

สรุปโครงการตามแผนปฏิบัติการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2564

ลำดับ	รหัสโครงการ	ชื่อโครงการ	งบประมาณ						รวม
			UC	สปสช.	สสจ.	PPA	หมวดอบรม	หมวดอื่น	งบประมาณ
		ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1							
1	030101	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพในกลุ่มสตรีหญิงตั้งครรภ์ อำเภอเกาะคา (ไม่ใช้งบ)	-						-
2	030102	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยในกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย อำเภอเกาะคา	6,000.00						6,000.00
3	030103	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยในกลุ่มวัยเรียน อำเภอเกาะคา (ไม่ใช้งบ)	-						-
4	030104	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยในกลุ่มวัยรุ่น อำเภอเกาะคา	16,000.00						16,000.00
5	030105	โครงการเพื่อส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานNCDอำเภอเกาะคา	219,586.00						219,586.00
6	030106	โครงการเพื่อส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานลดหวานลดเค็มออกกำลังกายอำเภอเกาะคา(ไม่ใช้งบ)	-						-
7	030107	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุอำเภอเกาะคา	62,650.00						62,650.00
8	030108	โครงการส่งเสริมและพัฒนาความปลอดภัยด้านอาหารอำเภอเกาะคา	5,400.00						5,400.00
9	030109	โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ EOC&SAT อำเภอเกาะคา	102,550.00						102,550.00
10	030110	โครงการบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน ทุก รพ.สต ปฐมภูมิ. ใน อ.เกาะคา (ไม่ใช้งบ)	-						-
11	030111	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพพระสงฆ์อำเภอเกาะคา	22,500.00						22,500.00
รวม ข.1 ทั้งหมด 11โครงการ เป็นเงิน			434,686.00	-	-	-	-	-	434,686.00

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ 2564

คปสอ.เกาะคา อำเภอ เกาะคา จังหวัดลำปาง

ยุทธศาสตร์ที่ 1 : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ(PP&P Excellence)

ประเด็น กลุ่มวัยแม่และเด็ก แผนงาน การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

ตัวชี้วัดหลัก 1.ไม่มีมารดาตาย

2.อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7

ตัวชี้วัดรอง 1.ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยงและพบภาวะเสี่ยงไม่น้อยกว่าร้อยละ 25

2.ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60

3.ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์คุณภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 65

4.หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก ร้อยละ 100

5.ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง ไม่เกินร้อยละ 20

6.ทารกแรกคลอดถึง ต่ำกว่า6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียวร้อยละ 60

สถานการณ์

ปีงบประมาณ 2563 มีหญิงตั้งครรภ์รับบริการฝากครรภ์ จำนวน 628ราย ในเขตอำเภอเกาะคา330 รายคิดเป็นร้อยละ 52.55 นอกเขตอำเภอเกาะคา

จำนวน 298 รายคิดเป็นร้อยละ 47.75 จากการคัดกรองพบหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงจำนวน 232 ราย คิดเป็นร้อยละ36.94 เสียทางอายุรกรรม 108 ราย

คิดเป็นร้อยละ 46.55 เสียทางสูติกรรม 124 รายคิดเป็นร้อยละ 53.44 หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ร้อยละ 87.29

ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์คุณภาพร้อยละ83.33 ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็กร้อยละ 97.39 พบภาวะโลหิตจางร้อยละ 16.67

จำนวนคลอด 533ราย คลอดในเขตอำเภอเกาะคา 263ราย referคลอดจากนอกเขต 270ราย(ร้อยละ 51) อัตราขาดออกซิเจนทารกแรกคลอด 8.5:1000

การเกิดมีชีพ อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า2500กรัมร้อยละ5.39ทารกแรกคลอดถึงต่ำกว่า6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียวร้อยละ 80.98 พบปัญหาการตั้งครรภ์

ที่ไม่เหมาะสมในโรค NCDที่ไม่คุมกำเนิดและคุมกำเนิดไม่เหมาะสม การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ในคลินิกเอกชนยังไม่ครอบคลุม

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิตของ โครงการ	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ (ระบุให้ชัดเจน)	ผู้รับผิดชอบ
					จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
1	รหัสโครงการ 030101 โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพในกลุ่มสตรีหญิงตั้งครรภ์ อำเภอเกาะคา							
	1. พัฒนา MCH Board อำเภอ							
	1.ประชุมคณะกรรมการMCH BORD ระดับอำเภอ	12ครั้ง	คปสอเกาะคา	รายงานการประชุม			ต.ค63- ก.ย.64	พญ.รัชนิ
	1.1 ทบทวนคณะกรรมการ บทบาทและหน้าที่ของคณะกรรมการ	1ครั้ง	อำเภอเกาะคา	คำสั่งคณะกรรมการ			พย63	สุทธิลักษณ์

	1.2 ประชุม MCH คืบข้อมูล/ปัญหา /วิชาการ/case conference รพ.สต.	12ครั้ง	อำเภอเกาะคา				ต.ค63- ก.ย.64	สุทธิลักษณ์/อุบล วรรณ
	1.3 วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา และแนวทางการแก้ไขปัญหา	12 ครั้ง	อำเภอเกาะคา					สุทธิลักษณ์/อุบล วรรณ
	1.4 วางแผนพัฒนาระบบข้อมูล/ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย		อำเภอเกาะคา				ต.ค63- ก.ย.64	สุทธิลักษณ์/อุบล วรรณ
	1.5 ประชุมติดตามการดำเนินงานคณะกรรมการ ประเมินผล สรุปผลการดำเนินงานMCH BORD ระดับอำเภอ	2ครั้ง	อำเภอเกาะคา	รายงานการประชุม			เมย 64 สค 64	สุทธิลักษณ์/อุบล วรรณ
	1.6 ประชุม/อบรมให้ความรู้กับติดตามรพช.เครือข่าย	2ครั้ง	รพเกาะคาและ รพช.เครือข่าย จำนวน40 คน	รายงานการประชุม		งบUC	ธค63 ,สค64	พญ.รัชนี้ สุทธิ ลักษณ์ อุบลวรรณ
	1.7 นิเทศติดตามการดำเนินงาน MCH ในรพสต. (บูรณาการกับการนิเทศ cup)	2ครั้ง	อำเภอเกาะคา					เพชรินทร์ สุทธิ ลักษณ์ อุบลวรรณ
	2.การพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพหญิงตั้งครรภ์							
	2.1 พัฒนาระบบการค้นหาและติดตามหญิงตั้งครรภ์							
	1.สร้างความเข้าใจผลดีการฝากครรภ์เร็วในเวทีประชุมประจำเดือนของหมู่บ้าน	1ครั้ง/เดือน	รพ.เกาะคาและ รพสต.	หญิงตั้งครรภ์ได้รับ การฝากครรภ์ครั้ง แรก≤ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 60			ต.ค63- ก.ย.64	รพสต.
	2.เจ้าหน้าที่ รพสต. และอสม.ดำเนินการออกสำรวจค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ หญิงตั้งครรภ์ที่ ฝากครรภ์ในคลินิกเอกชน และรายที่ฝากครรภ์นอกเขตอำเภอ	1ครั้ง/เดือน		มีทะเบียนหญิง ตั้งครรภ์ที่ฝาก ครรภ์ในคลินิก เอกชนในรพสต. ทุกแห่ง			ต.ค63- ก.ย.64	รพสต.
	3.เจ้าหน้าที่ติดตามและส่งตัวเพื่อไปฝากครรภ์ครั้งแรกที่ PCU โดยเร็วที่สุด	หญิงตั้งครรภ์ทุกราย	NPCUทุกแห่ง				ต.ค63- ก.ย.64	รพ./NPCU/รพ.สต.

	4.อสม.คืนข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่ค้นหาได้ในเวลาที่ประชุมอสม.	1 ครั้ง/เดือน	รพสต.	มีบันทึกรายงานการประชุมประจำเดือนของหมู่บ้านทุกเดือน			ต.ค63- ก.ย.64	รพ./NPCU/รพ.สต.
	5. ติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่ค้นหาได้ เข้าสู่ระบบบริการทุกราย	1ครั้ง/เดือน	รพ.เกาะคาและ NPCUทุกแห่ง	มีทะเบียนหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ในคลินิกเอกชนในรพสต.ทุกแห่ง			ต.ค63- ก.ย.64	อุบลวรรณ/ NPCU/รพ.สต.
	6.จัดทำทะเบียนหญิงตั้งครรภ์รายใหม่/หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์คลินิกเอกชน และรายที่ไม่เคยทราบมาก่อน เพื่อการเฝ้าระวังและติดตาม	1ครั้ง/เดือน	ANCและรพสต.	มีทะเบียนหญิงตั้งครรภ์ทุกรายในรพสต.ทุกแห่ง			ต.ค63- ก.ย.64	อุบลวรรณ/รพสต.
	2.2 กิจกรรมการวางแผนก่อนตั้งครรภ์และการคุมกำเนิดหญิงวัยเจริญพันธุ์กลุ่มเสี่ยง 3 กลุ่ม							
	1. โรคที่คุมเข้มการคุมกำเนิดไม่ควรตั้งครรภ์ เช่น SLE, Rheumatic heart disease, ITP, IDDM, On wafarin	หญิงกลุ่มเสี่ยงอายุ 15-50ปี 1817 ราย						
	2. โรคทางอายุรกรรม เช่น heart disease, Thyrotoxicosis, DM, HT, HIV, ภูมิแพ้ตัวเอง, โลหิตจาง							
	3.กลุ่มเสี่ยงที่พบปัญหาทางสังคม เช่น Drug Abuse, Unwanted Preg							
	2.2.1 พยาบาลคลินิก NCDมาอายุรกรรม คัดกรองประวัติ LMP และการ	DM 468 ราย	อำเภอเกาะคา	-มีทะเบียนหญิง			ต.ค63- ก.ย.64	ดร.ณิ สมเพ็ชร
	คุมกำเนิดกลุ่มเสี่ยง พบปัญหาส่งต่อคลินิกวางแผนครอบครัว	HT 766 ราย		ตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง				เบญรัตน์
		SLE 31 ราย		อายุ 15-50 ปี				
		HIV 156 ราย						
		ไทรอยด์ 231ราย						
		heart disease 25 ราย						
		โลหิตจาง 140 ราย						

	2.2.2 กลุ่มเสี่ยงสูงทุกรายพิจารณาฆ่าฟันคุมกำเนิด	หญิงกลุ่มเสี่ยงอายุ 15-50 ปีทุกราย	อำเภอเกาะคา	หญิงวัยเจริญพันธุ์ กลุ่มเสี่ยงสูงได้รับการคุมกำเนิดที่เหมาะสม มีค.64 ร้อยละ 50 กย.64 ร้อยละ 100			ต.ค63- ก.ย.64	ดร.ณิ สมเพ็ชร เบญจรัตน์
	2.2.3 อสม.ประชาสัมพันธ์โดยใช้ชุดข้อมูลให้คำแนะนำวางแผนการตั้งครรภ์และคุมกำเนิด	หญิงกลุ่มเสี่ยงอายุ 15-50 ปีทุกราย	รพสต.ทุกแห่ง				ต.ค63- ก.ย.64	พัชรินทร์และรพสต.
	2.3 การป้องกันภาวะโลหิตจาง							
	-คัดกรองโรคเลือดจางธาลัสซีเมียและภาวะซีด	หญิงตั้งครรภ์ทุกราย	รพ.เกาะคา	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง ไม่เกิน ร้อยละ 20		-	ต.ค63- ก.ย.64	อุบลวรรณ
	-ให้ยาเม็ด โฟลิก ธาตุเหล็ก ไอโอดีน ตามเกณฑ์			หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริม ไอโอดีน ธาตุเหล็ก ร้อยละ 100				
	-จัดโปรแกรมโภชนาการรายบุคคลให้เหมาะสมโดยนักโภชนาการ							นักโภชนาการ
	-ประเมินติดตามภาวะโลหิตจางความเข้มข้นของเลือด(Hct)หลังการรักษา			หญิงตั้งครรภ์ได้รับการติดตามHct ร้อยละ100				อุบลวรรณ
	2.4 การป้องกันทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อย			ทารกแรกเกิด น้ำหนัก < 2500 กรัม <ร้อยละ 7				อุบลวรรณ

	- ประเมินดัชนีมวลกายและภาวะโภชนาการหญิงตั้งครรภ์	หญิงตั้งครรภ์ทุกราย	รพ.เกาะคา/ NPCU	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการประเมินBMI ร้อยละ 100	-	-	ต.ค63- ก.ย.64	อุบลวรรณ/NPCU
	-พบสูติแพทย์ประเมินน้ำหนักทารกในครรภ์ในไตรมาสที่2			หญิงตั้งครรภ์ได้รับการประเมินทุกราย				พญ.รัชนี
	-ทำcouple counsellingหญิงตั้งครรภ์และญาติ	หญิงตั้งครรภ์เสี่ยง ทารกในครรภ์ น.น.น้อย ทุกราย						อุบลวรรณ
	-ให้ความรู้และแนะนำเมนูอาหารเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ไตรมาสที่2 จัดโปรแกรมโภชนาการรายบุคคลให้เหมาะสม	หญิงตั้งครรภ์เสี่ยง ทารกในครรภ์ น.น.น้อย ทุกราย	รพ.เกาะคา	หญิงตั้งครรภ์BMI <18.5 ได้รับเมนูอาหารเสริม ร้อยละ100			ต.ค63- ก.ย.64	นักโภชนาการ,อุบลวรรณ,รพสต.
	-กำกับติดตามดูแลหญิงตั้งครรภ์ตามIndividual care plan	ทุกวันจันทร์						อุบลวรรณ
	-จัดทำ Individual care planหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง preterm BMI<18.5 ส่งต่อให้เจ้าหน้าที่รพสต.ดูแลติดตามเยี่ยมทาง line และ COC	1ครั้ง/สัปดาห์		รายงานการกำกับ/ ติดตาม/เยี่ยมหญิงตั้งครรภ์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง				นักโภชนาการ,อุบลวรรณ,รพสต.
	-เจ้าหน้าที่รพสต.ติดตามเยี่ยมหญิงตั้งครรภ์	1ครั้ง/สัปดาห์		หญิงตั้งครรภ์ได้รับการติดตามเยี่ยม ร้อยละ 100				รพสต.
	2.5. การป้องกันทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อย							
	- ประเมินความเสี่ยงการคลอดทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อย ประเมินBMIทุกราย	หญิงตั้งครรภ์ทุกราย	รพ.เกาะคา/ NPCU	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการประเมินความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดร้อยละ100			ต.ค63- ก.ย.64	อุบลวรรณ/NPCU

	-พบสูติแพทย์เพื่อ Ultrasound ประเมิน 3 ครั้ง		รพ.เกาะคา	หญิงตั้งครรภ์ได้ ตรวจ Ultrasound , วัด Cervical length ร้อยละ 100				อุบลวรรณ
	- ทำ couple counselling และ จัดเมนูอาหารแก่หญิงตั้งครรภ์และญาติ		รพ.เกาะคา	หญิงตั้งครรภ์ และญาติรับ บริการ couple counselling ทุก ราย				อุบลวรรณ
	- ส่งต่อ Individual care plan เพื่อให้เจ้าหน้าที่ รพสต. ดูแลติดตามเยี่ยมทาง line และ COC			มีรายงานการ กำกับและติดตาม เยี่ยมหญิงตั้งครรภ์ โดยเจ้าหน้าที่รพ สต. สัปดาห์ละ 1 ครั้ง				รพสต.
	- เจ้าหน้าที่รพสต. ติดตามเยี่ยมหญิงตั้งครรภ์โดย มอค.	1 ครั้ง/สัปดาห์	อ.เกาะคา				ต.ค63- ก.ย.64	รพสต.
	- กำกับติดตามดูแลหญิงตั้งครรภ์ตาม Individual care plan	ทุกวันจันทร์	รพ.เกาะคา				ต.ค63- ก.ย.64	อุบลวรรณ
	3.พัฒนาระบบบริการ ANC							
	1. พัฒนาระบบบริการ ANC คุณภาพในรพ.							
	1.1 คัดกรอง ประเมินความเสี่ยง screening risk 18 ข้อ ในสมุดสีชมพู คัดกรอง ภาวะซึมเศร้า, suicide 5 ครั้ง ในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย	หญิงตั้งครรภ์ทุก ราย	รพ.เกาะคา รพช. เครือข่าย	-หญิงตั้งครรภ์ได้ คัดกรองภาวะ เสี่ยงและพบภาวะ เสี่ยงไม่น้อยกว่า ร้อยละ 25	-	-	ต.ค63- ก.ย.64	พญ.รัชณี อุบล วรรณ
	1.2 จัดลำดับความรุนแรงตามความเสี่ยง low risk /medium , risk/high risk และวางแผนการ ดูแล /ส่งต่อ รพสต. รพช. เครือข่าย							
	1.3 ให้บริการตามมาตรฐาน ANC 2018							

	1.4 ให้คำปรึกษา รพสต. รพช.เครือข่าย							
	1.5 จัดบริการ ultrasoundsแก่หญิงตั้งครรภ์ 3 ครั้ง							
	1.6 วางแผนการดูแลติดตามร่วมกับสูติแพทย์จัดทำ Individual care plan หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง							
	- ส่งคืนข้อมูลและ Individual care plan ให้ รพสต. รพช.เครือข่าย	1ครั้ง/สัปดาห์						
	- ส่งรับบริการต่อที่NPCU, รพสต. รพช.เครือข่ายตามเกณฑ์เขียว เหลือง แดง	1ครั้ง/สัปดาห์						
	1.7 มีline MCH kokha network ให้คำปรึกษา/ส่งต่อข้อมูลกับรพช.เครือข่าย							
	2. พัฒนาระบบบริการ ANC คุณภาพในNPCU							
	1. ประเมิน/เตรียมความพร้อมด้าน ANC ในNPCU/รพสตทุกแห่ง	NPCU 5 แห่ง รพสต 7 แห่ง ศบส.ลำปางหลวง 1 แห่ง	NPCU 5 แห่ง รพสต 7 แห่ง ศบส.ลำปางหลวง 1 แห่ง	NPCU 5 แห่ง รพสต/ศบส. 8 แห่งมีบริการฝาก ครรภ์	-	-	ต.ค63	แพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัว, อุบล วรรณ
	2. แพทย์/พยาบาลวิชาชีพ ทำหน้าที่ตรวจครรภ์ในคลินิก ANC	NPCU 5 แห่ง รพสต 7 แห่ง ศบส.ลำปางหลวง 1 แห่ง	NPCU 5 แห่ง รพสต 7 แห่ง ศบส.ลำปางหลวง 1 แห่ง				ต.ค63- ก.ย.64	แพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัว,พยาบาล
	3.จัดทำแนวทางการฝากครรภ์คุณภาพ 5 ครั้งในNPCU/รพสต.และจัดเตรียม อุปกรณ์เครื่องมือที่ต่อ ให้บริการใน PCU	เครื่องU/S 1 เครื่อง	อำเภอเกาะคา	เครื่องU/S				สสจ.
	4.ให้บริการฝากครรภ์ตามแนวทางที่กำหนด	เครื่องdrop tone.	รพสต.12 แห่ง	เครื่องdrop tone.				อุบลวรรณ
	5.ส่งหญิงตั้งครรภ์ไปรับบริการที่รพ.เกาะคาตามเกณฑ์	หญิงตั้งครรภ์ทุกราย						
	6. จัดทำ Individual careplan วางแผนการดูแลและคลอด		รพสต.ทุกแห่ง	หญิงตั้งครรภ์ได้รับ				แพทย์เวชศาสตร์
	7. ติดตามเยี่ยมบ้านหญิงตั้งครรภ์ตามเกณฑ์สีเขียว เหลือง แดง โดยมอค			บริการฝากครรภ์				ครอบครัว
	8. มีline ฝากครรภ์รพ.เกาะคาเพื่อปรึกษา/ส่งต่อข้อมูลกับรพช.แม่ข่าย		รพสต.ทุกแห่ง	ร้อยละ100				พยาบาล
	9.รพ.ติดตามเยี่ยมประเมินการให้บริการฝากครรภ์ที่รพสต.ตามเกณฑ์/คู่มือ	ทุก 3 เดือน	รพสต.ทุกแห่ง	รพสต.ได้รับการ ประเมินร้อยละ 100				อุบลวรรณ

	-10. ตรวจสุขภาพช่องปากและฝึกทักษะการแปรงฟันในหญิงตั้งครรภ์โดยการควบคุมแผ่นคราบจุลินทรีย์ (ลดภาวะเหงือกอักเสบป้องกัน preterm labor และ Low birth weight)	ทุกราย	อ.เกาะคา	หญิงตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบได้รับการตรวจฟันไม่น้อยกว่า ร้อยละ50			ต.ค63-ก.ย.64	ทพญ.ไศรยา
	4.การบริหารจัดข้อมูลและการกำกับติดตามหญิงตั้งครรภ์							
	1.จัดทำทะเบียนหญิงตั้งครรภ์ทุกรายให้เป็นปัจจุบัน	หญิงตั้งครรภ์ทุกราย	รพ.เกาะคาและรพสต./NPCU	มีทะเบียนหญิงตั้งครรภ์ 100 %			ต.ค63- ก.ย.64	อุบลวรรณ เพชรินทร์
	2. จัดทำทะเบียนหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง	หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงทุกราย					ต.ค63- ก.ย.64	อุบลวรรณ เพชรินทร์
	3. มีระบบการกำกับติดตามคุณภาพข้อมูลจาก HDC เพื่อการวางแผนในการติดตามทุก 2สัปดาห์	12 รพ.สต. 1 คบส ,1 รพ.					ต.ค63- ก.ย.64	อุบลวรรณ เพชรินทร์
	4 .ติดตามหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงในการประชุมวาระ IT /ติดตามในวาระประชุม คปสอ./ ประชุมประจำเดือนสสอ.	หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงทุกราย	อำเภอเกาะคา				ต.ค63- ก.ย.64	อุบลวรรณ เพชรินทร์
	5. ติดตามตรวจสอบทะเบียนหญิงตั้งครรภ์ในเวทีทุกระดับรพสต	1 ครั้ง/เดือน					ต.ค63- ก.ย.64	อุบลวรรณ
	6. ส่งต่อข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ทาง Line /ศูนย์ COC และทางเว็บไซต์ เพื่อเยี่ยมติดตามดูแลทุก 1 สัปดาห์	รพ.เกาะคา,รพสต./NPCU					ต.ค63- ก.ย.64	อุบลวรรณ
	7. ส่งต่อข้อมูลการตั้งครรภ์ให้ห้องคลอด	หญิงตั้งครรภ์ทุกราย					ต.ค63- ก.ย.64	อุบลวรรณ
	5เพิ่มศักยภาพงานบริการสูตินรีเวชกรรม			Adjรวม1000				
	-จัดบริการศูนย์ให้บริการการคลอดและผ่าตัดนรีเวชโรงพยาบาลเครือข่าย	คลอด90คน/เดือน	รพ เกาะคา	จำนวนคลอดเพิ่มขึ้น			ต.ค63- ก.ย.64	พ รัฐพล/พรัชณี/พปิย
	-เพิ่มการผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม การคัดกรองกลุ่มผู้ป่วยนรีเวชจากโรงพยาบาลเครือข่าย	กลุ่มผ่าตัดนรีเวชกรรม	รพเกาะคาและรพ	จำนวนผ่าตัดนรีเวชเพิ่มขึ้น 30%			ต.ค63- ก.ย.64	พ รัฐพล/พรัชณี/พปิย
	-จัดบริการ Coposcopy (วางแผนจัดซื้อเครื่อง Colposcope 1 เครื่อง)	Abnormal pap HPVPositive	รพ เกาะคา	จำนวนcase Colonoscopy		งบลงทุน		พ รัฐพล/พปิยาภรณ์
	-พัฒนาระบบรับส่งต่อ เพิ่มการRefer In ลดการRefer Out	รับส่งต่อคลอด60 ราย/เดือน	รพเกาะคา/เครือข่าย	Refer in/เพิ่ม Refer outลดลง			ต.ค63- ก.ย.64	พ ปิยาภรณ์
	-monitorติดตามข้อมูลRefer	ทุกสัปดาห์		Refer in/ Refer out			ต.ค63- ก.ย.64	สุทธิลักษณ์

	- ทบทวนข้อมูลการส่งต่อมาวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคเพื่อนำมาวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกับเครือข่าย	ข้อมูลRefer	รพเกาะคา/เครือข่าย	ผลการทบทวนส่งต่อ		ต.ค63- ก.ย.64	พรชชี/สุทธิลักษณ์
6	พัฒนาเครือข่ายส่งต่อรพเกาะคา						
	- พัฒนาระบบให้คำปรึกษาและส่งต่อผ่านทาง line group	รพช.เครือข่าย	รพเกาะคา/เครือข่าย			ตค63-มีค64	พรชชี สุทธิลักษณ์อุบลวรรณ
	-อบรมพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง	แพทย์/พยาบาล จำนวน40คน	รพเกาะคา/เครือข่าย	-เจ้าหน้าที่ได้รับการอบรม 100%		มค64	พรชชี/อุบลวรรณ
	-เยี่ยมประเมินมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กโรงพยาบาลชุมชน	4 อำเภอ	มม /มท/สง/หล	ได้รับการเยี่ยมประเมินทุกรพ		ตค-มีค64	พรชชีสุทธิลักษณ์อุบลวรรณ
7.	ห้องคลอดคุณภาพ						
	1.ประเมินตนเองตามมาตรฐานห้องคลอดคุณภาพ	12ครั้ง	ห้องคลอด	รายงานผลการประเมินตนเอง		ต.ค-พย63	สุทธิลักษณ์
	-พัฒนามาตามส่วนขาดของมาตรฐาน	1ครั้ง	ห้องคลอด			ธค63-มีค 64	สุทธิลักษณ์
	2.พัฒนารูปแบบการดูแลภาวะวิกฤติในระยะคลอด						
	- จัดทำแนวทางการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะวิกฤติในระยะคลอด ปฏิบัติตามแนวทางดูแล	-ประเมินติดตามการ 1ครั้ง	ห้องคลอด	-แนวทางดูแลผู้คลอดที่มีภาวะวิกฤติ -อัตราการปฏิบัติตามแนวทาง>90%		ต.ค- ธค 63	พญ ปิยาภรณ์/สุทธิลักษณ์/รัตนดา
	-ซ่อมรับสถานการณ์ฉุกเฉินทางสูติกรรม	2 ครั้ง	รพ เกาะคา	รายงานสรุปการซ่อมแผน		ธค63 , พค64	พญปิยาภรณ์ / สุทธิลักษณ์
3	พัฒนาศักยภาพบุคลากร โรงพยาบาลเครือข่าย						
	-เป็นแหล่งฝึกการทำคลอด พยาบาลห้องคลอดจำนวน 5วัน/คน/ปี		รพ เครือข่าย	ได้รับการฝึกตามแผน		ต.ค63- ก.ย.64	สุทธิลักษณ์
	8.เพิ่มคุณภาพการดูแลหลังคลอดในแม่กลุ่มเสี่ยง						
	ระบบการดูแลต่อเนื่องหลังคลอด						

	-ให้คำปรึกษากลุ่มเสี่ยงที่พบปัญหาเชิงสังคมเพื่อพิจารณาการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพหลังคลอด ในกลุ่มติดสารเสพติด กลุ่มตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์	ทุกราย	รพ.เกาะคา	กลุ่มเสี่ยงได้รับการคุมกำเนิด 100%			ต.ค63- ก.ย.64	จันทร์ฉาย/เบญจ วรรณ
	9.ระบบการนิเทศติดตามและการควบคุมกำกับ							
	-รับการเยี่ยมประเมินตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กจากทีม รพ.ลำปาง	ปีละ 1 ครั้ง	ANC /LR/ PP/ WCC	ผลการเยี่ยม ประเมิน			ตค-ธค63	สุทธิลักษณ์
	- นิเทศติดตามตามงานอนามัยแม่และเด็ก การบริการฝากครรภ์ใน NPCUและรพสต.	2ครั้ง	อำเภอเกาะคา				ตค.63,มีย64	สุทธิลักษณ์,อุบล วรรณ
	10.พัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้อง							
	1. พัฒนาความรู้และทักษะพยาบาล							
	- ส่งอบรมพยาบาลอบรมระยะสั้นสูติศาสตร์ทันยุค(ศิริราช)	2 สัปดาห์	LR	ได้รับการอบรม ตามแผน	*12000	หมวดใช้สอย	มีย64	สุทธิลักษณ์
	-อบรมNCPR และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	พยาบาล 20 คน	LR OR กรูณา พิเศษ	จนทมีทักษะร้อย ละ85			กค64	พ ธิดาพรจันทร์ ฉาย เมธาวิ
	- อบรมการดูแลมารดาและทารกกลุ่มเสี่ยงและในระยะวิกฤติ	พยาบาล 20 คน	LR OR กรูณา พิเศษ	-เจ้าหน้าที่ได้รับ การอบรม 100%			พค64	พรชณี รัตนดา
	-อบรมพัฒนาการและฝึกทักษะการดูแลหญิงตั้งครรภ์และมารดากลุ่มเสี่ยงon the job training	จนท.รพสต. จำนวน 13 คน	รพสต. ทุกแห่ง (พยาบาล)	-เจ้าหน้าที่ได้รับ การอบรม 100%			ตค.63	พ.รัชณี /พปียา ภรณ์

รวมงบประมาณ UC	0.00
หมวดใช้สอย	12,000.00
รวมทั้งหมด	12,000.00

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ 2564

หน่วยงาน คปสอ.เกาะคา

อำเภอ เกาะคา จังหวัดลำปาง

ยุทธศาสตร์ที่ 1 : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ(PP&P Excellence)

ประเด็น กลุ่มปฐมวัย แผนงาน การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

- ตัวชี้วัด 1. ร้อยละ 85 ของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย
- ร้อยละ 90 ของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ
 - ร้อยละ 25 ของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า
 - ร้อยละ 90 ของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตาม/ส่งต่อ
 - ร้อยละ 60 ของเด็กพัฒนาการล่าช้า ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I
2. ร้อยละ 60 ของเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน
- ร้อยละ 60 ของเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน
 - ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีภาวะเตี้ยไม่เกิน ร้อยละ 10
 - ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีภาวะผอมไม่เกิน ร้อยละ 5
 - ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีภาวะอ้วนไม่เกิน ร้อยละ 10
 - ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี เด็กชาย 113 เซนติเมตร เด็กหญิง 112 เซนติเมตร

สถานการณ์/ข้อมูลพื้นฐาน

ปีงบประมาณ 2563 (10เดือน) เด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 93.12 เด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการร้อยละ 78.28

เด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้าร้อยละ 31.96 เด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตาม/ส่งต่อ ร้อยละ 82.13

เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ร้อยละ 93.75 เด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 57.82 มีภาวะเตี้ย ร้อยละ 18.56 ผอม ร้อยละ 5.62 อ้วน ร้อยละ 18.16

เด็ก 0-5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ร้อยละ 77.65

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	เป้าหมายและจำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิตของโครงการ	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
					จำนวน	แหล่งงบ		
1	รหัสโครงการ 030102 โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยในกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย อำเภอเกาะคา							
	1. ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย							
	1.1 เด็ก 0-5 ปีในอำเภอเกาะคาได้รับการคัดกรองพัฒนาการด้วยคู่มือ DSPM (รพ.สต.บ้านน้ำล้อม 115 ราย ศบส. ลำปางหลวง 78 ราย รพ.สต.บ้านจู้ด 137 ราย รพ.สต.สองแควใต้ 180 ราย รพ.สต.บ้านจอมปิง 52 ราย รพ.สต.บ้านไหล่หิน 133 ราย รพ.สต.บ้านวังพร้าว 205 ราย รพ.สต.ศาลาดงลาน 101 ราย รพ.สต.ศาลาไชย 106 ราย รพ.สต.บ้านนาแสง 98 รพ.สต.บ้านท่าผา 133 ราย รพ.สต.บ้านดอนธรรม 133 ราย รพ.สต.บ้านหาดปู้ด้าย 27 ราย รพ.เกาะคา 19 ราย)	เด็ก0-5ปี ในอำเภอเกาะคาทั้งหมดตามช่วงอายุที่กำหนด แยกรายรพ.สต.รวม 1,517 ราย	รพ.เกาะคา / รพ.สต.13แห่ง	เด็ก0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 90			ต.ค.63-ก.ย. 64	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง
	1.2 เด็ก 0-5 ปีได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า	ร้อยละ 25 ของเด็ก 0-5 ปีที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	รพ.เกาะคา / รพ.สต.13แห่ง	เด็ก 0-5 ปีที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ ร้อยละ 90			ต.ค.63-ก.ย. 64	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง

	1.3 เด็ก 0-5 ปีได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบ สงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม/ส่งต่อ ผ่านมอค.	เด็ก 0-5 ปีที่มี พัฒนาการ สงสัยล่าช้า และล่าช้า ทั้งหมด	รพ.เกาะคา / รพ.สต.13แห่ง / ศูนย์เด็ก / รร.อนุบาล	เด็ก 0-5 ปีที่ได้รับ การคัดกรอง พัฒนาการพบสงสัย ล่าช้าได้รับการ ติดตาม/พัฒนาการ ล่าช้าได้รับการส่งต่อ ร้อยละ 90			ต.ค.63-ก.ย. 64	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง
	1.3.1 เด็กที่พบสงสัยล่าช้า PM ขึ้นทะเบียนเพื่อ ส่ง มอค.ติดตาม	เด็ก 0-5 ปีที่มี พัฒนาการ สงสัยล่าช้า และล่าช้า ทั้งหมด	รพ.เกาะคา / รพ.สต.13แห่ง				ต.ค.63-ก.ย. 64	เพชรินทร์ / ทุกรพ.สต.
	1.3.2 มอค.และครูศูนย์เด็ก ครอบอนุบาล อสม. ใน พื้นที่ติดตามเด็กที่พบสงสัยล่าช้าทุกคน	เด็ก 0-5 ปีที่มี พัฒนาการ สงสัยล่าช้า และล่าช้า ทั้งหมด						
	1.3.3 มอค.ติดตาม และนำข้อมูลลงใน JHCIS/ HOS ส่ง 43 แฟ้ม	เด็ก 0-5 ปีที่มี พัฒนาการ สงสัยล่าช้า และล่าช้า ทั้งหมด					ต.ค.63-ก.ย. 64	เพชรินทร์ / ทุกรพ.สต.

	1.3.4 ประเมินผลการติดตามจาก HDC คืบข้อมูลให้ มอศ. ติดตามให้ครบถ้วน ครอบคลุม						ต.ค.63-ก.ย. 64	เพชรินทร์ / ทุกรพ.สต.
	1.4 เด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I	เด็ก 0-5 ปีที่มีพัฒนาการล่าช้าทั้งหมด	รพ.เกาะคา / รพ.สต.13แห่ง	เด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้า ได้รับการส่งเสริมกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ร้อยละ 60			ต.ค.63-ก.ย. 64	อุมารณ์ / เดวิด / วีรินทร์ภัทร
	1.4.1 รพ.สต.ติดตามประเมินพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าใน 1 เดือนแล้วพบมีพัฒนาการล่าช้า แล้วส่งต่อเด็กเพื่อรับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ภายใน 1 เดือน ส่งข้อมูลทาง COC kokha select							
	1.4.2 รพ.กระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ตามแนวทาง คืบข้อมูลส่งเยี่ยมทาง COC kokha select							
	1.4.3 ลงข้อมูลการกระตุ้นพัฒนาการ ส่ง 43 แพ้ม							
	1.4.4 ส่งพบกุมารแพทย์ และนักกิจกรรมบำบัดทุกราย							
	1.4.5 เด็กที่พัฒนาการล่าช้า / เด็กป่วย ส่งพบกุมารแพทย์ และนักกิจกรรมบำบัดเพื่อวางแผนการรักษาและส่งต่อ							

	1.5 ติดตามผลการประเมินพัฒนาการเด็กในพื้นที่	รพ.เกาะคา / รพ.สต.13แห่ง	รพ.เกาะคา / รพ.สต.13แห่ง	ข้อมูลได้รับการ บันทึกทันเวลา และ ได้รับการตรวจสอบ คุณภาพข้อมูล 2 ครั้ง / เดือน			ต.ค.63-ก.ย. 64	อุมารณ์ / เพชรินทร์
	1.5.1 ตรวจสอบข้อมูล HDC ทุก 1 สัปดาห์	รพ.เกาะคา / รพ.สต.13แห่ง	รพ.เกาะคา / รพ.สต.13แห่ง					เพชรินทร์
	1.5.2 คืบข้อมูลทางไลน์ทุกวันศุกร์	รพ.เกาะคา / รพ.สต.13แห่ง	รพ.เกาะคา / รพ.สต.13แห่ง					เพชรินทร์
	1.5.3 รพ.สต.รายงานการประเมินพัฒนาการเด็ก ผ่านแบบฟอร์มการใช้ DSPM ของ สสจ. ทุก 1 เดือน	รพ.เกาะคา / รพ.สต.13แห่ง	รพ.เกาะคา / รพ.สต.13แห่ง					อุมารณ์ / เพชรินทร์
	2. การให้บริการในคลินิก WCC							
	2.1 ให้บริการคลินิก WCC คุณภาพ	เด็ก0-5 ปี/ ผู้ปกครองใน เขตรพ.เกาะคา/ รพ.สต.13แห่ง	รพ.เกาะคา/ รพ.สต.13แห่ง	เด็ก0-5 ปี ได้รับ บริการWCC ตาม เกณฑ์คุณภาพร้อยละ 100			ต.ค.63-ก.ย. 64	อุมารณ์, เพชรินทร์, รพ.เกาะคา/ รพ.สต.13 แห่ง
	2.1.1 ประเมิน/เฝ้าระวัง/ติดตามภาวะโภชนาการ สอนผู้ปกครองบันทึกกราฟโภชนาการ แปรผล กราฟ โภชนาการ เพื่อติดตามการเจริญเติบโต และเพื่อ ส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคโดย พยาบาลและนักโภชนาการ							

	2.1.2 ประเมินพัฒนาการเด็กโดยใช้ DSPM/DIAM							
	2.1.3 สอน/สาธิตการประเมินพัฒนาการตามวัยตามคู่มือDSPM/DAIM ให้ผู้ปกครอง							
	2.1.4 สอน/สาธิตอาหารที่เหมาะสมตามวัยให้ผู้ปกครอง ส่งเสริม Exclusive Breast Feeding สนับสนุนเมนูอาหาร							
	2.1.5 ตรวจช่องปาก เคลือบฟลูออไรด์ แนะนำ การดูแลช่องปาก การแปรงฟัน โดยทันตภิบาลทุกราย							
	2.1.6 พบกุมารแพทย์ทุกครั้งที่มาใช้บริการ							
	2.1.7 อายุ 6 เดือนตรวจ Hct , อายุ 4 ปี วัดความดันโลหิตและตรวจ U/A	เด็กอายุ 6-12 เดือน ที่ยังไม่เคยตรวจ Hct ทุกราย, เด็กอายุ 4 ปี ทุกราย		คัดกรองภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 100				
	2.1.8 ให้น้ำเสริมธาตุเหล็กเด็กอายุ 6 เดือนขึ้นไปทุกราย	เด็กอายุ 6 เดือน ขึ้นไป ทุกราย		เด็ก 0-5 ปี ได้รับยา น้ำเสริมธาตุเหล็ก ร้อยละ 70				
	2.1.9 ให้วัคซีนตามเกณฑ์อายุ							
	2.1.10 นัดรับบริการวัคซีนครั้งต่อไปและนัดพัฒนาการซ้ำ 1 เดือนในรายที่สงสัยล่าช้า							

	2.1.11 ส่งพบนักกิจกรรมบำบัดประเมินในกรณี ตรวจพบพัฒนาการล่าช้า/ส่งพบกุมารแพทย์เพื่อ ประเมินโรคทางกาย	ทุกราย		เด็ก0-5 ปี ที่มี พัฒนาการล่าช้า ได้รับการประเมิน โดยนักกิจกรรม/ กุมารแพทย์บำบัด ร้อยละ 100				กุมารแพทย์ , เดวิด, อุ มาภรณ์
	2.1.12 ส่งต่อรพศ.เพื่อประเมินโรคทางกาย	ทุกราย		เด็ก0-5 ปี ที่มี พัฒนาการล่าช้า ได้รับการส่งต่อรพ. ล่าช้าร้อยละ 100				กุมารแพทย์ , วีรินทร์ ภัทร] เดวิด
	2.1.13 ส่งต่อรพศ./รพ.เวชชารักษ์ กระตุ้นพัฒนาการ							
	2.1.14 จัดระบบการส่งต่อ/ติดตามเยี่ยม ดูแลเด็ก ทาง Line /ศูนย์COC/ เว็บไซต์ การส่งต่อข้อมูลที่มี ประสิทธิภาพ	ทุกสัปดาห์						
	3. การพัฒนา							
	3.1 ส่งเสริมการใช้คู่มือ DSPM ในพ่อแม่ ผู้ปกครอง ครูพี่เลี้ยงศูนย์เด็กและประเมินส่งต่อเข้า ระบบบริการได้							

3.1.1 ส่งเสริมและกระตุ้นให้ জনท.ผู้รับผิดชอบงาน ใน PCU สร้าง Line Group “ลูกสมองใส พ่อแม่ใช้ DSPM” เพื่อแลกเปลี่ยนระหว่างพ่อแม่ กับ อสม. / มอค.ผู้รับผิดชอบงานทุก รพ.สต. โดยมีแพทย์หัวหน้า ทีม NPCU/ CPMอำเภอเป็นที่ปรึกษาและสนับสนุน ความรู้	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง	มี Line Group “ลูก สมองใส พ่อแม่ใช้ DSPM”จำนวน 11 กรุป		รพ.สต. เสนอ โครงการ ต่อ กสต./ อปท.	30 กย.63	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง
3.1.2 พัฒนาศักยภาพ พ่อแม่ ผู้ปกครอง อสม. Couple							
- พัฒนาศักยภาพ อสม. Couple เพื่อเข้าถึงบริการ ติดตามพัฒนาการเด็ก ล่าช้า /สงสัยล่าช้า	อสม. ในเขต รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง	เด็กสงสัยล่าช้า / ล่าช้า ได้รับการ ติดตามดูแลครบ 100 %			ต.ค.63-ธ.ค. 63	เพชรินทร์, รพ.สต. 13 แห่ง
- พ่อแม่ ผู้ปกครองที่พร้อม ประเมินพัฒนาการโดยใช้ DSPM ผ่าน APPLICATION Khunlookกรณี ต้องการปรึกษา สามารถส่งผลในกลุ่ม Line เพื่อเกิด การแลกเปลี่ยน	พ่อแม่ ผู้ปกครองที่ พร้อมใช้ Application	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง	มีการใช้ Line Group “ลูกสมองใส พ่อแม่ ใช้DSPM”ในการ ติดต่อ/ปรึกษากัน			ต.ค.63-ธ.ค. 63	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง
- ส่งเสริมการใช้คู่มือ DSPM ในพ่อแม่ผู้ปกครอง ที่ ใช้สมุดคู่มือ DSPM	พ่อแม่ผู้ปกครอง ที่ใช้สมุดคู่มือ DSPM	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง				ต.ค.63-ก.ย. 64	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง
3.1.3 พัฒนาศักยภาพ อสม.เพื่อส่งเสริมกระตุ้น ติดตามการใช้ DSPM ในพ่อแม่ ผู้ปกครอง	อสม. ในเขต รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง	ทุกหมู่บ้านมี อสม.ที่ ใช้ DSPM ได้			ต.ค.63-ธ.ค. 63	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง

	- เป็น อสม.เชี่ยวชาญแม่และเด็ก ติดตามพัฒนาการเด็กทุกหมู่บ้าน หมู่บ้านละ 2 คน							
	- อสม.ที่มีอายุระหว่าง 35-45 ปี ที่มีบุตร อ่านออกเขียนได้ ใช้ IT ได้							
	3.1.4 PCU สร้าง Line Group ครูผู้ดูแลเด็กในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็ก โดยมีมอค. ผู้รับผิดชอบงานทุก รพ.สต./แพทย์หัวหน้าทีม PCU/CPMอำเภอเป็นที่ปรึกษาและสนับสนุนความรู้ และมีช่องทางในการส่งต่อเด็กเข้าสู่ระบบบริการ	ศูนย์เด็กเล็ก 13 แห่ง / รร. อนุบาล 20 แห่ง	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง	มี Line Group ระหว่าง ครู ผดต. กับ จนท.จำนวน 13 กรุป			30 กย.63	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง
	- ประเมินศักยภาพครูพี่เลี้ยง (ศูนย์เด็กเล็ก) ในการประเมินพัฒนาการด้วยเครื่องมือ DSPM และใช้กราฟประเมินโภชนาการ ติดตามการดำเนินงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย	ครูศูนย์เด็ก 30 คน	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง	พี่เลี้ยงศูนย์เด็กทุกคน ได้รับการประเมิน			ต.ค.-63	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง
	- พัฒนาศักยภาพครูอนุบาลในการประเมินพัฒนาการด้วยเครื่องมือ DSPM และใช้กราฟประเมินโภชนาการ	ครุรร.อนุบาล 30 คน	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง	ครูอนุบาลทุกคน ได้รับการอบรม	3,000	UC	ต.ค.-63	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง
	3.1.5 รพ.สต.รายงานประเมินการใช้ DSPM ของพ่อแม่ผู้ปกครอง โดย Google form	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง	ประเมินการใช้ DSPMของพ่อแม่ผู้ปกครอง ผ่าน Google form ทุกเดือน			ต.ค.63-ก.ย. 64	อุมารณ, เพชรินทร์, รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง

3.1.6 รพ.สต.มีการจัดกิจกรรม Class "พัฒนาการเด็กสร้างได้" เพื่อติดตามและแลกเปลี่ยนเรียนรู้สำหรับผู้ปกครองเด็ก ก่อนช่วงอายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน (Early Detective) โดยจัด 3 เดือน/1ครั้ง	4 ครั้ง/ปี	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง	เด็กก่อนช่วงอายุ เป้าหมายได้รับการสอนเพื่อส่งเสริมพัฒนาการ			ธ.ค.63, มี.ค.64, มิ.ย.64,ก.ย. 64	อุมารณ, เพชรินทร์, รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง
3.1.7 จัดเวที แลกเปลี่ยนเรียนรู้/นวัตกรรม สำหรับครูพี่เลี้ยงในศูนย์เด็ก ในการประเมินพัฒนาการด้วย DSPM (ครูพี่เลี้ยงเด็กเชี่ยวชาญ)	1 ครั้ง	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง	มีการจัดเวที แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้ได้ศูนย์เด็ก เล็กต้นแบบ	3,000	UC	พค.63	MCH borad
3.2 โภชนาการเด็กปฐมวัย สูงดีสมส่วน							
3.2.1 การป้องกันภาวะซีด โลหิตจางในเด็ก							
- ส่งเสริมหญิงหลังคลอดเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างเดียวไม่น้อยกว่า 6 เดือน	เด็ก อายุ 6 เดือนทุกราย	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง	สถานบริการทุกแห่ง มีมมนมแม่และ เด็ก ได้รับนมแม่ไม่น้อย กว่า 6 เดือน เกิน ร้อยละ 60			ต.ค.63-ก.ย. 64	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง
- จ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ในเด็ก 6 เดือน -5 ปี ให้ได้รับประทานสัปดาห์ละ 1 ครั้ง	เด็ก อายุ 6 เดือน - 5 ปี ทุก ราย	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง	เด็ก อายุ 6 เดือน ถึง 5 ปี ทุกรายได้รับ ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก			ต.ค.63-ก.ย. 64	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง
-เจาะ Hct เด็กอายุ 6 เดือน เพื่อป้องกันภาวะซีด และนำผลเลือดปรึกษา/พบแพทย์ในกรณีผล Hct < 33 %	เด็ก อายุ 6-12 เดือนทุกราย	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง	เด็ก อายุ 6-12 เดือนทุกรายได้รับการเจาะ Hct			ต.ค.63-ก.ย. 64	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง

	3.2.2 ส่งเสริมการเจริญเติบโตของเด็กโดยพ่อแม่ผู้ปกครอง							
	3.2.2.1 ชั่งน้ำหนักเด็ก 0-5 ปี ทุกคน และลงใน JHCIS/HOSXP (รพ.สต.บ้านน้ำล้อม 21 ราย ศบส. ลำปางหลวง 133 ราย รพ.สต.บ้านจู้ด 56 ราย รพ.สต.สองแควใต้ 215 ราย รพ.สต.บ้านจอมปิง 81 ราย รพ.สต.บ้านไหล่หิน 168 ราย รพ.สต.บ้านวังพร้าว 230 ราย รพ.สต.ศาลาดงลาน 150 ราย รพ.สต.ศาลาไชย 139 ราย รพ.สต.บ้านนาแสง 124 รพ.สต.บ้านท่าผา 191 ราย รพ.สต.บ้านดอนธรรม 156 ราย รพ.สต.บ้านหาดปู้ด้าย 26 ราย รพ.เกาะคา 187 ราย)	เด็ก 0-5 ปี ในอำเภอเกาะคา ได้รับการวัดความยาว/ส่วนสูง ชั่งน้ำหนักทุกราย รวม 1,877 ราย	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง				ต.ค.63-ก.ย. 64	เพชรินทร์ / รพ.สต.ทุกแห่ง
	3.2.2.2 สอบเทียบเครื่องชั่ง / ที่วัดส่วนสูง ทุก รพ.สต.	14 แห่ง	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง				ต.ค.63-ก.ย. 64	เพชรินทร์ / รพ.สต.ทุกแห่ง
	3.2.2.3 สุ่ม อสม.ในการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง	รพ.สต. / รพ. แห่งละ 1 หมู่	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง				ต.ค.63-ก.ย. 64	เพชรินทร์ / รพ.สต.ทุกแห่ง
	- ส่งเสริมให้พ่อแม่ผู้ปกครองประเมินโภชนาการทุก 2 เดือน ผ่าน APPLICATION Khunlook/สมุดสีชมพู	รพ.เกาะคาและ รพ.สต. ทุกแห่ง	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง	พ่อแม่ผู้ปกครอง/ผู้เลี้ยงดู สามารถประเมินภาวะโภชนาการได้ถูกต้อง			ต.ค.63-ก.ย. 64	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง

	3.2.3 แก้ไขปัญหาเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ	เด็ก 0-5 ปี	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง				ต.ค.63-ก.ย. 64	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง
	- ทำทะเบียนเด็กเตี้ย เด็กอ้วน เด็กผอม ในสถาน บริการ จำนวนเด็กเตี้ย,ผอม,อ้วน ปี 63 ไตรมาส 4 (รพ.สต.บ้านน้ำล้อม 5,1,7 ราย ศบส.ลำปางหลวง 10,10,9 ราย รพ.สต.บ้านจู้ด 27,4,37 ราย รพ.สต. สองแควใต้ 2,5,5 ราย รพ.สต.บ้านจอมปิง 5,3,7 ราย รพ.สต.บ้านไหล่หิน 23,11,31 ราย รพ.สต.บ้านวัง พร้าว 7,9,12 ราย รพ.สต.ศาลาดงลาน 48,4,65 ราย รพ.สต.ศาลาไชย 5,2,3 ราย รพ.สต.บ้านนาแสง 6,34 รพ.สต.บ้านท่าผา 5,8,7 ราย รพ.สต.บ้านดอน ธรรม 21,11,27 ราย รพ.สต.บ้านหาดปู้ด้าย 4,0,4 ราย รพ.เกาะคา 9,21,11 ราย)	เด็กเตี้ย เด็ก อ้วน เด็กผอม ทุกราย	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง	มีทะเบียนเด็กเตี้ย เด็กอ้วน เด็กผอม ใน ทุกสถานบริการ			ต.ค.63-ก.ย. 64	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง
	- ทุก รพ.สต.แบ่งระดับภาวะโภชนาการเด็ก (เหลือง ส้ม แดง)และการวิเคราะห์ วางแผนและออกแบบการ แก้ไขปัญหาเด็กเตี้ย	เด็กเตี้ย เด็ก อ้วนเด็กผอม ทุกราย	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง	มีแนวทางแก้ไข ปัญหาเด็กเตี้ย เด็ก อ้วน เด็กผอม ในทุก สถานบริการ			ต.ค.63-ก.ย. 64	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง
	ทีม NPCU ร่วมในการวิเคราะห์ วางแผนและ ออกแบบการแก้ไขปัญหาเด็กเตี้ย	เด็กเตี้ย เด็ก อ้วนเด็กผอม ทุกราย	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง	มีแนวทางแก้ไข ปัญหาเด็กเตี้ย เด็ก อ้วน เด็กผอม ในทุก สถานบริการ			ต.ค.63-ก.ย. 65	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง

	- มีแผนการดูแลเด็กเตี้ยรายบุคคล และมีการเฝ้าระวังติดตามการชั่งน้ำหนัก/ส่วนสูงเด็กเตี้ย ทุก 2 เดือน	เด็กเตี้ย ทุกราย	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง	เด็กเตี้ยทุกรายมีการทำแผนดูแลรายบุคคล			ต.ค.63-ก.ย. 64	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง
	3.2.4 ประสานภาคีเครือข่ายเพื่อให้เด็กเกาะคาทุกคน ได้รับ นม 2 กล่อง ไข่ 1 ฟอง	เด็กน้ำหนักน้อย/เตี้ยทุกคน	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง			รพ.สต. เสนอโครงการต่อ กสต./อปท.	ต.ค.-63	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง
	- คืบข้อมูลให้แต่ละ พท.เพื่อเสนอโครงการขอสนับสนุนนมและไข่สำหรับเด็กจาก อปท.	เด็กน้ำหนักน้อย/เตี้ยทุกคน	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง	มีโครงการที่ได้รับสนับสนุนจากท้องถิ่น		อปท./กอ	ต.ค.-63	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง
	- มีการประชุมร่วมกันระหว่าง รพ.สต.กับหน่วยงานท้องถิ่น มอ.เสนอโครงการขอรับงบประมาณ สนับสนุนแก้ไขภาวะโภชนาการเด็กน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์/เตี้ย	เด็กน้ำหนักน้อย/เตี้ยทุกคน	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง	ได้งบประมาณสนับสนุนจาก อปท./กองทุน		อปท./กอ	ต.ค.63-ก.ย. 64	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง
	- ประสานศูนย์เด็กเล็กในเขตรับผิดชอบเพิ่มคุณภาพเมนูอาหารในศูนย์เด็กเล็กให้มีเมนูไข่ทุกวัน และจัดเมนูให้เหมาะสมกับภาวะโภชนาการเด็ก และ พัฒนาศักยภาพศูนย์เด็กเล็กเป็นศูนย์สาธิตอาหารสำหรับผู้ปกครอง (พัฒนาเมนูอาหารเพิ่มส่วนสูงตามวัย)	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง	ทุก ศดล.มีเมนูเสริมไข่ทุกวัน และเหมาะสมกับภาวะโภชนาการเด็ก			ต.ค.63-ก.ย. 64	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง

	- รพ.เกาะคา / รพ.สต. รายงานข้อมูลการดำเนินการภายในสิ้นเดือน	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง				ต.ค.63-ก.ย. 64	อุมารณ, เพชรินทร์
1	4.ส่งเสริมทันตสุขภาพ							
2	4.1 ตรวจสุขภาพช่องปาก/สอนแปรงฟัน/สอนเช็ดช่องปาก/ทาฟลูออไรด์วานิช ทุกครั้งที่มารับบริการ	ทุกราย	อ.เกาะคา	เด็ก 3 ปี มีปราศจากฟันผุ ร้อยละ 55			ตค.63-กย.64	ทพญ.บุศรินทร์
3	4.2 ตรวจสุขภาพช่องปากโดยทันตบุคลากร -บันทึกจำนวนซี่ฟันที่ขึ้น คราบจุลินทรีย์ รอยผุเริ่มแรก และพฤติกรรมเสี่ยงเพื่อเพิ่ม %caries free	1,028 คน	อ.เกาะคา	-เด็กในคลินิกWCC ได้รับการตรวจฟัน/ผู้ปกครองได้ฝึกทักษะทำความสะอาดช่องปากให้เด็ก			ตค.63-กย.64	ทพญ.บุศรินทร์
4	4.3เด็กอายุ 0-3 ปี (9เดือน - 3ปี) ได้รับการตรวจและประเมินความเสี่ยง เพื่อจัดการตาม guidelineและเฝ้าติดตามความเสี่ยง	1,028 คน	อ.เกาะคา	-เด็กได้รับการแจกผ้าเช็ดเหงือก/แปรงสีฟันเด็ก			ตค.63-กย.64	ทพญ.บุศรินทร์
5	4.4 ฝึกทักษะให้กับผู้ปกครองการดูแลความสะอาดช่องปากเด็กเพื่อลดคราบจุลินทรีย์ โดยการลงมือฝึกปฏิบัติจริง	1,028 คน	อ.เกาะคา	เด็กอายุ 0-3 ปี (9เดือน - 3ปี) ได้รับการตรวจและประเมินความเสี่ยง เพื่อจัดการตาม guidelineและเฝ้าติดตามความเสี่ยง			ตค.63-กย.64	ทพญ.บุศรินทร์
6	4.5 เด็กที่ได้รับการประเมินสภาวะช่องปากและพฤติกรรม และจัดระดับว่ามีความเสี่ยงต่อฟันผุได้รับการเยี่ยมบ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	100 คน	อ.เกาะคา		-		ตค.63-กย.64	ทพญ.บุศรินทร์
7	4.6 ให้บริการทันตกรรมตามความจำเป็น เน้นการ early detection		อ.เกาะคา				ตค.63-กย.64	ทพญ.บุศรินทร์

8	4.7 อบรมอม.เชี่ยวชาญด้านทันตฯเน้นการดูแลกลุ่มเด็กเล็ก (มีไฟล์คู่มืออม.จากwebสำนักทันตฯ)	-	-	-	-	-	ตค.63-กย.64	ทพญ.บุศรินทร์
9	4.8 ตรวจสอบสุขภาพช่องปากและสำรวจพฤติกรรมทันตสุขภาพเด็กทุกคนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กนำข้อมูลบันทึกในโปรแกรมสถานบริการ (ส่งออก HDC)	เด็กในศูนย์เด็ก 474 คน	อ.เกศา	-เด็กในศูนย์เด็กได้รับการตรวจช่องปาก/รับการรักษาทางทันตกรรม/ทาฟลูออไรด์วานิช			ตค.63-กย.64	ทพญ.บุศรินทร์
10	4.9 สนับสนุนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	ศูนย์เด็ก 10 แห่ง					ตค.63-กย.64	ทพญ.บุศรินทร์
11	- แปรงฟันหลังอาหารกลางวัน						ตค.63-กย.64	ทพญ.บุศรินทร์
12	- จัดอาหารว่างด้วยผลไม้ 3-5 วัน/สัปดาห์/เน้นการดื่มนมจัด						ตค.63-กย.64	ทพญ.บุศรินทร์
13	- พัฒนานโยบายสาธารณะ/มาตรการศูนย์เด็กอ่อนหวาน ปลอดน้ำอัดลม ลูกอม ขนมกรุบกรอบ						ตค.63-กย.64	ทพญ.บุศรินทร์
14	4.10 ให้บริการทันตกรรมตามความจำเป็น เน้นการ earlydetection ทาฟลูออไรด์วานิช ในเด็กที่มีความเสี่ยงและอุดฟันแบบ SMART technic (เพิ่ม cavity free)	ศูนย์เด็ก 474 คน					ตค.63-กย.64	ทพญ.บุศรินทร์
15	4.11 ศูนย์เด็กคุณภาพ สอนการใช้ไหมขัดฟันและแปรงเหงือก	ศูนย์เด็ก 2 แห่ง /100 คน	ท.ไพลิน, ท. วังพร้าว	สสจ.ลำปางสนับสนุนไหมขัดฟัน			ตค.63-กย.64	ทพญ.บุศรินทร์
16	4.12 ตรวจสอบสุขภาพช่องปากและสำรวจพฤติกรรมทันตสุขภาพเด็กทุกคนในระดับอนุบาลนำข้อมูลบันทึกในโปรแกรมสถานบริการ (ส่งออก HDC)	นักเรียนอนุบาล 720 คน	ทั้งอำเภอ	-นักเรียนอนุบาลได้รับการตรวจช่องปาก/รับการรักษาทางทันตกรรม/ทาฟลูออไรด์วานิช			ตค.63-กย.64	ทพญ.ธนวรรณ
17	4.13 สนับสนุนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในระดับอนุบาล	รร. 20 แห่ง					ตค.63-กย.64	ทพญ.ธนวรรณ
18	- แปรงฟันหลังอาหารกลางวัน						ตค.63-กย.64	ทพญ.ธนวรรณ

19	4.14 ให้บริการพันธุกรรมตามความจำเป็น เน้นการ earlydetection							
20	ทาฟลูออไรด์วานิช ในเด็กที่มีความเสี่ยง และอุดฟันแบบ SMART technic							
21	(เพิ่ม cavity free)(250บ/ราย)							
	4. การบริหารจัดการข้อมูล							
	4.1. ทบทวนระบบการบันทึกข้อมูลในระบบ JHCIS ,HosXP ให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง	ข้อมูลได้รับการบันทึกใน ระบบ J HCIS HosXP ทันเวลา			ต.ค.63-ก.ย. 64	อุมารณณ์, เพชรินทร์
	4.2. ตรวจสอบคุณภาพข้อมูลโดยผู้รับผิดชอบงาน รพ.สต. / PM อำเภอ	เดือนละ 2 ครั้ง		ข้อมูลได้รับการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล โดยPM อำเภอเดือนละ 2 ครั้ง			ต.ค.63-ก.ย. 64	อุมารณณ์, เพชรินทร์
	4.3 มีแผนลงสู่กำกับติดตามคุณภาพการคัดกรอง พัฒนาการในทุกสถานบริการ โดยทีมอำเภอ	ปีละ 2 ครั้ง	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง	รพ.สต.ได้รับการกำกับติดตามคุณภาพ โดยทีมอำเภอทุกแห่ง			ต.ค.63-ก.ย. 64	MCH borad
	4.4. ประชุมผู้รับผิดชอบงานเด็กปฐมวัย เพื่อติดตาม ปัญหาและการดำเนินงาน ข้อมูลเด็กที่ต้องบันทึก และส่งต่อข้อมูล ระดับอำเภอ โดยบูรณาการร่วมกับการประชุมงานอนามัยมารดา	ทุก 3 เดือน	1 รพ.,10 รพ. สต	จนท.รพ.สต. สามารถบันทึกและ ส่งต่อเด็ก ลำช้า/ สงสัยล่าช้าได้อย่าง ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา	ไม่ใช้งบ		ธ.ค.63,มี.ค. 64,มิ.ย.64, ก.ย.64	อุมารณณ์, เพชรินทร์
รวมงบประมาณ UC					6,000.00			

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง ประจำปีงบประมาณ 2564

หน่วยงาน คปสอ.เกาะคา อำเภอ เกาะคา จังหวัดลำปาง

ยุทธศาสตร์ที่ 1 : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ(PP&P Excellence)

ประเด็น กลุ่มวัยเรียน

ตัวชี้: 1.ร้อยละของเด็กวัยเรียนสูงที่สุดส่วน ร้อยละ 67 (ปี2565 เด็กอายุ 12 ปี มีส่วนสูงเฉลี่ยชาย 154 ซม.หญิง 155 ซม.

สถานการณ์ / ข้อมูลพื้นฐาน :GAP

พบเด็ก6-14 ปีมีภาวะสูงที่สุดส่วนร้อยละ 60.65 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด(>ร้อยละ66)โดยพบว่าส่วนใหญ่ต่ำกว่าเกณฑ์ยกเว้นรพสต.น้ำล่อม บ้านจู้ด หาดปู้ด้าย และรพ.เกาะคา

- ภาวะผอมในเด็กอายุ 6 – 14 ปี ภาพรวมอำเภอเกาะคาพบร้อยละ 5.34 ซึ่งเกินเป้าหมายที่กำหนด (ร้อยละ 5) รพสต.ที่พบภาวะผอมเกินเกณฑ์เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย

คือ รพสต. ศาลาไชย ท่าผา สองแควใต้ จอมปิง วังพร้าวและดอนธรรม ร้อยละ 11.34, 8.76, 7.63, 6.4,6.19และ5.17

- ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ภาพรวมอำเภอเกาะคา พบร้อยละ 15.49 เกินเป้าหมายที่กำหนด (ร้อยละ10) รพสต.ที่พบภาวะอ้วนเกินเกณฑ์เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย

คือ รพสต.น้ำล่อม จอมปิง ศาลาดงลาน ศาลาไชย หาดปู้ด้ายและสองแควใต้ ร้อยละ 14 ,13.95 ,12.35 ,11.34 ,10.61 และ 10.17

- ภาวะเตี้ย ข้อมูลภาพรวม อำเภอเกาะคา พบร้อยละ 5.56 ซึ่งไม่เกินเป้าหมายที่กำหนด (< 10)ยกเว้น รพสต.จอมปิล ที่พบภาวะเตี้ยร้อยละ 27.91

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ ดำเนินการ	ผลผลิตของโครงการ	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ (ระบุให้)	ผู้รับผิดชอบ
					จำนวน	แหล่งงบ		
1	รหัสโครงการ 030103 โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยในกลุ่มวัยเรียน อำเภอเกาะคา							
	1. กิจกรรมการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการและส่งเสริมสุขภาพเด็กนักเรียน							

1.1. เด็กอายุ 6-14 ปีทุกคนได้รับการวัดส่วนสูงและชั่งน้ำหนักปีละละ2 ครั้ง ครั้งที่ 1 พ.ค.-ก.ค. ครั้งที่ 2 ต.ค.-ม.ค. - โดยมอค - เครื่องชั่งและวัดส่วนสูงเครื่องที่ได้รับการทดสอบความเที่ยงตรงและเป็นเครื่องชั่งเครื่องเดียวกัน	20โรงเรียน จำนวน 3600คน	13รพสต./ รพ	- เด็กนักเรียนในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดส่วนสูงและชั่งน้ำหนักปีละ2 ครั้ง 100% โดย มอค			พค -กค. 63,ตค -มค 2564	อารีย์ ,เพชรินทร์ ,รพ.สต.ทุกแห่ง
1.2. คัดกรองObesity sign เด็กที่มีภาวะอ้วนได้รับ โดยมอค	เด็กอ้วน 309 คน	13รพสต./ รพ	เด็กนักเรียนที่มีภาวะอ้วนร้อยละ100 ,ได้รับการคัดกรองโดยมอค.การแก้ไข			พค -กค. 63,ตค -มค 2564	อารีย์ ,เพชรินทร์ ,รพ.สต.ทุกแห่ง
1.2.1 เด็กอ้วนเพิ่มกิจกรรมการออกกำลังกาย	เด็กอ้วน 309 คน	13รพสต./ รพ					
1.2.2 เด็กอ้วนควบคุมการบริโภค แป้งและน้ำตาล	เด็กอ้วน 309 คน	13รพสต./ รพ					
1.3. ลงข้อมูลภาวะโภชนาการในHos Xp , JHCIS ครั้งที่ 1 ก่อน 15 ส.ค. ครั้งที่ 2 ก่อน 15 ก.พ.	รพ./รพ.สต.ทุก แห่ง	อ.เกาะคา	- ข้อมูลเด็กนักเรียนในเขตรับผิดชอบมีความสมบูรณ์ครบถ้วน			ต.ค.-ก.ย. 64	อารีย์ ,เพชรินทร์ ,รพ.สต.ทุกแห่ง
1.4 ทำทะเบียนเด็ก อ้วน ผอม เตี้ย	เด็กที่มีภาวะทุก โภชนาการทุกคน	13 รพ สต.+รพ	เด็กที่มีภาวะทุกโภชนาการทุกคนได้รับการติดตามและแก้ไขปัญหา			ตค.2563	อารีย์ ,เพชรินทร์ ,รพ.สต.ทุกแห่ง

	1.5 วิเคราะห์ข้อมูลเด็ก อ้วน ผอม เตี้ย	เด็กที่มีภาวะทุก โภชนาการทุกคน	13 รพ สต.+รพ	เด็กที่มีภาวะทุกโภชนาการ ทุกคนได้รับการติดตามและ แก้ไขปัญหา			ตค.-พย. 2563	อารีย์ ,เพชรินทร์ ,รพ.สต.ทุกแห่ง
	2. ป้องกันแก้ไขปัญหาโภชนาการนักเรียนอายุ 6-14 ปี ในโรงเรียน							
	2.1 คืบข้อมูลและร่วมวิเคราะห์ปัญหาร่วมกับ 5 NPCU 1 รพ	แพทย์ FM และ เรขาประจำ NPCU	5NPCU	วางแผนแก้ไขปัญหาลูกอ้วน ต้นผอมและมีการติดตาม			ตค64	อารีย์ ,แสงจันทร์ ,รพ.สต.ทุกแห่ง
	2.2 คืบข้อมูลให้ชุมชน โดยผ่านคณะกรรมการ พขอ.	ผู้นำชุมชน	อำเภอ เกาะคา	ลดปัจจัยเอื้อให้เด็กมีภาวะ อ้วนในชุมชน เกิดเครือข่าย / กสศ.ร่วมกิจกรรมจัดหา / จัดทำเพื่อส่งเสริมภาวะ โภชนาการในเด็กผอม /เด็ก เตี้ย			ตค.2563	แสงจันทร์
	2.2 มอค คืบข้อมูลให้ โรงเรียน	20 รร.	อำเภอ เกาะคา	ร่วมแก้ไขปัญหาลูกอ้วนโภชน การเด็กในรร.			ตค-พย2563	เจ้าหน้าที่รพสต
	2.3 มอค.คืบข้อมูลให้ อสม. เพื่อขอความร่วมมือ กับเครือข่ายผู้ปกครองใน กระบวนการจัดการ ปัญหาน้ำหนักเด็กทุกโภชนาการ/เด็กอ้วน	76 หมู่บ้าน	อำเภอ เกาะคา	ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการ ดูแลและติดตามพฤติกรรม เด็กและแก้ไขปัญหา ร้อยละ ของเด็กผอมเตี้ยอ้วนลดลง			ตค.พย2563	เจ้าหน้าที่รพสต

	2.4 มอก ทำcare plan ร่วมกับครูนามัย ใน เด็กมีปัญหาภาวะโภชนาการ	ร้อยละ100ของ	20 โรงเรียน	เด็กมีปัญหาภาวะทุ โภชนาการได้รับการทำcare plan และติดตามครบ100%			ธค.2563	อารีย์ ,เพชรินทร์ ,รพ.สต.ทุกแห่ง
		เด็กอ้วน/ผอมและเตี้ย						
	2.5 ออกเยี่ยมโรงเรียนเพื่อส่งเสริมให้รร.มี เมนูอาหารสำหรับเด็กเตี้ย - เด็กที่มีน.น้อย	20 รร.	อำเภอ เกาะคา	ร้อยละของเด็กสูงดีสมส่วน เพิ่มขึ้นร้อยละ65			พย.2563- กค02564	อารีย์ ,เพชรินทร์ ,รพ.สต.ทุกแห่ง
	ให้น้ำอาหารที่เพิ่มพลังงานเพิ่มอาหารที่โปรตีนที่ มีคุณภาพ (นม2กล่อง ไข่ 1 ฟอง)							
	เด็กเตี้ย ให้มีการเลือกอาหารที่มีแคลเซียมสูง เช่น นมวันละ 2 กล่อง							
	/ กระตุ้นการออกกำลังกายทุกวันๆละ 60 นาที (สะสม) เน้นการ							
	กระแทกข้อต่อ /นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ อย่างน้อย 8 ชม.							
	โดยเข้านอนก่อน 4 ทุ่ม(กระตุ้นGrowth hormone) /เน้นกินอาหาร							
	หลากหลายครบ 5 หมู่ (ผักที่มีแคลเซียม)							
	- เด็กอ้วน/เริ่มอ้วน							

	2.6 เด็กอ้วนที่พบ obesity sign ส่งพบแพทย์ NPCU	ร้อยละ100ของ เด็กที่พบobesity sign	5NPCU + รพ.เกาะคา	เด็กได้รับการวินิจฉัยและรับ การรักษาต่อไป			ตค.2563- กย2564	เจ้าหน้าที่รพสต.
	3.ให้บริการส่งเสริมสุขภาพ							
	3.1 การให้วัคซีนในเด็กป.MMR ที่ไม่ได้เข็ม2	นร.ป1 จำนวน20 รร.	อ.เกาะคา	ได้รับวัคซีนMMR ครบ2 เข็ม 100%			กค.2564	จนท.รพ.รพสต.ทุก แห่ง
	3.2 ให้บริการวัคซีน dT ในเด็กนร.ป6	นร.ป6จำนวน20 รร	อ.เกาะคา	ได้รับวัคซีนdT ครบ2 เข็ม 100%			กค.2564	อารีย์ ,เพชรินทร์ ,รพ.สต.ทุกแห่ง
	3.3 ให้บริการวัคซีนHPV ในเด็กนร.หญิง ป.5	นร.ป5 จำนวน 20 รร	อ.เกาะคา	ได้รับวัคซีนHPV 100%			กค.2564	อารีย์ ,เพชรินทร์ ,รพ.สต.ทุกแห่ง
	3.4 ให้บริการ จ่าย ยาเสริมธาตุเหล็กในเด็ก 6-14 ปี สัปดาห์ละ 1 เม็ด	นร.ป1-6 จำนวน 20 รร	อ.เกาะคา	ได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก สัปดาห์ละ1ครั้ง100 %			ตค-กย2564	อารีย์ ,เพชรินทร์ ,รพ.สต.ทุกแห่ง
	3.5 เจาะหาค่าจำนวนเม็ดเลือดแดงในเด็ก ป. 1 ทุกราย	301 คน	อ.เกาะคา	นร.ที่มีภาวะซีดร้อยละ100 ได้รับการวินิจฉัยและรักษาโรค			ตค.-กย.64	อารีย์ ,เพชรินทร์ ,รพ.สต.ทุกแห่ง
	3.6 หากพบHCT <35 % ให้ยา เสริมธาตุเหล็ก กินทุกวัน ครบ 1 เดือนเจาะHCT ซ้ำ						กค.64	อารีย์ ,เพชรินทร์ ,รพ.สต.ทุกแห่ง
	3.7 กรณีเด็กที่พบภาวะโลหิตจาง (HCT) ต่ำกว่า 36 % (6-14 ปี)ส่งพบแพทย์เพื่อยืนยันผลและ ส่งต่อรักษาต่อเนื่อง			นร.ที่มีภาวะซีดร้อยละ100 ได้รับการวินิจฉัยและรักษาโรค				

4.มีการดำเนินงานอนามัยวัยเรียน แบบบูรณาการร่วมกับการทันตกรรม นักโภชนากร และนักจิตวิทยา	13 รพสต+รพ.	อ.เกาะคา	เด็กได้รับการชั่งน้ำหนักและส่วนสูง ตรวจสุขภาพช่องปากและได้รับการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงร้อยละ100 รร.ได้รับการติดตามเมนูอาหารกลางวันร้อยละ100			ตค 63 - กย 64	อารีย์ ,เพชรินทร์ , รพ.สต.ทุกแห่ง,ทันตกรรม ,โภชนากร, และนักจิตวิทยา
5.ประสานดำเนินงานร่วมกับงานข้อมูลอำเภอเพื่อการลงบันทึกที่ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา	13รพสต 1รพ	อ.เกาะคา	มีการบันทึกข้อมูลถูกต้องและครบ90%			ตค 63 - กย 64	อารีย์ ,เพชรินทร์ , รพ.สต.ทุกแห่ง
6..ผลักดันให้พื้นที่เขียนโครงการ เด็กนักเรียน 6-14 ปี	เด็กนักเรียนมีภาวะ	อำเภอเกาะคา	โครงการได้รับการสนับสนุน				13 รพสต.+รพ.
ที่มีภาวะเตี้ย ผอม ได้รับ นม2กล่อง/วัน	ใน13 รพสต+รพ.		จากงบกสต.ร้อยละ100				
1.ประชุมผู้ปกครองเด็กกลุ่มเป้าหมายและครูอนามัยโรงเรียน(บูรณาการร่วมกับโรงเรียน)							
2.ทำcare plan รายบุคคลเด็กน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ เตี้ย							
3.ติดตามเด็กทุก 1เดือน 3 ครั้ง	ทุก 1 เดือน / 3 ครั้ง						
- น้ำหนัก ส่วนสูง							
- พฤติกรรมบริโภค ใช้1ฟองนม2กล่อง							
การออกกำลังกาย การเคลื่อนไหว							

	ส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียน							
	1 ส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียน			เด็กนักเรียนได้รับการ				
	1.1 ตรวจสอบสุขภาพช่องปากและให้บริการทันตกรรมตามความจำเป็น	20 รร.	อ.เกาะคา	ส่งเสริมทันตสุขภาพ				
	1.2 เน้นคุณภาพเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ซี่ที่ 1และ2 ในเด็ก ป.1 - ป.6 ตาม treatment need ตรวจสอบการยึดติดทุกภาคเรียน (ทุกสถานบริการทบทวนกระบวนการเคลือบหลุมร่องฟันและ แก้วไขจุดบกพร่องก่อนเริ่มดำเนินการ)(250บ/ชี)	315 คน	อ.เกาะคา				ต.ค.63- ก.ย.64	ทพญ.ธนวรรณ ทพ.ราชันย์
	1.3 ผลักดันให้เกิดกิจกรรมทันตสุขภาพในโรงเรียน	20 รร.		มีกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพใน รร.			ต.ค.63- ก.ย.64	ทพญ.ธนวรรณ ทพ.ราชันย์
	- พัฒนานโยบายสาธารณะ/มาตรการโรงเรียน อ่อนหวานปลอดน้ำอัดลม ลูกอม ขนมกรุบกรอบ							
	- กิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน							
	- เน้นกิจกรรมแปรงฟันก่อนนอน ให้ผู้ปกครอง เข้ามามีส่วนร่วม							
	- ฝึกเด็กนักเรียนใช้วิธีการแปรงฟันแบบแปรงแห้ง							
	- สนับสนุนให้นักเรียนใช้ไหมขัดฟันในการทำ ความสะอาดฟัน							

	1.4 งานข้อมูล: ตรวจสอบสภาพช่องปากและสำรวจพฤติกรรมเด็กป.6 และบันทึกข้อมูลผ่านระบบข้อมูลของสถานบริการ	338 คน					1มิ.ย.-15 ก.ค.64	ทพญ.ธนวรรณ ทพ.ราชันย์
	1.5 ดำเนินกิจกรรมแปรงฟันคุณภาพทุกโรงเรียนในเขตรับผิดชอบ และคัดเลือกโรงเรียนเข้าร่วมประกวดกิจกรรมแปรงฟันคุณภาพระดับจังหวัด	เด็กนักเรียน ชั้น ป4 - ป6 จำนวน 238 คน	5 รร. ศาลาวิทยา ,ท่าผา, บ้านวัง พร้าว,บ้าน ไหล่หิน ,ดอนธรรม ,สองแควใต้	เด็กนักเรียนได้รับการ ส่งเสริมทันตสุขภาพ			ตค.63	ทพญ.ธนวรรณ ทพ.ราชันย์
	- ร่วมกับโรงเรียนจัดกระบวนการให้นักเรียนแปรงฟันเป็น(แปรงฟันสะอาด ทัวถึงอย่างสม่ำเสมอ ด้วยตัวเอง) และสอนให้นักเรียนสามารถใช้ไหมขัดฟันได้อย่างถูกต้อง							
	- จัดหาอุปกรณ์การแปรงฟัน ไหมขัดฟัน เพื่อให้ เกิดความต่อเนื่องในการปรับพฤติกรรมดูแล อนามัยช่องปาก							
	- จัดกิจกรรมฐานความรู้ทางทันตสุขภาพให้ครู อนามัย และผู้นำนักเรียน							

	1.6 สํารวจกิจกรรมทันตสุขภาพในรร.ทุกแห่ง และสํารวจพฤติกรรมการบริโภคและการแปร่งฟัน (รายงานทส.02)						1มิ.ย.-15ก.ค	ทพญ.ธนวรรณ ทพ.ราชันย์
รวมงบประมาณ UC					0			

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

คปสอ.เกาะคา จังหวัดลำปาง

ยุทธศาสตร์ที่ 1

ประเด็น / งาน : คลินิกวัยรุ่น โรงพยาบาลเกาะคา อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง

ตัวชี้วัด (KPI) /ผลลัพธ์ที่ต้องการ : ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ไม่เกินร้อยละ 14.5

: การเฝ้าระวังอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี เกณฑ์เป้าหมายไม่เกิน 34 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน

ข้อมูลพื้นฐาน/ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

- 1.จำนวนวัยรุ่นที่เข้ารับบริการปรึกษาในคลินิกและใน social mediaปี 59-63 คือ 546/69, 303/50 ,552/45 , 582/53 และ 487/62 ราย(ข้อมูล ณ ส.ค.63)
2. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี (เป้าหมาย $\leq 34:1000$) ,ที่มาคลอดรพ.เกาะคาทั้งหมด 62 ราย เฉพาะอำเภอเกาะคา 19 ราย คิดเป็น 16.77 (อัตราต่อพัน) หญิงอายุ 15-19 ปีทั้งหมด มี 1,133 ราย /นอกเขตอำเภอเกาะคา 43 ราย
3. ณ ก.ค.63 จำนวนวัยรุ่นอายุตั้งครรภ์น้อยกว่า 20 ปี มาคลอดที่ รพ.เกาะคา จำนวน 62 ราย ตั้งครรภ์ซ้ำ 3 ราย คิดเป็น 4.83% (ในเขต อ.เกาะคา 1 ราย ม.5 ต.ศาลา , นอกเขต 2 ราย)
4. หลังคลอด แม่วัยรุ่นได้รับคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย) 84.38% (เป้าหมายไม่น้อยกว่า 80%)
5. จำนวนวัยรุ่นที่เข้ารับบริการบำบัดสารเสพติด อายุ 15-24 ปี จำนวน 23 ราย อยู่อ.เกาะคา 20 ราย (ทั้งหมด 180 ราย)
6. จำนวนเด็กที่มารับบริการตรวจวัด IQ ทั้งหมด 97 ราย(ในเขต=51ราย(คิดเป็น 52.57%) ,นอกเขต=46ราย(คิดเป็น47.42%)
7. จำนวนเด็กที่มารับการตรวจประเมิน/ติดตาม ADHD=8 ราย ,LD= 5 ราย ,MR.=1 ราย ,ปัญหาพฤติกรรม=2 ราย ,โรคซึมเศร้า=3 ราย

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิตของโครงการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ (ระบุให้)	ผู้รับผิดชอบ
					จำนวน	แหล่งงบ		
1	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยในกลุ่มวัยรุ่นและทูปีนิมเบอร์วัน อำเภอเกาะคา							
	1. กิจกรรมการสร้างเครือข่ายผู้ดูแล ช่วยเหลือกลุ่มวัยรุ่น อ.เกาะคา							
	1.1 ร่วมประชุมชี้แจงช่องทางการให้บริการปรึกษา ช่วยเหลือกลุ่มวัยรุ่น	ผู้บริหารสถานศึกษา	สพฐ. อ.เกาะคา	มีการส่งต่อวัยรุ่นที่มี	-	-	ต.ค.63	แสงจันทร์
	ในสถานศึกษา โดยขอเข้าร่วมชี้แจงในการประชุมของ สพฐ. อ.เกาะคา	ใน อ.เกาะคา		ปัญหาจาก สถาน				อารีย์
	(ร่วมกับงานวัยเรียน)			ศึกษา และนอกสถาน				
	1.2. ร่วมประชุมชี้แจงช่องทางการให้บริการปรึกษา ช่วยเหลือกลุ่มวัยรุ่น	- ผู้บริหาร อปท.	อปท.ใน อ.เกาะคา	ศึกษามาตามช่องทาง	-	-	ต.ค.63	แสงจันทร์

	นอกสถานศึกษา ในการประชุมของ อปท., พขอ.และ เลขา NPCU	อ.เกาะคา		ต่างๆ				อารีย์
	- ช่องทางเช่น ทางโทรศัพท์ ทางไลน์ ทางInbox ในคลินิกวัยรุ่น	- เลขา NPCU	อ.เกาะคา					
	หรือในสถานศึกษา และหรือที่บ้าน							
	- ทบทวนคณะกรรมการภาคีเครือข่าย Teen Management อ.เกาะคา	คณะกรรมการและ	อำเภอเกาะคา	- มีคณะกรรมการและ	-	-	ต.ค.63	แสงจันทร์
	ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับวัยรุ่น	ผู้ดำเนินงานวัยรุ่น		ผู้ดำเนินงานวัยรุ่น				วีรินทร์ภัทร
	- จัดเวทีประชุมหารือเพื่อมีแนวทางค้นหาวัยรุ่นที่มีปัญหาทางด้าน	อำเภอเกาะคา		อำเภอเกาะคา	-	-	ธ.ค.63	เบญจวรรณ
	สุขภาพจิตและพฤติกรรมเพื่อให้เข้าถึงบริการ	จนท.สธ,ครู,		- มีการประชุมอย่างน้อย				
		ตัวแทนชุมชน		2 ครั้ง/ปี				
		20 คน						
	1.3 ตั้งกลุ่ม Line ผู้ปกครอง เพื่อเพิ่มช่องทางการขอรับคำปรึกษา ในการ	ผู้ปกครองวัยรุ่น	ร.ร.เขตอ.เกาะคา	มีไลน์ผู้ปกครองและหรือ	-	-	ต.ค.63-ก.ย.64	วีรินทร์ภัทร
	จัดการปัญหาลูกวัยรุ่นของครอบครัว	แต่ละสถานศึกษา	23 แห่ง	เด็กที่มีปัญหาทุกราย				เบญจวรรณ
	1.4 กิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่สื่อสารเชิงบวกเรื่องเพศกับวัยรุ่น							
	ลดพฤติกรรมต่อต้านสังคม เสริมสร้างทักษะของพ่อแม่วัยรุ่นในเรื่อง							
	ทักษะการเลี้ยงดูบุตรวัยรุ่น							
	- คัดกรองผู้ปกครองวัยรุ่นที่ขาดเรียนบ่อย,มีพฤติกรรมก้าวร้าวโดยครู	ผู้ปกครอง	สถานศึกษา	เด็กและผู้ปกครอง	-	-	ต.ค.63-ก.ย.64	วีรินทร์ภัทร
	- ประสานโรงเรียนในการจัด Group Counsellingนัดวัน-เวลา-	และเด็กที่มีปัญหา	ที่พบปัญหา	สามารถอยู่ร่วมกัน	-	-	ต.ค.63-ก.ย.64	วีรินทร์ภัทร
	สถานที่			ได้โดยไม่ขัดแย้ง				เบญจวรรณ
	- Counselling กลุ่มผู้ปกครอง และเด็ก แยกคนละกลุ่ม							
	และเชื่อมโยงกันระหว่างเด็กและผู้ปกครอง							
	- ติดตามเยี่ยมบ้านพร้อมทีม COC ในรายที่มีปัญหาซับซ้อน	วัยรุ่นที่มีปัญหา	อำเภอเกาะคา	วัยรุ่นที่มีปัญหา	-	-	ต.ค.63-ก.ย.64	วีรินทร์ภัทร
				ซับซ้อนได้รับการ				แสงจันทร์
				ติดตามทุกราย				เบญจวรรณ
	1.5 จัดอบรมแกนนำเยาวชน อ.เกาะคา	3% ของเด็กนักเรียน	ร.ร.อนุบาลเกาะคา(	- มีแกนนำเยาวชนใน	-	งบ PPA	ก.พ.64	วีรินทร์ภัทร

	กำหนดหลักสูตรจำนวน 1 วัน โดยมีประเด็นในหลักสูตร ดังนี้	อายุ 9 -15 ปี	ร.ร.ไผ่หินวิทยา(10	แต่ละโรงเรียน		จังหวัด		แสงจันทร์
	- สร้างภูมิคุ้มกันทางใจ RQ (Resilience Quotient)	จำนวน 130 ราย	ร.ร.นาแก้วประชารัฐ	รวม 130 ราย		(สปสข)		เบญจวรรณ
	- เทคนิคการให้คำปรึกษา ฝึกทักษะการช่วยเหลือเพื่อนวัยรุ่น เช่น		ร.ร.อ้อมอารีพิทยา(	- แขนงนำเป็นที่ปรึกษา				
	การถูก Bully		ร.ร.ศาลาวิทยา(10)	ได้ สามารถต่อยอด				
	- ทักษะชีวิต		ร.ร.วังพร้าววิทยา(2	กิจกรรมใน รร.ได้				
	- การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงวัยรุ่น		ร.ร.วัดนาแก้ว(10)	อย่างน้อย 6แห่ง				
	- ครอบรู้เท่าทัน Social media		ร.ร.สบตาวิทยา(10)	ใน 11 แห่ง				
	- ครอบรู้เรื่องเพศ		ร.ร.เกาะคาวิทยาคม	- ไม่พบการตั้งครรภ์ใน				
	- มอศ.ประสานทีมวิทยากร หน่วยงานในท้องที่ เพื่อร่วมจัดอบรม		วท.การอาชีพเกาะค	วัยรุ่นที่ผ่านการอบรม				
	(จนท. รพ.สต.ที่รับผิดชอบสถานศึกษา ., จนท.คลินิกวัยรุ่น รพ.เกาะคา)		ร.ร.ณัฐบรรจง(10)					
	- มอศ.จัดทำทะเบียนวัยรุ่นที่ผ่านหลักสูตร							
	- รพ.สต.แต่ละแห่งรวบรวมรายชื่อแกนนำวัยรุ่นขึ้นทะเบียน							
	- รพ.เกาะคาและสสอ.เกาะคา รวบรวมรายชื่อทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียน							
	1.6 สร้างเครือข่าย "เพื่อนช่วยเพื่อน" ในพื้นที่ (Teenage-Social-Network)	วัยรุ่นแกนนำ	สถานศึกษา	กลุ่มแกนนำวัยรุ่นที่	-	-	ก.พ.64	วีรินทร์ภัทร
	เชื่อมโยงเครือข่ายศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่นในชุมชน ผ่าน Social Media	130 คน	11 แห่ง	ผ่านการอบรม จัดตั้ง				แสงจันทร์
	(Facebook, Line Group)			กลุ่ม Line เพื่อให้คำ				เบญจวรรณ
				ปรึกษา ซึ่งกันและกัน				
	1.7 แกนนำวัยรุ่นให้ความรู้กับกลุ่มวัยรุ่น/ให้คำปรึกษาเบื้องต้น/ให้ความรู้	วัยรุ่นในสถานศึกษา	อำเภอเกาะคา	- มีการจัดกิจกรรม	-	-	ก.พ.,มิ.ย.64	แสงจันทร์
	ประชาสัมพันธ์ในโรงเรียน , ชุมชน	และในชุมชน		ใน รร. โดยแกนนำ				วีรินทร์ภัทร
				ที่ผ่านการอบรม				
				อย่างน้อย 6ใน 11แห่ง				
	2. กิจกรรมขยายเครือข่าย พัฒนาสื่อsocial media และศักยภาพ							

	วัยรุ่นอำเภอเกาะคา							
	2.1 กิจกรรมTalk Show "TO BE NUMBER ONE to be nice teen "	นักเรียน	ร.ร.อ้อมอารี	- วัยรุ่นที่ผ่านการอบรม	1000.00	UC	12 ก.พ.64	วีรินทร์ภัทร
	เสริมสร้างทักษะวัยรุ่นในเรื่องเพศ,โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	ม.1- ม3 ทั้งหมด		มีความรู้เกี่ยวกับ				พญ.สุพรรณภา
	ไม่พึงประสงค์ , การคุมกำเนิดที่ถูกต้อง, โรคซิฟิลิส,ยาเสพติด ฯลฯ	จำนวน 190 ราย	วิทยาลัย	การคุมกำเนิด			1 ธ.ค.63	พญ.ปนัดดา
	- งบประมาณเป็น ของรางวัลในการตอบคำถาม 1,000 บาท	นศ.ปวช.ม1-ม.3	การอาชีพเกาะคา	อย่างถูกต้อง				แสงจันทร์
		จำนวน 300 ราย		- ไม่พบการตั้งครรภ์ใน				
				วัยรุ่นที่เข้าร่วมกิจกรรม				
	2.2 กิจกรรมประกวดหนังสือ "TO BE NUMBER ONE Clip contest"	วัยรุ่นในเขต	เพจคลินิกวัยรุ่นเกาะ	วัยรุ่นในเขต	5000.00	UC	ต.ค.63-มิ.ย.64	วีรินทร์ภัทร
	ในหัวข้อ ธรนรงค์การมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย /การคุมกำเนิดที่ถูกต้อง	อ.เกาะคา เข้าร่วม		อ.เกาะคา เข้าร่วม				แสงจันทร์
	/การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์/การป้องกันยาเสพติด	ประกวด 7 ทีม		ประกวดครบ8 ทีม				เบญจวรรณ
	(ตัดสินจากยอดกด Like และ กด Share) และคณะกรรมการ							
	- งบประมาณ ที่ 1 เงินรางวัล 1,200 บาท / ที่ 2 เงินรางวัล 1,000 บาท							
	ที่ 3 เงินรางวัล 800 บาท รางวัลชมเชยรางวัลละ 500 บาท 4 รางวัล							
	2.3 กิจกรรมประกวดคลิป " TO BE NUMBER ONE Free Style	วัยรุ่นในอ.เกาะคา	เพจคลินิกวัยรุ่นเกาะ	มีวัยรุ่นอ.เกาะคา	5000.00	UC	ก.ค.63-เม.ย.64	วีรินทร์ภัทร
	Action " สนับสนุนวัยรุ่นเกาะคาล้ำแสดงออกอย่างเหมาะสม	เข้าร่วม 7 คลิป		เข้าร่วมการประกวด				แสงจันทร์
	ส่งคลิปแสดงความสามารถได้ทั้งบุคคลและรายกลุ่ม			ครบ14 คลิป				เบญจวรรณ
	(ตัดสินจากยอดกด Like และ กด Share) และคณะกรรมการ							
	- งบประมาณ ที่ 1 เงินรางวัล 1,200 บาท / ที่ 2 เงินรางวัล 1,000 บาท							
	ที่ 3 เงินรางวัล 800 บาท รางวัลชมเชยรางวัลละ 500 บาท 4 รางวัล							

	2.4 กิจกรรมประกวดคลิปเต้น " TO BE NUMBER ONE Dance ปีบ	วัยรุ่นในอ.เกาะคา	เพจคลินิกวัยรุ่นเกาะ	มีวัยรุ่นอ.เกาะคา	5000.00	UC	ต.ค.63-ก.พ.64	วีรินทร์ภัทร
	อัพ share " (ตัดลิ้นจากยอดกด Like และ กด Share) และคณะกรรมการ	เข้าร่วม 7 ทีม		เข้าร่วมการประกวด				แสงจันทร์
	- งบประมาณ ที่ 1 เงินรางวัล 1,200 บาท / ที่ 2 เงินรางวัล 1,000 บาท			ครบ 6 ทีม				เบญจวรรณ
	ที่ 3 เงินรางวัล 800 บาท รางวัลชมเชยรางวัลละ 500 บาท 4 รางวัล							
	3. พัฒนาศูนย์วัยรุ่นใน โรงพยาบาลเกาะคาและ รพ.สต.							
	3.1 จัดให้มีบริการคลินิกวัยรุ่นในรพ.สต.	รพ.เกาะคาและ	อำเภอเกาะคา	มีคลินิกวัยรุ่นที่	-	-	พ.ย.63	แสงจันทร์
	- ติดป้ายคลินิกวัยรุ่นให้เห็นชัดเจน	รพ.สต.13แห่ง		สามารถให้บริการ				วีรินทร์ภัทร
	- จัดสถานที่สำหรับการให้คำปรึกษาวัยรุ่นเป็นสัดส่วน			ปรึกษาปัญหาวัยรุ่น				จนท.รพ.สต.
	- จัดทำทะเบียนผู้รับบริการวัยรุ่นในพื้นที่			ได้ทุกพื้นที่				ในเขตพื้นที่
	3.2 Individual care plan วัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงที่มี IQ ต่ำ, EQ ต่ำ มีปัญหา	วัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง	อำเภอเกาะคา	วัยรุ่นกลุ่มที่มีปัญหา	-	-	ต.ค.63-ก.ย.64	วีรินทร์ภัทร
	พฤติกรรม,เรียนรู้ช้า ที่เข้ามาใช้บริการในรพ.เกาะคา	ที่มีปัญหา		ได้รับการดูแลช่วยเหลือ				เบญจวรรณ
	และส่ง รพ.สต. เพื่อติดตามต่อ ได้รับการช่วยเหลือตามความเหมาะสม			ทุกราย				จนท.รพ.สต.
	- ติดตามการคุมกำเนิดของหญิงวัยรุ่นที่มาคลอดที่ รพ.เกาะคาทั้ง	แม่วัยรุ่นที่มาคลอด	- รพ.เกาะคา	- ไม่พบตั้งครรภ์ซ้ำและ	-	-	ต.ค.63-ก.ย.64	วีรินทร์ภัทร
	ในเขตและนอกเขต (โดยเฉพาะ อ.เกาะคา ไม่ให้มีตั้งครรภ์ซ้ำ)	ที่รพ.เกาะคา	- รพ.สต. 13 แห่ง	- มีการคุมกำเนิด 100 %				แสงจันทร์
	โดยการติดตามเป็นรายบุคคลและมีการคุมกำเนิดด้วยวิธีที่เหมาะสม			ในวัยรุ่นหลังคลอด				
	3. พัฒนาเพจ Facebook คลินิกวัยรุ่นเกาะคา			มีวัยรุ่นเข้าร่วม	-	-	ต.ค.63-ก.ย.64	วีรินทร์ภัทร
	- กระตุ้นโพสต์ ให้ข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับวัยรุ่น อย่างน้อยวันเว้นวัน	วัยรุ่นอ.เกาะคา	เพจใน Facebook	เป็นสมาชิกและ				เบญจวรรณ
			"คลินิกวัยรุ่นเกาะคา"					
รวมงบประมาณ UC					16000.00			

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

คปสอ.....เกาะคา.....จังหวัดลำปาง

ยุทธศาสตร์ที่ 1 วัยทำงาน

ประเด็น.....โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง.....

- 1.อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานไม่เกิน ร้อยละ 1.85
- 2.อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงความดันลดลงจากปีก่อน ลดลงร้อยละ4.40
- 3.ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมน้ำตาลได้ดีร้อยละ 40
- 4.ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้ดีร้อยละ 50
- 5.กลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ร้อยละ40
- 6.กลุ่มเสี่ยงป่วยเบาหวานได้รับการตรวจเลือดซ้ำร้อยละ30 ตามแนวทางรักษา
- 7.ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมน้ำตาลได้ดีร้อยละ 40
- 8.ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันได้ดีร้อยละ 50

สถานการณ์/ข้อมูลพื้นฐาน

อ.เกาะคามีอัตราผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องอัตราผู้ป่วยผู้ป่วยเบาหวานต่อแสนประชากร ปี2559-2563 ที่ 6,081.59 6,421.02 6,869.05 7,187.11 74,63.44และมี อัตราผู้ป่วยผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร ปี2559-2563 อยู่ที่ 14,536 , 15,326 ,15,980 , 16,731 17,644.46 ตามลำดับ

1. อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ2.89 พบสูงที่รพ.สต.บ้านหาดปู้ด้ายและรพสต.นาแสง12.50 รพสต.บ้านจู้ด 5.41 น้ำล่อม5.31
 2. อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 4.74 พบสูงที่ รพ.สต. บ้านหาดปู้ด้าย 20 รพ.เกาะคา10 ศาลาดงลาน9.38ศาลาไชย9.09
 3. ประชาชน อายุ35ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเบาหวาน ร้อยละ 94.99
 4. ประชาชน อายุ35ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง ร้อยละ 95.18
- มีผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงยังสูง ร้อยละ2.84 (ปี62= 2.73) เป้าหมายร้อยละ 1.95 (HDC)
- อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง ยังสูงจากปีก่อน ร้อยละ 4.74
- ในกลุ่มป่วย เบาหวาน ความดันโลหิตสูงยังควบคุมไม่ได้ตามเป้าหมาย ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานควบคุมได้ ร้อยละ 17.24 (เป้าหมาย ร้อยละ40)

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ควบคุมได้ร้อยละ 50.81(เป้าหมายร้อยละ 50)

- กลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการวัดความดันที่บ้านร้อยละ 89.52 ผ่านเป้าหมายร้อยละ 30 แต่ในปี 2563 เป้าหมายร้อยละ 40
- อ.เกาะคามี้อัตราป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อัตราป่วยผู้ป่วยเบาหวานต่อแสนประชากร ปี 2559 -2563(ก.ค.2563) 6,081.59 , 6,421.02 , 6,869.05,7,187.11 , 7,469.44
- อัตราป่วยผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร 14,536 , 15,326 ,15,980 , 17,644.49
- ในกลุ่มป่วย เบาหวาน ความดันโลหิตสูงยังควบคุมไม่ได้ตามเป้าหมาย ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานควบคุมได้ ร้อยละ 15.56 (เป้าหมาย ร้อยละ40) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ควบคุมได้ร้อยละ 45.67(เป้าหมายร้อยละ 50)
- คัดกรอง CVD risk ร้อยละ 90.46เป้าหมายร้อยละ 82.5ในการตรวจคัดกรองค้นหาภาวะแทรกซ้อนไตร้อยละ 62.83 (เป้าหมายร้อยละ 60)ได้ตามเป้าหมาย การตรวจฟันร้อยละ 45.67 ทางตาร้อยละ56.02 การตรวจเท้า ได้รับการคัดกรองร้อยละ55.82 (เป้าหมายร้อยละ 60)ในปี 2563 ได้รับผู้ป่วยรักษา รพ.สต.ตรวจตาและเท้าที่ รพ.สต.
- การดำเนินงาน NCD ต่างๆยังไม่ได้ตามเป้าหมาย กลุ่มPreDM,PreHT, กลุ่มผู้ป่วยuncontrol ยังไม่ปรับพฤติกรรม ส่วนใหญ่ปรับพฤติกรรมไม่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีปริมาณมาก ผู้ให้บริการไม่สามารถให้การดูแลเฉพาะอย่างทั่วถึง จึงเลือกกลุ่มสีแดง มาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิกDEPAC ร่วมกับการทำSMBG,SMBP จัดทำIndividual careplanเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง และส่งผู้ป่วยได้รับการบริการกลับบ้าน

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิตของโครงการ	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
					จำนวน	แหล่งงบ		
	รหัสโครงการ 030105 โครงการเพื่อส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน							
	1. การคัดกรองค้นหากลุ่มเสี่ยงปี2564							
	1. สํารวจและจัดทำฐานข้อมูลประชาชนที่ไม่ป่วยด้วยโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูงอายุ 35 ปีขึ้นไป	ประชากรที่ไม่ป่วย	13รพสต./	- มีทะเบียนรายชื่อประชากรที่ต้องคัดกรองทุกสถานบริการ	ไม่ใช้งบ		1-30กัน	แสงจันทร์
		DM+HT อายุ35ปี	1รพ.					เพียงเดือน
		ขึ้นไปทุกราย						

2.มีการจัดการตรวจสอบสุขภาพเชิงรุก การคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป	คัดกรองประชากรที่ไม่ป่วยDM+HT อายุ 35ปีขึ้นไปทุกรายรวม 26,824ราย	13รพสต./	- ประชากรอายุ35ปีที่ไม่ป่วย DM+HT ได้รับการคัดกรองทุกราย - มีทะเบียน ผลการคัดกรอง จำแนกกลุ่มเสี่ยง / กลุ่มปกติ	147,984.00	UC	1ตค.63-30พย.63
ในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ไม่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	1รพ.				-ค่าเข็มเจาะเลือด	แสงจันทร์
.-มีทะเบียนกลุ่มเป้าหมายที่จะคัดกรอง	รพ.1000				1.80*26824	เพียงเดือน
.-ประชุมสมเพื่อวางแผนกำหนดวันคัดกรอง	น้ำล้อม1800				48,284	
และทบทวนศักยภาพอสม.ในการเจาะDTX	ลำปางหลวง1520				.-ค่าstipเจาะเลือด	
.-ออกตรวจคัดกรองตามแผนที่วางไว้	บ้านจู้ด2555				540กล่อง*180บาท	
.-ให้คำแนะนำเบื้องต้นแก่กลุ่มเสี่ยงเบาหวานหรือกลุ่ม	สองแควใต้2505				97,200	
	จอมปิง1135				ค่าถ่ายเอกสาร	
เสี่ยงความดันโลหิตสูง	ไหลหิน 2455				คัดกรอง	
.-นำผลการคัดกรองมาลงในโปรแกรมHOS.xpหรือ JHCIS	วังพร้าว3105				2500บาท	
.-นำผลการคัดกรองมาวิเคราะห์เพื่อทำเป็นโครงการ	ดงลาน1850					
แก้ไขปัญหาต่อไป	ศาลาไชย1890					
.-แพทย์หัวหน้าทีมPCUทำหน้าที่เป็นSystem manager	นาแสง1790					
	ท่าผา2490					
	ดอนธรรม2300					
	หาดปู้ด้าย429					
2. การดำเนินงานเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง						

2.1 การดำเนินงานในกลุ่มเสี่ยงDM	1774ราย	13รพสต./1รพ.	กลุ่มเสี่ยงDM มีการ ปรับ พฤติกรรม	62,002.00	งบบค	1มค. 63-31 กค.64	แสงจันทร์
ติดตามเดือนที่1-สืบค้นเข้าถึงข้อมูล		รพ.เกาะคา73	มีการรับรู้และเข้าใจ สามารถปฏิบัติ			ค่าถ่ายเอกสารติดตาม	เพียงเดือน
.มีสื่อการสอนอาหาร ฉลากโภชนาการข้อบ่งชี้อาหาร ให้หยิบอาหารที่กินแต่ละวัน		น้ำล้อม131	ตนเองเพื่อไม่ให้เกิด โรคเบาหวานได้			(PreHT PreDM)32440บาท	ทักษพร
		ลำปางหลวง41	จากแบบประเมิน ติดตามพฤติกรรม			3244*10=32440บาท	สมเพชร
.รับรู้เรื่องโรคเบาหวานสาเหตุเกิดจาก		บ้านจู้ด168	การติดตามเดือนที่1 3 6			ค่า strip 1774	
.วัดBP FBS BMI รอบเอว		สองแควใต้246	ร้อยละ50 ของกลุ่มเสี่ยงกลับเป็นปกติ			37กล่อง * 180 บาท	
.เขียนปัญหาของตนเอง ตั้งเป้าหมาย+แนวทางการ ปรับเปลี่ยน		จอมปิง103				6660บาท*3ครั้ง	
และให้อสม.เป็นBuddyในการชักชวนการออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยน		ไหลหิน71				19,980บาท	
ติดตามเดือนที่3 ติดตามโดยมอค.		วังพร้าว221				ค่าเข็มเจาะเลือด	
.ติดตามวัดBP FBS BMI รอบเอว		ดงลาน153				1774คน*1.80บาท	
.ติดตามเป้าหมาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม		ศาลาไชย138				เป็นเงิน3194บาท*3ครั้ง	
ติดตามเดือนที่6 ติดตามโดยมอค.		นาแสง56				เป็นเงิน9582บาท	
.ติดตามวัดBP FBS BMI รอบเอว		ท่าผา247					
.บุคคลต้นแบบเพื่อนำเป็นต้นแบบปฎิบัติ		ดอนธรรม117					
		หาดปูด้าย4					

2.2 การดำเนินงานใน กลุ่มเสี่ยงHT	1470ราย	รพ/รพสต	กลุ่มPreHT มีการ ปรับ พฤติกรรม รับรู้ และเข้าใจ	งบรวมในติดตงบUC	ธค.63-สค.64
2.2.1 - แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในอาหารลดเค็ม ให้กับ สมเพื่อให้ความรู้ในการตรวจวัดความเค็มกับอสม. ใน การวัดความเค็มในครัวเรือน		รพ.30	และเข้าใจ สามารถปฏิบัติ	กลุ่มเสี่ยงPre dm	
ติดตามเดือนที่1- สืบค้นเข้าถึงข้อมูล		น้ำล้อม149	ไม่ให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ โดย		
.ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนเข้าร่วมกิจกรรม มีสื่อการสอนอาหาร ฉลากโภชนาการข้อบ่งชี้อาหาร ให้หยิบอาหารที่		ลำปางหลวง60	ติดตามข้อมูล และมีการรับรู้		
กินแต่ละวัน		บ้านจู้ด291	และเข้าใจ สามารถปฏิบัติตนเอง		
.รับรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสาเหตุเกิดจาก		สองแควใต้260	เพื่อไม่ให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง		
.วัดBP BMI รอบเอว		จอมปิง68	จากแบบประติตามวัดความดันโลหิต		
.เขียนปัญหาของตนเอง ตั้งเป้าหมาย+แนวทางการ ปรับเปลี่ยน		ไหลหิน95	การติดตามเดือนที่1 3 6		
และให้อสม.เป็นBuddyในการชักชวนการออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยน		วังพร้าว119	ร้อยละ50 ของกลุ่มเสี่ยงกลับเป็นปกติ		
ติดตามเดือนที่3 ติดตามโดยมอค.		ดงลาน101	- ร้อยละ50ของกลุ่มเสี่ยงสามารถ		
.ติดตามวัดBP BMI รอบเอว		ศาลาไชย76	กลับเป็นกลุ่มปกติ		
.ติดตามเป้าหมาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม		นาแสง52	จากการติดตามวัดความดันโลหิต		
ติดตามเดือนที่6 ติดตามโดยมอค.		ท่าผา122			
.ติดตามวัดBP FBS BMI รอบเอว		ดอนธรรม34			
		หาดปู้ด้าย30			

2.2.2 การจัดหาเครื่องวัดความโลหิตไว้สอบเทียบ มาตรฐาน	2เครื่อง	รพ/รพสต	มีเครื่องวัดความดันโลหิตที่มีมาตรฐานไว้สอบเทียบในของรพ./รพสต. ทุกแห่ง	6,000.00	งบUC	1ธค63-31มีค.64	เพียงเดือน แสงจันทร์
2.2.3 ประเมินอสม.วิธีการวัดความดันโลหิต ความดันโลหิต	อสม.1606ราย	รพ/รพสต รพ.58	อสม.มีทักษะเพิ่มขึ้นหรือไม่ใช้ สามารถวัดความดันโลหิต			1พย.63 30กย.64	เพียงเดือน แสงจันทร์
2.2.4 สอบเทียบเครื่องวัดความดันโลหิตของอสม. เพื่อให้ได้ตามมาตรฐาน		น้ำล้อม112	ได้ถูกต้องผ่านการทดสอบ				จนท.รพสต
.-ส่งเสริมอสม.ในการจัดกิจกรรมป้องกันโรคไม่ติดต่อ		ลำปางหลวง103	โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข				13แห่ง
ให้เป็นอสม.เชี่ยวชาญในด้านโรคไม่ติดต่อ		บ้านจู้ด155	ในที่ประชุมแต่ละเดือน				
		สองแควใต้159					
		จอมปิง86					
		ไหล่หิน144					
		วังพร้าว172					
		ดงลาน109					
		ศาลาไชย92					
		นาแสง114					
		ท่าผา149					
		ดอนธรรม129					
		หาดปู้ด้าย24					
3. กลุ่มผู้ป่วยบริการในคลินิก NCD รพ.เกาะคา			ร้อยละ 100 ของรพสต.				

	3.1. กิจกรรมส่งเสริมการปรับพฤติกรรมกลุ่มป่วย	ผู้ป่วยเบาหวานและ	รพ.สต./ร.พ.	ผู้ป่วยมีความรู้ใน			ต.ค.63-	คลินิก NCD
	- มีการให้ความรู้ตอนเช้าประมาณ 20 นาทีก่อนผู้ป่วยเข้ารับการตรวจ	ความดันโลหิตสูง		การดูแลตนเอง			ก.ย.-64	/รพ.สต.
	ตามแผนการให้ความรู้เรื่อง3อ.2ส. การปฏิบัติตัวเมื่อมีภาวะผิดปกติ การออก	6000 คน		เพิ่มขึ้น				ทันตภิบาล
	กำลังกายการดูแลช่องปาก และการใช้สมุนไพรที่ถูกต้อง							แพทย์แผนไทย
	- ประเมินความรู้โดยการซักถาม							
	พยาบาลคลินิก NCD คัดกรองประวัติ LMP และการคุมกำเนิดกลุ่มเสี่ยง พบปัญหาส่งต่อคลินิกวางแผนครอบครัว	DM 468 ราย HT 766 ราย	-มีทะเบียนหญิงอายุ15-55ปีที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงรพ./รพสต.	หญิงกลุ่มเสี่ยงได้รับการคุมกำเนิด	ไม่ใช้งบ		ตค. 63- กย.64	คลินิกNCD/รพสต.
	3.2 พัฒนาศูนย์ร่วมกับคลินิก Decpac			ผู้ป่วยมีความรู้ใน				
	- โรงเรียนเบาหวานรายใหม่ ทุกวันพฤหัสบดีความดันโลหิตสูงรายใหม่ทุกวันอังคาร	DMรายใหม่ 400คน HTรายใหม่ 600คน		การดูแลตนเองเพิ่มขึ้น			ตค63- กย64	อรุณี
	กลุ่มชะลอการเสื่อมของไต ทุกวันจันทร์	ผป.DM,HT 300คน						ทักษพร
	- ลดน้ำหนักกลุ่ม BMI เกิน ทุกวันจันทร์							อรุณี
	3.3 ผู้ป่วยเบาหวานตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ไต ไขมัน ฟัน	ผู้ป่วยเบาหวาน	รพ.สต/ร.พ.	ผู้ป่วยเบาหวาน			ต.ค. 63-กย 64	คลินิก NCD

	3.4ผู้ป่วยเบาหวานตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา และเท้า	4,200ราย		ได้รับการป้องกันการ			ต.ค. 63-กย 64	/รพ.สต.
	- ผู้ป่วยรักษา ร.พ. ตรวจตา เท้าที่ ร.พ.	1900 ราย	ร.พ.	เกิดภาวะแทรกซ้อน				ประνομ
	- ผู้ป่วยรักษา รพ.สต.ตรวจ ตาเท้าที่ รพ.สต.	2306 ราย	รพ.สต.	รุนแรง			ม.ค.- มี.ค.64	รพ.สต.
		202 ราย	สองแควใต้				4-8 ม.ค.64	รพ.สต.
		101 ราย	จอมปึง				10-11 ม.ค.64	รพ.สต.
		129 ราย	นาแสง				13-14 มค64	รพ.สต.
		32 ราย	หปด				#####	รพ.สต.
		281ราย	วังพร้าว				18-22 ม.ค.64	รพ.สต.
		169ราย	ดงลาน				25-27 ม.ค.64	รพ.สต.
		126 ราย	ศาลาไชย				28-29 ม.ค.64	รพ.สต.

		241 ราย	ท่าผา				1-5 ก.พ.64	รพ.สต.
		209 ราย	ไหล่หิน				9-12 ก.พ.64	รพ.สต.
		174 ราย	ดอนธรรม				15-17 ก.พ.64	รพ.สต.
		183 ราย	น้ำล่อม				22-25 ก.พ.64	รพ.สต.
		306 ราย	บ้านจู้ด				1-5 มี.ค.64	รพ.สต.
		155 ราย	ลำปางหลวง				8-10 มี.ค. 2563	รพ.สต.
	- คัดกรองCVD Risk	ผู้ป่วยเบาหวาน		ผู้ป่วยเบาหวาน				พัชรภรณ์
		และความดันโลหิตสูง		และความดันโลหิตสูง				
		11,268 ราย		ได้รับการป้องกัน				
				การเกิดโรคCVD				
	- เจาะ HbA1C ตาม แนวทางที่กำหนดปีละ 1 ครั้ง	ผู้ป่วยเบาหวาน	รพ.สต/ร.พ.	ผู้ป่วยเบาหวาน				สมเพชร /
		2,000 ราย		ได้รับการประเมิน				รพ.สต.
				การควบคุมระดับ				
				น้ำตาลในเลือด				

3.5 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนไต, ไขมัน, คัดกรองCVD Risk ตามแนวทางที่กำหนด ปีละ 1 ครั้ง	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 7,049 ราย	รพ.สต./ร.พ.	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง			ต.ค. 63-ก.ย.64	พัชรภรณ์
			ได้รับการป้องกันการ				/รพ.สต.
			เกิดภาวะแทรกซ้อน				
			รุนแรง				
3.6.แจกกล่องข้าวน้อยแก่เบาหวานรายใหม่ จำนวน 450 คน* 8 บาท =3200 พร้อมคู่มือการใช้	ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ใหม่ทุกราย 450 ราย คนละ1กล่อง	รพ.สต./ร.พ.	ผู้ป่วยเบาหวานรับประทานข้าวเหนียวในปริมาณที่เหมาะสม	3,600	UC	ต.ค.63-ก	สมเพ็ชร
4. การจัดการบริการในคลินิก NPCU/รพ.สต.							
จัดการบริการเฉพาะกลุ่ม ของ DMและ HT(โดยใช้ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี)							
- กลุ่ม HT			ผู้ป่วยความดันโลหิต			ต.ค.63-	แพทย์ FM
*กลุ่มสีเขียวไม่เรื้อรังดัน BP<140/90mmHg	5320 คน	ร.พ./รพ.สต.	สูงได้รับการดูแล			ก.ย.-64	พัชรภรณ์
ปรับพฤติกรรมลดเค็มลดหวาน มอค. จัดยาให้ที่บ้าน นิด2 เดือน			ต่อเนื่อง				รพ.สต.
*กลุ่มสีเหลือง สีส้ม เร่งด่วนปานกลาง BP 140/90-179/109 mmHg	1730	ร.พ. /รพ.สต.					
**BP สูงครั้งแรก ปรับพฤติกรรม จัดยาให้ นิด 1 เดือน	75 คน	ร.พ.เกาะคา					
**BP สูงครั้งที่สอง ปรับพฤติกรรมดูแล consult แพทย์ จัดยาให้ นิด 1 เดือน ทำ SMBP ตามเกณฑ์	115 คน	จอมปิง					

	- ติดตามวัดระดับความดันโลหิตที่ รพ.สต.สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	139 คน	บ้านจู้ด				ต.ค. 63- ก.ย.64	วารุมาตร์
		126 คน	ดอนธรรม					
		190คน	ท่าผา					
		98 คน	นาแสง					
		126คน	น้ำล้อม					
		187 คน	วังพร้าว					
		118 คน	ดงลาน					
		105คน	ศาลาไชย					
		186 คน	สองแควใต้					
		20 คน	หาดปู่ด้าย					
		122คน	ไหลหิน					
		123 คน	ลำปางหลวง					
	*กลุ่มสีแดงเร่งด่วน BP $\geq 180/110$ mmHg	130 คน	รพ.สต./ร.พ.	ผป.ทุกรายมี Individual care plan			ต.ค. 63- ก.ย.64	พัชรภรณ์
	**BP สูงประเมินพฤติกรรมดูแลโดยทีม แพทย์ ทีมสห วิชาชีพ ทำ SMBP ส่ง COC ตามเกณฑ์ จัดทำ Individual care plan	6 คน	ร.พ.เกาะคา	ผป.ร้อยละ 50 มีการ ใช้ SMBP				
		6 คน	จอมปิง	ผป.มีค่า BP ลดจาก เดิมต่อเนื่องทุกเดือน ร้อยละ 50				

		10 คน	บ้านจู้ด	พบมีการปรับระดับสีที่ลดลงจากเดิม 1 ระดับ ร้อยละ 50(ประเมินทุก6ด.)				
		6 คน	ดอนธรรม					
		12 คน	ท่าผา					
		10 คน	นาแสง					
		18 คน	น้ำล้อม					
		16 คน	วังพร้าว					
		8 คน	ดงลาน					
		6 คน	ศาลาไชย					
		10 คน	สองแควใต้					
		1 คน	หาดปู่ด้าย					
		10 คน	ไหลหิน					
		10 คน	ลำปางหลวง					
	- กลุ่ม DM		ร.พ./รพ.สต.	ผู้ป่วยเบาหวาน			ต.ค.63-	แพทย์ FM
	*กลุ่มสีเขียวไม่เรื้อรัง FBS 70-130 mg/dl /BP <140/90mmHg	1121 คน		ความดันโลหิตสูง			ก.ย.-64	ประนอม
	ปรับพฤติกรรมลดเค็มลดหวาน มอค. จัดยาให้ที่บ้าน นั้ด2 เดือน			ได้รับการดูแลต่อเนื่อง				รพ.สต.
	*กลุ่มสีเหลือง สีส้ม เรื้อรังปานกลาง FBS 131-200 mg/dl / BP 140/90-179/109 mmHg	1420 คน	รพ.สต.			UC	ต.ค. 63- ก.ย.64	รพ.สต.

**FBS,BP สูงครั้งแรก ปรับพฤติกรรม จัดยาให้ น้ด 1-2 เดือน	35 คน	ร.พ.เกาะคา					/ประνομ
**FBS,BP สูงครั้งที่สอง มอค. ประเมินพฤติกรรม จัด ยาให้ น้ด 1 เดือน ทำ SMBG ,SMBP ตามเกณฑ์	63 คน	จอมปิง					
- ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด เจาะเลือดที่ รพ.สต. เดือนละ 1 ครั้ง	150 คน	บ้านจู้ด					Lab/รพ.สต.
	112 คน	ดอนธรรม					Lab/รพ.สต.
	169 คน	ท่าผา					Lab/รพ.สต.
	68 คน	นาแสง					Lab/รพ.สต.
	102 คน	น้ำล่อม					Lab/รพ.สต.
	196 คน	วังพร้าว					Lab/รพ.สต.
	88 คน	ดงลาน					Lab/รพ.สต.
	61 คน	ศาลาไชย					Lab/รพ.สต.
	148 คน	สองแควใต้					Lab/รพ.สต.
	26 คน	หาดปู่ด้าย					Lab/รพ.สต.
	125 คน	ไหลหิน					Lab/รพ.สต.
	77 คน	ลำปางหลวง					Lab/รพ.สต.
*กลุ่มสีแดงเร่งด่วน FBS<70,>200 mg/dl / BP ≥180/110 mmHg			ผป.ทุกรายมี Individual care plan				สมเพ็ชร
FBS≥200mg/dl 1 visit	390 คน	ร.พ./รพ.สต.	ผป.ร้อยละ 50 มีการ ใช้ SMBG				

	**FBS,BP สูงครั้งที่แรก ปรับพฤติกรรม จัดยาให้ นั้ด 1 เดือน			ผป.มีค่า BP ลดจาก เดิมต่อเนื่องทุกเดือน ร้อยละ 50				
	เจาะFBSที่ รพ.สต. 1 ครั้ง / 2สัปดาห์ ,SMBP ตาม เกณฑ์			ผป.มีการปรับ ระดับสีที่ลดลงจาก เดิม 1 ระดับ ร้อยละ 50(ประเมินทุก6ด.)				
	FBS≥200mg/dl 2 visit	240คน					ต.ค. 63- ก.ย.64	แพทย์FM
	**FBS,BP สูง ประเมินพฤติกรรม ดูแลโดยทีม แพทย์ ทีมสหวิชาชีพ ทำ SMBG ,SMBP ส่ง COC ตาม เกณฑ์ ส่งต่อถ้ามีอาการผิดปกติ จัดทำ Individual care plan			ผู้ป่วย DM ระดับ น้ำตาล			ต.ค. 63- ก.ย.64	สมเพ็ชร
	- กำหนดทุกวันศุกร์ให้บริการกลุ่มสีแดงที่FBS สูง ติดต่อกัน2 visit ขึ้นไป			ลดลงจากเดิมน้อยละ 80				
	FBS≥180mg/dl2visit ทำSMBG 1 สัปดาห์ก่อนมา พบแพทย์ ทำ 3 ครั้ง โดยเจาะเลือดตามตารางที่ แพทย์กำหนด	240คน		ผป.ร้อยละ 50 มีการ ใช้ SMBG				
	5.ส่งเสริมทันตสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน							
	5.1 ตรวจสุขภาพช่องปากผู้ป่วยโรคเบาหวานปีละ 1 ครั้งไม่น้อยกว่าร้อยละ 60	ร้อยละ60ของผู้ป่วย เบาหวาน	อ.เกาะคา	ผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 50 ได้รับการ ตรวจช่องปาก			ต.ค. 63- กค.64	ทพญ.อภิัญญา ทพ. ราชันย์

	5.2 ตรวจสอบสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่	ร้อยละ100ของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่	NPCU อ.เกาะคา	ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ทุกราย ได้รับการตรวจช่องปาก			ต.ค. 63- กค.64	ทพญ.อภิญญา ทพ. ราชันย์
	5.3 ประสานกับNCD คลินิกในการรักษาโรคปริทันต์ให้กับผู้ป่วยเบาหวาน	ทุกรายที่พบ	NPCU อ.เกาะคา				ต.ค. 63- กค.64	ทพญ.อภิญญา ทพ. ราชันย์
	5.4 ทำฟันเทียม "เบาหวานฟันดีไม่มีคิว"	ทุกรายที่พบ	อ.เกาะคา	ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการใส่ฟันเทียม			ต.ค. 63- กค.64	ทพ.ราชันย์
	5.5 จัดระบบคัดกรองและส่งต่อมะเร็งช่องปากอายุ 35 ปีขึ้นไป		อ.เกาะคา	ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรองรอยโรคมะเร็งในช่องปาก			ต.ค. 63- กค.64	ทพญ.อภิญญา ทพ. ราชันย์
	- ประสานกับโรงพยาบาลลำปาง/ในเรื่องแผนการรักษา การเตรียมช่องปากก่อนการรักษา และการติดตามอาการหลังการรักษา							ทพญ.อภิญญา ทพ.ราชันย์
	- โรงพยาบาลลำปางดำเนินการรักษา/ส่งต่อรวมทั้งบูรณะสภาพช่องปากให้สามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ							ทพญ.อภิญญา ทพ. ราชันย์
	5.6 พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ในการตรวจช่องปากเรื่องความจำเป็นในการขูดหินปูนและความจำเป็นในการใส่ฟันเทียมในผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้สูงอายุ	จนท.รพสต.จนท.งานบริการปฐมภูมิและองค์กรรวม	วาระงานประชุม	จนท.สามารถตรวจช่องปากและส่งต่อทันตกรรมได้	-	-	ตค.63	ทพญ.อภิญญา ทพ. ราชันย์

6. กิจกรรมกลุ่มผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในโรงพยาบาล							
เข้ากลุ่มปรับพฤติกรรม กลุ่มน้ำตาลสูง ครั้งละ 6 คน ติดตาม 4 ครั้ง (4 เดือน)	54 คน						อรุณี
ใช้เทคนิค Self Management Support ,MIโดย ทีมสหวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล							สมเพชร
เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา							
เดือนที่ 1 ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนเข้า กลุ่ม และ ให้ความรู้เรื่องโรค							แพทย์FM
เดือนที่ 2 ให้ความรู้เรื่อง ออกกำลังกายอาหาร * คำนวณแคลอรีอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม กับผู้ป่วยแต่ละราย และปัญหาเฉพาะรายบุคคล							ทักษพร,แพทย์แผน ไทย
เดือนที่ 3 ให้ความรู้เรื่อง ยา							เภสัชกร
เดือนที่ 4 ให้ความรู้เรื่องอารมณ์ และประเมินความ รอบรู้ด้านสุขภาพหลังเข้ากลุ่ม							เบญจวรรณ
7. ระบบส่งต่อ							
- พัฒนาระบบส่งต่อ ผู้ป่วยDM,HT รักษาใกล้บ้าน	เบาหวาน 1979 คน HT 3638 คน	รพสต	ผู้ป่วยDM,HT ได้รับ			ต.ค. 63- ก.ย.64	สมเพชร
อัตราผู้ป่วยDM,HT รักษา รพ.สต.ต่อ ร.พ.	80:20	/ร.พ.	การรักษาใกล้บ้าน เพิ่มขึ้น				พัชรภรณ์/รพ.สต

	- เจาะเลือดคัดกรองประจำปีผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่รักษา รพ.สต.	เบาหวาน 1979 คน HT 3638 คน	รพ.สต.	ผู้ป่วย DM,HT ที่รักษา รพ.สต.ได้รับการค้นหาภาวะแทรกซ้อน			ต.ค. 63- ก.ย.64	อรรณพ/เจนนิดา
		DM105คนHT389 คน	จอมปึง					
		DM289คนHT368 คน	บ้านจู้ด					
		DM169คนHT377 คน	ดอนธรรม					
		DM151คนHT307 คน	ท่าผา					
		DM125คนHT238 คน	นาแสง					
		DM140คนHT236 คน	น้ำล้อม					
		DM254คนHT431 คน	วังพร้าว					
		DM156คนHT212 คน	ดงลาน					
		DM70คนHT168 คน	ศาลาไชย					
		DM192คนHT430 คน	สองแควใต้					
		DM28คนHT45 คน	หาดปู่ด้าย					
		DM167คนHT309 คน	ไหลหิน					
		DM132คนHT262 คน	ลำปางหลวง					
	- ประเมินความรู้ด้านสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง	60คน	ร.พ.	ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการประเมิน				อรุณี วารุมาตร์

	ทำทะเบียนผู้ป่วยDM,HTกลุ่ม Uncontrolled สีแดง สีดำ และกลุ่มที่มี CVD risk ตั้งแต่เสี่ยงสูง	ผู้ป่วยDM,HT		มีการปรับพฤติกรรม กลุ่มผู้ป่วย			ต.ค. 63- ก.ย.64	พัชราภรณ์
		uncontrol		uncontrolและ ทะเบียนCVD risk สูง				
	การวิเคราะห์พฤติกรรมความเสี่ยงของกลุ่มสีแดงและ สีดำ	ผู้ป่วยDM,HT uncontrol					ต.ค. 63- ก.ย.64	สมเพชร/พัชราภรณ์
	8. การพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข							
	8.1 ทำ R2R หรือนวัตกรรมตามปัญหาของพื้นที่ร.พ. / ร	ร.พ./รพ.สต.		ผู้ให้บริการมีศักยภาพ เพิ่มขึ้น			ต.ค. 63- ก.ย.64	ร.พ./รพ.สต.
	8.2 ทำ KM ร่วมกับสาธารณสุขจังหวัด ผ่านระบบ Zoo	ร.พ./รพ.สต.		ผู้ให้บริการมีศักยภาพ เพิ่มขึ้น			ธ.ค., มี.ค., มิ.ย. ,ก.ย. 64	แพทย์ FM รพ./รพ. สต. สสจ.ลำปาง
	8.3 อบรม Case Manager	CM 1 คน	ร.พ.	CM ได้รับการพัฒนา ศักยภาพ			ต.ค. 63- ก.ย.64	สมเพชร
	8.4 โครงการพัฒนาเครือข่ายผู้ดูแลคลินิก NCD clinic plusใน ร.พ.	ทีมประเมินจาก จังหวัดทีมงาน NCD30คน	ร.พ.	คลินิกได้รับการ พัฒนาเครือข่าย NCD clinic plus			ต.ค. 63- ก.ย.64	สมเพชร

8.5 ประชุม NCD Forum พยาบาล NCD 1คน กลุ่มเวช 1 คนผู้ดูแลกลุ่มวัย 3 คน พยาบาล PCC หลัก 3 คน 8คน * 5000 บาท รวม 40,000 บาท	พยาบาล 8 คน	ร.พ.	ทีมNCDได้เข้าร่วม ประชุมเพื่อพัฒนา ศักยภาพ	*40000	UC	ต.ค. 63- ก.ย.64	สมเพ็ชร
9. ระบบข้อมูล ข่าวสาร							
9.1 วิเคราะห์ผล / ควบคุมกำกับและติดตามระบบ ข้อมูลสารสนเทศ ระบบ การรับส่งข้อมูลระหว่าง รพ.ลำปาง , รพส.สต.ทาง เว็บสอ. ทุก 1เดือน	รพ./รพ.สต.	ร.พ.	ข้อมูลมีความถูกต้อง ก่อนส่ง ร้อยละ 100			ต.ค. 63- ก.ย.64	แสงจันทร์
- ติดตามข้อมูล HDC ทุกสัปดาห์		รพ.สต.					สมเพ็ชร
- ตรวจสอบข้อมูลร่วมกับงานไอที เดือนละ 2 ครั้ง							พัชรภรณ์
							เนติพงษ์
- สรุปการประชุม NCD Boardและส่งรายงานให้กับจังหวัดทุก 3 เดือน							
- เข้าร่วมประชุมไอที ติดตามข้อมูลทุก 1 เดือน	12 ครั้ง						สมเพ็ชร
- สรุปผลการดำเนินงานในสถานบริการเดือนละ 1 ครั้ง	12 ครั้ง						แสงจันทร์
							สมเพ็ชร
- นำเสนอภาพรวมผลการดำเนินงานในที่ประชุมพหุประสาน							
รพ.สต. เดือนละ 1 ครั้ง							
9.2ลงและตรวจสอบคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ ติดต่อเรื้อรังให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน	OPD Card30 ฉบับ	ร.พ.	ผ่านเกณฑ์คุณภาพ> 80 %			ต.ค. 63- ก.ย.64	คลินิก NCD
9.3.รพ.สต.ทุกแห่งได้รับการประเมินคลินิก NCD คุณภาพ (ประเมินตนเอง)	รพ.สต.ทุกแห่ง	รพ.สต.	ทุก รพ.สต.ผ่าน เกณฑ์การประเมิน ร้อยละ 10			ต.ค. 63- ก.ย.64	รพ.สต./สมเพ็ชร

	10.เทคโนโลยีทางการแพทย์							
	- ลงบันทึก Individual care plan ใน โปรแกรม Coc Kokha select	370 คน	ร.พ. /รพ.สต.	ผู้ป่วยได้รับการ		บูรณาการ ร่วมทีมงาน COC	ต.ค. 63- ก.ย.64	ประνομ
	11.ภาวะการนำและอภิบาลระบบ							
	11.1. ทบทวนคณะกรรมการ NCD Board ประกอบด้วย ผู้บริหาร, CM,ตัวแทนจาก รพ.สต. ตัวแทนจากชุมชน	20 คน	ร.พ.	แต่งตั้งคณะกรรมการ			ต.ค. 63- ก.ย.64	สมเพ็ชร
	11.2 ประชุมคณะกรรมการ NCD Board พुरประสาน รพ.สต. อย่างน้อยไตรมาสละ 1 ครั้ง	20คน	ร.พ.	ประชุมอย่างน้อย 4 ครั้ง/ปี และมี รายงานการประชุม			ต.ค. 63- ก.ย.64	สมเพ็ชร
	12. การกำกับติดตามผลการดำเนินงาน							
	* มีช่องทางสื่อสาร การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่าง รพช.และรพสต. ทาง thai refer , เมล ,ไลน์, โทรศัพท์	ผู้ป่วยเบาหวานและ ความดันโลหิตสูง	รพ.สต./ร.พ.	มีการกำกับติดตาม			ต.ค. 63- ก.ย.64	คลินิก NCD/รพ.สต.
	* วิเคราะห์และรายงานผลการดำเนินงานทุก 1 เดือนภายในวันที่10ของทุกเดือน			ผลการดำเนินงาน			ต.ค. 63- ก.ย.64	
	* รายงานผลการดำเนินงานในการประชุมพฐ ประสาน รพ.สต.			อย่างต่อเนื่อง			ต.ค. 63- ก.ย.64	
	* ติดตามผลการดำเนินงานใน HDC ทุก 1 เดือน							

	*รายงานผลการดำเนินงานรายสถานบริการทุก 1 เดือน							สมเพ็ชร
	13.การมีส่วนร่วม							
	มีชมรมเบาหวาน อำเภอละ 1 แห่ง	รพ.สต./ร.พ.		มีชมรมเบาหวาน	ไม่ใช้งบ		ต.ค.63-	รพ.สต.
							ก.ย.-64	สมเพ็ชร
				รวมงบประมาณ UC	219,586.00			

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

คปสอ.....เกาะคา.....จังหวัดลำปาง

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ลดหวาน ลดเค็ม ออกกำลังกาย

ประเด็น / งาน ลดหวาน ลดเค็ม ออกกำลังกาย

1. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานไม่เกิน ร้อยละ 1.85
2. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงความดันลดลงจากปีก่อน ลดลงร้อยละ 4.40
3. ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมน้ำตาลได้ดีร้อยละ 40
4. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้ดีร้อยละ 50
5. กลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ร้อยละ 30
6. กลุ่มเสี่ยงป่วยเบาหวานได้รับการตรวจเลือดซ้ำร้อยละ 30 ตามแนวทางรักษา

สถานการณ์/ข้อมูลพื้นฐาน

อ.เกาะคามี้อัตราผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องอัตราผู้ป่วยเบาหวานต่อแสนประชากร ปี 2559-2563 ที่ 6,081.59 6,421.02 6,869.05 7,187.11 74,63.44 และมี อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร ปี 2559-2563 อยู่ที่ 14,536 , 15,326 , 15,980 , 16,731 17,644.46 ตามลำดับ

1. อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 2.89 พบสูงที่รพ.สต.บ้านหาดปู้ด้ายและรพ.สต.นาแสง 12.50 รพ.สต.บ้านจู้ด 5.41 น้ำลอม 5.31
2. อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 4.74 พบสูงที่ รพ.สต. บ้านหาดปู้ด้าย 20 รพ.เกาะคา 10 ศาลาดงลาน 9.38 ศาลาไชย 9.09
3. ประชาชน อายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเบาหวาน ร้อยละ 94.99
4. ประชาชน อายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง ร้อยละ 95.18

- มีผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงยังสูง ร้อยละ 2.84 (ปี 62 = 2.73) เป้าหมายร้อยละ 1.95 (HDC)

อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง ยังสูงจากปีก่อน ร้อยละ 4.74

- ในกลุ่มป่วย เบาหวาน ความดันโลหิตสูงยังควบคุมไม่ได้ตามเป้าหมาย ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานควบคุมได้ ร้อยละ 17.24 (เป้าหมาย ร้อยละ 40)

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ควบคุมได้ร้อยละ 50.81 (เป้าหมายร้อยละ 50)

- กลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการวัดความดันที่บ้านร้อยละ 89.52 ผ่านเป้าหมายร้อยละ 30 แต่ในปี 2563 เป้าหมายร้อยละ 40

- คัดกรอง CVD risk ร้อยละ 90.46 เป้าหมายร้อยละ 80 ในการตรวจคัดกรองค้นหาภาวะแทรกซ้อนไตร้อยละ 62.83 การตรวจฟันร้อยละ 49.17 (เป้าหมายร้อยละ 60) ได้ตามเป้าหมายทางตา ร้อยละ 71.07 การตรวจเท้า ได้รับการคัดกรองร้อยละ 76.17 (เป้าหมายร้อยละ 60) ในปี 2562 ได้ปรับผู้ป่วยรักษา รพ.สต.ตรวจตาและเท้าที่ รพ.สต.

- การดำเนินงาน NCD ต่างๆ ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย กลุ่ม PreDM, PreHT, กลุ่มผู้ป่วย uncontrol ยังไม่ปรับพฤติกรรม ส่วนใหญ่ปรับพฤติกรรมไม่ต่อเนื่อง

และจากสถานการณ์โควิด-19ได้ส่งยาให้ผู้ป่วยที่บ้านทำให้การปรับพฤติกรรมไม่ทั่วถึงอย่างทั่วถึง

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิตของโครงการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
					จำนวน	แหล่งงบ		
	รหัสโครงการ 030105 โครงการลดหวาน ลดเค็ม ส่งเสริมการออกกำลังกาย							
	1 หวานน้อยอร่อยดี							
	1.1 ประสานขอความร่วมมือหน่วยงานราชการจัด Healthty break	อปท. 10 แห่ง	อ.เกาะคา	อปท.10 แห่ง งาน สาธารณสุข จัด Healthty break 100%	ไม่ใช้งบ		ตค.63-กย.64	แสงจันทร์/ เพียงเดือน/ รพสต.
	1.2 ประกาศหน่วยงานสาธารณสุขในอำเภอเกาะคา Healthty break	13รพสต./1รพ.						
	.-ไม่ใช้เครื่องดื่ม3in1/ขงสำเร็จ/น้ำผลไม้หวานน้อย							
	.-ใช้น้ำตาล4กรัม(คนละ1ซอง)/คน /ให้ตนเอง							
	.-ใช้น้ำเปล่า/น้ำผลไม้/น้ำผลไม้หวานน้อย							
	.-งดเครื่องดื่มขงสำเร็จ							
	1.3 การประสานดำเนินงานลดหวานในชุมชน							
	1.3.1สำรวจมาตรการเดิมที่เคยมีลดหวานในชุมชน โดยทีม มอค. ติดตามทบทวน รื้อฟื้นกิจกรรมให้ต่อเนื่อง	78 หมู่บ้าน		1.มีนโยบายสาธารณะด น้ำอัดลมงานบุญในชุมชน ร้อยละ100			ตค.63-กย.64	แสงจันทร์/ เพียงเดือน/ รพสต./ วิทวัส/สลิล/ อภิญญา/ ทักษพร / นิตยา
	1.3.2 นำประเด็นดน้ำอัดลมในงานบุญเข้าสู่พขอ.และ ผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะดน้ำอัดลมในงานบุญ	วาระประชุม พขอ. 1 ครั้ง						
	1.3.3 อสม./มอค. ประสานร้านจำหน่ายเครื่องดื่มร่วม กิจกรรมหวานน้อยอร่อยดี และสนับสนุนสื่อสติกเกอร์ และ ตุ๊กตาวานน้อยที่รับการสนับสนุนจาก สสจ.ที่เข้าร่วม กิจกรรมหวานน้อยอร่อยดี	ร้านเครื่องดื่ม ขายกาแฟ ชา น้ำผลไม้ปั่น ฯลฯ 96ร้าน		ร้านเครื่องดื่มเข้าร่วม โครงการร้อยละ50 ให้ ความร่วมมือลดหวาน				
	1.3.4 อสม. และ มอค.ติดตามการดำเนินงานหวานน้อย อร่อยดีในร้านที่เข้าร่วมโครงการทุกเดือน	96 ร้าน	ลำปางหลวง1373					

	1.3.5 จัดเก็บข้อมูลการจัดอาหารว่างของทุก อปท. / หน่วยงานสาธารณสุข / หมู่บ้าน / ร้านอาหาร ทุกครั้งที่มี กิจกรรม และประเมิน ทุก 6 เดือน / 12 เดือน	13รพสต./1รพ.						
	2. ชุมชนลดเค็ม	16,794หลังคาเรือ	1รพ/13รพสต					
	2.1 คืบข้อมูลเรื่องโรคความดันโลหิตและการลดการเกิดโรค แก่เครือข่ายประชุมกำนันผู้ใหญ่บ้าน พขอ.		รพเกาะคา671	.-ครัวเรือนผ่านเกณฑ์ลด เค็มร้อยละ80			ตค.63-กย.64	แสงจันทร์/ เพียงเดือน/ รพสต.
	2.2 ประชุมร่วมกับที่ประชุมหมู่บ้านเพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ และการเข้าภายในครัวเรือน		น้ำล้อม1288					
	2.3 ออกตรวจความเค็มตามเขตรับผิดชอบของอสท.เดือน ในอาหารที่ประกอบเองในครัวเรือนอย่างน้อย1เมนู/เดือนและ ให้ความรู้ทุกครัวเรือน							
	2.4 บันทึกข้อมูลความเค็ม วิเคราะห์ และคืนข้อมูลให้กับ ชุมชน/ ประชุมกำนันผู้ใหญ่บ้าน /คปสอ. 3 เดือนครั้ง							
	2.5 เฝ้าระวังความเค็มในร้านก๋วยเตี๋ยว							
	/ร้านอาหาร/ตลาดสด / วัด / โรงเรียน							
	2.5.1 จัดทำทะเบียนร้านก๋วยเตี๋ยว /ร้านอาหาร/แผงลอย จำหน่ายอาหาร	110ร้าน		.-ร้านก๋วยเตี๋ยว/ ร้านอาหาร/แผงลอย จำหน่ายอาหารผ่าน เกณฑ์ลดเค็มร้อยละ80				
	2.5.2 แจ้งแนวทางการดำเนินงานแก่รพสต.							
	2.5.3 มคอ.ประชาสัมพันธ์ร้านก๋วยเตี๋ยว /ร้านอาหาร/แผง ลอยจำหน่ายอาหารเข้าร่วมโครงการ							
	2.5.4 มคอ.ให้ความรู้แก่เจ้าของร้าน/ผู้ประกอบการ(ราย กลุ่ม/รายบุคคล)							
	ในการปรับความเค็มให้อยู่ในระดับปกติ							

	2.5.6 มีการสุ่มตรวจความเค็มร้านก๋วยเตี๋ยว/ร้านอาหาร/ แผงลอยจำหน่ายอาหารเข้าร่วมโครงการจากคณะทำงาน อาหารปลอดภัย							
	3. ตลาดสดพัฒนาเป็นHealthy Market	ตลาดสด1แห่ง		1.ตลาดสดผ่านเกณฑ์ Healthy Market 2. แผงจำหน่ายอาหารปรุง สุกในตลาดผ่านเกณฑ์ลด เค็มร้อยละ100			ตค.63-กย.64	แสงจันทร์/ เพียงเดือน/ รพสต./ วิทวัส/สลิล/ อภิญญา/ ทักษพร / นิตยา
	-ตลาดที่ผ่านเกณฑ์ตลาดสดน่าซื้อ	ตลาดสมบูรณ์	เทศบาลตำบลเกาะ					
	-ตลาดลดเค็ม							
	-ไม่ใช้โฟมบรรจุอาหาร							
	-มีจุดจำหน่ายผักปลอดสารพิษ							
	-แผงจำหน่ายอาหารปรุงสุกทุกแผง							
	-คณะทำงานอาหารปลอดภัยประเมินผลรับรอง							
	ตลาดเข้าร่วมโครงการและส่งผลการประเมินให้จังหวัดต่อไป							
	-มอค.ตรวจวัดความเค็มและให้ความรู้ในการปรับ							
	ลดความเค็มให้อยู่ในระดับปกติ							
	-มอค.ตรวจวัดความเค็มซ้ำหลังผ่านเกณฑ์ลดเค็มครบ6เดือน							
	4.วัดลดเค็ม				ไม่ใช้งบ		ตค.63-กย.64	รักชนก
	-มอค.ออกตรวจวัดความเค็มทุก1เดือน	64 วัด	อำเภอเกาะคา	ร้อยละ80วัดผ่านเกณฑ์ ตรวจความเค็มในอาหาร				แสงจันทร์
	-ถวายความรู้เรื่องความเค็มแก่พระสงฆ์/พระอสนว.							
	/พระในเขตรับผิดชอบ							
	-รพสต.ลงข้อมูลรายงานผลการสำรวจผ่านโปรแกรม							
	ทุกวันที่25ของทุกเดือน							
	4.ลดหวาน ลดเค็มโรงเรียน(ประถม มัธยม ปริญญาตรี)	มัธยม2 แห่ง/ รร.ประถม 20		รร.ผ่านเกณฑ์ตรวจความ เค็มในอาหารร้อยละ80	ไม่ใช้งบ		ตค.63-กย.64	แสงจันทร์/ เพียงเดือน/ รพสต./อา ริย์/เพชร
	1.สำรวจการปรุงอาหาร/จำหน่ายอาหารในโรงเรียนและจัดทำ	แห่ง/ปริญญาตรี						
	2.แจ้งแนวทางการดำเนินงานแก่โรงเรียนและรอบรั้วโรงเรียน							

	3.มอค.ประชาสัมพันธ์โรงเรียนเข้าร่วมโครงการ							นทร์/สลิ/อภิญญา/ทักษพร / นิตยา
	4.มอค.ให้ความรู้แก่ครู/ผู้ประกอบอาหารในโรงเรียน(รายกลุ่ม							
	/รายบุคคล)และให้ปรับปรุงทุก4ครั้ง/ปี							
	5.มอค.ออกตรวจวัดความเค็ม3เดือนละ/ครั้งและให้คำแนะนำ							
	6.มอค.ร่วมกับครูจัดกิจกรรมให้เด็กมีความรู้เรื่องการบริโภค							
	อาหารอย่างเหมาะสม							
	-อ่านฉลากโภชนาการเป็นบริโภคน้ำหวาน(น้ำตาลไม่เกิน							
	6ซองชาและเค็ม(วันละไม่เกิน2000mg)อย่างเหมาะสม							
	-ส่งเสริมการกินผักผลไม้(ปลอดสาร)แทนขนม เลือกขนมที่มี							
	ประโยชน์กรณีน้ำหวาน/ไอศกรีมปริมาณน้ำตาลไม่เกิน5%							
	-ขอความร่วมมือให้นักเรียนงดการนำน้ำหวาน ลูกอม ขนม							
	กรุบกรอบมากินในโรงเรียน							
	-รณรงค์อาหารปลอดภัยรอบรั้วโรงเรียนได้แก่งดการจำหน่าย							
	เครื่องดื่มที่มีปริมาณน้ำตาลสูง อาหารที่ใช้น้ำมันทอดซ้ำ							
	-โรงเรียนใช้วัตถุดิบในการปรุงอาหารที่สะอาดและปลอดภัย							
	ปลอดสารพิษ ผักพื้นบ้าน กรณีที่จำเป็นต้องใช้ผักตาม							
	ท้องตลาดให้มีการล้างที่ถูกต้องตามหลักโดยใช้น้ำส้มสายชู							
	ผงฟู							
	-มีมุมให้ความรู้ลดเค็มบริเวณโรงอาหาร และวางสื่อ							
	มदनอยหนอยช่วยลดหวานบริเวณโต๊ะเครื่องปรุงอาหาร							
	-เพิ่มเมนูทางเลือกร้านอาหารและเครื่องดื่มในโรงเรียน							
	โดยเพิ่มเมนูไม่ใส่ผงชูรสและเพิ่มเมนูเครื่องดื่มหวานน้อย							
	- มอค.ร่วมกับคณะกรรมการอาหารปลอดภัยออกตรวจ							
	สุขาภิบาลอาหารและสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนเทอมละ1ครั้ง							
	1. กิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกาย(ชุมชน)							

	1.1 จัดทำทะเบียนกลุ่มออกกำลังกายหมู่บ้าน/ตำบล/ โรงเรียนจำแนก กลุ่มวัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ และ ผู้ประสานงานประจำกลุ่มออกกำลังกาย	รพ./รพสต. 13 แห่ง	อำเภอเกาะคา	มีทะเบียนสมาชิกออก กำลังกาย	ไม่ใช้งบ		ตค.63-กย.64	แสงจันทร์/ เพียงเดือน/ รพสต.
	1.2 จัดทำ Mapping ลานออกกำลังกายทุกแห่ง							
	1.3 เชิญชวนทุกกลุ่มวัยเข้าร่วมการออกกำลังกายในลาน กีฬา ที่มีอยู่ในหมู่บ้าน/ตำบล/โรงเรียน ผ่านสื่อวิทยุ วิทยาลัยเทคนิคคนครลำปาง /ไลน์กลุ่ม กำหนดผู้ใหญ่บ้าน /อส ม.หมู่บ้าน /ภาคีสุขภาพเกาะคา /กลุ่มโรงเรียนเกาะคา			ร้อยละ25ของประชาชน ที่มีBMI(23-24.99กก/ ตรม)สามารถลดค่าBMI ลงมาอยู่ในเกณฑ์ปกติ				
	1.4 มอค.เชิญชวนผู้ที่มีBMIเกินมาตรฐาน(ในช่วง23-24.99 กก/ตรม)เข้าร่วมออกกำลังกาย ตามรูปแบบที่สนใจ หรือลาน ออกกำลังกายในพื้นที่ตามทะเบียน							
	1.5 ผู้รับผิดชอบงานออกกำลังกายของรพสต.ติดตาม ประเมินการออกกำลังกายกลุ่ม BMI เกิน กระตุ้นให้ออกกำลัง กายอย่างน้อย3วัน/สัปดาห์และอย่างน้อย30นาที/ครั้ง							
	1.6 มอค.สนับสนุนสื่อ/วิทยากรในการออกกำลังกายของแต่ ละรพสต.ตามความเหมาะสม และสื่อสารกิจกรรมการออก กำลังกายโดยgroup line/กลุ่มอส.หมู่บ้านเกาะคา /ภาคี สุขภาพเกาะคาทุกเดือน							
	1.7 สถานบริการทุกแห่งประเมินผลผู้ที่มีBMIในช่วง 23-24.99กก/ตรม) หลังเข้าร่วมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมออก กำลังกาย ทุก 3,6,12 เดือน							
	1.8 สรุปข้อมูลกิจกรรมการออกกัลังกายของแต่ละหมู่บ้าน/ ตำบล/โรงเรียน หาต้นแบบการออกกำลังกาย							
				รวมงบประมาณ UC	0			

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

คปสอ....เกาะคา..... จังหวัดลำปาง

ประเด็น / งาน : คัดกรองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข

ตัวชี้วัด (KPI) / ผลลัพธ์ที่ต้องการ

1. ร้อยละ 90 ของอาหารสดและอาหารแปรรูปที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนด
2. ร้อยละ 100 ของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย
3. ร้อยละ 100 ของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ plus ตามเกณฑ์ประเมิน Green and Clean Hospital

ข้อมูลพื้นฐาน/ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

1. ผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัยร้อยละ 95
2. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลอาหารปลอดภัยปี 2562
3. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ plus ตามเกณฑ์ประเมิน Green and Clean Hospital ปี 2561

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ ดำเนินการ	ผลผลิตของโครงการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ(ระบุ ให้ชัดเจน)	ผู้รับผิดชอบ
					จำนวน	แหล่งงบ		
1	รหัสโครงการ							
	โครงการส่งเสริมและพัฒนาความปลอดภัยด้านอาหาร							
	1. ดำเนินการตามเกณฑ์ โรงพยาบาลอาหารปลอดภัยและโภชนาการ 5		รพ.เกาะคา				ต.ค-ก.ย64	สลิล
	(บูรณาการกับ Green & Clean Hospital)							ทักษอร
	- การประชุมคณะกรรมการรพ.อาหารปลอดภัย	ทุก 3 เดือน	รพ.เกาะคา				ธ.ค/มี.ค	เพชรรินทร์
							/มิ.ย/ส.ค	สนอง
	- การประกาศนโยบายอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาล	1 ครั้ง/ปี	รพ.เกาะคา				ธ.ค 63	
	** ส่งเสริมการจัดเมนูอาหารผู้ป่วยเป็นเมนูสุขภาพ			เมนูอาหารผู้ป่วย				
	(ลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ลดโซเดียม)			เป็นเมนู				
	- การประกาศนโยบายอาหารว่างเพื่อสุขภาพ	1 ครั้ง/ปี	รพ.เกาะคา	สุขภาพทุกเมนู			เม.ย64	สลิล /

			รพ.สต. 13 แห่ง					ทักษอร
	- ส่งเสริมการจัดอาหารว่างสุขภาพในการประชุม	ทุกครั้ง	รพ.เกาะคา	อาหารว่างใน			ต.ค-ก.ย64	รพ./รพ.สต.
	** ส่งเสริมการจัดเครื่องดื่มลดหวานระหว่างการประชุม		รพ.สต. 13 แห่ง	การประชุมเป็น				เพชรรินทร์
	(บูรณาการร่วมงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ)			อาหารว่าง				
	: เครื่องดื่มร้อน ไม่ใช่ 3 in 1 ให้ผู้ประชุมชงเองจัดน้ำตาลไม่เกินคนละ 1			สุขภาพร้อยละ				
	(น้ำตาล 4 g)			100				
	: งดเครื่องดื่มขงสำเร็จ							
	: น้ำผลไม้ / น้ำสมุนไพรหวานน้อย /น้ำเปล่า							
	- ตรวจความเค็มในเมนูอาหารโรงคร้วรพ.และร้านอาหารรพ.โดยใช้	ทุก 3 เดือน	โรงคร้วรพ.	โรงคร้วและ			ธ.ค/มี.ค	ทักษอร
	salt meter (บูรณาการร่วมงานสุขภาพอาหาร งานปรับเปลี่ยนสุขภาพ)		ร้านอาหาร 3แห่ง	ร้านอาหารรพ.			/มิ.ย/ส.ค	นิตยา
	- จัดระบบการบริหารจัดการการจ้างเหมาอาหารผู้ป่วย ให้สามารถตรวจรับ	1 ครั้ง/ปี	รพ.เกาะคา	ผ่านเกณฑ์ลด			ต.ค 63	สลิล
	ได้ตามที่กำหนดใน TOR			เค็มร้อยละ100				
	- จัดทำทำเนียบแหล่งวัตถุดิบที่โรงพยาบาลจัดซื้อประจำ	1 ครั้ง/ปี	รพ.เกาะคา				ม.ค 64	ทักษอร
	- จัดหาผัก/ผลไม้ และวัตถุดิบที่ปลอดภัย เข้าสู่โรงพยาบาลเพื่อเป็นวัตถุดิบใน	1 ครั้ง/ปี	รพ.เกาะคา				ม.ค 64	ทักษอร
	ประกอบอาหารในโรงคร้วโรงพยาบาล โดยการนำ TOR สำหรับกำหนด							
	เหมา							
	- จัดทำบันทึกข้อตกลง(MOU)ซื้อขายสินค้าเกษตรปลอดภัย	1 ครั้ง/ปี	อ.เกาะคา	เกิด MOUระหว่าง			มิ.ย 64	สลิล
	ระหว่างโรงพยาบาลและเกษตรกร	กลุ่มเกษตรกร ม.6		รพ.และเกษตรกร				ทักษอร
		ต.ปงยางคก						
	- จัดจุดจำหน่ายผักปลอดสารพิษ และวัตถุดิบปลอดภัยในโรงพยาบาลซึ่งมี	1 ครั้ง/ปี	รพ.เกาะคา	รพ.มีจุดจำหน่าย			ม.ค 64	สลิล
	อย่างน้อยเป็นประจำ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง			ผักปลอดสารพิษ				ทักษอร

- ตรวจวัตถุดิบ อาหารสด อาหารแปรรูปที่ใช้ปรุงประกอบอาหารด้วยชุด	อย่างน้อย	รพ.เกาะคา	วัตถุดิบที่ใช้ได้รับ			ต.ค-ก.ย64	นุชนาถ
	เดือนละ 1 ครั้ง		การตรวจเฝ้าระวัง				
- คู่มือปฏิบัติงานของแพทย์ลงตรวจการฆ่าแมลง 4 การตรวจสภาพ/ผลแมลงที่พบลงที่ กลุ่มงาน	ทุกวันอังคาร	รพ.เกาะคา				ต.ค-ก.ย64	นุชนาถ
คุ้มครองผู้บริโภค สสจ.ลำปาง	ที่ 3 ของเดือน						
- กำหนดแผนผู้ให้บริการทาง 2 เดือนโดยพยาบาลแม่แผนกแผนก พื้นบ้าน	1 ครั้ง/ปี	รพ.เกาะคา	โรงครัวมีเมนูล่อง			ม.ค 64	ทักษอร
			หน้า 2 เดือน				
- พัฒนาส่วนขาดตามเกณฑ์ประเมิน โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย	1 ครั้ง/ปี	รพ.เกาะคา				ม.ค 64	สลิล
							ทักษอร
- บูรณาการร่วมทีม Green and Clean Hospital ตามเกณฑ์ Plus	1 ครั้ง/ปี	รพ.เกาะคา				ม.ค 64	สนอง
- ขยายผลการดำเนินการในกลุ่มบุคลากรและเครือข่ายอาหารปลอดภัยในพื้นที่	เกาะคา	อ.เกาะคา	เกิดเครือข่าย			ต.ค-ก.ย64	สลิล
	วัดน้ำฝิ่งไร่อ้อย		ในชุมชน				นิตยา
	ตลาดเกาะคา						เพชรรินทร์
- กิจกรรมรณรงค์ขอความร่วมมือประชาชน รพ. (บูรณาการกิจกรรมลดดา การรับ)	1 ครั้ง/ปี	รพ.เกาะคา				มิ.ย 63	สลิล
- สรุปผลการดำเนินงาน	1 ครั้ง/ปี	รพ.เกาะคา				ก.ย64	เพชรรินทร์
2. อาหารปลอดภัยในชุมชน							
- การประชุมคณะกรรมการ/คณะทำงานอาหารปลอดภัยระดับอำเภอ	1-2 ครั้ง/ปี	อ.เกาะคา		1,500	UC	มี.ค / ส.ค	สลิล/ภัคพล
(บูรณาการงาน คบส.) ค่าอาหาร 1 มื้อ /อาหารว่าง 2 มื้อ 15 คน x 100							
- ทบทวน SOP การสื่อสารระดับอำเภอ กรณีพบเหตุการณ์อาหารไม่ปลอดภัย	1 ครั้ง/ปี	รพ.เกาะคา	มี SOP อาหาร			ม.ค 64	สลิล/สนอง
			ปลอดภัยระดับ				
- การจัดกิจกรรมส่งเสริมการบริโภคอาหารลดหวาน มัน เค็ม (บูรณาการทีม	1 ครั้ง/ปี	รพ.เกาะคา	อำเภอ			ม.ค 64	สลิล/เพียงเดือน

	(ครั้วเรือน ร้านก๋วยเตี๋ยว ร้านอาหาร ตลาด วัด : ประเด็นลดเค็ม							
	ร้านเครื่องดื่ม งานบุญ : ประเด็นลดหวาน)							
	- เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่าน group Line อาหารปลอดภัย	กลุ่มไลน์อาหาร	อ.เกาะคา				ต.ค-ก.ย	สลิล
	ปลอดภัยและเครือข่าย							
	- คืบข้อมูลและสื่อสารข้อมูลที่เป็นประโยชน์ผ่านการประชุมประจำเดือน	2 ครั้ง/ปี	อ.เกาะคา	เครือข่ายภาครัฐ			ต.ค-ก.ย	สลิล
	ในหน่วยงานภาครัฐ และ เครือข่าย เช่น การประชุมกำนันผู้ใหญ่บ้าน			ได้รับการคืบซื้อ				
	อสม. ผู้สูงอายุ ฯลฯ			มูล				
	- สนับสนุนสื่อ เอกสารความรู้ในการแนะนำผู้ประกอบการจำหน่ายสด	1 ครั้ง/ปี	อ.เกาะคา				ม.ค 64	สลิล/สนอง
	/อาหารแปรรูปในการผลิต/จำหน่ายอาหารที่มีความปลอดภัย							
	- จัดซื้อชุดทดสอบเบื้องต้น เพื่อตรวจสอบปนเปื้อนในโรงครัวโรงพยาบาลตามก	2 ครั้ง/ปี	อ.เกาะคา				มี.ค/ก.ย	รพ./รพ.สต.
	โรงพยาบาลอาหารปลอดภัยและผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับอำเภอ (บูรณาการงาน คบส.)							
	***ค่าจัดซื้อชุดทดสอบเบื้องต้นรวมค่าจัดส่ง				3,900	UC	ม ค64	สลิล
	- ชุดทดสอบบอแรกซ์ 50 ตย. 90 บาทจำนวน10 กล่องรวม900 บาท							เพชรรินทร์
	- ชุดทดสอบกรดซาลิซิลิก 50 ตย. 120 บาทจำนวน 10 กล่อง รวม 1,200 บาท							ภัคพล
	- ชุดทดสอบฟอร์มาลิน 100 ตย.ชุดละ 18 บาท รวม1,800 บาท							
	3. อาหารปลอดภัยในโรงเรียน / ศูนย์เด็ก	2 ครั้ง/ปี	ร.ประถม 17 แห่ง	เกิดเครือข่าย			ต.ค-ก.ย	สลิล
	(บูรณาการกลุ่มวัยเรียน / อย.น้อย /งานสุขาภิบาลอาหาร /มอค.)		ร.ปริยัติธรรม1 แห่ง	อาหารปลอดภัยใน				เพชรรินทร์
	** เกณฑ์ สุขาภิบาล ผักปลอดภัยพิษ ลดหวาน ลดเค็ม		ร.มัธยม 2 แห่ง	โรงเรียน				ปิยะพันธ์
	- ส่งเสริมการอ่านฉลากโภชนาการเป็น บริโภคหวาน (น้ำตาลไม่เกิน 6 ช้อน	2 ครั้ง/ปี					ต.ค-ก.ย	สลิล
	และเค็ม (วันละไม่เกิน 2,000 มก.)อย่างเหมาะสมผ่านช่องทางต่างๆ ได้แก่							เพชรรินทร์
	วิทยากร เอกสาร แผ่นพับ ฯ							ปิยะพันธ์
	- ส่งเสริมการกินผักผลไม้ (ปลอดภัยฯ)แทนขนม เลือกขนมที่มีประโยชน์	2 ครั้ง/ปี					ต.ค-ก.ย	สลิล

	กรณีน้ำหวาน/ไอศกรีม ปริมาณน้ำตาลไม่เกิน 5%							เพชรรินทร์
	- เพิ่มเมนูทางเลือกร้านอาหารและเครื่องดื่มในโรงเรียน โดยเพิ่มเมนูไม่ใส่ผงชูรส	2 ครั้ง/ปี		ร้านอาหารในรร.			ต.ค-ก.ย	สลิล
	และเพิ่มเมนูเครื่องดื่มหวานน้อย			มีเมนูทางเลือก				เพชรรินทร์
	- ขอความร่วมมือให้นักเรียนงดการนำน้ำหวาน ลูกอม ขนมกรุบกรอบ มากินใน	2 ครั้ง/ปี					ต.ค-ก.ย	สลิล
	โรงเรียน							เพชรรินทร์
	- รณรงค์อาหารปลอดภัยรอบรั้วโรงเรียน ได้แก่ งดการจำหน่ายเครื่องดื่มที่มีปริ	2 ครั้ง/ปี	ร.ประถม 17 แห่ง	ไม่มีอาหารที่มี			ต.ค-ก.ย	สลิล
	น้ำตาลสูง อาหารที่ใช้น้ำมันทอดซ้ำ และอาหารที่มีความเค็ม		ร.ปริยัติธรรม 1 แห่ง	ผลเสียต่อสุขภาพ				เพชรรินทร์
			ร.มัธยม 2 แห่ง	บริเวณรอบรั้วรร.				
	- โรงเรียนใช้วัตถุดิบในการปรุงอาหารที่สะอาดและปลอดภัย เช่น ผักปลอดสาร	2 ครั้ง/ปี					ต.ค-ก.ย	สลิล
	ผักพื้นบ้าน กรณีที่จำเป็นต้องใช้ผักตามท้องตลาดให้มีการล้างที่ถูกต้องตามหลักโดยใช้							เพชรรินทร์
	น้ำส้มสายชู ผงฟู							
	- คณะทำงานอาหารปลอดภัยระดับอำเภอตรวจสอบสุขภาพอาหารและสิ่งแวดล้อม	2 ครั้ง/ปี	ร.ประถม 17 แห่ง	โรงเรียนผ่านเกณฑ์			ต.ค-ก.ย	สลิล
	โรงเรียน		ร.ปริยัติธรรม 1 แห่ง	สุขภาพอาหาร				เพชรรินทร์
			ร.มัธยม 2 แห่ง	และสิ่งแวดล้อม				สนอง
				รวมงบประมาณ UC	5,400.00			

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

คปสอ.เกาะคา จังหวัดลำปาง

ยุทธศาสตร์ที่ 1...การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

ประเด็น / งาน : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ

ตัวชี้วัด (KPI) /ผลลัพธ์ที่ต้องการ

1. ผู้ที่มีอายุ 55 ปีที่มารับบริการที่ สถานบริการ ได้รับการดูแล เรื่อง การพอกเข้า ด้วยสมุนไพร ร้อยละ 50
2. การจัดสภาพแวดล้อมป้องกันการพลัดหกล้ม NPCU ละ 30 หลัง (อายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป มีBMI เกินและผู้สูงอายุผู้สูงอายุติดบ้าน และมีปัญหาเข้าเสื่อม) ร้อยละ 100
- 3 ร้อยละ100ของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงได้รับการดูแลสุขภาพช่องปาก
- 4 ร้อยละ 20 ของผู้สูงอายุที่ป่วยเบาหวานได้รับการทาฟลูออไรด์เพื่อป้องกันรากฟันผุ

ข้อมูลพื้นฐาน/ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

1. อำเภอเกาะคา ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) โดยมีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งหมด 1,2806 คนคิดเป็นร้อยละ 26.98 ของประชากรทั้งหมดของอำเภอเกาะคา(ในปี 2560 ,2561และ 2563 ร้อยละ 25.53 , 27.56 และ 30.97 ตามลำดับ พบทุกตำบลที่มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 3 อันดับแรก ได้แก่ รพ.เกาะคา รพสต.จอมปิง และรพสต.ท่าผา ร้อยละ 38.58 , 38.14 และ 33.23 ติดสังคมร้อยละ 97.83 ติดบ้านร้อยละ 1.55 ติดเตียง ร้อยละ 0.6
- 2.ร้อยละของ Healthy Ageing ต้องเพิ่มขึ้นหรือคงที่จากปีที่ผ่านมา ปี 63 ผลงานร้อยละ 98.21 ปี 62 ร้อยละ 98.43 ปี 61 ร้อยละ 97.81 ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ได้รับการสำรวจสภาพแวดล้อมยังไม่ครอบคลุม
3. การคัดกรองภาวะเสื่อม หรือกลุ่มอาการ Geriatric Syndromes พบที่มีความเสี่ยง/ผิดปกติมากที่สุดได้แก่ ภาวะโภชนาการพบผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกายเกิน (เริ่มอ้วนและอ้วน) ร้อยละ 20.15 ผอม ร้อยละ 17.49 รองลงมา ได้แก่ มีภาวะเข้าเสื่อม ร้อยละ 14.91 ,เสี่ยงต่อภาวะหกล้ม ร้อยละ 3.13
4. การประเมินผลตำบล LTC ที่ ยังไม่ผ่านเกณฑ์ มีตำบล LTC. 4 ตำบล คิดเป็นร้อยละร้อยละ 20
5. จำนวน Case manager ทั้งหมด 10 คน , Care Giver 100 คน ยังไม่ครบทุกสถานบริการ
6. ยังไม่มีคลินิกผู้สูงอายุ

7. อบท.ที่เข้าร่วม LTC ปี 59-62 จำนวน 5 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 60 ยังไม่รวมอีก 5 แห่งคือ อบท.นาแก้ว อบท.เกาะคาแม่ยาว อบท.ไหล่หิน

อบท.ลำปางหลวงและ อบท.นาแสง

8. การจัดสิ่งแวดลอมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุและคนพิการทุกสถานบริการ ผ่านการประเมินตนเอง ตามเกณฑ์มาตรฐานสิ่งแวดล้อม5 ด้าน ทุกสถานบริการ

9.การประเมินวัดส่งเสริมสุขภาพ 1 วัด 1 รพสต.ยังไม่ผ่านเกณฑ์

แผนยุทธศาสตร์

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิตของโครงการ	งบประมาณ		ดำเนินการ (ระบุให้)	ผู้รับผิดชอบ
					จำนวน	แหล่งงบ		
1	รหัสโครงการ 030106							
	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ อำเภอเกาะคา		อ.เกาะคา					
	1.การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ							
	1.1 กลุ่ม Pre-aging(อายุ 55 ปี)							
	ข้อเข้าเสื่อม							
	1. การส่งเสริมสุขภาพในการป้องกัน และการดูแลข้อ ข้อเสื่อมด้วยการพอกเข้า	ร้อยละ 50 ของ กลุ่มอายุ 55 ปี อ.เกาะคา	5 NPCU	1.ผู้มีอายุ55ปีขึ้นไป ได้รับ		กสต.	คค.63-กย.64	รพสต /สสอ
	ในกลุ่มอายุ55ปีขึ้นไป ที่มีปัญหาปวดเข้า	ที่มีมารักษาที่ รพ เกาะคา ด้วยเรื่อง ปวดเข้า อย่าง น้อย 1 ครั้ง/ปี	(13 รพสต 1 รพ)	บริการพอกเข้า ร้อยละ50				แพทย์แผนไทย
	1.1 รพสต.จัดทำโครงการร่วมกับอบท.ในพื้นที่ เพื่อ ส่งเสริมกิจกรรมดังนี้	อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี						งานสูงอายุ รพ
	- ให้ความรู้เรื่องข้อเข้าเสื่อม	จำนวน 2,275 คน						เกาะคา

- สมุนไพรพื้นบ้านที่ใช้ในการพอกเข้า ส่งเสริมการปลูกสมุนไพรพื้นบ้าน	จอมปึง = 100 คน							กายภาพบำบัด
- กิจกรรมพอกเข้าด้วยตัวเอง	ดอนธรรม = 175 คน							
- การบริหารกล้ามเนื้อขาและเข่า	ท่าผา = 200 คน							
1.2. ให้บริการหัตถการ พอกเข้าสมุนไพรแก่ผู้รับบริการอายุ 55 ปีขึ้นไปที่มีมารับบริการที่รพสต	นาแสง = 100 คน							
1.3 รพ.จัดซื้อสมุนไพรพอกเข้า สูตรแม่หมอกและสมุนไพรพื้นบ้าน	น้ำล้อม = 175 คน					บูรณาการร่วมแพทย์แผนไทย		
	บ้านจู้ด = 225 คน						ตค -กย 64	
	ลำปางหลวง = 150คน							
	วังพร้าว = 225 คน							
	ศาลาไชย = 150 คน							
	ศาลาดงลาน = 150คน							
	สองแควใต้ = 225 คน							
	หาดปู่ด้าย = 25 คน							
	ไหล่หิน = 225 คน							
	รพ.เกาะคา = 150 คน							
ผลิตภัณฑ์								
1. การส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการผลิตภัณฑ์ในกลุ่มอายุ 55ปีขึ้นไปที่มีน.น.เกิน	ร้อยละ 50 ที่มีน้ำหนักเกิน 1260 คน	5 NPCU	1.ผู้มีอายุ55ปีขึ้นไปที่มีน้ำหนักเกิน		กสต.	คค.63-กย.64	รพสต /สสอ	

1.1 รพสต.จัดทำโครงการร่วมกับอปท.ในพื้นที่ เพื่อส่งเสริมกิจกรรมดังนี้	จอมปิง 50 คน	(13รพสต.+1 รพ.)	ได้เข้าร่วมกิจกรรมร้อยละ20				แพทย์แผนไทย
*การให้ความรู้เรื่องอาหารและโภชนาการ	ดอนธรรม 95 คน		2.กลุ่มเป้าหมายมีน้ำหนักลดลง				งานสูงอายุ รพ
*ให้ความรู้เรื่องข้อเข่าเสื่อม	ท่าผา 125 คน		จากเดิมร้อยละ10				เกาะคา
*การบริหารกล้ามเนื้อขาและเข่า	นาแสง 55 คน						กายภาพบำบัด
*การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย	น้ำล่อม 85 คน						
	บ้านจู้ด 125 คน						
	ลำปางหลวง 75 คน						
	วังพร้าว 125 คน						
	ศาลาไชย 105 คน						
	ศาลาดงลาน 125 คน						
	สองแควใต้ 120 คน						
	หาดปู่ด้าย 10 คน						
	ไหล่หิน 80 คน						
	รพ.เกาะคา 85 คน						
การออกกำลังกาย							
1. รพสต.สนับสนุนการจัดกิจกรรมออกกำลังกายว่าง 2 วัน/สัปดาห์	13รพสต.+1 รพ.	13รพสต.+1 รพ.	มีกิจกรรมออกกำลังกาย ต่อเนื่อง		กสต.	คค.63-กย.64	รพสต /สสอ

	2. ชมรมผู้สูงอายุ หรือ โรงเรียนผู้สูงอายุ มีการดำเนินกิจกรรมของชมรมอย่างต่อเนื่อง	ชมรมผู้สูงอายุ 9 ตำบล	2 อบต.+8 ทต.	กลุ่มผู้ที่มารับบริการที่		อปท สนับสนุน		อปท
	3. ทุกสถานบริการ .ให้ความรู้ แก่ผู้รับบริการ	.		รพสต.ได้รับความรู้การบริหารกล้ามเนื้อ		งบประมาณและสถานที่		
	เรื่องการกาบบบริหารกล้ามเนื้อและเข้าแก่ผู้รับบริการอายุในสถานบริการ	.		และเข้าอย่างน้อย คนละ 1 ครั้ง/ปี		ในการดำเนินงาน		
	(ดูคลิป VDO)	.		และเข้าอย่างน้อย คนละ 1 ครั้ง/ปี				
	ฟัน							
	1.ผู้สูงอายุได้รับการทาฟลูออไรด์เพื่อป้องกันรากฟันผุ	ร้อยละ 20 ผู้สูงอายุที่เป็น	5 NPCU	ได้รับการทาฟลูออไรด์ป้องกันรากฟันผุครบ	-	-	ค.ค63-ก.ย64	ทันตกรรม 5 NPCU
		รพสต.จอมปึง 27 ค	มีunit ทำฟัน ใน5	ร้อยละ20 ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน				
		รพสต.ดอนธรรม 35 ค	(13รพสต.+1รพ.)					
		รพสต. ท่าผา 54 คน						

		รพสต.ไหล่หิน	45 คน					
		รพสต.ลำปางหลวง	32 คน					
		รพสต.บ้านจู้ด	62 คน					
		รพสต.น้ำล้อม	40 คน					
		รพสต.สองแควไค้	45 คน					
		รพสต.นาแสง	30 คน					
		รพสต.วังพร้าว	60 คน					
		รพสต.หาดปู้ด้าย	7 คน					
		รพสต.ศาลาดงลาน	38 คน					
		รพสต.ศาลาไชย	31 คน					
		รพ.เกาะคา	21					
	2.ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงได้รับการดูแลสุขภาพช่องปาก	ผู้สูงอายุติดบ้าน	199 ราย	ร้อยละ 100				ทันตกรรม /รพสต/
		ติดเตียง ทุกราย	74 ราย					รพ
	3. ส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชมรมผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงอายุ (บูรณาการกับ	ผู้สูงอายุทุกคน	13,377 คน	ร้อยละ 50 ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริม				รพสต/อปท/รพ
	งานตำบล long term care)	ร้อยละ 50	6687 คน	สุขภาพช่องปาก				
	2. จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ (universal design)							
	2.1 สถานบริการ							

2.1.1 สถานบริการทุกแห่งปรับปรุงสถานบริการ หรือ คงสภาพ มาตรฐาน	ร้อยละ 100	13รพสต. 1 รพ	ทุก รพสต คง สภาพตาม มาตรฐาน				สสอ./รพ./รพสต
สภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคน พิการและผู้สูงอายุ 5 หมวด			(universal design)				
ผ่านเกณฑ์ บูรณาการร่วมกับงาน พ.สต.ติดตาม + GREEN & CLEAN HOSPITAL							
2.1.2 มีส่วนร่วมกับทีมสิ่งแวดล้อม เพื่อประเมิน อารยสถาปัตย์สถานบริการ							
2.1.3 เข้าร่วมกับงานสิ่งแวดล้อมระดับอำเภอเพื่อ กำหนดตารางประเมินอารยสถาปัตย์							
ทุกสถานบริการสุขภาพ							
2.1.4 ทีมสิ่งแวดล้อม อำเภอประเมินอารยสถาปัตย์ ในสถานบริการ							
2.1.5รวบรวมข้อมูลหลังการประเมินสถานบริการเพื่อ นำเสนอข้อมูลให้คปสอ.							
2.2 วัด							
2.2.1 วัดส่งเสริมสุขภาพ							
- .รพสต.และพระอศว.ร่วมกันประเมินวัดส่งเสริม สุขภาพในพื้นที่รวมทั้งเกณฑ์	1 วัด 1 รพ./รพสต. 14 วัด	อำเภอเกาะคา	วัดผ่านการประเมิน				สสอ
universal design			วัดส่งเสริมสุขภาพ				13 รพสต/ 1 รพ

รพสต. น้ำล้อมวัดสันทุ้มแอ้ม			อย่างน้อย 1วัด				
รพสต.ลำปางหลวง วัดพระธาตุลำปางหลวง							
รพสต.บ้านจู้ด วัดนางเหลียว							
รพสต. ศาสดางลาน วัดศาลาหลวง							
รพสต.ศาลาไชย วัดศาลาไชย							
รพสต.วังพร้าว วัดวังพร้าว							
รพสต.สองแควใต้ วัดนาแก้ว							
รพสต.ท่าผา วัดพระธาตุตอดน้อย							
รพสต.จอมปิง วัดจอมปิงลุ่ม							
รพสต.หาดปู่ด้าย วัดหาดปู่ด้าย							
รพสต.ไหลหิน วัดไหลหิน							
รพสต.ดอนธรรม วัดโป่งร้อน							
รพสต.นาแสง วัดสุวรรณวราราม							
- ทิ่มีระดับอำเภอประเมินอารยสถาปัตย์วัด ส่งเสริมสุขภาพ	14วัด						
- นำเสนอข้อมูลผลการประเมินวัดส่งเสริมสุขภาพ ให้กับคปสอ.และอปท							
เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันทุกภาคส่วน							
- . จัดประชุมทบทวนและคืนข้อมูลผลการประเมิน วัดส่งเสริมสุขภาพ	13รพสต.14วัด1รพ.					บูรณการร่วม	ต.ค.- ธ.ค.63 สสอ /รพ/รพสต
2.2.2 อบรมหลักสูตรพระ อสว. 35 ชม. หลักสูตร กรมอนามัย	วัดที่ยังไม่ได้อบรม	วัดที่ยังไม่ได้อบรม	มีพระอสว.ครบ ทุกวัด			PPA จังหวัด	ต.ค.63 -ก.ค.สสอ

	- กิจกรรมทางกายตามหลักพระธรรมวินัย	พระอสนว 50 วัด	พระอสนว.					รพ
	- การพิจารณาเลือกฉันอาหาร	จำนวน 50.รูป	(ทุกอำเภอ)					
	- ให้ประชาชนตระหนักในการถวายอาหารและ เครื่องดื่ม							
	ที่ไม่เป็นโทษต่อสุขภาพพระสงฆ์							
	2.3 ครั้วเรือน							รพสต/รพ/สสอ
	1. รพสต.สำรวจและเลือกหลังคาเรือนที่มีความเสี่ยง ดังนี้	NPCU ละ 30 หลังคา เรือน	อ.เกาะคา	150 หลังคาเรือน ได้รับการปรับปรุง	บูรณาการร่วมกับทีม			
	- มีผู้สูงอายุที่อ้วน /เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม	5 NPCU x30 =150 หลังคาเรือน		สภาพแวดล้อม ตามความ เหมาะสม	อปท ทั้ง 8 อปท			
	-มีสภาพแวดล้อมเสี่ยงต่อการหกล้ม					2 อบต		
	2. รพสต.ส่งข้อมูลให้ทีม NPCU5 แห่ง นำข้อมูลเสนอ ให้สสอ.รับรอง							
	เพื่อรวบรวมข้อมูลนำเสนอพขอ.							
	3. ติดตามแผนการพัฒนาปรับปรุงสภาพแวดล้อมของ อปท.แต่ละแห่ง							
	ในการช่วยเหลือหลังคาเรือนที่มีความเสี่ยง							
	4. รายงานความก้าวหน้า ให้ สสจ.ทุก 3 เดือน							
	3. การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง							

3.1.อบรม Care Manager ผู้ดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกสถานบริการ	รพสต.ที่ไม่มี CM ทั้งหมด 4 แห่ง ดังนี้	4 รพสต	มี CM ทุกสถานบริการ	-	ตามแผนของ	ม.ค.-ก.พ. 64	สสจ.ลำปาง
	รพสต ลำปางหลวง				สสจ.ลำปาง		
	รพสต. บ้านจู้ด						
	รพสต.จอมปิง						
	รพสต. ท่าผา						
3.2.อบรมฟื้นฟูความรู้ให้แก่ Care Manager ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก่อนหมดอายุ การรับรอง 4 ปี	2 คน	2 รพสต	CM ได้รับการฟื้นฟูความรู้	-	ตามแผนของ	พ.ย.-ธ.ค. 64	ศูนย์อนามัยที่ 1
					สสจ.ลำปาง		เชียงใหม่
3.3.อบรมฟื้นฟูความรู้ให้แก่ Care Giver ก่อนหมดอายุการรับรอง 4 ปี อบรม 4 วัน	CG LTC ปี 59-61	4 ตำบล	CG ได้รับการฟื้นฟูความรู้	29,150.00	งบUC กลางวัน	มีค .64	รักษนก/
จำนวน 60 คนๆ ละ50 บาท 3000 รวม 4 วัน เป็นเงิน 12000 บาท	จำนวน 60 คน 4 วัน	4รพสต					แสงจันทร์
ค่าอาหารว่างจำนวน 60คน ๆละ 25 บาท 2 มื้อ เท่ากับ3000 รวม 4 วัน							4รพสต
- ค่าป้ายไวนิล 350 บาท							/แสงจันทร์
คู่มืออบรม 80 บาท/ชุด 60 ชุด เป็นเงิน 4,800 บาท							

	3.4.อบรมรรม Care Giver 70 ชม เขต ตำบลไหล่หิน	30 คน รพสต.ไหล่หิน	ตำบลไหล่หิน	มี GC ครอบคลุม อีก 1 ตำบล	30,000.00	บูรณา การ ร่วมกับ กศน	กพ-มีค 64	CM รพสต
						โดย โรงพยาบาล ไช้บ UC		แสงจันทร์/
						เฉพาะ ค่าอาหาร		/ รักชนก
						ค่าอาหาร กลางวัน		
						จำนวน 30 คนๆละ		

						50 บาท 1500 รวม		
						10 วัน เป็นเงิน		
						15,000 บาท		
						และ อาหาร ว่าง. เฉพาะ ค่าอาหาร		
						ค่าอาหาร ว่าง จำนวน		

						30 คน ละคร 25 บาท		
						2 มือ 1500		
						รวม 10 วัน		
						เป็นเงิน		
						15,000 บาท		
						เป็น เงิน 30,000 บาท		
	3.5 อบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ รพสต ในเรื่องการ	5 NPCU รพสต ละ 2 คน	อ.เกาะคา	มีผู้รับผิดชอบ ดูแลการพอกเข้า และ การ	ไม่ใช้งบ	บรรณา การ ร่วมกับ		กลุ่มเวช
	1. พอกเข้าด้วยสมุนไพร			ออกกำลังภายใน ผู้สูงอายุ ใน 5 NPCU		งาน แพทย์ แผนไทย และ		งานแพทย์ แผนไทย

	2. การออกกำลังกายเพื่อป้องกันล้ม					กายภาพบำบัด		กายภาพบำบัด และ
								รพสต
	3.6 ฝึกทักษะ ผู้รับผิดชอบงานลงข้อมูลใน SPP แต่ ละสถานบริการ	13 รพสต/1 รพ	อ.เกาะคา	สามารถลงข้อมูล ใน SPP ได้ ถูกต้องครบถ้วน	ไม่ใช้งบ	บูรณา การใน วันที่ อบรม		รพสต /แสงจันทร์/
				ตามกำหนด		ให้ ความรู้ แก่ เจ้าหน้าที่		รพเกาะคา
						รพสต ในเรื่อง การพอก		
						เข้าด้วย สมุนไพร กับ		
						แพทย์ แผนไทย และ		

						กายภาพ บำบัด		
	4. กิจกรรมการคัดกรอง senile cataract เพื่อ ผ่าตัดตาต่อกระจกในผู้สูงอายุ							
	4.1 รพสต.คัดกรองผู้สูงอายุที่มีปัญหาVA<15/200	ผู้สูงอายุที่มีผลVA10/100	รพสต./รพ.เกาะคา	ผู้สูงอายุได้รับการตรวจโดย				รักษนก/ แสงจันทร์
	4.2 การฟื้นฟูความรู้เรื่องการวัดสายตาและการคัดกรองผู้มีปัญหาในการมองเห็น	35 คน		จักษุแพทย์ร้อยละ80	3,500.00	UC ผู้สูงอ	ธค 63	พยาบาล OPD
	โดยมี รพ เสริมงามและ รพ สปปราบเข้าร่วมอบรม	ผู้สูงอายุที่มีVA<15/200จำนวน 50 คน		ผู้สูงอายุเข้าถึงการรักษาด้วยการผ่าตัดทันเวลา			มีย .64	รพสต
	4.3 โครงการจักษุแพทย์เคลื่อนที่เพื่อการคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยง	ทีมตรวจคัดกรอง 15คน		ลดอัตราภาวะตาบอดในผู้สูงอายุ				
	Blinding cataract							
	5. การควบคุมติดตาม							
	5.1 กำกับติดตามเวทีประชุมคปสอ.ทุกเดือน	13 รพสต/1 รพ	อ.เกาะคา	ได้รับข้อมูล	ไม่ใช้งบ	ประชุม	ตค63-กค	รักษนก / แสง
	5.2 ติดตามกำกับผ่านระบบรายงาน การประเมินตนเองตามเกณฑ์มาตรฐานสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการและผู้สูงอายุ	13 รพสต/1 รพ	อ.เกาะคา	ผู้สูงอายุในอ.เกาะคา เพื่อมาวิเคราะห์และ		พุธ ประสาน รพสต	64	จันทร์

	6.พัฒนาระบบบริหารจัดการ							
	6.1.ประสานส่งข้อมูลให้ศูนย์ COC ดูแลต่อเนื่องวางแผนการเยี่ยมติดตามผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียงสีแดง (บูรณาการร่วมกับการงาน COC)	13 รพสต/1 รพ	อำเภอเกาะคา	มีระบบการส่งต่อข้อมูลที่มีคุณภาพ ทำให้ผู้สูงอายุที่ได้รับการส่งต่อรักษาต่อเนื่อง	ไม่ใช้งบ		ต.ค.63-ก.ย.64	บูรณาการร่วมกับการงาน COC
	6.2.ลงข้อมูลการคัดกรอง สุขภาวะต่างๆลงในใน Special pp.JHCIS,HOSXP รายงานผลการเยี่ยม	รพ.สต.13 แห่ง และกลุ่มเวชฯ	อ.เกาะคา	มีระบบการบันทึกข้อมูล			ต.ค.63-ก.ย.64	รักษนก /แสงจันทร์/ รพสต /พันตกรรม
	6.3.กำกับติดตามข้อมูลผ่าน HDC 43 แฟ้ม ระบบสารสนเทศสาธารณสุขจังหวัดลำปาง	รพ.สต.13 แห่ง และกลุ่มเวชฯ	รพ.เกาะคา รพ./สสอ	มีระบบการกำกับติดตามการบันทึกข้อมูลอย่างถูกต้อง			ธค 63 / 10 อปท 13 รพสต และ กย 64	รักษนก /แสงจันทร์/ รพสต
	6.4 ส่งข้อมูลความก้าวหน้า ผลการทำงาน ให้ สสจ.ทางไลน์กลุ่มAging CM	ทุกตำบลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วม LTCอำเภอเกาะคา	อ.เกาะคา	สสจ.ได้รับข้อมูลผู้สูงอายุในอ.เกาะคา			ธค63 มีค 64มีย64 กย 64	รักษนก/แสงจันทร์

	6.5 วิเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงานสูงอายุ อำเภอกะลา เพื่อการปรับเปลี่ยนแผนดำเนินงานให้เหมาะสมกับปัญหาที่พบในปัจุบันต่อไป			ได้รับข้อมูลผู้สูงอายุในอ.กะลา เพื่อมาวิเคราะห์และวางแผนการดูแลต่อไป			สิ้น สค.64	รักษนก/แสงจันทร์
				รวมงบประมาณ UC	62,650.00			
	7. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพพระสงฆ์อำเภอกะลา รหัสโครงการ 030111							
	7.1 ความครอบคลุมของการคัดกรองวัณโรค							
	- ค่าตรวจ CXR โดยใช้รถ Mobile X - ray	พระสงฆ์ 450 รูป	อ.กะลา	พระสงฆ์ ได้รับการ	22,500.00	UC	17 พย63	คุณอรรณ รักชนก
				X-ray ครอบคลุม		50x450=22,500		คุณแสงจันทร์ รพสต
				100%				
	- คัดกรองเบาหวานความดัน			พระสงฆ์ ได้รับการ	บูรณาการร่วม		ตค63-ธค64	รักษนก/เพียงเดือน
				คัดกรองครอบคลุม		วัยทำงาน		แสงจันทร์/รพสต
				รวมงบประมาณ UC	22,500.00			

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

คปสอ.....เกาะคา.....จังหวัดลำปาง

ยุทธศาสตร์ที่ 1 วิจัยทำงาน

ประเด็น.....โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง.....

1. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานไม่เกิน ร้อยละ 1.85
2. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงความดันลดลงจากปีก่อน ลดลงร้อยละ 4.40
3. ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมน้ำตาลได้ดีร้อยละ 40
4. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้ดีร้อยละ 50
5. กลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ร้อยละ 40
6. กลุ่มเสี่ยงป่วยเบาหวานได้รับการตรวจเลือดซ้ำร้อยละ 30 ตามแนวทางรักษา
7. ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมน้ำตาลได้ดีร้อยละ 40
8. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันได้ดีร้อยละ 50

สถานการณ์/ข้อมูลพื้นฐาน

อ.เกาะคามีอัตราผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องอัตราผู้ป่วยผู้ป่วยเบาหวานต่อแสนประชากร ปี 2559-2563 ที่ 6,081.59 6,421.02 6,869.05 7,187.11 74,63.44 และมี อัตราผู้ป่วยผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร ปี 2559-2563 อยู่ที่ 14,536 , 15,326 , 15,980 , 16,731 17,644.46 ตามลำดับ

1. อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 2.89 พบสูงที่รพ.สต.บ้านหาดปู้ด้ายและรพสต.นาแสง 12.50 รพสต.บ้านจู้ด 5.41 น้ำลอม 5.31
 2. อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 4.74 พบสูงที่ รพ.สต. บ้านหาดปู้ด้าย 20 รพ.เกาะคา 10 ศาลาดงลาน 9.38 ศาลาไชย 9.09
 3. ประชาชน อายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเบาหวาน ร้อยละ 94.99
 4. ประชาชน อายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง ร้อยละ 95.18
- มีผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงยังสูง ร้อยละ 2.84 (ปี 62 = 2.73) เป้าหมายร้อยละ 1.95 (HDC)
- อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง ยังสูงจากปีก่อน ร้อยละ 4.74
- ในกลุ่มป่วย เบาหวาน ความดันโลหิตสูงยังควบคุมไม่ได้ตามเป้าหมาย ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานควบคุมได้ ร้อยละ 17.24 (เป้าหมาย ร้อยละ 40)

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ควบคุมได้ร้อยละ 50.81 (เป้าหมายร้อยละ 50)

- กลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการวัดความดันที่บ้านร้อยละ 89.52 ผ่านเป้าหมายร้อยละ 30 แต่ในปี 2563 เป้าหมายร้อยละ 40
- อ.เกาะคามี้อัตราป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อัตราป่วยผู้ป่วยเบาหวานต่อแสนประชากร ปี 2559 -2563(ก.ค.2563) 6,081.59 , 6,421.02 , 6,869.05,7,187.11 , 7,469.44
- อัตราป่วยผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร 14,536 , 15,326 ,15,980 , 17,644.49
- ในกลุ่มป่วย เบาหวาน ความดันโลหิตสูงยังควบคุมไม่ได้ตามเป้าหมาย ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานควบคุมได้ ร้อยละ 15.56 (เป้าหมาย ร้อยละ40) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ควบคุมได้ร้อยละ 45.67(เป้าหมายร้อยละ 50)
- คัดกรอง CVD risk ร้อยละ 90.46เป้าหมายร้อยละ 82.5ในการตรวจคัดกรองค้นหาภาวะแทรกซ้อนไตร้อยละ 62.83 (เป้าหมายร้อยละ 60)ได้ตามเป้าหมาย การตรวจฟันร้อยละ 45.67 ทางตาร้อยละ56.02 การตรวจเท้า ได้รับการคัดกรองร้อยละ55.82 (เป้าหมายร้อยละ 60)ในปี 2563 ได้ปรับผู้ป่วยรักษา รพ.สต.ตรวจตาและเท้าที่ รพ.สต.
- การดำเนินงาน NCD ต่างๆยังไม่ได้ตามเป้าหมาย กลุ่มPreDM,PreHT, กลุ่มผู้ป่วยuncontrol ยังไม่ปรับพฤติกรรม ส่วนใหญ่ปรับพฤติกรรมไม่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีปริมาณมาก ผู้ให้บริการไม่สามารถให้การดูแลเฉพาะอย่างทั่วถึง จึงเลือกกลุ่มสีแดง มาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิกDEPAC ร่วมกับการทำSMBG,SMBP จัดทำIndividual careplanเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง และส่งผู้ป่วยได้รับการบริการกลับบ้าน

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิตของโครงการ	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	
					จำนวน	แหล่งงบ			
	รหัสโครงการ 030105 โครงการเพื่อส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน								
	1. การคัดกรองค้นหากลุ่มเสี่ยงปี2564								
	1. สํารวจและจัดทำฐานข้อมูลประชาชนที่ไม่ป่วยด้วยโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูงอายุ 35 ปีขึ้นไป	ประชากรที่ไม่ป่วย	13รพสต./	- มีทะเบียนรายชื่อประชากรที่ต้องคัดกรองทุกสถานบริการ	ไม่ใช้งบ		1-30กัน	แสงจันทร์	
		DM+HT อายุ35ปีขึ้นไปทุกราย	1รพ.					เพียงเดือน	

2.มีการจัดการตรวจสอบสุขภาพเชิงรุก การคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป	คัดกรองประชากรที่ไม่ป่วยDM+HT อายุ 35ปีขึ้นไปทุกรายรวม 26,824ราย	13รพสต./	- ประชากรอายุ35ปีที่ไม่ป่วย DM+HT ได้รับการคัดกรองทุกราย - มีทะเบียน ผลการคัดกรอง จำแนกกลุ่มเสี่ยง / กลุ่มปกติ	147,984.00	UC	1ตค.63-30พย.63
ในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ไม่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	1รพ.				-ค่าเข็มเจาะเลือด	แสงจันทร์
.-มีทะเบียนกลุ่มเป้าหมายที่จะคัดกรอง	รพ.1000				1.80*26824	เพียงเดือน
.-ประชุมสมเพื่อวางแผนกำหนดวันคัดกรอง	น้ำล้อม1800				48,284	
และทบทวนศักยภาพอสม.ในการเจาะDTX	ลำปางหลวง1520				.-ค่าstipเจาะเลือด	
.-ออกตรวจคัดกรองตามแผนที่วางไว้	บ้านจู้ด2555				540กล่อง*180บาท	
.-ให้คำแนะนำเบื้องต้นแก่กลุ่มเสี่ยงเบาหวานหรือกลุ่ม	สองแควใต้2505				97,200	
เสี่ยงความดันโลหิตสูง	จอมปิง1135				ค่าถ่ายเอกสาร	
.-นำผลการคัดกรองมาลงในโปรแกรมHOS.xpหรือ JHCIS	ไหล่หิน 2455				คัดกรอง	
.-นำผลการคัดกรองมาวิเคราะห์เพื่อทำเป็นโครงการ	วังพร้าว3105				2500บาท	
แก้ไขปัญหาต่อไป	ดงลาน1850					
.-แพทย์หัวหน้าทีมPCUทำหน้าที่เป็นSystem manager	ศาลาไชย1890					
	นาแสง1790					
	ท่าผา2490					
	ดอนธรรม2300					
	หาดปู้ด้าย429					
2. การดำเนินงานเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง						

2.1	การดำเนินงานในกลุ่มเสี่ยงDM	1774ราย	13รพสต./1รพ.	กลุ่มเสี่ยงDM มีการ ปรับ พฤติกรรม	62,002.00	งบuc	1มค. 63-31 กค.64	แสงจันทร์
	ติดตามเดือนที่1- สืบค้นเข้าถึงข้อมูล		รพ.เกาะคา73	มีการรับรู้และเข้าใจ สามารถปฏิบัติ		ค่าถ่ายเอกสารติดตาม		เพียงเดือน
	มีสื่อการสอนอาหาร ฉลากโภชนาการข้อบ่งชี้อาหาร ให้หยิบอาหารที่กินแต่ละวัน		น้ำล้อม131	ตนเองเพื่อไม่ให้เกิด โรคเบาหวานได้		(PreHT PreDM)32440บาท		ทักษะพร
			ลำปางหลวง41	จากแบบประเมิน ติดตามพฤติกรรม		3244*10=32440บาท		สมเพชร
	.รับรู้เรื่องโรคเบาหวานสาเหตุเกิดจาก		บ้านจู้ด168	การติดตามเดือนที่1 3 6		ค่า strip 1774		
	.วัดBP FBS BMI รอบเอว		สองแควใต้246	ร้อยละ50 ของกลุ่มเสี่ยงกลับเป็นปกติ		37กล่อง * 180 บาท		
	.เขียนปัญหาของตนเอง ตั้งเป้าหมาย+แนวทางการ ปรับเปลี่ยน		จอมปิง103			6660บาท*3ครั้ง		
	และให้ผสมเป็นBuddyในการชักชวนการออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยน		ไหลหิน71			19,980บาท		
	ติดตามเดือนที่3 ติดตามโดยมอค.		วังพร้าว221			ค่าเข็มเจาะเลือด		
	.ติดตามวัดBP FBS BMI รอบเอว		ดงลาน153			1774คน*1.80บาท		
	.ติดตามเป้าหมาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม		ศาลาไชย138			เป็นเงิน3194บาท*3ครั้ง		
	ติดตามเดือนที่6 ติดตามโดยมอค.		นาแสง56			เป็นเงิน9582บาท		
	.ติดตามวัดBP FBS BMI รอบเอว		ท่าผา247					
	.บุคคลต้นแบบเพื่อนำเป็นต้นแบบปีต่อไป		ดอนธรรม117					
			หาดปู้ด้าย4					

2.2 การดำเนินงานใน กลุ่มเสี่ยงHT	1470ราย	รพ/รพสต	กลุ่มPreHT มีการ ปรับ พฤติกรรม รับรู้ และเข้าใจ	งบรวมในติดตงบUC	ธค.63-สค.64
2.2.1 - แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในอาหารลดเค็ม ให้กับ สมเพื่อให้ความรู้ในการตรวจวัดความเค็มกับอสม. ใน การวัดความเค็มในครัวเรือน		รพ.30	และเข้าใจ สามารถปฏิบัติ	กลุ่มเสี่ยงPre dm	
ติดตามเดือนที่1- สืบค้นเข้าถึงข้อมูล		น้ำล้อม149	ไม่ให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ โดย		
.ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนเข้าร่วมกิจกรรม มีสื่อการสอนอาหาร ฉลากโภชนาการข้อบ่งชี้อาหาร ให้หยิบอาหารที่		ลำปางหลวง60	ติดตามข้อมูล และมีการรับรู้		
กินแต่ละวัน		บ้านจู้ด291	และเข้าใจ สามารถปฏิบัติตนเอง		
.รับรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสาเหตุเกิดจาก		สองแควใต้260	เพื่อไม่ให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง		
.วัดBP BMI รอบเอว		จอมปิง68	จากแบบประติตามวัดความดันโลหิต		
.เขียนปัญหาของตนเอง ตั้งเป้าหมาย+แนวทางการ ปรับเปลี่ยน		ไหลหิน95	การติดตามเดือนที่1 3 6		
และให้อสม.เป็นBuddyในการชักชวนการออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยน		วังพร้าว119	ร้อยละ50 ของกลุ่มเสี่ยงกลับเป็นปกติ		
ติดตามเดือนที่3 ติดตามโดยมอค.		ดงลาน101	- ร้อยละ50ของกลุ่มเสี่ยงสามารถ		
.ติดตามวัดBP BMI รอบเอว		ศาลาไชย76	กลับเป็นกลุ่มปกติ		
.ติดตามเป้าหมาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม		นาแสง52	จากการติดตามวัดความดันโลหิต		
ติดตามเดือนที่6 ติดตามโดยมอค.		ท่าผา122			
.ติดตามวัดBP FBS BMI รอบเอว		ดอนธรรม34			
		หาดปู้ด้าย30			

2.2.2 การจัดหาเครื่องวัดความโลหิตไว้สอบเทียบ มาตรฐาน	2เครื่อง	รพ/รพสต	มีเครื่องวัดความดันโลหิตที่มีมาตรฐานไว้สอบเทียบในของรพ./รพสต. ทุกแห่ง	6,000.00	งบUC	1ธค63-31มีค.64	เพียงเดือน แสงจันทร์
2.2.3 ประเมินอสม.วิธีการวัดความดันโลหิต ความดันโลหิต	อสม.1606ราย	รพ/รพสต รพ.58	อสม.มีทักษะเพิ่มขึ้นหรือไม่ใช้ สามารถวัดความดันโลหิต			1พย.63 30กย.64	เพียงเดือน แสงจันทร์
2.2.4 สอบเทียบเครื่องวัดความดันโลหิตของอสม. เพื่อให้ได้ตามมาตรฐาน		น้ำล้อม112	ได้ถูกต้องผ่านการทดสอบ				จนท.รพสต
.-ส่งเสริมอสม.ในการจัดกิจกรรมป้องกันโรคไม่ติดต่อ		ลำปางหลวง103	โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข				13แห่ง
ให้เป็นอสม.เชี่ยวชาญในด้านโรคไม่ติดต่อ		บ้านจูด155	ในที่ประชุมแต่ละเดือน				
		สองแควใต้159					
		จอมปิง86					
		ไหลหิน144					
		วังพร้าว172					
		ดงลาน109					
		ศาลาไชย92					
		นาแสง114					
		ท่าผา149					
		ดอนธรรม129					
		หาดปู้ด้าย24					
3. กลุ่มผู้ป่วยบริการในคลินิก NCD รพ.เกาะคา			ร้อยละ 100 ของรพสต.				

	3.1. กิจกรรมส่งเสริมการปรับพฤติกรรมกลุ่มป่วย	ผู้ป่วยเบาหวานและ	รพ.สต./ร.พ.	ผู้ป่วยมีความรู้ใน			ต.ค.63-	คลินิก NCD
	- มีการให้ความรู้ตอนเช้าประมาณ 20 นาทีก่อนผู้ป่วยเข้ารับการตรวจ	ความดันโลหิตสูง		การดูแลตนเอง			ก.ย.-64	/รพ.สต.
	ตามแผนการให้ความรู้เรื่อง3อ.2ส. การปฏิบัติตัวเมื่อมีภาวะผิดปกติ การออก	6000 คน		เพิ่มขึ้น				ทันตภิบาล
	กำลังกายการดูแลช่องปาก และการใช้สมุนไพรที่ถูกต้อง							แพทย์แผนไทย
	- ประเมินความรู้โดยการซักถาม							
	พยาบาลคลินิก NCD คัดกรองประวัติ LMP และการคุมกำเนิดกลุ่มเสี่ยง พบปัญหาส่งต่อคลินิกวางแผนครอบครัว	DM 468 ราย HT 766 ราย	-มีทะเบียนหญิงอายุ15-55ปีที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงรพ./รพสต.	หญิงกลุ่มเสี่ยงได้รับการคุมกำเนิด	ไม่ใช้งบ		ตค. 63-กย.64	คลินิกNCD/รพสต.
	3.2 พัฒนาศูนย์ร่วมกับคลินิก Decpac			ผู้ป่วยมีความรู้ใน				
	- โรงเรียนเบาหวานรายใหม่ ทุกวันพฤหัสบดีความดันโลหิตสูงรายใหม่ทุกวันอังคาร	DMรายใหม่ 400คน HTรายใหม่ 600คน		การดูแลตนเองเพิ่มขึ้น			ตค63-กย64	อรุณี
	กลุ่มชะลอการเสื่อมของไต ทุกวันจันทร์	ผป.DM,HT 300คน						ทักษพร
	- ลดน้ำหนักกลุ่ม BMI เกิน ทุกวันจันทร์							อรุณี
	3.3 ผู้ป่วยเบาหวานตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ไต ไขมัน ฟัน	ผู้ป่วยเบาหวาน	รพ.สต/ร.พ.	ผู้ป่วยเบาหวาน			ต.ค. 63-กย 64	คลินิก NCD

	3.4ผู้ป่วยเบาหวานตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา และเท้า	4,200ราย		ได้รับการป้องกันการ			ต.ค. 63-กย 64	/รพ.สต.
	- ผู้ป่วยรักษา ร.พ. ตรวจตา เท้าที่ ร.พ.	1900 ราย	ร.พ.	เกิดภาวะแทรกซ้อน				ประνομ
	- ผู้ป่วยรักษา รพ.สต.ตรวจ ตาเท้าที่ รพ.สต.	2306 ราย	รพ.สต.	รุนแรง			ม.ค.- มี.ค.64	รพ.สต.
		202 ราย	สองแควใต้				4-8 ม.ค.64	รพ.สต.
		101 ราย	จอมปิง				10-11 ม.ค.64	รพ.สต.
		129 ราย	นาแสง				13-14 มค64	รพ.สต.
		32 ราย	หปด				#####	รพ.สต.
		281ราย	วังพร้าว				18-22 ม.ค.64	รพ.สต.
		169ราย	ดงลาน				25-27 ม.ค.64	รพ.สต.
		126 ราย	ศาลาไชย				28-29 ม.ค.64	รพ.สต.

		241 ราย	ท่าผา				1-5 ก.พ.64	รพ.สต.
		209 ราย	ไหล่หิน				9-12 ก.พ.64	รพ.สต.
		174 ราย	ดอนธรรม				15-17 ก.พ.64	รพ.สต.
		183 ราย	น้ำล้อม				22-25 ก.พ.64	รพ.สต.
		306 ราย	บ้านจู้ด				1-5 มี.ค.64	รพ.สต.
		155 ราย	ลำปางหลวง				8-10 มี.ค. 2563	รพ.สต.
	- คัดกรองCVD Risk	ผู้ป่วยเบาหวาน		ผู้ป่วยเบาหวาน				พัชรภรณ์
		และความดันโลหิตสูง		และความดันโลหิตสูง				
		11,268 ราย		ได้รับการป้องกัน				
				การเกิดโรคCVD				
	- เจาะ HbA1C ตาม แนวทางที่กำหนดปีละ 1 ครั้ง	ผู้ป่วยเบาหวาน	รพ.สต/ร.พ.	ผู้ป่วยเบาหวาน				สมเพชร /
		2,000 ราย		ได้รับการประเมิน				รพ.สต.
				การควบคุมระดับ				
				น้ำตาลในเลือด				

3.5 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนไต, ไขมัน, คัดกรองCVD Risk ตามแนวทางที่กำหนด ปีละ 1 ครั้ง	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 7,049 ราย	รพ.สต./ร.พ.	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง			ต.ค. 63-ก.ย.64	พัชรภรณ์
			ได้รับการป้องกันการ				/รพ.สต.
			เกิดภาวะแทรกซ้อน				
			รุนแรง				
3.6.แจกกล่องข้าวน้อยแก่เบาหวานรายใหม่ จำนวน 450 คน* 8 บาท =3200 พร้อมคู่มือการใช้	ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ใหม่ทุกราย 450 ราย คนละ1กล่อง	รพ.สต./ร.พ.	ผู้ป่วยเบาหวานรับประทานข้าวเหนียวในปริมาณที่เหมาะสม	3,600	UC	ต.ค.63-ก.ย.64	สมเพ็ชร
4. การจัดการบริการในคลินิก NPCU/รพ.สต.							
จัดการบริการเฉพาะกลุ่ม ของ DMและ HT(โดยใช้ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี)							
- กลุ่ม HT			ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง			ต.ค.63-ก.ย.64	แพทย์ FM
*กลุ่มสีเขียวไม่เร่งด่วน BP<140/90mmHg	5320 คน	ร.พ./รพ.สต.	สูงได้รับการดูแล				พัชรภรณ์
ปรับพฤติกรรมลดเค็มลดหวาน มอค. จัดยาให้ที่บ้าน นิต2 เดือน			ต่อเนื่อง				รพ.สต.
*กลุ่มสีเหลือง สีส้ม เร่งด่วนปานกลาง BP 140/90-179/109 mmHg	1730	ร.พ. /รพ.สต.					
**BP สูงครั้งแรก ปรับพฤติกรรม จัดยาให้ นิต 1 เดือน	75 คน	ร.พ.เกาะคา					
**BP สูงครั้งที่สอง ปรับพฤติกรรมดูแล consult แพทย์ จัดยาให้ นิต 1 เดือน ทำ SMBP ตามเกณฑ์	115 คน	จอมปิง					

	- ติดตามวัดระดับความดันโลหิตที่ รพ.สต.สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	139 คน	บ้านจู้ด				ต.ค. 63- ก.ย.64	วารุมาตร์
		126 คน	ดอนธรรม					
		190คน	ท่าผา					
		98 คน	นาแสง					
		126คน	น้ำล้อม					
		187 คน	วังพร้าว					
		118 คน	ดงลาน					
		105คน	ศาลาไชย					
		186 คน	สองแควใต้					
		20 คน	หาดปู่ด้าย					
		122คน	ไหลหิน					
		123 คน	ลำปางหลวง					
	*กลุ่มสีแดงเร่งด่วน BP $\geq 180/110$ mmHg	130 คน	รพ.สต./ร.พ.	ผป.ทุกรายมี Individual care plan			ต.ค. 63- ก.ย.64	พัชรภรณ์
	**BP สูงประเมินพฤติกรรมดูแลโดยทีม แพทย์ ทีมสห วิชาชีพ ทำ SMBP ส่ง COC ตามเกณฑ์ จัดทำ Individual care plan	6 คน	ร.พ.เกาะคา	ผป.ร้อยละ 50 มีการ ใช้ SMBP				
		6 คน	จอมปิง	ผป.มีค่า BP ลดจาก เดิมต่อเนื่องทุกเดือน ร้อยละ 50				

		10 คน	บ้านจู้ด	พบมีการปรับระดับสีที่ลดลงจากเดิม 1 ระดับ ร้อยละ 50(ประเมินทุก6ด.)				
		6 คน	ดอนธรรม					
		12 คน	ท่าผา					
		10 คน	นาแสง					
		18 คน	น้ำล้อม					
		16 คน	วังพร้าว					
		8 คน	ดงลาน					
		6 คน	ศาลาไชย					
		10 คน	สองแควใต้					
		1 คน	หาดปู่ด้าย					
		10 คน	ไหลหิน					
		10 คน	ลำปางหลวง					
	- กลุ่ม DM		ร.พ./รพ.สต.	ผู้ป่วยเบาหวาน			ต.ค.63-	แพทย์ FM
	*กลุ่มสีเขียวไม่เรื้อรัง FBS 70-130 mg/dl /BP <140/90mmHg	1121 คน		ความดันโลหิตสูง			ก.ย.-64	ประนอม
	ปรับพฤติกรรมลดเค็มลดหวาน มอค. จัดยาให้ที่บ้าน นั้ด2 เดือน			ได้รับการดูแลต่อเนื่อง				รพ.สต.
	*กลุ่มสีเหลือง สีส้ม เรื้อรังปานกลาง FBS 131-200 mg/dl / BP 140/90-179/109 mmHg	1420 คน	รพ.สต.			UC	ต.ค. 63- ก.ย.64	รพ.สต.

**FBS,BP สูงครั้งแรก ปรับพฤติกรรม จัดยาให้ น้ด 1-2 เดือน	35 คน	ร.พ.เกาะคา					/ประνομ
**FBS,BP สูงครั้งที่สอง มอค. ประเมินพฤติกรรม จัดยาให้ น้ด 1 เดือน ทำ SMBG ,SMBP ตามเกณฑ์	63 คน	จอมปิง					
- ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด เจาะเลือดที่ รพ.สต. เดือนละ 1 ครั้ง	150 คน	บ้านจู้ด					Lab/รพ.สต.
	112 คน	ดอนธรรม					Lab/รพ.สต.
	169 คน	ท่าผา					Lab/รพ.สต.
	68 คน	นาแสง					Lab/รพ.สต.
	102 คน	น้ำล่อม					Lab/รพ.สต.
	196 คน	วังพร้าว					Lab/รพ.สต.
	88 คน	ดงลาน					Lab/รพ.สต.
	61 คน	ศาลาไชย					Lab/รพ.สต.
	148 คน	สองแควใต้					Lab/รพ.สต.
	26 คน	หาดปู่ด้าย					Lab/รพ.สต.
	125 คน	ไหลหิน					Lab/รพ.สต.
	77 คน	ลำปางหลวง					Lab/รพ.สต.
*กลุ่มสีแดงเร่งด่วน FBS<70,>200 mg/dl / BP ≥180/110 mmHg			ผป.ทุกรายมี Individual care plan				สมเพ็ชร
FBS≥200mg/dl 1 visit	390 คน	ร.พ./รพ.สต.	ผป.ร้อยละ 50 มีการใช้ SMBG				

	**FBS,BP สูงครั้งที่แรก ปรับพฤติกรรม จัดยาให้ นั้ด 1 เดือน			ผป.มีค่า BP ลดจาก เดิมต่อเนื่องทุกเดือน ร้อยละ 50				
	เจาะFBSที่ รพ.สต. 1 ครั้ง / 2สัปดาห์ ,SMBP ตาม เกณฑ์			ผป.มีการปรับ ระดับสีที่ลดลงจาก เดิม 1 ระดับ ร้อยละ 50(ประเมินทุก6ด.)				
	FBS≥200mg/dl 2 visit	240คน					ต.ค. 63- ก.ย.64	แพทย์FM
	**FBS,BP สูง ประเมินพฤติกรรม ดูแลโดยทีม แพทย์ ทีมสหวิชาชีพ ทำ SMBG ,SMBP ส่ง COC ตาม เกณฑ์ ส่งต่อถ้ามีอาการผิดปกติ จัดทำ Individual care plan			ผู้ป่วย DM ระดับ น้ำตาล			ต.ค. 63- ก.ย.64	สมเพ็ชร
	- กำหนดทุกวันศุกร์ให้บริการกลุ่มสีแดงที่FBS สูง ติดต่อกัน2 visit ขึ้นไป			ลดลงจากเดิมร้อยละ 80				
	FBS≥180mg/dl2visit ทำSMBG 1 สัปดาห์ก่อนมา พบแพทย์ ทำ 3 ครั้ง โดยเจาะเลือดตามตารางที่ แพทย์กำหนด	240คน		ผป.ร้อยละ 50 มีการ ใช้ SMBG				
	5.ส่งเสริมทันตสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน							
	5.1 ตรวจสุขภาพช่องปากผู้ป่วยโรคเบาหวานปีละ 1 ครั้งไม่น้อยกว่าร้อยละ 60	ร้อยละ60ของผู้ป่วย เบาหวาน	อ.เกาะคา	ผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 50 ได้รับการ ตรวจช่องปาก			ต.ค. 63- กค.64	ทพญ.อภิญญา ทพ. ราชันย์

	5.2 ตรวจสอบสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่	ร้อยละ100ของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่	NPCU อ.เกาะคา	ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ทุกราย ได้รับการตรวจช่องปาก			ต.ค. 63- กค.64	ทพญ.อภิญญา ทพ. ราชันย์
	5.3 ประสานกับNCD คลินิกในการรักษาโรคปริทันต์ให้กับผู้ป่วยเบาหวาน	ทุกรายที่พบ	NPCU อ.เกาะคา				ต.ค. 63- กค.64	ทพญ.อภิญญา ทพ. ราชันย์
	5.4 ทำฟันเทียม "เบาหวานฟันดีไม่มีคิว"	ทุกรายที่พบ	อ.เกาะคา	ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการใส่ฟันเทียม			ต.ค. 63- กค.64	ทพ.ราชันย์
	5.5 จัดระบบคัดกรองและส่งต่อมะเร็งช่องปากอายุ 35 ปีขึ้นไป		อ.เกาะคา	ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรองรอยโรคมะเร็งในช่องปาก			ต.ค. 63- กค.64	ทพญ.อภิญญา ทพ. ราชันย์
	- ประสานกับโรงพยาบาลลำปาง/ในเรื่องแผนการรักษา การเตรียมช่องปากก่อนการรักษา และการติดตามอาการหลังการรักษา							ทพญ.อภิญญา ทพ.ราชันย์
	- โรงพยาบาลลำปางดำเนินการรักษา/ส่งต่อรวมทั้งบูรณะสภาพช่องปากให้สามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ							ทพญ.อภิญญา ทพ. ราชันย์
	5.6 พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ในการตรวจช่องปากเรื่องความจำเป็นในการขูดหินปูนและความจำเป็นในการใส่ฟันเทียมในผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้สูงอายุ	จนท.รพสต.จนท.งานบริการปฐมภูมิและองค์กรรวม	วาระงานประชุม	จนท.สามารถตรวจช่องปากและส่งต่อทันตกรรมได้	-	-	ตค.63	ทพญ.อภิญญา ทพ. ราชันย์

6. กิจกรรมกลุ่มผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในโรงพยาบาล							
เข้ากลุ่มปรับพฤติกรรม กลุ่มน้ำตาลสูง ครั้งละ 6 คน ติดตาม 4 ครั้ง (4 เดือน)	54 คน						อรุณี
ใช้เทคนิค Self Management Support ,MIโดย ทีมสหวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล							สมเพชร
เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา							
เดือนที่ 1 ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนเข้า กลุ่ม และ ให้ความรู้เรื่องโรค							แพทย์FM
เดือนที่ 2 ให้ความรู้เรื่อง ออกกำลังกายอาหาร * คำนวณแคลอรีอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม กับผู้ป่วยแต่ละราย และปัญหาเฉพาะรายบุคคล							ทักษพร,แพทย์แผน ไทย
เดือนที่ 3 ให้ความรู้เรื่อง ยา							เภสัชกร
เดือนที่ 4 ให้ความรู้เรื่องอารมณ์ และประเมินความ รอบรู้ด้านสุขภาพหลังเข้ากลุ่ม							เบญจวรรณ
7. ระบบส่งต่อ							
- พัฒนาระบบส่งต่อ ผู้ป่วยDM,HT รักษาใกล้บ้าน	เบาหวาน 1979 คน HT 3638 คน	รพสต	ผู้ป่วยDM,HT ได้รับ			ต.ค. 63- ก.ย.64	สมเพชร
อัตราผู้ป่วยDM,HT รักษา รพ.สต.ต่อ ร.พ.	80:20	/ร.พ.	การรักษาใกล้บ้าน เพิ่มขึ้น				พัชรภรณ์/รพ.สต

	- เจาะเลือดคัดกรองประจำปีผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่รักษา รพ.สต.	เบาหวาน 1979 คน HT 3638 คน	รพ.สต.	ผู้ป่วย DM,HT ที่รักษา รพ.สต.ได้รับการค้นหาภาวะแทรกซ้อน			ต.ค. 63- ก.ย.64	อรรณพ/เจนนิดา
		DM105คนHT389 คน	จอมปึง					
		DM289คนHT368 คน	บ้านจู้ด					
		DM169คนHT377 คน	ดอนธรรม					
		DM151คนHT307 คน	ท่าผา					
		DM125คนHT238 คน	นาแสง					
		DM140คนHT236 คน	น้ำล้อม					
		DM254คนHT431 คน	วังพร้าว					
		DM156คนHT212 คน	ดงลาน					
		DM70คนHT168 คน	ศาลาไชย					
		DM192คนHT430 คน	สองแควใต้					
		DM28คนHT45 คน	หาดปู่ด้าย					
		DM167คนHT309 คน	ไหลหิน					
		DM132คนHT262 คน	ลำปางหลวง					
	- ประเมินความรู้ด้านสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง	60คน	ร.พ.	ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการประเมิน				อรุณี วารุมাত্র์

	ทำทะเบียนผู้ป่วยDM,HTกลุ่ม Uncontrolled สีแดง สีดำ และกลุ่มที่มี CVD risk ตั้งแต่เสี่ยงสูง	ผู้ป่วยDM,HT		มีการปรับพฤติกรรม กลุ่มผู้ป่วย			ต.ค. 63- ก.ย.64	พัชราภรณ์
		uncontrol		uncontrolและ ทะเบียนCVD risk สูง				
	การวิเคราะห์พฤติกรรมความเสี่ยงของกลุ่มสีแดงและ สีดำ	ผู้ป่วยDM,HT uncontrol					ต.ค. 63- ก.ย.64	สมเพชร/พัชราภรณ์
	8. การพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข							
	8.1 ทำ R2R หรือนวัตกรรมตามปัญหาของพื้นที่ร.พ. / ร	ร.พ./รพ.สต.		ผู้ให้บริการมีศักยภาพ เพิ่มขึ้น			ต.ค. 63- ก.ย.64	ร.พ./รพ.สต.
	8.2 ทำ KM ร่วมกับสาธารณสุขจังหวัด ผ่านระบบ Zoo	ร.พ./รพ.สต.		ผู้ให้บริการมีศักยภาพ เพิ่มขึ้น			ธ.ค., มี.ค., มิ.ย. ,ก.ย. 64	แพทย์ FM รพ./รพ. สต. สสจ.ลำปาง
	8.3 อบรม Case Manager	CM 1 คน	ร.พ.	CM ได้รับการพัฒนา ศักยภาพ			ต.ค. 63- ก.ย.64	สมเพชร
	8.4 โครงการพัฒนาเครือข่ายผู้ดูแลคลินิก NCD clinic plusใน ร.พ.	ทีมประเมินจาก จังหวัดทีมงาน NCD30คน	ร.พ.	คลินิกได้รับการ พัฒนาเครือข่าย NCD clinic plus			ต.ค. 63- ก.ย.64	สมเพชร

8.5 ประชุม NCD Forum พยาบาล NCD 1คน กลุ่มเวช 1 คนผู้ดูแลกลุ่มวัย 3 คน พยาบาล PCC หลัก 3 คน 8คน * 5000 บาท รวม 40,000 บาท	พยาบาล 8 คน	ร.พ.	ทีมNCDได้เข้าร่วม ประชุมเพื่อพัฒนา ศักยภาพ	*40000	UC	ต.ค. 63- ก.ย.64	สมเพ็ชร
9. ระบบข้อมูล ข่าวสาร							
9.1 วิเคราะห์ผล / ควบคุมกำกับและติดตามระบบ ข้อมูลสารสนเทศ ระบบ การรับส่งข้อมูลระหว่าง รพ.ลำปาง , รพส.สต.ทาง เว็บสอ. ทุก 1เดือน	รพ./รพ.สต.	ร.พ.	ข้อมูลมีความถูกต้อง ก่อนส่ง ร้อยละ 100			ต.ค. 63- ก.ย.64	แสงจันทร์
- ติดตามข้อมูล HDC ทุกสัปดาห์		รพ.สต.					สมเพ็ชร
- ตรวจสอบข้อมูลร่วมกับงานไอที เดือนละ 2 ครั้ง							พัชรภรณ์
							เนติพงษ์
- สรุปการประชุม NCD Boardและส่งรายงานให้กับจังหวัดทุก 3 เดือน							
- เข้าร่วมประชุมไอที ติดตามข้อมูลทุก 1 เดือน	12 ครั้ง						สมเพ็ชร
- สรุปผลการดำเนินงานในสถานบริการเดือนละ 1 ครั้ง	12 ครั้ง						แสงจันทร์
							สมเพ็ชร
- นำเสนอภาพรวมผลการดำเนินงานในที่ประชุมพหุประสาน							
รพ.สต. เดือนละ 1 ครั้ง							
9.2ลงและตรวจสอบคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ ติดต่อเรื้อรังให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน	OPD Card30 ฉบับ	ร.พ.	ผ่านเกณฑ์คุณภาพ> 80 %			ต.ค. 63- ก.ย.64	คลินิก NCD
9.3.รพ.สต.ทุกแห่งได้รับการประเมินคลินิก NCD คุณภาพ (ประเมินตนเอง)	รพ.สต.ทุกแห่ง	รพ.สต.	ทุก รพ.สต.ผ่าน เกณฑ์การประเมิน ร้อยละ 10			ต.ค. 63- ก.ย.64	รพ.สต./สมเพ็ชร

	10.เทคโนโลยีทางการแพทย์							
	- ลงบันทึก Individual care plan ใน โปรแกรม Coc Kokha select	370 คน	ร.พ. /รพ.สต.	ผู้ป่วยได้รับการ		บูรณาการ ร่วมทำงาน COC	ต.ค. 63- ก.ย.64	ประνομ
	11.ภาวะการนำและอภิบาลระบบ							
	11.1. ทบทวนคณะกรรมการ NCD Board ประกอบด้วย ผู้บริหาร, CM,ตัวแทนจาก รพ.สต. ตัวแทนจากชุมชน	20 คน	ร.พ.	แต่งตั้งคณะกรรมการ			ต.ค. 63- ก.ย.64	สมเพ็ชร
	11.2 ประชุมคณะกรรมการ NCD Board พुरประสาน รพ.สต. อย่างน้อยไตรมาสละ 1 ครั้ง	20คน	ร.พ.	ประชุมอย่างน้อย 4 ครั้ง/ปี และมี รายงานการประชุม			ต.ค. 63- ก.ย.64	สมเพ็ชร
	12. การกำกับติดตามผลการดำเนินงาน							
	* มีช่องทางสื่อสาร การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่าง รพช.และรพ.สต. ทาง thai refer , เมล ,ไลน์, โทรศัพท์	ผู้ป่วยเบาหวานและ ความดันโลหิตสูง	รพ.สต./ร.พ.	มีการกำกับติดตาม			ต.ค. 63- ก.ย.64	คลินิก NCD/รพ.สต.
	* วิเคราะห์และรายงานผลการดำเนินงานทุก 1 เดือนภายในวันที่10ของทุกเดือน			ผลการดำเนินงาน			ต.ค. 63- ก.ย.64	
	* รายงานผลการดำเนินงานในการประชุมพฐ ประสาน รพ.สต.			อย่างต่อเนื่อง			ต.ค. 63- ก.ย.64	
	* ติดตามผลการดำเนินงานใน HDC ทุก 1 เดือน							

	*รายงานผลการดำเนินงานรายสถานบริการทุก 1 เดือน							สมเพ็ชร
	13.การมีส่วนร่วม							
	มีชมรมเบาหวาน อำเภอละ 1 แห่ง	รพ.สต./ร.พ.		มีชมรมเบาหวาน	ไม่ใช้งบ		ต.ค.63-	รพ.สต.
							ก.ย.-64	สมเพ็ชร
				รวมงบประมาณ UC	219,586.00			

แผนปฏิบัติการสาธารณสุข (งานประจำ) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2564

คปสอ.เกาะคา จังหวัดลำปาง

งานปฐมภูมิ : การพัฒนาคลินิกหมอครอบครัว (PCU-NPCU)

สนับสนุนประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 Service Plan ปฐมภูมิ



งานประจำ

ตัวชี้วัด (KPI) /ผลลัพธ์ที่ต้องการ

ตัวชี้วัด 1. คลินิกหมอครอบครัวเปิดดำเนินการในพื้นที่ร้อยละ 100 (5 ทีม อย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์)

2. คลินิกหมอครอบครัวได้รับการขึ้นทะเบียนจัดตั้งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิร้อยละ 100 (2 ทีม PCU วังพร้าว และ NPCU บ้านจู้ด ปี 64)

3. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวในการจัดบริการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับประชาชนร้อยละ 80

ข้อมูลพื้นฐาน/ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

- 1 NPCU อำเภอเกาะคา ได้รับการขึ้นทะเบียน ตาม พรบ.หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ เมื่อปี 2562 และปี 2563 จำนวน 3 ทีม คือ NPCU สองแควใต้ จอมปิง นาแสง หาดปู่ด้าย และ NPCU ไหล่หิน ดอนธรรม และ NPCU ศาลาดงลาน ศาลาไชย โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลทั้ง 3 แห่ง และ ในปี 2564 คปสอ.เกาะคา มีแผนการขอขึ้นทะเบียนเครือข่าย NPCU เพิ่มอีก 2 แห่ง คือ NPCU วังพร้าว และ NPCUบ้านจู้ด
- 2 ขึ้นทะเบียนเครือข่าย PCU วังพร้าว NPCU บ้านจู้ด ภายในปี 2564
- 3 ผู้ป่วย DM HT และผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ได้รับการส่งกลับมารับบริการ ที่ NPCU ไกลบ้าน ร้อยละ 80 ในปีงบประมาณ 2563 ผู้ป่วยโรคเบาหวานรับบริการที่ NPCU ร้อยละ 34.08 และ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรับบริการที่ NPCUร้อยละ 46.68

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิตของ โครงการ	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ(ระบุให้ชัดเจน)	ผู้รับผิดชอบ
					จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
1	รหัสโครงการ k0							อรรวรรณ โยธา
	โครงการ ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน ทุก รพ.สต.ใน อ.เกาะคา							
	1.ขึ้นทะเบียน PCU วังพร้าว มีแพทย์ออกปฏิบัติงาน 3 วัน/สัปดาห์	ปชช.1+3	รพ.สต.วังพร้าว		ไม่ใช้งบฯ		มี.ค.-64	พญ.ธัญจิรา แซ่ลื้อ
	* ปฏิบัติงานวันอังคาร วันพฤหัสบดีและวันศุกร์						1 ก.ย.63	น.ส.ปิยะพันธ์ จำเริญจรสุข
								นางเบญจวรรณ ศาสตราบุรุษ
								น.ส.พรณี คารมย์
	2.ขึ้นทะเบียน NPCU บ้านจู้ด มีแพทย์ออกปฏิบัติงาน 3 วัน/สัปดาห์		รพ.สต.บ้านจู้ด		ไม่ใช้งบฯ		มี.ค.-64	นพ.นพรัตน์ ทอระดี/พญ.ชนัญชิตา เหลื่อมมงคล

	* ปฏิบัติงานวันจันทร์ วันพุธ และวันศุกร์		รพ.สต.ลำปางหลวง				1 ก.ย.63	น.ส.นพมาศ จันทร์ล่อ
								นางอำพัน ปันสุรินทร์
								นางสมคิด ต้อยเต็มวงศ์
	3. NPCU สองแควใต้ มีแพทย์ออกปฏิบัติงาน 3 วัน/สัปดาห์		รพ.สต.สองแควใต้		ไม่ใช้งบฯ		1 ก.ย.63	พญ.ปนัดดา อัยกา
	* ปฏิบัติงานวันอังคาร วันพฤหัสบดี และวันศุกร์		รพ.สต.จอมปิง					นางอ้อมฤทัย สุวรรณจักร
			รพ.สต.นาแสง					นางนฤชา เนตรวิชัย
			รพ.สต.หาดปูด้าย					น.ส.วารุมาต แก้วกะปวง
	4. NPCU ไหล่หิน มีแพทย์ออกปฏิบัติงาน 3 วัน/สัปดาห์		รพ.สต.ไหล่หิน		ไม่ใช้งบฯ		1 ก.ย.63	นพ.พงศธร ชุมแสง
	* ปฏิบัติงานวันจันทร์ วันอังคาร และวันพุธ		รพ.สต.ดอนธรรม					นายภักพล คำแก้ว
			รพ.สต.น้ำล่อม					นางเพียงเดือน สันวงศ์
								นางประนอม เดี่ยวรัตนกุล
	5. NPCU ศาลาดงลาน มีแพทย์ออกปฏิบัติงาน 3 วัน/สัปดาห์		รพ.สต.ศาลาดงลาน		ไม่ใช้งบฯ		1 ก.ย.63	พญ.สุทธินภา วงศ์ส่วย
	* ปฏิบัติงานวันจันทร์ วันพุธ และวันพฤหัสบดี		รพ.สต.ศาลาไชย					ศัลลิตา โตตะเคียน
			รพ.สต.ท่าผา					นางรักชนก แดงสด
								น.ส.อารีย์ แสงเมือง
	6.ติดตามประเมินผลลัพท์การดำเนินงาน				ร่วมกับการประชุม คปสอ.		ก.พ.-64	NPCU สองแควใต้
	- ด้านคุณภาพบริการ						และ ก.ค.64	NPCU ไหล่หิน
	- ด้านส่งเสริมป้องกันในพื้นที่							NPCU ศาลาดงลาน
	- ผลลัพท์การดำเนินงานกลุ่มวัย							NPCU วังพร้าว
	ตามนโยบายสำคัญของจังหวัด							NPCU บ้านजूด
	1. แม่และเด็ก							

	2. พัฒนาการเด็ก							
	3. NCD							
	4. ผู้สูงอายุ							
รวม					0			