

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ 2565

หน่วยงาน คปสอ.เกาะคา อำเภอกะคา จังหวัดลำปาง

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

ประเด็น กลุ่มวัยแม่และเด็ก แผนงาน การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

- ตัวชี้วัดหลัก 1.ไม่มีมารดาตาย
- 2.อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักมากกว่า 2750 กรัม ร้อยละ 80
- ตัวชี้วัดรอง 1.ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยงและพบภาวะเสี่ยงไม่น้อยกว่าร้อยละ 25
- 2.ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75
- 3.ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์คุณภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 75
- 4.หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก ร้อยละ 100
- 5.ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง ไม่เกินร้อยละ 20
- 6.ทารกแรกคลอดถึง ต่ำกว่า6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียวร้อยละ 60

ข้อมูลพื้นฐาน/ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

ปีงบประมาณ 2564 มีหญิงตั้งครรภ์รับบริการฝากครรภ์ จำนวน 716ราย ในเขตอำเภอกะคา342 รายคิดเป็นร้อยละ 52.23 นอกเขตอำเภอกะคาจำนวน 374 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.76 จากการคัดกรองพบหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงจำนวน 3158 ราย คิดเป็นร้อยละ43.99 เสี่ยงทางอายุครรภ์ 106 รายคิดเป็นร้อยละ 33.15 เสี่ยงทางสูติกรรม 235 รายคิดเป็นร้อยละ 74.60 หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ร้อยละ 86.09 ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์คุณภาพร้อยละ 85.47 ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็กร้อยละ 100 พบภาวะโลหิตจางร้อยละ 10.30 จำนวนคลอด 679 ราย คลอดในเขตเกาะคา 381 ราย รับส่งต่อจาก รพช.เครือข่าย 341 ราย (50.22%) อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัมร้อยละ 4.69 ทารกแรกคลอดมีภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด 26.58:1000 การเกิดมีชีพ ทารกแรกคลอดถึง ต่ำกว่า 6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียวร้อยละ 72.56 พบปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่เหมาะสมในโรค NCD

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ (ระบุให้ชัดเจน)	ผู้รับผิดชอบ
				จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
1	รหัสโครงการ 030101 1.โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพในกลุ่มสตรีหญิงตั้งครรภ์ อำเภอกะคา						
	1. พัฒนา MCH Board อำเภอกะคา						
	1.ประชุมคณะกรรมการMCH BORD ระดับอำเภอกะคา	12ครั้ง	คปสอเกาะคา			ต.ค64- ก.ย.65	พญ.รัชณี
	1.1 ทบทวนคณะกรรมการ บทบาทและหน้าที่ของคณะกรรมการ	1ครั้ง	อำเภอกะคา			พย64	อุบลวรรณ
	1.2 คืบข้อมูล/ปัญหา /วิชาการ/case conference รพ.สต.ในเวทีพุธ	12ครั้ง	อำเภอกะคา			ต.ค64- ก.ย.65	อุบลวรรณ/รัตนดา
	1.3 วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา และแนวทางการแก้ไขปัญหา	12 ครั้ง	อำเภอกะคา				อุบลวรรณ/รัตนดา
	1.4 วางแผนพัฒนาระบบข้อมูล/ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย		อำเภอกะคา			ต.ค64- ก.ย.65	อุบลวรรณ/รัตนดา

1.5 ประชุมติดตามการดำเนินงานคณะกรรมการ ประเมินผล สรุปผลการดำเนินงานMCH BORD ระดับอำเภอ	2 ครั้ง	อำเภอเกาะคา			เมย 65 สค 65	อุบลวรรณ/รัตนดา
1.6 ประชุม/อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับติดตามคณะกรรมการ MCH board รพ สต.และ รพช.เครือข่าย	2 ครั้ง	รพเกาะคาและรพ เครือข่าย จำนวน40 คน			มค65 ,สค65	พญ.รัชนี อุบลวรรณ รัตนดา
1.7 นิเทศติดตามการดำเนินงาน MCH ในรพสต. (บูรณาการกับการนิเทศ	2 ครั้ง	อำเภอเกาะคา				พัชรินทร์ อุบลวรรณ รัตน
2.การพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพหญิงตั้งครรภ์						
2.1 เพิ่มความครอบคลุมการดูแลหญิงตั้งครรภ์						
1.สร้างความเข้าใจผลดีการฝากครรภ์เร็วในเวทีประชุมประจำเดือนของ	1 ครั้ง/เดือน	รพ.เกาะคาและรพสต.			ต.ค64- ก.ย.65	รพสต.
2.เจ้าหน้าที่รพสต. และอสม.ดำเนินการออกสำรวจค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ และรายที่ไม่เคยทราบมาก่อน	1 ครั้ง/เดือน				ต.ค64- ก.ย.65	รพสต.
3.เจ้าหน้าที่ติดตามและส่งตัวเพื่อไปฝากครรภ์ครั้งแรกที่โรงพยาบาลโดยเร็ว	4 ครั้ง/เดือน	รพสต.			ต.ค64- ก.ย.65	รพสต.
4.ติดตามให้อสม.คืนข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่ค้นหาได้ในเวทีประชุมอสม.	1 ครั้ง/เดือน	และรพสต.			ต.ค64- ก.ย.65	รพสต.
5. ติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ในคลินิกเอกชน	1 ครั้ง/เดือน	และรพสต.			ต.ค64- ก.ย.65	อุบลวรรณ/รพสต.
6.จัดทำทะเบียนหญิงตั้งครรภ์รายใหม่/หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์คลินิกเอกชน	1 ครั้ง/เดือน	ANCและรพสต.			ต.ค64- ก.ย.65	อุบลวรรณ/รพสต.
2.2 การคุมกำเนิดหญิงวัยเจริญพันธุ์กลุ่มเสี่ยง 3 กลุ่ม ได้แก่						
1. โรคที่คุมเข้มการคุมกำเนิดไม่ควรตั้งครรภ์ เช่น SLE, Rheumatic heart						
2. โรคทางอายุรกรรม เช่น heart disease, Thyrotoxicosis, DM, HT, HIV,						
3.กลุ่มเสี่ยงที่พบปัญหาทางสังคม เช่น Drug Abuse, Unwanted Preg						
2.2.1 พยาบาลคลินิก NCD,อายุรกรรม คัดกรองประวัติ LMP และการคุมกำเนิดกลุ่มเสี่ยง พบปัญหาส่งต่อคลินิกวางแผนครอบครัว	หญิงกลุ่มเสี่ยงอายุ 15-50 ปีทุกราย	อำเภอเกาะคา			ต.ค64- ก.ย.65	คลินิกNCD,OPDอายุรกรรม
2.2.2 กลุ่มเสี่ยงสูงทุกรายพิจารณาฝังคุมกำเนิด	หญิงกลุ่มเสี่ยงอายุ	อำเภอเกาะคา			ต.ค64- ก.ย.65	คลินิกNCD, OPD อายุร
2.2.3 อสม.ประชาสัมพันธ์โดยใช้ชุดข้อมูลให้คำแนะนำวางแผนการตั้งครรภ์และ	หญิงตั้งครรภ์ทุกราย	รพสต.ทุกแห่ง			ต.ค64- ก.ย.65	พัชรินทร์และรพสต.
2.3 กิจกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์หญิงอายุ 15-35 ปีและ						
- จัดทำแนวทางการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์	คู่สามีภรรยาทุกคู่	อำเภอเกาะคา			ต.ค64- ก.ย.65	อุบลวรรณ
-จัดบริการให้คำปรึกษาแก่คู่สามีภรรยาเพื่อเตรียมความพร้อม						
-ให้ความรู้เรื่องโภชนาการ การออกกำลังกาย เลิกพฤติกรรมเสี่ยง งดการใช้ยา						

2.4 การป้องกันภาวะโลหิตจาง							
-คัดกรองโรคเลือดจางธาลัสซีเมียและภาวะซีด	หญิงตั้งครรภ์ทุกราย	รพ.เกาะคา			-	ต.ค64- ก.ย.65	อุบลวรรณ
-ให้ยาเม็ด โฟลิค ธาตุเหล็ก ไอโอดีน ตามเกณฑ์							
-จัดโปรแกรมโภชนาการรายบุคคลให้เหมาะสมโดยนักโภชนาการ							นักโภชนาการ
-ติดตามความเข้มข้นของเลือด(Hct)หลังให้ยา							อุบลวรรณ
2.5 การป้องกันทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อยกว่า 2750 กรัม							อุบลวรรณ
- ประเมินดัชนีมวลกายและภาวะโภชนาการหญิงตั้งครรภ์	หญิงตั้งครรภ์ทุกราย	รพ.เกาะคา	-	-	ต.ค64- ก.ย.65	อุบลวรรณ	
-พบสูติแพทย์ประเมินน้ำหนักทารกในครรภ์							พญ.รัชนี้
-จัดโปรแกรมโภชนาการรายบุคคลให้เหมาะสม โดยนักโภชนาการ							นักโภชนาการ
-จัดทำ Individul care planหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง preterm							
- ทำcouple counsellingหญิงตั้งครรภ์และญาติ							
- ให้ความรู้และแนะนำเมนูอาหารเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ไตรมาสที่2	หญิงตั้งครรภ์เสี่ยง	รพ.เกาะคา			ต.ค64- ก.ย.65	นักโภชนาการ,อุบลวรรณ	
-ส่งต่อIndividul care plan ให้เจ้าหน้าที่รพสต.ดูแลติดตามเยี่ยมทาง line							
-เจ้าหน้าที่รพสต.ติดตามเยี่ยมหญิงตั้งครรภ์	1ครั้ง/สัปดาห์						รพสต.
-กำกับติดตามดูแลหญิงตั้งครรภ์ตาม	ทุกวันจันทร์						อุบลวรรณ
Individul care plan							
2.6. การป้องกันทารกคลอดก่อนกำหนด		หญิงตั้งครรภ์ทุกราย	รพ.เกาะคา	-	-	ต.ค64- ก.ย.65	อุบลวรรณ
- ประเมินความเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด							นักโภชนาการ
-พบสูติแพทย์เพื่อ Ultrasound ;วัด Cervical length							
-ให้ยา Progesterone ตั้งแต่อายุครรภ์ 16 สัปดาห์							
- ทำcouple counsellingหญิงตั้งครรภ์และญาติ							
-ส่งต่อIndividul care plan เพื่อให้เจ้าหน้าที่ รพสต.ดูแลติดตามเยี่ยมทาง							
-เจ้าหน้าที่รพสต.ติดตามเยี่ยมหญิงตั้งครรภ์	1ครั้ง/สัปดาห์				ต.ค64- ก.ย.65	รพสต.	
-กำกับติดตามดูแลหญิงตั้งครรภ์ตามIndividul care plan	ทุกวันจันทร์				ต.ค64- ก.ย.65	อุบลวรรณ	
3.พัฒนาระบบบริการ ANC							
1. บริการ ANC Premium.ในรพ.							
1.1คัดกรอง ประเมินความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย	หญิงตั้งครรภ์ที่ฝาก	รพ.เกาะคา	-	-	ต.ค64- ก.ย.65	พญ.รัชนี้	
- screening risk 18 ข้อ ในสมุดสีชมพู		และรพสต.					อุบลวรรณ

- คัดกรอง ภาวะซึมเศร้า, suicide 5 ครั้ง							แสงจันทร์
1.2.จัดลำดับความรุนแรงตามความเสี่ยง							รพสต.
: low risk /medium , risk/high risk							
และวางแผนการดูแล /ส่งต่อ รพสต.							นักโภชนาการ
1.3 ตรวจ U/A 2 ครั้ง คัดกรองการติดเชื้อ							
ป้องกัน Preterm							
- ครั้งที่ 1 = ครั้งแรกที่มาฝากครรภ์ - 24 สัปดาห์							
- ครั้งที่ 2 = อายุครรภ์ 32 สัปดาห์							
1.4 ตรวจทางห้องปฏิบัติการ							
- ครั้งที่1เมื่อแรกจับกลุ่มเลือด ABO, Rh, Hb/Hct, CBC,							
VDRL, Thalassemia screening(ตรวจยืนยันเมื่อมีผลผิดปกติ) และ Anti HIV							
- ครั้งที่ 2 ตรวจHct, VDRL, Anti HIV และตรวจโปรตีนและน้ำตาลในปัสสาวะ							
- ตรวจ Hb Typing เพื่อวินิจฉัยเพิ่มเติมถ้าผลตรวจ Thalassemia ผิดปกติ							
- ส่งต่อถ้าทารกในครรภ์เสี่ยงโรค Thalassemia หรือDown syndrome							
1.5 Ultrasound 2 ครั้ง							
- ครั้งที่ 1 = ANC ครั้งแรกที่มาฝากครรภ์-24 สัปดาห์)							
ประเมินอายุครรภ์ และวัด Cervical length ถ้า<2.5 cm..							
ให้ยากลุ่ม Progesterone ป้องกัน Preterm Labour							
- ครั้งที่ 2 = อายุครรภ์ 34 - 36 สัปดาห์							
1.6 นักโภชนาการประเมินBMI/พฤติกรรมการบริโภคอาหารหญิงมีครรภ์ ให้	หญิงตั้งครรภ์/สามี/						
1.7 เฝ้าระวังติดตามน้ำหนักโดยสอน/สาธิต ให้หญิงตั้งครรภ์ลงบันทึก และ	หญิงตั้งครรภ์/สามี/						
1.8 สอนสาธิตอาหารหญิงตั้งครรภ์โดยนักโภชนาการ	หญิงตั้งครรภ์/สามี/						
1.9 ประเมิน/สอนการนับเด็กดิ้นและการบันทึกในสมุดฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์	หญิงตั้งครรภ์/สามี/						
28 สัปดาห์ขึ้นไป	ญาติ						
1.10หญิงตั้งครรภ์Low riskพบแพทย์อย่างน้อย 2 ครั้ง กลุ่ม High risk พบ	หญิงตั้งครรภ์/สามี/						
1.11ให้วัคซีน dT ครบ 3 ครั้งถ้าไม่ได้รับวัคซีนหรือได้รับมาเกิน 10 ปี กรณี	หญิงตั้งครรภ์						
1.12ให้ยา Folic acid 1*1 , Iodine Tab 1*1 ในไตรมาสแรกหรือมีอาการ	หญิงตั้งครรภ์ จำนวน						
1.13สอนการประเมินพัฒนาการเด็กโดยใช้ DSPMในหญิงตั้งครรภ์เมื่ออายุ	หญิงตั้งครรภ์ จำนวน						

1.13 เมื่อตรวจพบHct<33% ให้ยาธาตุเหล็กเพิ่มเพื่อการรักษา	หญิงตั้งครรภ์/สามี/						
1.14 ตรวจสุขภาพช่องปากทุกราย โดยทันตภิบาล อย่างน้อย 1 ครั้ง/ฝึก	หญิงตั้งครรภ์						
1.15 วางแผน Individual care plan หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง	หญิงตั้งครรภ์/สามี/						
- High risk : GDM / hypothyroid /Chronic hypertension/PIH							
- modurate risk : Twin, IUGR,HIV infection, Preterm	รพ.เกาชา,รพสต.						
- วางแผนการดูแลติดตามร่วมกับสูติแพทย์							
- ส่งคืนข้อมูลและ Individual care plan ให้ รพสต.	1ครั้ง/สัปดาห์						
2. บริการ ANC คุณภาพ.ในNPCU							
1.1คัดกรอง ประเมินความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย	หญิงตั้งครรภ์/สามี/	NPCU 5 แห่ง	-	-	ต.ค64- ก.ย.65	แพทย์เวชปฏิบัติ,พยาบาล	
- screening risk 18 ข้อ ในสมุดสีชมพู							
- คัดกรอง ภาวะซึมเศร้า, suicide 5 ครั้ง							
1.2.จัดลำดับความรุนแรงตามความเสี่ยง							
: low risk /medium , risk/high risk							
และวางแผนการดูแล /ส่งต่อ รพสต.							
1.5 Ultrasound 1 ครั้ง							
- ครั้งที่ 1 = ANC ครั้งแรกที่มาฝากครรภ์-24 สัปดาห์)							
ประเมินอายุครรภ์ และวัด Cervical length ถ้า<2.5 cm..							
ให้ยากลุ่ม Progesterone ป้องกัน Preterm Labour							
1.6ประเมินBMI/พฤติกรรมบริโภคอาหารหญิงมีครรภ์ ให้ความรู้หญิง	หญิงตั้งครรภ์/สามี/						
1.7 เฝ้าระวังติดตามน้ำหนักโดยสอน/สาธิต ให้หญิงตั้งครรภ์ลงบันทึก และ	หญิงตั้งครรภ์/สามี/						
1.8 สอนสาธิตอาหารหญิงตั้งครรภ์โดยนักโภชนาการ	หญิงตั้งครรภ์/สามี/						
1.9 ประเมิน/สอนการนับเด็กดิ้นและการบันทึกในสมุดฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์	หญิงตั้งครรภ์/สามี/						
28 สัปดาห์ขึ้นไป	ญาติ						
1.10หญิงตั้งครรภ์Low riskพบแพทย์อย่างน้อย 2 ครั้ง กลุ่ม High risk พบ	หญิงตั้งครรภ์/สามี/						
1.11ให้วัคซีน dT ครบ 3 ครั้งถ้าไม่ได้รับวัคซีนหรือได้รับมาเกิน 10 ปี กรณี	หญิงตั้งครรภ์						
1.12ให้ยา Folic acid 1*1 , Iodine Tab 1*1 ในไตรมาสแรกหรือมีอาการ	หญิงตั้งครรภ์ จำนวน						
1.13สอนการประเมินพัฒนาการเด็กโดยใช้ DSPMในหญิงตั้งครรภ์เมื่ออายุ	หญิงตั้งครรภ์ จำนวน						
1.13 เมื่อตรวจพบHct<33% ให้ยาธาตุเหล็กเพิ่มเพื่อการรักษา	หญิงตั้งครรภ์/สามี/						

1.14 ตรวจสอบภาพช่องปากทุกราย โดยทันตภิบาล อย่างน้อย 1 ครั้ง/ฝึก	หญิงตั้งครรภ์				
1.15 วางแผน Individual care plan หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง	หญิงตั้งครรภ์/สามี/				
- High risk : GDM / hypothyroid /Chronic hypertension/PIH					
- modurate risk : Twin, IUGR,HIV infection, Preterm	รพ.เกาะคา,รพสต.				
- วางแผนการดูแลติดตามร่วมกับสูติแพทย์					
- ส่งคืนข้อมูลและ Individual care plan ให้ รพ.	1ครั้ง/สัปดาห์				
4.การบริหารจัดข้อมูลและการกำกับติดตามหญิงตั้งครรภ์					
1.จัดทำทะเบียนหญิงตั้งครรภ์ทุกรายให้เป็นปัจจุบัน	หญิงตั้งครรภ์ทุกราย	รพ.เกาะคาและรพสต.		ต.ค64- ก.ย.653	อุบลวรรณ พชรินทร์และ
2. จัดทำทะเบียนหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง	หญิงตั้งครรภ์เสี่ยง	และรพสต.		ต.ค64- ก.ย.65	อุบลวรรณ พชรินทร์และ
3. มีระบบการกำกับติดตามคุณภาพข้อมูลจาก HDC เพื่อการวางแผนในการ	12 รพ.สต. 1			ต.ค64- ก.ย.65	อุบลวรรณ พชรินทร์และ
4 .ติดตามหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงในการประชุมวาระ IT /ติดตามในวาระ	หญิงตั้งครรภ์เสี่ยง	อำเภอเกาะคา		ต.ค64- ก.ย.65	อุบลวรรณ พชรินทร์และ
5. ติดตามตรวจสอบทะเบียนหญิงตั้งครรภ์ในเวทีทุกระดับรพสต	1 ครั้ง/เดือน	รพ.เกาะคาและรพสต.		ต.ค64- ก.ย.65	อุบลวรรณ
6. ส่งต่อข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ทาง Line /ศูนย์ COC และทางเว็บไซต์ เพื่อ	รพ.เกาะคา,รพสต.			ต.ค64- ก.ย.65	อุบลวรรณ
7. ส่งต่อข้อมูลการตั้งครรภ์ให้ห้องคลอด	หญิงตั้งครรภ์ทุกราย			ต.ค64- ก.ย.65	อุบลวรรณ
5. พัฒนาศักยภาพที่เกี่ยวข้อง					
1. พัฒนาความรู้และทักษะพยาบาล					
-อบรมและฟื้นฟูการติดตามดูแลหญิงตั้งครรภ์และมารดากลุ่มเสี่ยง(บูรณาการ	จนท.รพสต.จำนวน	รพสต. ทุกแห่ง		มค.65	พ.รัชณี อุบลวรรณ
.ห้องคลอดคุณภาพ					
1.ประเมินตนเองตามมาตรฐานห้องคลอดคุณภาพ และพัฒนาตามส่วนขาดที่	12 ครั้ง	ห้องคลอด		ต.ค-พ.ย64	รัตนดา
2.พัฒนารูปแบบการดูแลภาวะวิกฤติในระยะคลอด					
- จัดทำแนวทางการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะวิกฤติในระยะคลอด	1ครั้ง	ห้องคลอด		ต.ค- ธค 64	พญ. ปิยาภรณ์/รัตนดา /
-ซ่อมสถานการณ์ฉุกเฉินทางสูติกรรม	2 ครั้ง	ห้องคลอด/ER /		มี.ค.65 ./ ก.ค.65	พญ.ปิยาภรณ์ /ภิญญาพัชญ์
3 พัฒนาศักยภาพบุคลากร โรงพยาบาลเครือข่าย					
-เป็นแหล่งฝึกการทำคลอด พยาบาลห้องคลอดจำนวน 5วัน/คน/ปี		รพ เครือข่าย		ต.ค64- ก.ย.65	รัตนดา
4.เพิ่มคุณภาพการดูแลหลังคลอดในแม่กลุ่มเสี่ยง					
ระบบการดูแลต่อเนื่องหลังคลอด					
-ให้คำปรึกษากลุ่มเสี่ยงที่พบปัญหาเชิงสังคมเพื่อพิจารณาการคุมกำเนิดที่มี	ทุกราย	ANC/ห้องคลอด/ห้อง		ต.ค.64- ก.ย.65	พันทิพา/เบญจวรรณ
5.ระบบการนิเทศติดตามและการควบคุมกำกับ					

-รับการเยี่ยมประเมินตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กจากทีม รพ.ลำปาง	ปีละ 1 ครั้ง	ANC /LR/ PP/ WCC			ต.ค64.-ธ.ค.65	รัตนดา
8.พัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้อง						
1. พัฒนาความรู้และทักษะพยาบาล						
-อบรมNCPR และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	พยาบาล 20 คน	LR/ OR/ กุมาร /พิเศษ			ก.ค.65	พญ.จุฑาธิป / เมธาวี
- อบรมการดูแลมารดาและทารกกลุ่มเสี่ยงและในระยะวิกฤติ	พยาบาล 20 คน	LR /OR / กุมาร/			พค65	พญ.ปิยาภรณ์/รัตนดา
-อบรมพัฒนาการและฝึกทักษะการดูแลหญิงตั้งครรภ์และมารดากลุ่มเสี่ยง	จนท.รพสต.จำนวน	รพสต. ทุกแห่ง				พญ.รัชณี /พญ.ปิยาภรณ์

รวมUC

-

รวมPPA

รวมทั้งหมด

-

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ 2565

หน่วยงาน คปสอ.เกาะคา

อำเภอ เกาะคา จังหวัดลำปาง

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

ประเด็น กลุ่มปฐมวัย แผนงาน การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

- ตัวชี้วัด
- ร้อยละ 64 ของเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน
 - ร้อยละ 64 ของเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน
 - ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีภาวะเตี้ยไม่เกิน ร้อยละ 10
 - ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีภาวะพอมไม่เกิน ร้อยละ 5
 - ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีภาวะอ้วนไม่เกิน ร้อยละ 10
 - ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี เด็กชาย 113 เซนติเมตร เด็กหญิง 112 เซนติเมตร
 - 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 ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม/ส่งต่อ
 - ร้อยละ 60 ของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I

สถานการณ์/ข้อมูลพื้นฐาน

ปีงบประมาณ 2564 เด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 49 มีภาวะเตี้ย ร้อยละ 14.73 พอม ร้อยละ 7.03 อ้วน ร้อยละ 14.53 มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 90.83 เด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการร้อยละ 94.38 เด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้าร้อยละ 24.01 เด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตาม/ส่งต่อ ร้อยละ 87.28 เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA41 ร้อยละ 90 เด็ก 0-5 ปี เด็ก 0-5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ร้อยละ 88.84

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	เป้าหมายและ	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
-------	-------------------------------	-------------	------------------	----------	----------	--------------

ลำดับ	ข้อมูลโครงการ/ ส่วนขององค์กรที่รับผิดชอบ	จำนวน	พื้นที่รับผิดชอบ	จำนวน	แหล่งงบประมาณ	ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
1	รหัสโครงการ						
	1. โฆษณาการเด็กปฐมวัย สูงดีสมส่วน						
	1.1 ชั่งน้ำหนักเด็ก0-5 ปี ทุกคน แยกกลุ่มเป้าหมาย 0-2 ปี และ 3-5 ปี และลงใน JHCIS/HOSXP ค้นหา และคัดกรองเด็กภาวะโภชนาการ (เขียว เหลือง ส้มแดง) ตามเกณฑ์คัดกรองภาวะโภชนาการเด็กและแนวทางการดูแลตามความเสี่ยง เด็ก 0-2 ปี, 3-5 ปี รพ.สต.บ้านน้ำล้อม 46, 62 ราย ศบส.ลำปางหลวง 46, 43 ราย รพ.สต.บ้านจู้ด 85, 91 ราย รพ.สต.สองแควใต้ 91, 106 ราย รพ.สต.บ้านจอมปิง 32, 37 ราย รพ.สต.บ้านไหล่หิน 77, 89 ราย รพ.สต.บ้านวังพร้าว 106, 128 ราย รพ.สต.ศาลาดงลาน 44, 63 ราย รพ.สต.ศาลาไชย 52, 77 ราย รพ.สต.บ้านนาแสง 55, 48 รพ.สต.บ้านท่าผา 63, 83 ราย รพ.สต.บ้านดอนธรรม 86, 90 ราย รพ.สต.บ้านหาดปู้ด้าย 8, 21 ราย รพ.เกาะคา 16, 18 ราย)	เด็ก 0-5 ปี ในอำเภอเกาะคา ได้รับการวัดความยาว/ส่วนสูง ชั่งน้ำหนัก ทุกราย เด็ก 0-2 ปี 807 ราย เด็ก 3-5 ปี 956 ราย รวม 1,763 ราย	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง			ต.ค.64-ก.ย.65	เพชรินทร์ / รพ.สต.ทุกแห่ง

	1.2 ส่งเสริมการเจริญเติบโตของเด็ก 0-2 ปี โดยพ่อแม่ผู้ปกครองด้วยการดูแลเรื่องอาการ การพักผ่อนนอนหลับ การเล่น ออกกำลังกายที่เหมาะสม แนะนำการติดตามภาวะโภชนาการของเด็กโดยใช้กราฟโภชนาการ การดูแลต่อเนื่องใน WCC ติดตามการดูแลเด็ก 3-5 ปี ในศูนย์เด็กเล็ก การจัดการ Smart Healthy Program ดูแลเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับเด็กกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย การพักผ่อน นอนหลับ และส่งเสริมการออกกำลังกาย						
	1.3 ชั่งน้ำหนักเด็ก 0-5 ปี ทุกคน แยกเด็ก 0-2 ปี และ 3-5 ปี คัดกรองตามเกณฑ์ Screening ภาวะเสี่ยงทางโภชนาการ สีเขียว - สูงดี สมส่วน สีเหลือง - มีน้ำหนักเริ่มค่อนข้างน้อยหรือเริ่มค่อนข้างมาก ส่วนสูงเริ่มค่อนข้างเตี้ย เริ่มอ้วน สีส้ม - มีน้ำหนักค่อนข้างน้อยหรือค่อนข้างมาก ส่วนสูงค่อนข้างเตี้ย ท้วม สีแดง - น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์หรือมากกว่าเกณฑ์ ส่วนสูงเตี้ย มีภาวะผอมหรืออ้วน	เด็ก 0-5 ปี ในอำเภอเกาะคา ได้รับการวัดความยาว/ส่วนสูง ชั่งน้ำหนัก ทุกราย เด็ก 0-2 ปี 807 ราย เด็ก 3-5 ปี 956 ราย รวม 1,763 ราย	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง			ต.ค.64-ก.ย.65	เพชรินทร์ / รพ.สต.ทุกแห่ง
	1.3.1 สอบเทียบเครื่องชั่ง / ที่วัดส่วนสูง ทุก รพ.สต.	14 แห่ง	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง			ต.ค.64-ก.ย.65	เพชรินทร์ / รพ.สต.ทุกแห่ง
	1.3.2 สุ่ม อสม.ในการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง	รพ.สต. / รพ.แห่งละ 1 หมู่	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง			ต.ค.64-ก.ย.65	เพชรินทร์ / รพ.สต.ทุกแห่ง

	1.4 จัดโปรแกรมการดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงทางโภชนาการตามการคัดกรอง เด็ก 0-2 ปี ดูแลโดยผู้ปกครองที่บ้าน/WCC และ 3-5 ปี ให้ติดตามที่ศูนย์เด็กเล็ก ร่วมกับผู้ปกครอง แยกคัดกรองความเสี่ยงแต่ละระดับ สีเขียว ดูแลโดยผู้ปกครอง สีเหลือง ดูแลโดย อสม สีส้ม ดูแลโดย มอค. สีแดง ดูแล/ติดตามโดย FCT/โรงพยาบาล	รพ.เกาะคาและ รพ.สต. ทุกแห่ง	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง			ต.ค.64-ก.ย.65	รพ.เกาะคา, รพ. สต. 13 แห่ง
	1.4.1 ส่งเสริมให้พ่อแม่ผู้ปกครองประเมินโภชนาการทุก 2 เดือน ผ่าน APPLICATION Khunlook/สมุดสีชมพู	รพ.เกาะคาและ รพ.สต. ทุกแห่ง	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง			ต.ค.64-ก.ย.65	รพ.เกาะคา, รพ. สต. 13 แห่ง
	1.4.2 แก้ไขปัญหาเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการรายบุคคล เด็ก 0-2 ปี ดูแลโดยผู้ปกครองที่บ้าน/WCC และ 3-5 ปี ให้ติดตามที่ศูนย์เด็กเล็ก ร่วมกับผู้ปกครอง แยกคัดกรองความเสี่ยงแต่ละระดับ สีเขียว ดูแลโดยผู้ปกครอง สีเหลือง ดูแลโดย อสม สีส้ม ดูแลโดย มอค. สีแดง ดูแล/ติดตามโดย FCT/โรงพยาบาล	เด็ก 0-5 ปี, ผู้ปกครอง, ศพด. ,อสม., มอค.	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง			ต.ค.64-ก.ย.65	รพ.เกาะคา, รพ. สต. 13 แห่ง

	1.5 ทำทะเบียนเด็กเตี้ย เด็กอ้วน เด็กผอม ในสถานบริการ จำนวนเด็กเตี้ย,ผอม,อ้วน ปี 64 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.บ้านวังพร้าว 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.บ้านดอนธรรม 21,11,27 ราย รพ.สต.บ้านหาดปู้ด้าย 4,0,4 ราย รพ.เกาะคา 9,21,11 ราย)	เด็กเตี้ย เด็กอ้วน เด็กผอม ในอำเภอเกาะคา ทุกราย	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง			ต.ค.64-ก.ย.65	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง
	1.5.1 ทุก รพ.สต.แบ่งระดับภาวะโภชนาการเด็ก (เหลือง ส้ม แดง)และการวิเคราะห์ วางแผนและออกแบบการแก้ไขปัญหาเด็กเตี้ย	เด็กเตี้ย เด็กอ้วน เด็กผอม ทุกราย	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง			ต.ค.64-ก.ย.65	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง
	1.5.2 ทีม NPCU ร่วมในการวิเคราะห์ วางแผนและออกแบบการแก้ไขปัญหาเด็กเตี้ย อ้วน ผอม	เด็กเตี้ย เด็กอ้วน เด็กผอม ทุกราย	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง			ต.ค.63-ก.ย.65	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง
	1.5.3 มีแผนการดูแลเด็กเตี้ย ผอม อ้วน รายบุคคล และมีการเฝ้าระวังติดตามการชั่งน้ำหนัก/ส่วนสูงเด็กเตี้ย ทุก 2 เดือน	เด็กเตี้ย ผอม อ้วน ทุกราย	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง			ต.ค.64-ก.ย.65	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง

	1.5.4 ประสานภาคีเครือข่าย, อปท. สนับสนุน นมไข่ และศูนย์สาธิตอาหาร เพื่อให้เด็กเกาะคาทุกคน ได้รับนม, ไข่ ทุกวัน ดูแลการพักผ่อน นอนหลับให้เพียงพอ ส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับเด็ก	เด็กเตี้ยผอม อ้วน ทุกราย	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง		รพ.สต. เสนอ โครงการ ต่อ กสต./ อปท.	ต.ค.64-ก.ย.65	รพ.เกาะคา, รพ. สต. 13 แห่ง
	- คัดเลือกข้อมูลให้แต่ละ พท.เพื่อเสนอโครงการขอสนับสนุนนมและไข่สำหรับเด็กจาก อปท.	เด็กน้ำหนักน้อย/ เตี้ยทุกคน	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง		อปท./กองทัพ	ต.ค.-64	รพ.เกาะคา, รพ. สต. 13 แห่ง
	- มีการประชุมร่วมกันระหว่าง รพ.สต.กับหน่วยงานท้องถิ่น มอค.เสนอโครงการขอรับงบประมาณสนับสนุนแก้ไขภาวะโภชนาการเด็กน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์/เตี้ย	เด็กน้ำหนักน้อย/ เตี้ยทุกคน	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง		อปท./กองทัพ	ต.ค.64-ก.ย.65	รพ.เกาะคา, รพ. สต. 13 แห่ง
	- ประสานศูนย์เด็กจัดโปรแกรมการดูแลเด็ก Smart Healt						
	- ประสานศูนย์เด็กเล็กในเขตรับผิดชอบเพิ่มคุณภาพเมนูอาหารในศูนย์เด็กเล็กให้มีเมนูไข่ทุกวัน และจัดเมนูให้เหมาะสมกับภาวะโภชนาการเด็ก และ พัฒนาศักยภาพศูนย์เด็กเล็กเป็นศูนย์สาธิตอาหารสำหรับผู้ปกครอง (พัฒนาเมนูอาหารเพิ่มส่วนสูงตามวัย)	รพ.เกาะคา, รพ. สต. 13 แห่ง	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง			ต.ค.64-ก.ย.65	รพ.เกาะคา, รพ. สต. 13 แห่ง
	1.6 การป้องกันภาวะซีด โลหิตจางในเด็ก						

	- ส่งเสริมหญิงหลังคลอดเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างเดียวไม่น้อยกว่า 6 เดือน	เด็ก อายุ 6 เดือน ทุกราย	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง			ต.ค.64-ก.ย.65	รพ.เกาะคา, รพ. สต. 13 แห่ง
	- จ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ในเด็ก 6 เดือน -5 ปี ให้ได้ รับประทานสัปดาห์ละ 1 ครั้ง	เด็ก อายุ 6 เดือน - 5 ปี ทุกราย	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง			ต.ค.64-ก.ย.65	รพ.เกาะคา, รพ. สต. 13 แห่ง
	-เจาะ Hct เด็กอายุ 6 เดือน เพื่อป้องกันภาวะซีดและ นำผลเลือดไปรักษา/พบแพทย์ในกรณีผล Hct < 33 %	เด็ก อายุ 6-12 เดือนทุกราย	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง			ต.ค.64-ก.ย.65	รพ.เกาะคา, รพ. สต. 13 แห่ง
	- รพ.เกาะคา / รพ.สต. รายงานข้อมูลการดำเนินการ ภายในสิ้นเดือน	รพ.เกาะคา, รพ. สต. 13 แห่ง	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง			ต.ค.64-ก.ย.65	อุมารณ, เพ ชรินทร์
	- สุ่มติดตามการดำเนินงาน ในแต่ละ รพ.สต.	รพ.เกาะคา, รพ. สต. 13 แห่ง	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง				
	2. ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย						
	2.1 เด็ก 0-5 ปีในอำเภอเกาะคาได้รับการคัดกรอง พัฒนาการด้วยคู่มือ DSPM (รพ.สต.บ้านน้ำล้อม 80 ราย ศบส.ลำปางหลวง 71 ราย รพ.สต.บ้านจู้ด 150 ราย รพ.สต.สองแควใต้ 162 ราย รพ.สต.บ้านจอมปิง 54 ราย รพ.สต.บ้านไหล่หิน 137 ราย รพ.สต.บ้านวังพร้าว 188 ราย รพ.สต.ศาลาดงลาน 87 ราย รพ.สต.ศาลาไชย 94 ราย 91.53 รพ.สต.บ้าน นาแสง 86 ราย รพ.สต.บ้านท่าผา 118 ราย รพ.สต. บ้านดอนธรรม 136 ราย รพ.สต.บ้านหาดปู่ด้าย 20 ราย รพ.เกาะคา 28 ราย)	เด็ก0-5ปี ใน อำเภอเกาะคา ทั้งหมดตามช่วง อายุที่กำหนด แยกจากรพ.สต. รวม 1,411 ราย	รพ.เกาะคา / รพ.สต.13แห่ง			ต.ค.64-ก.ย.65	รพ.เกาะคา, รพ. สต. 13 แห่ง

	2.2 เด็ก 0-5 ปีได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า	ร้อยละ 25 ของเด็ก 0-5 ปีที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	รพ.เกาะคา / รพ.สต.13แห่ง			ต.ค.64-ก.ย.65	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง
	2.3 เด็ก 0-5 ปีได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม/ส่งต่อ ผ่านมอค.	เด็ก 0-5 ปีที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า และล่าช้าทั้งหมด	รพ.เกาะคา / รพ.สต.13แห่ง / ศูนย์เด็ก / รร.อนุบาล			ต.ค.64-ก.ย.65	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง
	2.3.1 เด็กที่พบสงสัยล่าช้า PM ขึ้นทะเบียนเพื่อส่งมอค.ติดตาม	เด็ก 0-5 ปีที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า และล่าช้าทั้งหมด	รพ.เกาะคา / รพ.สต.13แห่ง			ต.ค.64-ก.ย.65	เพชรินทร์ / ทุก รพ.สต.
	2.3.2 มอค.และครูศูนย์เด็ก ครอบอนุบาล อสม. ในพื้นที่ติดตามเด็กที่พบสงสัยล่าช้าทุกคน	เด็ก 0-5 ปีที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า และล่าช้าทั้งหมด					
	2.3.3 มอค.ติดตาม และนำข้อมูลลงใน JHCIS/ HOS ส่ง 43 แฟ้ม	เด็ก 0-5 ปีที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า และล่าช้าทั้งหมด				ต.ค.64-ก.ย.65	เพชรินทร์ / ทุก รพ.สต.
	2.3.4 ประเมินผลการติดตามจาก HDC คืบข้อมูลให้มอค. ติดตามให้ครบถ้วน ครอบคลุม					ต.ค.64-ก.ย.65	เพชรินทร์ / ทุก รพ.สต.

	2.4 เด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I	เด็ก 0-5 ปีที่มีพัฒนาการล่าช้าทั้งหมด	รพ.เกาะคา / รพ.สต.13แห่ง			ต.ค.64-ก.ย.65	อุมาภรณ์, เดวิด, สายสวาท วีรินทร์ ภัทร
	2.4.1 รพ.สต.ติดตามประเมินพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าซ้ำใน 1 เดือนแล้วพบมีพัฒนาการล่าช้าแล้วส่งต่อเด็กเพื่อรับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ภายใน 1 เดือน ส่งข้อมูลทาง COC kokha select						
	2.4.2 รพ.กระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ตามแนวทาง ค้นข้อมูลส่งเยี่ยมทาง COC kokha select						
	2.4.3 ลงข้อมูลการกระตุ้นพัฒนาการ ส่ง 43 แฟ้ม						
	2.4.4 ส่งพบกุมารแพทย์ และนักกิจกรรมบำบัดทุกราย						
	2.4.5 เด็กที่พัฒนาการล่าช้า / เด็กป่วย ส่งพบกุมารแพทย์ และนักกิจกรรมบำบัดเพื่อวางแผนการรักษาและส่งต่อ						
	2.5 ติดตามผลการประเมินพัฒนาการเด็กในพื้นที่	รพ.เกาะคา / รพ.สต.13แห่ง	รพ.เกาะคา / รพ.สต.13แห่ง			ต.ค.64-ก.ย.65	อุมาภรณ์ / เพชรินทร์
	2.5.1 ตรวจสอบข้อมูล HDC ทุก 1 สัปดาห์	รพ.เกาะคา / รพ.สต.13แห่ง	รพ.เกาะคา / รพ.สต.13แห่ง				เพชรินทร์
	2.5.2 ค้นข้อมูลทางไลน์ทุกวันศุกร์	รพ.เกาะคา / รพ.สต.13แห่ง	รพ.เกาะคา / รพ.สต.13แห่ง				เพชรินทร์

	2.5.3 รพ.สต.รายงานการประเมินพัฒนาการเด็กผ่านแบบฟอร์มการใช้ DSPM ของ สสจ. ทุก 1 เดือน	รพ.เกาะคา / รพ.สต.13แห่ง	รพ.เกาะคา / รพ.สต.13แห่ง				อุมารณ์ / เพชรินทร์
	3. การให้บริการในคลินิก WCC						
	3.1 ให้บริการคลินิก WCC คุณภาพ	เด็ก0-5 ปี/ ผู้ปกครองในเขต รพ.เกาะคา/ รพ.สต.13แห่ง	รพ.เกาะคา/ รพ.สต.13แห่ง			ต.ค.64-ก.ย.65	อุมารณ์, เพชรินทร์, รพ.เกาะคา/ รพ.สต.13แห่ง
	3.1.1 ประเมิน/เฝ้าระวัง/ติดตามภาวะโภชนาการสอนผู้ปกครองบันทึกกราฟโภชนาการ แปรผล กราฟโภชนาการ เพื่อติดตามการเจริญเติบโต และเพื่อส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคโดยพยาบาลและนักโภชนาการ						
	3.1.2 ประเมินพัฒนาการเด็กโดยใช้ DSPM/DIAM						
	3.1.3 สอน/สาธิตการประเมินพัฒนาการตามวัยตามคู่มือDSPM/DAIM ให้ผู้ปกครอง						
	3.1.4 สอน/สาธิตอาหารที่เหมาะสมตามวัยให้ผู้ปกครอง ส่งเสริม Exclusive Breast Feeding สนับสนุนเมนูอาหาร						
	3.1.5 ตรวจช่องปาก เคลือบฟลูออไรด์ แนะนำ การดูแลช่องปาก การแปรงฟัน โดยทันตภิบาลทุกราย						
	3.1.6 พบกุมารแพทย์ทุกครั้งที่มาใช้บริการ						

	3.1.7 อายุ 6 เดือนตรวจ Hct , อายุ 4 ปี วัดความดันโลหิตและตรวจ U/A	เด็กอายุ 6-12 เดือน ที่ยังไม่เคยตรวจ Hct ทุกราย, เด็ก อายุ 4 ปี ทุก ราย					
	3.1.8 ให้น้ำนมเสริมธาตุเหล็กเด็กอายุ 6 เดือนขึ้นไปทุกราย	เด็กอายุ 6 เดือน ขึ้นไป ทุก ราย					
	3.1.9 ให้อาหารตามเกณฑ์อายุ						
	3.1.10 นั้ดรับบริการวัคซีนครั้งต่อไปและนัดพัฒนาการช้า 1 เดือนในรายที่สงสัยล่าช้า						
	3.1.11 ส่งพบนักกิจกรรมบำบัดประเมินในกรณีตรวจพบพัฒนาการล่าช้า/ส่งพบกุมารแพทย์เพื่อประเมินโรคทางกาย	ทุกราย					กุมารแพทย์, เดวิด , สายสวาท, อุมารณ
	3.1.12 ส่งต่อรพศ.เพื่อประเมินโรคทางกาย	ทุกราย					กุมารแพทย์, วีรินทร์ภัทร, เดวิด, สายสวาท
	3.1.13 ส่งต่อรพศ./รพ.เวชชาธิกรัษ์ กระตุ้นพัฒนาการ						
	3.1.14 จัดระบบการส่งต่อ/ติดตามเยี่ยม ดูแลเด็กทาง Line /ศูนย์COC/ เว็บไซต์ การส่งต่อข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ	ทุกสัปดาห์					
	4. การพัฒนา						
	4.1 ส่งเสริมการใช้คู่มือ DSPM ในพ่อแม่ ผู้ปกครอง ครูพี่เลี้ยงศูนย์เด็กและประเมินส่งต่อเข้าระบบบริการได้	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง			ต.ค.-64	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง

	4.1.1 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			ต.ค.64-ก.ย.65	เพชรินทร์, รพ.สต. 13 แห่ง
	- พ่อแม่ ผู้ปกครองที่พร้อม ประเมินพัฒนาการโดยใช้ DSPM ผ่าน APPLICATION Khunlookกรณีต้องการ ปรึกษา สามารถส่งผลในกลุ่ม Line เพื่อเกิดการ แลกเปลี่ยน	พ่อแม่ผู้ปกครองที่ พร้อมใช้ Application	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง			ต.ค.-64	รพ.เกาะคา, รพ. สต. 13 แห่ง
	- ส่งเสริมการใช้คู่มือ DSPM ในพ่อแม่ผู้ปกครอง ที่ใช้ สมุดคู่มือ DSPM	พ่อแม่ผู้ปกครอง ที่ ใช้สมุดคู่มือ DSPM	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง			ต.ค.64-ก.ย.65	รพ.เกาะคา, รพ. สต. 13 แห่ง
	4.1.2 พัฒนาศักยภาพ อสม.เพื่อส่งเสริมกระตุ้น ติดตามการใช้ DSPM ในพ่อแม่ ผู้ปกครอง	อสม. ในเขต รพ. เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง			ต.ค.64-ก.ย.65	รพ.เกาะคา, รพ. สต. 13 แห่ง
	- เป็น อสม.เชี่ยวชาญแม่และเด็ก ติดตามพัฒนาการ เด็กทุกหมู่บ้าน หมู่บ้านละ 2 คน						
	- อสม.ที่มีอายุระหว่าง 35-45 ปี ที่มีบุตร อ่านออก เขียนได้ ใช้ IT ได้						
	- ประเมินศักยภาพครูพี่เลี้ยง (ศูนย์เด็กเล็ก) ในการ ประเมินพัฒนาการด้วยเครื่องมือ DSPM และใช้กราฟ ประเมินโภชนาการ ติดตามการดำเนินงานตาม มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย	ศูนย์เด็กเล็ก 13 แห่ง / รร.อนุบาล 20 แห่ง	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง			ต.ค.-64	รพ.เกาะคา, รพ. สต. 13 แห่ง

	- พัฒนาศักยภาพครูอนุบาลในการประเมินพัฒนาการด้วยเครื่องมือ DSPM และใช้กราฟประเมินโภชนาการ	ศูนย์เด็กเล็ก 13 แห่ง / รร.อนุบาล 20 แห่ง	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง			ต.ค.-64	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง
	3.1.3 รพ.สต.รายงานประเมินการใช้ DSPM ของพ่อแม่ผู้ปกครอง โดย Google form	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง			ต.ค.64-ก.ย.65	อุมารณ์, เพชรินทร์, รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง
	3.1.4 รพ.สต.มีการจัดกิจกรรม Class "พัฒนาการเด็กสร้างได้" เพื่อติดตามและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สำหรับผู้ปกครองเด็ก ก่อนช่วงอายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน (Early Detective) โดยจัด 3 เดือน/1ครั้ง	4 ครั้ง/ปี	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง			ธ.ค.64, มี.ค.65, มิ.ย.65,ก.ย.65	อุมารณ์, เพชรินทร์, รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง
	3.1.5 จัดเวที แลกเปลี่ยนเรียนรู้/นวัตกรรม สำหรับครูพี่เลี้ยงในศูนย์เด็ก ในการประเมินพัฒนาการด้วย DSPM (ครูพี่เลี้ยงเด็กเชี่ยวชาญ)	1 ครั้ง	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง			มี.ค.-65	MCH borad
	4. การบริหารจัดการข้อมูล						
	4.1. ทบทวนระบบการบันทึกข้อมูลในระบบ JHCIS , HosXP ให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง			ต.ค.64-ก.ย.65	อุมารณ์, เพชรินทร์
	4.2. ตรวจสอบคุณภาพข้อมูลโดยผู้รับผิดชอบงานรพ.สต. / PM อำเภอ	เดือนละ 2 ครั้ง				ต.ค.64-ก.ย.65	อุมารณ์, เพชรินทร์
	4.3 มีแผนลงสู่กำกับติดตามคุณภาพการคัดกรองพัฒนาการในทุกสถานบริการ โดยทีมอำเภอ	ปีละ 2 ครั้ง	รพ.เกาะคา, รพ.สต. 13 แห่ง			ต.ค.64-ก.ย.65	MCH borad

4.4. ประชุมผู้รับผิดชอบงานเด็กปฐมวัย เพื่อติดตาม ปัญหาและการดำเนินงาน ข้อมูลเด็กที่ต้องบันทึกและ ส่งต่อข้อมูล ระดับอำเภอ โดยบูรณาการร่วมกับการ ประชุมงานอนามัยมารดา	ทุก 3 เดือน	1 รพ.,10 รพ.สต	ไม่ใช้งบ		ธ.ค.64,มี.ค.65, มิ.ย.65,ก.ย.65	อุมาภรณ์, เพ ชรินทร์
			-			

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

หน่วยงาน คปสอ.เกาะคา อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง

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

ประเด็น : กลุ่มวัยรุ่น โรงพยาบาลเกาะคา อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง

ตัวชี้วัด (KPI) /ผลลัพธ์ที่ต้องการ

: ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ไม่เกินร้อยละ 14.5

: การเฝ้าระวังอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี เกณฑ์เป้าหมายไม่เกิน 27 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน

ค่าเป้าหมาย

- 1.เยาวชนและวัยรุ่นอายุ 6-24ปี เข้าร่วมกิจกรรมผ่าน social media จำนวนไม่น้อยกว่า 30 คน
- 2.เยาวชนและวัยรุ่นอายุ 6-24ปี สามารถประเมินความเหมาะสมของสื่อสุขภาพได้อย่างถูกต้อง จำนวนไม่น้อยกว่า 30 คน
- 3.เยาวชนและวัยรุ่นอายุ 6-24ปี มีการบอกต่อเรื่องสื่อสุขภาพที่เหมาะสม จำนวนไม่น้อยกว่า 50 คน

สถานการณ์/ข้อมูลพื้นฐาน

- 1.จำนวนวัยรุ่นที่เข้ารับบริการปรึกษาในคลินิกและใน social mediaปี 58-64 คือ 546/69, 303/50 ,552/45 , 582/53 ,568/71 และ 587/59 ตามลำดับ
2. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี (เป้าหมาย $\leq 27:1000$) ,ที่มากลดรพ.เกาะคาทั้งหมด 81 ราย เฉพาะอำเภอเกาะคา 20 ราย คิดเป็น 15.09 (อัตราต่อพัน) หญิงอายุ 15-19 ปีทั้งหมด มี 1,325 ราย /นอกเขตอำเภอเกาะคา 61 ราย
- 3.จำนวนวัยรุ่นอายุตั้งครรภ์น้อยกว่า 20 ปี มากลดที่ รพ.เกาะคา จำนวน 81 ราย ตั้งครรภ์ซ้ำ 1 ราย คิดเป็น 1.23% (นอกเขต)
4. หลังคลอด แม่วัยรุ่นได้รับคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย) 85% (เป้าหมายไม่น้อยกว่า 80%)
5. จำนวนวัยรุ่นที่เข้ารับบริการบำบัดสารเสพติด อายุ 15-24 ปี จำนวน 23 ราย อยู่อ.เกาะคา 22 ราย (ทั้งหมด 201 ราย)
6. จำนวนเด็กที่มารับบริการตรวจวัด IQ ทั้งหมด 99 ราย(ในเขต=53ราย(คิดเป็น 53.53%), นอกเขต=46ราย(คิดเป็น46.46%)
7. จำนวนเด็กที่มารับการตรวจประเมิน/ติดตาม ADHD=9 ราย ,LD= 6 ราย ,MR.=1 ราย ,ปัญหาพฤติกรรม=3 ราย ,โรคซึมเศร้า=3 ราย

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ (ระบุให้ชัดเจน)	ผู้รับผิดชอบ
				จำนวน	แหล่งงบ		
1	รหัสโครงการ xxxxxx โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยในกลุ่มวัยรุ่นและทูบีนัมเบอร์วัน อำเภอเกาะคา						
	1.ทบทวนคณะกรรมการภาคีเครือข่าย Teen Management อ.เกาะคา						
	ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับวัยรุ่น						

1.1	ร่วมประชุมชี้แจงช่องทางการให้บริการปรึกษา ช่วยเหลือกลุ่มวัยรุ่น ในสถานศึกษา โดยขอเข้าร่วมชี้แจงในการประชุมของ สพฐ. อ.เกาะคา (ร่วมกับงานวัยเรียน)	ผู้บริหารสถานศึกษา ใน อ.เกาะคา	สพฐ. อ.เกาะคา	-	-	ม.ค.65	แสงจันทร์ เบข
1.2.	ร่วมประชุมชี้แจงช่องทางการให้บริการปรึกษา ช่วยเหลือกลุ่มวัยรุ่น นอกสถานศึกษา ในการประชุมของ อปท., พขอ.และ เลขา NPCU - ช่องทางเช่น ทางโทรศัพท์ ทางไลน์ ทางInbox ในคลินิกวัยรุ่น หรือในสถานศึกษา และหรือที่บ้าน	- ผู้บริหาร อปท. อ.เกาะคา - เลขา NPCU	อปท.ใน อ.เกาะคา อ.เกาะคา	-	-	ม.ค.65	แสงจันทร์ เบญจวรรณ
-	ทบทวนคณะกรรมการภาคีเครือข่าย Teen Management อ.เกาะคา ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับวัยรุ่น	คณะกรรมการและ ผู้ดำเนินงานวัยรุ่น	อำเภอเกาะคา	-	-	ม.ค.65	แสงจันทร์ วีรินทร์ภัทร
-	จัดเวทีประชุมหารือเพื่อมีแนวทางค้นหาวัยรุ่นที่มีปัญหาทางด้าน สุขภาพจิตและพฤติกรรมเพื่อให้เข้าถึงบริการ	อำเภอเกาะคา จนท.สธ,ครู, ตัวแทนชุมชน 20 คน		-	-	ม.ค.65	เบญจวรรณ
2.	เปิดพื้นที่ผ่าน Social media						
2.1	กิจกรรมประกวดโลโก้ โปรไฟล์เพจ FACEBOOK คลินิกวัยรุ่นเกาะคา (ตัดสินจากยอดกด Like และ กด Share)	วัยรุ่นในสถานศึกษา และในชุมชน	อำเภอเกาะคา	-	-	ม.ค.65-ก.ย.65	วีรินทร์ภัทร แสงจันทร์ เบญจวรรณ
2.2	เปิดพื้นที่ให้ความรู้สื่อสุขภาพที่เหมาะสมทาง twitter และ TIKTOK	วัยรุ่นในสถานศึกษา	อำเภอเกาะคา	-	-	ม.ค.65-ก.ย.65	วีรินทร์ภัทร
2.3	พัฒนาเพจ Facebook คลินิกวัยรุ่นเกาะคา - กระตุ้นโพสต์ ให้ข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับวัยรุ่น อย่างน้อยวันเว้นวัน	และในชุมชน					แสงจันทร์ เบญจวรรณ
2.4	Live สด ประชาสัมพันธ์ข้อมูลด้านสุขภาพผ่านเพจ FACEBOOK "คลินิกวัยรุ่นเกาะคา" ในหัวข้อ "ถ้าป่างวัยตีาซซช ถามมา-ตอบไป" - Live สด ทุกวันศุกร์ สัปดาห์ที่ 2 และ 4 ของเดือน	วัยรุ่นในสถานศึกษา และในชุมชน	อำเภอเกาะคา	-	-	ม.ค.65-ก.ย.65	วีรินทร์ภัทร แสงจันทร์ เบญจวรรณ

	2.5 จัดทำคลิปวิดีโอเพื่อประชาสัมพันธ์ข้อมูลด้านสุขภาพผ่านเพจ FACEBOOK	วัยรุ่นในสถานศึกษา	อำเภอเกาะคา	-	-	ม.ค.65-ก.ย.65	วีรินทร์ภัทร
	"คลินิกวัยรุ่นเกาะคา" ในหัวข้อ "ลำปางวัยรุ่นซซชฯ ถามา-ตอบไป"	และในชุมชน					แสงจันทร์
	- กระตุ้นโพส ให้ข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับวัยรุ่น อย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง						เบญจวรรณ
	3. สร้างต้นแบบหลากหลายลำปางวัยรุ่นซซชฯ						
	- เปิดพื้นที่ประชาสัมพันธ์รับสมัครต้นแบบ TO BE NUMBER ONE IDOL	วัยรุ่นในสถานศึกษา	อำเภอเกาะคา	-	-	ม.ค.65-ก.ย.65	วีรินทร์ภัทร
	เพื่อแสดงความสามารถพิเศษ เช่น เล่นกีตาร์ , ร้องเพลง , วาดภาพ , กีฬา เป็นต้น	และในชุมชน					แสงจันทร์
							เบญจวรรณ
	4. ติดตามและประเมินผลลัพท์อย่างมีคุณภาพ						
	- ติดตามจากยอดกด Like กด Share Page/post ต่างๆในเพจ	วัยรุ่นในสถานศึกษา	อำเภอเกาะคา	-	-	ม.ค.65-ก.ย.65	วีรินทร์ภัทร
		และในชุมชน					แสงจันทร์
							เบญจวรรณ
	- ประชาสัมพันธ์ผลงานต่างๆของกิจกรรมวัยรุ่นในอ.เกาะคา ทั้งในชุมชน	วัยรุ่นในสถานศึกษา	อำเภอเกาะคา	-	-	ม.ค.65-ก.ย.65	วีรินทร์ภัทร
	ในโรงเรียน และใน Social media	และในชุมชน					แสงจันทร์
							เบญจวรรณ
	5. พัฒนาศูนย์วัยรุ่นใน โรงพยาบาลเกาะคาและ รพ.สต.						
	5.1 จัดให้มีบริการคลินิกวัยรุ่นในรพ.สต.	รพ.เกาะคาและ	อำเภอเกาะคา	-	-	ม.ค.65	แสงจันทร์
	- ติดป้ายคลินิกวัยรุ่นให้เห็นชัดเจน	รพ.สต.13แห่ง					วีรินทร์ภัทร
	- จัดสถานที่สำหรับการให้คำปรึกษาวัยรุ่นเป็นสัดส่วน						จนท.รพ.สต.
	- จัดทำทะเบียนผู้รับบริการวัยรุ่นในพื้นที่						ในเขตพื้นที่
	5.2 Individual care plan วัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงที่มี IQ ต่ำ, EQ ต่ำ มีปัญหา	รพ.เกาะคาและ	อำเภอเกาะคา	-	-	ม.ค.65	แสงจันทร์
	พฤติกรรม,เรียนรู้ช้า ที่เข้ามาใช้บริการในรพ.เกาะคา	รพ.สต.13แห่ง					วีรินทร์ภัทร
	และส่ง รพ.สต. เพื่อติดตามต่อ ได้รับการช่วยเหลือตามความเหมาะสม						จนท.รพ.สต.
	- ติดตามการคุมกำเนิดของหญิงวัยรุ่นที่มาคลอดที่ รพ.เกาะคาทั้ง						ในเขตพื้นที่

	ในเขตและนอกเขต (โดยเฉพาะ อ.เกาะคา ไม่ให้มีตั้งครรภ์ซ้ำ)						
	โดยการติดตามเป็นรายบุคคลและมีการคุมกำเนิดด้วยวิธีที่เหมาะสม						

รวมUC

รวมPPA

รวมทั้งหมด

-

-

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

คปสอ.....เกาะคา.....จังหวัดลำปาง

ยุทธศาสตร์ที่ 1 วัยทำงาน (NCD:DM/HT)

ประเด็น / งาน : โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง.....

1. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานไม่เกิน ร้อยละ 1.85
2. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงความดันลดลงจากปีก่อน ลดลงร้อยละ 4.40
3. กลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ร้อยละ 70
4. กลุ่มเสี่ยงป่วยเบาหวานได้รับการตรวจเลือดซ้ำร้อยละ 60
5. ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 60
6. ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60
7. ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมน้ำตาลได้ดีร้อยละ 40
8. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้ดีร้อยละ 60
9. ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ตา เท้า ร้อยละ 60
10. ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ไต ร้อยละ 80
11. ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการคัดกรอง CVD risk ร้อยละ 90
12. อัตราการเกิด Stroke STEMI ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงลดลงจากปีที่ผ่านมา

สถานการณ์/ข้อมูลพื้นฐาน

อ.เกาะคามี้อัตราผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องอัตราผู้ป่วยผู้ป่วยเบาหวานต่อแสนประชากร ปี2560-2564 ที่ 6,421.02 6,869.05 ,7,187.11

74,63.44,7839.65และมี อัตราผู้ป่วยผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร ปี2560-2564 อยู่ที่ 15,326 ,15,980 , 16,865.61,17,268.1,18,760.47 ตามลำดับ

1. ประชาชน อายุ35ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเบาหวาน ร้อยละ 94.88
2. ประชาชน อายุ35ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง ร้อยละ 94.1
- มีผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงยังสูง ร้อยละ3.51 (ปี63= 2.73) เป้าหมายร้อยละ 1.85 (HDC)

อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง ยังสูงจากปีก่อน ร้อยละ 7.12

- ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน 69.54 (ผ่าน) ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง 76.16 (ผ่าน)

- ในกลุ่มป่วย เบาหวาน ความดันโลหิตสูงยังควบคุมไม่ได้ตามเป้าหมาย ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานควบคุมได้ ร้อยละ 17.37 (เป้าหมาย ร้อยละ40)

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ควบคุมได้ร้อยละ 65.20(เป้าหมายร้อยละ 60)

- คัดกรอง CVD risk ร้อยละ 88.19 เป้าหมายร้อยละ 87.5 ในการตรวจคัดกรองค้นหาภาวะแทรกซ้อนไตร้อยละ 58.89 (เป้าหมายร้อยละ 60)ได้ตามเป้าหมาย การตรวจฟันร้อยละ 45.67

ทางดาร์ยละเอียด41.12 การตรวจเท้า ได้รับการคัดกรองร้อยละ56.44 (เป้าหมายร้อยละ 60)ในปี 2564 ได้รับผู้ป่วยรักษา รพ.สต.ตรวจตาและเท้าที่ รพ.สต.

- .อัตราการเกิด Stroke STEMI ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ปี 62 - 64 77.34 ,105.38 ,81.42

- การดำเนินงาน NCD ต่างๆยังไม่ได้ตามเป้าหมายกลุ่มผู้ป่วยuncontrol ยังไม่ปรับพฤติกรรม ส่วนใหญ่ปรับพฤติกรรมไม่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีปริมาณมาก ผู้ให้บริการไม่สามารถให้การดูแลเฉพาะอย่างทั่วถึง จึงเลือกกลุ่มสีแดง มาปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมกับการทำSMBG,SMBP จัดทำIndividual careplanเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง และส่งผู้ป่วยได้รับการบริการกลับบ้าน

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
				จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
	รหัสโครงการ โครงการรณรงค์(NCD:DM/HT)						
	<u>1.การคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูงปี2565</u>						
	1. สำรวจและจัดทำฐานข้อมูลประชาชนที่ไม่ป่วยด้วยโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูงอายุ 35 ปีขึ้นไป	ประชากรที่ไม่ป่วย DM+HT อายุ35ปี	13รพ.สต./1รพ.			1-30กันยายน	แสงจันทร์
		ขึ้นไปทุกราย					เพียงเดือน
	2.มีการจัดบริการตรวจสุขภาพเชิงรุก การคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป	คัดกรองประชากรที่ไม่ป่วยDM+HT อายุ 35ปีขึ้นไปทุกรายรวม 24834ราย	13รพ.สต./1รพ.			1ตค.64-30ธค.64	
	ในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ไม่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	รพ.876					เพียงเดือน
	.-มีทะเบียนกลุ่มเป้าหมายที่จะคัดกรอง	น้ำลุ่ม1742					
	.-ประชุมสมเพื่อวางแผนกำหนดวันคัดกรอง	ลำปางหลวง1457					
	และทบทวนศักยภาพสม.ในการเจาะDTX	บ้านจู้ด2321					
	.-ออกตรวจคัดกรองตามแผนที่วางไว้	สองแควใต้2402					
	.-ให้คำแนะนำเบื้องต้นแก่กลุ่มเสี่ยงเบาหวานหรือกลุ่ม	จอมปิง1021					

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
				จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
	เสี่ยงความดันโลหิตสูง	โหลหิน 2292					
	.-นำผลการคัดกรองมาลงโปรแกรมHOS.xpหรือ	วังพร้าว2924					
	JHCIS	ดงลาน1650					
	.-นำผลการคัดกรองมาวิเคราะห์เพื่อทำเป็นโครงการ	ศาลาไชย11810					
	แก้ไขปัญหาต่อไป	นาแสง1554					
	.-แพทย์หัวหน้าทีมPCUทำหน้าที่เป็นSystem	ท่าผา2292					
	manager	ดอนธรรม2121					
		หาดปูดาย372					
	2. การดำเนินงานเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง						
	.จัดตั้งหมู่บ้านรอบรู้สุขภาพการบริโภค	14หมู่บ้าน	ทุกพรต.			1กพ.65-31	เพียงเดือน
	.สร้างนโยบายสาธารณะ"แป้งน้อย					กค.65	ทักษพร
	กินจาง บกีนหวาน"ในกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มสงสัยป่วย กลุ่มป่วยDM/HT						
	.มีการจัดตัวอย่างเมนูสุขภาพเช่นการ						
	นำผักคะน้าไชยามาทดแทนการทานเค็ม						
	ทานหวาน(แทนผงชูรส)						
	.มีการจัดตัวอย่างอาหารที่ควรทานแต่ละ						
	มือโดยใช้ตัวอย่าง2:1:1 หรือ6:1:1						
	มีตัวอย่างให้แต่ละพรต						
	.นำตัวอย่างอาหารมาสอนในกลุ่มเสี่ยง						
	กลุ่มสงสัยป่วย กลุ่มป่วยให้เกิดความ						
	เข้าใจ เห็นจริง นำไปใช้ในครอบครัว						
	และบอกต่อได้และมีมุมสื่อตัวอย่างเป็น						
	สถานีสุขภาพในชุมชนต่อไป						
	.นำประเด็นสุขภาพเข้าสู่ประชุมของ						

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
				จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
	พขอ.เพื่อให้เกิดนโยบายสาธารณะจาก						
	ชุมชนนำไปปฏิบัติต่อไป						
	2.1 การดำเนินงานในกลุ่มเสี่ยงDM	397ราย	13รพสต./1รพ.	75,276.00	งบuc	1กพ..65-31 กค.65	
	ติดตามเดือนที่1- สืบค้นเข้าถึงข้อมูล		รพ.เกาะคา0		ค่าถ่ายเอกสารติดตาม		เพียงเดือน
	รับรู้ปัญหาของตนเอง โอกาสที่จะเกิดโรคต่อไป		น้ำล้อม45		(PreHT PreDM)		ทักษะพร
	.ติดตามทางสาเหตุพ่นธุกรรมก่อให้เกิดโรค		ลำปางหลวง0		752*10=7520บาท		สมเพชร
	.รับรู้เรื่องสาเหตุการโรคเบาหวาน		บ้านจู้ด10		ค่า strip 1774		
	.วัดBP FBS BMI รอบเอว		สองแควใต้160		48กล่อง * 180 บาท		
	.เขียนปัญหาของตนเอง ตั้งเป้าหมาย+แนวทางการปรับเปลี่ยน		จอมปิง10		8640บาท*6ครั้ง		
	และให้กลุ่มเสี่ยงเป็นBuddyในการชักชวน		ไหลหิน45		19,980บาท(วัสดุวิทยาศาสตร์)		
	การออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม						
	ติดตามเดือนที่2 ติดตามโดยมอ.		วังพร้าว0		ค่าเข็มเจาะเลือด		
	.ติดตามวัดBP FBS BMI รอบเอว		ดงลาน50		2382คน*1.80บาท		
	.ติดตามเป้าหมาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม		ศาลาไชย15		เป็นเงิน42876บาท*6ครั้ง(วัสดุวิทยาศาสตร์)		
	ประเมินสุขภาพผ่านApplicationในการ		นาแสง17		ค่าวุฒิบัตรและใบประกาศเกียรติคุณ		
	ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค"แป้งน้อย		ท่าผา0		20*120=2400บาท(วัสดุวิทยาศาสตร์)		
	กินจาง บกีนหวาน"		ดอนธรรม0		ค่าวัสดุจัดทำสื่อสร้างสถานีสภาพ		
	ติดตามเดือนที่3 ติดตามโดยมอ.		หาดปู้ด้าย45		2500บาท		
	.ติดตามวัดBP FBS BMI รอบเอว						
	.ติดตามเป้าหมาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม						
	ประเมินสุขภาพผ่านApplicationในการ						
	ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค"แป้งน้อย						
	กินจาง บกีนหวาน"						

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
				จำนวน	แหล่งงบ		
	ติดตามเดือนที่4 ติดตามโดยมอค.						
	.ติดตามวัดBP FBS BMI รอบเอว						
	.เล่าสู่กันฟังเมื่อมีผลFBS BP BMI รอบเอวลดลง						
	.ติดตามเป้าหมาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม						
	ประเมินสุขภาพผ่านApplicationในการ						
	ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค"แป้งน้อย						
	กินจาง บั๊กหวน"						
	ติดตามเดือนที่5 ติดตามโดยมอค.						
	.ติดตามวัดBP FBS BMI รอบเอว						
	.เล่าสู่กันฟังเมื่อมีผลFBS BP BMI รอบเอวลดลง						
	ประเมินสุขภาพผ่านApplicationในการ						
	ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค"แป้งน้อย						
	กินจาง บั๊กหวน"						
	.กลุ่มเสี่ยงมีกำลังใจในการปรับเปลี่ยน						
	พฤติกรรมต่อไป						
	ติดตามเดือนที่6 ติดตามโดยมอค.						
	.ติดตามวัดBP FBS BMI รอบเอว						
	.เกิดบุคคลต้นแบบเพื่อนำเป็นต้นแบบปี						
	ต่อไป						
	.มอบประกาศเกียรติคุณแก่บุคคลต้นแบบ						
	2.2 การดำเนินงานใน กลุ่มเสี่ยงHT	355ราย	รพ/รพสต	งบรวมในติดตาม	งบUC	1กพ.65-31กค.	
	ติดตามเดือนที่1-สืบค้นเข้าถึงข้อมูล		รพ.0	กลุ่มเสี่ยงPre dm		65	

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
				จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
	รับรู้ปัญหาของตนเอง โอกาสที่จะเกิดโรคต่อไป		น้ำล้น0				
	.ติดตามทางสาเหตุพันธุกรรมก่อให้เกิดโรค		ลำปางหลวง0				
	.รับรู้เรื่องสาเหตุการโรคความดันโลหิตสูง		บ้านจูด0				
	.วัดBP BMI รอบเอว		สองแควใต้140				
	.เขียนปัญหาของตนเอง ตั้งเป้าหมาย+แนวทางการปรับเปลี่ยน		จอมปิง10				
	และให้กลุ่มเสี่ยงเป็นBuddyในการชักชวน		ไหลหิน45				
	การออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม		วังพร้าว0				
	<u>ติดตามเดือนที่2</u> ติดตามโดยมอค.		ดงลาน65				
	.ติดตามวัดBP BMI รอบเอว		ศาลาไชย0				
	.ติดตามเป้าหมาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม		นาแสง80				
	ประเมินสุขภาพผ่านApplicationในการ		ท่าผา0				
	ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค"แป้งน้อย		ดอนธรรม0				
	กินจาง บั๊กหวาน"		หาดปู้ด้าย15				
	<u>ติดตามเดือนที่3</u> ติดตามโดยมอค.						
	.ติดตามวัดBP BMI รอบเอว						
	.ติดตามเป้าหมาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม						
	ประเมินสุขภาพผ่านApplicationในการ						
	ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค"แป้งน้อย						
	กินจาง บั๊กหวาน"						
	<u>ติดตามเดือนที่4</u> ติดตามโดยมอค.						
	.ติดตามวัดBP BMI รอบเอว						
	.เล่าสู่กันฟังเมื่อมีผล BP BMI รอบเอวลดลง						
	.ติดตามเป้าหมาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม						
	ประเมินสุขภาพผ่านApplicationในการ						

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
				จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
	ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค"แป้งน้อย						
	กินจำง บกีนหวาน"						
	ติดตามเดือนที่5 ติดตามโดยมอค.						
	.ติดตามวัดBP BMI รอบเอว						
	.เล่าสู่กันฟังเมื่อมีผลBP BMI รอบเอวลดลง						
	ประเมินสุขภาพผ่านApplicationในการ						
	ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค"แป้งน้อย						
	กินจำง บกีนหวาน"						
	.กลุ่มเสี่ยงมีกำลังใจในการปรับเปลี่ยน						
	พฤติกรรมต่อไป						
	ติดตามเดือนที่6 ติดตามโดยมอค.						
	.ติดตามวัดBP BMI รอบเอว						
	.เกิดบุคคลต้นแบบเพื่อนำเป็นต้นแบบปี						
	ต่อไป						
	.มอบประกาศเกียรติคุณแก่บุคคลต้นแบบ						
*****	กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง						
	1. การจัดการบริการในคลินิก						
	1.1 กิจกรรมส่งเสริมการปรับพฤติกรรมกลุ่มผู้ป่วย	ผู้ป่วยเบาหวานและ	รพ.สต./ร.พ.			ต.ค.64-	คลินิก NCD
	- มีการให้ความรู้ตอนเช้าประมาณ 20 นาทีก่อนผู้ป่วยเข้ารับการรักษา	ความดันโลหิตสูง				ก.ย.-65	/รพ.สต.
	ตามแผนการให้ความรู้เรื่อง3อ.2ส. การปฏิบัติตัวเมื่อมีภาวะผิดปกติ การ ออกกำลังกายการดูแลสุขภาพช่องปาก	6000 คน					ทันตภิบาล
	- โรงเรียนเบาหวานรายใหม่ ความดันโลหิตสูงรายใหม่	DMรายใหม่ 400คน HTรายใหม่ 800คน				ต.ค.64-ก.ย.65	คลินิก NCD
	- กลุ่มชะลอการเสื่อมของไต ทุกวันจันทร์	ผป.DM,HT 300คน					ทักษพร

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
				จำนวน	แหล่งงบ		
	1.2 คัดกรองภาวะแทรกซ้อน						
	- ผู้ป่วยเบาหวานตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ไต ไขมัน ฟัน	ผู้ป่วยเบาหวาน	รพ.สต/ร.พ.			ต.ค.63-กย.64	คลินิก NCD
	- ผู้ป่วยเบาหวานตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา และเท้า	4,371 ราย				ต.ค.63-กย.64	/รพ.สต.
	- ผู้ป่วยรักษา ร.พ. ตรวจตา เท้าที่ ร.พ.	2201 ราย	ร.พ.			ต.ค.64-กย.65	ประนอม
	- ผู้ป่วยรักษา รพ.สต.ตรวจ ตาเท้าที่ รพ.สต.	2170 ราย	รพ.สต.			ต.ค.64-กย.65	รพ.สต.
		223 ราย	สองแควใต้				รพ.สต.
		102 ราย	จอมปึง				รพ.สต.
		117 ราย	นาแสง				รพ.สต.
		39 ราย	หปด				รพ.สต.
		293ราย	วังพร้าว				รพ.สต.
		163ราย	ดงลาน				รพ.สต.
		84 ราย	ศาลาไชย				รพ.สต.
		155ราย	ท่าผา				รพ.สต.
		208 ราย	ไหล่หิน				รพ.สต.
		178 ราย	ดอนธรรม				รพ.สต.
		150 ราย	น้ำอ้อม				รพ.สต.
		317 ราย	บ้านจู้ด				รพ.สต.
		134 ราย	ลำปางหลวง				รพ.สต.
	- สนับสนุนรองเท้าสำเร็จรูปให้แก่ผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดแผลที่เท้า คู่ละ 1800 บาท	150 คู่	รพ./รพ.สต.	270,000.00	สปสช.(วัสดุ การแพทย์)	ต.ค.64-กย.65	สมเพ็ชร
	- คัดกรองCVD Risk	ผู้ป่วยเบาหวาน				ต.ค.64-กย.65	พัชรภรณ์
	- อัตราการเกิด Stroke STEMI ในผู้ป่วย DM/HT	และความดันโลหิตสูง	รพ./รพ.สต.				
	ลดลงจากปีที่ผ่านมา	12,081 ราย					
	- เจาะ HbA1C ตาม แนวทางที่กำหนดปีละ 1 ครั้ง	ผู้ป่วยเบาหวาน	รพ.สต/ร.พ.			ต.ค.64-กย.65	สมเพ็ชร /

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
				จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
		2,000 ราย					รพ.สต.
	- ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนไต, ไขมัน, คัดกรองCVD Risk ตามแนวทางที่กำหนด ปีละ 1 ครั้ง	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 7,483 ราย	รพ.สต./ร.พ.			ตค.64-กย.65	พัชรภรณ์
	- กลุ่มหญิง อายุ15-55ปีผู้ป่วยด้วยโรค DM/HT คัดกรองประวัติ LMP และการคุมกำเนิดกลุ่มเสี่ยง พบปัญหาส่งต่อคลินิกวางแผนครอบครัว	DM 456 ราย HT 766 ราย	รพ.สต./ร.พ.			ตค.64-กย.65	คลินิกNCD/รพสต.
	2. แนวทางการดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่มในคลินิก NPCU/รพ.สต.						
	- เพิ่มการเข้าถึงและพัฒนาคุณภาพบริการ	DM 4641 ราย HT 7483 ราย	ร.พ./รพ.สต.			ตค.64-กย.65	
	- จัดทำทะเบียนคัดแยกผู้ป่วยDM,HTตามกลุ่มสีและจัดบริการเฉพาะกลุ่ม (โดยใช้ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี)โดยผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงระดับสีที่ดีขึ้น (ลดลงอย่างน้อย 1 ระดับ)						
	- กลุ่ม HT						แพทย์ FM
	*กลุ่มสีเขียวไม่เรื้อรังดัน BP<140/90mmHg	5204 คน	ร.พ./รพ.สต.			ตค.64-กย.65	พัชรภรณ์
	ปรับพฤติกรรมลดเค็มลดหวาน มอค. จัดยาให้ที่บ้าน นัด2 เดือน ได้พบแพทย์ปีละ 1 ครั้ง						รพ.สต.
	*กลุ่มสีเหลือง สีส้ม เรื้อรังดันปานกลาง BP 140/90-179/109 mmHg	957 คน	ร.พ. /รพ.สต.			ตค.64-กย.65	
	**BP สูงครั้งแรก ปรับพฤติกรรม จัดยาให้ นัด 1 เดือน	35 คน	ร.พ.เกาะคา				
	**BP สูงครั้งที่สอง ปรับพฤติกรรมดูแล consultแพทย์ จัดยาให้ นัด 1 เดือน ทำ SMBP ตามเกณฑ์	75 คน	จอมปิง				
	- ติดตามวัดระดับความดันโลหิตที่ รพ.สต.สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	105 คน	บ้านจู้ด				
		82 คน	ดอนธรรม				
		111คน	ท่าผา				
		30 คน	นาแสง				

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
				จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
		56คน	น้ำล้อม				
		79 คน	วังพร้าว				
		86 คน	ดงลาน				
		60คน	ศาลาไชย				
		78 คน	สองแควใต้				
		14 คน	หาดปู่ด้าย				
		55คน	ไหล่หิน				
		93 คน	ลำปางหลวง				
	*กลุ่มสีแดงเร่งด่วน BP $\geq$180/110 mmHg	58 คน	รพ.สต./ร.พ.			ตค.64-กย.65	พัชรภรณ์
	**BP สูงประเเมนพฤติกรรมดูแลโดยทีม แพทย์ ทีมสหวิชาชีพ ทำ SMBP ส่ง COC ตามเกณฑ์ จัดทำ Individual care plan	4 คน	ร.พ.เกาะคา				
		3 คน	จอมปิง				
		6 คน	บ้านจู้ด				
		7 คน	ดอนธรรม				
		4 คน	ท่าผา				
		2 คน	นาแสง				
		5 คน	น้ำล้อม				
		5 คน	วังพร้าว				
		5 คน	ดงลาน				
		4 คน	ศาลาไชย				
		4 คน	สองแควใต้				
		0 คน	หาดปู่ด้าย				
		2 คน	ไหล่หิน				
		7 คน	ลำปางหลวง				

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
				จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
	- กลุ่ม DM						
	*กลุ่มสีเขียวไม่เรื้อรัง FBS 70-130 mg/dl /BP<140/90mmHg	2192 คน	ร.พ./รพ.สต.			ตค.64-กย.65	แพทย์
	ปรับพฤติกรรมลดเค็มลดหวาน มอค. จัดยาให้ที่บ้าน น้ด2 เดือน ได้พบแพทย์ปีละ 1 ครั้ง						ประนอม
	*กลุ่มสีเหลือง สีส้ม เรื้อรังปานกลาง FBS 131- 182 mg/dl / BP 140/90-179/109 mmHg	1741 คน	รพ.สต.	56,700.00	UC(วัสดุ วิทยาศาสตร์)	ตค.64-กย.65	รพ.สต.
	**FBS,BP สูงครั้งแรก ปรับพฤติกรรม จัดยาให้ น้ด 1-2 เดือน	73 คน	ร.พ.เกาะคา				/ประนอม
	**FBS,BP สูงครั้งที่สอง มอค. ประเมินพฤติกรรม จัดยาให้ น้ด 1 เดือน ทำ SMBG ,SMBP ตามเกณฑ์	66 คน	จอมปิง				
	- ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด เจาะเลือดที่ รพ.สต.เดือนละ 1 ครั้ง 1741 คน เจาะ 6ครั้ง/ปี	212 คน	บ้านจู้ด				Lab/รพ.สต.
		115 คน	ดอนธรรม				Lab/รพ.สต.
		194 คน	ท่าผา				Lab/รพ.สต.
		72 คน	นาแสง				Lab/รพ.สต.
		140 คน	น้ำล่อม				Lab/รพ.สต.
		214 คน	วังพริ้ว				Lab/รพ.สต.
		145 คน	ดงลาน				Lab/รพ.สต.
		101 คน	ศาลาไชย				Lab/รพ.สต.
		138 คน	สองแควใต้				Lab/รพ.สต.
		27 คน	หาดปู่ด้าย				Lab/รพ.สต.
		135 คน	ไหล่หิน				Lab/รพ.สต.
		109 คน	ลำปางหลวง				Lab/รพ.สต.
	*กลุ่มสีแดงเรื้อรัง FBS<70,>200 mg/dl / BP ≥180/110 mmHg						

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
				จำนวน	แหล่งงบ		
	FBS≥200mg/dl 1 visit	151 คน	ร.พ./รพ.สต.	10,800.00	UC(วัสดุ วิทยาศาสตร์)	ตค.64-กย.65	สมเพชร
	**FBS,BP สูงครั้งที่แรก ปรับพฤติกรรม จัดยาให้ นั้ด 1 เดือน						
	เจาะFBSที่ รพ.สต. 1 ครั้ง / 2สัปดาห์ ,SMBP ตามเกณฑ์						
	FBS≥183mg/dl 2 visit	138คน				ตค.64-กย.65	แพทย์FM
	**FBS,BP สูง ประเมินพฤติกรรม ดูแลโดยทีม แพทย์ ทีมสหวิชาชีพ ทำ SMBG ,SMBP ส่ง COC ตามเกณฑ์ ส่งต่อถ้ามีอาการผิดปกติ จัดทำ Individual care plan						สมเพชร
	FBS≥183mg/dl2visit ทำSMBG สัปดาห์ละ 2-3ครั้ง หรือเจาะเลือดตาม ตารางที่แพทย์กำหนด	83 คน					
	3. ระบบส่งต่อ						
	- พัฒนาระบบส่งต่อ ผู้ป่วยDM,HT รักษาใกล้บ้าน	เบาหวาน 2,005 คน HT3,451 คน	รพสต			ตค.64-กย.65	สมเพชร
	อัตราผู้ป่วยDM,HT รักษา รพ.สต.ต่อ ร.พ.	80:20	/ร.พ.				พัชราภรณ์/รพ.สต
	- เจาะเลือดคัดกรองประจำปีผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่รักษา รพ.สต.	เบาหวาน 2163 คน HT 6193 คน	รพ.สต.			ตค.64-กย.65	อรรณณ/เจนินดา
		DM102คนHT296 คน	จอมปิง				
		DM317คนHT404 คน	บ้านจู้ด				
		DM178คนHT387 คน	ดอนธรรม				
		DM155คนHT321 คน	ท่าผา				
		DM117คนHT253 คน	นาแสง				
		DM150คนHT254 คน	น้ำล้อม				
		DM293คนHT473 คน	วังพัว				
		DM163คนHT262 คน	ดงลาน				

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
				จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
		DM84คนHT199 คน	ศาลาไชย				
		DM223คนHT497 คน	สองแควใต้				
		DM39คนHT45 คน	หาดปู่ด้าย				
		DM208คนHT341 คน	ไหลหิน				
		DM134คนHT298 คน	ลำปางหลวง				
	- ประเมินความรู้ด้านสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง	50คน	ร.พ.				วารุมাত্রี
	- ทำทะเบียนผู้ป่วยDM,HTกลุ่ม Uncontrolled สีแดง สีดำ และกลุ่มที่มี CVD risk ตั้งแต่เสี่ยงสูง	ผู้ป่วยDM,HT uncontrol ใส่จำนวน				ตค.64-กย.65	พัชรภรณ์
	- การวิเคราะห์พฤติกรรมความเสี่ยงของกลุ่มสีแดงและสีดำ	ผู้ป่วยDM,HT uncontrol				ตค.64-กย.65	สมเพชร/พัชรภรณ์
	4. การพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข						
	- ทำ R2R หรือนวัตกรรมตามปัญหาของพื้นที่ร.พ. / รพ.สต.	ร.พ./รพ.สต.				ตค.64-กย.65	ร.พ./รพ.สต.
	- ทำ KM ร่วมกับสาธารณสุขจังหวัด ผ่านระบบ Zoom ทุก 3 เดือน	ร.พ./รพ.สต.				ธ.ค.,มี.ค.,มิ.ย.,ก.ย. 65	แพทย์ FM รพ./รพ.สต. สสจ.ลำปาง
	- โครงการพัฒนาเครือข่ายผู้ดูแลคลินิก NCD clinic plusใน ร.พ. (ประเมินคลินิก NCD clinic plus)	ทีมประเมินจาก จังหวัดทีมงานNCD30 คน	ร.พ.		(บูรณาการร่วมกับงานพัฒนาคุณภาพ)	ตค.64-กย.65	สมเพชร
	5. ระบบข้อมูล ข่าวสาร						
	- วิเคราะห์ผล / ควบคุมกำกับและติดตามระบบข้อมูลสารสนเทศ ระบบการรับส่งข้อมูลระหว่าง รพ.ลำปาง , รพ.สต.ทางเว็บสสอ. ทุก 1เดือน	รพ./รพ.สต.	ร.พ.			ตค.64-กย.65	แสงจันทร์
	- ติดตามข้อมูล HDC ทุกสัปดาห์		รพ.สต.				สมเพชร

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
				จำนวน	แหล่งงบ		
	- ตรวจสอบข้อมูลร่วมกับงานไอที เดือนละ 2 ครั้ง						พัชรภรณ์
							เนติพงษ์
	- สรุปผลการดำเนินงานในสถานบริการเดือนละ 1 ครั้ง (onepage)	12 ครั้ง					แสงจันทร์
	- นำเสนอภาพรวมผลการดำเนินงานในที่ประชุมทุกระดับ						สมเพ็ชร
	รพ.สต. เดือนละ 1 ครั้ง						พัชรภรณ์
	5.2ลงและตรวจสอบคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน	OPD Card30 ฉบับ	ร.พ.			ตค.64-กย.65	คลินิก NCD
	9.3.รพ.สต.ทุกแห่งได้รับการประเมินคลินิก NCD คุณภาพ (ประเมินตนเอง)	รพ.สต.ทุกแห่ง	รพ.สต.			ตค.64-กย.65	รพ.สต./สมเพ็ชร
	6.เทคโนโลยีทางการแพทย์						
	- ลงบันทึก Individual care plan ใน โปรแกรม Coc Kokha select	DM 138 ราย HT 25 ราย	ร.พ. /รพ.สต.		บูรณาการ ร่วมกับงาน COC	ตค.64-กย.65	ประนอม
	- ใช้ Application Smart อสม. ,PCC, mHealth ติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม						
	7.ภาวะการนำและอภิบาลระบบ						
	- ทบทวนคณะกรรมการ NCD Board ประกอบด้วย ผู้บริหาร, CM,ตัวแทนจาก รพ.สต. ตัวแทนจากชุมชน	20 คน	ร.พ.			ตค.64-กย.65	สมเพ็ชร
	8. การกำกับติดตามผลการดำเนินงาน						
	- ติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้ Application Smart อสม. ,PCC, mHealth) NCD any where any time	DM 138 ราย HT 25 ราย	รพ.สต./ร.พ.				คลินิก NCD/รพ.สต.

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
				จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
	-ประเมินพฤติกรรมรายบุคคล ผู้ป่วย Uncontrolled DM,HTผ่าน Application เพื่อ 3 หมอ ติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค เน้น แป้งน้อย กินจืด บกีนหวาน						
	* มีช่องทางสื่อสาร การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่าง รพช.และรพสต. ทาง thai refer , เมล ,ไลน์ , โทรศัพท์	ผู้ป่วยเบาหวานและ ความดันโลหิตสูง	รพ.สต./ร.พ.			ตค.64-กย.65	คลินิก NCD/รพ.สต.
	- ประชุมคณะกรรมการ NCD Board อย่างน้อยไตรมาสละ 1 ครั้ง	20คน	ร.พ.			ตค.64-กย.65	สมเพชร,เพียงเดือน
	- สรุปการประชุม NCD Boardและส่งรายงาน ให้กับจังหวัดทุก 3 เดือน						
	* วิเคราะห์และรายงานผลการดำเนินงานทุก 1 เดือนภายในวันที่10ของ ทุกเดือน					ตค.64-กย.65	
	* รายงานผลการดำเนินงานในการประชุมทุกระดับ รพ.สต.					ตค.64-กย.65	
	* ติดตามผลการดำเนินงานใน HDC ทุก 1 เดือน						
	*รายงานผลการดำเนินงานรายสถานบริการทุก 1 เดือน						สมเพชร
	9.การมีส่วนร่วม						
	มีชมรมเบาหวาน อำเภอละ 1 แห่ง	รพ.สต./ร.พ.				ตค.64-กย.65	รพ.สต.
							สมเพชร
*****	หมู่บ้านรอบรู้สุขภาพด้านบริโภค						
	ชุมชนลดหวาน						
	1.3 การประสานดำเนินงานลดหวานในองค์กร/ชุมชน			ไม่ใช้งบ			
	.มีการจัดอาหารว่างที่ให้พลังงานน้อยเช่นผลไม้						
	.ใช้น้ำเปล่าแทนกาแฟ						
	1.3.1สำรวจมาตรการเดิมที่เคยมีลดหวานในชุมชน โดยทีม มอค. ติดตาม ทบทวน รื้อฟื้นกิจกรรมให้ต่อเนื่อง	78 หมู่บ้าน				ตค.64-กย.65	แสงจันทร์/เพียงเดือน/รพสต./วิวิธ/สลิล/

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
				จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
	1.3.2 นำประเด็นด้นน้ำอ้อมในงานบุญเข้าสู่พหุ.และผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะงดน้ำอ้อมในงานบุญเกิดนโยบายสาธารณะ	วาระประชุม พหุ. 1 ครั้ง					อภิญา/ทักษพร / นิตยา
	1.3.3 อสม./มอ. ประสานร้านจำหน่ายเครื่องดื่มร่วมกิจกรรมหวานน้อยอร่อยดี และสนับสนุนสื่อสติกเกอร์ และตุ๊กตาหวานน้อยที่รับการสนับสนุนจาก สสจ.ที่เข้าร่วมกิจกรรมหวานน้อยอร่อยดี	ร้านเครื่องดื่มขาย กาแฟ ชา น้ำผลไม้ปั่น ฯลฯ 45ร้าน					
	1.3.4 อสม. และ มอ.ติดตามการดำเนินงานหวานน้อยอร่อยดีในร้านที่เข้าร่วมโครงการทุกเดือน	45ร้าน					
	1.3.5 จัดเก็บข้อมูลการจัดทุก หมู่บ้าน /ร้านอาหาร ทุกครั้งที่มีกิจกรรมและประเมิน ทุก 6 เดือน / 12 เดือนสร้างองค์การรอบรู้สุขภาพบริโภค	13รพสต./1รพ.					
	2. ชุมชนลดเค็ม	16,794หลังคาเรือน	1รพ/13รพสต	ไม่ใช้งบ			
	2.1 คืบข้อมูลเรื่องโรคความดันโลหิตและการลดการเกิดโรคแก่เครือข่ายประชุมกำนันผู้ใหญ่บ้าน พหุ.					ตค.63-กย.64	แสงจันทร์/เพ็ญเดือน/รพสต.
	2.2 ประชุมร่วมกับที่ประชุมหมู่บ้านเพื่อแจ้งวัตถุประสงค์และการเข้าภายในครัวเรือน						
	2.3 อกตรวจความเค็มตามเขตรับผิดชอบของอสม.ทกเดือนในอาหารที่ประกอบเองในครัวเรือนอย่างน้อย1เมนู/เดือนและให้ความรู้ทุกครัวเรือนและมีการบันทึกลงในสมาร์ทอสม.						
	2.4 บันทึกข้อมูลความเค็ม วิเคราะห์ และคืบข้อมูลให้กับชุมชน/ ประชุมกำนันผู้ใหญ่บ้าน /คปสอ. 3 เดือนครั้ง						
	2.5 เฝ้าระวังความเค็มในร้านก๋วยเตี๋ยว						
	/ร้านอาหาร/ตลาดสด / วัด / โรงเรียน						
	2.5.1 จัดทำทะเบียนร้านก๋วยเตี๋ยว /ร้านอาหาร/แผงลอยจำหน่ายอาหาร	80ร้าน					
	2.5.2 แจ้งแนวทางการดำเนินงานแก่รพสต.						

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
				จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
	2.5.3 มอค. ประชาสัมพันธ์ร้านก๋วยเตี๋ยว / ร้านอาหาร/แผงลอยจำหน่ายอาหารเข้าร่วมโครงการ						
	2.5.4 มอค. ให้ความรู้แก่เจ้าของร้าน/ผู้ประกอบการ(รายกลุ่ม/รายบุคคล)						
	2.5.5 อสม. ออกตรวจวัดความเค็มเดือนละ 1 ครั้ง และให้ความรู้ในการปรับความเค็มให้อยู่ในระดับปกติและบันทึกในสมาร์ทอสม.						
	2.5.6 มอค. มีการสุ่มตรวจความเค็มร้านก๋วยเตี๋ยว/ร้านอาหาร/แผงลอยจำหน่ายอาหารเข้าร่วมโครงการจากคณะทำงานอาหารปลอดภัย						
	3. โรงครัว โรงอาหารส่งเสริมให้มีการรณรงค์รณรงค์รณรงค์รณรงค์	โรงพยาบาลเกาะคา	อำเภอเกาะคา	ไม่ใช้งบ		ตค.64-กย.65	แสงจันทร์/เพียงเดือน/รพสต./วิทวัส/สลิล/อภิญา/ทักษพร / นิตยา
	.-สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพบริโภค						
	.-ตรวจวัดความเค็ม อาหารโรงครัว โรงพยาบาลทุกเดือน						
	.-มีสื่ออาหารกินเป็นมือ กินเป็นเช็ด						
	.-มีสื่ออาหารเมนูสุขภาพ"ลดแป้ง ลดหวาน ลดเค็ม"						
	.-มีความรู้เข้าใจเกิดการดำเนินการรณรงค์รณรงค์						
	ด้านสุขภาพบริโภคHLO						
	4. วัดลดเค็ม						
	.-มอค. ออกตรวจวัดความเค็มทุก 1 เดือน						
	.-ถวายความรู้เรื่องความเค็มแก่พระสงฆ์/พระอสม.	64 วัด	อำเภอเกาะคา	ไม่ใช้งบ		ตค.64-กย.65	แสงจันทร์
	/พระในเขตรับผิดชอบ						รักชนก
	.-มีความรู้เข้าใจเกิดการดำเนินการรณรงค์รณรงค์						
	ด้านสุขภาพบริโภคHLO						
	รกรสร้างบุคคลต้นแบบรณรงค์สุขภาพบริโภค	รพ./รพสต.	อำเภอเกาะคา	ไม่ใช้งบ(รับการสนับสนุนจาก		ตค.64-กย.65	แสงจันทร์

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
				จำนวน	แหล่งงบ		
	-มีคณะกรรมการเพื่อคัดเลือกบุคคลต้นแบบ			สสจ.)			เพียงเดือน
	รอบรู้ด้านสุขภาพบริโภค						
	-มอบประกาศเกียรติคุณแก่องค์กรต้นแบบ						
	รอบรู้ด้านสุขภาพบริโภค(กินเป็นมือ กินเป็นเชื้ต)						
	-มีการประเมินผลจากBMI/การตรวจสุขภาพเช่นFBS/รอบเอว/						
	ผลเลือดประจำปีเทียบก่อน-หลัง						
	1. กิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกาย(ชุมชน)						
	1.1 จัดทำทะเบียนกลุ่มออกกำลังกายหมู่บ้าน/ตำบล/โรงเรียนจำแนก กลุ่มวัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ และผู้ประสานงานประจำกลุ่ม ออกกำลังกาย	รพ./รพสต. 13 แห่ง	อำเภอเกาะคา	ไม่ใช้งบ		ตค.64-กย.65	แสงจันทร์/เพียง เดือน/รพสต.
	1.2 จัดทำ Mapping ลานออกกำลังกายทุกแห่ง						
	1.3 เชิญชวนทุกกลุ่มวัยเข้าร่วมการออกกำลังกายในสวนกีฬา ที่มีอยู่ ในหมู่บ้าน/ตำบล/โรงเรียน ผ่านสื่อวิทยุวิทยาลัยเทคนิคครลำปาง /ไลน์ กลุ่ม กำนันผู้ใหญ่บ้าน /อสม.หมู่บ้าน /ภาคีสุขภาพเกาะคา /กลุ่มโรงเรียน เกาะคา						
	1.4 มอศ.เชิญชวนผู้ที่สนใจ+กลุ่มเสี่ยงกลุ่มป่วยเข้าร่วมออกกำลังกาย ตามรูปแบบที่สนใจ หรือลานออกกำลังกายในพื้นที่ตามทะเบียน						
	1.5 ผู้รับผิดชอบงานออกกำลังกายของรพสต.ติดตามประเมินการออก กำลังกายกลุ่ม BMI เกิน กระตุ้นให้ออกกำลังกายอย่างน้อย3วัน/สัปดาห์ และอย่างน้อย30นาที/ครั้ง						
	1.6 มอศ.สนับสนุนสื่อ/วิทยากรในการออกกำลังกายของแต่ละรพสต.ตาม ความเหมาะสม และสื่อสารกิจกรรมการออกกำลังกายโดยgroup line/ กลุ่มอสม.หมู่บ้านเกาะคา /ภาคีสุขภาพเกาะคาทุกเดือน						

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
				จำนวน	แหล่งงบ		
	1.7 สถานบริการทุกแห่งประเมินผล หลังเข้าร่วมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ออกกกำลังกาย ทุก 3,6,12 เดือน						
	หาต้นแบบการออกกกำลังกาย						

งบUC	142,776.00
งบสปสช	270,000.00
รวมทั้งหมด	412,776.00

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

คปสอ....เกาะคา.. จังหวัดลำปาง

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

ประเด็น / งาน : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ

ตัวชี้วัด (KPI) /ผลลัพธ์ที่ต้องการ

- 1 กลุ่มอายุ 55 ปีขึ้นไป ได้รับการดูแลสุขภาพ
- 2 ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan
- 3 ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้รับการดูแลทั้งในสถานบริการและในชุมชน
 - 3.1 ร้อยละของประชากรสูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
 - 3.2 ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care : LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์
- 4 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ
 - 4.1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ
 - 4.2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

ข้อมูลพื้นฐาน/ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

- 1 อำเภอเกาะคา ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) โดยมีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งหมด 13,964 คนคิดเป็นร้อยละ 26.98 ของประชากรทั้งหมดของอำเภอเกาะคา (ในปี 2560 ,2561, 2563 และ 2564 ร้อยละ 25.53 , 27.56, 30.97 และ 32.93 ตามลำดับ พบทุกตำบลที่มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ในปี2564
- 3 อันดับแรก ได้แก่ รพ.เกาะคา รพสต.จอมปิง และรพสต.น้ำล้อม ร้อยละ 41.52 , 40.07 และ 35.39 ร้อยละ 0.6
- 2 กลุ่มอายุ 55 ปีขึ้นไปในอำเภอเกาะคา มีทั้งหมด 19,478 คน คิดเป็นร้อยละ 44.48
- 3 กลุ่มอายุ 55 ปีขึ้นไป ได้รับการส่งเสริมสุขภาพ พอเหมาะ Lampang Model ร้อยละ 37.32
- 4 55 ปี ได้รับการวินิจฉัย เข้าเสื่อมได้รับการพอเหมาะ ร้อยละ 100
- 5 การปรับสภาพแวดล้อมบ้านผู้สูงอายุ เสี่ยงปานกลาง และ กลุ่มเสี่ยงร้อยละ 73.33
- 6 การประเมินผลตำบล LTC ที่ ยังไม่ผ่านเกณฑ์ มีตำบล LTC. 4 ตำบล คิดเป็นร้อยละร้อยละ 20

5 มีคลินิกผู้สูงอายุไม่ผ่านเกณฑ์

6 อปท.ที่เข้าร่วม LTC ปี 59-62 จำนวน 5 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 60 ยังไม่รวมอีก 5 แห่งคือ อปท.นาแก้ว อปท.เกาะคาแม่ยาว อปท.ไหล่หิน อปท.ลำปางหลวงและ อบต.นาแสง

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ(ระบุ ให้ชัดเจน)
				จำนวน	แหล่งงบ	
1	รหัสโครงการ					
	โครงการส่งเสริมและพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอเกาะคา					
	กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ					
	1 ประเมิน/คัดกรองสุขภาพ ผู้สูงอายุ	ผู้สูงอายุ	อ.เกาะคา	-	-	ตค-ธค 64
	- ประเมิน ADL	14,906	74 หมู่บ้าน			
	- โรคที่เป็นปัญหาสำคัญ และพบบ่อย ได้แก่ DM ,HT, CVD risk ,	ผู้สูงอายุที่ได้รับ				
	ตา , ฟัน	การคัดกรองทุกคน				
	- คัดกรอง Geriatric Syndromes ได้แก่ ซึมเศร้า , OA ,Fall ,					
	สมองเสื่อม , กลั้นปัสสาวะ,โภชนาการ					
	-พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 5 ด้าน ได้แก่ ออกกำลังกาย					
	ดื่มน้ำ/ทานผักผลไม้/ไม่ดื่มสุรา/ไม่สูบบุหรี่					
	1.2 จัดทำทะเบียนผู้สูงอายุ ให้เป็นปัจจุบัน และแบ่งกลุ่ม ติดสังคม ,					
	ติดบ้าน , ติดเตียง แยกรายหมู่บ้าน					
	2. การเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (55-64 ปี) : Style Smile Smart					
	กลุ่ม Pre-aging(อายุ 55 ปีขึ้นไป) ได้รับการดูแลสุขภาพ					
	2.1 เข้ารับการอบรม ครู ข ร่วมทีมสหวิชาชีพ (สสจ จัดประชุม)	ผู้รับผิดชอบงาน รพ./พื้นที่	รพ./สสอ		สสจ ลำปาง	สสจ กำหนดวัน
	2.2 สสอ./รพสต./รพ.มีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์สร้างกระแส Style Smile Smart	แผนไทย	5 NPCU			มี.ค 65

	สื่อสารประชาสัมพันธ์นโยบายสาธารณะ ผู้สูงอายุเริ่มที่ 55 ปี “ฮ้องปู้ได้หนา”	โภชนาการ				
	E-learning ความรู้และการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ	ทันตกรรม				
	(ใช้สื่อที่จังหวัดสนับสนุน) ในการประชุมพขอ./หัวหน้าส่วน/กำนันผอ.					
	2.3. จัดตั้ง Anti -aging center อำเภอละ 1 แห่ง ในคลินิกผู้สูงอายุ รพ.เกาะคา	50 คน/อำเภอ	อ.เกาะคา	16,500	UC	ม.ค. -ก.ย. 65
	ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ และ MOU ร่วมกับ รพ เวชชาภิรักษ์ ในการจัดทำโปรแกรม	NPCU ละ 10 คน		(ค่าอาหารและอาหารว่างกลุ่มเป้าหมาย50คนวิทยากร5คน		
	2.4.จัดบริการประเมินและให้ความรู้ /โปรแกรมการจัดการดูแลสุขภาพ	หรือมากกว่านั้น		คิดเป็น55*100=5,500บาท		
	เดือนละ1ครั้ง จำนวน 3 ครั้ง เพื่อติดตามและประเมินผล			จำนวน3ครั้ง(5,500*3=16,500)		
	2.5.สร้าง Line group ให้คำปรึกษาสุขภาพ “Anti Aging Center”		รพ., NPCUศาลา	ไม่ใช้งบ	UC	ม.ค. -ก.ย. 65
	2.6.ติดตาม ประเมินความพึงพอใจก่อน และหลังการเข้ารับบริการ					
	3.ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแล(มีผู้ดูแล-ไม่ถูกทอดทิ้ง/อยู่ในสถานบริบาลที่ได้มาตรฐาน)					
	3.1 5NPCU /ผู้รับผิดชอบงานสูงอายุ /สสอ สํารวจข้อมูลผู้สูงอายุที่ไม่มีญาติ/อยู่คนเดียว	ผู้สูงอายุไม่มีญาติ อยู่คนเดียว	สสอ.,รพ., 5 NPCU			ตค 64-กย65
	/กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง จากการคัดกรอง	และกลุ่มติดบ้าน,,ติดเตียง ทุกราย				
	3.2 5NPCU /ผู้รับผิดชอบงานสูงอายุ /สสอ จัดทำแนวทางดูแล (care plan)	ผู้สูงอายุไม่มีญาติ อยู่คนเดียว	อำเภอเกาะคา	-		
	* จัดทำ care plan ในผู้สูงอายุกลุ่ม ติดบ้าน ติดเตียง ผู้สูงอายุไม่มีญาติ อยู่คนเดียว	และกลุ่มติดบ้าน,,ติดเตียง ทุกราย				
	3.3.ประสานงานกับเครือข่าย ในเวที ประชุม คปสอ.และคืนข้อมูลในการประชุมLTC ในเทศบาล/อบต.					
	* เสนอ CP ให้ อปท.สนับสนุนการเยี่ยมบ้าน ของ Care Giver			-	งบ LTC	ตค 64-กย65
	(โครงการ LTC อปท)				อปท	
	* บันทึก ลงในโปรแกรม LTC และ 3C					
	3.4 นำเสนอข้อมูลแผนการดำเนินงานในเวทีพขอ. เกาะคา รอบ6เดือน					
	3.5 ติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทุก 3 เดือน เพื่อปรับแผน	ผู้สูงอายุไม่มีญาติ อยู่คนเดียว	อำเภอเกาะคา			พย 64-กย65
	การดูแลรายบุคคล (care plan) ให้เหมาะสมตามสภาพปัญหา	และกลุ่มติดบ้าน,,ติดเตียง ทุกราย				

	- ส่งต่อข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้ศูนย์ COC เพื่อวางแผนการ					
	ดูแลร่วมกับ ทีม PCU ตาม care plan และเสนอปัญหาด้านเศรษฐกิจ					
	และสังคมเข้าสู่เวที อปท. เพื่อพิจารณาให้ความช่วยเหลือ ต่อไป					
	3.5 .อบรม Care Manager ผู้ดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกสถานบริการ	รพสต.ที่ไม่มี CMทั้งหมด 4	5 รพสต	-	ตามแผน	ธค2564
		รพสต. ลำปางหลวง			สสจ.ลำปาง	
		รพสต. บ้านจู้ด				
		รพสต.จอมปิง				
		รพสต. ท่าผา				
		รพสต,ดอนธรรม				
	3.6 .อบรมฟื้นฟูความรู้ให้แก่ Care Manager ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก่อนหมดอายุ การ	4 คน	4รพสต	-	ตามแผน	พ.ย.-ธ.ค. 64
					สสจ.ลำปาง	
	3.7 .อบรมรรม Care Giver 70 ชม เขต ตำบลลำปางหลวง	10 คน รพสต.ลำปางหลวง	ตำบลลำปาง	24,000	บูรณาการ	พค 65
		10 คน รพสต.บ้านจู้ด			โดย	
					เฉพาะ	
					ค่าอาหาร	
					จำนวน 20	
					50 บาท	
					12วัน เป็น	
					12,000	
					และอาหาร	
					ค่าอาหาร	

					20 คน ๆ	
					2 มื้อ 1500	
					รวม 12 วัน	
					เป็นเงิน	
					12,000	
					เป็นเงิน	
	4. กิจกรรมการคัดกรอง senile cataract เพื่อผ่าตัดตาต้อกระจกในผู้สูงอายุ				30,000 บาท	
	4.1 รพสต.คัดกรองผู้สูงอายุที่มีปัญหาVA<15/200	ผู้สูงอายุที่มีผลVA10/100	รพสต./รพ.เกาะคา			
	4.2 การฟื้นฟูความรู้เรื่องการวัดสายตาและการคัดกรองผู้มีปัญหาในการมองเห็น	35 คน		3,500	UC ผู้สูงอายุ	20 กพ 65
	โดยมี รพ เสริมงามและ รพ สปปราบเข้าร่วมอบรม	ผู้สูงอายุที่มีVA<15/200จำนวน 50 คน				
	4.3 โครงการสุขภาพเคลื่อนที่เพื่อการคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยง	ทีมตรวจคัดกรอง 15คน				มีย .65
	Blinding cataract					
	5.การจัดระบบข้อมูลและเครือข่ายสุขภาพผู้สูงอายุ					
	5.1การบันทึก/จัดเก็บข้อมูลรายงาน Healthy Aging & LTC ใน	7 แห่ง	-ความครอบคลุม	-	-	ตค.64-กย.65
	*Special PP		คลุมการบันทึก			
	* COC Select kokha		คัดกรองใน			
	*LTC สปสช		HDC			
	*3C กรมอนามัย					
	*vision 2020					
	-ติดตามกำกับผ่านระบบ รายงาน HDC / LTC					
	5.2ประสานความร่วมมือเครือข่าย ตำบล LTC เพื่อประเมินตนเอง	กองทุน LTC ใน	กองทุน LTC ผ่าน	-	-	พย.64,สค.65

	ตาม 4 องค์ประกอบ และพัฒนาในส่วนขาด ด้าน	ระดับตำบล	ผ่านเกณฑ์			
	- ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ	5 แห่งที่เข้าร่วม	4 องค์ประกอบ			
	- การมีและใช้Care Plan		ครบ 100%			
	- การจัดการกองทุนLTC					
	- สนับสนุนให้ อปท.เข้าร่วมโครงการ LTC และตั้งศูนย์ LTC ในชุมชน	-อปท.ที่ยังไม่ได้	ในชุมชน			
		เข้าร่วม 5 แห่ง				
	6.วัดส่งเสริมสุขภาพ					
	6.1 รพสต.และพระอศว.ร่วมกันประเมินวัดส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่รวมทั้งเกณฑ์	1 วัด 1 รพ./รพสต. 14 วัด	อำเภอเกาะคา	-	-	
	universal design					
	รพสต น้ำล้อมวัดสันหุ่มแถม					
	รพสตลำปางหลวง วัดพระธาตุลำปางหลวง					
	รพสต.บ้านจู้ด วัดนางเหลียว					
	รพสต ศาลาดงลาน วัดศาลาหลวง					
	รพสต.ศาลาไชย วัดศาลาไชย					
	รพสต.วังพร้าว วัดวังพร้าว					
	รพสต สองแควใต้ วัดนาแก้ว					
	รพสต.ท่าผา วัดพระธาตุคุดน้อย					
	รพสต.จอมปิง วัดจอมปิงลุ่ม					
	รพสต.หาดปู้ด้าย วัดหาดปู้ด้าย					
	รพสต ไหล่หิน วัดไหล่หิน					
	รพสต.ดอนธรรม วัดโป่งร้อน					

	รพสต.นาแสง วัดสุวรรณวราราม					
	- ทิ่มีระดับอำเภอประเมินอารยสถาปัตย์วัดส่งเสริมสุขภาพ	14วัด				
	- นำเสนอข้อมูลผลการประเมินวัดส่งเสริมสุขภาพ ให้กับคปสอ.และอปท					
	เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันทุกภาคส่วน					
	- . จัดประชุมทบทวนและคืนข้อมูลผลการประเมินวัดส่งเสริมสุขภาพ	13รพสต.14วัด1รพ.		-	บูรณาการร่วมกั	ต.ค.- ธ.ค.64
	6.2 อบรมหลักสูตรพระ อสว. 35 ชม. หลักสูตรกรมอนามัย	วัดที่ยังไม่ได้อบรม	วัดที่ยังไม่ได้อบรม		PPA จังหวัด	ต.ค.64 -ก.ค. 65
	- กิจกรรมทางกายตามหลักพระธรรมวินัย	พระอสว 50 วัด	พระอสว.			
	- การพิจารณาเลือกฉันอาหาร	จำนวน 50.รูป	(ทุกอำเภอ)			
	- ให้ประชาชนตระหนักในการถวายอาหารและเครื่องดื่ม					
	ที่ไม่เป็นโทษต่อสุขภาพพระสงฆ์					
	6.3 ขับเคลื่อนการดำเนินงานวัดส่งเสริมสุขภาพ / วัดรอบรู้สุขภาพ					
	(Health LiteracyTemple)					
	6.3.1 ตรวจคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์(ตามแนวทางแต่ละกลุ่มวัย)	สามเณร/พระ	วัด ในอ.เกาะคา	-		ตค64-ธค65
	- จัดทำทะเบียนพระสงฆ์	ทุกรูป	64 วัด			
	- ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ					
	-จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์ กลุ่มเสี่ยง	พระสงฆ์ กลุ่ม	วัด ในอ.เกาะคา			มค65-พค65
	3๐2๑1พ ตามแนวทาง วัดรอบรู้สุขภาพ(Health LiteracyTemple)	เสี่ยง/ป่วย	64 วัด			
	- ติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพระสงฆ์กลุ่มเสี่ยงโดย พระ อสว.	ทุกคน				
	- เชิดชูพระอสว.ต้นแบบ/พระต้นแบบด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม					
	6.3.2 ส่งเสริมถวายความรู้แก่พระสงฆ์ และ พระ อสว.	สามเณร/พระ	วัด ในอ.เกาะคา			มค65-พค65
	- การเลือกฉันอาหาร	ทุกรูป				

	- การออกกำลังกายตามหลักพระธรรมวินัย					
	- การจัดการโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมในวัด ตามเกณฑ์ วัดส่งเสริม					
	สุขภาพ					
	- ประชาสัมพันธ์ให้ ปชช. จัดหาอาหารที่ไม่เป็นโทษ ต่อพระสงฆ์	วัด 64 วัด	อ.เกาะคา			กพ 65
	6.3.3 สนับสนุนและติดตามประเมินวัดส่งเสริมสุขภาพ ตามเกณฑ์มาตรฐาน					
	วัดส่งเสริมสุขภาพ (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2556)					
	- คืบข้อมูล และชี้แจง การดำเนินงาน วัดส่งเสริมสุขภาพ ในเวทีการประชุม	คณะสงฆ์อำเภอ	อ.เกาะคา			มค 65
	คณะสงฆ์อำเภอและในเวที พชอ. เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน					
	ในประเด็นดังนี้					
	* เกณฑ์มาตรฐานวัดส่งเสริมสุขภาพ (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2556)					
	* สถานการณ์/รายงานผลการตรวจคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์					
	* แนวทางการสนับสนุนเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพระสงฆ์					
	กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย					
	- ประเมินมาตรฐานวัดส่งเสริมสุขภาพ (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2556)	วัดทุกวัด	วัด ในอ. เกาะคา			กพ 65, สค65
		64วัด				
	7 พัฒนาระบบบริหารจัดการ					
	5.1.ประสานส่งข้อมูลให้ศูนย์ COC ดูแลต่อเนื่องวางแผนการเยี่ยมติดตามผู้สูงอายุ	13 รพสต/1 รพ	อำเภอเกาะคา	ไม่ใช้งบ		ต.ค.64-ก.ย.65
	5.2.ลงข้อมูลการคัดกรอง สุขภาวะต่างๆลงใน ใน Special pp.JHCIS,HOSXP	รพ.สต.13 แห่ง และกลุ่มเวชฯ	อ.เกาะคา			ต.ค.64-ก.ย.65
	5.3.กำกับติดตามข้อมูลผ่าน HDC 43 เพิ่ม ระบบสารสนเทศสาธารณสุขจังหวัดลำปาง	รพ.สต.13 แห่ง และกลุ่มเวชฯ	รพ.เกาะคา รพ. /			ธค 63 /10
	5.4 ส่งข้อมูลความก้าวหน้า ผลการทำงาน ให้ สสจ. ทางไลน์กลุ่มAging CM	ทุกตำบลที่เข้าร่วมและไม่เข้า	อ.เกาะคา			ธค64 มีค65มีย
	5.5 วิเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงานสูงอายุ อำเภอเกาะคา เพื่อการปรับเปลี่ยนแผน					สิ้น สค.64

	8 .การควบคุมติดตาม					
	6.1 กำกับติดตามเวทีประชุมคปสอ.ทุกเดือน	13 รพสต/1 รพ	อ.เกาะคา	ไม่ใช้งบ	ประชุมพุธ	ตค63-กค64
	6.2 ติดตามกำกับผ่านระบบรายงาน การประเมินตนเองตามเกณฑ์มาตรฐาน	13 รพสต/1 รพ	อ.เกาะคา			
	สภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการและผู้สูงอายุ					
รวมงบ UC				44000		

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

คปสอ.เกาะคา อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง

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

งาน : ระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ

ตัวชี้วัด (KPI) /ผลลัพธ์ที่ต้องการ

- 1.มีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน(EOC)และระบบบัญชาการเหตุการณ์ ICS อำเภอเกาะคา มีการขับเคลื่อนระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ
- 2. มีทีม SAT, MERT, Mini MERT ,EMS, MCATT ทีม รายงานถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลาออกปฏิบัติการตอบโต้ทันเวลาควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
- 3.มีแนวทางการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหาในพื้นที่ มีการซ้อมแผนเพื่อรองรับสถานการณ์การเกิดโรคและภัยสุขภาพ
- 4. ทีมสามารถควบคุมโรคได้ ทันเวลา ไม่เกิดโรคระบาดในระยะที่ 2 ของระยะฟักตัวของโรค

ข้อมูลพื้นฐาน/ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

สถานการณ์

ปีงบประมาณ 2564 มีผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในเขตอำเภอเกาะคาจำนวน 70 ราย คิดเป็นอัตราป่วย118.74ต่อแสนประชากรและรับผู้ติดเชื้อตามโครงการรับคนลำปางกลับบ้านจำนวน 168รายเสียชีวิต3ราย และมีการระบาดเป็นกลุ่มก้อนในช่วงต้นปีงบประมาณปี2565(ต.ค-พ.ย.64) จำนวน76ราย ในปีที่ผ่านมาทีม SATอำเภอเกาะคา ร่วมกับทีมอำเภอมีการจัดการผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงและมีการตั้ง Local Quarantine (LQ) และศูนย์พักคอย หรือ Community Isolationในศูนย์ CI มีจำนวนผู้พักคอย ปี2564ที่ผ่านมาทั้งหมด 38 ราย มีการสอบ Timeline ในผู้ป่วยโควิด-19 ทุกราย ติดตาม high riskและ Low risk ติดตามการกักตัว HR(high risk) ตามแนวทางการกักกันในสถานที่ควบคุมเป็นที่พักอาศัย (Home Quarantine) และกรณีที่เกิดทางกลับจากพื้นที่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)ตามประกาศของคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดลำปาง และมีการเฝ้าระวังเชิงรุกโดยการการ Pooled saliva 670 ราย ผลลบทั้งหมด Pool Swab Rt-PCR case HRทุกราย Sentinel Surveillance ATK ในกลุ่มเสี่ยงได้แก่ ตลาด ร้านค้า ร้านอาหาร การขนส่งLogistic ร้านสะดวกซื้อ โรงงาน แหล่งท่องเที่ยว และสถานศึกษา ส่วนราชการและ องค์กรต่างๆในพื้นที่อำเภอเกาะคา

สำหรับโรคโควิด-19 ที่ติดต่อได้ทางระบบทางเดินหายใจส่งผลให้เกิดปอดอักเสบ ดังนั้นการฉีดวัคซีนป้องกันให้กับประชากรกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไป จึงเป็นวิธีป้องกันที่ดีที่สุดที่สามารถลดอัตราการติดเชื้อเพิ่มภูมิคุ้มกัน ลดอัตราการเสียชีวิตเมื่อป่วยหนัก และสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ โรงพยาบาลเกาะคาจึงเปิดฉีดวัคซีนโควิดตั้งแต่เดือนเมษายน 2564เป็นต้นมา

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	เป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
				จำนวน(บาท)	แหล่งงบฯ		
1	รหัสโครงการ 030601 โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ EOC อำเภอเกาะคา						
	1.1ทบทวนผังและโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ให้เป็นปัจจุบัน	1 ชุด	อำเภอเกาะคา			มค.65	เพ็ญศรี
	- ส่งคำสั่ง ผังโครงสร้างและรายชื่อผู้รับผิดชอบหลักงาน EOC ให้จังหวัด						สนอง
	และ ทบทวนคำสั่ง ICS ทบทวนคำสั่งทีม SAT อำเภอ,ตำบล					มค.65	เชาวลิต
	- จัดเตรียมห้องปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินอำเภอเกาะคา	EOC 1 แห่ง	ห้องประชุมศิริชัยพัฒน์			ตค.64 - กย.65	วิฑริส
	(Emergency Operation Center : EOC)		ตึกหลวงลำปาง				นิตยา
	1.2 การประชุมซักซ้อมความเข้าใจ และแนวทางการดำเนินพัฒนาศักยภาพทีมเพื่อเตรียมความพร้อม	ทีมปฏิบัติการ	ระดับอำเภอ			ตค.64 - กย.65	
	และทีมออกปฏิบัติการสอบสวนควบคุม ป้องกันโรค	20คน	คปสอ.เกาะคา			มค.65	เชาวลิต

SAT, MERT, Mini MERT ,EMS, MCATT CDCU							สนอง
SAT : Situation Awareness Team							วิฑูรย์
MERT : Medical Emergency Response Team							ทีมSAT
EMS : Emergency Medical Services							แพทย์
MCATT : Mental Health Crisis Assessment & Treatment Team							เบญจวรรณ
CDCU : Communicable Disease Control Unit							ทีมJIT
- Activate EOC เมื่อมีเคสหรือเหตุการณ์โรคและภัยสุขภาพในพื้นที่		คปสอ.เกาะคา					
- Strengthen EOC ทุกระดับ มีการถอดบทเรียน ทบทวนโครงสร้างภารกิจ ติดตามประเมินผล							
1.2.1ประชุมวิชาการทีมSAT ปีละ 2 ครั้ง พัฒนาศักยภาพทีมในการป้องกันควบคุมโรค	20 คน	คปสอ.เกาะคา	4,000.00	UC	ก.พ.-เม.ย.65		สนอง
และภัยสุขภาพในพื้นที่	ทีมSAT						เชาวลิต
1.2.2 Activate EOC มีการประชุมWar Room อย่างน้อยเดือนละครั้งและเปิดทุกครั้ง		คปสอ.เกาะคา	18,000.00	UC	ม.ค.-ก.ย.65		วิฑูรย์
เมื่อมีเหตุการณ์							ธาดา
1.2.3 ทบทวนบทบาทหน้าที่ของทีมSATอำเภอ,ตำบล จัดทำแนวทางในการป้องกันโรค		คปสอ.เกาะคา					ณัฐรญา(IC)
และภัยสุขภาพที่สำคัญในพื้นที่ที่มีผู้รับผิดชอบหลักSATอำเภอ,ตำบล							นิตยา
1.2.4 ทีมปฏิบัติการสอบสวนควบคุมโรค (Operations)ทีมSATอำเภอ,ตำบล มีการควบคุม		คปสอ.เกาะคา	50,000.00	UC	ม.ค.-ก.ย.65		
ป้องกันโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่อำเภอเกาะคา				(OT)ค่าตอบแทน			
1.3 การเฝ้าระวังการคัดกรองป้องกันโรค COVID-19โดยATKด้วยตนเองในSetting							เชาวลิต
1.3.1 พัฒนาศักยภาพการตรวจ ATK ในระดับครัวเรือน หมู่บ้าน สถานประกอบการ	ครัวเรือน	คปสอ.เกาะคา			11,15 พ.ย.64		วิฑูรย์
โรงเรียน โรงงาน	หมู่บ้าน						ธาดา
- พัฒนาศักยภาพทีมประชุมทีม SAT ตำบล (แกนนำหมู่บ้าน78หมู่บ้าน, จนท.สสอ./รพ.เกาะคา)	สถานประกอบการ	SAT ตำบล80คน	8,000.00	UC	3 มี.ค. 65		สนอง
1.3.2 มีการกำหนดแนวทางการเฝ้าระวัง 100% ใน 10 วัน มีการติดตามประเมินโดย		คปสอ.เกาะคา					ณัฐรญา(IC)
SATในพื้นที่และอำเภอ ร่วมกับทีมศปภ.อำเภอ อปท.ในพื้นที่				งบฯกสศ.			นิตยา
1.4 จัดทำแผนรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินโรคและภัยสุขภาพ ในสถานบริการและชุมชน							
1.4.1 ในสถานบริการ มีการทบทวนแผนและซ้อมแผนบนโต๊ะโรคติดต่ออันตราย COVID-19	1 ครั้ง	คปสอ.เกาะคา			วันที่ 8 เม.ย.65		ณัฐรญา(IC)
เจ้าหน้าที่ OPD,ER,Ward,SAT,IC ,ศูนย์ส่งต่อ , Lab ,เภสัช ,องค์กรแพทย์ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกจุด					(ศุกร์พัฒนา)		สนอง
มีจุดคัดกรองผู้ป่วยและญาติ ผู้ป่วยก่อนแอดมิท และรับReferจัดทำ Flow chart ขั้นตอนปฏิบัติงาน							
มีการตรวจแลปATKและตรวจRt-PCR							
เจ้าหน้าที่ใช้มาตรการป้องกันควบคุมโรค ตามCPGของกรมการแพทย์ เจ้าหน้าที่ฉีดวัคซีนโควิด-19							

จนท.มีการสวมชุด PPEที่เหมาะสม เจ้าหน้าที่ใช้มาตรการDMHTT							
กำหนดท้องสำหรับ Admit Buffer zone รายงานโรคให้ทีมICและ SATทันทีเมื่อมีเคส							
หน่วยงานมีแผนรองรับกรณีเกิดโรค COVID-19 ในหน่วยงาน							
มีการเฝ้าระวังและค้นหาSentinel surveillanceเจ้าหน้าที่ทุกระดับในโรงพยาบาลเกาะคา							
1.4.2 ในชุมชนมีการจัดทำแผนโรคติดต่ออันตราย COVID-19 ร่วมกับท้องถิ่น ชุมชนหมู่บ้าน และ	10 อบท.	อ.เกาะคา		งบฯกสด.			เชาวลิต
โรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่ ใช้เลือดออก ชีวนุญา มือเท้าปากทุกตำบลโดยบูรณาการร่วมกับงานสุขภาพ							นิตยา
ภาคประชาชนและทีม SAT ตำบล มีการแต่งตั้งทีมSAT ตำบล,หมู่บ้านพัฒนาศักยภาพทีมผู้นำ อสม.	10 ทีม	10 อบท.					Team SAT
การเฝ้าระวังควบคุมโรคทางระบาดวิทยาเชิงรุกมีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่มาจากพื้นที่เสี่ยง					มี.ค.-65		เชาวลิต
มีการตรวจแลปATKและตรวจRt-PCR ให้กับกลุ่มเสี่ยง องค์กร/ หน่วยงาน /สถานศึกษา							
มีการประสานงาน กับ ชุมชน,ท้องถิ่น เพื่อจัดหาพื้นที่แยกกักผู้สัมผัสโรคHigh Risk Caseศูนย์พักคอย							
ของตำบลและอำเภอให้ครอบคลุม							
ให้กลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไป ฉีดวัคซีนโควิด-19ให้ครอบคลุมให้มากที่สุดเพื่อสร้างภูมิคุ้มกัน							
ต่อตนเองและชุมชน							
1.5 จัดทำแนวทางการรายงาน และข้อมูลการเฝ้าระวังโรค							ณัฐรจา(IC)
และภัยสุขภาพ (Situation Awareness Team : SAT)							วิฑูรย์
- จัดทำแนวทางการรายงานโรคและภัยจากพื้นที่ ถึงระดับตำบล และอำเภอ	Flowรายงานโรค	คปสอ.เกาะคา			ต.ค.64 - ก.ย. 65		สนอง
- รายงานเหตุการณ์ให้จังหวัดตามแนวทางที่จังหวัดกำหนด	ตามเกณฑ์						เชาวลิต
1.6 เตรียมความพร้อมด้านการแพทย์และสาธารณสุขในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน	อย่างน้อย 1 เรื่อง						
- ทำแผนตามประเด็นที่กำหนดในข้อ 1.4 ซ้อมแผนโรค Covid-19	60 คน	คปสอ.เกาะคา				วันที่ 8 เม.ย.65	
- ถอดบทเรียนการซ้อมแผนและแนวทางแก้ไขและสรุปรายงานให้ สสจ.	1 ชุด					วันที่ 8 เม.ย.65	
- อบรมและซ้อมแผนอัคคีภัย	1ครั้ง/ปี	รพ.เกาะคา		UC		6,13,20,27	สุภาณพงค์
อบรมความรู้ 2 รุ่นๆละ 70 คน รวม 140 คน					10,750.00		พ.ค.65
ซักซ้อมแผนบนโต๊ะ 1 รุ่น จำนวน 50 คน							(ศุภรพัฒนา)
ซ้อมจริง 1 รุ่น จำนวน 240 คน					4,800.00		
ค่าวิทยากร 4 รุ่น 2 ชม/รุ่น							
จัดกิจกรรมซ้อมแผนอุบัติเหตุ 1ครั้ง/ปี	1ครั้ง	อำเภอเกาะคา					ทีม ENV
1.อบรมการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บจุดเกิดเหตุแก่อปพร./อาสาสมัครกู้ภัย อ.เกาะคา	50	รพ.เกาะคา		5,000.00	UC	25กพ.65	พน.ณัฐพงษ์/เพ็ญศรี
2. กิจกรรมซ้อมแผนบนโต๊ะ (Table top) ณ จุดเกิดเหตุ	30	ทต.นาแสง		5,000.00	UC	18มี.ค.65	พน.ณัฐพงษ์/เพ็ญศรี
กับหน่วยงานภายนอก							

3.ซ่อมแผน Table top ในรพ.	30	รพ.เกาะคา	3,000.00	UC	25มีค.65	พน.ณัฐพงษ์/เพ็ญศรี
4.อบรมเชิงปฏิบัติการ BLSและ ACLSแก่นักลากรในรพ.เกาะคา			2,000.00		13,20,27พค.65	
5.รับการประเมิน ECS คุณภาพ	30	รพ.เกาะคา	3,000.00	UC	22กค.65	พน.ณัฐพงษ์/เพ็ญศรี
1.7 การสร้างเครือข่ายในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพ						
มีการค้นหาเชิงรุก Active case finding มีแนวทางและนิยามที่ถูกต้องชัดเจน						
-ประชุมประจำเดือนในการติดตามงานในทีม SAT	1ครั้ง/เดือน20คน	อำเภอเกาะคา			ม.ค.65-สค.65	สนอง
-ประชุม War room ในการควบคุมโรคระบาดและภัยสุขภาพ	20 คน				(อังคารที่สอง)	เชาวลิต
-การเฝ้าระวังหมอกควันและไฟป่าร่วมกับภาคีเครือข่าย (ทีม SAT ตำบล)	9ตำบล10 อบท.	อ.เกาะคา				นิตยา
- มีทะเบียนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เด็กอายุต่ำกว่า5ปี หญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ โรคหัวใจและ	รพ.สต./รพ.	อ.เกาะคา				วิทวัส
หลอดเลือด Astma COPD และมะเร็งปอด	1,528 คน					
- ทีม SAT สามารถควบคุมโรคได้ตามมาตรการ 3 3 1	รพ.สต./รพ.	อ.เกาะคา				
- ดำเนินการออกสอบสวนโรคในพื้นที่ตามเงื่อนไขในการออกสอบสวนโรคตามเกณฑ์	รพ.สต./รพ.	อ.เกาะคา				ทีมSAT
มาตรฐาน ทีมSATอำเภอร่วมติดตามและดำเนินการสอบสวนโรคในพื้นที่ร่วมกับตำบล						
- มีรายงานการสอบสวนโรคเบื้องต้น ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา		ทีม SAT				
- รวบรวม เรียบเรียงและเขียนรายงานฉบับสมบูรณ์ส่งให้อำเภอ						
งบ UC			113,550.00			