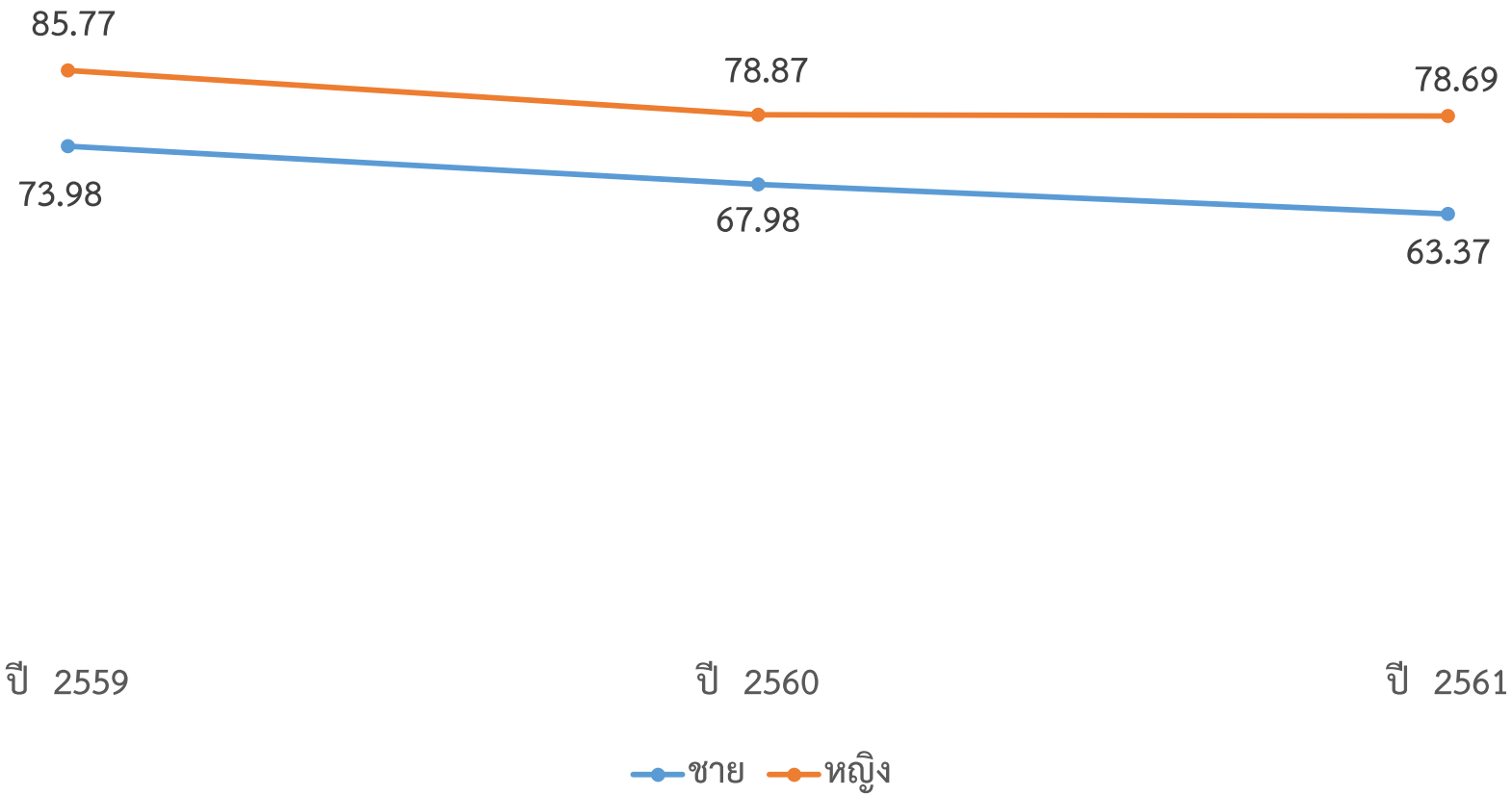


การขับเคลื่อนการดำเนินงานสาธารณสุข

ปีงบประมาณ 2563

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอปางศิลาทอง

อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด อำเภอปางศิลาทอง ปี 2559 - 2561



สาเหตุการเสียชีวิตจำแนกตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	ลำดับที่ 1			ลำดับที่ 2			ลำดับที่ 3		
	2560	2561	2562	2560	2561	2562	2560	2561	2562
0 – 4 ปี	อุบัติเหตุ (1)	จมน้ำ (1)							
5 – 14 ปี	อุบัติเหตุ (1) , จมน้ำ (1)	กล้ามเนื้อหัวใจตาย (1)	อุบัติเหตุ (1)						
15 – 19 ปี	อุบัติเหตุ (1)	อุบัติเหตุ (1)							
20 – 59 ปี	มะเร็ง (7)	มะเร็ง (8)	อุบัติเหตุ (7)	อุบัติเหตุ (4) , ไตวาย (4) , ตับแข็ง (4) , หัวใจหยุดเต้น (4)	หัวใจหยุดเต้น (6)	มะเร็ง (5)	จมน้ำ (3)	อุบัติเหตุ (3) , ไตวาย (3)	หัวใจหยุดเต้น (3)
60 ปีขึ้นไป	มะเร็ง (18)	มะเร็ง (15)	สมองเสื่อม (13)	ความดันโลหิตสูง (9)	ปอดบวม (13)	มะเร็ง (9)	ไตวาย (8)	ไตวาย (10) , หัวใจหยุดเต้น (10)	หัวใจล้มเหลว (6)

สาเหตุการเสียชีวิตจำแนกเพศ ปี 2562

กลุ่มอายุ	ชาย	หญิง
0 – 4 ปี		
5 – 14 ปี	อุบัติเหตุ (1)	
15 – 19 ปี		
20 – 59 ปี	มะเร็ง (3) อุบัติเหตุ (3) ไตวายเรื้อรัง , ติดเชื้อในกระแสเลือด , ฆ่าตัวตาย , จมน้ำ , ปอดบวม , เบาหวาน , มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด , หัวใจเต้นผิดจังหวะ , หัวใจหยุดเต้น , ภูมิคุ้มกันบกพร่องจากไวรัส (1,1,1,1,1,1,1,1,1,1)	อุบัติเหตุ (4) , มะเร็ง (2) , หัวใจหยุดเต้น (2) , เลือดออกในสมอง (1)
60 ปีขึ้นไป	มะเร็ง (9) , สมองเสื่อม (6) , อุบัติเหตุ (3) , ไตวายเรื้อรัง (3) , การหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (3) , หัวใจล้มเหลว (3) , กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (2) , หัวใจเต้นผิดจังหวะ (2) , กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (2) , โรคความดันโลหิตสูง , ติดเชื้อ , เบาหวาน , อัมพาต (1,1,1,1)	สมองเสื่อม (7) , หัวใจล้มเหลว (3) , มะเร็ง (1) , ติดเชื้อ (1) , กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (1) , โรคความดันโลหิตสูง (1) , โรคระบบไหลเวียนเลือด (1)

โครงการพัฒนาการดี สูงดีสมส่วน อำเภอปางศิลาทอง ปี 2563

ปิดช่องว่าง (gap) เพื่อยกระดับระบบพัฒนาการเด็กของอำเภอปางศิลาทองให้มีคุณภาพ และมาตรฐาน



แนวทางการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหา

Gap 1 เด็กทุกคนในอำเภอปางศิลาทอง ต้องได้รับการตรวจพัฒนาการ ครบ 100 %

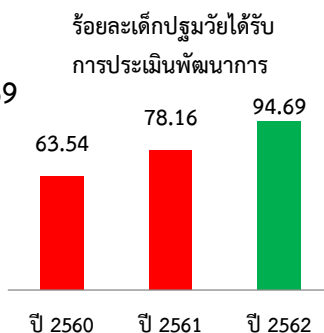
1. พัฒนาระบบมาตรฐานการดำเนินงานพัฒนาการเด็ก (ปิดช่องว่างของปัญหา)

ผลงาน ปี 2562

เป้าหมาย 848 คน คัดกรองได้ 803 คิดเป็นร้อยละ 94.69

ไม่ได้รับการคัดกรอง จำนวน 46 คน

คิดเป็นร้อยละ 5.31 ???????????



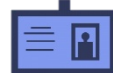
สาเหตุ (วิเคราะห์เด็กที่ไม่ได้รับการตรวจพัฒนาการ)

- ไม่อยู่ในพื้นที่(ไป-มา)/มารับบริการเป็นครั้งคราว (วัดซีน) ร้อยละ 64.44
- ติดตามไม่ได้/ไม่ยอมมา/ไม่เห็นความสำคัญ/ไม่ให้ความร่วมมือ/ ร้อยละ 35.56

ข้อตกลงภายใน อ.ปางศิลาทอง

- หากเด็กอยู่ในพื้นที่ไม่ถึง 6 เดือน ห้ามเปลี่ยนเป็น type 1 แต่ให้บริการตามปกติ
- ถ้าเด็กอยู่ในพื้นที่เกิน 6 เดือน เปลี่ยนเป็น type 1 ถ้าต้องได้รับการตรวจพัฒนาการ ให้เก็บความครอบคลุม

พัฒนาระบบการติดตาม

- “ทีมเครือข่ายช่วยด้วย” 
- “ทีมระดับอำเภอช่วยกัน”
- ประชุมคณะทำงาน ทุก 3 เดือน/สสอ.ติดตามผลการดำเนินงานทุกเดือนและแจ้งเตือน Line Group พัฒนาการ อ.ปางศิลาทอง

Gap 2 การค้นหาเด็กสงสัยล่าช้า/เด็กพัฒนาการล่าช้า

สาเหตุของปัญหา

1. เจ้าหน้าที่ของรพ./รพ.สต.เปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานใหม่
2. ความชำนาญในการใช้เครื่องมือตรวจประเมินพัฒนาการ

2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรงานพัฒนาการเด็กปฐมวัย

1. กิจกรรมอบรมฟื้นฟูทักษะเจ้าหน้าที่ในการใช้เครื่องมือ DSPM อ.ปางศิลาทอง ปี 2563 (พี่สอนน้อง)
2. กิจกรรมอบรมใช้เครื่องมือ DSPM สำหรับครูศูนย์เด็กเล็ก/ครูอนุบาล อ.ปางศิลาทอง ปี 2563 (สร้างเครือข่ายเพื่อค้นหาเด็กที่มีปัญหาเข้าถึงบริการ)

โครงการพัฒนาการดี สูงดีสมส่วน อำเภอปางศิลาทอง ปี 2563

ปิดช่องว่าง (gap) เพื่อยกระดับระบบพัฒนาการเด็กของอำเภอปางศิลาทองให้มีคุณภาพ และมาตรฐาน

Gap 3 เด็กที่ต้องได้รับการตรวจ TEDA4I ไม่ได้รับการตรวจ/กระตุ้นไม่ครบ

สาเหตุของปัญหา

1. ระบบการส่งต่อ
2. กระตุ้นไม่ครบเกณฑ์/ไม่มาตามนัด (ร้อยละ 50)
 - เดินทางไม่สะดวก/อยู่กับตายาย ร้อยละ 66
 - ไม่เห็นความสำคัญ/ไม่ยอมรับ ร้อยละ 34

กรณีเด็กที่ไม่มาตามนัด/ไม่สามารถมาตรวจได้

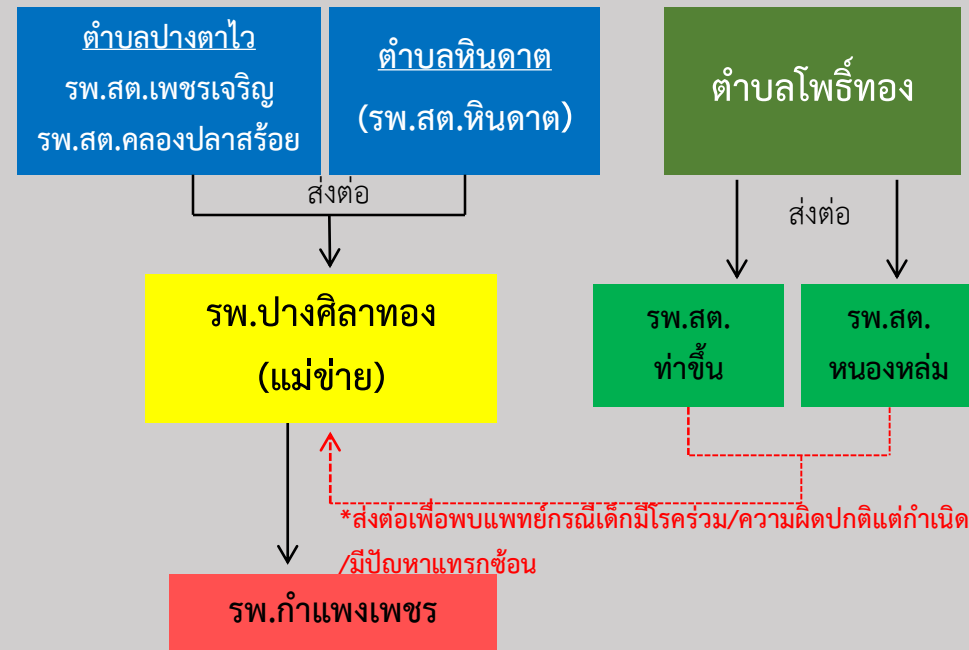
- ทีมระดับอำเภอ/อสม. ลงติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อสร้างความตระหนักให้ผู้ดูแลเด็กและหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน
- ประสาน อบต.กรณีผู้ปกครองไม่สามารถนำเด็กมาเข้ารับบริการได้



แนวทางการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหา

การพัฒนาระบบส่งต่อเพื่อตรวจประเมิน TEDA4I

การแบ่งโซนการตรวจ TEDA4I อำเภอปางศิลาทอง



** สสอ.ติดตามเพื่อแจ้งเตือนช่วงเวลาที่ต้องติดตามเด็ก/ระบบข้อมูลผ่านทาง

Line Group พัฒนาการ อ.ปางศิลาทอง

สร้าง โครงการเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน ฉลาดเติบโตสมวัย อำเภอปางศิลาทอง ปี 2563

ตารางแสดงผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปีงบประมาณ

รายละเอียดตัวชี้วัด	ปี 2562	ปี 2561	ปี 2560	ปี 2559
เด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน เป้าหมาย ≥ 68 %	63.06	66.01	66.31	66.51
ส่วนสูงเฉลี่ยเด็กชายที่อายุ 12 ปี ≥ 154 ซม.	149.25	151.08	149.74	149.19
ส่วนสูงเฉลี่ยเด็กหญิงที่อายุ 12 ปี ≥ 155 ซม.	150.01	150.32	149.30	149.19
เด็กวัยเรียนที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ≤ 2.05 %	11.06	11.15	8.94	9.60
เด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะพอม ≤ 5 %	6.85	6.71	7.92	5.13
เด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเตี้ย ≤ 5 %	5.33	4.45	3.47	3.46



สภาพปัญหา

- ผลการดำเนินงาน พบว่า เด็กนักเรียนและผู้ปกครอง ยังขาดด้านความตระหนักในเรื่องการรับประทานอาหารที่ปฏิบัติได้น้อย และการออกกำลังกายขาดความต่อเนื่อง

แนวทางการขับเคลื่อน

1. ประสานความร่วมมือให้โรงเรียนมีนโยบายส่งเสริมกิจกรรมทางกาย โดยดำเนินงานควบคู่ไปกับโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ
2. โรงเรียนมีการบูรณาการด้านเรียนการสอนในกลุ่มสาระการเรียนรู้และกิจกรรมพัฒนาผู้เรียน
3. ดำเนินการร่วมกับโรงเรียนมีการจัดกิจกรรมให้นักเรียนทุกคนได้ออกกำลังกายหลายรูปแบบ
4. จัดกิจกรรมการออกกำลังกายในเด็กที่มีปัญหา
 - เด็กอ้วน ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วันๆละ 60 นาที
 - เด็กผอม ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วันๆละ 30 นาที
 - เด็กเตี้ย ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วันๆละ 30 นาที
5. อบรมแกนนำนักเรียน เพื่อให้แกนนำนักเรียนนำออกกำลังกาย
6. ให้ความรู้ในเรื่องโภชนาการ เช่น การจัดทำเมนูอาหาร โครงการอาหารกลางวันในโรงเรียน
7. ติดตามการดำเนินงาน เดือนละ 1 ครั้ง ตั้งกลุ่ม Line โรงเรียน
8. ทดสอบสมรรถภาพทางกาย

ข้อมูล ประเด็นปัญหาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

ตารางแสดงผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปีงบประมาณ

รายละเอียดตัวชี้วัด	ปี 2562	ปี 2561	ปี 2560	ปี 2559
อัตราผู้ป่วย DM รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน เป้าหมาย $\leq 2.05\%$	36.03	43.61	29.47	10.18

รายละเอียดตัวชี้วัด	ปี 2562	ปี 2561	ปี 2560	ปี 2559
จำนวนผู้ป่วย DM ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี เป้าหมาย $\geq 40\%$	36.03	43.61	29.47	10.18
ผู้ป่วย HT ควบคุมความดันโลหิตได้ดี เป้าหมาย $\geq 50\%$	48.58	42.87	45.54	32.73

สภาพปัญหา จากผลการดำเนินการ พบว่า

1. มีพฤติกรรมรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม
2. ขาดการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง
3. การรับประทานยาไม่ถูกต้อง

กลุ่มเสี่ยง

1. พัฒนาระบบการจัดบริการเพื่อลดเสี่ยง และควบคุมโรค แนวทางการขับเคลื่อน

1. ตรวจน้ำตาลซ้ำในกลุ่ม Pre DM และประเมิน
ความพร้อม
2. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงที่มีค่า 100 – 125
มก.% ด้วย 3อ 2 ส ตั้งเป้าหมายร่วมกัน
3. บันทึกข้อมูลในสมุดบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
สุขภาพด้วยหลัก 3 อ 2 ส
4. นัดเจาะเลือดซ้ำ 1 เดือนหลังการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรม ถ้าในรายที่ยังมีค่า 100 – 125 มก.%
ให้ความรู้แยกตามปัจจัยเสี่ยงที่พบ

2. พัฒนาระบบการติดตาม

แนวทางการขับเคลื่อน

1. อสม.ติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยงและส่งข้อมูลที่ติดตาม
ผลให้ รพ.สต.
 - 1 เดือน ในรายที่มีค่า 100 – 125 มก.%
 - 3 เดือน ในรายที่มีค่าปกติเพื่อเฝ้าระวัง

โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ปี 2563

1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง

แนวทางการขับเคลื่อน

ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

1. คัดเลือกผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ HbA1c มากกว่า 7 ประเมิน Stage of Change
2. วางแผนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ทักษะการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing : MI)
3. นัดติดตาม 1 เดือน
4. เยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานเพื่อสร้างการรับรู้ร่วมกัน และหาแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อ

ควบคุมระดับน้ำตาลระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว

- จัดทำแผนเยี่ยมบ้านติดตามผู้ป่วย สัปดาห์ละ 1 วัน วันละ 3- 4 ราย
- นำเสนอผลระดับน้ำตาลผู้ป่วย เชื่อมโยงถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเพื่อสร้างการรับรู้ให้ผู้ป่วย และครอบครัว
- ร่วมกันหาปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยแต่ละราย และให้ผู้ป่วยระบุปัจจัยที่ทำให้ตนเองควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้
- กำหนดเป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลโดยผู้ป่วยวางแผนร่วมกับครอบครัว เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพ
- อสม. ติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมต่อเนืองทุกสัปดาห์ และมีการนำข้อมูลการติดตามมาให้ รพ.สต.

5. ตรวจ HbA1c หลังติดตามเยี่ยมบ้าน

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันไม่ได้

1. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคล
2. อสม. ติดตามเยี่ยมบ้านทุก 1 เดือน คินข้อมูลให้ รพ.สต

กลุ่มป่วย

2. พัฒนาระบบการจัดการข้อมูล

แนวทางการขับเคลื่อน

1. สํารวจข้อมูลผู้ป่วยและจัดทำทะเบียนให้เป็นปัจจุบัน
2. คินข้อมูลสถานการณ์โรคให้กับ อบต. และชุมชน

3.ระบบการติดตาม

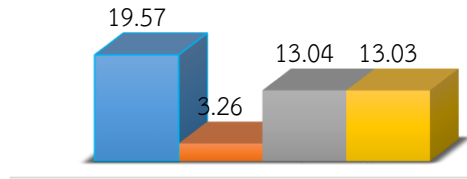
แนวทางการขับเคลื่อน

1. ติดตามในรายที่ขาดนัด
2. เยี่ยมบ้าน

โครงการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนโดยขับเคลื่อนของ พชอ. อำเภอปางศิลาทอง ปี 2563

สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนน อ.ปางศิลาทอง ปี 2562

■ ปี 2562 ■ ปี 2561 ■ ปี 2560 ■ ปี 2559



อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน

รายละเอียดตัวชี้วัด	ปี 2562	ปี 2561	ปี 2560	ปี 2559
อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	19.57 (≤ 16 ต่อแสน)	3.26 (≤ 16 ต่อแสน)	13.04 (≤ 24.29 ต่อแสน)	13.03 (≤ 24.29 ต่อแสน)

กลุ่มเสียชีวิตมากที่สุด



อันดับ 1 กลุ่มวัยทำงานร้อยละ 66.67



อันดับ 2 วัยสูงอายุ ร้อยละ 33.33

ปัจจัยเสี่ยง



ไม่สวมหมวกนิรภัยและ
ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย
ร้อยละ 100

ถนนที่เกิดอุบัติเหตุมากที่สุด



อันดับ 1 ถนนในหมู่บ้าน
ร้อยละ 83.33

อันดับที่ 2 ถนนสายรอง
ร้อยละ 16.67

ประเภทรถที่เกิดอุบัติเหตุมากที่สุด



อันดับที่ 1 รถจักรยานยนต์
ร้อยละ 67



อันดับที่ 2 รถยนต์
ร้อยละ 33

มาตรการ/แนวทางการแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร

1. คืบข้อมูลให้กับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอบางศิลาทอง เพื่อยกประเด็นเรื่องอุบัติเหตุเป็นประเด็นขับเคลื่อนการดำเนินงาน
2. มาตรการการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาคอุบัติเหตุจราจรโดยศปถ.อำเภอ/พชอ.อำเภอบางศิลาทอง เพื่อบูรณาการให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาล
1. ประชาสัมพันธ์รณรงค์การใช้มาตรการการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในองค์กรและประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ โดยเน้นกลุ่มวัยทำงาน
2. ตั้งด่านตรวจชุมชน เพื่อตรวจเตือนการสวมหมวกนิรภัยและคาดเข็มขัดนิรภัย โดยเฉพาะถนนในหมู่บ้าน
3. สร้างมาตรการ โดยให้ทุกสถานประกอบการ/สถานที่ราชการ ในอำเภอบางศิลาทอง เป็นพื้นที่ที่ต้องสวมหมวกนิรภัยและคาดเข็มขัดนิรภัย 100 %
4. ร่วมมือกับทีมสอบสวนการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร



แนวทางการดำเนินงานป้องกันและ
ควบคุมโรคไข้เลือดออก

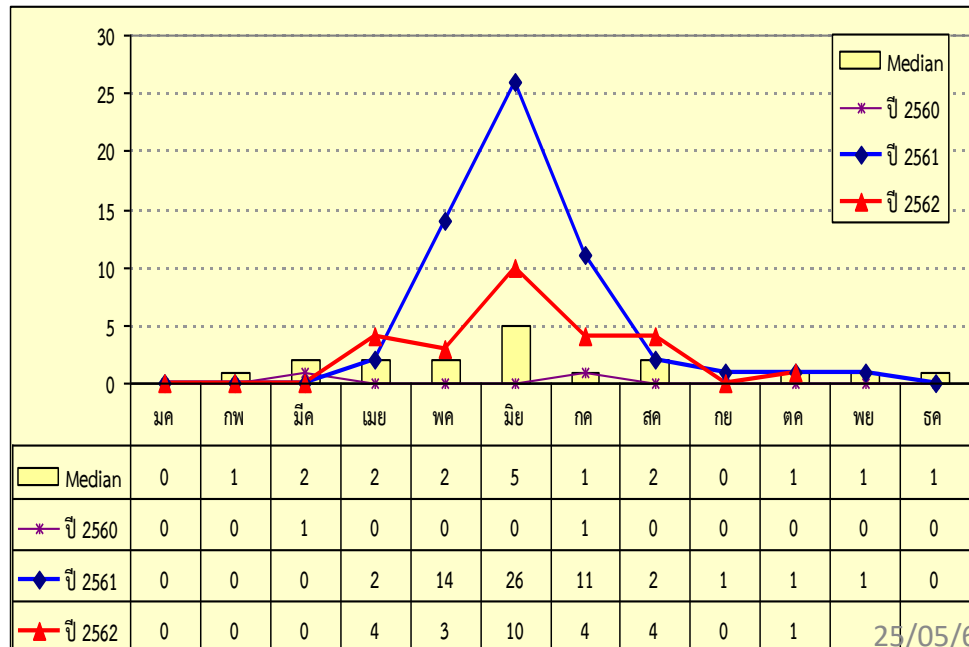
อำเภอปางศิลาทอง ปี 2563

สถานการณ์โรคไข้เลือดออก อำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร ปี 2560 - 2562

จำนวนผู้ป่วย/ตาย และอัตราป่วย/อัตรายตาย ด้วยโรคไข้เลือดออก เปรียบเทียบ ปี 2560 - 2562

ปี	2562	2561	2560
ป่วย (ราย)	23	56	2
ตาย (ราย)	1	0	0
อัตราป่วยต่อแสน	75.04	182.70	6.56
อัตรายตาย(%)	4.35	0	0

จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก (DF,DHF,DSS) ปี 2560-2562 จำแนกรายเดือน เปรียบเทียบ ค่า Median 5 ปีย้อนหลัง



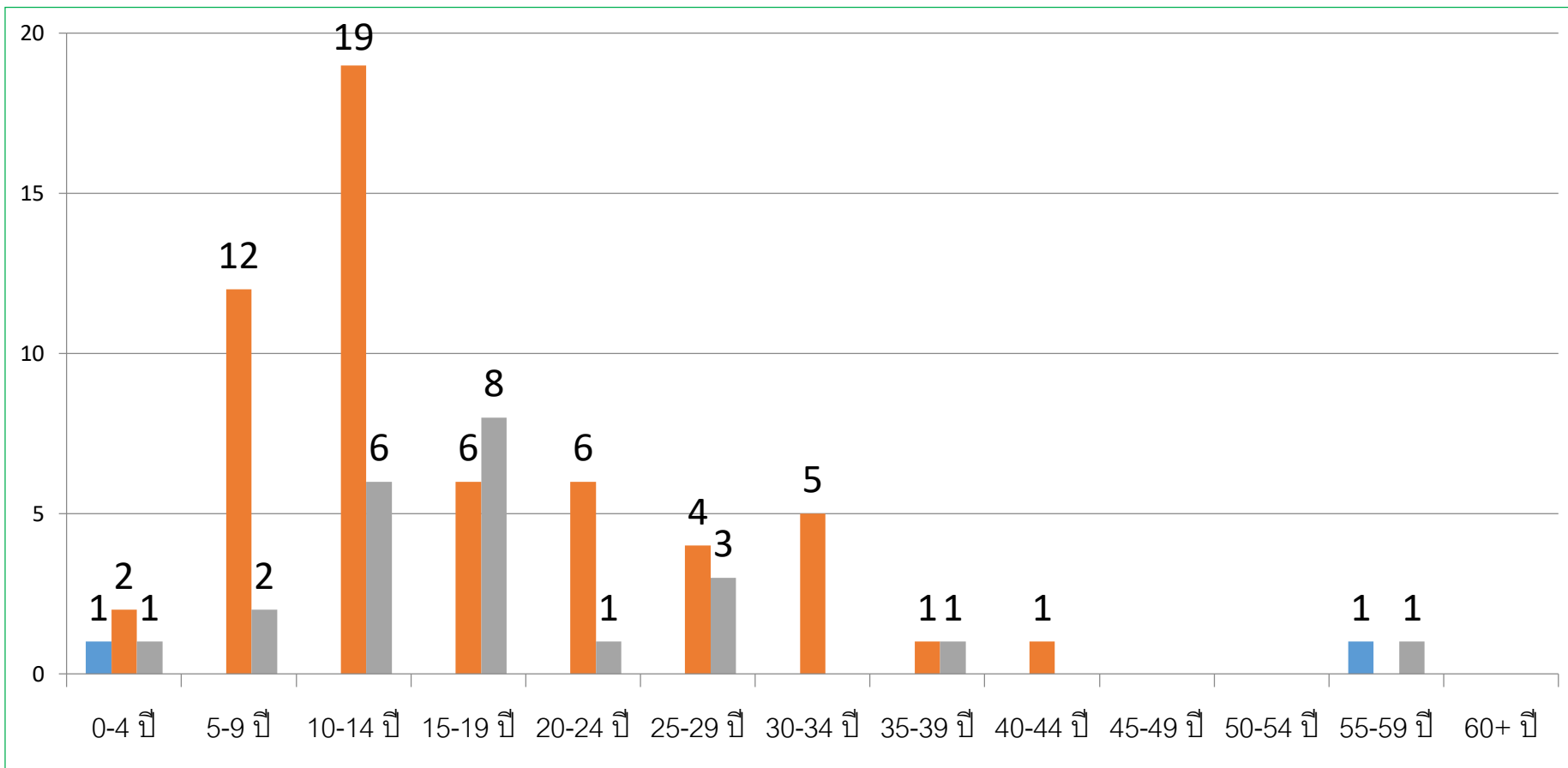
ปี 2560 พบผู้ป่วย 2 ราย

ปี 2561 พบผู้ป่วย 56 ราย พบผู้ป่วยสูงสุดร้อยละ 46.43
ในเดือนมิถุนายน

ปี 2562 พบผู้ป่วย 23 ราย (ณ 19 ตุลาคม 262)
พบผู้ป่วยสูงสุดร้อยละ 43.48 ในเดือนมิถุนายน
เช่นเดียวกัน

ซึ่งทั้งปี 2561 และ 2562 พบผู้ป่วยมากที่สุดในพื้นที่ตำบล
หินดาด คิดเป็นร้อยละ 44.64 ในปี 2561 และร้อยละ 69.57
ในปี 2562 ของผู้ป่วยทั้งหมด โดยพบผู้ป่วย Gen2 ปี 2561 2
หมู่บ้าน (ม.9,12 ต.หินดาด) ปี 2562 3 หมู่บ้าน (ม 3,13
ต.หินดาด //ม.12 ต.โพธิ์ทอง)

จำนวนผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ ปี 2560 - 2562



ปี 2560 พบผู้ป่วย 2 ราย กลุ่มอายุกระจายกัน

ปี 2561 พบผู้ป่วย 56 ราย พบผู้ป่วยสูงสุดกลุ่มอายุ 10-14 ปี ร้อยละ 33.93 รองลงมากลุ่มอายุ 5-9 ปี ร้อยละ 21.43

ปี 2562 พบผู้ป่วย 23 ราย (ณ 19 ตุลาคม 262) พบผู้ป่วยสูงสุดกลุ่มอายุ 15 – 19 ปี ร้อยละ 34.78 รองลงมากลุ่มอายุ 10-14 ปี ร้อยละ 26.09 และกลุ่มอายุ 25-29 ปี ร้อยละ 13.04

มาตรการดำเนินการแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออก

1. การจัดกิจกรรมรณรงค์กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย (กิจกรรมจิตอาสาพัฒนาสิ่งแวดล้อมเพื่อกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย โดยเน้นในโรงเรียนก่อนเปิดภาคเรียน
2. จัดทีมประเมินค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายระดับตำบล โดยเฉพาะพื้นที่แพร่ระบาดสูง
3. ติดตามประเมินการสอบสวนควบคุมโรค ตามมาตรการ Hotline (3-3-1) และควบคุมตามมาตรการ Day 1-3-7 ต่อเนื่อง ทุก 7 วันจนสถานการณ์โรคสงบ
4. การประชาสัมพันธ์ สื่อสารความเสี่ยง โรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยในคลินิก โรคเรื้อรัง คลินิกฝากครรภ์และแจ้งเตือนคลินิก ร้านขายยาไม่ให้จ่ายยา NSAIDs ในผู้ป่วยสงสัยโรคไข้เลือดออก
5. คืบข้อมูลให้กับผู้นำท้องที่/ท้องถิ่น และประสานขอความร่วมมือกับ อปท. ในการป้องกันควบคุมโรค

ขอขอบคุณ

