาจเกิดขึ้นกับข้อมูลและสามารถนำข้อมูลกลับมาใช้งานได้กรณีที่ฮาร์ดดิสก์เสียหาย ไวรัสคอมพิวเตอร์ทำลายข้อมูล ผู้บุกรุกทำการลบข้อมูลหรือเปลี่ยนแปลงข้อมูล โดยผู้ใช้งานเอง
2. การป้องกันและแก้ไขปัญหาคะแสไฟฟ้าขัดข้อง เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาคะแสไฟฟ้า ซึ่งอาจสร้างความเสียหายแก่ระบบสารสนเทศและระบบคอมพิวเตอร์
3. การเปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วย
4. ความถูกต้อง ทันเวลาของข้อมูลสารสนเทศ
5. ข้อมูลผิดพลาด



เป้าหมายผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ

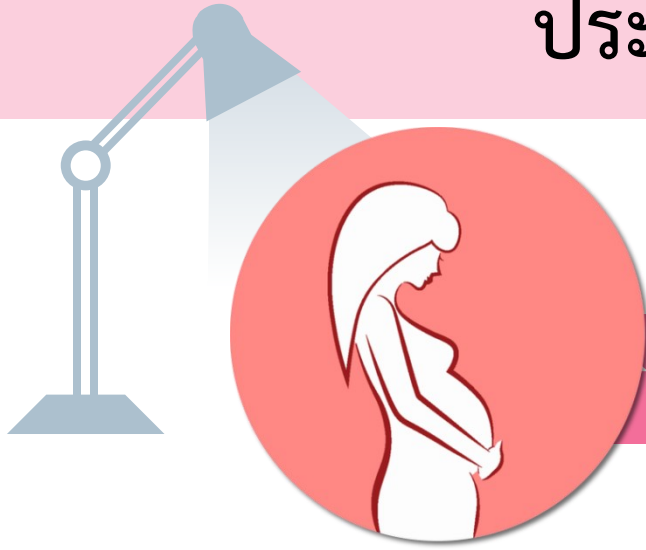
ผู้รับผลงาน	ความต้องการที่สำคัญ 
1. ผู้ป่วย	ระบบคอมพิวเตอร์อำนวยความสะดวก เพื่อลดระยะเวลาารอรับบริการ
2.ญาติผู้ป่วย	สามารถให้บริการสารสนเทศแก่ญาติผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. ลูกค้ายานนอกโรงพยาบาล	มีระบบข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง รวดเร็ว เป็นปัจจุบัน เพื่อเอื้อต่อการทำงานในระบบเครือข่าย
4. ผู้ร่วมงานในโรงพยาบาล	<ol style="list-style-type: none">1. มีระบบคอมพิวเตอร์ที่เอื้อต่อการรักษา และลดระยะเวลาารอรับบริการ2. มีระบบส่งเคราะห์สารสนเทศ เพื่อสนับสนุนตัวชี้วัดของระบบงาน และระบบรายงานอื่นๆ3. มีการนำระบบคอมพิวเตอร์มาช่วยอำนวยความสะดวกในการติดตามประวัติ และการให้บริการอื่นๆ

ประเด็นที่ 1

การส่งเสริมอนามัยแม่และเด็ก



ประเด็นที่ 1 การส่งเสริมอนามัยแม่และเด็ก



วิเคราะห์สาเหตุ/ปัจจัยเพื่อแก้ปัญหาในปี 2564

01

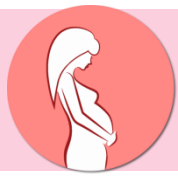
- 1.การฝากครรภ์ครั้งแรกช้ากว่า 12 wks
- 2.การฝากครรภ์ไม่ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์
- 3.การคลอดก่อนกำหนด
- 4.ทารกมีน้ำหนักแรกเกิด < 2,500 g.



ส่งผลต่อพัฒนาการเด็กอายุต่ำกว่า5ปี ด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ สังคม และปัญหาสุขภาพต่ำกว่ามาตรฐาน

02

การมาฝากครรภ์ช้าจากการทำงานพื้นที่ทำให้ไม่สะดวกในการฝากครรภ์/การปกปิด การตั้งครรภ์



ประเด็นที่ 1 การส่งเสริมอนามัยแม่และเด็ก

จำนวนและร้อยละการฝากครรภ์ การคลอดก่อนกำหนดและทารกน้ำหนักตัว $\leq 2,500$ กรัม ปีงบประมาณ 2563

สถานบริการ	ANC<12 wk (60%)	ANC =5 ครั้ง	LBW $\leq 2,500$ กรัม(<7%)
ศรีพราน	6 (60.00)	6 (60.00)	0
บ้านพราน	5 (25.00)	2 (10.00)	1 (16.67)
วังน้ำเย็น	16 (72.73)	12 (54.55)	2 (20.00)
สีบัวทอง	10 (83.33)	10 (83.33)	1 (4.17)
บ้านแก้วกระจ่าง	6 (54.55)	5 (45.45)	1 (5.26)
ห้วยไผ่	3 (100)	3 (100)	4 (36.36)
จำลอง	3 (60)	2 (40.00)	0
แสวงหา	20 (86.96)	20 (86.96)	2 (5.13)
รวม	69 (65.09)	60 (56.60)	11 (8.46)





ประเด็นที่ 1 การส่งเสริมอนามัยแม่และเด็ก



Outcome ปี 2564 : หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ น้อยกว่า 12 สัปดาห์



Output ปี 2564 : อัตราการคลอดก่อนกำหนดและทารกแรกเกิดน้ำหนัก น้อยกว่า 2,500 กรัม ลดลง

กิจกรรมหลัก

- 1.1 วิเคราะห์หาสาเหตุแก้ไขปัญหาสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ระดับอำเภอ
- 1.2 ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่าน MCH Board อำเภอ
- 1.3 พัฒนาและใช้ระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ผ่านระบบการส่งต่อ
- 1.4 ประเมินและพัฒนาโรงพยาบาลมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก
- 1.5 ค้นหาข้อมูลหญิงตั้งครรภ์และสร้างช่องทางการสื่อสาร
- 1.6 มีแนวทางการพัฒนาทักษะความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะ สำหรับ อสม. ครอบครัวและตัวบุคคลให้มีความรู้เฉพาะในการดูแลทุกกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ทั้งเสี่ยงและปกติ
- 1.7 มีแนวทางการบูรณาการระหว่างองค์กรภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ครอบคลุมทุกมิติ

กิจกรรมหลัก

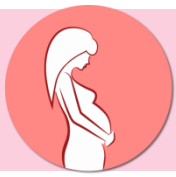
- 1.8 จัดทำสื่อและสร้างภาคีเครือข่ายประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางต่างๆ
- 1.9 จัดทำแนวทางปฏิบัติและส่งเสริมการจ่ายยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและโฟลิกให้แก่หญิงที่วางแผนจะตั้งครรภ์
- 1.10 ติดตามการรับประทานยาด้วยการบันทึกแบบฟอร์มโดยสามีหรือบุคคลในครอบครัว
- 1.11 มีระบบบริการปฏิบัติการเชิงรุกเพื่อการเข้าถึงกลุ่มเสี่ยงในการดูแลแม่และเด็กโดยอาศัยทีมหมอครอบครัว
- 1.12 จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานแก้ไขปัญหาสตรีและหญิงตั้งครรภ์ในระดับอำเภอ



ประเด็นที่ 1 การส่งเสริมอนามัยแม่และเด็ก

Small Success

ผลงานวัดความสำเร็จ	เป้าหมาย 3 เดือน	เป้าหมาย 6 เดือน	เป้าหมาย 9 เดือน	เป้าหมาย 12 เดือน
<p>1. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 80</p> <p>2. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ ร้อยละ 70</p> <p>3. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ ร้อยละ 100</p> <p>4. โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก</p>	<p>1. จัดประชุมคณะกรรมการ MCH Board อำเภอ</p> <p>2. พัฒนาและใช้ระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ผ่านระบบ Smart COC</p> <p>3. ค้นหาข้อมูลหญิงตั้งครรภ์รายใหม่โดย อสม.และประสานคลินิกเอกชน</p> <p>4. จัดทำแนวทางการดูแลสุขภาพกลุ่มสตรีและหญิงตั้งครรภ์</p> <p>5. คัดกรองกลุ่มอาการตาบอดในหญิงตั้งครรภ์</p> <p>6. ติดตามการรับประทานยาด้วยการบันทึกแบบฟอร์มโดยสามีหรือบุคคลในครอบครัว</p>	<p>1. จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางต่างๆ</p> <p>2. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 60</p> <p>3. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ ร้อยละ 50</p> <p>4. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ ร้อยละ 100</p>	<p>1. จัดประชุมคณะกรรมการ MCH Board อำเภอ</p> <p>2. ประเมินโรงพยาบาลมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก</p> <p>3. จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานแก้ไขปัญหาสตรีและหญิงตั้งครรภ์ในระดับอำเภอ</p> <p>4. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 70</p> <p>5. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ ร้อยละ 60</p> <p>6. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ ร้อยละ 100</p>	<p>1. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 80</p> <p>2. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ ร้อยละ 70</p> <p>3. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ ร้อยละ 100</p> <p>4. ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7</p> <p>5. โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก</p>



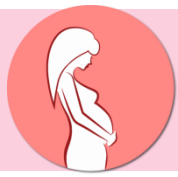
ประเด็นที่ 1 การส่งเสริมอนามัยแม่และเด็ก



กิจกรรมการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

สสอ.

1. จัดประชุมคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก MCH Board ระดับอำเภอ ทุก 6 เดือน
2. สร้างภาคีเครือข่ายในการเผยแพร่สื่อประชาสัมพันธ์
3. นิเทศติดตาม ควบคุมกำกับและประเมินผลการดำเนินงาน
4. จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานแก้ไขปัญหาสตรีและหญิงตั้งครรภ์ในระดับอำเภอ
5. ควบคุมกำกับการบันทึกและตรวจสอบข้อมูลงานแม่และเด็กในระบบ HDC ให้ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลาทุกเดือน
6. สร้างแนวทางการพัฒนาทักษะความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะ สำหรับ บุคลากรสาธารณสุข อสม. ครอบครัวและตัวบุคคลให้มีความรู้เฉพาะในการดูแลทุกกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ทั้งเสี่ยงและปกติ
7. สร้างช่องทางออนไลน์ในการสื่อสารสำหรับผู้ให้บริการ/ระบบติดตามการดูแลสุขภาพแม่และเด็กเชื่อมโยงข้อมูลทุกระดับ(ตำบล อำเภอ จังหวัด)



ประเด็นที่ 1 การส่งเสริมอนามัยแม่และเด็ก



กิจกรรมการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

รพช./รพ.สต.

1. สร้างภาคีเครือข่ายในการเผยแพร่สื่อประชาสัมพันธ์
2. จัดประชุมคณะกรรมการ MCH Board ทุก 6 เดือน
3. บูรณาการเยี่ยมบ้านร่วมกับท้องถิ่น
4. ใช้ระบบส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ผ่านระบบ Smart COC
5. วิเคราะห์หาสาเหตุแก้ไขปัญหาสุขภาพหญิงตั้งครรภ์
6. ดำเนินการตามแนวทางการดูแลสุขภาพสตรีและหญิงตั้งครรภ์
7. คัดกรองกลุ่มอาการดาวน์-ซินโดรมในหญิงตั้งครรภ์
8. ป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์
9. ใช้คู่มือการเตรียมพร้อมก่อนตั้งครรภ์และการให้ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและโฟลิกแก่หญิงที่วางแผนจะตั้งครรภ์
10. รพช./รพ.สต.ทุกแห่งดำเนินการตามโครงการมหัศจรรย์ 1000 วันแรกของชีวิต
11. จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานแก้ไขปัญหาด้านสตรีและหญิงตั้งครรภ์ในระดับตำบล อำเภอ
12. บันทึกข้อมูลการให้บริการงานแม่และเด็กในโปรแกรม HOSxP ให้ครบถ้วน ถูกต้องทันเวลา

โครงการ

ฝากครรภ์เร็ว ฝากครรภ์ครบ เพื่อแม่ลูกสุขภาพดี

งบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

จำนวน 22,500 บาท



ประเด็นที่ 2

เด็กอายุ 6-14 ปี สูงที่สุดส่วน



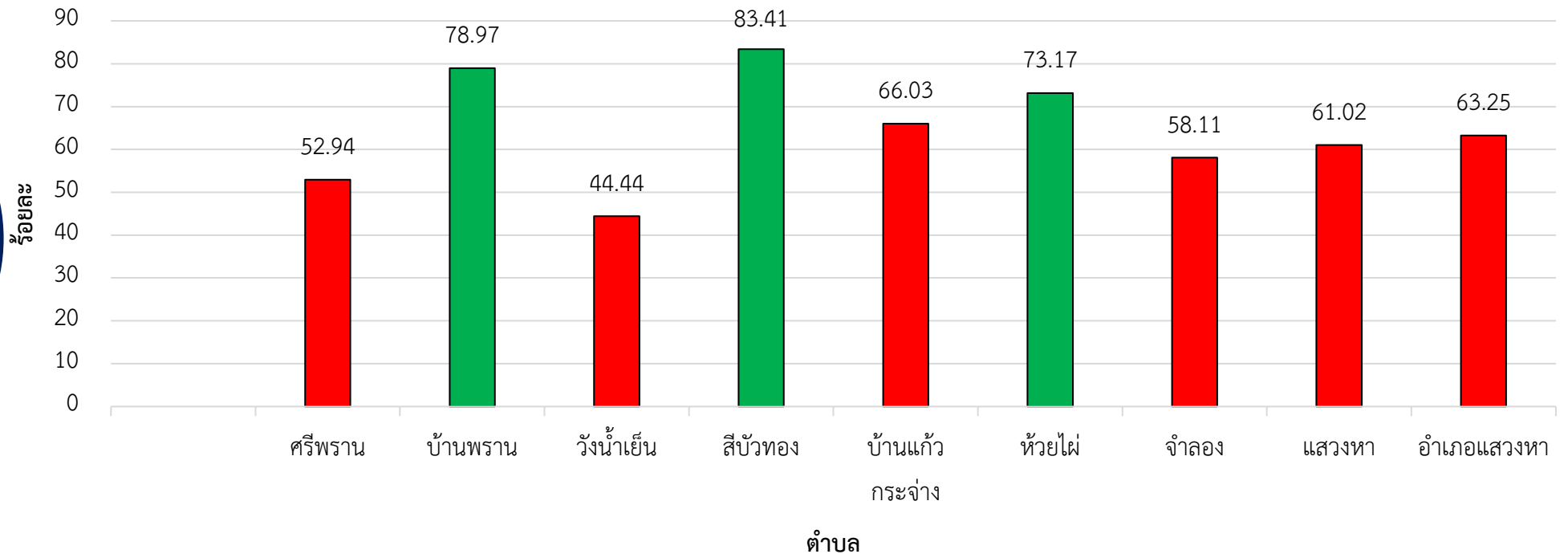


ประเด็นที่ 2 เด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน



ร้อยละเด็กอายุ 6 – 14 ปี สูงดีสมส่วน ปีงบประมาณ 2563 (เทอม 1 พ.ค. – ก.ค. 63)

เป้าหมาย
ร้อยละ 67





ประเด็นที่ 2 เด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน

วิเคราะห์สาเหตุ/ปัจจัย



ภาวะเตี้ย

ร้อยละ 17.83



ภาวะอ้วน

ร้อยละ 13.64



ภาวะผอม

ร้อยละ 3.12



ประเด็นที่ 2 เด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน

วิเคราะห์สาเหตุ/ปัจจัย



พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้องของ
ครอบครัว



ขาดการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง



นักเรียน/ผู้ปกครอง ขาดความตระหนัก
ถึงผลเสียของโรคอ้วน



ประเด็นที่ 2 เด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน

วิเคราะห์สาเหตุ/ปัจจัย

ภาวะอ้วน

สาเหตุ	วิธีการดำเนินงาน
<ol style="list-style-type: none">พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มากเกินความต้องการของร่างกายกิจกรรมทางกายไม่เหมาะสม นำไปสู่การเกิดโรคติดต่อไม่เรื้อรังปัญหาสุขภาพช่องปาก, การแปรงฟันไม่ถูกวิธีกินอาหารรสหวานเป็นประจำส่งผลต่อการเกิดฟันผุ	ส่งเสริมให้เด็กมีการเจริญเติบโตเต็มศักยภาพ มีกระบวนการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ เป็นตัวขับเคลื่อนภาคีเครือข่ายบูรณาการที่เกี่ยวข้องในกลุ่มวัยเรียน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนางานกลุ่มวัยเรียนร่วมกันทุกระดับ มีระบบเฝ้าระวังกำกับติดตามประเมินผลและโรงเรียนต้นแบบ



ประเด็นที่ 2 เด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน

Outcome: เด็ก 6-14 ปี ที่มีภาวะปัญหาโภชนาการได้รับการติดตาม
แก้ไขปัญหา



Output : เด็ก 6-14 ปี สูงดีส่วนสูงร้อยละ 67

: เด็กอายุ 12 ปี มีส่วนสูงเฉลี่ย เด็กชาย 154 ซม. เด็กหญิง 155 ซม.

กิจกรรมหลัก

1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
3. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
4. ประชุมชี้แจงครูโรงเรียน Smart Kids Coacher และผู้ปกครอง นักเรียนกลุ่มเป้าหมาย
5. จัดกิจกรรมสุขศึกษารายกลุ่ม ในระดับตำบล คือให้ความรู้กับเด็กที่มีปัญหาภาวะ เตี้ย ผอม เริ่มอ้วนและอ้วน
6. สร้างโมเดลสุขภาพ healthy student ด้านการออกกำลังกาย/อาหารอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมหลัก (ต่อ)

7. จัดทำแนวทางการดำเนินการแก้ไขปัญหารายบุคคลในกรณีที่เด็กมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน เตี้ย และผอม (Program /Intervention) ในสถานศึกษา สถานบริการและคลินิก DPAC
8. คืบข้อมูลปัญหาภาวะโภชนาการเด็กวัยเรียนแก่ผู้ปกครอง ครู และท้องถิ่น
9. บูรณาการงานเยี่ยมบ้านร่วมกันระหว่างหน่วยบริการสาธารณสุข โรงเรียน
10. รพ./รพ.สต.ประสานการดูแลต่อเนื่องในระยะปิดภาคเรียนกับภาคีเครือข่าย



ประเด็นที่ 2 เด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน

Small Success

ผลงานวัดความสำเร็จ	เป้าหมาย 3 เดือน	เป้าหมาย 6 เดือน	เป้าหมาย 9 เดือน	เป้าหมาย 12 เดือน
<p>1. ร้อยละของเด็กวัยเรียน (6 – 14 ปี) สูงดีสมส่วน (เป้าหมายร้อยละ 70)</p> <p>2. ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 12 ปี (ปี 2564)</p> <ul style="list-style-type: none">- เด็กชาย 154 ซม.- เด็กหญิง 155 ซม.	<p>1. มีแผนส่งเสริมและแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการเด็กวัยเรียนให้สูงดีสมส่วน ของอำเภอ</p> <p>2. มีข้อมูลภาวะโภชนาการ ของเด็กวัยเรียน ที่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80</p> <p>3. มีแนวทางการดำเนินการแก้ไขปัญหารายบุคคลในกรณี que เด็กมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน เตี้ย และผอม (Program Intervention) ในสถานศึกษา สถานบริการและคลินิก DPAC</p>	<p>1. ประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย และการนอนและแก้ไขปัญหารายบุคคลของเด็กวัยเรียนที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์สูงดีสมส่วน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50</p> <p>2. คัดกรองเด็กวัยเรียนที่มีปัจจัยเสี่ยง เช่น obesity sign เพื่อส่งต่อเข้าสู่ระบบDPAC ร้อยละ 80</p> <p>3. สนับสนุนให้โรงเรียนจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย ดื่มนม นอนนาน (2๐2น) โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ร้อยละ 100</p>	<p>1. ประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย และการนอนเพื่อแก้ไขปัญหารายบุคคลของเด็กวัยเรียนที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์สูงดีสมส่วน ร้อยละ 100</p> <p>2. จัดกิจกรรมรณรงค์ดื่มนมจืด และส่งเสริมพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เช่น การบริโภคผัก ไข่ และกิจกรรมทางกาย เช่น กิจกรรม Challenge day กระโดดเชือก/ นิทรรศการ</p>	<p>เด็กวัยเรียน (6 – 14 ปี)</p> <p>สูงดีสมส่วน ร้อยละ 70</p>



ประเด็นที่ 2 เด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน

Small Success

ผลงานวัดความสำเร็จ	เป้าหมาย 3 เดือน	เป้าหมาย 6 เดือน	เป้าหมาย 9 เดือน	เป้าหมาย 12 เดือน
3. มีโมเดลสุขภาพ healthy student ด้านการออกกำลังกาย/อาหารอย่างต่อเนื่อง	1. สร้างเกณฑ์โมเดลสุขภาพ healthy student ด้านการออกกำลังกาย/อาหารอย่างต่อเนื่อง	1.ประเมินนักเรียนกลุ่มเป้าหมายตามเกณฑ์โมเดล	1.ประเมินนักเรียนกลุ่มเป้าหมายตามเกณฑ์โมเดล 2.สรุปผลการประเมิน	1.มีโมเดลสุขภาพ healthy student ด้านการออกกำลังกาย/อาหารอย่างต่อเนื่อง 2.สรุปผลการประเมิน



ประเด็นที่ 2 เด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน

Small Success

ผลงานวัดความสำเร็จ	เป้าหมาย 3 เดือน	เป้าหมาย 6 เดือน	เป้าหมาย 9 เดือน	เป้าหมาย 12 เดือน
4. มีจำนวนโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการ Smart kids coacher จำนวน 3 โรงเรียน	1. กำหนดโรงเรียนเป้าหมายในการดำเนินงาน	1.โรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการ Smart kids coacher ร้อยละ 50	1.โรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการ Smart kids coacher ร้อยละ 70	1.โรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการ Smart kids coacher ร้อยละ 100



ประเด็นที่ 2 เด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน

กิจกรรมการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

สสอ.

มาตรการที่ 1 เสริมสร้างความร่วมมือภาคีเครือข่ายในการดูแล สุขภาพเด็กวัยเรียน

กลยุทธ์ที่ 1 สนับสนุนบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนจัดการภาวะการเจริญเติบโต

1. มีแผนส่งเสริมและแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการเด็กวัยเรียนให้สูงดีสมส่วน ของอำเภอ
2. ถ่ายทอดนโยบายการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรคผ่านระบบ คปสอ. และการประชุมหัวหน้าส่วนระดับอำเภอ
3. มีแนวทางการดำเนินการแก้ไขปัญหารายบุคคลในกรณีที่เด็กมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน เตี้ย และผอม (Program Intervention) ในสถานศึกษา สถานบริการและคลินิก DPAC
4. สนับสนุนวิชาการ สื่อ อุปกรณ์ รวมทั้งช่องทางในการค้นหาวิชาการในการนำมาใช้ในการดำเนินงาน
5. ทบทวนชี้แจงแนวทางการคัดกรอง ส่งต่อ และแก้ไขปัญหาเด็กอ้วน เด็กกลุ่มเสี่ยง ในสถานศึกษา สถานบริการและคลินิก DPAC



ประเด็นที่ 2 เด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน

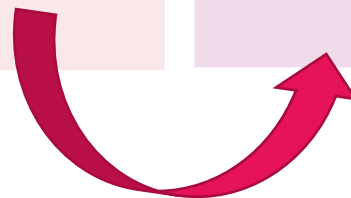
กิจกรรมการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

สสอ.

มาตรการที่ 2 ปรับเปลี่ยนและ ส่งเสริมพฤติกรรม ที่ส่งผลต่อการเจริญเติบโต
กลยุทธ์ที่ 1 ส่งเสริมการแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการเตี้ย ผอม เริ่มอ้วนและอ้วนในเด็กวัยเรียน

1. จัดทำแนวทางการดำเนินการแก้ไขปัญหารายบุคคลในกรณีที่ได้กมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน เตี้ย และผอม (Program Intervention) ในสถานศึกษา สถานบริการและคลินิก DPAC
2. วิเคราะห์สถานการณ์ภาวะโภชนาการเด็กวัยเรียนในภาพระดับอำเภอและตำบล
3. รวบรวมรายชื่อเด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการไม่เป็นไปตามเกณฑ์สูงดีสมส่วนรายบุคคลระดับอำเภอ
4. ประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการกำหนดข้อตกลงและมาตรการในการดำเนินงาน

5. สนับสนุนหน่วยบริการสาธารณสุขให้โรงเรียนจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย ตีมนม นอนนาน(2อ2น)
6. จัดกิจกรรมรณรงค์ตีมนมจืด และส่งเสริมพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เช่นการบริโภคผัก ไข่ และกิจกรรมทางกาย เช่น กิจกรรม Challenge day กระโดดเชือก/นิทรรศการ
7. รณรงค์สร้างกระแส อาหาร ออกกำลังกาย ตีมนมนอนนาน (2 อ 2 น) ได้แก่ บูรณาการร่วมกับการจัดงานสุขภาพอื่นๆ ,ทางสื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ เช่น Facebook Line สถานีวิทยุชุมชน website กลุ่มงานฯ
8. สนับสนุนการดำเนินงาน Health Literate School โรงเรียนต้นแบบในการดำเนินงาน
9. สนับสนุนและประเมินการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ





ประเด็นที่ 2 เด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน

กิจกรรมการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

รพช. / รพ.สต

1. มีแผนส่งเสริมและแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการเด็กวัยเรียนให้สูงดีสมส่วน ของระดับอำเภอพื้นที่
2. ดำเนินงานตามนโยบายและชี้แจงปัญหาอุปสรรคผ่านระบบ คปสอ. กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบลและการประชุมภายในหน่วยงาน การประชุม อสม. การประชาคม การประชุมครู ผู้ปกครองของโรงเรียน
3. มีแนวทางการดำเนินการแก้ไขปัญหารายบุคคลในกรณีที่ได้กมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน เตี้ย และผอม (Program Intervention) ในสถานศึกษา สถานบริการและคลินิก DPAC
4. คืบข้อมูลปัญหาภาวะโภชนาการเด็กวัยเรียนแก่ผู้ปกครอง ครู และท้องถิ่น
5. บูรณาการงานเยี่ยมบ้านร่วมกันระหว่างหน่วยบริการสาธารณสุข โรงเรียน
6. รพช./รพ.สต.ประสานการดูแลต่อเนื่องในระยะปิดภาคเรียนกับภาคีเครือข่าย
7. สนับสนุนวิชาการ สื่อ อุปกรณ์ รวมทั้งช่องทางในการค้นหาวิชาการในการนำมาใช้ในการดำเนินงานแก้ไขเรียนและภาคีเครือข่ายในการแก้ไขปัญหา
8. ทบทวนชี้แจงแนวทางการคัดกรอง ส่งต่อ และแก้ไขปัญหาเด็กอ้วน เด็กกลุ่มเสี่ยง ในสถานศึกษา สถานบริการและคลินิก DPAC.
9. ดำเนินกิจกรรมตามเกณฑ์แก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการเด็กวัยเรียนให้สูงดีสมส่วน

โครงการ

เด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน อำเภอแสวงหา ปี2564

งบเงินสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

จำนวน 131,980 บาท



ประเด็นที่ 3

ลดปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม
ในผู้สูงอายุ





ประเด็นที่ 3 ลดปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ



วิเคราะห์สาเหตุ/ปัจจัย

สาเหตุ

สังคมปัจจุบันเป็นครอบครัวเดี่ยว วัยแรงงานต้องออกไปทำงาน การประกอบอาชีพต่างไปจากอดีต รายได้หลักจากบุตรมีน้อย 1 ใน 3 อยู่ในเกณฑ์ยากจน อัมเภอแสวงหาผู้สูงอายุ คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 28.2 ของจำนวนประชากรทั้งหมดสอดคล้องกับสัดส่วนระดับประเทศที่ร้อยละ 32 ปัญหาที่พบ คือเรื่องปัญหาของสุขภาพโดยผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (กิจวัตรพื้นฐาน คือการกินอาหารเอง เข้าห้องน้ำเอง แต่งตัวได้เอง) โดยเฉพาะผู้สูงอายุตอนปลาย ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

ปัญหาเรื่องเป็นโรคไม่ติดต่อ เช่นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคเหล่านี้อาจเป็นผลมาจากพฤติกรรมตั้งแต่ก่อนวัยสูงอายุ เช่น การกินอาหาร ออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์

วิธีการดำเนินงาน

พัฒนาให้มีระบบอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยการฝึกอบรม ให้มีความรู้ ความเข้าใจ รวมถึงการฝึกทักษะเบื้องต้น ในการดูแลผู้สูงอายุ ทำหน้าที่เยี่ยมเยียน เฝ้าระวัง สอดส่องดูแล ผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนของตนเอง สามารถจัดการและวางแผน ประสานทรัพยากร/ส่งต่อผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นที่ต้องได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง





ประเด็นที่ 3 ลดปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ



Outcome ปี 2564 : ลดปัจจัยเสี่ยงและความรุนแรงของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ



Output ปี 2564 : ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงไม่เกิดภาวะพลัดตกหกล้ม

กิจกรรม

- 1.อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ แก่ผู้สูงอายุ/ผู้ดูแลผู้สูงอายุ
2. ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านสิ่งแวดล้อมและกายอุปกรณ์ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ



ประเด็นที่ 3 ลดปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ



Small Success

ผลงานวัดความสำเร็จ	เป้าหมาย 3 เดือน	เป้าหมาย 6 เดือน	เป้าหมาย 9 เดือน	เป้าหมาย 12 เดือน
1. ผู้สูงอายุ/ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้และจัดสิ่งแวดล้อมที่ป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้องเหมาะสม	1. จัดทำทะเบียนผู้ที่มีภาวะเสี่ยงของภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ	1. อบรมกลุ่มเป้าหมาย/ผู้ดูแลผู้สูงอายุ	1. ผู้ดูแลและผู้สูงอายุมีความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 70 2. ดำเนินกิจกรรม และติดตามผลการดำเนินงานและแก้ไขการปฏิบัติตนที่ไม่ถูกต้อง	1. ผู้ดูแลและผู้สูงอายุมีความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 80 2. ดำเนินกิจกรรม และติดตามผลการดำเนินงานและแก้ไขการปฏิบัติตนที่ไม่ถูกต้อง



ประเด็นที่ 3 ลดปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ



Small Success

ผลงานวัดความสำเร็จ	เป้าหมาย 3 เดือน	เป้าหมาย 6 เดือน	เป้าหมาย 9 เดือน	เป้าหมาย 12 เดือน
2. ผู้สูงอายุมีกายอุปกรณ์/การจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมสำหรับป้องกันภาวะหกล้ม	1. สำรวจและประเมินความต้องการการใช้กายอุปกรณ์และความจำเป็นในปรับสภาพแวดล้อมในการป้องกันภาวะการพลัดตกหกล้ม	1. ประสานและคืนข้อมูลเพื่อรับการสนับสนุนกายอุปกรณ์ และปรับสภาพสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม	1. ผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นต่อการใช้กายอุปกรณ์ได้รับการสนับสนุนกายอุปกรณ์ ร้อยละ 50 2. ผู้สูงอายุได้รับการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 50	1. ผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นต่อการใช้กายอุปกรณ์ได้รับการสนับสนุนกายอุปกรณ์ ร้อยละ 70 2. ผู้สูงอายุได้รับการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 70



ประเด็นที่ 3 ลดปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ



กิจกรรมการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

สสอ.	ผลงานความสำเร็จ
1. กำหนดเป้าหมายการดำเนินงาน	1. แผนงาน/โครงของตำบลดำเนินการที่เสี่ยงต่อภาวะพลัดตกหกล้ม
2. จัดทำรูปแบบ/แนวทางการดูแลและส่งต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพลัดตกหกล้ม	2. หน่วยบริการสาธารณสุขดำเนินงานตามแผนสุขภาพจังหวัด อ่างทองในประเด็นลดปัจจัยเสี่ยงของภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ
3. ติดตามการดำเนินงาน	3. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพลัดตกหกล้มได้รับการดูแลและส่งต่อตามเกณฑ์
4. วิเคราะห์และสรุปผลการดำเนินงาน	



ประเด็นที่ 3 ลดปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ



เป้าหมายการดำเนินงานอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ/ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม

หน่วยบริการ	ผู้สูงอายุ(คน)	ภาวะหกล้ม				
		คัดกรอง	ร้อยละ	ปกติ	ผิดปกติ	ไม่ระบุ
ศรีพราน	494	162	32.79	151	11	0
บ้านพราน	901	753	83.57	750	3	0
วังน้ำเย็น	1,338	91	6.8	86	5	0
สีบัวทอง	622	474	76.21	452	22	0
บ้านแก้วกระจ่าง	509	509	100	508	1	0
ห้วยไผ่	483	446	92.34	422	24	0
จำลอง	490	488	99.59	488	0	0
แสวงหา	1,446	1,271	87.9	1,217	54	0
รวม	6,283	4,194	66.75	4,074	120	0



ประเด็นที่ 3 ลดปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ



กิจกรรมการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

รพช/รพ.สต.

1. จัดทำทะเบียนผู้ที่มีความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม
2. จัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ/ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม
3. ดูแลและส่งต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพลัดตกหกล้ม
4. ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ท้องถิ่น พมจ. เพื่อรับการสนับสนุนกายอุปกรณ์ และปรับสภาพสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม

ผลงานความสำเร็จ

1. ทะเบียนกลุ่มเป้าหมายที่มีภาวะเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม
2. มีแผนงาน/โครงการการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ/ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม
3. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ/ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มได้รับการอบรม และมีความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลและป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุร้อยละ 80
4. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพลัดตกหกล้มได้รับการดูแลและส่งต่อตามเกณฑ์



ประเด็นที่ 3 ลดปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ



กิจกรรมการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

รพช/รพ.สต.

1. จัดทำทะเบียนผู้ที่มีความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม
2. จัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ/ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม
3. ดูแลและส่งต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพลัดตกหกล้ม
4. ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ท้องถิ่น พมจ. เพื่อรับการสนับสนุนกายอุปกรณ์ และปรับสภาพสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม

ผลงานความสำเร็จ

1. ทะเบียนกลุ่มเป้าหมายที่มีภาวะเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม
2. มีแผนงาน/โครงการการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ/ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม
3. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ/ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มได้รับการอบรม และมีความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลและป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุร้อยละ 80
4. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพลัดตกหกล้มได้รับการดูแลและส่งต่อตามเกณฑ์

โครงการ

ป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อำเภอเสนางหา
ปีงบประมาณ 2564

งบเงินสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

จำนวน 61,810 บาท



ประเด็นที่ 4

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง

เบาหวาน

ความดันโลหิตสูง

หลอดเลือดสมอง

หลอดเลือดหัวใจ





วิเคราะห์สาเหตุ/ปัจจัย

สถานการณ์ของอำเภอแสวงหา กลุ่มประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 14,141 คน ได้รับการคัดกรองเบาหวาน จำนวน 13,352 คน คิดเป็นร้อยละ 94.42 มีกลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดตั้งแต่ 100-120 mg จำนวน 1,100 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.24 และจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงใหม่ในปี 2563 มีทั้งหมด 371 ราย พบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.88 และมีผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงไม่ได้มาจากกลุ่มเสี่ยง 364 ราย **คิดเป็นร้อยละ 98.12** รวมถึง ผู้ป่วยเบาหวานมีจำนวนทั้งหมด 180 ราย ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.78 และมี ผู้ป่วยเบาหวานไม่ได้มาจากกลุ่มเสี่ยง 156 ราย **คิดเป็นร้อยละ 86.67**

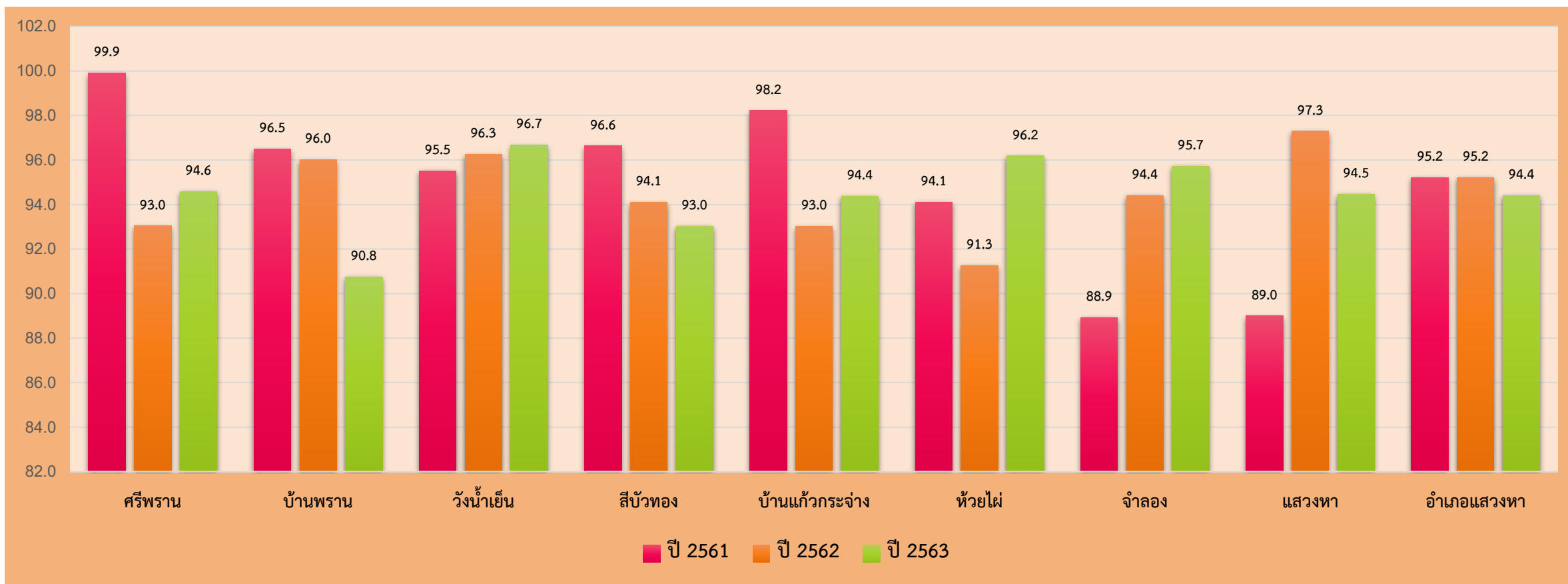
➤ วิเคราะห์สาเหตุ/ปัจจัย

1. การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงยังไม่ได้คุณภาพเท่าที่ควร
2. รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงยังไม่ประสบ ความสำเร็จตามเป้าหมาย
3. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงยังขาดความตระหนักในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม



ประเด็นที่ 4 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ

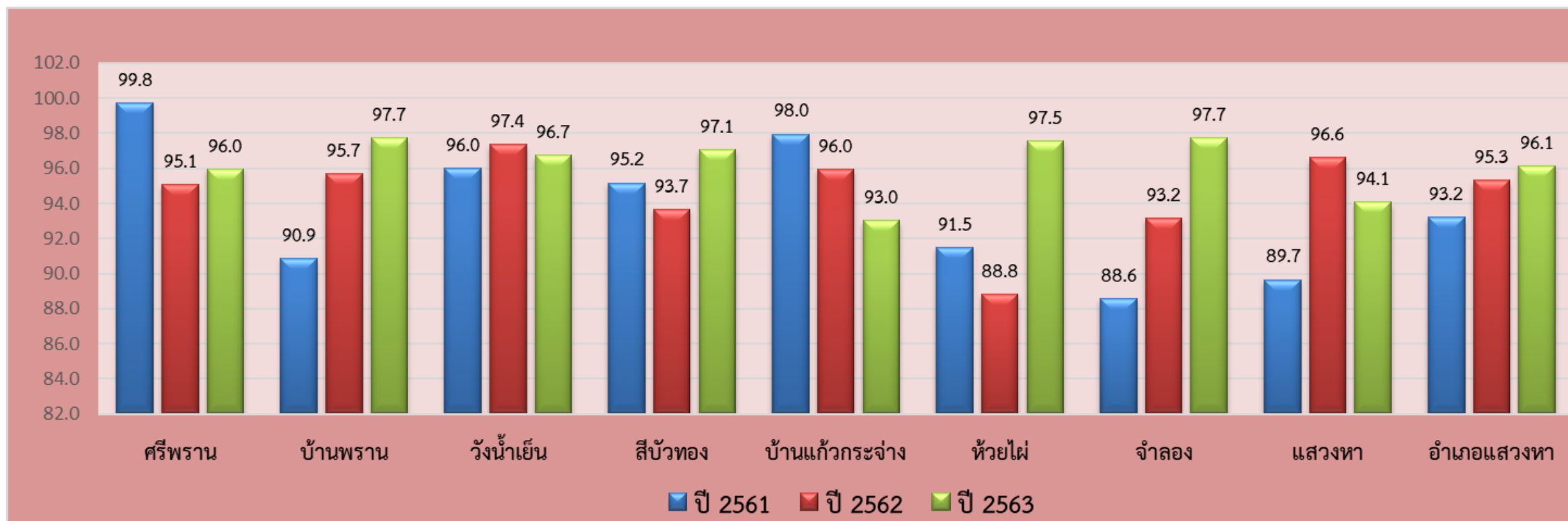
ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ได้รับความ**คัดกรองเบาหวาน** อำเภอแสวงหา ปี 2561 - 2563





ประเด็นที่ 4 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ

ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปที่ได้รับ**การคัดกรองความดันโลหิตสูง** อำเภอแสวงหา ปี 2561 - 2563





ประเด็นที่ 4 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ

ตำบล	จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ในปีงบประมาณ(คน)	
	โรคความดันโลหิตสูง	โรคเบาหวาน
แสวงหา	74	48
ศรีพราน	23	14
บ้านพราน	59	30
วังน้ำเย็น	96	40
สีบัวทอง	70	30
ห้วยไผ่	27	11
จำลอง	22	7
รวม	349	173



ประเด็นที่ 4 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ปี 2563

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ผ่าน/ไม่ผ่าน
อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	≤ ร้อยละ 1.95	2.09	ไม่ผ่าน

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ปี 2563 จำแนกรายตำบล

ตำบล	B	A	อัตรา
แสวงหา	240	8	3.33
ศรีพราน	109	2	1.83
บ้านพราน	175	4	2.29
วังน้ำเย็น	197	3	1.52
สีบัวทอง	154	1	0.65
ห้วยไผ่	93	4	4.30
จำลอง	132	1	0.76
รวม	1,100	23	2.09



ประเด็นที่ 4 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ

ตัวชี้วัด อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านปี 2564

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	≥ร้อยละ 40

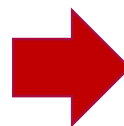
ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ปี 2563 จำแนกรายตำบล

ตำบล	B	A	อัตรา
แสวงหา	69	1	1.45
ศรีพราน	16	0	0
บ้านพราน	10	0	0
วังน้ำเย็น	8	0	0
สีบัวทอง	14	2	14.29
ห้วยไผ่	46	3	6.52
จำลอง	16	1	6.25
รวม	179	7	3.91



ประเด็นที่ 4 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ

Outcome ปี 2564 : กลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม



Output ปี 2564 : ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง

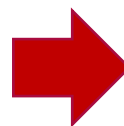
Small Success

ตัวชี้วัดผลลัพธ์	เป้าหมาย 3 เดือน	เป้าหมาย 6 เดือน	เป้าหมาย 9 เดือน	เป้าหมาย 12 เดือน
อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (น้อยกว่าร้อยละ 2.05)	คัดกรองเบาหวานได้ ร้อยละ 70	คัดกรองเบาหวานได้ ร้อยละ 90	<2.05	<2.05
อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง (น้อยกว่าร้อยละ 4.0)	คัดกรองความดันโลหิตสูงได้ ร้อยละ 70	คัดกรองความดันโลหิตสูงได้ ร้อยละ 90	<4.0	<4.0
ความชุกของภาวะความดันโลหิตสูง (ลดลงร้อยละ 2.5)	-	ร้อยละ 2.5	ร้อยละ 2.5	ร้อยละ 2.5
ความชุกของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (ลดลงร้อยละ 2.5)	-	ร้อยละ 2.5	ร้อยละ 2.5	ร้อยละ 2.5



ประเด็นที่ 4 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ

Outcome ปี 2564 : กลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม



Output ปี 2564 : ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง

Small Success

ผลงานความสำเร็จ	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ทุกตำบลมีหมู่บ้านชุมชนต้นแบบ ตำบลละ 1 หมู่บ้าน ***หมู่7 ตำบลบ้านพราน	คัดเลือกเป้าหมายหมู่บ้านชุมชนต้นแบบ ตำบลละ 1 หมู่บ้าน	<ul style="list-style-type: none">- มีการประชุมในหมู่บ้านชุมชนต้นแบบ- มีแผนดำเนินงานโดยชุมชน	มีการดำเนินงานก้าวหน้าตามแผน	สรุปผลการดำเนินงาน



กิจกรรมการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

มาตรการ/กลวิธี	กิจกรรมดำเนินงาน	
	สสอ.	รพช./รพ.สต.
มาตรการที่ 1 พัฒนาระบบป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง		
กลยุทธ์ที่ 1 ลดโอกาสเสี่ยงต่อการโรคไม่ ติดต่อเรื้อรัง	<ol style="list-style-type: none">1. ควบคุม กำกับ ติดตาม การคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง2. รณรงค์ลดการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม หรืออาหารทางเลือกสุขภาพ และ อาหารว่างเพื่อสุขภาพ3. รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหัวหน้าส่วนระดับอำเภอ	<ol style="list-style-type: none">1. คัดกรอง เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ประเมิน CVD Risk โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วม ในการคัดกรองความเสี่ยงด้วยตนเอง (self screening)2. รณรงค์ลดการบริโภคอาหาร หวาน มัน เค็ม หรืออาหารทางเลือกสุขภาพ และ อาหารว่างเพื่อสุขภาพ3. รณรงค์ลดความเสี่ยงเรื่องความอ้วน มีการติดตาม การสร้างความตระหนักและเฝ้าระวังการเกิดโรคเมตาบอลิกซินโดรม อย่างเป็นระบบ4. สำรวจพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง



กิจกรรมการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

มาตรการ/กลวิธี	กิจกรรมดำเนินงาน	
	สสอ.	รพช./รพสต
มาตรการที่ 2 พัฒนาศักยภาพประชาชน ชุมชนและภาคีเครือข่าย		
กลยุทธ์ที่ 2 เสริมสร้างและปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ	1. ควบคุม กำกับ ติดตาม การดำเนินงาน 2. ร่วมดำเนินการอบรมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ(Health Literacy) โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ให้กับบุคลากรสาธารณสุข และส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม 3. เป็นต้นแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กับประชาชน	1. ดำเนินงานคลินิก DPAC / คลินิกบุหรี 2. จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง DM HT CVD 3. ร่วมดำเนินการอบรมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ(Health Literacy) โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ให้กับบุคลากรสาธารณสุข และส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม 4. วัดความดันโลหิตที่บ้านในกลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูง 5. เป็นต้นแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กับประชาชน ***6. Application สร้างการรับรู้สถานะเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยใช้
	<u>อปท. โรงเรียน วัด</u> 1. สนับสนุนการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ DM HT CVD	



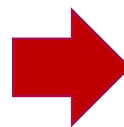
กิจกรรมการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

มาตรการ/กลวิธี	กิจกรรมดำเนินงาน	
	สสอ.	รพช./ สสอ.
กลยุทธ์ที่ 3 เสริมสร้างศักยภาพครอบครัว และชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ	<ol style="list-style-type: none">ควบคุม กำกับ ติดตาม การดำเนินงานจัดทำข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง วิเคราะห์ แก้ไขปัญหา	<ol style="list-style-type: none">จัดทำข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ถูกต้อง ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน วิเคราะห์ และคืนข้อมูลต่อชุมชนดำเนินการตำบลจัดการสุขภาพ/ชุมชนลดเสี่ยงลดโรค
	<ol style="list-style-type: none">ส่งเสริมการออกกำลังกาย โดย สธ. อปท. ชุมชนนำเสนอปัญหาที่ประชุมพชอ.ร่วมดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค NCD	<ol style="list-style-type: none">ส่งเสริมการออกกำลังกาย โดย สธ. อปท. ชุมชนนำเสนอปัญหาที่ประชุมพชอ.ร่วมดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค NCD
	อปท. โรงเรียน วัด	
	<ol style="list-style-type: none">ดำเนินการตำบลจัดการสุขภาพ/ชุมชนลดเสี่ยงลดโรคส่งเสริมการออกกำลังกาย โดย สธ. อปท. ชุมชน	



ประเด็นที่ 4 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ

Outcome ปี 2564 : กลุ่มเสี่ยงสูง CVD Risk \geq 20 % มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม



Output ปี 2564 :กลุ่มเสี่ยงสูง CVD Risk \geq 20 % มีระดับ CVD Risk ลดลง

กิจกรรมการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

กิจกรรมหลัก

1. วิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มเสี่ยง CVD และสื่อสารความเสี่ยง
2. จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้มข้นในกลุ่มเสี่ยงสูง
 - คลินิก DPAC
 - คลินิกเลิกบุหรี่ - คลินิกเลิกสุรา
3. ประเมินการรับรู้สัญญาณเตือน (Warning signs) ญาติกลุ่มเสี่ยง CVD Risk



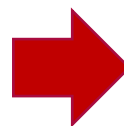
กลุ่มเสี่ยงสูง CVD Risk $\geq 20\%$ ปี 2563

หน่วยบริการ	จำนวนคัดกรอง	จำนวนกลุ่มเสี่ยงสูง	ร้อยละ
ศรีพราน	137	3	2.19
บ้านพราน	301	4	1.33
วังน้ำเย็น	382	6	1.57
สีบัวทอง	210	7	3.33
บ้านแก้วกระจ่าง	200	8	4.00
ห้วยไผ่	155	3	1.94
จำลอง	143	2	1.40
แสวงหา	497	9	1.81
รวม	2,025	42	2.07



ประเด็นที่ 4 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ

Outcome ปี 2564 : กลุ่มเสี่ยงสูง CVD Risk \geq 20 % มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม



Output ปี 2564 :กลุ่มเสี่ยงสูง CVD Risk \geq 20 % มีระดับ CVD Risk ลดลง

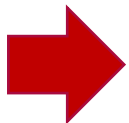
Small Success

ผลงานความสำเร็จ	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
-มีทะเบียนกลุ่มเสี่ยง CVD Risk จำแนกรายหมู่บ้าน (7 รพ.สต.1 รพ.) -มีการสื่อสารความเสี่ยงสัญญาณเตือน (Warning signs) CVD	-จัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงจำแนกรายหมู่บ้าน -สื่อสารความเสี่ยงด้วยสื่อต่างๆ - กลุ่มเสี่ยงรับรู้สถานะเสี่ยง	อำเภอลงสู่ชุมชน ประเมิน กรณีพบข้อมูลผิดปกติ	อำเภอลงสู่ชุมชน ประเมิน กรณีพบข้อมูลผิดปกติ	-



ประเด็นที่ 4 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ

Outcome ปี 2564 : กลุ่มเสี่ยงสูง CVD Risk \geq 20 % มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม



Output ปี 2564 :กลุ่มเสี่ยงสูง CVD Risk \geq 20 % มีระดับ CVD Risk ลดลง

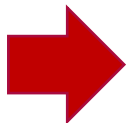
Small Success

ผลงานความสำเร็จ	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
กลุ่มเสี่ยงสูง CVD Risk \geq 20 % ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (ร้อยละ 100)	มีทะเบียนกลุ่มเสี่ยง จำแนกรายหมู่บ้าน	-มีแผนการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม -มีการดำเนินการ ปรับเปลี่ยนตามแผน ร้อยละ 30	มีการดำเนินการ ปรับเปลี่ยนตามแผน ร้อยละ 80	-มีการดำเนินการ ปรับเปลี่ยนตามแผน ร้อยละ 100 -ประเมินผลการ ดำเนินงาน



ประเด็นที่ 4 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ

Outcome ปี 2564 : กลุ่มเสี่ยงสูง CVD Risk \geq 20 % มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม



Output ปี 2564 :กลุ่มเสี่ยงสูง CVD Risk \geq 20 % มีระดับ CVD Risk ลดลง

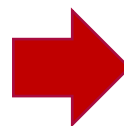
Small Success

ผลงานความสำเร็จ	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ญาติกลุ่มเสี่ยง สามารถประเมินการรับรู้สัญญาณเตือน (Warning signs) ด้วย Application	ญาติกลุ่มเสี่ยงรู้จักการใช้ Application ประเมินการรับรู้สัญญาณเตือน (Warning signs) (ร้อยละ 5)	ญาติกลุ่มเสี่ยงรู้จักการใช้ Application ประเมินการรับรู้สัญญาณเตือน (Warning signs) (ร้อยละ 10)	ญาติกลุ่มเสี่ยงรู้จักการใช้ Application ประเมินการรับรู้สัญญาณเตือน (Warning signs) (ร้อยละ 15)	ญาติกลุ่มเสี่ยงรู้จักการใช้ Application ประเมินการรับรู้สัญญาณเตือน (Warning signs) (ร้อยละ 20)



ประเด็นที่ 4 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ

Outcome ปี 2564 : กลุ่มเสี่ยงสูง CVD Risk \geq 20 % มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม



Output ปี 2564 :กลุ่มเสี่ยงสูง CVD Risk \geq 20 % มีระดับ CVD Risk ลดลง

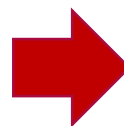
กิจกรรมการดำเนินงานของหน่วยงานแต่ละระดับ

รพท./รพช./รพ.สต.	ผลงานวัดความสำเร็จ
1. วิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มเสี่ยง CVD	มีทะเบียนกลุ่มเสี่ยง CVD Risk จำแนกรายหมู่บ้าน (7 รพ.สต.1 รพ.)
2. จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม - คลินิก DPAC - คลินิกเลิกบุหรี่ - คลินิกเลิกสุรา	กลุ่มเสี่ยงสูง CVD Risk \geq 20 % ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (ร้อยละ 100)
3. ประเมินการรับรู้สัญญาณเตือน (Warning signs) ญาติกลุ่มเสี่ยง CVD Risk	ญาติกลุ่มเสี่ยง สามารถประเมินสัญญาณเตือน (Warning signs) ด้วย Application



ประเด็นที่ 4 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ

Outcome ปี 2564 : กลุ่มเสี่ยงสูง CVD Risk \geq 20 % มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม



Output ปี 2564 :กลุ่มเสี่ยงสูง CVD Risk \geq 20 % มีระดับ CVD Risk ลดลง

กิจกรรมการดำเนินงานของหน่วยงานแต่ละระดับ

สสอ.	ผลงานวัดความสำเร็จ
1. สุ่มคุณภาพการคัดกรอง	หน่วยบริการที่พบข้อมูลผิดปกติได้รับการส่งลงพื้นที่
2. ติดตามการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม - คลินิก DPAC - คลินิกเลิกบุหรี่ - คลินิกเลิกสุรา	ร้อยละของหน่วยบริการที่ดำเนินงานตามแผน
3. ติดตามการจัดเก็บข้อมูลคุณภาพของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ	ร้อยละของหน่วยบริการที่ดำเนินงานจัดเก็บข้อมูล

โครงการ

ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอำเภอแสวงหา ปี 2564

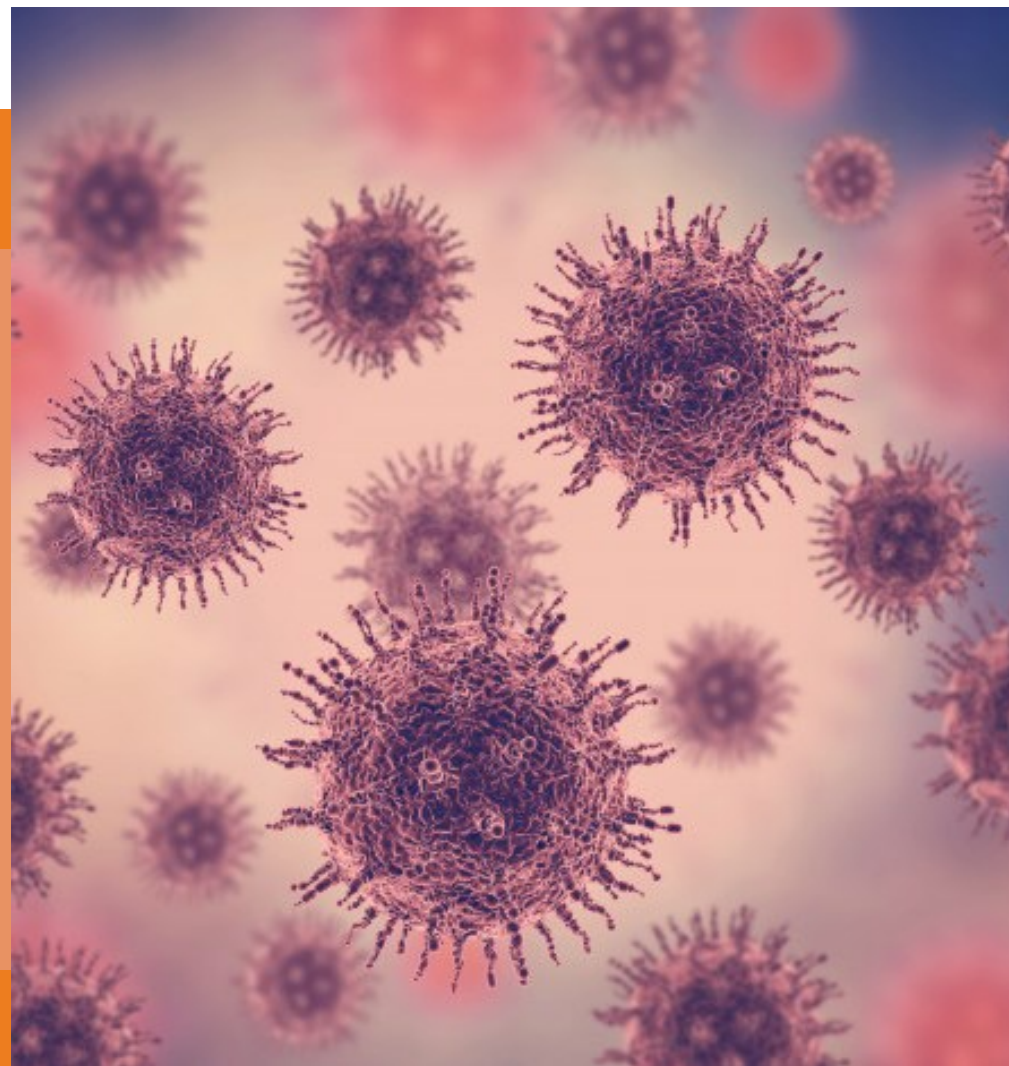
งบเงินสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

จำนวน 114,971 บาท



ประเด็นที่ 5

Covid-19



ความก้าวหน้าการพัฒนา ที่สอดคล้องจากสถานการณ์
การแพร่ระบาด COVID-19 ในปัจจุบัน



“

ด้านแรกของโรงพยาบาลคือการตรวจ
และคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง เพื่อ
แยกผู้ป่วยด้วยไวรัส COVID-19
เพื่อดำเนินการรักษาแบบเฉพาะใน
ขั้นตอนต่อไป

”



จำนวนผู้เฝ้าระวังกลับมาจากประเทศกลุ่มเสี่ยงการระบาดของ COVID-19

ประเทศโรคติดต่ออันตราย



จีน

2
ราย



มาเลเซีย

8
ราย

ทั้งหมด
13 ราย

ประเทศระบาดต่อเนื่อง



ออสเตรเลีย

2
ราย



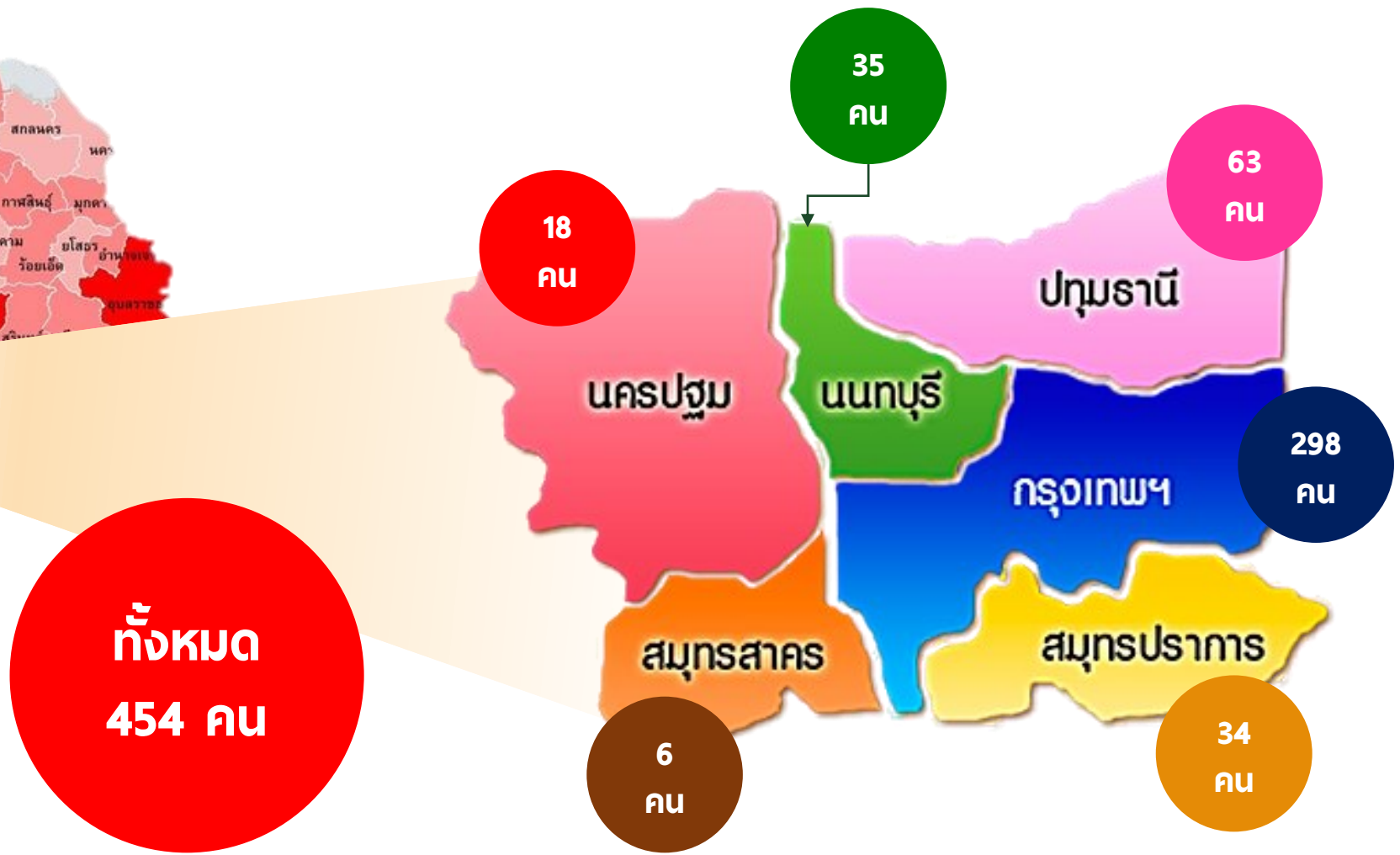
ญี่ปุ่น

1
ราย



จำนวนผู้เฝ้าระวังวงกลับมาจากกรุงเทพฯและปริมณฑล

COVID-19



จำนวนผู้เฝ้าระวังกลับมาจากประเทศกลุ่มเสี่ยง (Covid-19) และผู้ที่เดินทางมาจากกรุงเทพฯ ปริมาณ

แบ่งตามพื้นที่	ตำบล							รวม
	แสวงหา	ห้วยไผ่	ศรีพราน	จำลอง	บ้านพราน	วังน้ำเย็น	สีบัวทอง	
ประเทศโรคติดต่ออันตราย	3	-	-	1	3	-	3	10
ประเทศระบาดต่อเนื่อง	-	-	-	-	1	2	-	3
กรุงเทพฯ และปริมาณ	87	51	44	40	93	49	90	454

ที่มา : ศูนย์ระบาดฯ งานป้องกันควบคุมโรค : คปสอ.แสวงหา ณ วันที่ 18 มิถุนายน 2563



ประเด็นที่ 5 Covid-19

มาตรการในการดำเนินงาน

1.เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความรู้ แก่ประชาชนทั่วไป นักเรียนในโรงเรียน และศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 รวมถึงแนะนำให้ดำเนินการดังนี้

- ล้างมือบ่อยๆ โดยใช้สบู่และน้ำ หรือเจลล้างมือที่มีส่วนผสมหลักเป็นแอลกอฮอล์
- ปิดจมูกและปากด้วยข้อพับด้านในข้อศอกหรือกระดาษชำระเมื่อไอหรือจาม
- รักษาระยะห่างที่ปลอดภัยจากผู้ที่มีไอหรือจาม
- สวมหน้ากากอนามัยเมื่อเว้นระยะห่างไม่ได้
- ไม่สัมผัสตา จมูก หรือปาก
- เก็บตัวอยู่บ้านเมื่อรู้สึกไม่สบาย
- หากมีไข้ ไอ และหายใจลำบากโปรดไปพบแพทย์

2. ประชาสัมพันธ์เรื่องโรค COVID-19 ผ่านวิทยุกระจายเสียงขององค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล

3. สนับสนุน แอลกอฮอล์เจลล้างมือ น้ำยาฆ่าเชื้อ และหน้ากากอนามัยแก่หมู่บ้าน โรงเรียน และศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ก่อนและระหว่างการระบาด



ประเด็นที่ 5 Covid-19

มาตรการในการดำเนินงาน

4. หากพบผู้เดินทางมาจากกลุ่มประเทศเสี่ยง COVID-19 ให้ดำเนินการ ดังนี้

4.1 ให้ทุกคนในที่พักอาศัยดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล ด้วยการล้างมือบ่อย ๆ ด้วยน้ำและสบู่อย่างน้อย 20 วินาที กรณีไม่มีน้ำและสบู่ ให้ลูบมือด้วยแอลกอฮอล์เจลที่มีความเข้มข้นอย่างน้อย 70% หลีกเลี่ยงการใกล้ชิดกับผู้ถูกกักกันหรือผู้ถูกคุมไว้สังเกตและดูแลสุขภาพตนเอง และใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าไว้ตลอดเวลาด้วย

4.2 ไม่ใช้ของใช้ส่วนตัวร่วมกัน (เช่น ผ้าเช็ดหน้า ผ้าเช็ดตัว แก้วน้ำ หลอดดูดน้ำ) ไม่ดื่มน้ำและไม่รับประทานอาหารสำหรับเดียวกับผู้ถูกกักกันหรือผู้ถูกคุมไว้สังเกต และแยกทำความสะอาด

4.3 เก็บรวบรวมขยะมูลฝอยทั้งหมดใส่ถุง ปิดปากถุงให้มิดชิด แล้วใส่ลงถังเพื่อให้มีการนำไปกำจัดต่อไป

4.4 กรณีใช้ส้วมร่วมกัน ให้ระมัดระวังจุดเสี่ยงสำคัญที่มีการสัมผัสร่วมกัน เช่น บริเวณโถส้วมอ่างล้างมือ ก๊อกน้ำ ลูกบิดประตู และล้างมือด้วยน้ำและสบู่ทุกครั้ง

4.5 ทำความสะอาดพื้นบริเวณที่พักและอุปกรณ์เครื่องใช้ เช่น บริเวณที่มีการสัมผัสร่วมกันเป็นประจำ ด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อหรือน้ำผสมผงซักฟอกหรือน้ำยาฟอกขาว (โซเดียมไฮโปคลอไรท์ 5% ปริมาณ 1 ส่วนผสมน้ำ 49 ส่วน) ทั้งนี้ ในขณะที่ทำความสะอาดควรเปิดประตู/หน้าต่าง เพื่อให้มีการระบายอากาศ

ประเด็นที่ 6

การควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก





ประเด็นที่ 6 การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก



“

วิเคราะห์สาเหตุ

สถานการณ์โรคไข้เลือดออก อำเภอแสวงหา เปรียบเทียบอัตราป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกปี 2563 กับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี (ปี พ.ศ.2558 – 2562) ช่วงเวลาเดียวกัน พบว่าเพิ่มขึ้นร้อยละ 59.52 สูงเกินเป้าหมายที่กำหนด (เป้าหมายปี 2563 : อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลงต่ำกว่าร้อยละ 20 ของค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี (ปี พ.ศ.2558 -2562) และมีผู้เสียชีวิต 1 ราย

”



ประเด็นที่ 6 การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

ตำบลที่พบการระบาดของโรคไข้เลือดออก

ต.แสวงหา ต.บ้านพราน ต.ห้วยไผ่ ต.ศรีพราน

จากการสุ่มประเมินค่า Hi Ci ตำบลห้วยไผ่

Hi	Ci
66.67	15.67

อัตราป่วย/แสนประชากร 213.32 มีจำนวนผู้ป่วยสะสม ณ วันที่ 2ต.ต.2563 จำนวน 74 ราย

อำเภอแสวงหา	ค่าดัชนีลูกน้ำ	
	HI	CI
หมู่ 9		
ครั้งที่ 1 วันที่ 21/09/2563	100	63.63
ครั้งที่ 2 วันที่ 23/09/2563	10	37.93
ครั้งที่ 3 วันที่ 28/09/2563	100	23.68
หมู่ 7		
ครั้งที่ 1 วันที่ 24/09/2563	40	13.84
ครั้งที่ 2 วันที่ 27/09/2563	64	12.87
***ค่ามาตรฐาน HI < 10 และ CI=0		



ประเด็นที่ 6 การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

ปัญหาที่พบ

1. ปัญหาทางด้านลักษณะทางกายภาพของพื้นที่

เนื่องจากมีสภาพเป็นพื้นที่ราบลุ่มทำให้มีน้ำขัง ลักษณะของอาคารบ้านเรือนที่มีลักษณะเป็นอาคารบ้านเรือน เป็นอุปสรรคต่อเจ้าหน้าที่ในการฉีดพ่นยากันยุง เนื่องจากช่วงเวลาที่ เจ้าหน้าที่ทำการฉีดพ่นยากันยุงนั้นเป็นช่วงเวลากลางวันซึ่งตรงกับ ช่วงเวลาค้าขายของเจ้าของอาคารเหล่านี้

2. ปัญหาทางด้านพฤติกรรมของประชาชน

ประชากรส่วนใหญ่ขาดความตระหนักในการป้องกันตนเอง เช่น ไม่ยอมกำจัดแหล่งน้ำขังภายในบ้านของตนเอง ไม่ยอมใช้ทรายอะเบทที่ได้รับแจกจากเจ้าหน้าที่ อสม. เนื่องจากความวิตกจะทำให้หน้าที่ใช้อุปโภคบริโภค ไม่สะอาด มีสารเคมีตกค้าง

3. ปัญหาการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

รพช. สสอ. รพ.สต. โรงพยาบาลเอกชน อปท.

4. ปัญหาความคลาดเคลื่อนของข้อมูลที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยไข้เลือดออก

เนื่องจากการแจ้งประวัติของผู้ป่วยนั้น บางครั้งผู้ป่วยจะแจ้งที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ซึ่งไม่ใช่ที่อยู่ที่อยู่อาศัยอยู่จริงในปัจจุบัน

5. ปัญหาการควบคุมโรคระดับตำบลไม่เป็นไปตามมาตรการที่กำหนด (3-1-2-7-14-21-28)



ประเด็นที่ 6 การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

จำนวนผู้ป่วยและอัตราป่วยโรคไข้เลือดออก อำเภอแสวงหา เปรียบเทียบข้อมูลปี 2563 กับค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง (ปี 2558-2562)

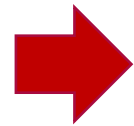
ปีงบประมาณ	จำนวนประชากร	จำนวนผู้ป่วยโรค ไข้เลือดออก	อัตราป่วย/แสนประชากร
2558	35,198	191	555.54
2559	34,875	21	61.08
2560	34,858	28	81.44
2561	34,689	44	127.98
2562	34,629	34	98.89
2563	34,495	84	244.32



ประเด็นที่ 6 การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

Outcome ปี 2564 :

1. ค่า HI,CI ไม่เกินเกณฑ์
2. มีการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค
ไข้เลือดออกตามมาตรฐาน



Output ปี 2564 :

อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 20
ของค้ำมัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี



ประเด็นที่ 6 การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

Small Success

ตัวชี้วัดผลลัพธ์	เป้าหมาย 3 เดือน	เป้าหมาย 6 เดือน	เป้าหมาย 9 เดือน	เป้าหมาย 12 เดือน
1. อัตราป่วยโรค ไข้เลือดออกลดลงไม่น้อย กว่าร้อยละ 20 ของค่ามัธย ฐานย้อนหลัง 5 ปี (ปี พ.ศ.2559 -2563) 2. อัตราป่วยตายด้วยโรค ไข้เลือดออก ไม่เกินร้อยละ 0.08	1. หมู่บ้าน/ชุมชน มีค่า HI \leq 10 มากกว่า 80%ของสถานบริการ 2. โรงพยาบาล/โรงเรียน/ศูนย์ เด็กเล็ก/วัด/อาคารสถานที่อื่นๆ มีค่า CI = 0 มากกว่า 80%	1. ทุกหมู่บ้าน/ชุมชน ที่พบ ผู้ป่วยมีค่า HI \leq 10 และ ร.ร./ ศูนย์เด็กเล็ก/วัด/อาคาร สถานที่ ราชการทุกแห่งมีค่า CI = 0 2. ทีม JIT และ SRRT ระดับ อำเภอ ตำบล ได้รับการพัฒนา ศักยภาพได้ตามมาตรฐาน มากกว่าร้อยละ 80 และดำเนินการสอบสวนโรค กรณีมีผู้ป่วยได้ตามเกณฑ์ที่ กำหนด	1. มีการเปิด EOC ระดับอำเภอ กรณีเข้าเกณฑ์เปิด EOC ไข้เลือดออก 2. ดำเนินมาตรการ 3-3-1 ใน ชุมชนที่พบผู้ป่วยทุกราย 3. ร้อยละ 100 ของหมู่บ้าน สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้ภายใน 28 วันของแต่ละ เหตุการณ์	1. อัตราป่วยโรคไข้เลือดออก ลดลง ร้อยละ 20 ของค่ามัธยฐาน ย้อนหลัง 5 ปี (ปี พ.ศ.2559- 2563) 2. อัตราป่วยตายโรค ไข้เลือดออก=0



ประเด็นที่ 6 การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก



กิจกรรมการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

สสอ.

มาตรการที่ 1 เพิ่มความเข้มแข็งระบบการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก

1. มีโครงการและแผนการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก
2. วิเคราะห์ติดตามสถานการณ์โรครายพื้นที่และถ่ายทอดให้กับเครือข่าย
3. การเฝ้าระวัง/ติดตามสถานการณ์โรค
 - การเฝ้าระวังการป่วย-ตายราย สัปดาห์ (รง.506)
 - การเฝ้าระวังจากค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย
 - การเฝ้าระวังเชื้อในคน
4. จัดทำแผนติดตามป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ในตำบลที่เสี่ยงสูง
5. สนับสนุนติดตามโครงการจิตอาสา ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายระดับ ตำบล/หมู่บ้าน
6. เปิด EOCระดับอำเภอเมื่อเข้าเกณฑ์
7. สรุปผลการดำเนินงานรายไตรมาสเสนอผู้บริหาร

มาตรการที่ 2 เร่งรัดการป้องกันและควบคุมการแพร่เชื้อโรคไข้เลือดออก

1. ติดตามพื้นที่ในระดับตำบล ดังนี้
 - เรื่องการควบคุมดัชนีลูกน้ำยุงลายให้ได้ตามเกณฑ์กำหนด
 - เรื่องการควบคุมโรคในชุมชนให้ได้ภายใน 28 วันของแต่ละเหตุการณ์
3. เปิด War room กรณีเมื่อมีเหตุการณ์ของโรคเกิดขึ้นหลายตำบล
4. สรุปผลรายงานผลการจัดกิจกรรมจิตอาสารายเดือนส่งให้ สสจ. ทุกเดือน
5. เปิดศูนย์ EOC ระดับอำเภอกรณีเข้าเกณฑ์การเปิดศูนย์ EOC โรคไข้เลือดออก
6. สรุปผลการดำเนินงานรายไตรมาสเสนอผู้บริหาร



ประเด็นที่ 6 การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก



กิจกรรมการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

รพช.

มาตรการที่ 1 เพิ่มความเข้มแข็งระบบการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก

1. การวิเคราะห์ติดตามสถานการณ์โรครายพื้นที่
2. การเฝ้าระวัง/ติดตามสถานการณ์โรค
 - การเฝ้าระวังการป่วย-ตายราย สัปดาห์ (รง.506)
 - การเฝ้าระวังจากคำดัชนีลูกน้ำยุงลาย
 - การเฝ้าระวังเชื้อในคน
3. เป็นพี่เลี้ยงสนับสนุนแก่เครือข่าย
4. พัฒนาเรื่องการรักษาการวินิจฉัยโรค การส่งต่อแก่กลุ่มแพทย์พยาบาล
5. ทำ Dead case conference กรณีมีผู้ป่วยเสียชีวิต

มาตรการที่ 2 เร่งรัดการป้องกันและควบคุมการแพร่เชื้อโรคไข้เลือดออก

1. เข้าร่วมกิจกรรมจิตอาสา ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายร่วมกับอาสาสมัครในพื้นที่และรายงานผลให้กับ สสอ.ทุกเดือน
2. เป็นพี่เลี้ยงสนับสนุนเครือข่าย
3. ควบคุมดัชนีลูกน้ำยุงลายให้ได้ตามเกณฑ์กำหนด
4. ควบคุมโรคในชุมชนให้ได้ภายใน 28 วันของแต่ละเหตุการณ์
5. ผู้ป่วยทุกรายในพื้นที่ได้รับการควบคุมและสอบสวนโรคร้อยละ 100



ประเด็นที่ 6 การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก



กิจกรรมการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

รพ.สต.

มาตรการที่ 1 เพิ่มความเข้มแข็งระบบการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก

1. การวิเคราะห์ติดตามสถานการณ์โรครายหมู่บ้าน
2. การเฝ้าระวัง/ติดตามสถานการณ์โรค
 - การเฝ้าระวังการป่วย-ตายราย สัปดาห์ (รง.506)
 - การเฝ้าระวังจากค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย
 - การเฝ้าระวังเชื้อในคน
3. จัดกิจกรรมโครงการจิตอาสา เพื่อทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายระดับตำบลและหมู่บ้าน
4. สรุปผลการดำเนินงานรายไตรมาสเสนอผู้บริหาร

มาตรการที่ 2 เร่งรัดการป้องกันและควบคุมการแพร่เชื้อโรคไข้เลือดออก

1. เข้าร่วมกิจกรรมจิตอาสา ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายร่วมกับอาสาสมัครในพื้นที่และรายงานผลให้กับ สสอ.ทุกเดือน
2. ควบคุมดัชนีลูกน้ำยุงลาย ค่า HI/CI ให้ได้ตามเกณฑ์กำหนด
3. ควบคุมโรคในชุมชนให้ได้ภายใน 28 วันของแต่ละเหตุการณ์
4. ผู้ป่วยทุกรายในพื้นที่ได้รับการควบคุมและสอบสวนโรคร้อยละ 100

โครงการ

ควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก

งบเงินสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

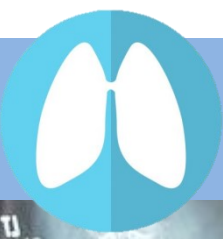
จำนวน 362,150 บาท



ประเด็นที่ 7

การค้นหาและรักษาวัณโรค





ประเด็นที่ 7 การค้นหาและรักษาวัณโรค

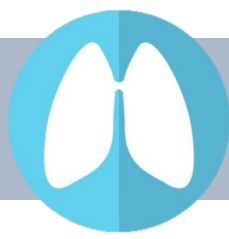


“

วิเคราะห์สาเหตุ

จากรายงานสรุปผลการดำเนินงานควบคุมวัณโรค อำเภอแสวงหา จังหวัดอ่างทอง ปีงบประมาณ 2563 พบว่าอำเภอแสวงหา พบจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2563 จำนวน 22 ราย มีอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ ร้อยละ 18.18 และมีร้อยละครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 40.74

”



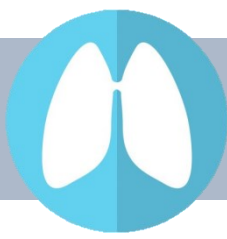
ประเด็นที่ 7 การค้นหาและรักษาวัณโรค

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ ปี 2563

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ภาพรวม
1	อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ (ร้อยละ 88)	เป้าหมาย	22
		ผลงาน	4
		ร้อยละ	18.18
2	ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับ เป็นซ้ำ (ร้อยละ 87.50)	เป้าหมาย	54
		ผลงาน	22
		ร้อยละ	40.74

อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ (ร้อยละ 88)

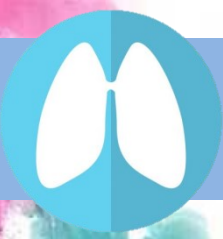
ปีงบประมาณ	ขึ้นทะเบียน (ไตรมาส 1)	รักษาสำเร็จ	ร้อยละ	กำลังรักษา	เสียชีวิต	ขาดยา	อื่นๆ
2562	19 ราย	11 ราย	61.11	2 ราย	4 ราย	1 ราย	1
2563	22 ราย	0 ราย	0.00	22 ราย	0 ราย	0 ราย	1



ประเด็นที่ 7 การค้นหาและรักษาวัณโรค

ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (ร้อยละ 87.50) ปี 2563

จำนวนคาดการณ์การผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2563 (คิดจากอัตรา 153 ต่อประชากรแสนคน)	จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2563	ร้อยละ
54	22	40.74



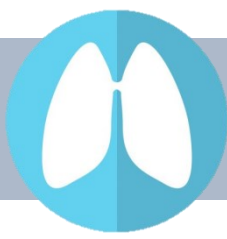
สาเหตุของปัญหา

1

2

3

การค้นหา	การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงวัณโรคต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด	การรักษาผู้ป่วยวัณโรค
1) การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนยังล่าช้าและไม่ครอบคลุม 2) การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง 7 กลุ่ม ต่ำกว่าเกณฑ์	1) กลุ่มเสี่ยงมีหลายกลุ่ม ผู้ป่วยบางกลุ่มเช่น DM,HIV ไม่มารพ.ตามนัด 2) ห้องเอกซเรย์มีข้อจำกัดในการให้บริการ 3) กลุ่มเป้าหมายไม่ยอมมาตรวจเนื่องจากเห็นมีอาการปกติ 4) ขาดระบบการนำกลุ่มเป้าหมายมาตรวจต้องใช้บุคลากรหลายภาคส่วน 5) บุคลากรที่รับผิดชอบงานคัดกรองมีภาระงานหลายอย่าง	1) Success rate ต่ำกว่าเกณฑ์ เนื่องจาก - มีโรคประจำตัวได้แก่ DM,HIV เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคอื่น - การติดตามเฝ้าระวังในการดูแลรักษาผู้ป่วย บางแห่งขาดประสิทธิภาพ - บุคลากรแต่ละระดับขาดความรู้ในการประเมินอาการผู้ป่วย - เสียชีวิตจากโรคแทรกซ้อน - ขยายระยะเวลาการรักษา - DOT ไม่มีคุณภาพ



ประเด็นที่ 7 การค้นหาและรักษาวัณโรค



Outcome ปี 2564 : กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรอง
วัณโรคอย่างครอบคลุม



Output ปี 2564 :

1. อัตราการค้นพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เพิ่มขึ้น
2. สัดส่วนการพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เสมหะ(+) : (-) เท่ากับ 50:50

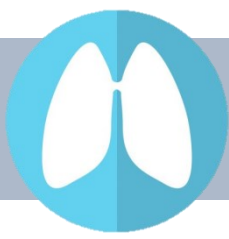
กิจกรรมหลัก

“พบก่อน รักษาหาย ไม่แพร่กระจายเชื้อสู่ชุมชน”

- 1) การดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ (National Tuberculosis Program)
- 2) หลังจากที่แพทย์วินิจฉัยโรคแล้วได้รับการ Counseling การรับประทานยา, อาการข้างเคียงและการแพ้ยา, การปฏิบัติตัวและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ, การทำ DOTS, Empowerment ผู้ป่วยเพื่อให้เกิดกำลังใจและมั่นใจในการรักษาหาย
- 3) การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทั้งในสถานบริการและนอกสถานบริการ
- 4) การให้บริการแบบ One Stop Service
- 5) การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ
- 6) การค้นหาผู้ป่วยรายใหม่เชิงรุก

กิจกรรมหลัก

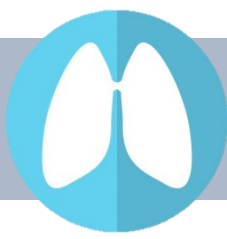
- 7) ใช้ระบบ fast track ในการคัดกรองเพื่อให้เข้าถึงระบบบริการอย่างรวดเร็ว
- 8) กรณี Admit มีการติดตามเยี่ยม case พร้อมให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัว และการรับประทานยา, อาการข้างเคียงการแพ้ยา การทำ DOTS ,การปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และประสาน Case ไปยัง รพ.สต. เพื่อติดตามเยี่ยมและคัดกรองผู้สัมผัส
- 9) การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชนในกลุ่มเสี่ยง, กลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน, กลุ่มผู้ป่วย HIV กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน, COPD, ผู้ที่ภูมิคุ้มกันต่ำ, แรงงานข้ามชาติ
- 10) จัดทำโครงการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยวัณโรครับประทานยาต่อหน้า (DOTS) โดยอสม.
- 11) การดูแลผู้ป่วยวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยงกำกับกับการกินยา



ประเด็นที่ 7 การค้นหาและรักษาวัณโรค

Small Success

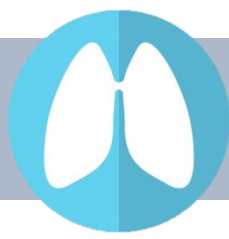
ตัวชี้วัดผลลัพธ์	เป้าหมาย 3 เดือน	เป้าหมาย 6 เดือน	เป้าหมาย 9 เดือน	เป้าหมาย 12 เดือน
อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ \geq ร้อยละ 87	1. มีรายงานการวิเคราะห์สถานการณ์ รายอำเภอ 2. ทุกอำเภอสำรวจกลุ่มเสี่ยงจัดสรรจำนวนตามรพ./ รพ.สต. 3. คัดกรองกลุ่มเสี่ยงวัณโรค ได้ ร้อยละ 20	1. คัดกรองกลุ่มเสี่ยงวัณโรคได้ ร้อยละ 50 2. ผู้ป่วยวัณโรคขาดยา \leq ร้อยละ 1 3. ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิต \leq ร้อยละ 3	1. คัดกรองกลุ่มเสี่ยงวัณโรคได้ ร้อยละ 80 2. ผู้ป่วยวัณโรคขาดยา \leq ร้อยละ 2 3. ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิต \leq ร้อยละ 5	1. อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรครายใหม่ทุกประเภท \geq ร้อยละ 85 2. คัดกรองกลุ่มเสี่ยงวัณโรคได้ ร้อยละ 87.50



ประเด็นที่ 7 การค้นหาและรักษาวัณโรค

กิจกรรมการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

มาตรการ/กลยุทธ์	กิจกรรมดำเนินงาน		
	สสอ.	รพช.	รพ.สต.
มาตรการที่ 1 : ค้นหาผู้ป่วย กลยุทธ์ที่ 1 : เร่งรัดการค้นหาผู้ติดเชื้อ วัณโรคและผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยง	<ol style="list-style-type: none">ชี้แจงขั้นตอนการดำเนินงานแก่พื้นที่และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องนิเทศติดตามการดำเนินงานค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่ทุก รพ.สต. 2 ครั้ง/ปีวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกันกับรพ. และ รพ.สต.และคืนข้อมูลให้กับพื้นที่ และท้องถิ่น	<ol style="list-style-type: none">สำรวจกลุ่มเสี่ยงจัดสรรจำนวนตาม รพ./ รพ.สต./คัดกรองกลุ่มเสี่ยงเชิงรุกให้ความรู้กับผู้นำชุมชน,อสม.วิเคราะห์ข้อมูลร่วมกันกับสสอ.และคืนข้อมูลให้กับพื้นที่	<ol style="list-style-type: none">คัดกรองกลุ่มเสี่ยงเชิงรุกให้ความรู้กับผู้นำชุมชน, อสม.



ประเด็นที่ 7 การค้นหาและรักษาวัณโรค


กิจกรรมการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

มาตรการ/กลยุทธ์	กิจกรรมดำเนินงาน		
	สสอ.	รพช.	รพ.สต.
มาตรการที่ 2 : รักษาครบถ้วน กลยุทธ์ที่ 2 : เพิ่มประสิทธิภาพกำกับการกินยาผู้ป่วยวัณโรคโดยใช้การดูแลแบบมีพี่เลี้ยง(DOT)	<ol style="list-style-type: none">1. รับและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่ให้ รพ.สต.2. เยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับสหวิชาชีพ3. ส่งเคราะห์ข้อมูลร่วมกันกับรพ.และรพ.สต. คืบข้อมูล4. ส่งเสริมขวัญ กำลังใจเจ้าหน้าที่งานวัณโรค	<ol style="list-style-type: none">1. รักษาตามแนวทางและสูตรยามาตรฐาน2. ใช้มาตรการ 2-2-23. ทำแผนผังการทำงาน แนวทางการดูแลผู้ป่วย4. จัดระบบการให้บริการให้คำปรึกษา5. เยี่ยมผู้ป่วย ทีมสหวิชาชีพ6. ส่งเสริมขวัญ กำลังใจเจ้าหน้าที่งานวัณโรค	<ol style="list-style-type: none">1. เตรียมผู้กำกับการกินยา2. เยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับ อสม.หรือผู้นำชุมชน สหวิชาชีพ3. ติดตามให้ผู้สัมผัสวัณโรคทุกรายมารับการตรวจที่ โรงพยาบาล4. จัดทำช่องทางการสื่อสารให้มากขึ้นเช่น Line groupวางระบบงานและติดตามอย่างต่อเนื่อง กระตุ้นเตือน5. ส่งเสริมขวัญ กำลังใจเจ้าหน้าที่งานวัณโรค

ประเด็นที่ 8

- ❑ การพัฒนาระดับคุณภาพและศักยภาพบริการ
หน่วยบริการ รพ.สต.ติดตาม
- ❑ หน่วยบริการปฐมภูมิ/เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
ได้รับการประกาศขึ้นทะเบียน 2 ทีม






ประเด็นที่ 8 การพัฒนาระดับคุณภาพและศักยภาพบริการหน่วยบริการ รพ.สต.ติดดาว



ประเมินคุณภาพระดับ 5 ดาว ได้แก่ รพ.สต.จำลอง และรพ.สต.ศรีพราน

ประเมินคุณภาพซ้ำ ได้แก่ วังน้ำเย็น



ประเด็นที่ 8 การพัฒนาระดับคุณภาพและศักยภาพบริการหน่วยบริการ รพ.สต.ติดดาว

การเตรียมความพร้อมรับการประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2564

หมวด 1 บริหารดี

การนำองค์กรและการจัดการดี

หมวด 2 ประสานงานดี ภาคีมีส่วนร่วม

การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

หมวด 3 บุคลากรดี

การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

หมวด 4 บริการดี

การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

หมวด 5 ประชาชนมีสุขภาพดี

ผลลัพธ์

กิจกรรมดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

รพท. / รพช.	ผลงานความสำเร็จ
<p>1. รวมประชุมสรรหาแพทย์ FM</p> <p>2. รวมกำหนดพื้นที่ทีมเครือข่ายและรวมแผนทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอ</p> <p>3. ทีมสหวิชาชีพจัดบริการดูแล (Care management) ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคแทรกซ้อนสูง ในรพ.สต.แบบเชื่อมโยงชุมชน</p>	<p>1. มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวครบทั้ง 2 ทีม</p> <p>2. หน่วยบริการ/เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิได้รับการขึ้นทะเบียนครบตามเป้าหมาย</p> <p>3. กลุ่มเป้าหมายได้รับจัดระบบบริการดูแลตาม (Care management) และตาม Care Plan ของทีมสหวิชาชีพ เชื่อมโยงชุมชน</p>

ประเด็นที่ 9

- ❑ พื้นที่ที่เป็นชุมชนแบบ RDU Community
- ❑ การส่งมอบยาให้ผู้ป่วยแบบ New Normal





พื้นที่ที่เป็นชุมชนต้นแบบ RDU Community



ปัญหาการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในอำเภอแสงหานั้น มีหลายรูปแบบ ทั้งจากการที่ประชาชนหาซื้อเอง การขายตรง รถเร่ การซื้อผ่านตัวแทนจำหน่ายสินค้า การสั่งซื้อทางโทรศัพท์ ไปรษณีย์หรือทางอินเทอร์เน็ต เป็นต้น ถึงแม้จะมีมาตรการในการตรวจสอบและป้องกันไม่ให้เกิดการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในชุมชน เช่น การตรวจเฝ้าระวังการขายยาที่ไม่ปลอดภัยในร้านค้าหรือร้านชำ การเฝ้าระวังรถเร่ที่เข้ามาขายยาในชุมชน การเฝ้าระวังการโฆษณาทางวิทยุ เป็นต้น แต่ก็ยังพบการจำหน่ายและการใช้ยาในชุมชนซึ่งมีความเสี่ยงต่อการบริโภคยาที่ไม่เหมาะสม

จากข้อมูลการสำรวจของจังหวัดอ่างทองพบว่ายังคงมีการฝ่าฝืนกฎหมายการคุ้มครองผู้บริโภคในหลายๆด้าน อาทิเช่น ขายยาอันตรายร้านชำ การจำหน่ายและการใช้ยาแผนโบราณโดยไม่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการอาหารและยา/ยาสมุนไพรที่ผสมสเตียรอยด์ และจากการสำรวจร้านชำ พบว่า ร้านชำยังขาดความรู้

ปี 2561 พบ 63 ร้าน จาก 115 ร้าน คิดเป็น ร้อยละ 55 และ ปี 2562 พบ 11 ร้าน จาก 66 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 17

สำหรับข้อมูลจากการสำรวจร้านชำในอำเภอแสงหา ปี 2563 พบว่า มีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพสมุนไพรผสมสเตียรอยด์ ยาชุด และยาแผนโบราณ เป็นจำนวนร้อยละ 32 ของจำนวนร้านชำทั้งหมดอำเภอแสงหา ซึ่งข้อมูลดังกล่าว สอดคล้องกับจังหวัดอ่างทอง

เป้าหมายในปี 2564

ชุมชนต้นแบบมีกระบวนการจัดการปัญหาการใช้ยาที่ไม่สมเหตุผล

พื้นที่ดำเนินการ **คือ ตำบลวังน้ำเย็น**



พื้นที่ที่เป็นชุมชนต้นแบบ RDU Community

กิจกรรมการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

มาตรการ/กลวิธี	กิจกรรมดำเนินงาน		
	สสอ.	รพช.	รพสต.
1. พัฒนาความรู้เครือข่ายเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ เครือข่าย และผู้ประกอบการผลิต/จำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพ/ผู้ประกอบการสถานบริการสุขภาพ ให้ดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ	1. เข้าร่วมการอบรมของ สสจ. 2. ให้คำปรึกษา/แนะนำผู้ประกอบการ, ผู้รับอนุญาต ผลิตภัณฑ์สุขภาพเบื้องต้น 3. จัดอบรมหรือจัดกิจกรรมในการพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการ/เครือข่ายในพื้นที่ 4. เผยแพร่สื่อให้ความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพและข้อมูลเตือนภัยสุขภาพ 5. รายงานผลการดำเนินงานส่ง สสจ.	1. เข้าร่วมการอบรมของ สสจ.และสสอ. 2. ให้คำปรึกษา/แนะนำผู้ประกอบการ, ผู้รับอนุญาต ผลิตภัณฑ์เบื้องต้น 3. จัดอบรมหรือจัดกิจกรรมในการให้ความรู้ผู้ประกอบการ/เครือข่ายตามความเหมาะสม 4. เผยแพร่สื่อให้ความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพและข้อมูลเตือนภัยสุขภาพ 5. รายงานผลการดำเนินงานส่ง สสอ.	1. ให้คำปรึกษา/แนะนำผู้ประกอบการ, ผู้รับอนุญาต ผลิตภัณฑ์เบื้องต้น 2. จัดอบรมหรือจัดกิจกรรมในการให้ความรู้ผู้ประกอบการ/เครือข่าย ตามความเหมาะสม 3. เผยแพร่สื่อให้ความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพและข้อมูลเตือนภัยสุขภาพ 4. รายงานผลการดำเนินงานส่ง สสอ.



พื้นที่ที่เป็นชุมชนต้นแบบ RDU Community

กิจกรรมการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

มาตรการ/กลวิธี	กิจกรรมดำเนินงาน		
	สสอ.	รพช.	รพสต.
3. ฝ้าระวังสถานที่ผลิต/จำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพ /สถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ(สถานบริการสุขภาพ) (post-marketing)	1. จัดทำแผน และควบคุม กำกับ การดำเนินงานตรวจสอบมาตรฐานสถานที่ผลิต/จำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพ 2. จัดทำแผน และควบคุม กำกับ การตรวจฝ้าระวังสถานพยาบาลที่ไม่ได้รับอนุญาตในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบ 3. ร่วมตรวจฝ้าระวังสถานบริการสุขภาพที่ไม่ได้รับอนุญาตในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบ 4. ร่วมตรวจมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ในเขตอำเภอที่รับผิดชอบ 5. รวบรวมและรายงานผลการดำเนินงาน ส่ง สสจ.	1. ร่วมจัดทำแผน และตรวจสอบมาตรฐาน สถานที่ผลิตและจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพ 2. ฝ้าระวังสถานพยาบาลที่ไม่ได้รับอนุญาต ในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบ 3. ร่วมตรวจมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ในเขตอำเภอที่รับผิดชอบ 4. รายงานผลการดำเนินงานให้ สสอ. รวบรวม	1. ร่วมจัดทำแผน และตรวจสอบมาตรฐาน สถานที่ผลิตและจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพ 2. ฝ้าระวังสถานพยาบาลที่ไม่ได้รับอนุญาต ในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบ 3. ร่วมตรวจมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ในเขตอำเภอที่รับผิดชอบ 4. รายงานผลการดำเนินงานให้ สสอ. รวบรวม

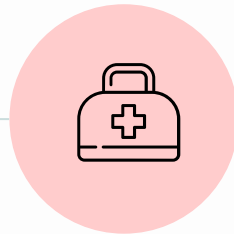


การส่งมอบยาให้ผู้ป่วยแบบ New Normal

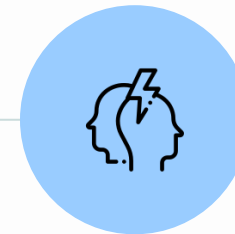
ความเป็นมาและความสำคัญ



ปัจจุบันการระบาดของเชื้อ **Covid-19** ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้ามารับยาได้ตามที่แพทย์นัด ระบบการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์เปลี่ยนไป ส่งผลให้**ผู้ป่วยอาจไม่ได้รับยาที่ควรจะต้องได้รับอย่างต่อเนื่อง**



คณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาลได้วางระบบการดำเนินงานแบบ New Normal โดยเริ่มจากแนวคิด **“ขาดนัดไม่ขาดยา”** การส่งมอบยาให้ผู้ป่วยแบบ New Normal คือการที่ผู้ป่วยรับยาได้อย่างต่อเนื่อง ถูกต้อง และผู้ป่วยใช้ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพแม้ว่าผู้ป่วยจะอยู่ที่บ้าน



การวางระบบการพัฒนางานนี้จึงใช้แนวคิดวงจรกิจกรรม (PDCA) มาเป็นเครื่องมือในการดำเนินงาน เพื่อส่งมอบยาให้กับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นในแบบ New Normal อยู่บ้านขาดนัด ไม่ขาดยา





การส่งมอบยาให้ผู้ป่วยแบบ New Normal

วิธีการดำเนินการ



ระยะที่ 1

ศึกษาสภาพปัญหาการบริการเภสัชกรรมในรูปแบบการดำเนินงานแบบ New Normal และวางแนวทางการแก้ไขปัญหา



ระยะที่ 2

สร้างและพัฒนาแนวปฏิบัติจากปัญหาที่ศึกษา



ขั้นตอนที่ 1 วางแผน (Plan : P)

1. กำหนดแนวทางการปฏิบัติงานรูปแบบดำเนินงานแบบ New normal คือ ผู้ป่วยไม่ต้องมาตรวจที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยอยู่ที่บ้านแต่สามารถได้รับยาอย่างต่อเนื่องและใช้ยาได้อย่างถูกต้อง ได้แบ่งการส่งมอบยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยได้ดังนี้

ผู้ป่วย sw.แสวงหา

1.ผู้ป่วยที่มี BP,FBS ผิดปกติและ/หรือมีอาการผิดปกติอื่นๆ

มาพบแพทย์และรับยาที่โรงพยาบาล

2.ผู้ป่วยที่มี BP,FBS ค่าปกติตามเกณฑ์และไม่มีอาการผิดปกติอื่นๆ

- รับยาโดยอสม.(ผู้ป่วยทั่วไปอาการปกติ เช่นผู้ป่วย NCD)
- รับยาโดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหรือ sw.ส.ต (ผู้ป่วยติดเตียง, Palliative care, จิตเวช)
- รับยาทางไปรษณีย์ (ผู้ป่วยความเสี่ยงสูง เช่น HIV, TB)



วิธีการดำเนินการ(ต่อ)

ระยะที่ 3
ทำตามแนวปฏิบัติการส่งมอบยา
ในรูปแบบ New Normal



ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติทำตามแผน (Dn) เริ่มดำเนินงานตั้งแต่เดือน
มีนาคม 2563



1. วางระบบการส่งมอบยาทางไปรษณีย์ โทรถามผู้ป่วยยืนยันที่อยู่ในการจัดส่ง ส่ง
ยาทุกวันจันทร์

2. ส่งมอบยาโดยเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล/รพ.สต. ผู้ป่วยเป็นกลุ่มติดบ้านติดเตียง
palliative care, จิตเวช จึงจำเป็นต้องมีบุคลากรทางการแพทย์ไปประเมินอาการ
อื่นๆด้วย จัดส่งยาทุกวันพฤหัสบดี

3. ส่งมอบยาโดย อสม. โดยผ่านการประเมินการส่งใช้ยาโดยแพทย์ เกสัชกร
ตรวจสอบความถูกต้องในการสั่งใช้ยา จัดยา พร้อมส่งมอบให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต.
เพื่อส่งมอบให้ อสม.แต่ละหมู่บ้านที่รับผิดชอบส่งต่อให้กับผู้ป่วยพร้อมกับรวบรวม
ปัญหา

วิธีการดำเนินการ(ต่อ)

ระยะที่ 3
ทำตามแนวปฏิบัติการส่งมอบยา
ในรูปแบบ New Normal



ขั้นตอนที่ 3 การติดตามและประเมินผล (check)

- บันทึกผลการดำเนินงานทั้งหมดโดยรวบรวมข้อมูลจากการส่งมอบยาแบบต่างๆ และปัญหาที่เกิดขึ้น



ขั้นตอนที่ 4 ขั้นตอนที่ 4 แนวทางการแก้ไข ปรับปรุง (Act)

- ผู้เกี่ยวข้องร่วมกันประเมินปัญหา อุปสรรคและปรับแก้ไข

ปัญหา-อุปสรรค



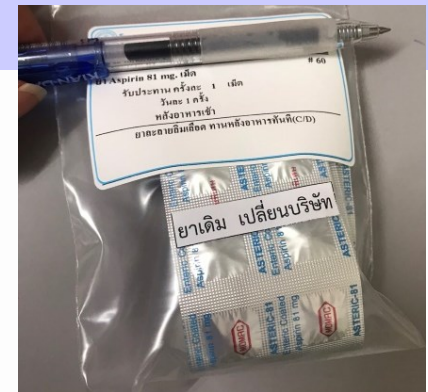
ปัญหาในช่วงที่ 1

- ❑ ปัญหาในช่วงแรกคือการสื่อสารระหว่าง เจ้าหน้าที่ อสม. และผู้ป่วย โดยอสม. ไม่ได้แจ้งผู้ป่วยว่าต้องรอรับยาที่บ้านหลังจากไปวัดความดัน และเจาะเลือดแล้วการแก้ไขจึงมีการประชาสัมพันธ์พร้อมกับชี้แจงกับอสม. ให้ดำเนินการรูปแบบ New Normal ผู้ป่วยอยู่บ้านและได้รับยา
- ❑ การรับยาทางไปรษณีย์และรับยากับเจ้าหน้าที่ยังไม่พบปัญหา ส่วนการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ใช้การโทรศัพท์สุ่มโทรในผู้ป่วยที่เคยมีประวัติเกิดปัญหาในการใช้ยา และการรับแจ้งจากเจ้าหน้าที่หรืออสม. ว่าผู้ป่วยเกิดปัญหาจากการใช้ยาให้แจ้งกับเภสัชกรเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าวต่อไป



ปัญหาในช่วงที่ 2

- ❑ ปัญหาเปลี่ยนแปลงรูปแบบ เนื่องจากบริษัทยาเดิมไม่สามารถส่งยาได้ตามกำหนดจึงต้องซื้อยาบริษัทใหม่ทำให้รูปแบบยามีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ปกติผู้ป่วยได้รับยาที่โรงพยาบาลเภสัชกรจะเป็นอธิบายยา การแก้ไข ดำเนินการรูปแบบ New Normal เภสัชกรยังสามารถสื่อสารผู้ป่วยผ่านการติดสติ๊กเกอร์หน้าซองยาว่า “ยาเดิม เปลี่ยนบริษัท” เพื่อเป็นการสื่อสารและแจ้งเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ให้แจ้งกับผู้ป่วยว่ามีการเปลี่ยนแปลงยา หากมีข้อสงสัยให้โทรกลับมาที่ห้องยาได้



ประเด็นที่ 10

การบริหารจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนและ
บูรณาการให้เป็นชุมชนต้นแบบด้านสุขภาพ Active Community



ประเด็นที่ 10 การบริหารจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชน และบูรณาการให้เป็นชุมชนต้นแบบด้านสุขภาพ

Active Community

วิเคราะห์สาเหตุ/ปัจจัยเพื่อแก้ปัญหาในปี 2564

ปัจจุบันปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม มีความซับซ้อน และ เกิดขึ้นหลากหลายรูปแบบรัฐบาลได้กำหนดนโยบายในระดับประเทศส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาทางด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะประเด็นการจัดการขยะประเภทต่าง ๆ

สำหรับอำเภอแสวงหา พบว่า สถานการณ์ด้านมลพิษทางสิ่งแวดล้อมและสถานะสุขภาพของประชาชน ยังมีปัญหาด้านต่าง ๆ ที่ ควรได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน หลายประการ การพัฒนาชุมชนให้มีความเข้มแข็งต้องให้ความรู้กับประชาชนในการประเมินความเสี่ยงและวิเคราะห์ปัญหาสิ่งแวดล้อมเพื่อให้รู้เท่าทันต่อสถานการณ์อนามัยสิ่งแวดล้อมตามบริบทของพื้นที่และประชาชน สามารถกำหนดมาตรการในการจัดการปัญหาหรือความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ด้วยตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ **เกิดเป็นความยั่งยืน**

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมให้ชุมชนสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนผ่านการสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายในการพัฒนาความเข้มแข็งด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม
2. เพื่อส่งเสริมกระบวนการร่วมคิด วางแผนดำเนินการ จัดการปัญหาความเสี่ยงและส่งเสริมปัจจัยเอื้อด้านสิ่งแวดล้อมร่วมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเครือข่ายในพื้นที่เกิดเป็น Active Community

ประเด็นที่ 10 การบริหารจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชน และบูรณาการให้เป็นชุมชนต้นแบบด้านสุขภาพ

Active Community

บทบาทหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล และรพ.สต.

1. ประสานเครือข่ายระดับอำเภอ ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และเครือข่ายอื่น รวมถึงผู้นำ หมู่บ้าน/ชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการชี้แจงรายละเอียดโครงการและแนวทางการดำเนินงาน
2. สืบค้นข้อมูลพื้นฐานของชุมชนตนเอง ได้แก่ พฤติกรรม วิถีชุมชน ขนบประเพณีเพื่อนำ มาใช้ในการวางแผนพัฒนาชุมชนในการจัดการ อนามัยสิ่งแวดล้อม โดยร่วมกับแกนนำชุมชน หรือ อสม.
3. สนับสนุนองค์ความรู้ประชาสัมพันธ์โน้มน้าว สร้างความตระหนัก และร่วมดำเนินกิจกรรมการพัฒนาชุมชนเข้มแข็งในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในพื้นที่อย่างใกล้ชิด
4. ร่วมสร้างวิทยากรกระบวนการประจำชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยคัดเลือกจากแกนนำชุมชน หรือ อสม.ร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายเพื่อให้มีศักยภาพและความพร้อมในการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน
5. สร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน เพื่อให้เข้าร่วมการพัฒนาชุมชนตนเองให้เข้มแข็งโดยต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง
6. ส่งต่อข้อมูลหมู่บ้าน/ชุมชน/ตำบล ที่ได้รับการพัฒนาความเข้มแข็ง ให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อรวบรวมเป็นฐานข้อมูลระดับจังหวัดต่อไป

ประเด็นที่ 10 การบริหารจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชน และบูรณาการให้เป็นชุมชนต้นแบบด้านสุขภาพ

Active Community

บทบาทหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1. สนับสนุนการดำเนินงานตามโครงการทั้ง งบประมาณ คน สิ่งของ รวมทั้งยกระดับการให้บริการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (EHA) เพื่อเป็นพื้นฐาน การพัฒนาสภาพแวดล้อมชุมชนที่ดี
2. ผลักดัน กระตุ้น และสร้างกระบวนการความร่วมมือกับ หมู่บ้าน/ชุมชนในการพัฒนา ปรับปรุง หมู่บ้าน/ชุมชน และทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดสภาพแวดล้อมร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ทั้ง สสอ. รพ. และ รพ.สต.
3. สื่อสาร ประชาสัมพันธ์สนับสนุน สร้างความตระหนัก และชี้แนะ แนวทางในการจัดการสภาพแวดล้อมชุมชนในช่องทางต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง
4. ส่งเสริมให้มีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพโดยอาศัยทุนเดิม ในพื้นที่ในการพัฒนา เช่น การปรับปรุงภูมิทัศน์หรือพื้นที่สีเขียว จัดสิ่งแวดล้อม ที่เอื้อให้เกิดกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ ลดความเสี่ยงสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ใน ชุมชน เป็นต้น

ประเด็นที่ 10 การบริหารจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชน และบูรณาการให้เป็นชุมชนต้นแบบด้านสุขภาพ

Active Community



กิจกรรมการดำเนินงานของหน่วยงานแต่ละระดับ

สสอ./รพช./รพ.สต.	ผลงานวัดความสำเร็จ
1.คัดเลือกชุมชน/หมู่บ้านเป้าหมายในพื้นที่	1.ตำบลมีชุมชน/หมู่บ้านเป้าหมายด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมจำนวน 3 ชุมชน/หมู่บ้าน
2.ประเมินตนเองและทำฐานข้อมูลสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในชุมชน	2. มีข้อมูลผลการประเมินชุมชน/หมู่บ้าน ตามเกณฑ์การประเมิน 11 ข้อ
3.ดำเนินกิจกรรม ร่วมกับเครือข่าย ทำแผนชุมชนจัดกระบวนการมีส่วนร่วมให้กับชุมชนเพื่อรวมคิดรวมจัดการความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม	3.มีชุมชน/หมู่บ้าน ตัวอย่างด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อชุมชนและท้องถิ่นนำอยู่ที่ถูกสุขลักษณะ Model Env in ชุมชน (จำนวน 3 หมู่บ้าน แสงหา สีบัวทอง บ้านพราน)
4.บูรณาการแผนงานโครงการงบประมาณในพื้นที่และสนับสนุนการสร้างนวัตกรรมชุมชน	4.มีโครงการที่ตอบสนองงานอนามัยสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ และเกิดนวัตกรรมที่สามารถเผยแพร่ได้

ประเด็นที่ อื่น ๆ

- มีข้อมูลบุคลากรที่มีคุณภาพผู้บริหารนำไปใช้วางแผนกำลังคนได้
- มีผลงานวิจัยและนวัตกรรมสุขภาพที่มีคุณภาพ
- หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพ การบริหารการเงินการคลัง
- หน่วยงานในสังกัด (สสอ. รพช.) ผ่านเกณฑ์ประเมิน ITA
- ระบบการจ่ายค่าใช้จ่ายตามเกณฑ์ผลงานและคุณภาพบริการ (QOF)
- Fee Schedule (มะเร็งปากมดลูก ทันตกรรม การฝากครรภ์)
- ECS ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน





THANK YOU