

# ແຜນພັດທະນາ ระบบปฐมภูมิ



## Action plan Primary care Sakaeo 2564

จังหวัดสระแก้ว ประจำปีงบประมาณ 2564

## คำนำ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว มีนโยบายพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่มุ่งเน้นทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ การกำกับติดตาม ผลการดำเนินงานตาม Function ในระดับ รพ.สต. การพัฒนาประเด็นที่เป็น Agenda based และประเด็นที่เป็น Area based หรือประเด็น พขอ. สำหรับการพัฒนาประเด็น Agenda based มีการมอบนโยบายให้แต่ละอำเภอพัฒนาระบบแก้ไข ปัญหา อำเภอละ 1 เรื่อง โดยมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานขับเคลื่อนระบบปฐมภูมิ จังหวัดสระแก้ว ประจำปี พ.ศ.2564 และให้แต่ละอำเภอจัดทำแผนพัฒนาระบบปฐมภูมิ (Primary Care) ขึ้น

คณะทำงาน จึงได้รวบรวมและจัดทำเล่มการพัฒนาระบบปฐมภูมิ (Primary care) จังหวัดสระแก้ว ปีงบประมาณ 2564 ซึ่งประกอบด้วยแผนปฏิบัติการระบบปฐมภูมิ (Primary care) ของ 9 อำเภอ โดยใช้ PIRAB เป็นเครื่องมือในการทำแผน และใช้ กรอบ Logical framework ในการประเมินผลการดำเนินงาน คณะทำงานหวังว่าเล่มแผนพัฒนาระบบปฐมภูมิ (Primary care) จังหวัดสระแก้ว ปีงบประมาณ 2564 ฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจเกี่ยวกับการพัฒนาระบบปฐมภูมิ และสามารถนำไป ประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์กับพื้นที่อื่นได้

คณะทำงาน ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ สามารถนำไปพัฒนาและต่อยอดได้ และขอขอบคุณคณะกรรมการและคณะทำงานขับเคลื่อนระบบปฐมภูมิ จังหวัดสระแก้ว ที่ได้ร่วมมือกันจัดทำเล่มแผนพัฒนาระบบปฐมภูมิ (Primary care) จังหวัดสระแก้ว ปีงบประมาณ 2564 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการขับเคลื่อนการดำเนินงานของพื้นที่ต่อไป

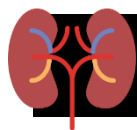
คณะทำงาน

ธันวาคม 2564

## สารบัญ

	หน้า
1. คำนำ	ก
2. สารบัญ	ข
3. สรุปประเด็น Primary care 9 อำเภอ	1
อำเภอเมือง โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease)	2
อำเภอลองหาด การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงวัณโรค	9
อำเภอตาพระยา พัฒนาการเด็ก	14
อำเภอวังน้ำเย็น มหัตศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต	19
อำเภอวัฒนานคร การป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุบนท้องถนน โดย พชอ.	25
อำเภออรัญประเทศ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)	43
อำเภอเขาฉกรรจ์ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	48
อำเภอโคกสูง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(DM)	63
อำเภอวังสมบูรณ์ การดูแลผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	70

ประเด็น Primary care จังหวัดสระแก้ว ประจำปีงบประมาณ 2564



เมื่อง

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease)



คลองหาด

การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงวัณโรคและการกำกับการกินยา



ตาพระยา

พัฒนาการเด็ก



วังน้ำเย็น

มortality 1,000 วันแรกของชีวิตเด็กไทย



วัฒนานคร

การป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุบนท้องถนน โดยพชอ.



อรัญประเทศ

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)



เขาฉกรรจ์

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ



โคกสูง

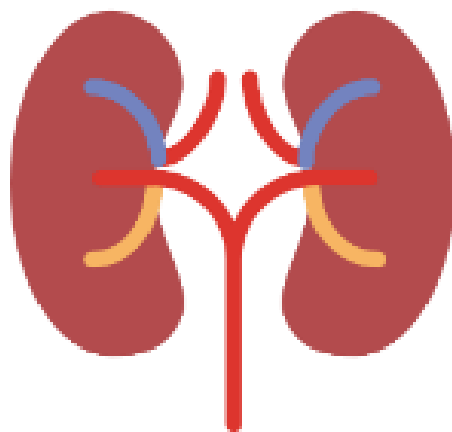
โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (DM)



วังสมบูรณ์

การดูแลผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

อัมเภอเมืองสระแก้ว  
เรื่อง โรคไตเรื้อรัง  
(Chronic Kidney Disease)



## แผนพัฒนาระบบปฐมภูมิ (Primary care) ประจำปี 2564

### ประเด็น โรคไตวายเรื้อรัง(CKD)

#### อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว

## 1. ที่มาและความสำคัญของปัญหา

### 1.1 ที่มาและความสำคัญ

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองสระแก้ว มีพื้นที่การดำเนินงานทั้งหมด 8 ตำบล 123 หมู่บ้าน มีโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง และ รพ.สต. 21 แห่ง ซึ่งได้มีการทบทวนการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของพื้นที่ในที่ประชุม คป.สอ. พบว่า ในเรื่อง โรคไตวายเรื้อรัง(CKD) มีตัวชี้วัดที่ไม่ผ่าน ดังนี้

1. ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง

เป้าหมาย ร้อยละ 80 ผลงาน ร้อยละ 71.13

2. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5 ml/min/1.73m<sup>2</sup>/yr

เป้าหมาย ร้อยละ 65 ผลงาน ร้อยละ 60.93

3. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี

เป้าหมาย ร้อยละ 40 ผลงาน ร้อยละ 32.42

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองสระแก้ว ได้วิเคราะห์ปัญหา ว่าเกิดจากการเข้าถึงบริการ จากโรคโควิด-19 ที่มีการระบาดทำให้ ผู้ป่วย ไม่ยอมมาที่สถานบริการ และพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงที่จะมีภาวะแทรกซ้อนของโรคไตวายเรื้อรัง(CKD)

จากข้อมูลที่วิเคราะห์ดังกล่าว เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองสระแก้ว จึงเล็งเห็นปัญหาในส่วนนี้ และผู้บริหารให้ความสำคัญ จึงได้จัดทำโครงการ “อย่าฝาก ไต ไว้กับหมอ” เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาและกำหนดให้ โรคไตวายเรื้อรัง(CKD) เป็นนโยบายของอำเภอ และขับเคลื่อนการดำเนินงานภายใต้คณะทำงานขับเคลื่อนระบบปฐมภูมิ จังหวัดสระแก้ว (Primary Care) และคณะอนุกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเพื่อที่จะให้การดำเนินงานดังกล่าวได้มีการพัฒนาไปในทิศทางที่ดีขึ้น ไม่ใช่แค่เพื่อให้ผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัด แต่เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่อำเภอเมืองสระแก้วมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

## 1.2 ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน (ร้อยละ)		
	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
1. ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยเบาหวาน	80.62	79.82	81.25
2. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL <100 mg/dL	26.76	49.93	44.2
3. ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	23.52	39.96	32.42
4. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 mmHg	66.82	70.24	76.91
5. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วน [BMI $\geq$ 25 กก./ตร.ม. ] ลดลงจากงบประมาณที่ผ่านมา	1.24	-2.38	-6.39
6. ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ในผู้ป่วยเบาหวาน	2.90	2.08	1.67
7. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง	13.47	22.31	40.03
8. ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วย HT	92.83	90.58	91.48
9. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	34.32	44.37	57.36
10. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	50.23	61.52	71.13
11. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่มี CVDRisk $\geq$ 20% ในช่วงไตรมาส 1, 2,3 และ 4	50.42	65.20	71.62
12. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่เป็น CKD 3-4 ชะลอการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้าหมาย	49.32	48.24	60.93

### 1.3 วิเคราะห์ Gap ของการดำเนินงานที่ผ่านมา

#### จุดอ่อน

- การประชาสัมพันธ์ โครงการ/กิจกรรม ยังไม่เป็นที่รู้จัก
- การขาดการมารับบริการที่ต่อเนื่อง ไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย เนื่องจากสถานการณ์โรคระบาด ทำให้ผู้ป่วยไม่มารับ

#### บริการ

- คนที่ดูแลผู้ป่วยขาดความรู้ ความเข้าใจในสถานะของโรค และพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

#### จุดแข็ง

มีเครือข่ายการดำเนินงานที่เข้มแข็ง

- ผู้บริหารให้ความสำคัญ และกำหนดเป็นนโยบายการดำเนินงานของ CUP
- CUP ให้การสนับสนุนด้านบุคลากร วิชาการ การแลกเปลี่ยนข้อมูล
- มีผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจน กำกับติดตามอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ
- อสม.เข้มแข็ง สนับสนุนการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- ท้องถิ่นเห็นความสำคัญของโครงการ “อย่าฝาก ไต ไว้กับหมอ” และให้การสนับสนุนงบประมาณในการ

ดำเนินการคัดกรองในกลุ่มโรคเรื้อรัง

## 2. แผนปฏิบัติการพัฒนาระบบปฐมภูมิ (Primary care)

### 2.1 เป้าประสงค์

- 1.ร้อยละ 80 ของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง
- 2.ร้อยละ 65 ของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5 ml/min/1.73m<sup>2</sup>/yr
- 3.ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี

### 2.2 วัตถุประสงค์

- 1.เพื่อให้ผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง
- 2.เพื่อให้ผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR<5 ml/min/1.73m<sup>2</sup>/yr
- 3.เพื่อให้ผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิต ได้



## 2.3 มาตรการ และกิจกรรม

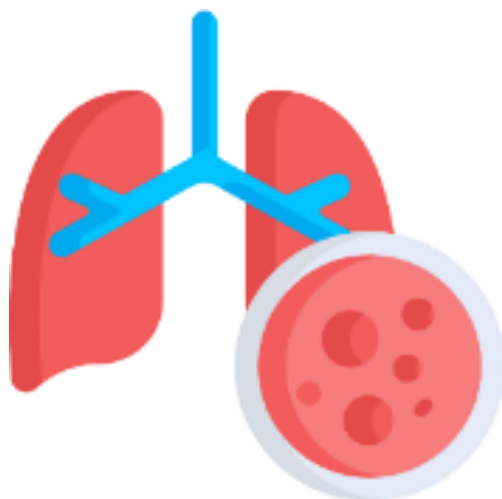
กิจกรรม	ช่วงเวลา	ผู้รับผิดชอบ
<b>P : Partnership</b> ขับเคลื่อนการดำเนินงานด้วยทีมเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองสระแก้ว โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. ดำเนินการร่วมกัน	ต.ค.63-ก.ย.64	รพร.สระแก้ว/สสอ.เมืองสระแก้ว
จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและโรคไต โดย อสม. สํารวจข้อมูลในพื้นที่ และจากข้อมูล ที่ รพร./รพ.สต. ดำเนินการเพื่อปรับข้อมูลให้ถูกต้อง	ต.ค.-ธ.ค. 63	รพร.สระแก้ว/สสอ.เมืองสระแก้ว
<b>I : Investment</b> องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มปกติในเรื่องการคัดกรอง ในกลุ่มผู้มีภาวะเสี่ยงป่วยโรคเรื้อรังและกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ ในชุมชน มีโครงการ ชุมชนลดเค็ม	ต.ค.63-ก.ย.64	รพร.สระแก้ว/สสอ.เมืองสระแก้ว
CUP สนับสนุนวัสดุการแพทย์ในการจัดโครงการ “อย่าฝาก ไต ไว้กับหมอ”	ต.ค.-ธ.ค.63	สสอ.เมืองสระแก้ว
<b>R : Regulate</b> ติดตามการดำเนินงานของ อสม. ด้วยการประชุมแลกเปลี่ยนการเรียนรู้ การดำเนินงานNCD@HOME ในการบริการเยี่ยมและจ่ายยาให้ผู้ป่วยเรื้อรังที่สามารถคุมสภาวะโรคได้ปกติ	พ.ย.63,ม.ค.64, มี.ค.64,พ.ค.64	รพร.สระแก้ว/สสอ.เมืองสระแก้ว
ติดตามการบันทึกข้อมูลลงในระบบ 43 แพ้ม และคืนข้อมูลให้พื้นที่ในเวทีประชุม คป.สอ./ประจำเดือน	ต.ค.63-ก.ย.64	สสอ.เมืองสระแก้ว
<b>A : Advocate</b> CUP สนับสนุน ทีมสหวิชาชีพ ในการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน 3 แห่ง	ต.ค.63-ก.ย.64	รพร.สระแก้ว/สสอ.เมืองสระแก้ว
CUP สนับสนุน ทีมสหวิชาชีพ ในการจัดตั้งประชาชนมีหมอ 3 คน จำนวน 6 เครือข่าย รวมทั้งออกเยี่ยมผู้ป่วยในเขต อ.เมืองสระแก้ว	ต.ค.63-ก.ย.64	รพร.สระแก้ว/สสอ.เมืองสระแก้ว
CUP สนับสนุน วิทยากร ในการอบรมพัฒนาศักยภาพ เจ้าหน้าที่ และ อสม.ในเรื่องดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/โรคไตวายเรื้อรัง	ต.ค.63-ก.ย.64	รพร.สระแก้ว/สสอ.เมืองสระแก้ว
<b>B : Building Capacity</b> อบรมพัฒนาศักยภาพ เจ้าหน้าที่ และ อสม.ในเรื่องดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/โรคไตวายเรื้อรัง	ม.ค.64- เม.ย.64	สสอ.เมืองสระแก้ว

## 3. การประเมินผลการดำเนินงาน

	สาระสำคัญโดยสรุป	ดัชนีวัดความสำเร็จ	ผลการดำเนินงาน	แหล่งข้อมูลหรือวิธีการตรวจสอบ	เงื่อนไขบ่งชี้ความสำเร็จ
เป้าประสงค์ (Goal)	ผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	ร้อยละ 80 ของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง		ทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/ระบบ HDC	ผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง และมีการนำข้อมูลเข้าระบบทุกราย เพื่อวิเคราะห์สาเหตุและความสำเร็จของโครงการ
วัตถุประสงค์ทั่วไป (Purpose)	ผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิต	ร้อยละ 40 ของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตได้ดี		ทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/ระบบ HDC	ระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ได้รับการตรวจอย่างต่อเนื่อง และมีการนำข้อมูลเข้าระบบทุกราย เพื่อวิเคราะห์สาเหตุและความสำเร็จของโครงการ
วัตถุประสงค์เฉพาะ (Output)	-	-	-	-	-
กลวิธีหรือแนวทางการดำเนินงาน (Input)	1.พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ และ อสม.ในเรื่องดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/โรคไตวายเรื้อรัง 2.ดำเนินการเชิงรุกในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนโดยทีม อสม	1.ร้อยละ 80 ของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง 2.ร้อยละ 40 ของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตได้ดี		ทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/ระบบ HDC / การสอบถามสัมภาษณ์	ติดตามในระบบ HDC ทุกเดือน และ แจ้งผลการดำเนินงานในที่ประชุม คป. สอ. และ ที่ประชุม ประจำเดือน

	สาระสำคัญโดยสรุป	ดัชนีวัดความสำเร็จ	ผลการดำเนินงาน	แหล่งข้อมูลหรือวิธีการตรวจสอบ	เงื่อนไขบ่งชี้ความสำเร็จ
	<p>3.ดำเนินการ หมูบ้านลดเค็ม ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถคุมระดับน้ำตาลหรือระดับความดันโลหิต</p> <p>4.ประชาสัมพันธ์โครงการ“อย่าฝากไตไว้กับหมอ” ในชุมชน</p>	<p>3 มีหมู่บ้านลดเค็มเพิ่มขึ้น รพ.สต. ละ 1 หมูบ้าน</p>			

อำเภอคลองหาด  
เรื่อง การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงวัณโรค



## แผนพัฒนาระบบปฐมภูมิ (Primary care) ประจำปี 2564

อำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว

เรื่อง การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงวัณโรค

### 1. ที่มาและความสำคัญของปัญหา

#### 1.1. ที่มาและความสำคัญ

ทีมได้มีการปรับโดยมีการให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ ตั้งแต่ admit ใน Ward แบบสหวิชาชีพ โดยแพทย์เรื่องโรค ความสำคัญของการรักษา ,พยาบาลเรื่องระบบ IC การทำ DOT ,เจ้าหน้าที่ TB clinic เรื่องการมาตามนัดการเยี่ยมบ้าน, เภสัชกรให้ความรู้เรื่องการกินยาและผลข้างเคียงของยา มีการจัดยาแบบ one day one pack สร้างช่องทางการติดต่อ TB clinic กับเจ้าหน้าที่ รพ.สต.เพื่อการสื่อสารข้อมูล มีระบบ การติดตามผู้ป่วยขาดนัด โดยโทรศัพท์ตามผู้ป่วย ถ้าไม่สามารถติดต่อได้ แจ้งจนท.รพ.สต.เพื่อการติดตาม เพิ่มระบบส่งต่อ ผู้ป่วยติดตามเยี่ยมบ้าน (DOT) โดยใช้โปรแกรม NTIP (National Tuberculosis Information Program) ในรพ.และ รพ.สต. หลังจากปรับปรุงยังมี success rate ปี 2562 ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่กำหนด มีอัตราการขาดนัด/ขาดยา ร้อยละ 0 เสียชีวิต 2 ราย และในปี 2563 อัตราการ ขาดนัด/ขาดยา จำนวน 2 ราย เนื่องจากไปทำงานต่างจังหวัด

#### 1.2 ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
<b>1</b>	<b>อัตราป่วยวัณโรค</b>	156	67.83	134.52	109.75	96.22	37.29
		:100,000					
1.1	อัตราการสำเร็จในการรักษา (Success rate)	>85%	77.79	73.07	73.81	86.49	82.92
1.2	อัตราการขาดนัด/ขาดยา (Default rate)	<3%	14.8	11.53	16.67	0	4.88
1.3	อัตราการล้มเหลว (Failure rate)	<3%	3.22	0	0	2.71	0
1.4	อัตราตาย	≤ 5 %	3.7	7.7	2.38	10.81	4.88
<b>2.</b>	<b>อัตราการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง</b>						
2.1	ร้อยละการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง 7 กลุ่ม	> 90 %	N/A	N/A	122.73	106	173.02

### 1.3 วิเคราะห์ Gap ของการดำเนินงานที่ผ่านมา

- 1) ระบบการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่ใช้การบูรณาการและการประสานงานภาคีเครือข่ายในพื้นที่
- 2) มีการสร้างช่องทางการติดต่อระหว่าง TB clinic กับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เพื่อการสื่อสารข้อมูลและมีระบบ การติดตามผู้ป่วยขาดนัด โดยโทรศัพท์ตามผู้ป่วย ถ้าไม่สามารถติดต่อได้ จะประสานแจ้ง เจ้าหน้าที่ รพ.สต.เพื่อการติดตาม และเพิ่มระบบส่งต่อผู้ป่วยติดตามเยี่ยมบ้าน(DOT) ผ่านโปรแกรมTBCM Online และกลุ่มไลน์ TB คลองหาด
- 3) ระบบการรายงานข้อมูล ในโปรแกรมTBCM Online

## 2.แผนปฏิบัติการพัฒนาระบบปฐมภูมิ (Primary care)

### 2.1 เป้าประสงค์

ค้นให้พบ จบด้วยหาย ตายน้อยกว่า 5 ขาดยาเป็น 0

### 2.2 วัตถุประสงค์

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

- 1 ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ
2. อัตราสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

#### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรอง
2. ผู้ป่วยได้รับการกำกับการกินยาแบบมีพี่เลี้ยง

## 2.3 มาตรการและกิจกรรม

ลำดับ	กิจกรรม	ว/ด/ป	ผู้รับผิดชอบ
1	P: Partnership ประสานกับภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานคัดกรองกลุ่มเสี่ยง เทศบาล/อบต. /มูลนิธิกุ๊กชีพ/ผู้นำชุมชน ในพื้นที่ เพื่ออำนวยความสะดวกในการรับ-ส่งกลุ่มเป้าหมาย มารับการคัดกรองที่ รพ.คลองหาด	เม.ย. 2564	สสอ.คลองหาด
2	ประสาน รพ.คลองหาด ในการจัดทำแผนฯ กำหนดวัน เวลา สถานที่ ในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และแนวทางการกำกับการกินยา(DOT)		
3	I:Investment ดำเนินการคัดกรองตามแผนฯ ด้วยกระบวนการติดตามกลุ่มเสี่ยงโดยใช้ช่องทางสื่อสารต่างๆ และอำนวยความสะดวกในการเดินทางโดยประสานความร่วมมือกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง	เม.ย.-พ.ค. 2564	รพ., รพ.สต.
4	R:Regulate สื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์ ให้กับกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไป ทราบผ่านช่องทางต่างๆ	เม.ย. 2564	คณะทำงาน
5	นิเทศ กำกับ ติดตามและเยี่ยมเสริมพลัง	ส.ค. 2564	CUPคลองหาด
6	A:Advocate รายงานผลการคัดกรองฯ การกำกับการกินยา ในโปรแกรม TBCM Online และคืนข้อมูลให้กับทุกระดับ เพื่อวิเคราะห์ และติดตามกลุ่มเสี่ยงที่ยังไม่ได้รับการคัดกรอง และหาแนวทางแก้ไขปัญหาในการคัดกรองและการกำกับการกินยา(DOT)	มิ.ย. 2564	คณะทำงาน
7	ประชุมสรุปผลการดำเนินงาน	ก.ย. 2564	คณะทำงาน
8	B:Building Capacityพัฒนาทักษะของ จนท.รพ.สต.และ อสม. ในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยวาจา (Verbal screening)	เม.ย. 2564	CUPคลองหาด/
9	พัฒนาทักษะของ จนท.ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค รพ.สต.ในการใช้โปรแกรม TBCM Online		งานCD สสจ.สภ

## 3. การประเมินผลการดำเนินงาน

	สาระสำคัญโดยสรุป	ดัชนีชี้วัดความสำเร็จ	ผลการดำเนินงาน	แหล่งข้อมูลหรือวิธีการตรวจสอบ	เงื่อนไขบ่งชี้ความสำเร็จ
เป้าประสงค์	คืนชีพพบจบด้วยหาย ตายน้อยกว่า 5 ขาดยาเป็น 0				นโยบายผู้บริหาร ระดับกระทรวง เขต จังหวัด
วัตถุประสงค์ ทั่วไป วัตถุประสงค์ เฉพาะ	1 ร้อยละความ ครอบคลุมการรักษา ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ	1.ร้อยละ 82.5 ของผู้ป่วย ได้รับการขึ้นทะเบียน		TBCM Online	
	2. อัตราสำเร็จการ รักษาผู้ป่วยวัณโรค ปอดรายใหม่	1. ร้อยละ 85 รักษาสำเร็จ		TBCM Online	
		2.อัตราผู้ป่วยวัณโรค น้อยกว่า 5		TBCM Online	
		3. อัตราขาดยาเท่ากับ 0		TBCM Online	
	1. กลุ่มเสี่ยงได้รับการ คัดกรอง	1. กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัด กรองร้อยละ 100		แบบคัดกรอง	
2. ผู้ป่วยได้รับการ กำกับกำกับการกินยาแบบมี พี่เลี้ยง	ร้อยละ 100 ผู้ป่วยได้รับ การกำกับกำกับการกินยาแบบมีพี่ เลี้ยง		สมุดประจำตัว ผู้ป่วย		
กลวิธีหรือ แนวทางการ ดำเนินงาน	1. รพ.สต.คัดกรอง กลุ่มเสี่ยงในพื้นที่	1.กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัด กรอง		แบบคัดกรอง	
	2. พัฒนาศักยภาพ อศค.ด้านการกำกับ กินยา(DOT)	2. พัฒนาศักยภาพ อศค.ด้านการกำกับ การกินยา (DOT)ผู้ป่วย		ทะเบียนผู้เข้ารับ การอบรม	
	3. รพ.ตรวจวินิจฉัย และรักษาผู้ป่วยตาม เกณฑ์มาตรฐาน	3. รพ.ตรวจวินิจฉัยและ รักษาผู้ป่วยตามเกณฑ์ มาตรฐาน		แบบประเมิน	



อำเภوتاพระยา  
เรื่อง พัฒนาการเด็ก



**แผนพัฒนาระบบปฐมภูมิ (Primary care) ประจำปี 2564**  
**ประเด็นพัฒนาการเด็ก อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว**

**1. ที่มาและความสำคัญของปัญหา**

**1.1 ที่มาและความสำคัญ**

อำเภอตาพระยา มีสถานบริการด้านสุขภาพรวม 17 แห่ง ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 15 แห่ง ซึ่งมีการดำเนินงานเรื่องการพัฒนาการเด็กมาอย่างต่อเนื่อง

**1.2 ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา**

ระบุข้อมูลผลการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561 – 2563

- อบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการดำเนินงานพัฒนาการเด็ก
- อบรมพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายด้านพัฒนาการเด็ก (ครู ศพด.)
- อบรม อสม.เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการเด็ก ทุกหมู่บ้าน
- สำรวจความพร้อมใช้ของเครื่องมือในสถานบริการด้านสุขภาพ
- จัดหาวัสดุ อุปกรณ์สนับสนุนหน่วยบริการด้านสุขภาพในการตรวจประเมินพัฒนาการเด็ก
- นิเทศติดตามการดำเนินงานในระดับชุมชน
- สนับสนุนให้ ศพด. มีการนำโปรแกรม Thai school lunch มาใช้
- ติดตามผลการดำเนินงานและคืนข้อมูลให้หน่วยบริการทุกเดือน

ระดับ	คัดกรอง (เกณฑ์ร้อยละ 85)		พัฒนาการล่าช้า (เกณฑ์ร้อยละ 20)	
	ปี 62	ปี 63	ปี 62	ปี 63
	อำเภอ	90.54	97.65	28.98
สระแก้ว	79.10	88.22	23.22	23.99
ประเทศ	81.60	82.21	25.93	27.11

### 1.3 วิเคราะห์ Gap ของการดำเนินงานที่ผ่านมา

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงานด้านพัฒนาการเด็กของอำเภอตาพระยา พบว่า

#### จุดแข็ง

- หน่วยบริการด้านสุขภาพมีกิจกรรมการดำเนินงานด้านพัฒนาการเด็กครอบคลุม และมีผู้รับผิดชอบงานชัดเจน
- มีระบบการติดตามผลการดำเนินงานในเวทีการประชุมระดับอำเภอและมีการคืนข้อมูลอย่างต่อเนื่อง (HDC)

#### จุดอ่อน

- สถานบริการขาดอุปกรณ์ที่ใช้คัดกรองที่ได้มาตรฐาน เช่น เครื่องวัดส่วนสูง ที่ชั่งน้ำหนัก วัดรอบศีรษะ เป็นต้น
- เด็กอาศัยอยู่กับ ตา ยาย หรือผู้เลี้ยงดู ที่ไม่สามารถส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้อย่างถูกต้อง

#### ประเด็นด้านการดำเนินงาน

1. เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ ความเข้าใจ ในการใช้เครื่องมือในการประเมินพัฒนาการเด็ก(DSPM)
2. ขาดอุปกรณ์ที่ใช้คัดกรองที่ได้มาตรฐาน เช่น เครื่องวัดส่วนสูง ที่ชั่งน้ำหนัก วัดรอบศีรษะ เป็นต้น
3. เด็กอาศัยอยู่กับ ตา ยาย หรือผู้เลี้ยงดู ที่ไม่สามารถส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้อย่างถูกต้อง
4. ขาดของเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็ก
5. เด็กไม่มีความคุ้นชินกับผู้ประเมินทำให้บางกิจกรรมเด็กไม่กล้าแสดงออก
6. ขาดบุคลากรทางการแพทย์ที่เชี่ยวชาญ
7. เด็กมีปัญหาด้านโภชนาการ
8. ภาษาท้องถิ่นที่มีผลต่อการประเมินพัฒนาการเด็ก ระหว่างเด็กกับผู้ประเมิน

## 2. แผนปฏิบัติการพัฒนาระบบปฐมภูมิ (Primary care)

### 2.1 เป้าประสงค์

เด็กตาพระยา แข็งแรง สูงสมวัย IQ เกิน 100

### 2.2 วัตถุประสงค์

- พัฒนาการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านพัฒนาการเด็ก
- พัฒนาทักษะการบริการของผู้ให้บริการให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน
- ส่งเสริมสนับสนุนการใช้เครื่องมือที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน
- พัฒนาระบบการจัดการข้อมูลที่มีคุณภาพได้มาตรฐานและบุคลากรเข้าถึง

## 2.3 มาตรการ และกิจกรรม

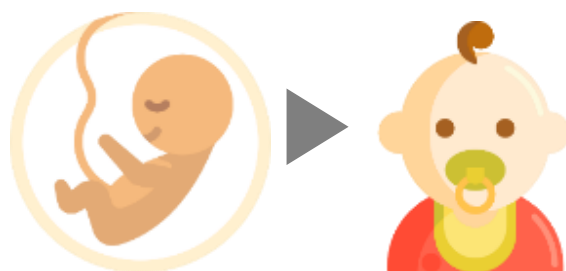
กิจกรรม	ช่วงเวลา	ผู้รับผิดชอบ
<b>P : Partnership</b> - จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานระดับอำเภอ - เสนอเข้าสู่เวที พชอ. ระดับอำเภอ - ส่งเสริม ครู ศพด. นำเข้าสู่แผนการเรียนการสอนของเด็ก - ส่งเสริมผู้ประกอบการให้สามารถประเมินและกระตุ้นพัฒนาการเด็กได้ถูกต้อง	พย.63 ธค.63 ธค.63 มค.64	ชัย ชัย รพ.สต. รพ.สต.
<b>I : Investment</b> - ติดตาม/กระตุ้น ให้ท้องถิ่นจัดทำแผนงานโครงการดำเนินงานทุกปี	มค.64	รพ.สต.
<b>R : Regulate</b> - จัดทำวัสดุอุปกรณ์ที่พร้อมสำหรับการดำเนินงาน	มค.64	รพ.สต.
<b>A : Advocate</b> - วิเคราะห์ข้อมูลระดับ Individual ในกลุ่มเป้าหมายและกลุ่มผู้ให้บริการ เพื่อค้นหาประเด็นปัญหา - พัฒนานวัตกรรมประเมินพัฒนาการเด็กโดยใช้ภูมิปัญญาหรือวัสดุในพื้นที่ - จัดทำผลงานวิจัยด้านพัฒนาการเด็กระดับอำเภอ	ธค.63 มค.-กย.64 มค.-กย.64	นิภาพร นิภาพร นิภาพร
<b>B : Building Capacity</b> - ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อค้นหาประเด็นและแนวทางในการแก้ไขปัญหา - อบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการตรวจประเมินและกระตุ้นพัฒนาการเด็ก - พัฒนาระบบการดำเนินงานในรูปของเครือข่ายบริการระดับ Cluster	ธค.63 ธค.63 มค.64	นิภาพร นิภาพร ชัย

## 3. การประเมินผลการดำเนินงาน

	สาระสำคัญโดยสรุป	ดัชนีวัดความสำเร็จ	ผลการดำเนินงาน	แหล่งข้อมูล หรือ วิธีการตรวจสอบ	เงื่อนไขบ่งชี้ความสำเร็จ
<b>เป้าประสงค์ (Goal)</b>	เด็กตาพระยา แข็งแรง สูง สมวัย IQ เกิน 100	จำนวนเด็กตาพระยา แข็งแรง สูง สมวัย IQ เกิน 100 เพิ่มขึ้น	จากการดำเนินงานเมื่อสิ้นสุดโครงการ	แบบสำรวจ สัมภาษณ์ แบบ รายงาน HDC	กลุ่มเป้าหมาย มีพัฒนาการตามวัย
<b>วัตถุประสงค์ทั่วไป (Purpose)</b>	ร้อยละเด็กกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการประเมินพัฒนาการ	ร้อยละ 90 ของเด็กกลุ่มเป้าหมายได้รับการประเมินพัฒนาการ	จากการดำเนินงานเมื่อสิ้นสุดโครงการ	แบบสำรวจ สัมภาษณ์ แบบ รายงาน HDC	กลุ่มเป้าหมาย มีพัฒนาการตามวัย
<b>วัตถุประสงค์เฉพาะ (Output)</b>	ร้อยละเด็กพัฒนาการช้า ได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ	ร้อยละ 90 ของเด็กพัฒนาการช้าได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ	จากการดำเนินงานเมื่อสิ้นสุดโครงการ	แบบสำรวจ สัมภาษณ์ แบบ รายงาน HDC	กลุ่มเป้าหมาย มีพัฒนาการตามวัย
<b>กลวิธีหรือแนวทางการดำเนินงาน (Input)</b>	พัฒนาการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านพัฒนาการเด็ก - พัฒนาทักษะการบริการของผู้ให้บริการให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน - ส่งเสริมสนับสนุนการใช้เครื่องมือที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน - พัฒนาระบบการจัดการข้อมูลที่มีคุณภาพได้มาตรฐานและบุคลากรเข้าถึง	1. ร้อยละ 90 ของบุคลากรผู้ให้บริการมีทักษะการบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน 2. ร้อยละ 100 ของหน่วยบริการมีและใช้เครื่องมือที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน 3. ร้อยละ 100 ของหน่วยบริการมีระบบการจัดการข้อมูลที่มีคุณภาพได้มาตรฐานและบุคลากรเข้าถึง	จากการดำเนินงานเมื่อสิ้นสุดโครงการ	แบบสำรวจ สัมภาษณ์ แบบ รายงาน	ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านพัฒนาการเด็ก

## อำเภอวังน้ำเย็น

เรื่อง มหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิตเด็กไทย



**แผนพัฒนาระบบปฐมภูมิ (Primary care) ประจำปี 2564**  
**ประเด็น การพัฒนาคุณภาพชีวิตมัทศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิตเด็กไทย**  
**อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว**

## 1. ที่มาและความสำคัญของปัญหา

### 1.1 ที่มาและความสำคัญ

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอวังน้ำเย็น มีพื้นที่การดำเนินงานทั้งหมด 4 ตำบล 84 หมู่บ้าน มี โรงพยาบาล 1 แห่ง ,รพ.สต. 5 แห่ง และสถานีอนามัยถายโอน 2 แห่ง ซึ่งได้มีการทบทวนการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของพื้นที่ในที่ประชุม MCH Board พบว่ายังมีปัญหาในการติดตามการดำเนินงาน และการคีย์ข้อมูลในงานอนามัยแม่และเด็ก ใน 3 ประเด็น ดังนี้ 1.ร้อยละ 75 หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ผลการดำเนินงาน 59.11% 2.ร้อยละ 65 ของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ ผลการดำเนินงาน 62.95% และ 3.เด็กแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7 ผลการดำเนินงาน 7.91% ซึ่งมีปัจจัยมาจาก Teen age ไม่พร้อมมีบุตร ปัญหาด้านเศรษฐกิจของครอบครัว การตั้งครรรค์แฝด การเข้าถึงบริการในการฝากครรภ์เร็ว และไม่ได้รับการดูแลเรื่องโภชนาการที่ถูกต้อง

จากปัญหาดังกล่าว อำเภอวังน้ำเย็นจึงเล็งเห็นปัญหาในส่วนนี้ และผู้บริหารให้ความสำคัญ จึงกำหนด การดำเนินงาน มัทศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิตเด็กไทย เป็นนโยบายของอำเภอ และขับเคลื่อนการดำเนินงานภายใต้คณะทำงานขับเคลื่อนระบบปฐมภูมิ จังหวัดสระแก้ว (Primary Care) และคณะอนุกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเพื่อที่จะให้การดำเนินงานดังกล่าวได้มีการพัฒนาไปในทิศทางที่ดีขึ้น ไม่ใช่แค่เพื่อให้ผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัด แต่เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่อำเภอวังน้ำเย็นมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

### 1.2 ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน		
	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
ร้อยละ 60 ของหญิงตั้งครรภ์ ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรก ก่อนหรือเทียบเท่า 12 สัปดาห์	ร้อยละ 64.43	ร้อยละ 76.96	ร้อยละ 67.56
ร้อยละ 75 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการบริการฝากครรภ์คุณภาพ ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์	ร้อยละ 56.86	ร้อยละ 64.55	ร้อยละ 59.11
ร้อยละ 65 ของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้ง ตามเกณฑ์	ร้อยละ 58.9	ร้อยละ 62.67	ร้อยละ 62.95
เด็กแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7	ร้อยละ 6.42	ร้อยละ 9.22	ร้อยละ 7.91
ร้อยละ 50 ของเด็ก 0-6 เดือนที่กินนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน	ร้อยละ 55.56	ร้อยละ 58.24	ร้อยละ 65.71
ร้อยละ 85 ของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ 86.28	ร้อยละ 90.04	ร้อยละ 90.99

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน		
	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
ร้อยละ 70 ของเด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก	ร้อยละ 7.47	ร้อยละ 83.85	ร้อยละ 86.88
สร้างสนามเด็กเล่นเสริมปัญญา	-	มี 1 แห่ง	มี 2 แห่ง
มอบชุดสุขภาพ(นม+ไข่) ให้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มี VALLOP CURVE ต่ำ (สีเหลือง,สีแดง)		- หญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด 347 คน	- หญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด 584 คน
		- Vallop curve ต่ำทั้งหมด 59 คน	- Vallop curve ต่ำทั้งหมด 69 คน
		- ได้รับชุดสุขภาพทั้งหมด 57 คน	- ได้รับชุดสุขภาพทั้งหมด 69 คน
		- น.น.แรกคลอด >3,000 g ทั้งหมด 23 คน	- น.น.แรกคลอด >3,000 g ทั้งหมด 20 คน
		- น.น.แรกคลอด 2,500-3,000 g ทั้งหมด 30 คน	- น.น.แรกคลอด 2,500-3,000 g ทั้งหมด 29 คน
		- น.น.แรกคลอด <2,500 g ทั้งหมด 5 คน	- น.น.แรกคลอด <2,500 g ทั้งหมด 7 คน

### 1.3 วิเคราะห์ Gap ของการดำเนินงานที่ผ่านมา

#### จุดอ่อน

- การประชาสัมพันธ์ โครงการ/กิจกรรม ยังไม่เป็นที่รู้จัก
- การเข้าถึงบริการฝากครรภ์เร็ว ของหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่ม Teen age
- หญิงตั้งครรภ์ได้รับชุดสุขภาพไม่เป็นไปตามเกณฑ์ เนื่องจากงบประมาณที่ได้น้อยมีค่าซ้ำ

#### จุดแข็ง

มีเครือข่ายการดำเนินงานที่เข้มแข็ง

- ผู้บริหารให้ความสำคัญ และกำหนดเป็นนโยบายการดำเนินงานของ CUP
- CUP ให้การสนับสนุนด้านบุคลากร วิชาการ การแลกเปลี่ยนข้อมูล
- มีผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจน กำกับติดตามอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ



- อสม.เข้มแข็ง สนับสนุนการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- ท้องถิ่นเห็นความสำคัญของของโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต และให้การสนับสนุนงบประมาณในการจัดซื้อชุดสุขภาพหญิงตั้งครรภ์(นม+ไข่)

## 2. แผนปฏิบัติการพัฒนาระบบปฐมภูมิ (Primary care)

### 2.1 เป้าประสงค์

1. ร้อยละ 75 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์
2. ร้อยละ 65 ของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้ง ตามเกณฑ์
3. เด็กแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7

### 2.2 วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ ได้รับการดูแลในเรื่องของการฝากครรภ์ ด้านโภชนาการที่ถูกต้อง และได้รับการดูแลตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์จนกระทั่งหลังคลอด
2. เพื่อให้เด็กในพื้นที่ได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก และการคัดกรองพัฒนาการ มีพัฒนาการสมวัย และในกลุ่มเด็กสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามได้ทันเวลา

### 2.3 มาตรการ และกิจกรรม

กิจกรรม	ช่วงเวลา	ผู้รับผิดชอบ
<b>P : Partnership</b> ขับเคลื่อนการดำเนินงานด้วยทีมเครือข่ายสุขภาพอำเภอวังน้ำเย็น โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม.แม่บุญธรรม ดำเนินการร่วมกัน	ต.ค.63-ก.ย.64	รพ.วังน้ำเย็น/ สสอ.วังน้ำ เย็น
จัดทำฐานข้อมูลหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ และหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะพร่องโภชนาการ โดย อสม.แม่บุญธรรม สํารวจข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ และจากข้อมูลการฝากครรภ์ที่ รพ./รพ.สต.	ต.ค.63-ก.ย.64	รพ.วังน้ำเย็น/ สสอ.วังน้ำ เย็น
<b>I : Investment</b> องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนงบประมาณในการจัดซื้อชุดสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ (ไข่+นม) ให้กับหญิงตั้งครรภ์ในช่วงอายุครรภ์ 3 เดือน ก่อนคลอดที่มีการประเมินน้ำหนักแรกเกิดลูกต่ำกว่า 2,500 กรัม	ต.ค.63-ก.ย.64	รพ.วังน้ำเย็น/ สสอ.วังน้ำ เย็น
CUP สนับสนุนงบประมาณในการจัดทำป้ายประชาสัมพันธ์โครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิตเด็กไทย ให้นำไปติดในชุมชนทั้ง 4 ตำบล	ต.ค.-ธ.ค.63	สสอ.วังน้ำ เย็น
<b>R : Regulate</b> ติดตามการดำเนินงานของ อสม.แม่บุญธรรม ด้วยการประชุมแลกเปลี่ยนการเรียนรู้ การดำเนินงานเยี่ยมหญิงตั้งครรภ์ และหลังคลอด พร้อมทั้งการดูแลพัฒนาการเด็กในพื้นที่	พ.ย.63,ม.ค.64, มี.ค.64,พ.ค.64	รพ.วังน้ำเย็น

กิจกรรม	ช่วงเวลา	ผู้รับผิดชอบ
ติดตามการบันทึกข้อมูลลงในระบบ 43 แพ้ม และคืนข้อมูลให้พื้นที่ในเวทีประชุมประจำเดือน	ต.ค.63-ก.ย.64	สสอ.วังน้ำเย็น
<b>A : Advocate</b> CUP สนับสนุนยาน้ำ และยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก พร้อมทั้งรณรงค์การรับประทานยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก และยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กทุกวันพุธของสัปดาห์	ต.ค.63-ก.ย.64	รพ.วังน้ำเย็น/ สสอ.วังน้ำเย็น
CUP ให้การสนับสนุนด้านบุคลากร วิชาการ การแลกเปลี่ยนข้อมูล ในการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม.แม่บุญธรรม	ม.ค.64- เม.ย.64	รพ.วังน้ำเย็น/ สสอ.วังน้ำเย็น
<b>B : Building Capacity</b> อบรมพัฒนาศักยภาพ อสม.แม่บุญธรรม รุ่นที่ 2	ม.ค.64- เม.ย.64	สสอ.วังน้ำเย็น

### 3. การประเมินผลการดำเนินงาน (เอาเกณฑ์ 2 ตัวที่ยังไม่ผ่านมาวิเคราะห์และประเมินงาน)

	สาระสำคัญโดยสรุป	ดัชนีวัดความสำเร็จ	ผลการดำเนินงาน	แหล่งข้อมูลหรือวิธีการตรวจสอบ	เงื่อนไขบ่งชี้ความสำเร็จ
<b>เป้าประสงค์ (Goal)</b>	เด็กแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	เด็กแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7		ทะเบียนหญิงตั้งครรภ์/ระบบ HDC	หญิงตั้งครรภ์ที่ VALLOP CURVE อยู่ในเกณฑ์สีเหลืองและสีแดง ที่คาดว่าน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 2,500 กรัม ได้รับชุดสุขภาพ(นม+ไข่) หลังจากได้รับชุดสุขภาพ VALLOP CURVE อยู่ในเกณฑ์ จากสีเหลืองเป็นสีเขียว และจากสีแดงเป็นสีเหลือง
<b>วัตถุประสงค์ทั่วไป (Purpose)</b>	หญิงตั้งครรภ์ต้องได้รับการดูแลก่อนคลอดครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์	หญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 75 ต้องได้รับการดูแลก่อนคลอดครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์		ทะเบียนหญิงตั้งครรภ์/ระบบ HDC	อสม.แม่บุญธรรมค้นหาหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ และแจ้งให้มารับบริการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์

	สาระสำคัญโดย สรุป	ดัชนีวัด ความสำเร็จ	ผลการ ดำเนินงาน	แหล่งข้อมูล หรือวิธีการ ตรวจสอบ	เงื่อนไขปัจจัยความสำเร็จ
วัตถุประสงค์ เฉพาะ (Output)	-	-	-	-	-
กลวิธีหรือ แนวทางการ ดำเนินงาน (Input)	1.ให้ความรู้กับ หญิงตั้งครรภ์และ ผู้ดูแล ถึง ความสำคัญของ การมาฝากครรภ์ ในทุกครั้งที่มีการ นัด 2.พัฒนาศักยภาพ อสม.แม่บุญธรรม ในการดูแลหญิง ตั้งครรภ์/หลัง คลอด รวมถึง พัฒนาการเด็กใน พื้นที่รับผิดชอบ	1.หญิงตั้งครรภ์ที่ ได้รับการดูแลก่อน คลอดครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ ร้อยละ 75 2.อสม. แม่บุญ ธรรม สามารถ ปฏิบัติงานในพื้นที่ ได้ และสามารถ ดูแล หญิง ตั้งครรภ์/หลัง คลอด รวมถึง พัฒนาการเด็กใน พื้นที่ได้ ร้อยละ 100		ทะเบียนหญิง ตั้งครรภ์/ระบบ HDC/การ สอบถาม สัมภาษณ์	การติดตามการปฏิบัติงาน ของ อสม.แม่บุญธรรม และ การติดตามการดูแลครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์

## อำเภอวัฒนานคร

เรื่อง การป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ  
บนท้องถนน โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต  
ระดับอำเภอ



**แผนพัฒนาระบบปฐมภูมิ (Primary care) ประจำปี 2564**  
**ประเด็น การป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุบนท้องถนน โดยคณะกรรมการ พขอ.**  
**อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว**

## 1. ที่มาและความสำคัญของปัญหา

### 1.1 ที่มาและความสำคัญ

อำเภอวัฒนานคร รับผิดชอบ 11 ตำบล ลักษณะเป็นชุมชนชนบท พื้นที่เป็นที่ราบลุ่มและเชิงเขา นับถือศาสนาพุทธ ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำการเกษตร ทำนา เลี้ยงสัตว์ ทำสวน ทำไร่ และรับจ้างในโรงงานอุตสาหกรรม สภาพเศรษฐกิจดี การคมนาคมสะดวก อยู่ห่างจากตัวจังหวัดสระแก้ว 25 กิโลเมตร ใช้เวลาเดินทางประมาณ 20 นาที นอกจากนี้อำเภอวัฒนานครยังมีแหล่งท่องเที่ยวที่ประชาชนนิยมเดินทางมาพักผ่อนในช่วงวันหยุด เนื่องการคมนาคมขนส่งที่สะดวกขึ้นประชาชนจึงใช้เป็นเส้นทางผ่านสู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่งผลให้มีอัตราการเกิดอุบัติเหตุทางการจราจรและเสียชีวิตจากการเกิดอุบัติเหตุทางท้องถนนเป็นอันดับต้นของจังหวัดสระแก้ว

ในปี 2560 อำเภอวัฒนานครเกิดอุบัติเหตุทางถนนจำนวน 1,738 ราย เสียชีวิต 34 ราย ปี 2561 เกิดอุบัติเหตุทางถนนจำนวน 1,540 ราย เสียชีวิต 72 ราย ในปี 2562 อำเภอวัฒนานครเกิดอุบัติเหตุทางถนนจำนวน 1,582 ราย และมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน เป็นอันดับที่ 1 ของจังหวัดสระแก้ว ซึ่งมีผู้เสียชีวิต จำนวน 52 ราย จากสถิติการเกิดอุบัติเหตุทางถนนส่วนใหญ่มักเกิดกับถนนสายหลัก ประเภทยานพาหนะที่เกิดมากที่สุด คือ รถจักรยานยนต์และสาเหตุส่วนใหญ่ที่เกิดคือ จากการใช้ความเร็ว และการตัดหน้ากระชั้นชิด สำหรับถนนสายหลัก การเกิดอุบัติเหตุมักเกิดจาก ทางตรง การใช้ความเร็วสูง ปัจจัยที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุส่วนใหญ่เกิดจากคน 95% จากรถถนนและสภาพแวดล้อม อย่างละประมาณ 5% ข้อมูลปีงบประมาณ 2563 มีอุบัติเหตุเกิดขึ้นมีผู้บาดเจ็บ 1,290 ราย เสียชีวิต 44 ราย ซึ่งลดลงจากปี 2562 คิดเป็นร้อยละ 27.78 และ ร้อยละ 15.39 ตามลำดับ

จากการนโยบายของนายอำเภอวัฒนานคร ที่จะแก้ไขปัญหาการลดอุบัติเหตุจากการใช้รถใช้ถนน พบว่าสถิติการเกิดอุบัติเหตุส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่สวมหมวกนิรภัยของผู้ขับขี่ และมีแนวโน้มสูงขึ้น การควบคุม การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุโดยเร่งรัดการบังคับใช้กฎหมาย และรณรงค์ให้ประชาชนสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์จึงมีกิจกรรมนี้เกิดขึ้น เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมปฏิบัติตามกฎจราจรของผู้ใช้รถใช้ถนนทั่วไป และเพื่อปรับเปลี่ยนแก้ไขพฤติกรรมที่ถูกต้อง

### 1.2 ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

#### การดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนด้วยกระบวนการ D-RTI

การขับเคลื่อนงาน มีการจัดตั้งคณะทำงาน Core Team และมีการประชุมการขับเคลื่อนการวางแผนงานแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วมของทีม พขอ. ,ศปถ.อำเภอ ภายใต้ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน โดยมีท่านนายอำเภอวัฒนานครเป็นประธาน โดยใช้ 6 มาตรการเพื่อการขับขี่ปลอดภัยอำเภอวัฒนานคร

### ผลการดำเนินงานตาม 6 มาตรการเพื่อการขับเคลื่อนความปลอดภัยอำเภอวัฒนานคร

มาตรการ	ผลการดำเนินงาน
มาตรการที่ 1 ชำรษาการ พนักงาน ลูกจ้าง และประชาชนผู้มาติดต่อราชการ ให้สวมหมวกนิรภัยเมื่อมาติดต่อราชการ หากมีผู้ไม่ปฏิบัติตาม ต้องจัดให้มีการพูดคุยเพื่อทำความเข้าใจ ปลุกฝังจิตสำนึกในการขับเคลื่อนความปลอดภัย	สรุปผลการดำเนินงานการรณรงค์สวมหมวกนิรภัย 100% ในหน่วยงานราชการ ผลปรากฏว่าเจ้าหน้าที่และผู้มาติดต่อราชการ ได้ปฏิบัติตามกฎระเบียบ อย่างเคร่งครัด ร้อยละ 95% แต่ยังมีอยู่อีกประมาณ 5% ที่ยังมีการลืมไม่ได้ใส่มา แต่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบได้มีการกล่าวตักเตือน พร้อมทั้งให้ลงนามไว้เป็นหลักฐานต่อไป
มาตรการที่ 2 ให้สถานศึกษาทุกแห่ง จัดตั้งจุดตรวจและกวดขันวินัยจราจร โดยบูรณาการร่วมกับส่วนราชการที่เกี่ยวข้องร่วมรณรงค์	สถานศึกษาได้มีการจัดตั้งจุดตรวจและกวดขันวินัยจราจร ร่วมกับเจ้าหน้าที่ตำรวจ ทุกวันในช่วงเวลา 07.30 -08.30 น.
มาตรการที่ 3 ให้แต่ละตำบลเลือกหมู่บ้าน ตำบลละ 1 หมู่บ้าน เพื่อเป็นต้นแบบในการขับเคลื่อนความปลอดภัย สวมหมวกนิรภัยและคาดเข็มขัดนิรภัย 100%	มีการกำหนดหมู่บ้านเป็นหมู่บ้านต้นแบบด้านการรณรงค์สวมหมวกนิรภัย ครอบคลุมหมู่บ้าน จำนวน 11 หมู่บ้าน
มาตรการที่ 4 ให้แต่ละตำบลกำหนดจัดตั้งจุดกวดขันวินัยจราจร	ทุกตำบลมีการตั้งจุดตรวจกวดขันวินัยจราจร ครอบคลุม 11 จุด ตามที่กำหนดไว้ พร้อมทั้งมีการปฏิบัติงานตามจุดต่าง ๆ ในช่วงเวลาที่กำหนด
มาตรการที่ 5 ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง ติดตั้งป้ายประชาสัมพันธ์จุดกวดขันวินัยจราจร	องค์การบริหารส่วนตำบลมีการติดป้ายประชาสัมพันธ์ตามจุดเสี่ยง ครอบคลุม 11 แห่ง
มาตรการที่ 6 ให้กำนันผู้ใหญ่บ้านสำรวจข้อมูล จำนวนรถจักรยานยนต์ และจำนวนผู้สวมหมวกนิรภัยในทุกหมู่บ้าน	มีการสำรวจรถจักรยานยนต์ และหมวกนิรภัย ครอบคลุมตำบล

### D-RTI: Wattanakorn

#### ลดอัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร

บริหารจัดการ	พัฒนาระบบบริการ	การสร้างการรับรู้และทัศนคติ	ระบบข้อมูลสารสนเทศ
<ul style="list-style-type: none"> <li>- โครงสร้าง ศปถ.</li> <li>- อำเภอ/ศปถ.อปท</li> <li>- แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ</li> <li>- การจัดสรร</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pre-hos</li> <li>- In-hos</li> <li>- Referral</li> <li>- IMC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การสร้างการรับรู้และทัศนคติของผู้มีส่วนร่วม</li> <li>- การสร้างการรับรู้และทัศนคติของผู้ใช้รถใช้ถนน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PHER-Accident เพื่อการจัดการในพื้นที่</li> <li>- การดำเนินการแก้ไขภายใต้ข้อมูล</li> </ul>

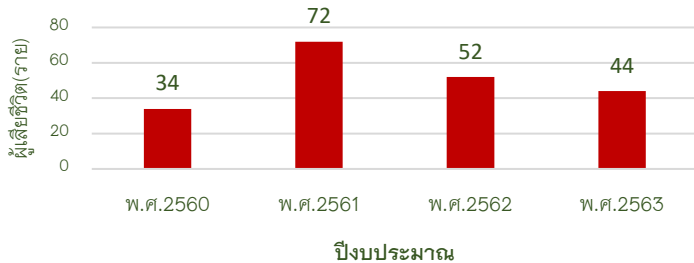
สถิติอุบัติเหตุทางถนนงบประมาณ 2560 - 2563

แผนภูมิแสดงข้อมูลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน  
อำเภอวัฒนานคร ปีงบประมาณ 2560 - 2563



จากแผนภูมิจะเห็นได้ว่าสถิติการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในปีงบประมาณ 2563 ผู้บาดเจ็บมีแนวโน้มลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับปีงบประมาณ 2562 พบว่าลดลงร้อยละ 18.46

แผนภูมิแสดงข้อมูลผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน  
อำเภอวัฒนานคร ปีงบประมาณ 2560 - 2563



จากแผนภูมิจะเห็นได้ว่าสถิติการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในปีงบประมาณ 2563 ผู้เสียชีวิตมีแนวโน้มลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับปีงบประมาณ 2562 พบว่าลดลงร้อยละ 15.38

### 1.3 วิเคราะห์ Gap ของการดำเนินงานที่ผ่านมา

จากการวิเคราะห์การดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ด้วยการวิเคราะห์ SWOT เป็นการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมต่าง ๆ ทั้งภายนอกและภายในองค์กร ซึ่งปัจจัยเหล่านี้แต่ละ อย่างจะช่วยให้เข้าใจได้ว่ามีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานขององค์กรอย่างไร จุดแข็งขององค์กรจะเป็น ความสามารถภายในที่ถูกใช้ประโยชน์เพื่อการบรรลุเป้าหมาย ในขณะที่จุดอ่อนขององค์กรจะเป็นคุณลักษณะ ภายในที่อาจจะทำลายผลการดำเนินงาน โอกาสทางสภาพแวดล้อมจะเป็นสถานการณ์ที่ให้โอกาสเพื่อการบรรลุ เป้าหมายองค์กร ในทางกลับกันอุปสรรคทางสภาพแวดล้อมจะเป็นสถานการณ์ที่ขัดขวางการบรรลุเป้าหมาย ขององค์กร ผลจากการวิเคราะห์ SWOT นี้จะใช้เป็นแนวทางในการกำหนดวิสัยทัศน์ การกำหนดกลยุทธ์ เพื่อให้องค์กรเกิดการพัฒนาไปในทางที่เหมาะสม

### การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในองค์กร

ด้าน	จุดแข็ง (Strengths)	จุดอ่อน (Weakness)
กลยุทธ์ขององค์กร (Strategy)	<ol style="list-style-type: none"> <li>ผู้บริหารระดับสูงให้ความสำคัญ กำหนดเป็นนโยบายการทำงานระดับอำเภอ</li> <li>มีงบประมาณอื่นๆเช่น งบฯ สสส.ในระดับตำบล สนับสนุนด้านความปลอดภัยทางถนน</li> <li>มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ (ศปถ.อำเภอ)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>ผู้บริหารระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือผู้นำชุมชนยังขาดการมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่</li> <li>ขาดแผนงานที่ชัดเจน ขาดการติดตามประเมินผล ในระดับอำเภอ อปท.</li> <li>ไม่มีแผนยุทธศาสตร์ด้านความปลอดภัยทางถนนของอำเภอต่อเนื่องขาดช่วงปี</li> </ol>
โครงสร้างองค์กร (Structure)และระบบการปฏิบัติงาน (System)	<p><u>เสาหลักที่ 1</u> :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>มีโครงสร้าง ศปถ.อำเภอ/ศปถ.อปท. รับผิดชอบขับเคลื่อนในเชิงพื้นที่ มีเครื่องมือ อุปกรณ์ บุคลากร งบประมาณ</li> <li>มีการคืนข้อมูลให้ชุมชน เช่น สถิติการบาดเจ็บและเสียชีวิต การสำรวจ จุดเสี่ยง</li> <li>ทุกภาคส่วนร่วมในการขับเคลื่อนทั้ง 5 เสาหลัก และภาคีเครือข่ายอย่างเข้มแข็ง</li> <li>ศปถ.อำเภอ มีการประชุม สอบสวนและวิเคราะห์ข้อมูลอุบัติเหตุ ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการใช้มติที่ประชุมในการแก้ไขปัญหาตระหนักมากขึ้น มีกามอบหมายเจ้าภาพชัดเจน</li> </ol> <p><u>เสาหลักที่ 2</u> : หน่วยงานที่รับผิดชอบด้านวิศวกรรมจราจรทางถนน มีการตอบสนองข้อมูลที่ได้รับการสะท้อนจากภาคีเครือข่าย นำไปสู่การแก้ไข และมีแผนการพัฒนาโครงสร้างทางกายภาพอย่างชัดเจน</p> <p><u>เสาหลักที่ 3</u> : หน่วยงานที่รับผิดชอบด้านความปลอดภัยที่เกี่ยวข้องกับยานพาหนะ มีบทบาทเชิงรุกในการส่งเสริมให้ประชาชนทุกกลุ่มเป้าหมายเข้าถึงการบริการได้มากขึ้น เช่น การออก</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>การกำหนดบทบาทหน้าที่ใน ศปถ.อำเภอ ยังไม่ชัดเจน</li> <li>แต่ละหน่วยงานไม่มีผู้รับผิดชอบข้อมูลที่ชัดเจน</li> <li>ขาดเครื่องมืออุปกรณ์ป้องกันความปลอดภัยทางถนน</li> <li>สถานศึกษายังขาดความต่อเนื่องในการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน รวมทั้งยังไม่มีกำหนดในหลักสูตรการศึกษาตั้งแต่วัยก่อนเรียน</li> <li>ขาดการประชาสัมพันธ์ ที่ครอบคลุมทุกมิติ</li> <li>การติดตามประเมินผลไม่ต่อเนื่อง มีการดำเนินการช่วงเทศกาลสำคัญเท่านั้น</li> <li>ขาดการเสริมพลังในเวทีระดับอำเภอ</li> <li>จัดโครงการด้านครอบครัวร่วมชุมชน มีอำเภอ อปท.เข้ามามีส่วนร่วมแต่ยังไม่เข้าใจบทบาทตนเอง</li> <li>ขาดพื้นที่การเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยหรือกฎหมายจราจร</li> </ol>



ด้าน	จุดแข็ง (Strengths)	จุดอ่อน (Weakness)
	ใบอนุญาตการขับขี่ การตรวจสภาพรถ มีการบังคับ	
	ใช้กฎหมายขนส่งรถสาธารณะอย่างเข้มข้น (GPS) สนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาภาคีเครือข่าย	10.สถาบันการศึกษาไม่มีเรื่องความปลอดภัยทางถนนในหลักสูตร ไม่มีการประเมิน
<b>โครงสร้างองค์กร (Structure) และ ระบบการปฏิบัติงาน (System)</b>	<p>ผู้นำชุมชน “ด้านครอบครัว รั้วชุมชนแห่งความปลอดภัยทางถนน” ร่วมกับ ศปถ.อำเภอ สถานศึกษา (มหาวิทยาลัย 1 แห่ง, อาชีวศึกษา 1 แห่ง และ โรงเรียน 21 แห่ง ) ส่งเสริมให้ ความรู้และการจัดทำประกันภัย พ.ร.บ.ในชุมชนเชิงรุก</p> <p><b>เสาหลักที่ 4 :</b> การสร้างจิตสำนึกให้ประชาชน ปฏิบัติตามกฎหมาย โดยการกวดขัน บังคับใช้ กฎหมายจราจรอย่างจริงจังและต่อเนื่อง และ ประสานการปฏิบัติกับทุกหน่วยทั้งภาครัฐและ เอกชน ,สร้างทีมครูจราจรทุกสถานี เพื่อให้ ความรู้ แก่ชุมชนและสถานศึกษา ตามโครงการครูจราจร 5 นาที กำหนดเขตควบคุมความเร็ว (ราชกิจจานุเบกษา 19 มีนาคม 2561)</p> <p><b>เสาหลักที่ 5 :</b> มีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ผ่านสายด่วน 1669 ทุกพื้นที่,มีการพัฒนา บุคลากรหลักและภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง (สถิติการใช้บริการมากขึ้นทุก ๆ ปี ) มีการช่วยเหลือเยียวยาผู้ประสบภัยจากรถอย่าง ทันทีทั้งที่ภายใน 24 ชั่วโมง (กรณีมีประกันภัย พ.ร.บ.)</p>	<p>11.หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สถานีตำรวจขนส่ง เข้าไม่ถึงพื้นที่ห่างไกล</p> <p>12.อุปกรณ์ปฏิบัติงานด้านจราจรในระดับท้องถิ่น ยังไม่เพียงพอ เช่น จะตั้งด่านชุมชน ต้องใช้กรวยจำนวนมาก เสื่อสะท้อนแสง กระบองไฟ</p>
บุคลากร (Staff)	1.มีทีมคณะอนุกรรมการ ศปถ.ระดับอำเภอที่มีความมุ่งมั่น และเชื่อมประสานทุกภาคีเครือข่าย ให้เข้ามามีส่วนร่วม ทั้งแนวตั้งและแนวนอน พร้อมแสวงหาโอกาสในการพัฒนาทีมทั้งระดับอำเภอ และระดับตำบลอย่างต่อเนื่อง	1.บุคลากรที่ปฏิบัติงาน ศปถ. อำเภอ ไม่เพียงพอ มีภารกิจหลายด้าน บางทีมมีโครงการและงบประมาณให้ดำเนินงานแต่บุคลากรล้า

ด้าน	จุดแข็ง (Strengths)	จุดอ่อน (Weakness)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทีมพี่เลี้ยง สอจร.</li> <li>- ทีมครู ก อำเภอ</li> <li>- ทีมจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ (MOJO)</li> </ul> <p>2.มีคณะกรรมการขับเคลื่อนในระดับอำเภอ/อปท. ภาควิชาการที่ครอบคลุมรับผิดชอบในพื้นที่</p> <p>3.มีคณะทำงานแต่ละด้าน เช่นคณะทำงานด้านสืบสวนอุบัติเหตุ</p>	<p>2.ขาดเครือข่ายภาคประชาชน โดยเฉพาะผู้นำชุมชน เข้าร่วมทีมขับเคลื่อนทางถนน</p> <p>3.การกำหนดบทบาทหน้าที่ของ สปถ. อำเภอ /สปถ. อปท. ยังไม่ชัดเจน</p> <p>4.คณะกรรมการ สปถ.อำเภอ/อปท.ยังขาดความรู้ ความเข้าใจ ในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง (ดำเนินงานเฉพาะช่วงเทศกาล)</p>
บุคลากร (Staff)	<p>4.มีเครือข่ายทางถนนในทุกพื้นที่ ผ่านไลน์กลุ่ม เช่นกลุ่มไลน์อุบัติเหตุการณ์จราจรอำเภอวัฒนานคร ไลน์ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน</p> <p>5.มีเครือข่ายวิชาการระดับจังหวัดคอยสนับสนุน</p> <p>6.ผู้บริหารระดับอำเภอ ให้ความสำคัญและสนับสนุนงบประมาณกิจกรรมทางถนน</p> <p>7.มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ สปถ.อปท.ครบทุกพื้นที่</p> <p>8.พัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ สปถ.อำเภอ</p> <p>9.มีทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอที่สามารถพัฒนาไกล สปถ.ท้องถิ่น</p> <p>10.มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ สปถ.ท้องถิ่นมีความพร้อมในทุก ๆ ด้าน (งบประมาณ,บุคลากร, อุปกรณ์,การจัดการ) อยู่ในจุดจัดการปัญหา (จุดแตกหัก)</p> <p>11.มีการอบรมบุคลากรกู้ชีพระดับท้องถิ่น โดยเรือข่ายบริการสุขภาพอำเภอวัฒนานครอย่างสม่ำเสมอ</p> <p>12.ประชาชนร่วมแจ้งการเกิดอุบัติเหตุในพื้นที่ตนเองผ่านโซเชียล ไลน์</p>	<p>5.ขาดแคลนงบประมาณ ท้องถิ่นควรมีการจัดเตรียมงบประมาณ (ค่าใช้จ่าย อุปกรณ์ ความปลอดภัยเช่น กรวยสะท้อนแสง ไฟส่องสว่าง)</p> <p>6.ทัศนคติของผู้ปฏิบัติงาน ขาดแรงจูงใจในการทำงานควรมีรางวัลเป็นกำลังใจให้กับเจ้าหน้าที่</p> <p>7.ขาดการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารในชุมชนที่ต่อเนื่อง</p> <p>8.ขาดการสนับสนุนบุคลากรเชี่ยวชาญเฉพาะด้านความปลอดภัยทางถนนจากส่วนกลาง</p> <p>9. สปถ.ท้องถิ่น ยังไม่เข้าใจแนวทางการดำเนินงาน</p>
รูปแบบการบริหารจัดการ (Style)	<p>1.มีการบูรณาการการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องตลอดทั้งปี</p>	<p>1.ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุในชุมชน</p>

ด้าน	จุดแข็ง (Strengths)	จุดอ่อน (Weakness)
	<p>2.มีการใช้ข้อมูล 3 ฐาน ในการวิเคราะห์ปัญหา เพื่อร่วมหาทางแก้ไขอย่างพุ่งเป้า โดยคัดเลือกพื้นที่ ที่มีความรุนแรงนำมาแก้ไขปัญหในระดับต้น ๆ</p> <p>3.มีเวทีในการแลกเปลี่ยนข้อมูล เชื่อมประสาน การปฏิบัติในการแก้ไขปัญหายังเป็นรูปธรรม</p> <p>4.การสรรหางบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ในการ พัฒนาได้หลายช่องทาง เช่น สสส.,สอจร. สปสช. ภาคเอกชน,ภาคประชาชน,NGO</p> <p>5.มีการพิจารณาตำบลและหมู่บ้าน ที่มีการ ดำเนินการ ศปถ.ต้นแบบ เพื่อเสริมพลังและ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ตำบลละ 1 หมู่บ้าน</p>	<p>2.สถาบันการศึกษาไม่มีเรื่องความปลอดภัย ทางถนนในหลักสูตร ยังไม่ให้ความสำคัญ เท่าที่ควร</p> <p>3.การมีนโยบาย/มาตรการไม่เป็นแนวทาง เดียวกันทั้งอำเภอ</p> <p>4.ระเบียบการใช้จ่ายเงินขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น ถูกตรวจสอบจากสนง.ตรวจ เงินแผ่นดิน</p> <p>5.ขาดการจัดเก็บและรวบรวมข้อมูล (3 ฐาน)ที่สมบูรณ์ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์จาก ข้อมูล</p>
รูปแบบการบริหาร จัดการ (Style)	<p>6.มีการถอดบทเรียนการดำเนินงานเพื่อป้องกัน และลดอุบัติเหตุทางถนน โดยสะท้อนข้อมูลจาก พื้นที่ที่มีปัญหารุนแรง และพื้นที่ที่มีการดำเนินงาน ที่ดี (Good Practice)</p> <p>7.มีสื่อในระดับอำเภอและระดับท้องถิ่น ที่ สามารถถ่ายทอดหรือคืนข้อมูลให้ถึงพื้นที่ เช่น โซเชียลมีเดีย การจัดทำป้ายประชาสัมพันธ์</p> <p>8.มีการดำเนินงานมาตรการในสถานประกอบการ และสถานศึกษา</p> <p>9. ถนนปลอดภัยในสถานศึกษา (RSC) จำนวน 5 แห่ง</p> <p>10.มีนวัตกรรมการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่เป็น เครื่องมือในการสื่อสาร ทำให้เกิดความรวดเร็วใน การสื่อสาร สะท้อนและกระจายข้อมูลให้ หน่วยงานที่รับผิดชอบ ดำเนินการแก้ไขอย่าง รวดเร็ว ทันเวลา และถือเป็นการประชาสัมพันธ์ ผลงานของหน่วยงานนั้นๆ (ไลน์ความปลอดภัย ทางถนนอำเภอวัฒนานคร)</p>	<p>6. การประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารใน ชุมชนไม่มีความต่อเนื่อง</p> <p>7.ขาดงบประมาณทั้งด้านจัดหาอุปกรณ์ เครื่องมือปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ เช่น เครื่องตัดถ่าง รวมทั้งงบประมาณค่าเบี้ย เลี้ยง ค่าบริหารจุดตรวจด้านตรวจ</p> <p>8. กระบวนการดูแลผู้ป่วยก่อนส่งต่อจาก ระดับปฐมภูมิถึง รพช. ยังพบความเสี่ยง ด้านการประเมินและแก้ไขภาวะฉุกเฉิน เบื้องต้น</p> <p>9. รายงานการสอบสวนอุบัติเหตุยังไม่ ครอบคลุม รวมทั้งการจัดทำแผนป้องกัน อุบัติเหตุในเชิงรุกและใช้ พขอ.RTI เป็น กรอบกำหนดแผน ซึ่งยังมีข้อจำกัดในการ ติดตามประเมินผลให้ถึงการมีส่วนร่วมของ ศปถ.ตำบล ชุมชน เน้นการจัดพฤติกรรม เสี่ยง จุดเสี่ยง</p> <p>10. ความสามารถเชื่อมโยงการจัดการ ร่วมกันกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับ อย่างต่อเนื่อง ยังมีข้อจำกัด ขาดการ</p>

ด้าน	จุดแข็ง (Strengths)	จุดอ่อน (Weakness)
	<p>11. มีการถอดบทเรียนและถ่ายทอดข้อมูลไปที่ ศปถ.อปท. จนเกิด ศปถ.ตำบลและหมู่บ้าน ต้นแบบ</p> <p>12. มีธรรมาภิบาลเรื่องความปลอดภัยทางถนน</p> <p>13. มาตรการรณรงค์ของหน่วยราชการ เพื่อเป็นต้นแบบ ให้แก่ชุมชน</p> <p>14. ได้รับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ เช่น CCTV , อุปกรณ์ในการติดตั้ง ฯลฯ แต่ยังไม่เพียงพอในระดับอำเภอ /ท้องถิ่น</p>	<p>ประสาน ศปถ.อำเภอวัฒนานคร ยังมีข้อมูลสามฐานที่ยังไม่สมบูรณ์</p>
<p>ค่านิยมร่วม (Shared values)</p>	<p>1.การจัดการเรื่องอุบัติเหตุทางถนน เป็นหน้าที่ของทุกภาคส่วนและประชาชนทุกคน</p> <p>2.ผู้บริหาร ให้ความสำคัญในการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน เนื่องจากมีผู้เสียชีวิตมาก</p> <p>1.การจัดการเรื่องอุบัติเหตุทางถนน เป็นหน้าที่ของทุกภาคส่วนและประชาชนทุกคน</p> <p>2.ผู้บริหาร ให้ความสำคัญในการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน เนื่องจากมีผู้เสียชีวิตมาก</p> <p>3.มีการขับเคลื่อนงานทางถนนแบบบูรณาการแบบมีส่วนร่วม ภายใต้แนวทางประชารัฐ</p> <p>4.การสูญเสียจากอุบัติเหตุทางถนน สร้างความสูญเสียทางเศรษฐกิจ สังคม ครอบครัว</p> <p>5. รัฐบาลให้ความสำคัญ สนับสนุนเครื่องมือ อุปกรณ์ เช่นเครื่องเป่าวัดแอลกอฮอล์ เพิ่มขึ้น</p>	<p>1.หน่วยงานภาคีเครือข่าย มีความมุ่งมั่นตั้งใจ แต่ยังขาดแรงจูงใจ ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน ขาดแรงกระตุ้นจากทุกภาคส่วนลงสู่ภาคประชาชนอย่างแท้จริง</p> <p>2.ชาวบ้าน ยังมองเจ้าหน้าที่รัฐที่บังคับใช้กฎหมายว่า หาผลประโยชน์ เช่นการตั้งด่านจับหมวกนิรภัย อาจมีการรวมตัวต่อต้าน</p> <p>3.ประชาชนวัฒนานคร นิยมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในงานรื่นเริงประเพณีต่างๆ</p>

## การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอกองค์กร

ด้าน	โอกาสพัฒนา (Opportunities)	อุปสรรค (Threats)
<p>1.นโยบาย/กฎหมาย</p> <p>P&amp;L : Politics and Legal</p>	<p>1.มติ ครม,คำสั่ง คสช ที่สนับสนุนการลดอุบัติเหตุ เช่นมาตรการยึดรถผู้เมาสุรา</p> <p>2.มีแผนยุทธศาสตร์ 20 ปี ความปลอดภัยทางถนน มีการเชื่อมภาคีเครือข่ายระหว่างประเทศ</p> <p>3.มีเครือข่ายองค์กรภาคเอกชน เช่น สสส./สอจร./มูลนิธิต่างๆ ที่ให้ความสำคัญและสนับสนุนนโยบายภาครัฐเพื่อลดอุบัติเหตุทางถนน</p> <p>4.ผู้บริหารระดับจังหวัดและอำเภอ ให้ความสำคัญและสนับสนุนงบประมาณในกิจกรรมทางถนนอำเภอ</p> <p>5.มีทีมพี่เลี้ยงจาก สอจร.สสส. ผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการความปลอดภัยทางถนน เสนอแนะให้คำปรึกษา คณะทำงานศูนย์ฯ ถนนอำเภอต่างๆ</p> <p>6.มีการถ่ายทอดนโยบายผู้บริหาร ผ่านการประชุม ศปถ.อำเภอ/อปท.</p>	<p>1.กฎหมาย ระเบียบเกี่ยวกับการจัดการทางถนน เกี่ยวข้องหลายหน่วยงาน เช่น ตำรวจ/ขนส่ง/สรรพสามิต กฎหมายข้อระเบียบท้องถิ่น</p> <p>2.ขาดการลงพื้นที่ติดตามประเมินผลจากศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน</p> <p>3.ขาดการเก็บและรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบ</p> <p>4.การดำเนินการด้านมาตรการป้องกันในการลดปัจจัย/พฤติกรรมเสี่ยงยังไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน เช่นการแก้ไขจุดเสี่ยง การบังคับใช้กฎหมาย การดำเนินการของทุกภาคส่วนยังไม่ต่อเนื่อง เน้นเฉพาะช่วงเทศกาล</p>
<p>1.นโยบาย/กฎหมาย</p> <p>P&amp;L : Politics and Legal</p>	<p>7. ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน สนับสนุนความพร้อมของอุปกรณ์ เช่น เครื่องเป่าแอลกอฮอล์ทั่วประเทศ</p>	<p>6. ร้านค้าในชุมชนไม่เคร่งครัดในการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์</p>

ด้าน	โอกาสพัฒนา (Opportunities)	อุปสรรค (Threats)
		<p>7.ขาดแผนการดำเนินงานระดับอำเภอ ทำให้การจัดสรรงบประมาณในการแก้ไขอุบัติเหตุทางถนนไม่เพียงพอ</p> <p>9.คณะกรรมการขับเคลื่อนของ ศปถ.อำเภอ มีภารกิจหลายด้าน ทำให้การขับเคลื่อนไม่ต่อเนื่อง</p> <p>10.กลไกการบังคับใช้กฎหมายยังไม่เข้มแข็ง ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ และไม่สอดคล้องกับเวลาและพื้นที่เสี่ยง</p> <p>11.ขาดสนับสนุน เครื่องมือ อุปกรณ์ และเทคโนโลยีทันสมัยในการช่วยเหลือเจ้าพนักงานในการบังคับใช้การกฎหมายและการจัดตั้งด่านทุกระดับ</p> <p>12.ยังไม่มี Data Center ข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน และการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ที่เป็นศูนย์มาตรฐาน</p> <p>13.การสื่อสารประชาสัมพันธ์ในการสะท้อนข้อมูลลงสู่พื้นที่สื่อหลัก (Mass Media) ยังมีน้อย</p> <p>14.ขาดการติดตามประเมินผล</p>
<p>2..เศรษฐกิจ E : Economy</p>	<p>1.มีช่องทางในการจัดหางบประมาณเพื่อช่วยสนับสนุนการพัฒนาทั่วโลก ศปถ. จากเอกชน งบจากอำเภอ/จังหวัด/กลุ่มจังหวัด/ สสส./สจร./งบกองทุนเลขสวย (กรมการขนส่งทางบก)</p> <p>2.มีช่องทางเสนอขอของบจากอำเภอ / จังหวัด/กลุ่มจังหวัด</p>	<p>1.งบประมาณสนับสนุนให้ ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน ยังไม่เพียงพอ</p> <p>2.หน่วยงานราชการยังขาดความเข้าใจในระเบียบการเงิน การคลัง (การตรวจสอบ) และควรแก้ไขระเบียบการเงินการคลังที่แปรผกผันต่อการส่งเสริมภารกิจของ อปท.ให้มีประสิทธิภาพ</p> <p>3.ผู้บริหารองค์กรปกครองท้องถิ่น ขาดการสนับสนุนงบจัดซื้อเครื่องมืออุปกรณ์ เช่นเครื่องตรวจวัดแอลกอฮอล์ เครื่องตัดถ่าง เครื่องจับความเร็วแก่เจ้าหน้าที่</p>
<p>3.ด้านสังคมและวัฒนธรรม S&amp; C : Social and Culture</p>	<p>1.ภาคีเครือข่ายมีความเข้มแข็ง มีความมุ่งมั่น</p> <p>2.มีการเชื่อมภาคีเครือข่ายในการเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาทั่วโลก ศปถ.ทุกระดับ</p>	<p>1. ค่านิยมสังสรรค์ ดื่มแอลกอฮอล์งานรื่นเริงประเพณี</p> <p>2.ความเกรงกลัวต่อการกระทบฐานเสียงของชุมชน ทำให้ผู้บริหารบางหน่วยงานสนับสนุนการดำเนินงานไม่เต็มที่</p> <p>3.ตำรวจไม่กล้าบังคับใช้กฎหมายเต็มที่</p>

ด้าน	โอกาสพัฒนา (Opportunities)	อุปสรรค (Threats)
	<p>3. มีพี่เลี้ยงที่ได้รับการพัฒนาทั้งระดับอำเภอเพื่อพัฒนาทั่วโลก ศปถ.อำเภอและท้องถิ่น</p> <p>4. ชุมชนเริ่มตระหนักถึงปัญหาอุบัติเหตุในชุมชน</p> <p>5. สามารถมองเห็นต้นเหตุของปัญหา เช่น สุราเป็นต้นเหตุของอุบัติเหตุและความสูญเสีย</p> <p>6. สามารถใช้วัฒนธรรมท้องถิ่นและความเชื่อร่วมในการจัดการปัญหา</p> <p>7. สื่อทีวี เสนอข่าวอุบัติเหตุทางถนนทุกเช้า ไม่ว่าจะภาพจากกล้อง CCTV มือถือ กล้องหน้ารถ ส่งเสริมให้เกิดการขับขี่ยานพาหนะอย่างระมัดระวัง</p>	<p>4. พฤติกรรมของประชาชนมักง่าย เอาความสะดวกในการเดินทาง เช่น การขับขี่ย้อนศร เล่นโซเชียลขณะขับขี่</p> <p>5. ขาดการสื่อสารประชาสัมพันธ์ในการสะท้อนข้อมูลลงสู่พื้นที่อย่างจริงจัง</p> <p>6. ชุมชนยังขาดการมีส่วนร่วม</p> <p>7. ทศนคติต่อการเกิดอุบัติเหตุว่าเกิดจากเวรกรรม เพราะเป็นอุบัติเหตุ</p> <p>8. ขาดการสะท้อนและสื่อสารข้อมูลในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง เช่น เวทีประชุม หอกระจายข่าว</p> <p>9. ขาดการให้ความรู้ ระเบียบวินัยในเรื่องความปลอดภัยทางถนนแก่ชุมชนอย่างต่อเนื่อง</p> <p>10. สภาพสังคมสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลง ขาดการปรับตัว ซึ่งต้องใช้ความระมัดระวังเพิ่มขึ้น</p> <p>11. สื่อส่งเสริมการแข่งขันจักรยานยนต์ทางเรียบ ส่งเสริมการท่องเที่ยว วัยรุ่นอาจเลียนแบบ เป็นต้น</p>
<p><b>4.เทคโนโลยี</b> T : Technology</p>	<p>1. ได้รับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ ในการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนนจากแหล่งต่าง ๆ เช่น CCTV ต่าบลหัวใจ , เครื่องเป่าแอลกอฮอล์ , เครื่องตรวจจับความเร็ว, อุปกรณ์ในการตั้งด่าน</p> <p>2. มีโซเชียลที่เผยแพร่พฤติกรรม การขับขี่</p> <p>3. มีกล้องวงจรปิดในบริเวณแยกที่สำคัญ ทำให้เห็นปัญหา รูปแบบการเกิดอุบัติเหตุทางถนน</p>	<p>1. วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ ในการตั้งด่านฯ ยังไม่เพียงพอในระดับอำเภอ /ท้องถิ่น</p> <p>2. ขาดการนำสื่อเทคโนโลยีวิชาการเข้ามาพัฒนา ส่งเสริมความรู้แก่ปัญหาอุบัติเหตุเฉพาะพื้นที่</p> <p>3. ขาดงบประมาณในการจัดหาอุปกรณ์ เครื่องมือ เช่น กล้องวงจรปิดในบางพื้นที่</p>
<p><b>4.เทคโนโลยี</b> T : Technology</p>	<p>4. ส่งเสริมแอปที่สนับสนุนการเรียนรู้ กฎหมายจราจร การสอบใบขับขี่ มีคลิปการสอนขับขี่ปลอดภัยในสื่อยูทูป ซึ่งเด็กและเยาวชน สถานศึกษาสามารถนำมาสอนเด็กๆหรือให้ชุมชนเรียนรู้ได้</p>	<p>4. ขาดศูนย์จราจรที่มีระบบพร้อมและเจ้าหน้าที่ประจำ</p>

## 2. แผนปฏิบัติการพัฒนาระบบปฐมภูมิ (Primary care)

### 2.1 เป้าประสงค์

ลดอัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร

### 2.2 วัตถุประสงค์

อัตราการตายจากอุบัติเหตุจราจรลดลง ร้อยละ 10 จากค่ามัธยฐานย้อนหลัง 3 ปี

### 2.3 มาตรการ และกิจกรรม

กิจกรรม	ช่วงเวลา	ผู้รับผิดชอบ
<b>Partnership:</b> 1. ประชุมคณะทำงาน ศปภ.อำเภอ คณะทำงาน พชอ. 2. ประชุมหัวหน้าส่วนราชการ,กำนันผู้ใหญ่บ้าน เพื่อชี้แจง แนวทางการดำเนินงานและนโยบายที่เกี่ยวข้อง 3. แต่งตั้งคณะอนุกรรมการ ศปภ. อำเภอ 4. ถอดบทเรียนหมู่บ้านต้นแบบ 5. ต้นกล้า RTI สู้นักขับมือใหม่เพื่อความปลอดภัยอย่างยั่งยืน	ไตรมาสละ 1 ครั้ง	1. คณะทำงาน พชอ. 2. ศปภ.อำเภอ 3. ศปภ.ตำบล 4. อปท. ,ผู้นำชุมชน 5. สาธารณสุขอำเภอ 6. สภ.วัฒนานคร
<b>Investment :</b> 1. ศปภ.,สสส.,อปท.สนับสนุนงบประมาณในการขับเคลื่อน RTI ระดับตำบลและอำเภอ 2. การจัดการข้อมูลอุบัติเหตุในระดับพื้นที่ รพ.สต /อปท. 3. วิเคราะห์ข้อมูล/สถานการณ์/ชี้เป้า เพื่อสนับสนุนและ ประเมินผลในระดับอำเภอ	รายงาน ประจำเดือน	1. สสส. 2. ศปภ.อำเภอ 3. ศปภ.ตำบล 4. สาธารณสุขอำเภอ
<b>Regulate :</b> 1. คณะทำงาน พชอ.กำหนด 6 นโยบายในการขับเคลื่อน 2. ดำรวจเข้มงวดในการบังคับใช้กฎหมายในเรื่องการสวม หมวกนิรภัยและการบังคับใช้ พรบ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3. การสร้างเสริมวัฒนธรรมองค์ จาก Organization To Public โดยเริ่มจากหน่วยงานภาครัฐ สถานศึกษา 4. ในระดับ ศปภ.ตำบล ให้ชุมชนเป็นผู้กำหนดมาตรการใน ชุมชนของตนเอง	รายงานไตร มาสละ 1 ครั้ง	1.คณะทำงาน พชอ. 2. สภ.วัฒนานคร ,สภ.ทับใหม่ , สภ.หนองหมากฝ้าย 3. หัวหน้าส่วนราชการ ,ศปภ. อำเภอ 4. ศปภ.อำเภอ ร่วมกับ ศปภ. ตำบล
<b>Advocate :</b> 1.สร้างกระแสการรณรงค์ลดอุบัติเหตุอย่างจริงจังโดยให้ ชุมชนเป็นผู้กำหนดมาตรการในชุมชนของตนเอง 2. คืนข้อมูลให้แก่ชุมชนในเวทีการประชุมประจำเดือนของ หมู่บ้าน เพื่อให้ชาวบ้านทราบสถานการณ์และเกิดความตื่นตัวและตระหนัก	ปีใหม่ , สงกรานต์ รายงาน ข้อมูลเดือน ละ 1 ครั้ง	1. ศปภ.ตำบล 2. อปท. ,ผู้นำชุมชน
<b>Building Capacity:</b> 1. พัฒนาทักษะกระบวนการดูแลผู้ป่วยก่อนส่งต่อ จากระดับปฐมภูมิถึง รพช. ด้านการประเมินและแก้ไขภาวะฉุกเฉินเบื้องต้น		โรงพยาบาลวัฒนานครร่วมกับ ศปภ.อำเภอ



กิจกรรม	ช่วงเวลา	ผู้รับผิดชอบ
2. เพิ่มพูนทักษะพยาบาลการดูแลผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน 3. เสริมสร้างองค์ความรู้ให้แก่กลุ่มเด็กนักเรียน ต้นกล้า RTI รุ่นัก ขั้มมือใหม่เพื่อความปลอดภัยอย่างยั่งยืน (Sustainable Road Safety for New gen.) 4. ทบทวนและพัฒนาศักยภาพการสอบสวนสาเหตุการตาย โดยสหสาขา & พื้นที่		

### มาตรการที่ 1 ต้นกล้า RTI รุ่นักขั้มมือใหม่เพื่อความปลอดภัยอย่างยั่งยืน(Sustainable Road Safety for New gen.)

#### ตัวชี้วัดมาตรการที่สำคัญ :

เป้าหมาย : ลดการตายในกลุ่มอายุ 7-19 ปี

- กลุ่มต้นกล้าRTI อายุ 7- 12 ปี (ระดับประถมศึกษา)
- กลุ่มรุ่นักขั้มมือใหม่ อายุ 13-19 ปี (ระดับมัธยมศึกษา/อาชีวะ/เทคนิค)

เป้าหมายมาตรการเฉพาะ :

- ลดการตายจาก head injury ในกลุ่มอายุ 7- 19 ปี ร้อยละ 10 จากค่ามัธยฐานย้อนหลัง 3 ปี
- ร้อยละ 90 ของกลุ่มอายุ 7- 19 ปี ที่เกิดอุบัติเหตุสวมหมวกนิรภัยเมื่อขับขี่รถจักรยานยนต์
- ร้อยละ 90 ในกลุ่มอายุ 16 – 19 ปีมีใบอนุญาตขับขี่

กิจกรรม	ระยะเวลา	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
1. ดำเนินโครงการ “ต้นกล้า RTI รุ่นักขั้มมือใหม่เพื่อความปลอดภัยอย่างยั่งยืน”(Sustainable Road Safety for New gen.)ในฐานะ National Program 2. วิเคราะห์สถานการณ์การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนในภาพของอำเภอ 3. จัดทำคู่มือ/แนวทางการดำเนินงาน	มิถุนายน 2564	ศปถ.อำเภอ
4. ผลักดัน/ขับเคลื่อนโครงการร่วมกับภาคีในระดับอำเภอ 5. นิเทศ ติดตามประเมินผล 6.. ผลิตสื่อ/สื่อสารความเสี่ยงเชิงประเด็น (Social marketing)		

กิจกรรม	ระยะเวลา	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. จัดเก็บข้อมูลสถานการณ์การบาดเจ็บทางถนนของนักเรียนในสถานศึกษา</li> <li>2. ขับเคลื่อนมาตรการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนร่วมกับภาคีในอำเภอ</li> </ol>	รายงานข้อมูลรายเดือน	สถานศึกษาในอำเภอวัฒนานคร
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. โรงพยาบาลสนับสนุนข้อมูล เพื่อวิเคราะห์/สถานการณ์ปัญหาต่อเนื่องทุกเดือน</li> <li>2. วิเคราะห์ข้อมูล/สถานการณ์/ชี้เป้า ปัญหาการเกิดในกลุ่มเด็กและเยาวชนในอำเภอและประเมินผล</li> <li>3. ร่วมกันขับเคลื่อนมาตรการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนร่วมกับภาคีในอำเภอ โดยเฉพาะสถานศึกษา และภาคีอื่นๆ</li> <li>4. สอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิตจาก RTI ในกลุ่มเด็กและเยาวชน</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. รายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูลรายเดือน</li> <li>2. สอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิตจาก RTI ทุก ราย</li> </ol>	โรงพยาบาลวัฒนานครสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

## มาตรการที่ 2 การพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการสนับสนุนการดำเนินงานและประเมินผล

### ตัวชี้วัดมาตรการที่สำคัญ

1. พัฒนาระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (IS Online)
2. การบูรณาการข้อมูล 3 ฐาน (Integration data)
3. การจัดทำคลังข้อมูลการสอบสวนการบาดเจ็บ (Investigations online)
4. ระบบการติดตามการดำเนินงานของพื้นที่ (Quick Win for Road Safety)

กิจกรรม	ระยะเวลา	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
ดำเนินการพัฒนาระบบข้อมูลในส่วนผู้ประสบอุบัติเหตุเพื่อนำมาใช้ในการวิเคราะห์ ชี้เป้า และประเมินผล และร่วมการพัฒนาระบบบูรณาการข้อมูล 3 ฐาน		สภ.วัฒนานคร
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ดำเนินการพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อให้เกิดการสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่และประเมินผล และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในอำเภอ ได้แก่ พัฒนาระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บในระดับพื้นที่ IS, การบูรณาการข้อมูล 3 ฐาน, การสอบสวนการบาดเจ็บ</li> <li>2. วิเคราะห์ข้อมูล/สถานการณ์/ชี้เป้า เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานในอำเภอ</li> </ol>	รายงานข้อมูลรายเดือน	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวัฒนานคร

กิจกรรม	ระยะเวลา	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
1. โรงพยาบาลสนับสนุนข้อมูล เพื่อวิเคราะห์/สถานการณ์ปัญหาต่อเนื่องทุกเดือน 2. วิเคราะห์ข้อมูล/สถานการณ์/ชี้เป้า ปัญหาการเกิดในกลุ่มเด็กและเยาวชนในอำเภอและประเมินผล 3. รายงานสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิตจาก RTI ในกลุ่มเด็กและเยาวชน	1. รายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูลรายเดือน 2. รายงานสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิตจาก RTI ทุก ราย	โรงพยาบาลวัฒนานคร

### มาตรการที่ 3 การขับเคลื่อนการดำเนินงาน พขอ.วัฒนานคร ภายใต้ 6 มาตรการ

#### ตัวชี้วัดมาตรการที่สำคัญ

1. พัฒนาระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (IS Online)
2. การบูรณาการข้อมูล 3 ฐาน (Integration data)
3. การจัดทำคลังข้อมูลการสอบสวนการบาดเจ็บ (Investigations online)
4. ระบบการติดตามการดำเนินงานของพื้นที่ (Quick Win for Road Safety)

กิจกรรม	ระยะเวลา	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
1. การจัดทำยุทธศาสตร์ การค้นหาปัญหา การมีส่วนร่วมและยุทธศาสตร์การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)	ไตรมาสที่ 1	คณะกรรมการ พขอ.
2. วิเคราะห์สภาพแวดล้อมของอำเภอ เพื่อกำหนดทิศทางของอำเภอวัฒนานคร และวิเคราะห์ข้อมูลที่มีผลต่อด้านสุขภาพ SWOT Analysis ,ความท้าทายโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่และของระบบงานที่สำคัญ,การทบทวนเวชระเบียน	ไตรมาสละ 1 ครั้ง	คณะกรรมการ พขอ. ร่วมกับ ศปถ. อำเภอ
3. ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)	ไตรมาสละ 1 ครั้ง	คณะกรรมการ พขอ.
4. ขับเคลื่อน พชจ.พขอ.สู่ พชต. อย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น	ไตรมาสที่ 1	คณะกรรมการ พขอ. คณะกรรมการ พชต.
5. ดำเนินงานตาม 6 มาตรการเพื่อการขับเคลื่อนอำเภอวัฒนานคร มาตรการที่ 1 หน่วยงานราชการรณรงค์สวมหมวกนิรภัย	ตุลาคม 2563 – กันยายน 2564	คณะกรรมการ พขอ. ร่วมกับ ศปถ. อำเภอ คณะกรรมการ พชต. อปท. และผู้นำชุมชน

กิจกรรม	ระยะเวลา	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
<p>มาตรการที่ 2 สถานศึกษาทุกแห่งจัดตั้งจุดตรวจ และ กวดขันวินัยจราจร</p> <p>มาตรการที่ 3 แต่ละตำบลจัดตั้งจุดกวดขันวินัยจราจร</p>		
<p>มาตรการที่ 4 ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นติดตั้งป้าย ประชาสัมพันธ์จุดกวดขันวินัยจราจร</p> <p>มาตรการที่ 5 ให้แต่ละตำบลเลือกหมู่บ้าน ตำบลละ 1 หมู่บ้าน</p> <p>มาตรการที่ 6 มีการสำรวจข้อมูล จำนวนรถจักรยานยนต์ และจำนวนหมวกนิรภัยในทุกหมู่บ้าน</p>		

### 3. การประเมินผลการดำเนินงาน

ใช้กรอบ Logical framework ในลักษณะของการประเมินผลโครงการ เพื่อสร้างความเชื่อมโยงของการประเมินผล ตั้งแต่ระดับกิจกรรมที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และเป้าประสงค์ที่กำหนด

	สาระสำคัญโดยสรุป	ดัชนีวัดความสำเร็จ	ผลการดำเนินงาน	แหล่งข้อมูล หรือ วิธีการตรวจสอบ	เงื่อนไขปัจจัย ความสำเร็จ
เป้าประสงค์ (Goal)	<p>ลดอัตราการบาดเจ็บและ เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร</p> <p>ลดอัตราการบาดเจ็บและ เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร</p>	<p>อัตราการตายจาก อุบัติเหตุจราจร ลดลง ร้อยละ 10 จากค่านัยฐาน ย้อนหลัง 3 ปี</p> <p>อัตราการตายจาก อุบัติเหตุจราจร ลดลง ร้อยละ 10 จากค่านัยฐาน ย้อนหลัง 3 ปี</p>	<p>ระบุผลการ ดำเนินงาน เมื่อสิ้นสุด โครงการ</p> <p>ระบุผลการ ดำเนินงาน เมื่อสิ้นสุด โครงการ</p>	<p>1. ระบบข้อมูลใน ส่วนผู้ประสบ อุบัติเหตุจาก สภ. วัฒนานคร</p> <p>2. ข้อมูลระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (IS) ,รายงาน อุบัติเหตุทางเว็บ AE@Moph,ข้อมูล 3 ฐาน และ รายงานการ สอบสวนการ บาดเจ็บจาก รพ. วัฒนานคร</p>	
วัตถุประสงค์ทั่วไป (Purpose)	ประชาชนที่เกิดอุบัติเหตุสวม หมวกนิรภัยเมื่อขับขี่ รถจักรยานยนต์	ร้อยละ 90 ของ ประชาชนที่เกิด อุบัติเหตุสวมหมวก	ระบุผลการ ดำเนินงาน	จากรายงานการ สอบสวนอุบัติเหตุ	นโยบายความ ร่วมมือจากทุก

	สาระสำคัญโดยสรุป	ดัชนีวัดความสำเร็จ	ผลการดำเนินงาน	แหล่งข้อมูล หรือวิธีการตรวจสอบ	เงื่อนไขปัจจัยความสำเร็จ
		นิรภัยเมื่อขับขี่รถจักรยานยนต์	เมื่อสิ้นสุดโครงการ		ฝ่ายระบบการทำงาน
วัตถุประสงค์เฉพาะ (Output)	ประชาชนมีความตระหนักรู้และเห็นความสำคัญของการสวมหมวกนิรภัยเมื่อขับขี่รถจักรยานยนต์	ร้อยละ 90 ของประชาชนที่ขับขี่รถจักรยานยนต์สวมหมวกนิรภัย	ระบุผลการดำเนินงานเมื่อสิ้นสุดโครงการ	การสอบถามสัมภาษณ์ สํารวจแบบรายงาน แบบประเมินผล	
กลวิธีหรือแนวทางการดำเนินงาน (Input)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ต้นกล้า RTI รุ่นักขับมือใหม่เพื่อความปลอดภัยอย่างยั่งยืน(Sustainable Road Safety for New gen.)</li> <li>2.การพัฒนาาระบบข้อมูลเพื่อการสนับสนุนการดำเนินงานและประเมินผล</li> <li>3. การขับเคลื่อนการดำเนินงาน พชอ.วัฒนานคร ภายใต้ 6 มาตรการ</li> </ol>		ระบุผลการดำเนินงานเมื่อสิ้นสุดโครงการ	ระบุแหล่งข้อมูล เช่น การสอบถามสัมภาษณ์ สํารวจแบบรายงาน แบบประเมินผล จากโปรแกรม/HDC/web	ระบุเงื่อนไขที่ช่วยให้สำเร็จ เช่น นโยบายความร่วมมือระบบการทำงาน การได้รับสนับสนุนทรัพยากร(คน เงิน ของ)

อำเภออรัญประเทศ  
เรื่อง การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
(Stroke)



**แผนพัฒนาระบบปฐมภูมิ (Primary care) ประจำปี ๒๕๖๔**  
**เรื่อง การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**  
**อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว**

### 1.สภาพปัญหา

#### 1.1 สภาพปัญหา/ที่มาและความสำคัญ

อัตราการตายของผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมอง มีจำนวนสูงมากขึ้น

#### 1.2 จุดอ่อนและจุดแข็งของการดำเนินงานที่ผ่านมาในปี2563

##### จุดอ่อน

- 1) เจ้าหน้าที่/อสม./ผู้นำชุมชน ความรู้การคัดกรองประเมิน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการสังเกตอาการ(Warning Sign) F-A-S-T อาการแสดงของการเกิดโรค
- 2) กลุ่มเสี่ยงขาดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- 3) ขาดการประเมินติดตามพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยง
- 4) ประชาชนขาดการเข้าถึงบริการ 1669

##### จุดแข็ง

ภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง

- ภายนอก (ผู้นำชุมชน อปท) มีการเชื่อมโยงขององค์กร
- ภายใน (รพ./รพ.สต) การประสานงานเป็นทีมต่อเนื่อง

#### 1.3ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

	ตัวชี้วัด	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
1	อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL<100mV/dl	24.94	22.46	34.39	39.71
2	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่คุมน้ำตาลได้ดี	16.66	43.04	41.66	43.17
3	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 mmHg	70.56	80.83	72.96	74.94
4	อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วนลงพุง(รอบเอวมากกว่า (ส่วนสูง(ซม.)/2))	0	65.3	72.80	72.98
5	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วนลงพุง(รอบเอวมากกว่า (ส่วนสูง(ซม.)/2)) ลงจากงบประมาณที่ผ่านมา	0	0	-9.03	-11.42
6	ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี	26.6	50.22	50.99	69

	ตัวชี้วัด	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
7	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	66.7	82.3	92.57	94.78
8	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) จำแนกตาม Risk SCORE	11.09	13.97	84.88	85.67
9	รายงานการเปลี่ยน SCORE ลดลงของกลุ่มเสี่ยงและเสี่ยงสูงต่อ CVD Risk (SCORE4,5) เปรียบเทียบรอบ 6 เดือน	100	75	100	84.62
10	รายงานการเปลี่ยน SCORE ลดลงของกลุ่มเสี่ยงและเสี่ยงสูงต่อ CVD Risk $\geq$ 20% หลังได้รับการปรับเปลี่ยนความเสี่ยงแล้วมี CVD Risk ลดลง	0	0	72	66.04
11	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือ โรคความดันโลหิตสูงที่ปัจจุบันยังสงบหรือลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา	0	0	-1,274.60	38.38
12	อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	0	22.0	54.94	76.73
13	อัตราการตายของผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมอง < 7	6.9	6.7	10.33	8.20

#### 1.4 แนวทางพัฒนาตามแผนที่กำหนด

พัฒนาต่อตาม Action Plan ปี 2564

#### 2. วัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน

อัตราการตายของผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมอง < 7



## 3. Action Plan ปี 2564

ลำดับ	กิจกรรม	ว/ด/ป	ผู้รับผิดชอบ
1. 2.	P: Partnership ผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ จนท./อสม./ผู้นำชุมชน	ม.ค.64	รพ., รพ.สต. CUP อรัญประเทศ
3.	I:Investment สนับสนุนรพ.สต. ดำเนินกิจกรรม คัดกรองความเสี่ยง การปรับเปลี่ยน พฤติกรรม ผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ	ม.ค.64	รพ., รพ.สต. CUP อรัญประเทศ
4.	R:Regulate นิเทศติดตาม เยี่ยมเสริมพลัง	มี.ค.64	CUP อรัญประเทศ
5. 6. 7.	A:Advocate คืนข้อมูลกลุ่มเสี่ยง ผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์และสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานแก่ชุมชน เรื่อง โรคหลอดเลือดสมอง ประชุมสรุปผลการดำเนินงาน	มี.ค.64 มี.ค.64 เม.ย.64	รพ., รพ.สต. อปท. CUPอรัญประเทศ
8.	B:Building Capacity พัฒนาทักษะการเฝ้าระวังการสังเกตอาการ(Warning Sign) F-A-S-T อาการ แสดงของการเกิดโรค ให้แก่ จนท./อสม./ผู้นำชุมชน สนับสนุนเครื่องมือสื่อการประชาสัมพันธ์ เรื่อง โรคหลอดเลือดสมอง พัฒนา ระบบบริการ Stroke Fast Track พัฒนา ระบบติดตามเยี่ยมบ้านเชื่อมโยงกับ Thai COC	พ.ค.64	CUPอรัญประเทศ รพ., รพ.สต.

## 3. แผนการประเมินผล Primary Care ตาม Action Plan โดยใช้ Logical Framework อ.รัฐประเทษ

	สาระสำคัญโดยสรุป	ดัชนีความสำเร็จ	ผลการดำเนินงาน	แหล่งข้อมูลหรือวิธีการตรวจสอบ	เงื่อนไขปัจจัยความสำเร็จ
เป้าประสงค์ (Goal)	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถลดอัตราการตายได้	อัตราการตายของผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมอง <7	อัตราการตายของผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมอง <7	HDC	รพ.สต.ทุกแห่งจัดให้ความรู้แก่ประชาชน
วัตถุประสงค์ทั่วไป (Purpose)	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลได้ตามเวลาที่กำหนด (<2ชม.)	กลุ่มเสี่ยงNCD ได้รับการคัดกรอง CVD Risk ทุกราย	ขึ้นทะเบียนEMS Member 1669	ทะเบียนการศึยขึ้นทะเบียนEMS Member 1669	สอนวิธีการศึยขึ้นทะเบียนEMS Member 1669
วัตถุประสงค์เฉพาะ (Output)	ผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้การเฝ้าระวังการสังเกตอาการ(Warning Sign) F-A-S-T	ผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 80มีความรู้การเฝ้าระวังการสังเกตอาการ(Warning Sign) F-A-S-T	ทุกรพ.สต.จัดประชุมให้ความรู้ประชาชน	รูปภาพการจัดกิจกรรมของทุกรพ.สต.	นโยบายสอนให้ความรู้ประชาชน การเข้าถึงบริการ
กลวิธีหรือแนวทางการดำเนินงาน (Input)	Pre-hos: คัดกรองกลุ่มเสี่ยงจากผู้ป่วยNCD โดยใช้CVD Risk In-hos: F-A-S-T ภายใน2.5 ชม. Post-hos: เยี่ยมบ้าน โดยทีม FCT	รพ.สต.ทุกแห่งคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ERคุณภาพ รพ.สต.ทุกแห่งศึยเยี่ยมบ้านทุกราย	อัตราการตายของผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมอง	HDC การRefer ทันเวลา Thai COC	ตัวชี้วัดการดำเนินงาน Stroke

# อำเภอเขาฉกรรจ์

## เรื่อง การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ



## แผนพัฒนาระบบปฐมภูมิ (Primary care) ประจำปี 2564

ประเด็น การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

อำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว

### 1. ที่มาและความสำคัญของปัญหา

#### 1.1 ที่มาและความสำคัญ

ปี 2563 อำเภอเขาฉกรรจ์มีจำนวนผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) จำนวน 7,165 คน คิดเป็นร้อยละ 12.58 ของประชากรทั้งหมดผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 6,130 คน ร้อยละ 10.77 จำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) คัดกรองได้จำนวน 5,035 คน ร้อยละ 70.27 พบว่า กลุ่มติดสังคม ร้อยละ 69.30 คน กลุ่มติดบ้านร้อยละ 0.72 คน กลุ่มติดเตียง ร้อยละ 0.23 คน ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 1,965 คน คิดเป็นร้อยละ 27.42 โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 1,592 คน ร้อยละ 22.21 กลุ่มปกติได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 3,977 คน คิดเป็นร้อยละ 55.51 เสี่ยง 320 คน เสี่ยงสูง 151 คน คัดกรองโรคเบาหวาน 5,438 คน ร้อยละ 75.90 เสี่ยง 303 คน เสี่ยงสูง 28 คน การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care : LTC) มีการดำเนินงาน 5 แห่ง ครอบคลุมร้อยละ 100 Case Manager จำนวน 12 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) หลักสูตร 70 ชม. ของกรมอนามัย จำนวน 38 คน และ อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) จำนวน 1,978 คน จากข้อมูลผู้สูงอายุเป็นโรคเรื้อรังสูง และยังมีกลุ่มเสี่ยงที่จะกลายเป็นผู้ป่วยรายใหม่ การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งด้านระบบสนับสนุนและคนในการเข้าสู่สังคมเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

#### 1.2 ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา(ปีงบประมาณ 2561 – 2563)

ตัวชี้วัด	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
1 จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด	6,982	7,312	7,165
ร้อยละของผู้สูงอายุต่อประชากร	12.33	12.89	12.58
2 ร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL)			
- กลุ่มติดสังคม	73.07	81.27	69.30
- กลุ่มติดบ้าน	0.74	0.83	0.72
- กลุ่มติดเตียง	0.18	0.23	0.23
3 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง	50.07	53.02	55.51
- ปกติ	42.99	44.06	48.93
- เสี่ยง	5.55	7.80	4.47
- เสี่ยงสูง	1.51	1.16	2.11
4 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน	66.84	71.38	75.90
- ปกติ	58.10	64.78	71.28

	ตัวชี้วัด	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
	- เสี่ยง	8.13	6.09	4.14
	- เสี่ยงสูง	0.10	0.51	0.39
5	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง CVD Risk	27.48	32.14	36.76
	- ต่ำ+ปานกลาง	14.39	16.43	18.21
	- สูง	5.84	6.73	7.94
	- สูงมาก	3.12	3.78	4.73
	- สูงอันตราย	4.12	5.19	5.87
6	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง สุขภาพช่องปาก	64.27	50.45	54.84
	- ปกติ	51.28	46.70	50.34
	- ผิดปกติ	2.77	3.73	0.63
	- ไม่ระบุ	10.19	0.01	3.86
7	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง กลุ่ม Geriatric syndrome			
	7.1 สมองเสื่อม	65.88	52.83	54.81
	- ปกติ	65.82	52.28	54.67
	- ผิดปกติ	0.06	0.55	0.14
	- ไม่ระบุ	0	0	0
	7.2 ซึมเศร้า	66.23	51.86	59.94
	- ปกติ	66.23	51.74	57.64
	- ผิดปกติ	0	0.12	2.30
	7.3 ข้อเข่าเสื่อม	65.25	52.80	54.75
	- ปกติ	64.72	49.29	53.30
	- ผิดปกติ	0.53	2.52	1.45
	- ไม่ระบุ	0	0.01	0
	7.4 ภาวะหกล้ม	65.78	51.98	54.82
	- ปกติ	55.25	51.25	49.99
	- ผิดปกติ	0.33	0.60	0.94
	- ไม่ระบุ	10.21	0.13	3.89
8	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง BMI	87.40	91.36	90.29
	- ผอม	10.34	11.01	11.60
	- สมส่วน	54.81	57.22	55.83
	- เริ่มอ้วน	18.02	15.45	18.41
	- อ้วน	4.04	4.39	4.30

ตัวชี้วัด	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
- อ้วนอันตราย	0.18	0.29	0.17
9 จำนวนตำบลและชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพ			
- ชมรมทั้งหมด	5	5	5
- ผ่านเกณฑ์	5	5	5
10 ร้อยละของผลการดำเนินงานตำบล Long Term Care			
- ตำบลทั้งหมด	5	5	5
- ผ่านเกณฑ์	5	5	5

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 30 กันยายน 2563

### 1.3 วิเคราะห์Gap ของการดำเนินงานที่ผ่านมา

ประเด็น	จุดแข็ง	จุดอ่อน
ด้านนโยบาย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. จัดทำเป็นเชิงมุ่ง และมีแผนยุทธศาสตร์/แผนปฏิบัติการ</li> <li>2. มีการถ่ายทอดให้บุคลากรทุกระดับทราบ</li> <li>3. มีการถ่ายทอดนโยบาย และแนวทางการดำเนินงานให้กับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ความเข้าใจในนโยบายร่วมกันของส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง (พม./อปท./กศน. ฯลฯ)</li> </ol>
บุคลากร	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในงานด้านผู้สูงอายุ</li> <li>2. มีจิตมุ่งบริการและการทำงานเป็นทีม</li> <li>3. มีความครอบคลุม และเพียงพอต่อจำนวนกลุ่มเป้าหมาย</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงาน</li> <li>2. ขาดการอบรมพัฒนาศักยภาพที่ต่อเนื่อง</li> </ol>
งบประมาณ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีแหล่งงบประมาณ เช่น กองทุนผู้สูงอายุ (LTC) กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่/ตำบล</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ข้อจำกัดในการใช้งบประมาณของกองทุนผู้สูงอายุ (LTC) กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่/ตำบล ไม่สามารถใช้ได้หลากหลายมิติ</li> </ol>
เครื่องมือ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีแนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว, การส่งเสริมสุขภาพผ่านชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ</li> </ol>	-
ระบบข้อมูลสารสนเทศ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัย และเข้าถึงได้ง่ายในปัจจุบัน ทำให้มีช่องทางการประชาสัมพันธ์มากยิ่งขึ้น</li> <li>2. มีโปรแกรมการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การจัดการข้อมูลผู้สูงอายุ ยังขาดระบบการสนับสนุนการเชื่อมโยงข้อมูลเครือข่าย</li> <li>2. การประชาสัมพันธ์งานผู้สูงอายุยังดำเนินงานไม่ทั่วถึง</li> </ol>

ประเด็น	จุดแข็ง	จุดอ่อน
อุปกรณ์/เครื่องมือแพทย์	1. มีธนาคารกายอุปกรณ์ในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งในส่วนของภาครัฐ (รพ.เขาฉกรรจ์) และภาคเอกชน (วัดบึงพระราม)	1. วัสดุ อุปกรณ์ ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ยังไม่เพียงพอ และครอบคลุมผู้สูงอายุที่มีปัญหาภาวะการเคลื่อนไหว และในผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง
การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย	1. มีการสนับสนุนการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) 2. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มีการขานรับนโยบาย และตั้งงบประมาณในการดำเนินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) และการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ 3. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) กำหนดเป็นประเด็นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	

## 2. แผนปฏิบัติการพัฒนาระบบปฐมภูมิ(Primary care)

### 2.1 เป้าประสงค์

1. ผู้สูงอายุเขาฉกรรจ์ ได้รับการดูแล และส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ร้อยละ 80

### 2.2 วัตถุประสงค์

1. ส่งเสริมภาคีเครือข่ายให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุผ่านระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ที่ได้มาตรฐาน
2. ส่งเสริมภาคีเครือข่ายให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยกระบวนการชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ
3. ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ คือ ไม่ดื่ม ไม่ล้า ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย

### 2.3 มาตรการ และกิจกรรม

1. พัฒนาข้อมูลสถานะสุขภาพผู้สูงอายุครบถ้วน ครอบคลุม มีคุณภาพใช้งานบูรณาการด้วยกันได้
2. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีทุกคนขึ้นภายใต้ระบบ LTC ที่มีประสิทธิภาพ และอาสาสมัครประจำครอบครัวของผู้สูงอายุ
3. เสริมสร้างการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ด้วยกระบวนการชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/สภาผู้สูงอายุอำเภอ (ชมรมผู้สูงอายุระดับ อปท. 100 % ชมรมหมู่บ้าน 50 % โรงเรียนผู้สูงอายุ 1 อปท. 1 โรงเรียน) และ Health Literacy
4. พัฒนาระบบการดูแลผ่านคลินิกผู้สูงอายุ (NCD, ข้อเสื่อม, สมองเสื่อม, ช่องปาก, ตา) ในโรงพยาบาลเขาฉกรรจ์ และมุมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

5. พัฒนาภูมิสถาปัตยกรรมของโรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้รองรับการดูแลผู้สูงอายุ และส่งเสริมให้ส่วนราชการ, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีภูมิสถาปัตยกรรมที่เอื้อต่อการเข้ารับบริการของผู้สูงอายุ

6. เสริมสร้างกระบวนการของการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และส่งเสริมการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) วัด และภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุในเชิงสังคม และภูมิสถาปัตยกรรมของบ้านเรือนผู้สูงอายุ

### 1. พัฒนาข้อมูลสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุครบถ้วน ครอบคลุม มีคุณภาพใช้งานบูรณาการด้วยกันได้

กิจกรรม	ช่วงเวลา	ผู้รับผิดชอบ
<b>P : Partnership</b> 1. สร้างความเข้าใจ และการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่าย ภาคีรัฐ ภาคเอกชน และประชาสังคม ในการจัดเก็บข้อมูลภาวะสุขภาพผู้สูงอายุตามแบบฟอร์มที่กำหนด และประมวลผลในระบบสารสนเทศ	ตุลาคม – ธันวาคม 2563	CUPเขาฉกรรจ์
<b>I : Investment</b> 1. ส่งเสริม สนับสนุน ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สนับสนุนงบประมาณและทรัพยากร ในการจัดเก็บข้อมูล และนำข้อมูลภาวะสุขภาพผู้สูงอายุไปใช้ร่วมกัน	ตุลาคม – ธันวาคม 2563	CUPเขาฉกรรจ์
<b>R : Regulate</b> 1. เยี่ยมเสริมพลังหน่วยบริการด้านสุขภาพทุกระดับ, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) และชมรมผู้สูงอายุระดับอำเภอในการจัดเก็บ และการใช้ข้อมูล	มกราคม – มีนาคม 2564	CUPเขาฉกรรจ์
<b>A : Advocate</b> 1. สนับสนุนการคืนข้อมูลการดำเนินงาน พร้อมผลการวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคให้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ	ตุลาคม 2563 – กันยายน 2564	CUPเขาฉกรรจ์
<b>B : Building Capacity</b> 1. พัฒนาระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลของหน่วยบริการด้านสุขภาพทุกระดับ และกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC)	มกราคม – มีนาคม 2564	CUPเขาฉกรรจ์



2. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีทุกคนขึ้นภายใต้ระบบ LTC ที่มีประสิทธิภาพ และอาสาสมัครประจำครอบครัวของผู้สูงอายุ การฟื้นฟูด้วยระบบ LTC

กิจกรรม	ช่วงเวลา	ผู้รับผิดชอบ
<p><b>P : Partnership</b></p> <p>1. พัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ทุกแห่ง ให้มีศักยภาพในการดำเนินงานที่กำหนดไว้ในรูปแบบการอบรมคณะทำงาน/การนิเทศติดตามผลการดำเนินงาน</p> <p>2. พัฒนาศักยภาพการดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัวของผู้สูงอายุ อย่างต่อเนื่อง ปีละ 1 ครั้ง</p>	ตุลาคม – ธันวาคม 2563	CUPเขาฉกรรจ์
<p><b>I : Investment</b></p> <p>1. ส่งเสริมสนับสนุนกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ในการใช้งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในการดูแลภาวะสุขภาพเพิ่มเติม</p>	ตุลาคม – ธันวาคม 2563	CUPเขาฉกรรจ์
<p><b>R : Regulate</b></p> <p>1. เยี่ยมเสริมพลังและเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC)</p>	มกราคม – มีนาคม 2564	CUPเขาฉกรรจ์
<p><b>A : Advocate</b></p> <p>1. สื่อสารนโยบายสาธารณะและสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานแก่ชุมชน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนการดำเนินงานกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC)</p> <p>2. สร้างช่องทาง และสื่อสารณะในการส่งเสริมการดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัวของผู้สูงอายุ</p>	ตุลาคม – ธันวาคม 2563	CUPเขาฉกรรจ์
<p><b>B : Building Capacity</b></p> <p>1. พัฒนาศักยภาพ CM/CG ในการจัดทำ Careplan การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว</p> <p>2. พัฒนาศักยภาพจนท.สาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกับ อสค. ผู้สูงอายุ คัดกรอง 10 เรื่อง “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ส่งกลุ่มเสี่ยงพบแพทย์ในคลินิกผู้สูงอายุ</p> <p>3. ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ</p>	มกราคม – มีนาคม 2564	CUPเขาฉกรรจ์

3. เสริมสร้างการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ด้วยกระบวนการชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/สภาผู้สูงอายุอำเภอ และ Health Literacy

กิจกรรม	ช่วงเวลา	ผู้รับผิดชอบ
<p><b>P : Partnership</b></p> <p>1. สร้างความเข้าใจ และถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยกระบวนการชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/สภาผู้สูงอายุอำเภอ และ Health Literacy ให้กับหน่วยบริการด้านสาธารณสุขทุกระดับ และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น</p> <p>2. ส่งเสริมศักยภาพให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการจัดตั้งกระบวนการชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุในพื้นที่</p>	<p>ตุลาคม – ธันวาคม 2563</p>	CUPเขาฉกรรจ์
<p><b>I : Investment</b></p> <p>1. ส่งเสริมสนับสนุน ให้ชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุในพื้นที่ ในการใช้งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในการจัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ด้วยตนเอง</p>	<p>ตุลาคม – ธันวาคม 2563</p>	CUPเขาฉกรรจ์
<p><b>R : Regulate</b></p> <p>1. เยี่ยมเสริมพลังและเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ</p> <p>2. สนับสนุนให้มีการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ</p>	<p>เมษายน – มิถุนายน 2564</p>	CUPเขาฉกรรจ์
<p><b>A : Advocate</b></p> <p>1. จัดทำแนวทาง และคู่มือการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ และโรงเรียนผู้สูงอายุ</p>	<p>มกราคม – มีนาคม 2564</p>	CUPเขาฉกรรจ์
<p><b>B : Building Capacity</b></p> <p>1. ศึกษาดูงานการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุของเทศบาลเมืองสระแก้ว</p>	<p>มกราคม – มีนาคม 2564</p>	CUPเขาฉกรรจ์

4. พัฒนาระบบการดูแลผ่านคลินิกผู้สูงอายุ (NCD, ข้อเสื่อม, สมองเสื่อม, ช่องปาก, ตา) ในโรงพยาบาลเขาฉกรรจ์ และมุมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กิจกรรม	ช่วงเวลา	ผู้รับผิดชอบ
<p><b>P : Partnership</b></p> <p>1. สร้างความเข้าใจทีมสหวิชาชีพในเครือข่าย โดยการถ่ายทอด/อบรมเชิงปฏิบัติการ/วางแผน/จัดกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย (10 ด้าน) โดยเน้นในด้านNCD, ข้อเสื่อม, สมองเสื่อม, ช่องปาก, ตาด้วยกิจกรรมคลินิกผู้สูงอายุ และมุมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ</p> <p>2. จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามมาตรการ 3S (พัฒนาชุมชนไร้พุง ลดโรค ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ 5 Smart/ส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ และการส่งเสริมการใช้คู่มือ "ไม่ลืม ไม่ล้ม ไม่ซิมเศร้า กินข้าวอร่อย"</p> <p>3. ทีมสหวิชาชีพดำเนินการ ถ่ายทอด/อบรมเชิงปฏิบัติการ/วางแผน/จัดกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย 5 กลุ่มโรค คือ 1. สมองเสื่อม 2. ข้อเข่าเสื่อม 3. ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ 4. ภาวะพลัดตกหกล้ม 5. สมองเสื่อม ด้วยกิจกรรม การออกกำลังกาย การฝึกทักษะสมอง การให้สุขศึกษาโภชนาการอาหาร การพักผ่อน การรักประดานยา และการดูแลช่องปาก.</p> <p>4. หน่วยบริการทุกแห่งดำเนินการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุตามแบบ 10 ด้าน กรณีที่เป็นกลุ่มติดสังคมที่มีปัญหาให้คัดแยกเข้าคลินิกผู้สูงอายุโดยใช้แบบคัดกรอง BGS ที่เป็น One page</p>	<p>ตุลาคม – ธันวาคม 2563</p>	CUPเขาฉกรรจ์
<p><b>I : Investment</b></p> <p>1. ขอรับการสนับสนุนงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่/ตำบลในการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ และมุมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พร้อมจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายที่มีภาวะสุขภาพในด้านNCD, ข้อเสื่อม, สมองเสื่อม, ช่องปาก, ตา</p>	<p>มกราคม – มีนาคม 2564</p>	CUPเขาฉกรรจ์
<p><b>R : Regulate</b></p> <p>1. เยี่ยมเสริมพลังและนิเทศติดตามการดำเนินงานของคลินิกผู้สูงอายุ และมุมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ</p>	<p>เมษายน – มิถุนายน 2564</p>	CUPเขาฉกรรจ์
<p><b>A : Advocate</b></p> <p>1. จัดทำแนวทางการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ และมุมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พร้อมทั้ง CPG ในการดูแลด้านNCD, ข้อเสื่อม, สมองเสื่อม, ช่องปาก, ตา ของผู้สูงอายุ</p> <p>2. การจัดทำแนวทาง และระบบสารสนเทศในการส่งต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะด้าน NCD, ข้อเสื่อม, สมองเสื่อม, ช่องปาก, ตา ในการดูแลต่อเนื่องในระดับพื้นที่</p>	<p>มกราคม – มีนาคม 2564</p>	CUPเขาฉกรรจ์

กิจกรรม	ช่วงเวลา	ผู้รับผิดชอบ
3. วิเคราะห์ข้อมูลระดับ Individual ในกลุ่มเป้าหมายและกลุ่มผู้ให้บริการเพื่อค้นหา ปัญหาผู้ป่วย โดยใช้แบบคัดกรอง BGS ที่เป็น One page ในการคัดกรองผู้สูงอายุ เพื่อ เข้าคลินิก (เน้นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง) 4. ส่งเสริมความรู้ด้าน สุขภาพ 5 Smart/ส่งเสริม สุขภาพจิตในผู้สูงอายุ โดยการดูแล จากทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาล 5. การประสานการส่งต่อ กรณีผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องการรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ ด้าน		
<b>B : Building Capacity</b> 1. จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลเขานกรรจ์ เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะการเจ็บป่วย ในด้านNCD, ข้อเสื่อม, สมองเสื่อม, ช่องปาก, ตา 2. จัดตั้งมุมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง 3. พัฒนาทักษะพยาบาลประจำคลินิกในการส่งอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุระยะสั้น 10 วัน /หลักสูตรเฉพาะทาง 4 เดือน 4. พัฒนาทักษะของ จ.น.ท รพ.สต.และ อสม.ในการคัดกรองผู้สูงอายุ 5. พัฒนาทักษะของ จ.น.ท. ประจำคลินิกผู้สูงอายุในการใช้แบบประเมิน BGS และการ ดำเนินงานในคลินิกโดยการศึกษาดูงานที่ รพ.สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร	มกราคม – มีนาคม 2564	CUPเขานกรรจ์

5. พัฒนาภูมิสถาปัตยกรรมของโรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้รองรับการดูแลผู้สูงอายุ และส่งเสริมให้ส่วนราชการ, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีภูมิสถาปัตยกรรมที่เอื้อต่อการเข้ารับบริการของผู้สูงอายุ

กิจกรรม	ช่วงเวลา	ผู้รับผิดชอบ
<b>P : Partnership</b> 1. สร้างการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่าย ภาคีรัฐ ภาคเอกชน และประชาสังคม เพื่อปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ	มกราคม – มีนาคม 2564	CUPเขาฉกรรจ์
<b>I : Investment</b> 1. ส่งเสริม สนับสนุน ให้ อปท.และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สนับสนุนงบประมาณและทรัพยากร ในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาส	มกราคม – มีนาคม 2564	CUPเขาฉกรรจ์
<b>R : Regulate</b> 1. เยี่ยมเสริมพลัง ประเมินมาตรฐาน สถานบริการสาธารณสุข ตามเกณฑ์ “สถานที่ทำงาน น่าอยู่ น่าทำงาน”	เมษายน – มิถุนายน 2564	CUPเขาฉกรรจ์
<b>A : Advocate</b> 1. สนับสนุนการสื่อสารสาธารณะในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ	มกราคม – มีนาคม 2564	CUPเขาฉกรรจ์
<b>B : Building Capacity</b> 1. พัฒนาศักยภาพ จนท.ในการดำเนินงาน “สถานที่ทำงาน น่าอยู่ น่าทำงาน” 2. สถานบริการสาธารณสุข มีความพร้อมในสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ เช่น รถเข็นนั่ง ไม้เท้า	มกราคม – มีนาคม 2564	CUPเขาฉกรรจ์

6. เสริมสร้างกระบวนการของการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และส่งเสริมการดำเนินงานขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) วัด และภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุในเชิงสังคม และภูมิสถาปัตยกรรมของบ้านเรือนผู้สูงอายุ

กิจกรรม	ช่วงเวลา	ผู้รับผิดชอบ
<p><b>P : Partnership</b></p> <p>1. สะท้อนปัญหา และสร้างความเข้าใจของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเขาฉกรรจ์ ในการบรรจุประเด็นการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นประเด็นการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ</p> <p>2. ถ่ายทอดแผน และแนวทางการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้ส่วนราชการ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย นำไปเป็นแนวทางปฏิบัติ</p>	ตุลาคม – ธันวาคม 2563	CUPเขาฉกรรจ์
<p><b>I : Investment</b></p> <p>1. บูรณาการแผน และงบประมาณของส่วนราชการร่วมกันในการดำเนินงานตามแผน และแนวทางการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเขาฉกรรจ์</p>	มกราคม – มีนาคม 2564	CUPเขาฉกรรจ์
<p><b>R : Regulate</b></p> <p>1. จัดตั้งคณะอนุกรรมการ และคณะทำงานในการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ</p>	มกราคม – มีนาคม 2564	CUPเขาฉกรรจ์
<p><b>A : Advocate</b></p> <p>1. ถ่ายทอดแผน และแนวทางการดำเนินงานการดูแลสุขภาพในระดับอำเภอ</p> <p>2. สื่อสารสาธารณะในการสร้างความร่วมมือของภาคเอกชน และประชาชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกัน</p>	มกราคม – มีนาคม 2564	CUPเขาฉกรรจ์
<p><b>B : Building Capacity</b></p> <p>1. ประสานความร่วมมือองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) วัด และภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุในเชิงสังคมและภูมิสถาปัตยกรรมของบ้านเรือนผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีความซับซ้อน หรือต้องการได้รับการสนับสนุน</p>	ตุลาคม 2563– กันยายน 2564	CUPเขาฉกรรจ์

## 3. การประเมินผลการดำเนินงาน

	สาระสำคัญโดยสรุป	ดัชนีวัดความสำเร็จ	ผลการดำเนินงาน	แหล่งข้อมูล หรือวิธีการตรวจสอบ	เงื่อนไขปัจจัยความสำเร็จ
<b>เป้าประสงค์ (Goal)</b>	1. ผู้สูงอายุเขาฉกรรจ์ ได้รับการดูแล และส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม	ร้อยละ 60 ของผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่ม (ติดสังคม, ติดบ้าน, ติดเตียง) มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น	ผู้สูงอายุในกลุ่มติดสังคม, ติดบ้าน, ติดเตียง) มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น	แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	การรับรู้นโยบายและการสร้างความร่วมมือของ CUP และอปท.
<b>วัตถุประสงค์ทั่วไป (Purpose)</b>	1. ส่งเสริมภาคีเครือข่ายให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุผ่านระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ที่ได้มาตรฐาน	ร้อยละ 100 ของอปท. เข้าร่วม การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (LTC)	กองทุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) มีผลการดำเนินงานได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	แบบประเมินกองทุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC)	การเข้าร่วมและการพัฒนา/การดำเนินงานตามเกณฑ์ที่กำหนด
<b>วัตถุประสงค์เฉพาะ (Output)</b>	1. ส่งเสริมภาคีเครือข่ายให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยกระบวนการชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ	- ร้อยละ 100 มีชมรมผู้สูงอายุระดับอปท. - ร้อยละ 50 มีชมรมผู้สูงอายุระดับหมู่บ้าน - มีโรงเรียนผู้สูงอายุ 1 อปท. 1 โรงเรียน) - ร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุมี Health Literacy ในการดูแลสุขภาพตนเอง	มีชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ	- แบบรายงาน/ประเมินการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ - แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ	การรับทราบนโยบาย/แนวทางปฏิบัติ/การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุและโรงเรียนผู้สูงอายุ
	2. ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ คือ	- ร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุ พฤติกรรมสุขภาพที่พึง	มีผู้สูงอายุต้นแบบ	- แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและ	การรับทราบนโยบาย/แนวทาง

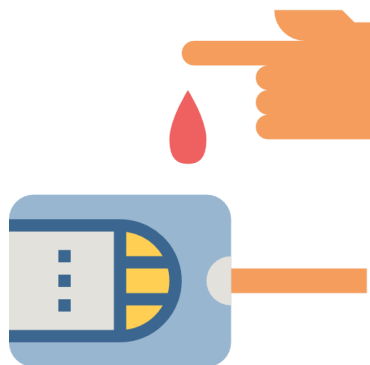
	สาระสำคัญโดยสรุป	ดัชนีวัดความสำเร็จ	ผลการดำเนินงาน	แหล่งข้อมูล หรือ วิธีการตรวจสอบ	เงื่อนไขปัจจัยความสำเร็จ
	ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย	ประสงค์ คือ ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย		พฤติกรรมสุขภาพ ของผู้สูงอายุ	ปฏิบัติ/การ ดูแลสุขภาพ ของผู้สูงอายุ และผู้ดูแล ผู้สูงอายุ
<b>กลวิธีหรือ แนวทางการ ดำเนินงาน (Input)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>พัฒนาข้อมูลสถานะสุขภาพผู้สูงอายุครบถ้วนครอบคลุม มีคุณภาพใช้งานบูรณาการด้วยกันได้</li> <li>ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีทุกคนขึ้นภายใต้ระบบ LTC ที่มีประสิทธิภาพ และอาสาสมัครประจำครอบครัวของผู้สูงอายุ</li> <li>เสริมสร้างการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ด้วยกระบวนการชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/สภาผู้สูงอายุอำเภอ และ Health Literacy</li> <li>พัฒนาระบบการดูแลผ่านคลินิกผู้สูงอายุ</li> <li>พัฒนาภูมิสถาปัตย์ให้รองรับการดูแลผู้สูงอายุ</li> <li>เสริมสร้างกระบวนการของการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการดูแลผู้สูงอายุ</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>มีฐานข้อมูลด้านสุขภาพผู้สูงอายุ 10 ด้านตามแบบ(Basic Geriatric Screening: BGS)</li> <li>ร้อยละ 100 ของอปท. เข้าร่วม การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (LTC)</li> <li>ร้อยละ 100 มีชมรมผู้สูงอายุระดับอปท. ร้อยละ 50 มีชมรมผู้สูงอายุระดับหมู่บ้านมีโรงเรียนผู้สูงอายุ 1 อปท. 1 โรงเรียน) และร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุมี Health Literacy ในการดูแลสุขภาพตนเอง</li> <li>ร้อยละ 100 ของสถานบริการมีคลินิกผู้สูงอายุ/มุมผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุคลินิกผู้สูงอายุ</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>มีการถ่ายทอด และใช้ฐานข้อมูลร่วมกัน</li> <li>กองทุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) มีผลการดำเนินงานได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด</li> <li>มีชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ</li> <li>ภาวะผู้สูงอายุ 10 ด้านตามแบบ(Basic Geriatric Screening: BGS) ได้รับการวางแผนแก้ไขปัญหา</li> <li>สถานบริการผ่านเกณฑ์การ</li> </ol>	<p>รายงานการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการตามยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพอำเภอเขาคองกรรจ์</p>	การถ่ายทอดนโยบาย/การสร้างความร่วมมือ/และการปฏิบัติงานตามแผนในห้วงเวลาที่กำหนด



	สาระสำคัญโดยสรุป	ดัชนีวัดความสำเร็จ	ผลการดำเนินงาน	แหล่งข้อมูล หรือวิธีการตรวจสอบ	เงื่อนไขบ่งชี้ความสำเร็จ
		5. ร้อยละ 100 ของสถานบริการมีภูมิสถาปัตย์ให้รองรับการดูแลผู้สูงอายุ 6. การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้รับการบรรจุเป็นประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ	ประเมิน “สถานที่ทำงาน น่าอยู่ น่าทำงาน” 6. มีแผน และผลการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ		

# อำเภอกองสูง

## เรื่อง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(DM)



แผนพัฒนาระบบปฐมภูมิ (Primary care) ประจำปี 2564

ประเด็น กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว

1. ที่มาและความสำคัญของปัญหา

1.1 ที่มาและความสำคัญ

อำเภอโคกสูงมี 4 ตำบล 41หมู่บ้าน 7,712 ครัวเรือน 27,193 คน มีบุคลากรการแพทย์และสาธารณสุข 136 คน มี Mini Case Manager DM 1 คน มี Case Manager DM 1 คน มี ทีม อสม.รอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 567 คน มีประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป 8,725 มีผู้ป่วยเบาหวาน 1,275 คน และมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2,708 คน จากการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3 ปีย้อนหลังของอำเภอโคกสูง พบว่า

1.2 ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

ที่	ข้อมูล	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
1	DM			
1.1	ประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้นไป	9,248	8,926	8725
1.2	ผลการคัดกรอง	8,747(94.58)	8,25(92.45)	8128(93.16)
	ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป(กลุ่มปกติ) ระดับน้ำตาล < 100mg./dl.	7,901(90.33)	7352(89.9)	7451(91.67)
1.3	100mg./dl.			
1.4	ประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้นไป (กลุ่มเสี่ยง)ระดับน้ำตาล 100-125mg./dl.	724 (8.27)	761 (9.22)	412(5.07)
1.5	ประชาชนอายุ35ปีขึ้นไป(กลุ่มป่วย)ระดับน้ำตาล >126 mg./dl.	122 (1.40)	139 (1.69)	67(0.82)
2	HT			7546
2.1	ผลการคัดกรอง	7,769 (94.28)	7,154(92.00)	7003(92.80)
2.2	ประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้นไป (กลุ่มปกติ),< 120/80 mmHg	6998(90.08)	6439(90.01)	6210(88.68)
2.3	ประชาชนอายุ 35ปีขึ้นไป(กลุ่มเสี่ยง),>121/89 mmHg	439(5.65)	481(6.72)	524(7.48)
2.4	ประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้นไป (กลุ่มป่วย),> 140/90 mmHg	332 (4.27)	234 (3.27)	234(3.34)

1.3 วิเคราะห์ Gap ของการดำเนินงานที่ผ่านมา

ที่	ชื่อตัวชี้วัด	ผ่าน	ไม่ผ่าน	จุดอ่อน	จุดแข็ง	ประเด็นพัฒนา
1	การคัดกรองเบาหวานตามขั้นตอนการประเมินความเสี่ยงในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ร้อยละ 90	93.16			1.อปท.สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์เพียงพอ 2.ทีมงานเครือข่ายในชุมชนมีความพร้อม 3.มีระบบ Fast Track DMระหว่างรพ.กับรพ.สต 4.มีการวางแผนคัดกรองให้เสร็จในไตรมาส 1	1.เพิ่มศักยภาพและความเชี่ยวชาญ ของอสม.ในการคัดกรอง 2.รณรงค์ตรวจคัดกรองเชิงรุกช่วงเทศกาล
2	อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบของปีที่ผ่าน มาได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำ	92.80			มีระบบการติดตามโดยเจ้าหน้าที่รพ.สต กรณีกลุ่มเสี่ยงมีค่าDTX >126 mg/dl ส่งต่อรพ.	1.จัดทำแผนการออกติดตามกลุ่มเสี่ยงและกำหนดผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน
3	ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี > ร้อยละ 40	48.47			1.มีระบบการติดตาม รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขาดการรักษา,ควบคุมไม่ได้,มีภาวะแทรกซ้อน 2.ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลเกิน 180 mg/dl จะได้พบ Case Manager ทุก ราย 3.มี อสค.Health Literacy ที่ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน	1.พัฒนาระบบติดตาม Pt ขาดยา/ ควบคุมไม่ได้ ด้วยโปรแกรมการจัดการตนเอง (ยาและอาหาร) 2.พัฒนา อสม.DM DOT ในกรณี Un control
4	การคัดกรองเบาหวานเข้าจอประสาทตาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน > ร้อยละ 60	77.49		เครื่องตรวจตา มีไม่เพียงพอ	1.ศักยภาพเจ้าหน้าที่สามารถทำหน้าที่ทดแทนกันได้ 2.มีการวางแผนการตรวจตา ให้เสร็จในเดือนแรก 3.มีการประชุมวางแผนทำความเข้าใจของเจ้าหน้าที่ในเครือข่าย ก่อนดำเนินการทุกครั้ง	1. วางแผนจัดซื้อเครื่องตรวจตา
5	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางเท้า ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60	72.00			1.ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจเท้าจากนักกายภาพบำบัด ทุกราย 2.นักกายภาพบำบัดลงพื้นที่ตรวจตา เท้า ใน รพ.สต. ทุกแห่ง	

ที่	ชื่อตัวชี้วัด	ผ่าน	ไม่ผ่าน	จุดอ่อน	จุดแข็ง	ประเด็นพัฒนา
6	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง เบาหวาน	4.61		1.ขาด การสร้าง กระแส ในกลุ่ม เสี่ยง		1.สร้างกระแสเรื่อง 3อ 2ส
7	อัตราป่วยรายใหม่ของ โรคเบาหวานต่อ ประชากร		395.66	1.ระบบ ข้อมูล		1.พัฒนาระบบข้อมูล DMใน เครือข่าย เช่น การบันทึก การดึงข้อมูล การบริหาร ข้อมูลDM ร่วมกันใน เครือข่าย

## 2. แผนปฏิบัติการพัฒนาระบบปฐมภูมิ (Primary care)

ลำดับ	กิจกรรม	วัน เดือน ปี	ผู้รับผิดชอบ
1	อบรมศัลยกรรมภาพ อสค.หมอบริการบ้านในการคัดกรองผู้ป่วย	ธ.ค.63	ประชากร
2	รณรงค์ตรวจคัดกรองเชิงรุก	ธ.ค./เม.ย./ ก.ค.64	รพ.สต.ทุก แห่ง
3	พัฒนาระบบติดตาม Pt ขาดยา/ ควบคุมไม่ได้ ด้วยโปรแกรมการจัดการตนเอง (ยาและอาหาร)	ธ.ค.63-ก.ค. 64	รัตนา
4	อบรมพัฒนาศัลยกรรมภาพ อสม. และอสค.DM DOT ในกรณี Un control	มี.ค.64	พนิดา
5	สร้างกระแสเรื่อง 3อ 2ส ช่วงเทศกาล เช่น สงกรานต์ ปีใหม่ เข้าพรรษา	ธ.ค./เม.ย./ ก.ค.64	รพ.สต.ทุก แห่ง
6	พัฒนาระบบข้อมูล DMในเครือข่าย และ NCD@Home	ก.พ.64	ชนัญตา
7	ประชุมเชิงปฏิบัติการ ONE DAY CAMP กลุ่มเสี่ยง DM	มี.ค.64	ชนัญตา

### 2.3 มาตรการ และกิจกรรม

กิจกรรม	ช่วงเวลา	ผู้รับผิดชอบ
---------	----------	--------------

<p>P : Partnership</p> <p>1.เพิ่มทักษะ อสม.ในการคัดกรอง</p> <p>2.อปท.จัดซื้ออุปกรณ์ ทันเวลา</p> <p>3.อปท.สนับสนุนลานออกกำลังกาย</p>	<p>ธ.ค.63</p> <p>ธ.ค.63</p> <p>เม.ย.64</p>	<p>พนิดา</p> <p>ประชากร</p> <p>ประชากร</p>
<p>I : Investment</p> <p>1.พัฒนา ระบบNCD คลินิกคุณภาพพรพ.สต./ รพ.</p> <p>2. พัฒนาระบบส่งต่อ, Fast Track</p> <p>3. พัฒนาระบบติดตาม Pt ขาดยา/ ควบคุมไม่ได้</p>	<p>ม.ค.64</p> <p>ก.พ.64</p> <p>ก.พ.64</p>	<p>รัตนา</p> <p>รัตนา</p> <p>รัตนา</p>
<p>R : Regulate</p> <p>1.อสม./อสค./ หมู่บ้าน HL (3อ 2ส. ลดโซเดียม)</p> <p>2.จัดทำระบบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขาดการรักษา,ควบคุมไม่ได้,มีภาวะแทรกซ้อน</p> <p>3. วิจัย/นวัตกรรมDM / HT</p>	<p>ธ.ค.63</p> <p>ก.พ.64</p> <p>เม.ย.64</p>	<p>ประชากร</p> <p>รัตนา</p> <p>ประชากร/รัตนา</p>
<p>A : Advocate</p> <p>1.วิเคราะห์ ติดตาม ประเมินผลโครงการ/คืนข้อมูล โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NDCs)(DM) ทุกเดือน</p>	<p>ต.ค.63-ก.ย. 64</p>	<p>ประชากร/รัตนา</p>
<p>B : Building Capacity</p> <p>1.การคัดกรอง(ดี เสี่ยง ป่วย)/บันทึกข้อมูล</p> <p>2.ติดตามกลุ่มป่วย เสี่ยง DM/HT</p> <p>3.ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (DPAC/3อ 2ส.)</p>	<p>ต.ค.-ธ.ค.63</p> <p>ม.ค.64</p> <p>มี.ค.64</p>	<p>พนิดา</p> <p>พนิดา</p> <p>พนิดา</p>

### 3. การประเมินผลการดำเนินงาน

	สาระสำคัญโดยสรุป	ดัชนีวัดความสำเร็จ	ผลการดำเนินงาน	แหล่งข้อมูล หรือวิธีการตรวจสอบ	เงื่อนไขบ่งชี้ความสำเร็จ
<b>เป้าประสงค์ (Goal)</b>	ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้	ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 50 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้	ประเมินผลการดำเนินงานทุก 3 เดือน 6 เดือน	1)การสอบถาม สัมภาษณ์ สํารวจ แบบรายงาน แบบประเมินผล จาก โปรแกรม/HDC/web 2) งานวิจัย การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน แบบมีส่วนร่วม	1)นโยบายที่ชัดเจนจากผู้บริหาร 2)ความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย 3) Role Model ใน DM Good control 4) การได้รับสนับสนุนทรัพยากร(คน เงิน
<b>วัตถุประสงค์ทั่วไป (Purpose)</b>	เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถดูแลตนเองได้	ผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ $\geq$ ร้อยละ 80	ประเมินผลการดำเนินงานทุก 3 เดือน 6 เดือน	1)การสอบถาม สัมภาษณ์ สํารวจ แบบรายงาน แบบประเมินผล จาก โปรแกรม/HDC/web 2) งานวิจัย การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน แบบมีส่วนร่วม	ของ)จาก อปท.
<b>วัตถุประสงค์เฉพาะ (Output)</b>	1)เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้ที่ถูกต้องในการเลือกรับประทานอาหาร การช้ยาและการออกกำลังกาย 2) เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัว	1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้ที่ถูกต้องในการเลือกรับประทานอาหาร การช้ยาและการออกกำลังกาย $\geq$ ร้อยละ 80 2) ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัว (จนท. อสค. อสม.	ประเมินผลการดำเนินงานทุก 3 เดือน 6 เดือน	1)การสอบถาม สัมภาษณ์ สํารวจ แบบรายงาน แบบประเมินผล จาก โปรแกรม/HDC/web 2) งานวิจัย การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน แบบมีส่วนร่วม	

	สาระสำคัญโดยสรุป	ดัชนีวัดความสำเร็จ	ผลการดำเนินงาน	แหล่งข้อมูล หรือวิธีการตรวจสอบ	เงื่อนไขบ่งชี้ความสำเร็จ
	( จนท. อสค. อสม. หมอประจำบ้าน)	หมอประจำบ้าน) $\geq$ ร้อยละ 80			
<b>กลวิธีหรือแนวทางการดำเนินงาน (Input)</b>	<p>แนวทาง PIRAB 1) การวิเคราะห์ข้อมูล (Individual Data) รายบุคคลในกลุ่ม Pt DM Uncontrol)</p> <p>2) จัดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยให้เข้ากลุ่มโปรแกรมการจัดการตนเอง (3เดือน)</p> <p>3) ส่งต่ออสม./อสค./หมู่บ้าน HL (3อ 2ส. ลดโซเดียม) ดูแลต่อเนื่องรายบุคคล</p> <p>4) วิจัย/นวัตกรรมDM</p>	<p>1) Pt DM Uncontrol ได้รับวิเคราะห์ข้อมูล Individual Data ร้อยละ 100</p> <p>2) ประเมินรูปแบบการจัดการตนเองทุก 3 เดือน 6 เดือน</p> <p>3) ประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองของ Pt DM Uncontrol ทุก 3 เดือน 6 เดือน</p> <p>4) ประเมิน อสค. และอสม. หมอประจำบ้าน</p> <p>4.1 การประเมินความรู้ อสค.และอสม. หมอประจำบ้าน ตามประเภทผู้ป่วย</p> <p>4.2 ประเมินการเยี่ยมผู้ป่วยในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ</p>	<p>ประเมินผลการดำเนินงาน</p> <p>ทุก 3 เดือน 6 เดือน</p>	<p>1)การสอบถามสัมภาษณ์ สํารวจแบบรายงาน แบบประเมินผล จากโปรแกรม/HDC/web</p> <p>2) งานวิจัย การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบมีส่วนร่วม</p>	



อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว

เรื่อง การดูแลผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

อำเภอ วังสมบูรณ์



## แผนพัฒนาระบบปฐมภูมิ (Primary care) ประจำปี 2564

### ประเด็นการดูแลผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

#### อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว

## 1. ที่มาและความสำคัญของปัญหา

### 1.1 ที่มาและความสำคัญ

อำเภอวังสมบูรณ์ มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 5,250 คน คิดเป็นร้อยละ 16.85 ของจำนวนประชากรทั้งหมด โดยจำแนกผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุติดสังคม คิดเป็นร้อยละ 96.36 กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุติดบ้าน คิดเป็นร้อยละ 2.34 กลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุติดเตียง คิดเป็นร้อยละ 1.29 จากสถานการณ์ดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ปัญหาผู้สูงอายุในเขตอำเภอวังสมบูรณ์ยังคงเป็นปัญหาสำคัญของอำเภอ เนื่องจากมีแนวโน้มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งผู้สูงอายุยังมีความเสี่ยงในการเกิดโรคมามากขึ้น ทำให้มีแนวโน้มในการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตลดลง นำไปสู่การมีภาวะพึ่งพิง ซึ่งจากการดำเนินการคืนข้อมูลให้ชุมชนในเวทีประชาคมของหมู่บ้าน/ชุมชน และเวทีประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) อำเภอวังสมบูรณ์ ภาศิเครือข่ายทุกภาคส่วนได้ร่วมวิเคราะห์ข้อมูลและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาที่จะต้องร่วมมือกันแก้ไขปัญหาการดูแลผู้สูงอายุดังกล่าว

### 1.2 ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

#### Home Health Care

ผู้สูงอายุได้รับการลงเยี่ยมบ้าน โดยแบ่งการเยี่ยมบ้านออกเป็น 4 กลุ่ม

- ได้แก่ 1. เยี่ยมบ้านตามโปรแกรม COC มีการลงเยี่ยมดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพ
2. เยี่ยมบ้านแบบ Common care มีการลงเยี่ยมดูแลผู้สูงอายุโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข /อสม./อสค. เข้าไปดูแลโดยการวัดความดันโลหิต เจาะน้ำตาล และให้สุขศึกษาเบื้องต้น
3. เยี่ยมบ้าน Home visit มีการลงเยี่ยมผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงโดยภาคีเครือข่ายต่างๆ ได้แก่ อปท. เหล่ากาชาด, สาขาสมาคมผู้สูงอายุ , คณะสงฆ์อำเภอวังสมบูรณ์ จำนวน 166 คน
4. เยี่ยมบ้าน Home ward มีการลงเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยทีมสหวิชาชีพ CM, CG ตาม Care plan ร้อยละ 100

#### Elderly Club

ชมรมผู้สูงอายุผ่านการประเมินตำบลต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ทั้ง 3 ตำบล โดยมีการดำเนินงานชมรมออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. ชมรมผู้สูงอายุ มีการจัดกิจกรรมชมรมเดือนละ 2 ครั้ง โดยสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเป็นผู้ดำเนินงาน และมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าไปร่วมสอนสุขศึกษาและให้ความรู้ทางด้านสุขภาพ
2. โรงเรียนผู้สูงอายุ มีการดำเนินงานกิจกรรมโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้จัดกิจกรรม มีการจัดกิจกรรมนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุ และมีการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพ

### Age - Friendly Cities

องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น/หน่วยงานราชการมีการปรับปรุงอารยสถาปัตยกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ จำนวน 2 แห่ง และมีการปรับปรุงบ้านสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 3 หลัง โดยใช้งบจิตอาสา พม. และ อปท.

### Rehabilitation Center

มีการจัดตั้งศูนย์รวมใจและฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุเฉลิมพระเกียรติ ณ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ โดยมีการบริการด้วย ศาสตร์การแพทย์แผนไทย และมีการจัดหาศูนย์กายอุปกรณ์ให้ผู้ป่วยสามารถยืมใช้ได้

### Training Care Giver

มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยมีแบ่งบุคลากรในการดูแลผู้สูงอายุเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

1. Care Manager	จำนวน	9 คน
2. Care Giver	จำนวน	48 คน
3. อสค.	จำนวน	257 คน
4. อสม.คัดกรองผู้สูงอายุ	จำนวน	151 คน

### Health Village

มีหมู่บ้านรักษาสุภาพ ตามหลัก 8 อ. /หมู่บ้านเข้าวัดฟังธรรม/หมู่บ้านออกกำลังกาย/หมู่บ้านรักษาศีล 5/หมู่บ้านนักรจัดการสิ่งแวดล้อม

#### 1.3 วิเคราะห์ Gap ของการดำเนินงานที่ผ่านมา

จุดอ่อน -

จุดแข็ง มีความพร้อมด้านกำลังคน สามารถคัดกรองได้ครอบคลุมทั้งพื้นที่

## 2. แผนปฏิบัติการพัฒนาระบบปฐมภูมิ (Primary care)

### 2.1 เป้าประสงค์

ร้อยละ 10 ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังมีคะแนนคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

### 2.2 วัตถุประสงค์

เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

### 2.3 มาตรการ และกิจกรรม

กิจกรรม	ช่วงเวลา	ผู้รับผิดชอบ
<b>P : Partnership</b> - พัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุด้วยระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์	ธันวาคม 2563- สิงหาคม 2564	Cup วังสมบูรณ์
<b>I : Investment</b> - ประชุมจัดทำแผนการดำเนินงานหมู่บ้านต้นแบบผู้สูงอายุสุขภาพดี	มกราคม 2564	Cup วังสมบูรณ์, อปท
<b>R : Regulate</b> - สนับสนุนให้มีการดำเนินงานหมู่บ้านต้นแบบผู้สูงอายุสุขภาพดี	กุมภาพันธ์- สิงหาคม 2564	Cup วังสมบูรณ์ , รพ.สต
<b>A : Advocate</b> - เก็บสำรวจรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุอำเภอวังสมบูรณ์ - จัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุโดยระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ - วางแผนการดูแลผู้สูงอายุด้วยระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์	มกราคม 2564- กุมภาพันธ์	Cup วังสมบูรณ์ , รพ.สต
<b>B : Building Capacity</b> - อบรมพัฒนาศักยภาพแกนนำหมู่บ้านผู้สูงอายุสุขภาพดีโดยใช้หลัก ก ข ค	กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564	Cup วังสมบูรณ์ , รพ.สต

## 3. การประเมินผลการดำเนินงาน

	สาระสำคัญโดยสรุป	ดัชนีวัดความสำเร็จ	ผลการดำเนินงาน	แหล่งข้อมูลหรือวิธีการตรวจสอบ	เงื่อนไขบ่งชี้ความสำเร็จ
<b>เป้าประสงค์ (Goal)</b>	ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น	ร้อยละ 10 ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังมีคะแนนคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น	ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ร้อยละ 10	แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	ความร่วมมือของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข CM,CG,อสค.และผู้สูงอายุในพื้นที่
<b>วัตถุประสงค์ทั่วไป (Purpose)</b>	ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังได้รับการดูแลโดย อสค.สาขาการดูแลผู้สูงอายุ	ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ร้อยละ 40 ได้รับการดูแลโดย อสค. สาขาการดูแลผู้สูงอายุ	ผู้ร้อยละ 40 ของผู้สูงอายุได้รับการดูแลโดย อสค.สาขาการดูแลผู้สูงอายุ	แผนการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังของ อสค.	ความร่วมมือของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข CM,CG,อสค.และผู้สูงอายุในพื้นที่
<b>วัตถุประสงค์เฉพาะ (Output)</b>	อสค.สาขาการดูแลผู้สูงอายุ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง	อสค.สาขาการดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 90 มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง	อสค.สาขาการดูแลผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ร้อยละ 90	แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจก่อน-หลัง การอบรม อสค.สาขาการดูแลผู้สูงอายุ	ความร่วมมือของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข CM,CG,อสค.และผู้สูงอายุในพื้นที่
<b>กลวิธีหรือแนวทางการดำเนินงาน (Input)</b>	ฝึกอบรม อสค.สาขาการดูแลผู้สูงอายุ	รพ.สต.จัดอบรมพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุให้กับ อสค.สาขาการดูแลผู้สูงอายุ	มี อสค.สาขาการดูแลผู้สูงอายุที่มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ	หลักสูตรการอบรม อสค.สาขาการดูแลผู้สูงอายุ	ความร่วมมือของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข CM,CG,อสค.และผู้สูงอายุในพื้นที่

#### 4. ปัญหา/อุปสรรค

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทำให้การจัดกิจกรรมตามโครงการต่างๆ ต้องหยุดไป เพราะกิจกรรมที่เขียนไว้ตามโครงการส่วนใหญ่เป็นการจัดอบรมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักเรียน อาสาสมัครสาธารณสุข และแกนนำต่างๆ ที่ต้องมีการระดมพล และมีจำนวนเป้าหมายค่อนข้างมาก ทำให้ไม่สามารถจัดกิจกรรมได้

#### 5. แผนที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ.2564

สานต่อการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุ 6 ด้าน และพัฒนางานผู้สูงอายุในเรื่อง เมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุและหมู่บ้านผู้สูงอายุสุขภาพดี การดูแลผู้สูงอายุ 4 ด้าน ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตัวเองได้ ลดการเป็นภาระของครอบครัวและสังคม ลดภาวะการติดบ้านและติดเตียง ส่งเสริมให้เกิดชมรมผู้สูงอายุที่ยั่งยืน ผู้สูงอายุสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ เพิ่มเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุทั้ง CM CG และอสค. เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุครอบคลุมทั่วถึงและมีคุณภาพ และพัฒนาให้เกิดการตั้งศูนย์กายอุปกรณ์แบบครบวงจรสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่เทศบาลตำบลวังทอง เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถยืมใช้ได้



**คณะทำงานขับเคลื่อนระบบปฐมภูมิ จังหวัดสระแก้ว**

1. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว
2. รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว
3. ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ทุกแห่ง
4. สาธารณสุขอำเภอ ทุกอำเภอ
5. หัวหน้ากลุ่มงาน ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว
6. บุคลากรสาธารณสุขในหน่วยงานทุกแห่ง
7. ผู้รับผิดชอบงานปฐมภูมิ