

คณะที่ ๑

การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย และระบบควบคุมโรค

- การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย
- ระบบควบคุมป้องกันโรค

กรมอนามัย

กรมการแพทย์

กรมสุขภาพจิต

กรมควบคุมโรค

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สป.

สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

สำนักตรวจและประเมินผล

สรุปผลการตรวจราชการกรณีปกติระดับกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙

คณะที่ ๑ การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัยและระบบควบคุมโรค

.....

การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย

กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ประเด็นการตรวจราชการ : อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน ๑๕ ต่อแสนการเกิดมีชีวิต

สถานการณ์มารดาตาย รอบ ๑๒ เดือน (๑ ตุลาคม ๒๕๕๘ – สิงหาคม ๒๕๕๙) มีรายงานมารดาตาย จำนวน ๙๘ ราย คิดเป็น อัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ ๒๖.๖๓ ต่อแสนการเกิดมีชีวิต (ไม่รวม กรุงเทพมหานคร) แสดงให้เห็นว่า สถานการณ์มารดาตายในปี ๒๕๕๙ สูงขึ้นเมื่อเทียบกับอัตราส่วนการตายมารดาในปี ๒๕๕๘ พบ ๒๒.๗๓ ต่อแสนการเกิดมีชีวิต ผลการดำเนินงานรอบ ๑๒ เดือน ยังไม่ผ่านค่าเป้าหมาย ตัวชี้วัดกระทรวง นอกจากนี้ยังพบว่า หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์เท่ากับ ร้อยละ ๔๔.๘๕ ต่ำกว่าเป้าหมายที่วางไว้ที่ร้อยละ ๖๐ หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเสริมไอโอดีน ร้อยละ ๖๙.๕ หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางร้อยละ ๑๙.๒๕ สูงกว่าเป้าหมายที่วางไว้ไม่เกินร้อยละ ๑๘ อัตราตายทารกอายุ น้อยกว่า ๒๘ วัน เท่ากับ ๕.๐๙ ต่อการเกิดมีชีวิตพันคน ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ร้อยละ ๘.๕๔ สูงกว่าค่าเป้าหมายร้อยละ ๗

ปัจจัยสนับสนุน

๑. ทุกจังหวัดมีกลไก MCH Board และมีระบบเฝ้าระวังการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และการคลอด มีการบริหารจัดการแบบแบ่งโซนสตูดิโอ มีระบบการให้คำปรึกษาและส่งต่อระหว่าง รพช. ทุกแห่งกับโรงพยาบาลจังหวัดหรือโรงพยาบาลแม่ข่าย

๒. Project management ในระดับจังหวัดและ อำเภอ ที่ร่วมประสานงาน นิเทศ ติดตาม และให้คำปรึกษาทั้งทางด้านวิชาการและการบริหารจัดการแก้ไขปัญหาในพื้นที่

๓. การจัดการ case management ในเขตสุขภาพมีการสอบสวนการตายมีระบบ MM - conference ทบทวน case นำไปสู่การแก้ปัญหาตรงประเด็น และเมื่อมีมารดาตายทุกรายและระบบรายงานมารดาตายมีความล่าช้า ได้มีการกำหนดข้อตกลงของการรายงานเป็นภายใน ๑๕ วันและทบทวน เมื่อมีความเสี่ยงทุกราย

ประเด็นการตรวจราชการ : เด็ก ๐ - ๕ ปี มีพัฒนาการสมวัยร้อยละ ๘๕

สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย ปี ๒๕๕๙ พบว่าเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัยร้อยละ ๘๘.๗๙ เกินเป้าหมายร้อยละ ๘๕ จากการคัดกรองพัฒนาการตามกลุ่มอายุ (ผลการคัดกรองตั้งแต่วันที่ ๔-๘ กรกฎาคม ๒๕๕๙) พบเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ เดือนมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ ๒๓.๓๐ เป้าหมายร้อยละ ๒๐ หลังได้รับการกระตุ้น ๑ เดือน พบเด็กพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ ๕.๖๔ แบ่งเป็นพัฒนาการล่าช้า ด้านการใช้ภาษา (EL) ร้อยละ ๕๒.๒๕ ด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา (FM) ร้อยละ ๔๗.๑ ด้านการเข้าใจภาษา (RL) ร้อยละ ๔๗.๐๒ ด้านการเคลื่อนไหว (GM) ร้อยละ ๓๔.๖๒ และด้านการช่วยเหลือตนเอง (PS) ร้อยละ ๓๑.๘๘ ผลการดำเนินงานรอบ ๑๒ เดือน ผ่านค่าเป้าหมายตัวชี้วัดกระทรวง

ปัจจัยสนับสนุน

๑. ทุกจังหวัดมีกลไก MCH Board ร่วมกับ Service plan ในพื้นที่ ในการกำกับ ติดตาม แก้ไขปัญหา และมีระบบเฝ้าระวังการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กแรกเกิดถึง ๕ ปี

๒. มี Project management ในระดับจังหวัดและ อำเภอ ที่ร่วมประสานงาน นิเทศ ติดตาม และให้คำปรึกษาทั้งทางด้านวิชาการและการบริหารจัดการแก้ไขปัญหาในพื้นที่

๓. มีศูนย์เด็กเล็กที่ได้มาตรฐาน และครูพี่เลี้ยงที่ผ่านการอบรมครอบคลุมทุกพื้นที่ของประเทศ รองรับการดูแลส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กปฐมวัย

๔. มีคลินิก สุขภาพเด็กดี (WCC) เพื่อช่วยเหลือในการการตรวจพัฒนาการและรายงาน ว่าล่าช้า หรือสงสัยว่าล่าช้า ยังขาดระบบการช่วยเหลือและส่งต่อที่เหมาะสมรวมถึงการตรวจพัฒนาการในเด็กกลุ่มเสี่ยง ๔ กลุ่ม (BA LBW < ๒,๕๐๐ กรัม, มารดาตั้งครรภ์วัยรุ่น และกลุ่มพัฒนาการช้า)

ข้อเสนอแนะ

๑. ประเด็นมารดาตาย สถานบริการส่งเสริมฝากท้องเร็ว เน้นการคัดกรองความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์พร้อมการจัดการความเสี่ยงรายบุคคล และพัฒนาคุณภาพห้องคลอด Zoning สูติแพทย์และระบบส่งต่อ

๒. ประเด็นเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย สถานบริการเน้นการพัฒนาทักษะของผู้ประเมินและการบริการเชิงรุกในชุมชนเน้นการมีส่วนร่วมของพ่อแม่

สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙

กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

ประเด็นการตรวจราชการ: การลดการตายมารดาไทย

ตัวชี้วัด: อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน ๑๕ ต่อแสนการเกิดมีชีวิต

๑. สถานการณ์และสภาพปัญหาในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์

ผลการดำเนินงานภาพประเทศ (ตุลาคม ๒๕๕๘ – สิงหาคม ๒๕๕๙) พบว่ามีจำนวนมารดาตาย ๙๘ รายคิดเป็นอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ ๒๖.๖๓ ต่อแสนการเกิดมีชีวิต (เป้าหมาย ๑๕ ต่อแสนการเกิดมีชีวิต) โดยพบว่าเขตสุขภาพที่ ๑๒ มีอัตราส่วนการตายมารดาสูงสุดเท่ากับ ๕๓.๖๒ ต่อแสนการเกิดมีชีวิตและเขตสุขภาพที่ ๑ เท่ากับ ๔๓.๑๓ ต่อแสนการเกิดมีชีวิต ส่วนเขตสุขภาพที่มีอัตราส่วนการตายต่ำที่สุด ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๖ เท่ากับ ๖.๐๑ ต่อแสนการเกิดมีชีวิต เขตสุขภาพที่ ๕ เท่ากับ ๑๑.๙๕ ต่อแสนการเกิดมีชีวิตเมื่อพิจารณาสาเหตุการตายของมารดาส่วนหนึ่งมาจากภาวะแทรกซ้อนช่วงระหว่างตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด ได้แก่ ภาวะ PPH และ PIH อีกส่วนหนึ่งเสียชีวิตจากสาเหตุโรคทางอายุรกรรมและศัลยกรรม เช่น โรคหัวใจ, Thalassemia ,Toxic Goiter, Rupture AVM จึงต้องมุ่งเน้นการทบทวนสาเหตุการตายของมารดาเพื่อวางแผนพัฒนาระบบการดูแลมารดาตั้งครรภ์และหลังคลอดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยเฉพาะระบบการคัดกรองภาวะเสี่ยงหรือโรคทางอายุรกรรมและการจัดการรายบุคคล และทบทวนระบบการดูแลรักษาในระหว่างการคลอดและหลังคลอด

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาตัวชี้วัดในเชิงกระบวนการ ถึงแม้ว่าทุกจังหวัดจะมีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงในมารดาตั้งครรภ์ แต่ยังพบปัญหาการมาฝากครรภ์เร็ว (ก่อน ๑๒ สัปดาห์) และการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์คุณภาพหญิงตั้งครรภ์มีภาวะซีด ยังไม่บรรลุเป้าหมาย ซึ่งต้องมีการทบทวนหาแนวทางแก้ปัญหาโดยกลไก MCH Board ร่วมกับ Service plan ในการพัฒนาคุณภาพคลินิกฝากครรภ์ ,ห้องคลอดคุณภาพ ,การจัดการความเสี่ยง, Zoningสูติแพทย์และระบบส่งต่อ มีการประสานการดูแลต่อเนื่องเป็นระบบเดียวกันทั้งจังหวัด/เขตรวมถึงการบริการเชิงรุกและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังตารางที่๑

ตารางที่ ๑ ข้อมูลแสดงผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ (ข้อมูล ณ วันที่ ๑๗ สิงหาคม ๒๕๕๙)

เขตสุขภาพ	อัตราส่วนมารดาตาย (๑๕ ต่อแสนการเกิดมีชีวิต)	ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ (ร้อยละ๑๘)	ฝากครรภ์ก่อน ๑๒ สัปดาห์ (ร้อยละ๖๐)	หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับไอโอดีน (ร้อยละ๑๐๐)
๑	๔๓.๑๓	๑๓.๖๒	๔๕.๘๑	๖๘.๙๖
๒	๑๙.๕๖	๒๕.๒๔	๔๕.๑	๖๘
๓	๑๒.๕๒	๑๔.๐๐	๔๘.๘๗	๗๙.๗๗
๔	๓๓.๕๒	๓๐.๗๖	๓๓.๐๕	๗๐.๔๑
๕	๑๑.๙๕	๒๐.๙๘	๓๘.๐๐	๗๙.๗๑
๖	๖.๐๑	๑๗.๓๒	๒๗.๔๑	๗๔.๓๙

เขต สุขภาพ	อัตราส่วนมารดา ตาย (๑๕ ต่อ แสนการเกิดมี ชีพ)	ภาวะโลหิตจางใน หญิงตั้งครรภ์ (ร้อยละ๑๘)	ฝากครรภ์ก่อน ๑๒ สัปดาห์ (ร้อยละ๖๐)	หญิงตั้งครรภ์ ที่ได้รับ ไอโอดีน (ร้อยละ๑๐๐)
๗	๓๑.๘๑	๒๑.๒๔	๔๕.๙๑	๗๒.๖๖
๘	๑๖.๐๓	๑๔.๔๒	๕๙.๘๕	๖๖.๒๔
๙	๒๙.๕๐	๑๕.๗๑	๔๕.๙๑	๘๐.๖๖
๑๐	๑๗.๑๙	๑๓.๒๖	๖๑.๑๕	๕๔.๗
๑๑	๓๔.๓๓	๑๘.๐๓	๔๔.๑๑	๕๗.๕๕
๑๒	๕๓.๖๒	๒๑.๘๒	๕๕.๓๑	๕๙.๔๗
ประเทศ	๒๖.๖๓	๑๙.๒๕	๔๔.๘๕	๖๙.๕

๒. ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะ

ประเด็น/ หัวข้อ	ข้อสังเกต	ข้อเสนอแนะต่อหน่วยรับ ตรวจ	ข้อเสนอแนะต่อ ส่วนกลาง
๑. ระบบ บริการที่มี คุณภาพ	-จังหวัดมีการพัฒนาสถาน บริการทุกแห่งดำเนินการ ตามมาตรฐานแม่และเด็ก ทั้งมาตรฐานใน คลินิก ANC/LR/WCC มีการขยายผลไปสู่การประเมิน รพ.สต.มาตรฐานอนามัยแม่ และเด็ก (งาน ANC และWCC) ให้มีความครอบคลุมเพิ่มขึ้น	-ทุกจังหวัดควรพัฒนา รพ.สต. ตาม เกณฑ์มาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ให้มีความครอบคลุมมากขึ้น โดยเน้น ANC LR และ WBC คุณภาพ เน้นการคัดกรองภาวะเสี่ยง ในหญิงตั้งครรภ์และการส่งต่อ -มีการทบทวนการ ดำเนินงานตามมาตรฐาน อนามัยแม่และ	-ทบทวนระบบ/หลักเกณฑ์การ เรียกเก็บและสิทธิการรักษา ของแรงงานต่างด้าวให้มีความ ชัดเจน
๒.ระบบบริหาร จัดการดูแล สุขภาพแม่และเด็ก	-จังหวัดมียุทธศาสตร์ที่เน้นการ พัฒนาสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็ก ปฐมวัย ที่เชื่อมโยงและบูรณาการ ภายในเขตสุขภาพ โดยหลาย จังหวัดสามารถเชื่อมโยงสู่การ ดำเนินงาน DHS -มีการขับเคลื่อนการ ป้องกันมารดาตายผ่านการ ประชุม MCH Board	-ควรใช้กระบวนการ Benchmarking เพื่อเทียบเคียงการดำเนินงาน และ วางแผนการขับเคลื่อนและพัฒนางาน อย่างต่อเนื่องและเหมาะสมตาม บริบท -ควรเพิ่มช่องทางการกำกับ ติดตาม ผลการดำเนินงาน ตามโครงการและการแก้ไข ปัญหา ผ่านเวทีอื่นๆ	-ใช้แนวทางการนิเทศติดตาม และเยี่ยมเสริมพลัง ร่วมกับ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การ ดำเนินงานในแต่ละจังหวัด เพื่อร่วมกันวางยุทธศาสตร์ การดำเนินงานด้านแม่และ เด็ก ให้เกิดความเชื่อมโยงและ บูรณาการในทุกระดับ -สะท้อนข้อมูลต่อ

ประเด็น/ หัวข้อ	ข้อสังเกต	ข้อเสนอแนะต่อหน่วยรับ ตรวจ	ข้อเสนอแนะต่อ ส่วนกลาง
	ระดับอำเภอ/จังหวัด -มีการจัดโซนนิ่ง (Zoning) สตูดิโอและระดับอำเภอ และระบบส่งต่อในจังหวัด เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่มี ภาวะเสี่ยงได้พบสูติแพทย์ -มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร อย่างทั้งในระดับ รพช. และทีม ประเมินมาตรฐานของจังหวัด หลายจังหวัดมีแผนการประเมิน และนิเทศติดตามที่ชัดเจน	นอกจากการประชุม MCH Board โดยอาจใช้ ช่องทาง Social Network -ควรมีแผนพัฒนาศักยภาพทีม ประเมินมาตรฐานงานแม่และเด็กใน ระดับจังหวัด มีการประเมินไขว้ ภายในเขตเพื่อเป็นการแลกเปลี่ยน เรียนรู้และพัฒนาาร่วมกัน	ผู้บริหารในการ จัดสรรให้มีสูติแพทย์ อย่างน้อยแห่งละ ๒ คน สำหรับ โรงพยาบาลที่เป็นแม่ ข่าย -ผลักดันให้พยาบาลได้มี โอกาสเรียนเฉพาะทางด้าน สูติกรรม
๓.การจัดการระบบ ข้อมูลมารดาตาย	-มีการรวบรวมข้อมูลการตาย โดย ใช้ข้อมูลการสืบสวนการตายของ มารดา (แบบฟอร์ม ก๑-CE) และมีการประชุม Case Conference โดยมีสูติแพทย์ แพทย์ผู้เกี่ยวข้อง/พยาบาล เข้าร่วมประชุม ในการวิเคราะห์ และใช้แก้ปัญหา รวมถึงการ ส่งกลับข้อมูลให้หน่วยบริการ และมีสรุปรายงานการตาย มารดา สาเหตุ การ วางแผนแก้ไขปัญหาคือเป็น ปัจจุบัน -มีระบบการบริหารจัดการข้อมูล เพื่อการเฝ้าระวังปัญหา มีการ ดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐาน งานอนามัยแม่และเด็กในสถาน บริการสาธารณสุข และมีการคัด กรอง/ประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มี ภาวะเสี่ยง แต่ยังมีจุดอ่อนในการ บันทึกและรวบรวม วิเคราะห์ ข้อมูล เพื่อนำมาวางแผนปรับปรุง แก้ไข	- ควรแยกข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่มี ภาวะเสี่ยง และคืนข้อมูลกลับไปยัง โรงพยาบาลชุมชน เพื่อนำไป วางแผนในการแก้ปัญหาในลำดับ ต่อไป -พัฒนาใช้ข้อมูลจากการ ประเมินความเสี่ยงของหญิง ตั้งครรภ์และหญิงคลอดใน การวางแผนและป้องกันมี การสะท้อนข้อมูลให้พื้นที่ เพื่อวางแผนแก้ปัญหา -กำกับติดตามการจัดการ ข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน และ สมบูรณ์ครบถ้วน -ในพื้นที่ที่ผลการดำเนินงาน ไม่บรรลุตามเป้าหมาย ควรมี การวิเคราะห์ว่ามีการปฏิบัติ ตามแนวทางที่วางไว้จริง หรือไม่ ปัญหาอุปสรรคมี อะไรบ้าง และจะมีแนว ทางการแก้ไขปัญหาอย่างไร	-พัฒนาระบบการบันทึกและ ประมวลผลข้อมูลให้ สอดคล้องกับตัวชี้วัดที่กำหนด มีการส่งกลับข้อมูลสู่ผู้ปฏิบัติ
๔.การส่งเสริม พฤติกรรม สุขภาพและลด ปัจจัยเสี่ยงของ มารดา	-มีการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ มารดาผ่านการดำเนินงานตาม แนวทางตำบลพัฒนาการเด็กดีเริ่ม ที่นมแม่ สร้างต้นแบบด้านการ ส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก พัฒนาการมีส่วนร่วมและความ เข้มแข็งของภาคีเครือข่าย มีการ	-เน้นการใช้สมุดสีชมพูในการส่งเสริม สุขภาพหญิงตั้งครรภ์ -วางแผนแก้ปัญหาอื่น ๆ โดยใช้เครือข่ายชุมชน เช่น การเน้นย้ำเรื่องการฝากท้อง เร็ว ฝากท้องตามนัดเพื่อให้ ได้คุณภาพ และการจัด	-สนับสนุนแผนการ ประชาสัมพันธ์ในภาพกว้าง เช่น สื่อโทรทัศน์ วิทยุ เพื่อ การเข้าถึงและครอบคลุมมาก ขึ้น เน้นประเด็นสำคัญในการ ดูแลหญิงตั้งครรภ์ เช่นเรื่อง การฝากท้องเร็ว การดูแล

ประเด็น/ หัวข้อ	ข้อสังเกต	ข้อเสนอแนะต่อหน่วยรับ ตรวจ	ข้อเสนอแนะต่อ ส่วนกลาง
	ติดตามเยี่ยมประเมิน ร่วมกัน วางแผนแก้ไขปัญหตามบริบทแต่ ละพื้นที่ -มีการสร้างแกนนำ เครือข่าย อสม.เชี่ยวชาญ และใช้ FCT ในการ ขับเคลื่อนงานดูแลสุขภาพ แม่ตั้งครรภ์ ให้ท้องถิ่นมี ส่วนร่วมในการจัดทำ แผนพัฒนาชุมชนด้านดูแล สุขภาพอนามัยแม่และเด็ก -การดำเนินงานโรงเรียนพ่อแม่ แต่ ส่วนใหญ่ยังเป็นรูปแบบการให้ สุศึกษา ร่ายกลุ่มและรายบุคคล ตามแต่บริบทของพื้นที่ เนื่องจากมี ข้อจำกัด ในเรื่องสัดส่วนพยาบาล ต่อหญิงตั้งครรภ์ในการให้บริการแต่ ละวัน และการจัดกิจกรรมโรงเรียน พ่อแม่ในที่ให้บริการฝากครรภ์อาจ ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยน หากนัด แยกออกจากวันฝากครรภ์ ผู้รับบริการไม่มาตามนัดทำให้ไม่ สามารถจัดกิจกรรมได้เต็มรูปแบบ	โรงเรียนพ่อแม่โดยแกนนำ สุขภาพในชุมชน ตลอดจน การแก้ปัญหาในสถาน ประกอบการต่าง ๆ -พัฒนาเครือข่าย อสม. เชี่ยวชาญแม่และเด็ก และใช้ FCT ในการขับเคลื่อนงาน ดูแลสุขภาพแม่ตั้งครรภ์ -สร้างมาตรการในชุมชนให้ เกิดการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านแม่และเด็ก ผ่านกลไก การพัฒนาตำบลจัดการ สุขภาพด้านแม่และเด็ก -ดำเนินกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ให้มี ความเข้มข้น และเป็นรูปธรรมโดย เน้นการเรียนรู้และลงมือทำ เพื่อให้ เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในสถาน บริการมีแผนประชาสัมพันธ์กิจกรรม โรงเรียนพ่อแม่	ภาวะโภชนาการ

ประเด็นการตรวจราชการ: เด็ก ๐-๕ ปี แข็งแรง สมองดี พร้อมเรียนรู้

ตัวชี้วัด : เด็ก ๐-๕ ปี พัฒนาการสมวัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕

๑. สถานการณ์และสภาพปัญหากลุ่มเด็ก ๐-๕ ปี

ผลการดำเนินงานในภาพประเทศ พบเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัยร้อยละ ๘๘.๗๙ (ร้อยละ ๘๕) และเมื่อคัดกรองพัฒนาการเด็กใน ๔ ช่วงอายุ (๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ เดือน) ในช่วงรณรงค์คัดกรองพัฒนาการเด็ก วันที่ ๔-๘ กรกฎาคม ๒๕๕๙ พบเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ ๒๓.๓๐ และเด็กที่พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ ร้อยละ ๕๖.๐ หลังการกระตุ้น ๑ เดือน พบเด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๙๔.๓๖ และพบเด็กล่าช้าร้อยละ ๕.๖๔ แบ่งเป็นพัฒนาการล่าช้าด้านการใช้ภาษา (EL) ร้อยละ ๕๒.๒๕ ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (FM) ร้อยละ ๔๗.๑ ด้านการเข้าใจภาษา (RL) ร้อยละ ๔๗.๐๒ ด้านการเคลื่อนไหว (GM) ร้อยละ ๓๔.๖๒ และด้านการช่วยเหลือตนเอง (PS) ร้อยละ ๓๑.๘๘ โดยจังหวัดได้มีการพัฒนาทักษะในการคัดกรอง ทบทวนเครื่องมือและอุปกรณ์การตรวจตามคู่มือ DSPM เพื่อเพิ่มคุณภาพในการคัดกรองพัฒนาการเด็กใน ๔ ช่วงอายุ ให้มีคุณภาพมากขึ้น ซึ่งเด็กพัฒนาการล่าช้าต้องได้รับการส่งต่อพบพยาบาลจิตเวชที่โรงพยาบาลชุมชนซึ่งในปัจจุบันยังมีไม่ครบทุกแห่ง ในการเฝ้าระวังการเจริญเติบโตและพัฒนาการ พบเด็ก ๐-๕ ปี รูปร่างดี สูงสมส่วน เท่ากับ ร้อยละ ๔๗.๕๕ (เป้าหมายร้อยละ ๔๘) (ดังตารางที่ ๒, ๓)

ตารางที่ ๒ ข้อมูลแสดงผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในกลุ่มเด็ก ๐-๕ ปี (ข้อมูล ณ วันที่ ๑๗ สิงหาคม ๒๕๕๙)

เขตสุขภาพ	เด็ก ๐-๕ ปี พัฒนาการสมวัย (ร้อยละ ๘๕)	เด็กอายุ ๙,๑๘,๓๐ ๔๒ เดือนสงสัย พัฒนาการล่าช้า (ร้อยละ ๒๐)	เด็กสงสัยล่าช้าได้รับ การกระตุ้น (ร้อยละ)	หลังการกระตุ้น ๑ เดือน เด็กมีพัฒนา การสมวัย (ร้อยละ)	เด็ก ๐-๕ ปี รูปร่าง ดี สูงสมส่วน (ร้อยละ ๔๘)
๑	๙๘.๗๔	๓๐.๙๐	๔๖.๓๔	๘๘.๙๙	๔๓.๗๑
๒	๙๙.๐๑	๑๘.๐๐	๕๙.๐๒	๙๐.๘๐	๔๔.๐๒
๓	๙๙.๕๘	๒๓.๕๑	๗๑.๐๙	๙๑.๙๙	๔๘.๒๔
๔	๙๙.๔๐	๑๓.๙๔	๓๙.๑๓	๙๔.๘๕	๔๘.๔๗
๕	๙๘.๖๘	๒๖.๓๖	๖๑.๘๙	๙๔.๕๗	๔๘.๙๖
๖	๙๙.๔๕	๑๘.๖๗	๔๔.๗๐	๙๔.๒๙	๔๘.๓
๗	๙๙.๓๖	๓๒.๒๘	๘๙.๐๖	๙๕.๗๑	๔๙.๔๓
๘	๙๙.๕๖	๒๔.๒๙	๓๗.๕๓	๙๗.๘๒	๔๗.๓๓
๙	๙๙.๗๔	๑๘.๐๐	๓๕.๔๔	๙๔.๙๒	๕๐.๘๑
๑๐	๙๔.๖๖	๕๓.๐๐	๓๔.๙๘	๙๓.๔๖	๔๔.๑๒
๑๑	๙๘.๖๖	๒๒.๑๑	๔๓.๒๔	๙๕.๐๔	๔๗.๖๑
๑๒	๙๘.๙๓	๒๕.๙๘	๙๑.๑๙	๙๔.๙๕	๔๖.๘๓
ประเทศ	๙๘.๗๙	๒๓.๓๐	๕๖.๐	๙๔.๓๖	๔๗.๕๕

ตารางที่ ๓ ร้อยละเด็กอายุ ๙,๑๘,๓๐,๔๒ เดือนจำแนกตามพัฒนาการไม่สมวัย



๒. ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะ

ประเด็น/หัวข้อ	ข้อสังเกต	ข้อเสนอแนะต่อหน่วยรับตรวจ	ข้อเสนอแนะต่อส่วนกลาง
๑. ระบบบริการที่มีคุณภาพ	-มีการพัฒนาหน่วยบริการตามเกณฑ์มาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก และมาตรฐานในคลินิก WCC โดยขยายไปสู่ รพ.สต. มาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก -มีการจัดกิจกรรมให้ความรู้กระบวนการโรงเรียนพ่อแม่ในคลินิกฝากครรภ์ และคลินิกสุขภาพเด็กดีในสถานบริการ และศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก มีระบบเฝ้าระวังการเจริญเติบโตเด็กแรกเกิด - ๕ ปี และคัดกรองพัฒนาการเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข -พัฒนาระบบการคัดกรองส่งเสริม กระตุ้นและส่งต่อเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าในระดับอำเภอและจังหวัด -สนับสนุนการส่งเสริมและคัดกรองพัฒนาการในศูนย์เด็กโดยใช้เครื่องมือ DSPPM	-พัฒนาระบบบริการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในระดับอำเภอและจังหวัดให้มีคุณภาพทั้ง ๔ ภารกิจ คือ ๑) ด้านคุณภาพการคัดกรอง ๒) ด้านการแก้ไข/รักษา (ส่งเสริม กระตุ้น แก้ไข ปัญหาพัฒนาการ) ๓) ด้านการส่งต่อ (ไปยังสถานบริการที่สูงกว่าและส่งต่อในระดับชุมชน) ๔) ด้านการสนับสนุนภาคีเครือข่าย -สนับสนุนการทำงานเชิงรุก การ empowerment และสร้างคุณค่าแก่ผู้ปฏิบัติงาน และภาคีเครือข่ายผ่านการพัฒนาสู่ตำบลพัฒนาการเด็กดีเริ่มที่นมแม่ -ผลักดันงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กเป็นส่วนหนึ่งของ Service Plan กุมภาพันธ์ เพื่อการพัฒนาหน่วยบริการแต่ละระดับ และแผนงานด้านบุคลากรและการจัดสรรทรัพยากร -ควรทบทวนทักษะ หรือวิธีการตรวจของผู้ปฏิบัติในการประเมินพัฒนาการ ให้สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ไม่ควรชี้ว่าเด็กเพื่อให้ผ่านการประเมิน - ควรมีการจัดหาอุปกรณ์ที่มีในท้องถิ่น เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถนำไปประเมินพัฒนาการได้เองที่บ้าน - ควรมีการติดตาม เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า	-
๒. ระบบบริหารจัดการดูแลสุขภาพแม่และเด็ก	-จังหวัดมียุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย เชื่อมโยงและบูรณาการภายในเขตสุขภาพ	-ติดตามประเมินบุคลากรในด้านการคัดกรอง/ส่งเสริม/กระตุ้นพัฒนาการในหน่วยบริการทุกระดับ ตั้งแต่ รพ.สต. รวมถึงครูพี่เลี้ยงในศูนย์	-ศูนย์วิชาการและเขตสุขภาพมีการ

ประเด็น/หัวข้อ	ข้อสังเกต	ข้อเสนอแนะต่อหน่วยรับตรวจ	ข้อเสนอแนะต่อส่วนกลาง
	-มีกลไกการขับเคลื่อนโดยคณะกรรมการเด็กปฐมวัยจังหวัด ที่บูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (พม. ท้องถิ่น สธ.) เพื่อวิเคราะห์วางแผนและขับเคลื่อนการส่งเสริมการเจริญเติบโตและการพัฒนาการเด็กปฐมวัย -ใช้กลไกของ DHS และการพัฒนาตำบลพัฒนาการเด็กดีเริ่มที่นมแม่ เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และท้องถิ่นในการพัฒนาเด็กแบบองค์รวม -มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยเน้นการตรวจคัดกรองให้มีประสิทธิภาพและพัฒนาระบบการส่ง	พัฒนาเด็กและ อสม.เชี่ยวชาญด้านแม่และเด็ก โดยเน้นการสร้างความรู้ตระหนักในเรื่องความสำคัญของการส่งเสริมและคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย -มีระบบติดตามประเมินคุณภาพการตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่อง	ติดตามการดำเนินงานเพื่อวางแผนการสนับสนุนและแก้ปัญหาพร้อมกัน
๓.การจัดการระบบข้อมูลเด็กปฐมวัย	-ยังมีปัญหาการบันทึกข้อมูลพัฒนาการเด็กผ่านระบบ ๔๓แฟ้ม -หลายจังหวัดมีปัญหาการติดตามและระบุกลุ่มเป้าหมายไม่ชัดเจน เพราะเด็กปฐมวัยบางส่วนย้ายออกจากพื้นที่บริการ -มีการใช้ข้อมูลปัญหาสุขภาพของเด็กประกอบวิเคราะห์ วางแผนแก้ปัญหา และการป้องกัน	-พัฒนาระบบการติดตามข้อมูลพัฒนาการเด็กจากฐานข้อมูลใน PP Special ซึ่งเป็นระบบเดียวกันทั้งประเทศเพื่อประเมินความถูกต้องครบถ้วน และนำข้อมูลมาวางแผนพัฒนาระบบบริการและระบบส่งต่อเพื่อแก้ปัญหาพัฒนาการเด็กทั้งในระดับจังหวัดและระดับเขตต่อไป	
๔. การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและลดปัจจัยเสี่ยงเด็กปฐมวัย	-มีการจัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ ในสถานบริการ เพื่อสร้างความเข้าใจ และการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการใช้คู่มือ DSPM/DAIM ในการประเมินพัฒนาการเด็กตามอายุแต่ละช่วงวัย -เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามีระบบทะเบียนติดตามพร้อมให้คำแนะนำผู้ปกครองในการกระตุ้นพัฒนาการ และนัดมาตรวจซ้ำอีก ๑ เดือน มีแนวทางส่งต่อเด็กที่พัฒนาการล่าช้าให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในระบบโซน/จังหวัด	-พัฒนาการดำเนินงานเชิงรุกในพื้นที่โดยทีม อสม.เชี่ยวชาญ และทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกันแก้ไขปัญหและพัฒนาาศักยภาพทีมงานอย่างต่อเนื่อง -พัฒนากิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ในด้านการส่งเสริมพัฒนาการและแนะนำใช้คู่มือคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กตั้งแต่ช่วงฝากครรภ์ หลังคลอด และขยายไปสู่การจัดกิจกรรมในศูนย์พัฒนาเด็ก และการสอนในรูปแบบโรงเรียนพ่อแม่ในชุมชน -ทีม CPM ระดับอำเภอ	-สนับสนุนการผลิตสื่อประเมิน หรือส่งเสริมพัฒนาการเด็กแต่ละช่วงอายุ เพื่อง่ายต่อการใช้ประโยชน์ -ประชาสัมพันธ์การตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กในวงกว้าง โดยสื่อโฆษณา โทรทัศน์

ประเด็น/หัวข้อ	ข้อสังเกต	ข้อเสนอแนะต่อ หน่วยรับตรวจ	ข้อเสนอแนะต่อ ส่วนกลาง
	-มีทีมหมอครอบครัวช่วยติดตามให้คำแนะนำและติดตามการเข้ารับบริการ กระตุ้นพัฒนาการตามกำหนด -ดำเนินการตำบลพัฒนาการเด็กดีเริ่มต้นที่นมแม่โดยมีการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์พัฒนาแม่และเด็กองค์กรร่วมโดยชุมชน	ผลักดันนโยบายด้านการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ที่เน้นการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน -มีกระบวนการแก้ไขภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งจะมีผลต่อพัฒนาการเด็ก	

งานวิจัย รูปแบบ นวัตกรรม และเทคโนโลยีที่เป็นแบบอย่างในงานแม่และเด็ก

ได้มีงานวิจัย นวัตกรรมและเทคโนโลยีใหม่ๆเกิดขึ้นในการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก เช่น

- จังหวัดเชียงราย: ผลงานวิจัยดีเด่น เรื่อง Effect of Egg and Milk Supplement on Breast Milk Volume at ๔๘ and ๗๒ Hours Postpartum โดย นายแพทย์ จุลพงศ์ อจลพงศ์ ประธาน MCH board จังหวัดเชียงราย

- จังหวัดแม่ฮ่องสอน: มีรูปแบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพและการวางแผนคลอดที่ปลอดภัย แก่หญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ทุรกันดาร ซึ่งมีสภาพภูมิประเทศกว่าร้อยละ ๙๐ เป็นป่าไม้และภูเขาสูง โดยพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในระดับตำบล หมู่บ้าน สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ ชุดทำคลอดฉุกเฉิน อบรมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล (Care Manager) สื่อสารประชาสัมพันธ์ การค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ ในชุมชน ประเมินความเสี่ยงของการตั้งครรภ์และการคลอดทุกราย MAPPING หญิงตั้งครรภ์ทุกรายในพื้นที่รับผิดชอบ และวางแผนดูแลครรภ์อย่างต่อเนื่อง และการคลอดที่ปลอดภัยแก่หญิงตั้งครรภ์ทุกราย (Individual Continuous Care Plan) กรณีตั้งครรภ์มีภาวะเสี่ยง จัดระบบส่งต่อ โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วม อาทิ การจัดหาบ้านพักคลอด และใช้เทคโนโลยีในการสื่อสาร เช่น Line วิทยุสื่อสาร โทรศัพท์

- จังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้รับรางวัลจังหวัดต้นแบบหมู่บ้านไอโอดีน มีนวัตกรรมโครงการป้องกันการขาดสารไอโอดีน ไข่ไอโอดีนชีวภาพ ไข่เพื่อสุขภาพจากแม่ไก่อารมณ์ดี (Iodine Organic Free Range Eggs)

- จังหวัดอุดรธานี มีนวัตกรรมรูปแบบการคัดกรองภาวะเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์

- จังหวัดกระบี่ ดำเนินการตำบลพัฒนาการเด็กดีเริ่มต้นที่นมแม่ ในปี ๒๕๕๙ ได้บูรณาการการดำเนินงานและเกณฑ์การประเมินร่วมกับตำบลจัดการสุขภาพ โดยมีตำบลเขาต่อ อำเภอปลายพระยา ได้รับรางวัล กพร. อันดับ ๑ ในด้านการจัดการคุณภาพ ในปี ๒๕๕๙

- จังหวัดพะเยา : นวัตกรรม “พวงกุญแจ Smart พัฒนาการ”มีการปรับทักษะ การประเมินเกณฑ์ผ่านของการประเมินคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย ช่วง Screening ซึ่งมีรายการในแต่ละช่วงวัย และในแต่ละด้านการประเมินจำนวนมาก มีความยุ่งยาก ดังนั้น รพ.สต.บ้านหนองสระ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา จึงได้คิดค้นอุปกรณ์ที่ปรับจากคู่มือ DSPM มาเป็น “พวงกุญแจ Smart พัฒนาการ” สามารถพลิกอ่านทักษะการประเมิน อุปกรณ์ที่ใช้ประเมิน และการกระตุ้นในแต่ละช่วงวัย ได้ง่ายขึ้น สะดวกและ Smart

- จังหวัดน่าน: การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย อำเภอปัว จังหวัดน่าน ที่เชื่อมโยงจากสถานบริการสู่ชุมชนและครอบครัว โดยเน้นการประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ Case เสี่ยง ต้องพบแพทย์ทุกรายในทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ และวางแผนการดูแลจนกระทั่งคลอด ส่วน

Case ปกติ พบแพทย์อย่างน้อย ๑ ครั้งตรวจ ultrasound ก่อนอายุครรภ์ ๑๖ สัปดาห์ ทุกราย ในระดับชุมชน มีการดำเนินการตามแนวทางตำบลพัฒนาการเด็กดี เริ่มที่นมแม่ และสร้างความร่วมมือของเครือข่ายในชุมชน ในการดูแลช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว ให้ที่พฤติกรรมสุขภาพที่ดี อสม. ชมรมสายใยรัก ชมรม ผู้สูงอายุ ภาคท้องถิ่นกิจกรรม พ่อแม่คุณภาพ

- จังหวัดเชียงใหม่: มาตรการเพิ่มการเข้าถึงบริการฝากครรภ์ โดยสนับสนุนให้ รพ.สต. สามารถเปิด บริการ ANC ตามศักยภาพของแต่ละแห่ง โดยดำเนินการจัดทำแนวทางการฝากครรภ์ใน รพช. รพ.สต. โดย กำหนด minimum standard ANC service ในการมาฝากครรภ์แต่ละครั้งที่ชัดเจน จัดทำแนวทางการส่งต่อ case เสี่ยงตามหลักการ ๑-๑-๑ (เสี่ยงสูงเร่งด่วน ส่งต่อทันทีที่ภายใน ๑ วัน/เสี่ยงปานกลาง ส่งต่อภายใน ๑ สัปดาห์/เสี่ยงน้อย ส่งต่อภายใน ๑ เดือน) ทุกอำเภอ จัดทำแผนการจัดระบบบริการ ANC ตามบริบทพื้นที่ ให้สอดคล้องกับแนวทางของจังหวัด และ รพช. สนับสนุนทรัพยากร เพื่อจัดบริการในโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล

- จังหวัดแพร่ : มีการสนับสนุนและประกาศเป็นนโยบายจังหวัด ในการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะ โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โดยโรงพยาบาลทุกระดับ ส่งตรวจระดับ Hct ในเด็กอายุ ๙ เดือนทุกราย และ ให้ยารักษาธาตุเหล็ก (iron supplementation) แบบ weekly dose ในเด็กตั้งแต่ ๖ เดือน – ๕ ปี ทุกราย และนโยบายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ในการให้ Folic acid แก่นักเรียนหญิงตั้งแต่มัธยมศึกษาปีที่ ๑ หรือ อายุ ๑๓ ปี - ๖ ทุกราย ทุกสัปดาห์ ๆ ละ ๑ เม็ด (๕ มก.) เพื่อป้องกันความพิการแต่กำเนิด

- จังหวัดลำปาง : อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง : มีมาตรการเพิ่มการเข้าถึงบริการฝากครรภ์ โดยใช้ วิธีการสร้างแรงจูงใจในการมาฝากครรภ์เร็วและมาตามนัด “ฝากครรภ์ แลกนม” โดยใช้งบประมาณสนับสนุน จากกองทุนตำบล ส่งผลให้ Early ANC มีแนวโน้มที่ดีขึ้น (ปี ๒๕๕๖ - ๒๕๕๘ เท่ากับ ร้อยละ ๕๔.๑, ๕๙.๒ และ ๖๕.๖๓ ตามลำดับ)

- จังหวัดลำพูน : การพัฒนารูปแบบบริการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็ก โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมาย เฉพาะ ๔ วัยชัดเจน สร้างระบบนัดหมาย (แบบนัดตรวจโรค ระบุวัน เวลาที่ชัดเจน) ให้กับผู้ปกครอง/ครูพัฒนา ศูนย์เด็ก เพื่อพาเด็กมาตรวจคัดกรองตามนัดกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สุ่มประเมินสมรรถนะของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขใน รพ.สต. ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กแบบ one by one เพื่อมองหาสิ่งที่เป็นจุดแข็งและ จุดที่ต้องได้รับการพัฒนาปรับปรุง สร้างข้อตกลงระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ปกครอง/ครูพี่เลี้ยงเด็ก ก่อนและหลัง การตรวจคัดกรองพัฒนาการ

- จังหวัดศรีสะเกษ สร้าง นวัตกรรมกล่องฉลาด โรงพยาบาลขุนหาญ อำเภอขุนหาญ
- จังหวัดศรีสะเกษสร้างนวัตกรรม กล่องชวนคิด ศพด.วัดบ้านสำโรงเก่า-สำโรงใหม่ อำเภอขุนหาญ
- จังหวัดมุกดาหาร สร้างนวัตกรรม ผ้าส่งเสริมพัฒนาการ ณ ศพด.บ้านดง อำเภอดอนตาล

ประเด็นการตรวจราชการ : การบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามกลุ่มวัย

๑. โครงสร้างการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพภาพรวมจังหวัด

จังหวัด แบ่งโครงสร้างโดยมีกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ และกลุ่มงานควบคุมป้องกันโรค มีการ บูรณาการทำงานร่วมกันภายใต้คำสั่งคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรค มีการแต่งตั้งผู้ทำ หน้าที่เป็น Program Manager กลุ่มวัยระดับจังหวัดและอำเภอ แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อบริหารจัดการในแต่ ละกลุ่มวัย เช่น MCH Board, NCD Board, SRRT และคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด มีการ ประสานเชื่อมโยงการทำงานร่วมกับคณะกรรมการ Service Plan ตามสาขาที่เกี่ยวข้อง

๒. การวิเคราะห์สภาพปัญหาสุขภาพ

จังหวัดมีการวิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ เช่น ข้อมูลสถานการณ์ความเจ็บป่วย จากรายงานผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผลงานตามนโยบายที่ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย ปัญหาสุขภาพที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สถานการณ์โรคทางระบาดวิทยา รวมทั้งนโยบายเน้นหนักที่ต้องดำเนินการ วิเคราะห์ และจัดลำดับความสำคัญโดยใช้เกณฑ์ ขนาดปัญหา ความรุนแรงของปัญหา ความยากง่ายในการแก้ไข และการมีส่วนร่วมของชุมชนสังคม ผลการจัดอันดับส่วนใหญ่มักเป็นปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไต และโรคมะเร็งตับ ท่อน้ำดี เป็นต้น

๓. การจัดทำแผนสุขภาพระดับเขต

จังหวัดและอำเภอ บริหารงบประมาณงานส่งเสริมป้องกันภาพรวมจังหวัดจากทุกแหล่งงบประมาณ การจัดทำแผนยุทธศาสตร์จังหวัด มีความเชื่อมโยงให้เห็นตั้งแต่ระดับกระทรวง มีแผนยุทธศาสตร์ระดับเขต และจังหวัด มีการนำแผนยุทธศาสตร์มาเป็นกรอบในการจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปี ระดับจังหวัด และอำเภอ ใช้งบประมาณจากทุกแหล่ง ได้แก่ งบ Non UC, งบ UC ทุกกองทุน รวมทั้งงบประมาณที่ได้รับสนับสนุนจากกรมต่างๆ ระดับอำเภอจะใช้งบประมาณจาก UC เป็นหลัก ระดับ รพ.สต. ส่วนใหญ่ใช้งบจากกองทุนสุขภาพตำบล รพ.สต. ได้รับจัดสรรงบประมาณจาก CUP เป็น Fix Cost และค่าใช้จ่ายตามผลงาน แผนงาน/โครงการแบ่งเป็น ๒ ลักษณะ คือ แผนแก้ไขปัญหาดตามตัวชี้วัด (ตามนโยบาย) เป็นแผนส่วนใหญ่ และแผนแก้ไขปัญหาดสำคัญของจังหวัด/อำเภอ เป็นแผนส่วนน้อย ระดับอำเภอมีการดำเนินงานร่วมกับภาคีแบบบูรณาการ มีกิจกรรมส่งเสริมป้องกันเชิงรุกเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนในงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยและสุขภาพผู้สูงอายุ และมีแนวทางที่เห็นความเชื่อมโยงระบบบริการตามนโยบายการพัฒนาบริการปฐมภูมิ กับ Service Plan

๔. การบริหารจัดการระบบข้อมูล

ทุกจังหวัดยังพบปัญหาคุณภาพข้อมูล ทั้งความครบถ้วน ถูกต้อง เป็นปัจจุบันของข้อมูล ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยง คือ การบริหารจัดการข้อมูลผ่านระบบโปรแกรมต่าง ๆ มีความเสี่ยงในหลายปัจจัยต่อการนำเข้าของข้อมูล ทั้ง software people ware ส่งผลกระทบต่อการวิเคราะห์ประมวลผลและได้ข้อมูลที่ถูกต้องไปใช้ในการบริหารจัดการได้ ข้อมูลรายงานไม่ตรงตามจริง สาเหตุเกิดจากขาดความเข้าใจของผู้บันทึกและผู้วิเคราะห์ข้อมูล ปัญหาเชิงเทคนิคในการเชื่อมโยงระหว่างแฟ้มต่างๆ บางข้อมูลไม่มีในระบบรายงาน จังหวัดจะบันทึกเพิ่มเติมมีความหลากหลายของการใช้โปรแกรมบันทึกข้อมูลบริการของหน่วยบริการในแต่ละพื้นที่เพื่อการพัฒนาาระบบข้อมูลทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ควรทำความเข้าใจชัดเจนในการเลือกใช้แหล่งข้อมูล ๔๓ แฟ้มและพัฒนาการนำเข้าข้อมูลเพื่อให้สามารถใช้ประโยชน์ได้ จังหวัดควรให้ความสำคัญในการควบคุมกำกับติดตามข้อมูลทุกเดือน และนำข้อมูลมาปรับปรุงแก้ไขปัญหาดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และเพิ่มช่องทางการสื่อสารระหว่างผู้บันทึกข้อมูลและผู้รับผิดชอบงานข้อมูลของทุกจังหวัดเพื่อให้การจัดการข้อมูลมีประสิทธิภาพมากขึ้นเพื่อลดความหลากหลายควรบูรณาการฐานข้อมูลให้เป็นอันเดียว

๕. การนำแผนไปสู่การปฏิบัติ

ทุกจังหวัด มีการประชุมชี้แจงกรอบแผนยุทธศาสตร์ระดับเขต/จังหวัด ให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติทราบ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการฯ ตรวจสอบแผนปฏิบัติการระดับอำเภอ ให้สอดคล้องกับแผนระดับจังหวัดและเขต ก่อนเสนอลงนามอนุมัติแผนโดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด มีการถ่ายระดับแผนยุทธศาสตร์ออกมาเป็นแผนปฏิบัติการ และจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน และสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง โดยผสมผสานกับการพัฒนาDHS/ตำบล

จัดการสุขภาพแบบบูรณาการรวมถึงการปรับแผนเพื่อดำเนินการในประเด็นที่เป็นนโยบายเร่งด่วน และปัญหาสำคัญ

๖. การกำกับ ติดตาม ประเมินผล

มีการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน มีแนวทางดังนี้

- ๑) การกำกับติดตามผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดต่างๆ และติดตามการใช้จ่ายงบประมาณ
- ๒) ติดตามในที่ประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผล (กวป.) ของแต่ละจังหวัด ทุกเดือน
- ๓) นิเทศงานสาธารณสุขผสมผสานระดับจังหวัด ปีละ ๒ ครั้ง
- ๔) ประเมินผลการดำเนินงานและจัดอันดับการพัฒนา(Ranking) ระบบสุขภาพระดับอำเภอ(DHS) โดยกำหนดประเด็นการประเมินผล ตัวชี้วัดผลงานแต่ละตัวชี้วัด ให้น้ำหนักคะแนนมากน้อยต่างกัน ผลรวมเท่ากับ ๑๐๐ คะแนน ซึ่งพบว่าในบางจังหวัดที่มีจำนวนผู้รับผิดชอบจำนวนน้อย ไม่สามารถนิเทศติดตามกำกับในเชิงลึกได้ทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์ ปัญหา หรือความเสี่ยงที่เป็นสาเหตุรากของปัญหา (Root cause analysis)

กลุ่มวัยเรียน

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ภายใต้แผนพัฒนาสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัยปีงบประมาณ ๒๕๕๙ การพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยเรียน (อายุ ๕-๑๔ ปี) ได้กำหนดวิสัยทัศน์ “เด็กไทยเติบโตสมวัย ไม่อ้วน มีสติ รู้คิด มีทักษะชีวิตสามารถจัดการภาวะสุขภาพตนเอง ลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร” โดยมีประเด็นการตรวจราชการ ๒ ประเด็น คือ ๑) ลดอัตราภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนในเด็กวัยเรียนให้น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๐ และ ๒) ลดอัตราการเสียชีวิตเนื่องจากการจมน้ำน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๖.๕ ต่อแสนประชากรอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี

กลวิธีการทำงานที่สำคัญส่งผลต่อความสำเร็จการดำเนินงาน ได้แก่ ๑) การพัฒนานักจัดการน้ำหนักเด็กวัยเรียน (Smart kids Coacher) อบรมครู ก.อบรมครู ข. และ แกนนำนักเรียน ๒) มีระบบส่งต่อเด็กนักเรียนที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน แก่หน่วยบริการสาธารณสุข รพศ./รพท. รพช. รพ.สต.ที่มีคลินิก DPAC ๓) นำแผนการเรียนรู้การส่งเสริมสุขภาพจำนวน ๑๕ เรื่อง ไปใช้ในการแก้ไขปัญหาเด็กนักเรียนเริ่มอ้วนและอ้วนในโรงเรียน โดยผลักดันกิจกรรมและการแก้ปัญหาสุขภาพเข้าโครงการ “ลดเวลาเรียน เพิ่มเวลารู้ด้านสุขภาพ” จัดระบบการบริการสุขภาพเด็กวัยเรียนให้ครอบคลุมและมีคุณภาพมาตรฐานเดียวกัน จัดระบบส่งต่อ ดูแลแก้ไขปัญหสุขภาพเด็กวัยเรียนอย่างมีประสิทธิภาพ สนับสนุนการพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพนักเรียนและชุมชน และประเมินผลตามมาตรฐานวิชาการกรมอนามัย (โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร/โรงเรียนเด็กไทย แก้มใส ฯลฯ)

๑. ผลการดำเนินงานรอบ ๙ เดือน

๑.๑) ลดอัตราภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนในเด็กวัยเรียนให้น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๐

ผลการคัดกรองเด็กนักเรียน จำนวน ๓๗๑,๗๔๔ คนในภาคเรียนที่ ๑ (พฤษภาคม-กรกฎาคม ๒๕๕๙) พบว่าเด็กนักเรียนมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ ๑๓.๑^(๑) เทียบกับภาคเรียนที่ ๒ (ตุลาคม-ธันวาคม ๒๕๕๘) คัดกรองได้ ๒๙๐,๘๗๖ คน พบร้อยละ ๑๒.๒ สถานการณ์เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๐.๙ เมื่อแยกพิจารณารายเขตสุขภาพ พบร้อยละ ๘๓.๓ (๑๐ เขตสุขภาพ) ที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนเกิน ค่าเป้าหมาย คือ เขต ๑,๒,๓,๔,๕,๖,๗,๙,๑๐ และ ๑๑ พบร้อยละ ๑๔.๐, ๑๔.๑, ๑๖.๒, ๑๖.๖, ๑๖.๖, ๑๔.๙, ๑๒.๑, ๑๒.๔, ๑๐.๑ และ ๑๓.๘ ตามลำดับ มีเพียงเขต ๑๒ เพียงเขตเดียวที่สถานการณ์ลดลงจากเดิม ร้อยละ ๙.๗ เป็นร้อยละ ๙.๐ อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าเขต ๘ สถานการณ์ไม่เกินค่าเป้าหมาย แต่เมื่อนำข้อมูลมาเปรียบเทียบกับพบว่า ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ ๘.๔ เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ ๙.๔ จึงควรมีการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

กลวิธีการทำงานที่สำคัญส่งผลต่อความสำเร็จการดำเนินงาน ได้แก่ ๑) การพัฒนานักจัดการน้ำหนักเด็กวัยเรียน (Smart kids Coacher) อบรมครู ก.อบรมครู ข. และ แกนนำนักเรียน ๒) มีระบบส่งต่อเด็กนักเรียนที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน แก่หน่วยบริการสาธารณสุข รพศ./รพท. รพช. รพ.สต.ที่มีคลินิก DPAC ๓) นำแผนการเรียนรู้การส่งเสริมสุขภาพจำนวน ๑๕ เรื่อง ไปใช้ในการแก้ไขปัญหาเด็กนักเรียนเริ่มอ้วนและอ้วนในโรงเรียน โดยผลักดันกิจกรรมและการแก้ปัญหาสุขภาพเข้าโครงการ “ลดเวลาเรียน เพิ่มเวลารู้ด้านสุขภาพ” จัดระบบการบริการสุขภาพเด็กวัยเรียนให้ครอบคลุมและมีคุณภาพมาตรฐานเดียวกัน จัดระบบส่งต่อ ดูแลแก้ไขปัญหสุขภาพเด็กวัยเรียนอย่างมีประสิทธิภาพ สนับสนุนการพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อ

๑.๒) ลดอัตราการเสียชีวิตเนื่องจากการจมน้ำ (ค่าเป้าหมาย <= ๖.๕ หรือ <= ๗๗๐ คน)

ผลการเฝ้าระวังอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี^(๔) พบเด็กจมน้ำเสียชีวิตจำนวน ๔๘๖ ราย คิดเป็น ร้อยละ ๓.๑ (ค่าเป้าหมาย <= ๖.๕ หรือ <= ๗๗๐ คน) พิจารณารายเขตสุขภาพพบว่าในปี พ.ศ.๒๕๕๙ มีเขต ๔, ๖ และ ๑๑ มีอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กสูงกว่าปี ๒๕๕๘ ในขณะที่

เขตอื่นๆ ต่ำลง กลวิธีการดำเนินงานที่สำคัญส่งผลต่อความสำเร็จเกินเป้าหมาย ได้แก่ ๑) มีการสร้างทีมผู้ก่อการดีรายใหม่ ปีนี้มี จำนวน ๖๗๐ ทีม (เป้าหมาย ๓๓๓ แห่ง) ๒) การจัดการแหล่งน้ำเสี่ยง ๒,๐๑๐ แห่ง (เป้าหมาย ๓๐๐ แห่ง) ๓) ศูนย์เด็กเล็กได้รับการจัดการ ๒,๐๐๐ แห่ง (เป้าหมาย ๑,๐๐๐ แห่ง) ๔) เด็กได้เรียนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด ๖๗,๐๐๐ คน ๒๐,๐๐๐ คน (เป้าหมาย ๒๐,๐๐๐ คน)

๒. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๒.๑) กระทรวงสาธารณสุขและกรมอนามัยควรผลักดันให้การดูแลรักษาเด็กอ้วนที่มี Obesity sign เป็นสาขาหนึ่งในระบบ Service plan ที่ต้องให้บริการ เพื่อให้ระดับพื้นที่ทำงานได้ง่ายขึ้น และเด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยงได้รับการรักษาที่ทันเวลา และต่อเนื่อง

๒.๒) ส่วนกลางโดย สดป. กับกรมอนามัย ควรจัดทำข้อเสนอแนะนโยบายเชิงพื้นที่ (area mapping policy brief) ประเด็นการลดปัญหาโรคอ้วนในเด็กนักเรียนเพื่อเป็นข้อเสนอที่ระดับกระทรวง กรม และพื้นที่ ได้มีการจัดทำร่วมกัน

๒.๓) สำนักโรคบาติวิทยา กรมควบคุมโรค จัดทำแนวทางหรือคู่มือวิธีการบันทึกข้อมูลการสอบสวนการจมน้ำในระบบเฝ้าระวังเด็กจมน้ำ และชี้แจงให้บุคลากร (SRRT) ในพื้นที่ทราบ เพื่อให้พื้นที่สามารถบันทึกข้อมูลการสอบสวนการจมน้ำในระบบเฝ้าระวังฯ

๓. ข้อเสนอแนะระดับพื้นที่

๓.๑) PM ระดับพื้นที่ (จังหวัด อำเภอ ตำบล) ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรร่วมจัดทำนโยบาย/มาตรการ/ข้อบังคับท้องถิ่น เรื่อง การจัดการอาหารสุขภาพ (Healthy food) ใน-รอบรั้วโรงเรียน (มาตรฐานโภชนาการ อาหารกลางวันและนมโรงเรียน สุขาภิบาลอาหาร ฉลากอาหาร และอาหารปลอดภัย)

๓.๒) มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาเชิงรุกและสร้างความร่วมมือของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ โดยบูรณาการงานในตำบล LTC เน้น ๕ กลุ่มวัย เพื่อค้นหาเด็กนักเรียนกลุ่มเสี่ยงและจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม

๓.๓) พัฒนฐานข้อมูลเด็กอ้วน เพื่อการเฝ้าระวัง คัดกรอง และส่งต่อเด็กกลุ่มเสี่ยง ให้มีประสิทธิภาพ และคืนข้อมูลให้กับพื้นที่เพื่อให้ PM ใช้เป็นกลไกในการขับเคลื่อนงานแก้ไขภาวะอ้วนในเด็กวัยเรียนให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

๓.๔) ผลักดันการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำผ่านกลไกระบบสุขภาพอำเภอ (DHS)/ตำบลจัดการสุขภาพ/อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งมีทีมผู้ก่อการดี ครอบคลุมทุกตำบลและในพื้นที่เสี่ยง

สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙

กลุ่มเด็กวัยเรียน

ประเด็นการตรวจราชการ : วัยเรียน

ตัวชี้วัดหลักระดับกระทรวง

๑. เด็กอายุ ๕-๑๔ ปี ในโรงเรียนทุกสังกัดมีอัตราเริ่มอ้วนและอ้วน ไม่เกินร้อยละ ๑๐
๒. อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปีไม่เกิน ๖.๕ ต่อประชากรเด็กแสนคน

ตัวชี้วัดระดับกรม

๑. เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ มี IQ เฉลี่ย ๑๐๐ และ EQ ปกติ $\geq ๗๐\%$
๒. เด็ก ป.๑ ทุกคนได้รับการตรวจสายตาและเด็กที่มีสายตาผิดปกติได้รับการแก้ไข

ประเด็นที่ ๑ : ลดปัญหาภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนในเด็กวัยเรียน

๑. เด็กอายุ ๕-๑๔ ปี ในโรงเรียนทุกสังกัดมีอัตราเริ่มอ้วนและอ้วน ไม่เกินร้อยละ ๑๐

สถานการณ์ภาวะเด็กนักเรียนเริ่มอ้วนและอ้วน รายเขตสุขภาพ

ผลการดำเนินงานลดปัญหาภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนในเด็กวัยเรียน จากข้อมูลระบบรายงาน HDC (ณ วันที่ ๕ สิงหาคม ๒๕๕๙) ภาคเรียนที่ ๑ ปี ๒๕๕๙ (กราฟที่ ๑) พบภาวะเด็กนักเรียนเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ ๑๓.๑ เมื่อเทียบกับผลงาน ภาคเรียนที่ ๒ ปี พ.ศ.๒๕๕๘ พบภาวะเด็กนักเรียนเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ ๑๒.๒ แสดงให้เห็นว่าสถานการณ์ภาวะเด็กนักเรียนเริ่มอ้วนและอ้วนยังไม่มีแนวโน้มลดลงเมื่อจัดเรียง สถานการณ์เด็กนักเรียนเริ่มอ้วนและอ้วนต่ำรายเขตสุขภาพ ๑-๑๒ คือ ร้อยละ ๑๔.๐, ๑๔.๑, ๑๖.๒, ๑๖.๖, ๑๖.๖, ๑๔.๙, ๑๒.๑, ๙.๔, ๑๒.๔, ๑๐.๑, ๑๓.๘, ๙.๐ และ ๑๓.๑ ตามลำดับ โดยเขตสุขภาพที่ ๘ และ เขตสุขภาพที่ ๑๒ พบเด็กนักเรียนเริ่มอ้วนและอ้วนต่ำกว่าค่าเป้าหมายร้อยละ ๑๐ เมื่อพิจารณาขนาดตัวอย่าง กับร้อยละเด็กอ้วนรายเขต (กราฟที่ ๒) แสดงให้เห็นว่า ร้อยละของปัญหาไม่ได้สะท้อนจำนวนเด็กนักเรียนที่มี ปัญหา เช่น เขตสุขภาพที่ ๑ กับ เขตสุขภาพที่ ๒ สถานการณ์ปัญหาใกล้เคียงกันที่ร้อยละ ๑๔ จำนวนเด็กนักเรียน เริ่มอ้วนและอ้วนเขตสุขภาพที่ ๑ มากกว่า ๒ เท่า หากเทียบเขตสุขภาพที่ ๒ กับเขตสุขภาพที่ ๙ ที่พบร้อยละ ๑๒.๔ แต่จำนวนเด็กนักเรียนที่มีปัญหามากกว่าเกือบ ๓ เท่า ดังนั้น แนวทางการแก้ไขปัญหาก็ควรพิจารณา จำนวนเด็กนักเรียนกลุ่มเสี่ยงในแต่ละพื้นที่เพื่อให้การบริหารจัดการแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการจัดสรรงบประมาณตามกลุ่มเสี่ยงร่วมกับการจัดสรรงบประมาณพื้นที่ได้อย่างเพียงพอและ ครบคลุม



ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนในเด็กวัยเรียน แยกตามเขตบริการสุขภาพ

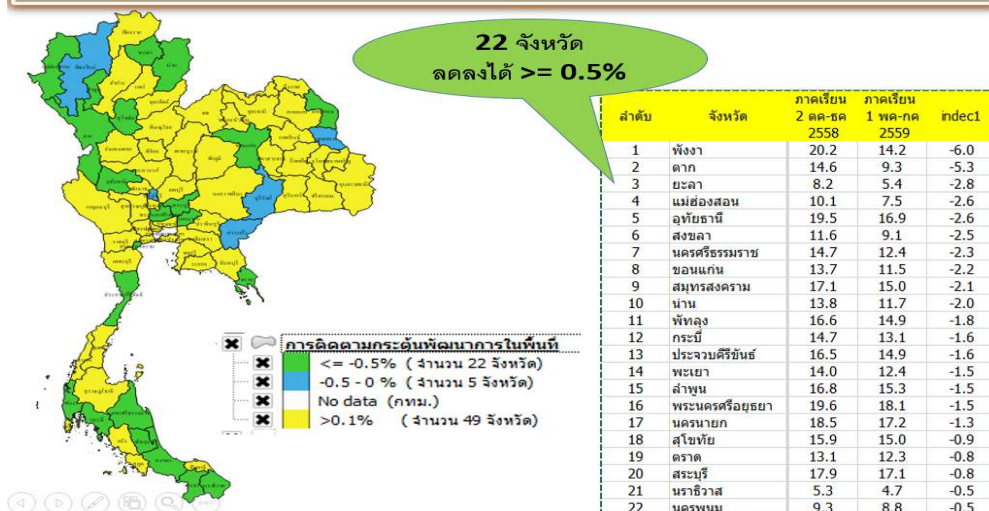


ที่มา :ข้อมูลร้อยละภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน จาก<http://hdcservice.moph.go.th> วันที่ 5 สิงหาคม 2559 (ปีการศึกษาที่1 พค.-กค. พ.ศ.2559)

สถานการณ์ภาวะเด็กนักเรียนเริ่มอ้วนและอ้วน รายจังหวัด

ผลการดำเนินงานลดปัญหาภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนในเด็กวัยเรียน รายเขตสุขภาพจากกราฟที่ ๑ แสดงให้เห็นว่าสถานการณ์ภาวะเด็กนักเรียนเริ่มอ้วนและอ้วนยังไม่มีแนวโน้มลดลงดังนั้นการใช้ area mapping ระดับจังหวัดเพื่อช่วยจัดการแก้ไขปัญหาเชิงพื้นที่เสี่ยงได้อย่างเฉพาะเจาะจงมากขึ้น พิจารณาเป้าหมายกระบวนการ ภาวะเด็กนักเรียนเริ่มอ้วนและอ้วนลดลง ร้อยละ ๐.๕ พบว่า มีจังหวัดที่สามารถดำเนินการได้ จำนวน ๒๒ จังหวัด และมีอีก ๕ จังหวัด ลดลงได้แต่ยังไม่ถึงค่าเป้าหมาย ส่วนอีก ๔๙ จังหวัด ต้องเร่งดำเนินการแก้ไขปัญหา (รายละเอียดตามแผนที่)

เป้าหมายกระบวนการ: ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนลดลง 0.5%



ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนลดลง

ผลงานด้านการลดปัญหาภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนในเด็กวัยเรียน

๑. พัฒนานักจัดการน้ำหนักเด็กวัยเรียน (Smart kids Coacher) สามารถ อบรมครู ก. ได้จำนวน ๒๕๒ คน อบรมครู ข. จำนวน ๒,๘๒๖ คน และอบรมแกนนำนักเรียนจำนวน ๒,๒๘๑ คน

๒. คัดกรองภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน รอบ ๙ เดือน ในเทอม ๑ /๒๕๕๙ จำนวนเด็กนักเรียนถูกคัดกรอง ๒,๘๒๘,๕๖๕ คน มีจำนวนเด็กมีภาวะอ้วน ๓๗๑,๗๔๔ คน คิดเป็น ๑๓.๑% มีข้อมูลการส่งแก้ไขจำนวน ๒,๕๕๙ คน

๓. โรงเรียนที่มีเด็กนักเรียนเริ่มอ้วนและอ้วน เกินร้อยละ ๑๐ ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน ๕,๒๑๕ แห่ง

๔. โรงเรียนที่มีการนำแผนการเรียนรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ๑๕ เรื่อง จำนวน ๑,๙๓๙ โรงเรียน จากเป้าหมาย ๕,๒๑๕ โรงเรียน

 ผลการดำเนินงานลดภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน	
กิจกรรม	ผลงาน
1.พัฒนาศักยภาพนักจัดการน้ำหนักเด็กวัยเรียน (Smart Kids Coacher) - อบรมครู ก. - อบรมครู ข. - แกนนำนักเรียน	252 คน 3,420 คน 1,110 คน
2. คัดกรองภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน - จำนวนเด็กนักเรียนถูกคัดกรอง - จำนวนเด็กมีภาวะอ้วน - เด็กนักเรียนอ้วนได้รับการส่งต่อ	2,828,565 คน 371,744 คน (13.1%) 61 คน
3. รร.ที่มีเด็กนักเรียนมีภาวะอ้วน>10%	5,215 รร. (54 จังหวัด)
4. โรงเรียนนำแผนการเรียนรู้การส่งเสริมสุขภาพ 15 เรื่อง	1,939 แห่ง

แหล่งข้อมูล: รายงานสรุปผลการตรวจราชการ (ตก.๒) รอบที่ ๒ ณ วันที่ ๗ กันยายน ๒๕๕๙

ส่วนที่ ๑ ข้อสังเกตที่พบ/ ปัญหา/อุปสรรค/ข้อเสนอแนะ

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

๑. การถ่ายทอดโปรแกรมนักจัดการน้ำหนักเด็กวัยเรียน (Smart Kids Coacher:SKC)สู่โรงเรียนเป้าหมายและสถานบริการสาธารณสุข

ประเด็น/หัวข้อ (๑)	ข้อสังเกต ปัญหา อุปสรรค (๒)	ข้อเสนอแนะต่อหน่วยรับตรวจ (๓)	ข้อเสนอแนะต่อส่วนกลางหรือผู้บริหาร (๔)
๑. แผนลดปัญหาภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน โดย PM จังหวัด	๑.แผนลดปัญหาภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนในเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒นั้น PM ทุกจังหวัดจัดทำแผนงานภายใต้แผนบูรณาการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ๕ กลุ่มวัยปี ๒๕๕๙ เพื่อแก้ไขปัญหาเด็กวัยเรียนมีภาวะ	๑.ใช้กลไก CIO และ PM ระดับจังหวัดและพื้นที่ ในการบูรณาการแผนงาน/โครงการของจังหวัด ทั้งส่วนจังหวัด อำเภอ รพ.สต. ในเป็นการทำงานแบบตั้งรับมากกว่าเชิงรุก พร้อมเร่งรัดให้มีการกำกับ	๑.ส่วนกลางควรมีการบูรณาการระหว่างกระทรวงที่เกี่ยวข้องยกระดับแผนลดปัญหาภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนเป็นยุทธศาสตร์ระดับชาติ

ประเด็น/หัวข้อ (๑)	ข้อสังเกต ปัญหา อุปสรรค (๒)	ข้อเสนอแนะต่อหน่วยรับตรวจ (๓)	ข้อเสนอแนะต่อส่วนกลาง หรือผู้บริหาร (๔)
	เริ่มอ้วนและอ้วน บุคลากรในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ และจัดทำแนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัดสู่การปฏิบัติในระดับอำเภอและตำบลโดยการแก้ไขปัญห สุขภาพ เด็กวัยเรียน ได้แก่ พันธุ ภาวะโภชนาการเกิน การออกกำลังกาย และการตรวจวัดสายตา โดยทุกจังหวัดมีการปรับแผนงาน/โครงการในรอบที่๒ ได้ครอบคลุมตามตัวชี้วัด มีการเพิ่มกิจกรรมการคัดกรองเด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยงที่ต้องได้รับการตรวจ Obesity sign ส่งต่อระบบ Service plan และคลินิก DPAC การจัดกิจกรรมลดเวลาเรียนเพิ่มเวลารู้ ๒.กลไกที่ใช้ในการขับเคลื่อนงานในทุก จังหวัด คือ การ แต่ง ตั้ง คณะกรรมการลดอ้วนในระดับจังหวัดและอำเภอ โดยบางจังหวัดมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน บางจังหวัดมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นประธาน ส่วน PM ้วยเรียนในแต่ละอำเภอเป็นกรรมการดำเนินงานร่วมกับจังหวัดจัดทำแผนสุขภาพจังหวัด และกำกับติดตาม ๓.รูปแบบการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการของจังหวัดลงสู่พื้นที่นั้น รพสต. ส่วนใหญ่ทำงานแบบ ตั้ง รับ มาก กว่า เชิง รุก โดยเฉพาะการแก้ไขปัญหาคูณภาพอาหารใน-รอบรั้วโรงเรียน	ติดตามงานแบบเสริมพลัง และร่วมกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหามนข้อมูลสถานการณ์ที่แท้จริงของพื้นที่ ๒. ปัญหาเด็กอ้วนมีแนวโน้มสูงขึ้น PM ระดับจังหวัดควรวิเคราะห์พื้นที่เสี่ยงและนำ SKC ไปใช้ดำเนินการ หรือดำเนินการภายใต้การแก้ไขปัญหาย่างเข้มข้นตามบริบทของหน่วยงาน มีการวางแผนทางที่ชัดเจนถ่ายทอดสู่ระดับอำเภอและผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ รวมทั้งภาคีเครือข่ายการดำเนินงาน ๓.เร่งรัดการ ตรวจ Obesity sign และการส่งต่อเด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยงสู่ระบบ Service plan และการปรับพฤติกรรมรายคนที่คลินิก DPAC ๔.พื้นที่ควรมีการผลักดันธรรมนูญสุขภาพตำบล ว่าด้วยการจัดการอาหารและโภชนาการในชุมชนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีซึ่งเขตสุขภาพที่๕ มีกลไกที่ชัดเจนในการสนับสนุนพื้นที่ ๕. PM ควรสนับสนุนและค้นหานวัตกรรมชุมชน-โรงเรียน เพื่อพัฒนาต่อยอด สร้าง Good Practice Model ของเขต-จังหวัด	มีการกำหนดนโยบายและเป้าหมายร่วมกันในการแก้ไขปัญหาคูณภาพอาหารของเด็กวัยเรียนอ้วนของประเทศ ๒.กรมอนามัยควรผลักดันให้กระทรวงศึกษาธิการ และกรมส่งเสริมการ ป ก ค ร อ ง ท อ ง ถิ่น กระทรวงที่เกี่ยวข้องมีนโยบาย/มาตรการ/กฎกระทรวงที่ชัดเจนในการจัดการเรื่องเรื่อง การจัดการอาหารสุขภาพ (Healthy food) ใน-รอบรั้วโรงเรียน (มาตรฐานโภชนาการอาหารกลางวันและนมโรงเรียนสุขภาพิบาลอาหาร ผลาอาหารและอาหารปลอดภัย) ๓.ส่วนกลางโดย สดป. กับกรมอนามัย ควรมีการจัดทำข้อเสนอแนะนโยบายเชิงพื้นที่ (area mapping policy brief) ประเด็นการลดปัญหาโรคอ้วนในเด็กนักเรียนเพื่อเป็นข้อเสนอที่ระดับกระทรวง กรม และพื้นที่ได้มีการจัดทำร่วมกันสำหรับใช้เป็นแนวปฏิบัติแก่ทุกจังหวัด ได้อย่างชัดเจนมีทิศทาง และเหมาะสมบริบทพื้นที่ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือสนับสนุนการผลักดันธรรมนูญสุขภาพตำบลว่าด้วยการจัดการอาหารและโภชนาการในชุมชนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

ประเด็น/หัวข้อ (๑)	ข้อสังเกต ปัญหา อุปสรรค (๒)	ข้อเสนอแนะต่อหน่วยรับตรวจ (๓)	ข้อเสนอแนะต่อส่วนกลาง หรือผู้บริหาร (๔)
๒ การ ถ่ายทอด โปรแกรม SKC สู่ โรงเรียน เป้าหมาย และสถาน บริการ สาธารณสุข	๑. จังหวัดมีการขับเคลื่อนบูรณาการ โครงการที่เกี่ยวข้องกับโรงเรียน เช่นโครงการเด็กไทยสายตาสี smart trainer เด็กไทยอ่อนหวาน ๒. ทุกจังหวัดมีการถ่ายทอด โปรแกรม SKC โดยศูนย์อนามัยที่ ๑-๑๒ ผลงานที่ผ่านมา -อบรมครู ก. ๒๕๒ คน -อบรมครู ข. ๒,๘๒๖ คน -อบรมแกนนำนักเรียน ๕๓๓ คน และจังหวัดมีการถ่ายทอดสู่ทีม สุขภาพตำบลทุกอำเภอ และทีม PM ระดับอำเภอได้มีการพัฒนาเติมเต็ม ทักษะให้กับ SKC ระดับ รพ.สต. และโรงเรียนนำร่องที่มีเด็กนักเรียน ที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนมากกว่า ๑๐% เข้าร่วม จำนวน ๕,๒๑๕ โรงเรียน จาก ๕๔ จังหวัด และ โรงเรียนนำร่องได้นำแผนการเรียนรู้ การส่งเสริมสุขภาพ ๑๕ เรื่อง ไปใช้ จำนวน ๑,๙๓๙ โรงเรียน ๓. จังหวัดมีรายชื่อ SKC ในระดับ จังหวัด อำเภอ รพ.สต. และโรงเรียน แต่ยังไม่มีการจัดทำเป็นทำเนียบทีม SKC อย่างเป็นระบบ ๔. องค์ความรู้ที่กำหนดไว้ในหลักสูตร SKC เป็นองค์ความรู้ที่แก้ปัญหาเชิง วิชาการ ควรมี How to ที่เหมาะสมกับ การแก้ปัญหาแบบบูรณาการ เชื่อมโยงทุกภาคส่วน เพื่อให้พื้นที่ สามารถจัดการแก้ปัญหาแบบยั่งยืน ของตนเองได้ เช่น การจัดการ ความรู้เชิงนโยบายนโยบาย สาธารณะด้านการแก้ไขปัญหารอค อ้วนในเด็กนักเรียน	๑. จังหวัดจัดทำโปรแกรมกิจกรรม การลดปัญหาเด็กอ้วนตามบริบท โรงเรียนในระดับพื้นที่ พร้อม เร่งรัดการอบรม SKL ในจังหวัดให้ แล้วเสร็จภายในเดือนกันยายน ๒๕๕๙ โดยเฉพาะจังหวัดที่ยังไม่มี รายงานผล ๒. ทุกจังหวัดควรจัดทำฐานข้อมูล หรือทำเนียบเครือข่ายและ ช่องทางการติดต่อสื่อสารระหว่าง ทีม SKC & SKL เพื่อแลกเปลี่ยน เรียนรู้และแบ่งปันประสบ การณ์ ๓. ทีม SKC & SKL ควรเติมเต็ม ความรู้และต้องการสื่อความรู้แก่ นักเรียน ผู้ปกครอง และครู สามารถศึกษาจากช่องทางของ กรมอนามัยและกระทรวง สาธารณสุข เช่น - คลิปวิดีโอสื่อ สร้างสรรค์ในรูปแบบ Edutainment เรื่องอาหารว่าง เพิ่มความสูง อย่าเค็มเกินดี หวาน พอดี ๔ ซ่อนชา เป็นต้น	๑. สำนักโภชนาการ ควร MOU และบูรณาการงานร่วมกับ กระทรวงศึกษาธิการ พร้อมมี การขับเคลื่อนการดำเนินงาน ไปด้วยกันเพื่อให้เพิ่มกิจกรรม SKC ถ่ายทอดนโยบายลดเวลา เรียน เพิ่มเวลารู้ ๒. ปรับหลักสูตรการพัฒนาทีม SKC ให้มีการมีทักษะด้าน การเสริมพลังสร้างความ ร่วมมือแบบสหวิชาชีพ การ พัฒนาข้อเสนอและการ ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ ด้านการจัดการอาหารและ โภชนาการในระดับต่างๆ ด้วย เนื่องจากการแก้ไขปัญห ภาวะอ้วนเป็น Multi-sectoral การจัดการด้วยหลักการ ๓ อ. โดย SKC & SKL เพียงกลยุทธ์ เดียว ไม่มีพลังพอต่อการแก้ไข ปัญหาทั้งในระยะสั้นและระยะ ยาว ๓. ส่วนกลางควรมีช่องทางให้ ทีม SKC แต่ละภาคได้แบ่งปัน ประสบการณ์ เพื่อเพิ่มทักษะ และกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจ ขับเคลื่อนงาน ๔. กรมอนามัย ควรมีแนวทาง ที่ชัดเจนในการส่งเสริมการ พัฒนาศูนย์ DPAC
๓ โรงเรียนนำ แผนการ เรียนรู้เรื่อง การจัดการ น้ำหนักด้าน	๑. โรงเรียนนำร่อง จำนวน ๕,๒๑๕ โรงเรียน จาก ๕๔ จังหวัด (ยังไม่ ครบทุกจังหวัด) ได้นำแผนการเรียนรู้ การส่งเสริมสุขภาพ ๑๕ เรื่อง ไปใช้ เพียงจำนวน ๑,๙๓๙ โรงเรียน ยัง	๑. PM และหน่วยบริการสาธารณสุข ในพื้นที่ ควรมีการวิเคราะห์ข้อมูล เด็กนักเรียนเริ่มอ้วนและอ้วน ร่วมกับโรงเรียนที่รับผิดชอบ เพื่อ วางแผนจัดทำระบบส่งต่อนักเรียน	ส่วนกลางควรจัดสรรชุด สื่อความรู้ นวัตกรรม ที่ เพียงพอสามารถ ประยุกต์ใช้ง่ายตามบริบท ของโรงเรียน เพื่อ

ประเด็น/หัวข้อ (๑)	ข้อสังเกต ปัญหา อุปสรรค (๒)	ข้อเสนอแนะต่อหน่วยรับตรวจ (๓)	ข้อเสนอแนะต่อส่วนกลาง หรือผู้บริหาร (๔)
โภชนาการ และการ เคลื่อนไหว ร่างกาย เช่น Food for fun (โภชนาการ) และ Fun for fit (การ เคลื่อนไหว ร่างกาย)ไปใช้ ในกิจกรรมลด เวลาเรียนเพิ่ม เวลารู้	ไม่ครอบคลุมโรงเรียนเป้าหมายทั้งนี้ โรงเรียนเข้าร่วมเริ่มจัดกิจกรรมลด เวลาเรียน เพิ่มเวลารู้ แต่เนื้อหายังไม่ ครอบคลุมถึงการพัฒนาทักษะ เด็กด้านอาหารและโภชนาการ ส่วนใหญ่เน้นการออกกำลังกาย และโรงเรียนยังจัดได้ไม่ต่อเนื่อง ๒. โรงเรียนควรได้รับการพัฒนา ความรู้-ทักษะในการจัดกิจกรรม รวมทั้งต้องการชุดสื่อ นวัตกรรม หลากหลาย ใช้ง่าย สนับสนุนการ ดำเนินงานของโรงเรียน	ที่พบปัญหาจากโรงเรียน สู่ ระบบงาน DPAC ของโรงพยาบาล ชุมชน และระบบส่งกลับเพื่อการ ติดตามในระดับ รพ.สต. ๒. เร่งรัดให้ทุกจังหวัดขยายผลให้ โรงเรียนนำแผนการเรียนรู้ ไปใช้ ภายใต้นโยบาย “การจัดกิจกรรม ลดเวลาเรียน เพิ่มเวลารู้” ด้านการ จัดการน้ำหนักครอบคลุมทุก โรงเรียนเป้าหมายลดอ้วน ๓. แนะนำให้มีการสาธิตการจัด กิจกรรมการจัดการน้ำหนักตาม หลักการ ๓ อ. แบบบูรณาการสู่สาระ การเรียนรู้ทั้งใน-นอกห้องเรียน ทั้งนี้ศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรีมี Health Plaza ให้การสนับสนุน ๔. PM จังหวัดควรจัดเวที/เปิด ช่องทางให้โรงเรียนได้ แบ่งปัน ประสบการณ์ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อจัดทำองค์ความรู้และพัฒนา นวัตกรรมในพื้นที่	สนับสนุนตอนนโยบาย ลด เวลาเพิ่มเวลาเรียนรู้

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

๒. การคัดกรอง ส่งต่อ การจัดการแก้ไขปัญหา และการรายงานผล

ที่	ประเด็น/หัวข้อ (๑)	ข้อสังเกต ปัญหา อุปสรรค (๒)	ข้อเสนอแนะ ต่อหน่วยรับตรวจ (๓)	ข้อเสนอแนะต่อส่วนกลาง หรือผู้บริหาร (๔)
๑.	โรงเรียนที่มีเด็กภาวะเริ่ม อ้วนและอ้วน>ร้อยละ๑๐ คัดกรองและจัดการ น้ำหนัก -เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการ ตรวจ obesity sign ๑) รอบคอดำ ๒) นิ่งหลับ ๓) นอนกรน ๔)ประวัติเจ็บป่วย	๑. จากการสังเกตพบว่าการคัด กรองเด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยง ส่งต่อ คลินิก DPAC เพื่อปรับพฤติกรรม รายคน การจัดทำข้อมูลยังไม่เป็น ระบบ และจากการตรวจนิเทศใน ระดับรพ.สต.พบว่ามีการแปลผล ภาวะโภชนาการรายคนในระบบ JHCIS, Hos-xp และ HDC ผิดพลาด ส่งผลให้เจ้าหน้าที่ไม่ สามารถดึงข้อมูล-รายชื่อเด็กอ้วน	๑.จังหวัดควร Set ระบบการติดตามส่งต่อ - ส่งกลับเด็กอ้วนกลุ่ม เสี่ยงที่มี Obesity sign เพื่อปรับพฤติกรรมราย คนในคลินิก DPAC ต่อเนื่อง ๒. เร่งรัดและกำกับ ติดตามให้มีการตรวจ Obesity sign ในเด็ก	๑. กรมอนามัยควรผลักดัน ให้การดูแลรักษาเด็กอ้วนที่ มี Obesity sign เป็นสาขา หนึ่งในระบบ Service plan ที่ต้องให้บริการ เพื่อ เปิดโอกาสให้ระดับพื้นที่ ทำงานได้ง่ายขึ้นและเด็ก อ้วนกลุ่มเสี่ยงได้รับการ รักษาที่ทันเวลา ๒. กรมอนามัยควรรว

ที่	ประเด็น/หัวข้อ (๑)	ข้อสังเกต ปัญหา อุปสรรค (๒)	ข้อเสนอแนะ ต่อหน่วยรับตรวจ (๓)	ข้อเสนอแนะต่อส่วนกลาง หรือผู้บริหาร (๔)
	ครอบครัว -การส่งต่อเข้ารับ Serviceplan และ คลินิก DPAC	รายคนได้ ๒. การส่งต่อเด็กอ้วนที่มี Obesity sign ๓ ถึง ๔ ในระบบ Service plan และคลินิก DPAC ในบางจังหวัดยังไม่ได้ได้รับความ ร่วมมือเท่าที่ควร ส่งผลให้เด็ก อ้วนขาดโอกาสในการรับการ รักษาที่ทันเวลา และต่อเนื่อง ๓. บางพื้นที่ในจังหวัดได้รับการ ถ่ายทอดความรู้การตรวจคัดกรอง Obesitysignเข้าทำให้ยังไม่ได้ ดำเนินงานในพื้นที่	นักเรียนที่มีภาวะอ้วน ทุกคนให้แล้วเสร็จก่อน สิ้นงบประมาณ ๓. จัดทีมสหวิชาชีพ (สธ. ศธ. เกษตร. อปท.ฯ) เยี่ยมโรงเรียน/บ้าน เพื่อติดตามเสริมแรง การแก้ไขเด็กอ้วนโดย เฉพาะเด็กที่มีอาการ Obesity sign พร้อม สรุปผลการติดตาม	ระบบการติดตามเด็กอ้วน กลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับการรักษา ให้สามารถเห็นข้อมูลได้ทุก ระดับ เพื่อใช้ในการจัดการ เชิงนโยบาย และการ พัฒนาคุณภาพการ ให้บริการในระบบ Service plan และคลินิก DPAC รวมทั้งการส่งต่อข้ามพื้นที่/ จังหวัดในกรณีเด็กย้าย โรงเรียน และติดตามช่วง ปิดเทอมในกรณีเด็กอยู่ต่าง พื้นที่ รวมทั้งใช้ประโยชน์ จากข้อมูลในการจัดการเชิง นโยบาย
๒.	การติดตามผลการคัด กรองและรายงานผลการ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ปีละ ๒ ครั้ง -ภาคเรียนที่ ๑: พฤษภาคม-กรกฎาคม -ภาคเรียนที่ ๒: ตุลาคม-ธันวาคม เน้น ๑) ความครอบคลุม ๒) มาตรฐานการใช้ เครื่องมือและวิธีการ ประเมิน	๑. ระบบติดตามประเมินผลจาก HDC service รายงานความ ครอบคลุมเด็กนักเรียนไม่ได้ เนื่องจากรายงานจากระบบ DHC ไม่ได้ระบุจำนวนนักเรียนทั้งหมด มีเฉพาะข้อมูลเด็กที่ชั่งน้ำหนัก-วัด ส่วนสูง ส่วนข้อมูลจากรายงาน ตก.๑ -ตก.๒ สามารถรายงาน ความครอบคลุมเด็กนักเรียนใน พื้นที่ ได้มากกว่า - รายงานจาก HDC -ภาคเรียนที่ ๒ ตุลาคม-ธันวาคม ๒๕๕๙ เด็ก นักเรียนเริ่มอ้วนและอ้วน จำนวน ๒๙๐,๘๗๖ คน ร้อยละ ๑๒.๒ ส่วนภาคเรียนที่ ๑ พฤษภาคม - กรกฎาคม ๒๕๕๙ เด็กนักเรียน เริ่มอ้วนและอ้วน จำนวน ๓๗๑,๓๔๔ คน ร้อยละ ๑๓.๑๒ จังหวัดมีการพัฒนาระบบการเฝ้า ระวังภาวะโภชนาการนักเรียนที่ ได้มาตรฐานมากขึ้น เช่น มีการ จัดซื้อเครื่องชั่งน้ำหนัก ที่วัด ส่วนสูง การ Standardize ทีมงาน มีการตรวจสอบมาตรฐาน เครื่องชั่งน้ำหนัก ที่วัดส่วนสูง ๓.มี	๑. ควรติดตามชั่ง น้ำหนัก วัดส่วนสูงให้ ครอบคลุมนักเรียนทุก คน โดยเทอมที่ ๑ ดำเนินการได้ตั้งแต่ เดือน พฤษภาคม- กรกฎาคม เทอมที่ ๒ ตั้งแต่เดือน ตุลาคม- ธันวาคม และป้อน ข้อมูลเข้าแฟ้ม ๔๓ แฟ้ม ภายในเวลาที่ กำหนดตาม template ๒. ควรตรวจสอบ มาตรฐานของเครื่องชั่ง ทุกครั้งก่อนการชั่ง น้ำหนัก โดยใช้ลูกตุ้ม เหล็กน้ำหนัก ๕ กิโลกรัมทดสอบและใน การวัดส่วนสูงควรใช้ไม้ ฉากทาบศีรษะเด็ก รวมทั้งตรวจสอบความ ถูกต้องของข้อมูลทุก ครั้ง ๓. ควรสำรวจอุปกรณ์ การชั่งน้ำหนัก วัด	๑. ส่วนกลางปรับปรุงระบบ รายงานผลจาก HDC service ให้สามารถออก รายงานทั้งความครอบคลุม และผลงาน รายจังหวัด และเขตได้ ๒. ส่วนกลางโดยกรมอนามัย ต้องจัดทำระบบฐานข้อมูล เด็กอ้วน ระบบการ คัดกรอง Obesity sign และระบบส่งต่อระบบ Service plan และคลินิก DPAC อย่างเป็นรูปธรรม ๓. สำนักโภชนาการ ควร ทบทวนการเขียนคำสั่งแปล ผลภาวะโภชนาการรายคน และการให้คำนิยามการ คำนวณภาพรวมจำนวนเด็ก วัยเรียนทั้งหมดในโรงเรียน ของระบบ Hos-xp, JHCIS,HDC เนื่องจากยังใช้ คำสั่งและนิยามไม่ถูกต้อง และเห็นควรเพิ่มคำสั่งการ แปลผลภาวะโภชนาการ รายคนให้ครอบคลุม ๔

ที่	ประเด็น/หัวข้อ (๑)	ข้อสังเกต ปัญหา อุปสรรค (๒)	ข้อเสนอแนะ ต่อหน่วยรับตรวจ (๓)	ข้อเสนอแนะต่อส่วนกลาง หรือผู้บริหาร (๔)
		โครงการเฝ้าระวังติดตามภาวะโภชนาการและโรงเรียนเป็นผู้ดำเนินการร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่โดยระบบการคัดกรองปีละ ๒ ครั้งคือช่วงเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม และ ตุลาคม-พฤศจิกายน ๔. มีการบันทึกข้อมูลใน ๔๓ แฟ้มแต่ไม่ครบถ้วนผู้รับผิดชอบไม่นำข้อมูลเข้าตามกำหนดเวลาใน template และส่วนใหญ่ไม่มีการวิเคราะห์เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาในบางพื้นที่	ส่วนสูงว่ามีโรงเรียนที่ได้มาตรฐานและในโรงเรียนที่ไม่ได้มาตรฐานควรจัดซื้อ/พัฒนาให้มาตรฐานเพื่อความถูกต้องเที่ยงตรงของข้อมูลในการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ ๔.พัฒนาระบบข้อมูลโดยกลุ่มงานส่งเสริมร่วมกับงาน IT ของจังหวัดในการบันทึกและการส่งออกข้อมูลให้สามารถนำมาแก้ไขปัญหาในพื้นที่ได้ให้ตรงตามเวลาเพื่อให้นำเข้าข้อมูลได้อย่างสมบูรณ์ จังหวัดควร Coaching ให้กับเจ้าหน้าที่ รพช. รพ.สต.ในพื้นที่ การคีย์และวิเคราะห์ข้อมูล	เกณฑ์คือน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน เพื่อลดภาระการทำงานซ้ำซ้อนของเจ้าหน้าที่ในระดับ รพ.สต.

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลตามเป้าหมาย การตรวจติดตาม และ/หรือ ผลลัพธ์ในแนวทางการตรวจราชการ

ลำดับ	ผลสำเร็จ/ตัวชี้วัด	ประเด็นการประเมินผล	ผลการดำเนินงาน
๑.	แผนลดปัญหาภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ระดับจังหวัดและอำเภอ	๑.จังหวัดมีการแต่งตั้งคณะกรรมการลดปัญหาภาวะอ้วนและเริ่มอ้วน ๒.จังหวัดและอำเภอมีแผนลดปัญหาภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน	๑.จังหวัดมีการแต่งตั้งคณะกรรมการลดปัญหาภาวะอ้วนและเริ่มอ้วน โดยมี CIO และ Project manager ร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาในพื้นที่ ๒.กิจกรรมสำคัญ/กระบวนการดำเนินงานลดปัญหาภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ระดับจังหวัด...มาตรการ : สนับสนุน ส่งเสริม การจัดกิจกรรมแก้ไขปัญหาภาวะอ้วน <u>กิจกรรมสำคัญจังหวัด</u> ๑) แต่งตั้งคณะกรรมการลดอ้วนที่บูรณาการกับโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ๒) จัดประชุมชี้แจงและถ่ายทอดโปรแกรม Smart Kids Coacher & Smart Kids Leader ให้กับ PM วยเรียน ในระดับอำเภอ โรงพยาบาล รพ.สต. และเชื่อมโยงกับแกนนำ DHS

ลำดับ	ผลสำเร็จ/ตัวชี้วัด	ประเด็นการประเมินผล	ผลการดำเนินงาน		
			๓) จัดประชุมผู้บริหารโรงเรียนชี้แจงแนวทางการแก้ปัญหาภาวะอ้วนในเด็กวัยเรียนและขอความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมลดอ้วนในโรงเรียน ๔) จัดประกวดและมอบโล่รางวัลให้กับโรงเรียนที่มีผลการดำเนินงานดีเด่น ๕) ส่งเสริมสนับสนุนการจัดค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของเด็กเริ่มอ้วน+อ้วน ๖) อบรมครูประจำชั้นให้มีองค์ความรู้ทางโภชนาการและการดูแลสุขภาพเพื่อบูรณาการกับการเรียนการสอน ๗) อบรมแกนนำนักเรียนด้านการจัดการน้ำหนัก (Smart Kids Leader) เพื่อช่วยเป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำเรื่องโภชนาการในโรงเรียน ๘) พัฒนาคุณภาพอาหารกลางวันในโรงเรียน ๙) นิเทศ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานของ PM ๑๐) รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลการเจริญเติบโตของนักเรียน ปีละ ๒ ครั้ง ๑๑) จัดกิจกรรม Focus group ผู้ปกครองเด็กที่มีภาวะอ้วน ระดับอำเภอ... โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็กวัยเรียน ลดอ้วน ลดพุงปี ๒๕๕๙ พัฒนาทักษะนักจัดการน้ำหนักระดับตำบลแกนนำ โครงการสร้างศักยภาพแกนนำเด็กไทยทำได้ เป้าระวังการเจริญเติบโตโดยการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง ปีละ ๒ ครั้ง คัดกรองและตรวจ Obesity sign ในเด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยงส่งต่อและปรับพฤติกรรมรายคน ส่งเสริมสนับสนุนให้โรงเรียนจัดกิจกรรม ๓๐.		
๒.	จำนวนโรงเรียนและสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับที่ได้รับการถ่ายทอดโปรแกรม SKC	โรงเรียนที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน >ร้อยละ ๑๐ และสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับได้รับการถ่ายทอดโปรแกรม SKC	๑.หน่วยงานที่ได้รับการถ่ายทอดโปรแกรม SKC (ครู ก.)		
			๑.๑ สสจ. ๑.๒ สสอ. ๑.๓ รพศ.รพท. ๑.๔ รพช. ๑.๕ รพ.สต. ๑.๖ สถานบริการสาธารณสุขเขตเมือง (เทศบาล)	๘๙ คน ๑๖ คน ๕๖ คน ๕๓ คน ๔ คน ๓ คน	
			๒.มีการถ่ายทอด SKC แก่โรงเรียน	๔,๖๙๑ โรงเรียน	

ลำดับ	ผลสำเร็จ/ตัวชี้วัด	ประเด็นการประเมินผล	ผลการดำเนินงาน																												
๓.	ร้อยละ ๗๐ ของโรงเรียน มีการนำแผนการเรียนรู้เรื่อง การจัดการ น้ำหนัก ด้าน โภชนาการ และการ เคลื่อนไหว ร่างกายไป ใช้	โรงเรียนเป้าหมายลดอ้วนมี การจัด กิจกรรมลดเวลา เรียน เพิ่มเวลารู้เรื่อง การ จัดการ น้ำหนักด้าน โภชนาการและการ เคลื่อนไหวร่างกาย	<table><tr><td colspan="3">-โรงเรียนเป้าหมายลดอ้วน จำนวน</td><td colspan="2">๕,๒๑๕ โรงเรียน</td></tr><tr><td colspan="3">-โรงเรียนมีการนำไปใช้ จำนวน ร้อยละ</td><td colspan="2">๑,๙๓๙ โรงเรียน ๓๗.๒</td></tr></table>					-โรงเรียนเป้าหมายลดอ้วน จำนวน			๕,๒๑๕ โรงเรียน		-โรงเรียนมีการนำไปใช้ จำนวน ร้อยละ			๑,๙๓๙ โรงเรียน ๓๗.๒															
-โรงเรียนเป้าหมายลดอ้วน จำนวน			๕,๒๑๕ โรงเรียน																												
-โรงเรียนมีการนำไปใช้ จำนวน ร้อยละ			๑,๙๓๙ โรงเรียน ๓๗.๒																												
๔.	การคัดกรอง ส่งต่อเด็ก อ้วนกลุ่ม เสี่ยงจาก สถานศึกษา เข้าระบบ Service plan และ คลินิก DPAC	๑. โรงเรียนเป้าหมายลด อ้วนและสถานบริการ สาธารณสุขมีรายชื่อและผล การตรวจ Obesity sign ของนักเรียนอ้วนกลุ่มเสี่ยง ๒. โรงเรียนมีการส่งต่อ นักเรียนอ้วนที่ตรวจพบ Obesity sign ๓ ใน ๔ ข้อ ให้กับระบบ Service plan และคลินิก DPAC โดยผ่าน ระบบการส่งต่อช่วยเหลือ นักเรียน	<table><tr><td rowspan="2">เด็กได้รับการ คัดกรอง Obesity sign</td><td colspan="2">เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยง</td><td colspan="2">ได้รับการส่งต่อ แก้ไข</td><td rowspan="2">ภาวะ อ้วน ลดลง</td></tr><tr><td>จำนวน</td><td>ร้อยละ</td><td>จำนวน</td><td>ร้อยละ</td></tr><tr><td></td><td>๓๗,๑๔๔</td><td>๑๓.๑</td><td>๒๕๙๙</td><td>๐.๗</td><td></td></tr></table> ๒.สถานบริการสาธารณสุขที่รับการส่งต่อ <table><tr><td>รพศ./รพท.</td><td>รพช.</td><td>รพ.สต.</td><td>คลินิก DPAC</td></tr><tr><td>๕๖</td><td>๑๑๑</td><td>๑,๐๗๐</td><td>๑,๐๗๙</td></tr></table>					เด็กได้รับการ คัดกรอง Obesity sign	เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยง		ได้รับการส่งต่อ แก้ไข		ภาวะ อ้วน ลดลง	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		๓๗,๑๔๔	๑๓.๑	๒๕๙๙	๐.๗		รพศ./รพท.	รพช.	รพ.สต.	คลินิก DPAC	๕๖	๑๑๑	๑,๐๗๐	๑,๐๗๙
เด็กได้รับการ คัดกรอง Obesity sign	เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยง		ได้รับการส่งต่อ แก้ไข		ภาวะ อ้วน ลดลง																										
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ																											
	๓๗,๑๔๔	๑๓.๑	๒๕๙๙	๐.๗																											
รพศ./รพท.	รพช.	รพ.สต.	คลินิก DPAC																												
๕๖	๑๑๑	๑,๐๗๐	๑,๐๗๙																												
๕.	ภาวะเริ่ม อ้วน และ อ้วน ๒ ภาค เรียน	๑. ข้อมูลการชั่งน้ำหนัก วัด ส่วนสูงและแปลผลภาวะ โภชนาการนักเรียนถูกต้อง ตามเกณฑ์ชี้วัด ในภาค เรียนที่ ๑ – ๒ ๒. รายชื่อนักเรียนที่มีภาวะ เริ่มอ้วนและอ้วนในภาค เรียนที่ ๑ – ๒	ภาคเรียนที่ ๒ ปีการศึกษา ๒๕๕๘ <table><tr><td colspan="2">จำนวนนักเรียน (คน)</td><td rowspan="2">ร้อยละ</td><td>จำนวนนักเรียน (คน)</td><td rowspan="2">ร้อยละ</td></tr><tr><td>ทั้งหมด</td><td>ที่ได้รับการ ชั่งน้ำหนัก และวัด ส่วนสูง</td><td>ภาวะเริ่มอ้วนและ ภาวะอ้วน</td></tr><tr><td>-</td><td>๒,๓๘๓,๔๕๘</td><td>-</td><td>๒๙๐,๘๗๖</td><td>๑๒.๒</td></tr></table> ภาคเรียนที่ ๑ ปีการศึกษา ๒๕๕๙ <table><tr><td>จำนวนนักเรียน (คน)</td><td>ร้อย ละ</td><td>จำนวนนักเรียน (คน)</td><td>ร้อยละ</td></tr></table>					จำนวนนักเรียน (คน)		ร้อยละ	จำนวนนักเรียน (คน)	ร้อยละ	ทั้งหมด	ที่ได้รับการ ชั่งน้ำหนัก และวัด ส่วนสูง	ภาวะเริ่มอ้วนและ ภาวะอ้วน	-	๒,๓๘๓,๔๕๘	-	๒๙๐,๘๗๖	๑๒.๒	จำนวนนักเรียน (คน)	ร้อย ละ	จำนวนนักเรียน (คน)	ร้อยละ							
จำนวนนักเรียน (คน)		ร้อยละ	จำนวนนักเรียน (คน)	ร้อยละ																											
ทั้งหมด	ที่ได้รับการ ชั่งน้ำหนัก และวัด ส่วนสูง		ภาวะเริ่มอ้วนและ ภาวะอ้วน																												
-	๒,๓๘๓,๔๕๘	-	๒๙๐,๘๗๖	๑๒.๒																											
จำนวนนักเรียน (คน)	ร้อย ละ	จำนวนนักเรียน (คน)	ร้อยละ																												

ลำดับ	ผลสำเร็จ/ ตัวชี้วัด	ประเด็นการประเมินผล	ผลการดำเนินงาน				
			ทั้งหมด	ที่ได้รับการชั่ง น้ำหนักและ วัดส่วนสูง		ภาวะเริ่มอ้วนและ ภาวะอ้วน	
			-	๒,๘๒๘,๕๖๕	-	๓๗๑,๗๔๔	๑๓.๑
๖.	ภาวะเริ่ม อ้วนและ อ้วน ลดลง ๐.๕ เมื่อเทียบกับ สถานการณ์ เดิมในปี การศึกษา นั้น	สถานการณ์ภาวะเริ่มอ้วน และอ้วนของนักเรียนใน เทอม ๒ ปีการศึกษา ๒๕๕๘ ลดลงอย่างน้อย ร้อยละ ๐.๕ เมื่อเทียบกับ สถานการณ์ในเทอม ๑ ปี การศึกษา ๒๕๕๘	ตารางเปรียบเทียบภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน				
			ภาคเรียนที่ ๑		ภาคเรียนที่ ๒		
			จำนวนนักเรียน (คน)	ร้อยละ	จำนวนนักเรียน (คน)	ร้อยละ	ร้อยละ
			ภาวะเริ่มอ้วนและ ภาวะอ้วน		ภาวะเริ่มอ้วนและ ภาวะอ้วน		
			๒๙๐,๘๗๖	๑๒.๒	๓๗๑,๗๔๔	๑๓.๑	
			ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน เพิ่มขึ้น ๐.๙				

ส่วนที่ ๔ ความสำเร็จ (key Risk Area/ Key Risk Factor)

๔.๑ โครงสร้างการบริหารจัดการชัดเจน (Structure Strong)

๔.๒ กลไกการบริหารจัดการที่ง่ายต่อการปฏิบัติ (Process Strong)

๔.๓ เครือข่ายที่เข้มแข็ง (Structure Strong)

๔.๔ การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน (Environment Strong)

๔.๕ ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจที่เชื่อถือได้ (Obesity Nutrition database strong)

๔.๑ โครงสร้างการบริหารจัดการชัดเจน (Structure Strong)

- กระทรวงและกรมอนามัย กำหนดยุทธศาสตร์และแผนการแก้ไขปัญหาภาวะอ้วนและอ้วนที่ชัดเจน มีการกำหนดเป็นตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขและกรม จังหวัดจึงมีการถ่ายทอดตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ของจังหวัด ลงหน่วยบริการให้ดำเนินงานได้อย่างครอบคลุม

- การจัดสรรงบประมาณที่กำหนดไว้ตามยุทธศาสตร์และแผนการแก้ไขปัญหาภาวะอ้วนและอ้วน ของกระทรวงและกรม มีการจัดสรรที่เหมาะสมในแผนงานและกิจกรรม

- ระบบการนิเทศ ติดตามและประเมินผล ในระดับกระทรวง กรม จังหวัด และหน่วยบริการที่ ชัดเจน มีการกำหนด small success โดยเน้นการเสริมพลังและการสร้างแรงจูงใจในพื้นที่

๔.๒ กลไกการบริหารจัดการที่ง่ายต่อการปฏิบัติ (Process Strong)

- มีกลไกการบูรณาการงานแต่ละกระทรวงที่ชัดเจนภายใต้ข้อตกลงร่วมกัน (MOU) ในทุกระดับ

- มีกลไกคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) โดยกำหนดให้ทุก รพ.สต. ดำเนินงานตามนโยบายการพัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพและบูรณาการในโครงการลดเวลาเรียนเพิ่มเวลารู้

- มีการแต่งตั้งคณะกรรมการคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนระดับจังหวัดและอำเภอ (Project Manager : PM) ทุกจังหวัด และทุกศูนย์อนามัยเขต ๑๓ เขต

- มีกลไกสนับสนุนการดำเนินงานของพื้นที่ในทุกระดับให้มีการวิเคราะห์ปัญหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในพื้นที่ สำหรับเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการเขียนแผนลดปัญหาภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนในเด็กวัยเรียน

๔.๓ เครือข่ายที่เข้มแข็ง (Structure Strong)

- มีการสร้างความร่วมมือระหว่างเครือข่ายการทำงานระดับกระทรวง กรม และหน่วยงานในพื้นที่ ภายใต้การ MOU ร่วมกันของผู้บริหารสูงสุดของหน่วยงาน เพื่อร่วมแก้ไขปัญหาดังกล่าวในเด็กนักเรียนอ้วนในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม

- พื้นที่โดยจังหวัดมีการ coaching อำเภอและตำบล ในการนำข้อมูลมาวิเคราะห์ และแก้ไขปัญห เพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน และมีกระบวนการเสริมพลังในการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้โรงเรียน ส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการในพื้นที่อย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการสนับสนุนงบประมาณในการจัดโครงการแก้ไขปัญหาดังกล่าวในแผนสุขภาพตำบล

- จังหวัดมีการถ่ายทอดโปรแกรมนักจัดการน้ำหนักเด็กวัยเรียน (Smart Kids Coacher:SKC) สู่เป้าหมายสถานบริการสาธารณสุขและโรงเรียนมีระบบการคัดกรอง ส่งต่อ การแก้ไขปัญหาดังกล่าวในเด็กนักเรียนเริ่มอ้วนและอ้วนอย่างจริงจัง

๔.๔ การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ (Environment Strong)

- โรงเรียน การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน โดยโรงเรียนมีนโยบาย Health food ทั้งในและรอบรั้วโรงเรียนเพื่อให้เด็กนักเรียนโดยเฉพาะการจัดและจำหน่ายอาหารกลางวัน อาหารว่างและเครื่องดื่มภายในโรงเรียน ร้านค้า/สหกรณ์ของโรงเรียนที่มีขนมกรุบกรอบ น้ำหวานต่างๆ มากมาย รวมทั้งสุขภาพอาหารและน้ำควรเป็นไปตามมาตรฐานที่กรมอนามัยกำหนด ประกอบด้วยอาหารที่ลดหวาน มัน เค็ม ปริมาณผักและผลไม้ที่มีคุณค่าและปริมาณเหมาะสมกับจำนวนนักเรียน การจัดและจำหน่ายขนม น้ำหวาน น้ำผลไม้ที่มีรสไม่หวานจัด

- องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ได้ให้ความร่วมมือในการกำหนดขอบเขตของการขายของและประเภทที่ควรขายรอบรั้วโรงเรียนซึ่งจะมีร้านค้าและรถเร่จำนวนมากที่หน้าโรงเรียน และขายอาหารและเครื่องดื่มที่อุดมไปด้วยไขมันและของหวานต่างๆ เช่น ลูกชิ้นทอด ไก่ย่าง ไก่ทอด เฟรนช์ฟราย น้ำหวานต่างๆ เป็นต้น

- บ้าน โดยแกนนำนักเรียนได้นำองค์ความรู้มาใช้ในการจัดรายการอาหารที่บ้าน เน้นอาหาร ลดหวาน มัน เค็ม เน้นบริโภคผักและผลไม้ที่มีคุณค่าและปริมาณเหมาะสมความต้องการของร่างกายในสมาชิกครัวเรือน ลด/งดการกินขนมประเภท snack น้ำอัดลมและน้ำหวาน น้ำ

- สังคม โดยเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น สสส. สช และแกนนำนักเรียนและเยาวชน ร่วมกันปกป้องสิทธิคุ้มครองผู้บริโภคโดยการควบคุมการโฆษณาอาหารขยะในสื่อทีวีและการโฆษณาแฝงต่างๆ รายการเกมส์โชว์ ลด แลก แจก แถม อาหารขยะต่างๆ และผลักดันให้มีการร่วมมือให้มีระบบและกลไกโดยใช้มาตรการทางกฎหมายที่จัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของนักเรียนให้ได้รับอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ

๔.๕ ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจที่เชื่อถือได้ (Obesity Nutrition database strong)

- การพัฒนาระบบข้อมูล Health data service (HDC) เป็น single source ในการรายงานผลงาน ให้ทุกพื้นที่จัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัดตาม Template /การ Key ข้อมูล การตรวจสอบข้อมูล การรวบรวมและการ นำออกข้อมูล ในระบบรายงาน Hosxp/JHCIS เพื่อเชื่อมโยงกับ HDC ที่มีความถูกต้อง ครบถ้วน

- การพัฒนาข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังและส่งเสริมการเจริญเติบโตเด็กวัยเรียน (Obesity Nutrition database) โดยระบบเฝ้าระวังจะมีการประเมินภาวะโภชนาการเด็กนักเรียนเป็นระยะและมีการคืนข้อมูล สุขภาพ (ภาวะเด็กอ้วน) ให้แก่โรงเรียน เพื่อให้ผู้บริหารและผู้ปกครองได้ทราบและนำไปวางแผนแก้ไขปัญหาคือต่อไป

- ข้อมูลเพื่อการด้านการควบคุมกำกับ ติดตาม พบว่าทุกจังหวัดใช้ข้อมูลจาก HDC เป็นข้อมูลเพื่อการ นิเทศติดตามผลงานทำให้ส่วนกลางและพื้นที่มีข้อมูลชุดเดียวกันในการรายงานความก้าวหน้าตามตัวชี้วัด

- การพัฒนา social network เช่นระบบ Teleline /line group /YouTube /Facebook / website หน่วยงานสนับสนุน การสื่อสารกับกลุ่มเป้าหมายได้อย่างรวดเร็ว เช่น <http://nutrition.anamai.moph.go.th>

ส่วนที่ ๕ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้ การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้อำเภอหน่วยรับผิดชอบ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสานหรือดำเนินการต่อ
๑. ระบบเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ นักเรียนยังต้องพัฒนาด้านคุณภาพและ มาตรฐานให้ครบวงจร PDCA โดยเฉพาะ การแปลผลภาวะโภชนาการรายคนใน ระบบ Hos-xp & JHCIS ไม่ถูกต้อง การดึงข้อมูลเข้าระบบ HDC ต่ำกว่า ข้อมูลที่ปฏิบัติจริงในพื้นที่ ส่งผลให้ เจ้าหน้าที่ต้องทำงานซ้ำซ้อน ติดตามเด็ก กลุ่มเสี่ยงรายคนได้ไม่ครบทุกคน ดำเนินงานไม่ทันตามไตรมาสฯ	๑. เป็นที่ปรึกษาให้กับจังหวัดในการ กำกับ ติดตาม ตรวจสอบ และเพิ่ม คุณภาพการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ ให้ได้มาตรฐานทั้งวิธีปฏิบัติ เครื่องมือที่ ใช้ และกระบวนการครบวงจร PDCA โดยในระยะเร่งด่วนสนับสนุนให้ จังหวัดพัฒนาโปรแกรมฯเสริมเพื่อ แก้ปัญหาเฉพาะหน้า	กรมอนามัยต้องเร่งรัดการปรับปรุง แก้ไข/พัฒนาระบบรายงาน Hos- xp, JHCIS, HDC ให้ใช้งานได้อย่าง มีประสิทธิภาพ
๒. ความร่วมมือและความตระหนักใน การจัดการภาวะอ้วนและอาหารหวาน มัน เค็ม ทั้งใน-รอบรั้วโรงเรียนยังไม่มาก พอที่จะส่งผลให้เกิดการปฏิบัติอย่าง ต่อเนื่อง	๒. ใช้พื้นที่ตำบลบูรณาการ ๕ กลุ่ม วัย+ค่ากลางเป็นเครื่องมือในการ ทดลองรูปแบบการจัดการภาวะอ้วน ในเด็กนักเรียน โดยผลักดันให้เกิด มาตรการทางสังคม ทั้งในระดับ โรงเรียน ท้องถิ่น และครอบครัว เช่น ระดับโรงเรียน เรียกร้องให้ศึกษาธิการ จังหวัด/ ผู้บริหารโรงเรียน มีมาตรการ ลดการจำหน่ายอาหารหวาน มัน เค็ม ให้กับนักเรียน เพิ่มเมนูผักผลไม้ใน อาหารกลางวัน ฝึกวินัยการกิน และ เพิ่มกิจกรรมทางกาย ในกิจกรรมลด เวลาเรียน เพิ่มเวลาว่างสัปดาห์ละ ๓ วันๆละ ๑ ชม.	๑. สนับสนุนข้อมูลทางวิชาการ และเป็นที่ยอมรับในการดำเนินงาน ในพื้นที่ ๒. ประสานงานส่วนกลางให้มีการ ผลักดันให้กระทรวงศึกษาธิการ และกรมส่งเสริมการปกครอง ท้องถิ่น มีนโยบาย/มาตรการ / กฎกระทรวง ที่ชัดเจนในการ จัดการเรื่องลดการจำหน่ายอาหาร ขนมน และเครื่องดื่มที่มีพลังงาน ไขมัน น้ำตาล และเกลือสูงให้กับ นักเรียน ทั้งใน-รอบรั้วโรงเรียน รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพอาหาร กลางวันนักเรียนให้ได้มาตรฐาน

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้ การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสานหรือดำเนินการต่อ
	<u>ระดับท้องถิ่น</u> เร่งรัดให้ อปท.มีการจัดระเบียบร้านค้าจัดการอาหารรอบรั้วโรงเรียนอย่างจริงจัง <u>ระดับครอบครัว</u> สร้างบทบาทผู้ปกครองในการดูแลเด็กอ้วน เช่น การจัดทำโครงการฝึกวินัยการกิน ครอบครัวกินพอดี ไม่มีโรค ตู๋เย็นปลอดน้ำอัดลม/น้ำหวาน ชิมก่อนปรุง ชุมชนเมนูยิ้ม แข่งกีฬาลดอ้วน ลดพุง ประกวดเมนูสุขภาพของครอบครัว ให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการแปลผลภาวะโภชนาการนักเรียน และการแก้ไขปัญหา	โภชนาการ สุขาภิบาลอาหาร และอาหารปลอดภัย
๓. ความรู้และทักษะของผู้บริหาร ผู้ปกครอง และเจ้าหน้าที่ ยังต้องการเติม โดยเฉพาะการดูแลเด็กอ้วนที่มี Obesity sign	๓. เพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารเพื่อ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเลือกใช้ สื่ออย่างง่ายในรูปแบบ/ช่องทางที่ หลากหลาย เช่น - <u>กลุ่มผู้บริหาร</u> ใช้ Policy brief, Fact sheet จัดเวที Policy forum หาแนวทางร่วมในการจัดการภาวะอ้วน - <u>กลุ่มผู้ปฏิบัติ</u> ฝึกทักษะและสอนงานแบบเสริมพลัง จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ - <u>กลุ่มเด็ก/ครอบครัว</u> เน้นสื่อในรูปแบบ Edutainment โดยเด็ก-ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการออกแบบสื่อและใช้สื่อ เช่น คลิปวิดีโอ เพลง การ์ตูน แผ่นพับ - <u>กลุ่มสื่อมวลชน</u> Press tour เสี่ยงตามสาย เน้นการเผยแพร่ตัวอย่างเด็กครอบครัว ชุมชน โรงเรียนที่มี Good Practice เพื่อสร้างแรงจูงใจและขยายผล สร้างแนวร่วม	ส่งกลางสนับสนุนข้อมูลทางวิชาการและเป็นที่ปรึกษาในการดำเนินงาน
๔. กลยุทธ์/มาตรการที่กำหนดไว้ใน แผนงาน/โครงการของทุกระดับยังเป็นการ ทำงานแบบตั้งรับ และยังไม่เห็น การบูรณาการกับงานอื่นๆ อย่างชัดเจน เช่น งานคุ้มครองผู้บริโภค อาหาร ปลอดภัย สุขาภิบาลอาหาร เกษตร อินทรีย์ กลุ่มพัฒนาผลิตภัณฑ์ และงาน	๑. กำกับติดตามการตรวจคัดกรอง การประเมินภาวะโภชนาการ ด้วย โปรแกรมต่างๆ เพื่อให้การวิเคราะห์ ข้อมูลได้ถูกต้อง เช่น โปรแกรมThai growth, Nutrition การบันทึกข้อมูล การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และการคัด กรองสุขภาพในประเด็นอื่นๆ	๑.การจัดทำระบบฐานข้อมูลของ เด็กวัยเรียนให้มีความถูกต้องและ สมบูรณ์มากขึ้น

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้ การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสานหรือดำเนินการต่อ
ภาคประชาสังคม		

ส่วนที่ ๖ ข้อเสนอแนะนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

๖.๑ ข้อเสนอแนะต่อส่วนกลาง

๑. กระทรวงสาธารณสุขและกรมอนามัยควรผลักดันให้การดูแลรักษาเด็กอ้วนที่มี Obesity sign เป็นสาขาหนึ่งในระบบ Service plan ที่ต้องให้บริการ เพื่อให้ระดับพื้นที่ทำงานได้ง่ายขึ้น และเด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยงได้รับการรักษาที่ทันเวลา และต่อเนื่อง

๒. ส่วนกลางโดย สดป. กับกรมอนามัย ควรจัดทำข้อเสนอแนะนโยบายเชิงพื้นที่ (area mapping policy brief) ประเด็นการลดปัญหาโรคอ้วนในเด็กนักเรียน

๖.๒ ข้อเสนอแนะระดับพื้นที่

๑. PM ระดับพื้นที่ (จังหวัด อำเภอ ตำบล) ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรร่วมจัดทำนโยบาย/มาตรการ/ข้อบังคับท้องถิ่น เรื่อง การจัดการอาหารสุขภาพ (Healthy food) ใน-รอบรั้วโรงเรียน (มาตรฐานโภชนาการ อาหารกลางวันและนมโรงเรียน สุขาภิบาลอาหาร ฉลากอาหาร และอาหารปลอดภัย)

๒. มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาเชิงรุกและสร้างความร่วมมือของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ โดยบูรณาการงานในตำบล LTC เน้น ๕ กลุ่มวัย เพื่อค้นหาเด็กนักเรียนกลุ่มเสี่ยงและจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม

๓. พัฒนาระบบข้อมูลเด็กอ้วน เพื่อการเฝ้าระวัง คัดกรอง และส่งต่อเด็กกลุ่มเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพ และคืนข้อมูลให้กับพื้นที่เพื่อให้ PM ใช้เป็นกลไกในการขับเคลื่อนงานแก้ไขภาวะอ้วนในเด็กวัยเรียน

๖.๓ ข้อเสนอแนะระดับข้อมูล (HDC Service)

ใช้ Big data ของ HDC Service ในการจัดทำ แฟ้ม school folder เพื่อการกำจัดการแบบ Case management ติดตามส่งเสริมโภชนาการและแก้ไขปัญหาเด็กอ้วนรายบุคคลได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๑. ผลักดัน/สนับสนุนให้ทุกอำเภอมีทีมผู้ก่อการดีระดับทองแดงและขยายให้ครอบคลุมไปยังระดับตำบล หรือพื้นที่เสี่ยง

๒. ส่งเสริม สนับสนุนออกเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานแก่ทีมผู้ก่อการดีอย่างต่อเนื่อง

๓. ประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง เรื่องความเสี่ยงและการป้องกันการจมน้ำของเด็ก

๔. กรมควบคุมโรค กำหนดให้ทีม SRRT ทำการสอบสวนการเสียชีวิตจากการจมน้ำทุกราย และบันทึกข้อมูลการสอบสวนในระบบเฝ้าระวังฯ

๕. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค จัดทำแนวทางหรือคู่มือวิธีการบันทึกข้อมูลการสอบสวนการจมน้ำในระบบเฝ้าระวังเด็กจมน้ำ และชี้แจงให้บุคลากร (SRRT) ในพื้นที่ทราบ เพื่อให้พื้นที่สามารถบันทึกข้อมูลการสอบสวนการจมน้ำในระบบเฝ้าระวังฯได้ และสามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในพื้นที่ได้

๖. พัฒนาคุณภาพบุคลากร ครู ก หลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด โดยจัดอบรมติดตามประเมินผล ครู ก.

๗. ควรมี Core team หรือผู้รับผิดชอบหลัก งานป้องกันการจมน้ำระดับจังหวัด

๘. ผลักดันการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำผ่านกลไกระบบสุขภาพอำเภอ (DHS)/ตำบลจัดการสุขภาพ/อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง

๙. ผลักดันให้เกิดทีมผู้ก่อการดี ครอบคลุมทุกตำบลและในพื้นที่เสี่ยง

๑๐. สนับสนุนการดำเนินงานผู้ก่อการดี และติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

๗. Best practiceในพื้นที่

เขต ๑๑ จังหวัดกระบี่ “ ตำบลจัดการสุขภาพเด็กวัยเรียน ตำบลลำทับ ”

เป้าหมายการพัฒนา

นักเรียนตำบลลำทับ ดี เก่ง และมีความสุข อนาคตสดใส สร้างความภาคภูมิใจให้ชาวลำทับอย่างแท้จริง

ความสำเร็จ/ผลงาน

- เด็กวัยเรียนได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพและภาวะเสี่ยงปัญหาด้านการเรียนรู้ มากกว่าร้อยละ ๙๕

- การแก้ไขปัญหาภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนในเด็กนักเรียนลดลง

แนวความคิดการพัฒนา

- บูรณาการวิสัยทัศน์ของเทศบาลตำบลลำทับและวิสัยทัศน์โรงเรียน
- ดำเนินการตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ในการเสริมสร้างสุขภาพนักเรียนและคนในชุมชน
- สร้างแกนนำภาคสุขภาพในการพัฒนา “ตำบลจัดการสุขภาพเด็กวัยเรียน” (โรงเรียน ชุมชน บ้าน และโรงพยาบาล)
- ใช้กระบวนการดำเนินงาน PAOR (Plan Action Observe Reflect)

ปัจจัยสู่ความสำเร็จ

- การบูรณาการการทำงานให้มีทิศทางเดียวกันทุกภาคส่วน
- กรอบแนวทางการทำงานและกลวิธีบริหารจัดการที่ชัดเจน
- ระบบการประเมินผลและการเทียบเคียงที่ดี
- คุณภาพระบบการให้บริการด้านการส่งต่อในระดับต่างๆชัดเจน

นวัตกรรม

๑. “ตลาดมีชีวิตร” นักเรียนได้เรียนรู้และจัดการอาหารสุขภาพบูรณาการกับเศรษฐกิจพอเพียง
๒. การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพด้วยโปรแกรมการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ
๓. นวัตกรรมทันตสุขภาพ “การใช้เปลือกมังคุดแทนเม็ดยาสี ดูแลช่องปากและฟัน”

เขต ๑ จังหวัดพะเยา “โปรแกรมโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพโดยบันทึกผ่าน INTERNET ”

จังหวัดพะเยามีนวัตกรรมความสำเร็จ คือ “โปรแกรมโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพโดยบันทึกผ่าน INTERNETW และ อุปกรณ์ที่ใช้ในการเข้าสู่ระบบ คือ WEB browser โดยบันทึกผ่านเว็บไซต์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยาเป็นผู้ดูแลระบบ (www.pyomoph.go.th หรือพิมพ์ www.pyomoph.go.th/scpp/) เป็นฐานข้อมูลจำนวนและรายชื่อโรงเรียนทุกแห่งของจังหวัดพะเยา สามารถติดตามปัญหาภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนของเด็กนักเรียนในโรงเรียนได้อย่างเป็นระบบ รวมทั้งสามารถเฝ้าระวังและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเด็กนักเรียนกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพระบบนี้บุคลากรครูในโรงเรียนจะเป็นผู้บันทึกหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับตั้งแต่ รพ.สต. /สสอ./รพช./รพท./รพศ.และ สสจ. สามารถเรียกดูข้อมูลโรงเรียนที่รับผิดชอบได้ ซึ่งถือเป็นความสำเร็จของจังหวัดพะเยา ที่สามารถประสานงานร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการ และให้โรงเรียนทุก

แห่งเป็นผู้กรอกข้อมูลดังกล่าว อีกทั้งทำให้ได้ข้อมูลการประเมินภาวะโภชนาการของนักเรียนที่ไม่สามารถดึงได้จากระบบ ๔๓ แฟ้มได้อย่างเป็นปัจจุบัน

เขต ๖ อำเภอบ้านแพ้ว

“ต้นแบบระบบส่งต่อเด็กที่มีปัญหาภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนไปยังคลินิก DPAC”

เขต ๘ สกลนคร อุดรธานี เลย

“ต้นแบบศูนย์เรียนรู้เด็กไทยแกล้มไส้ที่จังหวัดสกลนคร อุดรธานี เลย”

เขต ๙ นครราชสีมา

๑. เทศบาลตำบลเมืองแก อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์ โดยใช้ Thai school lunch จัดทำอาหารกลางวันในศูนย์เด็กเล็ก และส่งเสริมให้ชุมชนผลิตอาหารกลางวันเพื่อจัดจำหน่ายให้โรงเรียนในโครงการอาหารกลางวัน และส่งเสริมโรงเรียนด้านสุขาภิบาลโรงอาหารและโรงครัว

๒. “ตำบลจัดการสุขภาพเข้มแข็ง” ตำบลหนองสนธิ อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์ มีการประสานภาคีเครือข่ายเป็นอย่างดี มี อสม.เป็น อสม.ดีเด่นระดับเขต มีคณะทำงานที่มาจากภาคีเครือข่ายเป็นเจ้าของ ๙ งาน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นที่ปรึกษา มีการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เพื่อให้การดำเนินงานส่งผลให้เกิดสุขภาวะในตำบล

ประเด็นการตรวจราชการ : วัยเรียน

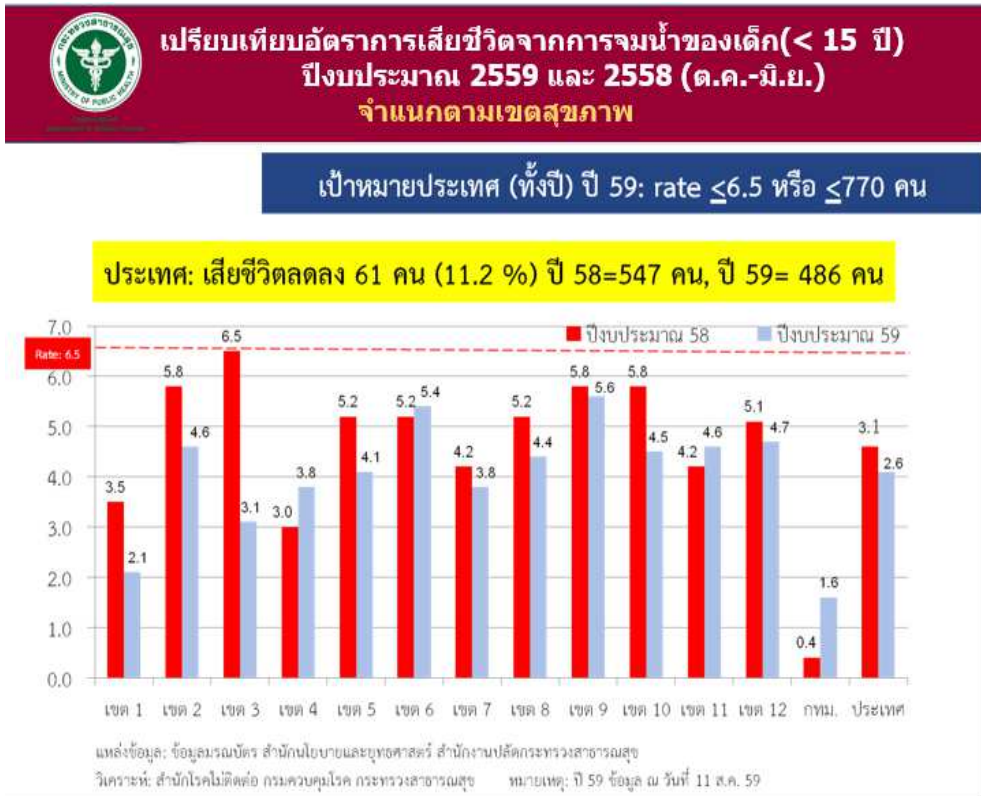
๒. ประเด็นการตรวจราชการป้องกันการเสียชีวิตของเด็ก (อายุต่ำกว่า ๑๕ ปี) จากการจมน้ำ

เป้าหมาย : อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ไม่เกิน ๖.๕ ต่อแสนประชากรเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี

๑. สรุปสถานการณ์ที่ชัดเจน

๑.๑ การเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ (ไตรมาส ๑ -๓: ตุลาคม ๒๕๕๘ - มิถุนายน ๒๕๕๙)

สรุปเด็กจมน้ำเสียชีวิตในภาพรวมประเทศลดลง ๖๑ คน (ร้อยละ ๑๑.๒) (ปี ๕๘ = ๕๔๗ คน,ปี ๕๙=๔๘๖ คน)



๑.๒ ผลการดำเนินงานผู้ก่อการดี (Merit Maker) ป้องกันการจมน้ำ ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ (ไตรมาส ๑-๓ : ตุลาคม ๒๕๕๘ - มิถุนายน ๒๕๕๙)

จากผลการดำเนินงานผู้ก่อการดี (Merit Maker) ข้างต้นพบว่า ภาพรวมของประเทศ มีทีมที่สมัครใจเป็นผู้ก่อการดีฯ (จำนวน ๕๖๙ ทีม) มากกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ (เป้าหมายกำหนด จำนวน ๓๓๓ ทีม) เขตสุขภาพที่ ๑, ๓, ๔, ๕, ๘ และ ๑๓ มีทีมผู้ก่อการดีฯ ระดับทองแดง น้อยกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้

 ผลการดำเนินงานป้องกันเด็กจมน้ำ ปีงบประมาณ 2559 (9 เดือน ต.ค.-มิ.ย.)		
กิจกรรม	เป้าหมาย	ผลงาน
1) มีการสร้างทีมผู้ก่อการดี (ทีมใหม่)	333 ทีม	670 ทีม (60 จังหวัด 345 อำเภอ)
2) การจัดการแหล่งน้ำเสี่ยง	300 แห่ง	2,010 แห่ง
3) ศูนย์เด็กเล็กได้รับการจัดการ	100 แห่ง	2,000 แห่ง
4) เด็กได้เรียนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด	20,000 คน	67,000 คน
แหล่งข้อมูล: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 (ข้อมูล ณ วันที่ 11 สิงหาคม 2559)		
กลุ่มป้องกันการบาดเจ็บจากสาเหตุอื่นๆ สำนักโรคไม่ติดต่อ		

ข้อมูลอัตราการจมน้ำเสียชีวิตเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปีรายเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพ	ค่าเป้าหมายอัตราการจมน้ำเสียชีวิต เด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปีปี ๒๕๕๙ (ทั้งปี)	อัตราการจมน้ำเสียชีวิต เด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปีปี ๒๕๕๙ (ไตรมาส ๑-๓)	อัตราการจมน้ำเสียชีวิต เด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ปี ๒๕๕๘ (ไตรมาส ๑-๓)
๑	๓.๙	๒.๑	๓.๕
๒	๖.๑	๔.๖	๕.๘
๓	๖.๕	๓.๑	๖.๕
๔	๓.๗	๓.๘	๓.๐
๕	๖.๙	๔.๑	๕.๒
๖	๖.๓	๕.๔	๕.๒
๗	๕.๖	๓.๘	๔.๒
๘	๘.๒	๔.๕	๕.๒
๙	๕.๗	๕.๖	๕.๘
๑๐	๗.๔	๔.๕	๕.๘
๑๑	๕.๒	๔.๖	๔.๒
๑๒	๕.๑	๔.๗	๕.๑
๑๓	๑.๙	๑.๖	๐.๔
รวมทั้งประเทศ	๖.๕	๔.๑	๔.๖

ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๑.๓ ผลการดำเนินงานผู้ก่อการดี (Merit Maker) ป้องกันการจมน้ำ ปีงบประมาณ ๒๕๕๙
(ไตรมาส ๑ – ๓:ตุลาคม ๒๕๕๘ - มิถุนายน ๒๕๕๙) รายเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพ	เป้าหมายผู้ก่อการดีปี ๕๙ (ทีม)	ผลการดำเนินงาน (จำนวนทีม)							
		ไตรมาส ๑	ไตรมาส ๒*						ไตรมาส ๓
		ผู้ก่อการดีที่สมัครใจ	องค์ประกอบของผู้ก่อการดีระดับทองแดง						ผู้ก่อการดีระดับทองแดง (ดำเนินงานครบทั้ง ๖ องค์ประกอบ)
สถานการณ์และข้อมูล	จัดการแหล่งน้ำเสี่ยง		ดำเนินการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	ให้ความรู้ในสถานบริการสส/ชุมชน	เรียนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด	สื่อสารประชาสัมพันธ์			
๑	๒๗	๒๖	๒๖	๒๗	๒๔	๒๖	๒๒	๒๗	๒๔
๒	๑๙	๓๙	๓๙	๓๙	๓๙	๓๘	๓๘	๓๙	๒๖

เขต สุขภาพ	เป้าหมาย ผู้ก่อการดี ปี ๕๙ (ทีม)	ผลการดำเนินงาน (จำนวนทีม)							
		ไตรมาส ๑	ไตรมาส ๒*						ไตรมาส ๓
		ผู้ก่อการดี ที่สมัครใจ	องค์ประกอบของผู้ก่อการดีระดับทองแดง						ผู้ก่อการดี ระดับทองแดง (ดำเนินงาน ครบทั้ง ๖ องค์ประกอบ)
			สถาน การณ์ และข้อมูล	จัดการ แหล่งน้ำ เสี่ยง	ดำเนินการ ในศูนย์ พัฒนา เด็กเล็ก	ให้ความรู้ ในสถานบริการ สว/ชุมชน	เรียน หลักสูตร ว่ายน้ำ เพื่อเอา ชีวิตรอด	สื่อสาร ประชาสัมพันธ์	
๓	๒๒	๓๐	๓๐	-	-	๓๐	-	๓๐	๑๓
๔	๑๘	๑๕	๑๕	-	๔	๕	-	๑๕	๑๑
๕	๒๘	๔๒	๔๓	๙	๕	๔	๖	๑๙	๑๘
๖	๓๒	๓๒	๓๒	๓๒	๓๒	๓๒	๓๒	๓๒	๔๓
๗	๒๓	๒๖	๒๖	๒๖	๒๖	๒๖	๒๖	๒๖	๘๐
๘	๔๐	๓๒	๓๐	๒๒	๒๒	๒๕	๒๐	๓๑	๒๒
๙	๒๗	๙๓	๙๓	๙๓	๙๓	๙๓	๙๓	๙๓	๑๗๑
๑๐	๓๑	๓๒	๓๒	๙	๑๐	๓๒	๕	๓๒	๗๐
๑๑	๑๙	๓๔	๓๔	๓๔	๓๔	๓๔	-	๑๙	๖๐
๑๒	๒๒	๓๗	๓๑	๑๓	๑๘	๑๖	๓	๑๒	๓๑
๑๓	๒๕	-	-	-	-	-	-	-	
รวม ประเทศ	๓๓๓	๔๓๘	๔๓๑	๓๐๔	๓๐๗	๓๖๑	๒๔๕	๓๗๕	๕๖๙

หมายเหตุ * แต่ละพื้นที่มีความพร้อมไม่เท่ากัน ดังนั้น ๓ องค์ประกอบแรกที่พื้นที่เลือกดำเนินการ จึงขึ้นอยู่กับ
ความพร้อมของพื้นที่

- เป็นข้อมูลจากการรายงานของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑-๑๒ และสถาบันป้องกันควบคุมโรค
เขตเมือง ณ วันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๕๙

๒. การแสดงให้เห็นจุดรวมที่จะสะท้อนปัญหาหรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน เช่น โครงสร้าง การ จัดการ องค์ความรู้ งบประมาณ กฎ/ระเบียบ หรือการถ่ายทอดนโยบาย

- จังหวัดไม่มีกิจกรรมเร่งรัด หรือให้ความสำคัญเน้นหนักในการสื่อสารความเสี่ยงในกลุ่มเสี่ยง
- ขาดความครอบคลุมของทีมผู้ก่อการดี (Merit Maker) ป้องกันการจมน้ำในพื้นที่เสี่ยง
- ทีม SRRT และพื้นที่ ยังขาดประสบการณ์และทักษะในการสอบสวน และการเขียนรายงาน
สอบสวนการเสียชีวิตจากการจมน้ำ
- เขตไม่มีแผนในการอบรม/สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพครู ก หลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด
- การปรับเปลี่ยนโครงสร้าง (บุคลากร) การบริหารงานในระดับจังหวัด

๖) จังหวัดไม่มีผู้รับผิดชอบหลักที่ชัดเจน

๓. ข้อเสนอแนะที่ชัดเจนต่อผู้บริหารระดับสูง และหน่วยงานในส่วนกลาง

๑) ผลักดัน/สนับสนุนให้ทุกอำเภอมีทีมผู้ก่อการดีระดับทองแดงและขยายให้ครอบคลุมไปยังระดับตำบล/พื้นที่เสี่ยง

๒) ส่งเสริม สนับสนุนนอกเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานแก่ทีมผู้ก่อการดีอย่างต่อเนื่อง

๓) ประสานสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง เรื่องความเสี่ยงและการป้องกันการจมน้ำของเด็ก

๔) กรมควบคุมโรค กำหนดให้ทีม SRRT ทำการสอบสวนการเสียชีวิตจากการจมน้ำทุกราย และบันทึกข้อมูลการสอบสวนในระบบเฝ้าระวังฯ

๕) สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค จัดทำแนวทางหรือคู่มือวิธีการบันทึกข้อมูลการสอบสวนการจมน้ำในระบบเฝ้าระวังเด็กจมน้ำ และชี้แจงให้บุคลากร (SRRT) ในพื้นที่ทราบ เพื่อให้พื้นที่สามารถบันทึกข้อมูลการสอบสวนการจมน้ำในระบบเฝ้าระวังฯ ได้ และสามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในพื้นที่ได้

๖) พัฒนาคุณภาพบุคลากร ครู ก หลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด โดยจัดอบรมติดตามประเมินผล ครู ก.

๗) ควรมี Core team หรือผู้รับผิดชอบหลัก งานป้องกันการจมน้ำระดับจังหวัด

๘) ผลักดันการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำผ่านกลไกระบบสุขภาพอำเภอ (DHS)/ตำบลจัดการสุขภาพ/อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง

๙) ผลักดันให้เกิดทีมผู้ก่อการดี ครอบคลุมทุกตำบลและในพื้นที่เสี่ยง

๑๐) สนับสนุนการดำเนินงานผู้ก่อการดี และติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มวัยรุ่น

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

๑. สรุปสถานการณ์

ข้อมูลอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี ในปี ๒๕๕๘ พบว่า ภาพรวมของประเทศมีอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี เท่ากับ ๔๔.๓ ซึ่งต่ำกว่าค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ คือ ไม่เกิน ๕๐ ต่อประชากรหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี พันคน ทั้งนี้ มีเขตสุขภาพที่มีอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี สูงกว่าค่าเป้าหมายจำนวน ๒ เขตสุขภาพ ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๕ และ ๖ และยังคงพบปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี สูงกว่าค่าเป้าหมาย ไม่เกินร้อยละ ๑๐ โดยในภาพรวม ทั้ง ๑๒ เขตสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๐๙ (HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ ๑๖ สิงหาคม ๒๕๕๙) และเข้ารับบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย) ในภาพรวมทั้ง ๑๒ เขตสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ ๖๓.๕๒ (HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ ๑๖ สิงหาคม ๒๕๕๙) ซึ่งยังคงต่ำกว่าค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๘๐ ความชุกของผู้บริโภคเครื่องตีมแอลกอฮอล์ในประชากรอายุ ๑๕-๑๙ ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ ๑๔.๐ ในปี ๒๕๔๔ เป็นร้อยละ ๑๖.๐ ในปี ๒๕๕๖ และในปี ๒๕๕๗ ได้เพิ่มขึ้นถึง ๑๘.๑ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ)

๒. จุดร่วมที่สะท้อนความก้าวหน้า หรือผลสัมฤทธิ์เชิงนโยบาย

จุดร่วมที่สะท้อนความก้าวหน้าหรือผลสัมฤทธิ์เชิงนโยบายของการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยรุ่นที่สำคัญ ได้แก่

๒.๑ บทบาทหน้าที่ และแนวทางการดำเนินงานที่ผู้จัดการสุขภาพวัยรุ่น (Teen Manager) ยังไม่ชัดเจน

๒.๒ ทักษะคติของวัยรุ่นต่อการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวรวัยรุ่นไม่สนใจเข้ารับบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร เนื่องจากมีทัศนคติในเชิงลบในการคุมกำเนิด และไม่นิยมคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่ง (ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย) แต่นิยมแบบฉีด และยาเม็ดคุมกำเนิดมากกว่า

๒.๓ ระบบข้อมูลที่มีคุณภาพ สามารถนำมาวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของพื้นที่

๓. Best Practice ปัญหาสำคัญของพื้นที่ และบทเรียนจากความล้มเหลว

๓.๑ คณะกรรมการประสานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) แม่แจ่มจังหวัดเชียงใหม่ โดยการทำงานของ ทีม Teen manager ระดับอำเภอร่วมกันพัฒนาระบบบริการเชิงรุกเข้าถึงกลุ่มวัยรุ่นในพื้นที่ เพื่อให้ความรู้และสร้างจิตสำนึก และสร้างความตระหนักในเรื่องเพศศึกษาในวัยรุ่น โดยบูรณาการงานร่วมกันทั้งชุมชน ครอบครัว อปท. และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อลดอัตราการคลอดในแม่วัยรุ่น อายุ ๑๕-๑๙ ปี และลดอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำ ในแม่วัยรุ่น

๓.๒ อำเภออานสงกา จังหวัดนครศรีธรรมราช มีการพัฒนาโมเดลการดูแลสุขภาพวัยรุ่น เพื่อให้วัยรุ่นเข้าถึงบริการที่เป็นมิตร ลดอัตราการคลอด และการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น พัฒนาทัศนคติ ความรู้ และทักษะชีวิต/เพศวิถีศึกษาของวัยรุ่น วัยรุ่นและครอบครัวมีทักษะชีวิต และภูมิคุ้มกันในการดำเนินชีวิต และมีความสุข

๔. ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง พัฒนาเชิงนโยบาย กฎ ระเบียบ หรือแนวปฏิบัติ

๔.๑ กรมวิชาการส่วนกลางสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการให้คำปรึกษาการคุมกำเนิดหลังคลอด ด้วยวิธีกึ่งถาวรให้ครอบคลุมผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ

๔.๒ ควรจัดทำระบบฐานข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงวัยรุ่น เพื่อความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูล สามารถนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และนำไปใช้ในการวางแผนดำเนินงานในพื้นที่

สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙

กลุ่มวัยรุ่น

ประเด็นการตรวจราชการ: ๑) ทีมผู้จัดการสุขภาพวัยรุ่น (Teen Manager)

๒) ระบบเชื่อมโยงการดูแลช่วยเหลือนักเรียน (OHOS)

๓) การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และการตั้งครรภ์ซ้ำ

๔) การป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น

๑. สรุปสถานการณ์

ข้อมูลอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี ในปี ๒๕๕๘ พบว่า ภาพรวมของประเทศไทยอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี เท่ากับ ๔๔.๓ ซึ่งต่ำกว่าค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ คือ ไม่เกิน ๕๐ ต่อประชากรหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี พันคน ทั้งนี้ มีเขตสุขภาพที่มีอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี สูงกว่าค่าเป้าหมายจำนวน ๒ เขตสุขภาพ ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๕ และ ๖ และยังคงพบปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี สูงกว่าค่าเป้าหมาย ไม่เกินร้อยละ ๑๐ โดยในภาพรวม ทั้ง ๑๒ เขตสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๐๙ (HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ ๑๖ สิงหาคม ๒๕๕๙) และเข้ารับบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย) ในภาพรวมทั้ง ๑๒ เขตสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ ๖๓.๕๒ (HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ ๑๖ สิงหาคม ๒๕๕๙) ซึ่งยังคงต่ำกว่าค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๘๐ ความชุกของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในประชากรอายุ ๑๕-๑๙ ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ ๑๔.๐ ในปี ๒๕๔๔ เป็นร้อยละ ๑๖.๐ ในปี ๒๕๕๖ และในปี ๒๕๕๗ ได้เพิ่มขึ้นถึง ๑๘.๑ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ)

๑.๑ ข้อมูลสถานการณ์จำแนกตามรายเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพ	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ต่อประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน	ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุ ๑๕-๑๙ ปี	หญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปีหลังคลอดหรือแท้ง ที่ได้รับการบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย)
๑	๓๓.๕	๑๑.๑๑	๗๒.๙๐
๒	๔๓.๐	๑๑.๖๔	๓๔.๘๑
๓	๔๗.๘	๑๓.๑๗	๖๖.๗๔
๔	๔๖.๓	๑๔.๒๕	๗๕.๑๔
๕	๕๑.๘	๑๔.๕๙	๕๒.๗๓
๖	๕๕.๖	๑๔.๙๑	๕๙.๐๗
๗	๓๘.๘	๗.๘๐	๕๙.๔๙
๘	๔๕.๙	๑๐.๔๙	๗๒.๐๙
๙	๔๖.๘	๑๓.๐๕	๘๐.๐๓
๑๐	๔๐.๓	๘.๖๘	๖๑.๖๓
๑๑	๔๘.๑	๑๒.๕๓	๗๗.๑๓
๑๒	๓๙.๙	๑๐.๙๘	๗๒.๓๘
รวม	๔๔.๓	๑๒.๐๙	๖๓.๕๒

ที่มา : อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย ปี ๒๕๕๘)

ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุ ๑๕-๑๙ ปี (HDC กระทรวงสาธารณสุข <http://hdcservice.moph.go.th/> วันที่ ๑๖ สิงหาคม ๒๕๕๙)

ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี หลังคลอดหรือแท้ง ที่ได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย) (HDC กระทรวงสาธารณสุข <http://hdcservice.moph.go.th/> วันที่ ๑๖ สิงหาคม ๒๕๕๙)

เขตสุขภาพ	ความชุกของผู้บริโภคเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์ในประชากรอายุ ๑๕ – ๑๙ ปี
๑	๒๔.๖
๒	๒๘.๒
๓	๑๗.๕
๔	๑๔.๒
๕	๘.๒
๖	๑๓.๗
๗	๑๖.๖
๘	๒๗.๔
๙	๒๗.๗
๑๐	๒๒.๓
๑๑	๙.๐
๑๒	๑๐.๙
รวม	๑๘.๑

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี ๒๕๕๗

๑.๒ ผลการดำเนินงานตามประเด็นตรวจราชการ พบว่า

๑.๒.๑ ทีมผู้จัดการสุขภาพวัยรุ่น (Teen Manager)

: ภาพรวมของประเทศ มีทีมผู้จัดการสุขภาพวัยรุ่น (Teen Manager) ครอบคลุมทั้ง ๗๖ จังหวัด รวมทั้งสิ้น ๑,๒๐๕ คน (ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๑ – ๑๓ ณ วันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๕๙) โดยใช้กลไก DHS เชื่อมโยงบูรณาการการดำเนินงานในพื้นที่ แต่ยังพบว่าบทบาทหน้าที่ของทีมผู้จัดการสุขภาพวัยรุ่นยังไม่ชัดเจน

๑.๒.๒ ระบบเชื่อมโยงการดูแลช่วยเหลือนักเรียน (OHOS)

: ภาพรวมของประเทศ แต่ละโรงพยาบาลมีโรงเรียนคู่เครือข่ายระบบเชื่อมโยงการดูแลช่วยเหลือนักเรียน (OHOS) มากกว่า ๑ โรงเรียน มีโรงพยาบาลที่ดำเนินการคู่เครือข่ายระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนในโรงเรียน (OHOS) จำนวน ๗๑๖ แห่ง จากจำนวนโรงพยาบาลทั้งสิ้น ๘๙๗ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๗๙.๘๒ (สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ณ วันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๕๙) และมีการบูรณาการกับกิจกรรม To Be Number One ในโรงเรียน แต่ยังขาดความครอบคลุมคู่เครือข่ายฯ โรงเรียนขยายโอกาส

๑.๒.๓ การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และการตั้งครรภ์ซ้ำ

: ภาพรวมของประเทศ มีการให้ความรู้แม่วัยรุ่นที่แผนกหลังคลอด เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว และการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรด้วยวิธีใส่ห่วงอนามัย และยาฝังคุมกำเนิด แต่พบว่าแม่วัยรุ่นที่ไม่สมัครใจคุมกำเนิดด้วยวิธีดังกล่าว เนื่องจากมีทัศนคติเชิงลบในการคุมกำเนิด และนิยมคุมกำเนิดด้วยวิธีทานยาเม็ดคุมกำเนิดและการฉีดยาคุมกำเนิดมากกว่าวิธีใส่ห่วงอนามัย และยาฝังคุมกำเนิด ทั้งนี้ มีการจัดบริการที่เป็นมิตรสอดคล้องกับความต้องการและบริบทของวัยรุ่น รวมถึงการคุมกำเนิดในแม่วัยรุ่นในหญิงอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี หลังคลอด/แท้ง ที่ได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร ร้อยละ ๖๓.๕๒ (HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ ๑๖ สิงหาคม ๒๕๕๙)

๑.๒.๔ การป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น

: ภาพรวมของประเทศ ทุกจังหวัดขับเคลื่อนการดำเนินงานภายใต้คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด ในการเฝ้าระวังการกระทำผิดกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การกำหนดพื้นที่เสี่ยงออกตรวจเตือนและเฝ้าระวังรอบสถานศึกษาและสถานที่ราชการ และช่วงเทศกาลต่างๆ แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกจังหวัด การกระทำผิดกฎหมายฯ ที่พบ เช่น การแสดงเครื่องหมายโฆษณา การส่งเสริมการขาย การจำหน่ายให้เด็กอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี และยังพบว่าจำนวนเขตห้ามขายและดื่มตามกฎหมาย เช่น ร้านอาหาร สถานบันเทิง ฯลฯ เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

: ความชุกของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในประชากรอายุ ๑๕-๑๙ ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๑๔.๐ ในปี ๒๕๔๔ เป็นร้อยละ ๑๖.๐ ในปี ๒๕๕๖ และในปี ๒๕๕๗ ได้เพิ่มขึ้นถึง ๑๘.๑ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ) ทั้งนี้ จากผลการสำรวจเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยง (BSS) ในภาพรวมของประเทศ ปี ๒๕๕๘ พบว่ามีความชุกของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในประชากรอายุ ๑๕-๑๙ ปี ร้อยละ ๔๕.๘

๒. จุดร่วมที่สะท้อนความก้าวหน้า หรือผลสัมฤทธิ์เชิงนโยบาย

จุดร่วมที่สะท้อนความก้าวหน้า หรือผลสัมฤทธิ์เชิงนโยบายของการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยรุ่นที่สำคัญ ได้แก่

๒.๑ บทบาทหน้าที่ และแนวทางการดำเนินงานที่นักจัดการสุขภาพวัยรุ่น (Teen Manager) ยังไม่ชัดเจน

๒.๒ ทักษะคติของวัยรุ่นต่อการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร วัยรุ่นไม่สมัครใจเข้ารับบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร เนื่องจากมีทัศนคติในเชิงลบในการคุมกำเนิด และไม่นิยมคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่ง (ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย) แต่นิยมแบบฉีด และยาเม็ดคุมกำเนิดมากกว่า

๒.๓ ระบบข้อมูลที่มีคุณภาพ สามารถนำมาวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของพื้นที่

๓. Best Practice ปัญหาสำคัญของพื้นที่ และบทเรียนจากความล้มเหลว

๓.๑ คณะกรรมการประสานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) แม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ โดยการทำงานของทีม Teen manager ระดับอำเภอร่วมกันพัฒนาระบบบริการเชิงรุก เข้าถึงกลุ่มวัยรุ่นในพื้นที่ เพื่อให้ความรู้และสร้างจิตสำนึก และสร้างความตระหนักในเรื่องเพศศึกษาในวัยรุ่น โดยบูรณาการงานร่วมกันทั้งชุมชน ครอบครัว อปท. และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อลดอัตราการคลอดในแม่วัยรุ่น อายุ ๑๕ - ๑๙ ปี และลดอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น

๓.๒ อำเภอแลนสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช มีการพัฒนาโมเดลการดูแลสุขภาพวัยรุ่น เพื่อให้วัยรุ่นเข้าถึงบริการที่เป็นมิตร ลดอัตราการคลอด และการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น พัฒนาทัศนคติ ความรู้ และทักษะชีวิต/เพศวิถีศึกษาของวัยรุ่น วัยรุ่นและครอบครัวมีทักษะชีวิต และภูมิคุ้มกันในการดำเนินชีวิต และมีความสุข

๔. ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง พัฒนาเชิงนโยบาย กฎ ระเบียบ หรือแนวปฏิบัติ

๔.๑ กรมวิชาการส่วนกลางสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการให้คำปรึกษาการคุมกำเนิด หลังคลอด ด้วยวิธีกึ่งถาวรให้ครอบคลุมผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ

๔.๒ ควรจัดทำระบบฐานข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงวัยรุ่น เพื่อความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูล สามารถนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และนำไปใช้ในการวางแผนดำเนินงานในพื้นที่

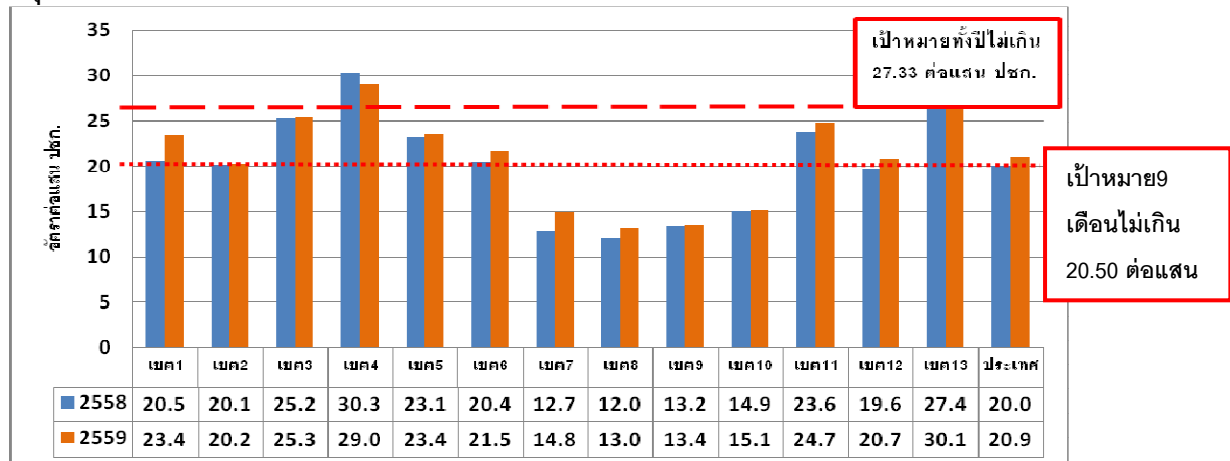
กลุ่มวัยทำงาน (NCDs)

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

๑. สถานการณ์ตามประเด็นการตรวจราชการ

๑.๑ เป้าหมายปี ๒๕๕๙ : อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจลดลงร้อยละ ๒ จากปี ๒๕๕๘ ไม่เกิน ๒๗.๓๓ ต่อประชากรแสนคน (รอบ ๙ เดือนไม่เกิน ๒๐.๓๓ ต่อประชากรแสนคน)

กราฟแสดงอัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ แยกรายเขตสุขภาพไตรมาส ๑-๓ (ระหว่างเดือนตุลาคม-มิถุนายน) ปี ๒๕๕๘ และ ๒๕๕๙



๑.๒ เป้าหมายการดำเนินงานเพื่อให้ประชาชนวัยทำงานมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อโดยมีการดำเนินการภายใต้มาตรการหลัก ๒ มาตรการ ได้แก่

พัฒนาการจัดการโรคและลดเสี่ยงรายบุคคล การดำเนินงานที่สำคัญ ได้แก่ การคัดกรองโรคไตเรื้อรัง การคัดกรองโอกาสเสี่ยงต่อ CVD และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการให้ยาในผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อ CVD การดำเนินการคลินิก NCD คุณภาพ คลินิก DPAC ในสถานบริการ

ลดพฤติกรรมเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงในประชากร/ชุมชน ได้แก่ ตำบลจัดการสุขภาพ สถานประกอบการปลอดโรค ปลอดภัย และการบังคับใช้กฎหมาย

ตารางแสดงผลการดำเนินงานแยกรายเขตสุขภาพ ไตรมาส ๑-๓ ปีงบประมาณ ๒๕๕๙

ร้อยละของผู้ป่วย DM/HT ที่ได้รับการคัดกรอง CKD เป้าหมาย > ร้อยละ ๘๐													
เขตสุขภาพ	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐	๑๑	๑๒	ประเทศ
ผลงาน (ร้อยละ)	๖๐.๖	๖๙.๕	๘๐.๔	๗๘.๒	๕๔.๗	๕๗.๔	๖๖.๖	๖๖.๙	๖๗.๗	๖๘.๙	๕๔.๐	๕๗.๕	๖๔.๓

ร้อยละของผู้ป่วย DM/HT ที่ได้รับการคัดกรองโอกาสเสี่ยงต่อ CVD เป้าหมาย≥ร้อยละ ๘๐													
เขตสุขภาพ	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐	๑๑	๑๒	ประเทศ
ผลงาน (ร้อยละ)	๖๓.๗	๗๔.๖	๙๐.๔	๗๓.๓	๗๖.๓	๖๙.๑	๗๒.๖	๙๖.๔	๘๔.๒	๙๑.๕	๙๐.๙	๙๒.๘	๗๗.๕
ร้อยละของกลุ่มเสี่ยงสูงต่อ CVD ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างอย่างเข้มข้นและ/หรือได้รับยาในการรักษาเพื่อลดความเสี่ยง เป้าหมาย≥ ร้อยละ ๕๐													
ผลงาน (ร้อยละ)	๙๓.๒	๗๘.๒	๘๑.๒	๘๑.๕	๗๗.๖	๘๑.๒	๑๐๐	๑๐๐	๗๙.๕	๙๙.๐	๗๕.๓	๘๐.๑	๘๐.๙
รพศ. รพท. รพช.เป้าหมาย ผ่านเกณฑ์ประเมินคลินิก NCD คุณภาพร้อยละ ๗๐ ขึ้นไปเป้าหมาย ๑๐๐ %													
ผลงาน (ร้อยละ)	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๙๘.๘	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๙๙.๙
รพ. เป้าหมาย (แห่ง)	๙๘	๔๗	๔๖	๖๙	๖๗	๗๑	๖๔	๘๙	๘๗	๗๑	๗๕	๗๗	๘๖๑
ค่าบริหารจัดการสุขภาพผ่านเกณฑ์ประเมินตั้งแต่ระดับดีขึ้น													
ผลงาน (ร้อยละ)	๗๒.๙๕	๘๗.๕๖	๗๘.๘๑	๘๖.๒๖	๖๖.๗๗	๙๒.๘๔	๙๗.๘๘	๙๕.๖๕	๙๐.๘๐	๙๔.๒๙	๙๑.๕๑	๙๓.๑๐	๘๗.๒๒
ค่าปรับเป้าหมาย (แห่ง)	๗๖๗	๔๒๖	๔๒๐	๗๑๓	๖๓๕	๕๓๑	๖๖๐	๖๔๔	๗๖๑	๖๑๓	๕๑๘	๕๖๕	๗,๒๕๕

๒. ปัญหาและข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

ปัญหา	ข้อเสนอแนะ
ระบบข้อมูล ๔๓ แฟ้ม - มีความซ้ำซ้อนของประชากรในพื้นที่ - ความถูกต้องการบันทึกข้อมูลและการวินิจฉัย - การส่งออกข้อมูลไม่ครบถ้วน - ข้อมูลด้านพฤติกรรมเสี่ยง เช่น บุหรี่ BMI ไม่ได้ถูกนำมาวิเคราะห์ - ความคลาดเคลื่อนระหว่างข้อมูลสถานบริการกับข้อมูล HDC - ข้อมูลสำหรับติดตามและรายงานผลตามตัวชี้วัด ระบบ HDC ไม่ครบถ้วน เช่น ผู้ป่วยรายใหม่โรคหลอดเลือดหัวใจ การคัดกรอง CVD และการบริการลดเสี่ยง	- ควรพัฒนาระบบการประมวลผล HDC ให้สามารถติดตามและรายงานผลตามตัวชี้วัดได้ครบถ้วน - ควรผนวกโปรแกรมประเมินความเสี่ยงต่อ CVD ไว้ใน ระบบ HDC ให้สามารถออกรายงานได้ - กรณี ระบบ HDC ไม่สามารถรองรับการประมวลผลเพื่อวิเคราะห์โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด CVD ควรมีการพัฒนาโปรแกรมเสริม
การดำเนินการ - ข้อจำกัดด้านบุคลากรต่อภาระงานทั้งปริมาณและความเชี่ยวชาญเฉพาะ เช่น นักโภชนาการ - การดำเนินงานในสถานบริการและชุมชน ส่วนใหญ่มีโครงสร้างและการดำเนินงานแต่ยังไม่ครอบคลุมและไม่มี ความเข้มข้นมากพอต่อการลดปัจจัยเสี่ยง ขาดรูปแบบ และความต่อเนื่องที่ส่งผลถึงผลลัพธ์อย่างชัดเจน - การประเมินติดตามผลการดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง/ผลลัพธ์ - การดำเนินการในสถานประกอบการ ส่วนใหญ่เป็นด้าน	- สนับสนุนองค์ความรู้และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง - พัฒนารูปแบบและศักยภาพบุคลากรในการประเมิน การการดำเนินงานทุกระดับ - สนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยการดำเนินงานที่มี ประสิทธิภาพและคุ้มค่าในบริบทต่างๆ

ปัญหา	ข้อเสนอแนะ
อาชีวอนามัยที่มุ่งเน้นความปลอดภัยจากการประกอบอาชีพส่วนเรื่องลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อมีการดำเนินการน้อยและยังไม่ชัดเจน	

สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ กลุ่มวัยทำงาน (NCDs)

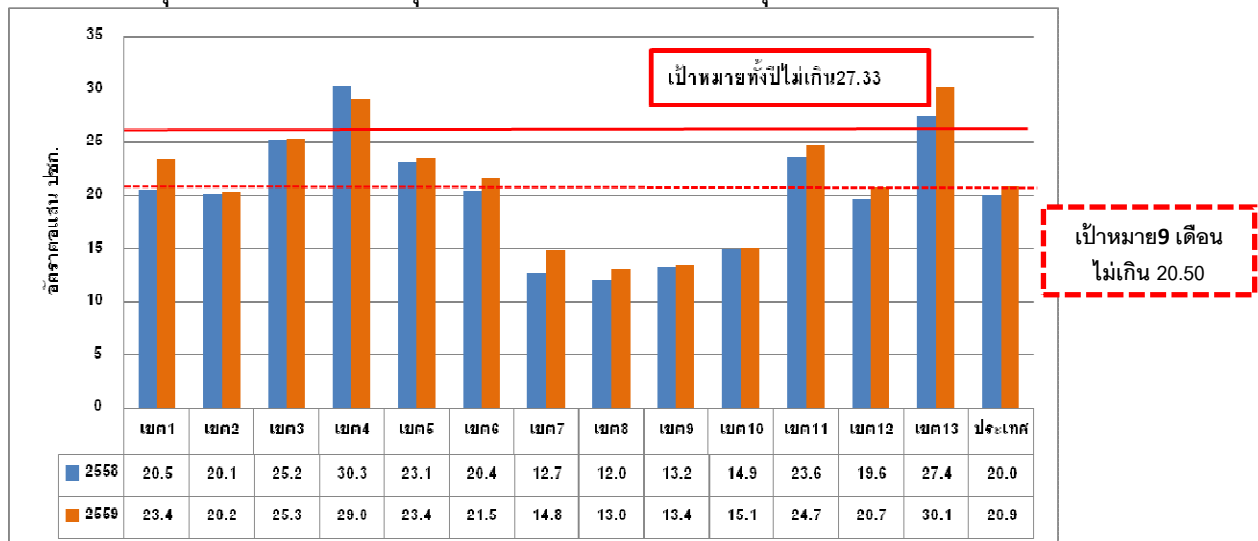
๑. สถานการณ์ตามประเด็นการตรวจราชการ

๑.๑ เป้าหมาย: อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจลดลงร้อยละ ๒ จากปี ๒๕๕๘ ไม่เกิน ๒๗.๓๓ ต่อแสนประชากร (รอบ ๙ เดือน ตุลาคม ๒๕๕๘- มิถุนายน ๒๕๕๙ เป้าหมายไม่เกิน ๒๐.๕๐ ต่อแสนประชากร)

สถานการณ์รอบ ๙ เดือนที่ผ่านมาอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจในภาพรวมประเทศ เท่ากับ ๒๐.๙๔ ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายเล็กน้อย ส่วนในรายเขตสุขภาพพบว่าอยู่ในเกณฑ์เป้าหมายจำนวน ๑๐ เขตสุขภาพ โดยเขตสุขภาพที่มีอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจสูงสุดได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑๓ เท่ากับ ๓๐.๑๙ ต่อแสนประชากรและรองลงมาคือเขตสุขภาพที่ ๔ คิดเป็น อัตรา ๒๙.๐๒ ต่อแสนประชากรตามลำดับ ส่วนเขตสุขภาพที่มีอัตราการตายต่ำสุด ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๙ คิดเป็น อัตรา ๑๓.๐๓ ต่อแสนประชากร

แนวโน้มเมื่อเทียบกับปี ๒๕๕๘ ในภาพรวมอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจในปี ๒๕๕๙ สูงกว่าในปี ๒๕๕๘ เล็กน้อย และพบว่าเขตสุขภาพที่ ๔ แม้ว่าอัตราการตายสูงเกินเกณฑ์เป้าหมายแต่เป็นเพียงเขตเดียวที่มีอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจลดลง นอกจากนี้ พบว่าเขตสุขภาพ ๔ เขต มีอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจใกล้เคียงกับปีที่ผ่านมาได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๒, ๓, ๙ และ ๑๐ ดังภาพที่ ๑

ภาพที่ ๑ เปรียบอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ต่อประชากรแสนคน ตุลาคม ปี ๒๕๕๗- มิถุนายน ปี ๒๕๕๘ และ ตุลาคม ปี ๒๕๕๘ - มิถุนายน ปี ๒๕๕๙ แยกรายเขตสุขภาพ



ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

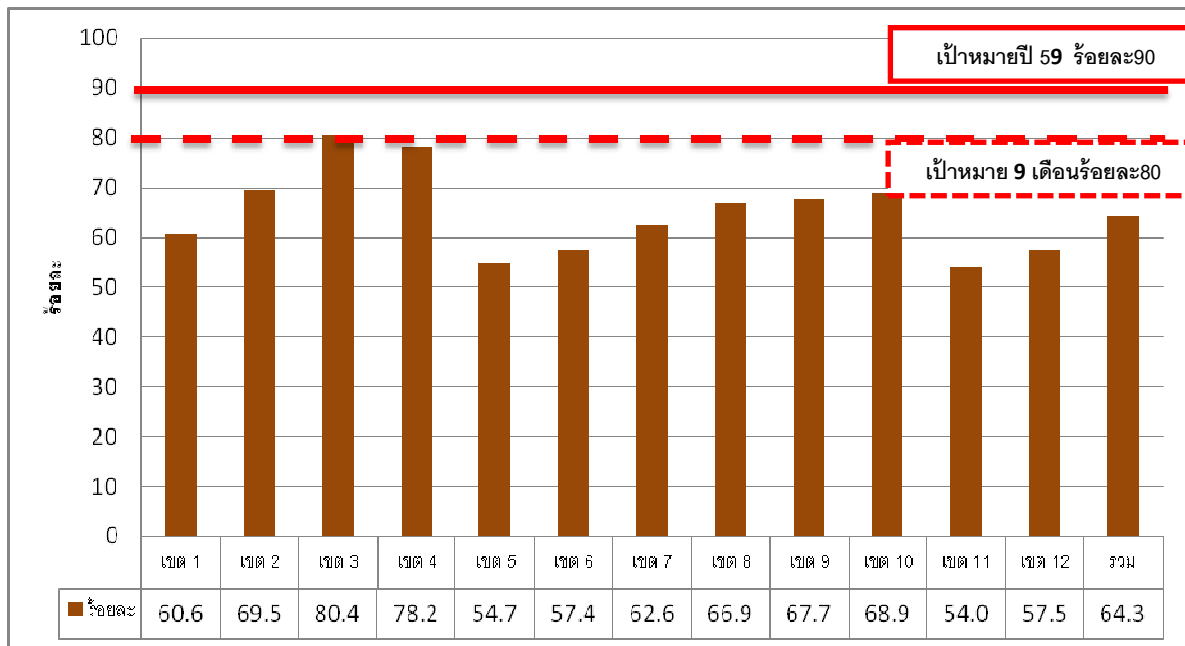
๑.๒ ผลการดำเนินงาน ในปี ๒๕๕๙ มีการดำเนินงานภายใต้มาตรการหลัก ๒ มาตรการที่มีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนวัยทำงานมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อได้แก่ มาตรการพัฒนาการจัดการโรคและลดเสี่ยงรายบุคคล การดำเนินการที่สำคัญ ได้แก่ การคัดกรองโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง การคัดกรองโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจใน ๑๐ ปีข้างหน้า เพื่อค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงสูงให้ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้นและหรือได้รับยาเพื่อลดความเสี่ยงที่มี รวมถึงมีการดำเนินการคลินิก NCD คุณภาพในโรงพยาบาลระดับต่างๆ และมาตรการลดพฤติกรรมเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงในประชากร/ชุมชน โดยเป็นการดำเนินการในชุมชนและสถานประกอบการ ได้แก่ ตำบลจัดการสุขภาพ สถานประกอบการปลอดโรคปลอดภัย ภายใจเป็นสุข ผลการดำเนินงาน มีดังต่อไปนี้

ผลการดำเนินงานในมาตรการที่ ๑ พัฒนาการจัดการโรคและลดเสี่ยงรายบุคคล

๑) การคัดกรองโรคไตเรื้อรัง (CKD) ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง (CKD) ในภาพรวมไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้คืออย่างน้อยร้อยละ ๘๐ พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง (CKD) เฉลี่ยร้อยละ ๖๔.๓ เขตสุขภาพที่มีผลการดำเนินการการคัดกรองโรคไตเรื้อรังได้สูงสุด ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๓ คิดเป็น ร้อยละ ๘๐.๔ รองลงมาคือเขตสุขภาพที่ ๔ (ร้อยละ ๗๘.๒) รายละเอียดตามภาพที่ ๒

ภาพที่ ๒ แสดงผลการคัดกรองโรคไตเรื้อรัง (CKD) ปี๒๕๕๙ ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำแนกตามเขตสุขภาพ



ที่มา: ระบบ HDC ข้อมูล ณ วันที่ ๑๙ สิงหาคม ๒๕๕๙

๒) การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน ๑๐ ปีข้างหน้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงและการจัดการเพื่อลดเสี่ยง

ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน ๑๐ ปีข้างหน้าของเขตสุขภาพจำนวน ๑๒เขต คิดเป็นอัตราเฉลี่ยร้อยละ ๗๗.๕ ซึ่งไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้คือร้อยละ ๘๐ ในรอบ ๙ เดือน และร้อยละ ๙๐ ในรอบปีงบประมาณ แต่อย่างไรก็ตามเมื่อ

พิจารณารายเขตสุขภาพ พบว่า มี ๖ เขตสุขภาพที่สามารถดำเนินงานได้ตามเป้าหมาย ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๓, ๘, ๙, ๑๐, ๑๑ และ ๑๒ รายละเอียดตามตารางที่ ๑

ผลการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน ๑๐ ปีข้างหน้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่า มีสัดส่วนของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน ๑๐ ปีข้างหน้าตั้งแต่ ๓๐% ขึ้นไป ซึ่งถือเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงโดยเฉลี่ยร้อยละ ๑๔.๑ ของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงฯ

กลุ่มเสี่ยงสูงดังกล่าวเป็นกลุ่มที่จะต้องได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้นและ/หรือได้รับยาเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยตั้งเกณฑ์เป้าหมายร้อยละ ๕๐ ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า ในภาพรวมสามารถดำเนินการได้ถึงร้อยละ ๘๐.๙ ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่วางไว้มาก โดยมีเขตสุขภาพที่ ๑, ๗, ๘ และ ๑๐ สามารถดำเนินการได้มากกว่าร้อยละ ๙๐

ตารางที่ ๑ แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD) และการจัดการเพื่อลดเสี่ยง แยกรายเขตสุขภาพ

เขต	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐	๑๑	๑๒	ประเทศ
ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงทั้งหมด													
จำนวน	๘๖๐,๙๕๖	๓๔๗,๐๖๓	๒๑๑,๙๗๗	๔๔๕,๗๔๖	๖๐๕,๘๒๕	๔๔๐,๓๖๔	๓๔๗,๘๘๕	๒๙,๒๖๕	๕๓๒,๒๗๘	๑๙๖,๘๘๙	๔๐๗,๖๙๐	๓๙๕,๒๐๔	๔,๘๒๑,๑๓๒
ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด(CVD)													
จำนวน	๕๔๘,๖๙๓	๒๕๘,๙๔๗	๑๙๑,๖๔๘	๓๒๖,๖๙๗	๔๖๒,๑๒๘	๓๐๒,๐๗๕	๒๕๒,๖๖๔	๒๘,๒๑๖	๔๔๘,๓๓๙	๑๘๐,๑๗๙	๓๗๐,๙๒๙	๓๖๖,๘๘๗	๓,๗๓๗,๔๐๒
ร้อยละ	๖๓.๗	๗๔.๖	๙๐.๔	๗๓.๓	๗๖.๓	๖๙.๑	๗๒.๖	๙๖.๔	๘๔.๒	๙๑.๕	๙๑.๐	๙๒.๘	๗๗.๕
ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดกรอง CVDและมีความเสี่ยง ≥๓๐%													
จำนวน	๓๘,๖๓๐	๓๓,๙๐๒	๖๓,๘๔๗	๒๔,๑๔๐	๓๗,๓๐๖	๒๒,๗๔๗	๑๙,๐๒๔	๓,๘๙๒	๙๐,๒๖๙	๒๔,๗๗๑	๑๓๒,๘๓๑	๓๗,๐๘๒	๕๒๘,๔๔๑
ร้อยละ	๗.๐	๑๓.๑	๓๐.๓	๗.๔	๘.๑	๗.๕	๗.๕	๑.๓	๒๐.๑	๑๓.๗	๓๕.๘	๑๐.๑	๑๔.๑
กลุ่มเสี่ยง CVD≥๓๐% ที่ได้รับการปรับเปลี่ยน													
จำนวน	๓๕,๙๘๙	๒๖,๕๒๕	๕๑,๘๒๙	๑๙,๖๘๓	๒๘,๙๖๖	๑๕,๗๙๒	๑๙,๐๒๔	๓,๘๙๒	๗๑,๗๔๔	๒๔,๕๒๖	๙๙,๙๘๐	๒๙,๗๐๘	๔๒๗,๖๕๘
ร้อยละ	๙๓.๒	๗๘.๒	๘๑.๒	๘๑.๕	๗๗.๖	๘๑.๒	๑๐๐	๑๐๐	๗๙.๕	๙๙.๐	๗๕.๓	๘๐.๑	๘๘.๙

ที่มา: รายงานการตรวจราชการรอบ ๒ ปี ๒๕๕๙

๓) การดำเนินการคลินิก NCD คุณภาพ

การดำเนินการจัดคลินิก NCD คุณภาพในสถานบริการ (รพศ. รพท. รพช.) เป็นการดำเนินการให้ครบตามเป้าหมายแต่ละปีตั้งแต่ปี ๒๕๕๗ ผลการดำเนินการ คลินิก NCD คุณภาพ สะสมระหว่างปี ๒๕๕๗-๒๕๕๙ พบว่า มีโรงพยาบาลที่ได้ดำเนินการคลินิก NCD คุณภาพ จำนวนทั้งหมด ๘๖๑ แห่ง และทุกแห่งผ่านเกณฑ์การประเมินคลินิก NCD คุณภาพอย่างน้อยร้อยละ ๗๐ ดังตารางที่ ๒

ตารางที่ ๒ แสดงจำนวนและร้อยละของสถานบริการแยกรายเขตสุขภาพที่ผ่านการประเมินคลินิก NCD คุณภาพ

เขตสุขภาพ	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐	๑๑	๑๒
รพ. เป้าหมาย (แห่ง)	๙๘	๔๗	๔๖	๖๙	๖๗	๗๑	๖๔	๘๙	๘๗	๗๑	๗๕	๗๗
ผ่านเกณฑ์ การประเมิน (จำนวน, ร้อยละ)	๙๘ (๑๐๐)	๔๗ (๑๐๐)	๔๖ (๑๐๐)	๖๙ (๑๐๐)	๖๗ (๑๐๐)	๗๑ (๑๐๐)	๖๔ (๑๐๐)	๘๘ (๙๘.๙)	๘๗ (๑๐๐)	๗๑ (๑๐๐)	๗๕ (๑๐๐)	๗๗ (๑๐๐)

ที่มา: รายงานจาก สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑-๑๒ และรายงานการตรวจราชการรอบ ๒ ปี ๒๕๕๙

๑. ผลการดำเนินงานในมาตรการที่ ๒ การลดพฤติกรรมเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงในประชากร/ชุมชน

๑) ตำบลจัดการสุขภาพ

เขตสุขภาพที่ ๑-๑๒ มีการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการครบทุกเขต มีจำนวนตำบลที่ดำเนินการทั่วประเทศทั้งหมด ๗,๒๕๕ ตำบล มี ๓,๓๒๘ ตำบล ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินตำบลสุขภาพระดับดีขึ้นไปคิดเป็น ร้อยละ ๘๗.๒๒ เขตสุขภาพที่มีร้อยละของตำบลที่ผ่านเกณฑ์ตั้งแต่ระดับดีขึ้นไปมากที่สุด ได้แก่ คือเขต ๗ (ร้อยละ ๙๗.๘๘) และน้อยที่สุดคือเขต ๕ (ร้อยละ ๖๖.๗๗)

ตารางที่ ๓ แสดงผลการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพแยกรายเขตสุขภาพ ปี ๒๕๕๙

ลำดับ	ตำบล ทั้งหมด	ระดับดี		ระดับดีมาก		ระดับดีเยี่ยม		ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เขต ๑	๗๖๙	๑๘๒	๒๓.๖๗	๑๘๕	๒๔.๐๖	๑๙๔	๒๕.๒๓	๕๖๑	๗๒.๙๕
เขต ๒	๔๒๖	๒๕๐	๕๘.๖๙	๕๘	๑๓.๖๒	๖๕	๑๕.๒๖	๓๗๓	๘๗.๕๖
เขต ๓	๔๒๐	๑๙๙	๔๗.๓๘	๕๑	๑๒.๑๔	๘๑	๑๙.๒๙	๓๓๑	๗๘.๘๑
เขต ๔	๗๑๓	๓๓๖	๔๗.๑๒	๑๒๘	๑๗.๙๕	๑๕๑	๒๑.๑๘	๖๑๕	๘๖.๒๖
เขต ๕	๖๓๕	๒๔๙	๓๙.๒๑	๘๗	๑๓.๗	๘๘	๑๓.๘๖	๔๒๔	๖๖.๗๗
เขต ๖	๕๓๑	๓๒๘	๖๑.๗๗	๗๓	๑๓.๗๕	๙๒	๑๗.๓๓	๔๙๓	๙๒.๘๔
เขต ๗	๖๖๐	๒๙๒	๔๔.๒๔	๘๓	๑๒.๕๘	๒๗๑	๔๑.๐๖	๖๔๖	๙๗.๘๘
เขต ๘	๖๔๔	๑๕๔	๒๓.๙๑	๑๘๖	๒๘.๘๘	๒๗๖	๔๒.๘๖	๖๑๖	๙๕.๖๕
เขต ๙	๗๖๑	๑๕๑	๑๙.๘๔	๑๓๗	๑๘	๔๐๓	๕๒.๙๖	๖๙๑	๙๐.๘
เขต ๑๐	๖๑๓	๘๘	๑๔.๓๖	๑๒๐	๑๙.๕๘	๓๗๐	๖๐.๓๖	๕๗๘	๙๔.๒๙
เขต ๑๑	๕๑๘	๒๔๓	๔๖.๙๑	๗๗	๑๔.๘๖	๑๕๔	๒๙.๗๓	๔๗๔	๙๑.๕๑
เขต ๑๒	๕๖๕	๓๑๖	๕๕.๙๓	๑๑๖	๒๐.๕๓	๙๔	๑๖.๖๔	๕๒๖	๙๓.๑
ประเทศ	๗,๒๕๕	๒๗๘๘	๓๘.๔๓	๑๓๐๑	๑๗.๙๓	๒๒๓๙	๓๐.๘๖	๖๓๒๘	๘๗.๒๒

ที่มา : ข้อมูล www.thaiphc.net ณ วันที่ ๑๙ สิงหาคม ๒๕๕๙

๒) สถานประกอบการปลอดโรคปลอดภัย ภายใต้เป็นสุข

ผลการดำเนินการสถานประกอบการปลอดโรคปลอดภัย ภายใต้เป็นสุขแบบบูรณาการ โดย กรมควบคุมโรค กรมอนามัย และกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ มีสถานประกอบการที่เข้าร่วมโครงการฯ จำนวน ๓๐๘ แห่ง แบ่งเป็นสถานประกอบการที่เสี่ยง จำนวน ๑๖๐ แห่ง สถานประกอบการทั่วไป จำนวน ๙๓ แห่ง และวิสาหกิจชุมชน จำนวน ๕๕ แห่งผ่านเกณฑ์ประเมินระดับประเทศ ๒๕ แห่ง

๓) การบังคับใช้กฎหมาย

ผลการดำเนินการการบังคับใช้กฎหมายบุหรี และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์โดยได้มีการตรวจเตือนประชาสัมพันธ์ และบังคับใช้กฎหมาย จำนวน ๒,๐๗๖ ราย มีกล่าวโทษ ดำเนินคดี จำนวน ๗๕๓ ราย

๒. จุดร่วมและจุดต่างที่สะท้อนความก้าวหน้า

การดำเนินงานมีการบูรณาการการดำเนินงานตามนโยบาย ยุทธศาสตร์ โดยใช้กลไกที่มี ได้แก่

- บูรณาการการดำเนินการระบบสุขภาพอำเภอ และตำบลจัดการสุขภาพ เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินการลดเสี่ยงในชุมชน

- บูรณาการ การดำเนินการเพื่อการคัดกรองไตเรื้อรัง การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและการจัดการลดเสี่ยงในกลุ่มเสี่ยงสูงโดยร่วมกับ service plan ในสาขาที่เกี่ยวข้อง และการร่วมกับ คลินิก NCD คุณภาพ

- ความต่อเนื่องของนโยบายและแนวทางการดำเนินงาน

๓. ปัญหาและข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

ปัญหา	ข้อเสนอแนะ
เชิงโครงสร้าง:ระบบข้อมูลและการประเมินผล ข้อมูล ๔๓ แฟ้ม - มีความซ้ำซ้อนของประชากรในพื้นที่ - ความถูกต้องการบันทึกข้อมูลและการวินิจฉัย - การส่งออกข้อมูลไม่ครบถ้วน - ข้อมูลด้านพฤติกรรมเสี่ยง เช่น บุหรี่ BMI ไม่ได้ถูกนำมาวิเคราะห์ - ความคลาดเคลื่อนระหว่างข้อมูลสถานบริการกับข้อมูล HDC - ข้อมูลสำหรับติดตามและรายงานผลตามตัวชี้วัด ระบบ HDC ไม่ครบถ้วน เช่น ผู้ป่วยรายใหม่โรคหลอดเลือดหัวใจ การคัดกรอง CVD และการบริการลดเสี่ยง	- ควรพัฒนาระบบการประมวลผล HDC ให้สามารถติดตามและรายงานผลตามตัวชี้วัดได้ครบถ้วน - ควรผนวกโปรแกรมประเมินความเสี่ยงต่อ CVD ไว้ใน ระบบ HDC ให้สามารถออกรายงานได้ - กรณี ระบบ HDC ไม่สามารถรองรับการประมวลผลเพื่อวิเคราะห์โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด CVD ควรมีการพัฒนาโปรแกรมเสริม
การดำเนินการ - ข้อจำกัดด้านบุคลากรต่อภาระงานทั้งปริมาณและความเชี่ยวชาญ เฉพาะ เช่น นักโภชนาการ - การดำเนินงานในสถานบริการและชุมชน ส่วนใหญ่มีโครงสร้าง และการดำเนินงานแต่ยังไม่ครอบคลุมและไม่มีความเข้มข้นมากพอต่อการลดปัจจัยเสี่ยง ขาดรูปแบบและความต่อเนื่องที่ส่งผลถึงผลลัพธ์อย่างชัดเจน - การประเมินติดตามผลการดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง/ผลลัพธ์ - การดำเนินการในสถานประกอบการ ส่วนใหญ่เป็นด้าน อาชีวอนามัยที่มุ่งเน้นความปลอดภัยจากการประกอบอาชีพส่วนเรื่องลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อมีการดำเนินการน้อยและยังไม่ชัดเจน	- สนับสนุนองค์ความรู้และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง - พัฒนารูปแบบและศักยภาพบุคลากรในการประเมินการดำเนินงานทุกระดับ - สนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยการดำเนินงานที่มีประสิทธิผลและคุ้มค่าในบริบทต่างๆ

หัวข้อกลุ่มวัยทำงาน (อุบัติเหตุทางถนน)

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

ตัวชี้วัด อัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนน ไม่เกิน ๑๖ ต่อประชากรแสนคน

๒. ประเด็นการตรวจราชการ

จังหวัดดำเนินการภายใต้มาตรการสำคัญ ๓ มาตรการ ดังนี้

๑. มาตรการการบริหารจัดการข้อมูลและการสอบสวนอุบัติเหตุ

๑.๑ การบริหารจัดการข้อมูลและบูรณาการข้อมูล ๓ ฐาน ได้แก่ (ตำรวจ บริษัทกลาง และ สาธารณสุข)

๑.๒ การจัดการและวิเคราะห์ข้อมูลจุดเสี่ยง/จุดอันตราย เพื่อเสนอต่อศูนย์ความปลอดภัยทางถนน ระดับจังหวัด/อำเภอ/ท้องถิ่น นำไปสู่ข้อเสนอการแก้ไขจุดเสี่ยง อย่างน้อย ๕ จุด/จังหวัด/ไตรมาส

๑.๓ การจัดตั้ง Emergency & Trauma Admin Unit ในโรงพยาบาลระดับ A/S/M๑ (Service Plan)

๒. มาตรการชุมชน/ด้านชุมชน

๒.๑ สนับสนุนการดำเนินการ ด้านวิชาการ ร่วมคิด ร่วมดำเนินมาตรการชุมชน และ “ด้านชุมชน” ให้บุคลากรสาธารณสุข/อสม. มีส่วนร่วมดำเนินการอย่างจริงจัง

๒.๒ ขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ผ่าน DHS/DC

๓. มาตรการองค์กร

๓.๑ ดำเนินการมาตรการองค์กรตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข โดยปี ๒๕๕๙ เน้น และมี มาตรการความปลอดภัยของรถพยาบาลและรถยนต์ราชการ และการสวมหมวกนิรภัย

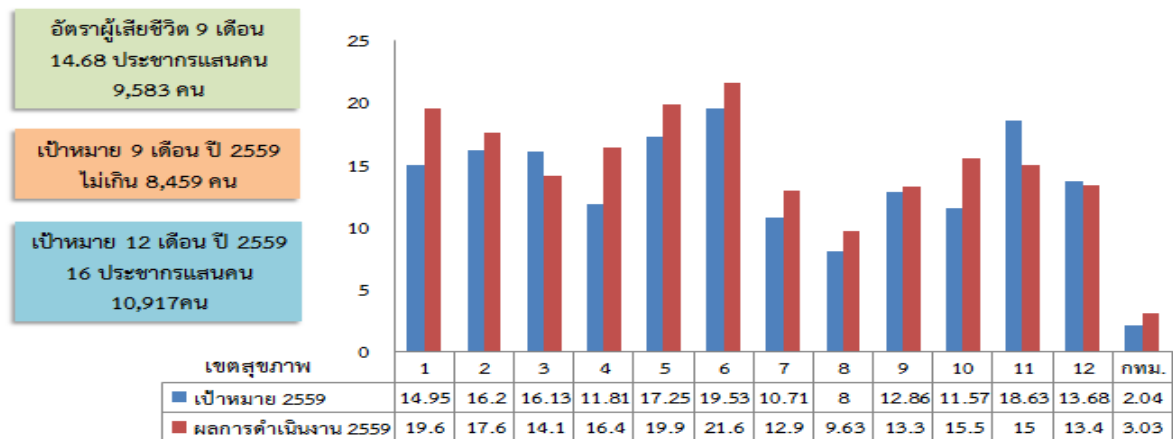
กรอบการดำเนินงานปีงบประมาณ ๒๕๕๙

มาตรการหลัก	ผลสำเร็จ (Small Success)	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
มาตรการด้านข้อมูล	จังหวัดมีบูรณาการฐานข้อมูลการตาย ๓ ฐาน (ตำรวจ บริษัทกลาง และ สาธารณสุข)	๑๒ จังหวัด	๒๔ จังหวัด	๕๐ จังหวัด	๗๖ จังหวัด
	หน่วยงานวิเคราะห์หาสาเหตุของ ปัญหาอุบัติเหตุและ เลือก ๕ จุดเสี่ยง/ จังหวัด เพื่อนำเสนอข้อมูลต่อ สปถ. จังหวัด	ไม่น้อยกว่า ๓๘๐ จุด	ไม่น้อยกว่า ๓๘๐ จุด	ไม่น้อยกว่า ๓๘๐ จุด	ไม่น้อยกว่า ๓๘๐ จุด
	การดำเนินงานมาตรการชุมชน DHS/DC และการตั้งด้านชุมชน	อย่างน้อย ตั้งด้าน	อย่างน้อยตั้ง ด้าน อำเภอ	มาตรการ ชุมชนในช่วง	มาตรการ ชุมชน

มาตรการหลัก	ผลสำเร็จ (Small Success)	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
มาตรการ ป้องกัน		อำเภอละ ๑ จุด	ละ ๑ จุด	อื่นๆ	ในอื่นๆ
	จังหวัดมีการดำเนินการมาตรการ องค์กรตามประกาศกระทรวง สาธารณสุข	รพพยาบาล รยยนต์ ราชการ หมวกนิรภัย	รพพยาบาล รยยนต์ ราชการ หมวกนิรภัย	รพพยาบาล รยยนต์ ราชการ หมวกนิรภัย	รพพยาบาล รยยนต์ ราชการ หมวกนิรภัย
มาตรการ บริหารจัดการ	มี EOC RTI ระดับเขต และจังหวัด สำหรับการบัญชาการเหตุการณ์ช่วง เทศกาล และส่วนกลางตลอดทั้งปี	เทศกาล ปีใหม่	เทศกาล สงกรานต์		
	จัดตั้ง Trauma Emergency admin unit ใน รพ.ระดับ A/S/M๑	ร้อยละ ๒๕	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๗๕	ร้อยละ ๑๐๐

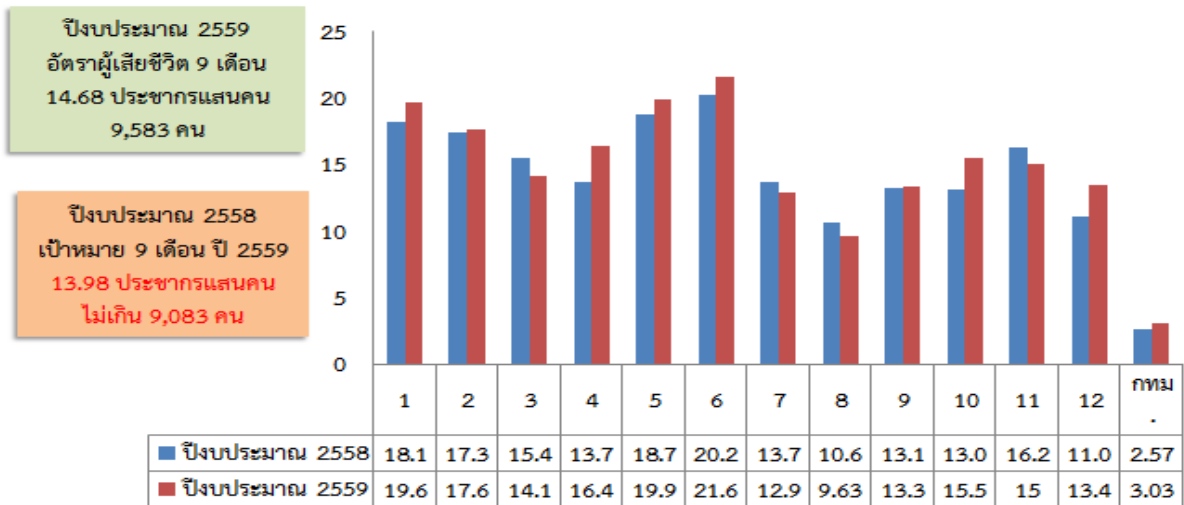
๓. ผลการดำเนินงาน

อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนต่อแสนประชากร เปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย รอบ ๑ เดือนปีงบประมาณ ๒๕๕๙ (ต.ค.๕๘ – มิ.ย.๕๙)



แหล่งข้อมูล : ข้อมูลรวมบัตร สำนักรนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข

อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนต่อแสนประชากร รอบ 9 เดือน
เปรียบเทียบปีงบประมาณ 2559 กับ 2558 (ต.ค.58 – มิ.ย.59)



แหล่งข้อมูล : ข้อมูลมรณบัตร สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผลการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนนรอบ ๙ เดือน (ในภาพรวม)

ระบบข้อมูล	การป้องกัน	การรักษา	การบริหารจัดการ
๑.บูรณาการข้อมูล ๓ ฐาน ➢ ระดับประเทศดำเนินการแล้ว ผลักดันเป็น Joint KPI ๔ หน่วยงาน ได้แก่ สธ./คค./ตร./มท. ➢ การดำเนินการในระดับจังหวัด จำนวน ๗๔ จังหวัด ■ ๖๗ จังหวัดดำเนินการแล้ว ■ ๙ จังหวัดอยู่ระหว่างดำเนินการ ๒. สอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิตตามเกณฑ์ที่กำหนด ■ มีรายงานผ่านโปรแกรมตรวจสอบข่าวการระบาศ ๑๓๐ เหตุการณ์	๑. การแก้ไขปัญหาดูแลเสี่ยง ๕ จุด/จังหวัด/ไตรมาส ■ ไตรมาส ๑ จำนวน ๕๐๗ จุด ■ ไตรมาส ๒ จำนวน ๕๑๘ จุด ■ ไตรมาส ๓ จำนวน ๑,๔๓๗ จุด ๒. DHS/DC ดำเนินการ ๖๘๕ อำเภอ ๓. มาตรการชุมชน : ด้านชุมชนสงกรานต์ ■ ทั่วประเทศ ๑๗,๐๙๐ ด้าน/วัน (ปก.) ■ ดำเนินการนำร่อง ๔๐ อำเภอ โดย ๙๒๗ ด้าน (คร.) ๔. มาตรการองค์กร ■ รถพยาบาลเกิดเหตุ ๒๖ ครั้ง เทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของปี ๕๘ ลดลง ๗ ครั้ง คิดเป็น ๒๑.๒๑% (ข้อมูล ๑ ม.ค. - ๓๐ มิ.ย.)	๑.Trauma Fast track ■ รายงาน ๘ จังหวัด น่าน ลำปาง ลำพูน สระบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง ฉะเชิงเทรา ยะลา ๒. ER คุณภาพผ่านเกณฑ์ ดังนี้ ■ เขต ๑ (๘๗.๕%), เขต ๔ (๑๐๐%), เขต ๗ (๗๙%), เขต ๑๐ (๗๐%) และ เขต ๑๒ (๑๐๐%) ๓. ระบบ Refer ■ Thai Refer ๖๔ จังหวัด ■ Refer link ๕ จังหวัด ■ N Refer เชื่อมทุกโปรแกรม ๔. นำส่งผู้บาดเจ็บ RTI ด้วยระบบ ๑๖๖๙ ร้อยละ ๖๖.๔๓ (เป้าหมายร้อยละ ๕๐) ๕. ผู้บาดเจ็บวิกฤต (สีแดง)นำส่งโดย ALS ร้อยละ ๖๒.๘๕ (เป้าหมายร้อยละ ๘๕)	๑. EOC RTI ■ ส่วน กลาง มี EOC RTI ติดตามสถานการณ์ทุกสัปดาห์และช่วงเทศกาล ■ สคร.สสจ. ดำเนินการช่วงเทศกาล ๒. จัดตั้งหน่วย Trauma & Emergency admin Unit รพ.ระดับ A S M๑ ■ ดำเนินการครบทุกแห่ง ๓. จัดประชุมผู้บริหารและติดตามการดำเนินงานผ่านการประชุม Video Conference ทุกไตรมาส ๔.ลงพื้นที่ตรวจเยี่ยมใน ๕ จังหวัด ๕.ทุกจังหวัดมีผู้รับผิดชอบงาน RTI

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
๑) การจัดการข้อมูล การบูรณาการข้อมูลการตาย ๓ ฐาน บางพื้นที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูล และขาดบุคลากรหรือทีมงานที่มีศักยภาพในการจัดการข้อมูลของจังหวัดและนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์เชิงระบาดวิทยา เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง	๑) การจัดการข้อมูล ควรพัฒนาศักยภาพการจัดการข้อมูลและนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์เชิงระบาดวิทยาให้มีประสิทธิภาพที่สามารถนำมากำหนดนโยบาย มาตรการ และประเมินผลได้ และจัดทำคู่มือ/แนวทางการจัดการข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนในระดับจังหวัด
๒) การจัดการจุดเสี่ยง ในช่วงไตรมาส ๑-๒ บางพื้นที่เข้าใจนิยามหรือเกณฑ์การระบุจุดเสี่ยงที่แตกต่างกัน และยังไม่เข้าใจในบทบาทของสาธารณสุขในการจัดการจุดเสี่ยง แต่ในไตรมาสที่ ๓ มีแนวโน้มความเข้าใจที่ดีขึ้น และขาดแหล่งข้อมูลหรือการจัดเก็บ ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์จุดเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ	๒) การจัดการจุดเสี่ยง ส่งเสริมให้มีการใช้ข้อมูลเพื่อจัดการจุดเสี่ยง ในมิติของสาธารณสุขทั้งในระดับจังหวัดและชุมชน เน้นการคืนข้อมูลทางระบาดวิทยาเพื่อวิเคราะห์จุดเสี่ยงและเสนอทางเลือกในการแก้จุดเสี่ยงร่วมสหสาขาวิชาชีพ และพัฒนาศักยภาพการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการจัดการจุดเสี่ยงและการประเมินผล
๓) มาตรการชุมชน และ “ด้านชุมชน ๑) ด้านชุมชนบางพื้นที่ยังมีรูปแบบเป็นจุดบริการประชาชน ซึ่งมีกิจกรรมด้านชุมชนไม่ชัดเจน ๒) การตั้งด้านชุมชนในเขตเมืองที่มีรถสัญจรจำนวนมาก ไม่สามารถดำเนินการด้านชุมชนได้เต็มรูปแบบ ๓) บางพื้นที่ยังไม่มีมีการดำเนินการขับเคลื่อนมาตรการชุมชนเพื่อเตรียมชุมชนก่อนเทศกาล	๓) มาตรการชุมชน และ “ด้านชุมชน ๑) ผลักดันเชิงนโยบายเชื่อมโยงกับมหาดไทย เพื่อสร้างความเข้าใจแนวคิดและรูปแบบด้านชุมชน ซึ่งแตกต่างจากด้านบูรณาการหรือจุดบริการประชาชน ๒) ในบทบาทของสาธารณสุขสนับสนุนการขับเคลื่อนด้านชุมชน/มาตรการชุมชนผ่านกลไก DHS/DC ๓) สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพและแนวทางด้านชุมชนในระดับพื้นที่
๔) การขับเคลื่อนผ่านระบบสุขภาพอำเภอ (DHS/DC) ๑) การดำเนินงานบางพื้นที่ยังไม่บูรณาการกับ ศปถ.อำเภอ ๒) มีการประเมินเชิงกระบวนการ DHS/DC แต่ขาดการประเมินผลในเชิงผลิตและกระบวนการที่นำไปสู่การลดการบาดเจ็บและเสียชีวิต (กรอบการดำเนินงานเฉพาะ RTI ไม่ชัดเจน)	๔) การขับเคลื่อนผ่านระบบสุขภาพอำเภอ (DHS/DC) ๑) ควรมีการกำหนดกรอบกระบวนการและผลผลิตที่นำไปสู่การลดการบาดเจ็บและเสียชีวิต และมีแนวทางการติดตามประเมินผลได้อย่างอย่างเป็นระบบทั้งในระดับจังหวัด/เขต/ประเทศ ๒) ควรมีการชี้เป้า พร้อมมีกลไกการขับเคลื่อนและรอบกิจกรรมที่ชัดเจนในพื้นที่เสี่ยง ดำเนินการตามความเสี่ยงของพื้นที่
๕) มาตรการองค์กร การดำเนินงานที่ได้ผลเป็นรูปธรรม คือ ความปลอดภัยทางรถพยาบาล ส่วน	๕) มาตรการองค์กร สนับสนุนให้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องและเข้มข้นในรถพยาบาลและรถยนต์ราชการ

ปัญหา อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
การดำเนินงานด้านอื่นๆ เช่น รถยนต์ราชการ การสวมหมวกนิรภัย มีการดำเนินงานแต่การประเมินผลไม่ชัดเจน	และประเมินผลได้อย่างเป็นรูปธรรม
๖) Trauma & Emergency admin Unit ดำเนินการจัดตั้งได้ครบตามเป้าหมาย	๖) พัฒนาศักยภาพและขับเคลื่อนอย่างเป็นรูปธรรม

การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัยผู้สูงอายุ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ผู้รับผิดชอบ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

๑. ความสำคัญและที่มา

ปัจจุบันประเทศไทย ณ วันที่ ๒๒ สิงหาคม ๒๕๕๙ มีประชากรรวม เท่ากับ ๖๕.๓๖ ล้านคน มีจำนวนผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป เท่ากับ ๑๐.๘๔ ล้านคน (คิดเป็น ร้อยละ ๑๖.๕๙ ของประชากรรวม) ถือว่าปัจจุบันประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) เรียบร้อยแล้ว

เป้าหมายใหญ่ที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ คือผู้สูงอายุสามารถดูแลตัวเองได้ดีและมีคุณภาพชีวิต โดยมีเป้าหมายย่อย ๓ ประการใหญ่ คือ

๑) ป้องกันหรือลด **Premature** disability/morbidity โดย advanced health prevention and promotion

๒) การ ป้องกัน หรือ ลด Morbidity/Mortality โดย effective disease control treatment/rehabilitation

๓) การ Ensuring Quality of Life แม้จะพึ่งพิงไปแล้วก็ยังมีคุณภาพชีวิตตลอดช่วงชีวิต โดยการดูแลระยะยาว (Long term care) LTC, Specialised LTC, Palliative care เป็นต้น

ข้อมูลเชิงวิชาการจากการดูแลผู้ป่วยสูงอายุของประเทศที่พัฒนาแล้ว พบปัญหาไม่สามารถ Discharge ผู้ป่วยสูงอายุได้ และผู้ป่วยสูงอายุมักมีการ Admit ซ้ำ ทำให้หอผู้ป่วยเต็ม จึงควรปรับจาก Institutional Care สู่ Community Care และเนื่องจากผู้สูงอายุมีลักษณะเวชกรรมที่ไม่จำเพาะ จึงมีการริเริ่มจัดตั้งหน่วยพิเศษเพื่อประเมินผู้สูงอายุ ทำให้เข้าใจปัญหาที่ซับซ้อนและนำไปสู่การดูแลที่ตรงประเด็นปัญหา

ทั้งนี้ภาวะพึ่งพิง (Dependent) หรือภาวะทุพพลภาพ (Disability) ในผู้สูงอายุนั้น ไม่ได้เกิดจากโรคแต่เพียงอย่างเดียว แต่มีปัจจัยอื่นมาเกี่ยวข้องในหลายมิติ ซึ่งมีทั้งสาเหตุที่ป้องกันได้ดี ป้องกันได้บางส่วน และป้องกันไม่ได้ โดยเฉพาะกลุ่มอาการที่พบบ่อยเมื่ออายุมากขึ้น (Geriatric Syndromes) เช่น ภาวะสมองเสื่อม ภาวะหกล้ม ภาวะห่อหุ้มประสาทบาง (Frailty) เมื่อร่วมกับโรคต่างๆทั้งฉับพลันและเรื้อรัง จะเป็นความเสี่ยงสำคัญต่อภาวะพึ่งพิงและเสียชีวิตของผู้สูงอายุ

๒. มาตรการ/ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

๑) สังเคราะห์/สนับสนุน เครื่องมือและองค์ความรู้ในการดูแลรักษาผู้สูงอายุตามหลักวิชาการ:

- คู่มือคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ/แบบฟอร์มคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ แบบ one page
- คู่มือ “เทคนิคการให้คำแนะนำผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม”

๒) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร:

- อบรมระยะสั้นแพทย์ หลักสูตร Care based Learning in Geriatric Ambulatory case แบ่งเป็น ๓ ระยะ (ระยะละ ๓ วัน) มีแพทย์เข้ารับการอบรม จำนวน ๕๐ คน

- อบรมระยะสั้น Dementia Care Manager and Dementia Adviser เพื่อการดูแลระยะยาวเฉพาะทางด้านสมองเสื่อม สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข มีผู้เข้ารับการอบรม จำนวน ๒๒๐ คน

- อบรมการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมไม่ยากอย่างที่คิดจริงหรือ Basic Course in Dementia care

๓) การดำเนินงานคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุทั่วประเทศ

๓. เป้าหมาย : ผู้สูงอายุดูแลตนเองได้นานขึ้น (Active/Healthy Ageing, Independence living) และผู้สูงอายุพึงพึงมีคุณภาพชีวิตที่ดี

๔. ผลการดำเนินงาน

๔.๑ ผลการดำเนินงานคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ

	จำนวนผู้สูงอายุ (ที่อาศัยอยู่จริง)	ร้อยละคัดกรอง ADL	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ ต้องได้รับการช่วยเหลือ ในการทำกิจวัตร ประจำวัน (กลุ่ม ๒+๓)	ร้อยละของ ผู้สูงอายุที่ได้รับ การคัดกรองโรค และปัญหาสำคัญ	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ ได้รับการคัดกรอง Geriatric Syndromes
ทั่วประเทศ	๘,๒๙๑,๓๗๗	๘๐.๑๒	๖.๕๕	๔๐.๒๒	๒๖.๘๗

๔.๒ พัฒนาระบบฐานข้อมูลคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ (AGE APP) ที่สามารถแปรผลจากการคัดกรองได้ทันที พร้อมทั้งเชื่อมโยงข้อมูลผู้ที่มีความเสี่ยงจากการคัดกรองเพื่อประเมินต่อ สะดวกต่อการทำงานของบุคลากร

๔.๓ สังเคราะห์“รูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ: คลินิกผู้สูงอายุ” (เป็นรูปแบบการจัดบริการดูแลรักษาและส่งต่อ สำหรับทุกระดับ ตั้งแต่ รพ.สต. รพช. รพศ./ รพท.)

๔.๔ งานประชุมวิชาการเวชศาสตร์และวิทยาการด้านผู้สูงอายุครั้งที่ ๒ (The ๒nd Thailand Elderly Health Service Forum ๒๐๑๖) มีแพทย์เข้าร่วมประชุม ๑๐๐ คน พยาบาล ๒๖๔ คน สหสาขาวิชาชีพ อีกกว่า ๑๕๐ คน มีผู้ได้รับความรู้ทั้งสิ้นกว่า ๕๐๐ คน

๔.๕ พัฒนาศักยภาพให้กับผู้ปฏิบัติงานในชุมชน ได้แก่ อสม. ให้มีความรู้ในการคัดกรองและส่งเสริมป้องกันกลุ่มอาการผู้สูงอายุ เช่น ข้อเข่าเสื่อม โดยเริ่มต้นที่ตำบลจัดการสุขภาพจำนวน ๑,๐๐๐ แห่ง (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย)

๕. ปัญหา/อุปสรรคการดำเนินงาน (ของพื้นที่ เสนอแนะต่อส่วนกลาง)

๑) ด้านการบริหารจัดการ

- แบบฟอร์มในการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุมีหลายข้อ, แบบฟอร์มคัดกรองเป็นวิชาการมาก
- การพัฒนารูปแบบคลินิกผู้สูงอายุให้มีคุณภาพ
- เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกรอบการดูแลผู้สูงอายุ (frame work)
- สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุมีจำนวนไม่เพียงพอ
- ระบบการส่งต่อผู้ป่วย Geriatric Syndrome ใน รพช./รพศ./รพท.

๒) ด้านบุคลากร

- เจ้าหน้าที่ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย
- ขาดบุคลากรในการคัดกรองผู้สูงอายุ
- ขาดแพทย์ที่มาอยู่คลินิกผู้สูงอายุ
- ความก้าวหน้าในวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

๓) ด้านระบบ/เทคโนโลยี

- ไม่มีระบบรายงานรองรับข้อมูลเกี่ยวกับการคัดกรองผู้สูงอายุ

- ระบบข้อมูลสารสนเทศ (IT), data center ไม่เป็นทิศทางเดียวกัน

๖. การดำเนินงานของกรมมาเพื่อสนับสนุนเขตสุขภาพ

๑) การคัดกรองและประเมินผู้สูงอายุ จัดประชุม/อบรม ติดตามแผนการดูแลผู้สูงอายุในเขตจังหวัด พร้อมทั้งชี้แจงนโยบาย/แนวทางการดำเนินงาน และอบรมเชิงปฏิบัติการด้านการวางแผนการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับ Aging Manager และผู้ปฏิบัติงานจริง ๔ ครั้ง ใน ๑๒ เขตสุขภาพ (กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙)

๒) การบริการผู้สูงอายุในสถานบริการ จัดทำรูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุและอบรมหลักสูตรการดูแลรักษากลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric syndromes) สำหรับแพทย์ (พฤษภาคม – มิถุนายน ๒๕๕๙)

๓) การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเฉพาะทาง (Special LTC) จัดอบรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หลักสูตร Basic course ,Dementia care manager และ Dementia care adviser in dementia care (พฤษภาคม – มิถุนายน ๒๕๕๙)

๔) จัดอบรมหลักสูตร โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีปัญหาความจำบกพร่องระยะแรก สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่เขตสุขภาพ จำนวน ๒ รุ่น รุ่น ๔๐ คน ร่วมกับภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี , สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) (เมษายน-พฤษภาคม ๒๕๕๙)

๕) พัฒนาโปรแกรมบันทึกข้อมูลการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ ที่สามารถเชื่อมโยงกับแฟ้ม person ซึ่งจะมีข้อมูลประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่ได้ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานสะดวก โดยจะจัดอบรมการใช้งานให้กับเจ้าหน้าที่ IT และ Aging manager ใน สสจ., รพท./รพศ. และ สสอ. (วันที่ ๑๒ และ ๑๓ กันยายน ๒๕๕๙)

๗. ข้อเสนอเชิงนโยบาย

จากข้อมูลที่ได้จากผลการตรวจราชการ จะเห็นว่า แนวโน้มของผู้สูงอายุในกลุ่มที่ต้องได้รับการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน (กลุ่ม ๒ และ กลุ่ม ๓) อาจไม่ได้มีอัตราที่เพิ่มขึ้นตามการคาดการณ์ในรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย Thailand National Health Examination Survey ครั้งที่ ๔ ปี พ.ศ. ๒๕๕๒ (เผยแพร่ปี ๒๕๕๓ ผลรายงานไว้ว่า ร้อยละ ๑๕.๕ ของผู้สูงอายุ มีภาวะพึ่งพิง) การจัดบริการควรมุ่งเน้นที่กลุ่มที่ยังไม่ป่วย โดยให้คงความเป็น Active and Healthy Aging ให้ยืนนานที่สุด ผู้สูงอายุที่เริ่มเสี่ยงจะต้องชะลอไม่ให้ป่วย ตลอดจนผู้สูงอายุที่ป่วยแล้วไม่นำไปสู่ความรุนแรงของโรค รวมถึงการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้พิการ หรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควรได้

ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ผ่านเกณฑ์ บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ผู้รับผิดชอบ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

๑. สถานการณ์ปัจจุบัน

สังคมไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุปัจจุบันมีผู้สูงอายุจำนวน ๑๐.๘ ล้านคนหรือร้อยละ ๑๖.๕ ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงประมาณร้อยละ ๒๐ อยู่คนเดียวจำนวน ๖ แสนคนหรือร้อยละ ๗.๗ ร้อยละ ๙๕ เจ็บป่วยด้วยโรคและปัญหาสุขภาพมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพียงร้อยละ ๒๖ มีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ ๑๒.๔ และเข้าถึงระบบบริการร้อยละ ๕๖.๗

๒. มาตรการ / การดำเนินงานที่ผ่านมารอบ ๙ เดือน

๒.๑ พัฒนาระบบข้อมูลโดยปรับปรุงระบบข้อมูลเพื่อให้สอดคล้องการแผนงานโครงการเช่นข้อมูล ๔๓ แฟ้มการประเมินคัดกรอง ADL ข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงติดบ้านติดเตียง

๒.๒ ส่งเสริมป้องกันสนับสนุนการรวมกลุ่มเพื่อสร้างความเข้มแข็งของผู้สูงอายุโดยกลไกชมรมผู้สูงอายุในชุมชนพัฒนาหลักสูตรและอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)

๒.๓ พัฒนาระบบการประเมินคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประเมินคัดกรองผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงเพื่อส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

๒.๔ บริหารจัดการโดยส่วนกลางมีคณะกรรมการร่วม สธ. และ สปสช. มีคณะกรรมการนโยบายและกำกับทิศทางมีการออกกฎระเบียบ/ จัดทำคู่มือแนวทาง/มาตรฐานการดำเนินงาน/พัฒนาบุคลากร/อบรม Care manager /M&E Intensive monitoring

๓. เป้าหมาย : ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในชุมชน ๑๐๐,๐๐๐ รายทุกจังหวัดทุกอำเภอ ๑,๐๐๐ พื้นที่

๔. ผลการดำเนินงานรอบ ๙ เดือน (ตุลาคม ๒๕๕๘ –มิถุนายน ๒๕๕๙):

๔.๑ มีตำบล Long Term Care เป็น Entry point สู่ตำบลจัดการสุขภาพ ๕ กลุ่มวัยแบบบูรณาการจำนวน ๑,๐๖๗ พื้นที่

๔.๒ มี Care manager ผ่านการอบรม จำนวน ๒,๔๘๘ คน (จากเป้าหมาย ๒,๐๐๐ คน)

๔.๓ มี Caregiver ผ่านการอบรมจำนวน ๑๙,๕๑๘ คน (จากเป้าหมาย ๖,๐๐๐ คน)

๔.๔ ดูแลผู้สูงอายุ ๗๐,๔๑๒ คนมีการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) จำนวน ๒๕,๖๓๙ ฉบับ

๔.๕ จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตาม Care plan แล้วมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเปลี่ยนจากกลุ่มติดเตียงเป็นติดบ้านร้อยละ ๑๙.๑๗ และกลุ่มติดบ้านเปลี่ยนเป็นกลุ่มติดสังคมร้อยละ ๑๘.๗

๔.๖ โอนเงิน LTC ๑๐๐ ล้านบาท ให้หน่วยบริการพื้นที่เป้าหมาย จำนวน ๘๘๙ แห่ง (แห่งละ ๑๐๐,๐๐๐ บาท) เป็นเงินทั้งสิ้น ๘๘,๙๐๐,๐๐๐ บาท

๔.๗ โอนเงิน LTC ๕๐๐ ล้านบาท ให้ อปท.และ กทม. ในพื้นที่เป้าหมาย เป็นเงินทั้งสิ้น ๔๑๘,๐๗๐,๐๐๐ ล้านบาท

๕. ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จ:

๕.๑ เป็นผลงาน/โครงการสำคัญ ตามนโยบายรัฐบาล กระทรวง กรม

๕.๒ มีงบประมาณจาก สปสช. กระทรวงสาธารณสุข และ กรมอนามัย สนับสนุนการดำเนินงาน

๖. ปัญหาอุปสรรค :

๖.๑ เป็นโครงการขนาดใหญ่ มีภาคีเครือข่ายในระดับส่วนกลางและระดับพื้นที่จำนวนมาก การขับเคลื่อนการดำเนินงาน จึงเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป

๖.๒ การบริหารจัดการงบประมาณยังมีข้อจำกัด (เป็นตามเงื่อนไขของ สปสช.)

๖.๓ มีการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล ๒๕,๖๓๙ ฉบับ มีจำนวน ๑๓๐ ตำบลที่เสนอ คณะกรรมการพิจารณาการจัดทำ Care Plan แต่มีจำนวนกองทุนที่ซื้อบริการตาม Care plan เพียง ๔๘ ตำบล

๖.๔ งบประมาณในการอบรม Care Manager และ Care Giver ให้ได้ตามเป้าหมายไม่เพียงพอ

๖.๕ ขาดระบบรายงานที่ชัดเจนจากพื้นที่ส่วนกลาง

๗. แผนการดำเนินงานระยะต่อไป

๗.๑ เร่งรัดการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล Care plan ให้ครอบคลุมการดูแลกลุ่มเป้าหมายทุกคน

๗.๒ เร่งรัดการจ่ายเงินเพื่อซื้อบริการตาม Care plan

๗.๓ จัดทำแนวทางค่าใช้จ่ายในการให้บริการ

๗.๔ Intensive M & E

๗.๕ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียนเร่งรัดการสื่อสารแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องในทุกระดับ รวมถึงการสื่อสารสาธารณะ

กลุ่มคนพิการ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

๑. ประเด็นการตรวจราชการ ตัวชี้วัด: คนพิการเข้าถึงบริการสุขภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

๒. จุดเน้นการตรวจราชการ

ดำเนินการเพื่อให้คนพิการทุกประเภทในจังหวัดต่างๆ ได้รับการค้นหาและส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการด้านสุขภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ รวมถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่เหมาะสม ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

๓. ข้อมูลเชิงปริมาณ/คุณภาพ

ได้มาจากรฐานข้อมูลโรงพยาบาล/สาธารณสุข การขึ้นทะเบียนคนพิการ การรับเบี้ยยังชีพคนพิการจากรายงานตรวจราชการ รอบที่ ๒ คนพิการทั่วประเทศ (ไม่รวมกทม.) จำนวน ๑,๒๔๘,๗๙๙ คน เข้าถึงบริการ ๑,๑๖๐,๕๗๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๒.๙๔ ดำเนินงานโดยผ่านผู้รับผิดชอบงานด้านคนพิการระดับจังหวัด ๒ มาตรการ ดังนี้

๓.๑ สนับสนุน ส่งเสริม ประสานงาน และดำเนินงานในการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพคนพิการระดับจังหวัดที่เชื่อมโยงจาก รพศ. รพท. สู้ รพช. และชุมชน ส่วนใหญ่ดำเนินการในรูปแบบของคณะกรรมการระดับจังหวัด ร่วมมือกันระหว่างภาคสาธารณสุข (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู/นักกายภาพบำบัด และ อสม.) พัฒนาสังคมจังหวัด ศึกษาจังหวัด และภาคส่วนต่างๆ มีบางเขตสุขภาพที่ผลักดันนโยบายให้เป็น Service Plan ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ซึ่งจะช่วยสนับสนุนให้การดำเนินงานได้ครอบคลุมมากขึ้น ผลการดำเนินงาน มี ๖๗ จังหวัดที่มีระบบการติดตาม ประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพของคนพิการอย่างต่อเนื่องจนถึงชุมชน (ร้อยละ ๙๐.๗๙)

๓.๒ สนับสนุน ส่งเสริม และประสานงาน ในการตรวจประเมิน ปรับสภาพแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวกในสถานพยาบาลระดับ A, S และสังกัดกรมต่างๆ ๑๒๓ แห่ง เพื่อให้คนพิการและผู้สูงอายุเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ โดยสิ่งอำนวยความสะดวก ๕ ด้าน (ทางลาด ที่จอดรถ ห้องน้ำ ป้ายสัญลักษณ์ และข้อมูลข่าวสาร) ตามเกณฑ์มาตรฐาน และสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ กรมการแพทย์ ร่วมประเมิน และกำกับติดตาม พบว่า โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์ ๗๔ แห่ง (จาก ๙๕ แห่ง) คิดเป็นร้อยละ ๗๗.๘๙ และโรงพยาบาลในสังกัดกรมต่างๆ ผ่านเกณฑ์ ๑๓ แห่ง (จาก ๒๘ แห่ง) คิดเป็นร้อยละ ๔๖.๔๓ สรุปผลการดำเนินงานทั้งประเทศ ผ่านเกณฑ์ ๘๗ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๗๐.๗๓

๔. ปัญหาอุปสรรค

๔.๑ ไม่มีผู้รับผิดชอบแผนงานคนพิการระดับเขต จังหวัดเปลี่ยนคนรับผิดชอบงานบ่อย

๔.๒ การลงข้อมูลด้านสุขภาพไม่เป็นระบบเดียวกัน ทำให้ไม่สามารถใช้ประโยชน์ในระดับเขตและประเทศได้

๔.๓ แบบแปลน โครงสร้างอาคาร สถานที่ ไม่สอดคล้องกับแนวคิดการออกแบบเพื่อคนทั้งมวล (Universal Design) และกฎหมายที่ประกาศใช้

๔.๔ ขาดแคลนบุคลากรสหวิชาชีพ องค์ความรู้และทักษะในการฟื้นฟู ดูแลสุขภาพคนพิการแต่ละประเภท บุคลากรสหวิชาชีพขาดแคลน

๕. ข้อเสนอแนะ

๕.๑ พิจารณาเสนอการบูรณาการนโยบาย/งานด้านการดูแลสุขภาพในระดับเขตและจังหวัด

๕.๒ พิจารณาเสนอออกแบบแผน กระบวนการสาธารณสุข ในการปรับแก้ไขแบบแปลนอาคาร สิ่งก่อสร้าง ให้รองรับกับแนวคิดเรื่องการออกแบบเพื่อคนทั้งมวล (Universal Design)

๕.๓ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ควรสนับสนุนการใช้ประโยชน์จากระบบข้อมูลสารสนเทศด้าน สุขภาพ กรรมการแพทย์ ควรส่งเสริม สนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้ คู่มือ มาตรฐานและทักษะในการฟื้นฟู ดูแลสุขภาพคนพิการ

๕.๔ กรรมการแพทย์และกรมสุขภาพจิต ควรบูรณาการงานดูแลสุขภาพคนพิการร่วมกัน

สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙

กลุ่มคนพิการ

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

ตัวชี้วัด: คนพิการเข้าถึงบริการสุขภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

๒. จุดเน้นการตรวจราชการ

ดำเนินการเพื่อให้คนพิการทุกประเภทในจังหวัดต่างๆ ได้รับการค้นหาและส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการ ด้านสุขภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ รวมถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่เหมาะสม ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐ โดยแต่ละจังหวัดดำเนินงานผ่าน ๒ มาตรการ ดังนี้

๑) พัฒนาระบบดูแลสุขภาพคนพิการระดับจังหวัด เชื่อมโยงจาก รพศ./รพท. สู่ รพช. และชุมชน

๒) ปรับสภาพแวดล้อม มีสิ่งอำนวยความสะดวกในสถานพยาบาลระดับ A, S และสังกัดกรมต่างๆ ๑๒๓ แห่ง ให้คนพิการและผู้สูงอายุเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้

๓. กรอบการดำเนินงานปีงบประมาณ ๒๕๕๙

มาตรการหลัก	ผลสำเร็จ			
	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. พัฒนาระบบดูแลสุขภาพคนพิการระดับ จังหวัด เชื่อมโยงจากรพ. ศูนย์ รพท. สู่ รพช. และชุมชน	แต่งตั้ง คกก. / วางแผนพัฒนาระบบดูแลสุขภาพคนพิการระดับจังหวัด	คนพิการทุกประเภทและผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อความพิการ ได้รับการค้นหาและส่งต่อระบบบริการตามชุดสิทธิประโยชน์	คนพิการทุกประเภทและผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อความพิการ ได้รับการบริการด้านสุขภาพและติดตามอย่างต่อเนื่อง	ร้อยละ ๘๐ ของจังหวัดในเขตสุขภาพมีระบบดูแลสุขภาพคนพิการผ่านเกณฑ์ระดับ ๔
๒. ปรับสภาพแวดล้อม มีสิ่งอำนวยความสะดวกในสถานพยาบาลระดับ A, S และสังกัดกรมต่างๆ ๑๒๓ แห่ง ให้คนพิการและผู้สูงอายุเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้	ประเมินสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกในสถานพยาบาล	มีแผนปรับปรุงสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกในสถานพยาบาลเป้าหมาย	ดำเนินการตามแผนในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวก	ร้อยละ ๘๐ ของสถานพยาบาลเป้าหมาย มีสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกที่ผ่านเกณฑ์คะแนน (ร้อยละ ๘๐)

๔. ผลการดำเนินงาน

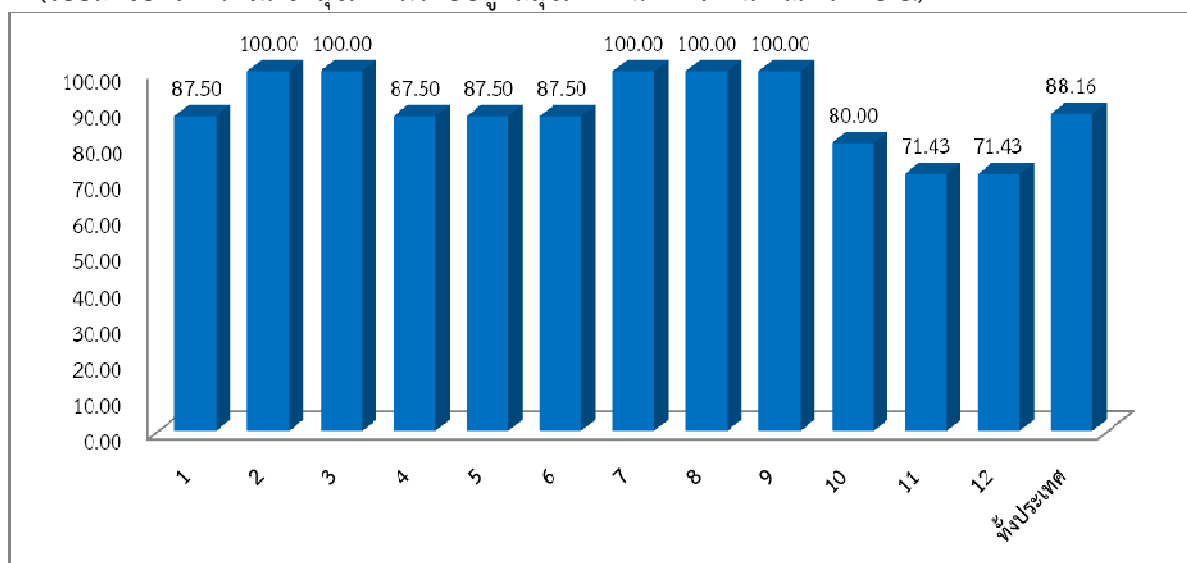
๔.๑ การพัฒนาระบบบริการ/ดูแลสุขภาพคนพิการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ ๒๕๕๙

จากเกณฑ์เป้าหมายที่ต้องการให้แต่ละจังหวัดดำเนินงานให้ผ่านระดับ ๔ คือ มีการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการฯ และมีระบบการติดตาม ประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพของคนพิการอย่างต่อเนื่อง ดังตารางแสดงเกณฑ์เป้าหมายการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการ/ดูแลสุขภาพคนพิการระดับจังหวัด

เกณฑ์	รายละเอียด
ระดับ ๐	ไม่มีการดำเนินการ
ระดับ ๑	มีคณะทำงาน/คณะกรรมการ โดยมีองค์ประกอบจากทุกภาคส่วน
ระดับ ๒	มีแผนงาน/โครงการดูแลสุขภาพคนพิการระดับจังหวัด
ระดับ ๓	มีการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการฯ อย่างเป็นรูปธรรม
ระดับ ๔	มีระบบการติดตาม ประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพของคนพิการอย่างต่อเนื่อง
ระดับ ๕	สามารถรวบรวม วิเคราะห์ ปัญหาและอุปสรรค เพื่อพัฒนาระบบได้อย่างต่อเนื่อง

ผลการดำเนินงาน พบว่า มี ๖๗ จังหวัด (ร้อยละ ๙๐.๗๙) ที่มีระบบการติดตาม ประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพของคนพิการอย่างต่อเนื่องจากถึงชุมชน ดังภาพ

ผลการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการ/ดูแลสุขภาพคนพิการระดับจังหวัด จำแนกตามเขตสุขภาพ
(ร้อยละของจังหวัดในเขตสุขภาพที่มีระบบดูแลสุขภาพคนพิการผ่านเกณฑ์ระดับ ๔)



แหล่งข้อมูล : รายงาน ตก.๑ รอบที่ ๒ สำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุขและสำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์

หากพิจารณาการดำเนินงานในแต่ละจังหวัดแล้ว พบ ๙ จังหวัด อยู่ระหว่างดำเนินการในระดับ ๓-๔ ซึ่งได้แก่ จังหวัดแม่ฮ่องสอน นครนายก สมุทรสาคร ตรัง อำนาจเจริญ กระบี่ พังงา ตรัง และจังหวัดสตูล

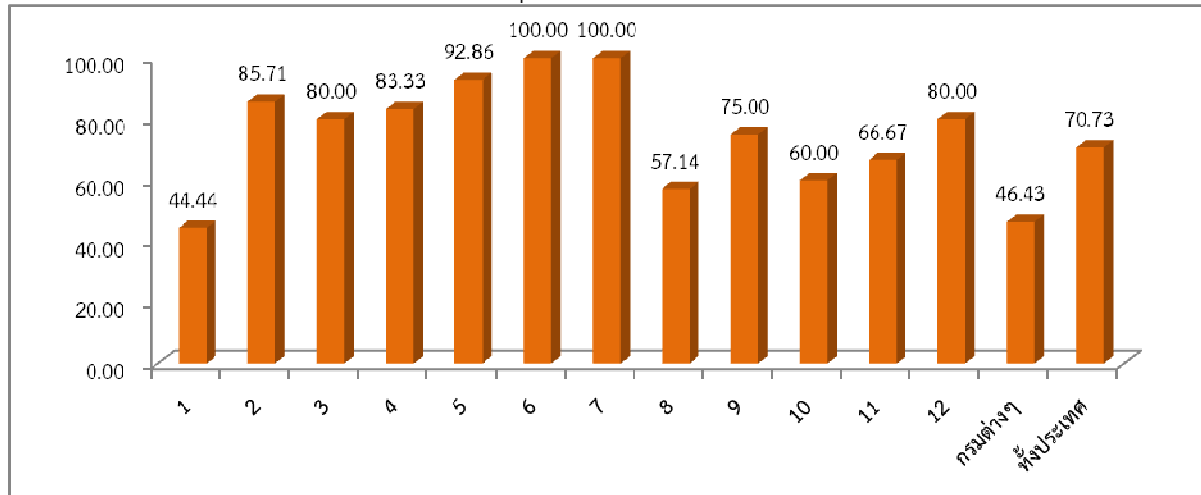
๔.๒ การปรับสภาพแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวกในสถานพยาบาล ปีงบประมาณ ๒๕๕๙

จากสถานพยาบาลเป้าหมาย ๑๒๓ แห่ง (โรงพยาบาลระดับ A, S จำนวน ๙๕ แห่ง และโรงพยาบาลสังกัดกรมต่างๆ ๒๘ แห่ง) พบว่า ผ่านเกณฑ์ ๘๗ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๗๐.๗๓ (เป้าหมายร้อยละ ๘๐) ปัญหาอุปสรรคสำคัญซึ่งทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย คือ แบบแปลนและการออกแบบโครงสร้างอาคาร สถานที่ของสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขยังคงเป็นแบบเก่า ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวคิด

การออกแบบ Universal Design และกฎหมายที่ประกาศใช้ รายละเอียดผลการดำเนินงานจำแนกตามเขตสุขภาพและกรมต่างๆ ดังภาพ

ผลการดำเนินงานปรับสภาพแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวกในสถานพยาบาล จำแนกตามเขตสุขภาพและกรมต่างๆ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

(ร้อยละของสถานพยาบาลเป้าหมายในเขตสุขภาพ ดำเนินงานผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๘๐)



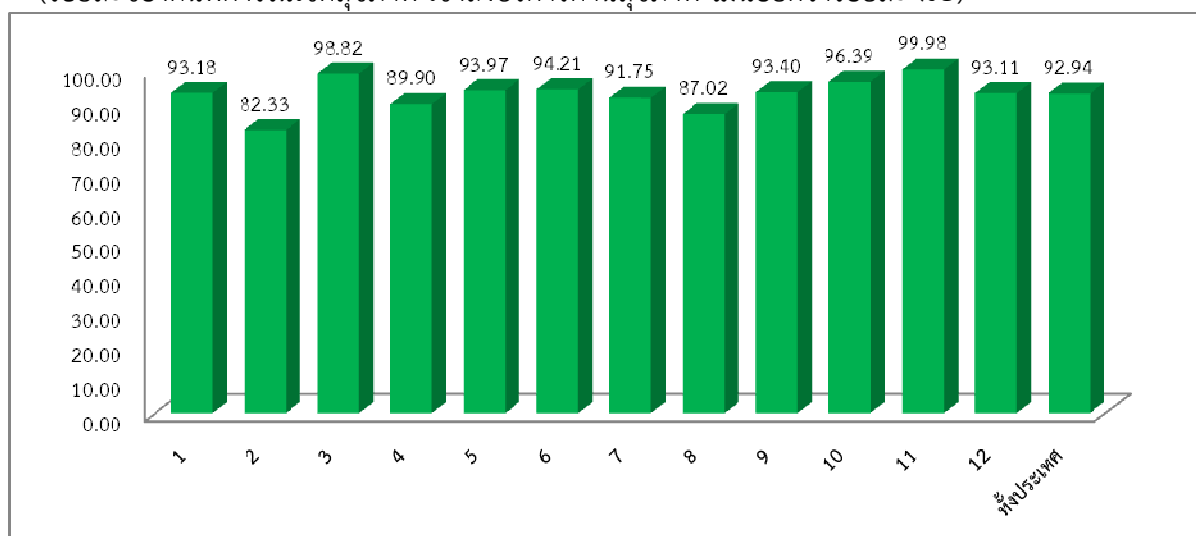
แหล่งข้อมูล : รายงาน ตก.๑ รอบที่ ๒ สำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุขและสำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์

๔.๓ คนพิการเข้าถึงบริการสุขภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

จากการดำเนิน ๒ มาตรการดังกล่าวข้างต้น แต่ละจังหวัดดำเนินการสำรวจ ค้นหาคนพิการ และส่งต่อให้เข้าถึงระบบบริการสุขภาพคนพิการ พบว่า คนพิการทั้งประเทศ (ไม่รวม กทม.) จำนวนทั้งสิ้น ๑,๒๔๘,๗๙๙ คน เข้าถึงบริการ ๑,๑๖๐,๕๗๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๒.๙๔ รายละเอียดผลการดำเนินงานจำแนกตามเขตสุขภาพ ดังภาพ

ผลการดำเนินงานสำรวจ ค้นหาคนพิการทุกคน และส่งต่อให้เข้าถึงระบบบริการสุขภาพคนพิการ จำแนกตามเขตสุขภาพ

(ร้อยละของคนพิการในเขตสุขภาพ เข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐)



แหล่งข้อมูล : รายงาน ตก.๑ รอบที่ ๒ สำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุขและสำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์

๕. ปัญหาอุปสรรค

จากการดำเนินงานในภาพรวม พบว่า มีข้อจำกัดในการการบูรณาการนโยบาย/งานด้านการดูแลสุขภาพคนพิการในระดับเขตและจังหวัด เนื่องจากไม่มีแผนงาน/ผู้รับผิดชอบงานด้านคนพิการในระดับเขตที่ชัดเจน อีกทั้งผู้รับผิดชอบงานในระดับจังหวัดเปลี่ยนตัวบุคคลและหน้าที่บ่อย จึงทำให้การดำเนินงานขาดความต่อเนื่อง รวมทั้งระบบข้อมูลสุขภาพของคนพิการไม่เป็นระบบ/ฐานข้อมูลเดียวกัน ซึ่งไม่เอื้อต่อการทำงาน/ใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูล เพื่อการกำกับ ติดตามงานด้านบริการ งานวิจัย และการเงินการคลังที่เกี่ยวข้องได้

ส่วนการดำเนินงานปรับสภาพแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวกในสถานพยาบาล พบว่า หน่วยงานหลักในส่วนกลาง (กองแบบแผน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ) และผู้ประสานงานคนพิการระดับจังหวัด ยังขาดทักษะ ความรู้ ความเข้าใจในการออกแบบแผนผัง/แบบแปลนอาคาร เพื่อคนทั้งมวล (Universal Design) ซึ่งมีผลบังคับใช้ตามกฎหมายกับการออกแบบและสร้างอาคาร ตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๔๘ เป็นต้นมา อีกทั้งสถานพยาบาลเป้าหมายส่วนใหญ่ ไม่มีแผนการดำเนินงานประจำปีเพื่อปรับสภาพแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวกในสถานพยาบาลมาก่อน ขาดงบประมาณสนับสนุนในการปรับสภาพแวดล้อม ต้องจัดสรรทรัพยากรจากเงินบำรุง ทำให้การดำเนินงานได้เพียงในระยะสั้น/ได้เพียงบางพื้นที่ที่มีความจำเป็นพื้นฐานเท่านั้น

ถึงแม้บางมาตรการที่ดำเนินงานเพื่อสนับสนุน ส่งเสริมให้คนพิการเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพ ในบางพื้นที่จะไม่บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ แต่ภาพรวมของคนพิการทั้งประเทศ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ ๙๒.๙๔) ได้รับการสำรวจ ค้นหา และส่งต่อให้เข้าถึงระบบบริการสุขภาพคนพิการ เนื่องจากคนพิการประชากรกลุ่มเปราะบางซึ่งควรจะได้รับ การปกป้องคุ้มครอง เพื่อให้เข้าถึงสิทธิการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ที่จำเป็น ภายใต้รัฐธรรมนูญและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เช่น พรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ พรบ.ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.๒๕๕๐ เป็นต้น

๖. ข้อเสนอแนะที่ต้องการสนับสนุนเชิงนโยบายต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

- ๑) พิจารณาเสนอการบูรณาการนโยบาย/งานด้านการดูแลสุขภาพในระดับเขตและจังหวัด
- ๒) พิจารณาเสนอกรอบแบบแผน กระทรวงสาธารณสุข ในการปรับแก้ไขแบบแปลนอาคาร สิ่งก่อสร้างให้รองรับกับแนวคิดเรื่องการออกแบบเพื่อคนทั้งมวล (Universal Design)
- ๓) สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ควรสนับสนุนการใช้ประโยชน์จากระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
- ๔) กรมการแพทย์ ควรส่งเสริม สนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้ คู่มือ มาตรฐานและทักษะในการฟื้นฟู ดูแลสุขภาพคนพิการ
- ๕) กรมการแพทย์และกรมสุขภาพจิต ควรบูรณาการงานดูแลสุขภาพคนพิการร่วมกัน

ระบบควบคุมโรค

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ประเด็นการตรวจราชการ : การเฝ้าระวัง การเตรียมความพร้อม การตอบโต้สถานการณ์ การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันควบคุมโรค และการป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออก

เป้าหมาย : ร้อยละ ๕๐ ของอำเภอสามารถควบคุมโรคใช้เลือดออกได้

จากข้อมูลระบบเฝ้าระวังผู้ป่วย วิเคราะห์ได้ว่าโรคใช้เลือดออกมีแนวโน้มระบาดต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘- ๒๕๕๙ ซึ่งการดำเนินงานในปี ๒๕๕๘ พบอำเภอสามารถควบคุมโรคใช้เลือดออกได้อย่างมีประสิทธิภาพร้อยละ ๔๗

ผลการดำเนินงาน

ในภาพรวมของประเทศ ไตรมาสที่ ๑ เป็นช่วงที่มีการระบาดของโรคสูง อำเภอสามารถควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพร้อยละ ๕๙.๙๑ ไตรมาสที่ ๒ ร้อยละ ๗๙.๕๓ และไตรมาสที่ ๓ ร้อยละ ๙๔.๗๒

ด้านการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา มีการวิเคราะห์สถานการณ์รายสัปดาห์ มีระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ทุกจังหวัดแต่ขาดการจัดทำฐานข้อมูลและการติดตามเหตุการณ์จนยังไม่มีคุณภาพมีระบบเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการตรวจหา Dengue typing ในผู้ป่วยเสียชีวิต ด้านการเตรียมความพร้อมในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค ทุกจังหวัดมีการเตรียมความพร้อมด้านบุคลากร องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมเตรียมวัสดุอุปกรณ์และเครื่องพ่นสารเคมี จัดกิจกรรมรณรงค์ ปีละ ๒-๓ ครั้ง ด้านการตอบโต้สถานการณ์ของทีม SRRT ทุกจังหวัดมีความรวดเร็วในการแจ้งข่าว เมื่อพบผู้ป่วยวินิจฉัยใช้เลือดออก สามารถแจ้งถึงพื้นที่ภายใน ๒๔ ชม. การควบคุมโรคสามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ทั้งไตรมาส ๑, ๒ และ ๓ ด้านการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันควบคุมโรค มีการนำมาตรการการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสาน (IVM) มาใช้ แต่บางแห่งทำได้ไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ด้านการป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออก มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานคณะกรรมการควบคุมใช้เลือดออก ทุกจังหวัดมีการสุ่มสำรวจลูกน้ำยุงลาย บางแห่งทำ Big cleaning แต่ข้อมูล HI, CI ที่สำรวจโดย อสม. ยังขาดการตรวจสอบความถูกต้อง ส่วนใหญ่จังหวัดมีการใช้มาตรการ ๓-๓-๑ แต่ยังต้องมีการปรับปรุงการดำเนินงานควบคุมการระบาดของโรคใช้เลือดออกในบางพื้นที่ เนื่องจากยังพบมีตำบลและอำเภอที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ภายใน ๒๘ วัน ทุกจังหวัดมีการทบทวนแต่งตั้งทีมแพทย์ที่ปรึกษาด้านโรคใช้เลือดออก และปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติ (CPG) รวมทั้งข้อบ่งชี้ในการส่งต่อผู้ป่วย และมี Dead case conference

ส่วนที่เป็นตัวอย่างของการจัดการที่ดี ได้แก่

- ผู้บริหารระดับเขตที่ติดตามสถานการณ์อย่างจริงจังและมีข้อสั่งการในหลายเวที ช่วยให้ผู้บริหารจังหวัดมีการติดตามผลการดำเนินงานอย่างใกล้ชิด ส่งผลถึงระดับผู้ปฏิบัติมีการดำเนินการอย่างเข้มข้น ทำให้อัตราป่วยลดลงอย่างรวดเร็วและต่ำเป็นอันดับท้ายๆ ของประเทศ

- ส่วนใหญ่มีการดำเนินงาน ใช้กลไกการขับเคลื่อน โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นประธานคณะกรรมการควบคุมโรคใช้เลือดออกระดับจังหวัด และนายอำเภอเป็นประธานในระดับอำเภอ บางจังหวัดเช่น ราชบุรี ผู้ว่าฯ และหัวหน้าส่วนราชการสุ่มประเมินติดตามควบคุมกำกับกับการดำเนินงาน

- เริ่มมีการใช้ระบบ EOC ในบางจังหวัด

ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงพัฒนาเชิงนโยบาย

- สนับสนุนการใช้กฎหมาย พรบ.สาธารณสุข พรบ.โรคติดต่อ อย่างจริงจัง เกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อม การไม่ปกปิดการรายงานผู้ป่วย การไม่ละเลยการปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ เพื่อช่วยในการป้องกันควบคุมโรค
- ปรับอัตราค่าลงและค่าตอบแทนเสี่ยงการติดโรคแก่ผู้ปฏิบัติงานสอบสวนควบคุมโรคให้เหมาะสมและเป็นธรรม
- ประสานนโยบายระหว่างกระทรวงกับหน่วยงานต่าง ๆ โดยใช้กฎหมายหรือมาตรการทางสังคม ให้ผู้มีอำนาจในพื้นที่ร่วมดำเนินการ เช่น ผู้ว่าราชการจังหวัด นายกเทศมนตรี ผลักดันให้ อบท. เข้ามามีบทบาทจริงจังในการควบคุมโรค
- จังหวัดแม่ฮ่องสอน และจังหวัดระยอง มีอัตราป่วยสูงสุด ๕ ลำดับแรกของประเทศ มีพื้นที่ติดกับจังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดจันทบุรี ซึ่งมีการระบาดของโรคชิคา จึงควรให้ความตระหนักในการเฝ้าระวังโรคชิคาอย่างใกล้ชิด และการควบคุมโรคใช้เลือดออกอย่างจริงจัง เนื่องจากพาหะของการเกิดโรคคือยุงลายเหมือนกัน

สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙

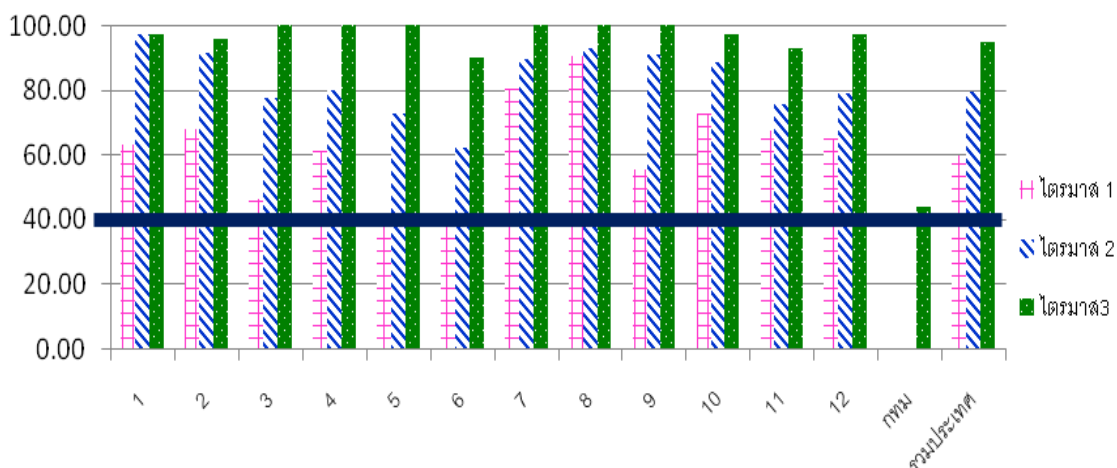
ระบบควบคุมโรค

ตัวชี้วัด : ร้อยละ ๕๐ อำเภอที่สามารถควบคุมโรคติดต่อที่สำคัญของพื้นที่ได้ (ใช้เลือดออก)

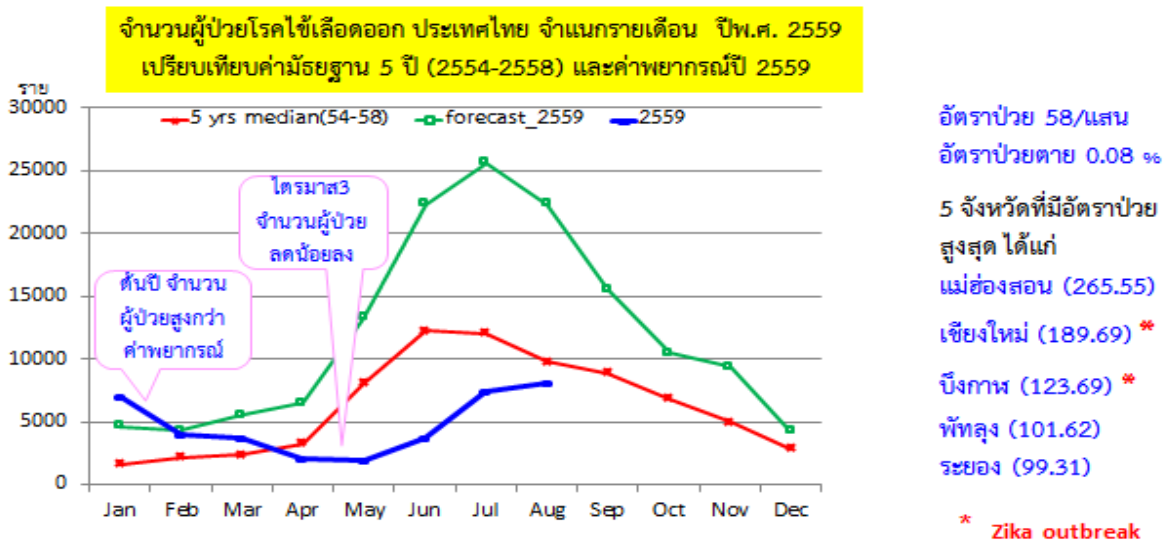
๑. สรุปสถานการณ์ในแต่ละประเด็นการตรวจราชการอย่างชัดเจน (เปรียบเทียบผลการดำเนินงานรายเขต และ ภาพรวมประเทศกับเป้าหมาย)

ผลการดำเนินงานควบคุมโรคใช้เลือดออกรายไตรมาส ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ ช่วง ๙ เดือนแรก พบว่าในภาพรวมอำเภอสามารถควบคุมโรคใช้เลือดออกได้ภายใน ๒ เท่าของระยะฟักตัวได้เกินกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนด (ร้อยละ ๕๐) คือไตรมาสแรกร้อยละ ๕๙.๙๑ ไตรมาสสองร้อยละ ๗๙.๕๓ ไตรมาสที่สามร้อยละ ๙๔.๗๒ (รูปที่ ๑) โดย ไตรมาสแรกซึ่งอยู่ในช่วงการถ่ายทอดตัวชี้วัดสู่พื้นที่ มีเขตบริการสุขภาพที่ ๓, ๕ และ ๖ ที่มีค่าผลความสำเร็จของการดำเนินงานน้อยกว่าร้อยละ ๕๐ แต่ไตรมาสที่ ๒ และ ๓ ทุกเขตสามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายที่กำหนด

รูปที่ ๑: ร้อยละของอำเภอที่สามารถควบคุมโรคใช้เลือดออกได้ จำแนกตามเขตสุขภาพรายไตรมาส ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙



รูปที่ ๒: จำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออก ประเทศไทย จำแนกรายเดือน ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ เปรียบเทียบกับค่าพยากรณ์ ๒๕๕๙ และค่ามัธยฐาน (๒๕๕๔-๒๕๕๘)



แหล่งข้อมูล : สำนักระบาดวิทยา(ร.๕06) ณ 31 สิงหาคม 2559

สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในปีงบประมาณ ๒๕๕๙

ช่วงต้นปีงบประมาณ (เดือนตุลาคม-ธันวาคม ๒๕๕๘) จำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออกสูงลอยจากผลพวงการระบาดในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ และต่อเนื่องจนถึงต้นปี พ.ศ. ๒๕๕๙ แต่ผลของการดำเนินงานควบคุมโรคส่งผลให้มีจำนวนผู้ป่วยลดลงต่ำกว่าค่าพยากรณ์ ตั้งแต่เดือนมีนาคม - สิงหาคม ๒๕๕๙ อัตราป่วยของประเทศ (๑ มกราคม - ๓๑ สิงหาคม ๒๕๕๙) เท่ากับ ๕๘ ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยตายร้อยละ ๐.๐๘ (รูปที่ ๒)

ประเด็นการตรวจราชการ มี ๕ ประเด็น (รายละเอียดแสดงตามตารางที่ ๑) ได้แก่

๑. การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา

- ระบบเฝ้าระวังผู้ป่วย ส่วนใหญ่รายงานตามการวินิจฉัย บางแห่งรายงานตั้งแต่แพทย์สงสัย (R/O) มีการวิเคราะห์สถานการณ์รายสัปดาห์ และนำเสนอในที่ประชุมประจำเดือน
- ระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ มักได้รับแจ้งจากเครือข่ายผ่าน Application Lineซึ่งไม่มีฐานข้อมูลทำให้หาหลักฐานตรวจสอบไม่ได้โรคไข้เลือดออกมีการรับแจ้งจากชุมชนหรือเครือข่ายที่ไม่ใช่บุคลากรสาธารณสุขค่อนข้างน้อยกว่าโรคอาหารเป็นพิษ และมือ เท้า ปาก
- ระบบเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ ตรวจหา Dengue typing ในผู้ป่วยเสียชีวิต มีการดำเนินการกันเป็นส่วนใหญ่โรงพยาบาลเอกชนในเครือโรงพยาบาลกรุงเทพมีการตรวจหา Dengue typing ในผู้ป่วยที่สงสัย ทุกราย บางจังหวัดมีโครงการพิเศษ ตรวจหาเชื้อไข้เลือดออกของผู้ป่วยในโรงพยาบาล เช่น กำแพงเพชร เชียงราย เป็นต้น

๒. การเตรียมความพร้อมในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค

- ทุกจังหวัดมีการเตรียมความพร้อมด้านบุคลากร ผู้รับผิดชอบโรคไข้เลือดออกทั้งในระดับอำเภอ/ตำบลการชี้แจงนโยบาย ประชุมทีม อบรมฟื้นฟูความรู้ หรือซ้อมแผน หรือฟื้นฟูบุคลากรทีมพ่นสารเคมีของท้องถิ่นโดยมีวิทยากรจาก ศตม./นคม. มาร่วมอบรม

- ทุกจังหวัดมีการสำรวจและประสานงานเพื่อเตรียมความพร้อมด้านวัสดุอุปกรณ์และเครื่องพ่นสารเคมี จัดทำทะเบียนเครื่องพ่น แต่บางจังหวัดยังขาดการจัดทำข้อมูลวัสดุอุปกรณ์ของท้องถิ่นทำให้ไม่ทราบจำนวนที่แน่นอน และบางแห่งมีปัญหาการซ่อมเครื่องพ่นขาดการดูแลที่ดี

- ทุกจังหวัดมีการจัดกิจกรรมรณรงค์ตามนโยบาย ๓ เก็บ ๓ โรค และ ๕ ส มีการดำเนินการ ทั้งระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล รวมถึงการจัดกิจกรรมเฉพาะ และแทรกเข้าไปในงานอื่นๆ เช่น การจัดงานวันอสม.

๓. การตอบโต้สถานการณ์หรือภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขของทีม SRRT

- ทุกจังหวัดมีความรวดเร็วในการแจ้งข่าว เมื่อพบผู้ป่วยวินิจฉัยไข้เลือดออก สามารถแจ้งถึงพื้นที่ภายใน ๒๔ ชม. ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐

- ทำการสอบสวนโรครายแรกของชุมชน

- แต่งตั้งผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานคณะกรรมการควบคุมโรคไข้เลือดออก และติดตามสถานการณ์

- การควบคุมโรคได้ภายใน ๒ เท่าของระยะฟักตัว ในภาพรวมของประเทศสามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ (ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๕๐) ทั้งไตรมาสที่ ๑, ๒ และ ๓

๔. การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันควบคุมโรค

- ส่วนใหญ่ของจังหวัด มีการนำมาตรการการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสาน (IVM) มาใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกภายใต้อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งจัดประชาคมเพื่อผลักดันและสนับสนุนให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรค

๕. การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

- การป้องกันโรคลวงหน้า ทุกจังหวัดมีการสุ่มสำรวจลูกน้ำยุงลาย บางแห่งทำ Big cleaning แต่ข้อมูล HI, CI ที่สำรวจโดย อสม. ยังขาดการตรวจสอบความถูกต้อง

- ส่วนใหญ่จังหวัดมีการใช้มาตรการ ๓-๓-๑ แต่ยังคงต้องมีการปรับปรุงการดำเนินงานควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกในบางพื้นที่ เนื่องจากยังพบมีตำบล และอำเภอที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ภายใน ๒๘ วัน

- ทุกจังหวัดมีการทบทวนแต่งตั้งทีมแพทย์ที่ปรึกษาด้านโรคไข้เลือดออก และปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติ (CPG) สำหรับแพทย์ พยาบาล รวมทั้งข้อบ่งชี้ในการส่งต่อผู้ป่วย พร้อมทั้งจัดให้มี Deadcase conference ในกรณีมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเสียชีวิต

ปัญหาอุปสรรค

๑. การขาดความร่วมมืออย่างจริงจังในการป้องกันควบคุมโรค ชุมชนไม่ตระหนักในการดูแลตนเอง และสิ่งแวดล้อม สมาชิกจาก อปท. ที่ได้รับการพัฒนามีการลาออกสูง อปท. บางแห่งไม่มีผู้รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขโดยตรง ส่งผลให้คุณภาพการควบคุมโรคไม่ประสบผลสำเร็จ

๒. พื้นที่ในเขตเมือง มีการเคลื่อนย้ายของประชากรสูง มีแรงงานต่างด้าว กลางวันไม่อยู่บ้าน บางบ้านไม่ให้ความร่วมมือ การควบคุมโรคทำได้ยาก

๓. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รพ.สต. บางแห่งไม่ร่วมลงพื้นที่สอบสวน ควบคุมโรค แต่มอบให้ อสม. ดำเนินการแทน ข้อมูลค่า HI CI ที่สำรวจโดย อสม. ยังขาดการตรวจสอบความถูกต้อง

๔. ผู้บริหารระดับจังหวัด อำเภอ ไม่ให้ความสำคัญอย่างจริงจัง ขาดระบบสั่งการที่รวดเร็ว

๕. บุคลากรในระดับอำเภอและตำบลบางแห่งยังขาดความรู้ความเข้าใจในกระบวนการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสาน (IVM)

๖. บางจังหวัดการจัดทำทะเบียนเครื่องพ่นและสภาพการใช้งาน ยังขาดข้อมูลของ อปท. รวมทั้งไม่มีบัญชีสารเคมี

ส่วนที่เป็นตัวอย่างของการจัดการที่ดี ได้แก่

- ผู้บริหารระดับเขตที่ติดตามสถานการณ์อย่างจริงจังและมีข้อสั่งการในหลายเวที ช่วยให้ผู้บริหารจังหวัดมีการติดตามผลการดำเนินงานอย่างใกล้ชิด ส่งผลถึงระดับผู้ปฏิบัติมีการดำเนินการอย่างเข้มข้น ทำให้อัตราป่วยลดลงอย่างรวดเร็วและต่ำเป็นอันดับท้ายๆ ของประเทศ

- ส่วนใหญ่มีการดำเนินงาน ใช้กลไกการขับเคลื่อน โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นประธาน คณะกรรมการควบคุมโรคไข้เลือดออกระดับจังหวัด และนายอำเภอเป็นประธานในระดับอำเภอ บางจังหวัด เช่น ราชบุรี ผู้ว่าฯ และหัวหน้าส่วนราชการสุม่ประเมินติดตามควบคุมกำกับกับการดำเนินงาน

- เริ่มมีการใช้ระบบ Emergency Operation Center (EOC) ในบางจังหวัด

ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงพัฒนาเชิงนโยบาย

- สนับสนุนการใช้กฎหมาย พรบ.สาธารณสุข พรบ.โรคติดต่อ อย่างจริงจัง เกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อม การไม่ปกปิดการรายงานผู้ป่วย การไม่ละเลยการปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ เพื่อช่วยในการป้องกันควบคุมโรค

- การปรับอัตราค่าจ้างและค่าตอบแทนเสี่ยงการติดโรค แก่ผู้ปฏิบัติงานสอบสวนควบคุมโรค ให้เหมาะสมและเป็นธรรม

- ประสานนโยบายระหว่างกระทรวงกับหน่วยงานต่าง ๆ โดยใช้กฎหมายหรือมาตรการทางสังคมให้ผู้มีอำนาจในพื้นที่ร่วมดำเนินการ เช่น ผู้ว่าราชการจังหวัด นายกเทศมนตรี และผลักดันให้ อปท. เข้ามามีบทบาทจริงจังในการควบคุมโรค

- จังหวัดแม่ฮ่องสอน และจังหวัดระยอง มีอัตราป่วยสูงสุด ๕ ลำดับแรกของประเทศ มีพื้นที่ติดกับจังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดจันทบุรี ซึ่งมีการระบาดของโรคชิคา จึงควรให้ความตระหนักในการเฝ้าระวังโรคชิคาอย่างใกล้ชิด และการควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างจริงจัง เนื่องจากพาหะของการเกิดโรคคือยุงลายเหมือนกัน

สรุปผลตามประเด็นการตรวจราชการในรอบ ๙ เดือน (ตุลาคม ๒๕๕๘ – มิถุนายน ๒๕๕๙)

หัวข้อ	ผลงาน	รายละเอียดเพิ่มเติม
๑. การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา		
๑.๑ ระบบเฝ้าระวังผู้ป่วย มีการตรวจแจ้งการระบาดทุกสัปดาห์	ทุกจังหวัด	
๑.๒ มีระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ มีการรับแจ้งจากประชาชนหรือเครือข่าย	ทุกจังหวัด	- เขตฯ ๑ ขาดการจัดทำฐานข้อมูล และการติดตามจนจบเหตุการณ์ - เขตฯ ๘ เน้นเฝ้าระวังไข้เลือดออก + Zika
๑.๓ เฝ้าระวัง Lab ตรวจ Dengue	ทุกจังหวัด	- บางจังหวัดของเขตฯ ๑๑ ตรวจหา typing กรณีส DSS

หัวข้อ	ผลงาน	รายละเอียดเพิ่มเติม
typing ในผู้เสียชีวิต		- เขตฯ ๑๐ มีการตรวจผู้ป่วยรายแรกของอำเภอหรือมีการระบาดในชุมชนหรือผู้เสียชีวิต พบผลบวก ๓๑ ตัวอย่างจาก ๕๑ ตัวอย่าง (๖๑ %) พบ Type ๔ สูงสุด
๒. การเตรียมความพร้อมในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค		
๒.๑ การเตรียมบุคลากร	ทุกจังหวัด	มอบนโยบาย /อบรมความรู้ /อบรมการใช้เครื่องฟ่น / ซ้อม EOC

สรุปผลตามประเด็นการตรวจราชการในรอบ ๙ เดือน (ตุลาคม ๒๕๕๘ – มิถุนายน ๒๕๕๙)

หัวข้อ	ผลงาน	รายละเอียดเพิ่มเติม
๒.๒ การเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องฟ่น	ทุกจังหวัด	- สำรวจ ตรวจสอบ จัดทำทะเบียนเครื่องฟ่น สารเคมี เช่น เขตฯ ๕ ทุกจังหวัดเตรียม NS๑ มีเครื่องฟ่นรวม ๒๒๔ เครื่อง ทราย ๓๙๑ ถัง
๒.๓ การรณรงค์จัดกิจกรรมป้องกัน ไข้เลือดออก	ทุกจังหวัด	- ส่วนใหญ่มีการจัดกิจกรรมรณรงค์ครบทุกอำเภอ - เขตฯ ๒ ทุกจังหวัดจัดกิจกรรมปีละ ๒-๓ ครั้ง
๓. การตอบโต้สถานการณ์หรือภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขของทีม SRRT		
๓.๑ เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย ไข้เลือดออก มีการแจ้งถึงพื้นที่ ภายในเวลา ๒๔ ชั่วโมง	ทุกจังหวัด	
๔. การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันควบคุมโรค		
๔.๑ การจัดการพาหะนำโรคแบบ ผสมผสาน (Integrated Vector Management-IVM)	ทุกจังหวัด	- เขตฯ ๓ ทุกจังหวัดให้อำเภอประเมินงาน IVM ของ ตำบล - เขตฯ ๕ ดำเนินการได้ ๕๐ อำเภอจาก ๖๒ อำเภอ (๘๐.๖๔ %) - เขตฯ ๙ และ ๑๐ ทุกจังหวัดดำเนินการได้จังหวัด ละ ๑-๒ ตำบล
๕. การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก		
๕.๑ การป้องกันล่งหน้า	ทุกจังหวัด	- เขตฯ ๒,๓,๕,๖,๗,๙ สุ่มสำรวจลูกน้ำ - เขตฯ ๑๐ ใช้ระบบเฝ้าระวังลูกน้ำออนไลน์ /กำจัด ตัวแก่ก่อนเปิดเทอม/มาตรการ ๕ ส ๓ เก็บ
๕.๒ การควบคุมการระบาด	ทุกจังหวัด	จัดตั้ง War room , มาตรการ ๓-๓-๑ , เน้นคุมโรคให้ได้ใน ๒ generation

หัวข้อ	ผลงาน	รายละเอียดเพิ่มเติม
๕.๓ มีระบบแพทย์ที่ปรึกษา ทบทวนการดูแลรักษา และระบบ ส่งต่อ	ทุกจังหวัด	

.....