

แผนปฏิบัติการสาธารณสุข เพื่อแก้ไขปัญหา จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

หน่วยงาน คปสอ.เกาะคา อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงานที่ 6 : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

- ตัวชี้วัดหลัก (KPI) : 1. อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ มากกว่าร้อยละ 85
2. ความครอบคลุมการคัดกรองวัณโรคในกลุ่มเป้าหมายด้วย ด้วย CXR ร้อยละ 90

สถานการณ์ / ข้อมูลพื้นฐาน

- 1) ปี 2564 มีผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทขึ้นทะเบียนรักษา 68 ราย อัตราป่วย 117.83 แสนประชากร เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 63 ราย (ร้อยละ 92.65) ผู้ป่วยป่วยกลับเป็นซ้ำ 5 ราย (ร้อยละ 7.35)
- 2.) อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค ปี2564 ของผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด ผู้ป่วยวัณที่นำมาประเมินได้ 28 ราย รักษาหาย 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 92.85 เสียชีวิต จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 7.25)
- 3) ความครอบคลุมของการคัดกรองวัณโรค.ในกลุ่มเป้าหมาย ด้วย CXR ร้อยละ 94.36 ทุกสถานบริการผ่านเกณฑ์ความครอบคลุมการคัดกรอง ร้อยละ 90 แต่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100 ตามเกณฑ์เป้าหมาย จังหวัดตั้งเกณฑ์

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	เป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
				จำนวน	แหล่งงบ		
1	รหัสโครงการ 030205 โครงการการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) TB ความครอบคลุมคัดกรองวัณโรค ด้วยCXR ในกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มเป้าหมาย ปี 2565	1.) ค้นหาคัดกรองวัณโรค ด้วยการCXR					
			ทุก รพ.สต			1 ต.ค 64.-31มี.ค.65	อำพัน / เชาวลิต
			อำเภอเกาะคา				
	1.) ผู้ที่มีผล CXR ผิดปกติที่เข้าได้กับวัณโรคและ มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ ปี 64	408					
	2) ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ปี 64	0					
	3.)ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคย้อนหลัง 2 ปี (ปี 62-63)	309					
	4) กลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ>60 ปี) ที่เป็นโรคเรื้อรัง						
	4.1 สูงอายุ + DM ที่มี BMI<20	556					

4.2 ผู้ป่วย COPD ทุกราย	327					
4.3 สูงอายุ + CKD St. 4-5 ที่มี BMI<20	31					
5) ผู้สูงอายุที่มี BMI <18.5	909					
6) ผู้ต้องขัง	0					
7) บุคลากรสาธารณสุข	450					
8) กลุ่มต่างด้าว/แรงงานข้ามชาติ ที่ขึ้นทะเบียน	0					
9) กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี	416					
10) กลุ่มผู้ติดสุรา	98					
11) ผู้ที่เคยมีประวัติเป็นวัณโรคย้อนหลัง 2 ปี (2562-2563)	56					
รวม	3,560					
กิจกรรมรอง						
1.ปรับปรุงทะเบียนกลุ่มเสี่ยงที่ต้องคัดกรอง						อำพัน / เชาวลิต
2 กลุ่มเป้าหมายที่นัดตรวจที่ รพ.						NCD : สมเพชร
ส่งตรวจ CXR เมื่อมาตรวจนัด						CKD : ธันวาศ
3. กำหนดแผนให้ รพ.สต. ส่ง กลุ่มเป้าหมาย ที่เหลือ						COPD : นฤชา
จาก Mobile มา CXR ใน สถานบริการ						OPD : ตรุณี
4. ประสาน NPCU ในการกำกับ ติดตาม						งานอาชีวอนามัย
กลุ่มเสี่ยงที่ปฏิเสธการ มาตรวจคัดกรอง						; รตินันท์
ด้วย CXR						อำพัน / เชาวลิต
. แพทย์รับผิดชอบ NPCU อ่านผล CXR						
กลุ่มเป้าหมายที่มา CXR ใน โรงพยาบาล						
7. ระบบการ Consult ระหว่าง แพทย์						
ประจำ NPCU และ อายุรแพทย์						
ความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ที่มีผล CXR ผิดปกติ เข้าได้กับ TB						
ส่งตรวจ Sputum AFB/Gene Xpert						

8.กลุ่มเป้าหมายที่ผล CXR		ทุก รพ.สต	ไม่ใช้งบประมาณ			นพ.พงศธร
ผิดปกติเข้าได้กับ TB ส่งตรวจ Sputum AFB		อำเภอเกาะคา				พ.ญ.สุทธินภา
และ Gene Xpert ภายใน 14 วัน หลังได้รับผล CXR						พ.ญ.ธัญลักษณ์
9. ติดตามกลุ่มเป้าหมายผล CXR ผิดปกติ แต่ผลตรวจเสมหะ						พ.ญ.พัฒนิตา
เป็นลบ มา CXR ซ้ำ ทุก 6 เดือน						(อายุรแพทย์)
					1 ต.ค 64.-31มี.ค.65	อำพัน /เชาวลิต
						/ ผู้รับผิดชอบ
						งานTB ทุก รพ.สต.
2.) พัฒนาคุณภาพมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค						
2.1) ดำเนินตามแนวทางการการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค						
2.1.1 ใช้แนวทางการรักษา NTP ใหม่	ผู้ป่วยวัณโรค	ทุก รพ.สต			1 ต.ค 64.-30 ก.ย.65	อำพัน
2.1.2 ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการดูแลรักษาโดย	ทุกราย	อำเภอเกาะคา				
อายุรแพทย์						
- จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยวัณโรคต่อเนื่องที่บ้าน						อำพัน
และกำกับการกินยาแบบมีพี่เลี้ยง (DOT)						
โดย จนท. สธ. / มอช. / อสม.						
- จัดทำ Individaul careplan ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่						
ทุกราย						
- มีระบบการติดตามผู้ป่วยวัณโรค ที่ผิคนัด ภายใน						อำพัน
1 วัน หลังวันนัด						
1.2 ระบบเฝ้าระวัง/สอบสวนและการจัดการ	ผู้ป่วย MDR TB / XDR-TB	รพ.เกาะคา	ไม่ใช้งบประมาณ		1 ต.ค 64.-30 ก.ย.65	อำพัน / เชาวลิต
วัณโรคดื้อยาทุกราย (MDR-TB /XDR-TB)	รายใหม่ทุกราย	ทุก รพ.สต				
		อำเภอเกาะคา				
1.3 Dead case conference ทุกราย	ผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิต	รพ.เกาะคา	ไม่ใช้งบประมาณ		1 ต.ค 64.-30 ก.ย.65	อำพัน
- ทบทวนผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิต ทุกราย ร่วมกับ	ทุกราย	ทุก รพ.สต				

	ทีม PCTและรพ.สต. ที่เกี่ยวข้อง		อำเภอเกาะคา				
	- นำเสนอผลการทบทวน แก่ ที่ประชุม คป.สอ						
	1.4 การ Admit ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ อย่างน้อย	1.ผู้ป่วยวัณโรคปอด	รพ.เกาะคา	ไม่ใช้งบประมาณ		1 ต.ค 64.-30 ก.ย.65	อำพัน / เขาวลิต
	2 สัปดาห์ในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตทุกราย	รายใหม่ทุกราย	ทุก รพ.สต				
	- จนท.คลินิกวัณโรคแจ้งให้ รพ'สต.กรณีมี	2. ผู้ป่วยวัณโรคชนิดอื่น ๆ	อำเภอเกาะคา				
	ผู้ป่วยวัณโรค เพื่อกำหนดผู้กำกับการกินยา	ที่มีโรคร่วม หรือ					
	เป็น จนท.สร / มอค / อสม.	ข้อบ่งชี้ คือ					
	- จนท.สร. เยี่ยมผู้ป่วยวัณโรค ที่ admit ใน	2.1 ผู้ป่วย HIV					
	โรงพยาบาล ก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน เพื่อ อธิบาย	2.2 ผู้สูงอายุมีโรคร่วม					
	ขั้นตอนการให้บริการในชุมชน และ กำกับ	2.3. ผู้สูงอายุ BMI < 20					
	การกินยาโดย จนท.สร / มอค / อสม	2.4 .กลุ่มติดสุรา					
	- มี จนท.สร / มอค / อสม.เป็นกำกับการกินยา	2.5. ผู้ป่วย COPD					
	ผู้ป่วยที่บ้านทุกราย	2.6 ผู้ป่วย CKD 4-5					
	- กรณีผู้ป่วยปฏิเสธการ admit ประสาน	BMI < 20					
	จนท. รพ.สต. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านทุกวัน						
	จนครบ 2 สัปดาห์ หรือจนอาการผู้ป่วยคงที่						
	- จนท.รพ.สต. ยังไม่มาเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรค						
	ที่ ward ผู้ป่วยจะ ไม่ได้รับอนุญาตให้กลับบ้าน						
	2.2) ลดอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยวัณโรค		รพ.เกาะคา	ไม่ใช้งบประมาณ		1 ต.ค 64.-30 ก.ย.65	อำพัน / เขาวลิต
	- ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตทุกราย ต้อง Admit		ทุก รพ.สต				
	อย่างน้อย 2 สัปดาห์		อำเภอเกาะคา				
	- ผู้ป่วยทุกราย ได้รับการประเมินปัจจัยต่อการเสียชีวิต						
	(Risk Score) ตามแบบประเมิน						

- ผู้ป่วยวัณโรคกลุ่ม High และ Intermediat risk ได้รับ						
การ Close monitor จากบุคลากรสาธารณสุข จนครบระยะ						
เข้มข้นการรักษา (2 เดือน) และ อาการคงที่						
- จัดทำ Individaul careplan ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่	ผู้ป่วยวัณโรค	ทุก รพ.สต				
ทุกราย	ทุกราย	อำเภอเกาะคา				
3.) การพัฒนาบุคลากร						
3.1) อบรมเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคใหม่	1 คน	พยาบาลวิชาชีพ	3,000.00	เงินบำรุง		อำพัน
(หลักสูตร 5 วัน อบรมที่เชียงใหม่)		และ				
		งานผู้ป่วยนอก				
4.) แผนกำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานวัณโรคในพื้นที่						
4.1) ทบทวนคณะทำงานบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรค						
รายบุคคล (TB Management Team)						
4.2) คณะทำงานบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรครายบุคคล			ไม่ใช้งบประมาณ		1 ต.ค 64.-30 ก.ย.65	อำพัน / เชาวลิต
มีการประชุมติดตามผลการดำเนินงานวัณโรค			(บูรณาการ ใน การประชุม			
1 ครั้ง / เดือน			คป.สอ.)			
4.3).ติดตามผลงานการคัดกรองวัณโรคราย รพ.สต			ไม่ใช้งบประมาณ		1 ต.ค 64.-30 ก.ย.65	อำพัน / เชาวลิต
ในที่ประชุม คป.สอ			(บูรณาการ ใน การประชุม			
4.4) ติดตามผลงานการคัดกรอง ใน HosXP			คป.สอ.และพุทธประสาน)		ทุกวันจันทร์	อำพัน
1 ครั้ง / สัปดาห์ และนำเสนอผลการต่อ						
ผู้บริหาร คป.สอ. และ Mr.TB						
4.5) ทบทวนแผนการคัดกรองกลุ่มเป้าหมาย					ทุก 2 สัปดาห์	อำพัน / เชาวลิต
เมื่อการคัดกรองกลุ่มเป้าหมายไม่เป็นไป						
ตามแผนฯ						

	4.6) นำเสนอผลการดำเนินการวัณโรค และผลการ						
	คัดกรองจาก HDC ในที่ประชุม คป.สอ.						
	4.7) ติดตามข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคขาดการรักษา					ทุก 2 สัปดาห์	อำพัน / เชาวลิต
	และผู้ป่วยเสียชีวิตในที่ประชุม คป.สอ.						

รวม

3,000.00

แผนปฏิบัติการสาธารณสุข (แก้ไขปัญหา) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565

หน่วยงาน คปสอ.เกาะคา อำเภอกะคา จังหวัดลำปาง

งาน ศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (COC)

ตัวชี้วัด (KPI) /ผลลัพธ์ที่ต้องการ : พัฒนาระบบงานเยี่ยมบ้านของศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (COC) อำเภอกะคา

- 1.มีศูนย์วัสดุอุปกรณ์และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นต้องใช้ต่อเนื่องที่บ้าน
 - 2.ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้รับการส่งเยี่ยมบ้านและได้รับการเยี่ยมโดยทีม 3หมอหรือสหสาขาวิชาชีพ
- ตามความเหมาะสมพร้อมตอบกลับครบร้อยละ 100 ในโปรแกรม COC Select Kokha

ข้อมูลพื้นฐาน/ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

- 1. ในปีงบประมาณ 2564 ศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านอำเภอกะคาได้ให้บริการประสานการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลเกาะคา รวมทั้งที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลลำปางหรือโรงพยาบาลอื่นๆเพื่อรับผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างเหมาะสมไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรวมถึงมีการจัดทำแผนการจำหน่ายร่วมกับทางหอผู้ป่วยและรพ.สต.มีการ ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยให้กับญาติรวมถึงมีการจัดตั้งศูนย์อุปกรณ์และเครื่องมือเพื่อจัดหาอุปกรณ์ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นต้องใช้ต่อเนื่องที่บ้านและร่วมติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีม 3 หมอในพื้นที่และทีมสหสาขาวิชาชีพตามความเหมาะสม และการแก้ไขปัญหารวมทั้งสรุปวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน
- 2. ตั้งแต่ปี พ.ศ.2560 โรงพยาบาลเกาะคาพบปัญหาในการเยี่ยมบ้านล่าช้าไม่เป็นตามเกณฑ์การเยี่ยมบ้านโดยผลงานการเยี่ยมบ้านตั้งแต่ ปี พ.ศ.2560 2561,2562,2563 และ 2564 คือร้อยละ 85.91,65.59,70.05,96.41 และ 96.99 ซึ่งงาน COC โรงพยาบาลเกาะคา ร่วมกับงานสารสนเทศได้มีการพัฒนาโปรแกรมเยี่ยมบ้าน COC Select Kokha ขึ้นมาเพื่อใช้ในการส่งต่อเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยในอำเภอกะคา ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ใช้ข้อมูลร่วมกันได้ตั้งแต่ PM / มอก. / แพทย์ FM ประจำโซนได้ สามารถตอบตอบข้อมูล เชิงคุณภาพและติดตามได้เป็นรายบุคคลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งก็ยังพบปัญหาในการเยี่ยมบ้านอยู่ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ (ระบุให้ชัดเจน)	ผู้รับผิดชอบ
				จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
1	รหัสโครงการ : โครงการพัฒนาระบบงานเยี่ยมบ้านของศูนย์ดูแลผู้ป่วย						
	1. โครงการ พัฒนาศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน						
	1.ทบทวนโครงสร้างศูนย์ COC อ.เกาะคาปี 2565	1 ศูนย์	อ.เกาะคา		ไม่ใช้	ต.ค.64	เบญจวรรณ
	2.ผู้รับผิดชอบมีการติดตามข้อมูลการเยี่ยมบ้าน						เชาวลิต
	ทุกวันจากโปรแกรม COC Select Kokha						

3.มีการประเมินผลการเยี่ยมบ้านในแต่ละวัน						
เพื่อประเมิน และให้ความช่วยเหลือ ในกรณีที่						
รพ.สต.ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ เพื่อส่งต่อ						
รับการช่วยเหลือในระดับ พขอ ต่อไป						
4.ทบทวนโครงสร้างทีมสหวิชาชีพ	5 ทีม	1.สองแควใต้		ไม่ใช่	ต.ค.64	พญ.ชนัญชิตา
และทีมแพทย์ที่ปรึกษาใน NPCU เกาะคา		2.ไหลหิน				นพ.พงศธร
จำนวน 5 ทีม		3.ศาลาดงลาน				พญ.สุทธินิภา
		4.วังพร้าว				พญ.ธัญลักษณ์
		5. บ้านजूด				นพ.นพรัตน์
5.กำหนด Project Manager COC เพื่อ	1 คน	รพ.เกาะคา		ไม่ใช่	ต.ค.64	เบญจวรรณ
ควบคุมกำกับติดตามงานการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง						
6. มีการกำหนด Project Manager	11 คน	รพ.เกาะคา		ไม่ใช่	ต.ค.64	
ผู้ดูแล 12 กลุ่มเป้าหมาย ดังนี้ ณ. ต.ค.2564						
กลุ่ม1 หญิงตั้งครรภ์เสี่ยง						อุบลวรรณ
กลุ่ม2 เด็กพัฒนาการล่าช้า						อุมารักษ์
กลุ่ม3.ผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง/ติดบ้าน						รักชนก
กลุ่มที่4 ผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง						เบญจวรรณ ศ
กลุ่มที่5 ผู้ป่วยจิตเวช						เบญจวรรณ จ
กลุ่มที่6 ผู้ป่วย COPD Re- Admit						นฤชา
กลุ่มที่7 ผู้ป่วยวัณโรค						อำพัน
กลุ่มที่8 ผู้ป่วย CKD Stage 5						ธันวามาศ
กลุ่มที่9 ผู้ป่วย DM						สมเพ็ชร
กลุ่มที่10 ผู้ป่วย HT						พัชรภรณ์
กลุ่มที่11 ผู้ป่วย Palliative Care						เบญจวรรณ
กลุ่มที่ 12 ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์						เบญจวรรณ
กลุ่มที่ 13 - 19 กลุ่มผู้ป่วยอื่นที่มา Admit						ศาสตรบุษ

	ที่ โรงพยาบาล และมีความจำเป็นต้ง						
	ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน						
	2.ความครอบคลุมของผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน						
	1. มีการวางแผนการเยี่ยมบ้านร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ในกลุ่ม		13 รพ.สต.		ไม่ใช่	ต.ค.64 -	1.แพทย์ประจำ
	ผู้ป่วยสีแดงตามที่ PM หรือหน่วยงานในรพ. ที่ส่งมาในโปรแกรม		และรพ.เกาะคา			ก.ย.65	NPCU
	COC Select Kokha หรือจากที่รพ.สต. แจ้งCase มา						2.ทีมสหสาขา
	2. แจ้ง Case ให้กับพยาบาลเลขา NPCU ประจำแต่ละ NPCUเพื่อประสาน						วิชาชีพ
	รพ.สต.และมอค.เพื่อประเมิน ติดตาม อาการและประสาน						3.ทีมหมอ
	ทีมสหสาขาวิชาชีพในการวางแผนเยี่ยมบ้านผู้ป่วย						อนามัย
	3. ในกรณีผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อนต้องการความช่วยเหลือจากหน่วยงาน						ครอบครัว
	ภาคีเครือข่ายต่างๆให้ประสานศูนย์ COC และ ทีม พขอ. เกาะคา						
	เพื่อรับการช่วยเหลือต่อไป						
	4. มีการจัดทำ Case Conference หรือทำ Grand Round ในผู้ป่วย						
	เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมกับแพทย์ FM						
	ประจำ NPCU และทีมหมออนามัยครอบครัว						
	5.หลังจากเยี่ยมผู้ป่วยพยาบาล เลขา NPCU กลับมาลงข้อมูลในโปรแกรม						
	Hos-xpและโปรแกรมเยี่ยมบ้าน COC Select Kokha						
	3.พัฒนาศูนย์วัสดุอุปกรณ์และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นต้องใช้						
	ต่อเนื่องที่บ้าน						
	1.สำรวจและจัดทำทะเบียนวัสดุอุปกรณ์และครุภัณฑ์ทางการแพทย์	12 ครั้ง	13 รพ.สต.		ไม่ใช่	ต.ค.64 -	เบญจวรรณ
	ทุก 1 เดือนร่วมกับ รพ.สต.		และรพ.เกาะคา			ก.ย.65	
	2.มีระบบการจัดหาอุปกรณ์ให้แก่ผู้ป่วยตามความเหมาะสม ตาม	ปี 2564ได้จัดหา					
	อุปกรณ์ใช้ต่อเนื่องที่บ้าน	อุปกรณ์ให้ผู้ป่วย					
	3.มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยและจัดทำแผนการจำหน่ายร่วมกับทีม	จำนวน 183 คน					
	สหสาขาวิชาชีพ และจากรพ.สต.เพื่อประเมินความเหมาะสมในการใช้อุปกรณ์	291 รายการ					

	4.สนับสนุนการมีส่วนร่วมจัดตั้งศูนย์วัสดุอุปกรณ์และครุภัณฑ์ทางการแพทย์	10 แห่ง	8 เทศบาล				
	ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยการ		2 อบต.				
	4.1 ประชาสัมพันธ์ให้มีการจัดหาหรือรับบริจาควัสดุ /		ในอ.เกาะคา				
	อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยยืมใช้ต่อเนื่องที่บ้าน						
	4.2 โดยการคืนข้อมูลผู้ป่วย ที่มีความจำเป็นต้องใช้วัสดุอุปกรณ์						
	และครุภัณฑ์ทางการแพทย์และอุปกรณ์ที่ใช้ในเวทีการประชุมของอปท.						
	4.3 มีการให้ความรู้ในการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ให้แก่เจ้าหน้าที่						
	อปท.ที่มีศูนย์อุปกรณ์						
	4.4 มีการประสานการใช้อุปกรณ์ร่วมกันระหว่างหน่วยงาน						
	รพ. รพ.สต. และ อปท.						
	4.พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเกาะคาและรพ.สต.ในการ						
	เยี่ยมบ้านอย่างมีคุณภาพโดยทีม 3 หมอ						
	4.1 ปรับปรุงคู่มือการใช้โปรแกรมเยี่ยมบ้าน COC Select Kokha	1 เล่ม	13 รพ.สต.		ไม่ใช้งบ	ต.ค.64 - ก.ย.65	เบญจวรรณ
	(เป็น File Word) แจกให้แก่หน่วยงานเพื่อประกอบการใช้งาน		และรพ.เกาะคา				
	4.2 ให้คำปรึกษาแก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานใน โรงพยาบาลที่มีการส่ง						
	เยี่ยมบ้านตามที่หน่วยงานประสานมาทางโทรศัพท์ รวมถึงการ						
	เข้าไปดูที่หน่วยงาน						
	4.3 ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์แก่เจ้าหน้าที่รพ.และ รพ.สต.ที่โทรมาปรึกษา	13 รพ.สต.	13 รพ.สต.				
		และรพ.เกาะคา	และรพ.เกาะคา				
	4.5 อบรมให้ความรู้เรื่อง การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีปัญหา	51	13 รพ.สต.	1,275	UC	25-มี.ค.-65	เบญจวรรณ
	ซับซ้อนโดยชุมชนมีส่วนร่วม	- พยาบาลจาก	และรพ.เกาะคา			08.00 - 12.00 น.	
		รพสต. 13 คน					
		- เลขาน NPCU5คน	หารว่าง คนละ	25 บาทจำนวน 51 คน รวม = 1,275 บาท			

		- แพทย์ FM 5 คน					
		- ผู้นำชุมชน.14 คน					
		- อสม. 14 คน					
	5.การวางแผนกำกับติดตามข้อมูลการเยี่ยมบ้าน						
	1. ติดตามและคืนข้อมูลการเยี่ยมบ้านจากโปรแกรม COC Select Kokha	12 ครั้ง	13 รพ.สต.		ไม่ใช้งบ	ต.ค.64 -	เบญจวรรณ
	ทุกเดือนในเวที พุทธประสาน		และรพ.เกาะคา			ก.ย.65	เขาวลิต
	2. มีแพทย์เวชศาสตร์ประจำ NPCU เป็นที่ปรึกษาในการดูแล						
	ผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนในการรักษา						พญ.ชญชิตา
	3. นำข้อมูลการเยี่ยมบ้านมาวิเคราะห์ผลการดำเนินงานและหาแนว						นพ.พงศธ
	ทางแก้ไขปัญหาโดยมีการประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพหลังจากเยี่ยมบ้าน						พญ.สุทธิธนา
	ในแต่ละครั้งและคืนข้อมูลให้แก่ว.สต.ในเวที พุทธประสานรพ.สต. / คปสอ.						พญ.ธัญลักษณ์
	ทุกเดือน						นพ.นพรัตน์
	4. มีการจัดตั้ง กลุ่ม Line เพื่อใช้เป็นช่องทางในการสื่อสารงาน						13 รพ.สต.

รวม

1,275

งาน : โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ตัวชี้วัด (KPI) /ผลลัพธ์ที่ต้องการ

- 1. อัตราการเกิด Exacerbation <110 ครั้ง/100 ผู้ป่วย COPD ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป
- 2. ผู้ป่วย COPD เข้าถึงบริการ COPD Clinic คุณภาพ>ร้อยละ 80

ข้อมูลพื้นฐาน/ วิเคราะห์สถานการณ์

อัตราการเกิด COPD Exacerbation ของอำเภอเกาะคาในปี 2561-2564 เท่ากับ 167,138,130 และ 128 ครั้งต่อ 100 ผู้ป่วย COPD ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปตามลำดับ นอกจากนี้ COPD Exacerbation ยังเป็นสาเหตุของการเกิดการนอนรพ.ซ้ำภายใน 28 วัน (COPD AE re- admit) โดยในปี 2560-2564อัตราการre admit เท่ากับร้อยละ 11.67,10.43 10.71,7.12 และ 7.55 ตามลำดับ และในปี2563-2564 ที่ผ่านมาการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพมีการหยุดชะงักเนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของ Covid-19 ทำให้มีข้อจำกัดทั้งด้านบุคลากร สถานที่ และการแพร่กระจายของเชื้อเองทำให้การเข้าถึงบริการ COPD Clinic คุณภาพ เป็นไปอย่างจำกัดไม่ครอบคลุม

ลำดับ	กิจกรรมหลัก / กิจกรรมรอง	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ (ระบุให้ชัดเจน)	ผู้รับผิดชอบ
				จำนวน	แหล่งงบ		
	รหัสโครงการ						
	โครงการพัฒนาระบบ COPD Clinic คุณภาพอำเภอเกาะคา						
	รายละเอียดกิจกรรม						
	1).ให้การดูแลผู้ป่วยตามแนวทาง COPD คลินิกคุณภาพดังนี้	359 ราย	รพ.เกาะคา	ไม่มี		ต.ค.64-	พยาบาล
	1. ยืนยันการวินิจฉัยโดยการทำ Spirometry ทุกราย	ศาลาไชย 25 ราย				ก.ย.-65	COPD Clinic
	2. ประเมิน/ติดตามการรักษาในคลินิกโดยใช้ m MRC Score, CAT Score ทุกvisit	ท่าผา 38 ราย					
	3. ส่งประเมิน Pulmonary Rehabilitation , 6 MWT ปีละ 1 ครั้ง	น้ำล่อม 25 ราย					
	4. มีการประเมินการใช้ยาพ่นควบคุมทุกราย	ดงลาน 10 ราย					
	5. ส่งคลินิกอดบุหรี่ในรายที่ยังสูบบุหรี่ทุกราย	ลำปางหลวง 31 ราย					
	6. ได้รับการประเมิน PFT ซ้ำปีละ 1 ครั้ง	บ้านจู้ด 33 ราย					
	7. ได้รับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ปีละ 1 ครั้ง	สองแควใต้ 36ราย					
	8.ได้รับการคัดกรองวัณโรคโดยการทำ CXR ปีละ 1 ครั้ง (ไตรมาสแรก)	จอมปิง 16 ราย					
	9.ได้รับยาICS/LABAอย่างสม่ำเสมอในรายที่มีประวัติ Exacerbation	นาแสง 20 ราย					
	และอาจเพิ่มการใช้ LAMA ในกลุ่มที่ใช้ยา ICS/LABA ที่ไม่ได้ผล	หาดปู้ด้าย 7 ราย					
	10.ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย COPD AE หรือ re admit ให้ศูนย์ COC เพื่อให้พื้นที่	ไหล่หิน 21 ราย					
	เยี่ยมและรับทราบปัญหา รวมถึงส่งข้อมูลกลับทาง Thai COC Link	ใหม่พัฒนา 32 ราย					
	11. สนับสนุนดำเนินการ/ประสาน/จัดหา O2H ให้แก่ผู้ป่วยที่ต้องใช้	วังพร้าว 36 ราย					

	Long Term Oxygen Therapy	รพ.เกาะคา 6 ราย					
	12 ร่วมวางแผน/เยี่ยมผู้ป่วย COPD ในระยะ end of life ร่วมกับทีม	นอกเขต 23 ราย					
	Paliative Care ของรพ.ทุกราย						
	13.มีการใช้เครื่อง bipap ในผู้ป่วย COPD ที่มีภาวะ respiratory failure						
	ที่สามารถแก้ไขได้ง่ายเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนจากการทำ intubation						
	2). พื้นฟูสมรรถภาพปอดและทำ 6 MWT ในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง	359 ราย	รพ.เกาะคา	ไม่มี		ต.ค.64-	พยาบาล
	1.ส่งผู้ป่วย COPD ที่ไม่มีข้อจำกัดเข้าร่วมทำ Pulmonry Rehabilitation					ก.ย.-65	COPD Clinic
	และ 6 MWT โดยนักกายภาพบำบัดอย่างน้อยคนละ 1 ครั้งต่อปี						และนักกายภาพ
	2. มีสื่อ/อุปกรณ์สาธิตการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ						บำบัด
	และปฏิบัติได้ง่าย						
	3.สอน/ สาธิตให้ผู้ป่วยและคนหาบุคคลต้นแบบในการฝึกเพื่อให้เกิดแรงบันดาลใจ						
	ให้แก่ผู้ป่วยรายอื่นๆต่อไป						
	3). พัฒนาระบบจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง	359 ราย	รพ.เกาะคา	ไม่มี		ต.ค.64-	พยาบาล
	1. ลงข้อมูลผู้ป่วยและจัดเก็บข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการในโปรแกรมHos -XP					ก.ย.-65	COPD Clinic
	เพื่อการประมวลผลที่ถูกต้องใน HDC ต่อไป						
	2. ลงข้อมูลผู้ป่วยทุกครั้งที่มาใช้บริการในโปรแกรม Onlineของกรมการแพทย์						
	เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังในระดับประเทศที่เชื่อถือได้						
	3. คีนข้อมูลผู้ป่วยให้แก่พื้นที่เพื่อทราบปัญหาและวางแผนร่วมกัน						
	ในการแก้ปัญหาต่อไป						
	4). พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ ในการดูแลผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง	1 คน	สมาคม	*8000	UC	ก.พ 2565	พยาบาล
	1. ส่งเจ้าหน้าที่ร่วมอบรมตรวจสมรรถภาพปอดโดยสไปโรเมตรีของสมาคม		อูรเวชช์		บูรณาการย.3		COPD Clinic
	อูรเวชช์						หรือนัก
							กายภาพบำบัด
	2. ร่วมประชุมวิชาการการดูแลผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังภายในจังหวัดลำปาง	4 คน	รพ.ลำปาง		ไม่มี	มี.ค 2565	แพทย์/
							พยาบาล
							เภสัชกรและ
							นักกายภาพบำบัด
	3. จัดประชุมวิชาการการดูแลผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังภายในคปสอ.เกาะคา	เจ้าหน้าที่รพ.เกาะคา	รพ.เกาะคา		ไม่มี	เม.ย.-65	แพทย์/

	ร่วมกับเวทีการประชุม NCD Clinic	10 คน					พยาบาล PM
		เจ้าหน้าที่รพ.สต.					นักกายภาพบำบัด
		13 คน					
					UC		

รวมUC -

รวมPPA

สสจ

อื่นๆ

รวมทั้งหมด

แผนปฏิบัติการสาธารณสุข (แก้ไขปัญหา) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565

คปสอ...เกาะคา.....จังหวัดลำปาง

งาน.....โรคมะเร็ง

ตัวชี้วัด (KPI) /ผลลัพธ์ที่ต้องการ ประชากรอายุ50-70 ปีที่ได้รับการตรวจFit Test พบ Positiveได้Colonoscopeการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 30-60 ปี,มะเร็งเต้านมอายุ 30-70 ปี

ข้อมูลพื้นฐาน/ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา 1. โรคมะเร็งที่เป็นสาเหตุของการตายอันดับ 1 ของอำเภอเกาะคา (1.มะเร็งตับ 2.มะเร็งปอด 3. มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก)

2 .โรคมะเร็งเต้านม , มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ป่วยเป็นอันดับ1,2 และ3 ของอำเภอเกาะคาตามลำดับ

ลำดับ	กิจกรรมหลัก / กิจกรรมรอง	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ(ระบุให้ชัดเจน)	ผู้รับผิดชอบ
				จำนวน	แหล่งบ		
1	<u>รหัสโครงการ</u>						
	<u>โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ มะเร็ง อำเภอเกาะคา</u>						
1.1	<u>กิจกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม</u>						
	1. อบรบแกนนำอสม.ให้มีทักษะในการตรวจเต้านม	แกนนำอสม. จำนวน 100 คน	NPCU 5 แห่ง	10,000	UC	มค - กพ 65	ดรุณี
	ด้วยตัวเอง		สองแควใต้ , บ้านจูด	อาหารว่าง2มื้อ			แสงจันทร์
			ไหลหิน,วังพร้าว,ดงลา	อาหารกลางวัน1มื้อ			เพียงเดือน
	2. อสม.ที่ผ่านการอบรมสอนกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่	หญิงวัยเจริญพันธุ์	สถานบริการ				
	และติดตาม การตรวจเต้านมอย่างต่อเนื่อง	อายุ 30-70 ปี	อ.เกาะคา				
	3. จัดกิจกรรมรณรงค์การตรวจเต้านมด้วยตนเอง	9300 ราย	14 แห่ง				
1.2	<u>กิจกรรมการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก</u>						
	1.รายละเอียดกิจกรรม						
	<u>มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก</u>						
	1.จัดทำโครงการคัดกรองมะเร็ง ลำไส้	ประชากรสิทธิ UC	สถานบริการ	100,000.00	UC	มค - เมย 65	ดรุณี
	(Fit Test 20 บาท/ชุด)	อายุ 50-70 ปี	อ.เกาะคา				แสงจันทร์
		5000 ราย	14 แห่ง				เพียงเดือน

	2.ติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ Fit Test	ประชากรสิทธิ UC	สถานบริการ				
	พบ Positive มาทำ Colonoscope ให้ครบ	อายุ 50-70 ปี	อ.เกาะคา				
	1.1.การให้ความรู้และการป้องกันโรคมะเร็ง	ที่ได้รับการตรวจ	14 แห่ง				
	1.2.การบันทึกข้อมูล 43 แฟ้มให้ครบ	Fit Test พบ Positive					
	1.3.สรุป วิเคราะห์และประเมินผลการดำเนินงาน	500 ราย					
1.3	กิจกรรมคัดกรองมะเร็งปากมดลูก						
	มะเร็งปากมดลูก	หญิงวัยเจริญพันธุ์	สถานบริการ			มีค - เมย 65	ดรุณี
	1.จัดกิจกรรมรณรงค์การตรวจมะเร็งปากมดลูก	อายุ 30-60 ปี	อ.เกาะคา				แสงจันทร์
		2500 ราย	14 แห่ง				เพียงเดือน
1.4	กิจกรรมคัดกรองมะเร็งตับ						
	มะเร็งตับ						
	1.จัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งตับ	ประชากรสิทธิ UC	NPCU 5 แห่ง			มีค - เมย 65	ดรุณี
		อายุ 50-70 ปี	สองแควใต้ , บ้านजूด				แสงจันทร์
		500 ราย	หล่มหิน,วังพร้าว,ดงลาน				เพียงเดือน
							จักริน
			งบ UC	110,000.00			

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขจังหวัดลำปาง (แก้ไขปัญหา) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

หน่วยงาน คปสอ.เกาะคา อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง

ประเด็น / งาน : คุ่มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข

ตัวชี้วัด (KPI) /ผลลัพธ์ที่ต้องการ

- ร้อยละ 90 ของอาหารสดและอาหารแปรรูปที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนด
- ร้อยละ 100 ของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย
- ร้อยละ 100 ของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ plus ตามเกณฑ์ประเมิน Green and Clean Hospital

ข้อมูลพื้นฐาน

- ผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัยร้อยละ 95
- โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลอาหารปลอดภัยปี 2565
- โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ plus ตามเกณฑ์ประเมิน Green and Clean Hospital ปี 2565

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ (ระบุให้ชัดเจน)	ผู้รับผิดชอบ
				จำนวน	แหล่งงบ		
	แผนงาน...ส่งเสริมและพัฒนาความปลอดภัยด้านอาหาร...						
	1. ดำเนินการตามเกณฑ์ โรงพยาบาลอาหารปลอดภัยและโภชนาการ 5 ด้าน		รพ.เกาะคา			ต.ค-ก.ย65	สลิล
	(บูรณาการกับ Green & Clean Hospital)						ทักษอร
	- การประชุมคณะกรรมการรพ.อาหารปลอดภัย	ทุก 3 เดือน	รพ.เกาะคา			ธ.ค/มี.ค	เพชรรินทร์
						/มี.ย/ส.ค	สนอง
	- การประกาศนโยบายอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาล	1 ครั้ง/ปี	รพ.เกาะคา			ธ.ค 64	
	** ส่งเสริมการจัดเมนูอาหารผู้ป่วยเป็นเมนูสุขภาพ						
	(ลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ลดโซเดียม)						
	- การประกาศนโยบายอาหารว่างเพื่อสุขภาพ	1 ครั้ง/ปี	รพ.เกาะคา			เม.ย65	สลิล /
			รพ.สต. 13 แห่ง				ทักษอร
	- ส่งเสริมการจัดอาหารว่างสุขภาพในการประชุม	ทุกครั้ง	รพ.เกาะคา			ต.ค-ก.ย65	รพ./รพ.สต.
	** ส่งเสริมการจัดเครื่องดื่มลดหวานระหว่างการประชุม		รพ.สต. 13 แห่ง				เพชรรินทร์
	(บูรณาการร่วมงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ)						
	: เครื่องดื่มร้อน ไม่ใช้ 3 in 1 ให้ผู้ประชุมตนเองจัดน้ำตาลไม่เกินคนละ 1 ช้อนชา						

	: งดเครื่องดื่มขงสำเร็จ						
	: น้ำผลไม้ / น้ำสมุนไพรหวานน้อย / น้ำเปล่า						
	- ตรวจสอบความเค็มในเมนูอาหารโรงครัรพ.และร้านอาหารรพ.โดยใช้	ทุก 3 เดือน	โรงครัรพ.			ธ.ค/มี.ค	ทักษอร
	salt meter (บูรณาการร่วมงานสุขภาพอาหาร งานปรับเปลี่ยนสุขภาพ)		ร้านอาหาร 3แห่ง			/มี.ย/ส.ค	นิตยา
	- จัดระบบการบริหารจัดการการจ้างเหมาอาหารผู้ป่วย ให้สามารถตรวจรับวัตถุดิบ	1 ครั้ง/ปี	รพ.เกาะคา			ต.ค 64	สลิล
	ได้ตามที่กำหนดใน TOR						
	- จัดทำทำเนียบแหล่งวัตถุดิบที่โรงพยาบาลจัดซื้อประจำ	1 ครั้ง/ปี	รพ.เกาะคา			ม.ค 65	ทักษอร
	- จัดหาผัก/ผลไม้ และวัตถุดิบที่ปลอดภัย เข้าสู่โรงพยาบาลเพื่อเป็นวัตถุดิบในการปรุง	1 ครั้ง/ปี	รพ.เกาะคา			ม.ค 65	ทักษอร
	ประกอบอาหารในโรงครัรพ.โรงพยาบาล โดยการทำให้ TOR สำหรับกำหนดเงื่อนไขการจ้าง						
	เหมา						
	- จัดทำบันทึกข้อตกลง(MOU)ซื้อขายสินค้าเกษตรปลอดภัย	1 ครั้ง/ปี	อ.เกาะคา			มี.ย 65	สลิล
	ระหว่างโรงพยาบาลและเกษตรกร	กลุ่มเกษตรกร ม.6					ทักษอร
		ต.ปงยางคค					
	- จัดจุดจำหน่ายผักปลอดสารพิษ และวัตถุดิบปลอดภัยในโรงพยาบาลซึ่งมีการจำหน่าย	1 ครั้ง/ปี	รพ.เกาะคา			ม.ค 65	สลิล
	อย่างน้อยเป็นประจำ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง						ทักษอร
	- ตรวจสอบวัตถุดิบ อาหารสด อาหารแปรรูปที่ใช้ปรุงประกอบอาหารด้วยชุดทดสอบ	อย่างน้อย	รพ.เกาะคา			ต.ค-ก.ย65	นุชนาถ
	เบื้องต้น	เดือนละ 1 ครั้ง					
	- สุ่มเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจสารฆ่าแมลง 4 สารในผักสด/ผลไม้สด โดยส่งที่กลุ่มงาน	ทุกวันอังคาร	รพ.เกาะคา			ต.ค-ก.ย65	นุชนาถ
	คุ้มครองผู้บริโภค สสจ.ลำปาง	ที่ 3 ของเดือน					
	- กำหนดเมนูอาหารล่วงหน้า 2 เดือนโดยพยายามให้เน้นเมนูที่ใช้ผักผลไม้พื้นบ้าน	1 ครั้ง/ปี	รพ.เกาะคา			ม.ค 65	ทักษอร
	- พัฒนาส่วนขาดตามเกณฑ์ประเมิน โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย	1 ครั้ง/ปี	รพ.เกาะคา			ม.ค 65	สลิล
	- บูรณาการร่วมทีม Green and Clean Hospital ตามเกณฑ์ Plus	1 ครั้ง/ปี	รพ.เกาะคา			ม.ค 65	สนอง
	- ขยายผลการดำเนินการในกลุ่มบุคลากรและเครือข่ายอาหารปลอดภัยในพื้นที่	รร.อนุบาลเกาะคา	อ.เกาะคา			ต.ค-ก.ย65	สลิล

		วัดน้ำผึ้งไร่อ้อย					นิตยา
		ตลาดเกาะคา					เพชรรินทร์
	- กิจกรรมรณรงค์อาหารปลอดภัยใน รพ. (บูรณาการกิจกรรมสัปดาห์เภสัชกรรม)	1 ครั้ง/ปี	รพ.เกาะคา			มิ.ย 65	สลิล
	- สรุปผลการดำเนินงาน	1 ครั้ง/ปี	รพ.เกาะคา			ก.ย65	เพชรรินทร์
	2. อาหารปลอดภัยในชุมชน						
	- การประชุมคณะกรรมการ/คณะทำงานอาหารปลอดภัยระดับอำเภอ (บูรณาการงาน คบส.)	1-2 ครั้ง/ปี	อ.เกาะคา			มี.ค / ส.ค	สลิล/ภักพล
	- ทบทวน SOP การสื่อสารระดับอำเภอ กรณีพบเหตุการณ์อาหารไม่ปลอดภัย	1 ครั้ง/ปี	รพ.เกาะคา			ม.ค 65	สลิล/สนอง
	- การจัดกิจกรรมส่งเสริมการบริโภคอาหารลดหวาน มัน เค็ม (บูรณาการทีม ย.1) (ครั้วเรือน ร้านก๋วยเตี๋ยว ร้านอาหาร ตลาด วัด : ประเด็นลดเค็ม ร้านเครื่องดื่ม งานบุญ : ประเด็นลดหวาน)	1 ครั้ง/ปี	รพ.เกาะคา			ม.ค 65	สลิล/เพียงเดือน
	- เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่าน group Line อาหารปลอดภัย	กลุ่มไลน์อาหาร	อ.เกาะคา			ต.ค-ก.ย65	สลิล
	ปลอดภัยและเครือข่าย						
	- คืบข้อมูลและสื่อสารข้อมูลที่เป็นประโยชน์ผ่านการประชุมประจำเดือน ในหน่วยงานภาครัฐ และ เครือข่าย เช่น การประชุมกำนันผู้ใหญ่บ้าน อสม. ผู้สูงอายุ ฯลฯ	2 ครั้ง/ปี	อ.เกาะคา			ต.ค-ก.ย65	สลิล
	- สนับสนุนสื่อ เอกสารความรู้ในการแนะนำผู้ประกอบการจำหน่ายสด /อาหารแปรรูปในการผลิต/จำหน่ายอาหารที่มีความปลอดภัย	1 ครั้ง/ปี	อ.เกาะคา			ม.ค 65	สลิล/สนอง
	3. อาหารปลอดภัยในโรงเรียน / ศูนย์เด็ก	2 ครั้ง/ปี	รร.ประถม 17 แห่ง			ต.ค-ก.ย65	สลิล
	(บูรณาการกลุ่มวัยเรียน / อย.น้อย /งานสุขาภิบาลอาหาร /มอค.)		รร.ปริยัติธรรม1 แห่ง				เพชรรินทร์
	** เกณฑ์ สุขาภิบาล ผักปลอดสารพิษ ลดหวาน ลดเค็ม		รร.มัธยม 2 แห่ง				ปิยะพันธ์
	- ส่งเสริมการอ่านฉลากโภชนาการเป็น บริโภคหวาน (น้ำตาลไม่เกิน 6 ช้อนชา) และเค็ม (วันละไม่เกิน 2,000 มก.)อย่างเหมาะสมผ่านช่องทางต่างๆ ได้แก่	2 ครั้ง/ปี				ต.ค-ก.ย 65	สลิล
	วิทยากร เอกสาร แผ่นพับ ฯ						เพชรรินทร์
							ปิยะพันธ์
	- ส่งเสริมการกินผักผลไม้ (ปลอดสารฯ)แทนขนม เลือกขนมที่มีประโยชน์	2 ครั้ง/ปี				ต.ค-ก.ย65	สลิล

	กรณีน้ำหวาน/ไอศกรีม ปริมาณน้ำตาลไม่เกิน 5%						เพชรรินทร์
	- เพิ่มเมนูทางเลือกร้านอาหารและเครื่องดื่มในโรงเรียน โดยเพิ่มเมนูไม่ใส่ผงชูรส	2 ครั้ง/ปี				ต.ค-ก.ย65	สลิล
	และเพิ่มเมนูเครื่องดื่มหวานน้อย						เพชรรินทร์
	- ขอความร่วมมือให้นักเรียนงดการนำน้ำหวาน ลูกอม ขนมกรุบกรอบ มากินใน	2 ครั้ง/ปี				ต.ค-ก.ย 65	สลิล
	โรงเรียน						เพชรรินทร์
	- รณรงค์อาหารปลอดภัยรอบรั้วโรงเรียน ได้แก่ งดการจำหน่ายเครื่องดื่มที่มีปริมาณ	2 ครั้ง/ปี	รร.ประถม 17 แห่ง			ต.ค-ก.ย 65	สลิล
	น้ำตาลสูง อาหารที่ใช้น้ำมันทอดซ้ำ และอาหารที่มีความเค็ม		รร.ปรียัติธรรม1 แห่ง				เพชรรินทร์
			รร.มัธยม 2 แห่ง				
	- โรงเรียนใช้วัตถุดิบในการปรุงอาหารที่สะอาดและปลอดภัย เช่น ผักปลอดสารพิษ	2 ครั้ง/ปี				ต.ค-ก.ย65	สลิล
	ผักพื้นบ้าน กรณีที่จำเป็นต้องใช้ผักตามท้องตลาดให้มีการล้างที่ถูกต้องตามหลักโดยใช้						เพชรรินทร์
	น้ำส้มสายชู ผงฟู						
	- คณะทำงานอาหารปลอดภัยระดับอำเภอตรวจสอบสุขภาพอาหารและสิ่งแวดล้อมใน	2 ครั้ง/ปี	รร.ประถม 17 แห่ง			ต.ค-ก.ย 65	สลิล
	โรงเรียน		รร.ปรียัติธรรม1 แห่ง				เพชรรินทร์
			รร.มัธยม 2 แห่ง				สนอง

แผนปฏิบัติการสาธารณสุข (แก้ไขปัญหา)จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

รพ.สต.บ้านนาแสง ตำบล นาแสง อำเภอกะคา จังหวัดลำปาง

งาน NCD.....

ตัวชี้วัด (KPI) /ผลลัพธ์ที่ต้องการ

ข้อมูลพื้นฐาน/ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

1

2

3

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิตของโครงการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
					จำนวน	แหล่งงบ		
1	รหัสโครงการ							
	โรคความดันโลหิตสูงด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ							
	รายละเอียดกิจกรรม							
	- จัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยง	กลุ่มเสี่ยงDM/HT	ปชช.ม.2-8	- กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ความเข้าใจ	15,100	กสต.นาแสง	มีย-กค63	รพสต.นาแสง
	- จัดอบรมเพื่อให้กลุ่มเสี่ยงมีความรู้เรื่อง	100 คน	ต.นาแสง	ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มมากขึ้น				
	1. การออกกำลังกายที่เหมาะสม			ร้อยละ 90				
	2. การรับประทานอาหารที่เหมาะสม ลดเค็ม			- กลุ่มเป้าหมายมีความตระหนักถึงโรคและ				
	3. การส่งเสริมสุขภาพจิต			ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆที่จะตามมาถ้าไม่ปรับ				
	4. การงดสูบบุหรี่			เปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ				
	- ประเมินผลการดำเนินงาน							
	- ประเมินความพึงพอใจของผู้รับการอบรม							
	- สรุปผลการดำเนินงาน							
					15,100			
ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิตของโครงการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
					จำนวน	แหล่งงบ		
2	รหัสโครงการ							
	โครงการชะลอภาวะไตวายผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ปี 2563							

	รายละเอียดกิจกรรม							
	1.ประชุมเจ้าหน้าที่สรุปปัญหาเพื่อจัดทำแผนงาน	ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	ปช.ม.2-8	-กลุ่มเป้าหมายทุกคนมีความรู้	14,100	กสต.นาแสง	มีย-กค63	รพสต.นาแสง
	โครงการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเป้าหมาย	จำนวน 50 คน	ต.นาแสง	เพิ่มมากขึ้น อย่างน้อย				
	2.จัดทำแผนงานโครงการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน	(ผู้ป่วยเบาหวาน)	(ผู้ป่วยเบาหวาน)	ร้อยละ 80				
	กลุ่มเป้าหมาย			-ญาติผู้ป่วย /ผู้ดูแลมีความรู้				
	3.ประสานงานติดต่อทีมวิทยากร	ผู้ดูแลผู้ป่วย/ผู้		ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหาร				
	4.จัดทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมาย เตรียมเอกสารแผนพับความรู้	ประกอบอาหาร		ของผู้ป่วย อย่างน้อยร้อยละ 80				
	5.กิจกรรมอบรมให้ความรู้เรื่องภาวะไตเสื่อมใน	จำนวน 50 คน		- กลุ่มเป้าหมาย/ปช.มี				
	กลุ่มป่วย/ผู้ดูแล และผู้ที่ประกอบอาหารในครอบครัว			พฤติกรรมกรบริโภคอาหาร				
	6.ติดตามเยี่ยมโดยเจ้าหน้าที่/อสม.			ที่ถูกต้อง ส่งผลให้มีสุขภาพ				
				แข็งแรงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ				
				/ลดภาวะแทรกซ้อน				
					14,100			

งาน คำนวณผู้บริโภครวม.....

ตัวชี้วัด (KPI) /ผลลัพธ์ที่ต้องการ

ข้อมูลพื้นฐาน/ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

1

2

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิตของโครงการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ (ระบุให้ชัดเจน)	ผู้รับผิดชอบ
					จำนวน	แหล่งงบ		
3	รหัสโครงการ							
	โครงการชุมชนก้าวไกลไปกับงานคุ้มครองผู้บริโภค							
	รายละเอียดกิจกรรม							
	1.จัดทำแผนและนำเสนอเพื่อของบประมาณการจัดทำโครงการ	1.ร้านค้า 5 คน		-กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ร้อยละ 80	8,100	กสต.นาแสง	มีย-กค63	รพสต.นาแสง
	2.อบรมแลกเปลี่ยนการเรียนรู้งานคุ้มครองผู้บริโภคแก่ กลุ่มเป้าหมาย	2.ร้านอาหารสด		- กลุ่มเป้าหมายสามารถนำความรู้ไป				
	3.สุ่มตรวจตัวอย่างอาหารที่มีสารปนเปื้อน	2คน	ปชช.ม.2-8	ขยายให้กับครอบครัวหรือคนใกล้ชิดได้				

	สารปนเปื้อนที่สุ่มตรวจ ได้แก่	3.อสม.20	ต.นาแสง					
	3.1 สารบอแรกซ์ในอาหาร	4.ปชช.18 คน		- กลุ่มเป้าหมาย/ปชช.มี				
	3.2 สารกันราในอาหาร	5.ร้านอาหาร/		พฤติกรรมกรบริโภคอาหาร				
	3.3 สารฟอกขาวในอาหาร	เกี่ยวข้อง 5 คน		ที่ถูกต้อง ส่งผลให้มีสุขภาพ				
	3.4 สารฟอร์มาลีนในอาหาร	รวม 50 คน		แข็งแรงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ				
	3.5 ตรวจแบคทีเรียในอาหาร							
	4.จัดทำทะเบียนร้านค้าที่เข้าร่วมกิจกรรม							
	5.สุ่มตรวจร้านค้าทุก 3 เดือน							
					8,100			
รวม 3 โครงการงบประมาณ กสศ					37,300			

เสตรสารธารณสุข จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

ไ้บาลบ้านไ้ล่หีน อำเภอ เกะคะ จังหวัดลำปาง

ยุทธศาสตรการแกั้ไขปัญหาในพื้นที่

ประเด็น / งาน : NCD บูรณาการเครือ่ข่าย และทีม FCT ในการแกั้ไขปัญหาผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างเป็นระบบ

/ งาน : เด็กวันเรียน สูง ดี สมส่วน

สถานการณั้ / ข้อมูลพื้นฐาน :

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิตของโครงการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ(ระบุ ให้ชัดเจน)	ผู้รับผิดชอบ
					จำนวน	แหล่งงบ		
1	รหัสโครงการ							
	โครงการบูรณาการเครือ่ข่ายสร้างสุขภาพและ FCT เพื่อเข้าถึงกระบวนการ การแกั้ไข ปัญหาโรคไม่ต้อเรื้อรัง (NCDs)							
	รายละเอียดกิจกรรม							
	1. สํารวจและจัดทํารูขั้มูลประชาชนที่ไม่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและ	ประชากรที่ไม่ป่วย	ตำบลไ้ล่หีน	มีทะเบียน และจัดทํารายชื่อ	ไม่ใช้งบ		ต.ค.-64	
	ความดันโลหิตสูงอายุ 35 ปีขึ้นไป	DM+HT อายุ35ปี	6 หมู่บ้าน	คัดกรองที่ถูกต้อง				
		ขึ้นไปทุกราย						
	2.มีการจัดบริการตรวจสุขภาพเชิงรุก เพื่อตรวจคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ใน	ประชากร ตามทะเบียน ชื่อ1	ตำบลไ้ล่หีน 6	ค้นหาประชากรที่มีภาวะเสี่ยง จาก		UC	พ.ย.64 -ธ.ค.64	
	ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป	(2,122 คน)	หมู่บ้าน	การตรวจคัดกรอง				
	ในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ไม่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง							
	2.1 ประชุม อสม.เพื่อวางแผนกำหนดวันคัดกรอง							
	2.2 ออกตรวจคัดกรองตามแผนที่วางไว้							
	2.3 อบรมให้ความรู้ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อลดความเสี่ยงโรคเบาหวานและความดัน	กลุ่มป่วย-เสี่ยงโรคเบาหวาน	ตำบลไ้ล่หีน	1.กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ที่ถูกต้อง	24,500	กสต.	ม.ค. 65 - ส.ค.65	
	โลหิตสูง	ความดันโลหิตสูง และ	6 หมู่บ้าน	เกี่ยวกับการบริโภคน้อยกว่า				
		ผู้มีหน้าที่ปรุงประกอบอาหาร		ร้อยละ 80 จากการประเมิน				

		ในครัวเรือนในงานสาธารณะ		ได้รับการติดตามและได้รับคำแนะนำโดยแพทย์เวชฯ ครอบคลุม				
				2.กลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง				
				หลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรม				
				วัดความดันโลหิตไม่เกิน				
				140/90 อย่างน้อยร้อยละ 70 และ				
				ได้รับคำแนะนำโดยแพทย์เวชฯ				
				3.กลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานหลัง				
				ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีค่าระดับ				
				น้ำตาลใน กระแสเลือด(FBS)ไม่เกิน				
				100 mg/dl อย่างน้อยร้อยละ 50				
				แนะนำโดยแพทย์เวชฯ ครอบคลุม				
				4. ผู้ปรุง ประกอบอาหารในงาน				
				ได้รับการอบรมด้านอาหารปลอดภัย				
				ลดความเสี่ยงในเมนูอาหารหวาน				
				มัน เค็ม และมีการติดตามอาหาร				
				ในงานสาธารณะทุกกลุ่ม ทุกงาน				
2.4	ให้คำแนะนำเบื้องต้นแก่กลุ่มเสี่ยงเบาหวานหรือกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง							
2.5	นำผลการคัดกรองมาลงในโปรแกรม JHCIS							
2.6	นำผลการคัดกรองมาวิเคราะห์เพื่อทำเป็นโครงการแก้ไขปัญหาดังต่อไป							
3.	การจัดการกลุ่มเสี่ยง (ชุมชนลดเค็มครัวเรือน)	1,526 หลังคาเรือน		..คนในครัวเรือนรับรู้ เข้าใจ				
3.1	คืนข้อมูลเรื่องโรคความดันโลหิตและการลดการเกิดโรคแก่เครือข่าย			สามารถปฏิบัติตนเองและปรับพฤติกรรมไม่ให้เกิด				
	ประชุมกำนันผู้ใหญ่บ้าน พขอ.			ในการบริโภคอาหารเค็มป้องกันโรค				
3.2	ประชุมร่วมกับที่ประชุมหมู่บ้านเพื่อแจ้งวัตถุประสงค์และการเข้า			ความดันโลหิตสูงได้ต่อไป				
	ภายในครัวเรือน			ความดันโลหิตสูงลดลงจากปีก่อน				
3.3	สอนอสม.ในการใช้ SALT METERและการแปรผลการตรวจ							
3.4	ออกตรวจความเค็มตามเขตรับผิดชอบของอสม.							
3.5	ครัวเรือนที่ตรวจวัดไม่เค็มต่อเนื่องติดต่อกัน3ครั้งถือว่าผ่านเป็นครัวเรือน							
4.	ส่งเสริมศักยภาพอสม.ในการใช้เครื่องวัดความดันโลหิตและเครื่องเจาะเลือด	อสม. 144 ราย		.- อสม. มีทักษะเพิ่มขึ้น	กสต.	กสต.	ธค.64 - ส.ค. 65	
	เจาะเลือด (ทดสอบและปฏิบัติ)			สามารถวัดความดันโลหิต	หมวด 2			
4.1	จัดประชุมอสม.ในที่ประชุมประจำเดือนแต่ละรพสต.			และเจาะเลือดได้ถูกต้อง				

	4.2 ค้นหาข้อมูลแก่ อสม.ในการส่งเสริมศักยภาพ			- อสม. ออกติดตามให้ความรู้				
	4.3 ชี้แจงแนวทางการจัดประชุม			ที่บ้านแก่กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ร่วมกับ				
	4.4 ทดสอบการวัดความดันโลหิตของอสม.แต่ละคน			แพทย์เวชฯ				
	4.5 ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติในการวัดความดันโลหิตและเจาะเลือดจากหลักสูตร							
	4.6 มอค.ออกติดตามและประเมินซ้ำทุก 2 สัปดาห์							
	4.7 นำอสม.ที่วัดความดันโลหิตได้ถูกต้อง เจาะเลือดได้ถูกต้องเป็นอสม.เชี่ยวชาญในด้าน							
	โรคไม่ติดต่อเพื่อรับหน้าที่ในการติดตามกลุ่มป่วยสีเขียว HT DM ในแนวทางปฏิบัติต่อไป							
	5. ร้านก๋วยเตี๋ยว/ร้านอาหาร/ตลาดสด	ร้านก๋วยเตี๋ยว		-มีทะเบียนร้านค้าครบทุกพื้นที่	กสต.	กสต.	ม.ค.65 - มี.ค.65	
	5.1 สำรวจร้านค้าและจัดทำทะเบียนร้านอาหาร/แผงลอยจำหน่ายอาหาร/ร้าน	ร้านอาหาร		-ผู้ประกอบการเข้าใจ ร่วมกำหนด	หมวด 2			
	ก๋วยเตี๋ยวที่ได้มาตรฐาน GFGT			นโยบายการกักตุนความเค็มในเมนู				
	5.2 มอค.ประชาสัมพันธ์ร้านอาหาร/แผงลอยจำหน่ายอาหาร/ร้านก๋วยเตี๋ยวเข้า			อาหารประจำร้าน				
	ร่วมโครงการ							
	5.3 มอค.ให้ความรู้แก่เจ้าของร้าน/ผู้ประกอบการ(รายกลุ่ม/รายบุคคล)							
	6. มอค.ตรวจวัดความเค็มด้วย Salt meter โดยผลการตรวจ			- ครั้วเรือน ได้รับความรู้ ความเข้าใจ	ไม่ใช้งบ		ธ.ค.64 - มี.ค.65	
	6.1 ตรวจวัดไม่พบความเค็มต่อเนื่องติดต่อกัน 3 ครั้ง (เดือน ธ.ค.64 - มี.ค.65)			ในการปรับเปลี่ยนการบริโภค เพื่อ				
	ถือว่าผ่านเป็นร้านอาหารแผงลอย/ร้านก๋วยเตี๋ยวที่มีเมนูลดเค็ม			ป้องกันโรคเรื้อรัง				
	6.2 ตรวจแล้วพบว่าเค็มให้ตรวจซ้ำทุกเดือนหากผลการตรวจวัดพบไม่เค็ม							
	ต่อเนื่องกัน							
2	รหัสโครงการ							
	โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อแก้ไขปัญหาด้านโภชนาการเด็กในวัยเรียน							
	รายละเอียดกิจกรรม							
	1. สำรวจและจัดทำฐานข้อมูลเด็กวัยเรียนในพื้นที่ (6 - 14 ปี)	เด็ก 6-14 ปี ในเขตพื้นที่			35,500	กสต.	พ.ย.64 -ธ.ค.64	
	1.1 ทะเบียนเด็กปกติ / ทะเบียนเด็ก อ้วน เตี้ย	(343 คน)		- เด็ก อ้วนเตี้ย 117 คน				
	1.2 ทะเบียนเด็กผิดปกติ ต้องได้รับการกระตุ้นทางพัฒนาการ			- เด็กผิดปกติ ต้องได้รับการ				
				กระตุ้นทางพัฒนาการ และได้รับการ				
				ส่งต่อเพื่อพบแพทย์เวชฯ				
	2. กิจกรรมอบรม และการติดตามกระตุ้นภาวะทางโภชนาการ	117 คน		- เด็ก อ้วนเตี้ย 117 คน ได้รับการ			มี.ย.-65	

				กระตุ้นทางโภชนาการ และติดตาม				
				อย่างต่อเนื่อง โดย มอค. และ				
				เครือข่ายสร้างสุขภาพในพื้นที่				
	3.	ติดตามผลการเปลี่ยนแปลง กิจกรรมการกระตุ้น						
	4.	คืนข้อมูลให้แก่โรงเรียน / ผู้ปกครอง						
	5.	ประเมินผลโครงการ และประเมินการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพของเป้าหมาย						
					60,000			

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP& P Excellence)

ประเด็น / งาน : แผนงานที่ 1 การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) กลุ่มวัยทำงาน

สถานการณ์ / ข้อมูลพื้นฐาน :

1. อัตราป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด จำนวน 450 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 103.84 ต่อพันประชากร
2. อัตราป่วยโรคเบาหวานอย่างเดียว จำนวน 71 คน คิดเป็นอัตราป่วย 18.20 ต่อพันประชากร
3. อัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งหมด จำนวน 1146 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 293.84 ต่อพันประชากร
4. อัตราป่วยโรคความดันอย่างเดียว จำนวน 767ราย คิดเป็นอัตราป่วย 196.66 ต่อพันประชากร
- 5.อัตราป่วยโรคDM+HT จำนวน 379 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 97.17 ต่อพันประชากร

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ (ระบุให้)	ผู้รับผิดชอบ
				จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
1	โครงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ปี2565	กสต.ท่าผา					
	กิจกรรมดำเนินการ	1.กลุ่มป่วย จำนวน 40 คน	ตำบลท่าผา	13,000	กสต.ท่าผา	มีค ,เมย, กค	เฟื่องฟ้า
	กลุ่มป่วยโรคความดันและเบาหวาน ที่ไม่มีโรคแทรกซ้อน	2ผู้ดูแล จำนวน 10 คน				65	พรมอย่า
	1.ประเมินความรู้กลุ่มป่วย ก่อน-หลัง ให้ความรู้ ในเรื่องภาวะแทรกซ้อนของของโรคความดันและเบาหวาน						แสงเดือน
	2.การอบรมให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคแทรกซ้อน การดูแลตนเองและความตระหนักเกี่ยวกับโรค ตามหลัก 3อ. 2ส. ในผู้ป่วยเบาหวาน-ความดัน	กสต.เกาะคา 1.กลุ่มป่วย จำนวน 30 คน, 2. ผู้ดูแล จำนวน 10 คน			กสต.เกาะคา		ภาษาติ
	3 ส่งเสริมการลด หวาน มัน เค็ม (661) โดย						รพ.สต.บ้านท่าผา
	3.1ส่งเสริมการลดหวาน โดย ติดตามการใช้ก้องข้าว ในการทานข้าวเหนียว และในชุมชน ขอความร่วมมือลดหวาน ในงานบุญ						
	3.2 ส่งเสริมการลดกินเค็ม โดยใช้เครื่องวัดความเค็มตรวจอาหารของครัวเรือนของกลุ่มเสี่ยง ติดตาม เดือนละ 1 ครั้ง						
	ติดต่อกันทุกเดือน จำนวน 3 ครั้ง โดยอสม.ถ้าค่าความเค็ม มากกว่า 0.6 ติดตามเยี่ยมบ้านและติดตามต่อทุกเดือนจนกว่าปกติ						
	ถ้าค่าความเค็มน้อยกว่า 0.6 ติดต่อกัน 3 ครั้งให้หยุดติดตาม						
	ในชุมชน ขอความร่วมมือลดเค็ม ติดตามตรวจความเค็มของอาหารในงานบุญ โดยใช้เครื่องวัดความเค็ม						
	3.3 ส่งเสริมลดกินไขมันทรานส์ ในครัวเรือนและ ในการประชุม/อบรม						
	3.4 ติดตามกลุ่มเสี่ยง โดยใช้หลักการ ของ Home BP และ SMBG ในกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด						
	และระดับความดันโลหิตเดือนละครั้งจนกว่าจะปกติ						

4 .กิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดัน เพื่อสร้างความตระหนักและส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดีขึ้น						
5.ประเมินผลโครงการ						

รวม 13,000

แผนปฏิบัติการสาธารณสุข (แก้ไขปัญหา) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565

รพ.สต.บ้านน้ำล้อม ตำบลเกาะคา อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง

งาน.....

ตัวชี้วัด (KPI) /ผลลัพธ์ที่ต้องการ

ข้อมูลพื้นฐาน/ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

1. ปัญหาการป่วยด้วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง
2. ปัญหาการดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ
3. ปัญหาอนามัยแม่และเด็ก
4. ปัญหาโรคติดต่อ

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ(ระบุให้ชัดเจน)	ผู้รับผิดชอบ
				จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
1	รหัสโครงการ						
	โครงการส่งเสริมสุขภาพมารดาและเด็กอายุ 0-5 ปี	1.ผู้ปกครองเด็กแรกเกิด	ม.1 - ม.8	27,300	กสต.เกาะคา	ต.ค.64 - ก.ย.65	นางจรรักษ์ญญา
	1.รายละเอียดกิจกรรม	จำนวนหมู่ละ 20 คน	ต.เกาะคา		แม่ยาว		ภัทราเทวกร
	1.1.ชี้แจงและประชาสัมพันธ์ โครงการกับเครือข่ายทุกระดับ	รวม 160 คน					
	1.2.อบรมให้ความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก						
	การตรวจพัฒนาการ ภาวะโภชนาการ และนมแม่						
	1.3.ติดตามประเมินภาวะโภชนาการ การเจริญเติบโต						
	และพัฒนาการเด็กในพื้นที่รับผิดชอบ ทุก ๓ เดือน						
	1.4.ติดตาม ดูแล ประเมินภาวะโภชนาการ และให้การช่วยเหลือแก้ไขในกลุ่มเด็กที่มีปัญหาทุพโภชนาการ ทุก ๑ เดือน						
	จนกระทั่งภาวะโภชนาการปกติ						

2	โครงการคัดกรองพัฒนาการเด็ก(DSPM)	ผู้ปกครองเด็กและหญิง	ม.1 - ม.8	17,700	กสต.เกาะคา	ต.ค.64 - ก.ย.65	นางจารุกัญญา
	1.รายละเอียดกิจกรรม	มีครรรจ์จำนวน 80 คน	ต.เกาะคา		แม่ยาว		ภัทราเทวกร
	1.1.จัดอบรมเชิงปฏิบัติการความรู้เรื่องพัฒนาการเด็กสมวัย						
3	โครงการรู้ทันเบาหวาน,ความดันโลหิตสูงและอยู่ด้วยกันอย่างมีความสุข	2. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน /ความดัน	ม.1 - ม.8 ต.เกาะคา	19,600	กสต.เกาะคา แม่ยาว	ต.ค.64 - ก.ย.65	นางจารุกัญญา ภัทราเทวกร
	1.รายละเอียดกิจกรรม	จำนวน 50 คน					
	1.1 สํารวจข้อมูลคัดกรองภาวะสุขภาพประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป						
	1.2 วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการคัดกรอง						
	1.3 จัดกิจกรรมความรู้แกโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน						
	1.4จัดกิจกรรม self help group						
	1.5.ติดตามผู้ป่วย ทุก 3 ครั้ง/ปี						
	1.6.สรุปและประเมินผลงาน						
4	โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารและยา	-ประชาชนอายุ 15 ปี	ม.1 - ม.8	19,600	กสต.เกาะคา	ต.ค.64 - ก.ย.65	นายอภินันท์
	1.รายละเอียดกิจกรรม	ขึ้นไปจำนวน 100 คน	ต.เกาะคา		แม่ยาว		ช่างลื้อ
	3.1.อบรมให้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารที่เหมาะสมและการใช้ยาที่ถูกต้อง						
5	โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดโรค	1. ผู้สูงอายุ 8 หมู่บ้าน	ม.1 - ม.8	32,600	กสต.เกาะคา	ต.ค.64 - ก.ย.65	นางจารุกัญญา
	3อ 2ส 1ฟ	จำนวน 200 คน	ต.เกาะคา		แม่ยาว		ภัทราเทวกร
	1.รายละเอียดกิจกรรม						
	1.1.ประชุม กม.ผู้สูงอายุ						
	1.2.แต่งตั้งคณะทำงาน						

	1.3.อบรมให้ความรู้ 3อ 2ส 1พ						
	1.4.สรุปและประเมินผลงาน						
6	โครงการเฝ้าระวังและควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก เชิงปฏิบัติการในหมู่บ้าน	1.แกนนำอสม.แกนนำ ชุมชน แกนนำผู้สูงอายุและ ประชาชน	ม.1 - ม.8 ต.เกาะคา	36,100	กสต.เกาะคา แม่ยาว	ต.ค.64 - ก.ย.65	นายสยาม เรนทอน
	1.รายละเอียดกิจกรรม						
	1.เพื่อให้ประชาชนมีความเข้าใจในการเกิดโรค	จำนวน 200 คน					
	วิธีการป้องกันและควบคุมการเกิดโรคไข้เลือดออก						
	กำหนดมาตรการชุมชนได้						
	2.เพื่อรณรงค์ทำลายแหล่งและจัดตั้งทีมเคลื่อนที่เร็ว (SRRT.) เพื่อควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกและ						
	โรคระบาดอื่นๆ ในชุมชน						

รวม

152,900

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนธรรม ตำบลใหม่พัฒนา อำเภอกะคา จังหวัดลำปาง

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP& P Excellence)

3

ประเด็น / งาน : แผนงานที่ 1 การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย กลุ่มวัยทำงาน (โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง)

สถานการณ์ / ข้อมูลพื้นฐาน :

- 1. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานปี2564 ร้อยละ4.59 (ไม่เกินร้อยละ1.85)
- 2. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงความดันปี 64 สูงจากปีก่อนร้อยละ3.18 (ลดลงร้อยละ4.40)
- 3.ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมน้ำตาลได้ดี ปี 2564 ร้อยละ25.12 (เป้าหมาย ร้อยละ40)
- 4.ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้ดี ปี 2564 ร้อยละ 39.18 (เป้าหมาย ร้อยละ60)

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ (ระบุให้ชัดเจน)	ผู้รับผิดชอบ
				จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
1	รหัสโครงการ						
	โครงการหมู่บ้านนำร่อง ลดหวาน ลดเค็ม ลดโรค				กสศ.ใหม่พัฒนา	ม.ค.65-ส.ค.65	รพ.สต.บ้านดอนธรรม
	รายละเอียดกิจกรรม						
	1.เวทีคืนข้อมูล วิเคราะห์สถานการณ์ และวางแผนกิจกรรม	คณะกรรมการพชต.	ตำบลใหม่พัฒนา	1,500	กสศ.ใหม่พัฒนา	ม.ค.-65	รพ.สต.บ้านดอนธรรม
	และคัดเลือกหมู่บ้านนำร่อง	จำนวน 30 คน					
	2.แต่งตั้งคณะทำงานประชุม ชี้แจง วัตถุประสงค์	คณะทำงานหมู่บ้านนำร่อง	ตำบลใหม่พัฒนา	1,000	กสศ.ใหม่พัฒนา	ม.ค.-65	รพ.สต.บ้านดอนธรรม
		จำนวน 20 คน					
	3.การอบรมพัฒนาศักยภาพอสม.ในการใช้เครื่อง salt meter	อสม.หมู่บ้านนำร่อง	ตำบลใหม่พัฒนา	1,000	กสศ.ใหม่พัฒนา	ก.พ.-65	รพ.สต.บ้านดอนธรรม
		จำนวน 20 คน					
	4.การอบรมพัฒนาศักยภาพแกนนำนักเรียนในการสื่อสารสุขภาพลดหวาน ลดเค็ม ลดโรค	แกนนำนักเรียน	ตำบลใหม่พัฒนา	1,000	กสศ.ใหม่พัฒนา	มี.ค.-65	รพ.สต.บ้านดอนธรรม
		จำนวน 10 คน					
	5.เวทีสร้างความร่วมมือ ข้อตกลง นโยบายสาธารณะลดหวาน ลดเค็มในชุมชน	ประชาชนในหมู่บ้าน	ตำบลใหม่พัฒนา	2,000	กสศ.ใหม่พัฒนา	เม.ย.-65	รพ.สต.บ้านดอนธรรม
		นำร่อง					
	6.รณรงค์เคาะประตูบ้านให้ความรู้และสื่อสารสุขภาพในชุมชน	แกนนำนักเรียน	ตำบลใหม่พัฒนา	2,000	กสศ.ใหม่พัฒนา	เม.ย.-65	รพ.สต.บ้านดอนธรรม
		และอสม.					
		จำนวน 30 คน					
	7.การสร้างความร่วมมือในร้านอาหาร ร้านเครื่องดื่มในชุมชน	ร้านอาหารและร้าน	ตำบลใหม่พัฒนา	1,000	กสศ.ใหม่พัฒนา	เม.ย.-65	รพ.สต.บ้านดอนธรรม
		เครื่องดื่มในชุมชน					
		จำนวน 5 ร้าน					
	8.การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับเมนูอาหารลดเค็มแก่แม่บ้าน	แม่บ้านในหมู่บ้านนำร่อง	ตำบลใหม่พัฒนา	3,000	กสศ.ใหม่พัฒนา	พ.ค.-65	รพ.สต.บ้านดอนธรรม
		จำนวน50 คน					
	9.กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย	หมู่บ้านนำร่อง	5,000	กสศ.ใหม่พัฒนา	มิ.ย.-65	รพ.สต.บ้านดอนธรรม
		โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง					

[illegible]

ยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหในพื้นที่

ประเด็น / งาน : NCD

/ งาน : วัณโรค

/ งาน : ผู้สูงอายุ

สถานการณ์ / ข้อมูลพื้นฐาน :

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ(ระบุ ให้ชัดเจน)	ผู้รับผิดชอบ
				จำนวน	แหล่งงบ		
1	รหัสโครงการ						
	โครงการให้ความรู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มป่วยโรคเบาหวานเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน						
	รายละเอียดกิจกรรม						
	1.รวบรวมข้อมูล ประชากรในเขตรับผิดชอบกลุ่มเป้าหมายในการจัดทำโครงการ	กลุ่มป่วยโรคเบาหวานที่มีใน	เขตรับผิดชอบของ	13,460	กสต.นาแก้ว	มี.ค.-ส.ค. 65	รพ.สต.
	2.จัดทำโครงการเพื่อเสนอขออนุมัติ	เขตรับผิดชอบรับการรักษาท	รพ.สต.บ้านจอมปิง				บ้านจอมปิง
	3.แจ้งกลุ่มเป้าหมายโครงการเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมของโครงการ	รพ.สต.จำนวน80 คน					
	4.กิจกรรมบรรยายให้ความรู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มป่วยโรคเบาหวานเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน						
	5.มีการประเมินโดยการตรวจซ้ำหลังปรับเปลี่ยน 1 เดือน						
2	รหัสโครงการ						
	โครงการให้ความรู้ในการป้องกันวัณโรคในชุมชน						
	รายละเอียดกิจกรรม						
	1.รวบรวมข้อมูล ประชากรในเขตรับผิดชอบกลุ่มเป้าหมายในการจัดทำโครงการ	กลุ่มเสี่ยงวัณโรคและประชาชน	เขตรับผิดชอบของ	35,200	กสต.นาแก้ว	มี.ค.-ส.ค. 65	ประธานแกนนำสุขภาพ
	2.จัดทำโครงการเพื่อเสนอขออนุมัติ	หมู่ละ50 คน ทำการอบรม	รพ.สต.บ้านจอมปิง				เขตรพ.สต.บ้านจอมปิง
	3.แจ้งกลุ่มเป้าหมายโครงการเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมของโครงการ	4 หมู่บ้าน (200 คน)					
	4.ให้ความรู้ในการป้องกันวัณโรคในชุมชนกลุ่มเสี่ยงวัณโรคและประชาชน						
	ความรู้ในการป้องกันวัณโรคและวิธีป้องกันในชุมชน						
	5.ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน เมื่อสิ้นสุดโครงการ พร้อมรายงานผลการดำเนินงาน						
	6.ปรับปรุง พัฒนาจากผลการดำเนินงาน เพื่อใช้ในการจัดทำแผนงาน / โครงการต่อไป						
3	รหัสโครงการ						
	โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุขอเข้าเล่มด้วยวิธีแพทย์แผนไทย						
	รายละเอียดกิจกรรม						
	1.ขั้นตอนวางแผนงาน	กลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่ หมู่ละ 25 คน	เขตรับผิดชอบของ	23,800	กสต.นาแก้ว	มี.ค.-ส.ค. 65	ประธานแกนนำสุขภาพ
	- ร่วมกันประชุมวางแผน กำหนดเป้าหมาย จำนวนกลุ่มเป้าหมาย เนื้อหาและรูปแบบ	ทำการอบรม 4 หมู่บ้าน	รพ.สต.บ้านจอมปิง				เขตรพ.สต.บ้านจอมปิง

	วิธีการดำเนินงานโครงการ	อบรม2ครั้งละ50คน (100 คน)					
	- แต่งตั้งเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานตามแผนงานโครงการ						
	- ติดต่อประสานงานหน่วยงาน/ผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมกันดำเนินงาน						
	2.จัดทำโครงการเพื่อขออนุมัติต่อคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ-						
	องค์การบริหารส่วนตำบลนาแก้ว						
	3.ขั้นตอนการดำเนินงาน						
	- สำรวจกลุ่มเป้าหมายคือ กลุ่มผู้สูงอายุ ในพื้นที่						
	- จัดเตรียมอุปกรณ์สาธิต เครื่องมือเครื่องใช้ สื่อความรู้ในการทำกิจกรรม						
	- ให้ความรู้อบรมเรื่องการบริหารอวัยวะในร่างกาย เพื่อคลายกล้ามเนื้อในการทำงาน						
	และกิจกรรมสาธิตการทำยาสมุนไพรพอกเข้า						
	4.ประเมินผลการดำเนินงาน						
	5.สรุปผลการดำเนินงานตามแผนงานโครงการ ส่งให้กองทุนหลักประกันสุขภาพ-						
	องค์การบริหารส่วนตำบลนาแก้ว						
				72,460			

แผนปฏิบัติการสาธารณสุข (แก้ไขปัญหา) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศาลาไชย อำเภอกะลา จังหวัดลำปาง

ประเด็น / งาน : โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

1. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานไม่เกิน ร้อยละ 1.85
2. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงความดันลดลงจากปีก่อน ลดลงร้อยละ 4.40
3. ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมน้ำตาลได้ดีร้อยละ 40
4. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้ดีร้อยละ 60
5. กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ร้อยละ 70
6. กลุ่มสงสัยป่วยเบาหวานได้รับการตรวจเลือดซ้ำร้อยละ 60 ตามแนวทางรักษา
7. ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมน้ำตาลได้ดีร้อยละ 40
8. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันได้ดีร้อยละ 50

สถานการณ์/ข้อมูลพื้นฐาน

1. อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 3.65
 2. อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 0.00
 3. ประชาชน อายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเบาหวาน ร้อยละ 95.24
 4. ประชาชน อายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง ร้อยละ 94.58
- ในกลุ่มป่วย เบาหวาน ความดันโลหิตสูงยังควบคุมไม่ได้ตามเป้าหมาย ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานควบคุมได้ ร้อยละ 49.38 (เป้าหมายร้อยละ 40)
- ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ควบคุมได้ร้อยละ 65.92 (เป้าหมายร้อยละ 60)
- กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการวัดความดันที่บ้านร้อยละ 100 ผ่าน (เป้าหมายร้อยละ 30)
- คัดกรอง CVD risk ร้อยละ 79.53 (เป้าหมายร้อยละ 90) ในการตรวจคัดกรองค้นหาภาวะแทรกซ้อนไตร้อยละ 62.90 (เป้าหมายร้อยละ 80) ได้ตามเป้าหมาย การตรวจฟันร้อยละ 58.85 ทางตา ร้อยละ 100.00 การตรวจเท้า ได้รับการคัดกรองร้อยละ 76.54 (เป้าหมายร้อยละ 65)
- การดำเนินงาน NCD ต่างๆ ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย กลุ่ม PreDM, PreHT, กลุ่มผู้ป่วย uncontrol ยังไม่ปรับพฤติกรรม ส่วนใหญ่ปรับพฤติกรรมไม่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีปริมาณมาก ผู้ให้บริการไม่สามารถให้การดูแลเฉพาะอย่างทั่วถึง จึงเลือกกลุ่มสีแดง มาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิก DE PAC ร่วมกับการทำ SMBG, SMBP จัดทำ individual care plan เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง และส่งผู้ป่วยได้รับการบริการกลับบ้าน

				งบประมาณ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
--	--	--	--	----------	----------	--------------

[illegible]

5. ยังไม่มีคลินิกผู้สูงอายุ

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
				จำนวน	แหล่งงบ		
2	โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมโดยวิธีทางกายภาพและการแพทย์แผนไทย ปีงบประมาณ 2565	ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงโรคข้อเข่าเสื่อม	บ้านศาลาไชย ม.2,	32,000	กปท.	ต.ค.64 -ก.ค.65	บุญเรือง
	รายละเอียดกิจกรรม	จำนวน 150 คน	บ้านหนองแหวน ม.4		ทต.ศาลา		ชนากานต์
	1.ประเมินภาวะสุขภาพข้อเข่า วัดสวนสูง วัดรอบเอว คำนวณ	(ผู้สูงอายุบ้านศาลาไชยม.2 จำนวน 90 คน,					กุสุมาภรณ์
	คาคับขี้มวลงกายและประเมินพฤติกรรมเสี่ยงของแต่ละบุคคล	ผู้สูงอายุบ้านหนองแหวนม.4 จำนวน 60 คน)					
	2.ให้ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม การบริหารกล้ามเนื้อข้อเข่า						
	เพื่อลดอาการข้อเข่าเสื่อม						
	3.การใช้สมุนไพรในท้องถิ่นเพื่อลดอาการปวดเข่า						
	โดยการสาธิตการทำแผ่นยาพอกเข่าสมุนไพร						
	4.แบ่งกลุ่มเป้าหมายสองกลุ่ม การบริหาร บำบัดข้อเข่า						
	และการใช้วิธีทางแพทย์แผนไทย เพื่อฝึกปฏิบัติ						
ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
				จำนวน	แหล่งงบ		
	5.สรุปประเมินผลติดตามสุขภาพข้อเข่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วม						
	โครงการ สรุปผลการดำเนินโครงการ ปัญหาอุปสรรค						
	และข้อเสนอแนะ						
3	โครงการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะกระดูกหักจากการพลัด	ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงภาวะกระดูกหักจาก	บ้านไร่อ้อย ม.5	6,500	กปท.	ต.ค.64 -ก.ค.65	บุญเรือง
	ตกหกล้มในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงบ้านไร่อ้อยปีงบประมาณ 2565	การพลัดตกหกล้ม จำนวน 30 คน			ทต.เกาะคา		ชนากานต์
	รายละเอียดกิจกรรม						กุสุมาภรณ์

[illegible]

125,500

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

หน่วยงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหาดปู้ด้าย อำเภอ เกาะคา จังหวัดลำปาง

ยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหาในพื้นที่

ประเด็น / งาน : โครงการให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

/ งาน : เด็กอายุ 0-14ปี สูง ตี สมส่วน

/ งาน : โครงการอบรมให้ความรู้ผู้สูงอายุเพื่อป้องกันข้อเข่าเสื่อมและการพลัดตกหกล้ม

สถานการณ์ / ข้อมูลพื้นฐาน :

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ(ระบุ ให้ชัดเจน)	ผู้รับผิดชอบ
				จำนวน	แหล่งงบ		
1	รหัสโครงการ						
	โครงการให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน						
	รายละเอียดกิจกรรม						
	1.รวบรวมข้อมูลประชากรกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตรับผิดชอบ	ผู้ป่วยโรคเบาหวาน	ตำบลนาแสง	ไม่ใช้งบ		ม.ค.-65	รพ.สต.
		จำนวน 54 คน	หมู่1 บ้านหาดปู้ด้าย				หาดปู้ด้าย
	2.อบรมให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน	กลุ่มป่วยโรคเบาหวาน	ตำบลนาแสง	13,080	กสต.นาแสง	ก.พ. 65 - ส.ค.65	นางลักษณ์
	เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน	จำนวน 54 คน	หมู่1 บ้านหาดปู้ด้าย				ปิยรัตน์
	3. คัดกรองภาวะแทรกซ้อน	กลุ่มป่วยโรคเบาหวาน	ตำบลนาแสง				
	- ผู้ป่วยเบาหวานตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ไต ไชมัน ฟัน	จำนวน 54 คน	หมู่1 บ้านหาดปู้ด้าย				
	- ผู้ป่วยเบาหวานตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา และเท้า						
	4. คินข้อมูลเรื่องโรคเบาหวานและการลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนแก่เครือข่าย						
	ประชุมกำนันผู้ใหญ่บ้าน พขอ.						
	5. ส่งเสริมศักยภาพพอสม.ในการใช้เครื่องเจาะเลือด (ทดสอบและปฏิบัติ)						
	5.1 จัดประชุมพอสม.ในที่ประชุมประจำเดือนแต่ละรพสต.	อสม. 24 ราย		กสต.	กสต.นาแสง	ม.ค.65 - ส.ค. 65	
	5.2 คินข้อมูลแก่ อสม.ในการส่งเสริมศักยภาพ						
	5.3 ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติในการเจาะเลือดจากหลักสูตร						

	6. ร้านขายเครื่องดื่ม/น้ำหวาน/ร้านกาแฟ	ร้านเครื่องดื่ม		กสต.	กสต.นาแสง	ม.ค.65 - มี.ค.65	
	6.1 สำรวจร้านค้าและจัดทำทะเบียนร้านขายเครื่องดื่ม/แผงลอย/ร้านกาแฟ	ร้านเครื่องดื่ม					
	6.2 มอศ.ประชาสัมพันธ์ร้านขายเครื่องดื่ม/แผงลอย/ร้านกาแฟร่วมโครงการหวานน้อย						
	ลดภาวะแทรกซ้อน						
	6.3 มอศ.ให้ความรู้แก่เจ้าของร้าน/ผู้ประกอบการ(รายกลุ่ม/รายบุคคล)						
	7.อสม.ในเขตรับผิดชอบร่วมกับ มอศ.ออกเยี่ยมบ้านประเมินพฤติกรรมติดตามทุก 1 เดือน						
	8.ติดตามและประเมินSMBGซ้ำทุก 2 สัปดาห์						
2	รหัสโครงการ						
	โครงการเด็กช่วงอายุ 0-14 ปี บ้านหาดปู้ด้าย สูงดีสมส่วน						
	รายละเอียดกิจกรรม						
	1. สำรวจและจัดทำฐานข้อมูลเด็กอายุ0-14ปีในพื้นที่	เด็ก 0-14 ปี ในเขตพื้นที่	ตำบลนาแสง	5,325	กสต.นาแสง	ม.ค.65-ก.พ.65	แกนนำสุขภาพ
			หมู่1 บ้านหาดปู้ด้าย				บ้านหาดปู้ด้าย
	1.1ซึ่งนำหนักเด็ก0-5 ปี ทุกคน และลงใน JHCIS/HOSXP ค้นหาและคัดกรองเด็กภาวะโภชนาการ (เขียว เหลือง ส้ม แดง) ตามเกณฑ์คัดกรองภาวะโภชนาการเด็กและแนวทางการดูแลตามความเสี่ยง	เด็กอายุ 0-14ปี จำนวน 87 คน					
	1.2 ทำทะเบียนเด็ก อ้วน เตี้ย ผอม	เด็ก อ้วน เตี้ย ผอม จำนวน 25 คน					
	2. กิจกรรมอบรมแก้ไขปัญหาลูกที่มีภาวะทุพโภชนาการให้แก่โดยผู้ปกครองเด็กเตี้ย ผอม อ้วน โดยส่งเสริมให้เด็กกินนม 2 ถ้วย ไข่ 1 ฟอง					มี.ย.-65	
	3.มีแผนการดูแลเด็กเตี้ย ผอม อ้วน รายบุคคล และมีการเฝ้าระวังติดตามการชั่งน้ำหนัก/ส่วนสูง เด็กเตี้ย ผอม อ้วน ทุก 2 เดือน						
	4. ประสานโรงเรียนในเขตรับผิดชอบเพิ่มคุณภาพเมนูอาหารในโรงเรียนให้มีเมนูไข่ทุกวัน และจัดเมนูให้เหมาะสมกับภาวะโภชนาการเด็ก						
	5. ประเมินผลโครงการ และประเมินการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพของเป้าหมาย						
3	รหัสโครงการ						
	โครงการอบรมให้ความรู้ผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม						
	รายละเอียดกิจกรรม						
	1.รวบรวมข้อมูลประชากรผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ	ผู้สูงอายุ จำนวน 169 คน	ตำบลนาแสง	14,200	กสต.นาแสง	มี.ค. 65-ก.ย.65	แกนนำสุขภาพ
			หมู่1 บ้านหาดปู้ด้าย				บ้านหาดปู้ด้าย

1.ดำเนินการคัดกรองผู้สูงอายุ 10 ด้านและภาวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม	ผู้สูงอายุ จำนวน 100 คน	ตำบลนาแสง				
โดยเจ้าหน้าที่และอสม.		หมู่ 1 บ้านหาดปู่ดำ				
2.บันทึกผลการคัดกรองในโปรแกรมjhcis และประมวลผลแบ่งกลุ่มตาม						
ปัญหาต่างๆ						
3.จัดกิจกรรมให้ความรู้การป้องกันการพลัดตกหกล้ม						
4.จัดกิจกรรมการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม						
5.การปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่บ้าน ในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม						
6. ติดตามประเมินผล						
7. สรุปผลการดำเนินโครงการ						

แผนปฏิบัติการสาธารณสุข (แก้ไขปัญหา) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านวังพร้าว คปสอ.เกาะคา จังหวัดลำปาง

งาน.....

ตัวชี้วัด (KPI) /ผลลัพธ์ที่ต้องการ

ข้อมูลพื้นฐาน/ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ (ระบุให้ชัดเจน)
				จำนวน	แหล่งงบประมาณ	
1	รหัสโครงการ					
	โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงสูงป่วยโรคความดัน -	เสี่ยงสูงโรค	ตำบลวังพร้าว	59,120.00	กสต.วพ	ม.ค 65- ก.ค 65
	เบาหวาน ตำบลวังพร้าวปี 2565	เบาหวาน 40 คน				
	รายละเอียดกิจกรรม	เสี่ยงสูงโรค				
	1.จัดกิจกรรมให้ความรู้เชิงปฏิบัติการ ในกลุ่มเสี่ยงสูง โดยใช้หลักการ	ความดันโลหิต				
	สร้างแรงจูงใจ และยอมรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง โดย	จำนวน 60 คน				
	เน้น เมนูลดแป้ง ลดหวาน ลดเค็ม					
	2.อสม.บดดีร่วมกับ มอ.ออกเยี่ยมบ้านประเมินพฤติกรรมติดตาม					
	ทุก 1 เดือน					
	3.สนับสนุนติดตามกลุ่มเสี่ยงสูงทำ SMBGและHomeBP อย่างต่อเนื่อง					
	4.จัดทำป้าย รำนนี้เข้าร่วมโครงการ ออหวาน ลดเค็ม					
	5.จัดกิจกรรมเชิดชูเกียรติ บุคคลต้นแบบ , มหกรรมสร้างสุขภาพ					
ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ (ระบุให้ชัดเจน)
				จำนวน	แหล่งงบประมาณ	
2	รหัสโครงการ					
	โครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี(Well Chid Corner)	ผู้ปกครองและ	ตำบลวังพร้าว	40,350.00	กสต.วพ	ม.ค 65- ก.ค 65
	ตำบลวังพร้าว ปี 2565	เด็กอายุ0-5 ปี				
	รายละเอียดกิจกรรม	จำนวน 50 คน				
	1. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับกลุ่มเป้าหมาย เรื่อง การใช้ชุดประเมิน					
	พัฒนาการDSPMIเพื่อส่งเสริมพัฒนาการ ทั้ง 4 ด้าน ให้กับ ผู้ปกครอง					
	จำนวน 50 ราย					
	2.จัดหาอุปกรณ์ปรับปรุง จัดมุมพัฒนาการให้สำหรับบริการ ในวันคลินิก					
	พัฒนาการเด็ก					
	3.ติดตามเยี่ยมบ้านเด็กที่มีพัฒนาการช้าต้องส่งเสริมและประเมินซ้ำ					
	4.ส่งต่อพบแพทย์สำหรับเด็กที่มีพัฒนาการช้า เพื่อทำการรักษา					
	5.ส่งเสริมการบริโภค นม 2 กล่องไข 1 ฟองการออกกำลังกายเพิ่มความสูง					
3	รหัสโครงการ					
	โครงการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้โรคโควิด-19 เร่งสร้างภูมิคุ้มกัน	ประชาชน	ตำบลวังพร้าว	80,000.00	กสต.วพ	ม.ค 65- ก.ค 65
	ตำบลวังพร้าว ปี 2565	ตำบลวังพร้าว				
	รายละเอียดกิจกรรม	7 หมู่บ้าน				
	1.จัดประชุมชี้แจง คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตตำบลวังพร้าว	อสม.172 คน				
	เรื่องการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)					
	2.กิจกรรมเคาะประตูบ้าน เยี่ยมถึงเรือน เยี่ยมถึงบ้านในกลุ่มเปราะบาง					
	ผู้สูงอายุสร้างความเข้าใจสถานการณ์ ชักชวนฉีดวัคซีนครบถ้วน					
	3.อสม.มีระบบเฝ้าระวังติดตามกลุ่มเสี่ยงสูง อย่างเป็นระบบ					

	4.จัดหาอุปกรณ์ เครื่องมือ ควบคุม ป้องกันโรคให้เพียงพอ					
ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ (ระบุให้ชัดเจน)
				จำนวน	แหล่งงบประมาณ	
4	รหัสโครงการ					
	โครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายตำบลวังพร้าวปี 2565	กลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย	ตำบลวังพร้าว	10,000.00	เงินบำรุง	ม.ค 65- ก.ค 65
	รายละเอียดกิจกรรม	จิตเภท ซึมเศร้า				
	- มีทะเบียนผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงที่ต้องติดตามประเมินอย่างต่อเนื่อง	สุราเรื้อรัง				
	และประสานส่งต่องาน COC มี Individual Care Plan	จำนวน 50 ราย				
	เช่นผู้ป่วยซึมเศร้า และผู้ป่วยจิตเภท และปรับให้เป็นปัจจุบัน					
	- การประชาสัมพันธ์ให้ผู้มีปัญหาสุขภาพจิต จิตเวช สามารถเข้าถึงบริการ					
	- การปรึกษา/ช่วยเหลือผ่านคลินิกบริการและผ่านแกนนำชุมชน อสม รพ.สต.					
	- เสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิต หรือส่งเสริม สุขภาพจิตที่ดีแก่กลุ่มไม่ป่วย					
	โดยมีกิจกรรมพบปะ พูดคุย เสวนาแลกเปลี่ยนความรู้โดย รพ.สต. และชุมชน					
	- ทบทวนCase ฆ่าตัวตายสำเร็จทุกรายย้อนหลัง 3 ปี และหาแนวทางปฏิบัติ					
	ทุกรายเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ โดยให้แกนนำชุมชนมีส่วนร่วมในการทบทวน					
	และหาแนวทางปฏิบัติร่วมกันตามบริบท					
	โครงการ "ก้าวร้าวไม่รักษา หดยศ รักษาต่อเนื่อง"					
	- ออกเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตกำเริบป่วย ขาดยา หรือรายใหม่					
	โดยเฉพาะในกลุ่มจิตเภท กลุ่มผู้ที่มีอาการทางจิตจากสารเสพติด เช่นยาบ้า					
	และสุรา โดยร่วมกับศูนย์ COCและหรือ จนท.รพ.สต.					
	- การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย severe mental illness โดยใช้ Individualcare plan					
	และแนวทางการเยี่ยมบ้าน 9 ด้าน โดยแพทย์FM พยาบาล รพ.สต.					
ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ (ระบุให้ชัดเจน)
				จำนวน	แหล่งงบประมาณ	
5	รหัสโครงการ					
	โครงการส่งเสริมวัยทำงาน ให้มีความรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย	ประชาชนเสี่ยงป่วย	ตำบลวังพร้าว	10,000.00	เงินบำรุง	ม.ค 65- ก.ค 65
	ในการทำงาน	จากการทำงาน				
	1. สำรวจพฤติกรรมสุขภาพและการทำงานของกลุ่มเป้าหมาย	จำนวน 50 ราย				
	2. สำรวจและประเมินความเสี่ยงการทำงานของหน่วยงานทั้งระบบ					
	3.จัดอบรมให้ความรู้ด้านอาชีวอนามัย/ตามสภาพปัญหา ที่เหมาะสม					
	4.จัดกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ					
	5.ส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายได้รับการแก้ไขปัญาสุขภาพ และมีผลการตรวจ					
	สุขภาพที่ดีขึ้น					
	6.ส่งเสริมให้สถานประกอบการมีความปลอดภัยในการทำงาน					
	7.ติดตามและประเมินผลทุก 2 เดือน					

แผนปฏิบัติการสาธารณสุข (แก้ไขปัญหา) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565
 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านศาลาดงลาน คปสอ.เกาะคา จังหวัดลำปาง

งาน.....

ตัวชี้วัด (KPI) /ผลลัพธ์ที่ต้องการ

ข้อมูลพื้นฐาน/ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ(ระบุให้ชัดเจน)	ผู้รับผิดชอบ
				จำนวน	แหล่งงบ		
1	รหัสโครงการ						
	โครงการวัยรุ่นวัยใสไม่ท้องก่อนคร(SAFE SEX) 2565	อายุ 12-20 ปี	ตำบลศาลา	10,100	กสต.ศาลา	ต.ค 64- ก.ค 65	รพ.สต.ศาลาดงลาน
		เบาหวาน 40 คน					
	รายละเอียดกิจกรรม	เสี่ยงสูงโรค					
	1 ดำเนินการทดสอบความรู้ ความเข้าใจของกลุ่มเป้าหมาย ก่อนเข้ารับการอบรม	ความดันโลหิต					
	2 จัดกิจกรรมการอบรมการเสริมสร้างค่านิยมใหม่กับวัยรุ่นให้รู้จักรักและเห็นคุณค่าของตัวเอง เพื่อหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง การป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร และการเข้าถึงบริการสาธารณสุขด้านการให้คำปรึกษาและคำแนะนำของวัยรุ่น	จำนวน 60 คน					
	3 กิจกรรมแลกเปลี่ยนความรู้และข้อคิดเห็นของกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการ						
	4 ดำเนินการทดสอบความรู้ ความเข้าใจของกลุ่มเป้าหมาย หลังเข้ารับการอบรม						
ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ(ระบุให้ชัดเจน)	ผู้รับผิดชอบ
				จำนวน	แหล่งงบ		
2	รหัสโครงการ						
	ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุลดการเสื่อมของข้อเข่าเสื่อม ปีงบประมาณ 2565	ผู้สูงอายุ จำนวน 50 คน	ตำบลศาลา	11,300.00	กสต.ศาลา	ต.ค 64- ก.ค 65	รพ.สต.ศาลาดงลาน
	ตำบลวังพร้าว ปี 2565						

	รายละเอียดกิจกรรม						
	1.ประชุมชี้แจงโครงการแก้อสม. เพื่อแจ้งกลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุที่มีปัญหาข้อเข่าเสื่อม						
	2.ประสานงานวิทยากรเพื่อให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยวิถียภาพและแพทย์แผนไทย						
	3.จัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ						
	4. สรุปประเมินผลติดตามสุขภาพข้อเข่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการ						
	5. สรุปผลการดำเนินโครงการ ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะจำนวน เดือนละ 1 ครั้ง						
3	รหัสโครงการ						
	โครงการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	ประชาชนในพื้นที่บ้าน หมู่ที่ 1 บ้านศาลาดงลาน 50 คน และบ้านหมู่ที่6 บ้านศาลาหลวง 50 คน	ตำบลศาลา	20,100	กสต.ศาลา	ต.ค 64- ก.ค 65	รพ.สต.ศาลาดงลาน
	รายละเอียดกิจกรรม						
	1 ประชุมชี้แจงรายละเอียดโครงการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกแห่งทราบ พร้อมทั้งเขียนโครงการเพื่อขอรับงบประมาณสนับสนุน						
	2 เชิญวิทยากร จัดเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ เอกสาร สื่อ ที่ใช้ในการอบรม						
	3จัดอบรมให้ความรู้เครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน โดยแบ่งการอบรมเป็น 2 รุ่น รุ่นละ 50 คน คือ รุ่นที่ 1 บ้านศาลาดงลาน ม.1 ต.ศาลา อ.เกาะคา 50 คน และรุ่นที่ 2 บ้านศาลาหลวง ม. 6 บ้านศาลาหลวง จำนวน 50 คน รวมกลุ่มเป้าหมาย ทั้งสิ้น 100 คน						
	4 จัดหาวัสดุอุปกรณ์ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)						
	5 ติดตาม ประเมินผล และรายงานผลการดำเนินงานตามโครงการ						
ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
				จำนวน	แหล่งงบประมาณ	ดำเนินการ(ระบุให้ชัดเจน)	
4	รหัสโครงการ						

	โครงการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง	กลุ่มเสี่ยง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง จำนวน 70 ราย	ม.8 ม.9 ตำบล ท่าผา	22,000.00	กสต.ท่าผา	ม.ค 65- ก.ค 65	รพ.สต.ศาลาดงลาน
	รายละเอียดกิจกรรม						
	1.จัดอบรมความรู้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงจากการคัดกรองฯ						
	2. ประเมินความรู้ ก่อน- หลังการอบรม						
	3.ติดตาม บันทึกทะเบียนกลุ่มเสี่ยง						
ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ(ระบุ ให้ชัดเจน)	ผู้รับผิดชอบ
				จำนวน	แหล่งงบ		
5	รหัสโครงการ						
	โครงการส่งเสริมวัยทำงาน ให้มีความรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย	ประชาชนเสี่ยงป่วย	ม.8 ม.9 ตำบล ท่าผา	22,000.00	กสต.ท่าผา	ม.ค 65- ก.ค 65	รพ.สต.ศาลาดงลาน
	ในการทำงาน ด้วยวิถี New Normal	จากการทำงาน					
	1. สำรวจพฤติกรรมสุขภาพและการทำงานของกลุ่มเป้าหมาย	จำนวน 100 คน					
	2. สำรวจและประเมินความเสี่ยงการทำงานของหน่วยงานทั้งระบบ						
	3.จัดอบรมให้ความรู้ด้านอาชีวอนามัย/ตามสภาพปัญหา ที่เหมาะสม						
	4.จัดกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ						
	5.ส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายได้รับการแก้ไขปัญหสุขภาพ และมีผลการตรวจสุขภาพที่ดีขึ้น						
	6.ส่งเสริมให้สถานประกอบการมีความปลอดภัยในการทำงาน						
	7. สรุปผลการดำเนินโครงการ ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ						

แผนปฏิบัติการสาธารณสุข (แก้ไขปัญหา) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565
 หน่วยงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจู้ด อำเภอลำปาง จังหวัดลำปาง

ประเด็น / งาน : มะเร็ง

สถานการณ์ / ข้อมูลพื้นฐาน :

ปีงบประมาณ 2564 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจู้ดพบว่ามีผู้ป่วยตายจากการเป็นมะเร็งเป็นอันดับ 1 คิดเป็น 177.74 อัตราต่อแสนประชากร และโรคมะเร็งจัดเป็นสาเหตุการตายในระดับต้นๆของประเทศ ซึ่งพบว่ามะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมหากค้นพบได้ในช่วงแรกจะทำให้สามารถให้การรักษาได้ และ ทำให้ผู้ป่วยมีการดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ หากประชาชนได้รับการตรวจคัดกรองมีความครอบคลุม

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ(ระบุ ให้ชัดเจน)	ผู้รับผิดชอบ
				จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
1	รหัสโครงการ.....						
	โครงการสว่นย่อยสว่นรวมใจตรวจภายใน ประจำปี2565 โดย รพสต. บ้านจู้ด						
	1.รายละเอียดกิจกรรม						
	1.1 จัดทำทะเบียนหญิงที่อายุ30-60ปีกลุ่มเป้าหมายจากData Ex จากโปรแกรมHDC	หญิงวัยเจริญพันธุ์ 100 คน	รพสต.	20000	กสศ	เม.ย.-65	สุพิชญา
	1.2 ค้นหากลุ่มเป้าหมายหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีอายุตั้งแต่		บ้านจู้ด		ลำปางหลวง		สรเดช
	30ปีขึ้นไปที่ยังไม่ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกโดย						จิราพร
	ให้กลุ่ม อสม สํารวจจากรายชื่อที่ได้มาจากรวณ Data Ex						
	1.3 นำกลุ่มเป้าหมายให้ความรู้เรื่องอันตรายจากมะเร็งปากมดลูก						
	มะเร็งเต้านม การรักษา ป้องกัน						
	1.4 นำกลุ่มเป้าหมายตรวจหามะเร็งปากมดลูกโดยผู้เชี่ยวชาญโดยตรง						
			รวม	20000	กสศ		

งาน NCD.....

ตัวชี้วัด (KPI) /ผลลัพธ์ที่ต้องการ : ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี

ข้อมูลพื้นฐาน/ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

จากสถานการณ์ ผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด 557 ราย สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี มีเพียง 21 คน คิดเป็นร้อยละ 3.77

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ(ระบุ ให้ชัดเจน)	ผู้รับผิดชอบ
				จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
2	รหัสโครงการ.....						

	โครงการให้ความรู้รับกลุ่มป่วยโรคเบาหวานที่คุมน้ำตาลไม่ได้เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน						
	1.รายละเอียดกิจกรรม						
	1.1 จัดทำทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดีในพื้นที่						
	1.2 อบรมให้ความรู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มป่วยโรคเบาหวานที่คุมน้ำตาลไม่ได้	กลุ่มป่วย□	รพ.สต.	25000	กสต	ต.ค.-มี.ค. 65	สุพิชญา
	- ให้ความรู้ปรับเปลี่ยนวิถีบริโภค เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน	DM uncontrol	บ้านจู้ด		ลำปางหลวง		สรเดช
	- เมนูอาหารต้องห้าม / - การจำกัดเครื่องปรุงรสในอาหาร	คัดกรองมาดำเนินการ 50 คน					จิราพร
	1.3 มีคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรม					ม.ค.-มี.ย.65	แพทย์ NPCU
	- จัดทำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทุกวันอังคาร(เช้า) สัปดาห์ที่ 1 ของเดือน						
	เยี่ยมบ้าน (บ่าย) การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดย focus group						
			รวม	20000	กสต.		

แผนปฏิบัติการสาธารณสุข (แก้ไขปัญหา) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565

หน่วยงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสองแควใต้ อำเภอกะลา จังหวัดลำปาง

ประเด็น / งาน : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) กลุ่มวัยทำงาน

ตัวชี้วัด (KPI) /ผลลัพธ์ที่ต้องการ

ข้อมูลพื้นฐาน/ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

- 1.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของตำบลนาแก้ว พบมากเป็นอันดับ 1 ของอำเภอ
- 2. ผู้ป่วยโรคตำบลนาแก้ว มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในแต่ละผลการคัดกรองวันโรคต่ำกว่าเป้าหมาย
- 3. ผู้ป่วยโรคไตในชุมชนมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น

สถานการณ์และข้อมูลพื้นฐาน :

- 1.ปีงบประมาณ 2565 รพ.สต.บ้านสองแควใต้ มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รายใหม่ ทั้งหมด 6 ราย และมีผู้ป่วยสะสม จำนวน 86 ราย
- และผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง มีภาวะความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 70

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ (ระบุให้ชัดเจน)	ผู้รับผิดชอบ
				จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
1	รหัสโครงการ						
	โครงการ.....						
	1.รายละเอียดกิจกรรม						
	มาตรการหลักในกลุ่มดีและชุมชน	ปชช. 35 ปี ขึ้นไป	5 หมู่บ้าน			ต.ค – สค.65	รพ.สต.บ้านสองแควใต้
	มาตรการหลักในกลุ่มเสี่ยง	เสี่ยงอันตราย เสี่ยงสูง 120 คน					อสม.
	มาตรการหลักในกลุ่มป่วย	กลุ่มป่วย 86 คน					
	การสื่อสาร ประชาสัมพันธ์						
	มาตรการหลักในกลุ่มดี และชุมชน	ปชช. 35 ปี ขึ้นไป	กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรอง			ต.ค – พ.ย.64	รพ.สต.บ้านสองแควใต้
	คัดกรอง HT DM		โดยชุมชนและส่งต่อโดย				
	คัดกรอง เสี่ยง CVD โดย แอป CVD risk		เจ้าหน้าที่				
	ปัทมุต เสี่ยงอันตราย / สูง		กลุ่มเสี่ยงรับรู้ระดับความเสี่ยง				
	รู้ตัวตน การลดความเสี่ยง		ต่อโรค ด้วยตนเอง				
	การคัดกรอง Home Bp ในกลุ่มเสี่ยงโดย อสม.	200 คน	5 หมู่บ้าน			ต.ค – สค.65	อสม.
			กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรอง				
	มาตรการหลักในกลุ่มเสี่ยง		อย่างละเอียดและต่อเนื่อง				
	ติดตามกลุ่มเสี่ยงปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	เสี่ยงอันตราย เสี่ยงสูง 100 คน	กลุ่มเสี่ยงสูง ได้รับการ	20,000	กสต.นาแก้ว	ม.ค – สค.65	รพ.สต.บ้านสองแควใต้
	โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	ผู้ป่วย HT uncontrol	ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและ				
	ทุกวันพฤหัสบดี(เช้า) / เยี่ยมบ้าน (บ่าย)	คัดกรองมาดำเนินการ 100 คน	ได้รับการเสริมสร้างความ				
	การสร้างความรู้ด้านสุขภาพ		รอบรู้ทางสุขภาพ				

	โดย focus group						
	มาตรการหลักในกลุ่มป่วย	กลุ่มป่วย 86 คน		6,000	กสต.นาแก้ว	ม.ค –กย 64	รพ.สต.บ้านสองแควใต้
	ดูแลคุณภาพชีวิต เมนูสุขภาพ ผู้ป่วย cvd						
	care giver ดูแลสุขภาพ ทุกคน	CG หมู่ละ 3 คน					
	ปึกหมุดผู้ป่วย CVD	รวม15 คน					
	การดูแลช่วยชีวิต CPR						
	การสื่อสาร ประชาสัมพันธ์						
	การทำคลิปสื่อสาร กลุ่มไลน์ โดยแกนนำชุมชน						
	การสร้างไลน์ @ คนนาแก้วร่วมใจต้านภัย					ต.ค –สค.65	รพ.สต.บ้านสองแควใต้
	โรคหลอดเลือดสมอง หัวใจ						
	สร้าง Mr.CVD	หมู่ละ 5 คน รวม 50 คน	มีสื่อบุคคลสื่อสารเรื่อง CVD			ต.ค –สค.65	รพ.สต.บ้านสองแควใต้
	การสื่อสาร ประชาสัมพันธ์		ในชุมชน				
	มาตรการทางสังคม mou ทุกส่วน อาหารสุขภาพ	แกนนำชุมชน ส่วนราชการ				ต.ค –สค.65	รพ.สต.บ้านสองแควใต้
	โครงการในชุมชน						
	มุมเฝ้าระวัง CVD	เทศบาล วัด ตลาดสด				ต.ค –สค.65	รพ.สต.บ้านสองแควใต้
	มหกรรมสุขภาพ คนนาแก้วต้านโรคหลอดเลือดสมอง ฯ	ผนวกกับมหกรรมสุขภาพตำบล	เกิดกิจกรรมมหกรรมสุขภาพ			ต.ค –สค.65	เทศบาลตำบลนาแก้ว
	ประกวดเรื่องเล่า นวัตกรรม		ด้านการป้องกันและควบคุม				
	ผลงานการคัดกรอง		และนวัตกรรมชุมชน				
			รวมงบประมาณ	26,000			

ประเด็น / งาน : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) กลุ่มวัยสูงอายุ

ตัวชี้วัด (KPI) /ผลลัพธ์ที่ต้องการ

ข้อมูลพื้นฐาน/ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

- ผลการคัดกรอง ADL ในผู้สูงอายุ 96.89 % (1,344 คน)
- ผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน 1,322 ร้อยละ 98.52
- ผู้สูงอายุติดบ้าน จำนวน 15 รายร้อยละ 1.19
- ผู้สูงอายุติดเตียง จำนวน 7 รายร้อยละ 0.29
- มี CG 20 คน และยังไม่มีส่วนช่วยดูแลผู้สูงอายุ

ลำดับ	ชื่อโครงการ/รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ (ระบุให้ชัดเจน)	ผู้รับผิดชอบ
				จำนวน	แหล่งงบ		
2	รหัสโครงการ						

	โครงการ.....						
	โครงการ เครือข่ายภาคีสุขภาพ						
	พัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ	1.ผู้สูงอายุ	- ผู้สูงอายุด้วยโอกาสได้รับ	10000	กสค.นาแก้ว	ธ.ค - มีย 65	รพ.สต.บ้านสองแควใต้
	ผู้ด้วยโอกาส ตำบลนาแก้ว ปี 2565	ตำบลนาแก้ว	การดูแล 100%				
	1.จัดทำทะเบียนผู้สูงอายุ จำแนกตาม	ที่ต้องได้รับการดูแล					
	ประเภทชัดเจนตามเขตรับผิดชอบ	จำนวน 1,344 คน	- มีผู้ดูแลผู้สูงอายุให้การ				
	ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	ติดสังคม 1,322 คน	การดูแลผู้สูงอายุ และ				
	2.จัดตั้งกองทุนดูแลผู้สูงอายุ เพื่อใช้	ติดบ้าน 15 คน	ผู้ด้วยโอกาส				
	จ่ายนอกเหนือจากLTC โดยการ	ติดเตียง 7 คน					
	ระดมทุนจากชุมชน						
	3.จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินการใน						
	การบริหารกองทุน						
	4.จัดกิจกรรมตามข้อกำหนดของกอง						
	ทุน บริการผู้สูงอายุที่ประสบปัญหา						
	5.พัฒนาองค์ความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุ						
	6. การพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูง	ผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ด้วยโอกาส 20 คน					
	อายุและผู้ด้วยโอกาส						
			รวมงบประมาณ	10,000			