



นโยบายและทิศทางการดำเนินงานกระทรวงสาธารณสุข
(นพ.โอภาส การย์กวินพงศ์)ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

“สุขภาพคนไทย เพื่อสุขภาพประเทศไทย”



หลักปฏิบัติในการทำงาน

- ท. ทำทันที
- ท. ทำต่อเนื่อง
- ท. ทำและพัฒนา

ประเด็นมุ่งเน้นสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง ปี ๒๕๖๗

๑. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอย ของร่างกายการดูแลผู้สูงอายุ
๒. การป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง)การป้องกันและรักษาโรคหลอดเลือดสมอง
๓. การป้องกัน รักษา ฟื้นฟู ผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง
๔. การป้องกันรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง
๕. การดูแลมารดาและทารก

๑. นโยบายและทิศทางการดำเนินงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง

แผนปฏิบัติการด้านสุขภาพจังหวัดอ่างทองปี ๒๕๖๕ – ๒๕๗๐

วิสัยทัศน์ คนอ่างทองสุขภาพดี ด้วยการดูแลสุขภาพตามวิถีชีวิตใหม่ ภายในปี ๒๕๗๐

เป้าหมาย ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

ค่านิยม MOPH

Mastery	(เป็นนายตัวเอง)	Originality	(เร่งสร้างสิ่งใหม่)
People Centered Approach (ใส่ใจประชาชน)		Humility	(ถ่อมตนอ่อนน้อม)

พันธกิจ

๑. ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ภัยสุขภาพ คุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และการจัดการสิ่งแวดล้อม
๒. พัฒนาระบบบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิให้มีคุณภาพ
๓. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในการดูแล และจัดการระบบสุขภาพ
๔. พัฒนาระบบการจัดการที่มุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ (งานสนับสนุน คน เงิน ของ และระบบข้อมูล)

ประเด็นกลยุทธ์

กลยุทธ์ที่ ๑. จัดการสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัยที่มีคุณภาพ การป้องกันควบคุมโรค ภัยสุขภาพและจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพที่ดี ของประชาชน

กลยุทธ์ที่ ๒. พัฒนาคุณภาพและเพิ่มศักยภาพระบบบริการสุขภาพวิถีใหม่ทุกระดับ

กลยุทธ์ที่ ๓. ส่งเสริมภาคีเครือข่ายให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนอย่างเข้มแข็ง

กลยุทธ์ที่ ๔. พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีสมรรถนะที่เหมาะสมและมีความสุขในการทำงาน

กลยุทธ์ที่ ๕. พัฒนาระบบบริหารจัดการด้วยธรรมาภิบาล



แผนปฏิบัติการด้านสุขภาพจังหวัดอ่างทอง ปี 2565 – 2570

ค่านิยม M O P H

วิสัยทัศน์

คนอ่างทองสุขภาพดี ด้วยการดูแลสุขภาพตามวิถี
ชีวิตใหม่ ภายในปี 2570

เป้าหมาย

ประชาชนสุขภาพดี

ระบบสุขภาพยั่งยืน

เจ้าหน้าที่มีความสุข

พันธกิจ

๑. ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ภัยสุขภาพ
คุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และการ
จัดการสิ่งแวดล้อม

๒. พัฒนาระบบบริการสุขภาพ ระดับปฐม
ภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิให้มีคุณภาพ

๓. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมทุกภาค
ส่วนในการดูแล และจัดการระบบ
สุขภาพ

๔. พัฒนาระบบการจัดการที่
มุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์

ประเด็นกลยุทธ์

๑. จัดการสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัยที่มี
คุณภาพ การป้องกันควบคุมโรค ภัยสุขภาพ
และจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อ
สุขภาพที่ดี ของประชาชน

๒. พัฒนาคุณภาพและเพิ่ม
ศักยภาพระบบบริการสุขภาพวิถี
ใหม่ทุกระดับ

๓. ส่งเสริมภาคีเครือข่ายให้มีส่วน
ร่วมในการดูแลสุขภาพของ
ประชาชนในชุมชน อย่างเข้มแข็ง

๔. พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้
มีสมรรถนะที่เหมาะสมและมี
ความสุขในการทำงาน

๕. พัฒนาระบบบริหาร
จัดการด้วยธรรมาภิ
บาล

เป้าประสงค์เชิงกลยุทธ์

G๑. ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพที่ดี การ
เจ็บป่วย และป่วยตายที่สำคัญลดลง

G๒. ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีความรอบรู้ด้าน
สุขภาพตามกลุ่มวัย

G๓. การควบคุมป้องกันโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่
และโรคอุบัติซ้ำที่มีประสิทธิภาพ

G๔. ประชาชนได้รับโภชนาการและผลิตภัณฑ์ที่
ปลอดภัย มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน

G๕ ประชาชนได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี

G๖. ประชาชนเข้าถึงบริการ ได้รับการ
รักษาที่มีคุณภาพ เสมอภาคและเป็น
ธรรม

G7. หน่วยงานสาธารณสุขได้รับการ
รับรองคุณภาพมาตรฐาน

G๘ มีภาคีเครือข่ายร่วมในการ
ดูแลสุขภาพประชาชนทุกระดับ

G๙. บุคลากรด้านสาธารณสุข มี
สมรรถนะและมีความสุขในการ
ทำงาน

G๑๐. หน่วยงานมีนวัตกรรม /R๒R
เพื่อใช้แก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุข

G๑๑. หน่วยงานมีการจัดการ
ด้านการเงินการคลังที่มี
ประสิทธิภาพ

G๑๒. หน่วยงานมีคุณธรรม
และความโปร่งใสในการ
ดำเนินงาน

G๑๓ หน่วยงานมีระบบ
เทคโนโลยีและสารสนเทศที่มี
คุณภาพ

๓. ข้อมูลสำคัญของหน่วยงาน

๓.๑ ข้อมูลทั่วไป

๑) ประวัติความเป็นมาของหน่วยงาน (สังเขป)

ท้องถิ่นอำเภอป่าโมกมีชื่อปรากฏในพระราชพงศาวดารมานานตั้งแต่รัชสมัยสมเด็จพระมหาจักรพรรดิ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรัชสมัยสมเด็จพระนเรศวรมหาราชซึ่งทรงทำสงครามกับพม่าหลายครั้งเพื่อกอบกู้เอกราชของชาติไทย พระองค์เสด็จยกกองทัพเรือมาประทับประชุมพล ณ ตำบลป่าโมก และทำพิธีตัดไม้ข่มนามเอาฤกษ์ชัย

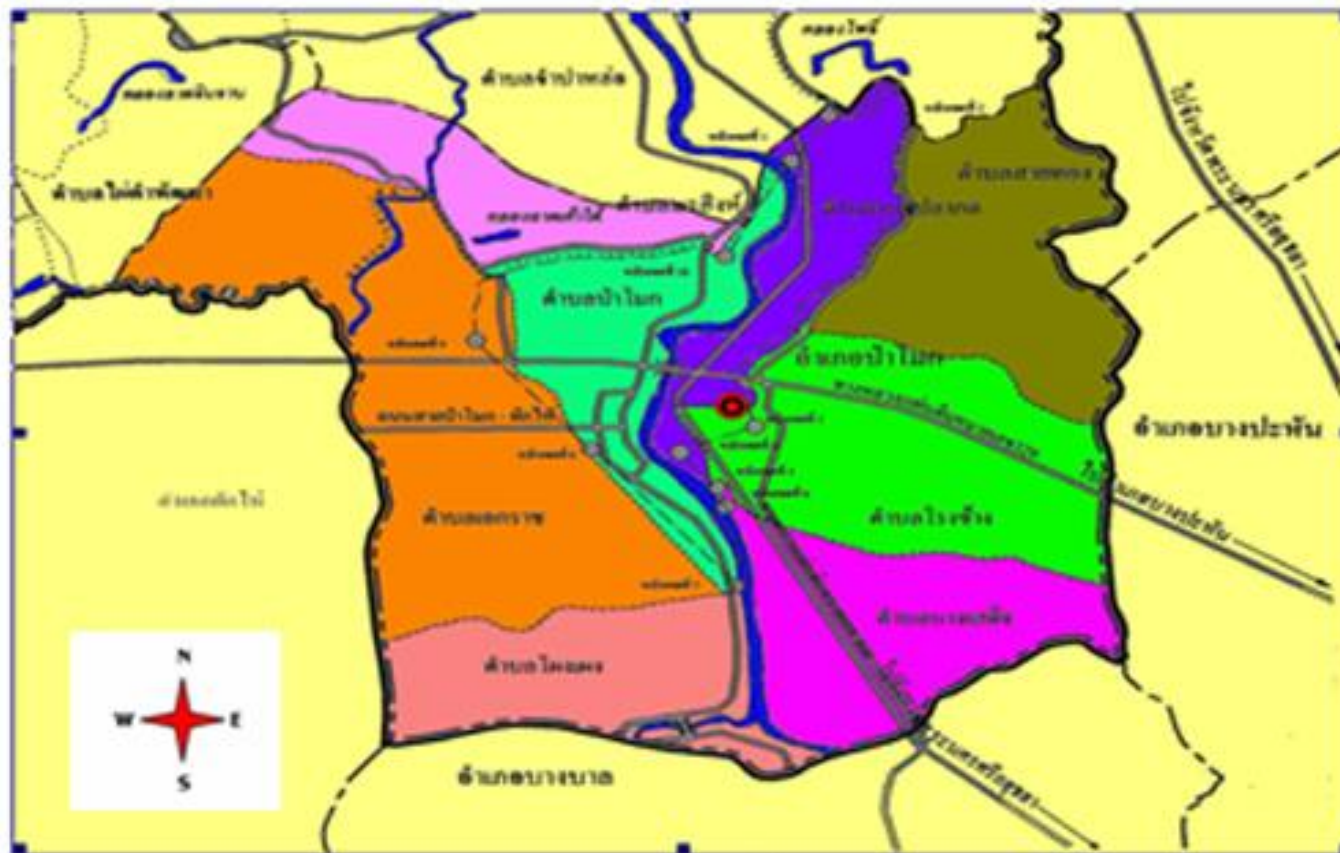
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง ตั้งอยู่ เลขที่ ๘๑/ข หมู่ที่ ๖ ตำบลบางปลากรด อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง มีพื้นที่ในการดูแลสุขภาพประชาชน จำนวน ๘ ตำบล โดยมีสถานบริการในสังกัด ๑๐ แห่ง คอรับคลุมในการบริการสุขภาพประชาชน ได้แก่

๑. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสายทอง
๒. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพายทอง
๓. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโรงช้าง
๔. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเสด็จ
๕. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนรสิงห์
๖. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเอกราช
๗. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโผงเผง
๘. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเลน
๙. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปลากรด
๑๐. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าโมก

โรงพยาบาลป่าโมก อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งอยู่ เลขที่ ๓๑๘/ข หมู่ ๒ ตำบลป่าโมก อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง มีเนื้อที่ทั้งหมด ๒๑ ไร่ โดยมีประวัติความเป็นมาดังนี้ เริ่มทำการก่อสร้าง ปี พ.ศ. ๒๕๑๙ ซึ่งให้บริการแก่ประชาชนโดยมีจำนวนเตียงในชั้นแรก ๑๐ เตียง ต่อมาใน พ.ศ. ๒๕๓๘ เมื่อผู้ป่วยมารับบริการเพิ่มมากขึ้น จึงได้ยกฐานะเป็นโรงพยาบาลป่าโมกจำนวนเตียงเป็น ๓๐ เตียง และในปัจจุบันก็ยังคงมีความจำเป็นต้องจัดเสริมเตียง เพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยอีกจึงมีการขยายเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด ๖๐ เตียง ในปัจจุบันให้บริการในลักษณะโรงพยาบาลชุมชนแก่ประชาชนในเขตอำเภอป่าโมก และอำเภอใกล้เคียง นับตั้งแต่โรงพยาบาลป่าโมกเปิดให้บริการแก่ประชาชนจนถึงปัจจุบัน

๒) สภาพทั่วไปของหน่วยงาน

๒.๑) แผนที่ (แสดงการแบ่งเขตการปกครองแยกรายตำบลและที่ตั้งของหน่วยงาน)



๒.๒) สภาพภูมิศาสตร์ที่ตั้งอาณาเขตติดต่อ

อำเภอป่าโมก ตั้งอยู่ทางทิศเหนือของกรุงเทพมหานคร ระยะทางประมาณ ๑๐๐ กิโลเมตร อยู่ทางทิศใต้ของจังหวัดอ่างทอง ระยะทางประมาณ ๑๓ กิโลเมตร ระยะห่างจาก จังหวัดพระนครศรีอยุธยาประมาณ ๑๙ กิโลเมตร มีเนื้อที่ประมาณ ๘๑.๘๙ ตารางกิโลเมตร สภาพพื้นที่ทั่วไปเป็นที่ราบลุ่ม เหมาะแก่การเพาะปลูก ทำนา ทำสวน ทำไร่ และ เลี้ยงสัตว์ มีแม่น้ำเจ้าพระยาไหลผ่านจากทิศเหนือไปทิศใต้ พื้นที่อำเภอป่าโมกแบ่งออกเป็น ๒ ส่วนเท่าๆกัน มีถนนเลียบชายฝั่งแม่น้ำเจ้าพระยาทั้ง ๒ ฝั่งเชื่อมจังหวัดอ่างทองกับจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีถนนสำคัญตัดผ่าน ๒ สาย คือถนนสาย ๓๐๙ จากพระนครศรีอยุธยาที่อำเภอป่าโมก เชื่อมโยงถนนสายต่างๆ ได้ การคมนาคมสะดวกทั้งทางบกและทางน้ำ การขนส่งสินค้าทางน้ำยังมีความสำคัญอยู่มากอำเภอป่าโมก มีอาณาเขตติดต่อกับอำเภอใกล้เคียง ดังนี้

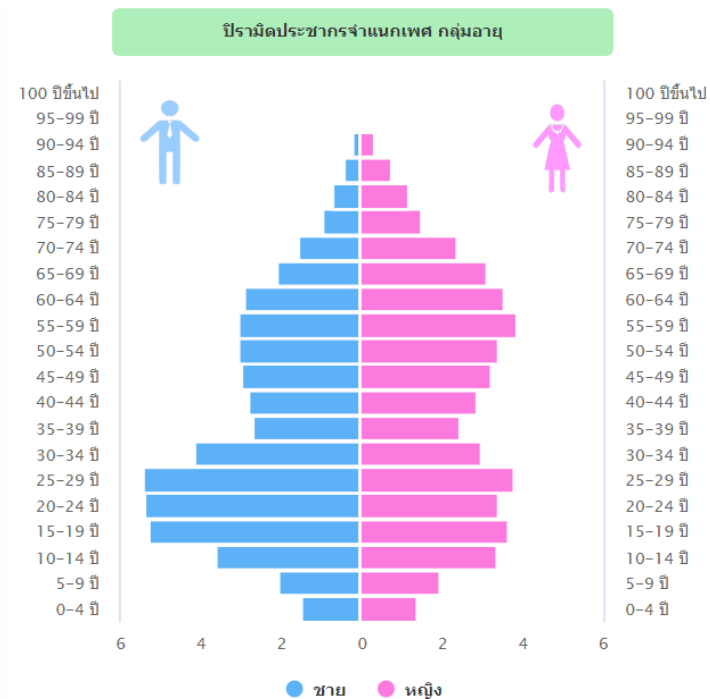
ทิศเหนือ	ติดต่อกับ	อำเภอเมือง จังหวัดอ่างทอง
ทิศใต้	ติดต่อกับ	อำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับ	อำเภอบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับ	อำเภอผักไห่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และ อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง

๒.๓) จำนวนประชากรจำแนกตามหมู่บ้าน

ชื่อตำบล	จำนวนหมู่บ้าน/ ชุมชน	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต./เทศบาล)	จำนวนหลังคาเรือน	จำนวน (คน)		
				ประชากรตามทะเบียนราษฎร์ ณ ๑ ก.ค.๒๕๖๖	ประชากรจากสำมะโนประชากร	แรงงานต่างด้าว
สายทอง	๘	อบต.	๙๑๘	๓๑๒๙	๒๖๐๒	๒๘
โรงช้าง	๘	อบต.	๙๑๐	๓๓๕๐	๒๔๗๔	๕๖
บางเสด็จ	๖	อบต.	๙๑๖	๒๙๐๖	๖๓๒๕	๓๘
นรสิงห์	๗	อบต.	๗๑๕	๒๗๒๒	๒๕๘๑	๔๗
เอกราช	๘	อบต.	๙๒๓	๓๓๖๘	๒๗๘๕	๓๙
โผงเผง	๑๐	อบต.	๑๐๓๑	๓๑๔๐	๒๔๔๓	๒๖
ป่าโมก	๗	เทศบาล	๒๓๙๐	๖๑๑๔	๕๗๙๙	๒๒
บางปลากรด	๓	เทศบาล	๑๐๖๕	๒๕๒๐	๑๐๒๓	๑๔๒
รวม	๕๗		๘๘๖๘	๒๗,๒๔๙	๒๖,๐๓๒	๓๙๘

๒.๔) โครงสร้างประชากรจำแนกจำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ

ช่วงอายุ	ชาย	หญิง	รวม
๐-๔ ปี	๓๖๙	๓๕๕	๗๒๔
๕-๙ ปี	๕๑๓	๔๙๖	๑,๐๐๙
๑๐-๑๔ ปี	๘๙๘	๘๔๙	๑,๗๔๗
๑๕-๑๙ ปี	๑,๓๑๔	๙๒๔	๒,๒๓๘
๒๐-๒๔ ปี	๑,๓๔๖	๘๖๐	๒,๒๐๖
๒๕-๒๙ ปี	๑,๓๕๓	๙๕๒	๒,๓๐๕
๓๐-๓๔ ปี	๑,๐๓๗	๗๕๒	๑,๗๘๙
๓๕-๓๙ ปี	๖๗๖	๖๑๙	๑,๒๙๕
๔๐-๔๔ ปี	๗๐๑	๗๒๒	๑,๔๒๓
๔๕-๔๙ ปี	๗๔๓	๘๑๖	๑,๕๕๙
๕๐-๕๔ ปี	๗๕๘	๘๕๗	๑,๖๑๕
๕๕-๕๙ ปี	๗๕๘	๙๗๒	๑,๗๓๐
๖๐-๖๔ ปี	๗๒๑	๘๙๖	๑,๖๑๗
๖๕-๖๙ ปี	๕๒๐	๗๘๘	๑,๓๐๘
๗๐-๗๔ ปี	๓๘๖	๖๐๑	๙๘๗
๗๕-๗๙ ปี	๒๓๘	๓๗๙	๖๑๗
๘๐-๘๔ ปี	๑๗๓	๒๙๘	๔๗๑
๘๕-๘๙ ปี	๑๐๕	๑๘๘	๒๙๓
๙๐-๙๔ ปี	๔๖	๘๗	๑๓๓
๙๕-๙๙ ปี	๘	๑๖	๒๔
๑๐๐ ปีขึ้นไป	๑	๖	๗



รวม	๑๒,๖๖๔	๑๒,๔๓๓	๒๕,๐๙๗
-----	--------	--------	--------

๒.๕) ข้อมูลประชากรตามกลุ่มวัย

ตำบล	ประชากรจำแนกตามกลุ่มวัย					
	กลุ่มสตรีและเด็ก ปฐมวัย(๐-๕ ปี)	กลุ่มเด็กวัยเรียน (๕-๑๔ปี)	กลุ่มเด็กวัยรุ่น (๑๕-๒๑ ปี)	กลุ่มวัยทำงาน (๑๕-๕๙ ปี)	กลุ่มผู้สูงอายุ (๖๐ ปีขึ้นไป)	กลุ่มคนพิการ
สายทอง	๙๓	๒๓๘	๑๘๙	๑๕๕๖	๖๒๗	๑๙
โรงช้าง	๙๗	๓๐๙	๒๑๘	๑๔๕๖	๕๔๒	๑๗
บางเสด็จ	๔๙	๙๐๓	๙๓๐	๔๖๐๕	๗๒๐	๗๓
นรสิงห์	๘๑	๒๖๙	๑๖๐	๑๕๗๗	๖๐๖	๕๒
เอกราช	๑๒๖	๒๗๐	๑๙๖	๑๖๖๗	๖๕๗	๔๗
โผงเผง	๙๔	๒๓๘	๑๗๙	๑๔๒๐	๖๘๖	๖๙
ป่าโมก	๑๕๖	๔๘๐	๓๑๐	๓๑๙๖	๑๓๖๘	๖๘
บางปลากด	๒๕	๕๑	๕๘	๖๘๕	๒๕๖	๓๙
รวม	๗๒๑	๒๗๕๘	๒๒๔๐	๑๖๑๖๒	๕๔๖๒	๓๘๔

๓.๒ ข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข

๑) ข้อมูลอัตรากำลังบุคลากรทุกประเภทในหน่วยงาน(รพ. / สสอ. /รพ.สต)

ลำดับ	หน่วยงาน	ประเภท						
		ข้าราชการ	พนักงาน	ลูกจ้างประจำ	พกส.	ลูกจ้างชั่วคราว	อื่นๆ	รวม
๑.	รพ.ป่าโมก	๘๓	๓	๒	๔๑	๑	๒๖	๑๕๖
๒.	สสอ.ป่าโมก	๖	๐	๐	๐	๐	๐	๖
๓.	รพ.สต.สายทอง	๓	๐	๐	๐	๑	๐	๔
๔.	รพ.สต.บ้านพายทอง	๔	๐	๐	๐	๑	๐	๕
๕.	รพ.สต.โรงช้าง	๓	๐	๐	๑	๐	๐	๔
๖.	รพ.สต.บางเสด็จ	๕	๐	๑	๑	๐	๐	๗
๗.	รพ.สต.เอกราช	๓	๐	๐	๑	๒	๐	๖
๘.	รพ.สต.นรสิงห์	๕	๐	๐	๑	๐	๐	๖
๙.	รพ.สต.โผงเผง	๓	๐	๐	๑	๐	๐	๔
๑๐.	รพ.สต.บ้านเลน	๓	๐	๐	๐	๐	๐	๓
๑๑.	รพ.สต.ป่าโมก	๓	๐	๐	๐	๐	๐	๓
๑๒.	รพ.สต.บางปลากด	๒	๐	๐	๑	๑	๐	๔
	รวม	๑๒๓	๓	๓	๔๗	๖	๒๖	๒๐๘

๒) ข้อมูลรายละเอียดอัตรากำลังบุคลากรทุกประเภทในหน่วยงาน (โรงพยาบาล)

ลำดับ	สายงานวิชาชีพ	ประเภท						รวม
		ข้าราชการ	พนักงาน ราชการ	ลูกจ้างประจำ	พกส.	ลูกจ้างชั่วคราว	อื่นๆ	
๑	แพทย์	๖	-	-	-	-	-	๖
๒	ทันตแพทย์	๔	-	-	-	-	-	๔
๓	เภสัชกร	๔	-	-	-	-	-	๔
๔	พยาบาลวิชาชีพ	๔๓	-	-	-	-	-	๔๓
๖	อื่นๆ (สายงานสนับสนุน)	๒๖	๓	๒	๔๑	๑	๒๖	๙๙
	รวม	๘๓	๓	๒	๔๑	๑	๒๖	๑๕๖

๓) ข้อมูลรายละเอียดอัตรากำลังบุคลากรทุกประเภทในหน่วยงาน (สสอ / รพ.สต.)

ลำดับ	สายงานวิชาชีพ	ประเภท						รวม
		ข้าราชการ	พนักงานราชการ	ลูกจ้างประจำ	พกส.	ลูกจ้างชั่วคราว	อื่นๆ	
๑	พยาบาลวิชาชีพ	๑๑	๐	๐	๐	๐	๐	๑๑
๒	อื่นๆ(สายงานสนับสนุน)	๓๐	๐	๑	๖	๕	๐	๔๒
	รวม	๔๑	๐	๑	๖	๕	๐	๕๓

๔) ข้อมูลอาสาสมัครสาธารณสุข

ลำดับ	ตำบล	จำนวนหลังคาเรือน	จำนวน อสม.ทั้งหมด (คน)	ประเภทอาสาสมัครสาธารณสุข				อัตราส่วนต่อ หลังคาเรือน
				สหเวช	นักจัดการสุขภาพ	เชี่ยวชาญ	ทั่วไป	
๑.	สายทอง	๙๑๘	๘๙	๐	๘๙	๘๙	๘๙	๑:๑๐
๒.	โรงช้าง	๙๑๐	๗๘	๐	๗๘	๗๘	๗๘	๑:๑๒
๓.	บางเสด็จ	๙๑๖	๘๓	๐	๘๓	๘๓	๘๓	๑:๑๑
๔.	นรสิงห์	๗๑๕	๖๔	๐	๖๔	๖๔	๖๔	๑:๑๑
๕.	เอกราช	๙๒๓	๕๘	๐	๕๘	๕๘	๕๘	๑:๑๕
๖.	โผงเผง	๑๐๓๑	๘๔	๐	๘๔	๘๔	๘๔	๑:๑๒
๗.	ป่าโมก	๒๓๙๐	๘๗	๐	๘๗	๘๗	๘๗	๑:๒๗
๘.	บางปลากด	๑๐๖๔	๓๗	๐	๓๗	๓๗	๓๗	๑:๒๘
	รวม	๘๘๖๗	๕๘๐	๐	๕๘๐	๕๘๐	๕๘๐	๑:๑๕

๕) ข้อมูลสถานพยาบาลเอกชน / ร้านขายยา

ประเภท	จำนวน (แห่ง)
ร้านขายยา	
ขย.๑	๘
ขย.๒	๑
สถานพยาบาล	
โรงพยาบาลชุมชน	๑
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน	๑๐
ศูนย์สาธารณสุขของเทศบาล	๑
คลินิกเอกชน	๒
โรงพยาบาลเอกชน	๐
รวม	๒๔

๓.๓ สถิติข้อมูลสถานะสุขภาพ

๑) ๑๐ อันดับแรก อัตราผู้ป่วยนอกตามกลุ่มสาเหตุการป่วย ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕ (รพ. /รพ.สต.)

สาเหตุการป่วย	ปี ๒๕๖๔			ปี ๒๕๖๕			ปี ๒๕๖๖		
	อันดับ	จำนวน	อัตราต่อประชากรแสนคน	อันดับ	จำนวน	อัตราต่อประชากรแสนคน	อันดับ	จำนวน	อัตราต่อประชากรแสนคน
ความดันโลหิตสูงที่ไม่มีสาเหตุ	๑	๑๔,๖๔๙	๕๖,๐๗๔.๘๗	๒	๒,๘๒๔	๙,๗๙๙.๔๓	๑	๓,๐๐๖	๑๑,๐๓๑.๖๐
เบาหวาน	๔	๘,๖๓๔	๓๓,๐๕๐.๐๖	๔	๑,๖๘๙	๕,๘๖๐.๙๒	๓	๑,๗๒๓	๖,๓๒๓.๑๗
การติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบนแบบเฉียบพลันอื่น ๆ	๗	๒,๐๑๙	๗,๗๒๘.๕๒	-	-	-			
โรคข้อเสื่อม	๖	๒,๓๕๙	๙,๐๓๐.๐๑	-	-	-			
ฟันผุ	-	-	-	๕	๑,๓๖๓	๔,๗๒๙.๖๘	๔	๑,๕๔๖	๕,๖๗๓.๖๐
Need for immunization against Covid-๑๙	๒	๑๐,๔๖๓	๔๐,๐๕๑.๒๙	-	-	-			
การตรวจคัดกรองพิเศษสำหรับโรคติดเชื้อและปรสิต	๓	๙,๐๒๕	๓๔,๕๔๖.๗๗	-	-	-			
ไขมันในเลือดสูง	๕	๓,๑๑๔	๑๑,๙๒๐.๐๗	๗	๖๔๕	๒,๒๓๘.๑๘	๗	๕๘๐	๒,๑๒๘.๕๒
เวียนศีรษะ มึนงง	๘	๑,๕๓๑	๕,๘๖๐.๕๑	๑๐	๑,๐๙๖	๓๘๐.๓๒	๕	๑,๑๓๔	๔,๑๖๑.๖๒
ซีมีคร่า	๙	๑,๕๑๘	๕,๘๑๐.๗๔	๙	๒๙๒	๑,๐๑๓.๕๖			
ปวดท้อง	๑๐	๑,๑๗๒	๔,๔๘๖.๒๙	-	-	-			
โควิด-๑๙	-	-	-	๑	๕,๘๓๑	๒๐,๒๓๓.๘๘			
ไข้หวัด	-	-	-	๓	๒,๐๔๐	๗,๐๗๘.๙๐	๒	๒,๗๓๖	๑๐,๐๔๐.๗๔
ท้องเสีย	-	-	-	๖	๙๗๓	๓,๓๗๖.๓๖	๖	๙๘๑	๓,๖๐๐.๑๓
เข้าเสื่อม	-	-	-	๘	๓๐๐	๑,๐๔๑.๐๒	๘	๕๔๑	๑,๙๘๕.๓๙

โรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง							๙	๓๗๖	๑,๓๗๙.๘๗
ซีมีเศร้า							๑๐	๒๗๖	๑,๐๑๒.๘๘

๒) ๑๐ อันดับแรก อัตราผู้ป่วยในรายโรค ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ (รพ.)

โรค	ปี ๒๕๖๔			ปี ๒๕๖๕			ปี ๒๕๖๖		
	อันดับ	จำนวน	อัตราต่อประชากรแสนคน	อันดับ	จำนวน	อัตราต่อประชากรแสนคน	อันดับ	จำนวน	อัตราต่อประชากรแสนคน
ปอดบวม	๒	๓๔๓	๑,๑๙๐.๒๒	๑	๑๖๑	๕๙๐.๘๕	๑	๑๖๑	๕๙๐.๘๕
โรคอื่น ๆ ของระบบทางเดินปัสสาวะ	-	-	-	๓	๑๔๙	๕๕๖.๘๑			
ใช้หัวใจใหญ่	-	-	-	๙	๓๒	๑๑๗.๔๔	๙	๓๒	๑๑๗.๔๔
หลอดเลือดอักเสบเฉียบพลันและหลอดเลือดเล็กอักเสบเฉียบพลัน		-	-	๕	๕๔	๑๙๘.๑๗	๕	๕๔	๑๙๘.๑๗
หัวใจล้มเหลว	๖	๔๒	๑๔๕.๗๔	๔	๖๓	๒๓๑.๒๐	๔	๖๓	๒๓๑.๒๐
อุจจาระร่วง	๓	๑๙๓	๖๖๙.๗๒	๒	๑๕๒	๕๕๗.๘๒	๒	๑๕๒	๕๕๗.๘๒
เวียนศรีษะ มีนัง	๑๐	๒๙	๑๐๐.๖๓						
โรคปอดอักเสบที่ไม่ระบุสาเหตุ	๔	๘๐	๒๗๗.๖๐						
สมองขาดเลือด	-	-	-	๖	๕๓	๑๙๔.๕๐	๖	๓๗	๑๓๕.๗๘
หอบหืด	-	-	-	๑๐	๒๘	๑๐๒.๗๖	๑๐	๒๘	๑๐๒.๗๖
ปอดอักเสบจากเชื้อไวรัส	-	-	-						
ความผิดปกติอื่นๆของระบบทางเดินปัสสาวะ	๕	๗๐	๒๔๒.๙๐				๓	๑๔๙	๕๕๖.๘๑
ความผิดปกติอื่นของการหลังฮอร์โมนภายในตับอ่อน	-	-	-				๙	๔๑	๑๕๐.๔๖
โลหิตจาง	๙	๓๑	๑๐๗.๕๗						
โควิด -๑๙	๑	๒,๒๘๑	๗,๙๑๕.๑๙						
สมองฝ่อ	๗	๔๒	๑๔๕.๗๔						

โรค	ปี ๒๕๖๔			ปี ๒๕๖๕			ปี ๒๕๖๖		
	อันดับ	จำนวน	อัตราต่อประชากรแสนคน	อันดับ	จำนวน	อัตราต่อประชากรแสนคน	อันดับ	จำนวน	อัตราต่อประชากรแสนคน
เนื้อเยื่ออักเสบ	๘	๓๙	๑๓๕.๓๓	๗	๔๓	๑๕๗.๘๐	๗	๔๓	๑๕๗.๘๐
ไข่มุทราบสาเหตุ				๘	๓๘	๑๓๙.๔๕	๘	๓๘	๑๓๙.๔๕

๓) ๕ อันดับแรก ของโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ (๑ ม.ค.๖๖ - ๓๑ ต.ค.๖๖)

ปี ๒๕๖๔			ปี ๒๕๖๕			ปี ๒๕๖๖		
อันดับ	จำนวน	อัตราต่อประชากรแสนคน	อันดับ	จำนวน	อัตราต่อประชากรแสนคน	อันดับ	จำนวน	อัตราต่อประชากรแสนคน
๑. อุจจาระร่วง	๒๓๔	๘๑๙.๘๔	๑. อุจจาระร่วง	๑๑๐	๓๘๑.๗๑	๑. โรคปอดบวม	๒๐๘	๗๖๓.๓๓
๒. โรคปอดบวม	๒๑	๗๓.๕๘	๒. โรคมือ เท้า ปาก	๕๓	๑๘๓.๙๑	๒. โรคไข้หวัดใหญ่	๑๕๓	๕๖๑.๔๘
๓. โรคไข้เลือดออก	๑	๓.๕๐	๓. โรคไข้หวัดใหญ่	๒๒	๗๖.๓๔	๓. โรคมือ เท้า ปาก	๔๐	๑๔๖.๗๙
๔. โรคมือ เท้า ปาก	๑	๓.๕๐	๔. โรคปอดบวม	๙	๓๑.๒๓	๔. โรคไข้เลือดออก	๒๔	๘๘.๐๗
๕. โรคตาแดง	๑	๓.๕๐	๕. โรคอีสุกอีใส	๔	๑๓.๘๘	๕. โรคอาหารเป็นพิษ	๒๒	๘๐.๗๓

๔. การจัดลำดับความสำคัญปัญหาของอำเภอ (๑๐ อันดับ)

๑. อุบัติเหตุ
๒. โรคหลอดเลือดสมอง
๓. โรคความดันโลหิตสูง
๔. โรคเบาหวาน
๕. โรคไข้เลือดออก
๖. โรคไข้หวัดใหญ่
๗. โรคปอดบวม
๘. ฝุ่นละออง
๙. โรคมะเร็ง
๑๐. โรควัณโรค

แผนสุขภาพอำเภอ

กรอบมาตรการและกิจกรรมดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖

คปสอ.ป่าโมก จ.อ่างทอง

การป้องกันมารดาตายและทารกคลอดกัย

() ๑. แผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ กลยุทธ์ จัดการสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัยที่มีคุณภาพ การป้องกันควบคุมโรค และการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของประชาชน

เป้าประสงค์ ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพที่ดี การเจ็บป่วย และป่วยตายที่สำคัญลดลง

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ อัตราส่วนตายของมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพ ไม่เกิน ๑๗ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

ร้อยละการคลอดก่อนกำหนด ไม่เกินร้อยละ ๙

ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ก่อน ๑๒ สัปดาห์ (ร้อยละ ๗๕)

ร้อยละของการฝากครรภ์ครบ ๘ ครั้งตามเกณฑ์ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐)

(✓) ๒. นโยบายกระทรวงสาธารณสุข นอกเหนือแผนสุขภาพจังหวัด () ๓. แผนงานตามภารกิจประจำ

๑. เป้าหมาย : ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพที่ดี การเจ็บป่วยและป่วยตายที่สำคัญลดลง

๒. วิเคราะห์สถานการณ์และข้อมูลสนับสนุน:

ผลการดำเนินการของเครือข่ายอำเภอป่าโมก

๑.หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ จำนวน ๗๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘๓.๑๒ ได้ตามเป้าหมายที่กำหนดร้อยละ ๗๕

- ซึ่งไม่มีหน่วยบริการใดที่ต่ำกว่าเป้าหมาย โดยรพ.สต.อำเภอป่าโมก มีผลการดำเนินงาน ร้อยละ ๑๐๐ รพ.สต.เอกราช มีผลการดำเนินงาน ร้อยละ ๙๐
๒. อัตราส่วนการเสียชีวิตของมารดา คปสอ.ป่าโมก ปี ๒๕๖๖ มารดา เสียชีวิต จำนวน ๑ คน ในตำบลป่าโมก
 ๓. อัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า ๒๐ ปี พบว่า ไม่มีการตั้งครรภ์ซ้ำ
 ๔. อัตราการคลอดก่อนกำหนด พบว่า มี ๑ ราย หญิงไทย อายุ ๑๙ ปี ในพื้นที่ตำบลนรสิงห์
 ๕. ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ร้อยละ ๔.๕๕ (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ ๗) ซึ่งไม่เกินกว่าเป้าหมายที่กำหนด
 ๖. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพครบ ๕ ครั้ง ตามเกณฑ์ ร้อยละ ๗๖.๖๒ ซึ่งเกินกว่าเป้าหมายกำหนด (เป้าหมายร้อยละ ๗๕)
 ๗. ลดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ เครือข่ายอำเภอป่าโมก ดำเนินการได้ ร้อยละ ๖๐.๒๗ ยังต่ำกว่าเป้าหมาย (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ ๑๐๐)
 ๘. หญิงตั้งครรภ์เดี่ยวอายุครรภ์ ๑๕-๒๕ สัปดาห์ได้รับการตรวจวัดความยาวปากมดลูก ร้อยละ ๗๑.๑๕
 ๙. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการประเมินการพัฒนาทักษะความรู้ด้านสุขภาพ (HL) ร้อยละ ๓๑.๙๑ ได้ตามเป้าหมายที่กำหนดร้อยละ ๑๐

๓. สาเหตุของปัญหา

๑. หญิงตั้งครรภ์ไม่ฝากครรภ์ตามนัดและฝากครรภ์ช้าเกิดจากการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรทำให้เกิดการปกปิดการตั้งครรภ์ / การทำงานนอกพื้นที่ทำให้ไม่สะดวกในการฝากครรภ์
๒. การฝากครรภ์ครั้งแรกช้ากว่า ๑๒ สัปดาห์ และการฝากครรภ์ไม่ครบ ๘ ครั้ง ตามเกณฑ์มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนดและทำให้ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม
๓. หญิงตั้งครรภ์ไม่ตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ หรือโรคประจำตัวของตนเอง
๔. ผู้รับบริการจำนวนมาก ทำให้ไม่เอียงใจให้รอรับในการบริการ
๕. หญิงตั้งครรภ์บางราย มีรายได้น้อยทำให้มีปัญหาในค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้ารับบริการ และขาดรายได้ในวันที่มารับการฝากครรภ์เนื่องจากต้องหยุดงาน

ผลงานวัดความสำเร็จ (KR)	เป้าหมาย ๓ เดือน	เป้าหมาย ๖ เดือน	เป้าหมาย ๙ เดือน	เป้าหมาย ๑๒ เดือน
๑. การเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์	๑. หน่วยบริการมีให้บริการเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ ร้อยละ ๒๕ ๒. จัดทำ ทะเบียนหญิงวัย	๑. หน่วยบริการมีให้บริการเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ ร้อยละ ๕๐ ๒. จัดทำทะเบียนหญิงวัย	๑. หน่วยบริการมีให้บริการเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ ร้อยละ ๗๕ ๒. มีผู้ขอรับคำปรึกษาใน	๑. หน่วยบริการมีให้บริการเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ ร้อยละ ๑๐๐ ๒. มีผู้ขอรับคำปรึกษาใน

	เจริญพันธุ์ที่อยู่กินกับสามี ๓.สำรวจความต้องการ ต้องการรับยาเม็ดเสริมธาตุ เหล็กในพื้นที่	เจริญพันธุ์ที่อยู่กินกับสามี ร้อยละ ๖๐ ๓. จ่ายยาเม็ดเสริมธาตุ เหล็กในหญิงวัยเจริญพันธุ์	คลินิกการเตรียมพร้อมก่อน การตั้งครรภ์	คลินิก การเตรียมความ พร้อมก่อนการตั้งครรภ์ ร้อยละ ๕
๒.หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม	๑.หญิงตั้งครรภ์ได้รับการคัด กรองความเสี่ยง ร้อยละ ๑๐๐ ๒.หญิงตั้งครรภ์อายุ ๑๕-๒๕ สัปดาห์ ได้รับการวัดความ ยาว ปากมดลูก ร้อยละ ๕๐ ๓.หญิงตั้งครรภ์ได้รับการสร้าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันการคลอดก่อน กำหนด ร้อยละ ๑๐	๑.หญิงตั้งครรภ์ได้รับการ คัดกรองความเสี่ยง ร้อยละ ๑๐๐ ๒.หญิงตั้งครรภ์อายุ ๑๕-๒๕ สัปดาห์ ได้รับการ วัดความยาวปากมดลูก ร้อยละ ๕๐ ๓.หญิงตั้งครรภ์ได้รับการ สร้างความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันการคลอดก่อน กำหนดร้อยละ ๑๕	๑.หญิงตั้งครรภ์ได้รับการ คัดกรองความเสี่ยง ร้อยละ ๑๐๐ ๒.หญิงตั้งครรภ์อายุ ๑๕- ๒๕สัปดาห์ ได้รับการวัด ความยาวปากมดลูก ร้อยละ ๕๐ ๓.หญิงตั้งครรภ์ได้รับการ สร้างความรู้ด้าน สุขภาพเพื่อป้องกันการ คลอดก่อนกำหนด ร้อยละ ๒๐	ไม่มีมารดาตาย Preterm ไม่เกินร้อยละ ๙
๓.ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ	๑.หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ ก่อน ๑๒ สัปดาห์ ร้อยละ ๗๕ ๒.หญิงตั้งครรภ์ได้รับการ ฝากครรภ์ครบ ๘ ครั้งตาม เกณฑ์ ร้อยละ ๒๐	๑.หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ ก่อน ๑๒ สัปดาห์ ร้อยละ ๗๕ ๒.หญิงตั้งครรภ์ได้รับการ ฝากครรภ์ครบ ๘ ครั้งตาม เกณฑ์ร้อยละ ๓๐	๑.หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ ก่อน ๑๒ สัปดาห์ ร้อยละ ๗๕ ๒.หญิงตั้งครรภ์ได้รับการ ฝากครรภ์ครบ ๘ ครั้งตาม	๑.หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ ก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ ร้อยละ ๗๕ ๒.หญิงตั้งครรภ์ได้รับการ ฝากครรภ์ครบ ๘ ครั้ง

			เกณฑ์ ร้อยละ ๔๐	ตามเกณฑ์ ร้อยละ ๕๐
--	--	--	-----------------	--------------------

๔. มาตรการ กิจกรรมการดำเนินงาน

มาตรการ/กลวิธี	กิจกรรมดำเนินงาน		
	สสอ.	รพช.	รพ.สต.
๑. ส่งเสริมการเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์	<p>๑.ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานของการเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ แก่รพ.สต.ในพื้นที่รับผิดชอบ</p> <p>๒.มีการประสานกับท้องถิ่น ในการบูรณางานภายใต้โครงการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ เพื่อลดการคลอดก่อนกำหนด/ต่ำปรมาหัตศจรรย์ ๒๕๐๐ วัน .</p> <p>๓.กำกับติดตามการดำเนินงานทุกๆ๓เดือน</p> <p>(หน่วยงานผู้เกี่ยวข้อง ให้ร่วมดำเนินการค้นหาติดตาม เยี่ยมบ้าน ร่วมกับสาธารณสุข และ ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ต่างเกี่ยวกับหญิงตั้งครรภ์)</p>	<p>เตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์</p> <p>๑.มีการสำรวจหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ ๑๓-๔๕ ปี ในความต้องการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กในพื้นที่</p> <p>๒.สำรวจหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีโรคประจำตัวในพื้นที่รับผิดชอบ พร้อมทั้งประเมินความเสี่ยง หากพบ high risk ส่งวางแผนการคุมกำเนิดที่เหมาะสม</p> <p>๓.จัดทำทะเบียนหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่อยู่กินกับสามีแต่ละพื้นที่</p> <p>๔.มีการบริการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์</p> <p>๕.สำรวจหญิงวัยเจริญพันธุ์ขาดประจำเดือนอย่างน้อย ๑ เดือน แจก UPT ในการคัดกรองตามตั้งครรภ์</p>	<p>เตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์</p> <p>๑.มีการสำรวจหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ ๑๓-๔๕ ปี ในความต้องการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กในพื้นที่</p> <p>๒.สำรวจหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีโรคประจำตัวในพื้นที่รับผิดชอบ พร้อมทั้งประเมินความเสี่ยง หากพบ high risk ส่งวางแผนการคุมกำเนิดที่เหมาะสม</p> <p>๓.จัดทำทะเบียนหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่อยู่กินกับสามีแต่ละพื้นที่</p> <p>๔.มีการบริการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์</p> <p>๕.สำรวจหญิงวัยเจริญพันธุ์ขาดประจำเดือนอย่างน้อย ๑ เดือน แจก UPT ในการคัดกรองตามตั้งครรภ์</p>

มาตรการ/กลวิธี	กิจกรรมดำเนินงาน		
	สสอ.	รพช.	รพ.สต.
		การฝากครรภ์คุณภาพ ค้นหาหญิงตั้งครรภ์และประชาสัมพันธ์การฝากครรภ์ออนไลน์ในชุมชน ประสานงานกับหน่วยงานของอปท.ทำโครงการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์เพื่อลดการคลอดก่อนกำหนด/ต่ำบวมหัตศจรรย์ ๒๕๐๐วัน	การฝากครรภ์คุณภาพ ค้นหาหญิงตั้งครรภ์และประชาสัมพันธ์การฝากครรภ์ออนไลน์ในชุมชน ประสานงานกับหน่วยงานของอปท.ทำโครงการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์เพื่อลดการคลอดก่อนกำหนด/ต่ำบวมหัตศจรรย์ ๒๕๐๐วัน
๒.หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม	๑.ชี้แจงการดำเนินงานบริการฝากครรภ์คุณภาพ แก่รพ.สต.ในพื้นที่ ๒.ประสานงานกับหน่วยงานของอปท. ทำโครงการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์เพื่อลดการคลอดก่อนกำหนด/ต่ำบวมหัตศจรรย์ ๒๕๐๐วัน ๓. กำกับติดตามการดำเนินงานทุกๆ๓เดือน	๑.มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานของสาธารณสุขผ่านคณะกรรมการ MCH board ระดับอำเภอ ๒.มีการขับเคลื่อนร่วมกับภาคีเครือข่ายในโครงการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์เพื่อลดการคลอดก่อนกำหนด/ต่ำบวมหัตศจรรย์ ๒๕๐๐วัน	๑.มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานของสาธารณสุขผ่านคณะกรรมการ MCH board ระดับอำเภอ ๒.มีการขับเคลื่อนร่วมกับภาคีเครือข่ายในโครงการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์เพื่อลดการคลอดก่อนกำหนด/ต่ำบวมหัตศจรรย์ ๒๕๐๐วัน
๓.สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับมารดาและทารก	๑.รวบรวมข้อมูลหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดรวมทั้งหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงเพื่อส่งต่อระบบ smart COC หรือ line groupและติดตามเยี่ยม ๒.เผยแพร่ประชาสัมพันธ์บริการนัดหมายการฝากครรภ์ออนไลน์ ๓.มีช่องทางในการติดต่อ-สื่อสาร ระหว่าง	๑.บูรณาการการสร้างความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนในกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ ๒.มีการสนับสนุนการสร้างความรู้ด้านสุขภาพในประเด็นการฝากครรภ์ของแกนนำ อสม.ในชุมชน ๓.อสม./ภาคีเครือข่าย ร่วมในการค้นหา	๑.สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหน่วยบริการปฐมภูมิ ๒.มีการสนับสนุนการสร้างความรู้ด้านสุขภาพในประเด็นการฝากครรภ์ของแกนนำ อสม.ในชุมชน ๓.อสม./ภาคีเครือข่าย ร่วมในการค้นหา

มาตรการ/กลวิธี	กิจกรรมดำเนินงาน		
	สสอ.	รพช.	รพ.สต.
	หน่วยบริการและหน่วยบริการ	และติดตามเยี่ยมหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ และหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ๔.มีช่องทางในการสื่อสารระหว่างหญิงตั้งครรภ์และเจ้าหน้าที่/ระหว่างหน่วยบริการและหน่วยบริการ	และติดตามเยี่ยมหญิงตั้งครรภ์รายใหม่และหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ๔.มีช่องทางในการสื่อสารระหว่างหญิงตั้งครรภ์และเจ้าหน้าที่/ระหว่างหน่วยบริการและหน่วยบริการ

กรอบมาตรการและกิจกรรมดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗

คปสอ.ป่าโมก จ.อ่างทอง

ประเด็นการพัฒนา ส่งเสริมพัฒนาการและโภชนาการเด็กปฐมวัย

(✓) แผนปฏิบัติราชการด้านสุขภาพ กลยุทธ์ จัดการสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัยที่มีคุณภาพการป้องกันควบคุมโรคภัยสุขภาพและจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพที่ดีของประชาชน.

เป้าประสงค์ ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพที่ดีการเจ็บป่วย และป่วยตายที่สำคัญลดลง

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ (๑) ร้อยละเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย

(๒) ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน

() ๒. นโยบายกระทรวงสาธารณสุข นอกเหนือแผนสุขภาพจังหวัด () ๓. แผนงานตามภารกิจประจำ

๑. เป้าหมาย : ๑. ร้อยละของพ่อแม่และผู้ดูแลเด็กมีความตระหนักในการใช้คู่มือ DSPM ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (ร้อยละ ๘๐)

๒. ร้อยละเด็กปฐมวัยได้รับการแก้ปัญหาภาวะโภชนาการ (ร้อยละ ๖๐)

๒. วิเคราะห์สถานการณ์และข้อมูลสนับสนุน :

จากข้อมูลในระบบ HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง ของคปสอ.ป่าโมก ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ มีผลการดำเนินงานดังนี้

- เด็ก ๐ - ๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการภาพรวมอำเภอป่าโมก ร้อยละ ๘๘.๘๐ ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมาย (เป้าหมายร้อยละ ๙๐) สำหรับในภาพระดับตำบลซึ่งสูงกว่าเป้าหมาย คือ รพ.สต.อำเภอป่าโมก รพ.สต.สายทอง รพ.สต.นรสิงห์ รพ.สต.เอกราช รพ.สต.บ้านเลน รพ.สต.โผงเผง รพ.ป่าโมก รพ.สต.บางเสด็จ ร้อยละ

๙๖.๓๐, ๙๗.๙๖, ๙๗.๕, ๙๓.๖๔, ๙๗.๕, ๑๐๐, ๙๒.๖๓, ๙๕.๕๖ ตามลำดับ และที่ต่ำกว่าเป้าหมาย คือ รพ.สต.พายทอง รพ.สต.โรงช้าง รพ.สต.ป่าโมก ร้อยละ ๗๐.๓๐, ๖๘.๒๙, ๕๑.๕๒ ตามลำดับ

๒. เด็ก ๐ – ๕ ปี ที่คัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า ร้อยละ ๑๙.๗๖ ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมาย (เป้าหมายร้อยละ ๒๐) สำหรับในภาพระดับตำบลสูงกว่าเป้าหมาย คือ รพ.สต.พายทอง รพ.สต.เอกราช รพ.สต.โผงเผง รพ.สต.บางเสด็จ ร้อยละ ๓๑.๕๘, ๒๒.๓๓, ๓๐.๔๓, ๓๗.๒๑ ตามลำดับ และที่ต่ำกว่าเป้าหมาย คือ รพ.สต.อำเภอป่าโมก รพ.สต.ป่าโมก รพ.สต.สายทอง รพ.สต.โรงช้าง รพ.สต.นรสิงห์ รพ.สต.บ้านเลน รพ.ป่าโมก ร้อยละ ๓.๘๕, ๑๗.๖๕, ๑๔.๕๘, ๑๔.๒๙, ๑๕.๓๘ ๑๒.๘๒, ๑๘.๑๘ ตามลำดับ
๓. เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามประเมินซ้ำ ร้อยละ ๘๗.๘๕ ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมาย (เป้าหมายร้อยละ ๙๐) สูงกว่าเป้าหมาย คือ รพ.สต.สายทอง รพ.สต.นรสิงห์ รพ.สต.โผงเผง รพ.สต.บางเสด็จ ร้อยละ ๑๐๐, ๙๑.๖๗, ๑๐๐, ๑๐๐ และที่ต่ำกว่าเป้าหมาย คือ รพ.สต.อำเภอป่าโมก รพ.สต.ป่าโมก รพ.สต.พายทอง รพ.สต.โรงช้าง รพ.สต.เอกราช รพ.สต.บ้านเลน รพ.ป่าโมก ร้อยละ ๐, ๓๓.๓๓, ๖๖.๖๗, ๘๗.๕, ๘๖.๙๖, ๘๐, ๘๖.๖๗ ตามลำดับ
๔. เด็ก ๐ – ๕ ปี ได้รับการคัดกรองภาวะโภชนาการ ร้อยละ ๘๓.๖๔ ซึ่งพบสูงตีสมส่วน ร้อยละ ๕๙.๔๙ อ้วนและเริ่มอ้วน ร้อยละ ๑๑.๓๕ เตี้ย ร้อยละ ๘.๕๕ และภาวะผอม ร้อยละ ๖.๔๘

๓. สาเหตุของปัญหา :

๑. ผู้ปกครองขาดความรู้เรื่องการส่งเสริมพัฒนาการ โดยให้เด็กดูโทรทัศน์มือถือ ไม่มีการส่งเสริมหรือพูดคุยกับผู้ดูแล

๒. บางครั้งในช่วงการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า มีการนัดให้มาติดตามพัฒนาการ แต่ไม่มาตามนัด เนื่องจากต้องทำงาน หรือมากับผู้ดูแลที่สูงอายุทำให้ดูแลได้ไม่เต็มที่

๓. ผู้ปกครองให้รับประทานอาหารฟาสฟู๊ด เช่น ไก่ทอด น้ำอัดลม ขนมหวาน ทำให้เด็กมีภาวะอ้วน หรือบ้านมีฐานะค่อนข้างยากจน ทำให้รับประทานอาหารที่มีสารอาหารไม่ครบถ้วนทำให้เกิดภาวะผอม และเตี้ยได้

ผลงานวัดความสำเร็จ	เป้าหมาย ๓เดือน	เป้าหมาย ๖เดือน	เป้าหมาย ๙ เดือน	เป้าหมาย ๑๒ เดือน
พ่อแม่และผู้ดูแลเด็กมีทักษะในการใช้คู่มือ DSPM ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยมากกว่า ร้อยละ	พ่อแม่และผู้ดูแลเด็กได้รับและสอนทักษะการใช้คู่มือ DSPM เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ร้อยละ ๓๐	พ่อแม่และผู้ดูแลเด็กได้รับและสอนทักษะการใช้คู่มือ DSPM เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กร้อยละ ๖๐	พ่อแม่และผู้ดูแลเด็กได้รับและสอนทักษะการใช้คู่มือ DSPM เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ร้อยละ ๘๐	พ่อแม่และผู้ดูแลเด็กได้รับและสอนทักษะการใช้คู่มือ DSPM เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ร้อยละ ๑๐๐

๗๐				
เด็ก ๐-๕ ปี ที่มีภาวะ โภชนาการอ้วน ไม่เกินร้อยละ ๙ และเตี้ยไม่เกินร้อยละ ๑๐	เด็ก ๐-๕ ปี ที่มีภาวะ โภชนาการอ้วน ไม่เกินร้อยละ ๙ และเตี้ยไม่เกินร้อยละ ๑๐	เด็ก ๐-๕ ปี ที่มีภาวะโภชนาการ อ้วน ไม่เกินร้อยละ ๘ และเตี้ยไม่ เกินร้อยละ ๙	เด็ก ๐-๕ ปี ที่มีภาวะโภชนาการ อ้วน ไม่เกินร้อยละ๗ และเตี้ยไม่ เกินร้อยละ ๘	เด็ก ๐-๕ ปี ที่มีภาวะ โภชนาการอ้วน ไม่เกินร้อยละ ๖ และเตี้ยไม่เกินร้อยละ๗

๔. มาตรการ / กิจกรรมดำเนินงาน

มาตรการ	กิจกรรมดำเนินงาน		
	สสอ.	รพท./รพช.	รพสต
มาตรการที่ ๑ : บูรณาการ การขับเคลื่อนการ ดำเนินงานกับภาคี เครือข่ายในการสร้างความ ตระหนักด้านพัฒนาการ สมวัย และสูงดีสมส่วน	๑. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่ รพ.สต.ในเขตพื้นที่ ๒. มีการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ผ่านกลไกตำบลมหัศจรรย์ ๒๕๐๐ วัน จำนวนอำเภอละ ๓ แห่ง (ไม่ซ้ำกับปีที่ผ่านมา) ๓. มีการประสานงานกับหน่วยงานท้องถิ่น/ หน่วยงานของโรงเรียนเอกชน/โรงเรียนที่มี สถานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในการ ขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมคุณภาพ	การขับเคลื่อนการดำเนินงาน ๑. มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานของสาธารณสุข ผ่านคณะกรรมการMCH Board ระดับอำเภอและ ตำบลมหัศจรรย์ ๒,๕๐๐ วัน ๒.มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมคุณภาพ สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ด้านสุขภาพ ๔D ๓. ควบคุมกำกับกับการบันทึกและตรวจสอบข้อมูลงาน ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ๐-๕ ปี ในระบบ HDC ให้ ครบถ้วน ถูกต้อง กลไกกิจกรรมส่งการบ้านวันวัคซีน	การขับเคลื่อนการดำเนินงาน ๑. มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานของ สาธารณสุขผ่านคณะกรรมการMCH Board ระดับอำเภอและตำบล มหัศจรรย์ ๒,๕๐๐ วัน ๒.มีการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ส่งเสริมคุณภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ด้านสุขภาพ ๔D ๓. ควบคุมกำกับกับการบันทึกและ ตรวจสอบข้อมูลงานส่งเสริมพัฒนาการ

มาตรการ	กิจกรรมดำเนินงาน		
	สสอ.	รพท./รพช.	รพสต
<p>๒. ส่งเสริม พัฒนางาน กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย ผ่านกลไกตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน</p>	<p>สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ด้านสุขภาพ ๔ D ๔. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของครู หมอ พ่อแม่ เรื่องการคัดกรองพัฒนาการ และโภชนาการ DSPM E-Learning ๕. มีการจัดทำและสนับสนุนสื่อความรู้และ วิชาการด้านพัฒนาการและโภชนาการ ๖. กำกับติดตามรายงานผลการดำเนินงาน และประเมินผลการดำเนินงาน</p>	<p>๑. มีการให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ในคลินิกฝาก ครรภ์(ANC)/สามี/ผู้ดูแลเด็กให้รู้จักและใช้คู่มือ DSPM ๒. แผนกหลังคลอดจ่ายและแนะนำการใช้คู่มือ DSPM แก่หญิงหลังคลอดทุกราย ๓. เด็กที่คลอดจากรพ.อื่นที่ไม่ได้รับคู่มือ DSPM ให้ หน่วยบริการในพื้นที่นั้นจ่ายคู่มือ DSPM พร้อมให้ คำแนะนำการใช้คู่มือ DSPM ๔. มีระบบการส่งต่อในการประสานรายชื่อหญิงหลัง คลอดแก่หน่วยบริการในพื้นที่เพื่อติดตามเยี่ยมหญิง หลังคลอดทารกหลังคลอดพร้อมแนะนำการใช้คู่มือ DSPM ผ่านทาง Line Group / โทรศัพท์ ๕. มีทะเบียนเด็กที่ต้องประเมินพัฒนาการตามกลุ่ม วัยและทะเบียนเด็กที่พัฒนาการสงสัยล่าช้า ๖. มีทะเบียนรายชื่อเด็กที่เข้ารับบริการที่สถาน บริการและตรวจสอบการมีและใช้คู่มือ DSPM ของ พ่อแม่ และผู้ดูแลเด็กในวันมารับวัคซีน ๗. มีการประเมินพัฒนาการเด็กตามช่วงวัย ๘. อสม.ติดตามเยี่ยมบ้านเด็กที่มีพัฒนาการสงสัย</p>	<p>เด็ก ๐-๕ ปี ในระบบ HDC ให้ครบถ้วน ถูกต้อง กลไกกิจกรรมส่งการบ้านวันวัคซีน ๑. มีการให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ใน คลินิกฝากครรภ์(ANC)/สามี/ผู้ดูแลเด็ก ให้รู้จักและใช้คู่มือ DSPM ๒. เด็กที่คลอดจากรพ.อื่นที่ไม่ได้รับ คู่มือ DSPM ให้หน่วยบริการในพื้นที่นั้น จ่ายคู่มือ DSPM พร้อมให้คำแนะนำการ ใช้คู่มือ DSPM ๓. มีการประสานรายชื่อหญิงหลังคลอด เพื่อติดตามเยี่ยมหญิงหลังคลอดทารก หลังคลอดพร้อมแนะนำการใช้คู่มือ DSPM ผ่านทาง Line Group / โทรศัพท์ ๕. มีทะเบียนเด็กที่ต้องประเมิน พัฒนาการตามกลุ่มวัยและทะเบียนเด็ก ที่พัฒนาการสงสัยล่าช้าและตรวจสอบ การมีและใช้คู่มือ DSPM ของพ่อแม่</p>

มาตรการ	กิจกรรมดำเนินงาน		
	สสอ.	รพท./รพช.	รพสต
		<p>ล่าช้า</p> <p>๙. ส่งต่อเด็กที่มีพัฒนาล่าช้าเข้าสู่ระบบการรักษา</p> <p>๑๐. มีการคืนข้อมูลให้กับพื้นที่เพื่อติดตามและดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า</p> <p>๑๑. ตรวจระดับความเข้มข้นของเลือด ๑ ครั้ง (เด็กอายุ ๖-๑๒ เดือน)และมีการจ่ายยาต้านเสริมธาตุเหล็กในเด็กอายุ ๖ เดือน-๕ ปี</p> <p>กลไกกิจกรรมครู หมอ พ่อแม่</p> <p>๑.สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของครู หมอ พ่อแม่ เรื่องการคัดกรองพัฒนาการและโภชนาการ DSPM E-Learning</p> <p>๒. มีการประสานงานในการดำเนินงานและข้อมูลของเด็กปฐมวัยกับศพด.ในพื้นที่ในด้านพัฒนาการ ,ด้านโภชนาการและการเจริญเติบโต,ด้านทันตกรรม ,ด้านการป้องกันโรค</p> <p>๓. มีการคืนข้อมูลให้กับครู ในศพด.เมื่อพบเด็กมีปัญหาด้านพัฒนาการหรือด้านโภชนาการหรือด้านทันตกรรมหรือมีการแพร่กระจายของโรคติดต่อในศพด.</p>	<p>และผู้ดูแลเด็กในวันมารับวัคซีน</p> <p>๖.มีการประเมินพัฒนาการเด็กตามช่วงวัย</p> <p>๗. ส่งต่อเด็กที่มีพัฒนาล่าช้าเข้าสู่ระบบการรักษา</p> <p>๑๐. มีการคืนข้อมูลให้กับพื้นที่เพื่อติดตามและดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า</p> <p>๑๑. ตรวจระดับความเข้มข้นของเลือด ๑ ครั้ง (เด็กอายุ ๖-๑๒ เดือน)และมีการจ่ายยาต้านเสริมธาตุเหล็กในเด็กอายุ ๖ เดือน-๕ ปี</p> <p>กลไกกิจกรรมครู หมอ พ่อแม่</p> <p>๑.สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของครู หมอ พ่อแม่ เรื่องการคัดกรองพัฒนาการและโภชนาการ DSPM E-Learning</p> <p>๒. มีการประสานงานในการดำเนินงานและข้อมูลของเด็กปฐมวัยกับศพด.ในพื้นที่ในด้านพัฒนาการ,ด้านโภชนาการ</p>

มาตรการ	กิจกรรมดำเนินงาน		
	สสอ.	รพท./รพช.	รพสต
			และการเจริญเติบโต,ด้านทันตกรรม ,ด้านการป้องกันโรค ๓. มีการคืนข้อมูลให้กับครู ในศพต.เมื่อพบเด็กมีปัญหาด้านพัฒนาการหรือด้านโภชนาการหรือด้านทันตกรรมหรือมีการแพร่กระจายของโรคติดเชื้อในศพต.

กรอบมาตรการและกิจกรรมดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗

คปสอ.ป่าโมก

ประเด็นการพัฒนาเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน

() ๑. แผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ กลยุทธ์ที่ ๑.จัดการสุขภาวะประชาชนทุก กลุ่มวัยที่มีคุณภาพ การป้องกันควบคุมโรค ภัยสุขภาพ และจัดการอนามัย สิ่งแวดล้อม
ที่เอื้อต่อสุขภาพที่ดีของประชาชน

กลยุทธ์ที่ ๒.พัฒนาคุณภาพและเพิ่มศักยภาพระบบบริการสุขภาพวิถีใหม่ทุกระดับ

เป้าประสงค์ เด็กวัยเรียนอำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง มีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วนตามเป้าหมาย

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ เด็กวัยเรียนอำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง มีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วนร้อยละ ๖๐

(✓) ๒. นโยบายกระทรวงสาธารณสุข นอกเหนือแผนสุขภาพจังหวัด () ๓. แผนงานตามภารกิจประจำ

๑. เป้าหมาย : ๑) ร้อยละ ๖๐ ของเด็กนักเรียน ป.๑ – ป.๖ สูงดีสมส่วน

๒) ร้อยละ ๑๐๐ ของเด็กนักเรียน ป.๑ –ป ๖ ที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนได้รับการคัดกรองความเสี่ยง

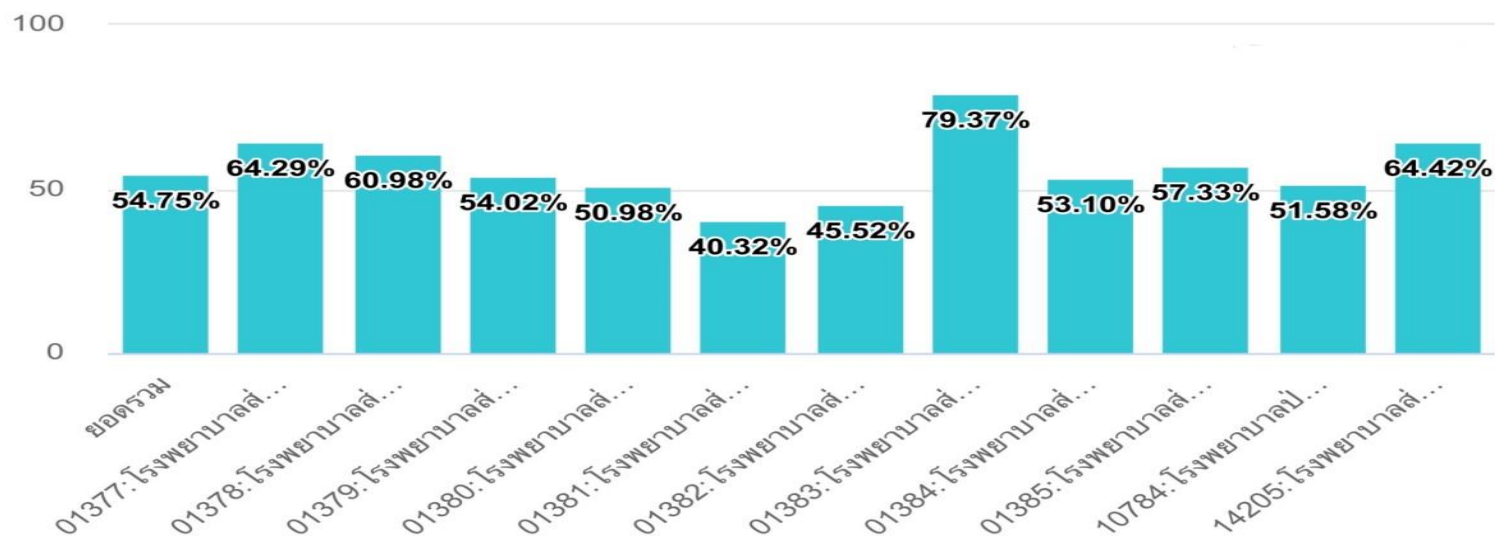
ผลงานวัดความสำเร็จ (KR)	เป้าหมาย ๓ เดือน	เป้าหมาย ๖ เดือน	เป้าหมาย ๙ เดือน	เป้าหมาย ๑๒ เดือน
๑.ร้อยละเด็กนักเรียน ป.๑ – ป.๖ อำเภอป่าโมก มีส่วนสูง	๕๐	๕๕	๖๐	๖๐

ผลงานวัดความสำเร็จ (KR)	เป้าหมาย ๓ เดือน	เป้าหมาย ๖ เดือน	เป้าหมาย ๙ เดือน	เป้าหมาย ๑๒ เดือน
ระดับดีและรูปร่างสมส่วน				
๒. ร้อยละเด็กนักเรียน ป.๑ - ป.๖ มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน	ไม่เกิน ๑๐	ไม่เกิน ๑๐	ไม่เกิน ๑๐	ไม่เกิน ๑๐
๓. เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองและส่งต่อเข้าสู่สถานบริการสาธารณสุข ร้อยละ ๑๐๐	๗๐	๘๐	๙๐	๑๐๐
๔. เด็กวัยเรียนมีภาวะเตี้ย	<๕	<๕	<๕	<๕

๒. วิเคราะห์สถานการณ์และข้อมูลสนับสนุน:

จากข้อมูลHDCประชากรอำเภอป่าโมก ปี ๒๕๖๖ มีจำนวนเด็กนักเรียน ป.๑ - ป.๖ ที่ได้รับการชั่งน้ำหนัก จำนวน ๒,๙๗๐ คน พบว่านักเรียน ป.๑ - ป.๖ สูงดีสมส่วนจำนวน ๑,๖๒๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๔.๗๕ ข้อมูลนักเรียนสูงดีสมส่วนย้อนหลัง ๓ ปี ร้อยละ ๔๗.๒๙ , ๔๕.๖๐ และ ๔๘.๘๔ ตามลำดับ จะเห็นว่ายังต่ำกว่าเป้าหมายร้อยละ ๖๐ หน่วยบริการที่มีเด็กนักเรียน ป.๑ - ป.๖ สูงดีสมส่วนน้อยที่สุด คือ รพ.สต. โรงช้าง ร้อยละ ๔๐.๓๒ รองลงมาคือ รพ.สต. นรสิงห์ ร้อยละ ๔๕.๕๒

ตารางแสดงร้อยละของนักเรียนชั้น ป.๑-ป.๖ สูงดีสมส่วน ปี ๒๕๖๖



จากข้อมูล HDC ก.ย. ๖๖ เด็กนักเรียน ป.๑ - ป.๖ มีภาวะอ้วนย้อนหลัง ๓ ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ เป็นร้อยละ ๕.๐๒ ,๔.๖๙ และ ๔.๐๔ ตามลำดับ ทำได้ตามเป้าหมาย (ไม่เกินร้อยละ ๑๐) และมีภาวะเตี้ย ร้อยละ ๙.๖๖ , ๑๓.๘๔ ,๑๘.๐๗ ซึ่งสูงกว่าเป้าหมาย (ไม่เกินร้อยละ ๕)

๓. สาเหตุของปัญหา :-

๑. เด็กวัยเรียนดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน โกโก้เย็น ชาเย็น น้ำปั่น น้ำผลไม้ นมเปรี้ยว เป็นต้น
๒. เด็กวัยเรียนบริโภคของทอด/อาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการต่ำ
๓. เด็กวัยเรียนส่วนใหญ่บริโภคขนมที่มีรสหวาน เช่น ไอศกรีม หวานเย็น ช็อคโกแลต หมากฝรั่ง ลูกอม เยลลี่ เป็นต้น
๔. เด็กวัยเรียนขาดกิจกรรมทางกายที่ทำให้รู้สึกเหนื่อยหรือหอบและมีกิจกรรมทางกายสะสม น้อยกว่า ๖๐ นาที/วัน
๕. เด็กวัยเรียนไม่ชอบดื่มนมรสจืด

๔. มาตรการ กิจกรรมการดำเนินงาน

มาตรการ/กลวิธี	หน่วยงาน		
	สสอ.	รพช.	รพ.สต.
๑.เสริมสร้างความร่วมมือภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียน	๑.ถ่ายทอดนโยบายการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรคผ่านระบบ คปสอ. พขอ. กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบลและการประชุมหัวหน้าส่วนระดับอำเภอ ๒.สนับสนุนวิชาการ สื่อ อุปกรณ์ รวมทั้งช่องทางในการค้นหาวิชาการ ๓.บูรณาการงานเยี่ยมบ้านร่วมกันระหว่างหน่วยบริการสาธารณสุข โรงเรียน อสม. และภาคีเครือข่าย	๑.พัฒนาศักยภาพ อสม. ในการวิเคราะห์ปัญหา และให้คำแนะนำอย่างถูกต้อง ๒.เยี่ยมบ้านร่วมกันระหว่างหน่วยบริการสาธารณสุข โรงเรียน อสม. และภาคีเครือข่าย ๓.ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการติดต่อสื่อสารในการดำเนินงานและแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่วิเคราะห์ข้อมูลปัญหาภาวะโภชนาการรายบุคคล	๑.พัฒนาศักยภาพ อสม. ในการวิเคราะห์ปัญหา และให้คำแนะนำอย่างถูกต้อง ๒.เยี่ยมบ้านร่วมกันระหว่างหน่วยบริการสาธารณสุข โรงเรียน อสม. และภาคีเครือข่าย ๓.ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการติดต่อสื่อสารในการดำเนินงานและแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่วิเคราะห์ข้อมูลปัญหาภาวะโภชนาการรายบุคคล
๒.ปรับเปลี่ยนและส่งเสริมพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการเจริญเติบโต	๑.จัดทำแนวทางการแก้ไขปัญหารายบุคคล โดยใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรม การบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อใช้เป็นแนวทางเดียวกัน ๒.ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน	๑.ส่งเสริมการแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการเตี้ย ผอม เริ่มอ้วนและอ้วนในเด็กนักเรียน ป.๑-ป.๖ ๒.เด็กนักเรียนเริ่มอ้วนและอ้วนได้รับการคัดกรองความเสี่ยงในรายที่พบความผิดปกติส่งต่อสถานบริการสาธารณสุข ๓.ให้ความรู้ ส่งเสริมการแก้ไขภาวะโภชนาการให้กับครู ผู้ปกครอง ๔.ใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรม การ	๑.ส่งเสริมการแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการเตี้ย ผอม เริ่มอ้วนและอ้วนในเด็กนักเรียน ป.๑-ป.๖ ๒.เด็กนักเรียนเริ่มอ้วนและอ้วนได้รับการคัดกรองความเสี่ยงในรายที่พบความผิดปกติส่งต่อสถานบริการสาธารณสุข ๓.ใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรม การบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย เป็นแนวทางการแก้ไขปัญหา

มาตรการ/กลวิธี	หน่วยงาน		
	สสอ.	รพช.	รพ.สต.
		<p>บริโภคอาหารและการออกกำลังกาย เป็นแนวทางการแก้ไขปัญหา รายบุคคลในเด็กที่มีปัญหา โภชนาการ</p> <p>๕. จัดเมนูอาหารสุขภาพสำหรับเด็กที่มี ปัญหาภาวะโภชนาการโดยใช้ โปรแกรม THAI SCHOOL LUNCH</p> <p>๖. จัดกิจกรรมรณรงค์ดีมีนมจี๊ด ส่งเสริม พฤติกรรมที่พึงประสงค์ และ กิจกรรมทางกาย โครงการ jump for growth กระโดดเชือก/ นิทรรศการ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำเนินงานแก้ไขปัญหา</p>	<p>รายบุคคลในเด็กที่มีปัญหา โภชนาการ</p> <p>๔. จัดเมนูอาหารสุขภาพสำหรับเด็กที่มี ปัญหาภาวะโภชนาการโดยใช้ โปรแกรม THAI SCHOOL LUNCH</p> <p>๕. จัดกิจกรรมรณรงค์ดีมีนมจี๊ด ส่งเสริม พฤติกรรมที่พึงประสงค์ และ กิจกรรมทางกาย Challenge day กระโดดเชือก/นิทรรศการ และ แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน แก้ไขปัญหา</p>

๖. โครงการที่ดำเนินงาน

โครงการ	กิจกรรม	แหล่งงบประมาณ/ จำนวน งบประมาณ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ (รพ./ สสอ. / รพ.สต.)
โครงการส่งเสริมการแก้ไขปัญหา โภชนาการเด็กวัยเรียน คปสอ.ป่าโมก ปี ๒๕๖๗	๑. จัดทำ Group Line ครู หมอพ่อแม่ และอสม.ในพื้นที่ ๒. ประเมินพฤติกรรมตามแนวทางSmart Kids coacher ๓. ประเมินภาวะโภชนาการภาคเรียน ๔. จัดทำข้อมูลทะเบียนรายชื่อเด็กที่มีภาวะโภชนาการ ๕. เด็กที่มีภาวะโภชนาการผิดปกติประเมินทุกเดือนละ ๑ ครั้ง ๖. คัดกรองปัจจัยเสี่ยง เช่น obesity sign ๗. กิจกรรม Challenge day โดยแข่งขันกระโดดเชือก ๘. ดำเนินการตามเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริม สุขภาพ. ๙. สนับสนุนการดำเนินงาน Health Literate School ๑๐. ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ๑๑. ติดตามประเมินผล	งบPP/๓๕,๕๐๐ บาท	รพ.ป่าโมก สาธารณสุขอำเภอป่า โมก

กรอบมาตรการและกิจกรรมดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗

คปสอ.ป่าโมก

ประเด็นการพัฒนา การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)

(✓) แผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ ประเด็นกลยุทธ์ที่ ๑จัดการสุขภาวะประชาชนทุกกลุ่มวัยที่มีคุณภาพ การป้องกันควบคุมโรค ภัยสุขภาพ และจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพที่ดี ของประชาชน

เป้าประสงค์ : ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาวะที่ดี การเจ็บป่วย และป่วยตายที่สำคัญลดลง

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ : ๑. ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care plan (ร้อยละ ๙๕)

() ๒. นโยบายกระทรวงสาธารณสุข นอกเหนือแผนสุขภาพจังหวัด () ๓. แผนงานตามภารกิจประจำ

๑. เป้าหมาย : ร้อยละตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ ๙๘)

๒. วิเคราะห์สถานการณ์และข้อมูลสนับสนุน :

อำเภอป่าโมก มีประชากรจำนวน ๒๕,๑๐๐ คน ผู้สูงอายุจำนวน ๕,๔๕๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๑.๗๒ ร้อยละ Healthy Aging ของอำเภอป่าโมก ในระบบ HDC ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

-๒๕๖๖ ร้อยละ ๙๓.๑๖ ๙๔.๖๔ และ ๙๓.๕๔ ตามลำดับ กลุ่มผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ ๙๔.๕๔ จำแนกเป็นกลุ่มติดสังคม คิดเป็นร้อยละ ๙๑.๕๔ กลุ่มติดบ้าน คิดเป็นร้อยละ ๑.๒๖ และกลุ่มติดเตียง คิดเป็นร้อยละ ๐.๖๔ โดยจำแนกรายอำเภอ ดังนี้ จังหวัดอ่างทอง เข้าร่วมโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ตั้งแต่ปี ๒๕๕๙ ถึงปัจจุบัน

๓. สาเหตุของปัญหา :



KR	เป้าหมาย ๓ เดือน	เป้าหมาย ๖ เดือน	เป้าหมาย ๙ เดือน	เป้าหมาย ๑๒ เดือน
<p>๑. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองจำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) (ร้อยละ ๘๐)</p> <p>๒. ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียงได้รับการดูแลที่เหมาะสมตาม Care Plan</p>	<p>๑. ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองจำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ร้อยละ ๘๐</p> <p>๒. ประเมินสภาพและจัดทำแผนการดูแล (Care Plan) ให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้สูงอายุ</p> <p>๓. ประชุมคณะกรรมการของตำบล LTC ในการอนุมัติ Care Plan</p>	<p>๑. ผู้สูงอายุได้รับการดูแลตาม Care Plan ร้อยละ ๙๕</p> <p>๒. ประเมินตนเองพร้อมรับการประเมินซ้ำในตำบล LTC ที่ครบกำหนด Reaccredit</p>	<p>๑. ผู้สูงอายุได้รับการดูแลตาม Care Plan ร้อยละ ๙๕</p>	<p>๑. ผู้สูงอายุได้รับการดูแลตาม Care Plan ร้อยละ ๙๕</p>

๔. มาตรการ กิจกรรมการดำเนินงาน

มาตรการ/กลวิธี	กิจกรรมดำเนินงาน		
	สสอ.	รพช.	รพสต
<p>มาตรการ: พัฒนาการบริการสุขภาพเพื่อการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง</p> <p>KR๑. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองจำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) (ร้อยละ ๘๐)</p> <p>KR๒. ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง</p>	<p>๑. ประชาสัมพันธ์แก่ อปท. เพื่อสมัครเข้าร่วมโครงการ LTC</p> <p>๒. คัดเลือกตำบล ชมรม ผู้จัดการผู้สูงอายุ (Care manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ที่มีการเนินการผู้สูงอายุดีเด่นในการเข้าร่วมการประกวด</p>	<p>๑. ประชาสัมพันธ์แก่ อปท. เพื่อสมัครเข้าร่วมโครงการ LTC</p> <p>๒. คัดเลือกตำบล ชมรม ผู้จัดการผู้สูงอายุ (Care manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ที่มีการเนินการผู้สูงอายุดีเด่นในการเข้าร่วมการประกวด</p>	<p>๑. ประชาสัมพันธ์แก่ อปท. เพื่อสมัครเข้าร่วมโครงการ LTC</p> <p>๒. คัดเลือกตำบล ชมรม ผู้จัดการผู้สูงอายุ (Care manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ที่มีการเนินการผู้สูงอายุดีเด่นในการเข้าร่วมการประกวด</p> <p>๓. จัดทำ Care Plan ผู้สูงอายุทุก</p>

มาตรการ/กลวิธี	กิจกรรมดำเนินงาน		
	สสอ.	รพช.	รพสต
ได้รับการดูแลที่เหมาะสมตาม Care Plan	<p>๓.กำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน</p>	<p>๓. จัดทำ Care Plan ผู้สูงอายุทุกสิทธิ ทุกราย โดยเชื่อมโยงกับ โปรแกรมของ กรมอนามัยและ สปสช</p> <p>๔.โครงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้าน สาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มี ภาวะพึ่งพิงขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่าย LTCจากกองทุนหลักประกันสุขภาพใน ระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เทศบาลตำบลป่า โมก อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง.</p> <p>๕. จัดทำแผนเยี่ยมติดตามสูงอายุติด บ้าน ติดเตียงร่วมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ</p> <p>๖. ดำเนินกิจกรรมการดูแล ผู้สูงอายุตาม Care Plan</p> <p>๗.ประเมินตนเองพร้อมรับการประเมิน ชั่วในตำบล LTC ที่ครบกำหนด Reaccredit</p>	<p>สิทธิ ทุกราย โดยเชื่อมโยงกับ โปรแกรมของ กรมอนามัยและ สปสช.</p> <p>๔. จัดทำแผนเยี่ยมติดตาม สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ร่วมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ</p> <p>๕. ดำเนินกิจกรรมการดูแล ผู้สูงอายุตาม Care Plan</p> <p>๖.ประเมินตนเองพร้อมรับการประเมินชั่วใน ตำบล LTC ที่ครบกำหนด Reaccredit</p>

๖. โครงการที่ดำเนินงาน

โครงการ	กิจกรรม	แหล่งงบประมาณ/ จำนวนงบประมาณ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ (รพ./ สสอ. / รพ.สต.)
โครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	<p>๑.สำรวจผู้สูงอายุ กลุ่มปกติ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง โดยการประเมิน ADL</p> <p>๒.จัดทำทะเบียนผู้สูงอายุ</p> <p>๓.ประเมินคัดกรองผู้สูงอายุ โดยใช้แบบ ADL และ BGS</p> <p>๔.ประชุม/อบรมผู้สูงอายุ</p> <p>๕.พัฒนาทักษะทางกายและใจผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง</p> <p>๖.สนับสนุน ส่งเสริมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ</p> <p>๗.ร่วมกับภาคีเครือข่ายในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง</p> <p>๘.จัดทำCPและแบ่งผู้สูงอายุให้CGดูแล และกำกับติดตาม</p> <p>๙.ประเมินCPร่วมกับญาติ</p> <p>๑๐.จัดทำแผนออกติดตามผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง</p> <p>๑๑.ประเมินและแนะนำพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุ</p> <p>๑๒.จัดกิจกรรมแสดงมุขิตาจิตในวันผู้สูงอายุ</p>	งบกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลต.ป่าโมก/๑๑๔,๐๐๐บาท	รพ.ป่าโมก

กรอบมาตรการและกิจกรรมดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ คปสอ.ป่าโมก

ประเด็นการพัฒนา คลินิกผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ

๑. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ (ด้านสุขภาพ) กระทรวงสาธารณสุข ด้าน PP&P Excellence

() แผนปฏิบัติราชการด้านสุขภาพจังหวัดหวัดอ่างทอง กลยุทธ์ ๑.จัดการสุขภาวะประชาชนทุกกลุ่มวัยที่มีคุณภาพ การป้องกันควบคุมโรค ภัยสุขภาพและจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม

กลยุทธ์ ๒.พัฒนาคุณภาพและเพิ่มศักยภาพระบบบริการสุขภาพวิถีใหม่

เป้าประสงค์ ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาวะที่ดี การเจ็บป่วย และป่วยตายที่สำคัญลดลง

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ ๑.ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพ

๒. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes)

และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

(✓) ๒. นโยบายกระทรวงสาธารณสุข นอกเหนือแผนสุขภาพจังหวัด () ๓. แผนงานตามภารกิจประจำ

๒.เป้าหมาย : ๑.การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลที่มีคุณภาพ ตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด

๒.ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษาอาการกลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes) และปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างเหมาะสมหลังจากที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพ

ตัวชี้วัดความสำเร็จ	เป้าหมาย ๓ เดือน	เป้าหมาย ๖ เดือน	เป้าหมาย ๙ เดือน	เป้าหมาย ๑๒ เดือน
๑.ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพ	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๑๐๐
๒.ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๑๐๐

syndromes) และได้รับการดูแลรักษา ในคลินิกผู้สูงอายุ				
--	--	--	--	--

๓.วิเคราะห์สถานการณ์และข้อมูลสนับสนุน :

จากข้อมูลรายงานของระบบ HDC กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ สถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุ (อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป) ของอำเภอป่าโมก พบว่ามีประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) โดยมีจำนวนผู้สูงอายุ ปี ๒๕๖๔ จำนวน ๕,๓๒๓ คน ปี ๒๕๖๕ จำนวน ๕,๓๒๑คน ปี ๒๕๖๖ จำนวน ๕,๔๕๒ คิดเป็นร้อยละ ๒๐.๔๐ , ๒๑.๐๑ และ ๒๐.๘๙ ตามลำดับ

จากข้อมูลคัดกรอง/ประเมินภาวะสุขภาพ ในปี ๒๕๖๖ พบว่า ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่ คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคข้อเข่าเสื่อมคิดเป็นร้อยละ ๔๒.๓๒, ๔๓.๙๐, ๓๐.๓๑ และ ๑๒.๕๗ ส่วนปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ คือ ภาวะหกล้ม ภาวะสมองเสื่อม และภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ ๑๓.๙๒, ๒.๗๘ และ ๐.๘๗ (ข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข) โรงพยาบาลป่าโมกเป็นร.พระระดับ F๒ และดำเนินการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ โดยได้มีการพัฒนาศักยภาพแพทย์และพยาบาลในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุเป็นระยะๆ มีการจัดทำแนวทางการส่งต่อผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการสูงอายุและปัญหาสุขภาพที่สำคัญหลังจากที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพในชุมชน และเชื่อมโยงข้อมูลสนับสนุนการรับส่งต่อด้วยระบบ Smart COC

๔.สาเหตุของปัญหา

กลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndromes) เป็นปัญหาสุขภาพที่ไม่จำเพาะเจาะจงกับระบบอวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง ทั้งยังเป็นภาวะที่ซับซ้อนและมักเกิดจากหลายพยาธิสภาพ ซึ่งส่งผลกระทบต่อจิตใจ สังคม การช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ รวมถึงเศรษฐกิจของครอบครัว ดังนั้นการรอรับการตรวจในระบบบริการสุขภาพแบบปกติ อาจเกิดความล่าช้า และไม่เฉพาะเจาะจงกับกลุ่มอาการสูงอายุที่เป็นอยู่ ดังนั้น การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อรองรับการรับ-ส่งต่อผู้สูงอายุ ที่มีความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes) และปัญหาสุขภาพที่สำคัญ หลังจากที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษา ฟิ้นฟูสุขภาพ และการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มหรือกลุ่มอาการสูงอายุอื่น ๆ อย่างเหมาะสม รวมถึงการส่งเสริมหรือคงสมรรถภาพทางร่างกาย สมอง สุขภาพจิต และสังคมของผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันหรือลดการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ

ตัวชี้วัดความสำเร็จ	เป้าหมาย ๓ เดือน	เป้าหมาย ๖ เดือน	เป้าหมาย ๙ เดือน	เป้าหมาย ๑๒ เดือน
๑. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพ	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๑๐๐
๒. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes) และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๑๐๐

๕. มาตรการ / กิจกรรมดำเนินงาน

มาตรการ	กิจกรรมดำเนินงาน		
	สสอ.	รพช.	รพสต.
โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ Geriatric Syndrome	๒. ติดตามความก้าวหน้าการส่งต่อผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองและพบความเสี่ยงในการเข้ารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ	๑. ให้บริการ ดูแลรักษา พื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ ตั้งแต่การตรวจยืนยัน วินิจฉัยสาเหตุ การตรวจรักษา พื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ และการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีภาวะ Geriatric Syndrome และส่งต่อคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลจังหวัดในกรณีเกินศักยภาพของรพช.	๑. รพ.สต.ประชาสัมพันธ์เรื่องคลินิกผู้สูงอายุ ให้ประชาชนในพื้นที่ทราบ ๒. ติดตามความก้าวหน้าการส่งต่อผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองและพบความเสี่ยงในการเข้ารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ

กรอบมาตรการและกิจกรรมดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖

คปสอ.ป่าโมก

ประเด็นการพัฒนา การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอยของร่างกาย

- (✓) ๑. แผนปฏิบัติการราชการด้านสุขภาพ ประเด็นกลยุทธ์ที่ ๑.จัดการสุขภาวะประชาชนทุกกลุ่มวัยที่มีคุณภาพ การป้องกันควบคุมโรค ภัยสุขภาพ และจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพที่ดี ของประชาชน
- เป้าประสงค์ : ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพที่ดี การเจ็บป่วย และป่วยตายที่สำคัญลดลง
- ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ :
๑. ร้อยละของ Healthy Aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่จากปีที่ผ่านมา (ร้อยละ ๙๖)
 ๒. ร้อยละผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองความถดถอย (ร้อยละ ๘๐)
 ๓. ร้อยละผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (ร้อยละ ๘๐)
 ๔. ร้อยละของประชากรวัยผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (ร้อยละ ๕๐)
- () ๒. นโยบายกระทรวงสาธารณสุข นอกเหนือแผนสุขภาพจังหวัด () ๓. แผนงานตามภารกิจประจำ

๑. เป้าหมาย : เพื่อชะลอภาวะถดถอยของร่างกายในผู้สูงอายุ

๑. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีเสี่ยงจากการคัดกรองสุขภาพได้รับการดูแลและส่งต่อ (ได้รับการดูแล ร้อยละ ๘๐, ส่งต่อคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ ๒๐)
๒. ร้อยละผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (ร้อยละ ๕๐)

ผลงานวัดความสำเร็จ (KR)	เป้าหมาย ๓ เดือน	เป้าหมาย ๖ เดือน	เป้าหมาย ๙ เดือน	เป้าหมาย ๑๒ เดือน
๑. ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง ร้อยละ ๘๐	๑. อสม. หมอคนที่ ๑ คัดกรอง ๙ ด้านผู้สูงอายุ ร้อยละ ๔๐	๑. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขคัดกรองยืนยันผลการคัดกรอง ๙ ด้าน ของผู้สูงอายุ ร้อยละ ๘๐	๑. ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง ประเมินซ้ำในกลุ่มผู้สูงอายุที่พบความเสี่ยง และได้จัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี ร้อยละ ๔๐	๑. ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง ประเมินซ้ำในกลุ่มผู้สูงอายุที่พบความเสี่ยง และได้จัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี ร้อยละ ๘๐

ผลงานวัดความสำเร็จ (KR)	เป้าหมาย ๓ เดือน	เป้าหมาย ๖ เดือน	เป้าหมาย ๙ เดือน	เป้าหมาย ๑๒ เดือน
๒.ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงได้รับการดูแลตามแผนการดูแลสุขภาพที่ดี ร้อยละ ๘๐	๑. มีทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ๙ ด้าน จากการคัดกรองของ อสม.หมอคนที่ ๑ ร้อยละ ๘๐	๑.ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้รับการประเมินยืนยัน ร้อยละ ๘๐ ได้จัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี ร้อยละ ๔๐	๑.ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้รับการประเมินยืนยัน ร้อยละ ๘๐ ได้จัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี ร้อยละ ๘๐	๑.ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้รับการประเมินซ้ำ ร้อยละ ๘๐
๓.ผู้สูงอายุได้รับการส่งต่อเข้าสู่คลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ ๒๐	๒.ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเกินศักยภาพได้รับการส่งต่อเข้าสู่คลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ ๕	๒.ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเกินศักยภาพได้รับการส่งต่อเข้าสู่คลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ ๑๐	๒.ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเกินศักยภาพได้รับการส่งต่อเข้าสู่คลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ ๑๕	๒.ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเกินศักยภาพได้รับการส่งต่อเข้าสู่คลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ ๒๐
๔.ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ร้อยละ ๕๐ ๔.๑ การมีกิจกรรมทางกาย ๔.๒ การดื่มน้ำสะอาด ๔.๓ การกินผัก/ผลไม้ ๔.๔ ไม่สูบบุหรี่/ไม่สูบบุหรี่ ๔.๕ ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์ ๔.๖ การตรวจสุขภาพประจำปี ๔.๗ การนอนหลับ ๔.๘ การแปรงฟัน	๔. มีการนำเข้าสู่ข้อมูลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม	๔.๑ มีการประเมินพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ร้อยละ ๑๐ ๔.๒ มีการสร้างความรอบรู้พฤติกรรมที่พึงประสงค์ในชุมชน/ชมรมผู้สูงอายุทุกชมรม	๔.๑ จัดทำ IWP ในชุมชน/ชมรมผู้สูงอายุ ๕ ราย/รพ.สต.ในการส่งเสริมพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ๔.๒ มีการสร้างความรอบรู้พฤติกรรมที่พึงประสงค์ในชุมชน/ชมรมผู้สูงอายุในชุมชน	๔.๑ จัดทำ IWP ในชุมชน/ชมรมผู้สูงอายุ ๕ ราย/รพ.สต.ในการส่งเสริมพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ๔.๒ มีการสร้างความรอบรู้พฤติกรรมที่พึงประสงค์ในชุมชน/ชมรมผู้สูงอายุในชุมชน ๔.๓ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ร้อยละ ๕๐
๕.ชมรมผู้สูงอายุ ด้านสุขภาพต้นแบบอำเภอละ ร้อยละ ๕๐ ของชมรมทั้งหมด	๕.มีทะเบียนรายชื่อและส่งเสริมชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพอำเภอละ ๒ ชมรม	๕.ส่งเสริมการดำเนินกิจกรรมตามเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพ	๕.ชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพอำเภอละ ร้อยละ ๒๕	๕.ชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพอำเภอละ ร้อยละ ๕๐

ผลงานวัดความสำเร็จ (KR)	เป้าหมาย ๓ เดือน	เป้าหมาย ๖ เดือน	เป้าหมาย ๙ เดือน	เป้าหมาย ๑๒ เดือน
๖.จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตามสภาพปัญหา	๖.๑ มีท้องถิ่นที่พัฒนาเมืองที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุ ต้นแบบระดับอำเภอๆละ ๑ แห่ง ๒.บูรณาการทุกภาคส่วน ในการดำเนินงานเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุต้นแบบ	๖.๑ ประเมินตนเองตามเกณฑ์เมืองที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุระดับอำเภอ ๒.ผู้สูงอายุได้รับการดูแลตามสภาพปัญหา ๒ ราย	๑.จัดทำแผนพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุระดับอำเภอ ๒.ผู้สูงอายุได้รับการดูแลตามสภาพปัญหา ๓ ราย	๑.เมืองที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุต้นแบบระดับอำเภอๆละ ๑ แห่ง ๒.ผู้สูงอายุได้รับการดูแลตามสภาพปัญหา ๔ ราย

๒. วิเคราะห์สถานการณ์และข้อมูลสนับสนุน:

จากข้อมูลHDCประชากรอำเภอป่าโมก พบว่ามีผู้สูงอายุจำนวน ๕,๓๖๙ คน ติดสังคม ๔,๘๙๙ คน ติดบ้าน ๑๒๕ คน ติดเตียง ๕๙ คน จากการคัดกรองภาวะถดถอยของผู้สูงอายุ ๙ ด้านใน ปี๒๕๖๖ ร้อยละ ๙๑.๘๓ คัดกรองด้านการเคลื่อนไหว ๕,๑๒๑ ราย พบความเสี่ยง ๕๔๒ ราย คิดเป็นร้อยละ๑๐.๕๘ คัดกรองด้านสุขภาพช่องปาก ๕,๑๒๑ ราย พบความเสี่ยง ๔๓๘ ราย คิดเป็นร้อยละ๑๐.๗๐ คัดกรองด้านโภชนาการ ๕,๐๕๖ ราย พบความเสี่ยง๑๗๖ รายคิดเป็นร้อยละ ๓.๔๘ ผลการติดตามผู้สูงอายุที่พบภาวะถดถอย/พบความเสี่ยง Step๑-๒ ร้อยละ๑๖.๗๒ ด้านการเคลื่อนไหว ร้อยละ๕๒.๔๒ ด้านสุขภาพช่องปาก ร้อยละ๔๐.๐๘ ด้านโภชนาการ ร้อยละ ๒๐.๒๓ ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะถดถอย และได้จัดทำ Care Planและได้รับInterventionอย่างน้อย ๑ กิจกรรม ร้อยละ ๙๔.๑๔

๓. สาเหตุของปัญหา :

การวิเคราะห์ปัญหา (วิเคราะห์โดยฟังก์ชันปลา/Six building blocks,4m)



๔.มาตรการ กิจกรรมการดำเนินงาน

มาตรการ/กลวิธี	หน่วยงาน			
	สสอ.	รพช.	รพ.สต.	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ท้องถิ่น/พมจ./กศน./อส ม.
๑.ส่งเสริมการดูแลภาวะ ถดถอยของร่างกายผู้สูงอายุ	๑.ชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพและอนามัย สิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ ๒.สนับสนุนองค์ความรู้ทาง วิชาการและเอกสารที่เกี่ยวข้อง ในการดำเนินงาน ๓.ควบคุมกำกับและติดตามการ ดำเนินงาน Big Rock ประเด็น การดูแลผู้สูงอายุ ๔.ติดตามผลการดำเนินงาน ผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอยของ ร่างกายได้รับการดูแลตาม เกณฑ์ที่กำหนด ๕.ร่วมประชุมคณะกรรมการ ขับเคลื่อนผู้สูงอายุ Big Rock จังหวัดอ่างทอง ๖.พัฒนาศักยภาพแกนนำ อสม./Caregiver ให้เป็น ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุ	๑.คัดกรองและประเมิน ๙ ด้าน โดย ชุมชนและคัดกรองเชิงลึกโดยจนท. สาธารณสุข ๒.วิเคราะห์ข้อมูลจากการคัดกรอง/ ประเมิน ๙ด้านของผู้สูงอายุ ๓.จัดทำทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุกลุ่ม เสี่ยง ๙ ด้าน ๔.จัดทำแผนการส่งเสริมสุขภาพ ประเด็นการเคลื่อนไหว อนามัยช่อง ปาก การขาดสารอาหารและสมอง เสื่อม ๕.ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเกินศักยภาพ ได้รับการส่งต่อเข้าสู่คลินิกผู้สูงอายุ ๖.พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ (องค์ความรู้และทักษะการคัดกรอง/ การดูแลผู้สูงอายุ) ๗.ติดตามการทำกิจกรรมตาม แผนการส่งเสริมสุขภาพประเด็นการ เคลื่อนไหว อนามัยช่องปาก และการ	๑.คัดกรองและประเมิน ๙ ด้าน โดย ชุมชนและคัดกรองเชิงลึกโดยจนท. สาธารณสุข ๒. วิเคราะห์ข้อมูลจากการคัดกรอง/ ประเมิน ๙ด้านของผู้สูงอายุ ๓.จัดทำทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุกลุ่ม เสี่ยง ๙ ด้าน ๔. จัดทำแผนการส่งเสริมสุขภาพ ประเด็นการเคลื่อนไหว อนามัยช่อง ปาก การขาดสารอาหารและสมอง เสื่อม ๕.ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเกินศักยภาพ ได้รับการส่งต่อเข้าสู่คลินิกผู้สูงอายุ ๖.พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ (องค์ความรู้และทักษะการคัดกรอง/ การดูแลผู้สูงอายุ) ๗.ติดตามการทำกิจกรรมตาม แผนการส่งเสริมสุขภาพประเด็นการ เคลื่อนไหว อนามัยช่องปาก และการ	๑.สนับสนุนยานพาหนะ ในการรับส่งผู้สูงอายุใน การเดินทาง ๒.ให้ความช่วยเหลือกาย อุปกรณ์และปรับสภาพ สิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ๓.สนับสนุนการสร้าง อาชีพ/กิจกรรมพัฒนา คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ๔.สนับสนุนงบประมาณ ในการดูแลและแก้ไข ปัญหาผู้สูงอายุ ทั้ง ทางด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ

มาตรการ/กลวิธี	หน่วยงาน			
	สตอ.	รพช.	รพ.สต.	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ท้องถิ่น/พมจ./กศน./อส ม.
	<p>ที่มีภาวะถดถอย</p> <p>๗.สรุปผลการดำเนินงานและการวิเคราะห์ข้อมูลในการแก้ปัญหาผู้สูงอายุ</p>	<p>ขาดสารอาหาร และสมองเสื่อม</p> <p>๘.การประเมินซ้ำผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการดูแล</p> <p>๙. ดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ</p> <p>๑๐.พัฒนาศักยภาพแกนนำอสม./Care giver ให้เป็นผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอย</p> <p>๑๑.สรุปผลการดำเนินงานและการวิเคราะห์ข้อมูลในการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ</p>	<p>ขาดสารอาหาร และสมองเสื่อม</p> <p>๘.การประเมินซ้ำผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการดูแล</p> <p>๙. ดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ</p> <p>๑๐.พัฒนาศักยภาพแกนนำอสม./Care giver ให้เป็นผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอย</p> <p>๑๑.สรุปผลการดำเนินงานและการวิเคราะห์ข้อมูลในการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ</p>	
<p>๒.ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม</p>	<p>๑.ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมพฤติกรรมที่พึงประสงค์/ชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพ/การดำเนินงานเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ</p> <p>๒.พัฒนาศักยภาพบุคลากรและผู้ดูแลผู้สูงอายุในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพประเด็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ</p> <p>๓.วิเคราะห์ข้อมูลจากผลการประเมินพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของ</p>	<p>๑.ดำเนินงานขับเคลื่อนการส่งเสริมและสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ</p> <p>๒.พัฒนาศักยภาพบุคลากรและผู้ดูแลผู้สูงอายุในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพประเด็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ</p> <p>๓.วิเคราะห์ข้อมูลจากผลการประเมินพฤติกรรมที่พึงประสงค์</p>	<p>๑.ดำเนินงานขับเคลื่อนการส่งเสริมและสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ</p> <p>๒.พัฒนาศักยภาพบุคลากรและผู้ดูแลผู้สูงอายุในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพประเด็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ</p> <p>๓.วิเคราะห์ข้อมูลจากผลการประเมินพฤติกรรมที่พึงประสงค์</p>	<p>๑.สนับสนุนยานพาหนะในการรับส่งผู้สูงอายุในการเดินทาง</p> <p>๒.ให้ความช่วยเหลือกายอุปกรณ์และปรับสภาพสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม</p> <p>๓.สนับสนุนการสร้างอาชีพ/กิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ</p>

มาตรการ/กลวิธี	หน่วยงาน			
	สตอ.	รพช.	รพ.สต.	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ท้องถิ่น/พมจ./กศน./อส ม.
<p>ผู้สูงอายุ ๓.ขับเคลื่อนและสนับสนุน ข้อมูลวิชาการและเกณฑ์การ ดำเนินที่เกี่ยวข้อง ๔.สร้างช่องทางการสื่อสาร เผยแพร่ความรู้ที่ผู้สูงอายุ เข้าใจ ได้ง่าย เพื่อให้เข้าถึงข้อมูล สุขภาพและบริการสุขภาพอย่าง ทั่วถึง ๕.ขับเคลื่อนการดำเนินการ เตรียมความพร้อมสู่สังคม ผู้สูงอายุแก่ประชาชน ๕๐-๕๙ ปี ๖.ประสานงานการดำเนินงาน กับภาคีเครือข่ายในการพัฒนา เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ ระดับอำเภอฯละ ๑แห่งและ ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพต้นแบบ อำเภอร้อยละ ๕๐ ๗.ควบคุมกำกับและติดตามการ</p>	<p>๔.ดำเนินงานการสร้างความรู้ ด้านพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน/ ชมรมผู้สูงอายุ ๕.ส่งเสริมการดำเนินงานตามเกณฑ์ ชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพ ๖.ขับเคลื่อนการดำเนินงานการ เตรียมความพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุแก่ ประชาชน ๕๐-๕๙ ปี ๗.ร่วมจัดทำแผนพัฒนาและส่งเสริม เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุพร้อมทั้ง ร่วมประเมินตนเองตามเกณฑ์เมืองที่ เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุระดับอำเภอกับ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคี เครือข่าย ๘.ประสานให้ความช่วยเหลือกาย อุปกรณ์และปรับสภาพสิ่งแวดล้อม ให้เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุที่มีความ จำเป็นต่อการใช้กายอุปกรณ์ได้รับ การสนับสนุนกายอุปกรณ์ หรือ ห้องน้ำ ทางเดิน บ้านพัก และการ</p>	<p>๔.ดำเนินงานการสร้างความรู้ ด้านพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน/ ชมรมผู้สูงอายุ ๕.ส่งเสริมการดำเนินงานตามเกณฑ์ ชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพ ๖.ขับเคลื่อนการดำเนินงานการ เตรียมความพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุแก่ ประชาชน ๕๐-๕๙ ปี ๗.ร่วมจัดทำแผนพัฒนาและส่งเสริม เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุพร้อมทั้ง ร่วมประเมินตนเองตามเกณฑ์เมืองที่ เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุระดับอำเภอกับ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคี เครือข่าย ๘.ประสานให้ความช่วยเหลือกาย อุปกรณ์และปรับสภาพสิ่งแวดล้อม ให้เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุที่มีความ จำเป็นต่อการใช้กายอุปกรณ์ได้รับ การสนับสนุนกายอุปกรณ์ หรือ ห้องน้ำ ทางเดิน บ้านพัก และการ</p>	<p>๔.สนับสนุนงบประมาณ ในการดูแลและแก้ไข ปัญหาผู้สูงอายุ ทั้ง ทางด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ</p>	

มาตรการ/กลวิธี	หน่วยงาน			
	สตอ.	รพช.	รพ.สต.	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ท้องถิ่น/พมจ./กศน./อส ม.
	<p>ดำเนินงานการสร้างความรู้ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ๘.ติดตามและประเมินผลชมรม ผู้สูงอายุต้นแบบและการ ดำเนินงานเมืองที่เป็นมิตรต่อ ผู้สูงอายุของพื้นที่ต้นแบบ ๙.เยี่ยมเสริมพลังและติดตาม การดำเนินงานและให้ คำแนะนำในการแก้ไขปัญหา ของพื้นที่ ๑๐.สรุปผลการดำเนินงานและ การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อใช้ใ การแก้ไขปัญหาสุขภาพของ ผู้สูงอายุต่อไป</p>	<p>ปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ๙.สรุปผลการดำเนินงานและ วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อใช้แก้ปัญหา สุขภาพผู้สูงอายุต่อไป</p>	<p>ปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ๙.สรุปผลการดำเนินงานและ วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อใช้แก้ปัญหา สุขภาพผู้สูงอายุต่อไป</p>	

กรอบมาตรการและกิจกรรมดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗

คปสอ.ป่าโมก

ประเด็นการพัฒนา การป้องกันควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง

() ๑. แผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ กลยุทธ์

๑. จัดการสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัยที่มีคุณภาพ การป้องกันควบคุมโรค ภัยสุขภาพ และจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพที่ดี ของประชาชน
๒. พัฒนาคูณภาพและเพิ่มศักยภาพระบบบริการสุขภาพวิถีใหม่ทุกระดับ

เป้าประสงค์ ประชาชนเข้าถึงบริการ ได้รับการรักษาที่มีคุณภาพ เสมอภาค และเป็นธรรม ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพที่ดี การเจ็บป่วยและป่วยตายที่สำคัญลดลง
ตัวชี้วัด

๑. ร้อยละของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองได้รับการรักษาตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (แตก/ตีบ)

(✓) ๒. นโยบายกระทรวงสาธารณสุข นอกเหนือแผนสุขภาพจังหวัด () ๓. แผนงานตามภารกิจประจำ

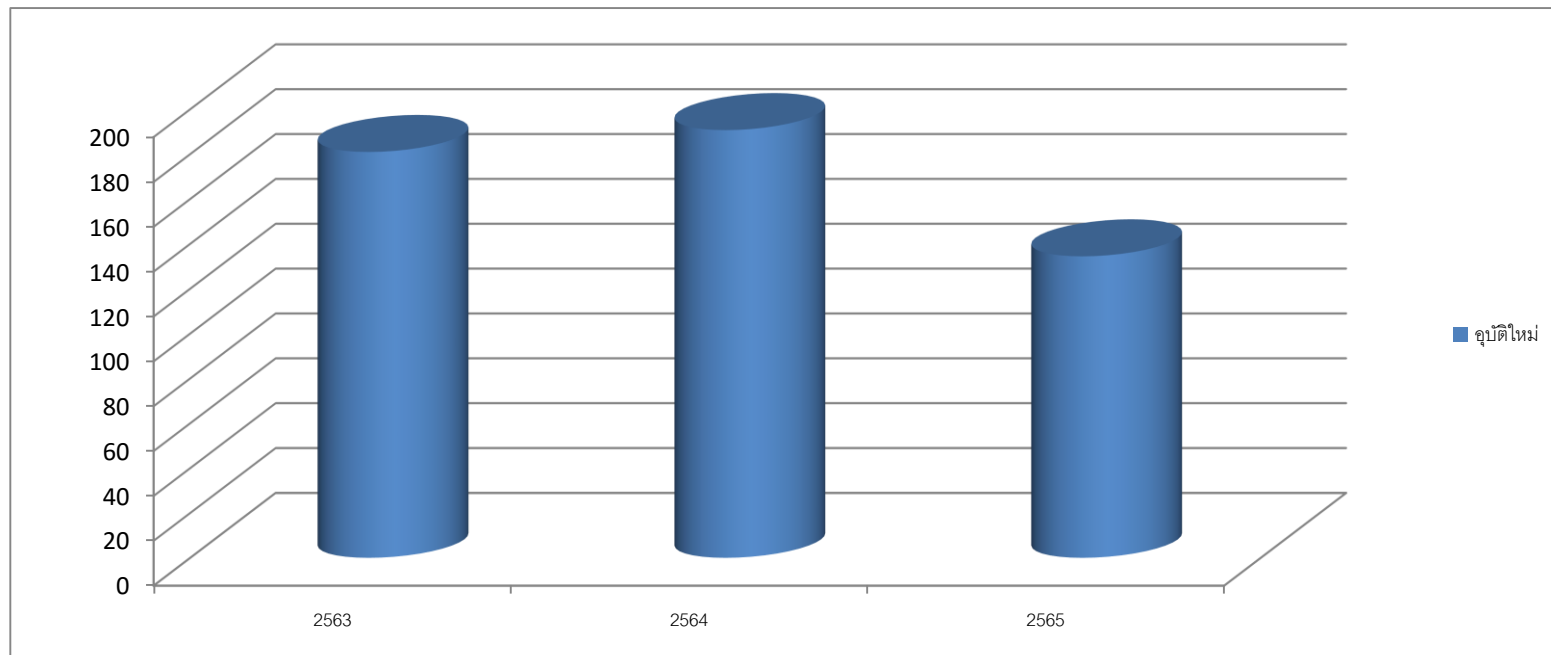
๑. เป้าหมาย :

- ๑) กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรอง และป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ ๙๐
- ๒) ประชาชนมีความรอบรู้ โรคหลอดเลือดสมอง
- ๓) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาทันเวลา ภายใน ๔.๕ ชั่วโมง ร้อยละ ๘๐
- ๔) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับยาละลายลิ่มเลือด ร้อยละ ๘๐
- ๕) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit ร้อยละ ๘๐
- ๖) มีระบบ IMC ที่มีคุณภาพ ทุกอำเภอ

๒. วิเคราะห์สถานการณ์และข้อมูลสนับสนุน: (ไม่มีข้อมูลรับให้ รพ.ป่าโมก บรรยายให้หน่อย)

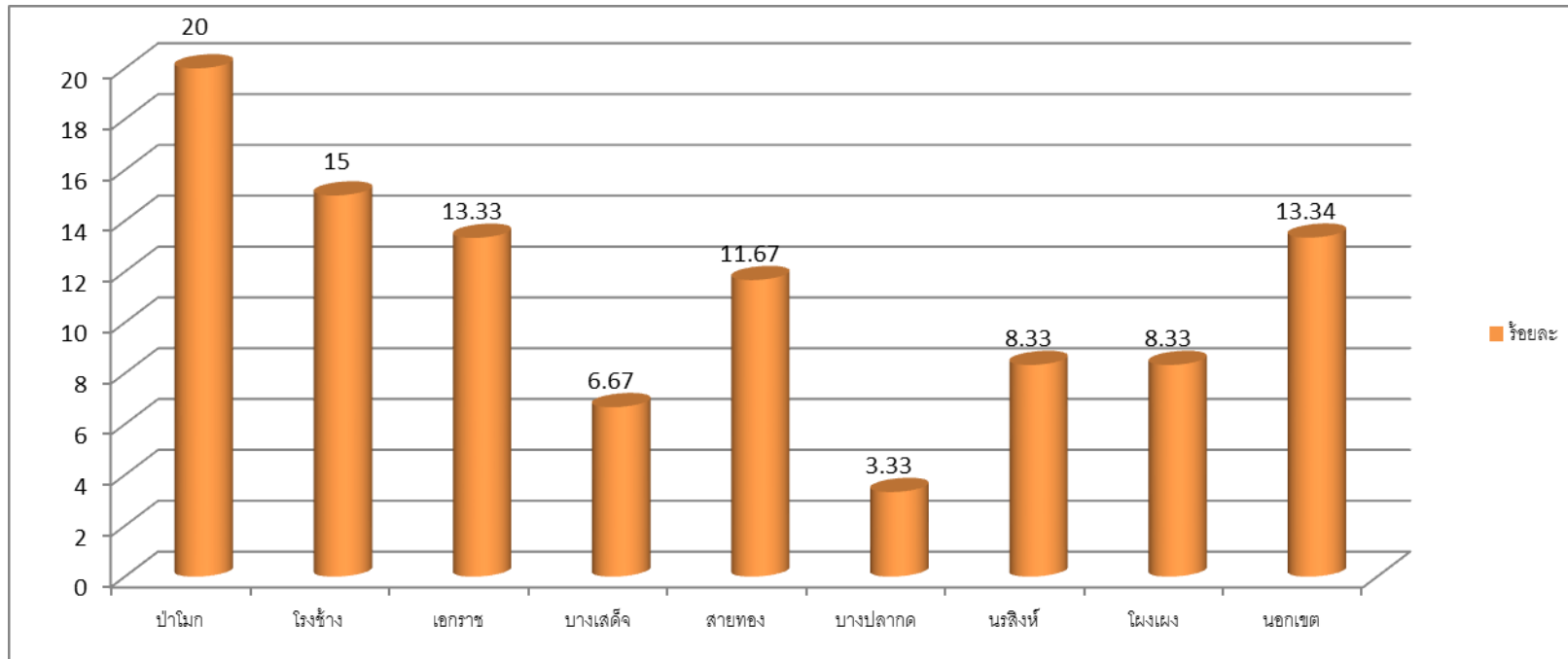
จากข้อมูลHDCจำนวนประชากรรพ.ป่าโมก ตามทะเบียนราษฎร์ ๒๗,๕๒๕ คน พบอุบัติใหม่ของโรคหลอดเลือดสมองย้อนหลัง๓ปี อัตรา ๑๘๐.๙๕ ๑๙๐.๖๙ ๑๓๔.๔๒ ต่อแสนประชากร ตามลำดับ มีแนวโน้มลดลงตามเป้าหมาย ในปี ๒๕๖๕ รายใหม่จำนวน ๖๐ รายเป็น ตีบ ๕๐ ราย แดก ๑๐ ราย ได้ rTPA ๒ คน ส่งต่อ รพ.อ่างทอง ๓๕ ราย รพ.อยุธยา ๑ ราย ไม่มีผู้เสียชีวิต แยกตามตำบลดังนี้ พบมากที่สุด ต.ป่าโมก ๑๒ ราย รองลงมา ต.โรงช้าง ๙ คน น้อยที่สุด ต.บางปลาเกด ๒ ราย มาทันเวลา ๓ ชม. ๒๙ รายคิดเป็นร้อยละ ๔๘.๓ ไม่ทันเวลา ๓๑ คน ร้อยละ ๕๑.๗ การเดินทางมารพ. โดยรถEMS / FR ๑๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๓.๓ และมาเอง ๔๖ รายร้อยละ ๗๖.๗

กราฟแสดงอัตราอุบัติใหม่ของโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากร ย้อนหลัง ๓ ปี



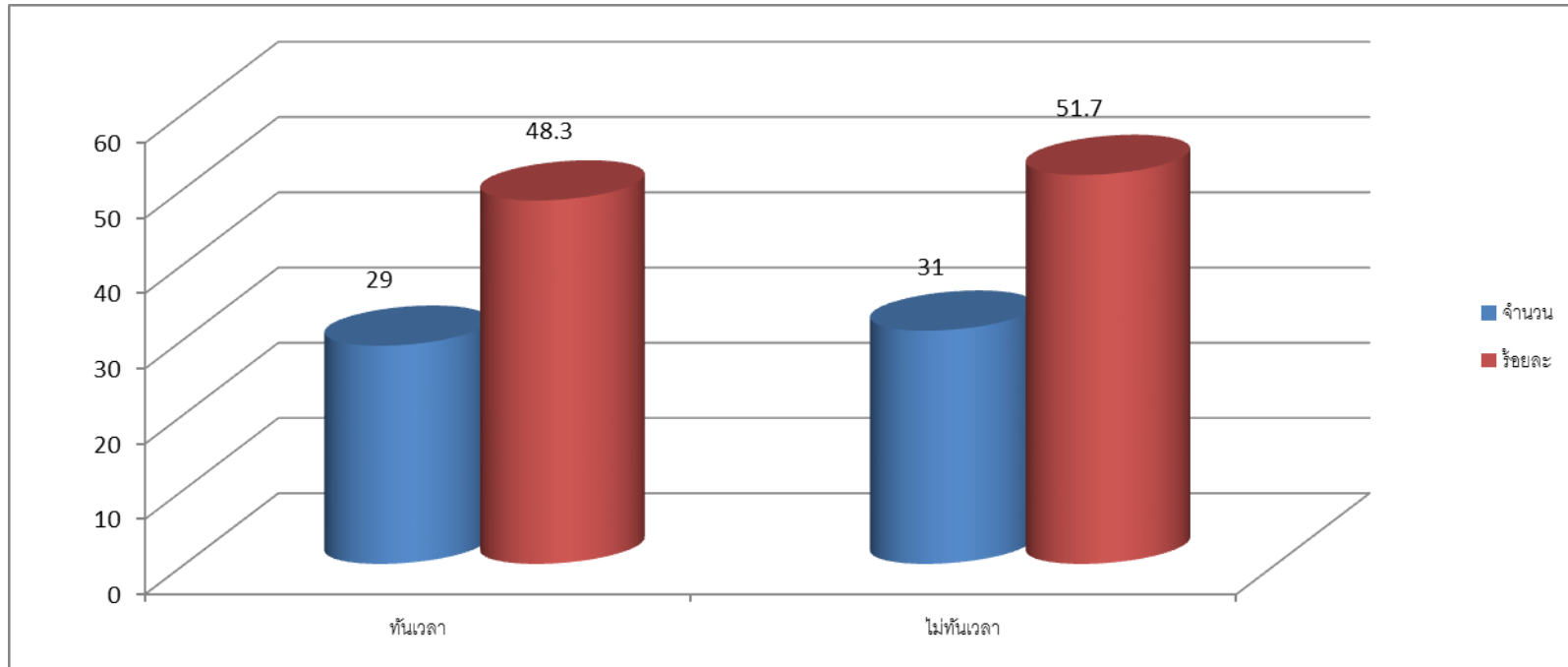
ข้อมูลจากHDC วันที่ ๒๖ ตุลาคม ๒๕๖๖

กราฟแสดงจำนวนผู้ป่วยรายใหม่แยกตามตำบลในอำเภอป่าโมกปี ๒๕๖๖



ข้อมูลจากHDC วันที่ ๒๖ ตุลาคม ๒๕๖๖

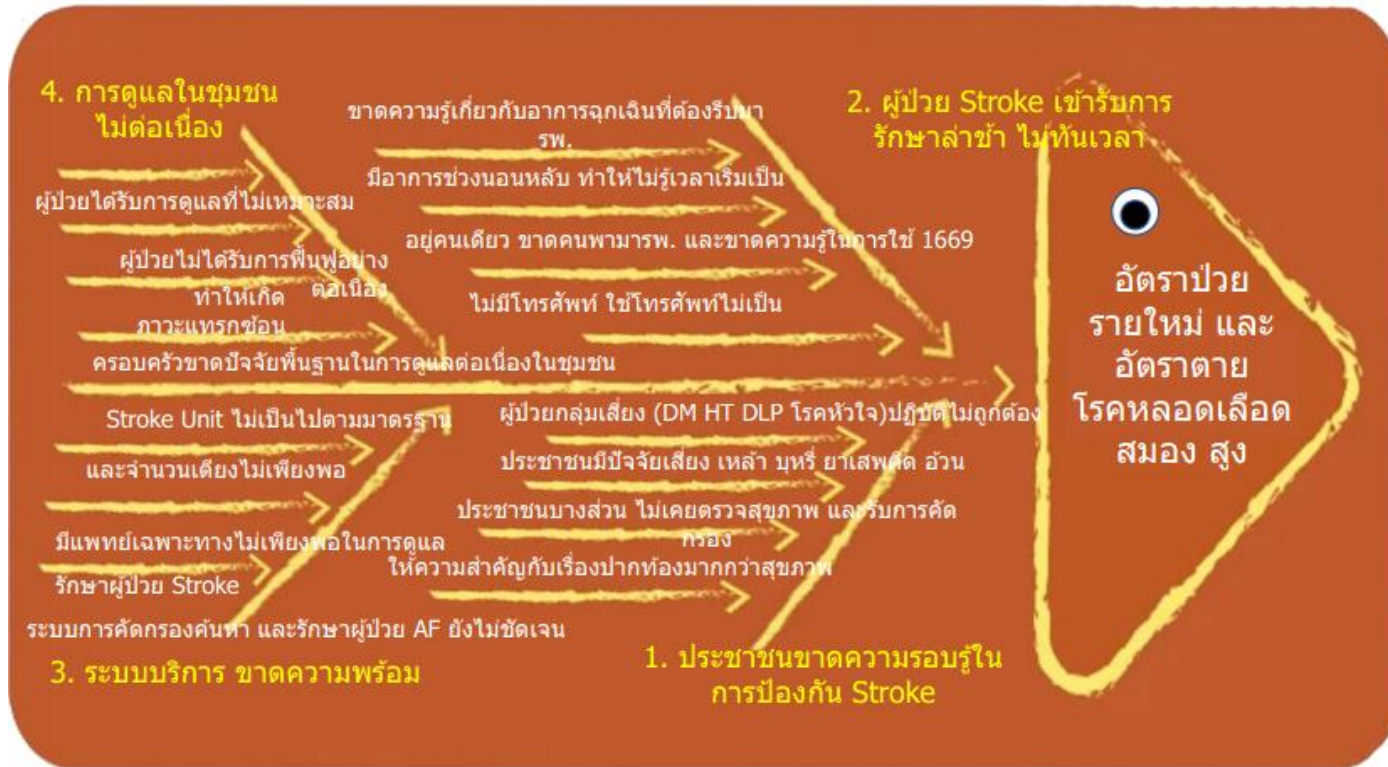
ตารางแสดงการมารพ.ทันเวลาของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองภายใน ๓ ชม. ปี ๒๕๖๖



ข้อมูลจากHDC วันที่ ๒๖ ตุลาคม ๒๕๖๖

๓. สาเหตุของปัญหา :

วิเคราะห์โดยผังก้างปลา (Fishbone diagram)



ตัวชี้วัดความสำเร็จ	เป้าหมาย ๓ เดือน	เป้าหมาย ๖ เดือน	เป้าหมาย ๙ เดือน	เป้าหมาย ๑๒ เดือน
๑.กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรอง และป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ ๙๐	๑.ประเมิน CVD Risk ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๖๐ ๒.ตรวจ AF (Atrial Fibrillation) ในผู้ที่ผลการคัดกรองอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงมาก (CVD Risk \geq ๓๐%) ร้อยละ ๖๐ ๓.ให้การรักษาผู้มีภาวะ AF (Atrial Fibrillation) ตามแนวทางการรักษา	๑.ประเมิน CVD Risk ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๙๐ ๒.จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงสูงมาก (CVD Risk \geq ๓๐%) ๓.ตรวจ AF (Atrial Fibrillation) ในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อย่างน้อย ๑ ครั้งต่อปี ในกลุ่มที่มีผลการคัดกรองอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงมาก (CVD Risk \geq ๓๐%) ทำ EKG ทุกราย ๔.ให้การรักษาผู้ที่ผล AF (Atrial Fibrillation) ผิดปกติตามแนวทางการรักษา ร้อยละ ๑๐๐	๑.จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงสูงมาก (CVD Risk \geq ๓๐%) ประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้วมีระดับ CVD Risk ลดลง ร้อยละ ๕๐ ๒.ให้การรักษาผู้ที่ผล AF (Atrial Fibrillation) ผิดปกติตามแนวทางการรักษา ร้อยละ ๑๐๐ ๓.ติดตามประเมินผล	๑.ผู้ที่ผล AF (Atrial Fibrillation) ผิดปกติ ได้รับการรักษาตามแนวทางการรักษา ร้อยละ ๑๐๐ ๒.ติดตามประเมินผล
๒.ประชาชนมีความรอบรู้ โรคหลอดเลือดสมอง	ผลิตสื่อ เสริมสร้างความรอบรู้แก่ประชาชน	จัดกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ให้กับผู้นำชุมชน อสม. และกลุ่มเสี่ยง(ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันน์ในเลือดสูง และโรคหัวใจ	ติดตามประเมินผล	ติดตามประเมินผล

ตัวชี้วัดความสำเร็จ	เป้าหมาย ๓ เดือน	เป้าหมาย ๖ เดือน	เป้าหมาย ๙ เดือน	เป้าหมาย ๑๒ เดือน
๓.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาทันเวลา ภายใน ๔.๕ ชั่วโมง ร้อยละ ๘๐	๑.รณรงค์/ประชาสัมพันธ์ Warning sign Stroke ในประเด็น FAST แก่ประชาชนผ่านสื่อต่าง ๆ ๒.ให้ความรู้ Warning sign Stroke แก่กลุ่มเสี่ยงและญาติ ๓.ประชาสัมพันธ์ระบบ EMS (๑๖๖๙)	สร้างแกนนำเฝ้าระวัง Stroke รายใหม่ให้เข้าถึงทันเวลา	ติดตามประเมินผล	ติดตามประเมินผล
๔.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับยาละลายลิ่มเลือด ร้อยละ ๘๐	๑.ทบทวน CPG และนำสู่การปฏิบัติ เป็นแนวทางเดียวกัน ๒.ทบทวนระบบส่งต่อเพื่อการเรียนรู้ แก้ปัญหาร่วมกันในเครือข่าย	ติดตามประเมินผล	ติดตามประเมินผล	ติดตามประเมินผล
๖.มีระบบ IMC ที่มีคุณภาพ ทุกอำเภอ	๑.พัฒนาการดำเนินงาน IMC ตามมาตรฐาน ๒.พัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย Stroke ต่อเนื่องในชุมชน	๑.พัฒนาการดำเนินงาน IMC ตามมาตรฐาน ๒.พัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย Stroke ต่อเนื่องในชุมชน	ติดตามประเมินผล	ติดตามประเมินผล

๔. มาตรการ กิจกรรมการดำเนินงาน

มาตรการ/กลวิธี	กิจกรรม		
	สสอ.	รพช.	รพ.สต.
๑.สร้างเสริมความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	๑.สนับสนุนสื่อประชาสัมพันธ์โรคหลอดเลือดสมอง การปฏิบัติตัวป้องกันโรค ลดปัจจัยเสี่ยง	๑.สร้างความรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองให้กับ ผู้นำชุมชน อสม. และประชากรกลุ่มเสี่ยง ๒.สร้างความรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองประชาชนในชุมชน ร่วมกับ อปท.	๑.สร้างความรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองให้กับ ผู้นำชุมชน อสม. และประชากรกลุ่มเสี่ยง ๒.สร้างความรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองประชาชนในชุมชน ร่วมกับ อปท.
๒.พัฒนาระบบบริการ ป้องกันและดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง		๑.ประเมิน CVD Risk ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยง (CVD Risk \geq ๓๐) ๒.ผู้นำชุมชน และ อสม. จัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยง (CVD Risk \geq ๓๐%) เพื่อการดูแลพิเศษ ๓.ตรวจคัดกรองเชิงรุกในประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ไม่เคยตรวจสุขภาพ (อ้วน BMI $>$ ๓๐+สูบบุหรี่+ดื่มสุรา+อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ๔.ตรวจคัดกรองภาวะ AF (Atrial Fibrillation) อย่างน้อย ๑ ครั้งต่อปี ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ทุกราย ใช้วิธีคลำชีพจร ถ้าผิดปกติ EKG และในกลุ่มเสี่ยง(CVD Risk \geq ๓๐%) ทำ EKG ทุกราย และผู้ที่มีภาวะ AF (Atrial Fibrillation) ได้รับการรักษาทุกราย ๕.ทบทวน CPG โรคหลอดเลือดสมองและนำสู่	๑.ประเมิน CVD Risk ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยง (CVD Risk \geq ๓๐) ๒.ผู้นำชุมชน และ อสม. จัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยง (CVD Risk \geq ๓๐%) เพื่อการดูแลพิเศษ ๓.ตรวจคัดกรองเชิงรุกในประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ไม่เคยตรวจสุขภาพ (อ้วน BMI $>$ ๓๐+สูบบุหรี่+ดื่มสุรา+อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ๔.ตรวจคัดกรองภาวะ AF (Atrial Fibrillation) อย่างน้อย ๑ ครั้งต่อปี ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ทุกราย ใช้วิธีคลำชีพจร ถ้าผิดปกติ EKG และในกลุ่มเสี่ยง(CVD Risk \geq ๓๐%) ทำ EKG ทุกราย และผู้ที่มีภาวะ AF (Atrial Fibrillation) ได้รับการรักษาทุกราย ๕.ทบทวน CPG โรคหลอดเลือดสมองและนำสู่

มาตรการ/กลวิธี	กิจกรรม		
	สสอ.	รพช.	รพ.สต.
		<p>การปฏิบัติให้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งเครือข่าย</p> <p>๖.รณรงค์/ประชาสัมพันธ์ Warning sign Stroke ในประเด็น FAST /ระบบ EMS ๑๖๖๙ แก่ ประชากรผ่านสื่อต่าง ๆ ร่วมกับ อปท.</p> <p>๗.สร้างแกนนำเฝ้าระวัง Stroke รายใหม่ให้ เข้าถึงทันเวลาผ่านระบบ ๓ หมอ</p>	<p>การปฏิบัติให้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งเครือข่าย</p> <p>๖.รณรงค์/ประชาสัมพันธ์ Warning sign Stroke ในประเด็น FAST /ระบบ EMS ๑๖๖๙ แก่ประชากรผ่านสื่อต่าง ๆ ร่วมกับ อปท.</p> <p>๗.สร้างแกนนำเฝ้าระวัง Stroke รายใหม่ให้ เข้าถึงทันเวลาผ่านระบบ ๓ หมอ</p>
๓.สร้างความร่วมมือภาคีเครือข่าย เพื่อการฟื้นฟู	๑.สนับสนุนการดำเนินงาน IMCตามมาตรฐานที่กำหนด	<p>๑.ดำเนินงานระบบ IMC ตามมาตรฐานที่กำหนด</p> <p>๒.เสริมสร้างความเข้มแข็งเครือข่ายการดูแล ผู้ป่วย Stroke ต่อเนื่องในชุมชน ร่วมกับ อปท.</p>	<p>๑.ดำเนินงานระบบ IMC ตามมาตรฐานที่กำหนด</p> <p>๒.เสริมสร้างความเข้มแข็งเครือข่ายการดูแล ผู้ป่วย Stroke ต่อเนื่องในชุมชน ร่วมกับ อปท.</p>

๖. โครงการที่ดำเนินงาน

โครงการ	กิจกรรม	แหล่งงบประมาณ/ จำนวนงบประมาณ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ (รพ./ สสอ. / รพ.สต.)
โครงการดูแลและป้องกันโรคหลอดเลือด	<p>๑.เตรียมความพร้อมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่.รับผิดชอบ</p> <p>๒.ประชาสัมพันธ์โครงการ</p> <p>๓.ซ่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิตเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว ๒๐๐คนๆละ๔๐บาท</p> <p>๔.คัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงด้วยแบบทดสอบความรู้</p> <p>๕.วิเคราะห์ผลการคัดกรอง</p> <p>๖.จัดทำทะเบียน กลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงสูง กลุ่มเสี่ยงสูงมาก</p> <p>๗.ในกลุ่มเสี่ยงสูงและสูงมาก ประเมินClean Kitchen ๖:๖:๑</p> <p>๘.ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงสูงในชุมชนโดยใช้Health literacy ๑ครั้ง</p> <p>๙.ติดตามประเมินกลุ่มเสี่ยงสูง ๑ เดือนและ๓เดือน รวม๒ครั้ง (ข้อ๘และข้อ๙ เป็นค่าอาหารว่าง ๓มื้อๆละ ๒๕บาท)</p> <p>๑๐.ประชาสัมพันธ์อาการสำคัญของหลอดเลือดโดยจัดทำ Sticker ติดทุกบ้าน ขนาด๖X๑๐</p> <p>๑๑.รณรงค์ให้ความรู้ประชาชนเรื่อง ๑๖๖๙</p> <p>๑๒.ประเมินผล</p>	งบกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลต.ป่าโมก/๔๕,๐๐๐ บาท	รพ.ป่าโมก

กรอบมาตรการและกิจกรรมดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗

คปสอ.ป่าโมก

ประเด็นการพัฒนา การป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

() ๑. แผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ กลยุทธ์

๑. จัดการสุขภาวะประชาชนทุกกลุ่มวัยที่มีคุณภาพ การป้องกันควบคุมโรค ภัยสุขภาพ และจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพที่ดี ของประชาชน
เป้าประสงค์

๑. ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพที่ดี การเจ็บป่วย และป่วยตายที่สำคัญลดลง

ตัวชี้วัด

๑. อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง (๕๔๐ ต่อแสนประชากร)

๒. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง (๘๗๖ ต่อแสนประชากร)

(✓) ๒. นโยบายกระทรวงสาธารณสุข นอกเหนือแผนสุขภาพจังหวัด () ๓. แผนงานตามภารกิจประจำ

๑. เป้าหมาย :

๑) จัดระบบบริการสุขภาพประชาชน โดยการนำเทคโนโลยี และนวัตกรรมเข้ามาใช้ในการให้บริการ (Digital Healthcare) หน่วยบริการละ ๑ แห่ง

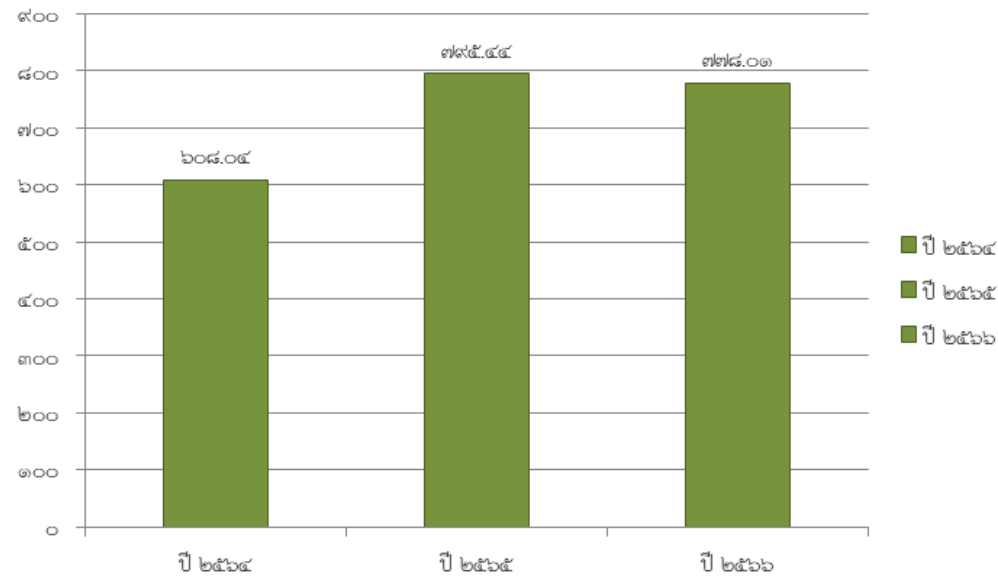
๒) กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ได้รับการตรวจยืนยัน วินิจฉัย ภายใน ๓๐ วัน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐

๓) ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย (กลุ่มสงสัยป่วย) รับรู้ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และได้รับคำแนะนำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

๒. วิเคราะห์สถานการณ์และข้อมูลสนับสนุน:

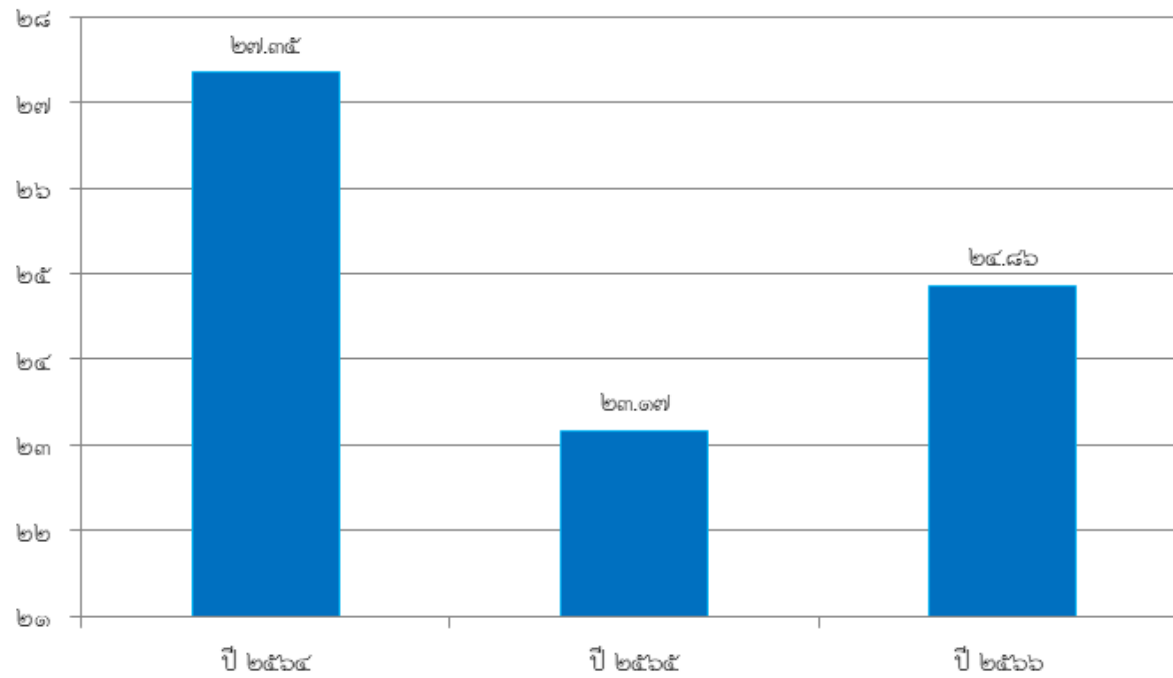
จากข้อมูล HDC ประชากร อำเภอป่าโมกอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป เป้าหมายคัดกรองความดันโลหิต จำนวน ๘,๗๕๙ ราย ได้รับการคัดกรองความดันโลหิต จำนวน ๘,๑๘๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๓.๔๘ พบผู้มีความเสี่ยง ร้อยละ ๔.๑๓ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่คัดกรองได้มากที่สุด คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพายทอง ร้อยละ ๙๗.๙๗ และพบผู้ที่มีความเสี่ยงมากที่สุดคือ โรงพยาบาลป่าโมก ร้อยละ ๙๒.๗๘ เป้าหมายการคัดกรองโรคเบาหวาน ของประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ ๓๕ ปีขึ้นไป จำนวน ๑๑,๐๔๓ ราย ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน จำนวน ๑๐,๐๗๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๑.๒๕ พบผู้เสี่ยงร้อยละ ๘.๗๕ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่คัดกรองได้มากที่สุด คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพายทอง ร้อยละ ๙๘.๘๑ และพบผู้ที่มีความเสี่ยงมากที่สุดคือ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสายทอง ร้อยละ ๖๑.๕๔ การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน ร้อยละ ๖๗.๖๓ ยังต่ำกว่าเป้าหมาย

แผนภูมิแสดงการอัตราการเกิดอุบัติใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากร ย้อนหลัง ๓ ปี



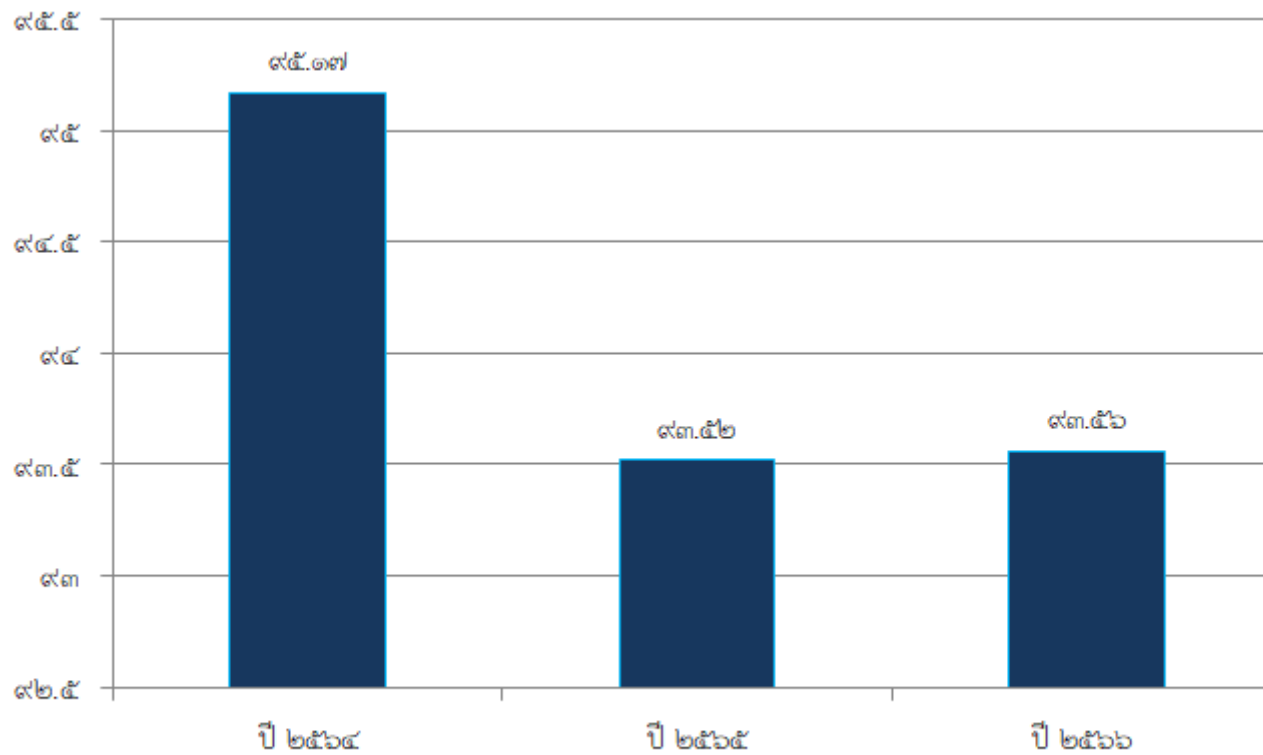
ข้อมูลจากHDC วันที่ ๒๖ ตุลาคม ๒๕๖๖

แผนภูมิแสดงร้อยละการควบคุมน้ำตาลได้ดีในผู้ป่วยเบาหวาน ย้อนหลัง 3 ปี



ข้อมูลจากHDC วันที่ ๒๖ ตุลาคม ๒๕๖๖

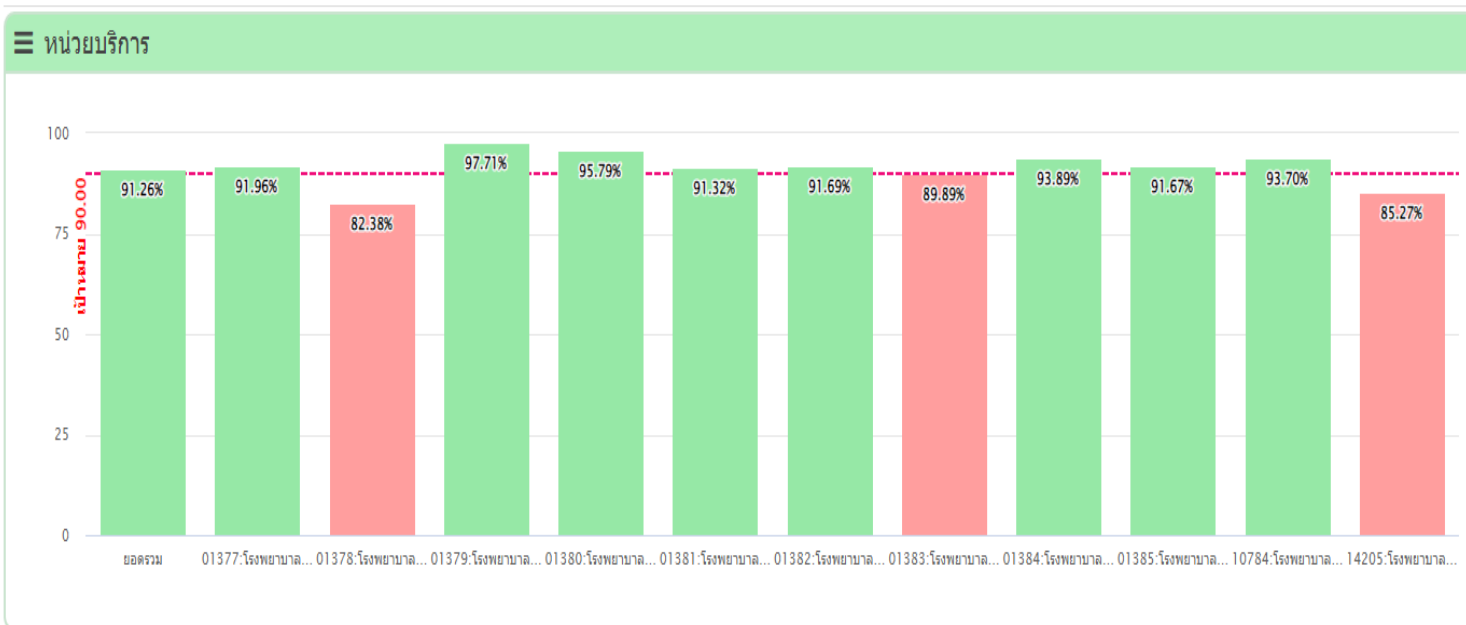
แผนภูมิแสดงร้อยละของประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยความดันโลหิตสูง ย้อนหลัง ๓ ปี



ข้อมูลจากHDC วันที่ ๒๖ ตุลาคม ๒๕๖๖

แผนภูมิแสดงร้อยละของประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวาน ของอำเภอป่าโมก ปีงบประมาณ ๒๕๖๖

🏠 ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวาน จังหวัดอ่างทอง อำเภอป่าโมก ปีงบประมาณ 2566



B หมายถึง จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด

A หมายถึง จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรองเบาหวาน

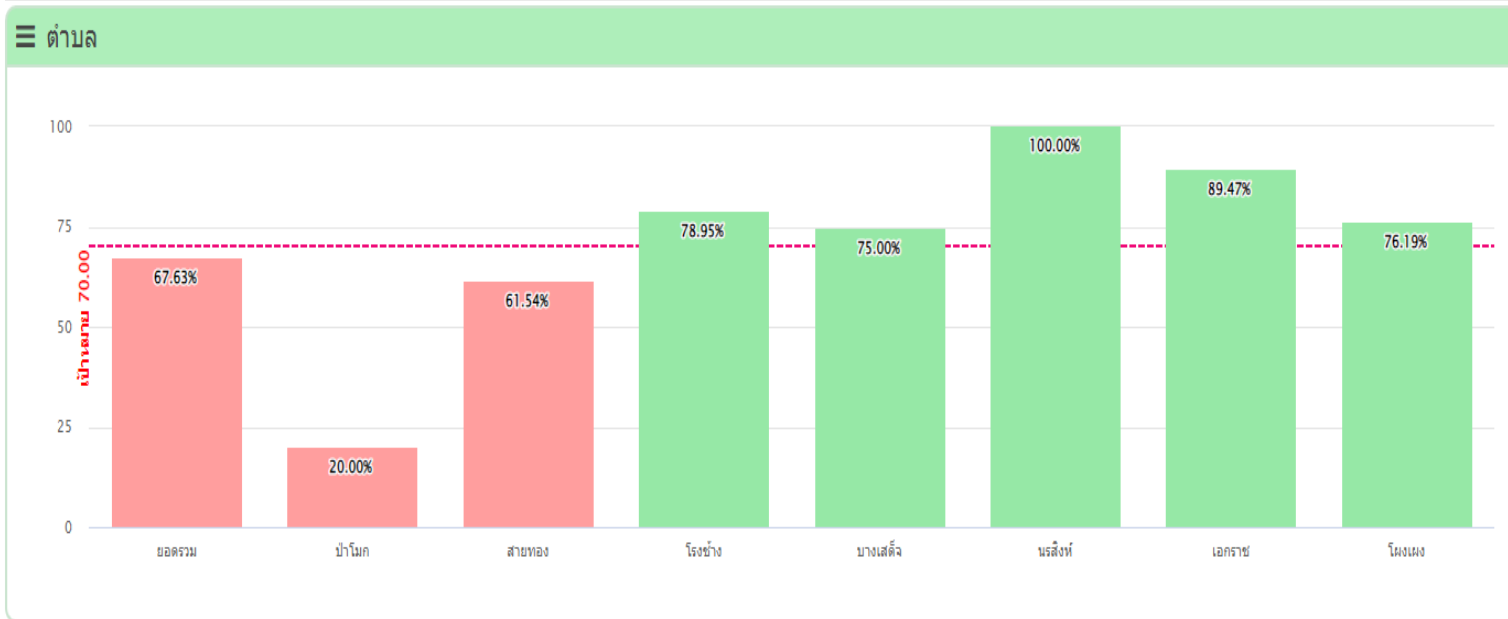
REPORT-SQL



ข้อมูลจากHDC วันที่ ๒๖ ตุลาคม ๒๕๖๖

แผนภูมิแสดงร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน ของอำเภอป่าโมก ปีงบประมาณ ๒๕๖๖

ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน จังหวัดอ่างทอง อำเภอป่าโมก ปีงบประมาณ 2566



B หมายถึง จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานและเป็น กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน

A หมายถึง จำนวนประชากรสงสัยป่วยโรคเบาหวานอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจยืนยันโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข ภายใน 1-180 วันก่อนสิ้นปีงบประมาณ

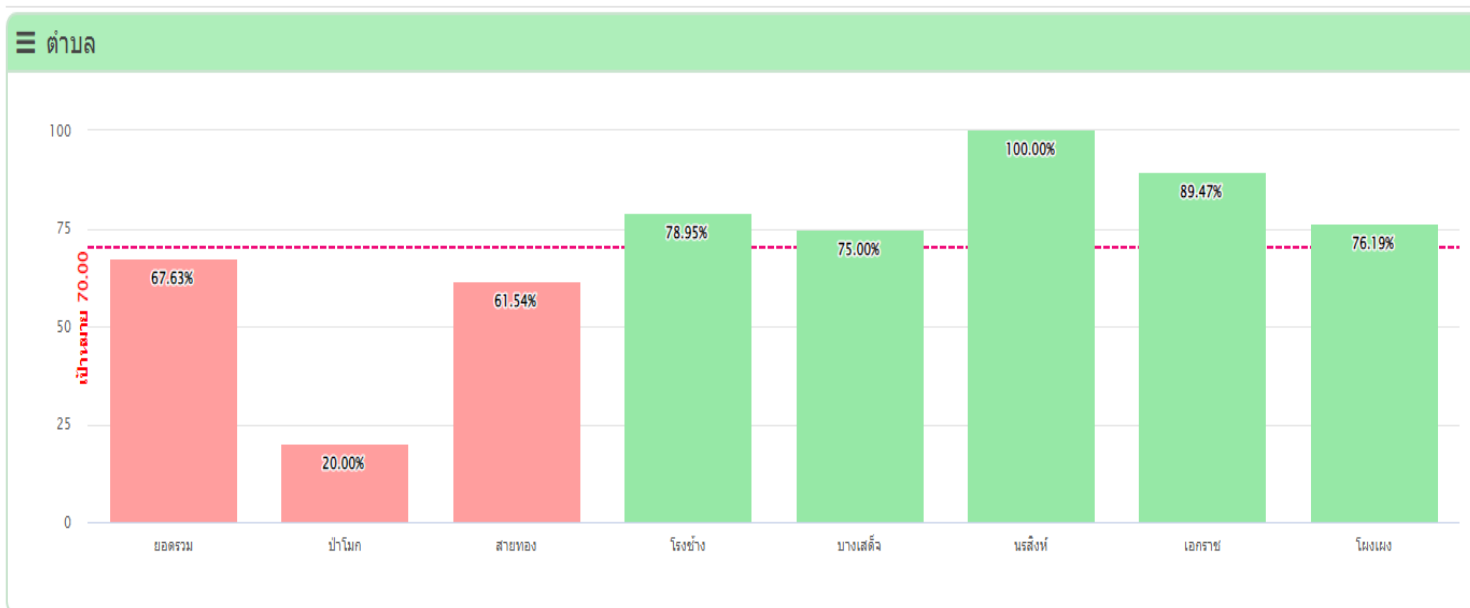
REPORT-SQL



ข้อมูลจากHDC วันที่ ๒๖ ตุลาคม ๒๕๖๖

แผนภูมิแสดงร้อยละของประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยความดันโลหิตสูง ของอำเภอป่าโมก ปีงบประมาณ ๒๕๖๖

🏠 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน จังหวัดอ่างทอง อำเภอป่าโมก ปีงบประมาณ 2566



B หมายถึง จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานและเป็น กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน

A หมายถึง จำนวนประชากรสงสัยป่วยโรคเบาหวานอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบได้รับการตรวจยืนยันโดยการตรวจระดับน้ำตาลสุกลอดหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข ภายใน 1 -180 วันก่อนสิ้นปีงบประมาณ

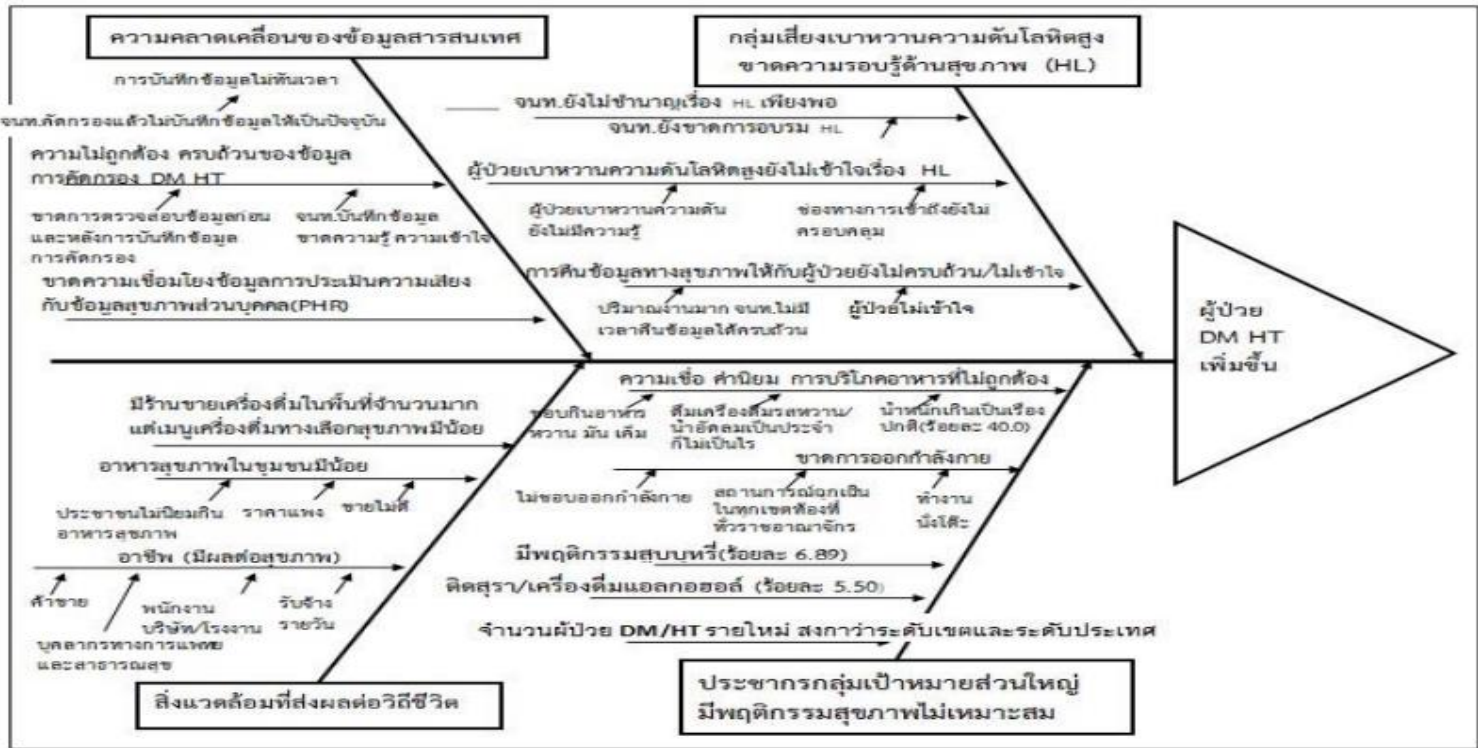
REPORT-SQL



ข้อมูลจากHDC วันที่ ๒๖ ตุลาคม ๒๕๖๖

๒. สาเหตุของปัญหา :

วิเคราะห์โดยผังก้างปลา (Fishbone diagram)



ผลงานวัดความสำเร็จ (KR)	เป้าหมาย ๓ เดือน	เป้าหมาย ๖ เดือน	เป้าหมาย ๙ เดือน	เป้าหมาย ๑๒ เดือน
๑.จัดระบบบริการสุขภาพประชาชน โดยการนำเทคโนโลยี และนวัตกรรมเข้ามาใช้ในการให้บริการ (Digital Healthcare) หน่วยบริการละ ๑ แห่ง	๑.มีระบบบริการประเมินความเสี่ยงสุขภาพประชาชน โดยการนำเทคโนโลยี และนวัตกรรมเข้ามาใช้ในการให้บริการ (Digital Healthcare) ทุกอำเภอ	๑.มีการใช้ระบบ Digital Healthcare ในการให้บริการประชาชน ทุกอำเภอ	๑.จัดระบบบริการสุขภาพประชาชน โดยการนำเทคโนโลยี และนวัตกรรมเข้ามาใช้ในการให้บริการ (Digital Healthcare) หน่วยบริการละ ๑ แห่ง	๑.มีระบบบริการประเมินความเสี่ยงสุขภาพประชาชน โดยการนำเทคโนโลยี และนวัตกรรมเข้ามาใช้ในการให้บริการ (Digital Healthcare) ทุกอำเภอ
๒.กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ได้รับการตรวจติดตามยืนยัน วินิจฉัย ภายใน ๓๐ วัน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๗๐	๑.คัดกรอง ประเมินความเสี่ยงสุขภาพประชาชนต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในพื้นที่ ไม่น้อยกว่า หรือเท่ากับร้อยละ ๖๐	๑.คัดกรอง ประเมินความเสี่ยงสุขภาพประชาชนต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในพื้นที่ ไม่น้อยกว่า หรือเท่ากับร้อยละ ๙๐ ๒.กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ได้รับการตรวจติดตามยืนยัน วินิจฉัย ภายใน ๓๐ วัน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐	๑.กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ได้รับการตรวจติดตามยืนยัน วินิจฉัย ภายใน ๙๐ วัน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐	๑.กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ได้รับการตรวจติดตามยืนยัน วินิจฉัย ภายใน ๑๘๐ วัน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐
๓.ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย (กลุ่มสงสัยป่วย) รับรู้ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และได้รับคำแนะนำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐		๑.ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย (กลุ่มสงสัยป่วย) รับรู้ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และได้รับคำแนะนำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐	๑.ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย (กลุ่มสงสัยป่วย) รับรู้ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และได้รับคำแนะนำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐	๑.ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย (กลุ่มสงสัยป่วย) รับรู้ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และได้รับคำแนะนำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

๔. มาตรการ กิจกรรมการดำเนินงาน

มาตรการ/กลวิธี			
	สสอ.	รพช.	รพ.สต.
๑.เพิ่มความสามารถของประชาชนในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง	๑. อบรมเชิงปฏิบัติการทีมด้านสุขภาพ (health leader team) และ HL ๒.ประสาน อปท./เสนอแผนการดำเนินงานเพื่อให้เกิดระบบ Digital Healthcare ในชุมชน ๓.ติดตาม ข้อมูลสารสนเทศ การคัดกรอง/ประเมิน ความเสี่ยง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โรคเบาหวาน ความความดันโลหิตสูง	๑.จัดระบบบริการประเมินความเสี่ยงสุขภาพประชาชน โดยการนำเทคโนโลยี และนวัตกรรมเข้ามาใช้ในการให้บริการ (Digital Healthcare) ๒. คัดกรองประเมินความเสี่ยงสุขภาพประชาชนต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในพื้นที่ ตรวจสอบติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยเพื่อให้ได้รับการวินิจฉัย ๓.ให้บริการคำแนะนำในเรื่องระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้การสนทนาสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (MI) ประชาชนที่เป็นโรคอ้วน/สูบบุหรี่/ดื่มสุรา ๔.อบรมเชิงปฏิบัติการผู้ประกอบการร้านอาหาร/ร้านเครื่องดื่มในชุมชน ๕.สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (HL) ในเรื่องการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประชาชน	๑.ประสาน อปท./เสนอแผนการดำเนินงานเพื่อให้เกิดระบบ Digital Healthcare ในชุมชน ๒.จัดระบบบริการประเมินความเสี่ยงสุขภาพประชาชน โดยการนำเทคโนโลยี และนวัตกรรมเข้ามาใช้ในการให้บริการ (Digital Healthcare) ๓. คัดกรองประเมินความเสี่ยงสุขภาพประชาชนต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในพื้นที่ ตรวจสอบติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยเพื่อให้ได้รับการวินิจฉัย ๔.ให้บริการคำแนะนำในเรื่องระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้การสนทนาสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (MI) ประชาชนที่เป็นโรคอ้วน/สูบบุหรี่/ดื่มสุรา ๕.อบรมเชิงปฏิบัติการผู้ประกอบการร้านอาหาร/ร้านเครื่องดื่มในชุมชน ๖.สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (HL) ในเรื่องการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประชาชน

๖. โครงการที่ดำเนินงาน

โครงการ	กิจกรรม	แหล่งงบประมาณ/ จำนวน งบประมาณ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ (รพ./ สสอ. / รพ.สต.)
<p>โครงการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง คปสอ.ป่าโมก ปี ๒๕๖๗</p>	<p>กิจกรรมในชุมชน</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑.คัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตในประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ๒.จัดทำทะเบียนกลุ่มปกติ เสี่ยงป่วย ๓.ติดตามกลุ่มเสี่ยง ๔.ในกลุ่มเสี่ยงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้Health literacyจำนวน ๑ วัน ติดตาม ๓ เดือนและ ๖ เดือน <p>กิจกรรมในรพ.</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑.ขึ้นทะเบียนผู้ป่วย ๒.ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและทำสมุดประจำตัวในรายใหม่และนำมารพ.ด้วยทุกครั้ง ๓.ผู้ป่วยเบาหวาน ๔.พัฒนาระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่รพ.สต ๕. คลินิกให้คำปรึกษาให้คำปรึกษารายบุคคล รายกลุ่ม ๖.ติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่ม Poor Contral ๗.ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อน ๘.ติดตาม ประเมินผล 	<p>งบUC(PP)/๘๐,๐๐๐บาท</p>	<p>รพ.ป่าโมก</p>

กรอบมาตรการและกิจกรรมดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง

(✓) แผนปฏิบัติราชการด้านสุขภาพจังหวัดอ่างทอง กลยุทธ์ ๒ พัฒนาคุณภาพและเพิ่มศักยภาพระบบบริการสุขภาพวิถีใหม่ทุกระดับ

เป้าประสงค์ เพิ่มการเข้าถึงการบริการด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพตามหลักการลดอันตรายจากการ

ใช้ยาเสพติด

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ ร้อยละผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา

() ๒. นโยบายกระทรวงสาธารณสุข นอกเหนือแผนสุขภาพจังหวัด (✓) ๓. แผนงานตามภารกิจประจำ

๑. เป้าหมาย : ๑) ร้อยละ ๙๐ ผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดได้รับการคัดกรองและส่งต่อเข้ารับการบำบัดตามมาตรฐาน

๒. วิเคราะห์สถานการณ์และข้อมูลสนับสนุน

๑) ผลการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติด ในปี ๒๕๖๖ (ข้อมูล จาก บสต. ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ – ๑๕ กันยายน ๒๕๖๖)

เป้าหมายการบำบัด จำนวน ๔๗ คน ผลการบำบัด จำนวน ๙๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๐๖.๓๙

๒) โรงพยาบาลป่าโมก ผ่านการรับรองคุณภาพ HA ยาเสพติด

๓. สาเหตุของปัญหา :

๑. ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ผู้เข้ารับการบำบัดในจังหวัดอ่างทองจำนวนมากกว่าเป้าหมาย เนื่องจาก นโยบายรัฐบาลได้ประกาศให้ปฏิบัติการป้องกัน ปรามปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยเปิดปฏิบัติการตั้งแต่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ ถึง ๓๑ มกราคม ๒๕๖๖ ซึ่งมีผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติด คือระบบ สัมผัสใจ ตามมาตรา ๑๑๓ และ ๑๑๔ เป็นจำนวนมาก ทำให้บุคลากรของหน่วยบริการสาธารณสุข/โรงพยาบาลในพื้นที่ ต้องดำเนินการคัดกรองผู้ป่วยยาเสพติดและการ บำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติด

เป็นจำนวนมาก ส่งผลกระทบในเชิงคุณภาพการบำบัดรักษาเนื่องจากข้อจำกัดของจำนวนบุคลากรที่ให้บริการด้านการบำบัดรักษาไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้รับบริการ แต่ทั้งนี้ ในพื้นที่ได้มีการบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ประกอบด้วย ฝ่ายปกครอง ตำรวจ ผู้นำชุมชน อสม. ครอบครัวผู้เสพยาเสพติด และประชาชนในชุมชน/หมู่บ้าน เข้ามาช่วยในการเรื่องของการจัดบริการและการติดตามดูแลระหว่างการบำบัดรักษาและติดตามหลังการบำบัดรักษา

๒. สภาพแวดล้อมในครอบครัวและชุมชน ยังไม่เอื้อต่อการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยระหว่างที่เข้ารับการบำบัด และผู้ที่ผ่านการบำบัดทำให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ

๓. ผลการติดตามดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง ยังไม่ครอบคลุมผู้ที่เข้ารับการบำบัด ทั้งนี้ระหว่างบำบัด/หลังจากการบำบัดผู้รับการบำบัดยังอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิม คือมีตัวยาให้สามารถเสพได้ จึงอาจเป็นเหตุให้ผู้ผ่านการบำบัดกลับไปเสพยาได้ ขาดความต่อเนื่องในการบำบัด และ drop out ในที่สุด รวมทั้งผู้ป่วยบางรายถูกดำเนินคดี

๔. การดำเนินงานด้านการบำบัดใน รพ.สต. ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ เนื่องจากบุคลากรยังขาดทักษะและประสบการณ์ในการให้การบำบัด รวมทั้งยังขาดความมั่นใจในเรื่องของความปลอดภัย

๑.เป้าหมาย : ๑) ร้อยละ ๙๐ ผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดได้รับการคัดกรองและส่งต่อเข้ารับการบำบัดตามมาตรฐาน

: ๒) ร้อยละ ๖๒ ผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดได้รับการบำบัดรักษาตามมาตรฐานและได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม

ผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ๓ เดือน	เป้าหมาย ๖ เดือน	เป้าหมาย ๙ เดือน	เป้าหมาย ๑๒ เดือน
ร้อยละของผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติด ได้รับการคัดกรองและส่งต่อเข้ารับการบำบัดตามมาตรฐาน	ร้อยละ ๓๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐
ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	ร้อยละ ๑๐	ร้อยละ ๓๐	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๒

๔. มาตรการ/กิจกรรมการดำเนินงาน

มาตรการ/โครงการ /กิจกรรมหลัก	กิจกรรมดำเนินงาน			
	สสอ.	รพท.	รพช.	รพ.สต.
๑. พัฒนาศูนย์คัดกรองผู้ใช้สารเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๖๔	๑. พัฒนาศูนย์คัดกรองทุกตำบล ๒. ประสานฝ่ายปกครองและตำรวจในการนำผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการศูนย์คัดกรอง ๓. นำเสนอข้อมูลเป้าหมาย/ผลงานในการประชุม ศป.ปส.อ. ๔. สนับสนุน ติดตามการดำเนินงาน ศูนย์คัดกรองใน รพ.สต.	๑. การคัดกรองผู้ใช้ ผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดเพื่อเข้ารับการรักษา ๒. ส่งตัวผู้ใช้ ผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดที่ผ่านการคัดกรองเพื่อเข้ารับการรักษา ๔. บันทึกข้อมูลในระบบข้อมูลการรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ให้ครบถ้วน ทันเวลา		
๒. การนำผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัด	๑. ประสานฝ่ายปกครองและตำรวจในการนำผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟู ๒. นำเสนอข้อมูลเป้าหมาย/ผลงานในการประชุม ศป.ปส.อ. ๓. สนับสนุน ติดตามการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟู ใน รพ.สต.	๑. รับการส่งตัวผู้ใช้ ผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด จากศูนย์คัดกรองเพื่อเข้ารับการรักษา ๒. ให้การบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดด้วยโปรแกรมจิตสังคมบำบัด(Matrix Program) BA BI และ CBTx ๓. ดำเนินมาตรการ ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) ตามชุดบริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ด้านสุขภาพและสังคม ๔. บันทึกข้อมูลในระบบข้อมูลการรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ให้ครบถ้วน ทันเวลา		

มาตรการ/โครงการ /กิจกรรมหลัก	กิจกรรมดำเนินงาน			
	สสอ.	รพท.	รพช.	รพ.สต.
๓. ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม				<p>๑. ประสานภาคีเครือข่ายในชุมชน/พื้นที่ ในการนำผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชนให้สามารถเข้าถึงระบบบริการและเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาที่ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)</p> <p>๒. ติดตามผู้ผ่านการบำบัดอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย ๔ ครั้ง ใน ๑ ปี หลังจากสรุปผลการบำบัดรักษา</p> <p>๓. ประเมิน Retention rate</p>
๔. พัฒนาระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง(CBTx)	<p>๑. สนับสนุน และติดตาม การดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx)</p> <p>๒. การขับเคลื่อนการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ผ่าน พชอ.</p>			<p>๑. การคัดกรองผู้ใช้ ผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดเพื่อเข้ารับการบำบัด</p> <p>๒. ให้การบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ ผู้เสพยาเสพติดใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง(CBTx)</p> <p>๓. บันทึกข้อมูลในระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ให้ครบถ้วน ทันเวลา</p> <p>๔. พัฒนาภาคีเครือข่ายชุมชนด้านการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง</p>

มาตรการ/โครงการ /กิจกรรมหลัก	กิจกรรมดำเนินงาน			
	สสอ.	รพท.	รพช.	รพ.สต.
๕. ใช้แนวทางลดอันตรายจากยาเสพติด Harm Reduction เป็นส่วนหนึ่งของการบำบัดรักษา เพื่อให้ผู้เสพยาเสพติดได้ลดอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง ครอบครัว และสังคม	สนับสนุน ติดตามการดำเนินงานลดอันตรายจากยาเสพติด Harm Reduction	<p>๑. จัดตั้งศูนย์บริการด้านการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดระดับจังหวัด อาทิ การจัดบริการให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของยาเสพติด โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรค และไวรัสตับอักเสบบีและซี การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การให้สารทดแทนระยะยาว อาทิเช่น เมทาโดน</p> <p>๒. สำรวจค้นหาผู้ติดยาเสพติดเรื้อรัง ผู้ใช้ยาเสพติด เพื่อให้บริการด้านการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด พร้อมจัดทำฐานข้อมูลให้ชัดเจน</p> <p>๓. ให้บริการลดอันตรายจากยาเสพติด เป็นส่วนหนึ่งของการบำบัดรักษา เพื่อให้ผู้เสพยาเสพติดได้ลดอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง ครอบครัว และสังคม</p> <p>๔. บันทึกข้อมูลการให้บริการลดอันตรายจากยาเสพติด Harm Reduction ในระบบฐานข้อมูลการให้บริการของสถานบริการ</p>		
๖. การพัฒนาสถานบำบัดตามมาตรฐานการรับรองคุณภาพ HA ยาเสพติด	๑. สนับสนุนการพัฒนาส่วนขาดของโรงพยาบาล	<p>๑. โรงพยาบาลวิเคราะห์ส่วนขาด HA ยาเสพติด</p> <p>๒. จัดทำแผนการปรับปรุง</p> <p>๓. ขอรับการประเมินรับรองคุณภาพ HA ยาเสพติด</p>		

๖. โครงการที่ดำเนินงาน

โครงการ	กิจกรรม	แหล่งงบประมาณ/ จำนวนงบประมาณ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ (รพ./ สสอ. / รพ.สต.)
โครงการพัฒนาคุณภาพการบำบัดและติดตามงานยาเสพติดโรงพยาบาลป่าโมก ปี ๒๕๖๗	จัดซื้อเวชภัณฑ์ยา (ยาจิตเวช)	งบสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข/๑๒๐,๐๐๐ บาท	รพ.ป่าโมก

กรอบมาตรการและกิจกรรมดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗
กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง

- (✓) ๑. แผนปฏิบัติการด้านสุขภาพจังหวัดอ่างทอง กลยุทธ์ พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช
 เป้าประสงค์ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ≤๘ ต่อประชากรแสนคน
 ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ ร้อยละผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ
- () ๒. นโยบายกระทรวงสาธารณสุข นอกเหนือแผนสุขภาพจังหวัด (✓) ๓. แผนงานตามภารกิจประจำ
 เป้าหมาย ๑. ร้อยละ ๘๐ ของผู้ป่วยซึมเศร้ามีอาการทุเลาในการติดตาม ๖ เดือน
 ๒. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ≤๘ ต่อประชากรแสนคน
 ๓. ร้อยละ ๙๐ ของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี

ผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ๓ เดือน	เป้าหมาย ๖ เดือน	เป้าหมาย ๙ เดือน	เป้าหมาย ๑๒ เดือน
๑. ร้อยละของผู้ป่วยซึมเศร้ามีอาการทุเลาในการติดตาม ๖ เดือน ๒. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ๒.๑ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ๒.๒ ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี	มีระบบติดตาม ≤๘ ต่อประชากรแสนคน ร้อยละ ๙๐	ระดับอาการเล็กน้อย-ปานกลาง ร้อยละ ๔๐ ≤๘ ต่อประชากรแสนคน ร้อยละ ๙๐	ระดับอาการเล็กน้อย-ปานกลาง ร้อยละ ๖๐ ≤๘ ต่อประชากรแสนคน ร้อยละ ๙๐	ระดับอาการเล็กน้อย-ปานกลาง ร้อยละ ๘๐ ≤๘ ต่อประชากรแสนคน ร้อยละ ๙๐

๒. วิเคราะห์สถานการณ์และข้อมูลสนับสนุน:

ข้อมูลการฆ่าตัวตายสำเร็จของจังหวัดอ่างทอง ระหว่างปี ๒๕๖๒ - ๒๕๖๕ พบอัตราการฆ่าตัวตาย ๗.๒ , ๗.๒ , ๘.๒ และ ๖.๘ ต่อแสนประชากรตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เมื่อจำแนกตาม*วิธีการที่ใช้*ในการฆ่าตัวตาย พบว่าการผูกคอตาย ร้อยละ ๗๗.๒ รองลงไปที่ การกินยา/สารเคมี ร้อยละ ๑๐.๕ กระโดดจากที่สูง ร้อยละ ๗ และการใช้อาวุธปืน ร้อยละ ๕.๓ ส่วนช่วงอายุที่มีการฆ่าตัวตายสูงที่สุดคือวัยทำงาน ร้อยละ ๗๖.๗

ในปี ๒๕๖๖ จากการรวบรวมข้อมูลผู้พยายามทำร้ายตัวเอง พบว่าจังหวัดอ่างทอง มีผู้ที่ทำร้ายตัวเองจนเสียชีวิต ทั้งหมดจำนวน ๑๖ คน คิดเป็น ๕ ต่อจำนวนประชากรแสนคนในพื้นที่ โดยจำแนกได้ ดังนี้ ๑) วิธีการ วิธีการที่ใช้ในการฆ่าตัวตาย ใช้วิธีการผูกคอตายจำนวน ๑๒ คน รองลงมาได้แก่ การใช้อาวุธปืน ๓ คน และกินยา/สารเคมี ๑ คน ๒) เพศ เป็นเพศชายจำนวน ๑๐ คน เพศหญิงจำนวน ๖ คน ๓) วัย อยู่ในวัยทำงานสูงที่สุด จำนวน ๑๒ คน ตามมาด้วยวัยสูงอายุ จำนวน ๔ คน โดยมีข้อสังเกตสำคัญได้แก่ ผู้มีอายุอยู่ช่วงระหว่าง ๔๐-๔๙ ปี มีจำนวนการฆ่าตัวตายสูงที่สุด ถึง ๗ คนคิดเป็นร้อยละ ๔๓.๘

๓. สาเหตุของปัญหา:

เมื่อพิจารณาปัจจัยตามกลุ่มเป้าหมายตามแนวทางดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายจังหวัดอ่างทอง ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ โดยมทั้งหมด ๓ กลุ่ม ได้แก่ ๑) กลุ่มประชาชนทั่วไป ๒) กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง และ ๓) กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย พบว่า

๑) กลุ่มประชาชนทั่วไป

ในกลุ่มประชาชนทั่วไป หมายถึงกลุ่มผู้ที่ไม่พบว่ามีโรคประจำตัว และไม่เคยรับการบริการในสถานบริการด้วยโรคเรื้อรัง พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย จำนวน ๗ คน

ปัจจัยเสี่ยง

มีปัญหาสัมพันธภาพจำนวน ๕ คน

ปัจจัยกระตุ้น

ใช้สารเสพติด ๑ คน

หนี้สิน ๑ คน

ในจำนวนดังกล่าวเคยมีประวัติทำร้ายตัวเอง ๒ คน และส่งสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย ๓ คน

๒) กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง

ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หมายถึงกลุ่มที่มีโรคประจำตัวและได้รับการบริการในสถานบริการ พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย จำนวน ๙ คน
ปัจจัยเสี่ยง

เจ็บป่วยด้วยโรคทางกายเรื้อรัง ๙ คนโดยจำนวน ๕ คน ป่วยด้วยโรค ความดันโลหิตสูง

ทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย ๔ คน

ปัจจัยกระตุ้น

หนี้สิน จำนวน ๔ คน

๓) กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย

ในกลุ่มผู้ที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย หมายถึงกลุ่มผู้เคยมีประวัติการทำร้ายตัวเองทั้งเคยเข้ารับและไม่เคยเข้ารับการรักษาของสถานบริการ พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย จำนวน ๓ คน

ปัจจัยเสี่ยง

ประวัติพยายามฆ่าตัวตาย ๑ ราย

ปัจจัยกระตุ้น

ดื่มสุรา จำนวน ๑ คน

สรุป เหตุปัจจัยฆ่าตัวตายของจังหวัดอ่างทองจากการวิเคราะห์ข้อมูล รง๕๐๖S ปีงบฯ ๒๕๖๖

อันดับ ๑ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายเรื้อรัง ๙ คน (จำนวน ๕ คน ป่วยด้วยโรค ความดันโลหิตสูง)

อันดับ ๒ กลุ่มประชาชนทั่วไป มีปัญหาสัมพันธ์ภาพจำนวน ๕ คน

อันดับ ๓ กลุ่มผู้มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย จำนวน ๓ คน

๔. มาตรการ กิจกรรมการดำเนินงาน

มาตรการ/โครงการ / กิจกรรมหลัก	กิจกรรมดำเนินงาน				
	สสจ.	สสอ.	รพท.	รพช.	รพสต
มาตรการที่ ๑. มาตรการ เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย แบบมุ่งเป้า	<p>๑. จัดประชุมชี้แจงการดำเนินงานเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย ดังนี้</p> <p>๒. จัดระบบการเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ ได้แก่</p> <p>๑) กลุ่มประชาชนทั่วไป สนับสนุนให้สถานบริการให้บริการกลุ่มประชาชนกลุ่มทั่วไปที่มาใช้บริการที่สถานบริการ ประเมินสุขภาพจิตด้วย Application Mental health Check in</p> <p>๒) กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง พัฒนารูปแบบคัดกรอง</p>	<p>๑. ติดตามการเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ ได้แก่</p> <p>๑) กลุ่มประชาชนทั่วไป ติดตามให้สถานบริการให้บริการกลุ่มประชาชนกลุ่มทั่วไปที่มาใช้บริการที่สถานบริการ ประเมินสุขภาพจิตด้วย Application Mental health Check in ร้อยละ ๑๐ ของประชากรในพื้นที่</p> <p>๒) กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ติดตามการคัดกรองสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยใช้แบบประเมิน ๒Q+ , ๙Q , ๘Q และ</p>	<p>๑. เฝ้าระวัง ในกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ ได้แก่</p> <p>๑) กลุ่มประชาชนทั่วไป ให้บริการกลุ่มประชาชนกลุ่มทั่วไปที่มารับบริการในพื้นที่ประเมินสุขภาพจิตด้วย Application Mental health Check in ร้อยละ ๑๐</p> <p>๒) กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง - คัดกรองสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยใช้แบบประเมิน ๒Q+ , ๙Q , ๘Q ในคลินิก NCD และให้ความช่วยเหลือดูแลกลุ่มเสี่ยง</p> <p>- ดูแล/ส่งต่อ กรณีผู้ป่วยที่มี</p>	<p>๑. เฝ้าระวัง ในกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ ได้แก่</p> <p>๑) กลุ่มประชาชนทั่วไป ให้บริการกลุ่มประชาชนกลุ่มทั่วไปที่มารับบริการในพื้นที่ประเมินสุขภาพจิตด้วย Application Mental health Check in ร้อยละ ๑๐</p> <p>๒) กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง - คัดกรองสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยใช้แบบประเมิน ๒Q+ , ๙Q , ๘Q ในคลินิก NCD และให้ความช่วยเหลือดูแลกลุ่มเสี่ยง</p> <p>- ดูแล/ส่งต่อ กรณีผู้ป่วยที่มี</p>	<p>๑. เฝ้าระวัง ในกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ ได้แก่</p> <p>๑) กลุ่มประชาชนทั่วไป ให้บริการกลุ่มประชาชนกลุ่มทั่วไปที่มารับบริการในพื้นที่ประเมินสุขภาพจิตด้วย Application Mental health Check in ร้อยละ ๑๐</p> <p>๒) กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง - คัดกรองสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยใช้แบบประเมิน ๒Q+ , ๙Q , ๘Q ในคลินิก NCD และให้ความช่วยเหลือดูแลกลุ่มเสี่ยง</p> <p>- ดูแล/ส่งต่อ กรณีผู้ป่วยที่มี</p>

มาตรการ/โครงการ / กิจกรรมหลัก	กิจกรรมดำเนินงาน				
	สสจ.	สสอ.	รพท.	รพช.	รพสต
	<p>สุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยใช้แบบประเมิน ๒Q+ , ๙Q , ๘Q และบันทึกข้อมูลในระบบ HOSxP (ส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต)</p> <p>๓) กลุ่มผู้มีประวัติฆ่าตัวตาย</p> <p>ติดตามรูปแบบการให้บริการกรณีมีผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ที่แพทย์วินิจฉัย รหัส X</p> <p>๒. นิเทศ ติดตาม ประเมินผลการเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับอำเภอ</p>	<p>บันทึกข้อมูลในระบบ HOSxP (ส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต)</p> <p>๓) กลุ่มผู้มีประวัติฆ่าตัวตาย</p> <p>ติดตามรูปแบบการให้บริการกรณีมีผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ที่แพทย์วินิจฉัย รหัส X</p> <p>๒. นิเทศ ติดตาม ประเมินผลการเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับอำเภอ</p>	<p>ความเสี่ยงสูง</p> <p>๓) กลุ่มผู้มีประวัติฆ่าตัวตาย</p> <p>- ให้บริการกรณีมีผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ที่แพทย์วินิจฉัย รหัส X</p> <p>- ฝึกอบรมญาติของกลุ่มเสี่ยงให้มีทักษะเฝ้าระวังสัญญาณเตือนและทักษะการช่วยเหลือเบื้องต้น</p> <p>- สอบสวนโรคกรณีพยายาม/ฆ่าตัวตายสำเร็จ</p>	<p>ความเสี่ยงสูงเพื่อร่วมดูแลติดตามต่อไป</p> <p>๓) กลุ่มผู้มีประวัติฆ่าตัวตาย</p> <p>- ให้บริการกรณีมีผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ที่แพทย์วินิจฉัย รหัส X</p> <p>- ฝึกอบรมญาติของกลุ่มเสี่ยงให้มีทักษะเฝ้าระวังสัญญาณเตือนและทักษะการช่วยเหลือเบื้องต้น</p> <p>- สอบสวนโรคกรณีพยายาม/ฆ่าตัวตายสำเร็จ</p>	<p>ความเสี่ยงสูงเพื่อร่วมดูแลติดตามต่อไป</p> <p>๓) กลุ่มผู้มีประวัติฆ่าตัวตาย</p> <p>- ให้บริการกรณีมีผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ที่แพทย์วินิจฉัย รหัส X</p> <p>- ฝึกอบรมญาติของกลุ่มเสี่ยงให้มีทักษะเฝ้าระวังสัญญาณเตือนและทักษะการช่วยเหลือเบื้องต้น</p> <p>- สอบสวนโรคกรณีพยายาม/ฆ่าตัวตายสำเร็จ</p>

แผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ ของอำเภอ.ป่าโมก ปี ๒๕๖๗

ประเด็นการพัฒนา : ก้าวสู่การยุติวัณโรค (Go to End TB strategy)

๑.วิเคราะห์สถานการณ์และข้อมูลสนับสนุน :

จากรายงานสรุปผลการดำเนินงานควบคุมวัณโรค อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง ปี ๒๕๖๖ (ตุลาคม ๒๕๖๕- ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖) พบผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภท จำนวน ๑๘ ราย เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะบวก ๑๓ ราย เสมหะลบ ๒ ราย กลับเป็นซ้ำ ๐ ราย วัณโรคนอกปอด ๓ ราย อัตราผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทต่อแสนประชากร เท่ากับ ๓๒.๕๖ และเสียชีวิต ๑ ราย ดังตารางที่ ๑

ผลสำเร็จในการรักษาวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ จำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษาปีงบประมาณ ๒๕๖๖ งวดที่ ๑ จำนวน ๔ ราย นั้นมีผู้ป่วยที่นำมาประเมิน จำนวน ๔ ราย ผลสำเร็จในการรักษา ๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ดังตารางที่ ๒

ปัญหาที่พบคืออัตราการค้นหาต่ำกว่าเกณฑ์ เนื่องจากมีสาเหตุจากการค้นหาเชิงรุกกลุ่มเสี่ยงทำไม่สม่ำเสมอ การรักษาเน้นโรคเรื้อรัง กลุ่มเสี่ยงไม่ไม่เห็นความสำคัญในการตรวจคัดกรอง และไม่มีอาการป่วย ต้องลางาน ผลการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคใน ๖ กลุ่มเสี่ยงได้จำนวน ๑๘ ราย ตำบลที่มีการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูงที่สุดคือตำบลป่าโมก ๔ ราย รองลงมาคือตำบลเอกราช คิดเป็นร้อยละ ๓๒.๕๖ ของจำนวนคาดการณ์ผู้ป่วยวัณโรค ดังตารางที่ ๓

ตารางที่ ๑ จำนวนผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทที่ขึ้นทะเบียนรักษา ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ อ.ป่าโมก (ตุลาคม ๒๕๖๕ - กันยายน ๒๕๖๖)

ตำบล	รายใหม่เสมหะบวก	ใหม่เสมหะลบ/ไม่มีผล	กลับเป็นซ้ำ	นอกปอด	อื่นๆ	รวม
ป่าโมก	๓	๐	๐	๑	๐	๔
บางปลากด	๑	๑	๐	๐	๐	๒
บางเสด็จ	๑	๐	๐	๑	๐	๒
โรงช้าง	๑	๑	๐	๐	๐	๒
สายทอง	๑	๐	๐	๐	๐	๑
นรสิงห์	๐	๐	๐	๑	๐	๑
เอกราช	๓	๐	๐	๐	๐	๓
โผงเผง	๑	๐	๐	๐	๐	๑
อื่น ๆ	๒	๐	๐	๐	๐	๒
รวม	๑๓	๒	๐	๓	๐	๑๘

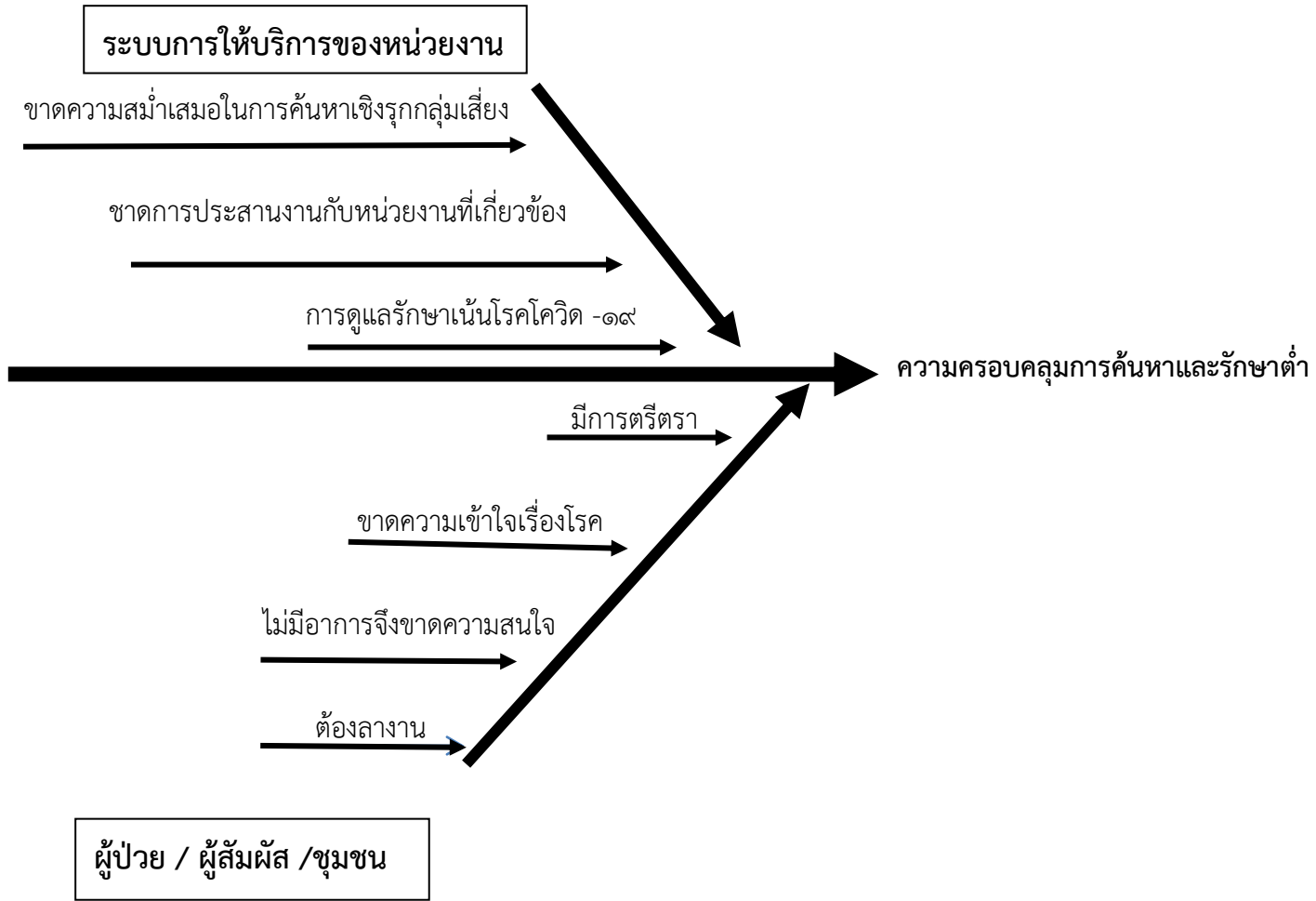
ตารางที่ ๒ ผลการรักษาสำเร็จ (Success Rate) ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษาปี ๒๕๖๖ /๑ (PA)

พื้นที่	ขึ้นทะเบียน	ไม่นำมาประเมิน		นำมาประเมิน	รักษาสำเร็จ		กำลังรักษา		ขาดยา		ล้มเหลว		เสียชีวิต		โอนออก	
		RR/MDR-TB เดือนที่ ๕	เปลี่ยน วินิจฉัย		n	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n
อ.ป่าโมก	๔	๐	๐	๔	๔	๑๐๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐

ตารางที่ ๓ แสดงจำนวนการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยวัณโรค และจำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนเทียบกับค่าคาดประมาณผู้ป่วย ปี ๒๕๖๖

จำนวนคาดการณ์ค้นพบผู้ป่วยวัณโรค			การคัดกรองความเสี่ยง									ผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการขึ้นทะเบียน	
อำเภอ	จำนวนประชากร	จำนวนคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรค (๑๕๖/แสนปชก.)	สถานบริการ	๑.ผู้สัมผัสวัณโรค	๒.ผู้ต้องขัง	๓.ผู้ติดเชื้อเอชไอวี	๔.ผู้ป่วยโรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง	๕.ผู้สูงอายุมากกว่า ๖๕ ปี หรือมี COPD หรือ DM	๖.แรงงานต่างชาติ / ใช้สารเสพติด	๗.บุคลากรสาธารณสุข	รวม	จำนวนขึ้นทะเบียน	ร้อยละของการคาดประมาณ
ป่าโมก	๒๗,๗๙๔	๓๙	รพ.ป่าโมก	๒๕	๐	๑๐๕	๐	๒๔๓	๐	๒๐๗	๕๘๐	๑๘	๔๖.๑๕

๒.สาเหตุของปัญหา : แผนภูมิแก๊งปลาเพื่อวิเคราะห์รากเหง้าของผู้ป่วยวัณโรค คปสอ. ป่าโมก



๓. เป้าหมาย : ๑. ความครอบคลุมการค้นพบและรักษา Treatment coverage >ร้อยละ ๙๐

๒. อัตราการหายและรักษาครบ >ร้อยละ ๙๐

๔. Small Success : ความครอบคลุมการค้นพบและรักษา Treatment coverage >ร้อยละ ๙๐

ตัวชี้วัดความสำเร็จ	เป้าหมาย ๓ เดือน	เป้าหมาย ๖ เดือน	เป้าหมาย ๙ เดือน	เป้าหมาย ๑๒ เดือน
๑ กลุ่มเสี่ยงสูงได้รับการคัดกรอง - กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรอง Verbal screening - กลุ่มเสี่ยงสูงได้รับการคัดกรอง CXR	- จัดทำทะเบียน ๗ กลุ่มเสี่ยง - คัดกรองกลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV - คัดกรองกลุ่มผู้สูงอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป และกลุ่ม ภูมิคุ้มกันต่ำ - คัดกรองผู้ต้องขัง ผู้ถูกจำกัดสิทธิ์ ผู้ใช้สารเสพติด บุคลากรสาธารณสุข - กลุ่มผู้สัมผัสผู้ป่วยให้คัดกรองทันทีที่พบผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ ๙๐	- คัดกรองกลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV - คัดกรองกลุ่มผู้สูงอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป และกลุ่ม ภูมิคุ้มกันต่ำ - คัดกรองผู้ต้องขัง ผู้ถูกจำกัดสิทธิ์ ผู้ใช้สารเสพติด บุคลากรสาธารณสุข -กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรอง ร้อยละ ๕๐	- คัดกรองกลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV -คัดกรองกลุ่มผู้สูงอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป และกลุ่ม ภูมิคุ้มกันต่ำ -คัดกรองผู้ต้องขัง ผู้ถูกจำกัดสิทธิ์ ผู้ใช้สารเสพติด บุคลากรสาธารณสุข - ๗ กลุ่มเสี่ยง ได้รับการคัดกรองร้อยละ ๗๐	- ๗ กลุ่มเสี่ยง ได้รับ การคัดกรองร้อยละ ๙๐
๒ ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยได้รับการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคในโปรแกรม NTIP ทุกราย	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐

Small Success : อัตราการรักษาหายและรักษาครบ >ร้อยละ ๙๐

ตัวชี้วัดความสำเร็จ	เป้าหมาย ๓ เดือน	เป้าหมาย ๖ เดือน	เป้าหมาย ๙ เดือน	เป้าหมาย ๑๒ เดือน
๑ ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการรักษาและ/หรือขยายสูตรยาตามแนวทาง CPG ทุกราย	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐
๒ ผู้ป่วยวัณโรค ๖ กลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจ Drug sensitivity (ความไวของการดื้อยา) ทุกราย	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐
๓.สถานบริการระดับตำบลมีการกำหนด Case Managerและ Care Planในการจัดการและดูแลผู้ป่วยวัณโรคตลอดการรักษาทุกราย	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐
๔ ผู้ป่วยที่โอนออกได้รับการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม NTIP	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐
๕ ผู้ป่วยที่เสียชีวิตในระหว่างการรักษา ผู้ป่วยดื้อยา ผู้ป่วยที่ล้มเหลว ผู้ป่วยขาดยา ได้รับการทบทวนและเขียนรายงานสอบสวนโรค	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐

๕.มาตรการ กิจกรรมการดำเนินงาน

มาตรการ/กลยุทธ์	กิจกรรมดำเนินงาน		
	สสจ.	รพช.	รพ.สต.
๑.เร่งรัดค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรค และผู้ป่วยวัณโรคให้ครอบคลุมโดยการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง	๑.ประชุมชี้แจงการดำเนินงานแก่ ผู้รับผิดชอบ ๒.วางแผนการดำเนินงานค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคในอำเภอ ร่วมกับ โรงพยาบาลและ รพ.สต. ๓.กำกับ ติดตาม ผลการดำเนินงาน และสรุป รายงานการคัดกรองให้ สสจ. เพื่อสรุปในที่ประชุม กวป.ทุกเดือน ๔.สนับสนุนให้เกิดการ สื่อสารความเสี่ยงให้กับ ผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยง และ ประชาชนทั่วไปอย่างต่อเนื่องในทุกพื้นที่	๑.ค้นหากลุ่มเสี่ยงสูง และกลุ่มเสี่ยงวัณโรคในพื้นที่ และจัดทำ ทะเบียนกลุ่มเป้าหมาย ๒.ดำเนินการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง - กลุ่มเสี่ยงสูง ได้รับการคัดกรอง CXR - กลุ่มเสี่ยง ได้รับการคัดกรองด้วย Verbal screening ๓.บันทึกการคัดกรองลงในโปรแกรม NTIP ทุกราย ๔. รณรงค์ประชาสัมพันธ์ความรู้วัณโรคในพื้นที่ร่วมกับภาคี เครือข่าย	๑.ค้นหากลุ่มเสี่ยงสูง และกลุ่มเสี่ยงวัณโรคในพื้นที่ และจัดทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมาย ๒.ดำเนินการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง - กลุ่มเสี่ยงสูง ส่งต่อโรงพยาบาลเพื่อรับ การคัดกรอง CXR - กลุ่มเสี่ยง ได้รับการคัดกรองด้วย Verbal screeningและส่งข้อมูลให้โรงพยาบาลบันทึก การคัดกรองลงในโปรแกรม NTIPทุกราย ๓.รณรงค์ประชาสัมพันธ์ความรู้วัณโรคในพื้นที่ร่วมกับภาคีเครือข่าย

มาตรการ/กลยุทธ์	กิจกรรมดำเนินงาน		
	สสอ.	รพช.	รพ.สต.
๒. ผู้ป่วยวัณโรคเข้าสู่ระบบการรักษาทุกราย	๑. กำกับ ติดตาม การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในโปรแกรม NTIP ทุกราย	๑. ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่ ในโปรแกรม NTIP ทุกราย ๒. ติดตาม บันทึกการรักษาผู้ป่วยวัณโรคแต่ละรายอย่างต่อเนื่องจนสิ้นสุดการรักษา ๓. รายงานผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ในรายงาน ๕๐๖ ภายใน ๗ วัน	๑. ติดตามผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนให้เข้าสู่กระบวนการรักษาในโรงพยาบาล และติดตามกลุ่มเสี่ยงเพื่อเข้ารับการรักษา
๓. ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการรักษาตามมาตรฐาน และติดตามอาการทุกราย	๑. กำกับ ติดตาม การรักษาผู้ป่วยวัณโรคตาม CPG ที่กำหนด ๒. ร่วมกับโรงพยาบาล และ รพ.สต. วิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิต/การขาดยา /การรักษาล้มเหลว /ต้อยา ของผู้ป่วยวัณโรค และเขียนรายงานสอบสวนโรค	๑. ดูแลรักษาผู้ป่วยตามมาตรฐานและมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ๒. จัดบริการคลินิกวัณโรค (TB Clinic) ๓. จัดระบบป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล ๔. ประสานร่วมมือกับ สสจ. สสอ. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการดำเนินการควบคุมวัณโรคของภาคีเครือข่ายอย่างมีประสิทธิภาพ ๕. จัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลและเครือข่าย ๖. ให้ความช่วยเหลือและประสานงานด้านสังคมสงเคราะห์ในกรณีที่พบปัญหาของผู้ป่วย ๗. เฝ้าระวัง ติดตามสถานการณ์วัณโรค และสอบสวนโรค ๘. ร่วมกับ รพ.สต. ในการคัดเลือกผู้ทำหน้าที่ DOT ๙. ดำเนินการ Training ผู้ทำหน้าที่ DOT ๑๐. ร่วมกับ สสอ. ในการกำกับติดตาม	๑. มีการกำหนด Case Manager และ care plan ในการจัดการและดูแลผู้ป่วยวัณโรคตลอดการรักษา ทุกราย ๒. ดำเนินการ Training ผู้ทำหน้าที่ DOT ๓. สนับสนุนดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาทุกมื้อ โดยครบถ้วน และส่งข้อมูลให้โรงพยาบาล บันทึกในโปรแกรม NTIP ๔. ติดตามให้ผู้ป่วยเก็บเสมหะเพื่อส่งตรวจตามแนวทางการรักษาพร้อมติดตามอาการของผู้ป่วย ๕. ดำเนินการติดตาม หรือเยี่ยมบ้าน ถ้าผู้ป่วยผัดนัด หรือคอยดูแลจัดการเบิกยามาเตรียมไว้ให้พร้อมอยู่เสมอ ๖. ส่งต่อผู้ป่วย ประสานงานกับโรงพยาบาล หรือ รพ.สต. อื่นๆ

๖. โครงการที่ดำเนินงาน

โครงการ	กิจกรรม	แหล่งงบประมาณ/ จำนวนงบประมาณ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ (รพ./ สสอ. / รพ.สต.)
โครงการค้นหาและดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค	๑. จัดทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมาย ๖ กลุ่มเสี่ยง ๒. คัดกรองกลุ่มเสี่ยงโดย - การคัดกรอง Verbal screening - กลุ่มเสี่ยงสูงได้รับการคัดกรอง CXR ๓. บันทึกการคัดกรองในโปรแกรม NTIP ๔. รณรงค์ประชาสัมพันธ์ความรู้เรื่องวัณโรคในพื้นที่ร่วมกับภาคีเครือข่ายร่วมกับสร้าง HL เรื่องวัณโรคแก่ครอบครัวหรือผู้สัมผัส ๕. ขึ้นทะเบียนรักษาทุกรายที่แพทย์วินิจฉัย	เงินบำรุง จำนวน ๑๐,๐๐๐ บาท	รพ./ สสอ. / รพ.สต.

กรอบมาตรการและกิจกรรมดำเนินงานประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗

คปสอ.ป่าโมก

ประเด็นพัฒนา : การขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพประชาชนโดยใช้กลไก พขอ.ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต/พชต.

- () ๑. แผนปฏิบัติการราชการด้านสุขภาพ กลยุทธ์ : ประชาชนมีระบบสุขภาพที่ยั่งยืน
- (✓) ๒. นโยบายกระทรวงสาธารณสุข นอกเหนือแผนสุขภาพจังหวัด () ๓. แผนงานตามภารกิจประจำ

มาตรการ : การขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพประชาชนโดยใช้กลไก พขอ.ตำบลจัดการ คุณภาพชีวิต/พชต.

วัตถุประสงค์ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอป่าโมกมีการใช้กระบวนการ พขอ.ดำเนินการแก้ปัญหาคุณภาพชีวิตแบบบูรณาการอย่างมีระบบและเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ ร้อยละ ๘๐ ภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอป่าโมกมีการดำเนินงานและผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ มีการประชุม ทบทวนรายชื่อคณะกรรมการ คัดเลือกประเด็นปัญหา ร่วมกันวางแผนแก้ไข กำหนดกลุ่มเป้าหมายในการดูแลที่ชัดเจนสอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่ มีการประเมินตนเอง ในโปรแกรม CL UCARE และมีการสรุปผลการดำเนินงาน

วิเคราะห์ปัญหา

- ๑. การเปลี่ยนแปลงประธานและคณะกรรมการ ส่งผลกระทบต่อความต่อเนื่องในการดำเนินงาน
- ๒. งบประมาณในการแก้ไขปัญหาไม่จํานวนจํากัด

ข้อมูลสนับสนุนการดำเนินงาน

ภาคีเครือข่ายมีความเข้มแข็งในการสนับสนุนและร่วมดำเนินงาน ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอป่าโมก โรงพยาบาลป่าโมก ศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาลป่าโมก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง ๑๐ แห่ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้ง ๗ แห่ง สถานศึกษา โรงเรียนภาครัฐและเอกชน หน่วยงานราชการในอำเภอป่าโมก ฝ่ายปกครอง สถานีตำรวจภูธรป่าโมก ผู้ประกอบการภาคเอกชน ภาคประชาชน ปราชญ์ชาวบ้าน เยาวชนและผู้แทนคณะสงฆ์

ผลงานวัดความสำเร็จ (KR)	เป้าหมาย ๓ เดือน	เป้าหมาย ๖ เดือน	เป้าหมาย ๙ เดือน	เป้าหมาย ๑๒ เดือน
ระดับความสำเร็จของภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอป่าโมก มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพชีวิตประชาชนด้วยกลไก พขอ. แบบบูรณาการอย่างมีระบบและมีประสิทธิภาพ	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐

๔. มาตรการ กิจกรรมการดำเนินงาน

มาตรการ/กลวิธี	หน่วยงาน		
	สสอ.	รพช.	รพ.สต.
การขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอป่าโมกโดยใช้กลไก พชอ. ตำบลจัดการสุขภาพชีวิต พชต.แบบบูรณาการอย่างมีระบบและเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ และประชาชนมีระบบสุขภาพยั่งยืน	<p>๑.ประชุมถ่ายทอดแผนและนโยบายการดำเนินงานให้คณะกรรมการและภาคีเครือข่ายได้ทราบ พร้อมทบทวนรายชื่อคณะกรรมการ พชอ. ให้เป็นปัจจุบัน ร่วมกันคัดเลือกประเด็นปัญหาและวางแผนแก้ไขปัญหากำหนดกลุ่มเป้าหมายในการดูแลที่ชัดเจนสอดคล้องกับปัญหาตามบริบทของพื้นที่</p> <p>๒. มีการประเมินตนเองในโปรแกรม CL UCARE</p> <p>๓.ประชุมสรุปผลการดำเนินงาน</p>	<p>๑.ร่วมประชุมถ่ายทอดแผนและนโยบายการดำเนินงาน และทบทวนรายชื่อคณะกรรมการ พชอ.</p> <p>๒.ร่วมกันคัดเลือกประเด็นปัญหาและวางแผนแก้ไขปัญหากำหนดกลุ่มเป้าหมายในการดูแลที่ชัดเจนสอดคล้องกับบริบทปัญหาของพื้นที่ บูรณาการเชื่อมโยงการทำงานของ ๓ หมอรู้จักคุณ, สมาร์ท อสม., ศูนย์ร่วมสุข , PCU/NPCU, ตำบลจัดการสุขภาพพร้อมกับกลไก พชต./พชอ.</p> <p>๓.นำเสนอผลการดำเนินงานในพื้นที่</p>	<p>๑.ร่วมประชุมถ่ายทอดแผนและนโยบายการดำเนินงาน และทบทวนรายชื่อคณะกรรมการ พชอ.</p> <p>๒.ร่วมกันคัดเลือกประเด็นปัญหาและวางแผนแก้ไขปัญหากำหนดกลุ่มเป้าหมายในการดูแลที่ชัดเจนสอดคล้องกับบริบทปัญหาของพื้นที่ บูรณาการเชื่อมโยงการทำงานของ ๓ หมอรู้จักคุณ, สมาร์ท อสม., ศูนย์ร่วมสุข , PCU/NPCU, ตำบลจัดการสุขภาพพร้อมกับกลไก พชต./พชอ.</p> <p>๓.นำเสนอผลการดำเนินงานในพื้นที่</p>

กรอบมาตรการและกิจกรรมดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗

คปสอ.ป่าโมก

ประเด็นการพัฒนา การป้องกันควบคุมโรคมะเร็ง

(✓) ๑. แผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ

กลยุทธ์ที่ ๑ จัดการสุขภาพประชาชนทุก กลุ่มวัยที่มีคุณภาพ การป้องกันควบคุมโรค ภัยสุขภาพ และจัดการอนามัย สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพที่ดีของประชาชน
เป้าประสงค์ ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพที่ดี การเจ็บป่วย และป่วยตายที่สำคัญลดลง

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ อัตราการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อัตราการคัดกรองมะเร็งเต้านม อัตราการคัดกรองมะเร็งลำไส้

กลยุทธ์ที่ ๒ พัฒนาคูณภาพและเพิ่มศักยภาพระบบบริการสุขภาพวิถีใหม่ทุกระดับ

เป้าประสงค์ ประชาชนเข้าถึงบริการ ได้รับการรักษาที่มีคุณภาพ เสมอภาคและเป็นธรรม

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ ร้อยละของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ได้รับการรักษาผ่าตัด / รังสีรักษา / เคมีบำบัดตามเกณฑ์ที่กำหนด

(✓) ๒. นโยบายกระทรวงสาธารณสุข นอกเหนือแผนสุขภาพจังหวัด () ๓. แผนงานตามภารกิจประจำ

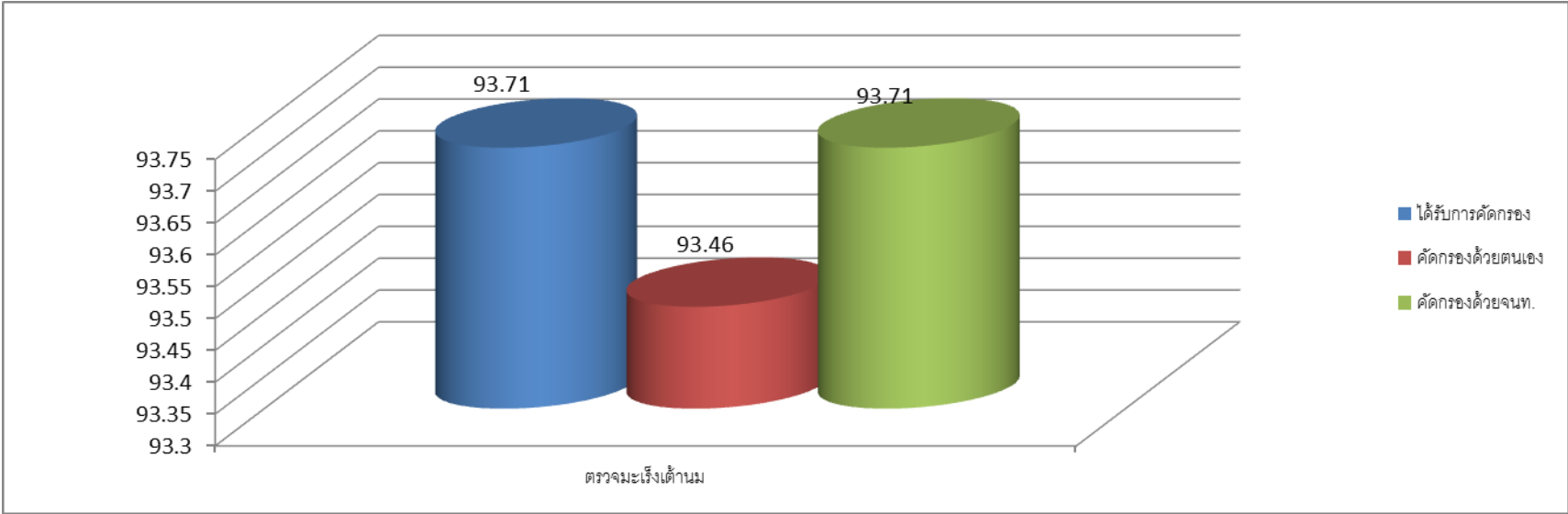
เป้าหมาย ๑) ร้อยละ อัตราคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ ๓๐ - ๖๐ ปี

๒) ร้อยละ อัตราการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรี อายุ ๓๐-๗๐ ปี

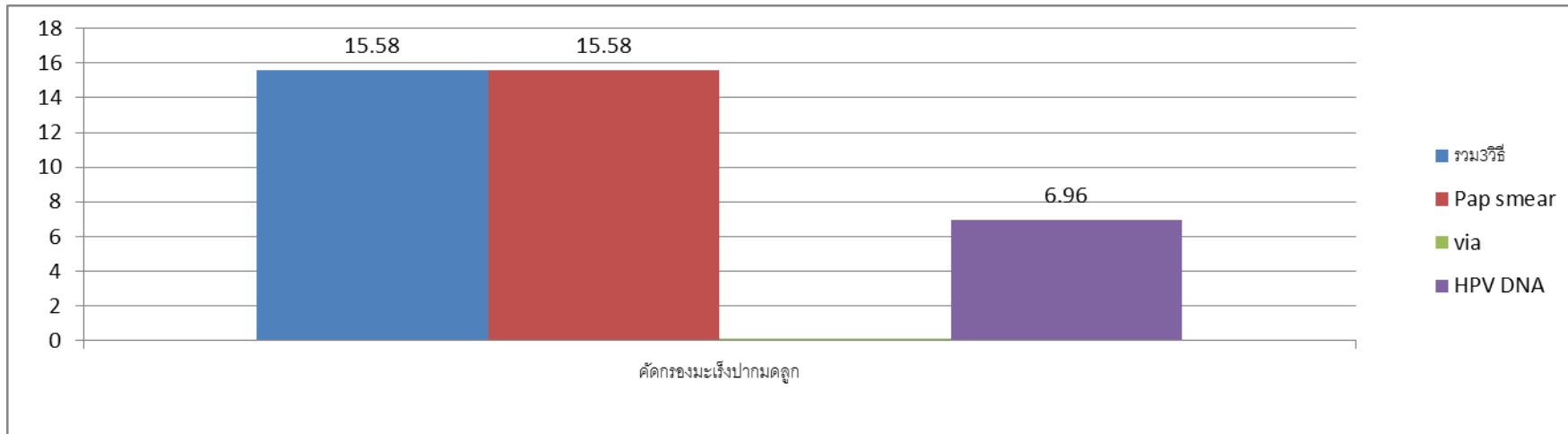
๓) ร้อยละ ๔๕ ของประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

๑. วิเคราะห์สถานการณ์และข้อมูลสนับสนุน:จากข้อมูล HDC ปี๒๕๖๖ หญิงวัย๓๐-๗๐ปี ในอำเภอป่าโมกจำนวน ๖,๖๔๘ คน ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมจำนวน ๖,๒๓๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๓.๗๑ คัดกรองด้วยตนเองร้อยละ ๙๓.๔๖ คัดกรองด้วยเจ้าหน้าที่ร้อยละ ๙๓.๗๑ สตรีอายุ ๓๐-๖๐ปีในอำเภอป่าโมก จำนวน ๙๐๕ คนตามกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ๑๔๑ คน คิดเป็นร้อยละ๑๕.๕๘ เป็นPap smear ร้อยละ ๑๕.๕๘ V/a ร้อยละ ๐.๑๑ HPV DNA ร้อยละ ๖.๙๖ ได้รับการคัดกรอง Fit test ร้อยละ ๙๒.๙๒ ผลบวก ร้อยละ๗.๐๘ ส่งส่งกล้องร้อยละ ๑๒.๒๒ พบมะเร็ง ร้อยละ ๑๑.๐๐

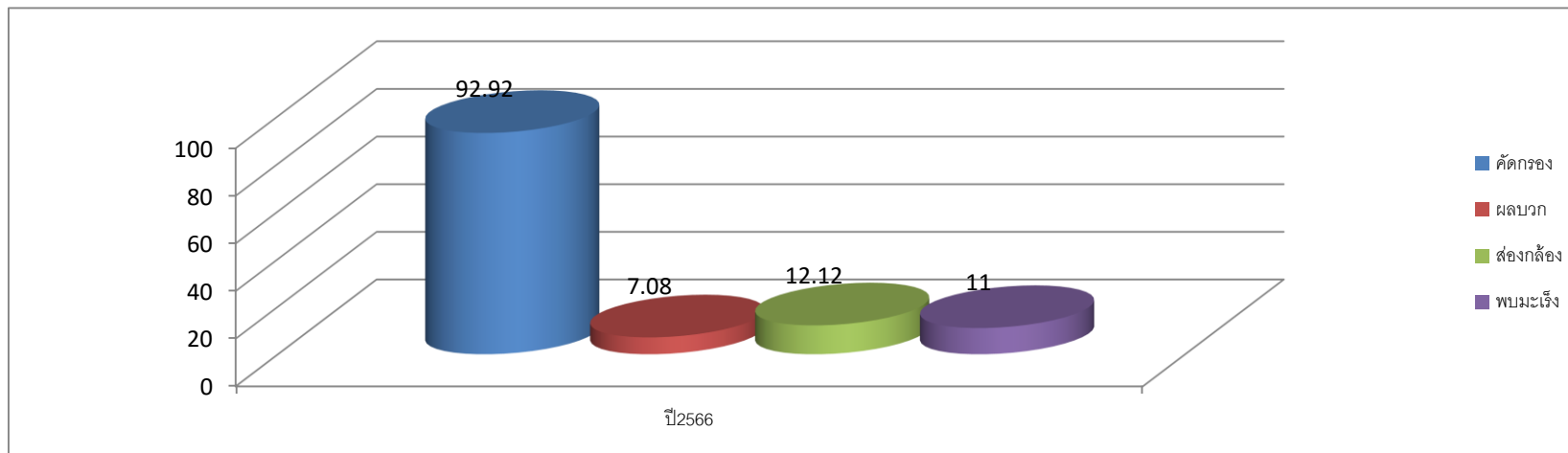
ตารางแสดงการคัดกรองมะเร็งเต้านม ปี ๒๕๖๖



ตารางแสดงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปี ๒๕๖๖



ตารางแสดงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยวิธี Fit test



๒.สาเหตุของปัญหา

๑.ขาดการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ Primary Prevention อย่างเป็นรูปธรรมเนื่องจากสาเหตุของการเกิดมะเร็งเป็น Multi Factors

๒.การ Screening โดยเฉพาะการตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่สามารถติดตามได้ว่ากลุ่มเป้าหมายสามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำทุกเดือน และตรวจได้ถูกต้องหรือไม่

๓.สถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด-๑๙ ทำให้ขาดการเร่งรัดการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี

๔.การเปลี่ยนแปลงวิธีการตรวจมะเร็งปากมดลูกจาก Pap Smear เป็น HPV DNA Test ขาดความชัดเจนในระบบการปฏิบัติงาน ทำให้เกิดความล่าช้าในการตรวจมะเร็งปากมดลูก

๕. ด้านการรักษา ยังไม่สามารถผ่าตัดผู้ป่วยภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ได้

กลุ่มเป้าหมาย :ประชาชนอายุ ๓๐ปี – ๗๐ ปี

๓. เป้าหมาย

๓.๑ เพื่อค้นหา มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะเริ่มต้น

๓.๒ ผู้ที่มีความผิดปกติได้รับการส่งต่อ

Small Succes

ผลงานวัดความสำเร็จ (KR)	เป้าหมาย ๓ เดือน	เป้าหมาย ๖ เดือน	เป้าหมาย ๙ เดือน	เป้าหมาย ๑๒ เดือน
๑.ร้อยละของ.ประชาชนและกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งมีความตระหนักรู้โอกาสเสี่ยงโรคมะเร็ง	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐
๒.ร้อยละ สตรีกลุ่มเป้าหมายการตรวจมะเร็งปากมดลูกในปี ๒๕๖๖ ได้รับการตรวจ HPV DNA Testอย่างครอบคลุม	๓๐	๔๐	๕๐	๖๐
๓.ร้อยละของสตรีอายุ ๓๐ ปีขึ้นไป ตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้อง	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐
๔.ร้อยละของ.กลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่	๔๐	๕๐	๖๐	๗๐

๔. มาตรการ กิจกรรมการดำเนินงาน

มาตรการ/กลวิธี	สสอ.	รพช.	รพ.สต.
	<p>๑. ประชาชนและกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งมีความตระหนักรู้โอกาสเสี่ยงโรคมะเร็ง</p>	<p>-ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงตระหนักรู้</p> <p>-สนับสนุนสื่อ</p>	<p>๑.รณรงค์ให้กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ในช่องทางต่างๆ ที่เหมาะสมเช่น SocialMedia</p> <p>- ประเมินการใช้สื่อฯ</p>
<p>๒. จัดบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมให้กับกลุ่มเป้าหมาย (สตรีอายุ ๓๐-๖๐ปี)</p>	<p>๑.จัดทีมตรวจมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมเชิงรุกของอำเภอ</p> <p>๒. ควบคุมกำกับการตรวจมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมตามเป้าหมาย</p>	<p>๑.จัดทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมรายหมู่บ้าน</p> <p>๓. จัดบริการเชิงรุกตรวจมะเร็งปากมดลูกและเต้านม เช่น วันหยุดราชการ หน่วยเคลื่อนที่เป็นต้น</p> <p>๔. สำรวจความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายที่ไปรับบริการตรวจที่สถานพยาบาลแห่งอื่นเพื่อมารวบรวมผลงาน</p> <p>๕ . มอบหมาย อสม.กระตุ้นเตือนสตรีอายุ ๓๐ ปีขึ้นไป ที่อยู่ในความรับผิดชอบตรวจเต้านมด้วยตนเองเดือนละ ๑ ครั้ง</p> <p>๖. ให้ความรู้การตรวจเต้านมด้วยตนเองของ</p>	<p>๒.จัดทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมรายหมู่บ้าน</p> <p>๓. จัดบริการเชิงรุกตรวจมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม เช่น วันหยุดราชการ หน่วยเคลื่อนที่เป็นต้น</p> <p>๔. สำรวจความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายที่ไปรับบริการตรวจที่สถานพยาบาลแห่งอื่นเพื่อมารวบรวมผลงาน</p> <p>๕ . มอบหมาย อสม.กระตุ้นเตือนสตรีอายุ ๓๐ ปีขึ้นไป ที่อยู่ในความรับผิดชอบตรวจเต้านมด้วยตนเองเดือนละ ๑ ครั้ง</p> <p>๖. ให้ความรู้การตรวจเต้านมด้วยตนเองของ</p>

มาตรการ/กลวิธี			
	สสอ.	รพช.	รพ.สต.
		หญิงที่มารับบริการที่คลินิกต่างๆเช่น คลินิกวางแผนครอบครัว ๗. ประเมินการตรวจเต้านมในสตรีที่มารับบริการ	หญิงที่มารับบริการที่คลินิกต่างๆเช่น คลินิกวางแผนครอบครัว ๗. ประเมินการตรวจเต้านมในสตรีที่มารับบริการ
๓.ตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	จัดทีมตรวจมะเร็งลำไส้ใหญ่ของอำเภอ - ควบคุมกำกับกรตรวจมะเร็งลำไส้ใหญ่ - กำหนดเป้าหมายการตรวจมะเร็งลำไส้ใหญ่รายตำบล	๑.จัดทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมาย(อายุ ๕๐ – ๗๐ ปี)ตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ในแต่ละตำบล ๒. จัดหา FIT Test สำหรับตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ให้เพียงพอ ๓.ให้ความรู้เรื่องมะเร็งลำไส้ใหญ่ในประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ๔. ดำเนินการตรวจตามเป้าหมายที่กำหนด ๕.ส่งต่อในรายที่ผิดปกติให้แพทย์วินิจฉัย	๑.จัดทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมาย(อายุ ๕๐ – ๗๐ ปี)ตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ในแต่ละตำบล ๒. จัดหา FIT Test สำหรับตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ให้เพียงพอ ๓.ให้ความรู้เรื่องมะเร็งลำไส้ใหญ่ในประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ๔. ดำเนินการตรวจตามเป้าหมายที่กำหนด ๕.ส่งต่อในรายที่ผิดปกติให้แพทย์วินิจฉัย

๖. โครงการที่ดำเนินงาน

โครงการ	กิจกรรม	แหล่งงบประมาณ/ จำนวน งบประมาณ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ (รพ./ สสอ. / รพ.สต.)
๑ โครงการคัดกรองความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ คปสอ.ป่าโมก ๒๕๖๗	๑.จัดทำโครงการและประชุมเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินงานและติดตามผล ๒.ประสานงานผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยและประชากรในอำเภอป่าโมก ๓.ให้ความรู้บุคลากร ๔.คัดกรองหามะเร็งลำไส้ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ ๕๐ - ๗๐ปี ๕.ส่งต่อกลุ่มที่คัดกรองแล้วมีความเสี่ยงพบแพทย์เพื่อวินิจฉัย ๖.ติดตามเยี่ยมในกลุ่มเสี่ยงที่บ้าน	งบUC(PP)/๙,๓๕๐ บาท	รพ.ป่าโมก / สสอ.ป่าโมก/รพสต.

กรอบมาตรการและกิจกรรมดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗

คปสอ.ป่าโมก

ประเด็นการพัฒนาแพทย์ปฐมภูมิและระบบสุขภาพอำเภอ ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

(✓) ๑. แผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ

กลยุทธ์ที่ ๒. พัฒนาคุณภาพและเพิ่มศักยภาพระบบบริการสุขภาพวิถีใหม่ทุกระดับ

เป้าประสงค์ ๑. พัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิให้ครอบคลุมและมีคุณภาพ

๒.ยกระดับคุณภาพมาตรฐานระบบบริการปฐมภูมิ

๓.ขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของภาคเครือข่ายในการดูแลสุขภาพประชาชนโดยใช้กลไก พชอ. /ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต

(✓) ๒. นโยบายกระทรวงสาธารณสุข นอกเหนือแผนสุขภาพจังหวัด () ๓. แผนงานตามภารกิจประจำ

เป้าหมาย ๑) ร้อยละ

๒) ร้อยละ

๓) ร้อยละ

๑. วิเคราะห์สถานการณ์และสาเหตุ:

๑. ต้องพัฒนาระบบการดูแล (Care management) ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคแทรกซ้อนสูงใน รพ.สต.

๒. การเชื่อมโยงระบบการดูแลในชุมชนยังไม่ต่อเนื่อง

๓. ความแออัดในการรับบริการในระดับทุติยภูมิ

๔. การวางแผนดูแลยังไม่ครบลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรกรับ ต่อเนื่อง และ ผสมผสาน

๕. ประชาชนในชุมชนขาดการมีส่วนร่วมของในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการ ป้องกันโรค

ปี ๒๕๖๙ หน่วยบริการปฐมภูมิ/เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ มีศักยภาพดูแลประชาชน ตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว
หน่วยบริการปฐมภูมิ/เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิผ่านการประเมิน และประกาศขึ้น ทะเบียน ๑ ทีม

ผลงานวัดความสำเร็จ	เป้าหมาย ๓ เดือน	เป้าหมาย ๖ เดือน	เป้าหมาย ๙ เดือน	เป้าหมาย ๑๒ เดือน
เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิได้รับการขึ้นทะเบียนเพิ่ม ๑ ที่	<p>๑. ทบทวนคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบการแพทย์ปฐมภูมิ</p> <p>๒. จัดทำแผน/แนวทางพัฒนาระบบปฐมภูมิเป้าหมายการดำเนินงาน</p> <p>๓. จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรเพื่อรองรับการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ</p>	<p>๑. พื้นที่เป้าหมายพัฒนาส่วนที่ขาดและจัดบริการตามเกณฑ์</p> <p>๒. ปรับปรุงแก้ไขข้อมูลหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิให้เป็นปัจจุบันภายในเดือนที่ ๑ ของรายไตรมาส (ม.ค / เม.ย / ก.ค)</p> <p>๓. จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิได้ภายใน ๒ เดือนแรก ของไตรมาส ๒</p>	<p>๑. ทีมอำเภอลงข้อมูลในเว็บไซต์-</p> <p>๒. ปรับปรุงแก้ไขข้อมูลหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิให้เป็นปัจจุบันภายในเดือนที่ ๑ ของรายไตรมาส (ม.ค / เม.ย / ก.ค)</p>	<p>พื้นที่เป้าหมายที่ผ่านการขึ้นทะเบียนติดประกาศการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและมีผลลัพธ์การจัดบริการ ร้อยละ ๑๐๐</p>
๒. รอยละประชาชนในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเป้าหมายได้รับการดูแลโดยมือสม. หมอประจำบ้านคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิและ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรม หรือทีม	<p>๑. ประชุมชี้แจงการพัฒนา ระบบการแพทย์ปฐมภูมิ</p> <p>๒. มีแผนพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ไต่แก ทีมสหวิชาชีพ , อสม. หมอประจำบ้าน/อสค</p>			

๔. มาตรการ กิจกรรมการดำเนินงาน

มาตรการ/กลวิธี	กิจกรรมการดำเนินงาน		
	สสอ.	รพช.	รพสต
หน่วยบริการปฐมภูมิ/เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับการประกาศขึ้นทะเบียนครบ๓แห่ง	<p>๑. ทบทวนทีมคณะกรรมการขับเคลื่อน PCC กำหนดพื้นที่ทีมเครือข่าย</p> <p>๒. ประเมินพื้นที่ตามเกณฑ์ ๓S ลงข้อมูลในแบบรายงาน</p> <p>๓. ขบ๐๒ สสป.ขบ๐๓ และลงข้อมูลในเว็บไซต์ สสป.</p> <p>๕. ติดตามผลการขึ้นทะเบียน</p> <p>๖. ติดตามผลงานตามแผนการจัดบริการเพิ่มเติม</p>	<p>๒. ร่วมกำหนดพื้นที่ทีมเครือข่ายและร่วมเป็นทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอ</p> <p>๓. ทีมสหวิชาชีพจัดบริการดูแล (Care management) ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคแทรกซ้อนสูง ใน รพ.สต.แบบเชื่อมโยงชุมชน</p>	<p>. พื้นที่สมัครเข้ารับการประเมินตามเกณฑ์ ๓S ในแบบสสป.ขบ๐๑</p> <p>๒. พื้นที่ประเมินตนเองตามเกณฑ์ ๓S และลงข้อมูลในแบบสสป.ขบ๐๒</p> <p>๓. พื้นที่เป้าหมายพัฒนาส่วนที่ขาดและรับการประเมินจาก กก.สสจ.</p> <p>๔. ทีมสหวิชาชีพเข้ารับการอบรมพัฒนาความรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว</p> <p>๕. เริ่มดำเนินงานในรูปแบบหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จัดบริการเพิ่มเติม เชื่อมโยงภาคีเครือข่ายในชุมชน</p>